

Kongress Splitter 2017

Kongressbericht vom 10. Berliner Symposium für Kinder- und Jugendgynäkologie

Vom 27.-29.4.2017 fand in den Räumlichkeiten dbb forum berlin das 10. Berliner Symposium für Kinder- und Jugendgynäkologie in Kooperation mit der österreichischen und schweizerischen Arbeitsgemeinschaft (GYNEA) für Kinder- und Jugendgynäkologie statt. Die Referenten/innen aus Deutschland, Österreich, Schweiz und Großbritannien kamen aus verschiedenen Fachbereichen (Gynäkologie, Pädiatrie, Kinder- und Jugendendokrinologie, Kinderchirurgie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Ecothrophologie) um eine länderübergreifende und fachübergreifende Sichtweise auf die Kinder- und Jugendgynäkologie zu ermöglichen. Fast 300 Teilnehmer/innen aus Deutschland und Nachbarländern sorgten für rege Diskussion in den Vorträgen und Workshops. Es war uns eine besondere Freude Herr Prof. Paul Wood, President of European Association of Paediatric and Adolescent Gynaecology (EUROPAG), begrüßen zu dürfen.

Das diesjährige Programm umfasste aktuelle und zukünftige Herausforderungen wie u.a.

- Fertilitätserhalt
- Probleme durch Migration
- Früh-Normale Pubertät
- Pharmakotherapie in der Kinder- und Jugendgynäkologie
- Transsexualität
- Plastisch chirurgische Eingriffe bei jungen Mädchen

Eine kurze Zusammenfassung einiger Sitzungen:

Prof Nawroth, gynäkologische Endokrinologe aus Hamburg, referiert über die Möglichkeiten der **Fertilitätsprotektion**. Die Fertilitätsprotektion bei jungen Frauen mit onkologischen Erkrankungen und Therapien hat in der letzten Zeit große Fortschritte gemacht. Doch auch bei onkologischen Therapien im Kindesalter muss schon an die Möglichkeit der Gonadenschädigung gedacht werden und bei der Beratung der Eltern mit berücksichtigt werden. Ein problematischer Faktor ist das geringes Zeitintervall bis zur geplanten onkologischen Therapie und die oft schwierige Beratungssituation. Die Chemotherapeutika unterscheiden sich hinsichtlich ihres Risiko der Gonadenschädigung in ein hohes, mittleres und niedriges Risiko. Entscheidend scheint das biologische Alter bei Beginn der Chemotherapie zu sein. Mädchen vor der Pubertät sind weniger gefährdet. Neben der Chemotherapie kann auch eine Bestrahlung zu einer Gonaden- und Uterusschädigung führen. Bewährte Therapien zur Fertilitätsprotektion im Erwachsenenalter sind im Kindesalter teilweise nicht erfolgreich. Eine Kryokonservierung von Ovargewebe kann in jedem Lebensalter vorgenommen werden und im Erwachsenenalter, wenn Kinderwunsch besteht, retransplantiert werden. Das Netzwerk FertiProtekt, an dem über 100 reproduktionsmedizinische Zentren in Deutsch, Österreich und Schweiz angeschlossen sind, hat große Fortschritte bei erwachsenen Frauen erreicht. Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen befindet sich jedoch noch im Aufbau und wird nur in wenigen Zentren gemacht.

Prof. Dittrich (Biologe aus Erlangen) berichtete über den Stand in Deutschland in seinem Vortrag: **Uterus- wie weit sind wir mit der Uterustransplantation**. Frauen mit einer uterinen Infertilität (Z.n. Hysterektomie, Bestrahlungsschäden bei Tumorpatientinnen, angeborene Malformation wie z.B. das Mayer-Rokitanski-Küster Hauser Syndrom) haben

bisher in Deutschland keine legale Möglichkeit eigene Kinder zu bekommen, da die Leihmutterchaft verboten ist. Die heterologe Uterustransplantation ist jedoch erlaubt. Die ersten erfolgreichen Uterustransplantationen, mit bisher 5 geborenen gesunden Kindern, wurden in Schweden von Prof. Brännstrom durchgeführt. In Deutschland wurden bisher 2 Transplantationen in Tübingen durchgeführt. Das Transplantationsteam in Erlangen plant ebenfalls eine Transplantation. In seinen Ausblick auf die Zukunft stellt Prof. Dittrich die Experimente mit einem künstlichen Uterus und die Kryokonservierung des Uterus vor Radatio des kleinen Beckes vor.

