AGE ARBEITSGEMEINSCHAFT GYNÄKOLOGISCHE ENDOSKOPIE NEWS

Newsletter für AGE-Mitglieder Ausgabe 03 / Dezember 2014 www.ag-endoskopie.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ein ereignisreiches Jahr liegt hinter der AGE. Wir mussten den traurigen Verlust unseres Präsidenten und Freundes

Priv.-Doz. Dr. Stefan Rimbach

Priv.-Doz. Dr. Thoralf Schollmeyer verkraften, der viel zu früh verstorben ist. Die von ihm noch wesentlich mitgeplante Jahrestagung in Berlin war ein voller Erfolg. Wir konnten 350 Teilnehmer und 17 Aussteller begrüßen. Die Live-Surgery ebenso wie die wissenschaftlichen Sitzungen waren geprägt von höchster Qualität und anregenden Diskussionen. Großen Zuspruch fanden auch unsere AGE-Sitzungen auf dem DGGG Kongress in München mit den Schwerpunktthemen Ausbildung und Risiko-Situationen bei der Laparoskopie. Mit wissenschaftlichen Sitzungen vertreten war die AGE auch international im Rahmen des ESGE Kongresses in Brüssel und auf der Tagung der Gesellschaft der Roboter-assistierten Chirurgie.

Das Jahr 2015 hält neue Herausforderungen bereit. Leitlinienprojekte stehen an, darunter so wichtige Themen wie etwa die Therapie der EUG; unser Zertifizierungskonzept, das als vorbildlich in Europa gilt, bedarf der Weiterentwicklung; und die aus den USA aufgeworfene Problematik des Morcellement-Risikos bei der Myomenukleation und der LASH erfordert eine intensive weitere Auseinandersetzung mit der Thematik. Eine Zwischeninformation zur Diskussion um diese Frage finden Sie in diesem Newsletter und auf der Homepage. Eine prospektive Registerstudie ist geplant. Eine Fachgesellschaft lebt durch die Beiträge und das Engagement ihrer Mitglieder – und dafür möchte ich Ihnen allen an dieser Stelle im Namen des Vorstands danken. Wir sind eine aktive, sich stetig weiterentwickelnde Gesellschaft und in diesem Sinne freuen wir uns auf das nächste Jahr und seine Herausforderungen.

Ihnen und Ihren Familien eine schöne Advents- und Weihnachtszeit und einen guten Rutsch ins Neue Jahr

Ihr

Stefan Rimbach

ELEKTROMORCELLIEREN – AGE-STELLUNGNAHME VOM 18. NOVEMBER 2014

Liebes AGE-Mitglied,

am 17. April 2014 hat die amerikanische Food and Drug Administration (FDA) eine Mitteilung herausgegeben, in der sie vor dem Gebrauch eines Morcellators warnt:

http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm393689.htm

Darauf bezieht sich die AAGL in einem neuen Statement vom Juli 2014:

http://www.aagl.org/aagl-news/aagl-statement-to-the-fda-on-power-morcellation/

Unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Literatur und Daten schlussfolgert die AAGL in ihrer Stellungnahme, dass aufgrund der vielen positiven Aspekte, die das elektrische Morcellement für die meisten Patientinnen mit sich bringt, eine Abschaffung dieser Methode bei der sehr geringen Fallzahl an Sarkomen und Karzinomen nicht gerechtfertigt scheint. Dies spiegelt uneingeschränkt die Meinung des Vorstandes der AGE wider. (Weiterlesen)

TERMINE DER AGE AUSBILDUNGSZENTREN

22.-23. Januar
MIC Grundkurs
St. Elisabeth Krankenhaus, Damme

26.-27. Januar
MIC Grundkurs
Gießen School of Endoscopic Surgery

3.-4. Februar
Grundkurs
Kreiskrankenhaus Dormagen

16.-18. Februar
MIC Fortgeschrittenenkurs
Gießen School of Endoscopic Surgery

24.-25. Februar
AGE Fortgeschrittenenkurs
Augusta-Kranken-Anstalt Bochum

24.-25. Februar
Grundkurs Gynäkologische Endoskopie
ETC Saarbrücken / Homburg

25.-27. Februar
MIC Grundkurs
Kiel School of Gynaecological Endoscopy

26.-27. Februar
Fortgeschrittenenkurs Gynäkologische Endoskopie
ETC Saarbrücken / Homburg

