

forum

gynécologie suisse

Maternité Hôpital universitaire
vaudois (CHUV), Lausanne:

La recherche en gyné- cologie et obstétrique

Praxis/Fortbildung

«Anatomie, Anatomie, bitte verlass mich nie!»

Leben der Gesellschaft

Das World Doctors Orchestra

**gynécologie
suisse**

Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique
Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Società Svizzera di Ginecologia e Ostetricia

Eisentherapie. Befreiend einfach.



Ferinject®. Z: Eisencarboxymaltose. **I:** Eisenmangel, wenn orale Eisentherapie ungenügend wirksam, unwirksam oder nicht durchführbar ist. **D:** Die kumulative Gesamtdosis von Ferinject muss individuell berechnet werden. Ferinject kann als intravenöse Infusion (verdünnt in 0,9% NaCl) in wöchentlichen Einzeldosen von bis zu 15 mg/kg, maximal 1000 mg, bis zum Erreichen der berechneten kumulativen Gesamtdosis verabreicht werden. Als i.v. Bolusinjektion kann Ferinject (unverdünnt) in Dosen von bis zu 200 mg Eisen pro Tag verabreicht werden, jedoch nicht mehr als 3x/Woche. **KI:** Überempfindlichkeit gegenüber Wirkstoff oder Hilfsstoffe, Anämie ohne gesicherten Eisenmangel,

Eisenüberladung, erstes Schwangerschaftstrimester. **VM:** Vorrichtungen zur Behandlung einer anaphylaktischen Reaktion sollten verfügbar sein. Paravenöse Injektion kann eine braune Verfärbung und Reizung der Haut verursachen und ist deshalb zu vermeiden. Bei akuter oder chronischer Infektion nur mit Vorsicht anwenden. Natriumgehalt von bis zu 11 mg/ml berücksichtigen. **UW:** Hypersensitivität, Kopfschmerzen, Schwindel, Parästhesien, Tachykardie, Hypotonie, Erröten, gastrointestinale Beschwerden, Störung des Geschmacksempfindens, Hautausschlag, Pruritus, Urticaria, Myalgie, Rückenschmerzen, Arthralgie, Hämaturie, Reaktionen an der Injektionsstelle, Phlebitis, Fieber, Müdigkeit,

Schmerzen im Brustkorb, Muskelsteifigkeit, Unwohlsein, peripheres Ödem, Schüttelfrost, transiente Serumphosphat-senkung, erhöhte Alanin-Aminotransferase, Aspartat-Aminotransferase, Gamma-Glutamyltransferase, Laktatdehydrogenase und alkalische Phosphatase. **IA:** Bei der gleichzeitigen Verabreichung von oralen Eisenpräparaten ist dessen Absorption reduziert. **P:** 5 Stechampullen zu 100 mg (2 ml) oder 500 mg (10 ml) und 1 Stechampulle zu 500 mg (10 ml). **Liste B.** Detaillierte Informationen: Arzneimittelkompendium der Schweiz oder www.documed.ch. Zulassungsinhaberin: **Vifor (International) AG, CH-9001 St. Gallen**; Vertrieb: **Vifor AG, CH-1752 Villars-sur-Glâne**.

Editorial

- 02 Un nouveau défi
- 03 Eine neue Herausforderung

Wissenschaft _ Sciences

- 04 Bactéries intracellulaires et Obstétrique
- 08 Research on endometriosis and inflammation in the department of Gynecology and Obstetrics
- 11 Former la relève – mission importante

Praxis und Fortbildung _ Pratiques médicales et formation continue

- 14 Erfahrungen einer Psychotherapeutin FSP in der gynäkologischen und geburtshilflichen Spitalpraxis
- 16 L'acceptabilité de l'auto-prélèvement HPV dans le cadre d'une campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus au Cameroun
- 19 «Anatomie, Anatomie bitte verlass mich nie!»

Leben der Gesellschaft _ Société

- 21 Vergangenheit und Zukunft der Oberrheinischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OGGG)
- 22 Das World Doctors Orchestra
- 24 In Erinnerung

Impressum

Herausgeberin _ Editeur Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, gynécologie suisse
Redaktionskommission _ Commission de la rédaction Felix Adank, forum pr Bern, adank@forumpr.ch; Fadhil Belhia, Lausanne, fbelhia@bluemail.ch; Regula Bürki, Bern, regula.buerki@hirslanden.ch; Claudia Canonica, Zürich, claudia.canonica@usz.ch; Stefan Gerber, Fribourg, gerberstefan@bluewin.ch; Irene Hösli, Basel, ihoesli@uhbs.ch; Patrick Petignat, Genève, patrick.petignat@hcuge.ch; David Stucki, Fribourg, dstucki@cliniquegenerale.ch; Edi Vlajkovic, Zürich, eduard.vlajkovic@spitalzollikerberg.ch | **Vorsitz und Koordination _ Présidence et coordination** Christiane Roth, Gockhausen, info@christiane-roth.ch | **Redaktion der französischen Artikel _ Edition des articles en français** Sylvie Logean, Lausanne | **Gestaltung _ Mise en page** atelierrichner.ch | **Druck _ Impression** Stämpfli Publikationen AG, Bern | **Papier** weiss halbmatt gestrichen 115 g/m², holzaltig _ couché blanc demi-matt 115 g/m² | **Auflage _ Tirage** 1800

Titelbild _ Page de couverture Laboratoire de recherche, Maternité, CHUV, Lausanne

Un nouveau défi

Eine neue Herausforderung



Chers collègues,
Chers membres de gynécologie suisse

Je vis actuellement une expérience intéressante. Durant 25 années d'exercice en milieu hospitalier public, j'ai eu loisir d'apprendre toutes les exigences que nécessite un tel parcours. Le secret de stimuler l'enthousiasme et la cohésion d'une équipe médicale et para-médicale passe par une disponibilité jour et nuit, week-end compris, par une ligne de conduite irréprochable, par l'enseignement d'une école opératoire et par l'estime et le soutien offerts à chaque maillon de la chaîne. Pour répondre aux attentes des collaboratrices et collaborateurs, une exigence primordiale a été d'être à l'affût des nouveautés dans l'évolution de notre spécialité et de les traduire dans la pratique quotidienne. Je me suis évertué à remplir les tâches d'enseignant, mais également d'éducateur, de père et parfois d'ami, en suivant personnellement le parcours de chacun de mes 160 élèves. Leur promotion, leur succès professionnel, leur nomination à un poste cadre a été chaque fois une satisfaction et une récompense partagées.

Actuellement, je découvre un autre monde qui est celui de la pratique en milieu privé. Le tableau change complètement. Je me retrouve seul en face de ma patiente, seul à organiser mes interventions, seul à assumer mes éventuelles complications. Contraint à établir un «business plan», à engager du personnel, à contracter des assurances et notamment une haute couverture de responsabilité civile, me voilà propulsé comme entrepreneur à part entière. Afin de suivre, ne serait-ce que la formation continue, cela demande une organisation. Toutefois ce nouveau défi m'enthousiasme. Contrairement à mes collègues qui travaillent à temps plein, j'ai pu me permettre d'abandonner l'obstétrique. Les nuits sont ainsi devenu plus calmes et les fins de semaine consacrées à renouer les amitiés négligées et à découvrir le monde comme il existait dans mes rêves.

Baigné dans la politique professionnelle depuis fort longtemps, je réalise le fossé qui sépare ces deux pratiques de notre spécialité. Les préoccupations sont fort différentes et il est important qu'elles soient représentées et défendues dans le cadre de nos comités. Je veillerai à l'avenir à défendre cette notion. Ce sera là mon dernier apport à la cohésion de la SSGO.

David Stucki, past président

*Liebe Kolleginnen und Kollegen
Liebe Mitglieder von gynécologie suisse*

Im Moment mache ich eine interessante Erfahrung. Während 25 Jahren war ich in öffentlichen Spitälern tätig. Ich hatte in dieser Zeit Gelegenheit, alle Anforderungen einer Chefarztfunktion kennenzulernen: Begeisterung wecken, den Zusammenhalt eines Teams fördern – all das funktioniert über die Präsenz und Verfügbarkeit des Chefs, Tag und Nacht und auch am Wochenende. Dazu gehört eine geradlinige Führung, eine konsequente Schulung im Operationsaal und vor allem die Wertschätzung und die Unterstützung aller Mitarbeitenden. Um ihre Erwartungen erfüllen zu können, war ich vor allem gefordert, die Weiterentwicklung unseres Fachgebiets aktiv zu verfolgen und neue Erkenntnisse in die Spitalpraxis umzusetzen. Ich habe so 160 Gynäkologinnen und Gynäkologen ausgebildet und ihre beruflichen Stationen persönlich begleitet. Dabei schlüpfte ich manchmal auch in die Rolle des Erziehers, des Vaters oder des Freundes. Die Beförderungen, die beruflichen Erfolge und die Karriereschritte meiner Mitarbeitenden waren für mich jedes Mal eine grosse Genugtuung und eine Belohnung, die ich mit ihnen teilte.

Heute entdecke ich in der privatärztlichen Praxis eine ganz andere Welt. Meinen Patientinnen sitze ich alleine gegenüber, die chirurgischen Eingriffe organisiere ich selber – und ich muss mich mit möglichen Komplikationen alleine auseinandersetzen. Meine Fortbildung organisiere ich selber. Ich bin «Patron»

geworden, erstelle meinen eigenen Businessplan, stelle Mitarbeitende ein, schliesse Verträge mit Versicherungen ab und muss für mich selber Verantwortung übernehmen. Allein schon meine Fortbildung zu absolvieren verlangt Organisation. Diese neue Herausforderung begeistert mich. Im Gegensatz zu meinen Kollegen, die noch voll im Berufsleben stehen, kann ich mir den Luxus leisten, auf die Geburtshilfe zu verzichten. Dadurch sind meine Nächte ruhiger geworden und an den Wochenenden steht mehr Zeit zur Verfügung, um vernachlässigte Freundschaften zu pflegen und eine Welt zu entdecken, von der ich bisher nur träumen konnte.

Ich bin seit vielen Jahren in der Standespolitik tätig und realisiere heute, wie gross der Graben ist zwischen unseren zwei Berufswelten. Die Probleme und offenen Fragen von Spital- und Privatpraxis sind sehr unterschiedlich. Es ist wichtig, dass in unseren Gremien beide Richtungen vertreten werden und Gehör finden. Dafür werde ich mich in Zukunft noch vermehrt engagieren. Es wird mein letzter Beitrag sein für den Zusammenhalt von gynécologie suisse.

David Stucki, Past Präsident



Bactéries intracellulaires et Obstétrique

Malgré d'importantes avancées en médecine fœtale et périnatale ces dernières décennies, la perte d'un fœtus reste la complication la plus fréquente de la grossesse. Les fausses couches spontanées concernent 15 à 20 % des grossesses et au moins une femme sur quatre durant sa période d'activité génitale. Les fausses couches spontanées à répétition correspondent à plusieurs avortements successifs sans grossesse intercalaire menée à terme. La prévalence de ce type d'avortement est de l'ordre de 1 à 5 %. Malgré un large éventail de tests diagnostics souvent coûteux et pénibles pour la patiente, une étiologie n'est identifiée que dans 40 à 50 % des cas. Une compréhension aussi limitée de la perte fœtale est angoissante pour la patiente et frustrante pour le praticien. La proportion de fausses couches attribuable aux infections est de 10 à 15 %, mais pourrait être largement sous-estimée.



Gilbert Greub MD PhD | Institut de Microbiologie | Service des maladies infectieuses, Département de Médecine interne, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne

David Baud MD PhD | Département de Gynécologie et Obstétrique, Maternité | Institut de Microbiologie, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne



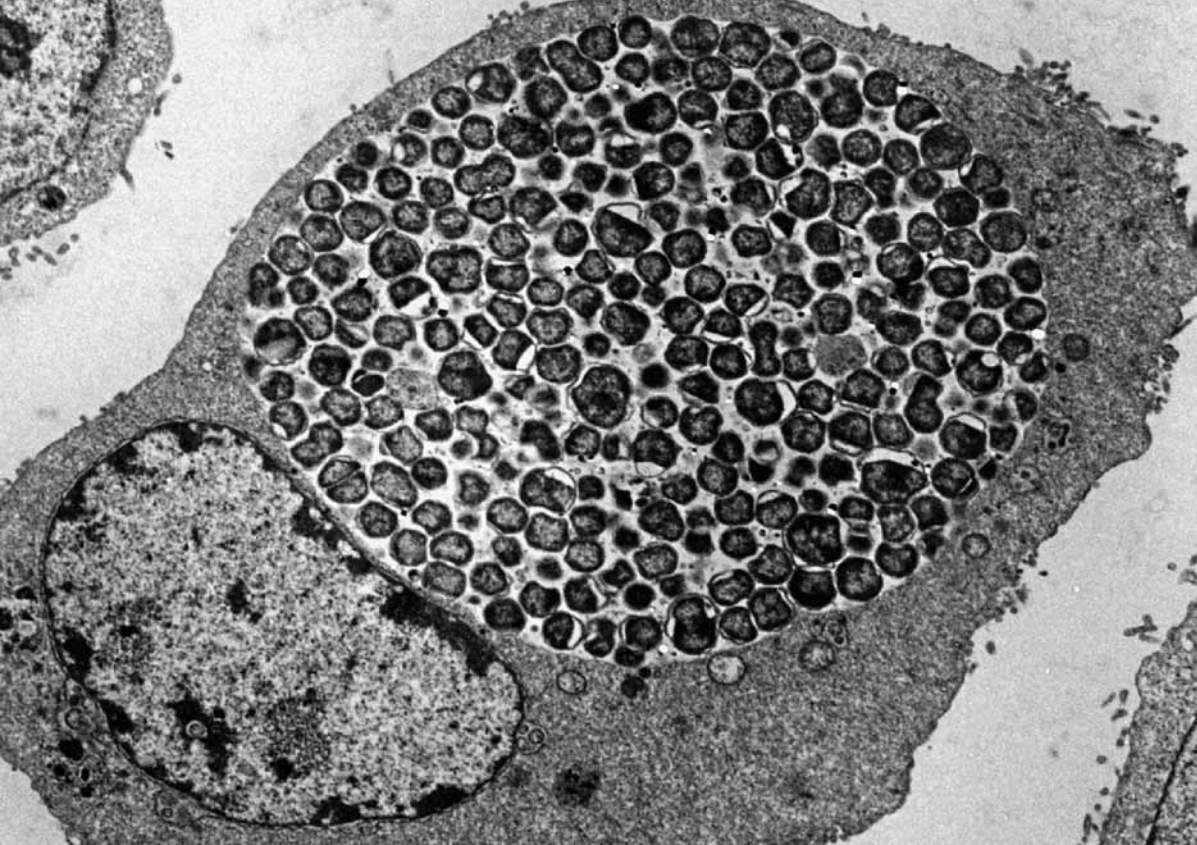
Une fausse couche spontanée est vécue douloureusement par la femme et/ou le couple. Le bilan complémentaire effectué après trois fausses couches vise la recherche d'anomalies utérines, de dysfonctionnements hormonaux et métaboliques, d'anomalies caryotypiques chez les deux parents et d'un bilan infectieux. Malgré un large éventail de tests diagnostics souvent coûteux et pénibles pour la patiente, une étiologie n'est identifiée que dans 40 à 50 % des cas. Une compréhension aussi limitée de la perte fœtale est angoissante pour la patiente et frustrante pour le praticien.