Welche Auswirkungen **die Migration** auf die Kinder- und Jugendgynäkologie hat wurde in 3 Vorträgen beleuchtet. Dr. Zerm, Gynäkologe aus Witten, berichtete über die Genitale Verstümmelung von Mädchen. Nach den Zahlen der WHO und UNICEF sind ca. 200 Millionen Frauen beschnitten und jährlich kommen 2-3 Millionen dazu. In mehr als 30 Ländern wird der Brauch praktiziert. Man rechnet, dass in Deutschland mindestens 30 000 Frauen beschnitten oder von einer Beschneidung bedroht sind. Es leben in Deutschland 80 000 Mädchen aus den Prävalenzländern. Frau Prof. Dörfler, Gynäkologin aus Wien, berichtete über Migration – Hymenbeurteilung aus sexualpädagogischer und forensischer Sicht und Frau Dr. Emine Yüksel, Gynäkologin aus Berlin, über den Umgang mit Migrantinnen in der gynäkologischen Praxis.

Frau Prof. Gohlke, Kinderendokrinologin aus Bonn, referierte über „**Säkularer Trend für Pubertätsbeginn**“. Der säkulare Trend für Größe und Pubertät beschreibt die Veränderung der körperlichen Entwicklung von einer Generation zur nächsten. Mitte des 19. Jahrhunderts lag das durchschnittliche Menarchealter bei 16 – 18 Jahre und bis Mitte des 20. Jahrhunderts war eine kontinuierliche Abnahme des Menarchealters auf 12,7-12,8 Jahre festzustellen. Seitdem zeigt sich jedoch in Mitteleuropa keine weitere wesentliche Abnahme des Menarchealters. Der Beginn und Verlauf der Pubertät werden durch zahlreiche Gene gesteuert. Jedoch nicht nur genetische Faktoren spielen bei der Steuerung der Pubertät eine Rolle, sondern auch zahlreiche Umweltfaktoren. Es ist schon lange bekannt ist, dass die intrauterine und kindliche Ernährung eine wichtige Rolle spielt. Eine Adipositas bei Mädchen führt über das erhöhte Leptin zu einer frühen, eine Anorexie oder extremer Leistungssport zu einer verspäteten Pubertät. In Diskussion stehen auch endokrine Disruptoren (endocrine disrupting chemicals), chemische Substanzen die mit Steroidhormonen interferieren, als Auslöser einer frühen Pubertät. Zahlreiche andere bekannte (Ernährung, körperliche Bewegung, Nebennierenaktivität, chronische Krankheiten), aber auch bisher unbekannte Faktoren sind Gegenstand intensiver Forschung. Die Daten zur Entwicklung sind wichtig, da eine Abgrenzung von früh normaler Pubertät zur echten Pubertas präcox wichtig sind. Ein früher Pubertätsbeginn gilt als Risikofaktor für das Auftreten von Mammakarzinom, Diabetes mellitus und kardiovaskulären Erkrankungen im Erwachsenenalter.

