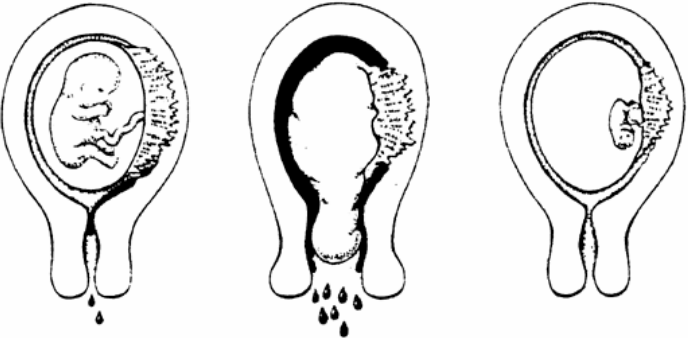


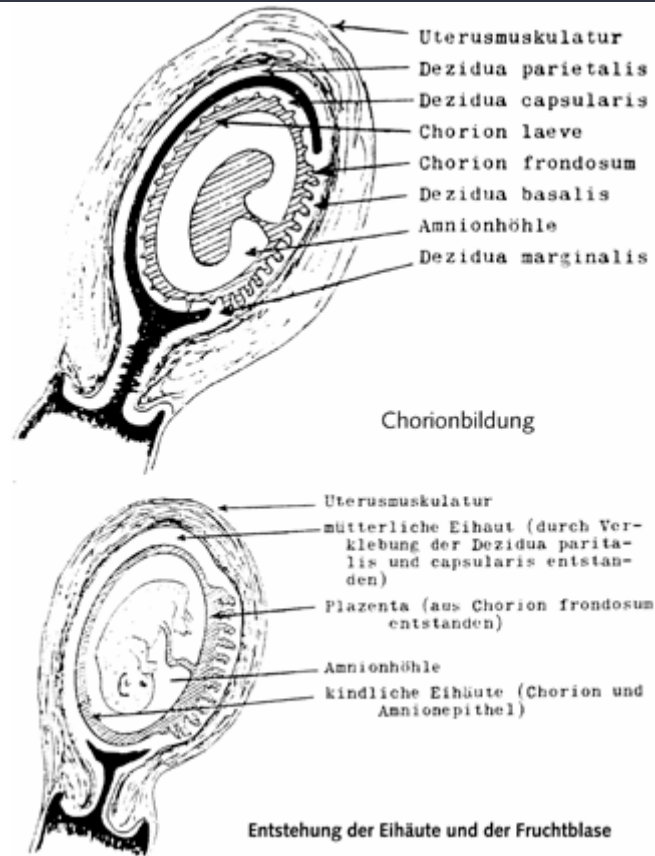
## GYNÄKOLOGIE-Lexikon

<p><b>Abnabelung</b></p>	<p><b>Sofortabnabelung:</b> (unmittelbar nach Entwicklung des Kindes)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bei Kinder mit Morbus haemolyticus fetalis muß eine Abnabelung unmittelbar nach der Entwicklung des Kindes erfolgen, weil sonst zuviele Antikörper zum Kind überfließen können.</li> </ul> <p><b>Frühabnabelung:</b> (Abklemmen der Nabelschnur etwa 1 Minute nach der Geburt), nachdem eine erste Versorgung des Kindes erfolgt ist (Abwischen der Augenlider, Absaugen der Mundes und Rachens)</p> <p><b>Spätabnabelung:</b> (Abklemmen der Nabelschnur nach Sistieren der Nabelschnurpulsationen), d.h. nach Übertritt des Plazentablutes, was zu einer bis zu 30% vergrößerten Gesamtblutmenge beim Neugeborenen führt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Günstig bei Kindern mit Anämien, die nicht durch Blutgruppeninkompatibilität verursacht wurden.</li> </ul>
<p><b>Abort, Stadien</b></p>	<div style="text-align: center;">  </div> <p>Abortstadien: Links: Abortus imminens (Muttermund geschlossen, Schwangerschaft intakt, leichte Blutung). Mitte: Abortus in progress (Muttermund öffnet sich, fehlende Vitalitätszeichen, stärkere Blutung). Rechts: Missed abortion (Muttermund geschlossen, Schwangerschaft nicht intakt, keine Blutung)</p>
<p><b>Abruptio placentae</b></p>	<p><b>Definition:</b> Teilweise oder vollständige Ablösung der normal sitzenden Plazenta von ihrer Haftfläche vor oder unter der Geburt. Es kommt häufig zu Blutungen aus mütterlichen und ebenfalls aus kindlichen Gefäßen. Bevorzugt betroffen sind ältere Schwangere und Mehrgebärende.</p> <p><b>Ursachen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 60% ungeklärt</li> <li>- 30% EPH-Gestosen</li> <li>- mechanische Ursachen (z.B. Sturz, Stoß in den Unterbauch)</li> </ul> <p><b>Klinik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- heftiger, plötzlich auftretender Unterbauchschmerz</li> <li>- allgemeines Unwohlsein (Angst, Schwindel, Atemnot, Ohnmacht)</li> <li>- Blutung ex utero (starke Blutung selten, zunächst Blutung in den Uterus hinein)</li> <li>- Schocksymptomatik</li> <li>- evtl. Verbrauchskoagulopathie</li> </ul> <p><b>Diagnose:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- druckempfindlicher, gespannter Uterus</li> <li>- CTG: fetale Hypoxiezeichen</li> <li>- Sonographie: retroplazentares Hämatom, evtl. ohne Blutung nach außen, bei Hinterwandplazenta schwer nachweisbar</li> <li>- vaginale Untersuchung nur in Sectiobereitschaft</li> </ul> <p><b>Therapie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mehrere dicke, periphere Gefäßzugänge, Schockbekämpfung</li> <li>- Erythrozytenkonzentrate bereitstellen</li> <li>- Sectiobereitschaft</li> <li>- Intensivüberwachung</li> </ul>

<b>Alpha-Fetoprotein</b>	<p>Das Glykoprotein Alpha-Fetoprotein wird im Dottersack, in der Leber und im Verdauungstrakt gebildet. Durch den fetalen Urin gelangt es ins Fruchtwasser. <b>Im mütterlichen Serum findet sich ein Anstieg bis zur 32. Woche.</b> Eine Untersuchung des mütterlichen Serums auf AFP sollte bei Verdacht auf eine Fehlbildung in der 16. - 18. SSW erfolgen.</p> <p><b>Erhöhte AFP- Werte</b> finden sich bei Neuralrohrdefekten, Omphalozele, Meningomyelozele, Anenzephalus, aber auch bei Mehrlingsgravidität oder falscher Tragzeitberechnung. Sie bedürfen immer einer weiteren Abklärung.</p>			
<b>APGAR-Index</b>	Punkte	0	1	2
	Herzfrequenz	fehlt	< 100	> 100
	Atmung	fehlt	langsam oder unregelmäßig	regelmäßig, schreiend
	Absaugreaktion	fehlt	Grimassieren	Husten, Niesen
	Hautfarbe	zyanotisch	Stamm rosig, Extremitäten blau	rosig
	Muskeltonus	schlaff	mittel, geringe Beugung	gut, aktive Bewegung
<b>Blasenmole</b>	<p>überschießende <math>\beta</math>-HCG-Produktion mit Werten von <b>500 000 bis über 1 000 000 IE/ Urin (normale Schwangerschaft 8. SSW: bis 100 000 IE/ Urin).</b></p> <p>Dadurch Überstimulation der Ovarien mit <b>Luteinzysten und Hyperemesis.</b></p> <p>Bei 3 - 10% <b>Zeichen der Hyperthyreose</b> durch vermehrte Bildung von HCT (humanes Chorionthyreotropin).</p> <p>Therapie: Entleerung des Uterus, Zytostatika (z.B. Methotrexat, Actinomycin D, Etoposid), Hysterektomie nur bei therapieresistenten Blutungen.</p>			
<b>Chiari-Frommel-Syndrom</b>	<p>postpartal persistierende pathologische Laktation (Galaktorrhoe) verbunden mit einer Laktationsatrophie der Genitale (Uterusatrophie, Ovarialinsuffizienz mit sekundärer Amenorrhoe). Ursache ist eine idiopathische Hyperprolaktinämie.</p>			

<p><b>Chorionkarzinom</b></p>	<p>stellt eine Trophoblastneubildung dar Vorkommen: <b>50% der Fälle im Anschluss an eine Blasenmole, 25% im Anschluss an einen Abort</b>, 25% im Anschluss oder während einer normalen Schwangerschaft.</p> <p><b>Klinik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• erneute oder persistierende Blutungen und HCG-Werte</li> <li>• mangelnde Involution (Rückbildung) oder Größenzunahme des Uterus post partum</li> <li>• bläuliche Metastasenknötchen an der Portio bzw. Vagina</li> <li>• pulmonale oder neurologische Symptome durch Metastasen</li> </ul> <p><b>Diagnostik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HCG im Serum massiv erhöht</li> <li>• palpatorisch großer, weicher Uterus</li> <li>• Sonographie: Uterus ("Schneegestöber"-Bild), kleines Becken (Ovarialzysten?, Metastasen?), Leber (Metastasen?)</li> <li>• Thorax in 2 Ebenen zur Metastasensuche</li> <li>• spezielle Diagnostik, z.B. CT</li> <li>• Tumormarkerkontrolle SP-1</li> </ul> <p><b>Metastasierung:</b> Sie erfolgt über 3 Wege:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• frühzeitig und vorrangig hämatogen in Lunge, Gehirn und Skelett</li> <li>• lymphogen in Vagina, Vulva</li> <li>• per continuitatem in die Parametrien</li> </ul> <p><b>Therapie:</b> Chemomit Methotrexat, Actinomycin <b>Heilung möglich, auch bei bereits erfolgter Metastasierung !</b></p>
<p><b>CTG</b></p>	<p>Bei der Kardiotokographie werden simultan die kindlichen Herzaktionen und die Wehentätigkeit aufgezeichnet. Daraus ermittelbare Parameter sind: basale Herzfrequenz: Mittelwert über 5 - 10 min; Norm: 120 - 160</p> <p><b>Oszillationen:</b> wehenunabhängige, kurzfristige Änderungen der HF; undulatorischer und saltatorischer Oszillationstyp gelten als weitgehend normal; der eingeschränkt undulatorische sowie silente Oszillationstyp gilt als Warnsignal, kommt aber auch beim schlafenden Feten vor</p> <p><b>Akzelerationen:</b> HF - Beschleunigung bei Kindsbewegungen, äußeren Reizen oder bei Wehen; nur das völlige Fehlen von Akzelerationen gilt als pathologisch</p> <p><b>Dezelerationen:</b> HF - Abfall im Zusammenhang mit einer Wehe</p> <p>-Typ I (frühe D.): wehensynchroner Abfall der HF</p> <p>-Typ II (späte D.): HF - Abfall erst nach dem Höhepunkt der Wehe; z. B. bei einer Plazentainsuffizienz</p> <p>-Typ III (variable): Kombination von Typ I und II; z. B. bei Nabelschnurkomplikation</p> <p>Frühe Dezelerationen und wehenunabhängige Akzelerationen (z. B. bei Kindsbewegungen oder äußeren Reizen) sind physiologisch. Als Warnsignale für eine Plazentainsuffizienz gelten späte Dezelerationen, anhaltende Tachy- oder Bradykardie und der silente Oszillationstyp.</p>

