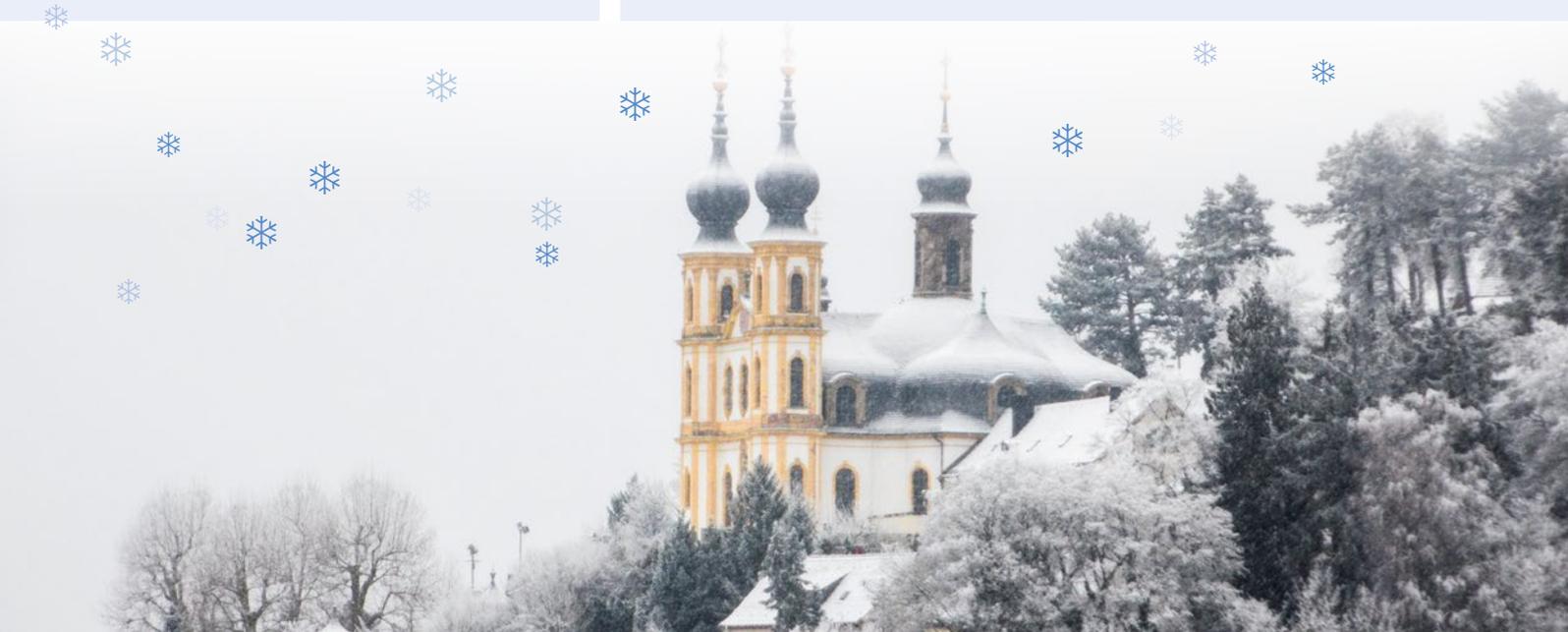


Frauenklinik
und Poliklinik



News 02 | 2021



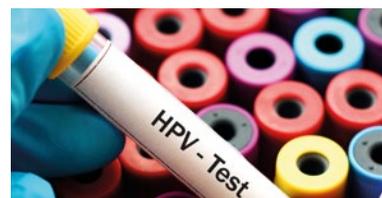
Aus den Fachbereichen
**Endometriose
und Schmerzen**



Aktuelles aus der Klinik
**Schwangerschaft
und SARS-CoV2**



Entwicklungen
Zervixkarzinom/HPV-Test



Editorial



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

heute erhalten Sie unseren Weihnachtsnewsletter der Universitäts-Frauenklinik. Nach einem herausfordernden Jahr hält uns die Pandemie gerade jetzt weiter in Atem. Da wir auch die bisherigen Herausforderungen gemeinsam gut meistern konnten, bin ich optimistisch, dass wir auch die kommenden Monate gut bewältigen werden. Wie zu erwarten war, betreuen wir gerade im Rahmen der 4. Welle eine vermehrte Anzahl an Schwangeren, die mit einer Covid-Infektion unsere Klinik aufsuchen. Auch aus diesem Grund haben wir einen Artikel in diesem Newsletter den Besonderheiten zu den Schwangeren in der Pandemie gewidmet.

