

Gynäkologie und Geburtshilfe in der Praxis für Allgemeinmedizin

Epidemiologische Studie zur Erfassung der gynäkologischen und geburtshilflichen Vorstellungsgründe und Ausarbeitung der drei häufigsten Anlässe

**Abschlussarbeit vorgelegt von
Dr. med. Judith Trompedeller
Tutorin Dr. med. Doris Gatterer**

**Im Rahmen der Ausbildung zum Allgemeinmediziner an der
Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin
(SAKAM)**

Ausbildungskurs 2014-2017

*Es gibt den Maler,
der aus der Sonne einen gelben Fleck macht,
aber es gibt auch den,
der mit Überlegung und Handwerk aus dem gelben Fleck eine Sonne macht.*

Pablo Picasso

**Ein Dankeschön meiner Tutorin Frau Dr. Doris Gatterer,
die mir mit viel Einsatz mit Rat und Tat zur Seite gestanden ist.
Außerdem möchte ich mich bei Dr. Fabio Tobaldin und Dr. Josef Mahlkecht dafür bedanken,
dass ich die Datenerhebung in ihrer Praxis durchführen konnte.**

Abstract: Gynäkologie und Geburtshilfe in der Praxis für Allgemeinmedizin

Epidemiologische Studie zur Erfassung der gynäkologischen und geburtshilflichen Vorstellungsgründe und Ausarbeitung der drei häufigsten Anlässe

Hintergrund: Die Häufigkeit der Beratungsanlässe, welche gynäkologische und geburtshilfliche Kenntnisse in der Hausarztpraxis erfordern, wird in der Literatur sehr unterschiedlich bewertet. Dabei sprechen einige Quellen von 8%, andere von 1,8%. Besonders Frauen nach der Menopause suchen aufgrund des langjährigen Vertrauensverhältnisses oder weil der Weg zum Gynäkologen zu weit oder zu umständlich ist, hausärztlichen Rat. Als häufigste gynäkologische und geburtshilfliche Beratungsanlässe werden Dysmenorrhoe, Klimakterische Beschwerden, Schwangerschaft/Geburt, Kolpitis, Sexualprobleme, Brustneubildungen, Fluor vaginalis angegeben. Grundsätzlich wurden bei diesen Erhebungen ausschließlich Hauptgründe gezählt, aber keine Nebendiagnosen berücksichtigt. Außerdem gelten gemeinsame Bemühungen der Allgemeinärzte und Gynäkologen zur rechtzeitigen Erkennung prognostisch ernster Erkrankungen wie z.B. Malignome. Dabei sollte der Leitsatz gelten: Der beste Ort zur Früherkennung ist die Sprechstunde des Allgemeinmediziners. Leider gibt es fast ausschließlich Literatur zugeschnitten auf den Facharzt und weniger auf den Allgemeinmediziner.

Ziel: Das Ziel dieser Studie ist die Erfassung der Häufigkeit der gynäkologischen/geburtshilflichen Haupt- und Nebenberatungsanlässe. Weiters soll die Untersuchung die Altersverteilung der Patientinnen, ob die Behandlung durch den Hausarzt oder den Facharzt geschehen ist und die Art der gynäkologischen und geburtshilflichen Themengebiete umfassen. In einer Literaturrecherche werden die drei häufigsten Themengebiete ausgearbeitet. Dabei werden die Erfordernisse bzgl. Klinik, Diagnostik, Behandlung in einer hausärztlichen Praxis berücksichtigt.

Methoden:1. Es wurde eine epidemiologische Studie in zwei Hausärztlichen Praxen, d.h. einer Praxis auf dem Land und einer Praxis in der Stadt für jeweils vier Wochen durchgeführt. Die Datensätze wurden bei Vorstellung in der Praxis durch einen Dokumentationsbogen erfasst. Erhoben wurden die Beratungsanlässe gegliedert in die verschiedenen Fachgebiete und deren Geschlechterverteilung. Die gynäkologischen und geburtshilflichen Beratungsanlässe wurden unterteilt in Haupt- und Nebengründe. Die Häufigkeit wurde sowohl auf das Gesamtkollektiv, als auch auf das weibliche Patientenkollektiv berechnet. Es wurde die Altersverteilung der Patientinnen mit gynäkologischen/geburtshilflichen Problemen erfasst, sowie die Tatsache, ob die Behandlung durch den Hausarzt oder durch den Facharzt erfolgte.

2. Literaturreview: Eine Literaturrecherche betreffend der drei häufigsten Beratungsanlässe angepasst an die Erfordernisse bezüglich Klinik, Diagnostik, Behandlung in der Allgemeinmedizin wurde durchgeführt.

Ergebnisse: 1. In acht Wochen stellten sich 1260 Patienten (53% Frauen und 47% Männer) im Alter von 6 bis 101 Jahren vor. Jeder Patient stellte sich im Schnitt 1,3mal vor. Mit 2,84% der Hauptvorstellungsgründe lag die Gynäkologie und Geburtshilfe an 11. Stelle. In der Landpraxis wurden 2,5% gynäkologische Vorstellungsgründe (11.Rang), in der Stadtpraxis 3,1% (Rang7) gezählt. Immerhin 9,5% der Frauen hatten ein gynäkologisches/geburtshilfliches Anliegen. Die Vorstellungshäufigkeit wegen gynäkologisch/geburtshilflicher Anliegen stieg ab dem 40. Lebensjahr an. Die gynäkologischen Themengebiete waren weit gefächert: Weiterverschreibung Pille, Kontrollmammographie, Urogynäkologie, Hypermenorrhagie, onkologische und andere Brustpathologien, Schwangerschaft und Wochenbett, Unterbauchbeschwerden und Hormonersatztherapie. 61,9% der Patientinnen mit gynäkologischen Beschwerden wurden durch den

Hausarzt nach Facharztvisite weiterbetreut. 6,35% wurden weiter an den Facharzt überwiesen. Bei 31,75% der Patientinnen erfolgte die Betreuung durch den Hausarzt.

2. Zusammenfassung der Fachliteratur über die drei häufigsten gynäkologischen Beratungsanlässe d.h. Weiterverschreibung oraler Kontrazeptiva, Mammographiekontrolle, vaginale Atrophie angepasst an die Allgemeinmedizin.

Schlussfolgerungen: Die Gynäkologie und Geburtshilfe stellt in der Allgemeinmedizin ein Randgebiet dar. Werden zusätzlich auch die Nebenberatungsanlässe gezählt, häufen sich die Probleme. Verschreibungen von Mammographie, Pille- und Hormonersatztherapie geschehen im klinischen Alltag meist nebenher ohne klinische Untersuchung. Vom Allgemeinmediziner wird ein breites gynäkologisch/geburtshilfliches Wissen abverlangt. Unterschiede in der Art und Häufigkeit der Vorstellungen zwischen Stadt- und Landpraxis könnten sich durch verschiedene hohe Versorgung mit Spezialisten im betreffenden Einzugsgebiet, durch regionale Faktoren z.B. Arbeitsbedingungen und durch fachliche Neigungen der Allgemeinmediziner erklären. Patientinnen ab dem 40. Lebensjahr stellen sich häufiger vor, da vermehrt Altersprobleme auftreten. Junge Patientinnen wenden sich vorwiegend wegen hormoneller Kontrazeption an den Hausarzt, welcher in der Untersuchung keine Erstverschreibungen macht, obwohl die Leitlinien die Verordnung von hormoneller Verhütung unabhängig von der gynäkologischen Untersuchung postulieren. Nur wenige Patientinnen müssen dringend zum Facharzt überwiesen werden. Die Großzahl der Anliegen kann durch den Hausarzt gelöst werden.

Abstract: Ginecologia ed Ostetricia nell'ambulatorio di Medicina Generale Studio epidemiologico sulla valutazione dei motivi di accesso ginecologico-ostetrico ed elaborazione dei tre casi più frequenti.

Scenario: la frequenza di consulenze, che richiedono conoscenze ginecologiche e/o ostetriche da parte del medico di medicina generale (MMG), viene stimata in maniera molto differente in letteratura. Qualche fonte riporta una frequenza dell' 8%, altre dell' 1,8%. Sono soprattutto le donne in menopausa a cercare la consulenza di un MMG, in ragione del rapporto di fiducia consolidato da anni oppure a causa dell'eccessiva distanza dagli ambulatori specialistici. Le cause più frequenti di richiesta di una consulenza ginecologico/ostetrica presso un ambulatorio MMG sono: dismenorrea, disturbi del climaterio, gravidanza/parto, vaginiti, problemi sessuali, neoformazioni al seno, perdite vaginali. In queste fonti vengono presi in considerazione solo i motivi principali, ma non le diagnosi secondarie. Inoltre l'obiettivo principale sia dei MMG, sia dei ginecologi sembra essere quello di diagnosticare precocemente malattie potenzialmente gravi, come ad esempio tumori maligni. A tal proposito vale il principio: il miglior posto per la diagnosi precoce è l'ambulatorio MMG. Nonostante ciò i dati presenti in letteratura sono quasi sempre indirizzati allo specialista piuttosto che al MMG.

Obiettivi: l'obiettivo dello studio è la rilevazione della frequenza delle visite per motivi ginecologico/ostetrici presso un ambulatorio MMG suddivisi in cause principali e secondarie. Inoltre la ricerca analizza: la distribuzione per età delle pazienti, se il trattamento è avvenuto tramite MMG o specialista e distingue i motivi in ginecologici od ostetrici. I tre motivi principali d'accesso sono elaborati attraverso una ricerca in letteratura. In merito a ciò vengono presi in considerazione, presso un ambulatorio MMG, l'aspetto clinico-diagnostico e quello terapeutico.

Metodi: 1. E' stato eseguito uno studio epidemiologico, in un lasso temporale di otto settimane, presso due ambulatori MMG; nello specifico quattro settimane presso un ambulatorio cittadino e quattro settimane presso un ambulatorio periferico. I dati sono stati rilevati direttamente alla presentazione in ambulatorio tramite un questionario. Tutte le richieste di consulenza sono state suddivise nei diversi ambiti specialistici ed in base al sesso del paziente. Le consulenze di natura ginecologico/ostetrica sono state classificate in motivi principali e secondari. La frequenza di queste ultime è stata calcolata sia nella popolazione generale, sia nelle pazienti di sesso femminile. E' stata analizzata non solo la distribuzione per età delle pazienti con disturbi ginecologico/ostetrici, ma anche se il trattamento è stato eseguito da un MMG oppure da uno specialista. 2. Ricerca in letteratura: è stata condotta una ricerca in letteratura riguardante i tre motivi di consulenza di natura ginecologico/ostetrica più frequenti, includendo l'aspetto clinico e quello diagnostico-terapeutico in medicina generale.

Risultati: 1. In otto settimane si sono presentati 1260 pazienti (53% donne, 47% uomini) con un'età compresa tra sei e 101 anni. Ogni paziente si è presentato in media 1,3 volte. La ginecologia e l'ostetricia hanno rappresentato il 2,84% dei motivi principali di accesso, giacendo così all'11° posto. Nell' ambulatorio periferico la percentuale dei motivi di consulenza ginecologica è stata calcolata del 2,84% (11° posto), in quello cittadino invece 3,15 (7° posto). Almeno il 9,5% di tutte le pazienti ha riferito motivi secondari di natura ginecologico/ostetrica. Si è osservato che la frequenza di quest'ultimi cresce a partire dai 40 anni d'età. I temi ginecologici sono risultati piuttosto diversificati: prescrizione della pillola anticoncezionale, mammografia di controllo, uroginecologia, ipermenorragia, patologie della mammella di natura oncologica e non, gravidanza e puerperio, dolori del basso ventre e terapia ormonale sostitutiva. Il 61,9% delle pazienti è stato trattato dal MMG dopo aver eseguito una visita specialistica, il 6,35% invece è stato nuovamente inviato da uno specialista. Nel 31,75% dei casi l'MMG ha trattato le pazienti in autonomia. 2. Riassunto della ricerca in letteratura: 1) prescrizione della pillola anticoncezionale; 2) controllo mammografico; 3) atrofia vaginale.

