

Newsletter

Ausgabe 4/2024



Wir wünschen Ihnen und Ihren Angehörigen ein frohes Weihnachtsfest und ein gesundes und erfolgreiches neues Jahr!

Das Team der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, UKSH, Campus Lübeck

Personalia:



Frau Dr. Nele Brüning ist seit 1. Oktober 2024 neu in unserem Team. Nach dem Medizinstudium an der Universität Rostock absolvierte ihre Weiterbildung am Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide und ist seit April 2024 Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe. Frau Dr. Brüning ist nun in unserer Chemotherapieambulanz tätig, da ihr Interessenschwerpunkt bei der medikamentösen Tumorthherapie liegt.



Frau Prof. Maggie Banys-Paluchowski wurde in den Vorstand der AWOgyn (Arbeitsgemeinschaft für ästhetische, plastische und wiederherstellende Verfahren in der Gynäkologie) als 1. Stellvertretende Vorsitzende gewählt. Wir gratulieren!

Frau Dr. Franziska Hemptenmacher ist neues Mitglied der AGO Studienleitgruppe AGO Ovar. Herzlichen Glückwunsch!

Endometriosezentrum

Patientinnenversorgung

Wartezeiten für Termine in unserer Endometriosesprechstunde sind leider lange. Wir möchten Sie jedoch darauf hinweisen, dass wir versuchen für Patientinnen mit tief infiltrierender Endometriose und dringenden OP Wunsch, Patientinnen mit Endometriomen, sowie Patientinnen die dringlich eine Operation benötigen aufgrund eines aktuell unterfüllten Kinderwunsches und dem V.a. Endometriose Prioritätstermine innerhalb weniger Wochen bereitzuhalten. Um diese Termine zu erhalten füllen Sie bitte den Anmeldebogen für die Endometriosesprechstunde aus (https://www.uksh.de/uksh_media/Dateien_Kliniken_Institute/L%C3%BCbeck+Campuszentrum/Frauenklinik_HL/Frauenklinik_Dokumente/Endometriose/Endometriose_Sprechstunde_L%C3%BCbeck_Anmeldung-p-751443.pdf) und senden diesen an die Email-Adresse: ambulanz.frauenklinik.luebeck@uksh.de. Unsere Poliklinik wird dann mit der Patientin bezüglich eines adäquaten Termins Kontakt aufnehmen.

Arbeitsgruppe Endometrioseforschung

Die Arbeitsgruppe Endometrioseforschung um Dr. Cirkel hat auf dem Kongress der DGGG 2024 in Berlin dieses Jahr den Posterpreis für den Beitrag „Endometriosepatientinnen nehmen trotz starker Dysmenorrhoe und Beschwerden häufig keine Pille. Dies sind die Gründe für die Nichteinnahme“ erhalten.

Zudem hat Arbeitsgruppe im Journal „Human Reproduction“ den Artikel „Endometrioma patients are under-treated with endocrine endometriosis therapy“ veröffentlicht (1). Pillenmüdigkeit und Ablehnung einer hormonellen Endometriose- und Dysmenorrhoeotherapie sind Phänomene die jeder Frauenarzt kennt. Im Rahmen einer Teilauswertung der EndoHead Studie, welche im letzten Jahr von der Arbeitsgruppe als deutschlandweite multizentrische Kohortenstudie durchgeführt wurde, konnte gezeigt werden, dass Frauen mit Z.n. Endometriomoperation leider ohne harten medizinischen Grund eine Rezidivprophylaxe ablehnen und damit ihre Fortpflanzungsfähigkeit riskieren. Wir als Frauenärzte sind daher angehalten, durch adäquate Aufklärung und Anbindung den Patientinnen ihre Angst vor einer hormonellen Rezidivprophylaxe zu nehmen und Vorurteile auszuräumen, sowie eine passende hormonelle Therapie zu finden.

Im Rahmen einer weiteren Auswertung und Publikation konnte die Arbeitsgruppe zudem zeigen, dass Endometriosepatientinnen inbms.mit Depression und Angststörungen ein erhöhtes Risiko haben infolgen einer Covid 19 -Erkrankung, „long covid Symptome“ zu verspüren (2).