**Eihäute und Fruchtblase**



**Einstellung**

beschreibt den vorangehenden Teil im Geburtskanal. Wenn die kleine Fontanelle tastbar ist, spricht man von Hinterhauptslage (Normalfall), bei tastbarer großer Fontanelle von Vorderhauptslage, bei vorangehender Pfeilnaht von Scheitellage sowie von Gesichtslage, wenn beispielsweise die Nase als Leitstelle dient.

**Endometriumkarzinom, Stadieneinteilung**

Die **getrennte Cervix-Corpus-Curettag**e erbringt beim Endometriumkarzinom den histologischen Nachweis und erlaubt die Beurteilung der Tumorausdehnung auf Korpus (FIGO I) oder Zervix (FIGO II).

Die Palpation der Adnexe und Parametrien ist meist unergiebig, außer im fortgeschrittenen Stadium (**ab FIGO III**).

Zystoskopie und Rektoskopie erlauben die Beurteilung der Infiltration von Blasen- bzw. Rektumschleimhaut (**FIGO IVa**).

Stadieneinteilung des Endometriumkarzinoms (FIGO)

Stadium	Kriterien
0	Carcinoma in situ
I	Tumor auf das uteri begrenzt
Ia	Tumor auf das Endometrium begrenzt
Ib	Tumor auf das Myometrium begrenzt. Infiltration > 50%
Ic	Tumor auf das Myometrium begrenzt. Infiltration > 50%
II	Tumorausdehnung auf die Zervix, aber auf den Uterus begrenzt
IIa	Endozervikale glanduläre Tumorausdehnung
IIb	Tumorinvasion in das Zervixstroma
III	Tumorausdehnung über den Uterus hinaus auf das kleine Becken
IIIa	Infiltration der Uterusserosa bzw. Adnexbefall, positive intraoperative peritoneale Zytologie
IIIb	Tumorinfiltration der Vagina
IIIc	Infiltration von pelvinen bzw. paraaortalen Lymphknoten
IVa	Infiltration von Blasen- bzw. Rektumschleimhaut, Wachstum des Tumors über das kleine Becken hinaus
IVb	Fernmetastasen

**Erstuntersuchung bei SS**

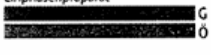


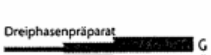
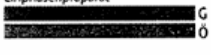


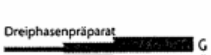
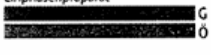


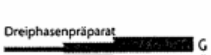
- Bestimmung des Körpergewichts
- RR - Messung
- Urinuntersuchung (Eiweiß, Zucker, Sediment)
- Hb - Bestimmung
- Bestimmung der Blutgruppe und des Rh - Faktors
- Antikörper - Suchtest (indirekter Coombs - Test)
- TPHA - Test (Lues - Suchreaktion), Röteln - HAH Test
- Chlamydien - Abstrich (neu)

Untersuchungen auf Toxoplasmose, HIV, Hepatitis B, Zytomegalie oder Herpes simplex werden bei begründetem Verdacht durchgeführt, wobei die Untersuchung auf Toxoplasmose heute vielfach routinemäßig durchgeführt wird. Sie gehört jedoch nicht zu den obligat geforderten Maßnahmen einer Erstuntersuchung.

<b>Fehlbildungen</b>	<p><b>Gametopathien</b> sind durch Chromosomenaberrationen der männlichen oder weiblichen Keimzellen (Gameten) verursachte Schädigungen oder Fehlbildungen der Frucht. Beispiele sind Monosomien, Trisomien oder Mosaikbildungen. Der Zeitpunkt der Schädigung von Eizelle oder Spermium <b>liegt präkonzeptionell</b>.</p> <p><b>Blastopathie (1. bis 15. Tag p.c.):</b> Komplexe Mißbildungen, Doppelmißbildungen</p> <p><b>Embryopathie (16. Tag bis etwa 8 - 10. Woche p.c.):</b> Organfehlbildungen oder morphologische Defekte z.B. durch virale Infekte (Röteln: Augendefekte, Innenohrschäden, Herzfehler, ZNS-Anomalien) Medikamente (Thalidomid), Alkohol Strahlen</p> <p><b>Fetopathien (nach Abschluß der Organogenese):</b> Intrauterine Erkrankungen oder Ausreifungsstörungen, z.B. durch Infektionen (Toxoplasmose, Listeriose, Lues u.a.) Blutgruppenunverträglichkeit (Morbus haemolyticus fetalis) Stoffwechselstörungen (diabetische Fetopathie) Medikamente, Alkohol</p>
<b>Forbes-Albright-Syndrom</b>	es handelt sich um das Vorliegen eines benignen Prolaktinoms, was zur hypophysären Ovarialinsuffizienz führt
<b>Fruchtwasser</b>	dient dem Schutz und der Ernährung des Feten. Die Bildung erfolgt in der Frühschwangerschaft hauptsächlich durch Durchtritt mütterlicher Plasmaanteile und Sekretion der Amnionzellen. Später ist auch der Fetus an seiner Bildung beteiligt. Der <b>pH-Wert liegt bei 7,0</b> , das spezifische Gewicht beträgt 1,007. Im Fruchtwasser findet man Eiweiß, Glucose, Harnstoff, Bilirubin, Steroidhormone und Phospholipide. Die Fruchtwassermenge steigt bis zur 36. Woche kontinuierlich an und beträgt dann <b>1000 - 1500 ml</b> . Es unterliegt einem permanenten Flüssigkeitsaustausch. In den letzten Wochen der Schwangerschaft werden bis zu 50% des Fruchtwassers in einer Stunde erneuert. Ein kompletter Flüssigkeitsaustausch dauert also nur wenige Stunden. Die fetale Lunge ist durch Bildung von Phospholipiden an der Fruchtwasserproduktion beteiligt. Dies macht man sich bei der Bestimmung der Lungenreife mittels Lecithin/ Sphingomyelin-Quotient zunutze.
<b>Frühgeburt</b>	Geburt vor der vollendeten 37. SSW p.m. (< 37.+ 0) Reifgeborenes: Geburt nach vollendeter 37. SSW und vor der 42. SSW
<b>Geburtslage</b>	<b>Die optimale Geburtslage ist die vordere Hinterhauptslage (94 % aller Geburten).</b> Der Kopf ist hierbei flektiert, die kleine Fontanelle dient als Leitstelle und der Rücken des Kindes ist nach vorn (bezogen auf die Mutter) gerichtet. Man spricht auch von der regelrechten Geburtslage. Weitere mögliche Kopflagen sind die hintere Hinterhauptslage (1 %), die Scheitellage, die Vorderhauptslage, die Stirnlage und die Gesichtslage.
<b>Gestagenwirkungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sekretorische Transformation des Endometriums</li> <li>• Herabsetzung der Spinnbarkeit des Zervixschleims</li> <li>• Schwinden des Farnkrautphänomens</li> <li>• Erhöhung der Körpertemperatur</li> <li>• Abschilferung der Oberflächenzellen</li> <li>• Tonusminderung des Myometriums</li> </ul>
<b>Haltung</b>	bezeichnet die Haltung des kindlichen Kopfes. Es wird zwischen flektiert, indifferent und deflektiert unterschieden.

