Wieder mit einer Stimme sprechen

1951 gründete sich der Berufsverband der Frauenärzte (BVF) aus der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) heraus, um sich intensiver den berufspolitischen Belangen der niedergelassenen Kollegen widmen zu können. Jetzt soll das German Board and College of Obstetrics and Gynecology (GBCOG) die Kräfte wieder bündeln.

„In der Vergangenheit hat die deutsche Frauenheilkunde mitunter ein Bild der Zerrissenheit heraufbeschworen“, gab Prof. Birgit Seelbach-Göbel, amtierende Präsidentin der DGGG, zu. Das hat nach ihren Worten dem Ansehen der deutschen Frauenheilkunde geschadet und ihre Position national wie international geschwächt. „Es ist wichtig, dass unsere wissenschaftliche Fachgesellschaft und der BVF wieder zu einer vertrauensvollen, konstruktiven Kooperation zurückfinden“, betonte sie deshalb. Statt sich auseinanderzudividieren, wollen sich beide Vereinigungen zukünftig eng abstimmen und gemeinsam politisch agieren, um den Einfluss der Frauenheilkunde wieder zu stärken. Die Notwendigkeit besteht sowohl national, zum Beispiel gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), als auch international, zum Beispiel bei der Erstellung europäischer Leitlinien, um deutsche Standards zu gewährleisten. „Unsere europäischen und internationalen Partnergesellschaften erwarten von uns, dass die deutsche Frauenheilkunde in Europa und in der Welt eine deutlichere Position einnimmt“, sagte Seelbach-Göbel. Bisher seien vorwiegend Vertreter des Berufsverbands in Europa und der Welt als Vertreter der deutschen Frauenheilkunde wahrgenommen worden. „Hier muss die DGGG nacharbeiten“, räumte sie ein. Es gehe auch darum, ganze Säulen des Fachs zu behalten wie die Urogynäkologie oder die Mammachirurgie.

Anlässlich des FOKO 2017 wurde mit den Unterschriften der Präsidenten von DGGG und BVF am 9. März 2017 das German Board and College of Obstetrics and Gynecology (GBCOG) gegründet. Es soll als Dachorganisation helfen, die gemeinsamen Interessen beider Vereinigungen nach außen zu vertreten und den Einfluss der Frauenärzte in Deutschland und international zu stärken.

Friederike Klein

wegen weiterer möglicher günstiger Effekte, zum Beispiel auf die Kognition, bereits wieder diskutiert, erklärte Stute.

Prophylaktische Mastektomie – wer profitiert wirklich?

Die prophylaktische beidseitige Mastektomie (PBM) kann die Brustkrebsinzidenz und Mortalität gesunder BRCA1/2-Genmutationsträgerinnen deutlich verringern. Ohne prophylaktische Maßnahme liegt das Mammakarzinomrisiko bis zum 70. Lebensjahr bei BRCA1-Mutation bei 60% und bei BRCA2-Mutation bei 55%. Bei belassenen Adnexen reduzieren sich Erkrankungs- und Mortalitätsrisiko durch die PBM um etwa 90%. Eine Vergleichsstudie mit der alternativ möglichen lebenslangen multimodalen intensivierten Früherkennung fehlt, beklagte Prof. Bernd Gerber, Rostock. Noch schwieriger wird die Abwägung für oder gegen eine PBM bei gesunden Frauen mit vielen Mammakarzinomfällen in der Familie ohne BRCA-Nachweis. „Bei ausgesprochen belastender Familienanamnese geben wir dem Wunsch meist nach“, sag-

te Gerber, der auch die Erfahrung gemacht hat, dass Krankenkassen die Kosten in extremen Einzelfällen übernommen haben. Werden bei Gesunden andere als BRCA-Mutationen nachgewiesen, gibt es laut Gerber bisher keine belastbaren Daten, die für eine PBM sprechen. Die Zahl der prophylaktischen kontralateralen Mastektomien bei invasiven unilateralen Mammakarzinomen nimmt zu. In den USA liegt der Anteil bei unter 40-jährigen Patientinnen sogar schon bei 40% – ohne jeden Nachweis eines Überlebensvorteils, betonte Gerber [Wong SM et al. Ann Surg. 2016 Mar 8, Epub ahead of print]. Selbst bei an Brustkrebs erkrankten Frauen mit BRCA1/2-Mutationsnachweis profitieren nur Subgruppen von der kontralateralen prophylaktischen Mastektomie mit einem Überlebensvorteil [Heemskerk-Gerritsen BA et al. Int J Cancer. 2015;136(3):668-77]. Charakteristika dieser Subgruppen sind:

- junge Patientinnen (< 40 Jahre),
- Patientinnen mit G1/2-Tumoren,
- Patientinnen mit einem anderen als tripelnegativen Mammakarzinom,

— Patientinnen, die keine adjuvante Chemotherapie erhalten haben.

Dabei muss aber immer die Gesamtprognose berücksichtigt werden, warnte Gerber vor unnötigen Mastektomien beispielsweise bei fortgeschrittenen Karzinomen. Bei Mammakarzinom ohne BRCA-Nachweis oder stark belasteter Familienanamnese rechtfertigt die geringe Inzidenz eines kontralateralen Karzinoms keine PBM der nicht betroffenen Brust.

Tipps zur prophylaktischen Mastektomie

Um das Trauma am Körper gering zu halten, zieht Gerber Implantate der beidseitigen autologen Rekonstruktion vor. Die PBM mit autodermalem Graft zur Prothesenabdeckung ist besonders bei relativ großer/ptotischer Brust günstig. Gerber empfahl, die Brust eher etwas kleiner als vorher zu rekonstruieren, das sei kosmetisch besser akzeptabel und mache weniger Komplikationen. Der Erhalt des Mamilla-Areola-Komplex (MAC) bedeutet immer den Erhalt von Restdrüsenkörper hinter dem Warzenhof, was mit einem Rezidivrisiko einhergeht. Die freie MAC-Transplantation gilt daher onkologisch als sicherer, weil kaum Restdrüsenkörper übrig bleibt. Sie geht aber mit dem Verlust der Sensibilität einher. Nach Gerbers Erfahrung wird das jedoch von vielen Patientinnen, die das Schicksal betroffener Familienmitglieder miterlebt haben, in Kauf genommen. Bei freier MAC-Transplantation belässt Gerber den Druckverband sieben Tage. Wichtig sei, die Patientinnen darüber aufzuklären, dass sie sich bis zum Abheilen vorsichtig waschen und abtrocknen müssen, damit sie den MAC nicht in der Hand haben. „Das haben wir gar nicht so selten gesehen“, sagte er. Das gestielte Vorgehen empfahl er besonders bei kleinem MAC. Eine MRT zum Nachweis von Restdrüsenkörper werde oft gemacht, es gebe dazu aber keinerlei Indikation und keine Evidenz für einen Überlebensvorteil.

Endometriose: chronifizierte Beschwerden vermeiden

Um die Chronifizierung von Beschwerden bei Endometriose zu vermeiden, sind laut Dr. Sebastian D. Schäfer, Müns-