Weitere Beiträge widmen sich der Endometriose und den derzeitigen Therapieoptionen sowie dem Zervixkarzinom bzw. der präventiven Impfstrategie.

Für die bevorstehende Vorweihnachtszeit wünschen wir Ihnen alles Gute und im Anschluss schöne Feiertage und einen hoffentlich ruhigen Jahresausklang.

Wir freuen uns auf ein Wiedersehen im kommenden Jahr und verbleiben mit herzlichen Grüßen
Ihr

Prof. Dr. med. A. Wöckel
Klinikdirektor
mit dem Team der Frauenklinik

Prästationäres Case-Management

Frau Saskia Knauth
Tel.: 0931 201-25759
Fax: 0931 201-25672

Stationäres Case-Management

Frau Heike Beck
Tel.: 0931 201-25236
0931 201-25623
Fax: 0931 201-625623

Mutter-Kind-Zentrum

Kreißsaal
Tel.: 0931 201-25641
Fax: 0931 201-25626

Neonatologie
Tel.: 0931 201-27290
Fax: 0931 201-27288

Schwangerenberatung
Tel.: 0931 201-25604
Fax: 0931 201-25644

Pränatalmedizin und
Ultraschalldiagnostik
Tel.: 0931 201-25643
Fax: 0931 201-25644

Privatsprechstunde

Tel.: 0931 201-25265

Poliklinik

Allgemeine Sprechstunde
Onko-Sprechstunde
Brustsprechstunde
Plastisch-rekonstruktive
Sprechstunde
Dysplasiesprechstunde
Kindergynäkologie
Urogynäkolgoie
Tel.: 0931 201-25295
Fax: 0931 201-25672

Chemotherapieambulanz

Tel.: 0931 201-25601
Fax: 0931 201-25631

Kinderwunsch-Sprechstunde

Tel.: 0931 201-25619
Fax: 0931 201-25625

Endometriose und Schmerzen

Symptome einer Endometriose können in spezifische und unspezifische Beschwerden eingeteilt werden. Spezifisch für Endometriose sind z. B. die (schmerzmittelpflichtige) Dysmenorrhoe, zyklische Unterbauchschmerzen, Dyspareunie, zyklische Dysurie oder Hämaturie, zyklische Dyschezie oder Hämatochezie sowie der unerfüllte Kinderwunsch. Unspezifische Symptome können vegetative Symptome wie Übelkeit, Erbrechen, Fieber sowie Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Schwindel, unspezifische Blasen- und Darmbeschwerden sowie Fatigue sein.

Schmerz ist nicht gleich Schmerz

Bei den Schmerzen unterscheidet man zwischen somatischen und viszeralen Schmerzen. Somatische Schmerzen sind eher spitz, scharf und gut lokalisierbar und entstehen am parietalen Peritoneum. Viszerale Schmerzen sind eher dumpf, krampfartig und ausstrahlend. Sie werden durch Organe wie den Uterus, die Blase oder den Darm verursacht. Zusätzlich interagieren die viszeralen Organe miteinander, was die Lokalisation der Schmerzen oder die Diagnose des ursächlich beeinträchtigten Organs erschwert. Durch die Interaktion der autonomen viszeralen Innervation mit den viszeralen sensorischen Neuronen, die die autonomen Ganglien durchlaufen, kann es außerdem zu einer vegetativen Begleitsymptomatik wie Übelkeit, Erbrechen, Kollapsneigung und einer zyklischen menstruationsassoziierten Diarrhoe kommen.





Wie entsteht der Schmerz?