Discussione: Le patologie ginecologico-ostetriche giocano un ruolo marginale nell'ambito della Medicina Generale, anche se la loro frequenza sembrerebbe aumentare tenendo in considerazione anche le diagnosi secondarie. La prescrizione della mammografia, della pillola anticoncezionale e della terapia ormonale sostitutiva nella pratica clinica quotidiana viene effettuata spesso senza visita clinica. E' richiesta al MMG un'ampia conoscenza sulle tematiche ginecologico-ostetriche. Differenze nella tipologia e nella frequenza degli accessi ambulatoriali tra periferia e città potrebbero essere chiarite attraverso: maggiore o minore lontananza dallo specialista, fattori locali come condizioni di lavoro e competenze specialistiche del MMG. Le pazienti con più di 40 anni si presentano più spesso, poiché compaiono un maggior numero di problemi legati all'età. Le pazienti più giovani si presentano in ambulatorio MMG soprattutto per la terapia anticoncezionale, che tuttavia non viene prescritta in prima istanza dal MMG, nonostante le linee guida affermino la possibilità di una prima prescrizione indipendentemente dalla visita ginecologica. Solo poche pazienti devono essere inviate con urgenza allo specialista. La maggior parte degli accessi può essere risolta dal MMG.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Abstract (deutsch)	1
Abstract (italienisch)	2
Inhaltsverzeichnis	5
1 Teil 1: Epidemiologische Studie zur Erfassung der gynäkologischen und geburtshilflichen Vorstellungsgründe	7
1.1 Hintergrund	7
1.2 Ziel.....	7
1.3 Methodik	8
1.4 Ergebnisse.....	8
1.4.1 Patientenkontakte und Verteilung der Fachgebiete	8
1.4.2 Gynäkologische Beratungsanlässe.....	10
1.4.3 Betreuung der Patientinnen mit gynäkologischen/geburtshilflichen Beratungsanlässen	12
1.5 Schlussfolgerung.....	12
2 Teil 2: Ausarbeitung der drei häufigsten gynäkologischen und geburtshilflichen Beratungsanlässe	14
2.1 Weiterverschreibung orale hormonelle Ovulationshemmer	14
2.1.1 Einleitung	14
2.1.2 Jugendliche Frauen	15
2.1.3 Stillende Frauen	15
2.1.4 Frau über 40.....	15
2.1.5 Altersgrenze für die Verschreibung von hormonellen Ovulationshemmern	15
2.1.6 Nebenwirkungen bei kombinierten hormonellen Kontrazeptiva	15
2.1.7 Risiken	16
2.1.8 Maßnahmen bei Erst-oder Weiterverschreibung	16
2.1.9 Auflistung von oralen hormonellen Ovulationshemmern	18
2.1.10 Zusammenfassend	19
2.2 Mammographiekontrolle	20
2.2.1 Mammographie	20
2.2.2 Mammakarzinom.....	20
2.2.3 Mammographiescreening.....	21
2.2.3.1 Mammographiescreening vom 50.-69. Lebensjahr	22
2.2.3.2 Mammographiescreening >70. Lebensjahr.....	22
2.2.3.3 Mammographiescreening vom 40.-49. Lebensjahr	23
2.2.3.4 Mammographiescreening vor dem 40. Lebensjahr	23
2.2.4 Intensivierte Früherkennung	23
2.2.5 Zusammenfassend	24

2.3	Vaginale Atrophie	24
2.3.1	Einleitung	24
2.3.2	Symptome.....	24
2.3.3	Therapie	24
2.3.4	Therapieüberwachung der lokalen Östrogentherapie	27
2.3.5	Nebenwirkungen einer lokalen Östrogenbehandlung	27
2.3.6	Behandlung nach Mammakarzinom und anderen gynäkologischen Malignomen mit lokalen Östrogenen	27
2.3.7	Harnwegsinfekte in der Postmenopause	27
2.3.8	Lokale Östrogenpräparate und Anwendung	28
2.3.9.	Zusammenfassend	28
3	Quellenverzeichnis	29
4	Abbildungsverzeichnis	30
5	Tabellenverzeichnis	30

1. Teil1: Epidemiologische Studie zur Erfassung der gynäkologischen/geburtshilflichen Vorstellungsgründe

1.1 Hintergrund

Hausärzte leisten in der ambulanten Grundversorgung der Patienten einen wesentlichen Beitrag. Die Betreuung erfolgt lebensbegleitend und umfasst Menschen jeden Alters mit jeder Art von Gesundheitsstörung unter Berücksichtigung aller sozialen, biologischen und psychischen Faktoren. Außerdem beinhaltet sie die Gesundheitsberatung, Vorsorge und Früherkennung von Erkrankungen. Deshalb ist es für die Planung im Gesundheitswesen wichtig, die Häufigkeit von Beschwerden und Erkrankungen zu kennen. So können Kapazitäten und Kapital gezielt nach Bedürfnissen eingesetzt werden. Auch kann ein Anstoß für die Ausbildung der jungen Mediziner gegeben werden, häufige Vorstellungsgründe von Patienten einer Allgemeinpraxis kennenzulernen, sowie das weitere Vorgehen bezüglich Diagnostik und Therapie aus der Perspektive des Hausarztes zu lernen.

Die Häufigkeit der Beratungsanlässe, welche gynäkologische und geburtshilfliche Kenntnisse in der Hausarztpraxis erfordern, wird in der Literatur sehr unterschiedlich bewertet. Quellen geben 1,8% bis 8% aller Patientenkontakte an.[1,2,9] Wenn man bedenkt, dass in unserem Gesundheitssystem Frauen ihren Gynäkologen ohne Überweisung aufsuchen können, ist es bemerkenswert, in welcher vielfältigen Weise der Allgemeinarzt mit diesen Beratungsproblemen konfrontiert ist. Statistiken von Braun, Landolt-Theus, Souzarac und Very in Österreich, Schweiz und Frankreich ergaben ähnliche Ergebnisse der häufigsten gynäkologischen Beratungsanlässe. [1,2,3,6,9] Unter den häufigsten 300 Vorstellungsgründen befinden sich Dysmenorrhoe, klimakterische Beschwerden, Vaginitis, Kolpitis, Vulvitis, Adnexitis, Sexualprobleme, Brustneubildungen, Sterilität, Hyper-menorrhagien, Amenorrhoe, Abortus, Mastitis, Mastodynie. Nach der Menopause vermehren sich die gynäkologischen Beschwerden wie vor allem Neoplasien, vaginale Atrophie und Inkontinenz. Die Patientinnen suchen häufiger Beratung beim Allgemeinmediziner. [1, 5,7]

Außerdem ist die Sprechstunde des Allgemeinmediziners der beste Ort für die Krebsvorsorge. Vorsorgeuntersuchungen wie Mammographien, Zervixzytologie etc. werden durchgeführt, verschrieben und überwacht.[8]

1.2 Ziel

Das Ziel dieser Studie ist die Erfassung der Häufigkeit der gynäkologischen/geburtshilflichen Haupt- und Nebenberatungsanlässe. Die Altersverteilung der Patientinnen soll untersucht werden. Es soll veranschaulicht werden, ob die Behandlung durch den Hausarzt oder den Facharzt geschehen ist. Weiters sollen diese Vorstellungsgründe nach Art der gynäkologischen und geburtshilflichen Themengebiete eingeteilt werden.

In einer Literaturrecherche werden die drei häufigsten Themengebiete ausgearbeitet. Dabei werden die Erfordernisse bzgl. Klinik, Diagnostik, Behandlung in einer hausärztlichen Praxis berücksichtigt.

1.3 Methoden

Es handelt sich um eine epidemiologische Studie, welche in zwei Hausarztpraxen durchgeführt wurde. Eine Hausarztpraxis befand sich in ländlicher Umgebung im Pustertal, die andere im städtischen Bereich in Bozen.

Die Untersuchung erstreckte sich über einen Zeitraum von jeweils vier Wochen. In der Landpraxis wurden die Daten vom 28.03.2016 bis 24.04.2016, in der Stadtpraxis vom 23.05.2016 bis 19.06.2016 erfasst.

Die Datensätze wurden direkt bei Vorstellung in der Praxis durch einen Dokumentationsbogen vom Studienleiter erfasst. Insgesamt wurden 1657 Kontakte von 1260 Patienten dokumentiert. Die Hauptberatungsanlässe wurden gegliedert in die verschiedenen Fachgebiete wie Orthopädie/Traumatologie, Dermatologie, Urologie, Psychiatrie, Neurologie, Augenheilkunde, HNO, Pädiatrie, Zahnheilkunde, Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe und unspezifische Beschwerden.

Außerdem wurde deren Geschlechterverteilung überprüft. Die gynäkologischen/geburtshilflichen Beratungsanlässe wurden unterteilt in Haupt- und Nebengründe. Die Häufigkeit dieser wurde sowohl auf das Gesamtkollektiv, als auch ausschließlich auf das weibliche Patientenkollektiv berechnet und mit den Literaturangaben verglichen. Die Altersverteilung der Patientinnen mit gynäkologischen/geburtshilflichen Problemen wurde ausgewertet, als auch, ob die Behandlung durch den Hausarzt oder durch den Facharzt erfolgte.

Die Auswertung erfolgte mit Microsoft® Excel® 2007.

1.4 Ergebnisse

1.4.1 Patientenkontakte und Verteilung der Fachgebiete

Insgesamt haben sich in den 8 Wochen 1260 Patienten in den beiden Praxen vorgestellt. Von diesen Patienten waren 52,62% Frauen (n663) und 47,38% Männer (n597). In der Stadt wurden 613 Patienten in 4 Wochen gezählt, davon waren 323 (52,69%) Frauen und 290 (47,3%) Männer. Auf dem Land war die Verteilung ähnlich. Von 647 Patienten insgesamt, gab es 340 (52,55%) Frauen und 307 (47,45%) Männer.

In den gesamten 8 Wochen gab es 1657 Patientenkontakte. Die Verteilung zwischen Männern (n775 = 46,77%) und Frauen (n882 = 53,23%) entsprach der Patientenverteilung.

Die Patienten Männer wie Frauen stellten sich im Schnitt 1,3 mal in diesen 4 Wochen vor (1,28 mal Stadt, 1,35 mal Land).

Die vorstelligen Patienten hatten ein Alter von 6 bis 101 Jahren (Frauen 12 bis 101 Jahre, Männer 6-95 Jahre).

Es wurden die Patientenkontakte in Hauptvorstellungsgründer der einzelnen Fachgebiete eingeteilt. Am häufigsten kamen die Patienten aufgrund von Problemen in der Inneren Medizin (49,85%) zum Arzt, gefolgt von Orthopädie und Traumatologie (10,44%), Psychiatrie (7,06%), Dermatologie (5,97%), Urologie (4,47%), Chirurgie (4,41%), unspezifische Symptome (3,98%), Neurologie (3,05%), Gynäkologie und Geburtshilfe (2,84%), Pädiatrie (0,78%) und Zahnheilkunde (0,24%).