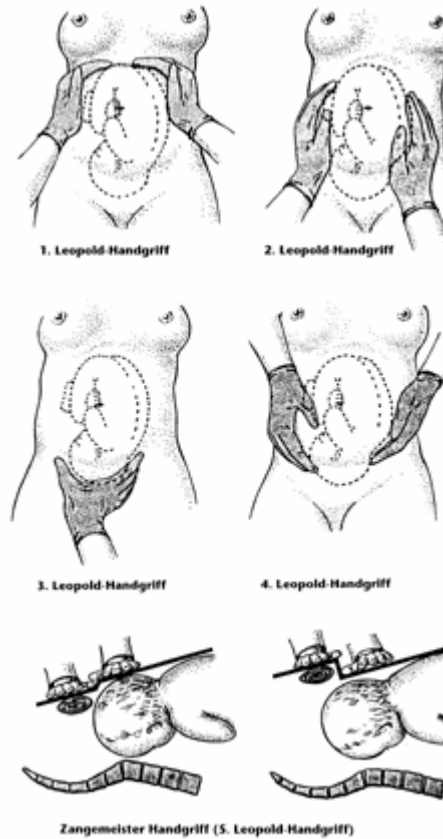
<p><b>HCG</b></p>	<p>Das humane Choriongonadotropin (HCG) ist ein Glykoprotein, das vom Synzytiotrophoblasten gebildet wird. Die Konzentration steigt in den ersten Wochen der Schwangerschaft steil an und erreicht in der 10. - 12. Woche ihren Maximalwert (100.000 IE/l). Am Ende des 1. Trimenon fällt es wieder ab und beträgt bis zum Ende der Schwangerschaft ca. 20.000 IE/l. Die Bedeutung des HCG liegt im Erhalt der Corpus luteum- Funktion und Anregung der Steroidhormonproduktion. Klinisch bedeutsam ist es zur Feststellung einer Schwangerschaft und zur Überprüfung von deren Intaktheit. Mit immunologischen Methoden (RIA, EIA) kann es bereits 8Tage nach erfolgter Konzeption im Serum nachgewiesen werden. Im Urin ist ein HCG-Nachweis erst 8 Tage nach ausgebliebener Menstruation möglich. Erhöhte HCG-Werte finden sich bei Blasenmole und Chorionepitheliom, aber auch bei Mehrlingsschwangerschaft. Erniedrigte HCG-Werte können unter anderem Hinweis auf einen drohenden Abort, intrauterinen Fruchttod oder Extrauterin gravidität geben.</p>
<p><b>Hormontherapie</b></p>	<p>wird beim Mammakarzinom und beim Endometriumkarzinom durchgeführt. Entscheidend ist dabei, ob eine Positivität der Östrogen- bzw. Progesteronrezeptoren vorliegt.</p> <p>Beim Mammakarzinom unterscheidet man zwischen der ablativen und additiven Hormontherapie. Das Hauptziel ist dabei die Verminderung der Östrogenwirkung.</p> <p>a) ablativ Hormontherapie: die Ausschaltung der Hormonbildungsorte und/oder der übergeordneten Regulationszentren durch operative oder radiologische Kastration (z.B. Ovariectomie, Adrenalectomie, Hypophysektomie) wird nur noch selten durchgeführt. Heute: reversible medikamentöse Kastration durch Gabe von GnRH-Analoga, die zu einer Suppression der Gonadotropin-Ausschüttung und damit der Sexualsteroiden führen.</p> <p>b) additive Hormontherapie: Antiöstrogene (Tamoxifen, Toremifene), hochdosierte Gestagene (Medroxyprogesteronacetat, MPA)</p> <p>Das Endometriumkarzinom kann ebenfalls Östrogen- und Progesteronrezeptoren enthalten, wobei hier die Progesteronrezeptoren von entscheidender Bedeutung für die Prognose sind. Bei positivem Rezeptorstatus wird vor allem beim metastasierten Endometriumkarzinom eine Hormontherapie mit hochdosierten Gestagenen (MPA) durchgeführt.</p>
<p><b>Hyperplasie, glandulär-zystische</b></p>	<p>es handelt sich um eine übermäßige Proliferation des Endometriums aufgrund von übermäßigem Östrogeneinfluß. Ursachen hierfür können sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Follikelpersistenz bei anovulatorischen Blutungen (Menarchenalter, Menopause)</li> <li>- östrogenproduzierende Ovarialtumoren (Granulosazell-, Thekazellumoren)</li> <li>- alleinige Östrogensubstitutionstherapie in der Postmenopause</li> </ul> <p>Eine glandulär-zystische Hyperplasie kann bei anhaltender Östrogeneinwirkung in eine adenomatöse Hyperplasie übergehen, die als Präkanzerose des Endometrium-Karzinoms gilt.</p>
<p><b>Insertio velamentosa</b></p>	<p>Bei der Insertio velamentosa inseriert die Nabelschnur nicht zentral an der Plazenta, sondern etwas entfernt. Die Nabelschnurgefäße verlaufen bis zum Erreichen der Plazenta an den Eihäuten und können somit beim Blasensprung leicht einreißen. Bei einer gleichzeitig mit dem Blasensprung auftretenden Blutung ist zuerst an die Insertio velamentosa zu denken. Da der Foetus bei Ruptur der Nabelschnurgefäße rasch verbluten kann, muß auf der Stelle die Geburt eingeleitet werden.</p>
<p><b>Kallmann-Syndrom</b></p>	<p>es handelt sich um eine Entwicklungsstörung, die durch Degeneration der GnRH-produzierenden Zellen und Aplasie des Bulbus olfactorius zu einem hypogonadotropen Hypogonadismus mit primärer Amenorrhoe verbunden mit einer Anosmie und zu einer verminderten Knochendichte führt. Die Therapie besteht in einer pulsatilen Gabe von GnRH.</p>



