

Wissenschaftliche Kurzvorträge

**22. RHEINLAND-
PFÄLZISCHER
GYNÄKOLOGENTAG**

**in Mainz
18. und 19. Sept. 2015
Schloss Waldthausen**



Schirmherrschaft
**Berufsverband der Frauenärzte e.V.
Landesverband Rheinland- Pfalz**

**Vorsitzender:
San.-Rat Dr. med. Werner Harlfinger**



1. Inhaltsverzeichnis
2. Dto

Kurzvorträge Onkologie

3. **Versorgung von Patientinnen mit Endometriumkarzinom in Deutschland – Erste Ergebnisse der AGO Umfrage aus den Jahren 2006, 2009, 2013 und 2015** Battista et al
4. **Myxoides Leiomyosarkom mit intravenöser Ausdehnung über die Vena cava bis zum rechten Vorhof – ein Case Report** Heindl et al
5. **Beurteilung von Adnexbefunden mittels IOTA Adnex Model** Heun et al
6. **Metronome Chemotherapie mit Cyclophosphamid und Methotrexat bei metastasiertem Mammakarzinom** Krainak et al
7. **Vorkommen und Einfluss von Komorbidität in einer Gruppe von Mammakarzinom-Patientinnen** Richter et al
8. **Untersuchung der Risikofaktoren für Chemotherapie-assoziierte venöse Thrombosen bei Patientinnen mit Mamma-, Ovarial- und Zervixkarzinom** Nezi et al
9. **Therapiekonzepte bei inguinalem Vulvakarzinomrezidiv** Seeger et al
10. **Case-Report: Eine junge Patientin mit unklarem Aszites und Verdacht auf Ovarialtumor – Diskussion des Managements und der Differentialdiagnosen** Peters et al

Kurzvorträge Gynäkologie/Urogynäkologie

11. **Nahtdehiszenz nach totaler laparoskopischer Hysterektomie – Inzidenz und Risikofaktoren** Braun et al
12. **Implementierung und Validierung eines postoperativen Schmerzprotokolls für laparoskopische Eingriffe**
Lisa Stotz
13. **TVT versus Mini-Arc- ein perioperativer Vergleich** Rommens et al

Kurzvorträge Endokrinologie

14. **Innovationen bei der Kultivierung von Eizellen – bringen die mit TimeLapse-Systemen verbundenen Kultur- und Beobachtungsbedingungen bereits erkennbare Vorteile bei der künstlichen Befruchtung (ART)?** Schaffrath et al
15. **Calcium-Ionophor steigert nicht nur die Befruchtungsrate, sondern auch die Entwicklung der Embryonen** Wlodarski et al
16. **Fetuin-B ein wichtiger Fertilitätsfaktor – wo wird es synthetisiert?** Linek et al
17. **Einsatz des Time-laps Imaging Systems in der klinischen Routine: wovon profitiert die Patientin?** Gomez et al
18. **Ist die Lutealphasenunterstützung mit Progesteron +/- HCG eine effektive Methode um die Schwangerschaftsraten nach reproduktionsmedizinischer Maßnahmen zu verbessern?** Schug et al
19. **Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Aspekten der Lebensqualität bei fertilitätserhaltenden Maßnahmen** Schwab et al

20. **Reversible ovarielle Insuffizienz nach Antikörpertherapie. Eine äußerst seltene Differenzialdiagnose** Puzirauske et al

Kurzvorträge Geburtshilfe

21. **Konservative Behandlung einer Cervixgravidität mit Methotrexat** *Heimes et al*
22. **Die posttraumatische Belastungsstörung nach Geburt** *Heun et al*
23. **Fallvorstellung: Prolongation einer Geminischwangerschaft nach IUFT und Geburt des 1. Geminus** Heun et al
24. **Beurteilung von Adnexbefunden mittels IOTA Adnex Model** *Heun et al*
25. **Prolongation einer Geminischwangerschaft nach IUFT und Geburt des 1. Geminus** Heun et al
26. **Integration von Schwangeren und Wöchnerinnen aus Mainzer Flüchtlingsunterkünften in die Regelversorgung – Anspruch und Wirklichkeit** *Lebrecht et al*
27. **Case Report: Endometriom in der Schwangerschaft** Maurer et al
28. **Autorenverzeichnis**

Titel der Arbeit	Versorgung von Patientinnen mit Endometriumkarzinom in Deutschland – Erste Ergebnisse der AGO Umfrage aus den Jahren 2006, 2009, 2013 und 2015			
Autoren	Titel	Vorname(n)	Name	Institution
	Dr.	Marco Johannes	Battista	Universitätsfrauenklinik Mainz
	-	Viktoria	Schanz	
	-	Tania	Elger	
	-	Slavomir	Krajnak	
	Dr.	Anne-Sophie	Heimes	
	Dr.	Katrin	Almstedt	
	Prof. Dr.	Marcus	Schmidt	
	Prof. Dr.	Annette	Hasenburg	
Einleitung	Wissenschaftlich Erkenntnisse verändern Therapiekonzepte.			
Fragestellung	Wie verändert sich die Versorgung von Patientinnen mit Endometriumkarzinom an deutschen Frauenkliniken seit 2006?			
Material und Methode	In den Jahren 2006, 2009, 2013 und 2015 wurde allen deutschen Frauenkliniken ein Fragebogen mit multiple Choice Fragen über therapierelevante Aspekte des Endometriumkarzinoms zugesandt. Die Ergebnisse einzelner Jahrgänge wurden mit dem Chi-Quadrat-Test verglichen.			
Ergebnisse	868 Fragebögen wurden insgesamt analysiert. Die Rücklaufquote betrug 35,8%, 33,3%, 40,0% und 24,2% für 2006, 2009, 2013 und 2015. Zunehmend häufiger wurde eine Laparoskopie für eine Hysterektomie (19,7%; 30,4%; 84,6%; 96,2%; $p < 0,001$), pelvine Lymphadenektomie (19,3%; 31,8%; 63,3%; 70,1%; $p < 0,001$) und paraaortale Lymphadenektomie (11,4%; 20,7%; 49,1%; 57,6%; $p < 0,001$) angeboten. Die pelvine bzw. paraaortale Lymphadenektomie wurde von 2006 bis 2009 im low-risk Stadium pT1aG2 zunehmend seltener (38,6%; 22,9%; 16,3%; 10,0%; $p < 0,001$ bzw. 16,0%; 10,7%; 6,3%; 4,5%; $p < 0,001$), im intermediate-risk Stadium pT1aG3 dagegen häufiger durchgeführt (88,0%; 85,7%; 93,9%; 98,0%; $p < 0,001$ bzw. 49,0%; 65,6%; 88,7%; 86,7%; $p < 0,001$). Seit 2009 wurde die Brachytherapie unverändert selten im low-risk Stadium FIGO IA G2 (16,0%; 13,3%; 14,0%; $p = 0,666$), aber zunehmend häufiger im intermediate-risk Stadium FIGO IA G3 (79,2%; 87,8%; 93,9%; $p < 0,001$) empfohlen. Die externe Teletherapie wurde unverändert im Stadium FIGO II (53,5%; 49,2%; 56,6%; $p = 0,367$) und im Stadium FIGO III (83,3%; 76,8%; 81,5%; $p = 0,194$) indiziert. Die adjuvante Chemotherapie wurde dagegen häufiger empfohlen (48,8%; 63,7%; 90,4%; 97,3; $p < 0,001$). Eine Kombinationstherapie mit Platin- und Taxanderivaten wurde 2015 am häufigsten angewendet.			
Diskussion	Während der letzten neun Jahren wurde beim Endometriumkarzinom zunehmend häufiger der minimal invasive Zugang gewählt. Die Lymphadenektomie und Bestrahlung wurden zunehmend stadien-adaptiert durchgeführt. Eine adjuvante Chemotherapie wurde über die letzten Jahre zunehmend häufiger empfohlen.			
Conclusio	Die Versorgung von Patientinnen an deutschen Frauenklinik hat sich in den letzten 9 Jahren dramatisch verändert. Ob dies mit einer verbesserten Überlebenschance und einer geringeren Rate an Komplikationen einhergeht, sollte in einer weiterführenden Arbeit untersucht werden.			
e-mail-Adresse des Vortragenden	Marco.Battista@unimedizin-mainz.de			

Titel der Arbeit	Myxoides Leiomyosarkom mit intravenöser Ausdehnung über die Vena cava bis zum rechten Vorhof – ein Case Report			
Autoren	Titel	Vorname(n)	Name	Institution
		<i>Franziska</i>	<i>Heindl</i>	<i>Universitätsklinikum des Saarlandes</i>
	<i>Dr.</i>	<i>Lisa</i>	<i>Stotz</i>	
		<i>Amr</i>	<i>Hamza</i>	
		<i>Christian</i>	<i>Giebels</i>	
	<i>Dr.</i>	<i>Chrysostomos</i>	<i>Papaioannou</i>	
	<i>Prof. Dr.</i>	<i>Erich-Franz</i>	<i>Solomayer</i>	
	<i>Dr.</i>	<i>Julia</i>	<i>Radosa</i>	
Einleitung	Das myxoide Leiomyosarkom des Uterus ist eine seltene Neoplasie, welche nur schwer vom Leiomyom abgrenzbar ist. Die Datenlagen zum Wachstumsmuster und der klinischen Manifestation sind begrenzt.			
Fallvorstellung	Wir berichten von einer 50-jährigen Patientin, welche konsiliarisch aus der Klinik für Pulmologie vorgestellt wurde. Die Patientin war dort stationär mit Verdacht auf ausgedehnte Lungenarterienembolie beidseits. Ein durchgeführtes CT zeigte den V.a. eine Uterus-Neoplasie, DD Uterus myomatosus. Im transvaginalen Ultraschall zeigte sich im Douglas eine echoarme, unscharf begrenzte 10x4x7cm große Raumforderung ohne Vaskularisation. In der durchgeführten MR-Angiografie zeigte sich ein Tumorzapfen von der rechten V. iliaca interna ausgehend bis in beide Lungenflügel reichend. Weiterhin wurde hierbei eine große inhomogene, kontrastmittelaffine, infiltrativ wachsende, maligne Raumforderung im Becken, mutmaßlich ausgehend vom rechten Ovar mit Infiltration der Vena iliaca interna rechts, festgestellt. Bei Verdacht auf Ovarialkarzinom erfolgte eine Längsschnittlaparotomie mit Hysterektomie, Adnexektomie beidseits, eine Tumorexstirpation der Beckenwand rechts, sowie eine pelvine und paraaortale Lymphonodektomie und infrakolische Omentektomie. Im intraoperativen Schnellschnitt konnte ein Sarkom nicht sicher ausgeschlossen werden. Zwei Tage später erfolgte in der Herz-Thorax-Chirurgie eine erneute Operation mit Exstirpation des endovaskulären Tumorzapfens. In der endgültigen Histologie ergab sich ein finales Tumorstadium von pT2b pN0 (0/26) L0 V2 Pn0 R0 FNCLCC-Grad 1. Die Patientin erholte sich gut von der Operation und konnte am 12. postoperativen Tag entlassen werden. Bei R0-Resektion wurde die regelmäßige Nachsorge empfohlen. Bisher ist die Patientin neun Monate rezidivfrei.			
Conclusio	Selbst beim Vorliegen einer ausgedehnten intravasalen Ausbreitung ist eine R0-Resektion bei interdisziplinärer Herangehensweise möglich.			
e-mail-Adresse des Vortragenden	franziska.george@uks.eu			

Titel der Arbeit	Beurteilung von Adnexbefunden mittels IOTA Adnex Model			
Autoren	Titel	Vorname(n)	Name	Institution
	<i>Dr. med.</i>	<i>Xenia</i>	<i>Heun</i>	<i>Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz</i>
	<i>Dr. med.</i>	<i>Alexander</i>	<i>Seeger</i>	<i>Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz</i>
	<i>Dr. med.</i>	<i>Stefan</i>	<i>Albrich</i>	<i>Frauenarztpraxis Frauenärzte Fünf Höfe, München</i>
	<i>Prof. Dr.</i>	<i>Annette</i>	<i>Hasenburg</i>	<i>Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz</i>
Einleitung	<p>IOTA (International Ovarian Tumor Analysis) Adnex Model ist ein Tool welches mittels Regressionsanalyse eine Berechnung für das prozentualen Risiko eines malignen Adnexbefunds ermittelt. Für die Berechnung werden verschiedene klinische und sonographische Faktoren bestimmt. Bisher wurde dieses Programm u.a. in Großbritannien und Benelux getestet und wird dort mittlerweile standardmäßig eingesetzt. Im Unterschied zu Deutschland wird in diesen Ländern die sonographische Diagnostik häufig von Radiologen durchgeführt. Daten für den Einsatz des IOTA Adnex Model für Deutschland gibt es bisher nicht.</p>			
Fragestellung	<p>Kann das IOTA Adnex Model in Deutschland zur präoperativen Abschätzung der Malignität eines Adnexbefunds herangezogen werden und ist dies sinnvoll?</p>			
Material und Methode	<p>Seit Januar 2015 werden alle Adnexbefunde vor einer Operation (Vorstationär oder Poliklinik) an der Frauenklinik für Universitätsmedizin Mainz mittels IOTA Adnex Model erhoben. Folgende drei klinische Faktoren werden ermittelt: Alter, Onkologisches Zentrum und CA 125. Die erhobenen sonographischen Faktoren sind: max. Größendurchmesser der Läsion, max. Durchmesser der größten soliden Komponente, mehr als 10 Kammern, Anzahl der papillären Projektionen, Schallschatten und Aszites. Mittels IOTA Adnex Model wird das prozentuale Risiko für einen benignen und malignen Tumor bestimmt. Das Risiko einer Malignität wird unterteilt in das Risiko für eine Metastase, ein Ovarialkarzinom Stadium II-IV, ein Ovarialkarzinom Stadium I und einen Borderline-Tumor. Die histologischen Ergebnisse nach den jeweiligen Adnexoperationen werden zugeordnet und mittels der Daten die Sensitivität und Spezifität des Adnex Model bestimmt.</p>			
Ergebnisse	<p>Von Januar 2015 bis einschließlich Oktober 2015 wurden 63 Adnexbefunde gesammelt, davon konnten 51 ausgewertet werden. Die restlichen 12 Befunde waren u.a. nicht ausreichend dokumentiert. Die Histologie von 38 Befunden war benigne und von 13 Befunden maligne, davon 2 Borderline-Tumore. Bei einem Cut-Off von 10% für Malignität ergab unsere Erhebung eine Sensitivität von 92,3% und eine Spezifität von 74,4% für die präoperative Abschätzung der Malignität eines sonographischen Adnexbefundes.</p>			
Diskussion	<p>Das IOTA Adnex Model wurde u.a. in Ländern getestet, in denen der Radiologe die sonographische Beurteilung von Adnexbefunden durchführt. In Deutschland findet die präoperative Einschätzung durch einen Gynäkologen statt. Die erhobenen Ergebnisse können demnach nicht direkt auf Deutschland übertragen werden. In unserer Erhebung zeigen die Sensitivität und Spezifität gleiche Werte wie in der Originalarbeit. Es konnte gezeigt werden, dass die systematische Erhebung von Adnexbefunden und deren präoperativen Abschätzung mittels IOTA Adnex Model eine weitere Hilfe zur präoperativen Entscheidung sein kann.</p>			
Conclusio	<p>Die Datenerhebung zeigt, dass das IOTA Adnex Model als zusätzliches Werkzeug zur präoperativen Entscheidung, sowie zur Besprechung des Vorgehens mit der Patientin herangezogen werden und somit ein sinnvolles Hilfsmittel darstellen kann. Jedoch ersetzt das IOTA Adnex Model keinesfalls die OP-Indikation eines erfahrenen Facharztes.</p>			
e-mail-Adresse	<p>Xenia.heun@unimedizin-mainz.de</p>			