Agents de fausses couches

La femme enceinte et son fœtus sont sensibles à de nombreuses infections. Certaines d'entre elles peuvent menacer la mère, tandis que d'autres peuvent avoir un impact sévère sur le développement du fœtus. Des organismes comme *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Bacteroides* spp., *Escherichia coli*, streptocoques du groupe B et *Gardnerella vaginalis* ont tous été impliqués comme agents de fausses couches, de mort in utero ou d'accouchement prématuré. La plupart de ces organismes sont commensaux au niveau vaginal et peuvent persister au niveau du tractus génital pendant des semaines avant d'induire un effet délétère sur la grossesse. Cependant, dans de nombreux cas, aucun pathogène n'est identifié, malgré des évidences biologiques et histologiques de chorioamnionite.

David Baud est soutenu par la «Société Académique Vaudoise» au travers de la «Bourse Paul Blanc», par la Fondation SICPA, par «Air Canada» et par la «Fondation pour la Recherche et le Développement en Gynécologie-Obstétrique de Lausanne». Il a reçu le Prix Bayer 2011 et le Prix de l'Université de Toronto, qui permettent également de soutenir sa recherche.

La proportion de fausses couches attribuable aux infections est de 10 à 15 %, mais pourrait être largement sous-estimée. En effet, des pathogènes intracellulaires, qui ne poussent pas ou mal sur les milieux conventionnels utilisés pour détecter les pathogènes humains, pourraient être les agents étiologiques de certaines fausses couches, morts in utero et accouchements prématurés. Par exemple, une infection par *Coxiella burnetii* ou *Brucella abortus* passe souvent inaperçue en raison du mode de vie intracellu-

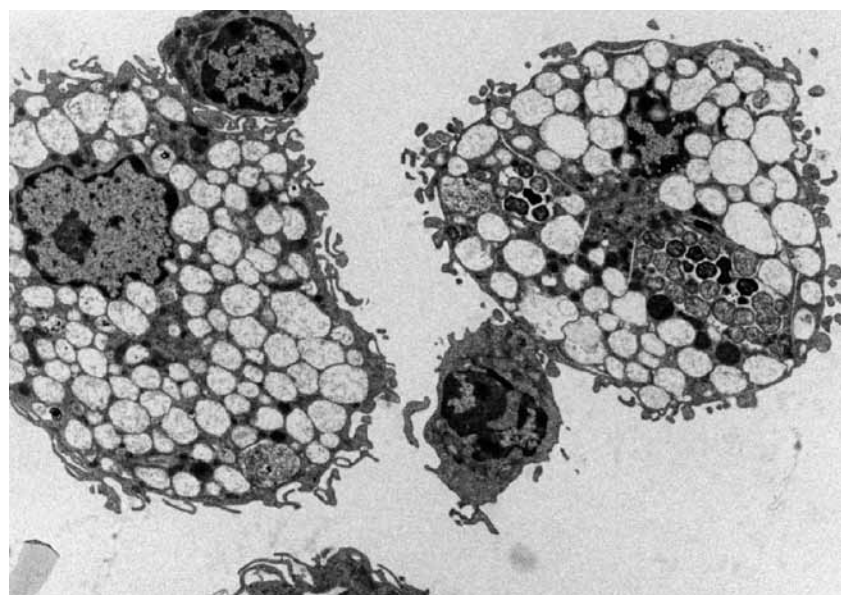


Waddlia Chondrophila dans un macrophage en microscopie électronique. On peut observer les 2 stades de développement: (a) le stade infectieux, avec les corps élémentaires denses, et (b) le stade réplcatif avec les corps réticulés. A noter également le recrutement de mitochondries autour des inclusions contenant les bactéries Waddlia. Grossissement 3000 x barre 10 microM.

laire obligatoire de ces bactéries. Cependant, *Coxiella burnetii* et *Brucella abortus* sont des agents infectieux reconnus, souvent non-investigués, de pertes fœtales [1,2].

Lésions sévères

Chez l'homme, la bactérie intracellulaire *Chlamydia trachomatis* est considérée comme le pathogène bactérien transmis sexuellement le plus fréquemment répandu [1,3]. Toutefois, il reste asymptomatique et donc non traité chez la plupart des patients atteints. L'infection chronique peut induire une fibrose et des lésions cicatricielles sévères notamment des trompes de Fallope, responsables de grossesses extra-utérines et d'infertilité tubaire. Le rôle du *Chlamydia trachomatis* dans la fausse couche est suspecté depuis longtemps. Dans deux études récentes que nous avons menée au CHUV et à Londres, une prévalence accrue des anticorps anti-*Chlamydia trachomatis* a été observée chez les patientes avec une fausse couche en cours ou avec un antécédent de fausse couche [4,5]. Nous avons également pu démontrer les évidences moléculaires et histologiques de cette infection à *Chlamydia trachomatis* au niveau placentaire [4].



Chez l'animal, plusieurs espèces de bactéries intracellulaires du genre *Chlamydia* sont clairement associées à des fausses couches (*C. abortus*, *C. felis*, *C. pecorum* et *C. suis*) [1,6,7]. *C. abortus* est la cause la plus fréquente (45 %) de fausse couche chez les ruminants, avec un impact économique majeur sur l'agriculture. De plus, *C. abortus* peut aussi causer des fausses couches chez la femme enceinte exposée à un animal infecté [7].

Au cours de la dernière décennie, l'ordre des Chlamydiales s'est enrichi par la découverte de cinq nouvelles familles: Parachlamydiaceae, Simkaniaceae, Criblamydiaceae, Rhabdochlamydiaceae et Waddliaceae [1]. Deux souches, Waddlia et Parachlamydia, sont consi-

dérées comme agents d'avortement émergent chez le bovin [1,7]. En effet, ces nouvelles bactéries intracellulaires ont été isolées à plusieurs reprises à partir de fœtus bovins avortés et ce sur différents continents. Les avortements surviennent entre 3 et 8 mois de gestation. Sachant qu'une gestation bovine dure neuf mois, le fœtus bovin avorté à 8 mois peut représenter soit une mort intra-utérine (fausse couche tardive), soit un accouchement prématuré auquel le veau nouveau-né n'aurait pas survécu. Plusieurs études ont montrés une forte corrélation entre la présence d'anticorps Waddlia ou Parachlamydia et l'avortement chez les bovins. De plus, le trophisme placentaire de ces bactéries intracellulaires a été prouvée par des analyses moléculaires et immunohistochimiques [1,7].

Nouvelles souches

La plupart des maladies infectieuses émergentes chez l'homme proviennent de pathogènes animaux qui ont développé des mécanismes élaborés pour infecter d'autres espèces. De plus, les maladies émergentes de l'homme sont généralement précédées par l'apparition du même agent pathogène dans une population animale. Toxoplasma, VIH, H1N1, la maladie de Creutzfeldt-Jakob, en sont quelques exemples bien connus.

Zusammenfassung

Die intrazellulären Bakterien vom Typ Waddlia und Parachlamydia spielen möglicherweise eine bedeutende Rolle bei Aborten, Frühgeburten, Tod in utero und intrauterinem Wachstumsrückstand im Tierversuch und wahrscheinlich auch beim Menschen. Es ist deshalb dringend notwendig, den Einfluss dieser neuen Bakterien bei der schwangeren Frau zu untersuchen. Zur Zeit führen wir Studien durch, um die Rolle, den Wirkmechanismus und die Epidemiologie von Chlamydia, Waddlia und Parachlamydia in der Schwangerschaft zu klären.

Le rôle pathogène de ces nouvelles souches (Waddlia ou Parachlamydia) chez l'homme n'avait jamais été étudié, et est le principal objet de notre recherche. L'homme est fréquemment exposé à Waddlia ou Parachlamydia, ce qui a été démontré par l'amplification de séquences d'ADN de ces bactéries à partir d'échantillons cliniques humains et par des études séro-épidémiologiques [1,7,8]. Parachlamydia est un agent reconnu de pneumonie chez l'homme [8].

Le rôle de Waddlia et Parachlamydia pendant la grossesse chez l'homme n'a jamais été étudié, excepté dans notre étude séro-épidémiologique [5]. Cette étude prospective, dans laquelle 438 patientes ont été incluses, démontre pour la première fois une association entre la fausse couche chez l'humain et la présence d'anticorps anti-Waddlia. La séroprévalence est plus élevée chez les patientes avec fausse couche (33 %) en comparaison à celle observée chez les patientes avec grossesse sans complication (7,1 %, $p < 0.001$). Dans une analyse logistique multivariée ajustée pour l'âge, l'ethnicité, le contact avec les animaux et la sérologie pour Chlamydia trachomatis, la fausse couche reste fortement associée avec une sérologie positive pour Waddlia avec un Odds Ratio de 4.9 (95 % CI 2.5-9.4). Cette association n'était pas due à une réaction croisée avec des anticorps contre Chlamydia trachomatis, Coxiella burnetii, Toxoplasma gondii, Brucella abortus et Parachlamydia acanthamoebae. Afin de préciser le mode de transmission de Waddlia, nous avons établis des questionnaires répertoriant les habitudes (alimentaires, sexuelles, ...) des patientes incluses dans l'étude mentionnée ci-dessus. Ce questionnaire a permis d'identifier la présence d'un animal de compagnie comme unique facteur de risque d'une infection par Waddlia (OR 1.7, 95 % CI 1.1-2.9 après ajustement des co-variables citées ci-dessus). Cependant, il est également envisageable que la transmission à l'homme se fasse par contact avec de l'eau contaminée, de la viande crue, du lait ou par contact sexuel.

Afin de procéder à une étude plus approfondie du rôle pathogène de Waddlia pendant la grossesse, nous avons mené une étude prospective au CHUV incluant un total de 535 femmes [4,9]. L'analyse ne

s'est pas limitée à la fausse couche, mais également à l'accouchement prématuré. Nous avons ainsi confirmé la forte association entre présence d'anticorps anti-Waddlia et fausses couches. De plus, de l'ADN de Waddlia a été amplifié à partir de placenta, d'urine et/ou de prélèvements vaginaux chez des patientes présentant des anticorps anti-Waddlia. Ceci contribue à confirmer le rôle de Waddlia dans la fausse couche chez l'homme, et non pas uniquement comme cause majeure d'avortement chez l'animal.

La population masculine ne semble pas épargnée par une infection par Waddlia [10]. Dans une étude épidémiologique que nous avons effectuée en collaboration avec l'Armée suisse et le Centre de Recrutement de Lausanne, 8,3 % de 513 jeunes militaires suisses étaient positifs pour Waddlia [10].

Investigation urgente

Il n'est pas clair si Waddlia cause une fausse couche ou un accouchement prématuré par infection endométriale ou par infection fœtale. Afin de tester la première hypothèse, nous avons infectés diverses lignées cellulaires provenant d'endomètres et de macrophages humains afin de prouver la capacité de Waddlia à entrer et se multiplier au sein de ces cellules humaines. Nous avons pu observer une excellente croissance de nature logarithmique au sein de ces cellules. Il est donc hautement probable que les cellules endométriales soient permissives à Waddlia et que l'infection endométriale joue un rôle majeur dans la pathogénèse de la fausse couche et l'accouchement prématuré. Lors d'infection endométriale, la fausse couche peut être consécutive soit à un effet direct cytopathique sur les cellules, soit à un effet indirect via la sécrétion de cytokines pro-inflammatoires [1,7].