<b>Klimakterium</b>	<p>Es kommt zu einem Abfall der Östrogenproduktion infolge einer Erschöpfung der Ovarialfollikel. Der Abfall des Östrogenspiegels verursacht zunächst eine kompensatorische Zunahme der Gonadotropinausscheidung, wobei es vor allem zu einem Anstieg von FSH und in geringerem Maße von LH kommt. Die Sekretion von Prolaktin und Progesteron läßt im Klimakterium zwar ebenso wie die der Östrogene nach, die aussagekräftigsten Laborparameter zur Abklärung eines klimakterischen Syndroms sind jedoch: Östradiol, Östron und FSH.</p>																																																																				
<b>Kontrazeptiva</b>	<p>Nebenwirkungen oraler Kontrazeptiva</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top;"> <p><b>Einphasenpräparat</b>  </p> <p><b>Zweiphasenpräparat</b>  </p> <p><b>Zweistufenpräparat</b>  </p> <p><b>Dreiphasenpräparat</b>  </p> <p>Schema der Östrogen- und Gestagensdosis bei den verschiedenen OH-Typen</p> </td> <td style="width: 70%; vertical-align: top;"> <p><b>Erhöhte Erkrankungsinzidenz von</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>- Hypertonus</td> <td>- Thromboembolien</td> <td>- Apoplexie</td> </tr> <tr> <td>- Koronarangiopathien</td> <td>- Leberadenome</td> <td>- Chloasma</td> </tr> <tr> <td>- Rosacea</td> <td>- Vitiligo</td> <td>- Gingivitis</td> </tr> <tr> <td>- Ulcus ventriculi</td> <td>- ulzeröse Kolitis</td> <td>- Cholelithiasis</td> </tr> <tr> <td>- Zystitis</td> <td>- Zervizitis</td> <td>- Porphyrie</td> </tr> <tr> <td>- Budd-Chiari-Syndrom</td> <td>- epileptische Anfälle</td> <td>- Otosklerose</td> </tr> </table> <p><b>Unbeeinflusste Erkrankungsinzidenz von</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>- Mammakarzinom</td> <td>- Zervixkarzinom</td> </tr> </table> <p><b>Erniedrigte Erkrankungsinzidenz von</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>- Ovarialkarzinom</td> <td>- Anämie</td> <td>- Hypermenorrhoe</td> </tr> <tr> <td>- Endometriumkarzinom</td> <td>- Duodenalulkus</td> <td>- Dysmenorrhoe</td> </tr> <tr> <td>- Adnexitis</td> <td>- Myasthenia gravis</td> <td>- prämenstruelles Syndrom</td> </tr> <tr> <td>- Endometriose</td> <td>- Schilddrüsenerkrankungen</td> <td>- Hirsutismus, Akne</td> </tr> <tr> <td>- benigne Ovarialtumoren</td> <td>- Rheumatoide Arthritis (B falsch)</td> <td>- benigne Brustkrankungen</td> </tr> <tr> <td></td> <td>- Sklerodermie</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>Kontraindikationen oraler Kontrazeptiva:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Absolute Kontraindikationen</th> <th style="width: 50%;">Relative Kontraindikationen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Gravidität</td> <td>- starke Varikosis</td> </tr> <tr> <td>- Z.n. Phlebothrombose oder Embolie (E richtig)</td> <td>- Diabetes mellitus</td> </tr> <tr> <td>- Z.n. Apoplex, Z.n. Herzinfarkt</td> <td>- Epilepsie (D falsch)</td> </tr> <tr> <td>- Hypertonus</td> <td>- Multiple Sklerose (A falsch)</td> </tr> <tr> <td>- hormonempfindliche, maligne Tumoren</td> <td>- Porphyrie</td> </tr> <tr> <td>- insulinpflichtiger Diabetes mellitus (Gefäßveränderungen, &gt; 10 Jahre bestehend)</td> <td>- Otosklerose</td> </tr> <tr> <td>- cholestatische Leberfunktionsstörungen</td> <td>- Endometriose</td> </tr> <tr> <td>- Z.n. Herpes gestationis</td> <td>- Laktation</td> </tr> <tr> <td>- Sichelzellanämie</td> <td>- starke Pigmentierung</td> </tr> <tr> <td>- ungeklärte Genitalblutungen</td> <td>- Ulcus ventriculi</td> </tr> <tr> <td>- Raucherinnen über 35 Jahre</td> <td>- ulzeröse Colitis</td> </tr> <tr> <td>- vorausgegangene oder bestehende Lebertumoren</td> <td>- Adipositas</td> </tr> <tr> <td></td> <td>- Uterus myomatosus (keine östrogenbetonten Präparate)</td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </table>	<p><b>Einphasenpräparat</b>  </p> <p><b>Zweiphasenpräparat</b>  </p> <p><b>Zweistufenpräparat</b>  </p> <p><b>Dreiphasenpräparat</b>  </p> <p>Schema der Östrogen- und Gestagensdosis bei den verschiedenen OH-Typen</p>	<p><b>Erhöhte Erkrankungsinzidenz von</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>- Hypertonus</td> <td>- Thromboembolien</td> <td>- Apoplexie</td> </tr> <tr> <td>- Koronarangiopathien</td> <td>- Leberadenome</td> <td>- Chloasma</td> </tr> <tr> <td>- Rosacea</td> <td>- Vitiligo</td> <td>- Gingivitis</td> </tr> <tr> <td>- Ulcus ventriculi</td> <td>- ulzeröse Kolitis</td> <td>- Cholelithiasis</td> </tr> <tr> <td>- Zystitis</td> <td>- Zervizitis</td> <td>- Porphyrie</td> </tr> <tr> <td>- Budd-Chiari-Syndrom</td> <td>- epileptische Anfälle</td> <td>- Otosklerose</td> </tr> </table> <p><b>Unbeeinflusste Erkrankungsinzidenz von</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>- Mammakarzinom</td> <td>- Zervixkarzinom</td> </tr> </table> <p><b>Erniedrigte Erkrankungsinzidenz von</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>- Ovarialkarzinom</td> <td>- Anämie</td> <td>- Hypermenorrhoe</td> </tr> <tr> <td>- Endometriumkarzinom</td> <td>- Duodenalulkus</td> <td>- Dysmenorrhoe</td> </tr> <tr> <td>- Adnexitis</td> <td>- Myasthenia gravis</td> <td>- prämenstruelles Syndrom</td> </tr> <tr> <td>- Endometriose</td> <td>- Schilddrüsenerkrankungen</td> <td>- Hirsutismus, Akne</td> </tr> <tr> <td>- benigne Ovarialtumoren</td> <td>- Rheumatoide Arthritis (B falsch)</td> <td>- benigne Brustkrankungen</td> </tr> <tr> <td></td> <td>- Sklerodermie</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>Kontraindikationen oraler Kontrazeptiva:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Absolute Kontraindikationen</th> <th style="width: 50%;">Relative Kontraindikationen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Gravidität</td> <td>- starke Varikosis</td> </tr> <tr> <td>- Z.n. Phlebothrombose oder Embolie (E richtig)</td> <td>- Diabetes mellitus</td> </tr> <tr> <td>- Z.n. Apoplex, Z.n. Herzinfarkt</td> <td>- Epilepsie (D falsch)</td> </tr> <tr> <td>- Hypertonus</td> <td>- Multiple Sklerose (A falsch)</td> </tr> <tr> <td>- hormonempfindliche, maligne Tumoren</td> <td>- Porphyrie</td> </tr> <tr> <td>- insulinpflichtiger Diabetes mellitus (Gefäßveränderungen, &gt; 10 Jahre bestehend)</td> <td>- Otosklerose</td> </tr> <tr> <td>- cholestatische Leberfunktionsstörungen</td> <td>- Endometriose</td> </tr> <tr> <td>- Z.n. Herpes gestationis</td> <td>- Laktation</td> </tr> <tr> <td>- Sichelzellanämie</td> <td>- starke Pigmentierung</td> </tr> <tr> <td>- ungeklärte Genitalblutungen</td> <td>- Ulcus ventriculi</td> </tr> <tr> <td>- Raucherinnen über 35 Jahre</td> <td>- ulzeröse Colitis</td> </tr> <tr> <td>- vorausgegangene oder bestehende Lebertumoren</td> <td>- Adipositas</td> </tr> <tr> <td></td> <td>- Uterus myomatosus (keine östrogenbetonten Präparate)</td> </tr> </tbody> </table>	- Hypertonus	- Thromboembolien	- Apoplexie	- Koronarangiopathien	- Leberadenome	- Chloasma	- Rosacea	- Vitiligo	- Gingivitis	- Ulcus ventriculi	- ulzeröse Kolitis	- Cholelithiasis	- Zystitis	- Zervizitis	- Porphyrie	- Budd-Chiari-Syndrom	- epileptische Anfälle	- Otosklerose	- Mammakarzinom	- Zervixkarzinom	- Ovarialkarzinom	- Anämie	- Hypermenorrhoe	- Endometriumkarzinom	- Duodenalulkus	- Dysmenorrhoe	- Adnexitis	- Myasthenia gravis	- prämenstruelles Syndrom	- Endometriose	- Schilddrüsenerkrankungen	- Hirsutismus, Akne	- benigne Ovarialtumoren	- Rheumatoide Arthritis (B falsch)	- benigne Brustkrankungen		- Sklerodermie		Absolute Kontraindikationen	Relative Kontraindikationen	- Gravidität	- starke Varikosis	- Z.n. Phlebothrombose oder Embolie (E richtig)	- Diabetes mellitus	- Z.n. Apoplex, Z.n. Herzinfarkt	- Epilepsie (D falsch)	- Hypertonus	- Multiple Sklerose (A falsch)	- hormonempfindliche, maligne Tumoren	- Porphyrie	- insulinpflichtiger Diabetes mellitus (Gefäßveränderungen, > 10 Jahre bestehend)	- Otosklerose	- cholestatische Leberfunktionsstörungen	- Endometriose	- Z.n. Herpes gestationis	- Laktation	- Sichelzellanämie	- starke Pigmentierung	- ungeklärte Genitalblutungen	- Ulcus ventriculi	- Raucherinnen über 35 Jahre	- ulzeröse Colitis	- vorausgegangene oder bestehende Lebertumoren	- Adipositas		- Uterus myomatosus (keine östrogenbetonten Präparate)
<p><b>Einphasenpräparat</b>  </p> <p><b>Zweiphasenpräparat</b>  </p> <p><b>Zweistufenpräparat</b>  </p> <p><b>Dreiphasenpräparat</b>  </p> <p>Schema der Östrogen- und Gestagensdosis bei den verschiedenen OH-Typen</p>	<p><b>Erhöhte Erkrankungsinzidenz von</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>- Hypertonus</td> <td>- Thromboembolien</td> <td>- Apoplexie</td> </tr> <tr> <td>- Koronarangiopathien</td> <td>- Leberadenome</td> <td>- Chloasma</td> </tr> <tr> <td>- Rosacea</td> <td>- Vitiligo</td> <td>- Gingivitis</td> </tr> <tr> <td>- Ulcus ventriculi</td> <td>- ulzeröse Kolitis</td> <td>- Cholelithiasis</td> </tr> <tr> <td>- Zystitis</td> <td>- Zervizitis</td> <td>- Porphyrie</td> </tr> <tr> <td>- Budd-Chiari-Syndrom</td> <td>- epileptische Anfälle</td> <td>- Otosklerose</td> </tr> </table> <p><b>Unbeeinflusste Erkrankungsinzidenz von</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>- Mammakarzinom</td> <td>- Zervixkarzinom</td> </tr> </table> <p><b>Erniedrigte Erkrankungsinzidenz von</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>- Ovarialkarzinom</td> <td>- Anämie</td> <td>- Hypermenorrhoe</td> </tr> <tr> <td>- Endometriumkarzinom</td> <td>- Duodenalulkus</td> <td>- Dysmenorrhoe</td> </tr> <tr> <td>- Adnexitis</td> <td>- Myasthenia gravis</td> <td>- prämenstruelles Syndrom</td> </tr> <tr> <td>- Endometriose</td> <td>- Schilddrüsenerkrankungen</td> <td>- Hirsutismus, Akne</td> </tr> <tr> <td>- benigne Ovarialtumoren</td> <td>- Rheumatoide Arthritis (B falsch)</td> <td>- benigne Brustkrankungen</td> </tr> <tr> <td></td> <td>- Sklerodermie</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>Kontraindikationen oraler Kontrazeptiva:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Absolute Kontraindikationen</th> <th style="width: 50%;">Relative Kontraindikationen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Gravidität</td> <td>- starke Varikosis</td> </tr> <tr> <td>- Z.n. Phlebothrombose oder Embolie (E richtig)</td> <td>- Diabetes mellitus</td> </tr> <tr> <td>- Z.n. Apoplex, Z.n. Herzinfarkt</td> <td>- Epilepsie (D falsch)</td> </tr> <tr> <td>- Hypertonus</td> <td>- Multiple Sklerose (A falsch)</td> </tr> <tr> <td>- hormonempfindliche, maligne Tumoren</td> <td>- Porphyrie</td> </tr> <tr> <td>- insulinpflichtiger Diabetes mellitus (Gefäßveränderungen, &gt; 10 Jahre bestehend)</td> <td>- Otosklerose</td> </tr> <tr> <td>- cholestatische Leberfunktionsstörungen</td> <td>- Endometriose</td> </tr> <tr> <td>- Z.n. Herpes gestationis</td> <td>- Laktation</td> </tr> <tr> <td>- Sichelzellanämie</td> <td>- starke Pigmentierung</td> </tr> <tr> <td>- ungeklärte Genitalblutungen</td> <td>- Ulcus ventriculi</td> </tr> <tr> <td>- Raucherinnen über 35 Jahre</td> <td>- ulzeröse Colitis</td> </tr> <tr> <td>- vorausgegangene oder bestehende Lebertumoren</td> <td>- Adipositas</td> </tr> <tr> <td></td> <td>- Uterus myomatosus (keine östrogenbetonten Präparate)</td> </tr> </tbody> </table>	- Hypertonus	- Thromboembolien	- Apoplexie	- Koronarangiopathien	- Leberadenome	- Chloasma	- Rosacea	- Vitiligo	- Gingivitis	- Ulcus ventriculi	- ulzeröse Kolitis	- Cholelithiasis	- Zystitis	- Zervizitis	- Porphyrie	- Budd-Chiari-Syndrom	- epileptische Anfälle	- Otosklerose	- Mammakarzinom	- Zervixkarzinom	- Ovarialkarzinom	- Anämie	- Hypermenorrhoe	- Endometriumkarzinom	- Duodenalulkus	- Dysmenorrhoe	- Adnexitis	- Myasthenia gravis	- prämenstruelles Syndrom	- Endometriose	- Schilddrüsenerkrankungen	- Hirsutismus, Akne	- benigne Ovarialtumoren	- Rheumatoide Arthritis (B falsch)	- benigne Brustkrankungen		- Sklerodermie		Absolute Kontraindikationen	Relative Kontraindikationen	- Gravidität	- starke Varikosis	- Z.n. Phlebothrombose oder Embolie (E richtig)	- Diabetes mellitus	- Z.n. Apoplex, Z.n. Herzinfarkt	- Epilepsie (D falsch)	- Hypertonus	- Multiple Sklerose (A falsch)	- hormonempfindliche, maligne Tumoren	- Porphyrie	- insulinpflichtiger Diabetes mellitus (Gefäßveränderungen, > 10 Jahre bestehend)	- Otosklerose	- cholestatische Leberfunktionsstörungen	- Endometriose	- Z.n. Herpes gestationis	- Laktation	- Sichelzellanämie	- starke Pigmentierung	- ungeklärte Genitalblutungen	- Ulcus ventriculi	- Raucherinnen über 35 Jahre	- ulzeröse Colitis	- vorausgegangene oder bestehende Lebertumoren	- Adipositas		- Uterus myomatosus (keine östrogenbetonten Präparate)		
- Hypertonus	- Thromboembolien	- Apoplexie																																																																			
- Koronarangiopathien	- Leberadenome	- Chloasma																																																																			
- Rosacea	- Vitiligo	- Gingivitis																																																																			
- Ulcus ventriculi	- ulzeröse Kolitis	- Cholelithiasis																																																																			
- Zystitis	- Zervizitis	- Porphyrie																																																																			
- Budd-Chiari-Syndrom	- epileptische Anfälle	- Otosklerose																																																																			
- Mammakarzinom	- Zervixkarzinom																																																																				
- Ovarialkarzinom	- Anämie	- Hypermenorrhoe																																																																			
- Endometriumkarzinom	- Duodenalulkus	- Dysmenorrhoe																																																																			
- Adnexitis	- Myasthenia gravis	- prämenstruelles Syndrom																																																																			
- Endometriose	- Schilddrüsenerkrankungen	- Hirsutismus, Akne																																																																			
- benigne Ovarialtumoren	- Rheumatoide Arthritis (B falsch)	- benigne Brustkrankungen																																																																			
	- Sklerodermie																																																																				
Absolute Kontraindikationen	Relative Kontraindikationen																																																																				
- Gravidität	- starke Varikosis																																																																				
- Z.n. Phlebothrombose oder Embolie (E richtig)	- Diabetes mellitus																																																																				
- Z.n. Apoplex, Z.n. Herzinfarkt	- Epilepsie (D falsch)																																																																				
- Hypertonus	- Multiple Sklerose (A falsch)																																																																				
- hormonempfindliche, maligne Tumoren	- Porphyrie																																																																				
- insulinpflichtiger Diabetes mellitus (Gefäßveränderungen, > 10 Jahre bestehend)	- Otosklerose																																																																				
- cholestatische Leberfunktionsstörungen	- Endometriose																																																																				
- Z.n. Herpes gestationis	- Laktation																																																																				
- Sichelzellanämie	- starke Pigmentierung																																																																				
- ungeklärte Genitalblutungen	- Ulcus ventriculi																																																																				
- Raucherinnen über 35 Jahre	- ulzeröse Colitis																																																																				
- vorausgegangene oder bestehende Lebertumoren	- Adipositas																																																																				
	- Uterus myomatosus (keine östrogenbetonten Präparate)																																																																				
<b>Lage</b>	<p>beschreibt das Verhältnis der Längsachse des Kindes zum mütterlichen Körper. Man unterscheidet zwischen Längs-, Quer- und Schräglage, wobei die Längslage noch in Schädel- und Beckenendlage aufgeteilt wird.</p>																																																																				
<b>Lage, geburtsunmögliche</b>	<p>ausschließlich die mentoposteriore Gesichtslage gilt als primär geburtsunmögliche Lage</p>																																																																				