Titel der Arbeit	Metronome Chemotherapie mit Cyclophosphamid und Methotrexat bei metastasiertem Mammakarzinom			
Autoren	Titel	Vorname(n)	Name	Institution
		Slavomir	Krajnak	Universitätsmedizin Mainz Frauenklinik
	Dr. med.	Marco Johannes	Battista	
	Dr. med.	Katrin	Stewen	
	Prof. Dr. med.	Annete	Hasenburg	
	Prof. Dr. med.	Marcus	Schmidt	
Einleitung	Beim metastasierten Mammakarzinom kann außer der konventionell dosierten Chemotherapie auch eine metronome Chemotherapie angewendet werden. Hierbei werden Zytostatika in geringen Dosen und kurzen Intervallen appliziert.			
Fragestellung	In der vorliegenden Untersuchung wurde das Ansprechen der oralen metronom verabreichten Cyclophosphamid- und Methotrexat-Therapie bei metastasierten Mammakarzinom-Patienten untersucht.			
Material und Methode	In unserer Klinik erhielten zwischen 2009 und 2015 insgesamt 35 metastasierte Mammakarzinom-Patienten eine metronome Chemotherapie aus Cyclophosphamid (50mg täglich) und Methotrexat (2,5mg alle 2 Tage). Das Therapieansprechen wurde retrospektiv anhand von Akten- und Tumorboarddokumentationen untersucht und als Disease Control Rate (DCR), bestehend aus stabiler Erkrankung, partieller Remission und kompletter Remission, 24 Wochen nach Therapiebeginn festgelegt.			
Ergebnisse	Die DCR wurde bei 11 (31,4%) Patientinnen 24 Wochen nach Therapiebeginn erreicht. Eine komplette Remission zeigte sich bei 1 (2,9%), eine partielle Remission bei 6 (17,1%) und eine stabile Erkrankung bei 4 (11,4%) Patientinnen. Im Median erhielt unser Kollektiv 2 (min: 1, max: 8) Chemotherapielinien. In den ersten beiden Chemotherapielinien betrug die DCR 24 Wochen nach Therapiebeginn 36,8% (7 von 19 Patientinnen). Das mediane progressionsfreie Überleben betrug 12,0 (min: 6, max: 86) Wochen. Die Hormonrezeptor-positiven Patientinnen wiesen eine DCR von 33,3%, die Hormonrezeptor-negativen Patientinnen eine DCR von 27,3% 24 Wochen nach Therapiebeginn auf. Bei 3 (8,6%) Patientinnen kam es infolge aufgetretener Nebenwirkungen zum vorzeitigen Therapieabbruch.			
Diskussion	Die in unserem Kollektiv erhobene DCR von 31,4% bestätigt die Ergebnisse bisheriger Phase-II-Studien.			
Conclusio	Die metronome Chemotherapie mit oralem Cyclophosphamid und Methotrexat ist nebenwirkungsarm, kostengünstig und insgesamt eine Therapieoption mit günstigem therapeutischem Index für Patienten mit metastasiertem Mammakarzinom ohne hohen Remissionsdruck.			
e-mail-Adresse des Vortragenden	slavo.krajnak@yahoo.de			

Titel der Arbeit	Vorkommen und Einfluss von Komorbidität in einer Gruppe von Mammakarzinom-Patientinnen			
Autoren	Titel	Vorname(n)	Name	Institution
	Dr. med.	Daniel	Richter	Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit, Universitätsmedizin Mainz
	Prof. Dr. med.	Annette	Hasenburg	Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit, Universitätsmedizin Mainz
	Dr. med.	Laura	Glaser	Klinik für Radiologie, Universität Freiburg
	Dr. med.	Holger	Hartmann	iOMEDICO, Freiburg
	Dr. med.	Roxana	Schwab	Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit, Universitätsmedizin Mainz
Einleitung	Es wird eine epidemiologische Beobachtungsstudie vorgestellt, bei der über 5 Jahre der Erkrankungs- und Behandlungsverlauf von Mammakarzinompatientinnen untersucht wurde.			
Fragestellung	Einfluß der Komorbiditäten auf die onkologische Therapieentscheidung und auf das Überleben			
Material und Methode	Die Dokumentation der Begleiterkrankungen erfolgte mittels Masken, die an den Charlson Comorbidity Index (CCI) angelehnt waren. Zusätzlich wurden folgende Erkrankungen erfasst: Hypertonie, Polyneuropathie, chronische Magen-Darm Erkrankungen und Adipositas (BMI > 30 kg/m ²), Freitextangaben waren möglich.			
Ergebnisse	60,7% aller Registerpatientinnen litten unter mindestens einer Begleiterkrankung. Die häufigsten Begleiterkrankungen waren Hypertonie (30,6%), Adipositas (23,5%) und Diabetes mellitus ohne Endorganschäden (8,2%). Komorbide Patientinnen erhielten tendenziell seltener Chemotherapie-Schemata, die Anthrazykline und Taxane in Kombination enthielten. Die Anzahl der Begleiterkrankungen allein, analog zu ähnlichen Analysen an anderen Tumorentitäten, erlaubte keine Aussage über die Mortalitätswahrscheinlichkeit von palliativ behandelten Patientinnen, allerdings zeigte diese Patientengruppe bei einem CCI ≥ 3 ein signifikant kürzeres Überleben.			
Diskussion	Das metabolische Syndrom war in unserem Patientenkollektiv führend und scheint einen signifikanten Einfluss (p=0,01) auf das Überleben palliativer Patientinnen zu haben.			
Conclusio	Durch die steigende Lebenserwartung rückt der Einfluss der Komorbiditäten auf den Krankheitsverlauf und auf die Behandlungsstrategie einer onkologischen Erkrankung immer mehr im Vordergrund.			
e-mail-Adresse des Vortragenden	Daniel.Richter@unimedizin-mainz.de			

Titel der Arbeit	Untersuchung der Risikofaktoren für Chemotherapie-assoziierte venöse Thrombosen bei Patientinnen mit Mamma-, Ovarial- und Zervixkarzinom			
Autoren	Titel	Vorname(n)	Name	Institution
		Sandra	Nezi	Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit Main
	Dr. med.	Isabel	Sicking	
	Univ. Prof. Dr. med.	Annette	Hasenburg	
	Univ. Prof. Dr. med.	Marcus	Schmidt	
Einleitung	Thrombosen und deren Folgen zählen zu den Haupttodesursachen bei Patienten mit Tumorerkrankungen. Das Verständnis der wechselseitigen Effekte zwischen der krankheitsbedingten Expression von prokoagulatorischen Proteinen und äußeren Faktoren ist für die Prävention und Therapie venöser Thrombosen entscheidend. Die frühzeitige Identifikation von Patienten mit einem hohen Risiko in der ambulanten oder hospitalisierten Situation ist für eine gezielte medikamentöse Prophylaxe von großer Relevanz. Als Grundlage für die Einteilung in Risikogruppen können Scores dienen, die sich unter anderem aus verschiedenen Blutparametern zusammensetzen.			
Fragestellung	Ziel der Arbeit war die Analyse und Feststellung von Risikofaktoren für eine Thrombosierung sowie die Validierung des standardisierten Khorana- und des Protecht-Risikoscores zur Identifikation von Hochrisikopatienten in einem rein gynäkologischen Patientenkollektiv.			
Material und Methode	Die Daten von 152 Patientinnen mit Mamma-, Ovarial und Zervixkarzinom, die sich zwischen 2005 und 2013 in zytostatischer Behandlung in der Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz befunden haben, wurden retrospektiv erfasst. Die Studiengruppe gliedert sich in 76 Patientinnen, die unter Chemotherapie eine Thrombose erlitten und 76 vergleichbare Patientinnen ohne Thrombose. Die krankheitsbegleitenden Faktoren sowie die Punktwerte im Khorana- und Protecht-Score wurden mittels Chi-Quadrat-Test und t-Test auf einen Zusammenhang mit der Thrombosierung hin untersucht und einer Regressionsanalyse zugeführt.			
Ergebnisse	Es zeigten sich relevante Gruppenunterschiede für das Vorliegen eines Portsystems ($p=0,032$), die Durchführung einer stationären Thromboseprophylaxe ($p=0,014$), operative Eingriffe ($p<0,001$) und das Versterben im Beobachtungszeitraum ($p=0,011$). Im t-Test ergaben sich relevante Gruppenunterschiede für die Operationsanzahl ($p<0,001$) und die Leukozytenzahlen ($p=0,018$). Aus der Regressionsanalyse gehen Operationen als unabhängige Risikofaktoren hervor ($p=0,001$; KI: 4,233-253,400, OR: 32,750). Weiterhin steigt mit der Diagnose einer Thrombose die Wahrscheinlichkeit, im beobachteten Zeitraum zu versterben, um mehr als das 8-Fache an ($p=0,028$, KI: 1,254-52,162, OR: 8,089).			
Diskussion	Aus den Werten im Khorana- und Protecht-Score lassen sich keine eindeutigen Rückschlüsse auf das Thromboserisiko ziehen. Dagegen zeigen sich signifikante Ergebnisse für das Auftreten von thromboembolischen Ereignissen für einliegende Portsysteme, hohe Leukozytenzahlen, eine fehlende stationäre Thromboseprophylaxe und die Durchführung von operativen Eingriffen.			
Conclusio	Weitere Studien sollten die Verwendbarkeit von Scores zur Abschätzung des Thromboserisikos überprüfen, um Hochrisikopatienten zu identifizieren und eine risikoadaptierte Thromboseprophylaxe durchzuführen.			
e-mail-Adresse des Vortragenden	sandranezi@web.de			

Titel der Arbeit	Therapiekonzepte bei inguinalem Vulvakarzinomrezidiv			
Autoren	Titel	Vorname(n)	Name	Institution
	Dr.	Alexander	Seeger	Universitätsmedizin Mainz, Frauenklinik
	Dr.	Hans-Peter	Rösler	Universitätsmedizin Mainz, Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie
	Prof. Dr.	Gerald	Hoffmann	St. Josefs Hospital Wiesbaden Frauenklinik
	Prof. Dr.	Annette	Hasenburg	Universitätsmedizin Mainz, Frauenklinik
Einleitung	<p>Das Auftreten inguinaler oder pelviner Rezidive definiert meist eine palliative Situation und hat mit einer 5-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit von 5-27% eine schlechte Prognose. [S2k-Level, AWMF Registry No. 015/059, August 2015].</p> <p>Falls eine Bestrahlung bislang noch nicht erfolgte, besteht die Option einer Radiatio oder Radiochemotherapie. Falls das inguinale Rezidiv allerdings nach bereits adjuvant durchgeführter Bestrahlung aufgetreten ist, sind die therapeutischen Möglichkeiten äußerst begrenzt. Dennoch sind kurative Ansätze möglich. Es können unterschiedliche interdisziplinäre Therapiestrategien verfolgt werden, wobei die Datenlage für die jeweiligen Therapieverfahren schlecht sind. Darüber hinaus können Therapien zur lokalen- und Symptomkontrolle sinnvoll sein. Empfehlungen welche Behandlungsstrategie für welche Patientin sinnvoll ist existieren bisher nicht.</p>			
Fragestellung	Welche Therapiestrategien sind für welche Patientin mit inguinalem Vulvakarzinomrezidiv geeignet und welche Risiken sind zu bedenken?			
Material und Methode	<p>Anhand von 7 Patientinnen werden unterschiedliche Therapiestrategien bei inguinalen Vulvakarzinomrezidiven vorgestellt. Das Outcome, sowie Toxizitäten werden gegenübergestellt. Es handelt sich um Patientinnen die bereits adjuvant bestrahlt wurden und zum Zeitpunkt des Rezidivs somit nur noch eingeschränkte therapeutische Optionen zur Verfügung standen. Neben der chirurgischen Therapie wurden radioonkologisch lokale Bestrahlungsverfahren im Sinne einer interstitiellen Bestrahlung (intraoperativ, postoperativ, Spickung) angewandt. Weiterhin kamen lokale Maßnahmen wie Elektrochemotherapie und Systemtherapien i.S. einer palliativen Chemotherapie zum Einsatz.</p>			
Ergebnisse	<p>Bei einer Nachbeobachtungszeit von 6 Monaten bis zu 3 Jahren ist eine Patientin ein Jahr nach radikaler Operation und interstitieller Radiatio bis dato tumorfrei. Die anderen 5 Patientinnen erlitten entweder ein frühes Rezidiv nach initialer Tumorfreiheit oder wurden von vornherein palliativ behandelt. Unter lokalen Bestrahlungen und Elektrochemotherapie kam es zum Teil zu einer partiellen Remission, in einem Fall aber auch zum Progress. 4 Patientinnen sind inzwischen verstorben. Im Rahmen radikaler Operationen und Lappenplastiken mit anschließender interstitieller Radiatio kam es zu schweren Wundheilungsstörungen, welche weitere plastische Operationen nach sich zogen. Im Rahmen der unterschiedlichen Bestrahlungstechniken traten Strahlendermatitiden sowie, bei einer Patientin eine ausgeprägte Strahlenproktitis auf. Zudem litten alle Patientinnen an Lymphödemen der unteren Extremitäten in unterschiedlichen Ausprägungsgraden.</p> <p>Die eingesetzten Chemotherapien (Cisplatin als Radiosensitizer, Cisplatin mono, Paclitaxel weekly, Metronome Chemotherapie) wurden protokollgerecht durchgeführt. Toxizitätsbedingte Abbrüche kamen nicht vor. Alle Patientinnen erhielten palliativmedizinische Angebote und der Erkrankungssituation angepasste Supportivtherapien.</p>			
Diskussion	<p>Die einzig tumorfreie Patientin profitierte von einem radikalen Therapiekonzept, wobei bei der Planung eines solchen Konzeptes erhebliche Komplikationen und/oder Toxizitäten bedacht und mit der Patientin besprochen werden sollten. Lokale Therapieverfahren wie Elektrochemotherapie und interstitielle Bestrahlungsverfahren können eine Verbesserung des Lokalbefundes und der Lebensqualität, z.B. bei exulzerierten Befunden erreichen. Dies als palliative Maßnahme und mit akzeptabler Toxizität. Eine Verbesserung des Gesamtüberlebens verspricht eine solche Behandlung allerdings nicht. Chemotherapien zeigen beim Vulvakarzinom-Rezidiv schlechte Ansprechraten und stellen in erster Linie eine Option nach Ausschöpfung sämtlicher lokaler Maßnahmen dar.</p> <p>Eine begleitende palliativmedizinische Betreuung und Supportivtherapie (z.B. Lymphdrainage, adäquate Schmerztherapie) muss allen Patientinnen mit inguinalem Vulvakarzinom Rezidiv angeboten werden.</p>			
Conclusio	<p>Insgesamt ist bei einem inguinalen Rezidiv von einer palliativen Situation auszugehen. Radikale Therapieverfahren können in Einzelfällen zwar Tumorfreiheit erreichen, bleiben aber besonderen Situationen vorbehalten. Das Therapiekonzept sollte individuell mit der Patientin besprochen und an die jeweilige Situation und Konstitution angepasst werden.</p>			
e-mail-Adresse des Vortragenden	Alexander.seeger@unimedizin-mainz.de			