12.-13. März
Grundkurs MIC
Petrus-Krankenhaus, Wuppertal

19.-20. März
Grundkurs Gynäkologische Endoskopie
Köngis Wusterhausen

IMPRESSUM

Herausgeber:
AGE e. V., PD Dr. Stefan Rimbach
Redaktion:
Altmann PR,
Inh. Sabine Oehlrich, Buchholz
Kontakt:
geschaeftsstelle@ag-endoskopie.de
Tel: 04181 – 28 10 75

AGE
ARBEITSGEMEINSCHAFT GYNÄKOLOGISCHE ENDOSKOPIE

Newsletter für AGE-Mitglieder Ausgabe 03 / Dezember 2014 www.ag-endoskopie.de

AUSBILDUNGSZENTREN - GRUND- UND FORTGESCHRITTENENKURSE 2015

Viele der AGE-Ausbildungszentren haben die Termine für die Grund- und Fortgeschrittenenkurse in 2015 bereits festgelegt. Diese finden Sie auf der Homepage. Bitte melden Sie sich direkt in den Ausbildungszentren an und beachten Sie, dass diese Kurse einmalig für die Zertifizierungen nach MIC I und II nachgewiesen werden müssen. Die Ausbildungszentren Köln unter der Leitung von Professor Thomas Römer sowie Krefeld, unter der Leitung von Dr. Uli Füllers, als auch Oldenburg (Prof. Rudy De Wilde) haben sich in diesem Jahr erfolgreich re-zertifziert. Neue Ausbildungszentren gibt es in München (Prof. Darius Dian), in Karlsruhe (Prof. Andreas Müller) und in Königs Wusterhausen (Dr. Rüdiger Müller).

Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Endoskopie e.V.
2015 AUSBILDUNGS-ZENTRUM

PREISVERLEIHUNGEN 2014 UND GOLDEN SCOPE

Stefan P. Renner, Johannes Lermann, beide Erlangen, und Haytham Elmeligly aus Damme: so heißen die Preisträger, die im Jahr 2014 dem Kurt-Semm-Preis, dem Videopreis der AGE, ausgezeichnet wurden. Sarah Schott durfte sich über das Lilo-Mettler-Reisestipendium freuen. Percy Brandner, langjähriger Schatzmeister der AGE und Mitglied der ersten Stunde, erhielt das Golden Scope. Dieser Preis wird jährlich an ein Mitglied für herausragendes und langfristiges Engagement für die AGE vergeben.

Preisverleihung

Herzlichen Glückwunsch nochmals an alle Preisträger. Mögen die Verleihungen viele Mitglieder ermuntern, sich 2015 mit innovativen – klinischen und experimentellen Arbeiten auf dem Feld der gynäkologischen Endoskopie - zu bewerben. Die Preise werde im September 2015 im Rahmen des FOG in Berlin vergeben.

BERLIN, BERLIN – WIR FAHREN NACH BERLIN: FOG 2015

Die Hauptstadt etabliert sich weiter als interessanter Austragungsort auch für wissenschaftliche Veranstaltungen: Notieren Sie sich schon heute den 17.-19. September 2015 und freuen Sie sich auf ein spannendes Programm anlässlich des 7. Kongresses des FOG – dem gemeinsamen Kongress der AGE, AWOgyn und AGUB, und des 4. Kongresses der DAGGG. Nähere Informationen zum Programm, das unter der Federführung von Professor Klaus Neis erarbeitet wird, erfahren Sie in Kürze auf der Homepage und im nächsten Newsletter.

