

WISSEN AKTUELL

Zukunft der Senologie, Thrombophilie in der Schwangerschaft und Praxisrelevantes für die postmenopausale Frau

gynécologie
suisse

Hauptthemen SGGG-Jahreskongress in Interlaken

Auch die Frauenheilkunde unterliegt einem raschen Wandel und sucht in den neuen interdisziplinären Strukturen, die sich etablieren, ihren Platz. So wurde die Rolle des Gynäkologen im Netzwerk eines Brustzentrums am SGGG-Jahreskongress 2012 ebenso diskutiert wie die Frage, welche Vorteile die Einrichtung eines Tumorboards bringt. Die Zusammenarbeit mit dem Gerinnungsspezialisten war ein weiteres Hauptthema und zahlreiche Fallbeispiele wurden dazu vorgestellt. Im dritten Hauptthema ging es um die postmenopausale Frau.

War früher ganz klar, dass die weibliche Brust dem Frauenarzt zugeordnet werden muss, so ist sie heute in der Obhut eines interdisziplinären Teams, wenn sich eine verdächtige Läsion zeigt. Die Therapie von Mammakarzinomen erfolgt schon jetzt vorwiegend in zertifizierten Brustzentren. Wie der Präsident der Schweizer Gesellschaft für Senologie **Dr. med. Christoph Rageth** aus Zürich aufzeigte, bieten diese Zentren schon jetzt die Möglichkeit, mit niedergelassenen Kollegen in einem Ärztenetzwerk zusammenzuarbeiten. „Wir haben den Wunsch nach Zusammenarbeit auf hohem Niveau“, führte er aus.

Wichtiges Thema ist die Zertifizierung von Brustzentren, in der Schweiz sind historisch bedingt Zentren nach EUSOMA (Zürich, Ticino, Aarau) zertifiziert, andere nach DGS/DKG (Luzern und Baden) und nach SGS/KLS nun St. Gallen und Basel. Eine Vereinheitlichung wird angestrebt.

Zur Netzwerk-Mitarbeit gelten folgende Anforderungen:

- Operation mit gesicherter Diagnose
- Präoperative interdisziplinäre Fallbesprechung

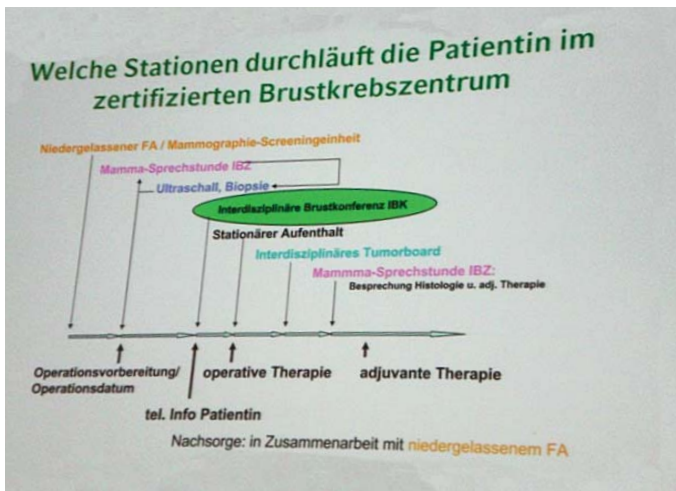
- Beisein eines Brustchirurgen
- Postoperative interdisziplinäre Fallbesprechung
- Präoperatives Gespräch mit der Breast Care Nurse
- Dokumentation in der Swiss Breast Center Data Base SBCDB und Studienteilnahme.

Was bringen Tumorboards?

Noch vor rund 30 Jahren hatte im Wesentlichen nur der Operateur mit einem Krebspatienten zu tun. Seit die Krebserkrankung der Brust als systemische Krankheit betrachtet wird, befasst sich eine Gruppe von Fachleuten mit jedem einzelnen Fall. Wie in anderen Ländern werden auch in der Schweiz die meisten neuen Fälle mit Krebserkrankungen möglichst immer mit allen beteiligten Fächern diskutiert. In grösseren Spitälern erfolgt dies in interdisziplinären Tumorboards (MDT, multidisziplinäres Tumorboard).

„Die Erfahrungen sind durchwegs gut, sie beschleunigen das Prozedere“, führte die Onkologin und Brustkrebspezialistin **Prof. Dr. med. Monica Castiglione** am SGGG-Kongress die Vorteile so einer Einrichtung aus ihrer Sicht aus. Ziel der Diskussion im Tumorboard sei es, anhand der Befunde eine Empfehlung nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und dem theoretisch Machbaren (State of the Art) auszuarbeiten.