Über die Auswirkung der Ernährung für den Pubertätsbeginn berichtete Frau Prof. Buyken, Ökothrophologin aus Dortmund, die an der DONALD-Studie mitbeteiligt ist. Die DONALD-Studie (Abkürzung für: Dortmund Nutritional and Anthropometric Longitudinally Designed) wurde 1985 am Forschungsinstitut für Kinderernährung (FKE) begonnen. Es handelt sich um eine offene Langzeit-Kohorten-Studie. In einer engmaschigen Untersuchung werden vom Säuglings- bis ins Erwachsenenalter mit detaillierter Datenerhebung zu Ernährung, Wachstum, Entwicklung, Stoffwechsel und Gesundheitsstatus erhoben. Modifizierbare Einflussfaktoren auf den Pubertätsbeginn sind von besonderem Interesse. Anhand detaillierter Erhebungen von frühen und späten Pubertätsmarkern konnte die

DONALD-Studie erstmals zeigen, dass eine höhere Fettmasse vor Pubertätsbeginn nicht mit einem früheren Pubertätsbeginn assoziiert war, sondern vielmehr mit einer Verkürzung der Pubertätsdauer, was in einem früheren Erreichen späterer Pubertätsstadien resultierte. Zudem unterstreichen die Befunde der DONALD-Studie, dass weitere Ernährungsfaktoren vor Pubertätsbeginn für den Zeitpunkt des Pubertätseintritts von Bedeutung sind. So zeigte sich z. B., dass bei Mädchen mit der höchsten präpubertären Isoflavonaufnahme die Brustentwicklung etwa 0,7 Jahre später begann und als bei Mädchen mit der niedrigsten Isoflavonaufnahme. Daneben scheint auch die Proteinzufuhr, tierische Proteine führen zu einem früheren Pubertätsbeginn, eine Rolle zu spielen.

Über die psychosozialen und psychosexuellen Auswirkungen einer frühen Pubertät berichtete Frau Dr. Wermuth, Ärztin an der Kinder- und Jugendpsychiatrie München. In zahlreichen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass eine frühe Pubertät ein Risikofaktor für die Entwicklung von Essstörungen, Depressionen, Angststörungen und riskantem Sozial- und Sexualverhalten ist. Durch die häufig älteren Peers kommen sie früher in Kontakt mit Nikotin, Alkohol und Drogen und das Risiko für riskantes Sexualverhalten ist erhöht (ungeschützter frühzeitiger Geschlechtsverkehr). Daher sollte eine besondere psychosoziale Begleitung der betroffenen Jugendlichen und deren Eltern angestrebt werden.

In der Sitzung **Diagnostik und Therapie bei Transsexuellen** berichtete der Kinder- und Jugendpsychiater Dr. Alexander Korte (München) über „**Mädchen oder Junge? Was ist Geschlechtsdysphorie und Homosexualität.** In der diagnostische Einordnung nach ICD-10 10 Klassifikation wird noch von Geschlechtsidentitätsstörung aber im neuen ICD 11, der in Bearbeitung ist, wird von Genderinkongruenz gesprochen und DSM 5 von einer Genderdysphorie. Es werden immer häufiger bei Kinder- und Jugendmedizinern bzw.-psychiatern und -psychotherapeuten Patienten vorgestellt, die bezüglich ihres biologischen Geschlechts große Unsicherheit bzw. Unzufriedenheit empfinden und den Wunsch äußern, im anderen Geschlecht leben zu wollen. Die Häufigkeit einer Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter liegt bei ca.1% mit steigender Tendenz. Der Grund ist die bessere Aufklärung über die Problematik, die Zunahme der medialen Verbreitung von Fällen und die neueren Behandlungsmethoden. Es gilt als gesichert, dass nur eine Minderheit von Kindern mit Geschlechtsdysphorie im Erwachsenenalter das Vollbild einer (dann transsexuellen) Geschlechtsidentitätsstörung entwickelt. Dies legt einen altersdifferenzierten, ausgangsoffenen Behandlungsansatz nahe, der bei jüngeren Kindern vorrangig auf die Stärkung des Zugehörigkeitsgefühls im Geburtsgeschlecht abzielt. Bei Adoleszenten mit Transsexualität ist eine psychotherapeutisch begleitete Alltagserprobung indiziert. Die Einleitung von entwicklungs- oder körperverändernden Hormontherapien sollte indes nicht vor Abschluss der somato- und psychosexuellen Entwicklung erfolgen.

