

# Evidenzbasiertes Vorgehen in der Gynäkologie

**Dr. med. Friederike M. Perl**

*Frauenärztin DRCOG*

Frauenklinik Charlottenhaus

Gerokstraße 31,

70184 Stuttgart

## Traditionelle Denkmuster in der Gynäkologie

**Warum ist die Frauenheilkunde  
traditionell besonders wenig  
evidenzbasiert?**

# Traditionelle Denkmuster in der Gynäkologie

- Warum ist die Frauenheilkunde traditionell besonders wenig evidenzbasiert?
- **Historisch sind Frauen besonders ängstliche Patientinnen gewesen**
- - Hohe Müttersterblichkeit
- - Große Angst vor unerwünschten Schwangerschaften
- - Sorge um Vaterschaftsprobleme

# Druck auf die Frauenheilkunde

- Von Seiten der Frauen
- Von Seiten der Politik / Gesellschaft

## Druck auf die Frauenheilkunde

- **Von Seiten der Frauen**
- Rasche Hilfe wird erwartet
- **Von Seiten der Politik / Gesellschaft**
- Bevölkerungspolitik: Pronatalismus

## Druck auf die Frauenheilkunde

- Von Seiten der Frauen
- Rasche Hilfe wird erwartet
- Verschwiegenheit
- „**Komplizenschaft**“
- **Prävention:**
- **Schwangerschaftsvorsorge**

## Druck auf die Frauenheilkunde

- Von Politik/Gesellschaft:
- Disziplinierung der Frauen
- Zwangsmaßnahmen:
- Zwangssterilisierung/-  
interruptio
- Reihenuntersuchungen: “Sc  
reening“

## Druck auf die Frauenheilkunde

- -“**Volksgesundheit**“
- -“Dein Körper gehört Deinem  
Volk“ (August Mayer TÜ 1934)
- „Mütterschulen“
- „Selbsthilfegruppen“

## Druck auf die Frauenheilkunde

- **Der Einfluss von Interessengruppen**

**behindert die Durchführung  
adäquater Studien**

## Forschung und Entwicklung

- **Fragen wurden nicht von den Frauen gestellt**
- **Fragen wurden nicht gestellt**
- **Paternalismus als Funktionsprinzip**
- **Sprache als Vehikel der Steuerung:**
- **“das muss jetzt sein“**

## Fehlschläge in der nicht-evidenzbasierten Gynäkologie

- **A: Stilboestrol**
- Behauptung: „Verhinderung von Fehlgeburten“
- **RCT (1953!):**
- **Kein Effekt auf Abortrate**
- **NW: Tödliches Vaginal-Ca bei den Töchtern n. 20 Jahren**
- **Genitalanomalien bei Söhnen und Töchtern**

## Fehlschläge in der nicht-evidenzbasierten Gynäkologie

- **B: Hormone in der Postmenopause**
- **Non-RCTs:**
- „Weniger Infarkte“, „kein Brustkrebsrisiko“
- **RCT:**
- **Mehr Apoplexe und Infarkte**
- **Mehr Mamma-karzinome**

## Fehlschläge in der nicht-evidenzbasierten Gynäkologie

- **C: Mastektomie als Therapieform bei Brustkrebs**
- **(1890 - 1969 unhinterfragt)**

## NASBP B-06-Studie (RCT) Mastektomie versus Brusterhaltung

Nach 20 J.:	MAST	BET	BET + RAD
OS (Gesamtüberleben)	=	=	=
Metastasierung	=	=	=
<b>Lokalrezidive</b>	<b>8%</b>	<b>40%</b>	<b>10%</b>

MAST: Mastektomie; BET: Brusterhaltung; RAD: Radiatio

# NASBP B-06-Studie (RCT)

## Brusterhaltung bei Multizentrität

Nach 20 J.:	MAST	BET	BET + RAD
OS (Gesamtüberleben)	=	=	=
Metastasierung	=	=	=
<b>% multizentrisch</b>	<b>34%</b>	<b>„34%“</b>	<b>„34%“</b>

MAST: Mastektomie; BET: Brusterhaltung; RAD: Radio  
„“: Implizierte Rate bei Kontrollgruppen

## Verbessert die Mastektomie...

- Überleben? • NEIN
- Metastasenrisiko? • NEIN
- Lokalrezidivrisiko? • JA - wenn nicht bestrahlt wird
- Lebensqualität? • NEIN

## BET bei Großen Tumoren eine technische Frage

- Caliper für die Größenbestimmung
- Bis ca. 50% des Brustvolumens
- Das Originalgewebe ist da, aber verdrängt
- Brustgewebe ist immer verschieblich



## BET bei Großen Tumoren

- Sorgfältige palpatorische Führung der Anzeichnung
- Hautlinien
- Plateauphänomen