**Leopold-Handgriffe**



**Mamma-Ca**

Primärtumor	
TX	Primärtumor kann nicht beurteilt werden
T0	kein Anhalt für Primärtumor
T <sub>is</sub>	Carcinoma in situ
T1	maximaler Tumordurchmesser ≤ 2,0 cm
T2	maximaler Tumordurchmesser > 2,0– 5 cm
T3	maximaler Tumordurchmesser > 5,0 cm
T4	Tumor jeder Größe mit Ausdehnung auf Brustwand oder Haut
N-Regionäre Lymphknoten (LK)	
NX	keine LK-Beurteilung möglich
N0	keine regionären LK-Metastasen
N1	Metastasen in beweglichen ipsilateralen axillären LK
N2	Metastasen in ipsilateralen axillären LK, untereinander oder an anderen Strukturen fixiert
N3	Metastasen in ipsilateralen LK entlang der A. thoracica interna
M-Fernmetastasen	
MX	Vorliegen von Fernmetastasen nicht beurteilbar
M0	keine Fernmetastasen
M1	Fernmetastasen

**Mamma-Ca, inflammatorisches**

Das inflammatorische Mammakarzinom ist gekennzeichnet durch eine diffuse, derbe Infiltration der Haut mit Erythem, evtl. Schwellung, Apfelsinhaut und Hyperthermie. Außerdem ist charakteristisch eine **ausgedehnte dermale Lymphangiosis carcinomatosa**. Die Prognose ist infaust. Die Überlebenszeit beträgt 1-2 Jahre.

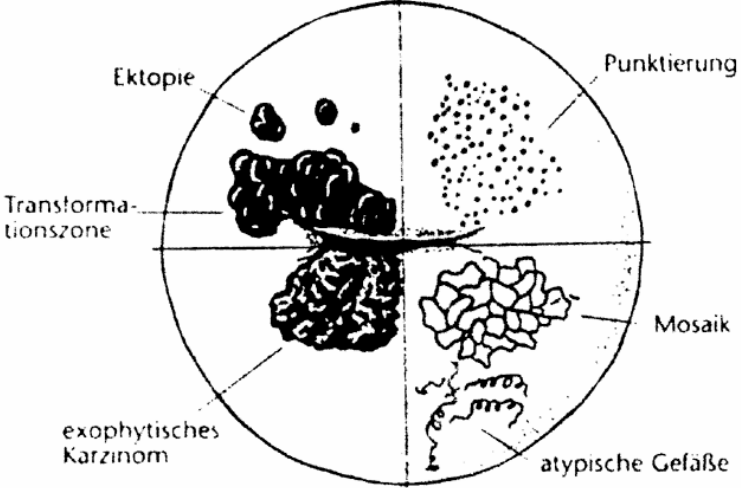
**Mammasarkom**

geht vom Bindegewebe des Drüsenkörpers aus und ist gekennzeichnet durch rasches Wachstum mit frühzeitiger Infiltration in das umgebende Gewebe (Brustmuskel). Typisch ist weiterhin die hämatogene Metastasierung in Leber, Lunge und Gehirn. Die mittlere Überlebenszeit nach 5 bzw. 10 Jahren liegt unter der der Karzinome

<b>Manualhilfe nach Bracht</b>	wird bei der <b>Entwicklung eines Kindes aus Beckenendlage</b> angewandt. Nachdem der Steiß geboren und der untere Schulterblattwinkel sichtbar ist, wird der Steiß mit beiden Händen umfaßt, angehoben und ohne Zug um die Symphyse in Richtung mütterlicher Bauch geführt. Gleichzeitig soll eine Hilfsperson Druck von abdominell her ausüben, um den Durchtritt der Arme und später des Kopfes zu unterstützen.
<b>Mekoniumileus</b>	Ein durch zähes, abnormes Mekonium hervorgerufener Ileus <b>ist fast immer das erste klinische Zeichen einer Mukoviszidose</b> . Die hohe Viskosität des Mekoniums entsteht durch Produktion abnorm zähen Schleimes in den Becherzellen des Dünndarms und durch den bei exokriner Pankreasinsuffizienz unvollständigen Abbau der Proteine im Nahrungsbrei. Die teerartige Mekoniummasse <b>füllt die distalen Anteile des Ileums</b> , die proximalen Anteile sind dilatiert. Die Symptome sind die eines subakuten mechanischen Ileus: Aufgetriebenes, schmerzhaftes Abdomen, Erbrechen, kein oder nur minimaler Stuhlabgang. Die Therapie besteht in Einläufen mit verdünntem Gastrografin, durch dessen osmotischen Effekt das Mekonium an Viskosität verliert und ausgeschieden werden kann. Haben die Einläufe keinen Erfolg oder droht gar die Perforation, muß umgehend operiert werden.
<b>Metastasierung</b>	<p><b>Endometriumkarzinome :</b> Metastasierung <b>per continuitatem</b> u. a. in Zervix, Adnexe und Vagina, wobei vor allem das obere Drittel der Vagina sowie die Vorderwand betroffen Auf <b>lymphogenem</b> Weg werden bevorzugt die pelvinen und paraaortalen Lymphknoten befallen. Die <b>hämatogene</b> Metastasierung <b>ist häufiger als beim Zervixkarzinom</b>, sie erfolgt vor allem in Lunge, Leber, Gehirn und Knochen.</p> <p><b>Zervixkarzinom :</b> in erster Linie <b>per continuitatem</b> in Vagina, Parametrien, Beckenwand, Rektum und Blase (im fortgeschrittenen Stadium) und frühzeitig lymphogen in die parametranen und iliakalen Lymphknoten. <b>Hämatogene Metastasen sind selten</b> und treten erst spät auf. Sie können Lunge, Leber, Gehirn und Skelettsystem befallen. Die Ovarien sind normalerweise nicht betroffen und werden bei der Radikaloperation nach Wertheim-Meigs nicht entfernt.</p> <p><b>Vulvakarzinom :</b> früh lymphogen in Leistenlymphknoten hämatogene Metastasen sind eher selten</p>
<b>Minipille</b>	<p><b>Wirkmechanismus der Minipille:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemmung der Spermienaszension durch <b>Veränderung und Verminderung des Zervixschleims und Endometriums</b></li> <li>• Abschwächung des mitzyklischen LH-Gipfels, Hemmung der Ovulation in maximal 40 - 50%</li> </ul> <p>Anwendung: täglich Einnahme einer niedrigen Gestagensdosis, keine Einnahmepause; die Dosis beträgt 1/6 - 1/10 der Menge eines üblichen Ein-Phasen-Präparates. Kontraindikationen: Leberadenome, steroidabhängige Karzinome, Z.n. Chorionkarzinom aktive Lebererkrankungen Extrauterin gravidität</p>
<b>Mortalität, perinatale</b>	umfaßt alle Lebendgeborenen, die bis zum 7. Tag post partum gestorben sind und alle Totgeborenen, deren Geburtsgewicht mindestens 1000 g beträgt (bezogen auf 1000 Geburten)
<b>Müller-Gänge</b>	Aus den beiden Müller-Gängen entwickeln sich beim weiblichen Geschlecht die Tuben, der Uterus einschließlich der Zervix sowie der obere Teil der Vagina. Bei ungenügender oder ausbleibender Verschmelzung der distalen Müller-Gänge kann es zu <b>Doppelbildungen oder Septenbildung</b> kommen. Typische Mißbildungen sind der Uterus bicornis, Uterus septus, Vagina septus.