Publikationen:

- (1) C Cirkel, H Göbel, C Göbel, I Alkatout, A Khalil, N Brüggemann, A Rody, A Cirkel, Endometrioma patients are under-treated with endocrine endometriosis therapy, Human Reproduction, 2024;, deae257, <https://doi.org/10.1093/humrep/deae257>
- (2) Cirkel A, Göbel H, Göbel C, Alkatout I, Khalil A, Baum S, Brüggemann N, Rody A, Cirkel C. Endometriosis Patients Have an Increased Risk of Experiencing Long-Covid Symptoms: Results from a Cross-Sectional Multicenter Study. Womens Health Rep (New Rochelle). 2024 Sep 13;5(1):671–679. doi: 10.1089/whr.2024.0049. PMID: 39391784; PMCID: PMC11462422.

Veranstaltungen

08.02. Norddeutsches Onkologieforum: [Norddeutsches Onkologieforum 2025 | Veranstaltungen | Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.](#)

03.02 AGO State of the Art: [AGO Mamma – State of the Art Meeting 2025](#)

Online-Patientinnenfragestunde

In 2024 wurde die Online-Patientinnenfragestunde ins Leben gerufen. In einer virtuellen Veranstaltung, die regelmäßig jeweils an einem Montagabend stattfindet, können Patientinnen und Patienten sowie Interessierte in einem offenen Gespräch mit Expert:innen zu vorgegebenen Themen Fragen stellen. Erste positive Rückmeldungen haben uns motiviert diese Veranstaltungsreihe auch 2025 fortzuführen.

Zu den bereits vorhandenen Themen planen wir in 2025 weitere Expert:innen mit neuen Schwerpunkten dazu zu nehmen. Die Termine sowie der Link zu den Zoom-Meetings können der Internetseite entnommen werden auf welche man unter anderem über den QR-Code gelangt.



Wir würden uns freuen, wenn Sie ihre Patientinnen über das Angebot informieren. Gerne können Poster für Ihr Wartezimmer oder Flyer in unserem Sekretariat angefordert werden.

https://www.uksh.de/frauenklinik-luebeck/Veranstaltungen/Online_Patientinnenfragestunde/2024/Onkologische+Online+Patientinnenfragestunde%EF%BB%BF%E2%80%8B+ +Sie +fragen +Expert_innen+antworten%E2%80%8B+ +Thema +allgemeine+Fragen +genetischer+Brustkrebs-p-6952.html

Neuzulassungen

Seit dem 25.11.2024 ist Ribociclib (Kisquali®) auch beim frühen HR+/HER2- Brustkrebs und einem hohen Rezidivrisiko in Kombination mit einem Aromatasehemmer zugelassen (bei prämenopausalen Frauen immer in Kombination mit GnRH-Agonisten). Bei folgenden Konstellationen ist die Therapie mit Ribociclib möglich:

- Alle nodal-positiven Tumoren
- T3/T4
- T2 und G3
- T2 und G2 mit hohem genomischen Risiko (OncotypeDX) oder Ki-67 ≥ 20 %

Ribociclib kann innerhalb von 12 Monaten nach Beginn endokriner Therapie hinzugenommen werden. Die Behandlung dauert 3 Jahre. Ribociclib wird oral 1 x tgl. für 3 Wochen verabreicht, gefolgt von einer Woche Pause. Die Zulassungserweiterung erfolgte auf der Basis der Ergebnisse der NATALEE-Studie. Hier zeigte sich ein Vorteil für das krankheitsfreie Überleben durch Ribociclib von 4,9% im Vergleich zu einer alleinigen endokrinen Therapie; weiterhin sinkt das Risiko eines invasiven Rezidivs signifikant um 28,5%. Es zeigten sich keine neuen sicherheitsrelevanten Nebenwirkungen.