Dr. K. K. Winkler-Crepaz (Österreich) berichtete über „**Transgender in der Pubertät - Innsbrucker Erfahrungen**“. Im Transgenderzentrum Innsbruck werden zurzeit über 100 Transgender Patienten betreut. Die Betreuung transsexueller Jugendlicher erfordert eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit und sollte daher initial an spezialisierten Zentren erfolgen. Besteht der Wunsch nach einer gegengeschlechtlichen Hormontherapie um die sekundären Geschlechtsmerkmale des biologischen Geschlechts zu unterdrücken so kann gemäß internationaler Empfehlungen ab Tannerstadium 2 bis 3 bzw. frühestens mit 12 Jahren eine Pubertätsunterdrückung mittels GnRH-Analoga durchgeführt werden. Ab einem Alter von 16 Jahren kann mit der Gabe der Sexualsteroiden des Wunschgeschlechts in aufsteigender Dosierung wie bei Pubertätsinduktion begonnen werden. Früh begonnene hormonelle

Maßnahmen zur Pubertätsunterdrückung können die Entwicklung als belastend empfundener sekundärer Geschlechtsmerkmale, die zu einer Zunahme psychischer Komorbiditäten führen können, verhindern. Zudem kann die bereits im Jugendalter begonnene gegen geschlechtliche Hormontherapie die später eventuell angestrebten operativen Eingriffe zur Geschlechtsanpassung erleichtert und das kosmetische Ergebnis deutlich verbessert werden.

Der pädiatrische Endokrinologe Dr. A. Wüsthof (Hamburg) sprach in seinem Vortrag über **„Transsexualität im Kindes- und Jugendalter – Endokrinologie“**. Bei einer Geschlechtsidentitätsstörung im Kindes- und Jugendalter lassen sich in der Regel keine anatomischen, chromosomalen oder endokrinologischen Anomalien feststellen: Der Körper wird als unstimmig mit dem gefühlten Geschlecht empfunden, was zu erheblichem Leidensdruck führen kann. Die Behandlung soll im Pubertätsstadium nach Tanner 2-3 begonnen werden mit einem kritischen Zeitfenster zwischen 10-13 Jahre. Erster Schritt ist zunächst die Pubertätsunterdrückung mit GnRH-Analoga bei beiden Geschlechtern. Bei Jungen können die pubertären Veränderungen wie Stimmbruch und Bartwachstum durch Antiandrogene (Cyproteronacetat) und Mädchen zur Unterdrückung der Menstruation Gestagene (Desogestrel) verwendet werden. Dieser Schritt ist noch reversibel. Der zweite Schritt die gegengeschlechtliche Hormontherapie setzt eine ausführliche psychologische Beurteilung durch Gender-Spezialisten aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie voraus. Die Indikation hierfür sollte von zwei unterschiedlichen Gender- Spezialisten gestellt werden. Wenn der oder die Jugendliche dann über einen längeren Zeitraum den Alltag im Zielgeschlecht lebt, führt der Einsatz gegengeschlechtlicher Hormone (mit Estrogenen bzw. Testosteron) dazu, dass sich der Körper dem gefühlten Geschlecht angleicht. Der Therapiestart mit gegengeschlechtlichen Hormonen erfolgt mit ca. 16 Jahre (im Einzelfall mit 13/14 Jahre). Der dritte Schritt, eine eventuelle operative Angleichung, darf erst mit ab 18 Jahren erfolgen.