AGE
ARBEITSGEMEINSCHAFT GYNÄKOLOGISCHE ENDOSKOPIE

Newsletter für AGE-Mitglieder Ausgabe 03 / Dezember 2014 www.ag-endoskopie.de

VAAO 2015 – XXIV. JAHRESTAGUNG IN OLDENBURG

Mit einem interessanten Programm lädt der VAAO vom 20.-22. März nach Oldenburg ein. Erstmalig wird die Live-Surgery aus dem Pius-Hospital und der Tagesklinik Oldenburg übertragen. Ein umfassendes Kursangebot zu den Themen Urogynäkologie, Gynäkologische Endoskopie und Endometriose bieten besondere Anreize für junge KollegInnen, die Tagung zu besuchen. Schwerpunktthemen sind: Dysplasie, Hygiene sowie das Morcellement von Myomen. Der Sonntag ist dem Thema Praxismanagement vorbehalten u. a. werden Aspekte der papierlosen Praxis vorgestellt.

Information und Anmeldung unter: www.vaao.de

INTERESSANTES AUS UNSEREM FACH AUSGEWÄHLT VON PD DR. IBRAHIM ALKATOUT

Levonogestrel beschichtetes Intrauterinpessar (IUP) zur Prävention des Endometriumkarzinoms

Die Levonogestrel beschichtete Spirale ist eine beliebte Option der simultanen Kontrazeption und Therapie uteriner Blutungsstörungen. Darüber hinaus scheint das levonogestrelhaltige IUP einen präventiven Effekt hinsichtlich des Endometriumkarzinoms zu haben, zumindest für Frauen mit Blutungsstörungen.

Eine der größten Untersuchungen hierzu stammt aus Finnland und beschreibt bei der Verwendung der levonogestrelhaltigen Spirale zur Therapie der Menorrhagie prämenopausaler Frauen eine deutlich niedrigere Inzidenz des Endometriumkarzinoms. Untersucht wurden alle finnischen Frauen zwischen 30–49 Jahren, die zur Therapie der Menorrhagie zwischen 1994 – 2007 eine levonogestrelhaltige Spirale verwendeten (n = 93.843). Die Inzidenz von Karzinomerkrankungen wurde der Normalbevölkerung gegenübergestellt. Neben dem möglicherweise protektiven Effekt der malignen Endometriumtransformation war die Verwendung der levonogestrelhaltigen IUP auch mit einer geringeren Inzidenz an Ovarial-, Pankreas- und Bronchialkariznomen assoziiert. Lediglich die Inzidenz des Mammakarzinoms war höher als erwartet.

Medline:
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=25004338

FDA-Befürwortung von Bevacizumab für die Therapie des Zervixkarzinoms

Eine randomisierte Studie (GOG 240) konnte nachweisen, dass für Frauen mit fortgeschrittenem, rezidivierten oder metastasierten Zervixkarzinom, Chemotherapie in Kombination mit Bevacizumab das Outcome als auch das Overall Survival im Vergleich zur solitären Chemotherapie signifikant verbessert.

Ibrahim Alkatout

Die Sicherheit und Effektivität von Bevacizumab zur Therapie des Zervixkarzinoms wurde in einer klinischen Studie mit 452 Patientinnen in fortgeschrittenem Stadium evaluiert. Nach Randomisierung erhielten die Patientinnen Paclitaxel und Cisplatin oder Paclitaxel und Topotecan jeweils mit oder ohne Bevacizumab. Die Kombinationstherapie mit Bevacizumab zeigte ein verlängertes Gesamtüberleben von 16,8 Monaten gegenüber der Kontrollgruppe mit 12,9 Monaten. Ausgehend von diesen Ergebnissen befürwortete die US Food and Drug Administration (FDA) die Verwendung von Bevacizumab in Kombination mit Chemotherapie für dieses Patientenkollektiv.

http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm410121.htm

Opportunistische Salpingektomie und operatives Outcome

Die simultane Entfernung der Eileiter im Rahmen einer gynäkologischen Operation im Unterbauch aufgrund einer anderen Indikation ist als neue Strategie der primären Prävention von Ovarial-, Tuben- und Peritonealkarzinomen bereits etabliert. Die Annahme dieser in Kanada initiierten Empfehlung ist insgesamt hoch und eine erste größere Untersuchung zeigte keinen Anstieg der intraoperativen Morbidität.