Case-Report: Eine junge Patientin mit unklarem Aszites und Verdacht auf Ovarialtumor – Diskussion des Managements und der Differentialdiagnosen

Anneke Peters, Alexander Seeger, Marco Battista, Annette Hasenburg
Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit Mainz

Einleitung: 30jährige Patientin, OG/OP, Übernahme aus Krankenhaus Oberwesel (Innere Medizin, 04/16) mit seit einem Jahr bestehenden chronischen Unterbauchschmerzen und ausgeprägtem unklarem Aszites (Punktion von 3,6 Litern) mit Verdacht auf Ovarial-Karzinom. In der dort durchgeführten abdominalen Sonographie zeigte sich ein ca. 5 x 4,6cm zystischer Ovarialprozess im Unterbauch mit solidem Inhalt. Als Nebendiagnosen brachte die Patientin mit: ventrikulo-peritoneale Shuntanlage bei kindlichem Hydrozephalus, Zustand nach Spina-Bifida mit Blasen- und Darmentleerungsstörung, vorbekanntes PCO, Gangataxie (Patientin ging am Rollator), bipolare Störung, Harnwegsinfekt weitere Informationen zur Patientin: letztes MRT 10/2015 (PCO, keine maligne Ursache), allgemein-chirurgische Vorstellung 10/2015 zum Ausschluss einer Divertikulitis, Zytologie der Aszitespunkts bisher: florides, entzündliches Aszitespunktat (Exsudat), kein Nachweis von Tumorzellen, Labor: CRP 11,2mg/dl, Leukozyten o.B.

Fragestellung: Ovarial-Carcinom DD Meigs-Syndrom DD Shuntinfektion / Shuntüberdrainage DD Lebersynthese Störung DD Pfortaderthrombose????

Material und Methode: Vorstellung des Falles mit seinen differentialdiagnostischen Methoden inklusiver Ergebnisse

Ergebnisse / Verlauf: Der Verdacht des Ovarial-Karzinoms wie der des Meigs-Syndroms bestätigten sich bei dieser jungen Patientin zum Glück nicht. Labor, Tumormarker, vaginale Sonographie, Röntgen-Thorax, erneutes MRT-Becken sowie eine erneute therapeutisch - diagnostische Aszites-Punktion inklusiver Zytologie und Mikrobiologie konnten keine dieser beiden Diagnosen bestätigen. Der abdominale Sonographiebefund aus dem Krankenhaus Oberwesel bestätigte sich in der vaginalen Sonographie nicht. Außer dem bereits bekanntem PCO konnten keine Pathologien entdeckt werden. Aufgrund unauffälliger Leberwerte, einer klinischen Untersuchung ohne Befund wie auch einer blanden Leber-Sonographie, fielen die Differentialdiagnosen „Lebersynthese Störung“ und „Pfortaderthrombose“ schnell aus dem Kreis heraus. Die zeitlich frühe interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Neurochirurgen brachte ebenfalls keinen Hinweis. Die Patientin zeigte keine neurologischen Symptome (z.B. Kopfschmerzen, Sehstörungen, Übelkeit, Erbrechen), das liegende Shuntsystem war unauffällig und die produzierte Menge Aszites war laut Neurochirurgen zu groß, um die Symptomatik auf eine Shuntüberdrainage zurückzuführen. Da die Patientin weitersymptomatisch war, das CRP auf 151mg/dl anstieg und keine Diagnose bestätigt werden konnte, wurde die Indikation zur diagnostischen Laparoskopie inklusive peritonealen Probeentnahmen und neurochirurgischem Standard-Bygestellt. Intraoperativ zeigte sich ein ausgedehntes Adhäsionsgebiet bei Zustand nach multiplen Shunt-Operationen, ein ubiquitär verdicktes, schwartiges, hyperämes Peritoneum (am ehesten postentzündlich), der Uterus war mit der Bauchwand adhären, die Adnexe waren aufgrund der chronischen Entzündung nicht komplett einsehbar und fast vollständig von schwartigem Peritoneum überzogen. Der Shuntkatheter war unauffällig. Die peritonealen Probeentnahmen wie auch der intraoperative Aszites zeigten kein Hinweis für Malignität. Die Patientin wurde nach zwei Wochen ausführlicher Diagnostik von den Neurochirurgen übernommen mit der Diagnose: chronische Peritonitis bei Zustand nach multiplen Shuntoperationen und ventrikulo-peritonealer Shuntanlage. Daraus ergab sich die Indikation für eine ventrikulo-atriale Shunt-Neuanlage. Glück im Unglück für die junge Patientin!

Diskussion: Aufgrund des Respekts vor einer Shuntinfektion durch eine Operation, wurde zu Beginn der Diagnosefindung auf die Laparoskopie verzichtet. Da jedoch keine Diagnose gefunden werden konnte und die Patientin weiterhin symptomatisch war und die Entzündungswerte anstiegen, musste der Eingriff doch durchgeführt werden.

Conclusio Ein unklarer Aszites in Kombination mit einem ventrikulo-peritonealen Shunt ist eine seltene Konstellation. Trotzdem sollte bei einem länger liegenden Shunt, welcher in die Bauchhöhle ausgeleitet wird, immer an eine chronische Peritonitis gedacht werden. Diese kann sich in Form eines symptomatischen, ausgeprägten Aszites zeigen.

e-mail-Adresse des Vortragenden: Anneke.Peters@unimedizin-mainz.de

Titel der Arbeit	Nahtdehiszenz nach totaler laparoskopischer Hysterektomie – Inzidenz und Risikofaktoren			
Autoren	Titel	Vorname(n)	Name	Institution
	<i>Dr.</i>	<i>Eva-Marie</i>	<i>Braun</i>	<i>Klinik für Frauenheilkunde, Geburtsmedizin und Reproduktionsmedizin, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg</i>
	<i>Dr.</i>	<i>Lisa</i>	<i>Stotz</i>	
	<i>Prof. Dr.</i>	<i>Ingolf</i>	<i>Juhasz-Böss</i>	
	<i>Univ.-Prof. Dr.</i>	<i>Erich-Franz</i>	<i>Solomayer</i>	
	<i>Dr.</i>	<i>Julia</i>	<i>Radosa</i>	
Einleitung	Bisher sind nur wenige Gründe für die Nahtinsuffizienz nach totaler laparoskopischer Hysterektomie (TLH) bekannt. Ziel der Studie war die Erfassung der Inzidenz und die Identifikation von Risikofaktoren der Nahtdehiszenz nach TLH.			
Fragestellung	Welche Parameter stellen Risikofaktoren für eine Nahtinsuffizienz bei TLH dar?			
Material und Methode	Retrospektive Analyse aller Patientinnen, die zwischen 01/2011 und 07/2016 an der Universitätsfrauenklinik des Universitätsklinikums des Saarlandes aufgrund uteriner Pathologien eine TLH erhielten. Durchgeführt wurde eine Risikoanalyse der Einflussfaktoren für das Auftreten einer Nahtdehiszenz nach TLH (Erfahrung des Operateurs (MIC), Nahttechnik (fortlaufend vs. Einzelknopf), Alter, BMI, Parität, OP-Dauer) mittels binär logistischer Regression.			
Ergebnisse	Insgesamt konnten 435 Frauen in die Analyse eingeschlossen werden. Die vorliegenden Ergebnisse beziehen sich auf eine Vorabanalyse der ersten 260 Patientinnen. Eine Nahtinsuffizienz trat bei 11 Patientinnen (4,2%) auf. Als unabhängige Risikofaktoren konnten der Erfahrungsgrad des Operateurs (Odds Ratio 0,135; $p < 0.05$), sowie die Operationsdauer (Odds Ratio 0,965; $p < 0.05$) identifiziert werden. Die Gruppe der MIC II-Operateure wiesen mit drei Nahtdehiszenzen (1,9%) eine signifikant niedrigere Nahtdehiszenzrate verglichen zu der Gruppe der MIC I Operateuren (acht Nahtdehiszenzen; 8,2%) auf. In Bezug auf den Verschluss der Scheidenstumpfes zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Einzelknopfnahrt (5,5%) und fortlaufender Naht (1,5%).			
Diskussion	Nahtdehiszenz nach TLH ist eine seltene Komplikation. In dieser Analyse konnten die Operationsdauer und die Erfahrung des Operateurs als unabhängige Risikofaktoren für das Auftreten einer Nahtdehiszenz identifiziert werden. Hinsichtlich der Nahttechnik zeigte sich eine Tendenz zugunsten der fortlaufenden Naht, dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant. Die Ergebnisse sprechen für eine zuverlässige Abbildung der laparoskopischen Fähigkeiten eines Operateurs durch MIC-Klassifikation.			
Conclusio	Operateurserfahrung sowie Nahttechnik scheinen nach vorläufigen Ergebnissen eine wichtige Rolle bei Auftreten einer Nahtinsuffizienz nach TLH zu spielen.			
e-mail-Adresse des Vortragenden	e.bushuven@web.de			

Implementierung und Validierung eines postoperativen Schmerzprotokolls für laparoskopische Eingriffe

Lisa Stotz; Pascal Schweitzer, AmrHamza, Ingolf Juhasz-Bös, Erich-Franz Solomayer, Marc Philipp Radosa^{*)}, Julia Caroline Radosa
Universitätsklinikum des Saarlandes – Klinik für Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Reproduktionsmedizin
^{*)}Diakonie Krankenhaus Kassel – Abteilung für Gynäkologie

Einleitung Laparoskopische Operationsverfahren haben in den letzten Jahren rapide an Bedeutung in zahlreichen Fachdisziplinen, so auch in der Gynäkologie gewonnen. Das Ziel unserer klinischen prospektiven Beobachtungsstudie ist es primär einen Status quo des postoperativen Befindens nach Laparoskopien zu erfassen. Dazu haben wir einen neuentwickelten Patientenfragebogen zum postoperativen Verlauf nach laparoskopischen Operationen implementiert und validiert.

Fragestellung Ziel der Studie war die Implementierung und Validierung eines neuentwickelten Patientenfragebogens zum postoperativen Verlauf nach laparoskopischen Eingriffen im Bereich der operativen Gynäkologie

Material und Methode In diese prospektive Beobachtungsstudie wurden alle Patientinnen eingeschlossen, bei denen im Zeitraum 03/2012 bis 04/2016 an der Universitätsfrauenklinik Homburg eine Laparoskopie durchgeführt wurde. Drei, 24 und 48 Stunden postoperativ wurden die folgenden Parameter mittels visueller Analogskala (VAS: 0 (Min) bis 10 (Max)) erhoben: abdominelle Schmerzen, Schulterschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Müdigkeit, Meteorismus. Des Weiteren wurden die Operationsdauer (Min.), der Kohlenstoffdioxidverbrauch (l), der Body-Mass-Index (kg/m²), sowie der Schwierigkeitsgrad der Laparoskopie nach Barakat erhoben. Nach Implementierung des Modells an Hand von 20 Patientinnen, erfolgt die weitere Validieren.

Ergebnisse In einer Interimsanalyse wurden die Ergebnisse der ersten 161 Patientinnen ausgewertet. Die mittlere Operationsdauer lag bei 120,84 Min (+/- 54), der mittlere Body-Mass-Index bei 26,17 kg/m² (+/- 5,00), der mediane CO₂-Verbrauch lag bei 323 l (Range 966), der Großteil der Eingriffe entsprach einem BARAKat-Level 2. Es zeigte sich eine Korrelation zwischen dem postoperativen Schmerzscore und dem intraoperativen CO₂ Verbrauch, sowie dem Schwierigkeitsgrad des operativen Eingriffes.