Dass im Tumorboard in Zukunft auch die Patientin mit drin sein sollte, wenn es nach der Forderung von Saini et al. geht, wird sicher weitere Herausforderungen bringen [1]. Butow in Australien habe die Effizienz bereits untersucht, es nütze den Patienten und mache nicht mehr Angst, wie von Gegnern einer solchen Einbindung befürchtet wird [2].



Weitere Vorteile von Tumorboards sind eine hohe Akzeptanz bei den Patientinnen. Sie dienen dem Training und der Ausbildung. In 43% der Fälle erfolgt eine andere Therapie, als wenn nur ein Arzt die Entscheidung trifft. Die relativen Überlebenszeiten können durch MDTs ebenso wie die Lebensqualität und die Mortalität verbessert werden. Aktuell stehe die Forderung im Raum, dass es auch Guidelines für die Tumorboards geben sollte. Auch die Kosten so einer Einrichtung müssten in Zukunft besser abgedeckt werden. Entsprechende Berechnungen hätten ergeben, dass die in MDTs erbrachten Leistung bei ca. 550.– CHF pro Fall liegen. In Deutschland gibt es pro Falldiskussion in zertifizierten Zentrum bereits Geld für den Aufwand.

Wichtig wäre es auch, die erbrachte Leistung in Registern zu dokumentieren. Wie oft sollte ein MDT tagen? Wie oft sollte ein Fall vorgetragen werden? „Präoperativ ist in 80% der Fälle ein Luxus, bei 20% aber notwendig“, so die Expertin. Ein Problem stellen aktuell häufig Bilder und Befunde von aussen dar. Als Alternative für ein präoperatives MDT wäre eine Senologische Vorbesprechung eine Option. Fazit: MDTs sind zweckmässig, wenn sie an die Strukturen angepasst werden.

Papier Papier, die Deutschen sind hier...

Prof. Dr. med. Klaus Friese aus München schrieb bereits 2003 ein Editorial zum Thema „Qualitätssicherung in der Senologie“ in der Zeitschrift „Frauenarzt“ unter dem Motto – „Papier Papier, die Deutschen sind hier“. Es richtete sich gegen die Reglementierungswut, leider sei tatsächlich alles so gekommen, wie von ihm befürchtet. EUSOMA und DKG sind in Deutschland in der Zertifizierung von Brustzentren aktiv geworden. Aktuell gebe es 280 zertifizierte Brustzentren im Nachbarland. In München seien alle Kliniken, die behandeln, auch zertifiziert, – ausser der grössten. „Ich habe Aversion gezeigt, aber wir kommen nicht um Reglementierungen herum. Hoffentlich machen sie das nicht so umständlich wie wir“ wünschte er den Schweizer Kollegen [3, 4].

Stationen die eine Patientin im Brustkrebszentrum in Kiel durchläuft, zeigte **Prof. Dr. med. Walter Jonat** auf. Er betonte, dass es nicht nur die Fallzahl sei, die Qualität ausmache. „Keine Rezidive und gutes Überleben, dafür treten wir an“. Weiche Faktoren seien ebenso wichtig – persönliche Kompetenz, soziale Kompetenz, emotionale Intelligenz. Multidisziplinäres Vorgehen senke die Mortalität um 18% wie schon Grilli 1998 und weitere zeigen konnte [5, 6].

Was ausfere, sei die Dokumentationswut. An seinem Zentrum werde in fünf Systeme eingespeist, es entstehe viel Datenmüll ohne echte Antworten.

Gerinnungsstörungen in der Schwangerschaft

Schwangerschaft SS und Wochenbett gelten als risikoreiche Zeiträume für das Auftreten thromboembolischer Ereignisse. **Prof. Dr. med. Wolfgang Korte**, Leiter Klinische Chemie und Hämatologie am Zentrum für Labormedizin St. Gallen, gab ein Update zur Thromboembolie in der SS. Gerinnungsstörungen sind für einen bedeutsamen Anteil mütterlicher Morbidität und Mortalität verantwortlich. Ein Grossteil der betroffenen Frauen weist identifizierbare Risikofaktoren auf, sodass durch eine risikoadaptierte Antikoagulation, wie sie auch in der S-Leitlinie ausgeführt wird [7], Komplikationen vermieden werden können. Die allgemeinen Risikofaktoren für eine VTE in der Schwangerschaft sind:

1. Alter über 35
2. VTE in der Vorgeschichte
3. Thrombophilie
4. Immobilität
5. Transfusion bei der Geburt
6. St. P. Sectio
7. Präeklampsie
8. BMI 30 und mehr
9. Postpartale Blutung
10. Rauchen

