

Journal für

Gynäkologische Endokrinologie

Gynäkologie • Kontrazeption • Menopause • Reproduktionsmedizin

Kongressbericht: Update Myomtherapie

Fischl F

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2014; 8 (1)

(Ausgabe für Österreich), 28-29

Offizielles Organ der Österreichischen
IVF-Gesellschaft

Offizielles Organ der Österreichischen
Menopause-Gesellschaft

Indexed in EMBASE/Scopus/Excerpta Medica

www.kup.at/gynaekologie

Member of the



Homepage:

www.kup.at/gynaekologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. h. b. GZ072037636M · Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf · Erscheinungsort: 3003 Gablitz

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Kongressbericht: Update Myomtherapie*

F. Fischl

Referenten

- Univ.-Prof. DDr. Johannes Huber, Medizinische Universität Wien: „Extragenitale Funktion des Uterus“
- OA Dr. Gerald Fischerlehner, MBA, Frauen- und Kinderklinik Linz: „Myom versus Sarkom – Ist eine präoperative Unterscheidung möglich?“
- Prim. Priv.-Doz. Dr. Stefan Rimbach, Abt. f. Gyn. und Geburtshilfe, LKH Feldkirch: „Innovatives Therapiemanagement bei symptomatischem Uterus myomatosus“

Prof. Huber zeigte in seinem Einleitungsvortrag anhand von internationalen Studien die Vielfalt der extragenitalen Funktionen des Uterus auf. Dies betrifft unter anderem den Beckenboden, die Progenitorzellen, die Schilddrüse und die Immunabwehr. In zahlreichen Studien, aber auch in Metaanalysen konnte belegt werden, dass die Hysterektomie bei gutartigen Uteruserkrankungen für Frauen in jedem Lebensalter, also sowohl vor als auch nach der Menopause, ein erhöhtes Risiko für das Auftreten einer Stressinkontinenz mit sich bringt. Daraus resultiert zunehmend die Forderung, dass dieses Risiko von den Operateuren vor der Operation angesprochen werden soll.

Ebenso zeigte Kollege Huber anhand von anderen Studien, dass es durch die Hysterektomie nachweislich zu einem verminderten „blood flow“ in den Gefäßen der Ovarien kommt, was mitverantwortlich für eine verminderte Produktion der ovariellen Steroidhormone, aber auch für eine verminderte Produktion von Inhibin B ist.

In einer weiteren von Kollegen Huber vorgestellten Studie konnte nachgewiesen werden, dass es bei Frauen, die eine Schilddrüsenhormontherapie bei einer subklinischen Hypothyreose und Gewichtsproblemen bekamen, zu einem anderen Schilddrüsenhormonmuster nach Hysterektomie kommt als bei unbehandelten hysterektomierten Frauen. In dieser Studie wurden in 2 Gruppen – mit L-Thyroxin-Therapie und ohne L-Thyroxin-Therapie (Placebo) nach Hysterektomie – verschiedene Reaktionsmuster der Schilddrüsenhormone untersucht. Es zeigten sich hier zum Teil deutliche Unterschiede im Reaktionsmuster der Schilddrüsenhormone T3 und fT4 nach der Hysterektomie in den beiden Gruppen. Andere Studien diskutieren auch ein erhöhtes Risiko für Schilddrüsenkrebs in den ersten 2 Jahren nach einer Hysterektomie.

Diese beschriebenen extragenitalen Funktionen und noch einige mehr, die bei der Gewichtszunahme nach Hysterektomie oder bei der Bildung von Stamm-/Progenitorzellen im Endometrium eine Rolle spielen, zeigen eindrucksvoll, dass bei benignen Uteruserkrankungen die Hysterektomie nicht als primäre Therapie im Vordergrund stehen sollte, sondern andere

konservative Therapiemöglichkeiten bevorzugt werden sollten.

Dr. Fischerlehner setzte sich in seinem Vortrag „Myom versus Sarkom – Ist eine präoperative Unterscheidung möglich?“ mit der Pathogenese, Symptomatik, Epidemiologie, Inzidenz, Häufigkeit, dem Alter bei Auftreten sowie Diagnosemöglichkeiten von Myomen und Myosarkomen auseinander. Dabei zeigte er, inwieweit eine präoperative Unterscheidung durch verschiedene Untersuchungstechniken – sei es klinisch, laborchemisch oder bildgebend, z. B. mit Ultraschall oder MRT – überhaupt möglich ist. Letztendlich kommt er zum Schluss, dass keine der angeführten Untersuchungsmöglichkeiten die Differenzialdiagnose Sarkom sicher stellen kann.

Das Auftreten von Myomen ist ab etwa Mitte 30 relativ häufig, ebenso bestehen rassische Unterschiede. In der schwarzen Bevölkerung kommt es häufiger und früher zur Entwicklung von Myomen als im Vergleich zur weißen Population; das Verhältnis beträgt etwa 2(3):1. Das Auftreten von Uterussarkomen ist jedoch äußerst selten und es besteht keinerlei Zusammenhang diesbezüglich betreffend das Myomgrößenwachstum oder die Geschwindigkeit des Größenwachstums. Wie schon früher darauf hingewiesen, gibt es derzeit keine effizienten Untersuchungsmöglichkeiten, die eine Differenzierung zwischen Myom und Sarkom vor einer Operation ermöglichen. Ebenso sind Schnellschnittuntersuchungen nicht sehr zielführend, führen sie doch relativ häufig zu falsch positiven oder falsch negativen Ergebnissen. Somit ist diese Diagnose auch heute oft noch eine Zufallsdiagnose nach einer Operation durch die histologische Aufarbeitung des Präparates. Da das uterine Sarkom insgesamt sehr selten ist, sollte es nach Möglichkeit in einem gynäko-onkologischen Zentrum behandelt werden.