Diskussion An Hand der bisher vorhanden Daten konnte eine Validierung des Schmerzbogen erfolgen. Es konnten Risikofaktoren für einen erhöhtem postoperativen Schmerzlevel identifiziert werden, wie zum Beispiel ein erhöhter Kohlenstoffdioxid-Verbrauch oder ein erhöhter operativer Schwierigkeitsgrad

Conclusio Durch die Identifizierung von Risikofaktoren, welche zum Auftreten eines erhöhten postoperativen Schmerzlevel führen, könnten in Zukunft Risikokollektive identifiziert werden, für welche eine intensivierte postoperative Schmerztherapie erforderlich ist. Durch die Standardisierung der Erfassung des postoperativen Schmerzlevel kann darüberhinaus eine individualisierte postoperativen Schmerztherapie durchgeführt werden.

e-mail-Adresse des Vortragenden lisa.stotz@uks.eu

Titel der Arbeit	TVT versus Mini-Arc Ein perioperativer Vergleich			
Autoren	Titel	Vorname(n)	Name	Institution
1. Autor	<i>Dr</i>	<i>Karlien</i>	<i>Rommens</i>	<i>Klinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit der Universitätsmedizin Mainz</i>
2. Autor	<i>Dr.</i>	<i>Joscha</i>	<i>Steetskamp</i>	
3. Autor	<i>Dr.</i>	<i>Gert</i>	<i>Naumann</i>	<i>Fraunklinik HELIOS Klinikum Erfurt</i>
4. Autor	<i>Dr.</i>	<i>Stefan</i>	<i>Albrich</i>	<i>Frauenärzte Fünf Höfe München</i>
5. Autor	<i>Prof. Dr.</i>	<i>Annette</i>	<i>Hasenburg</i>	<i>Klinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit der Universitätsmedizin Mainz</i>
6. Autor	<i>PD Dr.</i>	<i>Christine</i>	<i>Skala</i>	
Einleitung	Mit dem klassischen TVT besteht nun seit 20 Jahren eine minimal invasive operative Inkontinenzbehandlung. Seit einigen Jahren werden nun auch materialsparende Weiterentwicklungen im Sinne von Minischlingen, wie z. B. Mini-Arc eingesetzt.			
Fragestellung	In dieser retrospektiven Analyse wurden der perioperative Verlauf der beiden Operationsmethoden miteinander verglichen.			
Material und Methode	In den Jahren 2009 bis 2012 wurden in der Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz insgesamt 63 Patientinnen mit einem Mini-Arc Band versorgt. Diesen Patientinnen werden 120 Patientinnen gegenübergestellt, die sich einer TVT-Schlingenplastik unterzogen haben. Der perioperative Verlauf wurde in einer retrospektiven Analyse verglichen. Dazu wurden folgende Parameter betrachtet: Die Länge des stationären Aufenthalts, die Operationsdauer, intraoperative Komplikationen, der intra- und postoperative Blutverlust, der postoperative Schmerzscore, das Auftreten von Blasenentleerungsstörungen und die Notwendigkeit von Re-Interventionen direkt postoperativ und die Prävalenz von HWI.			
Ergebnisse	Der stationäre Aufenthalt lag bei beiden Operationsmethoden im selben Ausmaß von 2-6 Tagen (Mittelwert 2,5 Tage). Die Operationsdauer unterschied sich nicht signifikant (Mittel 18,4 Minuten). Es ergaben sich keine intraoperativen Komplikationen bei allen Patientinnen. Der postoperative Blutverlust war bei beiden Patientinnengruppen gleich. Die RH Messung am 1. Postoperativen Tag ergab bei Patientinnen aus der Mini-ARC Gruppe signifikant erhöhte RH Mengen ($p=0,03$). Die Kontrollrestharnmessungen waren aber in den meisten Fällen im Normbereich. Postoperative persistierende Blasenentleerungsstörungen mit Reinterventionsbedarf im Sinne einer Bandlockerung gab es bei einer von 63 Patientinnen aus der Mini-ARC Gruppe und bei einer Patientin aus der TVT Gruppe. Ein weiterer signifikanter Unterschied zeigt sich beim postoperativen Schmerzscore. Auf einer Punkteskala von 0-10 haben Patientinnen nach einer Mini-ARC Schlingenplastik einen durchschnittlichen score von 1,5, während Patientinnen nach TVT-Schlingenplastik einen Schmerzscore von 2,42 angeben (min 0, max 6). Dieser Unterschied ist signifikant. ($p=0,00$).			
Conclusio	Der intra- und postoperative Verlauf von Mini-ARc und TVT ist ähnlich. Patientinnen nach Mini-ARc geben deutlich geringere postoperative Schmerzen an.			
e-mail-Adresse des Vortragenden	Karlien.Rommens@unimedizin-mainz.de			

Titel der Arbeit	Innovationen bei der Kultivierung von Eizellen – bringen die mit TimeLapse-Systemen verbundenen Kultur- und Beobachtungsbedingungen bereits erkennbare Vorteile bei der künstlichen Befruchtung (ART)?			
Autoren	Titel	Vorname(n)	Name	Institution
		Michael	Schaffrath	Kinderwunschzentrum Uniklinik Mz
		Bartosz	Linek	Kinderwunschzentrum Uniklinik Mz
	Dr.rer.nat.	Alexandra	Wlodarski	Kinderwunschzentrum Uniklinik Mz
	Prof.Dr.med.	Rudolf	Seufert	Kinderwunschzentrum Uniklinik Mz
	Prof.Dr.med.	Annette	Hasenburg	Universitätsfrauenklinik Mainz
Einleitung	<p>Während die Techniken der künstlichen Befruchtung (IVF/ICSI), assoziierte Aufbereitungs- und Kryokonservierungsmethoden für Spermien (TESE, MESA) sowie die Einfrierverfahren für die verschiedenen Stadien für unbefruchtete und befruchtete Eizellen (Slow-Freezing/Vitrifikation) schon lange ein hohes Qualitätsniveau erreicht haben, gibt es mit den sogenannten TimeLapse-Systemen erst seit wenigen Jahren einen größeren Fortschritt bei der Eizellkultur nach einer künstlichen Befruchtung (fast ganz automatisierte Kultivierung & optische Beurteilung menschlicher Eizellen nach künstlicher Befruchtung). Die Geräte regulieren und überwachen nicht nur die atmosphärischen Inkubationsbedingungen, unter denen sich die Eizellen über 3-5 Tage ungestört von Außeneinflüssen entwickeln, sondern bieten über die (für Eizellen streßfreie) zeitaufgelöste Fotodokumentation auch eine sehr differenzierte (automatisierte) Beurteilung ihrer morphologischen Entwicklung.</p>			
Fragestellung	<p>Inwieweit stellen die veränderten Kultur- und Beobachtungsbedingungen, in denen sich menschliche Eizellen nach künstlicher Befruchtung in TimeLapse-Systemen entwickeln, eine Verbesserung im Vergleich zu den bereits jahrelang etablierten und optimierten Kulturbedingungen in einem herkömmlichen Brutschrank mit täglicher Entnahme der Zellen zwecks Beurteilung unter einem Mikroskop dar? Sind bereits Verbesserungen bei wichtigen Zielgrößen (SS-/BTH-Rate) erkennbar?</p>			
Material und Methode	<p>Herkömmliche Brutschrank-Inkubation & TimeLapse-Methode wurden anhand eigener IVF/ICSI-Fälle verglichen & mittels Fremdpublikationen ergänzend bewertet.</p>			
Ergebnisse	<p>Inkubation im TimeLapse-System (reduzierter O₂-Gehalt, gleichförmigeres Kulturmilieu, geringerer Lichtstreß) hat eine etwas höhere Blastozystenbildungsrate zur Folge als die etablierte Brutschrankkultur. Die Beurteilung der Entwicklungsstadien der befruchteten Eizellen ist aufgrund präziserer Informationen mit TimeLapse-Systemen insgesamt treffsicherer, was die Auswahl guter, besonders einnistungsfähiger Embryonen insbesondere im Blastozystenstadium (5-Tage-Kultur, d5) im Vergleich zur täglich einmaligen mikroskopischen Beurteilung bei herkömmlicher Kultur im Brutschrank betrifft. Auch bei kürzerer Beobachtungszeit (d3) läßt sich – in etwas geringerem Umfang als bei der d5-Kultur – die Auswahl guter Embryonen im Vergleich zur Brutschrankinkubation verbessern. Es wurden durch die feinere Zeitauflösung bei TimeLapse- im Vergleich zu normaler Inkubation auffällige Entwicklungsmuster (u.a. Refusion Drei- zu Zweizeller, spontane Drei-, Fünf-, Siebenzellerbildung aus jeweils unauffälligen Vorstadien) mit schlechter Entwicklungsprognose identifiziert. SS- & BabyTakeHome-Rate scheinen mit TimeLapse zu steigen.</p>			
Diskussion	<p>Gleichmäßige Kulturbedingungen mit vermindertem O₂-Gehalt & geringer Lichtlast in einem Single-Step-Medium führen zu verbesserter Zellteilung. Auch mit bisheriger Befundungsmethodik nicht zu entdeckende Embryonen mit geringer/fehlender Entwicklungsprognose (bspw. bei spontaner Dreiteilung abhängig vom Ereigniszeitpunkt keine SS) werden künftig vor ET aussortiert. Damit allein sollten SS- & BTH-Rate ansteigen. Nötig ist jedoch längere Routine mit der komplexeren und aufwendigeren System-Handhabung. Auch die Betriebskosten sind bisher noch höher.</p>			
Conclusio	<p>Auch wenn unsere eigenen ersten Auswertungen bisher nur kleine Verbesserungstendenzen für TimeLapse- im Vergleich zur einfachen Brutschrank-Inkubation ausweisen, sind deutlichere Ergebnisverbesserungen von TimeLapse-Systemen fast sicher zu erwarten. Von damit neu gewonnenen Erkenntnissen können auch andere ART-Labore gleicher Ausstattung schnell & einfach profitieren (Qualitätsanstieg).</p>			
e-mail-Adresse des Vortragenden	michael.schaffrath@unimedizin-mainz.de			

Titel der Arbeit	Calcium-Ionophor steigert nicht nur die Befruchtungsrate, sondern auch die Entwicklung der Embryonen			
Autoren	Titel	Vorname(n)	Name	Institution
Autor	Dr.rer.nat.	Alexandra	Wlodarski	Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz / Kinderwunschzentrum
Autor	B.Sc.	Bartosz	Linek	Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz / Kinderwunschzentrum
Autor	Dr.med.	Ruth	Gomez	Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz / Kinderwunschzentrum
Autor	Univ.Prof.Dr.	Annette	Hasenburg	Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz
Autor	Univ.Prof.Dr.	Rudolf	Seufert	Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz / Kinderwunschzentrum
Einleitung	<p>In der Reproduktionsmedizin wird Calcium-Ionophor bei Paaren mit niedriger Fertilitätsrate verwendet. Calcium-Ionophor bewirkt hier einen Ausgleich des Calciumeinstroms, welcher durch defekte Spermien nicht hervorgerufen werden kann, aber für eine erfolgreiche Befruchtung essentiell ist. Normalerweise tritt durch das Eindringen eines Spermiums auch Phospholipase C ζ (PLC ζ) in die Eizelle ein, die ein Calcium-Einstrom in das Zytoplasma auslöst und die Befruchtungskaskade startet. Ohne die PLC ζ bleibt der Calcium-Einstrom aus und die Eizelle wird nicht befruchtet. 2009 wurde gezeigt, dass Männer, deren Spermien keine aktive PLC ζ besitzen, eine niedrigere Fertilisationsrate haben (Heytens, 2009). Dieser Defekt kann durch den Einsatz von Calcium-Ionophor ausgeglichen werden.</p>			
Fragestellung	Erhöht der Einsatz von Calcium-Ionophor neben der Fertilisationsrate auch die Entwicklungsrate der Embryonen nach einer ICSI?			
Material und Methode	<p>Untersucht wurde die Fertilisations- und Schwangerschaftsrate von Patientinnen, die sich einer ICSI-Behandlung unterzogen. Dabei wurden die Behandlungen mit und ohne Aktivierung mittels Calcium-Ionophor (A23187) verglichen. Als Kontrollgruppe dienten Vorversuche der jeweiligen Patientenpaare, die eine schlechte Befruchtungs- und Blastulationsrate aufwiesen. Nach der ICSI wurde die Eizelle für 10-15 min in einer ready-to-use Calcium-Ionophor (A23187) Lösung inkubiert und anschließend wie gewohnt kultiviert.</p>			
Ergebnisse	<p>Wir konnten beobachten, dass bei 81 Paaren die Befruchtungsrate von 28,1% im Vorversuch auf 61,4% durch eine Behandlung mit Calcium-Ionophor gesteigert werden konnte. Aufgrund der erhöhten Anzahl an befruchteten Eizellen konnte die Schwangerschaftsrate ebenfalls von 16% auf 35% gesteigert werden. Zusätzlich verringerte sich die Abortrate von 33% auf 18,2%. Es wurde keine Eileiterschwangerschaft (EUGs) diagnostiziert. Calcium wird aber nicht nur beim Befruchtungsprozess benötigt, sondern es wurde auch beobachtet, dass vor jeder mitotischen Teilung der Zelle ein Calciumpeak auftritt (Sousa, 1996). Calcium scheint also auch für die weitere Entwicklung der Zelle nach der Befruchtung wichtig zu sein. Der Vergleich mit dem Vorversuch zeigte zudem, dass die Behandlung der Eizellen nach einer ICSI mit Calcium-Ionophor nicht nur zu gesteigerten Befruchtungsraten, sondern auch zur besseren Teilungs- und Entwicklungsrate der Embryonen führte.</p>			
Diskussion	<p>In der Zelle kommt es vor jeder mitotischen Teilung zu einem Calciumeinstrom. Fehlt dieser, kann sich die Zelle nicht weiterentwickeln und arretiert (Ebner, 2015). Die Zugabe von Calcium-Ionophor kann diesen Mangel kompensieren und eine weitere Teilung ermöglichen.</p>			
Conclusio	<p>Der Einsatz von Calcium-Ionophor stellt aufgrund dessen eine effektive Behandlungsoption bei Patientenpaaren mit erniedrigter Fertilisationsrate oder schlechter Entwicklung der Embryonen dar.</p>			
e-mail-Adresse des Vortragenden	Alexandra.wlodarski@unimedizin-mainz.de			

