

Journal für

Gynäkologische Endokrinologie

Gynäkologie • Kontrazeption • Menopause • Reproduktionsmedizin

Fallbericht: Erfolgreiche Schwangerschaft nach kombinierter präoperativer Ulipristalacetat-Vorbehandlung und laparoskopischer Myomenukleation bei tiefsitzendem Zervixhinterwandmyom und Kinderwunsch

Römer T

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2015; 9 (2)

(Ausgabe für Österreich), 32-34

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2015; 9 (2)

(Ausgabe für Schweiz), 24-26

**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. GZ07Z037636M · Verlagspostamt: 3002 Parkersdorf · Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Fallbericht: Erfolgreiche Schwangerschaft nach kombinierter präoperativer Ulipristalacetat-Vorbehandlung und laparoskopischer Myomenukleation bei tiefsitzendem Zervixhinterwandmyom und Kinderwunsch

T. Römer

■ Einleitung

Myome treten in der Altersgruppe bei > 30-jährigen Frauen häufiger auf, sodass es auch häufig ein Problem bezüglich der Fertilität geben kann [1, 2]. Für submuköse Myome ist dieser Zusammenhang eindeutig bewiesen, für intramurale Myome hängt dies von der Größe und insbesondere von der Lokalisation und der Nähe zum Cavum uteri ab [1]. Neuere Arbeiten zeigen, dass intramurale Myome mit einer Größe ab 2,85 cm die IVF-Erfolgsraten vermindern können [3]. Tiefsitzende Myome können auch in der Schwangerschaft weiter wachsen und damit zu einem Problem in der Schwangerschaft und vor allem auch zum Geburtshindernis werden [4]. Insofern ergibt sich in der Praxis immer ein sorgfältiges Abwägen zwischen einer Therapie der Myome und abwartendem Management.

■ Kasuistik

Eine 41-jährige Patientin stellt sich mit dringendem Kinderwunsch vor, außerdem bestehen Unterbauchbeschwerden sowie gelegentlich auch Zusatzblutungen. Eine im Juli 2012 zur Abklärung der Sterilität durchgeführte Hysteroskopie ergibt einen unauffälligen Cavumbefund. Laparoskopisch zeigt sich das zuvor sonographisch gesehene, 6 cm große Myom im isthmozervikalen Übergang an der Hinterwand. Außerdem findet sich eine Peritonealendometriose (ARSM-Stadium I) im Bereich des Douglas. Diese wird komplett reseziert. Die Chromopertubation zeigt beidseits durchgängige Tuben. Da das Myom sehr tief im Übergangsbereich Zervix-Isthmus sitzt, besteht

ein erhöhtes Risiko einer Kontinuitätstrennung zwischen Zervix und Corpus uteri. Alle anderen Sterilitätsfaktoren wurden zuvor abgeklärt. Es liegen keine endokrinologischen Einschränkungen vor. Die Patientin hat regelmäßige Ovulationen und das Spermogramm des Ehemanns ist unauffällig.

Aufgrund der ungünstigen Lokalisation des Myoms für eine primäre organerhaltende operative Therapie wird mit der Patientin eine 3-monatige Therapie mit Ulipristalacetat (Esmya®) besprochen; diese Therapie wird von der Patientin bei Beginn der nächsten Periode begonnen. Die Patientin ist innerhalb von 5 Tagen blutungsfrei. Es treten keine Nebeneffekte auf. Die sonographische Kontrolle nach 3 Monaten ergibt eine Myomgröße von 4 cm, die doppelte Endometriumdicke beträgt 8 mm. Es wird dann mit der Patientin unter jetzt günstigeren Voraussetzungen die laparoskopische Myomenukleation besprochen.