Parachlamydia semble également jouer un rôle dans les pathologies fœto-placentaires chez l'homme [1,5,7]. Une autre étude a eu pour but d'investiguer la banque de liquides amniotiques du CHUV. Ce travail a permis de détecter le rôle de Parachlamydia dans la chorio-amnionite, le retard de croissance intra-utérin (RCIU) et l'accouchement prématuré.

Liste de références

1. Baud D, Regan L, Greub G (2008) Emerging role of Chlamydia and Chlamydia-like organisms in adverse pregnancy outcomes. *Curr Opin Infect Dis* 21: 70-76.
2. Baud D, Peter O, Langel C, Regan L, Greub G (2009) Seroprevalence of *Coxiella burnetii* and *Brucella abortus* among pregnant women. *Clin Microbiol Infect* 15: 499-501.
3. Baud D, Jaton K, Bertelli C, Kulling JP, Greub G (2008) Low prevalence of *Chlamydia trachomatis* infection in asymptomatic young Swiss men. *BMC Infect Dis* 8: 45.
4. Baud D, Goy G, Jaton K, Osterheld MC, Blumer S, Borel N, Vial Y, Hohlfield P, Greub G (2011) Molecular and serological evidence of the role of *Chlamydia trachomatis* in miscarriage. *Emerg Infect Dis* (paper accepted).
5. Baud D, Thomas V, Arafa A, Regan L, Greub G (2007) *Waddlia chondrophila*, a potential agent of human fetal death. *Emerg Infect Dis* 13: 1239-1243.
6. Corsaro D, Greub G (2006) Pathogenic potential of novel *Chlamydiae* and diagnostic approaches to infections due to these obligate intracellular bacteria. *Clin Microbiol Rev* 19: 283-297.
7. Baud D, Greub G (2011) Intracellular bacteria and adverse pregnancy outcomes. *Clin Microbiol Infect* (paper accepted).
8. Greub G (2009) *Parachlamydia acanthamoebae*, an emerging agent of pneumonia. *Clin Microbiol Infect* 15: 18-28.
9. Baud D, Goy G (2011) *Waddlia Chondrophila*: from bovine abortion to human miscarriage. *Clin Infect Dis* (In Press).
10. Baud D, Kebbi C, Kulling JP, Greub G (2009) Seroprevalence of different *Chlamydia*-like organisms in an asymptomatic population. *Clin Microbiol Infect*.

En résumé, les bactéries intracellulaires Waddlia et Parachlamydia pourrait jouer un rôle dans les fausses couches, accouchements prématurés, mort in utero et RCIU, non seulement chez l'animal mais aussi chez l'homme. Il est donc urgent d'investiguer l'impact de ces nouvelles bactéries sur la grossesse chez l'homme. Nous menons actuellement d'autres études afin de clarifier le rôle, l'épidémiologie et les mécanismes utilisés par *Chlamydia*, *Waddlia* et *Parachlamydia* pendant la grossesse.

Research on endometriosis and inflammation in the department of Gynecology and Obstetrics

The first recorded citation in the Oxford English Dictionary of the term inflammation dates from the mid 1500s and descriptions for the condition we today recognize as inflammation can be found in the earliest Egyptian medical papyri (circa. 2500 BC). However, inflammation, its onset and the agents which limit it remain incompletely understood.

Geraldine Canny CHUV, Lausanne

Inflammatory events are intimately linked with both physiological and pathological events in the endometrium. Endometriosis, an estrogen-dependent, inflammatory disease, affects 10% of women of reproductive age and an estimated 176 million women worldwide, with a considerable associated economic burden.

The defining feature of endometriosis is the presence of endometrial-like tissue outside the uterine cavity, in the form of lesions (ectopic endometrial tissue) primarily located on the peritoneum, in the ovaries, and also in the rectovaginal area. The main symptoms include chronic pelvic pain, dysmenorrhoea and deep dyspareunia. This condition is very frequently associated with infertility.

Novel therapeutic approaches are necessary as current treatments are not entirely effective, are associated with side effects and negatively impact fertility. Inflammation underlies all these symptoms and endometriosis, being a chronic inflammatory condition, is linked with subsequent cancer development.

The main symptoms include chronic pelvic pain, dysmenorrhoea and deep dyspareunia.

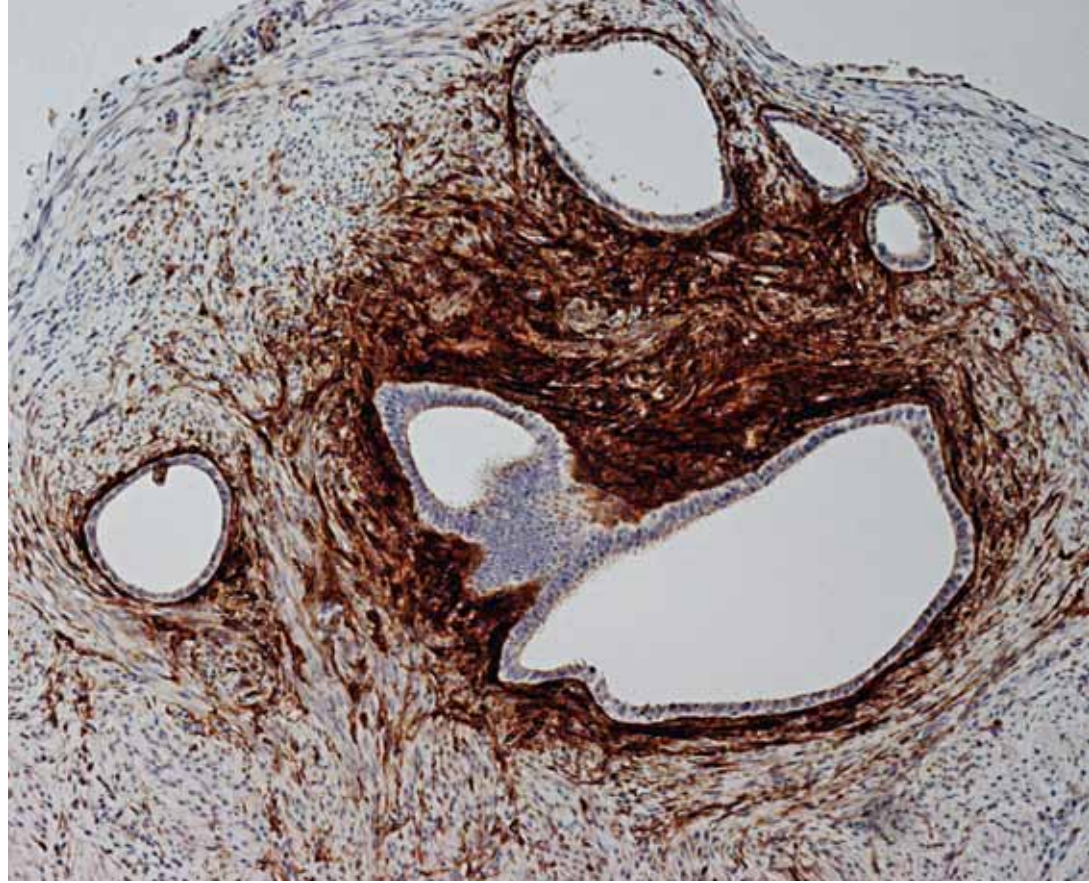
Endometriosis is characterized by an increased production of estrogen, prostaglandins, metalloproteinases, cytokines and other mitogenic growth factors which serve to facilitate adhesion, invasion and proliferation of endometrial tissue as well as angiogenesis. Altered sexual hormone and pro-inflammatory cytokine production and activity contribute to the progression of this disease. Estradiol (E2), the most potent estrogen, plays a significant role in the pa-

thology and signals via two main receptors ER α and ER β , ER α being the major receptor in the uterus. As inflammation plays a key role in the etiopathology of endometriosis, it is important to understand endogenous mechanisms that serve to augment and diminish inflammation in order to develop immunomodulatory therapeutics.

Peritoneal inflammation is associated with this disease and the peritoneal fluid of endometriosis patients contains an increased number of activated macrophages which serve as a major source of secreted cytokines, including Tumour necrosis factor alpha (TNF- α). TNF- α production is increased in both the endometrium and peritoneal fluid of women with endometriosis compared with control individuals. This cytokine activates various immune cells as well as playing an important role in cellular proliferation and apoptosis.

A major aim of our research is to investigate immuno-endocrine interactions, essential for normal endometrial function, and the contribution of inflammation to pathological mechanisms in endometriosis. We have recently described a novel capacity of TNF- α to activate estrogen receptor (ER) signaling in endometrial epithelial cells. TNF- α augmented expression of estrogen-regulated genes in these cells. Furthermore, TNF- α mediated ER transcriptional activity was dependent on the Extracellular Regulated Kinase (ERK) 1/2 pathway, an intracellular signaling pathway known to be activated during inflammation and proliferation. Co-treatment with a pure ER antagonist blocked this TNF- α -induced gene expression, demonstrating that this cytokine signals through ERs. Additionally, using siRNA to downregulate ER α we confirmed that TNF- α acts specifically via this receptor. Clearly, extensive cross-talk between the immune and endocrine systems occurs.

Immunohistochemical staining of CD10 (a stromal cell marker) in a peritoneal endometriotic lesion. Epithelial cells are present, surrounded by the stroma.



We are particularly interested in anti-inflammatory lipids called Lipoxins (LX) and their role in endometrial physiology and pathology. Lipoxins are eicosanoids which mediate a wide range of anti-inflammatory and pro-resolution bioactivities including inhibiting cytokine and chemokine production and consequent immunocyte influx and activation, attenuating tissue damage and reducing angiogenesis. These lipids are synthesized during inflammation and in the mucosa their formation frequently results from interactions between epithelial cells and leukocytes. LX therefore function as endogenous «stop signals» during inflammation and when given exogenously are protective in several inflammatory disorders both in vitro and in vivo. We have shown that the enzymes involved in LX biosynthesis are present in human endometrial tissue. The role of Lipoxins in the female reproductive tract is not known but based on their profile they represent a potential therapeutic for endometriosis.

Using a variety of readouts we have shown that Lipoxin A₄ possesses estrogenic properties and is a novel estrogen agonist, acting specifically via Estrogen receptor α in endometrial epithelial cells. It was previously thought that this lipid signaled via a G-protein coupled receptor (FPR2) but in the endometrium this is likely not the case as Estrogen receptor α is expressed at high levels in this tissue. However, at different phases during the menstrual cycle and during inflammation incoming leukocytes expressing FPR2 could conceivably be influenced by Lipoxin A₄. We have observed that Lipoxin A₄ acts like a weak estrogen and increased the expression of

estrogen-regulated genes both in vitro and in vivo. Interestingly, Lipoxin A₄ attenuated estradiol-mediated gene expression and proliferation in endometrial epithelial cells, this is consistent with the notion of a partial ER agonist. Data mining revealed a significant similarity between the structure of LXA₄ and Estradiol (E₂), one of the three major estrogens produced in the body. In fact, there is >85 % similarity between LXA₄ and E₂, a short acting, weak estrogen. When E₂ is continuously administered, a full estrogenic response is observed and in the presence of estradiol, E₂ demonstrates anti-estrogenic effects by directly binding ER α . Indeed, this is in line with the mixed agonist/antagonist activity mediated by LXA₄. High levels of E₂ are produced in late pregnancy and more recently it has been reported that circulating levels of LXA₄ are increased during pregnancy. As endometriosis symptoms wane during pregnancy it is tempting to speculate that LX are involved.

Given the anti-inflammatory properties of LX we also examined whether Lipoxin A₄ was protective in endometriosis. As human biopsies do not provide sufficient material for such mechanistic studies we developed a mouse model of this disease. This model involves the transfer of uterine tissue from a recipient mouse to a donor mouse and the ectopic tissue develops in a similar manner to human endometriotic lesions. Lipoxin A₄ caused a marked diminution in lesion size and also downregulated the expression of pro-inflammatory and pro-proliferative molecules. We are now characterizing the immunocyte

influx into the lesion and peritoneum with the objective of elucidating the major receptors and signaling pathways involved.

Using clinical samples we are also screening the expression of molecules involved in inflammation, eicosanoid production and proliferation to obtain a clearer understanding of the local inflammatory and anti-inflammatory processes in the eutopic and ectopic endometrium and in the peritoneal cavity. Tissue and peritoneal fluid samples from endometriosis patients and a control group are being collected. Levels of pro-inflammatory mediators are increased in the peritoneal fluid of endometriosis patients versus control subjects. We also observed a difference in LX receptor expression in lesions as compared to the eutopic endometrium of patients. Future studies will

investigate whether women with this disease have a reduced ability to mount immune responses and whether LX can augment cellular immune function.

The biologist and students who contributed to these studies are: Dr. Ilaria Gori, Rajesh Kumar, Ronan Russell and Chiara Pellegrini as well as Françoise Damnon, data manager. Dr. Chahin Ahtari is the principal clinical investigator, Dr. Eric Chardonnens and Dr. Dorothea Wunder also provide clinical samples. Dr. Maryse Fiche is the principal pathologist. Sincere thanks to all those involved in patient recruitment and sample collection. Funding from the Swiss National Science Foundation, Novartis and Roche research foundations is gratefully acknowledged. ■

Andreavit®

Pour un bon départ dans la vie

Vitamines et minéraux pour la grossesse

Formulé de façon optimale selon Dietary Reference Intakes* pour vitamines et minéraux:

- 11 vitamines, 9 minéraux et oligo-éléments
- Avantages particuliers: bêta-carotène, iode, sélénium



C: 11 vitamines: bêta-carotène, B₁, B₂, B₆, B₁₂, C, D₃, E, acide folique, biotine, nicotinamide, 9 minéraux et oligo-éléments: calcium, magnésium, chrome, fer, iode, cuivre, molybdène, sélénium, zinc. **I:** prévention des symptômes de carence avant, pendant et après la grossesse. Prophylaxie de l'anémie ferriprive pendant la grossesse et l'allaitement. **P:** 1 cp. pelliculé par jour. **Cl:** prise concomitante d'autres préparations contenant de la vitamine D. Hypervitaminose D, insuffisance rénale, troubles du métabolisme calcique, troubles de l'utilisation du fer, hypersensibilité à l'un ou plusieurs des composants du médicament. **EI:** troubles gastro-intestinaux; très rare: réactions allergiques. **IA:** tétracyclines, antiépileptiques. **E:** 30 et 90 cps. pelliculés. Liste C. Informations détaillées dans le Compendium Suisse des Médicaments.