Tabelle1: Einteilung der Hauptvorstellungsgründe insgesamt

Fachgebiet	Frauen	Männer	insgesamt	%
Innere Medizin	431	395	826	49,85
Orthopädie/Traumatologie	86	87	173	10,44
Psychiatrie	72	45	117	7,06
Dermatologie	54	45	99	5,97
Urologie	21	53	74	4,47
Chirurgie	45	28	73	4,41
Unspezifische Symptome	38	28	66	3,98
HNO	30	24	54	3,26
Augenheilkunde	20	33	53	3,20
Neurologie	31	27	58	3,05
Gynäkologie/Geburtshilfe	47	0	47	2,84
Pädiatrie	5	8	13	0,78
Zahnheilkunde	2	2	4	0,24
Kontakte insgesamt	882	775	1657	
Patienten insgesamt	663	597	1260	

Die Hauptvorstellungsgründe in der Gynäkologie und Geburtshilfe lagen insgesamt an 11. Stelle mit 2,84% der Patientenkontakte. Berechnet man die Häufigkeit ausschließlich auf die weiblichen Patienten, ergibt dies 5,33% der Hauptgründe und liegt an 5. Stelle nach Innere Medizin, Orthopädie, Psychiatrie und Dermatologie.

Betrachtet man die erhobenen Daten der Hauptberatungsanlässe getrennt nach Stadt und Landpraxis gab es in der Stadt berechnet auf alle Patientenkontakte 3,19% gynäkologische Gründe und auf dem Land 2,52%. Auf dem Land lagen die gynäkologischen/geburtshilflichen Beratungsanlässe auf Platz 11, in der Stadt auf Platz 7.

Tabelle 2: Einteilung der Hauptvorstellungsgründe in der Stadtpraxis

Fachgebiet	Frauen	Männer	insgesamt	%
Innere Medizin	253	223	476	60,71
Psychiatrie	47	28	75	9,57
Orthopädie/Traumatologie	17	23	40	5,1
Dermatologie	20	19	39	4,97
Urologie	9	26	35	4,46
Chirurgie	15	13	28	3,57
Gynäkologie/Geburtshilfe	25	0	25	3,19
Neurologie	12	11	23	2,93
Unspezifische Symptome	9	8	17	2,17
HNO	9	3	12	1,53
Augenheilkunde	4	8	12	1,53
Zahnheilkunde	1	1	2	0,26
Pädiatrie	0	0	0	0
Kontakte insgesamt	421	363	784	
Patienten insgesamt	323	290	613	

Tabelle3: Einteilung der Hauptvorstellungsgründe in der Landpraxis

Fachgebiet	Frauen	Männer	insgesamt	%
Innere Medizin	178	172	350	40,09
Orthopädie/Traumatologie	69	64	133	10,44
Dermatologie	34	26	60	6,87
Unspezifische Symptome	29	20	49	5,61
Chirurgie	30	15	45	5,15
Psychiatrie	25	17	42	4,81
HNO	21	21	42	4,81
Augenheilkunde	16	25	41	4,70
Urologie	12	27	39	4,47
Neurologie	19	16	35	4,01
Gynäkologie/Geburtshilfe	22	0	22	2,52
Pädiatrie	5	8	13	1,49
Zahnheilkunde	1	1	2	0,23
Kontakte insgesamt	461	412	873	
Patienten insgesamt	340	307	647	

1.4.2 Gynäkologische Beratungsanlässe

Insgesamt gab es 47 Hauptvorstellungsgründe im gynäkologischen Bereich und 20 Zweitvorstellungsgründe. Auf dem Land waren dies 22 Hauptvorstellungsgründe und 7 Nebenvorstellungsgründe, in der Stadt 25 Hauptvorstellungsgründe und 13 Nebenvorstellungsgründe. 63 von insgesamt 663 Patientinnen, das sind 9,5%, hatten gynäkologisch/geburtshilfliche Anliegen. In der Stadt waren dies 37 Patientinnen (11,46%), am Land 26 Patientinnen (7,64%). Diese Frauen hatten ein Alter von 15-89 Jahren. Aus der folgenden Tabelle der Altersverteilung ist ersichtlich, dass die Häufigkeit der Vorstellung wegen gynäkologisch/geburtshilflicher Probleme ab der Prämenopause/ Perimenopause steigt. 76,19% der Patientinnen sind > 40 Jahre alt.

Tab.4 Altersverteilung der Frauen mit gynäkologischen Problemen.

Alter Patientinnen	10-19J	20-29J	30-39J	40-49J	50-59J	60-69J	70-79J	80-89J
Zahl Patientinnen	2	8	6	17	10	9	11	1

Gynäkologische Beratungsanlässe im Detail:

Weiterverschreibung Pille: 19,4%, Alter 17-47 Jahre

- Lediglich Weiterverschreibungen, keine Erstverschreibung

Kontrollmammographie: 19,4%, Alter 46-79 Jahre

- Ausschließlich Stadtpraxis
- 10 Anfragen auf Wunsch der Patientin
- 2 Patientinnen mit Hormonersatztherapie
- 1 Patientin (46 Jahre) positive Familienanamnese auf Mammakarzinom

Urogynäkologie: 13,43%, Alter 45-75 Jahre

- Vaginale Atrophie 2mal isoliert
- Vaginale Atrophie 4mal kombiniert mit Inkontinenz

- Vaginale Atrophie 3mal kombiniert mit Zystitis
- 2 Patientinnen Einweisung zur gynäkologischen Visite

Hypermenorrhagie: 10,45%, Alter 42-54 Jahre

- 3 Patientinnen zur Weiterverschreibung von Progesteronpräparaten zur Zyklusregulierung
- 1 Patientin mit Anämie bei Uterus myomatosus, Verschreibung von Eisenpräparaten
- 3 Patientinnen intravenöse Verabreichung von Eisenpräparaten

Onkologische Brustpathologien: 10,45%, Alter 42 - 89 Jahre

- 4 Patientinnen Weiterverschreibung Letrozol, Anastrozol und Tamoxifen
- 1 Patientin Behandlung Depression aufgrund Diagnose Mammakarzinom
- 1 Patientin unter Chemotherapie
- 1 Patientin mit Hitzewallungen bei Mammakarzinom

Schwangerschaft und Wochenbett: 7,46% %, Alter 28-41Jahre

- 1 Zystitis in der Schwangerschaft
- 1 Patientin mit Hyperemesis
- 1 Krankschreibung bei Hyperkontraktibilität des Uterus
- 1 postpartale Anämie
- 1 Verband einer dehiszenten Sectionarbe

Unterbauchschmerzen: 7,46%, Alter 15-68 Jahre

- 1 Patientin mit Verschreibung Schmerztherapie bei Adenomyosis uteri
- 1 Patientin mit Unterbauchschmerzen bei bekannter Endometriose
- 2 Patientinnen Unterbauchschmerzen bei sekundärer Amenorrhoe
- 1 Patientin mit Vaginalschmerzen, Überweisung zur gynäkologischen Visite

Hormonersatztherapie: 5,97%, Alter 50-66 Jahre

- 3mal Weiterverschreibung von Hormonersatztherapie
- 1mal Erstverschreibung von Phytoöstrogenen

Brustpathologien: 4,48%, Alter 24-50 Jahre

- Eine Kontrollsonographie bei multiplen Zysten in der Brust
- 2mal Kontrolle Herdbefund Brust mit Mammographie
- 1mal blutige Mamillensekretion

Andere Gynäkologische Beschwerden: 1,49%, Alter 49 Jahre

- 1 Patientin Verschreibung Depot Provera® bei Ovarialzysten nach gynäkologischer Visite

Tab.5 Häufigkeit der gynäkologischen/geburtshilflichen Vorstellungsgründe

Vorstellungsgrund	Hauptvorstellungsgrund		Nebenvorstellungsgrund		Insgesamt (n)
	Stadt (n)	Land (n)	Stadt (n)	Land (n)	
Weiterverschreibung Pille	1	7	1	4	13
Schwangerschaft / Wochenbett	1	4	0	0	5
Hypermenorrhoe	4	3	0	0	7
Unterbauchschmerzen	1	3	0	1	5
Urogynäkologie	3	2	2	2	9
Hormonersatztherapie	1	0	3	0	4

Onkologische Brustpathologie	3	2	2	0	7
Mammographiekontrolle	7	0	6	0	13
Andere Brustpathologie	2	0	1	0	3
Gynäk. Beschwerden	0	1	0	0	1

1.4.3 Betreuung der Patientinnen mit gynäkologischen/geburtshilflichen Beratungsanlässen

39 Patientinnen (61,9%) hatten vor der Vorstellung beim Hausarzt bereits eine fachärztliche Visite gemacht.

Eine sofortige Überweisung zum Gynäkologen erfolgte bei 4 Patientinnen (6,35%). Die Gründe waren Scheidenatrophie mit gemischter Inkontinenz, mit rezidivierender Zystitis und Inkontinenz, mit Urgeinkontinenz, außerdem akute Schwellung und Schmerzen vaginal.

Bei 20 Patientinnen (31,75%) erfolgte die primäre Betreuung durch den Hausarzt.

Tab.6 Betreuung der Patientinnen mit gynäkologischen/geburtshilflichen Beratungsanlässen

Art der Betreuung	Stadt (n)	Land (n)	Insgesamt (n)
Facharztüberweisung	2	2	4
Weiterbetreuung nach Facharztvisite	18	21	39
Betreuung durch den Hausarzt	17	3	20
Patientinnen insgesamt	37	26	63

1.5 Schlussfolgerung

Die Gynäkologie und Geburtshilfe stellt in der Allgemeinmedizin mit 2,84% der Hauptberatungsanlässe ein Randgebiet dar. Diese ermittelten Zahlen liegen im Bereich der Literaturangaben [1,2,4,7]. Nimmt man zu den gynäkologischen Hauptberatungsanlässen auch die Nebenberatungsanlässe dazu, so kann man sehen, dass 9,5% der Patienten (63 von 663 Patienten) gynäkologisch/ geburtshilfliche Probleme hatten. Dies zeigt, dass viele Frauenprobleme in der Allgemeinpraxis nebenbei behandelt werden, d.h. vor allem Mammographie-, Pillen- und Hormonersatztherapieverschreibungen werden häufig ohne klinische Visite verordnet. Es wird vom Allgemeinmediziner ein breites gynäkologisch/geburtshilfliches Wissen abverlangt. Dabei ist noch zusätzlich zu bedenken, dass Patienten ohne hausärztliche Einweisung Zugang zu gynäkologisch und geburtshilflichen Leistungen haben.

In der Stadtpraxis stellten sich im Vergleich zum Land mehr Patientinnen mit gynäkologisch/geburtshilflichen Gründen vor. Diese Verschiebung der Statistiken unter den einzelnen Praxen könnte sich durch verschieden hohe Versorgung mit Spezialisten im betreffenden Einzugsgebiet, durch regionale Faktoren z.B. Arbeitsbedingungen und durch fachliche Neigungen der Allgemeinmediziner erklären. Dies betrifft wahrscheinlich auch die Ergebnisse der Untersuchung, d.h. dass die Pille häufiger im ländlichen Gebiet durch den Hausarzt weiterverschrieben wird und Verordnungen von Mammographiekontrollen in der Stadt vermehrt sind.

Patientinnen ab dem 40. Lebensjahr stellen sich häufiger vor. Besonders nach der Menopause treten vermehrt Altersprobleme wie onkologische Erkrankungen, Inkontinenz, vulvovaginale

Atrophie mit allen Nebenerscheinungen auf. Letztere werden häufig tabuisiert und sollten vom Hausarzt direkt verbalisiert werden.

Junge Patientinnen wenden sich vorwiegend wegen Weiterverschreibung von hormoneller Kontrazeption an den Hausarzt. Erstverschreibungen werden vorwiegend vom Facharzt gemacht, obwohl die Leitlinien die Verordnung von hormoneller Verhütung unabhängig von der gynäkologischen Untersuchung postulieren.