<b>Neugeborenes, hypotrophes</b>	<p>Ein in der 39. SSW geborenes Kind gilt als reifgeboren. Aufgrund des niedrigen Geburtsgewichts (unterhalb der 10. Perzentile des Gestationsalters) bezeichnet man es als hypotrophes Neugeborenes.</p> <p>hypotroph: (Syn.: small for date, Mangelgeborenes) Geburtsgewicht &lt; 2500 g; Gewicht unterhalb der 10. Perzentile des Gestationsalters</p>
<b>Nidation (Implantation) der Frucht</b>	<p>erfolgt am 6. - 7. Tag nach Befruchtung.</p> <p>Im Synzytiotrophoblasten (äußere Zellschicht der Blastozyste) beginnt nun die Synthese von HCG, welches bereits am 8. - 12. Tag nach Konzeption im mütterlichen Serum nachweisbar ist.</p>
<b>Östrogen- und Gestagenwirkungen</b>	<p><b>Östrogenwirkungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endometriumproliferation</li> <li>• präovulatorische Steigerung der Zervikalschleimproduktion</li> <li>• erhöhte Spinnbarkeit und verminderte Viskosität zur Zyklusmitte hin</li> <li>• Farnkrautphänomen (Auskristallisation des getrockneten Zervixschleims)</li> <li>• Weitstellung von Muttermund und Zervikalkanal</li> <li>• Senkung der Körpertemperatur</li> <li>• Zunahme der eosinophilen Superficialzellen im Vaginalabstrich</li> <li>• Erhöhung des Karyopyknose-Indexes</li> </ul> <p><b>Gestagenwirkungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tonusminderung des Myometriums</li> <li>• sekretorische Transformation des Endometriums</li> <li>• Schwinden des Farnkrautphänomens</li> <li>• Erhöhung der Körpertemperatur</li> <li>• Abschilferung von Oberflächen- und Intermediärzellen</li> <li>• Herabsetzung des Karyopyknose-Indexes</li> </ul> <p>Die <b>Menstruation</b> ist eine Hormonentzugsblutung. Bei ausbleibender Konzeption kommt es zu einer Rückbildung des Gelbkörpers. Der rasche Abfall des Progesteron- und Östrogen-Spiegels führen zu einer Konstriktion der Endometriumgefäße und Abstoßung der Funktionalis.</p>

<b>Paget-Karzinom</b>	Beim Paget-Karzinom oder M. Paget handelt es sich um ein intraduktales Karzinom mit Ausbreitung über Mamille und Areola. Leitsymptome sind: Ekzem der Mamille/Areola und blutige Sekretion. <b>≠ inflammatorisches Mamma-Ca</b>																																																	
<b>PAP's und CIN's</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PAP-Gruppe</th> <th>CIN</th> <th>Bethesda-Klassifikation</th> <th>Bedeutung</th> <th>Empfehlung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>O</td> <td></td> <td></td> <td>Zellabstrich technisch unbrauchbar (zu wenig Material, schlechte Fixierung)</td> <td>sofortige Wiederholung</td> </tr> <tr> <td>I</td> <td></td> <td></td> <td>Normales Zellbild</td> <td>Wiederholung jährlich</td> </tr> <tr> <td>II</td> <td></td> <td></td> <td>Entzündungszeichen, Regenerations-epithel, Metaplasiezellen, Degeneration</td> <td>evtl. Kolpistherapie, Östrogen-therapie, Kontrolle in 3-12 Monaten</td> </tr> <tr> <td>III</td> <td></td> <td></td> <td>schwere entzündliche oder degenerative Veränderungen</td> <td>Kontrolle nach Östrogen- oder Kolpistherapie</td> </tr> <tr> <td>III d</td> <td>I-II</td> <td>Low-grade SIL</td> <td>leichte bis mittlere Dysplasie</td> <td>Kontrolle in 3 Monaten, bei Persistenz &gt; 1 J.: Histologie</td> </tr> <tr> <td>IVa</td> <td>III</td> <td>High-grade SIL</td> <td>schwere Dysplasie, auch der Intermediärzellen</td> <td>Konisation</td> </tr> <tr> <td>IVb</td> <td>III</td> <td>High-grade SIL</td> <td>V.a. Ca in situ, invasives Ca nicht auszuschließen</td> <td>Konisation oder PE</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td></td> <td>ASQUS</td> <td>V.a. invasives Ca</td> <td>Portio-PE</td> </tr> </tbody> </table>	PAP-Gruppe	CIN	Bethesda-Klassifikation	Bedeutung	Empfehlung	O			Zellabstrich technisch unbrauchbar (zu wenig Material, schlechte Fixierung)	sofortige Wiederholung	I			Normales Zellbild	Wiederholung jährlich	II			Entzündungszeichen, Regenerations-epithel, Metaplasiezellen, Degeneration	evtl. Kolpistherapie, Östrogen-therapie, Kontrolle in 3-12 Monaten	III			schwere entzündliche oder degenerative Veränderungen	Kontrolle nach Östrogen- oder Kolpistherapie	III d	I-II	Low-grade SIL	leichte bis mittlere Dysplasie	Kontrolle in 3 Monaten, bei Persistenz > 1 J.: Histologie	IVa	III	High-grade SIL	schwere Dysplasie, auch der Intermediärzellen	Konisation	IVb	III	High-grade SIL	V.a. Ca in situ, invasives Ca nicht auszuschließen	Konisation oder PE	V		ASQUS	V.a. invasives Ca	Portio-PE				
PAP-Gruppe	CIN	Bethesda-Klassifikation	Bedeutung	Empfehlung																																														
O			Zellabstrich technisch unbrauchbar (zu wenig Material, schlechte Fixierung)	sofortige Wiederholung																																														
I			Normales Zellbild	Wiederholung jährlich																																														
II			Entzündungszeichen, Regenerations-epithel, Metaplasiezellen, Degeneration	evtl. Kolpistherapie, Östrogen-therapie, Kontrolle in 3-12 Monaten																																														
III			schwere entzündliche oder degenerative Veränderungen	Kontrolle nach Östrogen- oder Kolpistherapie																																														
III d	I-II	Low-grade SIL	leichte bis mittlere Dysplasie	Kontrolle in 3 Monaten, bei Persistenz > 1 J.: Histologie																																														
IVa	III	High-grade SIL	schwere Dysplasie, auch der Intermediärzellen	Konisation																																														
IVb	III	High-grade SIL	V.a. Ca in situ, invasives Ca nicht auszuschließen	Konisation oder PE																																														
V		ASQUS	V.a. invasives Ca	Portio-PE																																														
<b>Placenta praevia-Blutung</b>	Leitsymptom: <b>Schmerzlose Blutung im letzten Schwangerschaftsdrittel</b> oder sub partu ohne ersichtliche Ursache (Blutung beginnt stets vor dem Blasensprung).																																																	
<b>Portio, Kolposkopie</b>	<p>Die Untersuchung der Portio uteri erfolgt mittels Kolposkopie unter 6-40-facher Lupenvergrößerung.          Sie gliedert sich in 3 Abschnitte:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Nativ-Kolposkopie</b></li> <li><b>Essigsäureprobe</b> (Essigsäure koaguliert zervikalen Schleim, Ektopien sind dadurch besser abzugrenzen.)</li> <li>Applikation von <b>Schillerscher Jodlösung</b> (Jod wird von den glykogenhaltigen Plattenepithelzellen der Portio gespeichert, Zervixdrüsenzellen und andere Zellen sind jodnegativ).</li> </ol> <p>Mögliche Befunde:</p> <p><b>Ektopie:</b>          Zylinderepithel außerhalb der Endozervix; bei 70% aller Frauen während der Geschlechtsreife nachzuweisen</p> <p><b>Umwandlungszone (= Transformationszone):</b>          Grenze zwischen Platten- und Zylinderepithel; Prädilektionsstelle für Infektionen, Dysplasie und Karzinome</p> <p><b>Leukoplakie:</b>          oberflächliche Verhornung, kontrollbedürftig, gezielte Zytologie zu empfehlen</p> <p><b>Punktierung:</b>          nach Abstoßung der Hornschicht einer Leukoplakie finden sich darunterliegende gefäßführende Papillen als feine, rote Pünktelung; häufig am Rand maligner Veränderungen; gezielte PE zu empfehlen</p> <p><b>Felderung (= Mosaik):</b>          kleine, helle Felder, die von einem Netz rötlicher Kapillaren bienenwabenartig umgeben sind; entsteht durch Vorwachsen atypischer Zellen in die Tiefe; gezielte PE zu empfehlen</p> <p><b>atypische Gefäße:</b>          korkenzieherartig gewundene Gefäße; verdächtiger Befund</p>																																																	