Andreabal S.A., Binningerstrasse 95, 4123 Allschwil, Téléphone 061 271 95 87, Fax 061 271 95 88, www.andreabal.ch

*Dietary Reference Intakes, The National Academies (www.nap.edu) 2001

Former la relève – mission importante

Former la relève. Sans doute l'une des missions les plus importantes de toute institution médicale. Une relève capable de reprendre le flambeau aussi bien dans le cadre d'hôpitaux périphériques et universitaires, qu'en cabinets privés ou encore au sein d'unités de recherches spécialisées. Dans ce sens, le département de gynécologie-obstétrique du CHUV ne fait pas exception. Ainsi, deux jeunes gynécologues, David Baud et Nicolas Vulliemoz n'ont pas hésité longtemps avant de se lancer dans l'aventure de l'expatriation afin d'acquérir de nouvelles connaissances et des méthodologies inédites. Depuis l'étranger, ils nous racontent leur expérience au Mont Sinai Hospital de Toronto et à l'Université d'Oxford

Sylvie Logean

forum Comment s'est présentée l'opportunité de partir?

David Baud Mon séjour actuel à Toronto est mon 4^e séjour hors de Suisse pour raison professionnelle, après Londres, Saigon et Paris. Après discussion avec le Professeur Hohlfeld et le D^r Vial du département d'obstétrique au CHUV, il a été convenu que j'aille me former dans un centre qui draine énormément de pathologies. Ceci permet d'être confronté à beaucoup de cas difficiles en peu de temps, et ainsi d'acquérir rapidement une solide expérience. En outre, un de mes anciens Professeurs du St-Mary's Hospital de Londres a été formé à Toronto, et m'a vivement encouragé à déposer ma candidature.

Nicolas Vulliemoz J'avais le désir, depuis de nombreuses années, de me former en médecine de la reproduction et endocrinologie gynécologique. Le Professeur Hohlfeld m'a alors offert l'opportunité de partir à l'étranger, ce que je vois comme une très grande chance. Depuis avril 2010, j'effectue une sous-spécialité en médecine de la reproduction et endocrinologie gynécologique à l'Université d'Oxford. J'ai d'emblée eu un très bon contact avec l'équipe qui proposait une formation complète et enthousiasmante. Le choix a été très facile car le programme d'Oxford était clairement au-dessus des autres. Malgré tout, une telle décision est toujours un pari, car on ne sait jamais vraiment comment le séjour va se dérouler.

Avez-vous hésité à vous lancer dans cette expérience?

David Baud On hésite toujours à partir. En effet, il y a d'importantes implications sociales et financières à se lancer dans une telle expérience. Sociales, car on met entre parenthèse sa vie en Suisse pour un certain nombre d'années. Alors que vos amis continuent à construire leurs vies en s'installant en cabinet, en achetant leur maison, vous partez vivre comme un étudiant pour 2 à 3 ans. D'un point de vue financier, le sacrifice est non négligeable et l'investissement considérable. Un fellowship est considéré comme une formation, non comme un travail rémunéré, même si je travaille comme médecin environ 80 à 90 heures par semaines. Différentes bourses, telles le Fond de perfectionnement du CHUV, la Fondation SICPA, la Société Académique Vaudoise, ou encore Air Canada, me soutiennent pour pouvoir effectuer cette formation. Mais sans l'addition de mes propres économies et un emprunt bancaire, cela serait impossible.

Nicolas Vulliemoz Jamais! Cela représente une opportunité unique même si cela demande une très grande préparation et organisation.

Quel est la spécificité du cursus que vous suivez à l'étranger?

David Baud Le fellowship proposé par l'Université de Toronto dure deux ans et a pour but de former des spécialistes qui auront les compétences nécessaires pour devenir de futurs leaders académiques en médecine maternelle et fœtale. Le programme est soutenu par un large éventail de professeurs hautement qualifiés et offre une formation académique et clinique de haut niveau. C'est actuellement



le fellowship le plus réputé en médecine materno-fœtale du Canada et l'un des plus renommés d'Amérique du Nord. Plus de 6700 accouchements à hauts risques sont effectués chaque année au Mont Sinai Hospital de Toronto. Toutes les grossesses à hauts risques d'une population de 12 millions d'habitants sont suivies dans cet hôpital. Ce fellowship est à l'avant-garde de tous les aspects de la spécialité et est conçu pour être adaptable à la carrière universitaire et aux intérêts de chacun.

Nicolas Vulliemoz De mon côté, il s'agit avant tout d'une formation clinique avec néanmoins l'obligation d'avoir une activité de recherche. Nous venons de terminer un article de revue concernant les risques liés à la fécondation in vitro (FIV) qui sera publié prochainement. Nous sommes également en train de préparer un article sur le transfert d'un seul embryon en FIV (single embryo transfer). Un des risques majeurs de la FIV étant le risque de grossesses multiples. Dans notre centre, depuis que le transfert d'un seul blastocyste a débuté, le taux de grossesses multiples a diminué tout en maintenant des taux de grossesse inchangé. En Suisse à l'heure actuelle la congélation de blastocyste n'est pas autorisée par la loi sur la procréation médicalement assistée (LPMA).

Zusammenfassung

Nachwuchsförderung heisst auch, den jungen Kolleginnen und Kollegen ermöglichen, ihre Weiterbildung im Ausland zu vervollständigen und in der Forschung an renommierten Zentren mitzuarbeiten. Ein überdurchschnittliches Engagement der jungen Leute und die Schaffung von Netzwerken zur Zusammenarbeit in der Forschung über die Landesgrenzen hinaus sind die besten Voraussetzungen für den Erfolg. Darüber hinaus braucht es Mittel für die Sicherung des Lebensunterhalts, die aus verschiedenen Quellen generiert werden müssen. ■■■

Comment s'est passée votre intégration au sein de votre pays d'accueil?

David Baud Le travail à l'hôpital me prend presque tout mon temps, et ne laisse que peu de moments libres. Cependant, l'intégration dans de grandes villes comme Toronto, est facilitée par le fait que tout le monde est «étranger». J'ai reçu beaucoup d'aide et de soutien de la part d'autres expatriés, voisins, ou collègues qui sont arrivés ces dernières années au Canada.

Nicolas Vulliemoz Mon intégration s'est passée très facilement. Le Royaume-Uni est habitué aux étrangers et je n'ai jamais eu aucune remarque sur mon accent, par exemple. De plus le système de santé fonctionne grâce aux médecins étrangers, donc les patients ne sont pas surpris par le fait d'avoir un Suisse.

Comment voyez-vous cette expérience sur un plan professionnel et humain?

David Baud L'avantage d'un grand centre unique qui draine une population de 12 millions d'habitants est de pouvoir collecter un grand nombre de pathologies rares. Ceci permet de réaliser des études sur des bases de données énormes. Ayant appris l'utilisation de puissants programmes de statistique lorsque j'étais à l'Institut Pasteur à Paris, je travaille actuellement sur une base de donnée de plus de 100 000 patientes avec grossesses à hauts risques suivies au Mount Sinai Hospital. Nous nous intéressons particulièrement à améliorer la prise en charge des fœtus qui présentent une malformation intestinale (gastro-schisis) ou diaphragmatique (hernie de coupole, EXIT procedure). L'équivalent de cette formation en Suisse serait beaucoup plus long. Les sous-spécialités de cette formation sont supervisées par des leaders de renommée internationale, et ces contacts seront très utiles lors de mon retour au CHUV.

Nicolas Vulliemoz Du point de vue professionnel, il s'agit certainement d'une expérience fantastique, un privilège. C'est l'occasion d'être exposé à un très grand nombre de cas et à des situations cliniques complexes. Les bassins de population en Suisse sont petits et il est parfois difficile d'acquérir suffisamment d'expérience notamment dans les domaines très spécialisés. En outre, j'ai la chance d'avoir des patrons exceptionnels. Non seulement ce sont des cliniciens de premier plan mais ce sont aussi des per-



David Baud et
Nicolas Vulliemoz

sonnalités très accessibles qui ont un profond désir de transmettre leurs connaissances. Vous n'avez pas envie de les décevoir et les heures de travail ne comptent pas.

Selon vous, quels sont les bénéfices à vivre une telle aventure ?

David Baud Premièrement, cela permet de travailler dans une autre langue et d'améliorer ses connaissances. Une expérience à l'étranger offre également la possibilité de découvrir d'autres manières de travailler, d'autres prises en charges et techniques. Dans chaque endroit où j'ai travaillé, il y a d'excellentes idées à ramener en Suisse. Finalement, cela met en exergue le fait que nous avons en Suisse un système de santé particulièrement performant en comparaison à d'autres pays, sans liste d'attente de plusieurs années, sans 12 heures de route à faire pour voir un médecin.

Nicolas Vulliemoz Certainement la possibilité d'acquérir une vaste expérience clinique tout en étant dans un environnement de recherche très actif. On peut ainsi réaliser que la médecine peut être faite de manière différente et que la qualité de la médecine en Suisse est excellente, aussi bien en hôpital universitaire qu'en hôpital périphérique.

Décrivez-nous votre quotidien à l'hôpital...

David Baud Le fellowship à Toronto est composé de plusieurs modules. Une partie du temps est consacré à la recherche, l'autre à la clinique. A ce jour, j'ai effectué différentes rotations cliniques, en médecine maternelle, en médecine fœtale, au service d'hospitalisation prénatal, ainsi qu'en salle d'accouchement. De plus, j'effectue 3 à 4 gardes de 24 heures par mois en salle d'accouchement. Le fellow supervise les résidents et prend en charge toutes les grossesses à haut risque. Un important système informatisé permet de suivre simultanément les 24 salles d'accouchement, six salles de triage et trois salles d'opération depuis n'importe quel ordinateur. Les rotations futures prévues sont la génétique médicale, la fœtopathologie, et les échocardiographies fœtales.

Nicolas Vulliemoz Nous avons un planning établi deux semaines à l'avance qui permet d'être flexible. La semaine comporte des jours de consultation, une journée opératoire et environ un jour de recherche. Il y a également un certain nombre de colloques de formation répartis dans la semaine.

Pensez-vous que cette expérience peut permettre des avancées pour les futures recherches du CHUV ?

David Baud Il est indéniable que ceci permettra d'amplifier le nombre de collaborations scientifiques avec le CHUV. Il est parfois difficile de trouver un nombre suffisant d'échantillons pour pouvoir réaliser de grandes études et la collaboration de plusieurs grands centres permettra d'arriver à réaliser ces études plus rapidement. Il sera également plus facile de faire appel aux experts de renommée mondiale avec qui j'ai travaillé dans les différents hôpitaux étrangers.

Nicolas Vulliemoz Je l'espère sincèrement. Mon espoir est de pouvoir débiter, à mon retour, une collaboration notamment avec le service d'endocrinologie.

Comment voyez-vous l'intégration de ce savoir acquis à l'étranger ?

David Baud Pour une partie des recherches que j'effectue actuellement à Toronto, certains échantillons seront analysés à mon retour au CHUV prévu pour le 2^e semestre 2012, et constitueront vraisemblablement le point de départ d'une intense collaboration entre Lausanne et le Canada.

Nicolas Vulliemoz Du point de vue clinique, j'espère pouvoir développer une prise en charge globale de l'endométriозe dont Oxford est un centre de référence. De plus j'espère un jour pouvoir introduire la culture et la congélation de blastocystes de même que pouvoir offrir aux couples qui en ont besoin le diagnostic préimplantatoire (DPI) dont je coordonne l'activité ici à Oxford. Je vois tous les jours les bénéfices de ces deux techniques. Mais cela va dépendre de la révision de la LPMA car pour l'instant ces deux pans importants de la médecine de la reproduction ne sont pas autorisés en Suisse. ■

Erfahrungen einer Psychotherapeutin FSP in der gynäkologischen und geburts- hilflichen Spitalpraxis

Meine Klientel am Kantonsspital in Fribourg sind all jene Personen, welche psychische Belastungen und/oder psychosomatische Beschwerden in den Bereichen der Gynäkologie und der Geburtshilfe erleben. Meine Dienste werden durch die Ärzte oder das Pflegepersonal vermittelt, welche die Patientinnen an vorderster Front betreuen. Meine Patientinnen leiden u.a. unter gestörtem Essverhalten, Geburtsängsten oder postpartaler Depression. Ich helfe ihnen, diese Leiden psychisch zu verarbeiten.