Nur wenige Patientinnen (6,35%) müssen dringend zum Facharzt überwiesen werden. Die Großzahl der Anliegen kann durch den Hausarzt gelöst werden.

2 Teil 2: Ausarbeitung der drei häufigsten gynäkologischen/geburtshilflichen Vorstellungsgründe

2.1. Weiterverschreibung oraler hormoneller Ovulationshemmer

2.1.1 Einleitung[10,11,12,16,17]

Die Weiterverschreibung der Pille gehört zur täglichen Routine einer Hausarztpraxis. Die Pille wird nun bereits seit mehr als 50 Jahren angewendet. Mittlerweile ist Pille nicht mehr gleich Pille. Unterschieden wird zwischen klassischer Kombinationspille (Kombination zwischen Östrogen und Gestagen), Mikropille (Kombinationspräparat mit Östrogendosis <50µg und Gestagen), Minipille (ausschließlich Gestagen). Die Östrogenkomponente stellt das synthetisch hergestellte Etinylestradiol, das Östradiol oder das Estradiolvaleriat in verschiedenen Dosierungen dar. Die Wirkung besteht in der Suppression von Gonadotropin Releasing Hormon (GnRH) und damit des Follikel Stimulierenden Hormons (FSH) mit folglich Hemmung der Follikelreifung und Induktion einer konstanten Endometriumproliferation.

Die Gestagene werden in vier Generationen eingeteilt:

1. Generation: Norethisteron mit minimal androgener Partialwirkung
2. Generation: Levonorgestrel mit leichter androgener Wirkung
3. Generation: Gestagen, Norgestimat, Desogestrel haben keine bedeutsame androgene aber noch antiandrogene Wirkung, grenzwertig erhöhtes Thromboserisiko.
4. Generation: Cyproteronacetat, Chlormadinonacetat, Dienogest, Drospirenon mit starker antiandrogener und antimineralokortikoider Wirkung, erhöhtes Thromboserisiko.

Die Wirkung des Gestagens besteht in der Ovulationshemmung, Suppression von GnRH und damit von LH (Luteinisierendes Hormon), Hemmung der Endometriumproliferation mit folglich Endometriumatrophie und Hemmung der Einnistung, Herabsetzen der Tubenmotilität, Verdichtung des Zervixschleims.

Die Kombinationspille wird je nach Präparat unterschiedlich lang (21,22 oder 24 Tage) eingenommen. Außerdem unterscheidet man Präparate, welche eine abgestufte Dosierung innerhalb eines Zyklus haben.

Tab.7: Schema der Gestagen- und Östrogendosierungen bei verschiedenen OH-Typen

Einphasenpräparat	Konstante Östrogen-/Gestagenkombination an allen 21 Einnahmetagen
Zweiphasenpräparat	Erste 7 Tage nur Östrogen, dann zusätzlich Gestagen
Zweistufenpräparat	Ersten 11 Tage bereits niedrige Gestagendosis, die in der 2. Phase (10 Tage) erhöht wird.
Dreiphasenpräparat	Anpassung an den natürlichen Zyklus: 1.Phase niedriger Östrogen-und Gestagenanteil 2.Phase leicht erhöhte Östrogen- und Gestagenkomponente 3.Phase Reduktion des Östrogenanteils bei gesteigertem Gestagenanteil

Die Pillenerstverschreibung, sowie Weiterverschreibung sollte individuell angepasst werden.

2.1.2 Jugendliche Frauen

Jugendliche Frauen profitieren von einer sicheren, fertilitätserhaltenden, einfach anzuwendenden und leicht erhältlichen Verhütungsmethode. Dazu eignet sich eine Mikropille als Einphasenpräparat mit möglichst niedriger Östrogendosis. Die Auswahl des Gestagens sollte nach verschiedenen Ausgangssituationen wie Blutungsstörungen, Akne, Hirsutismus, Dysmenorrhoe, Endometriose etc. gewählt werden. Bestehen keine besonderen Beschwerden ist eine Mikropille mit Levonorgestrel Mittel der 1. Wahl. [10,11]

2.1.3 Stillende Frauen

Bei stillenden Frauen ist eine Minipille ohne Östrogenkomponente empfohlen. Diese Pille wird kontinuierlich ohne Einnahmepause eingenommen. Vorteil dieser Pille ist, dass das Präparat auch Frauen mit kardiovaskulärem Risiko verschrieben werden kann. Nachteile sind Zyklusunregelmäßigkeiten (30-60%) und die Notwendigkeit der Einhaltung der Einnahmezeit. [10,11,13,16,17]

2.1.4 Frau über 40

Bei Frauen ab 40 sollte man die Indikation vorsichtig und individuell stellen, da sich mit dem Alter die Risikofaktoren zunehmend potenzieren. Es sollten Präparate mit niedriger Estradioldosis verwendet werden. Die Patientinnen haben einen Nutzen durch die Verbesserung der Blutungsstörungen, der vasomotorischen Beschwerden, der Erhaltung der Knochendichte, der Senkung des Risikos für Ovarial-, Endometrium- und Kolonkarzinom. Bei perimenopausalen Frauen mit Risikofaktoren (Adipositas, arterieller Hypertonie, Diabetes mellitus, Migräne, Rauchen) sollten Kombinationspräparate vermieden werden und Alternativen wie Gestagenmonopräparate, Intrauterinsysteme, Barrieremethoden und Tubenligatur oder Vasektomie des Partners empfohlen werden. Die Dreimonatsspritze ist, wann immer möglich, wegen ihres schlechten metabolischen Profils am Knochen und den Gefäßen zu vermeiden.

Ob Präparate mit natürlichem Estradiol bezüglich der Risiken Vorteile bieten, ist noch offen. Sie scheinen aber periklimakterische Symptome besser zu lindern. [10,12,13,15]

2.1.5 Altersgrenze für die Verschreibung von hormonellen Ovulationshemmern

Die Bestimmung des Spiegels von AMH (Anti Müller Hormon) als Richtwert für das Eintreten der Menopause ist nicht zielführend, da es bereits fünf Jahre vor Eintritt der Menopause unter die Nachweisgrenze fällt. Auch ein erhöhter FSH- Spiegel ist kein sicherer Indikator, da die Spiegel der Gonadotropine und des Estradiols Schwankungen unterworfen sind. Sofern keine Kontraindikationen vorliegen, dürfen gesunde normalgewichtige Nichtraucherinnen sämtliche hormonelle und nicht-hormonelle Kontrazeptiva bis zum natürlichen Menopausealter von ca. 51 Jahren anwenden. [10,13]

2.1.6 Nebenwirkungen bei kombinierten hormonellen Kontrazeptiva

Östrogen: Wassereinlagerungen und Gewichtszunahme, Übelkeit, Mastodynie, Kopfschmerz

Gestagen: Gewichtszunahme, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Depressio, Verminderung der Libido, Seborrhoe, Akne, Cholestase

Tab.8 Präparatwechsel bei Nebenwirkungen[19]

Symptome	Östrogene		Gestagen	
	Zu viel	Zu wenig	Zu viel	Zu wenig
Rasche Gewichtszunahme, Ödeme	+			
Langsame Gewichtszunahme, Hunger			+	
Übelkeit, Erbrechen	+			
Kopfschmerzen während Pillen-Einnahme	+			
Kopfschmerzen im Pillenintervall			+	
Zervikale Hypersekretion	+			
Trockene Scheide, Soor		+	+	
Hyperpigmentierung	+			
Wadenkrämpfe			+	
Spannungsgefühl Brust	+			
Regelschmerzen				+
Verstärkte Blutung	+			+
Hypo-Amenorrhoe		+	+	
Blutung 1. Zyklushälfte		+		+
Blutung 2. Zyklushälfte		+		
Nervosität		+		
Müdigkeit			+	
Depression		+	+	
Libidoverminderung		+	+	
Seborrhoe, Hautunreinheiten, Haarausfall	Wechsel auf antiandrogenes Gestagen, 1. Wahl Dienogest			

2.1.7 Risiken

Es kommt zu einer leichten Zunahme des Risikos für Mammakarzinom im Vergleich zu Frauen ohne Einnahme von Kombinationspräparaten (RR 1.07;p=0.00005). Dieses Risiko hebt sich nach Absetzen der oralen Ovulationshemmer nach 10 Jahren auf. Das Risiko für Zervixkarzinom erhöht sich proportional mit der Anwendung in Jahren. Die Inzidenz oder Mortalität für kardiovaskuläre Erkrankungen, welche auf die Einnahme von kombinierten hormonellen Kontrazeptiva zurückzuführen sind, ist bei Frauen, die nicht Rauchen und keine zusätzlichen kardiovaskulären Risikofaktoren haben, gering. Bei Raucherinnen ab 35 Jahren steigt das Risiko deutlich an. Frauen mit Einnahme von kombinierten hormonellen Kontrazeptiva haben insgesamt ein niedriges Risiko für TBVT (15-25/100.000), welches aber 3-6x höher ist, als im Vergleich zu Frauen (5/100.000) die nichts einnehmen (Vergleich zu Risiko in der Schwangerschaft 60/100.000). Im 1. Jahr und bei Einnahme von Gestagenen 3. Generation ist das Risiko am höchsten. Es gibt nicht genügend Untersuchungen, die den Einfluss auf Zucker-, Fetthaushalt geprüft haben. [10,12,15,16,17]

2.1.8 Maßnahmen bei Erst-oder Weiterverschreibung

Die Verschreibung eines kombiniert hormonellen Kontrazeptivums bedarf einer genauen anamnestischen und klinischen Einschätzung des Gesundheitszustandes der Frau. Das wichtigste Instrument vor jeder Verschreibung ist die Anamnese auf Risikofaktoren und Kontraindikationen. In der folgenden Liste nach Empfehlungen der WHO werden Gesundheitszustände in 4 Risikokategorien eingeteilt. [10,12,14,18]

Tab. 9: Empfehlung zur Anwendung von kombinierten Kontrazeptiva. Auszug aus „WHO medical eligibility criteria for contraceptive use, 4th edition, 2009“