Es erfolgt die laparoskopische Myomenukleation (Abb. 1–7). Hierbei kommt es zu keiner Eröffnung des Cavum uteri. Die Operation kann ohne Präparationsschwierigkeiten durchgeführt werden. Die Histologie ergibt ein Leiomyom mit einem Gewicht von 43 g. Der Patientin wird empfohlen, nach der Operation zur Abheilung der Wunde eine 3-monatige Wartezeit bis zum Eintritt einer Schwangerschaft einzuhalten. Eine Indikation für eine Sectio besteht aufgrund der durchgeführten laparoskopischen Operation ohne Cavumeröffnung nicht. 6 Monate nach der Operation tritt bei der Patientin eine Spontanschwangerschaft ein, die mit der Spontangeburt eines Mädchens von 3800 g problemlos endet.



Abbildung 1: Zervixhinterwandmyom.

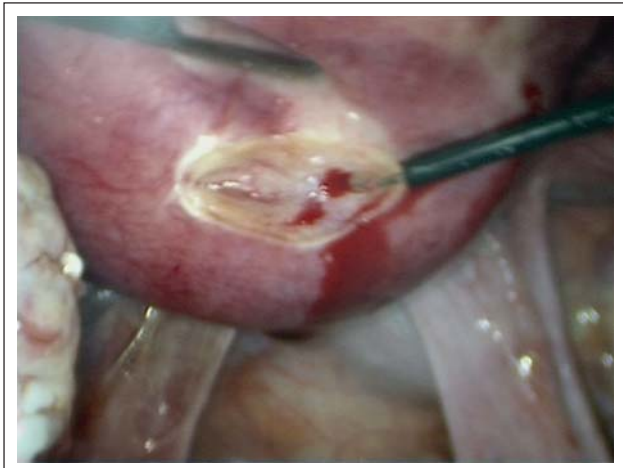


Abbildung 2: Myomenukleation.

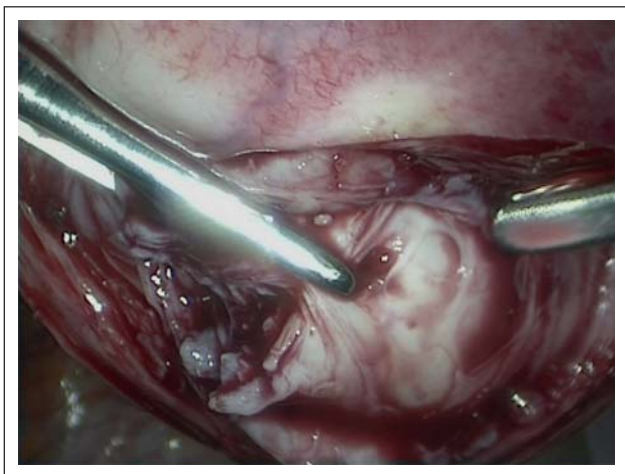


Abbildung 3: Myomenukulation.

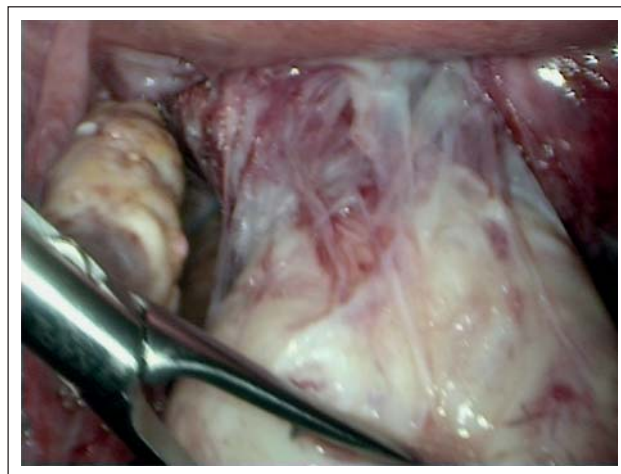


Abbildung 4: Myomenukulation.

