



FrauenHeilKunde – INFO

Ausgabe: Juni 2013

Editorial



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im aktuellen Newsletter möchten wir Sie über aktuelle Neuerungen insbesondere aus der Geburtshilfe informieren.

Mit Lachgas (Livopan®) steht uns seit einigen Monaten eine neue Option der nicht invasiven Schmerztherapie unter der Geburt zur Verfügung. Diese

Möglichkeit erlebt insbesondere bei Patientinnen mit Kontraindikationen für eine PDA oder raschem Geburtsverlauf aktuell eine Renaissance.

Weitere Neuerungen, wie die Einlage des Ballonkatheters zur Geburtseinleitung, haben sich in den vergangenen Monaten bereits in der Klinik erfolgreich etabliert. Wir haben für Sie nochmals einen Überblick über die verschiedenen Methoden und das Vorgehen in speziellen Situationen aufbereitet. Im Rahmen klinischer Studien werden wir die unterschiedlichen Verfahren weiter evaluieren.

Ich wünsche Ihnen eine schöne Zeit bis zu den Sommerferien.

Mit kollegialen Grüßen

Prof. Dr. Matthias W. Beckmann

FHK Praxis

Livopan® – ein inhalatives Analgetikum zur peripartalen Schmerztherapie

Das Schmerzempfinden unter der Geburt hat einen signifikanten Einfluss auf das Geburtserleben und die Bewertung der Geburt. Die Schmerztherapie unter der Geburt hat daher einen hohen Stellenwert. Neben alternativen Heilmethoden und medikamentösen Verfahren hat sich im klinischen Alltag vor allem die Periduralanästhesie (PDA) etabliert. Da oftmals PDA-Anlagen teilweise nicht möglich oder gewünscht sind (z. B. bei Gerinnungsstörung), freuen wir uns, unseren Patientinnen seit Kurzem eine weitere Option anbieten zu können: Livopan®, ein inhalatives Analgetikum.

Livopan® ist ein gebrauchsfertiges medizinisches Gasgemisch (50 % Distickstoffmonoxid, 50 % Sauerstoff), das seit August 2008 in Deutschland für medizinische Anwendungen mit erwünschter Analgosedierung sowie rascher An- und Abflutung erhältlich ist. International (u. a. Schweiz, Großbritannien, USA) sind diese Lachgasgemische seit Jahrzehnten etabliert; positive Erfahrungen liegen unter anderem in der Pädiatrie und in der Geburtshilfe vor.

Livopan® ist eine nicht invasive Option zur schnellen und kurzfristigen Analgosedierung und wird eingeatmet. Die Analgesie setzt sehr schnell ein und endet nur wenige Atemzüge nach Absetzen der Therapie.

Vorteile von Livopan® sind:

- rascher Wirkungseintritt
- gute analgetische Wirkung bei geringer anästhetischer Wirkung
- gute anxiolytische und nur leicht sedierende Wirkung
- gute Steuerbarkeit durch schnelles An- und Abfluten gerade auch bei Selbstapplikation
- wirkt nach drei bis vier Atemzügen und kann maximal bis zu sechs Stunden verabreicht werden
- keine Beeinträchtigung der Uterusmuskulatur und des Fetus, daher auch bei Geburten einsetzbar
- keine Nephro-, Hepato-, direkte Kardio- oder direkte Neurotoxizität
- keine Atemdepression
- keine relevante Kreislaufdepression
- für Kinder und Erwachsene gleichermaßen geeignet

Fortsetzung des Artikels von Seite 1

Da die Aufnahme und Abgabe über die Lunge erfolgt, ist circa drei Minuten nach Ende der Applikation das Lachgas fast vollständig abgeatmet, weshalb im Gegensatz zu Narkotika oder starken Sedativa keine lange Nachbeobachtungszeit nötig ist. Entsprechend gering sind auch die Nebenwirkungen, die sich zudem mit Beendigung der Anwendung vollständig zurückbilden. Als leichte Nebenwirkungen (0,3 %) sind Übelkeit, Erbrechen, Schwindel und Missempfindungen beschrieben.

Geburtseinleitung

Die Geburtseinleitung gehört zu den häufigsten Interventionen im geburtshilflichen Alltag. Ziel dieser Beendigung der Schwangerschaft ist das Erreichen eines besseren perinatalen Ergebnisses für Mutter und Kind als durch eine abwartende Haltung. Vor diesem Hintergrund erfordert jede Geburtseinleitung eine kritische und individuelle Risiko-Nutzen-Analyse, die die zugrunde liegende Schwangerschaftspathologie, die einleitungsspezifischen Risikofaktoren und die individuelle Einstellung der Schwangeren zu berücksichtigen hat.