	
<b>Proteinurie</b>	liegt vor, wenn die <b>Eiweißausscheidung 0,15 g/24h übersteigt</b> . Während einer Schwangerschaft kann die Eiweißausscheidung physiologischerweise etwas erhöht sein und <b>Werte bis zu 0,3 g/24h werden noch als normal betrachtet</b> . Eine Proteinurie von > 0,3 g im 24h-Urin ist auf jeden Fall pathologisch und kann unter Umständen Symptom einer Präeklampsie sein.
<b>Risikofaktoren für Gyn-Tumoren</b>	<p><b>Mammakarzinom :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nullipara, späte Erstparität, frühe Menarche und späte Menopause</li> <li>• vorangegangenes Mammakarzinom der anderen Brust</li> <li>• vorausgehendes Carcinoma in situ oder eine Mastopathie Grad III</li> <li>• Brustkrebs bei Mutter (4-faches Risiko) oder Schwester (8-faches Risiko)</li> </ul> <p>→ Mutation im BRCA-1-Gen 17q21 oder im BRCA-2-Gen 13q12</p> <p><b>Corpuskarzinom :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Östrogene ohne kompensierende Gestagenen (cave : die Pille und postmenopausale Östrogen / Gestagensubstitution wirken protektiv !)</li> <li>• Corpus-Ca-Syndrom : Adipositas (Fettgewebe produziert Östrogene !), Diab. mell., Hypertonus, Thromboseeigung</li> </ul> <p><b>Zervixkarzinom :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infekte (Papillomavirus 16/18, HSV 2, Gonokokken)</li> <li>• früher GV, Promiskuität, Multipara; mangelnde Hygiene</li> <li>• Rauchen (wichtiger Co-Faktor)</li> </ul>
<b>Rokitansky - Mayer - Küster - Syndrom</b>	<p>(Karyotyp 46/XX): Hemmungsmißbildung mit Aplasie von Uterus und Vagina, häufig kombiniert mit einer Mißbildung der Nieren oder ableitenden Harnwegen. Die Ovarialfunktion ist ungestört, so daß die sekundären Geschlechtsmerkmale normal entwickelt sind.</p> <p>Symptome:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- primäre Amenorrhoe</li> <li>- primäre Sterilität</li> <li>- Unfähigkeit zu normaler Kohabitation</li> <li>- fakultativ Begleitfehlbildungen der Nieren (dystope Einzelnieren, Nierenaplasie) und Harnwege (E richtig); dies ist durch den parallelen Verlauf des Müller'schen Ganges zum Wolff'schen Gang (= Urnierengang) in der Entwicklungsgeschichte zu erklären.</li> </ul> <p>Therapie: Operative Korrektur (Neovagina), wenn eine Partnerbeziehung mit Kohabitationswunsch besteht.</p>

<b>Rötelnembryopathie</b>	<p><b>Vorsicht:</b> Man spricht zwar von der Rötelnembryopathie, inzwischen weiß man aber, daß eine Infektion nach Abschluß der Organogenese ebenfalls Schäden beim Feten verursachen kann. Die gravierendsten Mißbildungen treten sicherlich während der Embryogenese auf (<b>Gregg - Syndrom</b>): Herzmißbildungen (offener Ductus Botalli, VSD, Pulmonal-, Aortenstenose), Augendefekte (Glaukom, Katarakt), Innenohrschäden, Mikrozephalie. Eine Rötelninfektion nach dem 1. Trimenon kann jedoch auch zu einer Schädigung des ZNS führen: Fetopathia rubeolosa . In bis zu 15 % der Fälle kommt es nach einer Rötelninfektion der Mutter zum Frühabort .</p>
<b>Sauerstoffmangelzustände des Feten</b>	<p>können durch Plazentainsuffizienz, Nabelschnurkomplikationen, Rhesusinkompatibilität, Blutungen, oder auch als Folge mütterlicher Erkrankungen wie Diabetes oder akuter Infektionen entstehen. <b>Die weitaus häufigste Ursache ist die Plazentainsuffizienz.</b>  <b>Zeichen einer Mangelversorgung des Feten sind:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Veränderungen der motorische Aktivität</li> <li>- Veränderungen der Herzfrequenz</li> <li>- Trübung des Fruchtwassers (bei chronischer Hypoxie durch Mekoniumabgang grünlich, beim Morbus haemolyticus gelblich)</li> <li>- Azidose (metabolisch durch anaerobe Glykolyse, respiratorisch bei gestörter CO<sub>2</sub>-Abgabe)</li> </ul> <p>Kardiotokogramm : Frequenzschwankungen und späte Dezelerationen, die den Wehen nachhängen.  <b>Der kindliche Blut-pH :</b>  <math>\geq 7,30</math> normal  <math>&lt; 7,24</math> Präazidose  <math>&lt; 7,14</math> mittelgradige Azidose, bei sinkender Tendenz Entbindung einleiten  <math>&lt; 7,04</math> schwere Azidose, höchste Lebensgefahr für das Kind</p>
<b>Sheehan - Syndrom</b>	<p>Ursache ist eine postpartale, <b>ischämische Nekrose des Hypophysenvorderlappens</b> infolge von starken Blutverlusten während der Geburt. Dabei kann es zum Ausfall der im HVL gebildeten Hormone (FSH, LH, TSH, ACTH, STH, Prolaktin) mit entsprechender Symptomatik kommen: Agalaktie, Amenorrhoe, Libidoverlust, Reduktion der sekundären Körperbehaarung, Pigmentverlust, Hypothermie, Hypoglykämie, Antriebsarmut.  Therapie: Substitution der ausgefallenen Hormone.</p>



<b>SS bei Hepatitis B</b>	<p>Ist die Mutter HbsAg- und HbeAg-positiv, beträgt die Wahrscheinlichkeit der Infektion des Kindes bei der Geburt <b>70 - 80%</b>, bei lediglich positivem HbsAg der Mutter liegt die Wahrscheinlichkeit der Infektion des Kindes bei 6%. Die Infektion erfolgt meist bei der Geburt, selten diaplazentar. Im letzteren Fall ist die Simultanimpfung sinnlos.</p> <p>Procedere:</p> <p>1. Hepatitisintimkontakt in der Schwangerschaft und Seronegativität: Hepatitis-B-Immunglobulin und Gen HB-Vax in den M. deltoideus zur aktiven Immunisierung</p> <p>2. Mutter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spontangeburt abwarten</li> <li>- Nabelschnurblut auf Hepatitis-Serum-Marker</li> <li>- Simultanimpfung des Kindes mit Hepatitis-B-Immunglobulin und HB-Vax; die postexpositionelle Prophylaxe erfolgt stets als aktiv-passive Immunisierung .</li> <li>- Titerkontrollen 3. und 6. Lebensmonat</li> </ul> <p>Abstillen ist nicht notwendig.</p>
<b>Stein-Leventhal-Syndrom</b>	<p>Das Syndrom der Polyzystischen Ovarien oder Stein-Leventhal-Syndrom ist <b>in 40-60% vergesellschaftet mit einer NNR-Hyperplasie, in 20% mit einer Begleit-Hyperprolaktinämie.</b></p> <p>Symptome:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amenorrhoe (15-77%)</li> <li>- Oligomenorrhoe</li> <li>- Sterilität (39-94%)</li> <li>- Adipositas</li> <li>- Hirsutismus</li> <li>- Vergrößerung der Ovarien auf das 2-5-fache mit glatter, verdickter Kapsel, zahlreichen, oberflächlich gelegenen Follikeln</li> </ul> <p><b>Diagnostik:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- LH ↑</li> <li>- FSH normal</li> <li>- Testosteron, Androstendion, Dihydrotestosteron und Progesteron ↑</li> <li>- Sonographie (typisches Bild der polyzystischen Ovarien zu Zyklusbeginn)</li> <li>- Laparoskopie (weißlich-glatt, fibrosierte Kapsel)</li> </ul> <p><b>Therapie:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Glukokortikoide</li> <li>- zusätzlich Clomifen (Antiöstrogen zur Auslösung des Eisprungs)</li> <li>- HMG/HCG: HMG: menschliches, postmenopausales Gonadotropin, das zu gleichen Teilen FSH und LH enthält; Stimulierung der Ovarialfunktion HCG: Human Choriongonadotropin, das weitgehend dem endogenen LH entspricht; zur Ovulationsauslösung</li> <li>- Operation: Laparoskopie und punktuelle Koagulation der Ovarialkapsel und der oberflächlichen Follikel</li> </ul>
<b>Stellung</b>	<p>beschreibt das <b>Verhältnis des kindlichen Rückens zur Innenfläche des Uterus</b>. Bei der 1. Stellung ist der Rücken des Kindes nach links gedreht, bei der 2. Stellung nach rechts. Die Zusatzbezeichnung "a" bedeutet, daß der Rücken leicht nach ventral zeigt, "b" weist auf eine leichte Drehung nach dorsal hin. Die Stellung des kindlichen Rückens wird mit dem 2. Leopoldschen Handgriff bestimmt.</p>



<p><b>Swyer-Syndrom</b></p>	<p>Es handelt sich um eine <b>Gonadendysgenese</b> (anlagebedingte Fehlentwicklung eines Organs oder Organteils), die genetisch bedingt ist. Der Phänotyp ist weiblich, das Karyogramm aber 46, XY → ein Sexchromosom ist inert !!!!!!!</p> <p>Symptome:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- primäre Amenorrhoe und Sterilität</li> <li>- hypoplastische Scham- und Achselbehaarung</li> <li>- hypo- oder aplastische Mamma</li> <li>- Klitorishypertrophie, Vulva sonst normal</li> <li>- Uterushypoplasie</li> <li>- Stranggonaden</li> <li>- FSH und LH ↑, Östradiol ↓</li> </ul> <p>Besonders hohes Entartungsrisiko der Gonadenrudimente (&gt; 30%), die daher entfernt werden sollten.</p>
<p><b>Toxoplasmose, konnatale</b></p>	<p>Konnatale Infektion der Mutter mit Protozoon Toxoplasma gondii v.a. durch Umgang mit infizierten Tieren oder durch Genuss von Fleisch.</p> <p>Infektionsweg: Erreger passieren <b>jenseits der 16. SSW</b> die Plazenta (diaplazentarer Übertritt der Erreger in ca. 45-50% der Fälle bei Erstinfektion der Mutter). Generalisation in verschiedenen inneren Organen (Leber, Milz, Lymphknoten, Lunge, Herz), Absiedelung v.a. in ZNS, Auge, Muskel. Durchseuchungsrate bei Erwachsenen: 65%. Häufigkeit einer konnatalen Infektion: 1:15000.</p> <p><b>Klinische Folgen beim Kind:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klassische Trias: Hydrozephalus, Chorioretinitis, intrazerebrale Verkalkungen</li> <li>- Leber- und Milzvergrößerung, Ikterus</li> <li>- Entwicklungsstörungen, Früh-/Mangelgeburtlichkeit</li> </ul> <p><b>Symptome der Toxoplasmose bei Erstinfektion der Mutter:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- uncharakteristische grippale Symptome (Fieber, Abgeschlagenheit, Durchfälle), zervikale oder generalisierte Lymphknotenschwellungen</li> </ul> <p><b>Diagnose:</b> Mononukleoseähnliches BB, Toxoplasmose-AK-Screening</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- negativ: KBR 1 : &lt; 8, IFT 1 : &lt; 32 fi Titerkontrolle im 2.-3. Trimenon</li> <li>- mittlerer Titer: KBR 1 : 8-32, IFT 1 : 64-512, IgM negativ fi Schwangere immun, keine weiteren Titerkontrollen</li> <li>- erhöhter Titer: <ul style="list-style-type: none"> <li>· KBR 1 : &gt; 64, IFT 1 : &gt; 1024, IgM schwach positiv oder negativ fi kürzlich durchgemachte bis länger zurückliegende Infektion, Titerkontrolle bei der Geburt im Nabelschnurblut</li> <li>· KBR 1 : &gt; 64, IFT 1 : &gt; 1024, IgM hoch positiv fi akute Infektion, Titerkontrolle sofort sowie bei der Geburt im Nabelschnurblut, Therapieeinleitung</li> </ul> </li> </ul> <p>[ KBR: Komplementbindungsreaktion, IFT: Immunfluoreszenztest]</p> <p><b>Therapie:</b> Ab der 16. SSW Pyrimethamin und Sulfonamid über 4 Wochen (Cave: Pyrimethamin: Folsäureantagonist), vor der 16. SSW: Spiramycin Eine Indikation zur Interruptio besteht auch bei nachgewiesener frischer Infektion nicht.</p>