Kategorie 1: Die Methode kann ohne Einschränkungen angewendet werden. Kategorie 2: Die Vorteile der Methode überwiegen die Nachteile bzw. die Risiken. Kategorie 3: Die Nachteile bzw. Risiken der Methoden überwiegen meist die positiven Effekte. Kategorie 4: Bei Anwendung dieser Methode besteht ein inakzeptables gesundheitliches Risiko.			
Risikofaktor	Kat.	Risikofaktor	Kat
Alter: ➤ Von der Menarche bis zum 40. LJ ➤ ≥ 40 Jahre	1 2	Adipositas: ➤ BMI ≥ 30 kg/m ² ➤ BMI ≥ 40 kg/m ²	2 4
Tiefe Venenthrombose TVT/Lungenembolie LE ➤ Anamnestisch TVT/LE ➤ Akute TVT/LE ➤ Z.n. TVT/LE unter Antikoagulantientherapie ➤ Fam. Belastung : Verwandte 1. Grades <45a, Verwandte 1. Grades > 45 a ➤ Oberflächliche Thrombophlebitiden ➤ Varikositäs	4 4 4 3 2 2 1	Wochenbett ➤ >21 Tage nach der Geburt (ohne Stillen) ➤ Stillen nach 6 Monaten nach der Geburt ➤ Abort im 1. oder 2. Trimester, auch septischer Abort, Z.n. Extrauterin gravidität ➤ Stillen zwischen 6 Wochen und 6 Monate nach der Geburt ➤ < 21 Tagen nach der Geburt ➤ Stillen und <6 Wochen nach Geburt	1 1/2 1 3 3 4
Rauchen ➤ Alter < 35 Jahre oder <35 Jahre und Rauchfreiheit seit mehr als 1 Jahr ➤ Alter ≥ 35 Jahre mit <15 Zigaretten/Tag ➤ Alter ≥ 35 Jahre mit ≥15 Zigaretten/Tag	2 3 4	Operation ➤ Großchirurgische Eingriffe mit kurzer Immobilisation ➤ Große chirurgische Eingriffe mit langer Immobilisation ➤ Operation ohne Immobilisation	2 4 1
Blutdruck ➤ systolisch 140-159 oder diastolisch 90-99mmHG ➤ systolisch ≥ 160 oder diastolisch ≥ 100mmHG ➤ mit Gefäßschaden	3 4 4	Diabetes ➤ DM ohne vaskuläre Komplikationen ➤ DM mit vaskulären Komplikationen oder Dauer >20 Jahren ➤ Z.n. Gestationsdiabetes	2 3/4 1
Leber- Gallenpathologien ➤ Virushepatitis (Träger) ➤ Asymptomatische Gallenblasenpathologien und Z.n. Colectomie ➤ Z.n. Schwangerschaftscholestase ➤ Symptomatische Gallenerkrankung oder in Therapie ➤ Z.n. Cholestase unter Einnahme von Kontrazeptiva ➤ Dekompensierte Leberzirrhose ➤ Aktive Virushepatitis ➤ Gut –oder bösartige Lebertumoren	1 2 2 3 3 4 4 4	Kardiovaskuläre Komplikationen ➤ KHK ➤ Z.n. Ictus cerebri ➤ Herzklappenpathologie mit Komplikationen (pulmonale Hypertonie, VHFL, Z.n. Endokarditis) ➤ Hyperlipidämie ➤ Herzklappenveränderungen ohne Komplikationen	4 4 4 2 2
Kopfschmerzen ➤ Kopfschmerzen (nicht Migräne) ➤ Migräne ohne fokale neurologische Symptome ➤ Migräne mit fokal neurol. Symptomen	1 2 4	Brustpathologien ➤ Gutartige Brusterkrankungen ➤ Familienanamnese für Mammakarzinom ➤ Z.n. Mamma Ca in Remission seit 5 Jahren; Trägerin von BRCA1 und 2; unklare Knoten Brust ➤ Mammakarzinom	1 1 3 4
Einnahme von Medikamenten ➤ Antibiotika (z.B. Griseofulvina, Rifampicin), Antikonvulsiva	3	Immobilisation ➤ Immobilisation unabhängig von chirurgischen Eingriffen	3

Genauso wichtig wie die Anamnese ist die Bestimmung des arteriellen Blutdrucks und des Body mass index (BMI). Laborproben sollten nur bei Patientinnen mit anamnestischem Risikoprofil verschrieben werden. Eine gynäkologische Untersuchung ist bei beschwerdefreien Frauen nicht indiziert. Die Screening-Untersuchungen sollten unabhängig von der Verschreibung von hormonellen Kontrazeptiva durchgeführt werden. Eine senologische Untersuchung wird bei Frauen mit positiver Familienanamnese für Mammakarzinom vor Pillenverschreibung empfohlen.

Tab. 10 Untersuchungen vor der Verschreibung von hormonellen Kontrazeptiva empfohlen von der Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care

Untersuchung	Evidenzgrade
Anamnese: persönliche und Familie	A
Messung arterieller Blutdruck	A
Blutproben	C
Brustuntersuchung	C
Gynäkologische Untersuchung	C
Pap-Test	C
Labor für Sexual transmitted disease	C

A= belegt durch schlüssige Literatur von guter Qualität (Evidenzgrad Ia, Ib), die mindestens eine randomisierte Studie enthält.
 B= ist belegt durch gut durchgeführte, nicht randomisierte klinische Studien. (Evidenzgrad IIa, IIb, III)
 C= belegt durch Berichte und Meinungen von Experten oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten. Direkt anwendbare klinische Studien guter Qualität fehlen (Evidenzgrad I)

Die Grundeinstellung der Pilleneinnahme sollte für mindestens 3 Monate erfolgen um evt. Nebenwirkungen abzuschätzen und diese in einer evt. Nachvisite zu behandeln. Nachher werden jährliche Nachkontrollen mit Messung des arteriellen Blutdrucks, Bestimmung des BMI und Erhebung der Anamnese empfohlen.

Da im 1. Jahr der Einnahme die Nebenwirkungen am größten sind, ist keine Pillenpause nach mehreren Einnahmejahren indiziert. Es gibt kein Limit für die zeitliche Dauer der Einnahme.

2.1.9 Auflistung von oralen hormonellen Ovulationshemmern[41]

Wirkstoffe	Handelsnamen	Anzahl Tbl	Klasse SSN
2. Generation: Levonorgestrel			
Ethinylestradiol 20mcg+ Levonorgestrel 100mcg	Lestronette, Loette, Lovette, Miranova, Naomi, Effilevo	21	C
Ethinylestradiol 30mcg+ Levonorgestrel 100mcg	Egogyn, Ovranel, Microgynon 30	21	C
Ethinylestradiol braun 30mcg, weiss 40 mcg, gelb 30mcg + Levonorgestrel braun 50mcg, weiss 75 mcg, gelb 125 mcg	Trigynon, Trinordiol	21	C
Ethinylestradiol 30mcg+ Levonorgestrel 150mcg 84 Tbl + 7Tbl Ethinylestradiol 10mcg	Seasonique	84+7	C
3. Generation: Desogestrel, Gestoden, Norgestimat			
Ethinylestradiol 20mcg+ Desogestrel 150mcg	Mercilon, Securgin, Novynette	21	C
Ethinylestradiol 30mcg+ Desogestrel 150mcg	Estmar, Planum, Practil	21	C
Ethinylestradiol 40mcg cpr blau, 30	Dueva, Grazial	22	C

mcg weiss + Desogestrel 25mcg cpr blau, 125 mcg weiss			
Ethinylestradiol gelb 35mcg, rot 30 mcg, weiss 30mcg + Desogestrel gelb 50mcg, rot100 mcg, weiss 150 mcg	Lucille	21	C
Ethinylestradiol 15mcg+ Gestoden 60mcg	Arianna Minesse	21 24+4Placebo	C C
Ethinylestradiol 20mcg+ Gestoden 75mcg	Estinette, Fedra, Gestodiol 20, Harmonet	21	C
Ethinylestradiol 30mcg+ Gestoden 75mcg	Minulet, Kipling, Ginoden, Gestodiol 30, Brilleve	21	C
Ethinylestradiol beige 30mcg, Braun 40mcg, weiss 40 mcg+ Gestoden beige 50mcg, Braun 70mcg, weiss 100mcg	Milvane, Triminulet	21	C
4.Generation: Drospirenon, Chlormadinonacetat, Cyproteronacetat, Dienogest			
Ethinylestradiol 20mcg+ Drospirenon 3mg	Yasminelle, Drosurelle, Credigynette,Daylette, Drospil, Lerna,Liladros, Lusinelle,Mywy, Rubira,Sidretella,	21	C
Ethinylestradiol 30mcg+ Drospirenon 3mg	Yasmin, Drosure, Calindir,Credigyne, Lusine, Midiana, Sidreta	21	C
Ethinylestradiol 20mcg+ Drospirenon 3mg	Yaz	24+4Placebo	C
Ethinylestradiol 30mcg+ Chlormadinonacetat 2mg	Belara, Eve, Lybella,Naveen	21	C
Ethinylestradiol 35mcg+ Cyproteronacetat 200mcg	Visofid, Diane	21	A
Ethinylestradiol 30mcg+ Dienogest 2mg	Effiprev, Sibilla, Novadien	21	C
Estradiol valeriat dunkelgelb 3mg, hellrot 2mg, hellgelb 2mg, dunkelrot 1mg + Dienogest, hellrot 2mg, hellgelb 3mg, +2 weisse Tbl Placebo	Klaira	26+2Placebo	C
Normegestrol			
Estradiol 1,5mg+ Normegestrol 2,5mg	Zoely	24+4 Placebo	C
Minipille			
Desogestrel 75 mcg	Azalia, Cerazette, Nacrez, Mirzam	28	C

2.1.10 Zusammenfassung

- Anamnese, BMI und Blutdruck sind die wichtigsten Maßnahmen bei Weiterverschreibung.
- Gynäkologische Untersuchung unabhängig von der Verschreibung von hormonellen Kontrazeptiva.
- Individuell angepasste Pillenverschreibung je nach Beschwerden.
- Derzeit Mittel der 1. Wahl Mikropille mit Levonorgestrel.
- Minipille bei stillenden Frauen.
- Frauen ab 40 Präparate mit niedriger Östrogendosis, Achtung auf Kontraindikationen.
- Anamneseerhebung nach „WHO medical eligibility criteria for contraceptive use“.
- Altersgrenze für gesunde normalgewichtige Nichtraucherinnen bei ca. 51Jahre.

2.2. Mammographiekontrolle

2.2.1 Mammographie

Eine Mammographie ist eine Röntgenuntersuchung der Brust mit dem Ziel, Brustkrebs zu erkennen. Die Mammographie findet 9 von 10 Karzinomen (Sensitivität 90%), von 10 suspekten Mammographiebefunden entpuppen sich 9 als falscher Alarm (Spezifität 10%).

In einer kraniokaudalen und einer mediolateral obliquen Abbildung wird die Brust durchleuchtet. Dazu wird weiche Strahlung angewandt, um kontrastreiche Aufnahmen zu erhalten. Die Strahlenbelastung beträgt 0,2-0,3 mSv und entspricht 1/10 der mittleren natürlichen Strahlung. Beispielsweise ist die Strahlenbelastung bei einem Transatlantikflug deutlich höher.

Die Mammographie sollte bei Patientinnen vor der Menopause in der 1. Zyklusphase sofort nach der Regelblutung durchgeführt werden, da die Brustdichte in der 2. Zyklusphase unter Einfluss des Gestagens zunimmt. Bei Pilleneinnahme und Detektion von unklaren Befunden sollte die Pille abgesetzt oder auf ein Präparat mit niedrigem Gestagenanteil gewechselt werden. Unter alleiniger Östrogen- oder Östrogen-Gestagen-therapie in der Postmenopause nimmt die Gewebedichte um > 5%, mit zyklischer Östrogen-Gestagen-therapie um 15%, unter kombinierter Hormonbehandlung um 30% zu. Bei hoher Gewebedichte ist die Kombination mit einer Ultraschalluntersuchung empfohlen.

Indikationen zur Mammographie sind [22]:

- klinisch auffälliger ärztlicher Untersuchungsbefund (Tastbefund, Haut-/Areolaveränderung, pathologische Mamillensekretion, einseitige Mastodynie)
- Z. n. invasivem/non-invasivem Mammakarzinom
- Z. n. atypisch duktaler Hyperplasie, intraduktal papillärer Läsion, lobulärer Neoplasien wie z.B. Carcinoma lobulare in situ
- positiver Sonographie-Befund
- entzündliche Veränderungen, Mastitis/Abszess

Kontraindikationen für Mammographie [22]: Es gibt keine absolute Kontraindikation für die Durchführung einer Mammographie. Vor dem 20. Lebensjahr sollte eine Mammographie wegen der Strahlenbelastung nur nach strengster Indikationsstellung durchgeführt werden. Selbst eine Schwangerschaft ist keine absolute Kontraindikation, wenn der dringende Verdacht auf Brustkrebs besteht. Bei einer Silikon-Aufbauplastik nach Brustamputation ist eine Mammographie nicht aussagekräftig. Bei einer Vergrößerungsplastik ist eine Mammographie zum Ausschluss von Brustkrebs empfohlen.