Eine Dysmenorrhoe äußert sich als krampfartiger Unterbauch- bzw. Beckenschmerz und ist oft assoziiert mit Rückenschmerzen, Oberbauch- und Magenschmerzen, Übelkeit/Erbrechen sowie ein Ausstrahlen in die Beine. Eine Dysmenorrhoe ist zunächst als ein nozizeptiver (inflammatorischer) Schmerz zu interpretieren, welcher gut mit nicht-steroidalen Antirheumatika bzw. einer therapieinduzierten Amenorrhoe zu stoppen ist. Zusätzliche Schmerzauslöser können die peritonealen Endometrioseläsionen, die Hyper- und Dysperistaltik der myometrialen Zellen bei Adenomyosis uteri, Adhäsionen (primär durch die Endometriose oder postoperativ), muskuloskeletale Dysfunktionen v.a. des Beckenbodens und eine tief infiltrierende Endometriose (meistens des Septum rektovaginale) sein, welche durch ihre starke Innervation eine Hyperalgesie und Dyspareunie verursachen kann. Im Verlauf jedoch ändert sich sowohl der Pathomechanismus der Schmerzen als auch die Schmerzwahrnehmung selber. Durch verschiedene Mechanismen kommt es zur Verschiebung zu hormonunabhängigen azyklischen Schmerzen. Die inflammatorischen nozizeptiven Schmerzen wandeln sich zunehmend zu noziplastischen und neuropathischen Schmerzen um, die auch medikamentös entsprechend angepasst behandelt werden müssen. Hierbei bietet sich eine Kooperation mit Schmerztherapeuten an, welche im Rahmen einer Zertifizierung zum Endometriosezentrum auch gefordert und gegeben ist.

Als „chronic overlapping pain condition“ kommt es bei der Endometriose auch häufig zu Überlappungen mit anderen Schmerzsyndromen dieser Gruppe, z.B. dem Fibromyalgiesyndrom, dem Reizdarmsyndrom, der Migräne, dem Syndrom der schmerzhaften Harnblase oder der Vulvodynie.

Personalisierte Therapie

Bei der Therapie die Endometriose müssen diese unterschiedlichen Schmerzformen mitberücksichtigt werden. Eine medikamentöse Therapie sollte möglichst ausgeschöpft werden, v. a. bevor wiederholte Operationen in Erwägung gezogen werden. Ein Viertel aller Patientinnen profitieren nicht von einer Erstlinienlaparoskopie, bei vorbestehendem chronischem Schmerz und bei Rezidivoperationen noch weniger. Außerdem sinkt die ovarielle Reserve bei wiederholten Operationen am Ovar deutlich ab, was bei noch bestehendem Kinderwunsch wichtig ist. Eine hormonelle Therapie sollte immer eine Amenorrhoe zum Ziel haben. First-line-Therapie ist weiterhin eine Gestagenmonotherapie (Ausnahme Adolescentinnen), Alternativen können kombinierte orale Kontrazeptiva im Langzyklus oder hochdosierte gestagenhaltige Intrauterin-pessare sowie GnRH-Analoga mit Add-back-Therapie sein. Komplementäre Maßnahmen wie Ernährungsumstellung, transkutane elektrische Stimulation, Akupunktur, Maßnahmen der Schmerzbewältigung sowie Psychotherapie, Rehabilitation und Selbsthilfegruppen gehören zum ganzheitlichen Behandlungskonzept einer Endometriose dazu.

Ansprechpartnerin



Dr. med. Anastasia Altides

Leiterin des zertifizierten
Endometriosezentrums

► Telefonische Terminvergabe

Montag – Donnerstag
08.00 – 12.00 Uhr sowie
13.30 – 16.00 Uhr

Tel.: 0931 201-25295



Bayerische Gesellschaft für Geburtshilfe
und Frauenheilkunde e.V.

SAVE THE DATE

BGGF 2022

Unser Nachwuchs – unsere Zukunft

95. Kongress in Würzburg
19. bis 21. Mai 2022, CCW



www.bggf.de

Aktuelles aus der Klinik

Schwangerschaft und SARS-CoV2

Seit März 2020 hat die Corona-Pandemie mit dem Coronavirus SARS-CoV-2, das die Erkrankung COVID19 auslösen kann, weltweite Bedeutung und Einfluss auf das tägliche Leben und betrifft auch Frauen in der Schwangerschaft:

Welche Symptome haben Schwangere mit einer COVID-19-Infektion?

Die Symptomatik unterscheidet sich kaum zu Nicht-Schwangeren, lediglich Schnupfen ist bei Schwangeren häufiger zu finden.