Am 28.4. fand die Mitgliederversammlung und Neuwahl des Vorstands statt. Wiedergewählt wurde Frau PD Dr. Patricia Oppelt, Gynäkologin Universitätsklinikum Erlangen, die weiterhin den 1.Vorsitz übernimmt, Frau Dr. Stephanie Lehmann-Kannt, Pädiaterin und pädiatrische Endokrinologin Universitätsklinikum Saarland Homburg/Saar, die den 2. Vorsitz übernimmt, Frau Dr. Ivonne Bedei, Gynäkologin Klinikum Frankfurt-Höchst, Frau Dr. Birgit Delisle, niedergelassene Gynäkologin München, Frau Kirstin Salzgeber, Kinderendokrinologin Endokrinologikum Ulm. Neu im Vorstand ist Frau Desiree Dunstheimer, Kinderendokrinologin Klinikum Augsburg. Herr Prof. Dr. Dörr, bisheriger 2. Vorsitzender der AG, scheidet aus dem Vorstand aus und wurde mit einer Rede von seinem Kollegen und Freund Prof. Hauffa verabschiedet.

Neben den eingeladenen Vorträgen fand dieses Jahr auch eine Nachwuchsförderung im Rahmen einer Postersitzung statt. Der Vorstand der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie prämierte die Autoren der drei besten Poster. Den 1. Preis erhielt Frau Linda Henrich, von der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Mannheim, für ihre Posterpräsentation: „Epidermale Inklusionszyste im ehemaligen Klitorisbereich nach Beschneidung im Kindesalter“. Den 2. Preis erhielt Frau Theresia Thysak, von der Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe des Klinikums Frankfurt Höchst, für „Differentialdiagnosen bei rezidivierenden zystischen Unterbauchtumoren mit erhöhten Östradiolwerten – ein Fallbeispiel. Den 3. Preis ging an Frau Kerstin Brandt, von der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, St Gertauden-Krankenhaus Berlin für „Ulcus vulvae acutum Lipschütz“ case report.

Kongressbericht Europäischer Kongress für Kinder- und Jugendgynäkologie, 07.-10.06.2017, Vilnius.

Der Europäische Kongress für Kinder- und Jugendgynäkologie wird alle 3 Jahre in verschiedenen europäischen Ländern veranstaltet. Dieses Jahr fand er in Vilnius/Litauen, statt. Mit über 300 Teilnehmern aus verschiedenen europäischen und außer europäischen Ländern war der Kongress ein großer Erfolg.

Vor Kongressbeginn wurde das Internationale Examen für Kinder- und Jugendgynäkologie (IFEPAG) abgehalten. Frau PD Katharina Rall, Oberärztin der Universitätsfrauenklinik Tübingen und Frau Dr. Janina Butterweck, geb. Meiser, Kinderärztin an der Vestischen Kinderklinik in Datteln, beide Mitglieder der Deutschen Arbeitsgemeinschaft, haben das Examen erfolgreich abgelegt. Das IFEPAG Examen haben inzwischen 241 Kollegen/innen aus aller Welt absolviert.

Das wissenschaftliche Programm war vielfältig und hochwertig. Der Höhepunkt war ein Vortrag von Prof. Mats Brännstrom aus Schweden über „human uterus transplantation with livebirths“. Mittlerweile gibt es schon erfolgreiche Zweitschwangerschaften bei Frauen mit transplantierten Uteri.

Verschiedene Sitzungen befassten sich unter anderem mit kongenitalen Fehlbildungen, PCOS, Kontroversen und Neuigkeiten bei der Diagnostik und Therapie des Turner Syndroms, HPV, abnorme Pubertätsentwicklung, Kontrazeption bei gesunden Adoleszenten und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen, Menstruationsbeschwerden, POF und vieles mehr.

Im Rahmen des Kongresses wurde auch ein neuer EURAPAG Vorstand gewählt. Deutschland ist mit Frau Dr. Ivonne Bedei aus Frankfurt weiterhin im Vorstand vertreten. Sie nimmt im neuen Vorstand die Funktion der „Secretary General“ ein.

Der nächste Europäische Kongress 2020 wird in Rotterdam stattfinden. Der Präsident in den nächsten 3 Jahren ist Dr. Paul Wood (Großbritannien), die Präsidentin ab 2020 ist Assoc.Prof. Zana Bumbuliene (Lettland).