

Die Wahl des operativen Zugangsweges bei grossem Uterus myomatosus

Bei einem grossen Uterus myomatosus wird nach wie vor häufig die Indikation zur primären Laparotomie gestellt. Die minimalinvasiven Fertigkeiten, aber auch die Angst vor Komplikationen sind als Gründe hierfür zu nennen. Ob der Zugangsweg bei vergrössertem Uterus einen Einfluss auf die Komplikationsrate hat, wurde nun im Rahmen einer retrospektiven multizentrischen Kohortenstudie untersucht. Über 27 000 Patientinnen aus über 500 Zentren wurden eingeschlossen, analysiert wurden Hysterektomiepatientinnen mit benignen Erkrankungen, Komplikationen innerhalb von 30 Tagen nach OP wurden erfasst. Die Wahrscheinlichkeit für Komplikationen stieg mit dem Uterusgewicht und lag bei einem Gewicht von ≥ 500 g um 34%, bei einem Gewicht von ≥ 750 g um 58% und bei einem Gewicht von ≥ 1000 g um 85% höher als in der Vergleichsgruppe (Uterusgewicht ≤ 100 g). Zwischen den Zugangswegen zeigten sich ebenfalls Unterschiede, beim abdominalen Zugang traten innerhalb von 30 Tagen in 15% Komplikationen auf, beim laparoskopischen Zugang in 8%. Dieser Effekt war ähnlich über alle uterinen Gewichtsgruppen ausgeprägt (Louie et al., AJOG 2018).

Kommentar

Die vorgestellte Studie bestätigt den hohen Stellenwert der minimalinvasiven Hysterektomie auch bei erheblich vergrössertem Uterus. Das Uterusgewicht/-grösse sollten nicht ausschlaggebend für die Entscheidung zu einem offen chirurgischen Vorgehen sein. Die Patientin profitiert auch bei diesen komplexeren Operationen klar von der Laparoskopie.

Martin Heubner

Stört eine Mirena-IUD bei einer Stimulation für Oozyten-Freezing?

Bei der vorliegenden Untersuchung wurden die Daten von Frauen die entweder ein „Social-Freezing“ oder eine Eizellspende durchführten verglichen je nachdem ob die Frauen eine LNG (Levonorgestrelzernierendes) IUI anwendeten oder nicht. Zielgrössen waren die Zahl der Eizellen, Reife der Eizellen, erzielte Schwangerschaften bzw. Lebendgeburten.

Die Analyse der Daten zeigte, dass ein liegendes LNG-IUD **keinen** negativen Einfluss hatte (Adleley, A.I. et al., Fertil. Steril. 2018; 110:82–8).

Kommentar

Das „Social-Freezing“ gewinnt auch in der Schweiz zunehmend an Bedeutung wenn auch viel weniger rasch als in den USA, wo es geradezu boomt. Auch bei einer weiteren Patientengruppe, die sich vor einer Chemotherapie die Eizellen konservieren wollen, hat die Frage, ob eine immer beliebter werdende kontrazeptive Methode (LNG-IUD) während der Stimulation belassen werden kann, eine praktische Bedeutung (Kosten, etc.).

Michael K. Hohl

Vaginale und vulväre Läsionen könnten mit effektiven HPV-Impfprogrammen potentiell verhindert werden

In dieser Studie ging es den Autoren darum zu schätzen, welcher Anteil an vulvären und vaginalen LSILs und HSILs bei jungen Frauen zwischen 15 und 26 Jahren auf das Vorhandensein von 14 verschiedenen Genotypen des humanen Papillomavirus (HPV) zurückzuführen ist. Die Autoren haben eine post hoc Analyse von prospektiv diagnostizierten vulvären und vaginalen LSILs und HSILs bei Frauen zwischen 15 und 26 Jahren durchgeführt. Die Probandinnen waren Teilnehmerinnen in den Placebo-Armen von zwei randomisierten, HPV-Vakzi-

ne-Phase 3-Studien. Es wurden 14 verschiedenen HPV Genotypen, die mit Zervixkarzinomen oder anogenitalen Warzen assoziiert sind, untersucht (6, 11, 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59).

8798 Frauen erhielten ein ca. vierjähriges Follow-Up. Dabei wurden 40 vulväre LSILs und 46 vulväre HSILs in 68 Frauen diagnostiziert. Bei 107 Frauen fanden sich 118 vaginale LSILs und 33 vaginale HSILs. Die meisten vulvären und vaginalen Läsionen waren mindestens einem der 14 HPV Genotypen zuzuschreiben.

41.2% der Frauen mit vulvären und 49.5% der Frauen mit vaginalen Läsionen hatten ausserdem auch zervikale LSILs oder HSILs. Demgegenüber hatten lediglich 6.5% der Frauen mit zervikalen Läsionen auch vaginale oder vulväre Veränderungen. Die überwiegende Zahl der vaginalen und vulvären Läsionen war HPV-positiv. In diesen HPV-positiven Läsionen fanden sich bei 89.4% der vulvären LSILs, 100% der vulvären HSILs, 56% der vaginalen LSILs und 78.3% der vaginalen HSILs die typischen HPV-Genotypen, die auch für das Zervixkarzinom und anogenitale Warzen ursächlich sind (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, und 58).