Zu den gängigsten evidenzbasierten Indikationen gehören die Terminüberschreitung, der vorzeitige Blasensprung, der Gestationsdiabetes und die hypertensiven Erkrankungen.

Der Erfolg einer Geburtseinleitung hängt von verschiedenen Faktoren ab. Eine Aussage hierüber kann am ehesten noch anhand der Zervixreife, die mithilfe des Bishop-Score bestimmt wird, getroffen werden. Die besten Erfolgsaussichten hat eine Geburtseinleitung bei einem „reifen“ Befund, während bei „unreifen“ Befunden die Verläufe oft frustrierend und frustrierend sein können.

Wir verwenden Livopan® sowohl während des Geburtsverlaufs als auch postpartal zur Versorgung von (schweren) Geburtsverletzungen. Die inhalative Analgesie kommt bei unseren Patientinnen sehr gut an und bereichert somit unsere Palette an Medikationsmöglichkeiten der Geburtshilfe.

Neben den bekannten Medikamenten – Oxytocin, Prostaglandin E2 und E1 – gibt es auch mechanische Verfahren, die erfolgreich zur Geburtseinleitung angewendet werden. Hierzu gehören vor allem Ballonkatheter, die in den vergangenen Jahren in Deutschland vermehrt Verwendung finden; international ist dieses Verfahren bereits seit Jahren etabliert. Der Cervical Ripening Balloon, den wir verwenden, ist seit mehreren Jahren zur Geburtseinleitung zugelassen. Insbesondere die simultane oder sequenzielle Anwendung des Ballonkatheters mit medikamentösen Verfahren zeigte sich in aktuellen randomisiert kontrollierten (Multicenter)-Studien vorteilhaft. So konnte beispielsweise bei Erstgebärenden mit unreifem Zervixbefund nicht nur die Einleitungszeit verkürzt, sondern erstaunlicherweise die Wahrscheinlichkeit eines Kaiserschnitts um 10 % gesenkt werden.

Da neben dem Sicherheitsprofil und der Erfolgswahrscheinlichkeit vor allem auch die Erwartungen der Schwangeren berücksichtigt werden sollten, wurde in der Vergangenheit untersucht, wie die Ballonkatheter von den Frauen angenommen werden. Die Ergebnisse waren sehr erfreulich und konnten die – in mehreren Zentren und auch bei uns – empfundene Akzeptanz bestätigen.

Grober Überblick über die empfohlenen Indikationen zur Geburtseinleitung:

Terminüberschreitung (risikoarme Schwangerschaft):	ab 41.+0 SSW (Empfehlung) ab 42.+0 SSW (definitive Indikation)
Vorzeitiger Blasensprung:	12 – 24 h nach Blasensprung
Hypertensive Erkrankungen	
■ schwere Präeklampsie, HELLP:	ab 34.+0 SSW
■ leichte/milde Präeklampsie:	ab 37.+0 SSW zu diskutieren
■ Gestationshypertonie:	ab 37.+0 SSW zu diskutieren
Gestationsdiabetes	
■ insulinpflichtig:	ggf. ab 38.+0 SSW (schlecht eingestellt) ab 40.+0 SSW (gut eingestellt)
■ diätetisch:	ab 41.+0 SSW

Diese Empfehlungen beruhen vor allem auf Empfehlungen der DGGG-Leitlinien.

Fortsetzung des Artikels von Seite 2

Grober Überblick über die verwendeten Methoden zur Geburtseinleitung:

Reifer Zervixbefund:	Oxytocin, Prostaglandin E1
Unreifer Zervixbefund:	Ballonkatheter, Prostaglandin E1, Prostaglandin E2
Nach Kaiserschnitt:	Ballonkatheter, Prostaglandin E2

Der Ballonkatheter verbleibt für zwölf Stunden und wird dann entfernt; durch Kompression der Cervix uteri wird endogenes Prostaglandin freigesetzt. Anschließend erfolgt die medikamentöse Geburtseinleitung.

Aktuelle Studien in der Geburtshilfe

SAFE-Studie = Single deepest vertical pocket or Amnion Fluid index as Evaluation test

Die SAFE-Studie ist eine klinische, prospektive, randomisierte Multicenter-Studie mit einer geplanten Gesamtzahl von 1.000 Patientinnen aus vier Zentren.

