

# Erratum

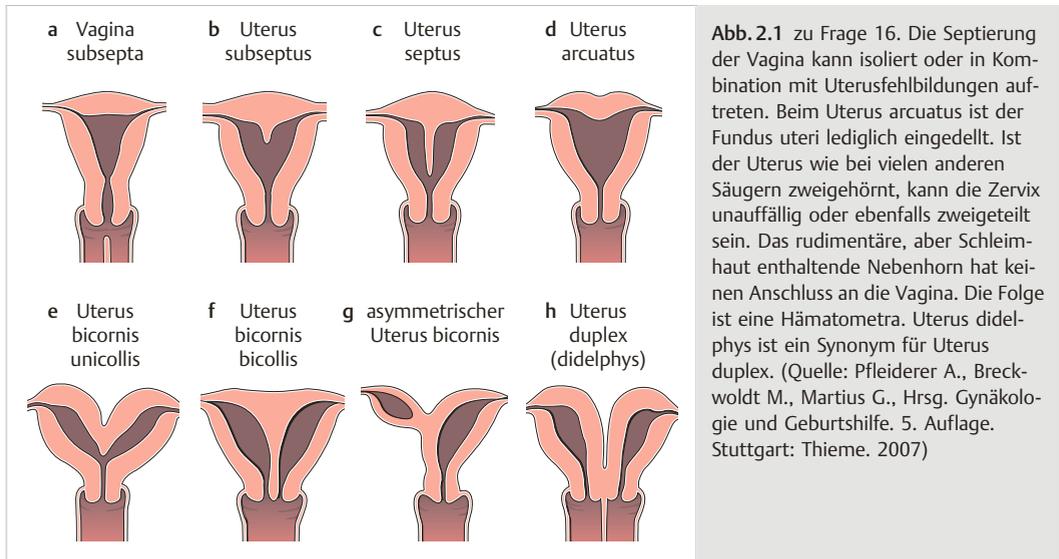
Christoph Keck, Dominik Denschlag, Clemens Tempfer  
Facharztprüfung Gynäkologie und Geburtshilfe, 3. Auflage

ISBN 978-3-13-244612-0

Liebe Leserinnen und Leser,

wir möchten Sie in diesem Werk auf die Korrektur der folgenden Fehler hinweisen. Richtig muss es heißen:

Die Beschriftung innerhalb der Grafik zur **Frage 16** (S. 30) wurde berichtigt.  
Die korrekte Abbildung 2.1 ist folgende:



Die Frage 409 (S.127) wurde ergänzt und muss korrekt lauten:

#### Frage 409

? Welche medikamentöse Behandlung des Uterus myomatosus kennen Sie?

! GnRH-Analoga; Ulipristalacetat.

i GnRH-Analoga werden schon seit vielen Jahren eingesetzt, um durch Inhibition der endogenen Steroidsekretion zu einer Verkleinerung der Myome und damit zu einer Abnahme der Beschwerdesymptomatik zu führen. Die Therapie sollte für maximal 3–4 Monate durchgeführt werden. Danach ist keine weitere Verbesserung zu erwarten, während die langfristige Gabe von GnRH-Analoga andererseits zu sekundären Folgen des Östrogenmangels führen kann.

Seit einigen Jahren ist auch Ulipristalacetat zur Behandlung des symptomatischen Uterus myomatosus zugelassen. Durch Gabe von Ulipristalacetat kommt es zur Regulation der Myom-bedingten Blutungsstörung sowie zur Verkleinerung der Myome. Ulipristalacetat: Vorläufiges Ruhen der Zulassung von Arzneimitteln zur Behandlung von Gebärmuttermyomen. Der Ausschuss für Risikobewertung im Bereich der Pharmakovigilanz (PRAC) der EMA hat Frauen empfohlen, die Einnahme von 5 mg Ulipristalacetat (Esmya und Generika) zur Behandlung von Uterusmyomen für den Zeitraum des aktuell laufenden Risikobewertungsverfahrens einzustellen. Während der Sicherheitsüberprüfung sollen auch keine neuen Patientinnen mehr mit den Arzneimitteln behandelt werden, deren Zulassungen in der gesamten EU vorübergehend ausgesetzt werden.

Die Frage 574 (S.161) wurde angepasst und muss korrekt lauten:

#### Frage 574

? Eine Patientin kommt 8 Tage nach Chemotherapie wegen Fieber zu Ihnen. Sie stellen eine Neutropenie fest. Ist eine Antibiotikatherapie indiziert?

! Ja.

i Zu empfehlen ist eine antibiotische Therapie mit einem Cephalosporin der dritten Generation.

Die Frage 764 (S.213) muss der Vollständigkeit halber lauten:

#### Frage 764

? Definieren Sie den Begriff der intrauterinen Wachstumsretardierung.