<b>Tripeldiagnostik</b>	stellt ein Screening für Risiko-Schwangere dar, <b>um eine Trisomie 21-Chromosomenaberration aufzudecken</b> . Die Bestätigung muß durch Amniozentese erfolgen. Durchführung: Entnahme von 10 ml mütterlichen Serums am besten in der 15. SSW. Bestimmung von <b>HCG, AFP und E3</b> (unkonjugiertes freies Östriol).
<b>Übertragung</b>	Überschreitung des errechneten Termins um (7 -) 14 Tage
<b>Verfahren, brusterhaltendes</b>	Bei kleinen Mamma-Tumoren ( <b>in der Regel &lt; 2 cm</b> ) kommt als operative Therapie ein brusterhaltendes Verfahren <b>mit obligater postoperativer Radiatio zur Anwendung</b> . Dabei muss ein ausreichend tumorfreier Randsaum (mindestens 0,5 cm in allen Ebenen) vorhanden sein. Die Entfernung der axillären Lymphknoten erfolgt anschließend von einem separaten Zugang aus. <b>Kontraindikationen:</b> - Tumorgröße > 2 cm - Tumor mit Hautinfiltration - multizentrische Karzinome, multifokale Karzinome - ausgedehnte Lymphangiosis carcinomatosa - ausgedehnte Blutgefäßeinbrüche - unvollständige Tumorresektion auch im Nachresektat - invasiv lobuläres Karzinom  Der Menopausenstatus hat nichts mit der Entscheidung für oder gegen eine brusterhaltende Operation zu tun, sondern ist wichtig zur Festlegung der Hormontherapie und zytostatischen Therapie. Ebenso verhält es sich mit dem Rezeptorstatus des Karzinoms.
<b>Zervixkarzinom</b>	<b>in 90% Plattenepithel-Ca</b> Ab und inklusive Stad. Ib : Wertheim-OP <b>Ab und inklusive Stad. IIIa : Bestrahlung</b>
<b>Zervizitis</b>	Häufigste Erreger einer akuten Zervizitis sind <b>Gonokokken und Chlamydien</b> . Bei einer Gonokokken-Infektion findet man gelblich-eitrigen Ausfluß, während der Fluor bei Chlamydien-Infektion eher weißlich-wässrig ist.
<b>Zwillingsschwangerschaft</b>	Bei Zwillingen unterscheidet man eineiige = erbgleiche Zwillinge, die immer gleichgeschlechtlich sind, und zweieiige = erbungleiche Zwillinge, die gleichen oder ungleichen Geschlechts sein können. <b>Eineiige Zwillinge</b> entstehen durch Befruchtung einer Eizelle. Erfolgt die Teilung im Morulastadium wenige Stunden nach der Befruchtung, führt dies zu unabhängig voneinander erfolgender Tubenwanderung und Implantation. Es entstehen Dichoriaten-Diamnioten. Erfolgt die Teilung im Blastozystenstadium vor Bildung der Amnionhöhle, führt dies zu Monochoriaten-Diamnioten. Bei der seltenen Teilung nach Bildung der Amnionhöhle entstehen Monochoriaten-Monoamnioten. <b>Dizygote Zwillinge</b> entstehen durch die Befruchtung zweier Eizellen, sind somit also immer Dichoriaten-Diamnioten.  Bei monochorialen Zwillingen können die Kreisläufe beider Feten miteinander verbunden sein, wodurch hämodynamische Störungen möglich sind, die zum Absterben eines Zwillinges führen können. Von einem sogenannten fetofetalen Transfusionssyndrom gefährdet sind also monozygote Zwillinge mit diamniotisch-monochorialen oder monoamniotischen Plazenten.  Monochoriale Zwillinge besitzen eine gemeinsame äußere Eihaut (Chorion), wobei die Kreisläufe miteinander verbunden sein können. Als zwei verschiedene Individuen müssen sie natürlich während der Geburt bzgl. der Herztöne getrennt überwacht werden. Die Diagnosestellung des fetofetalen Transfusionssyndroms erfolgt sonographisch.

	<p>Das Geburtsgewicht von Neugeborenen mit intrauteriner Dystrophie liegt unterhalb der 10. Perzentile auf der Wachstumskurve, entsprechend lässt auch bei Zwillingen ein größerer Gewichtsunterschied den Verdacht auf eine intrauterine Mangelversorgung eines der beiden Zwillinge aufkommen.</p> <p><b>Mögliche Komplikationen bei Zwillingsgeburten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (gehäuft) abnorme Lage und Haltung der Feten</li> <li>- Verhakung der Kinder, fetofetales Transfusionssyndrom</li> <li>- starke Überdehnung der Gebärmutter fi vorzeitiger Blasensprung, Frühgeburt</li> <li>- EPH-Gestose, Plazentainsuffizienz</li> <li>- Nabelschnurvorfall</li> <li>- primäre Wehenschwäche</li> <li>- Gefahr der vorzeitigen Plazentalösung für den zweiten Zwilling nach Geburt des ersten Zwilling. Deshalb sollte die Geburt des 2. Zwilling innerhalb 20 Minuten nach der des ersten erfolgen, da er sonst durch Hypoxie gefährdet ist.</li> </ul>						
<p><b>Zyklusstörungen</b></p>	<p><b>a) Anomalien der Blutungsdauer (normal: 3 - 5 Tage)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Menorrhagie:</b> verlängert (&gt; 6 Tage)</li> <li>• <b>Brachymenorrhoe:</b> verkürzt (&lt; 3 Tage)</li> </ul> <p><b>b) Anomalien der Blutungsstärke (normal: 2 - 5 Vorlagen/Tampons pro Tag)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hypomenorrhoe:</b> verminderte Periodenblutung (&lt; 2 Vorlagen/d)</li> <li>• <b>Hypermenorrhoe:</b> verstärkte Periodenblutung (&gt; 5 Vorlagen/d)</li> <li>• <b>Spotting:</b> Schmierblutungen (z.B. prä-/postmenstruell, Zyklusmitte)</li> </ul> <p><b>c) Anomalien des Blutungsrhythmus (normal: alle 25 - 35Tage)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Oligomenorrhoe:</b> verlängerter Zyklus (&gt; 35 Tage), d.h. zu seltene Blutung</li> <li>• <b>Polymenorrhoe:</b> verkürzter Zyklus (&lt; 25 Tage), d.h. zu häufige Blutung (A)</li> <li>• <b>Metrorrhagie:</b> azyklische Zusatzblutung außerhalb der Menstruation, Zwischenblutung</li> </ul> <table border="1" data-bbox="555 1153 1520 1500"> <tr> <td>Störungen der Blutungsdauer Menorrhagie Brachymenorrhoe</td> <td>verlängerte Periodenblutung (D) verkürzte Periodenblutung (A)</td> </tr> <tr> <td>Störungen in der Blutungsstärke Hypermenorrhoe Hypomenorrhoe Spotting Metrorrhagie</td> <td>verstärkte Periodenblutung verminderte Periodenblutung Schmierblutung Zusatzblutung außerhalb der Periode (C)</td> </tr> <tr> <td>Störungen in der Blutungshäufigkeit Polymenorrhoe Oligomenorrhoe sek. Amenorrhoe</td> <td>unregelmäßig oder regelmäßig verkürzte Zyklen stark verlängerte Zyklen (B) keine Periodenblutung</td> </tr> </table>	Störungen der Blutungsdauer Menorrhagie Brachymenorrhoe	verlängerte Periodenblutung (D) verkürzte Periodenblutung (A)	Störungen in der Blutungsstärke Hypermenorrhoe Hypomenorrhoe Spotting Metrorrhagie	verstärkte Periodenblutung verminderte Periodenblutung Schmierblutung Zusatzblutung außerhalb der Periode (C)	Störungen in der Blutungshäufigkeit Polymenorrhoe Oligomenorrhoe sek. Amenorrhoe	unregelmäßig oder regelmäßig verkürzte Zyklen stark verlängerte Zyklen (B) keine Periodenblutung
Störungen der Blutungsdauer Menorrhagie Brachymenorrhoe	verlängerte Periodenblutung (D) verkürzte Periodenblutung (A)						
Störungen in der Blutungsstärke Hypermenorrhoe Hypomenorrhoe Spotting Metrorrhagie	verstärkte Periodenblutung verminderte Periodenblutung Schmierblutung Zusatzblutung außerhalb der Periode (C)						
Störungen in der Blutungshäufigkeit Polymenorrhoe Oligomenorrhoe sek. Amenorrhoe	unregelmäßig oder regelmäßig verkürzte Zyklen stark verlängerte Zyklen (B) keine Periodenblutung						
<p><b>Zystadenom, muzinöses</b></p>	<p>häufigster Ovarialtumor, mal. Entartung in 5 - 10% d.F.</p>						