

..., dass die Diagnose eines Endometriumkarzinoms bei asymptomatischer Patientin keinen Überlebensvorteil für die Patientin hat?

Die Postmenopausenblutung ist das Kardinalsymptom des Endometriumkarzinoms. Hin und wieder erfolgt die Diagnose jedoch auch aufgrund inzidenteller sonographischer Befunde. Wir sind geneigt, dies als vorteilhaft für die Patientin zu interpretieren. Ist aber eine frühere Diagnose vor Einsetzen der Symptome wirklich besser für unsere Patientin oder übertragen wir hier zu Unrecht Erfahrungen mit anderen Tumorentitäten, zum Beispiel dem Ovarialkarzinom?

In einer jüngst publizierten Studie wurden über 1600 Patientinnen mit Endometriumkarzinomen untersucht, ca. 15 % waren bei der Diagnosestellung asymptomatisch. Für diese Gruppe von Patientinnen konnten im Vergleich zu symptomatischen Patientinnen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Rezidivraten und Langzeitüberleben gezeigt werden. Allerdings wiesen innerhalb der im Stadium I diagnostizierten Patientinnen die asymptomatischen Patientinnen mehr FIGO IA Stadien auf als bei symptomatischen Patientinnen. Konsekutiv wurde auch bei signifikant weniger dieser Patientinnen eine Afterloading-Therapie indiziert.

Fazit: Eine interessante Fragestellung, die hier bearbeitet wurde. Meines Erachtens ziehen die Autoren jedoch einen zu weit reichenden Schluss, nämlich den, dass sonographisch suspekta Endometriumbeefunde seltener operativ abgeklärt werden sollten. Diese Ansicht teile ich nicht. Allein die Möglichkeit, durch eine frühere Diagnose auf eine adjuvante Therapie verzichten zu können, kann durchaus ein Vorteil für unsere Patientinnen sein. Jede Therapie – auch die vaginale Brachytherapie – hat Nebenwirkungen, der Faktor Lebensqualität sollte hier nicht ausser Acht gelassen werden (Gemer O. et al., AJOG May 2018, in press).

m.h.

..., dass Frauen mit multiplen Endometriumpolypen ein hohes Rezidivrisiko haben?

In einer prospektiven Kohortenstudie fand man, dass das Rezidivrisiko (basierend auf sonographischen Kontrollen nach hysteroskopischer Resektion der Polypen) mit der Anzahl der Polypen bei der Erstoperation korrelierte. Bei nur einem Polyp war das Rezidivrisiko 14%, bei mehr als 5 Polypen aber 45.5 % (Gu, F. et al. *Fertil. Steril.* 2018; 109:403–500).

Kommentar

Weshalb hat diese Beobachtung

überhaupt eine praktische Bedeutung? Endometriumpolypen können die Fertilität negativ beeinflussen (niedrigere Schwangerschaftsraten ohne Polypektomie; siehe Frauenheilkunde aktuell 2017; 4:9). Möglicherweise haben Frauen mit multiplen Polypen eine andere Pathophysiologie. Auf jeden Fall sollte man bei diese Frauen (gemäss unserer eigenen Erfahrungen sind multiple Polypen eher selten) postoperativ engmaschig sonographisch beobachten.

m.k.h.

..., dass die Plazentahistologie ein wichtiges Instrument ist um pathologische Vorgänge in der Schwangerschaft zu verstehen oder gar zu beweisen?

Klassisch ist die Indikation zur histologischen Untersuchung bei Wachstumsrestriktion oder bei Mehrlingen um die Chorionizität zu belegen. Eine wichtige Gruppe wo die Plazentahistologie beinahe gefordert wird, sind die Fälle mit Frühgeburt insbesondere unter 32 Wochen. Eine Chorioamnionitis (CA) mit oder ohne Funisitis gelten als klare Hinweise für eine infektiöse Ursache der Frühgeburt. Nun, eine Multizenterstudie über zwei Kontinente (USA, Holland und Kanada) zwischen 2006–2013 haben die Prävalenz der Chorioamnionitis in einem Kollektiv von Kinder geboren zwi-

schen 24 und 32 Wochen (n=350!) untersucht und mit der Klinik verglichen (Bierstone et al. JAMA 2018. Doi:10.1001/jamapediatrics.2018.0120). Diese kommen zum Schluss, dass die CA in ihrem Kollektiv von frühen Frühgeburten nicht mit einer Hirnschädigung assoziiert zu sein scheint. Auch im Bayley-III Score nach 18 und 24 Monaten wird kein Unterschied gefunden zwischen den Kindern mit und ohne CA.