! World Health Organization (WHO)-Definition: <3. Perzentile.; American College of Obstetricians & Gynecologists (ACOG)-Definition: <10. Perzentile

i Häufigkeit 5–10% aller Schwangerschaften (Nardoza 2017); var. Definitionen: Perzentilenwachstum <3, <5, <10; SGA (small for gestational age) = gesund, konstitutionell klein; FGR (fetal growth restriction) = mangelbedingt klein. Bei Anwendung der ACOG-Definition sind 70% der Feten SGA und 30% FGR.

Die **Frage 765** (S. 213) muss korrekt lauten:

#### Frage 765

- ? Nennen Sie mögliche Ursachen für eine intra-uterine Wachstumsretardierung.
- ! **Ursachen: fetal (Chromosomenaberrationen, Syndrome, Infektionen, metabolische Erkrankungen) oder maternal (Mangelernährung, Krankheit, Drogenabusus) oder uteroplazentar (verminderte Perfusion).**
- i *Der Anteil der uteroplazentaren Ursachen liegt bei etwa 25–30% (Nardoza 2017). Mischformen kommen vor.*

Die **Frage 841** (S. 238) wurde angepasst und muss korrekt lauten:

#### Frage 841

- ? Wie therapieren Sie die Hyperemesis gravidarum?
- ! **Mit Antiemetika bzw. Infusionen.**
- i *Evidenzbasierte Therapeutika bei Hyperemesis gravidarum sind Metoclopramid, Vitamin B6, Promethazin, Ingwer und Akupressur.*

Die **Frage 843** (S. 238) wurde angepasst und muss korrekt lauten:

#### Frage 843

- ? Wie ist die Sicherheit und Wirksamkeit von Metoclopramid in der Frühschwangerschaft zu beurteilen?
- ! **Metoclopramid ist ein effektives und sicheres Therapeutikum der Hyperemesis gravidarum.**
- i *In einer Metaanalyse von 12 placebokontrollierten Studien ging die Verwendung von Antiemetika mit einer deutlichen Reduktion der Frequenz und Häufigkeit der Übelkeit bei Patientinnen mit Hyperemesis gravidarum einher. Die vorliegenden Daten zeigen für Antiemetika, insbesondere das gebräuchliche Präparat Metoclopramid, keine teratogene Wirkung. In einer großen dänischen Registerstudie (> 9000 Schwangere) war Ondansetron mit keiner erhöhten Rate an Fehlbildungen oder negativen Schwangerschafts-Outcomes assoziiert. Aufgrund eines Rote-Hand-Briefes aus dem Jahr 2019 sollte Ondansetron allerdings nicht im 1. Trimenon angewandt werden.*

Die **Frage 895** (S. 248) wurde angepasst und muss korrekt lauten:

#### Frage 895

- ? Eine 20-jährige Patientin stellt sich in der 32. SSW mit folgenden Symptomen vor: schmerzloses Ulkus im Bereich des linken Labium maius mit induriertem Ulkusgrund, regionale Lymphknotenschwellungen (► Abb. 22.4). Welche Erkrankung vermuten Sie?
- ! **Es kann sich um ein Primärstadium bei Syphilis handeln.**
- i *Die Inzidenz für Syphilis beträgt in der Schwangerschaft insgesamt < 0,1%. Die Übertragung erfolgt sexuell. Die Syphilis wird durch das gramnegative Bakterium Treponema pallidum aus der Familie der Spirochäten verursacht. Neben AIDS (anonym) und Hepatitis B (namentlich) gehört die Syphilis (anonym) zu den meldepflichtigen Geschlechtskrankheiten.*

Die **Frage 1092** (S. 287) wurde angepasst und muss korrekt lauten:

#### Frage 1092

- ❓ Ab welchem Kindsgewicht besteht eine Bestattungspflicht?
- ❗ Dies ist **Länder-abhängig** und variiert zwischen 500 und 1000 Gramm.
- i Laut *Personenstandsgesetz* besteht für Kinder über 500 g bzw. Lebendgeborene eine Bestattungspflicht. Ein Bestattungsverbot existiert nicht, sodass bei entsprechendem Wunsch der Eltern eine Bestattung auch unabhängig vom Gewicht möglich ist.

Die **Frage 1245** (S. 317) wurde angepasst und muss korrekt lauten:

#### Frage 1245

- ❓ Nennen sie die beiden Hauptsäulen der Therapie.
- ❗ Die systemische Antibiotikagabe bzw. die Reduktion des Milchflusses mittels Dopaminagonisten.
- i Um die Möglichkeit offen zu halten, das Kind weiter zu stillen, empfiehlt sich eine Antibiose mit Penicillinen, Cephalosporinen oder Erythromycin. Zusätzlich kann der Milchfluss durch Entleeren der Brust über 1–2 Tage reduziert werden. Ein Weiterführen des Stillens scheint die kindliche Morbidität nicht zu erhöhen. Die betroffene Brust sollte jedoch weiterhin regelmäßig entleert werden.

Wir bedauern diesen Fehler und bitten um Beachtung



Ihr  
Georg Thieme Verlag