Seit dem 1. Oktober 2024 ist Capivasertib (Truqap®) in Kombination mit Fulvestrant beim Östrogenrezeptor-positiven, HER2-negativen, lokal fortgeschrittenen oder metastasierten Mammakarzinom (ER+/HER2- mBC) mit einer oder mehreren PIK3CA/AKT1/PTEN-Alteration(en) nach Rezidiv oder Progression der Erkrankung während oder nach einer

endokrinen Therapie (ET ± CDK4/6i) in Deutschland verfügbar. In der Zulassungsstudie CAPitello-291 zeigte sich ein medianes progressionsfreies Überleben von 7,3 Monaten im Vergleich zu 3,6 Monaten in der Placebo-Fulvestrant-Gruppe. Häufigste Nebenwirkungen sind Diarrhoen, Hautausschlag und Hyperglykämien.

Führung Marienkirche 28.11.2024

Am 28.11.2024 war das Team der Frauenklinik, auf Einladung des Ehepartners einer Patientin, zu Gast für eine Führung in der Lübecker Marienkirche. Die Führung bot dem gesamten Team sehr spannende historische und kulturelle Einblicke in die Kirchen- und Lübecker Stadtgeschichte über viele Jahrhunderte. Highlights waren die Besichtigung des historischen Gewölbes, des Glockenstuhls während des abendlichen Glockenläutens, einmalige Ausblicke auf das vorweihnachtliche Lübeck sowie sehr interessante und lebendig vorgetragene Fakten und Zeitgeschichten des Kirchenführers.



Das gesamte Team war von dieser besonderen Team-Veranstaltung sehr angetan und möchte sich an dieser Stelle nochmal ausdrücklich für den wunderbaren Abend und der sehr gelungenen Führung bei der ehemaligen Patientin und ihrem Ehepartner bedanken.

Anschließend wurde der Abend noch mit einem Team-Besuch auf dem Lübecker Weihnachtsmarkt abgerundet. All diejenigen, die ebenfalls Interesse an der sehr empfehlenswerten Führung haben, können sich über die Homepage der Marienkirche ebenfalls sowohl für eine öffentliche als auch private Führung anmelden.

Abstracts unserer Klinik des DGGG 2024

1. „Endometriosepatientinnen nehmen trotz starker Dysmenorrhoe und Beschwerden häufig keine Pille. Dies sind die Gründe für die Nichteinnahme“

Zielsetzung

Ziel dieser Studie ist die Erfassung der Durchführung einer hormonellen Endometriosetherapie (hET) bei Patientinnen mit operativ bestätigter Endometriose (obE).

Materialien und Methoden

Durchführung einer retrospektiven Querschnittsstudie von Mai bis November 2023. Patientinnen der Endometriosezentren des UKSH Campus Lübeck und Kiel mit Visiten von Januar 2017 bis März 2023 und verfügbaren Emailadressen wurden zur Studienteilnahme eingeladen. Zusätzliche Rekrutierung erfolgte über die sozialen Medien und Homepage der Endometriose Vereinigung Deutschland e.V.. Die Studie wurde mithilfe eines Fragebogens im Sinne von „patient reported outcomes“ über eine Online-Plattform durchgeführt. Die Störlevel wurden definiert von 1 (nicht störend) bis 5 (sehr stark störend).

Ergebnisse

Bei 535 der eingeschlossenen Patientinnen liegt obE vor; davon nehmen aktuell 267 (45.9%) eine hET ein. Die Patientinnen mit und ohne hET unterscheiden sich im Alter (30.52 (29.64–31.39 95%KI) vs. 32.5 (31.76–33.24 95%KI) $p < 0.001$), aber nicht in der Stärke der Dysmenorrhoe auf der visuellen Analogskala (7.40 (7.05–7.74 95%KI) vs. 7.12 (6.87–7.37 95%KI)) oder subjektiven Störlevel (4.21 (4.08–4.34 95%KI) vs. 4.1 (3.99–4.21 95%KI)). Gründe der Nichteinnahme sind: (Angst vor) Nebenwirkungen (54,2%), Ablehnung künstlicher Hormone (41%), Kinderwunsch (31%), Sorge vor Thrombosen (17,7%), Migräne mit/ohne Aura (9,6%/6,3%), Thrombosen in der Anamnese (2,6%).