Kommentar

Vaginale und vulväre Läsionen sind selten, werden jedoch zunehmend häufiger auch bei jungen Frauen gefunden. Die meisten dieser Läsionen sind HPV-assoziiert. Mit effektiven Impfprogrammen kann potentiell eine relevante Anzahl von HPV-assoziierten vulvären und vaginalen LSILs und HSILs – zusätzlich zu den zervikalen Läsionen – verhindert werden.

Literatur

Garland S, Joura EA, Ault KA et al. Human Papillomavirus Genotypes From Vaginal and Vulvar Intraepithelial Neoplasia in Females 15–26 Years of Age. *Obstetrics & Gynecology*: August 2018. Volume 132. Issue 2. p 261–270.

Cornelia Leo

Sexual fluids sind komplexer als viele denken

„Sexual fluids“ werden mit einer Prävalenz von 10–54% und einer Menge von 0.3–900ml während sexueller Aktivitäten abgesondert. In der spannenden Literaturübersicht von Pastor und Chmel werden diese sexual fluids hinsichtlich Ursprung, Expulsionsmechanismus, Menge, Farbe, chemischer Zusammensetzung und dem weiblichen Empfinden beschrieben. Vier Arten von Flüssigkeit werden unterschieden: Absonderung als Zeichen 1. der sexuellen Erregung, 2./3. des Orgasmus oder 4. koitaler Inkontinenz.

1. Die vaginale Lubrikation wird durch das transvaginale Transsudat hervorgerufen, welches einem Ultrafiltrat des Blutplasmas entspricht.
2. Die weibliche Ejakulation ist die Sekretion weniger Milliliter einer dicken, milchigen Flüssigkeit aus der weiblichen Prostata während des Orgasmus, welche auch prostata-spezifisches Antigen enthält (Siehe auch Fallbeispiel „Bartholin kennt doch jeder, aber Skene?“ in diesem Heft).
3. Als Squirting wird dahingegen das transurethrale Ausstossen substantieller Mengen einer urinähnlichen Flüssigkeit während des Orgasmus bezeichnet. Weibliche Ejakulation und Squirting haben also zwei unterschiedliche Mechanismen. Frauen und ihre Partner betrachten Squirting als positives Phänomen, welches ihr Sexualeben verbessert, und es scheint mit intensivem Arousal und hoher Orgasmusfähigkeit einherzugehen.
4. Koitale Inkontinenz kann unterschieden werden aufgrund des zeitlichen Auftretens: Bei Penetration handelt es sich eher um Belastungs-, beim Orgasmus eher um Detrusorüberaktivitäts-Inkontinenz. Anders als beim Squirting werden Frauen durch die koitale Inkontinenz häufig frustriert und in ihrem Sexualeben gestört.

Bisher wurden sexual fluids kontrovers diskutiert, ungenau charakterisiert und häufig wenig differenziert als weibliche Ejakulation beschrieben. Der zitierte Artikel räumt hier auf und macht die verschiedenen Phänomene verständlich (Pastor Z., Chmel R.: Differential diagnostics of female „sexual“ fluids: a narrative review. Int. Urogynecol. J. 2018 May; 29:621–629).

Stefan Mohr

Elektive Geburtseinleitung mit 39 Wochen?

Neben den Sectiones sind die Geburtseinleitungen eines der häufigsten medizinischen Interventionen in der modernen Geburtshilfe. In den ASF Kliniken (Arbeitsgemeinschaft Schweizerischer Frauenkliniken) wurden im 2017 22.2% der Frauen mit verschiedenen Verfahren (physikalisch, Prostaglandine oder Oxytocin) eingeleitet. An unserer Klinik haben wir im selben Zeitraum gar 25.8% (OR 1.2, 95% CI 1.09–1.36; $p = 0.0005$) der Frauen eingeleitet. Eine häufige Indikation zur Einleitung sind Fälle mit Übertragung. In der Regel wird eine Einleitung ab Termin +7 Tage empfohlen. Dies mit gutem Grund. Nicht nur wird damit die Sectiorate leicht gesenkt (RR 0.92, 95% CI 0.85–0.99) sondern v.a. auch die perinatale Mortalität (RR 0.33, 95% CI 0.14–0.78). Diese und andere Resultate wurden kürzlich in einer Cochrane Metaanalyse publiziert [1]. Interessanterweise wurde hingegen kein klarer Unterschied gefunden hinsichtlich den erwähnten Vorteilen bei Einleitung <41 Wochen verglichen mit >41 Wochen. Vaginaloperative Entbindungen waren <41 Wochen häufiger.