Eva Zimmermann Fachpsychologin in Psychotherapie FSP, Konsiliarpsychologin an der Frauenklinik, Kantonsspital Fribourg

Wenn man bedenkt, dass die Ärzte bei den alten Griechen nicht unterschieden haben zwischen Körper und Geist, dass sie den Menschen immer als Ganzheit betrachteten und auch so behandelten, d.h. alle krankhaften Manifestationen an Körper und Seele als zusammenhängend und als Einheit pflegten, so hat durch die Dualismus-Theorie von Descartes (1596 bis 1650), der den Menschen als Res Extensa und Res Cogitans, also als Materie (Körper) und Geist betrachtete, die Medizin doch tiefgreifende Veränderungen erfahren. Die Kirche, welche den Menschen und seinen Körper als heilig betrachtete und das Sezieren des Körpers während Jahrhunderten verboten hatte, wurde nun durch die Wissenschaft abgelöst: Ärztinnen und Ärzte begannen, den menschlichen Körper zu erforschen. Sie eigneten sich die Res Extensa – den Körper – in gewissem Sinne an und untersuchten ihn intensiv. Die Res Cogitans jedoch – das Denkende oder der Geist – wurde als unergründbar und somit als «unwissenschaftlich» abgetan und der Kirche überlassen. Es bedurfte einiger Jahrhunderte, bis sich die Ärzte wieder des Geistes annahmen und die «Geisteskranken» nicht einfach in Asyle absoben und dort mehr oder weniger ihrem Schicksal überliessen.

Pluridisziplinäre Zusammenarbeit

Zu meiner Klientel gehören sowohl die stationären wie die ambulanten Patientinnen – und gelegentlich auch ihre Partner. Ein beträchtlicher Anteil von Patientinnen sind Immigrantinnen oder Asylsuchende, die oft abscheulichen Ereignissen ausgesetzt waren (Krieg, Vergewaltigungen mit oder ohne Schwangerschaft, Folter...) und erhebliche gynäkologische, aber auch psychologische Symptome aufweisen. Die Pluridisziplinarität sowie die enge und sehr gute Zusammenarbeit mit den Ärzten und dem Pflegepersonal ist Vorbedingung für die erfolgreiche psychotherapeutische Arbeit in einem Spitalmilieu.

Die Klientel aus der Gynäkologie in meiner Praxis leiden oft an psychosomatischen Beschwerden wie unerklärliche chronische Unterleibsschmerzen oder sexuelle Funktionsstörungen. Auch können viele Patientinnen erst in der gynäkologischen Praxis z.B. über ihr gestörtes Essverhalten sprechen und werden dann in der Folge an mich überwiesen.

Gynäkologische Patientinnen

Ich betreue in der Gynäkologie auch viele Onkologieklientinnen, die meist über lange Zeit behandelt werden müssen. Zu meinen Aufgaben gehören nicht nur die psychologische Begleitung der Chemo- und Strahlentherapie, sondern auch die Angstbewältigung und das Coping mit der Krankheit – wichtige Aufgaben einer Patientin, für die sie sehr gerne meine Unterstützung in Anspruch nimmt.

Ich behandle traumatisierte Frauen und Vergewaltigungsopfer, aber auch Störungen der Sexualität oder sexuelle Funktionsstörungen, ein weites Gebiet in der Praxis einer Spitalpsychologin. Dann begleite ich auch Personen mit transsexueller Problematik durch die Therapie und die Operationen, dies sowohl bei Umwandlungen von Frau zu Mann als auch von Mann zu Frau. Gestörte Sexualität als Auswirkung von Partnerschaftsproblemen betrifft einen weiteren Teil meiner therapeutischen Tätigkeit im Spital.

Die Vorbereitung und Begleitung von Operationen, postoperative psychologische Schwierigkeiten und die Verarbeitung von körperlichen Eingriffen sind immer wieder Themen meiner Therapie, gelegentlich auch die psychische Verarbeitung von lebensbedrohlichen Krankheiten wie HIV.

Sehr häufig konsultieren mich Frauen wegen eines Schwangerschaftsabbruchs. Auch wenn die aktuelle Gesetzeslage das Konsultationsgespräch nicht mehr



Toviaz®: Eine wirksame Lösung für ein delikates Problem^{1,2}

Fast jede dritte Frau mit einer hyperaktiven Blase ist von **Dranginkontinenz** betroffen.³

Toviaz® 8 mg*
64 % der Patienten werden «trocken»^{2†}

Toviaz®
Fesoterodinfumarat
Retardtabletten 4 mg und 8 mg
Wirksam bei Dranginkontinenz^{1,2}

Referenzen: 1. Kaplan SA et al. Superior efficacy of fesoterodine over tolterodine extended release with rapid onset: a prospective, head-to-head, placebo-controlled trial. BJU Int. 2010; Online-Publikation: 21. Sept. 2010; doi: 10.1111/j.1464-410X.2010.09640.x. 2. Herschorn S et al. Comparison of fesoterodine and tolterodine extended release for the treatment of overactive bladder: a head-to-head placebo-controlled trial. BJU Int. 2010;105(11):58-66. 3. Irwin DE et al. Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. Eur Urol. 2006;50:1306-15. 4. Fachinformation Toviaz®: Aktuelles Arzneimittel-Kompendium der Schweiz.

Toviaz® (Fesoterodin) Indikationen: Hyperaktive Blase (imperativer Harndrang, Pollakisurie oder Dranginkontinenz). **Dosierung:** Erwachsene: 1 x 4 mg/Tag; Tageshöchstosis 8 mg. Anwendung bei Kindern und Jugendlichen wird nicht empfohlen. **Kontraindikationen:** Harnretention, schwere Colitis ulcerosa, toxisches Megakolon, unbehandeltes Engwinkelglaukom, Myasthenia gravis, verzögerte Magenentleerung, schwere Einschränkung der Leberfunktion, gleichzeitige Anwendung von starken und mässigen CYP3A4-Hemmern bei Patienten mit mässiger bis schwerer Einschränkung der Leber- oder Nierenfunktion, Überempfindlichkeit gegen Fesoterodin oder Hilfsstoffe. **Vorsichtsmassnahmen:** Obstruktionen im Blasenbereich (Harnverhalt) und im Gastrointestinaltrakt (Pylorusstenose), verminderte gastrointestinale Motilität, Hiatushernie, autonome Neuropathie, behandeltes Engwinkelglaukom, Nieren- und Leberfunktionseinschränkung, starke CYP3A4-Induktoren, mässige CYP3A4-Hemmer, CYP2D6-Hemmer, bestehende Herzerkrankungen, gleichzeitige Anwendung mit QT-verlängernden Arzneimitteln. Akkomodationsstörungen und Beeinflussung der Reaktionszeit möglich. Schwangere und stillende Frauen sollten nicht mit Toviaz behandelt werden. **Interaktionen:** Möglich mit CYP3A4-Hemmern bzw. Induktoren, CYP2D6-Hemmern und Arzneimitteln mit anticholinergen Eigenschaften. **Unerwünschte Wirkungen:** Harnwegsinfektionen, Schwindel, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, trockene Augen, trockener Rachen, Mundtrockenheit, gastrointestinale Beschwerden, Dysurie. **Packungen:** Toviaz Retard-Tabletten 4 mg und 8 mg: Blisterpackung zu 14 und 84 Tabletten. Verkaufskategorie B. **Zulassungsinhaber:** Pfizer AG, Schärenmoosstrasse 99, 8052 Zürich. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Kompendium der Schweiz. [FI 17NOV08]

68250-87Jan11

* Die empfohlene Anfangsdosis von Toviaz® (Fesoterodin) beträgt 4 mg, einmal täglich. Je nach individuellem Ansprechen und Patientenstatus kann die Dosis auf 8 mg erhöht werden.⁴

† **Kontinenzrate gemäss Miktionsstagebuch:** Patientenzahl, die nach Baseline keine Dranginkontinenz-Episoden im 3-Tage-Miktionsstagebuch angaben, im Verhältnis zu Anzahl Patienten, die bei Baseline eine oder mehrere Dranginkontinenz-Episoden im Miktionsstagebuch angegeben hatten.^{1,2}

vorschreibt, so empfinden viele Frauen diesen Eingriff immer noch als hoch belastend. Ein klärendes Gespräch im Voraus – das manchmal auch zur Weiterführung der Schwangerschaft führt – aber auch ein Gespräch danach, werden als hilfreich empfunden und dankend angenommen.

Obstetrische Patientinnen

In der Geburtshilfe begegne ich eher selten jenen Frauen, die sich über eine schöne Schwangerschaft erfreuen dürfen. Häufiger habe ich es mit werdenden Müttern zu tun, die von Schwangerschafts- oder Geburtsängsten geplagt werden oder bereits eine traumatische Geburt oder Fehlgeburt erlebt haben. Immer wieder behandle ich Frauen mit z.B. Hyperemesis gravidarum oder mit drohender Frühgeburt. Dabei ist Stressbewältigung eine wichtige Interventionsmethode, da Stress das ganze vegetative Nervensystem, welches die zentralen Schwangerschafts- und Geburtsvorgänge steuert, negativ beeinflusst. Wissenschaftliche Studien lassen vermuten, dass sich die Behandlung dieser Stressparameter positiv auf eine Geburt auswirken.

Die postpartale Depression ist ein weiteres Konsultationsthema, das Frauen zum Glück immer wieder auch präventiv angehen, was in manchen Fällen zu

einem Ausbleiben des befürchteten Leidens führt. Ein beachtlicher Anteil meiner Patientinnen leiden an Infertilität oder Sterilität.

Unterschätzte psychische Belastung

Die psychische Belastung bei Fehlgeburten wird oft im ganzen Umfeld der betroffenen Frauen unterschätzt. Ein Fötus wird erstaunlicherweise von Vielen nicht als Kind bzw. als Mensch betrachtet – die nötige Verarbeitung des Todes eines ersehnten Kindes bleibt unvollendet. Viele Frauen fühlen sich alleine mit ihrem Schmerz, manchmal sogar von ihrem Partner im Stich gelassen, wenn der nicht (mehr) über den schmerzlichen Verlust sprechen will. Ein Ort, wo der Trauer Platz eingeräumt wird, ist dann sehr willkommen und wird von vielen Frauen und Paaren dankbar angenommen.

Infertilität ist für die betroffenen Paare eine sehr belastende Tatsache. Das jahrelange Versuchen und Warten, die jeden Monat enttäuschte Hoffnung und die oft sehr invasiven medizinischen Interventionen belasten das Paar und besonders die Frau erheblich. Sie führen gelegentlich auch zum Bruch der Beziehung. Die Verarbeitung dieser Herausforderungen stellen hohe Anforderungen an die Menschen. Sie darin zu begleiten, ist auch für mich eine herausfordernde, aber dankbare Tätigkeit.

Le texte en français paraîtra dans forum 3|2011

L'acceptabilité de l'auto-prélèvement HPV dans le cadre d'une campagne de dépistage du cancer du col de l'utérus au Cameroun

Dans le cadre de notre travail de Master, nous avons réalisé sous la supervision du Professeur Petignat (Médecin adjoint du service de gynécologie obstétrique des Hôpitaux Universitaires de Genève) une étude concernant les préférences des femmes Camerounaises à propos du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Amandine Berner et Sélim Ben Hassel Etudiants en 5^e année de médecine, Université de Genève



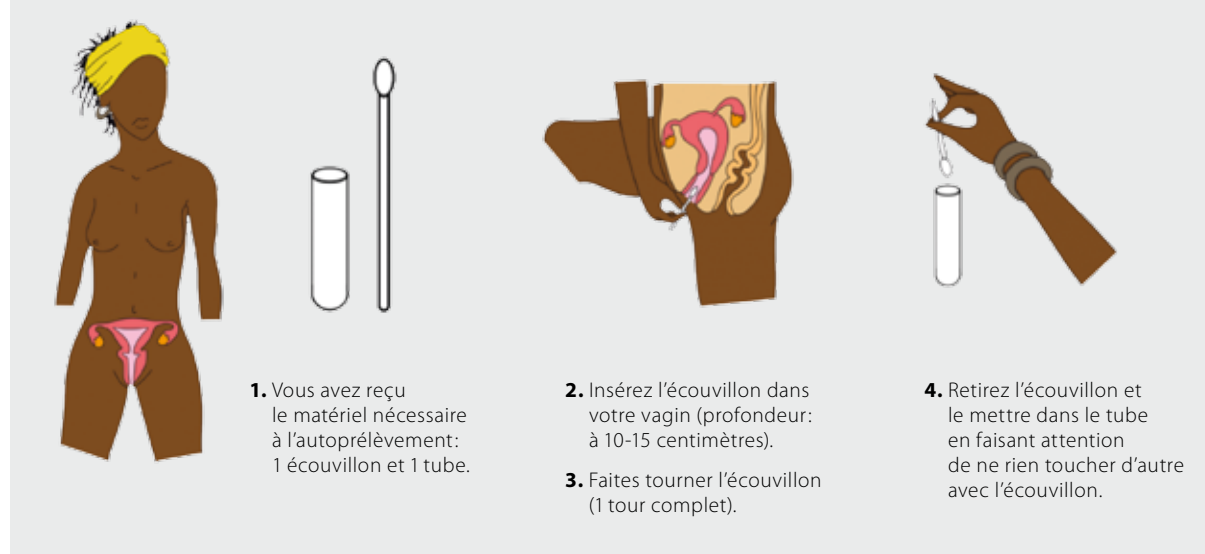
Le cancer du col de l'utérus représente en Suisse la douzième cause de mort par cancer chez la femme, grâce à un dépistage régulier chez le gynécologue. Dans tous les pays industrialisés, ce cancer a ainsi pu être réduit de manière significative depuis la mise en place de tels contrôles. Dans les pays en voie de développement et au Cameroun en particulier, il représente la première cause de mort par cancer chez la femme, à cause de l'absence d'un tel dépistage à l'échelle nationale. Ainsi, plus de mille femmes par année sont touchées par ce fléau, dont plus de la moitié en meurt.