Zusammenfassung

Eine hET wird aus den unterschiedlichsten Gründen abgelehnt, obwohl die Symptome als stark störend empfunden werden. Gründe sind auch (Angst vor) Nebenwirkungen, Migräne mit/ohne Aura, sowie Thrombosen, die keine zwingende Kontraindikation für eine z.B. alleinige gestagenhaltige Endometriosetherapie darstellen. Eine hET wäre hier theoretisch möglich. Die frauenärztliche Beratung sollte daher eine Risiko/Nutzen Bewertung der hET beinhalten.



2. Case-Report: Mammametastase eines Bronchialkarzinoms

Svenja Quaester, Nadine Berg, Maggi Banys-Paluchowski, Henriette Princk

Zusammenfassung:

Das nicht-kleinzellige Lungenkarzinom (NSCLC) metastasiert vorwiegend lymphatisch, intrapulmonal, hepatisch, ossär, cerebral und adrenal. Weichteilmetastasen treten äußerst selten auf. Wir berichten von einer 56-jährigen Patientin mit einer Mammametastase eines NSCLC.

Anamnese und klinischer Befund:

Die Vorstellung der Patientin erfolgte bei fokalen epileptischen Anfällen über die Notaufnahme. In einem cMRT zeigten sich infra- und supratentorielle Raumforderungen. Es wurde ein CT von Thorax und Abdomen zur Primärsuche durchgeführt. Hier zeigten sich metastasenverdächtige Raumforderungen (Nebennierenmetastase rechts, Trochanter major rechts, multiple Weichteilmetastasen) mit einem a.e. pulmonalem Primärtumor, peripher im linken Oberlappen, sowie eine suspekten Läsion in der linken Mamma. Daher erfolgte eine Mammographie bds, eine ultraschallgesteuerte Stanzbiopsie, sowie eine Bronchoskopie mit Zangenbiopsie.

Diagnose:

Die histopathologische Analyse der Proben aus der Bronchoskopie ergab ein schlecht differenziertes Adenokarzinom der Lunge (NSCLC).

In dem Gewebe der Stanzbiopsie imponierte ein solide wachsendes, schlecht differenziertes Adenokarzinom, welches abschließend einer Metastase des NSCLC zugeordnet werden konnte.

Therapie und Verlauf:

Aus gynäkologischer Sicht ergab sich keine Indikation zur operativen Therapie der Mamma. Die weitere Therapie erfolgte durch die Kliniken für Pulmonologie, Palliativmedizin und Strahlentherapie. Es wurde eine Systemtherapie mit Carboplatin, Pemetrexed und Pembrolizumab initiiert. Zur Vermeidung weiterer Komplikationen wurde eine palliative Radiatio des Neurokraniums sowie der ossären Metastase im Bereich des Trochanter major rechts eingeleitet. Darüber hinaus profitierte die Patientin von einer Palliativkomplexbehandlung, physiotherapeutischer Beübung, psychologischer Mitbetreuung und sozialdienstlicher Beratung.

Im Verlauf wurde ein Progress der Knochen- und Weichteilmetastasen festgestellt. Die Therapie wurde auf Sotorasib umgestellt.

3. Health-related quality of life and symptom burden in patients with newly diagnosed advanced ovarian cancer – baseline patient-reported outcome results from the 3rd interim analysis of the non-interventional SCOUT-1 study (NOGGO ov54, NCT04830709).

Authors: Rose M1, Wimberger P2,3, Braicu EI3,4, Pietzner K3,4, Goldmann J5, Kubiak K6, Brucker C7, Meyer-Wilmes P8,3, Radosa JC9, Aktas B10,3, Schnelzer A11, Ober A12, Melekian B13, Hofmann M14, Strittmatter H-J15, Sagasser J16,3, Hemptenmacher F17, Tchaikovski S18, Krützfeldt K19, Sehouli J3,4.