Prof. Dr. med. Michael J Paidas aus den USA widmete seine Ausführungen nicht nur der Thrombophilie als Ursache von Blutgerinnungsstörungen in der Schwangerschaft, sondern den Gerinnungsstörungen allgemein. Eine von fünf Frauen präsentiert sich in den USA in der Schwangerschaft mit diesbezüglichen Komplikationen. 1:1600 Schwangerschaften werde durch Thromboembolien kompliziert. Mehr als 13% der Schwangeren gebären vor der 37. Woche, in 8% der Schwangerschaften gibt es plazentare Störungen (Präeklampsie, Ablösungen mit Blutungen, intrauterine Wachstumsverzögerung) Spät- und Frühaborte. Ein zunehmendes Problem stellen adipöse Schwangere dar. Er behandelt dicke Frauen mit einem BMI über 30 mit Enoxaparin 12 Stunden nach der Geburt und solange die Frauen im Spital sind (40 mg pro Tag). Bei BMI über 40 sollte die Dosis weiter erhöht werden (30 mg alle 12 Stunden).

Take Home Message von Prof. Paidas:

- Es braucht noch weitere Studien, um die Rolle der Thrombophilie für Plazentaassoziierte Komplikationen in der Schwangerschaft zu definieren.
- Präventionsstrategien, die den Outcome bei Schwangerschaften verbessern sollen, müssen noch weiter untersucht werden.
- Patienten mit habituellen Aborten, die die Kriterien für ein APAS erfüllen, sollten mit Heparin und Aspirin behandelt werden.
- Für Patienten mit erbter Thrombophilie und Schwangerschaftskomplikationen in der Anamnese wird die antithrombotische Prophylaxe, bis weitere Daten vorliegen, noch nicht empfohlen.
- Besondere Bedeutung in Hinblick auf VTE, insbesondere in industrialisierten Staaten, dürfte der zunehmenden Adipositas, dem deutlichen Anstieg der Sectorate sowie dem höheren mütterlichen Alter zukommen.

HRT-Update

Eine Hormonersatztherapie (HRT) sollte Teil einer Gesamtstrategie für die peri- und postmenopausale Frau sein, betonte **Dr. med. Katharina Schiessl**, Zürich, in ihren Ausführungen. Die Entscheidung HRT ja oder nein sollte gemeinsam mit der Frau abhängig vom individuellen Profil unter Berücksichtigung aller Vor- und Nachteile fallen. Alter und Zeitpunkt in Bezug auf die Menopause-Anamnese sind wichtig. Symptome und Leidensdruck der Frau, ihre Vorlieben und Erwartungen werden mit einbezogen. Für die endgültige Therapie-Entscheidung gelte, dass es nie eine genügend grosse Zahl an Studien gebe, die für alle Populationen, Eventualitäten, Medikamente und Regimen sowie im Einzelfall Gültigkeit hätten.

Hormontherapie 2012 – Indikationen

nach NAMS [8] und IMS 2012 [9]:

- Primäre oder sekundäre hypoöstrogene Amenorrhoe
- Sehr frühe (unter 40) und frühe (unter 45) Menopause bis hin zum medianen Menopausealter
- Milde bis schwere Menopause assoziierte Symptome
- Risiko oder Therapie einer Osteopenie/porose (und menopause assoziierte Symptome)
- Lokal: Symptome bei Vulva- und Vaginalatrophie

HRT nicht empfohlen

- Alleinige Behandlung herabgesetzter Libido
- Einzige oder primäre Indikation einer Prävention von Diabetes mellitus Typ2
- Als Koronararterienschutz in jedwedem Alter
- Bei einer Stress Inkontinenz
- Hormonabhängiger Tumor in der Anamnese

▼ SMS

Quelle: SGGG-Kongress, 28.–30. Juni 2012, Interlaken

Literatur:

1. Saini KS et al. Ann Oncol. 2012 Apr;23(4):853-9
2. Choy ET et al. Breast. 2007 Apr;16(2):178-89.
3. European Society of Mastology (EUSOMA) (2000). Eur J Cancer 36 (18) :2288-2293
4. Beckmann MW et al. Onkologie 2011, 34(7):362–367.
5. Kesson M E et al. BMJ2012;344:e2718.
6. Ruhstaller T, et al. Eur J Cancer2006;42:2459-62
7. Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften e.V. S3-Leitlinie 003/001; http://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/1-7-1-thrombembolie-2009-langfassung.pdf
8. North American Menopause Society. Menopause. 2012 Mar;19(3):257-71
9. IMS Climacteric 2011 14: 302-320.