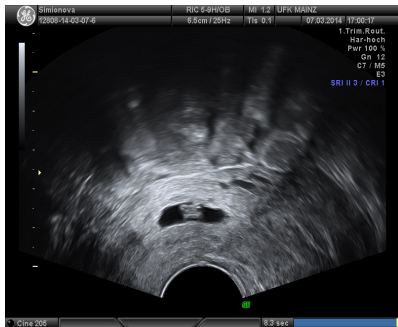
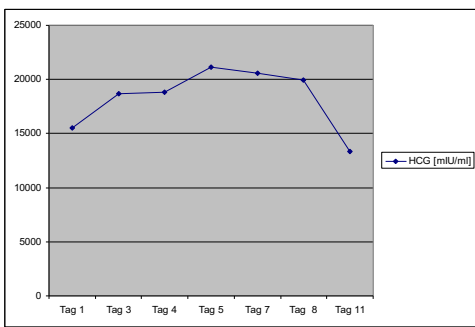
Titel der Arbeit	Fetuin-B ein wichtiger Fertilitätsfaktor – wo wird es synthetisiert?			
Autoren	Titel	Vorname(n)	Name	Institution
Autor	<i>B.Sc.</i>	<i>Bartosz</i>	<i>Linek</i>	<i>Universitätsmedizin Mainz, Abt. f. gyn. Endokrinologie und Reproduktionsmedizin</i>
Autor	<i>Univ.-Prof. Dr. rer. nat.</i>	<i>Walter</i>	<i>Stöcker</i>	
Autor	<i>Dr. rer. nat.</i>	<i>Alexandra</i>	<i>Wlodarski</i>	
Autor	<i>Univ.-Prof. Dr. med.</i>	<i>Anette</i>	<i>Hasenburg</i>	
Autor	<i>Univ.-Prof. Dr. med. M.Sc.</i>	<i>Rudolf</i>	<i>Seufert</i>	
Einleitung	<p>2013 wurde beobachtet, dass Fetuin-B eine entscheidende Rolle bei der Fertilisation spielt (Dietzel et al., 2013). Fetuin-B ist ein äußerst effektiver Inhibitor vom Ovastacin und schützt somit die Eizelle vor einem vorzeitigen Zona hardening. Aus der Eizelle entweichen nämlich permanent geringe Mengen an Ovastacin, welches durch Hydrolyse des Zona-Proteins ZP2 die Zona verhärtet. Erst durch Eindringen eines Spermiums in die Eizelle, kommt es zur explosionsartigen Ausschüttung von Ovastacin, sodass das vorhandene Fetuin-B nicht ausreicht und die Zona pellucida verhärtet. Somit können keine weiteren Spermien in die Eizelle eindringen, wodurch die Eizelle absterben würde. Ohne Fetuin-B würde jedoch kein Spermium in die Eizelle eindringen, da es zu einem vorzeitigen Zona hardening durch das permanent entweichende Ovastacin kommen würde.</p>			
Fragestellung	<p>Obwohl der Hauptsyntheseort von Fetuin-B die Leber ist, kommt es zu zyklusabhängigen Schwankungen der Serumkonzentration. Wird Fetuin-B auch in den Ovarien synthetisiert und beeinflusst es den Ausgang einer künstlichen Befruchtung?</p>			
Material und Methode	<p>Bei 97 Patientinnen, die sich einer Kinderwunschbehandlung unterzogen, wurde im Serum, in der Follikelpunktatflüssigkeit und in den Zellkulturüberständen von Eizellen und Granulosazellen Fetuin-B mittels ELISA gemessen.</p>			
Ergebnisse	<p>Es konnte Fetuin-B sowohl in der Follikelpunktatflüssigkeit als auch im Zellkulturüberstand von Granulosazellen gemessen werden. Dabei wurde beobachtet, dass mit zunehmender Verweildauer der Granulosazellen in Kultur, die Fetuin-B Konzentration abnimmt. Es konnte auch gezeigt werden, dass die eizellnahen Granulosazellen, auch Kumuluszellen genannt, stärker Fetuin-B sekretieren als die Granulosazellen aus dem Follikelpunktat. In Kulturmedien von denudierten Eizellen (d.h. ohne Granulosazellen) konnte kein Fetuin-B nachgewiesen werden. Die gemessenen Konzentrationen nehmen mit zunehmender Anzahl der gewonnen Eizellen ab und mit zunehmendem Alter zu.</p>			
Diskussion	<p>Die Ergebnisse lassen die Vermutung aufkommen, dass die Granulosazellen ein möglicher weiterer Syntheseort von Fetuin-B sind. Dies erscheint logisch, da das Fetuin-B an der Eizelle seinen Wirkungsort hat.</p>			
Conclusio	<p>Es konnte zum ersten Mal gezeigt werden, dass Fetuin-B von Granulosazellen sekretiert wird. Dies könnte ein interessanter Ansatzpunkt für Therapien von infertilen Paaren sein, wie z.B. als Prognosefaktor für eine erfolgreiche IVF.</p>			
e-mail-Adresse des Vortragenden	bartosz.linek@unimedizin-mainz.de			

Titel der Arbeit	Einsatz des Time-laps Imaging Systems in der klinischen Routine: wovon profitiert die Patientin?			
Autoren	Titel	Vorname(n)	Name	Institution
	<i>Dr med</i>	<i>Ruth</i>	<i>Gomez</i>	Gyn.Endokrinologie und Reproduktionsmedizin <i>UFK-Mainz</i>
	<i>Dr med</i>	<i>Corinna</i>	<i>Bartels</i>	<i>Kinderwunschzentrum Wiesbaden</i>
	<i>Dr med</i>	<i>Martin</i>	<i>Schorsch</i>	<i>Kinderwunschzentrum Wiesbaden</i>
	<i>Univ.Prof</i>	<i>Rudolf</i>	<i>Seufert</i>	Gyn.Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, <i>UFK-Mainz</i>
Einleitung	Das Time-lapse Imaging System (T-IIS) erlaubt eine morphokinetische Beurteilung der Embryonalentwicklung vom Zeitpunkt der Befruchtung der Eizelle bis hin zur Entwicklung zur Blastozyste am 5.Tag nach Fertilisation. Dadurch sollen möglichen aneuploiden Embryonen, die zu Aborten führen könnten, sich leichter identifizieren lassen.			
Fragestellung	Ziel dieser Studie ist der prädiktive Wert des T-IIS in Kinderwunschtherapien festzustellen.			
Material und Methode	<p>Zwischen 06.2013-09.2014 wurden bei 107 Patientinnen die eine ICSI (intracytoplasmatische Spermieninjektion) erhalten haben, eine Inkubation im T-IIS Embryoscope durchgeführt. Davon wurde bei 67 Frauen (62,6%) eine Polkörperdiagnostik durchgeführt.</p> <p>Die Teilungszeitpunkte der Zellteilung bei der Patientinnen die schwanger und nicht schwanger geworden sind wurden verglichen, sowie das Teilungsverhalten der Eizellen bei denen eine genetische Information vorlag. Mittels logistische Regressionsanalyse wurde der Einfluss der Teilungszeitpunkte ("in range" wenn 25-75.Perz und "out of range") auf die Schwangerschaftsrate getestet.</p>			
Ergebnisse	<p>Im Durchschnitt wurden 13,74 Eizellen gewonnen (3-26), und 9,19 fertilisiert (2-25). Die Fertilisierungsrate betrug 84,74%. Bei 23 Frauen (21,7%)ist eine Schwangerschaft eingetreten, 5 davon Mehrlinge (4,7%). 20 der 67 Frauen die eine Polkörperdiagnostik durchführten sind schwanger geworden, 3 davon mit Mehrlinge.</p> <p>Es zeigte sich insgesamt eine schnellere Zellteilung bei den schwangeren Patientinnen (Zellteilung in range vom Einzeller zum Zweizeller OR 1,508; vom Vierzeller zum Fünzfzeller OR 1,201; vom Beginn der Blastolierung bis zur reifen Blastozyste OR 2,83) als bei der Nichtschwangeren, jedoch nicht signifikant. Ähnliche Tendenzen zeigten sich bei der schwangeren Patientinnen die zusätzlich eine Polkörperdiagnostik hatten.</p>			
Diskussion				
Conclusio	Die erste Zellteilung, sowie das Erreichen einer Blastozyste haben einen entscheidenden Einfluß auf die Schwangerschaftsrate in Kinderwunschtherapien			
e-mail-Adresse des Vortragenden	Rgomez195@gmail.com			

Titel der Arbeit	Ist die Lutealphasenunterstützung mit Progesteron +/- HCG eine effektive Methode um die Schwangerschaftsraten nach reproduktionsmedizinischer Maßnahmen zu verbessern?			
Autoren	Titel	Vorname(n)	Name	Institution
	<i>Dr.</i>	<i>Rüdiger</i>	<i>Schug</i>	<i>Kinderwunschzentrum Uniklinik Mainz</i>
	<i>Dr.</i>	<i>Martin</i>	<i>Schorsch</i>	<i>Kinderwunschzentrum Wiesbaden</i>
	<i>Dr.</i>	<i>Agatha</i>	<i>Puzirauske</i>	<i>Kinderwunschzentrum Uniklinik Mainz</i>
	<i>Dr.</i>	<i>Ruth</i>	<i>Gomez</i>	<i>Kinderwunschzentrum Uniklinik Mainz</i>
	<i>Prof</i>	<i>Rudolf</i>	<i>Seufert</i>	<i>Kinderwunschzentrum Uniklinik Mainz</i>
Prof	Anette Hasenburg		<i>Kinderwunschzentrum Uniklinik Mainz</i>	
Einleitung	<p>Die Verwendung von Progesteronpräparaten im Rahmen reproduktionsmedizinischer Maßnahmen zur Unterstützung der Lutealphase ist ebenso gängige Praxis wie die Verwendung bei bestehender Frühschwangerschaft.</p> <p>Durch eine Untersuchung im Rahmen von IVF/ ICSI Therapien bei über 1300 Frauen haben wir dessen Wirksamkeit untersucht.</p> <p>Es soll darüber hinaus eine Übersicht gegeben werden über die Wirksamkeit, sowie die Auswirkung auf die Schwangerschaftsraten. Des Weiteren werden die Fragen beantwortet was und wie lange während der Lutealphasen-Unterstützung gegeben werden soll und in welcher Form (i.m., vaginal etc.).</p>			
Fragestellung	<p>Verbessert die Lutealphasenunterstützung mit Progesteron das outcome reproduktionsmedizinischer Maßnahmen? Wie lange und in welcher Dosis soll die Lutealphasenunterstützung gegeben werden und warum. Spielt die Art der Applikation eine Rolle?</p> <p>Gibt es andere Möglichkeiten zur Lutealphasenunterstützung als das Progesteron.</p>			
Material und Methode	<p>Daten einer retrospektiven Studie mit über 1300 Frauen die sich einer Therapie mit IVF oder ICSI unterzogen.</p> <p>Des Weiteren Sichtung und Interpretation von aktuellen Studien.</p>			
Ergebnisse	<p>Die Lutealphasenunterstützung ist eine Effektive Methode um die Schwangerschaftsrate nach reproduktionsmedizinischer Maßnahmen zu verbessern. Die Unterscheidung und statistische Analyse zeigte keine signifikanten Unterschiede, so dass keine pauschalen Aussagen getroffen werden können. Allerdings sollte im Einzelfall über die Art der Progesteronunterstützung in Abhängigkeit von Risikofaktoren und der unerwünschten Effekte unterschieden werden. Ein völliges Weglassen der Progesteronunterstützung empfehlen wir nicht.</p>			
Diskussion	<p>Die Lutealphasenunterstützung ist ein zentraler Bestandteil einer modernen reproduktionsmedizinischen Therapie und steht in seiner Bedeutung in vielen Studien außer Frage. Nach unseren Daten spielt allerdings die Art der Lutealphasenunterstützung für den Ausgang der Prozedur keine entscheidende Rolle, so dass wir die Fragen der Protektion von OHSS in dieser Zeit noch mehr berücksichtigt werden müssen.</p>			
Conclusio	Siehe Ergebnisse			
e-mail-Adresse des Vortragenden	ruediger.schug@unimedizin-mainz.de			

Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Aspekten der Lebensqualität bei fertilitätserhaltenden Maßnahmen				
Autoren	Titel	Vorname(n)	Name	Institution
	Dr. med.	Roxana	Schwab	Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit, Universitätsmedizin Mainz
		Helena	Schiller	Universität Freiburg
		Lea	Felske	Universität Freiburg
	Prof. Dr. phil.	Joachim	Weis	Klinik für Tumorbologie, Universität Freiburg
	Prof. Dr. med.	Annette	Hasenburg	Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit, Universitätsmedizin Mainz
Einleitung	Viele junge Krebspatientinnen und Krebspatienten haben ihre Familienplanung noch nicht abgeschlossen. Daher sollte jeder/jede junge Patient/in eine Beratung zur fertilitätserhaltenden Maßnahmen vor Beginn der onkologischen Therapie erhalten.			
Fragestellung	Entwicklung eines Messinstruments (Fragebogen), um die individuellen psychosozialen Aspekte, die in Zusammenhang mit fertilitätserhaltenden Maßnahmen und der dadurch erforderlichen Beratung bei jungen onkologischen Patientinnen und Patienten stehen, zu erfassen.			
Material und Methode	Als Vorarbeiten zur Fragebogenentwicklung in Kooperation mit der EORTC Quality of Life Group wurden qualitative teilstrukturierte Interviews mit medizinischem sowie psychosozialen Fachpersonal durchgeführt. Die Interviewdaten wurden inhaltsanalytisch ausgewertet und im Hinblick auf verschiedene Themen der Fertilität wie Lebensqualität, Beratung und Entscheidungsfindung bei onkologisch Erkrankten im Vergleich der Berufsgruppen gegenübergestellt. Auf Basis dieser Ergebnisse wurde ein Kategoriensystem als Basis für das zukünftige Instrument entwickelt.			
Ergebnisse	Wichtige Ziele der ärztlichen Beratung sind neben der Informationsvermittlung Hoffnung und Perspektive für die Betroffenen zu vermitteln. Um die Lebensqualität zu verbessern ist es essentiell, den Patienten einen adäquaten Umgang mit möglichen Einschränkungen der Fertilität, der Sexualität, den Veränderung der Lebensplanung und der Partnerschaft aufzuzeigen. Der Fachexperte sollte die Entscheidungsfindung positiv unterstützen, indem zum einen die medizinischen Hintergrundinformationen in verständlicher Weise übermittelt, zum anderen wichtige Einflussfaktoren, wie die Stärke des Kinderwunsches offen angesprochen werden.			
Diskussion	Die Lebensqualität bei jungen Überlebenden einer onkologischen Erkrankung hängt stark von der reproduktiven Funktion ab. Unsere Untersuchung hat in diesem Zusammenhang wichtige psychosoziale Aspekte für das Wohlbefinden dieser Patientengruppe aufgezeigt und liefert einen entscheidenden Beitrag zur Entwicklung eines Fragebogens für Betroffene, deren Fertilität eingeschränkt werden könnte.			
Conclusio	Durch ein entsprechendes Fragebogen wäre eine verbesserte individuelle Beratung krebskranker Menschen und eine bedarfsorientierte Prävention für Belastungen und Entscheidungskonflikte möglich.			
e-mail-Adresse des Vortragenden	Roxana.Schwab@unimedizin-mainz.de			