## Brusterhaltende Operation großer Mammakarzinome

- Sog zeigt  
Defektgröße



## Brusterhaltende Operation großer Mammakarzinome

- Defektausgleich  
mit  
Platzhaltenserom
- Regulierbarer  
Sog/Druck



## Behandlungsziele beim Mammakarzinom

- 1. Überleben verbessern
- 2. Metastasierungsrisiko verringern
- 3. Lokoregionäre Kontrolle optimieren
- 4. Lebensqualität optimal halten
- **Keine Maßnahme wirkt auf alle Ziele**

## Behandlungsziele beim Mammakarzinom

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| • <b>Fragen der Frau</b>   | • <b>Evidenzbasierte Antworten</b> |
| • <b>1.</b> Verbessert radikale Operation der Brust mein Überleben ? | • <b>1.</b> Nein                   |
| • <b>2.</b> Verbessert radikale Operation die lokale Kontrolle?      | • <b>2.</b> Ja.                    |

## Behandlungsziele beim Mammakarzinom

- Fragen der Frau
- Evidenzbasierte Antwort
- 1. Verbessert Bestrahlung mein Überleben?
- 1. Nein.
- 2. Verbessert Bestrahlung mein Lokalrezidivrisiko?
- 2 Ja. Und zwar von 40% auf 10% in 20 Jahren.

## Behandlungsziele beim Mammakarzinom

- Fragen der Frau
- Evidenzbasierte Antwort
- 1. Verbessert die Axilla-Operation mein Überleben?
- (NSABP-04)
- 1. Nein.
- 2. Verbessert die Axillaop. das axilläre Rückfallrisiko?
- 2 Ja: von 20% auf 5% in 10 Jahren.

## Behandlungsziele beim Mammakarzinom

- Fragen der Frau
- 1. Verbessert Chemotherapie mein Überleben?
- 2. Verbessert *Tamoxifen* mein Überleben?
- Evidenzbasierte Antwort:
- 1. Ja, und zwar um ca. 10% (in der best profitierenden Gruppe)
- 2. Ja, und zwar um ca. 25% (best profitierende Gruppe)

## Adjuvante Therapie beim Mammakarzinom

- **CMF-Schema**
- >30 Jahre Studien
- Sehr gut verträglich
- (nur 25% Haarausfall)
- Sehr kostengünstig
- Effekt auf OS: bis 10% in 12 Jahren
- **Neuere Schemata**
- Erst wenige Jahre „Track record“
- Sehr schlecht :verträglich: 100% Haarausfall
- 20-50 mal teurer
- Maximal 1% bessere Wirksamkeit

## Entscheidungsfindung durch die Frau

- **Art der Lokal-Therapie**
- A) Ausmaß der Operation
- B) Axilla- OP Ja/Nein
- C) Radiatio Ja/Nein
- **Relevante Kriterien**
- **Überleben**
- Versus
- **Lokalprobleme**
- Versus
- Lebensqualität

## Behandlungsziele beim Mammakarzinom

- **Fragen der Frau**
- „Mein Tumor ist über 5 cm groß. Lebe ich länger durch Mastektomie?“
- **Evidenzbasierte Antwort**
- „Es gibt keinen Hinweis dafür.“

## Evidenzbasierte Sprache

- Inadäquate Wortwahl

- „Sie haben Krebs, das muss jetzt sein.“
- „Axillaoperation ist Standard.“
- Bestrahlung muss sein, sonst muss die Brust abgenommen werden.

- Adäquate Diktion

- Wir haben Brustkrebszellen gefunden. Es gibt jetzt mehrere Möglichkeiten. Alle haben Vor- und Nachteile

## EbM und Patientenautonomie

- **Behandlungsziele** auseinanderhalten
- Den Menschen bei der Formulierung beantwortbarer Fragen helfen
- Mit ihnen die ihnen wichtigen Behandlungsziele identifizieren
- Sie ermutigen, sich für jeden Behandlungsschritt aktiv zu entscheiden

## EbM und Patientenautonomie

- 1. Ziele identifizieren
- 2. Ziele auseinanderhalten
- 3. Zielorientierte Evaluation einzelner Maßnahmen

## EbM und Patientenautonomie

- Nur ein EbM-orientierter Doktor kann die Patientenautonomie respektieren
- Nur die EbM verhindert inadäquate Übertherapie
- Nur mit EbM werden Kosten vermieden, die dem Patienten nicht nützen.

**EbM in der Frauenheilkunde  
schützt die Autonomie und  
Lebensqualität der Frau.**

- **Ärztliche Informationsverantwortung**
- **Informierte Entscheidung** der betroffenen Person
- ***Niemand möchte fehlinformiert werden.***

## **EbM in der Gynäkologie**

- **Ohne EbM gibt es mit Sicherheit Fehlschläge auf Kosten der Frauen**
- **Ängste und Vorurteile sind schlechte Orientierungshilfen**
- **Erfordernis für qualitativ hochwertige Studien**

## **EbM in der Gynäkologie**

- **Frauenfreundliche Gynäkologie ist evidenzbasiert**
- **AKF und DÄB: Forderung nach EbM- Qualifizierung der GynäkologInnen: Projekt**