In der pränatalen Betreuung erfolgt die Beurteilung der Fruchtwassermenge entweder mit der „Vier-Quadranten-Methode“ (amnion fluid index, AFI) oder durch die Bestimmung des größten Fruchtwasserdepots (single deepest pocket, SDP). Obwohl seit einigen Jahren vorwiegend die Bestimmung mittels der AFI-Methode erfolgt, fehlen für die Effektivität dieses Vorgehens die Daten. Im Gegenteil, einige wenige Studien weisen darauf hin, dass durch die Verwendung der AFI-Methode medizinische Interventionen wie Geburtseinleitungen und Kaiserschnitte vermehrt durchgeführt werden, ohne einen klinischen Benefit zu erzielen.

Diese Studie soll daher klären, ob die Bestimmung der Fruchtwassermenge durch die SDP-Methode zu einer geringeren peripartalen Morbidität und Mortalität führt, und ob Zusammenhänge zwischen der Methode der Fruchtwasserbestimmung und ärztlicher Interventionen wie Geburtseinleitung und Kaiserschnitt erkennbar sind.

Hierfür werden alle Frauen mit geplanter Spontangeburt ab 37.+0 SSW nach der Aufklärung und Zustimmung zufällig dem Studienarm (SDP-Methode) oder dem Kontrollarm (AFI-Methode) zugeteilt.

Die Studie wird voraussichtlich bis Herbst 2013 andauern.

Beobachtungsstudie zur Geburtseinleitung nach Kaiserschnitt

Diese prospektive Beobachtungsstudie dokumentiert seit Januar 2011 an mehreren Zentren Geburtseinleitungen nach einem erfolgten Kaiserschnitt.

Nach einem Kaiserschnitt gibt es kein zugelassenes Einleitungsverfahren und Studien in diesem Bereich sind rar gesät. In dieser speziellen klinischen Situation werden hauptsächlich Prostaglandine der Gruppe E2 (z. B. Dinoproston-Vaginalgel), mechanische Verfahren wie der Ballonkatheter oder deren Sequenz verwendet.

Da genaue Erkenntnisse über die Erfolgswahrscheinlichkeiten der verschiedenen Verfahren nicht existieren, ist es das Ziel dieser Beobachtungsstudie, herauszufinden, ob sich ein Verfahren gegenüber den anderen vorteilhaft zeigt und daher vorgezogen werden sollte.

Hierzu werden die Daten der klinischen Routine erhoben und anschließend ausgewertet. Der primäre Endpunkt der Effektivität der Geburtseinleitung ist die Kaiserschnitttrate. Die Beobachtungsstudie wird bis Ende 2013 durchgeführt.

Umstellung der Chemotherapie-Bestellungen und ambulanten Blutbildkontrollen

Als Konsequenz auf unsere letzte Wartezeitenanalyse im Juli und August 2012 haben wir das Bestellsystem für unsere Chemotherapien geändert. Wurden vorher alle Chemotherapien erst am Tag der Applikation nach Vorliegen der Laborwerte bestellt, erfolgt nun eine Bestellung der Standard-Chemotherapien (keine Antikörper, keine Studienware) bereits mit einem Vorlauf von 48 Stunden, sodass sofort – bei Vorliegen der aktuellen Laborwerte – mit der Chemotherapie begonnen werden kann. Dies verkürzt die Wartezeit bis zum Start für jede Patientin um ca. 45 – 90 Minuten.

Um unseren Patientinnen die Wartezeit weiter zu verkürzen, wäre es notwendig, dass sich Patientinnen am Tag der Applikation mit einem aktuellen Labor (diff. BB, Elektrolyte, Creatinin, Transaminasen etc.) bei uns vorstellen würden.

Des Weiteren haben wir unser System bei ambulanten BB-Kontrollen geändert. Es kann nun eine kapilläre Blutentnahme direkt in unserer Tagesklinik erfolgen. Nach ca. fünf Minuten liegen die Werte für Hämoglobin und eine Subtypisierung der Leukozyten vor. Diese Kontrollen kommen nur für Patientinnen in Betracht, bei denen in der Anamnese keine Thrombopenie bekannt ist.

Neuer Assistenzarzt



Als neuen Assistenzarzt dürfen wir seit dem 01.04.2013 Felix Heindl in unserem Team begrüßen.

Felix Heindl

Anlagen:

- Einleitung der Geburt
- Als Beilagen erschienen bereits Ovarial- und Mammakarzinom, Zervix- und Vaginalkarzinom.

Impressum

Herausgeber:

Universitätsklinikum Erlangen
Frauenklinik
Universitätsstr. 21/23, 91054 Erlangen
Tel.: 09131 85-33553
Fax: 09131 85-33456
E-Mail: fk-direktion@uk-erlangen.de
www.frauenklinik.uk-erlangen.de

V.i.S.d.P.:

Prof. Dr. Matthias W. Beckmann

Gesamtherstellung:

Universitätsklinikum Erlangen, Kommunikation,
91012 Erlangen