Affiliations:

1. Medical Clinic, Department of Psychosomatic Medicine, Charité Medical University, National Center for Tumor Diseases (NCT), German Center for Mental Health (DZPG), Berlin, Germany
2. Department of Gynaecology and Obstetrics, University Hospital Carl Gustav Carus, TU Dresden, Dresden, Germany
3. North-Eastern German Society of Gynaecological Oncology (NOGGO), Berlin, Germany
4. Department of Gynaecology European Competence Centre for Ovarian Cancer, Campus Virchow-Clinic, Charité Medical University, Berlin, Germany
5. Department of Obstetrics and Gynaecology, DRK Clinics Berlin, Berlin, Germany
6. Department of Obstetrics and Gynaecology, St. Franziskus-Hospital, Münster, Germany
7. Paracelsus Medical University, University Women's Hospital, Clinic Nürnberg, Nürnberg, Germany
8. Department of Gynaecology and Obstetrics, University Hospital RWTH Aachen, Aachen, Germany
9. Department of Gynaecology, Obstetrics and Reproductive Medicine, University Medical School of Saarland, Homburg Saar, Germany
10. Department of Gynaecology, University of Leipzig Medical Centre, Leipzig, Germany
11. RoMed Clinic Rosenheim, Department of Obstetrics and Gynaecology, Rosenheim, Germany
12. Department of Obstetrics and Gynaecology, St Vincenz Hospital Limburg, Limburg, Germany
13. Department of Obstetrics and Gynaecology, St. Marien-Hospital Siegen, Siegen, Germany
14. Marienhospital Stuttgart, Department of Obstetrics and Gynaecology, Stuttgart, Germany
15. Rems-Murr-Klinik Winnenden, Department of Obstetrics and Gynaecology, Winnenden, Germany
16. Department of Gynaecology and Obstetrics, University Hospital Augsburg, Augsburg, Germany
17. Department of Gynaecology and Obstetrics, University Hospital Schleswig-Holstein, Lübeck, Germany
18. Department of Gynaecology and Obstetrics, Otto-Von-Guericke University, Magdeburg, Germany
19. AstraZeneca GmbH, Hamburg, Germany

Introduction/ Background*:

Standard treatment for primary advanced, high-grade, epithelial ovarian cancer (OC) consists of a primary debulking surgery followed by platinum-based chemotherapy and maintenance therapy with poly-(ADPribose)-polymerase inhibitors or bevacizumab as monotherapy or in combination. The prospective, non-interventional study SCOUT-1 (NCT04830709; NOGGO ov54) was initiated to assess treatment patterns and outcomes in patients with newly diagnosed advanced OC. To assess the patients' perspective and better understand the impact of the disease as well as OC treatment on health-related quality of life (HRQoL), symptom burden and patients' needs, real-world patient-reported outcome (PRO) data are being collected in the SCOUT-1.

Methodology:

750 patients with newly diagnosed advanced, high-grade, epithelial OC with completed surgery (if applicable),

eligible for platinum-based chemotherapy, tested for BRCA1/2 mutations (solitary or within HRD-test) and providing written informed consent are planned to be enrolled in SCOUT-1 and followed for up to 7 years.

Standardised patient questionnaires (EQ-5D, FACT-O, MOSTv2, PGI-S) as well as open questions on treatment satisfaction and expectation are used to assess HRQoL, symptom burden and patient`s needs during the course of the disease. Questionnaires are completed by the patients via personal electronic devices. Physicians` expectations regarding OC treatment are also collected.

Interim analyses (IA) were planned at predefined timepoints (175, 250 and 375 enrolled patients, followed for 6 months). Only descriptive statistical methods are used.