Notre étude s'inscrit dans le cadre d'une coopération étroite entre les HUG et les autorités Camerounaises et doit aboutir à terme à la mise en place d'un dépis-

tage du cancer. Nous avons cette année enquêté sur un sujet en particulier, cherchant à définir les préférences des femmes entre la méthode conventionnelle de dépistage par un médecin et celle, plus récente, d'auto-dépistage. Pour cette dernière, les femmes introduisent elles-mêmes l'écouvillon dans le vagin pour ensuite le placer dans un flacon fermé, ne nécessitant pas la présence d'un médecin sur place. Le frottis est ensuite analysé et les femmes contactées en cas de détection du virus HPV. Les conclusions de notre recherche permettront d'orienter et d'adapter les futures campagnes de dépistage dans ce pays en proposant les méthodes les plus adaptées aux femmes.

Fig. 1

Comment effectuer l'auto-prélèvement?





La récolte des informations auprès des participantes, première étape du dépistage.

Protocole de l'étude

Les femmes volontaires pour cette étude devaient ainsi tester les deux méthodes successivement, et répondre ensuite à un questionnaire que nous leur soumettions. Ce questionnaire d'une trentaine de points évaluait plusieurs facettes des deux prélèvements, dont la douleur ressentie par les femmes ou leur sentiment de gêne. Le dépistage s'est déroulé au Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé (capitale du Cameroun) et était destiné en priorité aux femmes employées de l'hôpital (secrétaires, infirmières, aides soignantes, médecins). Nous avons enfin évalué grossièrement la connaissance des femmes à propos du virus HPV, et de son lien avec le cancer du col. Ce questionnaire a été validé avant notre arrivée par un comité d'éthique Camerounais; la campagne a été quant à elle orchestrée par le Dr P-M. Tebeu, gynécologue au sein du CHU de Yaoundé, dont l'aide a été indispensable pour les deux cent cinquante femmes qui ont bénéficié de ce dépistage gratuit.

Les défis rencontrés

Travailler dans un pays étranger signifie cependant faire face à des défis parfois imprévus; nous avons dû par exemple trouver d'urgence une salle pour les examens gynécologiques, commander tout le matériel nécessaire, installer ce dernier pour recevoir les premières patientes, et apporter des modifications de dernière minute au questionnaire de l'étude. Nous avons également appris à respecter une hiérarchie décisionnelle beaucoup plus protocolaire que celle que nous connaissons à Genève.

Les responsables de l'hôpital ayant averti leurs employées d'un tel programme, nous avons été très sollicités dès le début de celui-ci. Les femmes étaient en effet heureuses de bénéficier du dépistage et elles n'hésitaient pas à attendre de longues heures pour s'inscrire. Avant d'être enrôlées dans l'étude, nous avons récolté un maximum d'informations les concernant afin d'affiner le futur traitement des données mais surtout de retrouver les patientes dont le prélèvement montrait la présence du virus HPV. Nous avons là aussi eu quelques surprises, et avons dû gérer

Zusammenfassung

Als Folge der systematisch durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen hat das Zervixkarzinom stark abgenommen. Dies trifft für Entwicklungsländer nicht zu. Im Rahmen einer Studie vergleichen zwei Medizinstudenten aus Genf die klassische Vorsorgeuntersuchung in der Arztpraxis und die Selbstuntersuchung durch die Frau. Obschon die Selbstuntersuchung sehr einfach und schmerzlos ist, bevorzugen die Frauen die Untersuchung in der Arztpraxis. Dies aus Furcht, nicht das richtige Untersuchungsmaterial zu gewinnen. Für künftige Vorsorgekampagnen muss diesem Umstand Rechnung getragen werden: Sensibilisierung der Frauen für die Selbstuntersuchung und gezielte Informationen der Bevölkerung über das Zervixkarzinom, seine Entstehung und die möglichen Folgen.



De gauche à droite

Villageoise et son enfant,
village de l'est du Cameroun.

La longue file d'attente pour
les futures participantes.

les noms de famille à l'orthographe changeante, aux âges ou dates de naissance inexacts, ou aux femmes de passage à Yaoundé profitant du dépistage.

Les conclusions tirées de cette recherche

Nous avons vite tiré plusieurs enseignements précieux des questionnaires récoltés. Non seulement les femmes trouvaient le dépistage par auto-prélèvement moins douloureux, mais elles l'ont aussi trouvé très facile à réaliser. Cependant, elles ont préféré de manière générale la méthode de dépistage au cabinet du gynécologue, de peur de ne pas avoir placé l'écouvillon au bon endroit et d'avoir ainsi raté l'éven-

conclusion est donc d'informer plus efficacement la population camerounaise concernant cette maladie, si des campagnes de dépistage du cancer du col sont envisagées au moyen de l'auto-prélèvement. Enfin, il n'y a pas eu de différence significative de préférence de l'un ou l'autre test selon l'âge des patientes, comme nous avons pu l'observer dans d'autres études publiées sur le sujet. Notre étude, maintenant terminée, pourrait ainsi servir à informer et orienter les futures campagnes de dépistage du cancer du col au Cameroun; une autre étude est d'ores et déjà en préparation, confiée cette fois aux étudiants de la volée suivante qui partiront à Yaoundé au mois de juin prochain.

Informier plus efficacement la population camerounaise.

tuelle présence de la maladie. Une première conclusion serait donc d'améliorer la connaissance des femmes au sujet de cet auto-prélèvement, et insister sur le fait que sa sensibilité est aussi bonne que le dépistage pratiqué dans un cabinet de médecin. Nous avons également observé que les femmes avec de bonnes connaissances au sujet du HPV et de son lien avec le cancer du col ont été plus nombreuses à préférer l'auto-prélèvement que celles n'ayant que peu de connaissance à ce propos. Notre seconde

Remerciements

Notre étude n'aurait été possible sans le soutien des Hôpitaux Universitaires de Genève, (Fonds de péréquation des Hôpitaux Universitaires de Genève) et la société Lombard Odier Darier Hentsch. Nous remercions tous nos partenaires Genevois et Camerounais, sans qui un tel travail n'aurait pas vu le jour. Enfin, nous remercions particulièrement toutes les femmes dépistées qui ont accepté de participer à cette étude.

«Anatomie, Anatomie bitte verlass mich nie!»

Zweiter Kurs für fortgeschrittene gynäkologische Laparoskopie Swissendos
Fribourg, 17./18. Februar 2011

Swissendos in Fribourg ist ein multidisziplinäres Forschungs- und Ausbildungszentrum in endoskopischer Chirurgie, welches eng mit der Arbeitsgemeinschaft für endoskopische Gynäkologie zusammen arbeitet.

Prof. Michel Mueller Chefarzt Gynäkologie und Codirektor Universitätsfrauenklinik, Inselspital Bern

Die anatomischen Kenntnisse, die wir uns während des Medizinstudiums aneignen, gehören zu den Grundkenntnissen, die uns im klinisch-operativen Alltag begleiten. Und doch höre ich auf meine Fragen in Anatomie immer wieder von meinen Mitarbeitenden: «Ich weiss es nicht, der Anatomiekurs ist schon so lange her...!».

Die Laparoskopie stellt zusätzlich eine spezielle anatomische Herausforderung dar, da es nur wenige Lehrbücher gibt. Durch den speziellen Blickwinkel, den man bei einer Laparoskopie hat, ist es zum Teil noch schwieriger, die anatomischen Verhältnisse zuzuordnen. Dies wegen der intraoperativen Magnifikation und der Tatsache, dass mit dem Endoskop der Blick direkt auf die Strukturen gerichtet ist, der Gesamtüberblick jedoch fehlt.

Deshalb legte die Arbeitsgemeinschaft für endoskopische Gynäkologie in diesem zweiten Kurs für fortgeschrittene gynäkologische Laparoskopie den Akzent auf die anatomischen Grundkenntnisse. Nebst

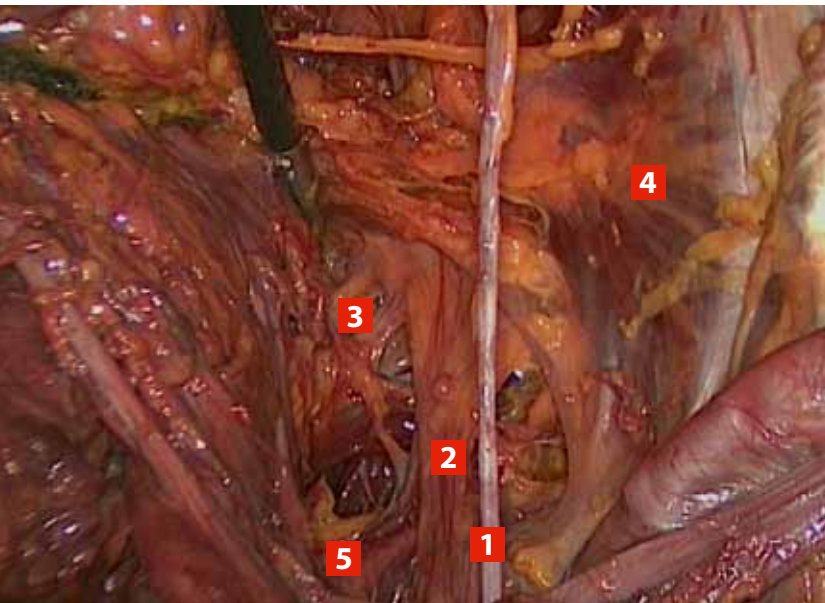
den praktischen, endoskopisch-operativen Übungen am Kadaver frischten wir mit theoretischen Lektionen die anatomischen Grundkenntnisse auf. Wir prägten uns einerseits alle Beckennerven, Beckengefässe und Lymphknotenstationen genauestens wieder ein und diskutierten unter dem speziellen Gesichtspunkt der Anatomie die laparoskopischen Eingriffe bei Hysterektomie, Endometriose und den onkologischen Operationen.

Dieser Kurs war nur dank einer langjährigen und engen Zusammenarbeit zwischen dem Anatomischen Institut der Universität Fribourg, dem Anatomischen Institut der Universität Bern und Swissendos möglich. Die Kadaver, die bei diesen Kursen operiert werden, sind von ausgezeichneter Qualität: Dank einer speziellen Fixierung kann unter realen Bedingungen operiert werden. Anders als bei der klassischen Formalinfixierung, die das Gewebe härtet, bleibt das Gewebe weich. Es handelt sich um ein spezielles



Das Operationsfeld wird am Bildschirm beobachtet.





Laparoskopische Dissektion

- 1 Nervus Obturatorius
- 2 Truncus lumbalis plexus sacralis
- 3 Ramus ventralis Plexus sacralis I
- 4 Musculus obturatorius internus
- 5 Arteria glutea superior

Konservierungsverfahren, benannt nach dem Anatomen Walter Thiel von der Universität Graz, das vorwiegend Ethylenglycol verwendet. Es sorgt dafür, dass die Konsistenz, die Beweglichkeit und die Farbe des Gewebes erhalten bleiben.

Vor dem Kurs wurden alle Kadaver ultrasonographisch untersucht, um sicherzustellen, dass die Teilnehmenden unter realen Bedingungen und optimalen anatomischen Voraussetzungen alle Schritte für eine laparoskopische Hysterektomie, gefolgt von einer pelvinen und paraaortalen Lymphadenektomie, durch-

führen konnten. So konnte der genaue Verlauf des Ureters studiert und alle Blutgefässe des kleinen Beckens und die wichtigen Nerven dargestellt werden.

Dem Kurs war auch dieses Jahr ein grosser Erfolg beschieden: Die Teilnehmenden kamen aus dem In- und Ausland nach Fribourg, um von dieser einmaligen Gelegenheit zu profitieren. Die Anzahl der Teilnehmer war jedoch auf 20 fixiert, damit alle Teilnehmenden aktiv an den praktischen Übungen mitmachen konnten. Um sicherzustellen, dass beim Kurs nur weibliche Kadaver mit Uterus operiert werden, kann dieser Kurs nur jedes zweite Jahr durchgeführt werden.

Auf Anfang 2013 planen wir den nächsten Kurs. Zwischenzeitlich werden wir im Swissendos weiterhin unsere eintägigen Kurse durchführen, um den Teilnehmenden Gelegenheit zu geben, mit Experten ein spezifisches Thema gründlich zu diskutieren und parallel dazu die entsprechenden praktischen Übungen durchzuführen.

Kernfortbildung der Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Endoskopie

22. Oktober 2011

Laparoskopische Operationen bei Adnextumoren: scheinbar ein einfacher Eingriff

11. November 2011 und 18. November 2011

Laparoskopische Hysterektomie

3. Dezember 2011

Endometriose-Standards: vom Bekanntem zum Neuesten vom Weltkongress 2011-03-13

9. Dezember 2011

Cours-Workshop Myome

Vergangenheit und Zukunft der Oberrheinischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OGGG)

Vom 31. März 2011 bis 2. April 2011 fand in Bern die 133. Tagung der OGGG statt, die von Prof. Michael Mueller und Prof. Daniel Surbek vortrefflich organisiert worden war. Praxis-relevante Vorträge und Workshops sowie Live-Übertragungen von Operationen aus Bern, Schaffhausen und Tübingen zogen die zahlreichen Teilnehmer in ihren Bann.