In welcher Schwangerschaftswoche erkranken Schwangere?

Laut der CRONOS Registerstudie der Deutschen Gesellschaft für perinatale Medizin (Stand 21.08.2021), in der auch Patientinnen unserer Universitäts-Frauenklinik erfasst werden, sind davon 10,1% im 1. Trimenon, 25,1% im 2. Trimenon und 61,4% im 3. Trimenon betroffen.

Wie oft kommt es zu einem schweren Verlauf in der Schwangerschaft?

In 5–10% der Fälle kommt es zu einem schweren Verlauf in der Schwangerschaft und dieser ist mit einem höheren Alter, einem höheren Body-Mass-Index, Ko-Morbiditäten, Hypertonus, Präeklampsie sowie Diabetes assoziiert. Verglichen mit Patientinnen im reproduktiven Alter mit COVID-19 gibt es für infizierte Schwangere ein höheres Risiko für die Aufnahme auf eine Intensivstation, der invasiven Beatmung und der ECMO (extrakorporale Membran-oxygenierung)-Therapie. Auf der kindlichen Seite erhöht eine COVID-19-Infektion in der Schwangerschaft das Risiko von Frühgeburten, Totgeburten, neonaten Todesfällen, fetalem Distress und Aufnahme auf die neonatologische Intensivstation.

Gibt es eine vertikale Transmission auf den Embryo/Feten?

Bislang sind die Belege für eine vertikale Transmission vage, die keine direkten Auswirkungen auf den Feten zu haben scheint.

Wie belastet sind Frauen in der Schwangerschaft und Peripartalzeit durch die Corona-Pandemie?

In der hauseigenen GeZeCO („Geburt in Zeiten von COVID-19“)-Studie nahm die allgemeine Besorgnis hinsichtlich SARS-CoV-2/Corona-Pandemie im Pandemieverlauf zu und korrelierte mit Stress und Depression. Bemerkenswert ist die Zunahme des aktiven Copings. Allerdings wirken sich die Einschränkungen durch die Pandemie negativ auf die mütterliche Selbstwirksamkeit aus.

COVID-19-Impfung in der Schwangerschaft?

Als Indikationsimpfempfehlung im Rahmen der Pandemie empfiehlt die ständige Impfkommission auch ungeimpften Schwangeren ab dem 2. Trimenon die COVID-19 Impfung mit einem mRNA-Impfstoff (bei unter 30jährigen nur Comirnaty). Dies gilt auch für ungeimpfte Stillende. Weiterhin wird das Angebot einer Auffrischimpfung von 2-mal geimpften Schwangeren ab dem 2. Trimenon mit Comirnaty empfohlen.

Ansprechpartnerin



PD Dr. med. Catharina Bartmann
Oberärztin

Telefonische Terminvergabe

Tel.: 0931 201-25604
Fax: 0931 201-625604

E-Mail:
schwangerenberatung@ukw.de

Literatur/weiterführende Informationen

www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/48_21.pdf?__blob=publicationFile

www.dgpm-online.org/gesellschaft/covid-19/cronos-registerstudie/

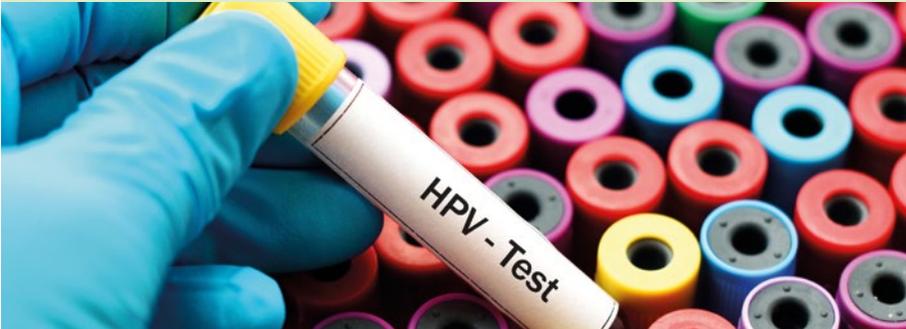
COVID-19: Kreißsaalempfehlungen der DGGG, FAQ für Schwangere und weitere Informationen | 2021 | Pressemitteilungen / Nachrichten | Presse | Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

Allotey J, Stallings E, Bonet M, et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2020;370:m3320. Published 2020 Sep 1. doi:10.1136/bmj.m3320

Kotlyar AM, Grechukhina O, Chen A, et al. Vertical transmission of coronavirus disease 2019: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;224(1):35-53.e3. doi:10.1016/j.ajog.2020.07.049

Wei SQ, Bilodeau-Bertrand M, Liu S, Auger N. The impact of COVID-19 on pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2021 Apr 19;193(16):E540-E548.