Result(s)*:

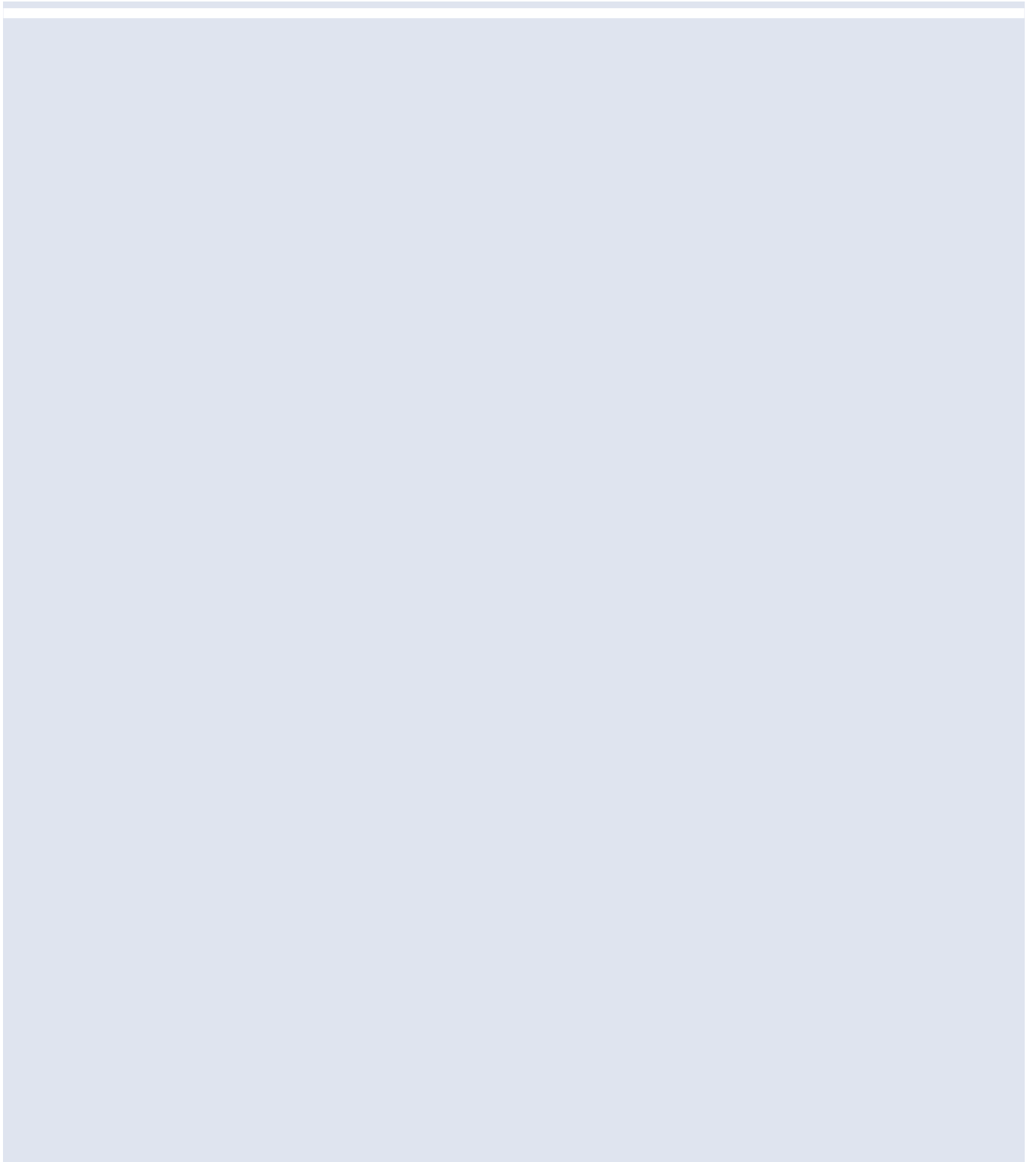
In addition to baseline clinical characteristics, treatment and safety, data from the 3rd IA (first 375 patients enrolled; planned data cut-off: October 13th, 2024), will be presented with a focus on compliance and baseline result of patient reported outcomes.

Conclusion*:

Analysing clinical outcome data together with PROs may help to better understand patients` perspective, adjust interaction with patients and support optimal individual patient-centred treatment decisions.



UCCSH | Universitäres Cancer Center
Schleswig-Holstein



UCCSH | Universitäres Cancer Center
Schleswig-Holstein

Wissen schafft Gesundheit