Reversible ovarielle Insuffizienz nach Antikörpertherapie. Eine äußerst seltene Differenzialdiagnose				
		Agata	Puzirauske	Universitätsmedizin Mainz
	Dr. med.	Ruth	Gomez	
		Rüdiger	Schug	
	Univ.Prof.Dr.med.	Annette	Hasenburg	
	Univ.Prof.Dr.med.	Rudolf	Seufert	
Einleitung	Bevazizumab wird selten bei prämenopausalen Patientinnen aus onkologischen Gründen eingesetzt, sodass Daten über endokrine Veränderungen nicht vorliegen. Der folgende Fall lässt vermuten, dass antiangiogenetische Faktoren auch die Follikelreifung negativ beeinträchtigen können und so zu einer, noch nicht beschriebenen Form der sekundären ovariellen Insuffizienz, führen können.			
Fragestellung	Welche endokrinen Veränderungen finden sich unter Antikörpertherapie bei fertilen Frauen			
Material und Methode	Vorstellung einer Kasuistik mit einer reversiblen ovariellen Insuffizienz und einer ungewöhnlichen endokrinen Situation unter Antikörpertherapie.			
Ergebnisse	<p>Eine 26 Jahre alte Patientin hat sich bei uns mit einer sekundären Amenorrhoe vorgestellt, die zu Hitzewallungen und Schlafstörungen unter laufender Antikörpertherapie geführt hat. Die Antikörpertherapie mit Bevazizumab wurde bei einem Desmoidtumor von internistischen Onkologen angesetzt. Die Therapie wurde zwei Monate vor der Vorstellung bei uns begonnen. Sonographisch zeigten sich Ovarien ohne Follikel und ein flaches Endometrium. Laborchemisch zeigte sich ein hypergonadotroper Status (FSH 41 mU/ml, LH 42 mU/ml, Progesteron 0,4 ng/ml, Östradiol 22 pg/ml). Schilddrüsen- und Nebennierenparameter waren unauffällig. Von den internistischen Kollegen wurde eine prämatüre Ovarialinsuffizienz diagnostiziert. Der Patientin wurde eine Fertilitätsprotektion dringend angeraten. Die Patientin stellte sich in diesem Zusammenhang in unserem Kinderwunschzentrum vor.</p> <p>In unserem Labor zeigten sich die identischen Hormonkonzentrationen. Das Anti-Müller-Hormon zeigte überraschenderweise einen Wert von 7,4 ng/ml. Der gute AMH-Wert ließ die neue Bewertung des Falles zu. Nach Absetzen der Antikörpertherapie normalisierte sich der Hormonstatus innerhalb von 8 Wochen und stellten sich regelmäßige Zyklen mit Ovulationen ein.</p>			
Diskussion	<p>VEGF ist ein entscheidender Angiogenesefaktor, der für die Follikelentwicklung und ebenfalls für die Effektivität sowie Lebensdauer des Corpus luteum äußerst wichtig ist. Da weder klinisch, biochemisch noch sonographisch ein Hinweis auf eine Follikelaktivität nachweisbar war, vermuten wir, dass die antiangiogenetische Wirkung der Antikörpertherapie die Follikelreifung inhibiert hat und somit sich ein reversibler postmenopausaler Status während der Therapie etablierte. Nach Absetzen der Antikörpertherapie kam offenbar Angiogenese, die mit einer Vaskularisation verbunden ist, wieder in die Gänge, sodass wir von einer klinischen reversiblen ovariellen Insuffizienz ausgegangen sind. Nach Absetzen der Therapie normalisierte sich die endokrinologische Situation, sodass eine bis jetzt weitgehend unbekannte ovarielle Wirkung der Antikörpertherapie in diesem Fall wahrscheinlich wird.</p> <p>Sollte sich diese Beobachtung entweder experimentell oder in einem größeren Kollektiv verifizieren lassen, wäre ein neues endokrinologisches pharmakologisches Wirkprinzip zu diskutieren: Antiangiogenese zur Hemmung der Follikelreifung.</p>			
Conclusio	<p>Im vorliegenden Fall glauben wir bis jetzt weitgehend unbekannte endokrine Wirkung von Angiogenesehemmer auf das Ovar beobachtet zu haben. Wobei zeigt sich, dass AMH ein zuverlässiger Prognosefaktor zur Entscheidung zwischen reversibler und irreversibler Schädigung des Ovars ist.</p> <p>Wir weisen extra auf den Charakter der Kasuistik hin, für weiterreichende Aussagen sind neue experimentelle und klinische Beobachtungen noch notwendig.</p>			
e-mail-Adresse	puzirauske@gmail.com			

Titel der Arbeit	Konservative Behandlung einer Cervixgravidität mit Methotrexat			
Autoren	Titel	Vorname(n)	Name	Institution
7. Autor	Dr.	Anne-Sophie	Heimes	Frauenklinik Universitätsmedizin Mainz Mainz
8. Autor		Tania	Elger	
9. Autor	Dr.	Anja	Fruth	
10. Autor	Prof. Dr.	Annette	Hasenburg	
Einleitung	Die Cervixgravidität macht ca. 0,1% aller ektopen Schwangerschaften aus. Es liegen bislang keine größeren aussagekräftigen Studien bezüglich der Überlegenheit verschiedener Therapiestrategien bei Cervixgravidität vor.			
Fragestellung	In unserem Fallbeispiel wird ein erweitertes konservatives Therapiemanagement von MTX i.m. kombiniert mit intraamniarer MTX Injektion beschrieben.			
Material und Methode	Wir berichten über eine 36 j. II G I P (Z.n. Sectio), die sich mit vaginalen Blutungen in der 7+3 SSW vorstellte. Die Konzeption erfolgte spontan. Sonographisch zeigte sich bei geschlossenem äußerem Muttermund eine intakte entsprechend der 7. SSW entwickelte Cervixgravidität. Der beta-HCG Wert bei Aufnahme betrug 15520 mIU/ml.			
Ergebnisse	<p>Es erfolgte zunächst die i.m. Applikation von 50mg MTX / m² KOF und beta-HCG Verlaufskontrollen. Bei steigenden beta-HCG Werten und weiterhin positiver Herzaktion erfolgte am 5. Behandlungstag die intraamniare MTX Injektion (10mg / kg KG). Im Anschluß zeigten sich fallende beta-HCG Werte bei negativer Herzaktion und sonographischem Regress.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>Abb. 1 Cervixgravidität 8. SSW.</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Abb. 2 Verlaufskontrolle beta-HCG Werte</p> </div> </div>			
Conclusio	Auch in unserem Fallbeispiel zeigte sich ein erweitertes konservatives Therapiemanagement, bestehend aus MTX Gabe i.m. gefolgt von der sonographisch-gesteuerten intraamniaren Applikation von MTX unter laborchemischer und sonographischer Verlaufskontrolle als erfolgreich und komplikationslos.			
e-mail-Adresse des Vortragenden	anne-sophie.heimes@unimedizin-mainz.de			
Tel Nr des Vortragenden	Diensttel. 06131 174292 Mobile: 0171 5309921			

Titel der Arbeit	Die posttraumatische Belastungsstörung nach Geburt			
	Dr.	Xenia	Heun	Klinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit der Universitätsmedizin Mainz
	Dr.	Anja	Fruth	
	Prof. Dr.	Annette	Hasenburg	
	PD Dr.	Christine	Skala	
Einleitung	<p>Seit der Aufnahme der Posttraumatischen Belastungsstörung PTBS in die Klassifikationssysteme für psychische Störungen gibt es viel Forschung zu dieser Diagnose. Die Diagnose des PTBS setzt das Erleben mindestens eines Ereignisses voraus, das „tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalten. Die Hauptsymptome der PTBS lassen sich in drei Symptomclustern gliedern: Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung. Bislang wurden Traumata wie körperliche oder sexuelle Gewalt, schwere Unfälle, Kriegserlebnisse und Naturkatastrophen diskutiert. Ob die Geburt eines Kindes ebenfalls als potenziell traumatischer Stressor angesehen werden sollte, kann kontrovers diskutiert werden, da dieses Ereignis, im Gegensatz zu Erkrankungen, allgemein als positiv gesehen wird. Andererseits kann im Rahmen einer Geburt das Leben oder die körperliche Unversehrtheit der Frau selbst oder /und des Kindes real gefährdet sein und auch subjektiv sehr bedrohlich erlebt werden.</p>			
Fragestellung	Hier soll ein Projekt der Frauenklinik der Universitätsmedizin vorgestellt werden.			
Material und Methode	<p>Seit März 2016 werden alle Patientinnen, die in der Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz ein lebendes Kind zur Welt gebracht haben, und der deutschen oder englischen Sprache mächtig sind, am ersten oder zweiten postpartalen Tag gefragt, ob sie und ihr Partner an einer Befragung im Verlauf des stationären Aufenthaltes und 6 Monate postpartal teilnehmen würden. Den Patientinnen wird ein Traumafragebogen ausgehändigt. 6 Monate postpartal wird den Patientinnen und ihrem Partner postalisch der gleiche Traumafragebogen zugehen. Die Partner werden gebeten, neben diesem noch einen gesonderten Fragebogen zu ihrem Geburtserleben im Kreißaal der Universitätsmedizin auszufüllen. Diese Untersuchung ist zunächst für ein Jahr geplant.</p>			
Ergebnisse	<p>In der Literatur gibt es verschiedene Daten zur Epidemiologie von PTBS nach Geburt. Nach 4-8 Wochen zeigt sich eine Prävalenz von 0 bis 6 %. Drei bis sechs Monate nach der Geburt zeigen zwischen 1 und 14,9% Symptome der PTBS. Es finden sich bei PTBS hohe Komorbiditätsraten zwischen PTBS und Depression, aber auch mit anderen Angststörungen. Entsprechend findet sich ein häufiges gemeinsames Auftreten von PTBS nach Geburt und postpartaler Depression. Im Zusammenhang mit PTBS nach Geburt können Bindungsprobleme mit dem Neugeborenen auftreten, sowie Probleme beim Stillen, bei der Wiederaufnahme sexueller Kontakte, ein geringes Selbstwertgefühl aber auch Probleme im Umgang mit älteren Kindern. Es kann sich auch eine Angst vor weiteren Geburten entwickeln, eine sogenannte sekundäre Tokophobie, die dazu führen kann, dass weitere Schwangerschaften trotz des Wunsches nach weiteren Kindern nicht in Angriff genommen werden. Diese Angst kann so ausgeprägt sein, dass gewollte Schwangerschaften abgebrochen werden oder sich betroffene Frauen von vornherein für eine Sectio entscheiden, um eine Geburt zu verhindern.</p>			
Diskussion	<p>Es soll nun durch die seit März 2016 laufende Untersuchung herausgefunden werden, wie hoch der Anteil der betroffenen Frauen ist. Durch das Hinzuziehen von geburtshilflichen Faktoren soll ein mögliches Risikokollektiv für eine posttraumatische Belastungsstörung unter Gebärenden identifiziert werden. Das ermöglicht eine frühzeitige Diagnose und eine gezielte Behandlung, auch um die Mutter-Kind-Beziehung nicht zu belasten. Daten zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit einer Spontanremission umso höher ist, je kürzer das Trauma zurückliegt.</p>			
Conclusio	<p>Ein frühzeitiges Erkennen einer posttraumatischen Belastungsstörung nach einer Geburt kann zeitnah behandelt werden. So wird die Wahrscheinlichkeit für eine Spontanremission erhöht.</p>			
e-mail-Adresse des Vortragenden	Xenia.Heun@unimedizin-mainz.de			

