



Menopause

Gibson CJ et al.: Mood symptoms after natural menopause and hysterectomy with and without bilateral oophorectomy. *Obstet Gynecol* 119 (2012) 935-941 **18**

Onkologie

Barnes NL et al.: Ductal carcinoma in situ of the breast. *BMJ* (2012) e797; doi: 10.1136/bmj.e797 **25**

Endokrinologie

Muller I et al.: High prevalence of breast cancer in patients with benign thyroid diseases. *J Endocrinol Invest* 34 (2011) 349-352 **6**

DIE DRITTE SEITE

Neugeborenen-Sterblichkeit: Vom chinesischen Weg lernen?

Assistierte Reproduktion: leuchtendes Beispiel von Transparenz

ENDOKRINOLOGIE

Nicht nur Östrogene ... die Schilddrüse und das Brustkrebs-Risiko

PCOS: die Hormone alternativ korrigieren

Welches Stoffwechsel-Screening bei PCOS?

KONTRAZEPTION

Pilleneinnahme: Adhärenz per SMS

Adipositas: Lieber Mono-Pille oder Spirale verordnen?

Subdermale Implantate: Blutungen verringern, Schutz erhalten

Verhütungs-Compliance: Eine Abtreibung kommt selten allein

Hormonelle Verhütung: Pille problematischer als Vaginalring

Verhütung bei Jugendlichen: „Double Dutch“ sorgt für effektiven Schutz

Langwirkende Verhütung: 20-mal mehr Versager bei Pille & Co.

FERTILITÄT

5 CME: Klinische Studien sind indiziert – Infertilität durch Adenomyose – was heute bekannt ist **12**

GRAVIDITÄT

6 CME: Geplante wie ungeplante Schwangerschaften – Von Lifestyle bis Medikation: Betreuen vor der Gravidität lohnt sich **13**

6 Zervixverkürzung: Vaginal appliziertes Progesteron mindert das Frühgeburtsrisiko **14**

GEBURTSHILFE

8 CME: Vaginale Entbindung versus Sectio – Wie sieht der Musculus levator ani kurz nach der Geburt aus? **16**

8 Maternale Sepsis: höheres Risiko für junge und dicke Mütter **16**

NEONATOLOGIE

9 CAVE: SSRI in der Schwangerschaft: Risiko für neonatalen Lungenhochdruck **17**

9 B-Streptokokken-Infektionen: Immer die gleichen! **17**

MENOPAUSE

10 CME: Patientinnen mittleren Alters – Bedingt chirurgische Menopause einen schlechteren Gemütszustand? **18**

10 Hitzewallungen und Co.: zehn Jahre nach dem Wechsel noch aktuell **19**

Kardiovaskuläre Sekundärprävention: HRT nach Herzinfarkt stoppen oder fortführen? **19**

GENITALTRAKT

CME: Anzahl, Größe, Lokalisation – Myome: den Eingriff am besten mit Kernspin planen **20**

Prolaps und Inkontinenz: Zusätzliche Burch-OP bringt nichts! **22**

DAS BEDEUTEN DIE SYMBOLE AM ANFANG DER QUELLE:

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------------------|
| A Anwendungsbeobachtung | M Metaanalyse |
| C Fall-Kontroll-Studie | R Randomisiert-kontrollierte Studie |
| F Fallbericht | S Sonstige Studienarten |
| K Kohortenstudie | U Übersicht |



Geburtshilfe

Albrich SB et al.: Impact of mode of delivery on levator morphology: a prospective observational study with three-dimensional ultrasound early in the postpartum period. *BJOG* 119 (2012) 51-60

16

Uterus-Myome:
pharmakologische Option – präoperativ 22

UROLOGIE

Harninkontinenz:
Die Genital-Sensibilität leidet mit 24

Überaktive Blase:
Optimierung der anticholinergen Therapie 24

Proteinurie – was nun? 24

ONKOLOGIE

CME: Teil 1: Definition, Vorkommen und Klinik –
DCIS – ein Kapitel für sich 25

Ovarialkarzinom:
ein Algorithmus, der Verdacht weckt 26

Mammakarzinom:
präzisere Prognose nach Metastasierung 26

Hydatiforme Mole:
Beobachten oder Chemotherapie? 28

Ovarialkarzinom:
bei Rezidiv die Prognose verbessern 28

Krebstherapie und Fertilität:
Oozyten konservieren 28

VARIA

Angiogenese-Probleme im Herzen 29

Papillomaviren im Analbereich 29

IM FOKUS 9

STENO 22

Für die Praxis 30

Impressum 26

Bestellcoupon 29

CME: Zertifizierte Fortbildung: Fragebogen 31

In der Grauzone

Beim Mammakarzinom hat die brusterhaltende Therapie (Lumpektomie) eine führende Rolle übernommen. Damit ist die Prognose ähnlich gut wie bei Mastektomie. Nicht selten kommen aber komplizierende Faktoren dazu, die den Erfolg der Therapie in Frage stellen können. Wenn z. B. ein invasiver Tumor mit einem Carcinoma in situ kombiniert ist, wird das Vorgehen schwieriger, und dann kann es passieren, dass der Krebs nicht vollständig entfernt wird. Folge ist ein erhöhtes Risiko für Rezidiv und Reoperation.



Britische Autoren stellten fest, dass in ihrem Land 20% der Frauen mit Lumpektomie mindestens eine Reoperation erdulden müssen (Jeevan R et al., *BMJ* 345, 2012, 18). Lag eine Carcinoma-in-situ-Komponente vor, war das noch häufiger der Fall.

Wie breit der augenscheinlich gesunde Randsaum bei der lokalen Exzision sein sollte, wird heute, 20 Jahre nach dem Durchbruch der Lumpektomie, immer noch kontrovers diskutiert (so von Morrow M et al., *NEJM* 367, 2012, 79-82). Beim Studium der einschlägigen Erkenntnisse kommen die Autoren zu dem Schluss, dass das Rezidiv- bzw. Reoperationsrisiko nicht umso kleiner ist, je breiter der tumorzellfreie Rand ist. Maßgeblich für den Verlauf sind vor allem die Biologie des Tumors und der adjuvante Einsatz systemischer Therapien. Viele Reoperationen, die nur den Zweck haben, den tumorzellfreien Rand zu verbreitern, könnten unterbleiben; vielen kosmetischen und psychischen Problemen ginge man damit aus dem Weg.

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