Die retrospektive populationsbasierte Kohortenanalyse zwischen 2008 und 2011 zeigte einen Anstieg der durchgeführten Salpingektomien im Rahmen einer Hysterektomie von 5 auf 35 %, im Rahmen einer Sterilisation von <1 auf 33 %, vor allem der Frauen unter dem 50. Lebensjahr. Untersucht wurden insgesamt 43.931 Patientinnen hinsichtlich des Patientenalters, der Operationszeit, der Operationstechnik, der Indikation, der Dauer des Krankenhausaufenthaltes sowie der perioperativen Komplikationen. Die opportunistisch durchgeführte Salpingektomie zeigte eine moderate Erhöhung der Operationszeit (10 auf 16 Minuten), jedoch keinen Anstieg des Blutverlustes oder sonstiger Operationskomplikationen.Die Autoren bestätigen also vier Jahre nach Etablierung dieses Konzeptes die Sicherheit und Durchführbarkeit der primären Karzinomprophylaxe.

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=24522094]

The AAGL hatte ein Gremium bestehend aus 12 Experten einberufen, um alle vorhanden Daten zur Elektromorcellierung von Uteri zu prüfen. Diese Daten stellen die Grundlage für die Stellungnahme dar. Diese wurde von Dr. Jubilee Brown, einem Mitglied des AAGL Board of Trustees, im Obstetrics and Gynecology Devices Panel des FDA Medical Devices Advisory Committee am July 11, 2014, präsentiert. In der AAGL Stellungnahme heißt es, das genaue Risiko eines nicht erkannten Uterusmalignoms bei Patientinnen, die sich einer Hysterektomie mit Morcellierung unterziehen, ist schwer einzuschätzen. Die meisten nicht erkannten Uterusmalignome stellen Leiomyosarkome dar, ein seltener, aber aggressiver Subtyp der Uterusmalignome. Auf Grund der begrenzten Anzahl von Daten ist die Prävalenz von Leiomyosarkomen schwer einzuschätzen. Das Risiko, ein nicht nichterkanntes Leiomyosarkom zu morcelieren geht nicht gegen Null, aber es ist sehr gering. Die AAGL warnt davor, eine nützliche Technologie, wie das Morcellieren mit einem elektrischen Morcellator, basierend auf der schwachen und unpräzisen Datenlage zu verbannen.

Die AAGL stimmt mit der FDA darin überein, dass bei starkem Verdacht auf ein Malignom oder der Detektion eines Malignoms, das Morcellieren kontraindiziert ist. Präoperative Untersuchungsrichtlinien, einschließlich endometrialer Biopsien und zervikaler Zytologie, müssen befolgt werden, um begleitende Gebärmutter- und Zervixmalignome oder Präkanzerosen auszuschließen. Einige Gebärmuttermalignome, wie Leiomyosarkome, sind präoperativ schwer zu detektieren. Das MRT stellt vielleicht eine nützliche Technologie zur Bestimmung gutartiger Uterusmyome dar, die keine Kontraindikation für die Elektromorcellierung darstellen. Eine geeignete Vorselektionierung der Patientinnen erhöht möglicherweise ebenfalls die Sicherheit der minimalinvasiven Hysterektomie mit Morcellement. Zum jetzigen Zeitpunkt liegen jedoch nur ungenügende Daten vor, um das Morcellieren bei Niedrigrisikopatientinnen, die angemessen voruntersucht wurden, einzustellen. Die Datenlage zur Prognose und zum Staging eines Leiomyosarkoms nach Elektromorcellierung ist ungenügend und für die AAGL nicht ausreichend, um das Morcellieren zu verbannen. Leiomyosarkome sind sehr aggressiv und gehen mit einer schlechten Prognose einher, egal ob sie morcelliert wurden oder nicht. Aus diesem Grund ist die Bestimmung des Anteils des Morcellements, an der Verschlechterung der Prognose, schwierig und die Datenlage für die AAGL nicht ausreichend, um das elektrische Morcellieren einzustellen.