PD Edward Wight Präsident der Schweizer Sektion der OGGG 2008 bis 2011

Die ehrwürdige, 1905 auf Betreiben von Prof. Alfred Hegar (Freiburg im Breisgau) gegründete OGGG blickt auf eine wechselhafte 106-jährige Geschichte zurück.

Gynäkologen und Geburtshelfer aus Freiburg i. Br., Tübingen, Heidelberg, Stuttgart, Karlsruhe, Pforzheim, Mannheim, Ludwigshafen und Baden-Baden fanden sich mit Kollegen aus den damals zu Deutschland gehörenden Städten des heutigen Elsass (Strasbourg, Colmar, Mulhouse und Metz) zur Gründungsversammlung zusammen. Schon anlässlich der folgenden, anfänglich im Halbjahresrhythmus stattfindenden Tagungen wurden Schweizer Kollegen aus Basel, Bern und Zürich zur Teilnahme an der OGGG eingeladen, so dass die Gesellschaft 1906 bereits 75 Mitglieder zählte. Erst durch Gründung der französischen Sektion 1973 wurde die OGGG eine trinationale Gesellschaft. Während der ersten Jahre nach der Gründung führten standespolitische, teilweise sehr emotional geführte Diskussionen und persönliche Konflikte zwischen den «hohen Herren des Vorstandes» die neue Gesellschaft an den Rand der Auflösung. Daran beteiligt waren Alfred Hegar, Bernhard Kroning, Albert Doederlein, Hugo Sellheim, Hermann Fehling und Otto von Herff – die beiden letzteren bekleideten 1887 bis 1994 bzw. 1901 bis 1916 das Ordinariat in Basel – so hatte die Gesellschaft 1912 gemäss historischer Quellen nur noch zehn Mitglieder, was Hermann Fehling zur Bemerkung veranlasste, es drohe ein «Atrophietod».

Neubeginn nach 1945

Nachdem sich die OGGG von dieser inneren Krise erholt hatte, kamen die beiden Weltkriege als äussere, belastende Situationen dazu. Dass die Gesellschaft während dieser Zeit am Leben blieb, auch wenn zwischen 1914 und 1918 und zwischen 1935 und 1950 keine Gesellschaftssitzungen stattfanden, ist August Mayer zu verdanken, der von 1935 bis 1951 «Dauerprä-

sident» der OGGG war. Es war in besonderem Masse der Verdienst von Prof. Theodor Koller (Ordinarius in Basel 1942 bis 1969), dass die OGGG nach dem Zweiten Weltkrieg zu einem Neubeginn fand. Ihren Beitrag leisteten auch französische Kollegen, was sich in der Gründung der französischen Sektion widerspiegelte.

Junge Kolleginnen und Kollegen gesucht

Die erfolgreich durchgeführten Jahresversammlungen in Schaffhausen 2008, Rheinfelden (D) 2009, Belfort 2010 und dieses Jahr in Bern können nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Mitgliederzahl der Gesellschaft stagniert und sogar abnimmt. Die Ursachen dafür dürften vielfältig sein, doch leiden regionale Gruppierungen wie die OGGG unter der Konkurrenz grosser internationaler Fachgesellschaften, besonders wenn sie zweisprachig sind. Die OGGG hat in den letzten Jahren versucht, durch gemeinsame Tagungen mit der «Europäischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe Deutsch-Französischer Sprache», die Anzahl der Tagungsteilnehmer hochzuhalten, was für die Finanzierung der Tagungen und besonders für die finanzielle Mitbeteiligung der Industrie essentiell ist. Rekrutierungsmassnahmen in Deutschland und der Schweiz haben dazu geführt, dass heute in den beiden Sektionen 240 bzw. 75 Mitglieder registriert sind. Leider zählt die französische Sektion nur noch einige wenige, meist ältere Mitglieder und ist deshalb von der Auflösung bedroht. Der mittelfristige Fortbestand der OGGG hängt davon ab, ob junge Kolleginnen und Kollegen der trinationalen Region des Oberrheins für ein aktives Mitmachen in unserer traditionsreichen Fachgesellschaft gewonnen werden können. ■



Quellen H.H. Simmer, Aus den Anfängen der Oberrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie (1905 bis 1914).

A. Pfleiderer, 100 Jahre Oberrheinische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Das World Doctors Orchestra

Musik und Medizin: non-verbale Kommunikation auf höchstem Niveau

Musik begleitet mich bereits das gesamte Leben. Bereits mit vier Jahren fing ich an Violine zu erlernen. Aufgrund der Suzuki-Methode, bei der man zunächst nur nach Gehör spielt, genoss ich sowohl Einzel- als auch Gruppenunterricht und lernte schon früh das unbeschreibliche Gefühl kennen, in einer Gruppe zu musizieren.

Dr. med. Katharina Ruether

Diese Art der non-verbalen Kommunikation ist ausserordentlich faszinierend und ermöglicht es, diese Ebene auch auf nicht musikalischen Gebieten kompetent zu betreten. Während meines gesamten Medizinstudiums und in der nachfolgenden Zeit als Assistenzärztin habe ich versucht, so viel und so häufig wie möglich aktiv in Orchestern und anderen Musikgruppen mitzuwirken. Die musikalische Betätigung war und ist ein wichtiger Baustein der Erholung und Kompensation bei meiner grossen medizinischen Beanspruchung.

Als ich im Jahr 2007 von der Gründung des Weltärzterorchesters (World Doctors Orchestra WDO) erfuhr, bewarb ich mich sofort. Die Vorstellung eines Orchesters, das Musik, Reisen und eine karitative Unterstützung verbindet, zog mich sofort in seinen Bann.

Nach einem strengen Auswahlverfahren bekam ich nach einigen Wochen des Bangens die Zusage. Die Vorfreude bei der Ankunft der Noten war gross. Auf dem Programm standen Donizettis Ouvertüre zu «Der Liebestrank», die 9. Sinfonie von Dvořák, Beethovens Violinkonzert und als Zugabe der «Ungarische Tanz» von Brahms. Mit genauen Anweisungen und bereits enthaltenen Strichänderungen ging es nun ans Üben.

Als ich im Mai 2008 in Berlin anreiste und den Proben-saal betrat, war mein Erstaunen gross. Knapp hundert Ärzte und Ärztinnen aus mehr als zwanzig Nationen waren hier zusammengekommen. Man hörte viele verschiedene Sprachen; doch die Instrumente übten alle die gleichen schwierigen Stellen.

Prof. Stefan Willich, der Dirigent und Gründer des Orchesters (hauptberuflich Direktor des Instituts für Sozialmedizin der Berliner Charité) begrüsst uns herzlichst auf Englisch und gab uns Mut für die nächsten Tage, dieses grosse Projekt gemeinsam zu starten.

Professor Willich, ein ausgebildeter Violinist, Kammermusiker und Dirigent, konzentriert sich besonders auf die Musikalität der Stücke und zieht jeden Einzelnen vom ersten bis zum letzten Takt in (s)einen musikalischen Bann.

Obwohl die Proben-tage anstrengend waren, kamen die Pausen nicht zu kurz: Schnell kam man mit Kolleginnen und Kollegen aus unterschiedlichen Nationen ins Gespräch. Dieser spannende Austausch mit Menschen unterschiedlicher Fachgebiete, Erfahrungen und Nationen jedes Alters wurde nur durch vorsichtige Mahnungen des Dirigenten und die Lust am Weitermusizieren unterbrochen. Der aus Boston stammende Solist Peter Zazofsky unterstützte das Orchester bei Beethovens Violinkonzert. Ihm gelang es, diesem so berühmten Stück neue Dimensionen zu erschliessen.

An den Abenden nach den Proben war manchmal ein Programm organisiert, manchmal war es aber auch notwendig, die Reizüberflutung abzubauen (oder noch ein paar heikle Stellen zu üben). Hervorzuheben ist auch, dass wir in den täglichen Stimmproben von Mitgliedern der Berliner Philharmonie





angeleitet wurden, was die Intonation und die Harmonie innerhalb der Gruppe sprunghaft verbesserte.

Auf jeder Reise gibt es ein Konzert für eine bestimmte Patientengruppe und ein grosses Benefizkonzert. Die Erlöse jedes Benefizkonzerts kommen je zwei medizinischen Hilfsprojekten zugute. Zum einen unterstützt das Orchester seit seinem Bestehen die Hugo-Tempelman-Stiftung, die im südafrikanischen Township Elandsdoorn die einzige eine Klinik für rund 160 000 Menschen betreibt sowie verschiedene soziale Projekte in den umliegenden Armeniesiedlungen. Der zweite Teil der Erlöse gehen an Hilfsprojekte, die in Bezug zum Gastland der jeweiligen Konzertabende stehen.

Die Anspannung vor dem ersten Konzert in der Berliner Philharmonie war gross. Doch wie uns Zuhörer bestätigten, schafften wir es als Einheit aufzutreten. Es ist kaum zu glauben, in welcher kurzen Zeit wir – den unterschiedlichen Nationen zum Trotz – zu einem Orchester zusammenwachsen.

Aufgrund der verschiedenen Verpflichtungen ist es den meisten Teilnehmenden nicht möglich, bei jedem Konzert mitzuspielen. Daher gibt es einen Pool von ca. 400 potentiellen Musikerinnen und Musikern, aus dem Prof. Willich jedes Mal ein «neues» Orchester formt. Das WDO trifft sich zwei- bis dreimal pro Jahr in einem ausgewählten Land. Meist übernimmt ein Mitspieler die Organisation vor Ort. Bisherige Konzerte fanden in Deutschland, USA, Armenien und Taiwan statt. Für die nächsten Jahre sind u.a. Projekte in China und Südafrika geplant.

Obwohl die Unkosten für Reise und Unterkunft von den Teilnehmern selber getragen werden, ist dies für die wenigsten (auch für Australier, welche meist die höchsten Kosten haben) ein Verhinderungsgrund.

Ein persönliches Highlight war die WDO-Reise nach Armenien. Der Einblick in dieses faszinierende Land mit all seinen Gegensätzen war eine besondere Erfahrung.

Von links nach rechts

Der Dirigent Prof. Dr. med. Stefan N. Willich.

Blick auf das Orchester in der Konzerthalle in Berlin.

Der Solist Sergey Khachatryan.

Einen weltberühmten Solisten, wie Sergey Khachatryan live zu erleben und mit ihm Tschaikowskis Violinkonzert zu proben, ist eine Erfahrung, die jeden nachhaltig prägt. Das gesamte Orchester war vom ersten bis zum letzten Ton beeindruckt von seinem souveränen Spiel und fasziniert vom genialen Umgang mit seiner Violine und fühlte die Dankbarkeit, die er mit diesem Auftritt seinem Land vermittelte. Die Erfahrungen mit diesem Orchester zeigt, wie wunderschön und grenzüberschreitend die non-verbale Kommunikation sein kann. Meiner Ansicht nach sollten wir auch in unserem beruflichen Alltag vermehrt auf diese Kommunikationsart achten.

Es ist für alle Beteiligten eine grosse Ehre, an diesen Orchesterreisen teilnehmen zu dürfen. Nicht nur das gemeinsame Musizieren, auch das Kennenlernen von Kolleginnen und Kollegen aus verschiedensten Nationen ist eine grosse Bereicherung.

Mit dem musikalisch-karitativen Engagement möchte das WDO in einer breiten Öffentlichkeit das Bewusstsein für die Notwendigkeit eines globalen sozialen Engagements schärfen: Medizinische Versorgung ist ein Menschenrecht und eine wichtige Voraussetzung für die menschliche Entwicklung.

Das WDO setzt sich ideell und finanziell dafür ein, eine von nationalen Grenzen und politischen oder wirtschaftlichen Interessen unabhängige medizinische Versorgung der gesamten Weltbevölkerung sicherzustellen.

**Professor Hans Wyss
(1926–2011)**



Am 22. Februar 2011 wurde Professor Hans Wyss im Beisein seiner Familie von den geduldig ertragenen Altersbeschwerden erlöst. Wir nehmen Abschied von einem liebevollen Freund und geschätzten Kollegen.

Professor Wyss kam Anfang der siebziger Jahre als Leiter der Abteilung für Endokrinologie und als stellvertretender Direktor von Professor Otto Käser ans Basler Frauenspital. Seine Weiterbildung zum Frauenarzt erfolgte an der Universitätsfrauenklinik in Zürich bei Professor Held. Sie wurde ergänzt durch verschiedene Aufenthalte im Ausland. Ein längerer Aufenthalt zusammen mit seiner Familie in Seattle (Bundesstaat Washington/USA), ermöglichte es ihm, sich an der damaligen Hochburg der endokrinologisch-gynäkologischen Forschung unter dem späteren Genfer Ordinarius Professor Walter Herrmann weiterzubilden und sich in diesem Gebiet zu spezialisieren.

Mit seiner Berufung nach Basel wurde es Professor Wyss möglich, die wissenschaftliche Entwicklung der gynäkologischen Endokrinologie zu fördern. Dies bezeugen zahlreiche Publikationen in bedeutenden nationalen und internationalen Zeitschriften. So über die Forschungsergebnisse des von ihm geleiteten Teams, eine Monographie über die Funktion der Plazenta am Ende der Schwangerschaft durch die Bestimmung von Hormonen im mütterlichen Urin und etliche Übersichtsbeiträge für bekannte, fachliche Publikationen und medizinische Handbücher. Professor Wyss wies als erster Schweizer Forscher 1971 auf die grosse Bedeutung der Hormonrezeptoren und deren Bestimmung im Gewebe für die hormonale Behandlung des Brustkrebses hin. Er war als Hochschullehrer nicht nur wegen seiner wissenschaftlichen Tätigkeit, sondern auch für seine grossen didaktischen Fähigkeiten bekannt. In zahlreichen Kongressreferaten, Vorträgen und Vorlesungen gelang es ihm, die komplizierten Zusammenhänge der Endokrinologie der Frau und der biomolekularen

Hormonwirkung auf die Zellen leichter verständlich zu machen. Professor Wyss verfügte über eine humanistische Bildung und eine liberale Gesinnung, von denen viele Patientinnen, Kollegen, Studierende und Mitarbeitende profitieren durften.

