Internationale Fachliteratur im Überblick

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

Priv.-Doz.
Dr. med.
Christian Gnoth,
Grevenbroich

Dr.
Thomas
Hoppen,
Koblenz

Hyperplasie des Endometriums: häufige Rückfälle nach Hormontherapie

Aus einer Hyperplasie des Endometriums kann sich ein Karzinom entwickeln. Mit der Levonorgestrel freisetzenden Hormonspirale und oralen Gestagenen lässt sich die Hyperplasie zwar zurückdrängen. Doch Rückfälle sind häufig.

Bestimmte Formen von Endometriumphyperplasie (EH) schreiten mit beachtlicher Häufigkeit zum Karzinom fort. Die atypische komplexe EH mit Kernatypien und einer Zunahme des Drüsen-Stroma-Verhältnisses weist Entartungsraten bis zu 29% auf. Die konservative Therapie besteht in der Einlage einer Hormonspirale oder der oralen Gabe von Gestagenen. In einer Studie wurde nun untersucht, wie hoch das Rückfallrisiko nach solchen Behandlungen ist.

An ihrer Studie waren 219 Frauen beteiligt, bei denen eine komplexe nicht atypische oder atypische EH diagnostiziert worden war und bei denen die Therapie zur Regression der Hyperplasie geführt hatte; die Ansprechrate lag insgesamt bei rund 90%. 153 von ihnen hatten eine Hormonspirale (fünf Jahre lang), 66 orale Gestagene (im Mittel sechs Monate lang) erhalten.

Die Frauen wurden nach dem Rückgang der Hyperplasie fünf Jahre nachbeobachtet. Während dieser Zeit trat bei 13,7% der Frauen mit Hormonspirale und bei 30,3% der Frauen nach oraler Hormongabe erneut eine EH auf. Generell waren die Rückfallraten bei primär nicht atypischer EH geringer als bei atypischer EH (12,7% vs. 27,3% nach Spirale, 28,3% vs. 50% nach oralen Hor-

monen). Frauen, die Hormone eingenommen und vier Jahre keinen Rückfall erlitten hatten, blieben auch in der Folgezeit von EH verschont. Hingegen kam es bei fünf Frauen, denen die Spirale nach fünf Jahren entfernt wurde, später zu einem Wiederauftreten der EH. 19,6% der Frauen mit Spirale und 31,8% der Frauen in der Gruppe mit oraler Therapie ließen sich schließlich die Gebärmutter entfernen. Die Karzinomrate nach Hysterektomie betrug 11,8%.

„Es ist nicht gerechtfertigt, nach einer anfänglichen EH-Regression mit den Nachuntersuchungen aufzuhören“, schreiben Ioannis Gallos vom Birmingham Women's Hospital und seine Mitautoren im Resümee ihrer Studie. Nach oraler Gestagenbehandlung könne es vier Jahre lang, nach Einlage einer Hormonspirale auch noch nach mehr als fünf Jahren zu Rückfällen kommen. „Wird die Spirale nicht ersetzt“, so die Autoren, „sollte man die Frauen mindestens ein weiteres Jahr lang nachbeobachten.“

Fazit: Es ist zwar bei den meisten Frauen mit endometrialer Hyperplasie möglich, die Wucherung der Schleimhaut durch eine Hormontherapie in die Regression zu drängen. Doch das Rückfall-

risiko ist hoch. Nachfolgeuntersuchungen sind daher mindestens fünf Jahre lang durchzuhalten. Kehrt die Hyperplasie zurück, sollte eine Hysterektomie vorgenommen werden. Es könnte sich nämlich laut Studienautoren um ein nicht erkanntes Endometriumkarzinom handeln.

Dr. Robert Bublak

Gallos ID et al. Relapse of endometrial hyperplasia after conservative treatment: a cohort study with long-term follow-up. **Hum Reprod** 2013; 28: 1231–6

Kommentar: Vorstufen eines Endometriumkarzinoms treten häufig bei Frauen mit noch bestehendem Kinderwunsch auf, bei denen die einzige Möglichkeit der konservativen Therapie in der systemischen Gabe von Gestagenen besteht. Die vorliegende Studie ist in diesem Zusammenhang von großer praktischen Relevanz, da sie belegt, dass mit der Einlage einer gestagenhaltigen Intrauterinspirale ein deutlich effektiveres und nebenwirkungsärmeres Therapieverfahren zur Verfügung steht. Diesen Daten folgend sollte dies die Therapie der ersten Wahl sein. Die trotzdem auch in dieser Studie noch relativ hohe Rezidivrate belegt aber auch nochmals eindrücklich die Aussage der aktualisierten S2-Leitlinie von 2013, wonach ein konservativer Behandlungsversuch bei Hyperplasien des Endometriums mit Atypien nur bei vorhandener Bereitschaft der Patientin zu engmaschigen Kontrollen und Rebiopsien durchgeführt werden sollte. Auch muss mit den Patientinnen aufgrund des hohen Rezidivrisikos die Durchführung einer sekundären Hysterektomie nach Abschluss der Familienplanung diskutiert werden.

Prof. Peter Mallmann