2.2.2 Mammakarzinom

Das Mammakarzinom ist mit 29% aller Tumore das häufigste diagnostizierteste Karzinom der Frau [23,31]. Laut Statistik erkrankt jede achte Frau im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. In Italien waren 2016 50 Millionen Frauen erkrankt. Dabei beobachtet man ein Nord-Südgefälle. Die Inzidenz für Mammakarzinom im Norden beträgt 118,5/100.000 Frauen, im Zentrum 103,5/100.000 und im Süden 94,4/100.000 Frauen [23]. Betrachtet man die Mortalität, so nimmt das Mammakarzinom im Verhältnis zu allen onkologischen Gründen 29% vor dem 50. Lebensjahr, 23% vom 50.-69. Lebensjahr, 16% ab dem 70. Lebensjahr ein. Die Mortalität nimmt in Italien jährlich um ca. 1,4% ab [23].

Risikofaktoren[23]:

- Alter: Ab dem 40. Lebensjahr steigt die Inzidenz wesentlich an und erreicht zwischen dem 60. und 69. Lebensjahr ihr Maximum.
- Familiäres Risiko: Bei etwa 5% aller Frauen liegt eine genetische Veränderung der Brustkrebsgene BRCA-1 und BRCA-2 auf den Chromosomen 13 und 17 vor. Aber auch bei Erkrankungen von Verwandten 1. Grades erhöht sich das Erkrankungsrisiko Brustkrebs: Bei Erkrankung einer Brust erhöht sich das Risiko auch für die Gegenseite.
- Menarche und Menopause: Menarche vor dem 12. LJ, Menopause nach dem 52. LJ
- Kinderlosigkeit oder späte erste Entbindung (> 30. Lebensjahr)
- Hormonpräparate: Bei Anwendung von hormoneller Verhütung oder Hormonersatztherapie in der Menopause erhöht sich das Risiko nach 5 Jahren leicht.
- Veränderungen der Brust: Hohe mammographische Dichte, Mastopathie und Nachweis atypischer Brustzellen im Biopsiebefund.
- Hodgkin-Lymphom: Frauen die in jungen Jahren an einem Hodgkin-Lymphom erkrankt sind und eine Bestrahlung unter Einbeziehung der Brustdrüse hatten, weisen nach 15-30 Jahren ein erhöhtes Risiko auf[25].
- Rauchen, Alkoholkonsum
- Übergewicht und fettreiche Ernährung
- Geringe körperliche Aktivität

Kennt man die Risikofaktoren, kann eine individuelle Risikoeinschätzung erfolgen.

Tab.11:Relative Risikosteigerung durch verschiedene Faktoren In der Tabelle ist aufgeführt, welche relative Risikosteigerung mit den einzelnen Risikofaktoren im Vergleich zu Normalbevölkerung (Normales Risiko 1) verbunden ist (Quelle: Tumorzentrum München 1998).

Mammakarzinomrisikofaktoren	Relative Risikosteigerung
BRCA1-Mutationsträgerinnen	7
Frauen im Z.n. Mammakarzinom	5
Familiäre Belastung (Mutter, Schwester)	4
Atypische duktale/lobuläre Hyperplasie	3
Malignom in der Eigenanamnese (Uterus, Ovar, Darm)	3
Deutliches Übergewicht	2
Nullipara, späte Erstgebärende (>30J)	2
Frühe Menarche (52J)	2
Alter über 50 Jahre	2
Mehr als 10 Jahre unter Hormonersatztherapie (Kombination von Östrogen und Progesteron)	2

2.2.3 Mammographiescreening

Der Begriff Screening bedeutet Reihenuntersuchung, d.h eine bestimmte Bevölkerungsgruppe wird untersucht, um eine Krankheit oder das Risiko für eine Krankheit aufzudecken.

Mammographiescreening hat als Ziel die Früherkennung von Brustkrebs und damit eine Verbesserung der Diagnose, der Therapie, der Heilungschancen und der Brustkrebssterblichkeit zu erreichen. Quellen sprechen von einer Senkung der Brustkrebsmortalität durch Screeningmammo-

graphie von etwa 15% bis 20%[21,27]. Dabei bezieht man sich aber auf Studien, welche vor der Verbesserung der Therapiemöglichkeiten durchgeführt wurden. Die Gesamtmortalität wurde nicht beeinflusst[27,29,30,31]. Die Durchführung der Screeningmammographie hat aber keineswegs ausschließlich einen Nutzen, sondern ist auch mit Risiko verbunden. Wird ein Tumor frühzeitig erkannt, so heisst das nicht automatisch, dass diese Früherkennung einen Überlebensvorteil mit sich bringt. Gutartige Verlaufsformen können identifiziert werden, die erst später im selben gutartigen Stadium gefunden worden wären. Tumore können übersehen werden. Veränderungen können gefunden werden, die sich nie als Brustkrebs manifestiert hätten.

Unterziehen sich 1000 Frauen ab 50 Jahren im Laufe von 10 Jahren regelmäßig einem Screening, reduziert sich die Anzahl der an Brustkrebs verstorbenen Frauen um 1-2. 5-7 gesunde Frauen werden unnötig zu Brustkrebspatientinnen und folglich behandelt. Man spricht von Überdiagnose und Übertherapie. Dies erhöht ihr Risiko an einer Herzkrankheit oder einem anderen Krebsleiden zu versterben. 30 von 1000 Frauen werden zu weiteren Untersuchungen eingeladen, 24 haben falsche Verdachtsbefunde, bei 6 Frauen wird Brustkrebs diagnostiziert [20,21,29,30,31]. Die Angaben zur Mortalität durch strahleninduzierte Karzinome sind mit Unsicherheit behaftet, da keine direkten Studien durchgeführt wurden. Es werden aber bei einem 10-Jahres-Screening Mortalitätsraten von 0,22-0,5/1000 Frauen angegeben[22].

Andere Methoden wie Brustselbstuntersuchung, klinische Untersuchung durch den Arzt, Ultraschall oder Magnetresonanz sind als Screeninguntersuchungen nicht geeignet[23,25,19]. Derzeit werden in Italien alle Frauen vom 50. bis zum 69. Lebensjahr alle zwei Jahre zum Screening eingeladen. Dasselbe Vorgehen findet man in Deutschland, Finnland, Grossbritannien, Luxemburg, Niederlanden, Kanada, Australien und Neuseeland. In Österreich, Griechenland, Portugal, Spanien, Schweden beginnt das Screeningprogramm bereits ab dem 40. Lebensjahr (LJ).

2.2.3.1 Mammographiescreening vom 50.-69. Lebensjahr

Eine Chochrane Analyse von randomisiertkontrollierten Studien von 2008 spricht von einer Mortalitätsreduktion bei Brustkrebs von 15%[21]. Ältere Untersuchungen ergeben sogar Zahlen von 20%[27]. Zahlreiche Experten vermuten vielmehr, dass der Rückgang der Mortalität mit dem Fortschritt in der Therapie zu erklären ist. Die Durchführung der Screeningmammographie hat keinen Einfluss auf die Gesamtmortalität. Von allen Gesellschaften wird die Durchführung der Screeningmammographie alle 24 Monate empfohlen[23,24,25].

2.2.3.2 Mammographiescreening >70. Lebensjahr

Alle Gesellschaften sind sich über die mangelnde Datenlage einig. Die Teilnahme an den Früherkennungsmaßnahmen muss unter Berücksichtigung des individuellen Risikoprofils, des Gesundheitsstatus und der Lebenserwartung erfolgen. Einige Daten sprechen eher für einen Schaden bezüglich des Endpunktes Brustkrebssterblichkeit. Überdiagnosen gewinnen in dieser Altersgruppe bei zunehmender allgemeiner Morbidität an Bedeutung. Ausserdem ist das Tumorstadium in dieser Altersgruppe meist verlangsamt und es verbleibt weniger Lebenszeit in der ein Mammakarzinom symptomatisch werden kann.[19,22,23,24,25]

2.2.3.3 Mammographiescreening vom 40.-49. Lebensjahr

In dieser Altersgruppe gehen die Meinungen weit auseinander. Die American cancer society, das American College of Radiology und das American College of Obstetricians and Gynecologists empfehlen ein jährliches Screening ab dem 40. Lebensjahr. Die italienischen Leitlinien der AIOM, die U.S. Preventive Task force und die S3 Leitlinie AWMF, das American College of Physicians und die American Academy of Family Physicians sind sich einig, dass die Durchführung des Screenings vom persönlichen Risikoprofil abhängig gemacht werden soll. In dieser Altersgruppe wird die Befundung der Mammographie durch ein dichtes Brustdrüsengewebe eingeschränkt. Deshalb kann es zu einer Erhöhung der Rate an falsch positiven Befunden und zu Überdiagnosen kommen. Es kommt zu vermehrtem Auftreten von Intervallkarzinomen, welche im direkten Zusammenhang mit der Brustdichte stehen [19,22, 23,24,25]. Keine randomisierten Studien haben eine Reduktion des Relativen Risikos der Mortalität ergeben, Metaanalysen hingegen 15-19% [25]. Die Zahlen zu Überdiagnosen schwanken von 3% in Italien, 45% in Norwegen und 50% in Schweden [22]. Die Falsch-Positiv-Rate liegt bei jährlicher Mammographie laut den europäischen Daten bei ca 20% nach 5 Jahren Screening und 38% nach 10 Jahren [22].

2.2.3.4 Mammographiescreening vor dem 40. Lebensjahr

Bei Frauen vor dem 40. LJ ohne erhöhtes Brustkrebsrisiko gibt es keine randomisierten Studien, die den Vorteil eines Screenings zeigen. Experten schätzen dagegen die Selbstuntersuchung positiv ein, weil junge Frauen auf tumorverdächtige Anzeichen sensibilisiert werden. Diese sollte monatlich kurz nach dem Ende der Regelblutung durchgeführt werden. Zu achten ist auf Verhärtungen, Größen- und Umrissveränderungen im Seitenvergleich, Hautrötung, Hauteinziehung oder Apfelsinenhaut, Einziehung der Brustwarze oder Mamillensekretion. [21,22,23,26]

Liegt ein klinisch verdächtiger Brustbefund vor, gilt die Mammasonographie zur Brustkrebsfrüherkennung als bildgebende Methode der ersten Wahl. Eine Mammographie ist dann indiziert, wenn sich die Verdachtsmomente auf eine Brustkrankung weiter erhöhen.

2.2.4 Intensivierte Früherkennung

In 20-25% der Familien von Mammakarzinompatientinnen treten vermehrt Brustkrebsfälle auf, was auf genetische Ursachen hinweisen könnte. Bei 5-10% aller Frauen mit einem Mammakarzinom liegt ein autosomal dominanter Erbgang im Sinne von BRCA1 und BRCA 2-Mutation vor. [25]

Intensivierte Früherkennung bei BRCA-Mutation, bei Erkrankungsrisiko von mehr als 30%, bei Z.n. Hodgkin-Lymphomen mit Bestrahlung:

- Tastuntersuchung der Brust durch den Arzt alle 6 Monate ab dem 25. LJ oder 5 Jahre vor dem frühesten Erkrankungsalter in der Familie
- Sonographie der Brust alle 6 Monate ab dem 25. LJ oder 5 Jahre vor dem frühesten Erkrankungsalter in der Familie
- Mammographie alle 12 Monate ab dem 30. LJ, bei hoher Brustdrüsendichte ACRIV ab dem 35.LJ

- MRT alle 12 Monate ab dem 25. LJ oder 5 Jahre vor dem frühesten Erkrankungsalter in der Familie, in der Regel nur bis zum 55. LJ oder bis zur Involution des Drüsenparenchyms

2.2.5 Zusammenfassend

Es ist die Aufgabe des Facharztes und des Hausarztes Frauen im Zuge der Vorsorgeuntersuchung über die Vor- und Nachteile des Mammographiescreenings auf Basis der besten Evidenz zu beraten. So kann jede Frau eine individuelle Entscheidung über die Sinnhaftigkeit des Screeningprogrammtreffens.