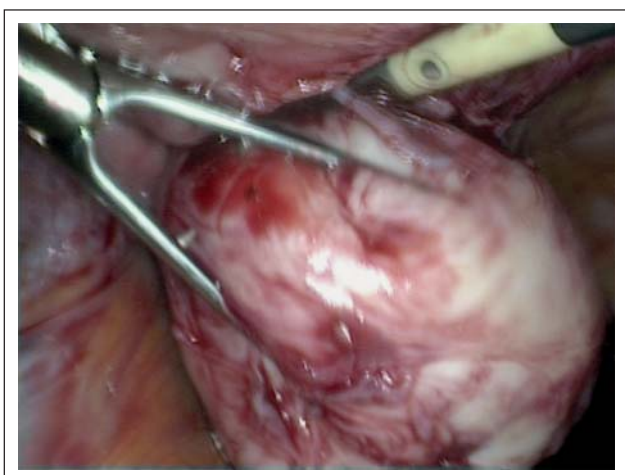


Abbildung 5: Myomenukulation.

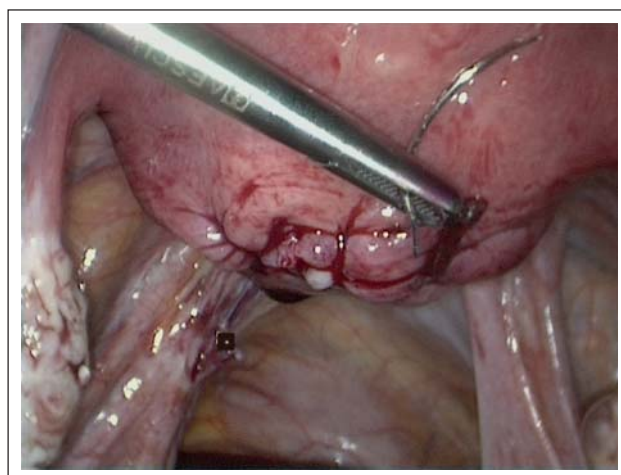


Abbildung 6: Uterusnaht.

■ Diskussion

Im vorliegenden Fall bestand eine ungünstige Lokalisation des Myoms im Bereich des isthmo-zervikalen Übergangs mit der Gefahr einer Kontinuitätstrennung zwischen Zervix und Corpus. Es bestand daher eine Indikation zum Einsatz von Ulipristalacetat mit dem Ziel, die Myomgröße zu verkleinern, um das Myom möglichst gewebeschonend und organerhaltend zu entfernen [1, 2]. Es ist mit einer Ansprechbarkeit von > 80 % bezüglich der Reduktion des Myomvolumens zu rechnen [5, 6]. Dies zeigt sich auch im vorliegenden Fall, in dem es zu einer Reduktion des Durchmessers von 6 auf 4 cm kam, was einer Volumenreduktion von ca. 70 % entspricht. Dies entspricht auch in etwa den Angaben aus den vorliegenden Studien [5, 6].

Eine Vorbehandlung vor laparoskopischen Eingriffen ist in speziellen Situationen von Vorteil, z. B. um eine Reduktion der Myomgröße zu erreichen, um dann eine gewebeschonende Operation durchzuführen [1, 2]. Dies ist vor allem bei Patienten mit Kinderwunsch relevant und kann auch weitere Myomlokalisationen betreffen, z. B. tiefsitzende Myome an der Hinterwand, Myome, die tubennah liegen, oder auch intraligamentäre Myome. Aus Studien ist bekannt, dass der Effekt von Ulipristalacetat unabhängig von der Lokalisation der Myome ist [5, 6].

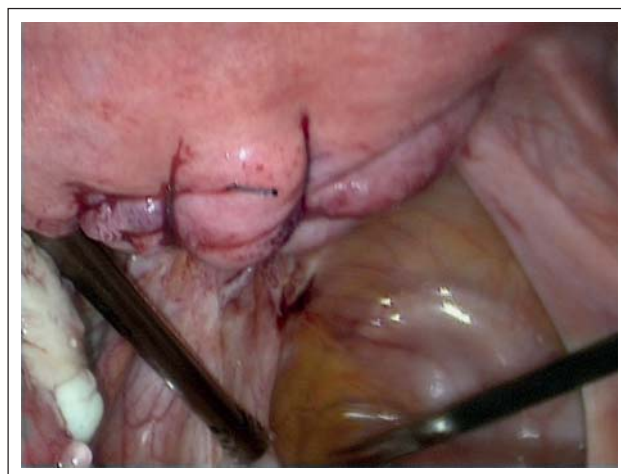


Abbildung 7: Endsitus.