Entwicklungen



Zervixkarzinom/HPV-Test

Die Früherkennung des Zervixkarzinoms konnte durch die Einführung des jährlichen PAP-Abstriches ab dem 20. Lebensjahr die Mortalität dieser Erkrankung deutlich reduzieren. Die Umstrukturierung der Früherkennung mit Etablierung regelmäßiger HPV-Tests ab dem 35. Lebensjahr in einem dreijährigen Rhythmus kann die Erkennungsrate von Zervixkarzinomen und schweren dysplastischen Veränderungen des Gebärmutterhalses weiter verbessern. Zudem ermöglicht die Identifikation HPV-positiver Patientinnen die bessere Einordnung auffälliger Gebärmutterhalsabstriche.

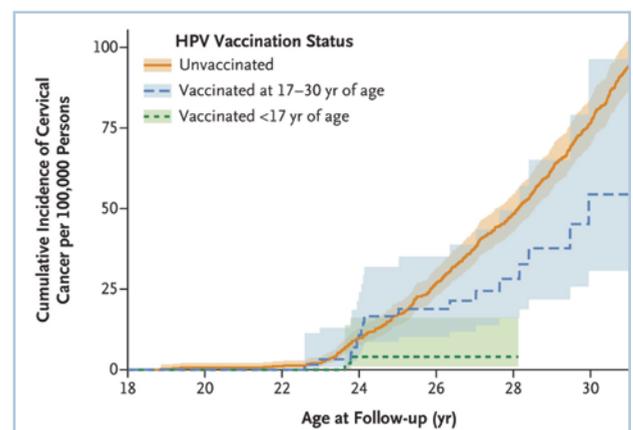
Durch die Erweiterung der Indikation zur Abklärungskolposkopie bei Patientinnen mit positiven HPV-Testergebnissen sieht sich die Dysplasiesprechstunde der Universitätsfrauenklinik mit einem deutlich gestiegenen Patientenaufkommen konfrontiert. Hier arbeiten wir daran, die Sprechstundenkapazitäten an die gestiegene Nachfrage anzupassen.

Neben der Früherkennung kann eine HPV (Humane Papillomviren)-Impfung wirksam vor der Entstehung von Gebärmutterhalskrebs und seinen Vorstufen schützen, wenn sie im von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Altersbereich durchgeführt wird. Weiterhin kann eine HPV-Impfung die Rezidivrate nach einer operativen Therapie einer CIN (zervikale intraepitheliale Neoplasie) durch Konisation reduzieren. Ziel ärztlichen Handelns sollte es daher sein, die Akzeptanz der HPV-Impfung in der Bevölkerung zu erhöhen, um die Verbreitung des Virus weiter einzudämmen.

Kumulative Inzidenz von invasiven Zervixkarzinomen in Abhängigkeit des HPV Impfstatus

Schwedische Registerstudie mit 1.672.983 Mädchen und Frauen zwischen 10 und 30 Jahren von 2006 bis 2017

- ▶ In der Gruppe der nichtgeimpften Personen: 538 Zervixkarzinome
- ▶ In der Gruppe der geimpften Personen bis zum 17. Lebensjahr: 2 Zervixkarzinome
- ▶ In der Gruppe der geimpften Personen zwischen dem 17.–30. Lebensjahr: 17 Zervixkarzinome
- ▶ Frauen, die vor dem Alter von 17 Jahren gegen HPV geimpft wurden, haben ein um 88% geringeres Risiko, an einem Zervixkarzinom zu erkranken als ungeimpfte Frauen.



Ansprechpartner



Dr. med. Joachim Diessner
Oberarzt

Telefonische Terminvergabe

Montag–Donnerstag
08.00–12.00 Uhr sowie
13.30–16.00 Uhr

Tel.: 0931 201-25295