



## Gravidität

Stotland NE: Obesity and pregnancy. *BMJ* 338 (2009) 107-110

12

## Geburtshilfe

Thachil J et al.: Disseminated intravascular coagulation in obstetric disorders and its acute haematological management. *Blood Rev* 23 (2009) 167-176

14

## Die Dritte Seite

Chan RL et al.: Physical and sexual violence and subsequent contraception use among reproductive aged women. *Contraception* 80 (2009) 276-281

5

### DIE DRITTE SEITE

Gewalt gegen Frauen:  
Was ändert sich am Verhütungs-Verhalten? 5

Millenniums-Ziele:  
Machtlos gegen die Müttersterblichkeit? 5

### KONTRAZEPTION

Hormonelle Verhütung:  
Der Einfluss des BMI ist eher gering – oder? 6

Wirkung über fünf Tage:  
Neue Pille für „danach“ mit breitem Zeitfenster 6

Levonorgestrel-Pessar:  
den Blutverlust bei den Menses reduzieren 6

### ENDOKRINOLOGIE

PCOS und Leber:  
Ist die Steatohepatitis adipöser Frauen  
endokrin bedingt? 7

CME: Kardiovaskuläres Risiko:  
PCOS – vielleicht schlimmer als das metabolische Syndrom 8

### FERTILITÄT

Später Kinderwunsch:  
Schwanger nach Eintritt der Menopause 10

Intrauterine Insemination:  
Liegen bleiben oder gleich aufstehen? 10

### GRAVIDITÄT

CME: Zunehmendes Problem:  
Gewichtige Schwangere – es gilt einiges zu beachten 12

CME: Recherche zu Risikofaktoren:  
Alle reden von Depression im Wochenbett –  
was fördert sie noch in der Gravidität? 13

### GEBURTSHILFE

CME: Disseminierte intravasale Gerinnung (Coagulation):  
DIC in der Geburtshilfe:  
Meist ist die Plazenta Dreh- und Angelpunkt 14

### WOCHENBETT

CME: Appendizitis, Pneumonie, Cholezystitis:  
Warum kommen Frauen nach der Geburt  
wieder ins Krankenhaus? 16

CME: Eine vulnerable Lebensphase:  
Wöchnerinnen sollten besser betreut werden 17

### NEONATOLOGIE

Angeborene Herzfehler:  
Screening auf persistierenden Ductus arteriosus 18

Frügeborenen-Retinopathie:  
die Risiko-Babys früh erkennen 18

Hypoxische Enzephalopathie:  
Asphyktische Neugeborene – hilft Hypothermie? 18

### MENOPAUSE

Altern der Ovarien:  
Kann man den Follikel-Pool manipulieren? 20

Altern des Larynx:  
wenn der Sopran an Brillanz verliert 20

Endogene Hormone:  
wen die Trauer trifft 20

### DAS BEDEUTEN DIE SYMBOLE AM ANFANG DER QUELLE:

<b>A</b> Anwendungsbeobachtung	<b>M</b> Metaanalyse
<b>C</b> Fall-Kontroll-Studie	<b>R</b> Randomisiert-kontrollierte Studie
<b>F</b> Fallbericht	<b>S</b> Sonstige Studienarten
<b>K</b> Kohortenstudie	<b>Ü</b> Übersicht



**Endokrinologie**

Alexander CJ et al.: Polycystic ovary syndrome: a major unrecognized cardiovascular risk factor in women. Rev Obstet Gynecol 2 (2009) 232-239

8

Hormonersatztherapie:  
noch eine Nutzen-Risiko-Abwägung 22

Hitzewallungen:  
Nur lästig oder auch gefährlich? 22

**GENITALTRAKT**

Postmenopausale Blutungen:  
Was bringt trans-vaginaler Ultraschall? 23

Adenomyose: die Krankheit, die keine ist 23

**ONKOLOGIE**

Virale Onkogenese:  
gleich drei durch HPV induzierte Tumoren 24

Endometriumkarzinom:  
schwer und jung – erhöhtes Risiko 24

Vulva-Karzinom:  
Man kann das Risiko mindern 27

Ovarialkarzinom:  
Serummarker für das Frühstadium erprobt 27

Mammakarzinom:  
die brusterhaltende Therapie sicherer machen 29

Mammakarzinom:  
Gentechnik liefert neuen Prognose-Marker 29

**SAN ANTONIO BREAST CANCER SYMPOSIUM**

Targeted Therapy: Tops und Flops 26

Im Fokus 10

Forschung & Entwicklung 13

Steno 16

Für die Praxis 30

Impressum 24

Bestellcoupon 27

CME: Zertifizierte Fortbildung: Fragebogen 31

**Die falsche Menopause**

Etwa ein Drittel der Frauen mit Brustkrebs sind bei der Diagnose prä- oder perimenopausal; drei Viertel haben hormonabhängige Tumoren. Zytostatika können einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, ihre Prognose zu verbessern; sie führen allerdings nicht selten zu permanenter oder vorübergehender Amenorrhö. Das kann dann zu Problemen führen, wenn eine Aromatasehemmer-Therapie in Betracht gezogen wird.



Diese Substanzen sind zum Standard bei rezeptorpositiven Mammakarzinomen in der Postmenopause geworden. Würde man sie als Monotherapie in der Prämenopause einsetzen, bestünde die Gefahr, dass es zu einer ovariellen Überstimulation und einem Anstieg der Aromatase kommt.

Eitan Amir und Mitarbeiter, Toronto (BMJ 340, 2010, 48-50) berichten exemplarisch vom Fall einer 47-jährigen Patientin, bei der ein hormonrezeptorpositiver, Her-2-negativer Brustkrebs diagnostiziert worden war. Damals hatte sie seit sechs Monaten keine Periode mehr gehabt. Nach primärer Chemotherapie verordnete man Tamoxifen. Wegen Unverträglichkeit wechselte man auf einen Aromatasehemmer, nachdem die Hormonwerte für Postmenopause sprachen. Sie vertrug ihn gut. Neun Monate später hatte sie zwei vaginale Blutungen. Die Hormonwerte entsprachen jetzt der Prämenopause. Man setzte einen LHRH-Agonisten an und überwies die Patientin zur Oophorektomie. Mit Ovar-Suppression oder -Ablation ist man auf der sicheren Seite.

Dr. med. Wilfried Ehnert  
Chefredakteur  
ehmert@gfi-online.de