Die Schlüsselfrage ist, ob die Vorteile der minimalinvasiven Hysterektomie bzw. Myomektomie das niedrige Risiko einer Tumorzellstreuung eines Leiomyosarkoms durch das Morcellieren überwiegen. Vorläufige Ergebnisse weisen darauf hin, dass die minimalinvasive Chirurgie im Vergleich zum offenen Zugangsweg sicherer ist und weniger Todesfälle fordert. Mit einem Entscheidungs-Analyse-Modell, basierend auf der verfügbaren Literatur, wurde die Mortalitätsrate bei abdominaler und laparoskopischer Hysterektomie mit Morcellation bestimmt. Die mediane Prävalenz eines Leiomyosarkoms wurde konservativ auf 1:585 und die Tumorstreuung eines Leiomyosarkoms durch Morcellation auf 35 % geschätzt. Basierend auf diesen Daten betrug die Mortalitätsrate für die offene Hysterektomie 0,085 % und für die laparoskopische Hysterektomie mit Morcellation lediglich 0,077 %.
Folglich ist die Position der AAGL, das die elektrische Morcellation verbessert und nicht verbannt werden sollte und das die Morcellation mit angemessener Aufklärung der Patientin für geeignete Patientinnen mit niedrigem Risiko erhalten bleiben sollte.
Im Rahmen der Jahrestagung der AGE im Juli 2014 wurden alle AGE Mitglieder aufgerufen, sich aktiv an der prospektiven Aufarbeitung aller Fälle von morcellierten Uteruskarzinomen und Sarkomen zu beteiligen. Es wird eine spezielle Arbeitsgruppe gebildet, die ein für diese Zwecke notwendiges Register ausarbeitet. Die Verbesserung der präoperativen Diagnostik, mit dem Ziel Kriterien zur Unterscheidung eines Leiomyoms von einem Sarkom herauszuarbeiten, aber auch Bergungstechniken, wie z.B. die Verwendung von Bergebeuteln beim Morcellieren, zu verbessern, sind Schwerpunkte mit denen sich die AGE in Zukunft verstärkt beschäftigen wird.

Die AGE hat das Ziel, in Zukunft möglichst alle Fälle zu erfassen, bei denen ein bösartiger Uterusbefund morcelliert wurde. Anschließend sollen prospektiv die Verläufe bei zeitnaher, den onkologischen Kriterien entsprechender, Nachoperation untersucht werden.
In der 195. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) zum Thema Gynäkologische Morcellatoren wird eine altersstandardisierte Inzidenzrate für ein Uterussarkom von 1,32 zu 100 000 Frauen für Deutschland im Jahr 2010 bzw. 1,3 zu 100 000 Frauen für Bayern in den Jahren 2002-2011 angegeben.

Weiterhin wird in der Stellungnahme der DGGG darauf hingewiesen, dass die Patientin im Rahmen des präoperativen Aufklärungsgespräches ausreichend über das mögliche Risiko, über Nachteile, Vorteile und Alternativen (nicht-operativ, operativ) informiert werden sollte.
Aus Sicht der AGE ist das elektrische Morcellement für viele Patientinnen bei Behandlung symptomatischer Myome wichtig. Statt einer abdominalen Hysterektomie kann so bei vielen Frauen eine minimalinvasive laparoskopische Hysterektomie bzw. organerhaltende Myomektomie, mit den entsprechenden Vorteilen, durchgeführt werden. Die Verbannung der elektrischen Morcellation würde wahrscheinlich eine höhere Morbidität und Mortalität bei den Patientinnen zur Folge haben. Jedoch müssen alle Patientinnen über die geringe Wahrscheinlichkeit einer malignen Erkrankung aufgeklärt werden.
Der Vorstand der AGE