Zusammenfassende Empfehlung:

- Vom 50. bis 69. LJ: Mammographie alle 2 Jahre.
- Über dem 70. LJ: mangelnde Evidenz, Entscheidung je nach Risikoprofil, Gesundheitsstatus und Lebenserwartung.
- Vom 40. bis 49. LJ: Entscheidung je nach Risikoprofil.
- Vor dem 40. LJ: mangelnde Evidenz, Sonographie bei auffälligen Befunden, Selbstuntersuchung fördern.
- Familiäres Brustkrebsrisiko: Risikoerfassung, Überweisung in ein spezialisiertes Zentrum.

2.3 Vaginale Atrophie

2.3.1 Einleitung

Durch die Abnahme der ovariellen Funktion kommt es zu vielseitigen Veränderungen nach der Menopause. Diese Veränderungen können mehrere Organsysteme im Körper betreffen. Im Vordergrund stehen die Folgen, die der Östrogenabfall im Urogenitalsystem verursachen. Die daraus folgende urogenitale Atrophie beeinträchtigt Lebensqualität und Sexualleben. Bei 25-50% aller postmenopausalen Frauen sind subjektive oder objektive Veränderungen vorhanden. Die vaginale Atrophie wird ca. 5 Jahre nach Eintritt der Menopause manifest. Raucherinnen haben ein erhöhtes Risikofür diese Beschwerden.[33,34,40]

2.3.2 Symptome

Die Symptome ergeben sich durch Zusammenspiel von Östrogenmangel, urogenitaler Atrophie und Folgen des Alterns. Dabei schätzt man die Trockenheit mit 75% als das häufigste Symptom gefolgt von Dyspareunie mit 38%, Juckreiz bis Schmerz mit 15% ein [33].

Sexuell aktive postmenopausale Frauen beschreiben Dyspareunie, Veränderung der vaginalen Empfindung, der Lubrifikation und Vasokongestion. In der Folge kann es zu Abnahme des sexuellen Verlangens, ungenügender Erregbarkeit und Orgasmusfähigkeit mit Abnahme der sexuellen Zufriedenheit kommen.

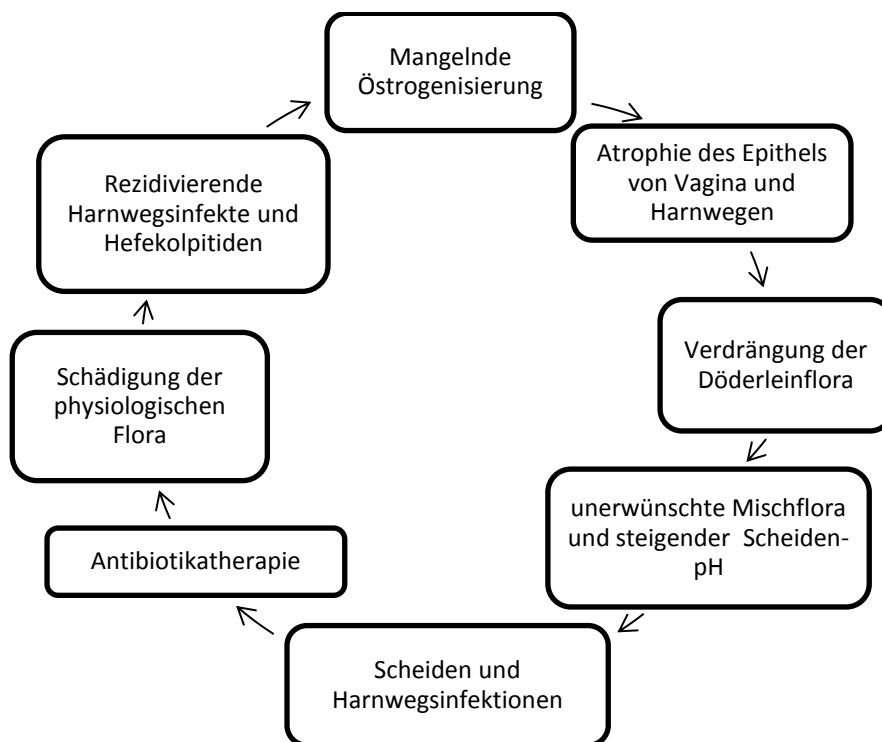
Symptome die den Harntrakt betreffen sind Pollakisurie, Urgesymptomatik, Nykturie, Dysurie, Inkontinenz und postkoitale Infekte.[33,40]

Tab.12 Symptome durch Östrogenmangel, Urogenitale Atrophie und Folgen des Alterns

Vulva	Vagina	Blase, Urethra
❖ Abnahme des labialen Fettpolsters	❖ Trockenheit ❖ Verminderte Durchblutung	❖ Vermehrte Harnretention ❖ Verminderte Blasenkapazität

<ul style="list-style-type: none"> ❖ Schrumpfung der Labia minora und majora ❖ Verkürzung des Präputiums und übermäßige Exposition der Klitoris ❖ Vermehrte Empfindlichkeit auf chemische, physikalische, mechanische Reize und Infektionen. ❖ Verlust der Pubesbehaarung 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dyspareunie ❖ Juckreiz, Brennen, Schmerzhaftigkeit ❖ Elastizitätsverlust mit Verdünnung des Vaginalgewebes ❖ Schleimhautdefekte mit Petechien, Mikrofissuren, Ulzerationen und Entzündung ❖ Obliteration des Vaginalgewölbes, Verengung des Introitus ❖ Abflachung der Rugae vaginae ❖ Erschwerte Wundheilung ❖ Abnormer vaginaler Maturationsindex: Superfizialzellen ↓, Parabasalzellen ↑ ❖ Abnahme des Glykogengehaltes ❖ Verdrängung der vag. Flora durch pathogene Keime ❖ Zunahme des vag. pH-Wertes ❖ Leukorrhoe oder übelriechende Sekretion 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Verminderte Detrusorkontraktion ❖ Urgesymptomatik ❖ Verminderter urethraler Verschlussdruck ❖ Verminderte Durchblutung des periurethralen Plexus ❖ Verminderter urethraler Urinfluss ❖ Abnormer urethraler Maturationsindex: Superfizialzellen ↓, Parabasalzellen ↑ ❖ Dysurie ❖ Nykturie ❖ Urininkontinenz ❖ Rezidivierende Harnwegsinfekte
---	---	--

Graphik 1: Lokaler Östrogenmangel und rezidivierende urogenitale Infektionen. Gyn-Depesche 5/2012



2.3.3 Therapie [33,34,35,37,38,39]

Die urogenitalen Symptome haben eine sehr hohe Prävalenz, trotzdem informieren nur 25% der Patientinnen ihren Arzt. Viele Frauen sind sich des Zusammenhangs zwischen vaginalen Beschwerden und abnehmenden Östrogenspiegel nicht bewusst. Deshalb sollte der Arzt die postmenopausalen Patientinnen auf Symptome ansprechen und Aufklärungsarbeit in Bezug auf Behandlung und Nebenwirkungen leisten. Die Behandlung ermöglicht die Wiederherstellung des

physiologischen Zustandes mit Senkung des vaginalen pH, Zunahme der Epitheldicke, Erhöhung der Durchblutung und Verbesserung der Lubrifikation. Symptome wie Trockenheit, Dyspareunie, Blutungen vulvovaginal, Entzündungen, Harnwegsinfekte, Urgesymptomatik werden gelindert.

- Gleitmittel

Gleitmittel werden primär während des Geschlechtsverkehrs eingesetzt, um die Trockenheit zu verbessern und vor mechanischer Reizung zu schützen. Sie bieten keine Langzeitlösung, da sie nur vorübergehend die Symptome lindern. Gelegentlich rufen sie eine vaginale Reizung hervor. Das Latex von Kondomen kann durch Gleitmittel auf Ölbasis (z.B. Vaseline) aufgelöst und zerstört werden. Gleitmittel auf Silikon-oder Wasserbasis haben diesen Effekt nicht.

- Nicht hormonelle Befeuchtungsmittel

Sie bestehen aus hydrophilen, unlöslichen Polymeren, die sich an die epithelialen Zellen der Vaginalwand heften. Sie senken den pH-Wert und führen zu einer Zunahme der Epithelschicht. Ihre Wirkung ist aber geringer als die lokale Östrogenbehandlung. Diese Präparate sind bei Patientinnen mit hormonpositiven Malignomen indiziert.

- Phytoöstrogene

Diese Präparate besitzen eine östrogenähnliche Wirkung. Lokal angewendete Soja- oder Rotklee-Isoflavone haben günstige Effekte auf die vaginale Schleimhaut. Nahrungsergänzungsmittel mit Phytoöstrogenen zeigen diese Wirkung nicht. Phytoöstrogene haben keinen Effekt auf die Endometriumdicke. Es gibt keine Daten zur Anwendung bei hormonpositiven Malignomen.

- Vitamine

Durch Vitamin E wird die vaginale Lubrifikation verbessert.

- Systemische Hormonersatztherapie

Eine systemische Hormonersatztherapie lindert in 75% der Fälle Trockenheit, Reizung, Pruritus, Dyspareunie und Harndrang. Sie wird bei alleinigen Atrophiesymptomen aufgrund der Nebenwirkungen nicht empfohlen. Anfangs kann eine Kombination von systemischer und lokaler Therapie nötig sein.

- Lokale Östrogenbehandlung

Lokale Östrogene vermeiden die meisten systemischen Nebenwirkungen und behandeln die vaginalen Symptome besser. Sie werden in Form von Tabletten, Vaginalzäpfchen, Cremes oder Vaginalring verwendet. Inhaltsstoffe sind Östradiol, Promestrien, Östriol, Östron oderequine Östrogene.

Diese Hormonstoffe wirken vorallem an Vagina, Introitus, Vulva und Urethra. Ausserdem fördern sie die Ansiedelung von Laktobazillen und damit den physiologischen Schutz vor Infektionen und Fehlbesiedelung und wirken prophylaktisch gegen Harnwegsinfekte. Am Anfang der Behandlung bei noch atropher Vaginalwand werden die Östrogene in höherem Maße systemisch absorbiert. Bei reiferem Epithel nimmt die Absorption ab, die Dosis kann dann ebenso heruntergesetzt werden. Der Serumspiegel von Östrogen bei niedrig dosierter vaginaler Therapie bleibt unterhalb des durchschnittlichen Serumspiegels von postmenopausalen Frauen. Die Wirksamkeit ist bei allen Präparaten vergleichbar. 80-90% der Patientinnen berichten über einen positiven Effekt der lokalen Hormontherapie. Die persönliche Präferenz sollte bei Verschreibung berücksichtigt werden. Eine zusätzliche Gestagentherapie zur Verhinderung von Endometriumhyperplasie

scheint laut Studienlage nicht notwendig zu sein. Eine Dosisabhängigkeit wurde aber mehrfach beschrieben. Deshalb sollte die niedrigst wirksame Dosis verschrieben werden.

- Lifestyle

Faktoren welche den Verlauf der Scheidenatrophie beschleunigen, sollten vermieden werden. Rauchen beschleunigt den Metabolismus des Östrogens und ist mit einer erhöhten Rate von Osteoporose und Scheidenatrophie vergesellschaftet.

Regelmässige sexuelle Aktivität erhöht den Blutfluss in den Beckenorganen und hilft bei der Aufrechterhaltung des urogenitalen Gleichgewichts.