Nach zehn Jahren Forschungs- und Lehrtätigkeit verliess Professor Wyss das Frauenspital, um in der Stadt eine gynäkologische Praxis zu führen. Unzählige Patientinnen haben von seiner breiten Ausbildung, von seinem theoretischen Wissen und von seiner grossen klinischen, geburtshilflichen und chirurgischen Erfahrung profitiert. Er verstand es, seine ihm anvertrauten Patientinnen optimal zu behandeln – nicht zuletzt dank seiner guten Vernetzung mit Spezialisten. Sein Sinn für soziale Gerechtigkeit motivierte ihn, sein Wissen und seine Erfahrung im Rahmen von humanitären Einsätzen auch anderen Ländern zur Verfügung zu stellen, so zum Beispiel Lettland.

Nach Aufgabe der Praxistätigkeit zog sich Professor Wyss 1996 auf «seine Mühle» in der Nähe von Dijon zurück. Als breit interessierter intellektueller Geist beschäftigte er sich mit dem Verhalten seiner Tiere, mit Quantenphysik und Besonderheiten der Natur, nicht zuletzt auch als aufmerksamer Gastgeber für seine Freunde.

In dankbarer Verbundenheit
Alfonso Castaño-Almendral, Prof. Em.

Fluomizin®
10 mg Dequaliniumchlorid

FLUOMIZIN®

BREITES WIRKSPEKTRUM GEGEN VAGINALINFEKTIONEN BAKTERIELLER UND MYKOTISCHER GENESE

- Antimikrobielle Aktivität gegen alle relevanten Pathogene vaginaler Infektionen
- Gute Verträglichkeit - Anwendung während Schwangerschaft und Stillzeit möglich
- Keine Resistenzen



Fluomizin®

Z: 10 mg Dequaliniumchlorid. **I:** Fluor vaginalis bakterieller und mykotischer Genese (z.B. bakterielle Vaginose und Candidiasis). **D:** Während 6 Tagen je 1 Tablette vor dem Schlafengehen tief in die Scheide einführen. **KI:** Ulzerierende Prozesse des Vaginalepithels oder der Portio. Nicht vor der Menarche. Überempfindlichkeit gegenüber einem der Inhaltsstoffe. **SS/St:** Fluomizin kann während Schwangerschaft und Stillzeit angewendet werden. Im ersten Trimester sollte eine Nutzen/Risiko-Abwägung erfolgen. **UW:** In seltenen Fällen Juckreiz, Brennen, Rötungen im Vaginalbereich. **P:** Vaginaltabletten 6, **kassenzulässig**. **Liste B.** Ausführliche Informationen entnehmen Sie bitte dem Arzneimittelkompendium der Schweiz. ZulassungsinhaberIn:

Estradot®
17β-estradiol

oestrogel®
17β-estradiol

UTROGESTAN®
micronised progesterone



Körperidentische Hormone.

Körperidentische Hormone gegen menopausale Beschwerden¹. Die Kombination von transdermalem 17β-Estradiol und mikronisiertem Progesteron zeigt keine Evidenz für ein erhöhtes Brustkrebs- und Thrombose-Risiko²⁻⁵.

1. Arzneimittelkompendium der Schweiz; <http://www.kompendium.ch>

2. Fournier A et al. Breast cancer risk in relation to different types of hormone replacement therapy in the E3N-EPIC cohort. Int. J. Cancer 2005; 114: 448–454

3. Fournier A et al. Unequal risks for breast cancer associated with different hormone replacement therapies: results from the E3N cohort study. Breast Cancer Res Treat 2008; 107(1): 103–111

4. Espie M et al. Breast cancer incidence and hormone replacement therapy: results from the MISSION study, prospective phase. Gynecological Endocrinology, 2007; 23(7): 391–397

5. Canonico M et al. Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: Impact of the route of estrogen administration and progestogens: The ESTHER study. Circulation 2007; 115: 840–845

Estradot® 25/37,5/50/75/100® Z: Transdermales Pflaster (DOT), das 25, 37,5, 50, 75 oder 100 µg/24 h Estradiol abgibt. Excip. ad praep. I: Behandlung der Symptome des Estrogenmangels infolge der natürlichen od. künstlichen Menopause. Vorbeugung od. Verzögerung einer durch Estrogenmangel induzierten Osteoporose bei postmenopausalen Frauen mit hohem Frakturrisiko, für die eine Behandlung mit anderen zur Prävention der Osteoporose zugelassenen Arzneimitteln nicht in Frage kommt, od. bei Frauen die gleichzeitig an behandlungsbedürftigen Symptomen des Estrogenmangels leiden. Bei Frauen mit intaktem Uterus muss die Estrogensubstitution stets mit einem Gestagen ergänzt werden. D: Applikation alle 3–4 Tage. Niedrigst wirksame Dosierung anwenden, so kurz wie möglich behandeln. Einzelheiten: s. Kompendium. KI: Bekannter od. vermuteter Brustkrebs, bekannter od. vermuteter Endometriumkarzinom od. andere estrogenabhängige Neoplasie, diagnostisch nicht abgeklärte abnormale Vaginalblutung. Schwere Lebererkrankung. Dubin-Johnson-Syndrom u. Rotor-Syndrom, frühere od. bestehende venöse thromboembolische Erkrankungen (z. B. tiefe Venenthrombose, Lungenembolie), bekannte Gerinnungsstörungen od. Thrombophlebitis, frühere od. bestehende arterielle thromboembolische Erkrankungen (z. B. Angina pect., Myokardinfarkt, Schlaganfall), Porphyrie, bekannte Überempfindlichkeit gegen Estrogene od. gegen andere Bestandteile von Estradot, bekannte od. vermutete Schwangerschaft, Stillzeit. VM: Nicht zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen einsetzen; erhöhtes Risiko für venöse Thromboembolie (z. B. tiefe Venenthrombose od. Lungenembolie), Chirurg. Eingriffe, längere Immobilisation. Erhöhtes Brustkrebsrisiko. Monotherapie mit Estrogen: erhöhtes Endometriumkarzinom-Risiko bei Frauen mit intaktem Uterus. Restendometriosen. Diagnostisch nicht abgeklärte persistierende vaginale Blutungen od. Spotting. Langandauernde Estrogenmonotherapie erhöht das Risiko von Endometriumkarzinomen, wenn die Behandlung nicht durch sequenzielle Gestagenterapie ergänzt wird. Erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines Ovarialkarzinoms. Demenz. Therapie sofort absetzen bei: Gelbsucht, Verschlechterung der Leberfunktion, signifikanter Blutdruckanstieg, Neuauftreten von migräneartigen Kopfschmerzen, Schwangerschaft od. falls eine der unter »KI« genannten Bedingungen eintritt. Flüssigkeitsretention möglich. Hypertriglyzeridämie, Diabetes. Kontaktsensibilisierung, schwere Überempfindlichkeitsreaktion. Sorgfältige Nutzen/Risiko-Abwägung bei Einsatz von Osteoporoseprophylaxe. IA: Präparate, welche arzneistoffmetab. Enzyme induzieren, insb. Cytochrom P450 Enzyme. Antikonvulsiva, Meprobamat, Phenylbutazon, Antiinfektiva. Proteaseinhibitoren, Johanniskraut. UW: Sehr häufig: Spannungsgefühl in den Brüsten, Reaktionen an der Applikationsstelle nach Entfernen des Pflasters. Häufig: Depression, Kopfschmerzen, Migräne, Benommenheit, Nausea, Bauchschmerzen, Blähungen. Blutungsanomalien, Fluor vaginalis, Brustvergrößerung, Gewichtsveränderung, Ödem, Juckreiz und Ausschlag um die Applikationsstelle herum, Gelegentlich: Brustkrebs, Erbrechen, Alopezie, Hirsutismus, genitale Candidiasis, uterines Leiomyom, veränderte Libido. Selten und sehr selten: s. Arzneimittelkompendium. Liste B. Detaillierte Informationen: Arzneimittelkompendium der Schweiz oder www.documed.ch. Zulassungsinhaber: Novartis Pharma Schweiz AG, Bern.

Oestrogel® Z: 17β-Estradiol. I: Estrogenmangel-Symptome als Folge der Menopause. Prophylaxe der Osteoporose bei menopausalen Patientinnen. D: Niedrigste wirksame Dosierung anwenden, so kurz wie möglich behandeln. Täglich 1 Dosierungsmass oder 2 Hübe Oestrogel® (1,5 mg Oestradiol) auf Schultern und Arme applizieren. Die Dosierung muss individuell angepasst werden. Maximaldosierung: 5 g Gel/Tag. Bei Frauen mit intaktem Uterus durch eine Gestagenterapie ergänzen. KI: Mamma- oder Endometriumkarzinom, nicht behandelte Endometriumhyperplasie, nicht abgeklärte Vaginalblutungen, schwere Leberschäden, thromboembolische Störungen, Porphyrie, Überempfindlichkeit gegen Bestandteile, Schwangerschaft und Stillzeit. VM: Überwachung von Patientinnen mit einem Risiko von estrogenabhängigen Tumoren oder thromboembolischen Erkrankungen, Leiomyomen, Hypertonie, Lebererkrankungen, Epilepsie, Migräne, Diabetes, Endometriose, generalisierter Lupus erythematoses, Asthma, Otosklerose, Sichelzellanämie, Herz- oder Niereninsuffizienz, Ödemen, andauernde Blutungen, Tetanie und multipler Sklerose. Therapie sofort absetzen bei: Verschlechterung der Leberfunktion, Blutdruckanstieg, Wiederauftreten von Migräne, Schwangerschaft, venöse Entzündungen, grösserer Gewichtszunahme, Augen- oder Ohrenerkrankungen, koronaren Herzkrankheiten und Schlaganfall. IA: Antikonvulsiva, Antiinfektiva, Protease-Hemmer, Johanniskraut. UW: Gelegentlich: Hautveränderungen, Vaginalfloraänderung, Metrorrhagie, Endometriumhyperplasie, Spannungsgefühl in den Brüsten, Kopfschmerzen, Migräne, Ödeme und/oder Gewichtsveränderungen. Selten: Mastopathie, Brechreiz, Bauchkrämpfe, Blähung, Gallenlithiasis, Schwindel. Erhöhtes Risiko für Brustkrebs, Endometriumkarzinom und thromboembolische Störungen. Liste B. Detaillierte Informationen: Arzneimittelkompendium der Schweiz oder www.documed.ch. Zulassungsinhaber: Vifor AG, CH-1752 Villars-sur-Glâne.

Utrogestan® Z: Progesteron. I: Orale Verabreichung: prämenstruelles Syndrom, Menstruationsstörungen, Prämenopause, Menopause. D: Prämenstruelles Syndrom, unregelmässige Menstruation: 200 mg bis 300 mg/Tag während 10 Tagen. Menopause: 200 mg/Tag in Kombination mit einem Östrogen während 12 bis 14 Tagen des Zyklus. KI: Lebertumor, Leberleiden, Rotor- oder Dubin-Johnson-Syndrom, Genitalblutungen ungeklärter Ursache, Porphyrie, arteriell oder venösen thromboembolischen Störungen, Hirnblutungen, Neoplasien der Brust oder der Geschlechtsorgane, Herpes gestationis, Überempfindlichkeit auf Inhaltsstoffe der Kapseln oder Erdnussallergie. VM: Jährliche gynäkologische Untersuchung, Mammographie. Abklärung der ausgiebigen oder unregelmässigen genitalen Blutungen. Sofortige Einstellung der Behandlung: thrombo-embolische oder thrombo-phlebitische Prozesse, cerebrale Apoplexie, Ikterus, Blutdruckerhöhung, generalisierten Pruritus, abnormale Leberparameter, Hepatomegalie, Lebertumor, Myom, schwere depressive Zustände. IA: Barbiturate, Antiepileptika, Rifampicin, Phenylbutazon, Spironolaktone, Griseofulvin, Ampicillin, Tetrazykline, Antidiabetika, übermässiger Tabakkonsum, Alkoholmissbrauch. UW: Orale Verabreichung: Häufig: Amenorrhö, Verminderung des menstruellen Zyklus, unregelmässige Blutungen, Kopfschmerzen. Gelegentlich: Mastodynie, Schläfrigkeit, Schwindel, cholestatische Ikterus, Hautstörungen, gastrointestinale Störungen. Selten: Gewichtsschwankungen, Veränderung der Glukosetoleranz, anaphylaktischer Schock. Depression. Liste B. Detaillierte Informationen: Arzneimittelkompendium der Schweiz oder www.documed.ch. Zulassungsinhaber: Vifor AG, CH-1752 Villars-sur-Glâne.

Vifor Pharma

Vifor SA, Route de Moncor 10, 1752 Villars-sur-Glâne 1, Telefon 058 851 61 11, www.viforpharma.com

NOVARTIS

Novartis Pharma Schweiz AG, 3001 Bern, Telefon 031 377 31 11, www.novartispharma.ch