

Journal für

Gynäkologische Endokrinologie

Gynäkologie • Kontrazeption • Menopause • Reproduktionsmedizin

**Fallbericht: Zwillingsgeburt bei einer
Hysterektomie-Kandidatin nach präoperativer
Ulipristalacetat-5-mg-Therapie**

Graf A

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2014; 8 (3)

(Ausgabe für Österreich), 35-36

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 Parkersdorf · 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



Fallbericht: Zwillingsgeburt bei einer Hysterektomie-Kandidatin nach präoperativer Ulipristalacetat-5-mg-Therapie

A. Graf

Uterusmyome sind die häufigsten benignen Neoplasien in der Prämenopause und können teils erhebliche Beschwerden verursachen [1]. Neben schweren oder abnormen uterinen Blutungen und Unterbauchschmerzen können uterine Leiomyome aber auch Schwangerschaftskomplikationen oder gar Infertilität verursachen [2, 3]. Die Inzidenz von Uterusmyomen während der Schwangerschaft liegt zwischen 0,1 und 3,9 %, wobei die Schwangerschaften auch ohne Komplikationen verlaufen können [4]. Dennoch gelten Schwangerschaften bei Frauen mit Uterusmyomen als risikobehaftet, vor allem wenn die Myome einen Durchmesser von > 30 mm aufweisen [5]. Neben den Myomen selbst stellen auch Myomtherapien, wie z. B. hysteroskopische Myomektomien, ein erhöhtes Risiko für den Erhalt der Fertilität dar bzw. können diese Therapieverfahren die Wahrscheinlichkeit für eine abnorme Plazentation erhöhen [6]. Nicht zuletzt kann auch das Risiko für die Notwendigkeit einer Sectio caesarea erhöht sein [7].

Da Myome – wie erwähnt – der Grund für Infertilität sein können, ist eine Myomtherapie in vielen Fällen unabdingbar, um die gewünschte Fruchtbarkeit wieder zu erlangen oder zumindest die Wahrscheinlichkeit für das Zustandekommen einer Schwangerschaft zu erhöhen.

■ Fallbeschreibung

Im Folgenden wird der Fall einer an Uterus myomatosus leidenden, infertilen Frau (Abb. 1–3) vorgestellt, die nach einer Therapie mit Ulipristalacetat 5 mg schwanger wurde und gesunde Zwillinge entbinden konnte.

Anamnese und Diagnose

Bei der Patientin wurde im Alter von 27 Jahren erstmals die Diagnose Uterus myomatosus gestellt. Die junge Frau, Nullipara und Nichtraucherin, hatte unregelmäßige Zyklen (32–70 Tage), die mitunter auch anovulatorisch waren. Weitere Fertilitätsstörungen waren nicht erkennbar. Familienanamnestisch war auffällig, dass auch die Mutter der Patientin bereits im 30. Lebensjahr wegen anämisierender Hypermenorrhöen hysterektomiert worden war.

Im Jahr 2009, 6 Jahre nach der Erstdiagnose, litt die Patientin an den ersten myombedingten Symptomen in Form von verstärkten Menstruationen; eine Gestagentherapie führte nicht zum gewünschten Erfolg und kombinierte orale Kontrazeptiva waren wegen einer massiven genetischen Hyperlipidämie kontraindiziert.

Therapie

Die medikamentösen Therapiemöglichkeiten eines Uterus myomatosus waren damals inadäquat bzw. hatten nicht zum



Abbildung 1: Vaginosonographie median-sagittal: Uterus antevertiert-flektiert, 29 x 29 mm großes, subseröses Myom im Bereich der Korpusvorderwand.



Abbildung 2: Vaginosonographie quer: 27 x 33 mm großes, submuköses Myom im Bereich der Korpusvorderwand.