Kommentar

Bin erstaunt! Ich bin mit den Lehren von Roberto Romero aufgewachsen und die Aszension von Keimen von der Vagina, die intraamniotische Infektion mit Aktivierung von Kollagenasen, die fetale Reaktion welche als FIRS (fetal inflammatory response syndrome) bezeichnet wird waren meine Eckpfeiler im Verständnis dieser Interaktion zwischen Mutter, Kind und Geburtsbestrebungen. Diese Arbeit sagt etwas anderes! Die CA ist nicht ein Problem. Man hatte zwar etwas mehr schwere Hirnblutungen in der CA-Gruppe und auch mehr Sepsis aber eben nicht das, was man so unter FIRS versteht. Einschränkend muss ich aber bemerken, dass die Prävalenz einer Funisitis nicht beschrieben worden ist. Romero hat die Funisitis als histologischen Marker und das Interleukin-6 als biochemischen Marker einer FIRS definiert. Die CA stellt in der Kaskade der Prozesse den ersten Schritt dar während die Funisitis

und insbesondere die Arteriitis innerhalb der Nabelschnur, die fetale Beteiligung am infektiösen Prozess markieren. Erstaunt mich etwas, dass die Autoren dies nicht berücksichtigt haben. Relativiert diese Arbeit enorm meines Erachtens.

l.r.

..., dass Frauen mit Einlingschwangerschaft nach IVF weniger freie fetale DNA (ffDNA) im Blut haben?

(Lee T. J. et al. Hum. Reprod. 2018; 33:572–578). Es wurden die NIPT-Resultate von 992 IVF-Schwangerschaften mit denjenigen von 4633 Spontan graviditäten verglichen.

Kommentar

Wegen der Beeinflussung der Biochemie bedingt durch die ovarielle Stimulation bei den verschiedenen IVF-Techniken wissen wir, dass der klassische Ersttrimestertest eine niedrigere Detektionsrate für Trisomien aufweist als bei den spontan konzipierten Schwangerschaften. Die aktuelle Studie zeigt, dass dies offenbar auch bei der moderneren Methode des Trisomiescreenings basierend auf die Messung der ffDNA zutrifft. In dieser Studie konnte jedenfalls gezeigt werden, dass im Vergleich zu den Spontan schwangerschaften, die Rate an Testresultaten ohne Aussage höher und der po-

sitive Vorhersagewert für Trisomien niedriger war. Umso mehr macht es Sinn, speziell in diesem Kollektiv die Vorgaben der Fachgesellschaft zu befolgen welche besagen, dass ein NIPT erst nach einem ausführlichen Ultraschall wenn möglich nach 12 Wochen gemacht werden sollte.

l.r.

..., dass Kalzium und Vitamin D nicht präventiv gegen Frakturen vorbeugen.

Die US Preventive Services Task Force (USPSTF) hat ihre Empfehlungen bezüglich der Prävention osteoporotischer Frakturen aktuell überarbeitet.

Die USPSTF hat die vorhandene Evidenz gesichtet, die sich mit der Prävention von Frakturen bei asymptomatischen Erwachsenen durch Kalzium, Vitamin D oder eine Kombination aus beidem befasst. Ausgeschlossen für die Betrachtung waren Studien, die bei Individuen mit bekannten Knochenstoffwechselproblemen durchgeführt wurden, wie Osteoporose, bekannter Vitamin-D-Mangel, Osteoporose-assoziierte Medikamenteneinnahme (z.B. Langzeiteinnahme von Steroiden) oder stattgehabte Frakturen. Diese Gruppe von Personen ist demnach auch von den im Folgenden genannten Statements ausgenommen. Die USPSTF kommt zu dem

Schluss, dass die vorliegende Evidenz unzureichend ist, um die Balance zwischen Benefit und Schaden von Vitamin D und/ oder Kalzium Supplementation für die primäre Prävention von Frakturen in Männern und prämenopausalen Frauen abzuschätzen.

Die USPSTF schliesst ausserdem, dass die Evidenz ungenügend ist, um die Balance zwischen Benefit und Schaden einer täglichen Einnahme von Vitamin D (>400 IU) und Kalzium (> 1000 mg) für die primäre Prävention von Frakturen in asymptotischen postmenopausalen Frauen abzuschätzen.

Die USPSTF empfiehlt keine tägliche Zufuhr von Vitamin D (≤ 400 IU) und Kalzium (≤ 1000 mg) für die primäre Prävention von Frakturen in asymptotischen postmenopausalen Frauen.

Zudem wurde ausreichende Evidenz gefunden, dass Supplementierung mit Vitamin D und Kalzium die Inzidenz von Nierensteinen erhöht.

Diese Empfehlungen bzw. Statements betreffen asymptotische Erwachsene, die nicht in Pflegeheimen oder anderen Pflegeeinrichtungen leben. Diese Empfehlungen und Statements

gelten nicht für Personen mit einer Anamnese von osteoporotischen Frakturen, erhöhtem Sturzrisiko, bekannter Osteoporose oder bekanntem Vitamin-D-mangel.

Vitamin D, Calcium, or Combined Supplementation for the Primary Prevention of Fractures in Community-Dwelling Adults. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement JAMA. 2018; 319:1592–1599. doi:10.1001/jama.2018.3185.

c.l.

