Im Journal Club referieren und kommentieren diese Experten für Sie die wichtigsten Arbeiten aus der internationalen Fachliteratur.

Prof. Dr. med.
Thomas
Katzorke,
Essen

Prof. Dr. med.
Lieselotte
Mettler,
Kiel

Langzeitdaten: Uterusmyom operieren oder embolisieren?

Wie die Fünf-Jahres-Ergebnisse der REST-Studie zeigen, kann sich die Embolisation der Uterusarterien bei symptomatischen Myomen mit der operativen Therapie sowohl im Hinblick auf die Ergebnisse als auch hinsichtlich der Patientenzufriedenheit messen.

In einer offenen, multizentrischen, randomisierten Studie wurde die operative Entfernung von symptomatischen Myomen mit der Embolisation der das Myom versorgenden Uterusarterien (UAE) verglichen. Hierzu unterzogen sich 106 Frauen einer UAE und 51 einer Operation (42 Hysterektomien und neun Myomentfernungen). Bei der Auswertung der Fünf-Jahres-Daten wurde die Lebensqualität mittels eines Fragebogens (SF-36) ermittelt. Außerdem wurden Komplikationen, unerwünschte Ereignisse und die Notwendigkeit für weitere Eingriffe erfasst.

Der Vergleich der beiden Behandlungsmethoden ergab in keinem der acht Komponenten des SF-36-Scores einen signifikanten Unterschied zum betrachteten Zeitpunkt nach fünf Jahren. In beiden Gruppen zeigten die Patientinnen deutlich weniger Symptome und waren ausgesprochen zufrieden mit dem Therapieergebnis. So würden 90% der Patientinnen der UAE-Gruppe und 87% der Operierten die jeweilige Behandlungsmethode einer Freundin empfehlen. Die Quote ungünstiger Ereignisse lag mit 19% in der UAE-Gruppe und 25% in der Gruppe der operierten Frauen etwa gleich hoch ($p = 0,40$). Wegen Therapieversagens mussten in der UAE-Gruppe jedoch 32% erneut behandelt werden, bei den operierten Patientinnen dagegen nur 4%. So verringerte sich die nach dem

ersten Jahr errechnete Kosteneinsparung durch Embolisation infolge der vergleichsweise zahlreichen erforderlichen Nachbehandlungen im Fünf-Jahres-Verlauf, meist infolge persistierender oder wiederkehrender Symptome, erheblich.

Dr. Christine Starostzik

Moss JG et al. Randomised comparison of uterine artery embolisation (UAE) with surgical treatment in patients with symptomatic uterine fibroids (REST trial): 5-year results. *BJOG* 2011; 118: 936–44

Kommentar: Als eine operativ orientierte Gynäkologin muss ich diese Studie dennoch als positiv bewerten. Warum? Aus Sicht einer Patientin, die unter ihren Myomen leidet, keinen Kinderwunsch hat und ihren Frauenarzt konsultiert, beweist diese Studie, dass als ein erster Schritt durchaus die arterielle Myom-Embolisierung zu empfehlen ist, selbst wenn bei einem Drittel der Patientinnen später (in 3–5 Jahren) ein weiterer Eingriff nötig ist, weil wir im Zeitalter der minimal-invasiven Eingriffe leben und nicht immer eine chirurgische Exzision fordern müssen.

Persönlich tendiere ich jedoch nach wie vor zu der endoskopischen intrakapsulären Myomenukulation, die kaum Defekte in der Uteruswand hinterlässt, wie gegenwärtig publiziert [Tinelli A et al. *Human Reproduction* 2012; 27(2):427–35].

Prof. Lieselotte Mettler

AMH als Prädiktor für die Menopause?

Wann wird bei mir die Menopause eintreten? Mit dieser Frage werden Frauenärzte häufig von ihren Patientinnen konfrontiert, etwa wenn es um Blutungsstörungen oder der Notwendigkeit kontrazeptiver Maßnahmen geht. Eine Langzeitstudie untersuchte nun, ob sich das Anti-Müller-Hormon, bester Marker für die ovarielle Reserve, auch als Prädiktor für die Menopause eignet.

2⁵⁷ normoovulatorische Frauen zwischen 21 und 46 Jahren aus drei Kohorten wurden in die Studie einbezogen, in der die Aussagekraft des Anti-Müller-Hormons (AMH) bezüglich Eintritt der Menopause untersucht wurde. Zu Beginn der Studie sowie nach elf Jahren wurden der AMH-Spiegel, die antrale Follikelzahl

(AFC) und der FSH-Wert bestimmt. Zusätzlich ermittelte man beim zweiten Vorstellungstermin den Menopausenstatus (reproduktive Phase mit regelmäßigem Zyklus, menopausaler Übergang, Postmenopause) sowie das Menopausenalter. Die Genauigkeit der Testverfahren hinsichtlich der Vorhersagekraft der Zeitspanne