Doz. Rimbach brachte in seinem Update „Innovatives Therapiemanagement bei symptomatischem Uterus myomatosus“ einen ausführlichen Überblick über Epidemiologie, Symptomatik, Diagnostik und Therapie. Er ging ausführlich auf die Möglichkeiten der operativen Therapien sowie auf andere therapeutische Möglichkeiten ein. Er verglich die verschiedenen operativen Techniken bei organerhaltender Myomresektion, wie die operative Hysteroskopie zur Myomenukleation, die Laparoskopie, die (Mini-) Laparotomie, aber auch die suprazervikale Hysterektomie, die LASH-Technik (laparoskopische suprazervikale Hysterektomie), die totale Laparotomie sowie die vaginalen Operationstechniken und stellte die Vor- und Nachteile der einzelnen Techniken gegenüber. In weiterer Folge diskutierte er anhand von Studienergebnissen die Möglichkeiten interventioneller Therapien, wie die Embolisation oder den fokussierten Ultraschall.

Im Anschluss an diese Ausführungen kam er zu einer innovativen, derzeit die Operation ergänzenden medikamentösen Therapie. Er verglich diese mit verschiedenen älteren medikamentösen Therapien und ihren Indikationen und zeigte anhand von Studien die Vor- und Nachteile sowie auftretende Neben-

* Gedeon-Richter-Symposium im Rahmen des Gynäkologie Update Refresher am 29. November 2013

wirkungen auf. Dabei ging er ausführlich auf die Substanz Ulipristalacetat (Esmya®) ein und zeigte anhand von Studien den Wirkmechanismus, die Zulassung zur präoperativen Therapie von Myomen, die Verkleinerung derselben und das Auftreten einer induzierten Amenorrhö durch diese Substanz, wobei die Therapie derzeit noch auf maximal 2 präoperative Therapiezyklen von jeweils 3 Monaten, unterbrochen von einer 2-monatigen behandlungsfreien Zeit, beschränkt ist.

Therapeutisch kommt es durch die auftretende Amenorrhö zur Normalisierung des Hb-Wertes. Ulipristalacetat (Esmya®) führt zu einer schnellen, effektiven Blutungskontrolle (> 90 % in 1 Woche, 75 % Amenorrhö) und zu einer für 6 Monate anhaltenden Myomgrößenreduktion. Es zeichnet sich durch gute Verträglichkeit aus (kein Östrogenentzug, Wiedereinsetzen der Menstruation und Ovulation meist 1 Monat nach Therapieende).

In den PEARL-Studien konnte die Überlegenheit gegenüber Placebo und die Nichtunterlegenheit gegenüber dem Goldstandard GnRHa gezeigt werden. Esmya® ist derzeit die einzige zugelassene orale medikamentöse Therapie des symptomatischen Uterus myomatosus in einer Dosierung von 5 mg/Tag, verabreicht in maximal 2 Behandlungszyklen über jeweils 3 Monate präoperativ (SmPC, Stand Jänner 2014).

Die Indikationen für eine medikamentöse Therapie mit Ulipristalacetat (Esmya®) werden in Tabelle 1 zusammengefasst.

Abschließend stellte Kollege Rimbach noch forensische Aspekte, im Sinne von „Was bei der medikamentösen Therapie mit Ulipristalacetat (Esmya®) zu beachten ist“, zur Diskussion. Bei geplanter Operation: die Aufklärung über die Möglichkeit

Tabelle 1: Indikationen für eine Therapie mit Ulipristalacetat (Esmya®)

Anämie	Präop. Korrektur (Symptomatik > Metrik!)
Operative HSK	Typ-II- (sehr großes Typ-I-) Myom
Myomresektion	Evtl. multiple oder ungünstig lokalisierte Myome bei Kinderwunsch
LSK – Myomenukleation	Evtl. sehr große Myome (Vermeidung Laparotomie)
	Evtl. ungünstig lokalisierte Myome bei Kinderwunsch (Vermeidung Laparotomie)
LSK – Hysterektomie	Evtl. sehr großer Uterus (Vermeidung Laparotomie)

einer medizinischen Vorbehandlung mit deren Vor- und Nachteilen. Bei Verdacht der Differenzialdiagnose Sarkom, wenn dies auch äußerst selten ist: die Aufklärung über das Erfordernis einer Kontrazeption während der Therapiedauer (Barriere Methoden). Bei auffälligem Endometrium oder Blutungsstörungen vor der Therapie sollte eine histologische Abklärung nach üblichen Kriterien erfolgen. Bei auffälligem Endometrium, das länger als 3 Monate nach Beendigung der UPA-Therapie besteht, sollte ebenso eine histologische Abklärung erfolgen. Möglicher Ausblick in die nähere Zukunft: die alleinige medikamentöse Therapie mit Ulipristalacetat (Esmya®) nach entsprechender Zulassungserweiterung. Hier könnte eine Therapie über mehrere Zyklen als kausale Therapie ohne nachfolgende Operation, vor allem kurz vor der Menopause, in Betracht gezogen werden.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Franz Fischl
A-1180 Wien, Weimarerstraße 5/16
E-Mail: franz@fischl.cc

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)