Eine weitere Indikation zur Anwendung von Esmya® wäre die Behandlung von bestehenden Blutungsstörungen, insbesondere wenn eine sekundäre Anämie vorliegt, um die Ausgangssituation für die Operation zu verbessern [1, 2, 5]. Es sollte somit immer bei der Anwendung von Ulipristalacetat ein gezielter und individueller Einsatz erfolgen. Nachteilig in der vorliegenden Situation sind sicherlich die dann entstehende Wartezeit von 3 Monaten und die Notwendigkeit einer zwei-

ten Operation. Somit kam es bei der 41-jährigen Patientin nochmals zu einer Verzögerung bei der Realisierung des Kinderwunsches. Da alle anderen endokrinologischen und andrologischen Parameter bei der Patientin unauffällig waren, überwogen daher die Vorteile gegenüber den geringen Nachteilen der Therapie mit Esmya®. Es ist somit individuell zu entscheiden, wie man bei Myomen und Kinderwunsch vorgeht. Bei jüngeren Patienten ist es durchaus auch vertretbar, eine längere konservative Therapie durchzuführen, da eine wiederholte Gabe noch zu einer weiteren Volumenreduktion führen kann. Es kann dann in Einzelfällen sogar auf eine Operation ganz verzichtet werden [7, 8]. Während der Schwangerschaft ist nicht mit einem erneuten Wachstum der Myome zu rechnen [7].

■ Zusammenfassung

Im vorliegenden Fall eines tiefsitzenden isthmo-zervikalen großen Myoms wurde durch die Ulipristalacetat-Vorbehandlung eine Reduktion der Myomgröße um 70 % erreicht, sodass eine organschonende endoskopische Operation möglich war. Bei der Patientin trat dann eine problemlose Schwangerschaft ein, die zur Geburt eines gesunden Mädchens führte.

Literatur:

1. Nawroth F, Römer T. Diagnostik und Therapie der weiblichen Sterilität. De Gruyter Verlag, Berlin, 2015.
2. Rabe T, Ahrendt HJ, Römer T, et al. Myomsprechstunde – Teil 2: Kinderwunsch. Neue diagnostische und therapeutische Optionen bei Patientinnen mit Myomen. Gyn 2013; 18: 120–32.
3. Yan L, Ding L, Li C, et al. Effect of fibroids not distorting the endometrial cavity on the outcome of in vitro fertilization treatment: a retrospective cohort study. Fertil Steril 2014; 101: 716–21.
4. Wallwiener W, Gawlik S. Myome in der Schwangerschaft. Häufigkeit, Komplikationen und Behandlung. Gynäkologe 2014; 47: 773–83.
5. Donnez J, Tatarchuk TF, Bouchard P, et al. Ulipristal acetate versus placebo for fibroid treatment before surgery. N Engl J Med 2012; 366: 409–20.
6. Donnez J, Tomaszewski J, Vazquez F, et al. Ulipristal acetate versus leuprolide acetate for uterine fibroids. N Engl J Med 2012; 366: 421–31.
7. Luyckx M, Squifflet JL, Jadoul P, et al. First series of 18 pregnancies after ulipristal acetate treatment for uterine fibroids. Fertil Steril 2014; 102: 1404–9.
8. Monleón J, Martínez-Varea A, Galliano D, et al. Successful pregnancy after treatment with ulipristal acetate for uterine fibroids. Case Rep Obstet Gynecol 2014; 2014: 314587.

Korrespondenzadresse:

*Prof. Dr. med. Thomas Römer
Gynäkologisch-Geburtshilfliche Abteilung
Evangelisches Krankenhaus Weyertal gGmbH
D-50931 Köln, Weyertal 76
E-Mail: Thomas.Roemer@evk-koeln.de*

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](#)