Titel der Arbeit	Fallvorstellung Prolongation einer Geminischwangerschaft nach IUFT und Geburt des 1. Geminus			
Autoren	Titel	Vorname(n)	Name	Institution
11. Autor	Dr. med.	Xenia	Heun	Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz
12. Autor	Prof. Dr.	Annette	Hasenburg	Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz
13. Autor	Dr. med.	Anja	Fruth	Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz
Einleitung	In SSW 21+5 stellte sich eine 32-jährige Schwangere mit di-di-Gemini und vorzeitiger Wehentätigkeit, sowie intrauterinem Fruchttod des 1. Geminus bei uns vor. Die Schwangerschaft wurde bis zum Partus des 1. Geminus in SSW 29+2 fortgeführt. Nach hoher Abnabelung erfolgte eine Prolongation der Schwangerschaft bis zur Geburt des 2. Geminus in SSW 36+6.			
Anamnese	32 Jahre, GI/P0, dichoriale diamniale Gemini, spontan entstanden. Keine relevanten Voroperationen oder Vorerkrankungen.			
Verlauf	<p>Die Patientin stellte sich in SSW 21+5 bei vorzeitiger WTK bei uns vor. Sonographisch zeigte sich ein intrauteriner Fruchttod des 1. weiblichen Fetus mit Hautödem, ansonsten keine sonomorphologischen Auffälligkeiten. Der lebende männliche Fetus zeigte bis auf eine singuläre Nabelschnurarterie keine sonomorphologischen Auffälligkeiten, Fruchtwasser an der oberen Norm und A. umbilicalis unauffällig. Bei erhöhten laborchemischen Entzündungsparametern erfolgte eine antibiotische Prophylaxe mit Ceftriaxon. TORCH, OGTT und Harmony Test waren unauffällig. Stationär wurde eine RDS-Prophylaxe in SSW 23+5/23+6 durchgeführt. Es folgten regelmäßige sonographische Kontrollen mit Wachstum des lebenden Geminus an der 6. Perzentile, unauffälligem Doppler A. umbilicalis, Fruchtwasser persistierend an der oberen Norm und stabiler Cervix. Bei vorzeitiger Wehentätigkeit ohne Cervixwirksamkeit in SSW 28+6 erfolgte der Entschluss zur erneuten RDS-Prophylaxe. Laborchemisch waren im weiteren Verlauf keine Auffälligkeiten. Nach Absetzen der Tokolyse kam es erneut zu vermehrter Wehentätigkeit, welche zur Eröffnung des Muttermundes und zur Geburt des verstorbenen Mädchens in SSW 29+2 führte. Unter Bolustokolyse reformierte sich die Cervix und die Wehentätigkeit sistierte. Es erfolgte ein hohe Ligatur der Nabelschnur. Der zweite, sich in Beckenendlage befindende Geminus verblieb in utero. Eine antibiotische Abdeckung mit Ceftriaxon und Clont wurde durchgeführt. Am Tag darauf zeigte sich sonographisch ein 2cm offener Muttermund. Ab der 34. SSW wurde die Patientin langsam mobilisiert. Bei Wachstum an der 3. Perzentile, singulärer Nabelschnurarterie und deutlich abnehmendem Fruchtwasser wurde der Entschluss zur Einleitung in der 37. SSW mit Minprostin-Gel gefasst. In SSW 36+6 folgte die Spontangeburt eines Jungen mit einem APGAR von 7/9/10 und einem Nabelschnur pH von 7,33. Postpartal verlängerte sich der stationäre Aufenthalt bei fetaler Bilirubinämie bis die Mutter und das Neugeborenen bei Wohlbefinden nach Hause entlassen wurden.</p>			
Conclusio	Die Kasuistik zeigt, dass nach Verlust des ersten Geminus eine Prolongation der Schwangerschaft unter regelmäßiger Kontrolle der Infektparametern und der Schwangerschaft angestrebt werden kann.			
e-mail-Adresse des Vortragenden	xenia.heun@unimedizin-mainz.de			

Titel der Arbeit	Beurteilung von Adnexbefunden mittels IOTA Adnex Model			
Autoren	Titel	Vorname(n)	Name	Institution
	<i>Dr. med.</i>	<i>Xenia</i>	<i>Heun</i>	<i>Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz</i>
	<i>Dr. med.</i>	<i>Alexander</i>	<i>Seeger</i>	<i>Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz</i>
	<i>Dr. med.</i>	<i>Stefan</i>	<i>Albrich</i>	<i>Frauenarztpraxis Frauenärzte Fünf Höfe, München</i>
	<i>Prof. Dr.</i>	<i>Annette</i>	<i>Hasenburg</i>	<i>Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz</i>
Einleitung	IOTA (International Ovarian Tumor Analysis) Adnex Model ist ein Tool welches mittels Regressionsanalyse eine Berechnung für das prozentualen Risiko eines malignen Adnexbefunds ermittelt. Für die Berechnung werden verschiedene klinische und sonographische Faktoren bestimmt. Bisher wurde dieses Programm u.a. in Großbritannien und Benelux getestet und wird dort mittlerweile standardmäßig eingesetzt. Im Unterschied zu Deutschland wird in diesen Ländern die sonographische Diagnostik häufig von Radiologen durchgeführt. Daten für den Einsatz des IOTA Adnex Model für Deutschland gibt es bisher nicht.			
Fragestellung	Kann das IOTA Adnex Model in Deutschland zur präoperativen Abschätzung der Malignität eines Adnexbefundens herangezogen werden und ist dies sinnvoll?			
Material und Methode	Seit Januar 2015 werden alle Adnexbefunde vor einer Operation (Vorstationär oder Poliklinik) an der Frauenklinik für Universitätsmedizin Mainz mittels IOTA Adnex Model erhoben. Folgende drei klinische Faktoren werden ermittelt: Alter, Onkologisches Zentrum und CA 125. Die erhobenen sonographischen Faktoren sind: max. Größendurchmesser der Läsion, max. Durchmesser der größten soliden Komponente, mehr als 10 Kammern, Anzahl der papillären Projektionen, Schallschatten und Aszites. Mittels IOTA Adnex Model wird das prozentuale Risiko für einen benignen und malignen Tumor bestimmt. Das Risiko einer Malignität wird unterteilt in das Risiko für eine Metastase, ein Ovarialkarzinom Stadium II-IV, ein Ovarialkarzinom Stadium I und einen Borderline-Tumor. Die histologischen Ergebnisse nach den jeweiligen Adnexoperationen werden zugeordnet und mittels der Daten die Sensitivität und Spezifität des Adnex Model bestimmt.			
Ergebnisse	Von Januar 2015 bis einschließlich Oktober 2015 wurden 63 Adnexbefunde gesammelt, davon konnten 51 ausgewertet werden. Die restlichen 12 Befunde waren u.a. nicht ausreichend dokumentiert. Die Histologie von 38 Befunden war benigne und von 13 Befunden maligne, davon 2 Borderline-Tumore. Bei einem Cut-Off von 10% für Malignität ergab unsere Erhebung eine Sensitivität von 92,3% und eine Spezifität von 74,4% für die präoperative Abschätzung der Malignität eines sonographischen Adnexbefundes.			
Diskussion	Das IOTA Adnex Model wurde u.a. in Ländern getestet, in denen der Radiologe die sonographische Beurteilung von Adnexbefunden durchführt. In Deutschland findet die präoperative Einschätzung durch einen Gynäkologen statt. Die erhobenen Ergebnisse können demnach nicht direkt auf Deutschland übertragen werden. In unserer Erhebung zeigen die Sensitivität und Spezifität gleiche Werte wie in der Originalarbeit. Es konnte gezeigt werden, dass die systematische Erhebung von Adnexbefunden und deren präoperativen Abschätzung mittels IOTA Adnex Model eine weitere Hilfe zur präoperativen Entscheidung sein kann.			
Conclusio	Die Datenerhebung zeigt, dass das IOTA Adnex Model als zusätzliches Werkzeug zur präoperativen Entscheidung, sowie zur Besprechung des Vorgehens mit der Patientin herangezogen werden und somit ein sinnvolles Hilfsmittel darstellen kann. Jedoch ersetzt das IOTA Adnex Model keinesfalls die OP-Indikation eines erfahrenen Facharztes.			
e-mail-Adresse des Vortragenden	Xenia.heun@unimedizin-mainz.de			

Titel der Arbeit	Fallvorstellung Prolongation einer Geminischwangerschaft nach IUFT und Geburt des 1. Geminus			
	Dr. med.	Xenia	Heun	Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz
	Prof. Dr.	Annette	Hasenburg	
	Dr. med.	Anja	Fruth	
Einleitung	In SSW 21+5 stellte sich eine 32-jährige Schwangere mit di-di-Gemini und vorzeitiger Wehentätigkeit, sowie intrauterinem Fruchttod des 1. Geminus bei uns vor. Die Schwangerschaft wurde bis zum Partus des 1. Geminus in SSW 29+2 fortgeführt. Nach hoher Abnabelung erfolgte eine Prolongation der Schwangerschaft bis zur Geburt des 2. Geminus in SSW 36+6.			
Anamnese	32 Jahre, GI/P0, dichoriale diamniale Gemini, spontan entstanden. Keine relevanten Voroperationen oder Vorerkrankungen.			
Verlauf	<p>Die Patientin stellte sich in SSW 21+5 bei vorzeitiger WTK bei uns vor. Sonographisch zeigte sich ein intrauteriner Fruchttod des 1. weiblichen Fetus mit Hautödem, ansonsten keine sonomorphologischen Auffälligkeiten. Der lebende männliche Fetus zeigte bis auf eine singuläre Nabelschnurarterie keine sonomorphologischen Auffälligkeiten, Fruchtwasser an der oberen Norm und A. umbilicalis unauffällig. Bei erhöhten laborchemischen Entzündungsparametern erfolgte eine antibiotische Prophylaxe mit Ceftriaxon. TORCH, OGTT und Harmony Test waren unauffällig. Stationär wurde eine RDS-Prophylaxe in SSW 23+5/23+6 durchgeführt. Es folgten regelmäßige sonographische Kontrollen mit Wachstum des lebenden Geminus an der 6. Perzentile, unauffälligem Doppler A. umbilicalis, Fruchtwasser persistierend an der oberen Norm und stabiler Cervix. Bei vorzeitiger Wehentätigkeit ohne Cervixwirksamkeit in SSW 28+6 erfolgte der Entschluss zur erneuten RDS-Prophylaxe. Laborchemisch waren im weiteren Verlauf keine Auffälligkeiten. Nach Absetzen der Tokolyse kam es erneut zu vermehrter Wehentätigkeit, welche zur Eröffnung des Muttermundes und zur Geburt des verstorbenen Mädchens in SSW 29+2 führte. Unter Bolustokolyse reformierte sich die Cervix und die Wehentätigkeit sistierte. Es erfolgte ein hohe Ligatur der Nabelschnur. Der zweite, sich in Beckenendlage befindende Geminus verblieb in utero. Eine antibiotische Abdeckung mit Ceftriaxon und Clont wurde durchgeführt. Am Tag darauf zeigte sich sonographisch ein 2cm offener Muttermund. Ab der 34. SSW wurde die Patientin langsam mobilisiert. Bei Wachstum an der 3. Perzentile, singulärer Nabelschnurarterie und deutlich abnehmendem Fruchtwasser wurde der Entschluss zur Einleitung in der 37. SSW mit Minprostin-Gel gefasst. In SSW 36+6 folgte die Spontangeburt eines Jungen mit einem APGAR von 7/9/10 und einem Nabelschnur pH von 7,33. Postpartal verlängerte sich der stationäre Aufenthalt bei fetaler Bilirubinämie bis die Mutter und das Neugeborenen bei Wohlbefinden nach Hause entlassen wurden.</p>			
Conclusio	Die Kasuistik zeigt, dass nach Verlust des ersten Geminus eine Prolongation der Schwangerschaft unter regelmäßiger Kontrolle der Infektparametern und der Schwangerschaft angestrebt werden kann.			
e-mail-Adresse des Vortragenden	xenia.heun@unimedizin-mainz.de			

Titel der Arbeit	Integration von Schwangeren und Wöchnerinnen aus Mainzer Flüchtlingsunterkünften in die Regelversorgung – Anspruch und Wirklichkeit			
Autoren	Titel	Vorname(n)	Name	Institution
	PD Dr. med.	Antje	Lebrecht	Universitätsmedizin Mainz, Armut und Gesundheit e.V.
		Gila	Häusermann	Hebamme, Armut und Gesundheit e.V.
	Prof. Dr.	Gerhard	Trabert	Armut und Gesundheit e.V.
		Michaela	Michel-Schuldt	Hebamme, Armut und Gesundheit e.V.
Einleitung	Schwangere Flüchtlinge und Wöchnerinnen haben in Deutschland aufgrund des Asylbewerberleistungsgesetzes Anspruch auf ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung inklusive Hebammenhilfe. Obwohl die geflüchteten Frauen entweder über das Amt für Soziales oder, nach 15 Monaten Aufenthaltsdauer, über die gesetzlichen Krankenkassen versichert sind, gelingt es nicht, diese in die Regelversorgung zu integrieren. In der "Ambulanz ohne Grenzen" des Vereins "Armut und Gesundheit e.V.", werden sowohl Frauen ohne Versicherungsschutz, als auch seit dem letzten Jahr vermehrt geflüchtete Frauen betreut. Das Leistungsspektrum des Vereins wurde zu Beginn des Jahres um aufsuchende Angebote wie der Sprechstunde „von Frauen für Frauen“ und Infoabende zur Vorstellung des Gesundheitssystems in den beiden größten Unterkünften für geflüchtete Menschen in Mainz und der koordinierten Versorgung von Wöchnerinnen und deren Neugeborener erweitert.			
Fragestellung	Welcher Versorgungsbedarf in der Betreuung von Schwangeren konnte in der medizinischen Ambulanz von „Armut und Gesundheit e.V.“ abgedeckt werden, der zukünftig in die Regelversorgung integriert werden müsste?			
Material und Methode	1-2 x pro Woche findet eine gynäkologische Sprechstunde und Hebammensprechstunde statt. Die Daten wurden retrospektiv, in einem repräsentativen Zeitraum (1.5.16 – 31.7.16) anhand der Aufzeichnungen in den Patientenkartenteilen erhoben.			
Ergebnisse	Im Zeitraum Mai bis Juli 2016 wurden 26 Schwangere in der medizinischen Ambulanz von Armut und Gesundheit e.V. betreut. Von diesen waren 69,2% Asylsuchende (n=18), 30% (n=8) waren Frauen ohne Krankenversicherung. Das Alter lag bei durchschnittlich 25 Jahre (mean 24,96, Range 17-38 Jahre). Es handelte sich mehrheitlich um I Para (mean 1,17; Range 0-3 Para). Die Erstvorstellung in der Ambulanz erfolgte mehrheitlich in der 14. Schwangerschaftswoche (SSW) (mean 14,79; Range 6.-38. SSW). Die Hälfte der Frauen (n=13) hatte zum Erhebungszeitpunkt bereits mehr als 4 Vorsorgeuntersuchungen erhalten. 15,4% (n=4) der Frauen (alles Asylsuchende) stellten sich mit einer Risikoschwangerschaft vor. Alle Schwangeren wurden von Gynäkologinnen betreut, bei 76% erfolgte zusätzlich eine Betreuung durch die Hebammen. 15,4% (n=4) der Frauen erhielten mindestens einmal eine Vorsorgekontrolle unter Einschluss eines CTG. Durchschnittlich wurden 2 Ultraschalluntersuchungen (mean 2,12; Range 0-4) durchgeführt, 92,3% (n=24) erhielten mindestens einmal eine Ultraschalluntersuchung.			
Diskussion	Lediglich ein Drittel der betreuten Frauen (n=8) bestand aus dem herkömmlichen Klientel der nicht-versicherten. Die Mehrheit (n=18) waren Asylsuchende, die über die Sozialämter oder die gesetzlichen Krankenkassen versichert waren. Diese Frauen waren nicht in der Regelversorgung bei niedergelassenen Gynäkologinnen untergekommen. Da die ärztliche Versorgung bei Armut und Gesundheit e.V. nicht abgerechnet wird, mussten diese Leistungen durch den freiwilligen Einsatz der Gynäkologinnen und durch Spendengelder des Vereins abgedeckt werden. Die Hebammenbetreuung der Asylsuchenden konnte über die Sozialämter bzw. die gesetzlichen Krankenkassen geltend gemacht werden. Möglicherweise sind die gynäkologischen Praxen bereits ausgelastet oder sie scheuen die administrativen Hürden in der Betreuung von asylsuchenden Schwangeren. Das Anbinden der Schwangeren an die Hebammen bereits in der Frühschwangerschaft ermöglichte auch eine Betreuung derselben von Hebammen im Wochenbett. Die Limitation der Studie basiert auf der geringen Stichprobe, die nur eingeschränkt auf die Gesamtpopulation übertragbar ist. Die Erhebung kann nicht abbilden, welche Frauen in der Schwangerschaft weder bei niedergelassenen Gynäkolog*innen, noch bei Armut und Gesundheit e.V. versorgt werden und somit durch das Versorgungsnetz fallen.			
Conclusio	Der Verein Armut und Gesundheit e.V. deckt derzeit eine große Versorgungslücke in der Betreuung von Schwangeren ab, die in die Regelversorgung integriert werden müssten. Zur Diskussion stehen Maßnahmen, die es den betroffenen Frauen erleichtern im Rahmen der Regelversorgung die Schwangerschaftsbetreuung durchführen zu lassen. Z.B. Netzwerkbildung zwischen niedergelassenen Frauenärztinnen, Hebammen, sozialen Initiativen und Flüchtlingsunterkünften. Der Einsatz von Übersetzerinnen kann die Verständigung zwischen betreuendem medizinischen Personal und den schwangeren Frauen verbessern, um auf beiden Seiten die Zufriedenheit in der Versorgung zu erhöhen. Die Gesundheitskarte für alle Flüchtlinge könnte die administrativen Hürden bei der Abrechnung von Leistungen gering halten. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Betreuung von Schwangeren Asylsuchenden bei der medizinischen Versorgung durch „Armut und Gesundheit“ hat sich sehr bewährt und könnte als Modell der Regelversorgung im Sinne des oben genannten Netzwerkes dienen.			
e-mail-Adresse des Vortragenden	lebrecht@uni-mainz.de			