Parfümierte Produkte als Intimhygiene sollten ebenso wie andere Materialien, welche Kontaktdermatitiden verursachen können, vermieden werden.

Regelmässiger Verzehr von Cranberry-Saft vermindert das Risiko für Harnwegsentzündungen.

2.3.4 Therapieüberwachung der lokalen Östrogentherapie

80-90% der Frauen nehmen nach ca. 3 Wochen eine Linderung der Symptome wahr. Bei Therapieversagen sollte eine andere Ursache für die Beschwerden ausgeschlossen werden. Leider fehlen die Daten über Nebenwirkungen nach mehr als 6 Monaten Therapie. Derzeit gibt es deshalb keine Empfehlungen zur Therapielänge. Im klinischen Alltag wird die lokale Östrogentherapie auch jahrelang durchgeführt. [36,37,38,39]

2.3.5 Nebenwirkungen einer lokalen Östrogenbehandlung

Vaginale Reizung mit Jucken, vaginalem Ausfluss, vaginale Blutungen, Schmerzen im kleinen Becken, Mastodynien sind seltene Nebenwirkungen. Das Risiko für thromboembolische Ereignisse steigt nicht an. [36,37,38,39]

2.3.6 Behandlung nach Mammakarzinom und anderen gynäkologischen Malignomen mit lokalen Östrogenen

Eine vaginale Atrophie ist häufig die Folge der Behandlung von gynäkologischen Karzinomen. Viele gynäkologische Malignome sind hormonempfindlich. Nicht hormonelle Befeuchtungspräparate und Gleitmittel können ohne Bedenken als Therapie eingesetzt werden. Leider gibt es nur wenige Daten zur Behandlung mit lokalen Östrogenen. Bei Versagen von nicht hormonellen Methoden kann eine Therapie in der niedrigst wirksamen Dosis eingesetzt werden. Tamoxifen setzt die Wirkung durch Blockade des Östrogenrezeptors herab, Aromataseinhibitoren haben diesbezüglich keinen Einfluss. [33,36,37,38,39]

2.3.7 Harnwegsinfekte in der Postmenopause

In Studien wurde gezeigt, dass die Inzidenz von Harnwegsinfekten bei postmenopausalen Frauen mit lokaler vaginaler Östrogentherapie von 5,9 Episoden pro Patient/Jahr in der Placebogruppe auf 0,5 Episoden gesenkt werden konnte [36].

2.3.8 Lokale Östrogenpräparate und Anwendung

- Estradiol: Estring Vaginalring 7,5mcg/24h (für 90 Tage), Vagifem Vaginaltabletten 25 mcg (1xtgl für 2 Wochen, dann 2x wöchentlich).
- Östriol: Colpogyn Vaginalcreme 0,0125% oder Vaginalzäpfchen 1mg (1xtgl für mindestens eine Woche, dann je nach Bedarf 1-2x/Woche), Gelistrol Gel vaginale 50mcg/g (1xtäglich für 3 Wochen, dann 2x/Woche), Trofogin Vaginalcreme 0,5 mg (1xtgl für mindestens eine Woche, dann je nach Bedarf 1-2x/Woche)
- Promestrien: Colpotrophine Vaginalcreme 1% oder Vaginalzäpfchen 10mg (1-2xtgl für Therapiezyklen von 20 Tagen)
- Equine Östrogene: Premarin 0,625 Vaginalcreme 1g 1x tgl

2.3.9 Zusammenfassend

- Patientinnen sollten öfters auf vaginale Symptome angesprochen werden.
- Frühzeitiger Beginn der Therapie ist wichtig.
- Initial Gleitmittel und nicht hormonelle Befeuchtungsmittel.
- Regelmässige Anwendung, um Nutzen aufrecht zu erhalten.
- Östrogenpräparate sind am wirksamsten, persönliche Vorlieben beachten.
- Zusätzliche Gestagengabe ist nicht indiziert.

3.Quellenverzeichnis

- [1] M. Kochen: Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Duale Reihe, 4. Auflage 2012.
- [2] W. Fink, G. Haidinger: Die Häufigkeit von Gesundheitsstörung. Allg. Med 2007;83:102-108.
- [3] Karen Voigt, Jan Liebnitzky, Henna Riemenschneider et al.: Beratungsanlässe bei allgemeinärztlichen Hausbesuchen. Peer reviewed article 2010.
- [4] H. Mader, H. Weißgerber: Allgemeinmedizin und Praxis, Springer 2014.
- [5] P. Gründahl: Gynäkologie in der Hausarztpraxis. Der Allgemeinarzt, 15/2007.
- [6] G. Laux, T. Rosemann, T. Koerner, M. Heiderhoff, A. Schneider, T. Kuehlein, J. Szecsenyi: Detaillierte Erfassung von Inanspruchnahme, Morbidität, Erkrankungsverläufen und Ergebnissen durch episodenzugewandene Dokumentation in der Hausarztpraxis innerhalb des Projekts CONTENT. Gesundheitswesens 2007; 69: 284-291.
- [7] Dr. Philippa Feldmann : Women's problems in General Practice. Power point presentation 2016.
- [8] Atie van den Brink-Muinen, PH.D., Joziën M. Bensing, PH.D.: Factors influencing the Type of health problems presented by women in general practice: Differences between women's health care and regular health care. INT'L.J. Psychiatry in medicine, Vol. 26(4)461-478,1996.
- [9] Kontinuierliche Morbiditätsregistrierung in der Hausarztpraxis -Vom Beratungsanlass zum Beratungsergebnis, Urban & Vogel, München 2008.
- [10] Linea Guida Contraccezione italiana. Società medica italiana per la contraccezione. 2008.
- [11] Die Mädchensprechstunde: Kontrazeption Teil I- Die Pille, Tramontana A, journal für Gynäkologische Endokrinologie 2015;9(1) (Ausgabe für Österreich),24-27.
- [12] FSRH Guidance (October 2011) Combined Hormonal Contraception (Update due by October 2016).
- [13] Prof Dr. med. Birkhäuser:Kontrazeption für die Frau über 40.Fortbildung,medinfo. 2015 März.
- [14] Jean M.Yu et al: Obstetrician-gynecologists beliefs on the importance of pelvic examinations in assessing hormonal contraception eligibility.,Contraception 2014;612-614.
- [15] PG.Crosignani et al: Femal contraception over 40, The ESHRE Capri Workshop group: Human reproduction Update 2009; Volume 15, No. 6 pp. 599-612.
- [16] W.Janni, B.Rack,K.Friese:Facharzt Gynäkologie 2008, Urban&Fischer Verlag.
- [17] k.Goerke,J.Steller,A.Valet: Klinikleitfaden Gynäkologie Geburtshilfe, Urban&Fischer.
- [18] WHO medical eligibility criteria for contraceptive use, 4th edition, 2009".
- [19] Allgemeinmedizin, Leitfaden für Famulatur, KPJ und Turnus, Tiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin, 4. Auflage 2012, Quelle Vorlesung Prof. Wildt.
- [20] Screening für Brustkrebs mit Mammographie Was sie schon immer über das Brustkrebscreening wissen wollten. Veröffentlicht durch das Nordische Cochrane Zentrum 2012. Originalartikel im BMJ veröffentlicht: Gotzsche P, Hartling OJ, Nielsen M, et al. The facts –or maybe not. BMJ 2009;338:446-8.
- [21] C. Bilharz, Brustkrebs und das Screening, Deutsche Apothekerzeitung,2012,NR 14, S.108.
- [22] Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland S3-Leitlinie AWMF-Leitlinien-Register Nr. 077/001 Stand: 02/2008.
- [23] Linee Guida AIOM, Neoplasia della mammella,2015.
- [24] A.L. Siu, Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Task force Recommendation Statement, Annals of Internal medicine, Vol 164 No 4, 16 Feb.2016.
- [25] Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, AWMF-Register-Nummer: 032 – 045OL, Juli 2012.
- [26] Shambhavi Venkataraman, Priscilla J.Slanetz:Breast imaging for cancer screening: Mammography and ultrasonography. Literature review current through: Nov 2016.
- [27] Nikola Biller-Andorno, M.D., Ph.D., and Peter Jüni, M.D Abolishing Mammography Screening Programs? A View from the Swiss Medical Board.N Engl J Med 2014; 370:1965-1967May 22, 2014DOI: 10.1056/NEJMp1401875.
- [28] Aktuelle Debatte zum Thema „ Mammographie-Screening“, TGAM News April 2014.
- [29] 20 IQWiG-Berichte – Nr. 288, 20. 03. 2015.
- [30] Diskussion der TGAM –Info „ Mammographie-Screening“, TGAM News, 2015.
- [31] Patienteninfo Mammographiescreening, TGAM.
- [32] I tumori in Italia – Rapporto 2006. Incidenza, mortalità e stime (AIRTUM, tumore della mammella femminile, 1998-2002)
- [33] D.W. Sturdee, N. Panay, im Namen des Redaktionsausschusses der Internationalen Menopause Gesellschaft: Empfehlungen zum Vorgehen bei postmenopausaler vaginaler Atrophie; J. Gynäkol. Endokrinologie 2010;13(4).
- [34] Le Veque F, Hendrox S. Oral pilocarpine to treat vaginal xerosis associated with chemotherapy- induced amenorrhoea in premenopausal woman. J Clin Oncol 2004; 22(suppl):14S.
- [35] S.Johnston, S. Farrell et al. SOCG Clinical practice guidelines:The Detection of management of vaginal atrophy. J Obstet Gynaecol Can 2004;26(5):503-8.
- [36] Raz R., Stamm WE. A controlled Trial of intravaginal estriol in postmenopausal women with recurrent urinary tract infection. N Engl J Med 1993;329:753-7.

- [37] North American Menopause Society Position statement: Management of symptomatic vulvovaginal atrophy. Menopause 2013; Vol 20, No 9. pp 888-902.
- [38] Lokaltherapie mit Estriol ist sicher und gut verträglich. Gyn Depesche 5/2012.
- [39] PD Dr. med. Andreas Clad. Vulvovaginale Atrophie: Diagnostische Abgrenzung und Behandlungsoptionen. Zertifizierte schriftliche Fortbildung 2012.
- [40] Eiko E. Petersen et al. Symptome im weiblichen Genitalbereich. Allgemeinarzt-online 2016.
- [41] L'informatore farmaceutico, Edra 2016.

4. Abbildungsverzeichnis

Graphik 1: Lokaler Östrogenmangel und rezidivierende urogenitale Infektionen.

5. Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: Einteilung der Hauptvorstellungsgründe insgesamt
- Tabelle 2: Einteilung der Hauptvorstellungsgründe in der Stadtpraxis
- Tabelle 3: Einteilung der Hauptvorstellungsgründe in der Landpraxis
- Tabelle 4: Altersverteilung der Frauen mit gynäkologischen Problemen.
- Tabelle 5 Häufigkeit der gynäkologischen/geburtshilflichen Vorstellungsgründe
- Tabelle 6: Betreuung der Patientinnen mit gynäkologischen/geburtshilflichen Beratungsanlässen
- Tabelle 7: Schema der Gestagen- und Östrogendosierungen bei verschiedenen OH-Typen
- Tabelle 8: Präparatwechsel bei Nebenwirkungen
- Tabelle 9: Empfehlung zur Anwendung von kombinierten Kontrazeptiva. Auszug aus „WHO medical eligibility criteria for contraceptive use, 4th edition, 2009“
- Tabelle 10: Untersuchungen vor der Verschreibung von hormonellen Kontrazeptiva empfohlen von der Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care
- Tabelle 11: Relative Risikosteigerung Brustkrebs durch verschiedene Faktoren
- Tabelle 12: Symptome durch Östrogenmangel, Urogenitale Atrophie und Folgen des Alterns