Soweit so gut, oder? Offensichtlich reicht das aber gewissen Kreisen nicht. Grobman et al. haben untersucht, inwieweit eine frühere Einleitung, d.h. zwischen 39+0 und 39+4 die perinatale Problematik noch weiter zu senken vermag [2]. Das Kollektiv bestand aus nulliparen Frauen mit unauffälligem Schwangerschaftsverlauf und einem Einling in Schädellage, also Robson Gruppe 2a. Dieses

Tab. 1. Charakteristika des Studienkollektives

Charakteristika	Einleitung (N = 3062)	Exspektativ (N = 3044)
Alter, Median	24	23
>35 (%)	3.7%	4.5%
Nichtkaukasier (%)	56.6%	55.4%
Zustand nach Abort (%)	22.8%	25.6%
BMI bei Randomisierung	30.5	30.3

Kollektiv wurde aus einem Pool von über 50000 Frauen rekrutiert. Von diesen erfüllten knapp 23000 die Einschlusskriterien. Nur 6106 Frauen willigten ein und wurden randomisiert, d.h. etwas mehr als 3000 Frauen pro Gruppe. Die zwei wichtigsten Resultate in Kürze: Die Autoren fanden keinen signifikanten Unterschied was das primäre Outcome anbelangt d.h. Reduktion der perinatalen Mortalität und schwere, neonatale Morbidität. Hingegen wurde eine signifikante Reduktion der Sectiofrequenz (18.6% vs. 22.2% [RR 0.84, 95% CI 0.76–0.93; $p < 0.001$]) und von hypertensiven Erkrankungen (9.1% vs. 14.1% [RR 0.64, 95% CI 0.56–0.74; $p < 0.001$]) in der Gruppe mit Einleitung gefunden. Auf der einen Seite nicht gerade das was man sich erhofft hatte und auf der anderen Seite eine Methode um die steigende Sectiofrequenz zu senken. Stimmt das? Können diese Resultate generalisiert werden? Nicht ganz, wenn man die Tabelle 1 genau anschaut.

Auffällig waren die anamnestischen und demographischen Charakteristika des Studienkollektives. In Tabelle 1 sind die wichtigsten zusammengestellt. Also, ein sehr junges, meist nichtkaukasisches Kollektiv mit einem ausgesprochen hohen Anteil von Frauen mit Zustand nach Abort. Letzteres macht mich schon nachdenklich. In der Schweiz kommen wir auf eine Abortvorgeschichte von 19.2% (13.9–24.6%) über das ganze Kollektiv von Frauen welche zur Geburt kommen, nicht nur bei Nulliparae! Das Durchschnittsalter bei der ersten Geburt liegt bei uns bei 32 Jahren und über 30% der Frauen sind

35 Jahre und älter. Typisch für die Amerikaner, ein relativ hoher Anteil von adipösen Frauen. Das frappanteste an der Geschichte ist aber die sehr tiefe Sectiorate in beiden Gruppen. Ich wäre schon mit den 22.2% Sectiones in der exspektativen Gruppe zufrieden. In einer populationsbasierten Studie aus den USA wurde in der Robson Gruppe 2a (Nullipara, Einling, Schädellage, ≥ 37 Wochen, Einleitung) eine Sectiorate von 25.5% verzeichnet und diese Zahl ist über ein Jahrzehnt lang stabil geblieben [3]. Umso mehr ist es verwunderlich, wie tief die Sectiorate in dieser Studie von Grobman et al. ist.

Als Schlussfolgerung muss man festhalten, dass die Resultate der Studie von Grobman et al. wohl für ein ganz selektioniertes Kollektiv zutrifft und entsprechend mit Vorbehalt zu interpretieren und sicher nicht zu verallgemeinern ist. Falls man dennoch eine Einleitung ab 39+0 empfiehlt (in einer Robson Gruppe 2a), ist das eine sichere Sache aber man muss mit einem längeren Aufenthalt im Gebärsaal rechnen was wiederum Ressourcen und

zusätzliche Kosten bedeutet. Ich bin jedenfalls der Meinung, dass wenn die Sectiorate in einem definierten Kollektiv sowieso $< 25\%$ liegt, eine weitere Optimierung nicht nötig ist insbesondere, wenn dies der einzige Vorteil einer frühen Einleitung ist.

Luigi Raio

Literatur

1. Middleton P., Shepherd E., Crowther C.A. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 5. Art. No.: CD004945. DOI: 10.1002/14651858.CD004945.pub4.
2. Grobman W.A., Rice M.M., Reddy U.M. et al.: Labor induction versus expectant management in low-risk nulliparous women. *N. Engl. J. Med.* 2018; 379:513–23.
3. Hehir M.P., Ananth C.V., Siddiq Z. et al.: Cesarean delivery in the United States 2005 through 2014: a population-based analysis using the Robson 10-group classification system. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2018; 219:105.e1–11.