Titel der Arbeit (Einreichung als Poster)	Case Report: Endometriom in der Schwangerschaft			
Autoren	Titel	Vorname(n)	Name	Institution
14. Autor	Dr.med.	Susanne	Maurer	Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit, Universitätsmedizin Mainz
15. Autor	Prof. Dr. med.	Annette	Hasenburg	Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit, Universitätsmedizin Mainz
16. Autor	PD Dr. med.	Michaela	Bossart	Klinik für Frauenheilkunde, Universität Freiburg
17. Autor	Dr. med.	Jörg	Woll	Klinik für Frauenheilkunde, Universität Freiburg
18. Autor	Dr.med.	Roxana	Schwab	Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit, Universitätsmedizin Mainz
Einleitung	Der Einfluss der Schwangerschaft auf die Diagnosestellung einer Endometriose wird an Hand eines Fallbeispiels beschrieben (27-jährige, 1-Gravida/0-Para in der 15. SSW mit einem unklaren Adnextumor links ohne bekannte Vorerkrankungen).			
Fragestellung	Die Optionen bezüglich Diagnostik und Therapie bei bestehender Schwangerschaft werden diskutiert. Gleichzeitig wird ein Überblick über die bisher publizierte Literatur zur Endometriose in der Schwangerschaft und zur Differentialdiagnose suspekter Ovarialbefunde in der Schwangerschaft vermittelt.			
Material und Methode	Die Malignitätswahrscheinlichkeit des suspekten Ovarialbefundes wurde in dem Fallbeispiel anhand der 2010 von Timmerman et al., publizierten IOTA Kriterien errechnet.			
Ergebnisse	Bei einer hohen Malignitätswahrscheinlichkeit wurde eine laparoskopische Diagnosesicherung durchgeführt. Bei Erstdiagnose einer Endometriose wurde die Schwangerschaft fortgeführt. Die Patientin konnte am Termin von einem gesunden Sohn entbunden werden.			
Diskussion	In 0,5 bis 1,2% aller Schwangerschaften werden sonographisch suspekte Ovarbefunde festgestellt. 11% davon sind Endometriome, nur in 1% der Fälle wird histologisch eine maligne Erkrankung diagnostiziert. Aufgrund hormoneller Einflüsse ist die Diagnosestellung einer Endometriose in der Schwangerschaft schwierig, da dezidualisierte Endometrioseherde im Douglas oder in Endometriomen eine Malignität vortäuschen können. Eine dopplersonographische Untersuchung ist ebenfalls in der Differenzierung zwischen benignen dezidualisierten Endometrioseherden in der Schwangerschaft und anderen malignen Ovarbefunden nicht zielführend. Daher ist in den Fällen, bei denen sonographisch der V.a. Malignität besteht, ein operatives Vorgehen zur histologischen Sicherung unter Erhalt der Schwangerschaft sinnvoll.			
Conclusio	Da sonomorphologischen Evaluationen die Dignität eines Befundes in der Schwangerschaft nicht ausreichend differenzieren können, ist eine sichere Diagnose und damit frühzeitige Therapie nur über eine histologische Sicherung möglich.			
e-mail-Adresse des Vortragenden	Roxana.Schwab@unimedizin-mainz.de			

Autorenverzeichnis

Dr.	Stefan	Albrich	Frauenärzte Fünf Höfe München
Dr.	Katrin	Almstedt	Universitätsfrauenklinik Mainz
Dr med	Corinna	Bartels	Kinderwunschzentrum Wiesbaden
	Marco		
Dr. med.	Johannes	Battista	Universitätsmedizin Mainz Frauenklinik
PD Dr. med.	Michaela	Bossart	Klinik für Frauenheilkunde, Universität Freiburg Klinik für Frauenheilkunde, Geburtsmedizin und Reproduktionsmedizin, Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg
Dr.	Eva-Marie	Braun	
-	Tania	Elger	Universitätsfrauenklinik Mainz
	Lea	Felske	Universität Freiburg
Dr. med.	Anja	Fruth	Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz
	Christian	Giebels	Universitätsklinikum des Saarlandes Klinik für Radiologie, Universität Freiburg
Dr. med.	Laura	Glaser	
Dr.med.	Ruth	Gomez	Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz / Kinderwunschzentrum
	Amr	Hamza	Universitätsklinikum des Saarlandes
Dr. med.	Holger	Hartmann	iOMEDICO, Freiburg
Prof. Dr.	Annette	Hasenburg	Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz
	Gila	Häusermann	Hebamme, Armut und Gesundheit e.V.
Dr.	Anne-Sophie	Heimes	Universitätsfrauenklinik Mainz
	Franziska	Heindl	Universitätsklinikum des Saarlandes Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz
Dr. med.	Xenia	Heun	St. Josefs Hospital Wiesbaden
Prof. Dr.	Gerald	Hoffmann	Frauenklinik
			Universitätsklinikum des Saarlandes – Klinik für Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Reproduktionsmedizin
Prof. Dr.	Ingolf	Juhasz-Böss	
	Slavomir	Krajnak	Universitätsmedizin Mainz Frauenklinik
PD Dr. med.	Antje	Lebrecht	Universitätsmedizin Mainz, Armut und Gesundheit e.V.
B.Sc.	Bartosz	Linek	Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz / Kinderwunschzentrum Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit, Universitätsmedizin Mainz
Dr.med.	Susanne	Maurer	
	Michaela	Michel-Schuldt	Hebamme, Armut und Gesundheit e.V.
Dr.	Gert	Naumann	Fraunklinik HELIOS Klinikum Erfurt
	Sandra	Nezi	Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit Mainz
Dr.	Chrysostomos	Papaioannou	Universitätsklinikum des Saarlandes
Dr.	Anneke	Peters	Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit Mainz
	Agata	Puzirauske	Universitätsmedizin Mainz
Dr.	Julia	Radosa	Universitätsklinikum des Saarlandes Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit, Universitätsmedizin Mainz
Dr. med.	Daniel	Richter	
			Klinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit der Universitätsmedizin Mainz
Dr	Karliem	Rommens	
Dr.	Hans-Peter	Rösler	Universitätsmedizin Mainz, Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie
	Michael	Schaffrath	Kinderwunschzentrum Uniklinik Mz
-	Viktoria	Schanz	Universitätsfrauenklinik Mainz

	Helena	Schiller	Universität Freiburg
Prof. Dr. med.	Marcus	Schmidt	Universitätsmedizin Mainz Frauenklinik
Dr	Martin	Schorsch	Kinderwunschzentrum Wiesbaden
	Rüdiger	Schug	Universitätsmedizin Mainz Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit, Universitätsmedizin Mainz
Dr.med.	Roxana	Schwab	Universitätsklinikum des Saarlandes – Klinik für Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Reproduktionsmedizin Frauenklinik der Universitätsmedizin Mainz
	Pascal	Schweitzer	
Dr. med.	Alexander	Seeger	Universitätsmedizin Mainz
Univ.-Prof.Dr.med.	Rudolf	Seufert	Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit Mainz
Dr. med.	Isabel	Sicking	Kinderwunschzentrum Uniklinik Mz
PD Dr.	Christine	Skala	Universitätsklinikum des Saarlandes Klinik für Geburtshilfe und Frauengesundheit der Universitätsmedizin Mainz
Prof. Dr.	Erich-Franz	Solomayer	Universitätsmedizin Mainz Frauenklinik
Dr.	Joscha	Steetskamp	
Dr. med.	Katrin	Stewen	Universität Mainz, Institut für Zoologie
Univ.-Prof. Dr. rer. nat.	Walter	Stöcker	Universitätsklinikum des Saarlandes
Dr.	Lisa	Stotz	Armut und Gesundheit e.V.
Prof. Dr.	Gerhard	Trabert	Klinik für Tumorbioogie, Universität Freiburg
Prof. Dr. phil.	Joachim	Weis	Kinderwunschzentrum Uniklinik Mz
Dr.rer.nat.	Alexandra	Wlodarski	Klinik für Frauenheilkunde, Universität Freiburg
Dr. med.	Jörg	Woll	

Freitag
28,10,2016

Kurzvorträge Onkologie Raum A

15:30

Versorgung von Patientinnen mit Endometriumkarzinom in Deutschland – Erste Ergebnisse der AGO Umfrage aus den Jahren 2006, 2009, 2013 und 2015 Battista et al

15:38

Myxoides Leiomyosarkom mit intravenöser Ausdehnung über die Vena cava bis zum rechten Vorhof – ein Case Report Heindl et al

15:46

Beurteilung von Adnexbefunden mittels IOTA Adnex Model Heun et al

15:54

Metronome Chemotherapie mit Cyclophosphamid und Methotrexat bei metastasiertem Mammakarzinom Krainak et al

16:02

Vorkommen und Einfluss von Komorbidität in einer Gruppe von Mammakarzinom- Patientinnen Richter et al

16:10

Untersuchung der Risikofaktoren für Chemotherapie-assoziierte venöse Thrombosen bei Patientinnen mit Mamma-, Ovarial- und Zervixkarzinom
Nezi et al

16:18

Therapiekonzepte bei inguinalem Vulvakarzinomrezidiv Seeger et al

16:26

Case-Report: Eine junge Patientin mit unklarem Aszites und Verdacht auf Ovarialtumor - Diskussion des Managements und der Differentialdiagnosen
Peters et al

Kurvorträge Gynäkologie/Urogynäkologie

16:34

Nahtdehiszenz nach totaler laparoskopischer Hysterektomie – Inzidenz und Risikofaktoren Braun et al

16:42

Implementierung und Validierung eines postoperativen Schmerzprotokolls für laparoskopische Eingriffe Lisa Stotz

16:50

TVT versus Mini-Arc- ein perioperativer Vergleich Rommens et al

Freitag
28.10.2016

Kurvorträge Endokrinologie Raum B

Innovationen bei der Kultivierung von Eizellen – bringen die mit

15:30	TimeLapse-Systemen verbundenen Kultur- und Beobachtungsbedingungen bereits erkennbare Vorteile bei der künstlichen Befruchtung (ART)? Schaffrath et al
15:36	Calcium-Ionophor steigert nicht nur die Befruchtungsrate, sondern auch die Entwicklung der Embryonen Wlodarski et al
16:42	Fetuin-B ein wichtiger Fertilitätsfaktor – wo wird es synthetisiert? Linek et al
15:48	Einsatz des Time-laps Imaging Systems in der klinischen Routine: wovon profitiert die Patientin? Gomez et al
15:54	Ist die Lutealphasenunterstützung mit Progesteron +/- HCG eine effektive Methode um die Schwangerschaftsraten nach reproduktionsmedizinischer Maßnahmen zu verbessern? Schug et al
16:00	Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung von Aspekten der Lebensqualität bei fertilitätserhaltenden Maßnahmen Schwab et al
16:06	Reversible ovarielle Insuffizienz nach Antikörpertherapie. Eine äußerst seltene Differenzialdiagnose Puzirauske et al
	Kurvorträge Geburtshilfe
16:12	Konservative Behandlung einer Cervixgravidität mit Methotrexat Heimes et al
16:18	Die posttraumatische Belastungsstörung nach Geburt Heun et al
16:24	Fallvorstellung: Prolongation einer Geminischwangerschaft nach IUFT und Geburt des 1. Geminus Heun et al
16:30	Beurteilung von Adnexbefunden mittels IOTA Adnex Model Heun et al
16:36	Prolongation einer Geminischwangerschaft nach IUFT und Geburt des 1. Geminus Heun et al
16:42	Integration von Schwangeren und Wöchnerinnen aus Mainzer Flüchtlingsunterkünften in die Regelversorgung – Anspruch und Wirklichkeit Lebrecht et al
16:48	Case Report: Endometriom in der Schwangerschaft Maurer et

