Myomtherapie

Liebe Leserin, lieber Leser,

ein beträchtlicher Anteil an Frauen in der reproduktiven Lebensphase weist Myome auf, ohne dass sich hieraus immer eine Behandlungsnotwendigkeit ableiten würde. Im klinischen Alltag werden wir dennoch häufig mit der entsprechenden Frage konfrontiert, wann – und vor allem wie – wir Patientinnen mit symptomatischen Uterusmyomen behandeln sollten.

Dabei ist sicher von entscheidender Bedeutung, in welcher Lebenssituation sich die Betroffenen befinden. Muss bei unerfülltem Kinderwunsch und Vorhandensein ansonsten asymptomatischer Myome automatisch interveniert werden oder gilt das nur für ausgewählte Myomlokalisationen? Sollte dann immer operiert werden oder können wir generell auf die Möglichkeiten der assistierten Reproduktion vertrauen und Myome bei Kinderwunschpatientinnen ggf. ignorieren? *K. von Horn* et al. haben sich dem im Praxisalltag häufigen Thema Kinderwunsch bei Uterus myomatosus angenommen.

Im Hinblick auf operative Behandlungsmethoden bei einem Uterus myomatosus galt es bis vor wenigen Jahren eigentlich nur, die Frage zu beantworten, ob die Hysterektomie vaginal oder abdominal erfolgen sollte. Diese strikte Kategorisierung ist heute sicherlich obsolet. Vielmehr erscheint mittlerweile ein individuelles Vorgehen angebracht. *F. Hoellen* et al. präsentieren in diesem Zusammenhang einen speziellen Algorithmus, der auf die Symptome und Vorstellungen der Patientin eingeht. Vor dem Hintergrund okkulten Sarkome wird aktuell das bei laparoskopischen Operationen oftmals notwendige Morcellement scheinbarer Myome (Enukleation) bzw. des Corpus uteri (suprazervikale Hysterektomie) heiß diskutiert. Auch hierauf gehen die Autoren in der Beschreibung operativer Optionen bei Uterus myomatosus ein.

Nachdem lange Jahre kaum Innovationen im Bereich der medikamentösen Myomtherapie zu verzeichnen waren, wurde im Jahr 2012 mit Ulipristalacetat erstmalig ein selektiver Progesteronrezeptormodulator für diese Indikation zugelassen. Erfahren damit auch andere medikamentöse Therapieoptionen eine Renaissance? Führt die Anwendung von Ulipristalacetat zu einem Paradigmenwechsel in der Myomtherapie – und werden Operationen damit vielleicht zukünftig vollkommen unnötig? Welche Nebenwirkungen müssen ggf. bei einer verlängerten Einnahme des Präparats beachtet werden? Diese und andere Fragen beantwortet das multizentrische Autorenteam um *M.K. Bohlmann* bei der Vorstellung verschiedener Formen der medikamentösen Myomtherapie.

» Radiologisch-interventionelle Methoden kommen in der Regel ohne Narkose aus

Radiologisch-interventionelle Methoden der Myomtherapie haben den Charme, in der Regel ohne Narkose auszukommen. Sind die unbestreitbaren Erfolge einer Myomembolisation jedoch auch von Dauer? Welche Patientinnen sind für ein solches Vorgehen auch aus technischer Sicht geeignet, bei welchen Frauen sollte aus medizinischen Gründen auf eine Embolisation verzichtet werden? *J.P. Goltz* präsentiert aus seiner Expertise als Radiologe die interventionelle Therapie des Uterusmyoms durch Embolisation vor dem Hintergrund der aktuellen Datenlage.

Zu den neueren Therapieoptionen bei symptomatischen Myomen zählt die Behandlung mit dem hochintensiven fokussierten Ultraschall (HIFU). Die ebenfalls ohne Narben und Narkose auskommende Methode wird aktuell zwar nur an wenigen Zentren in Deutschland angebo-

ten, kann aber in ausgewählten Fällen eine sinnvolle Alternative zur Operation sein. Primär liegt sie ebenfalls in radiologischer Hand. Mit *P. Hunold* stellt ein auch wissenschaftlich sehr aktiver Kollege den HIFU detailliert vor und geht auf dessen Vor- und Nachteile ein.

Wir hoffen, Ihnen mit dieser interdisziplinären Mischung von Beiträgen ein interessantes Leitthema präsentieren zu können.

Herzlichst

M.K. Bohlmann

Korrespondenzadresse

PD Dr. M.K. Bohlmann
 Frauenklinik
 Universitätsmedizin
 Mannheim
 Theodor-Kutzer-Ufer 1–3
 68167 Mannheim
 michael.bohlmann@umm.de

Interessenkonflikt. M.K. Bohlmann erhielt Vortragshonorare von CSL Behring, Gedeon Richter und LEO Pharma.