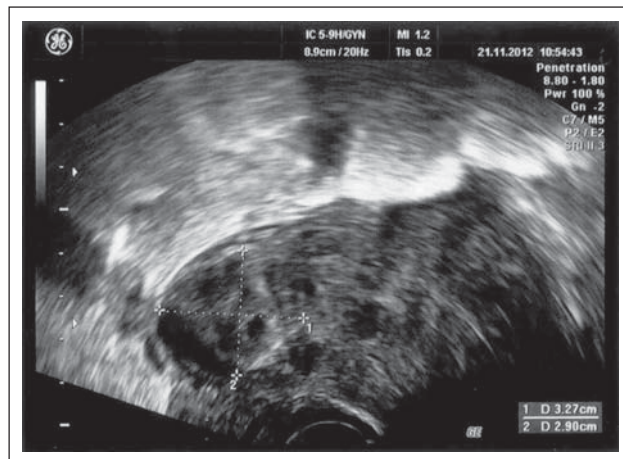


Abbildung 3: Vaginosonographie quer: 33 x 29 mm großes, subseröses Myom im Bereich der Isthmushinterwand.

gewünschten Erfolg geführt. Daher wurde der Patientin eine operative Sanierung der Myome empfohlen. Im Rahmen dieser Operation wurden hysteroskopisch 3 submuköse, ins Cavum uteri vorgewölbte Myome reseziert. Außerdem konnten laparoskopisch 2 große, links parametran sowie im Fundus gelegene Myome enukleiert werden; zahlreiche andere Myome wurden jedoch belassen. Eine Chromopertubation während der gleichen Sitzung zeigte beide Tuben durchgängig. Doch auch diese Therapiemaßnahmen führten nicht zum gewünschten Erfolg und die Patientin konnte auf natürlichem Wege auch in der nachfolgenden Zeit nicht schwanger werden. Zusätzlich führte die bestehende Hypermenorrhö zu einer Anämie.

Die Patientin entschied sich in dieser Situation für eine assistierte Reproduktion: Zuerst wurden im Dezember 2011 und im Jänner 2012 zwei Inseminationen durchgeführt, die leider genauso erfolglos blieben wie die folgenden 3 IVF-Prozeduren im März 2012, im Juni 2012 sowie im August 2012. Die Patientin war damals wegen ihres unerfüllten Kinderwunschs und der lang anhaltenden Anämie physisch und psychisch schon sehr erschöpft und wollte eine Hysterektomie.

Ulipristalacetat 5 mg und Schwangerschaft

In dieser Situation wurde im September 2012 die Entscheidung getroffen, eine medikamentöse präoperative Myomtherapie mit Ulipristalacetat 5 mg durchzuführen. Ulipristalacetat 5 mg wurde einmal täglich für die Dauer von 3 Monaten eingenommen. Nach Beendigung der Therapie war der darauffolgende Zyklus durch eine wesentlich schwächere Menstruation gekennzeichnet und auch die Myome waren geschrumpft. Insgesamt ging es der Patientin nach der Ulipristalacetat-5-mg-Therapie deutlich besser und sie war entschlossen, einen nunmehr 4. und letzten IVF-Versuch zu wagen; die Durchführung begann im 2. Zyklus nach Beendigung der Ulipristalacetat-5-mg-Therapie.

Dieser 4. IVF-Versuch führte endlich zu der lang ersehnten Schwangerschaft mit Gemini, wobei als Geburtstermin der 6. November 2013 errechnet wurde. Die Schwangerschaft verlief bis auf eine Hyperemesis gravidarum unkompliziert; bei den Ultraschalluntersuchungen in 14-tägigen Abständen waren keine morphologischen Auffälligkeiten zu erkennen und es zeigte sich eine normale Entwicklung der Feten.

Geburt und Hysterektomie

Am 2. Oktober 2013 (SSW 35) erfolgte aufgrund eines vorzeitigen Blasensprungs eine primäre Sectio caesarea – es konnten ein gesundes weibliches (2060 g, 46 cm, 9-10-10) und ein gesundes männliches (2460 g, 48 cm, 9-10-10) Neugeborenes entbunden werden.

Nach der Sectio nahm die Patientin aus Angst vor neuerlichen starken Blutungen bis zur abdominalen Hysterektomie am 8. Jänner 2014 wieder Ulipristalacetat 5 mg ein.

■ Conclusio

Wie aus den Zulassungs- [8, 9] und Indikationsänderungsstudien [10] zu erwarten war, führte Ulipristalacetat 5 mg zum Sistieren der anämisierenden Hypermenorrhö. Zugleich konnte die myombedingte Infertilität behoben werden, sodass nach

Ende der Therapie die Patientin mit einem 4. und letzten IVF-Versuch schwanger werden konnte. Die Behandlung mit Ulipristalacetat 5 mg wurde im hier beschriebenen Fall *lege artis* durchgeführt, da die chirurgische Sanierung schon vor Therapiebeginn feststand und die Patientin zuvor einen letzten Versuch unternehmen wollte, um ihren Kinderwunsch doch noch zu erfüllen. Über den Zeitpunkt, wann nach Beendigung der Ulipristalacetat-5-mg-Therapie eine chirurgische Sanierung zu erfolgen hat, werden in der Fachinformation keine Angaben gemacht [11]. Bei einer Besprechung mit Experten wurde Folgendes diskutiert:

1. Nach Beendigung der Ulipristalacetat-5-mg-Therapie sollte für eine Regeneration des Endometriums zumindest 2 Menstruationszyklen zugewartet werden, bevor eine Operation durchgeführt wird, und
2. kann die Möglichkeit genutzt werden, dass Ulipristalacetat 5 mg eine bis zu 6 Monate anhaltende Myomreduktion bedingt [9] und der OP-Termin innerhalb dieses Zeitfensters gewählt werden kann („window of opportunity“) [12].

Zur Prophylaxe der prätherapeutisch schwersten Blutungen entschied sich die Patientin in der Zeit nach der Entbindung bis zur geplanten Hysterektomie für eine weitere 3-Monats-Therapie mit Ulipristalacetat 5 mg. Diese Wiederholungsbehandlung ermöglichte, dass die Patientin in einem nichtanämischen Status operiert werden konnte, was das Risiko möglicher Folgekomplikationen stark reduzierte [13].

In dem hier beschriebenen Fall war die Therapie mit Ulipristalacetat 5 mg die einzig mögliche pharmakologische Intervention, um die Symptomatik bis zum Zeitpunkt der Operation zu reduzieren. Dass mit Ulipristalacetat 5 mg zugleich auch noch der lang ersehnte Kinderwunsch erfüllt werden konnte, trug zusätzlich zu einer enormen Steigerung der Lebensqualität der hier vorgestellten Patientin bei.

Literatur:

1. Brady PC, Stanic AK, Styer AK. Uterine fibroids and subfertility: an update on the role of myomectomy. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2013; 25: 255–9.
2. Islam MS, Protic O, Giannubilo SR, et al. Uterine leiomyoma: available medical treatments and new possible therapeutic options. *J Clin Endocrinol Metab* 2013; 98: 921–34.
3. Ciavattini A, Di Giuseppe J, Stortoni P, et al. Uterine fibroids: pathogenesis and interactions with endometrium and endomyometrial junction. *Obstet Gynecol Int* 2013; 2013: 173184.
4. Vitale SG, Tropea A, Rossetti D, et al. Management of uterine leiomyomas in pregnancy: review of literature. *Updates Surg* 2013; 65: 179–82.
5. Deveer M, Deveer R, Engin-Ustun Y, et al. Comparison of pregnancy outcomes in different localizations of uterine fibroids. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2012; 39: 516–8.
6. Mathiesen E, Hohenwarter M, Basir Z, et al. Placenta increta after hysteroscopic myomectomy. *Obstet Gynecol* 2013; 122: 478–81.
7. Michels KA, Velez Edwards DR, Baird DD, et al. Uterine leiomyomata and cesarean birth risk: a prospective cohort with standardized imaging. *Ann Epidemiol* 2014; 24: 122–6.
8. Donnez J, Tatarchuk TF, Bouchard P, et al.; PEARL I Study Group. Ulipristal acetate versus placebo for fibroid treatment before surgery. *N Engl J Med* 2012; 366: 409–20.
9. Donnez J, Tomaszewski J, Vázquez F, et al.; PEARL II Study Group. Ulipristal acetate versus leuprolide acetate for uterine fibroids. *N Engl J Med* 2012; 366: 421–32.
10. Donnez J, Vázquez F, Tomaszewski J, et al.; PEARL III and PEARL III Extension Study Group. Long-term treatment of uterine fibroids with ulipristal acetate. *Fertil Steril* 2014; 101: 1565–73.e1–18.
11. Fachinformation Esmya® 5 mg-Tabletten. Stand Januar 2014.
12. COGI 2013, Myom-Symposium Gedeon Richter AG. Wien, s.n., 2013.
13. Musallam KM, Tamim HM, Richards T, et al. Preoperative anaemia and postoperative outcomes in non-cardiac surgery: a retrospective cohort study. *Lancet* 2011; 378: 1396–407.

Korrespondenzadresse:

Dr. Angelika Graf
 Fachärztin für Frauenheilkunde & Geburtshilfe
 A-5020 Salzburg, Schranngasse 8
 E-Mail: angelika.graf@a1.net

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](#)