Gynäkologische Endokrinologie 2018 · 16:145–146
<https://doi.org/10.1007/s10304-018-0207-x>
 Online publiziert: 3. August 2018
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2018

CrossMark

T. Strowitzki¹ · G. Griesinger^{2,3} · H. Kantenich⁴

¹ Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Fertilitätsstörungen, Universitätsfrauenklinik Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

² Universitäres Kinderwunschzentrum Lübeck und Manhagen, Zentrum für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck, Deutschland

³ Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Lübeck, Deutschland

⁴ Fertility Center Berlin, Berlin, Deutschland

Implantation und Frühschwangerschaft

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Schwangerschaftsraten bei extrakorporaler Befruchtung sind weitgehend stabil. Wie wir aus ausländischen Studien wissen, steigert ein Aneuploidiescreening vor der Implantation entgegen den Erwartungen die Schwangerschaftswahrscheinlichkeit nicht dramatisch. Vor allem diese Erkenntnis hat dazu geführt, dass wir heute unser Augenmerk wieder vermehrt auf die endometriale Seite der Einnistung legen.

Alle Tests und prädiktiven Marker des Endometriums sind aber bislang enttäuschend und überdies nur in Studien niedriger Qualität untersucht worden. Das hat aber nicht davon abgehalten, einige dieser Tests bereits kommerziell in großem Umfang einzusetzen.

In dieser Ausgabe wollen wir uns, wie für die Zeitschrift *Gynäkologische Endokrinologie* charakteristisch, mit den verschiedenen klinischen Phasen befassen, in denen das Endometrium und folgend die Plazentation eine Rolle spielen.

Der Parameter, der in der ärztlichen Routine wohl am häufigsten eingesetzt wird, ist die Bestimmung der Endometriumdicke. Bei genauerer Betrachtung scheint dies aber ein wirklich sehr unzureichender Parameter mit einer hohen Fehlerhaftigkeit der Messungen zu sein. Genau das diskutieren T. Osterholz-Zaleski u. G. Griesinger aus Lübeck in ihrem Beitrag. Sie zeigen, wie diese so einfache

Routinebestimmung wirklich einzuordnen ist.

Das Endometrium kann aber nicht nur sonographisch bewertet werden, sondern auch mit höchst anspruchsvollen Methoden der Molekulargenetik und der Proteomanalyse. Mehrere Tests haben auf diesem Gebiet für Aufsehen gesorgt und „sind im klinischen Alltag angekommen“, obwohl sie nie wissenschaftlich valide bezüglich ihrer prognostischen Wertigkeit untersucht worden sind. A.P. Bielfeld und P. Edimiris aus Düsseldorf stellen solche Tests vor und unterziehen sie einer kritischen Analyse.

» Embryo und Endometrium dürfen nie isoliert betrachtet werden

Embryo und Endometrium dürfen aber nie isoliert betrachtet werden. Zu vielschichtig ist der embryonal-endometriale Dialog. K. Vomstein u. B. Toth aus Innsbruck gehen gemeinsam mit R.-J. Kuon aus Heidelberg unter anderem auf die genetischen, immunologischen und mikrobiellen Aspekte von Einnistungstörungen ein. Letztlich bleibt aber doch trotz aller Bemühungen ein Gutteil des Implantationsversagens ungeklärt.

Kontinuierlich gehen wir in der Betrachtung der Einnistung voran und haben abschließend zwei klinische Themen in den Mittelpunkt gestellt, die beide ihre Grundlagen in der frühen Implantation

haben. Wurde für viele Jahrzehnte die Lehrmeinung, bei einem Abort habe eine Kürettage zu erfolgen, nicht angetastet, so hat auch hier ein Umdenken stattgefunden. R. Popovici aus München beschreibt genau die Studienlage, dass ein Zuwarten in vielen Fällen das deutlich risikoärmere Vorgehen sein kann.

H. Fluhr aus Heidelberg befasst sich mit einem Thema von großer akuter klinischer Relevanz, das ebenfalls seinen Ursprung in der gestörten Plazentation und somit in einer gestörten Implantation hat. Die Notfallsituation der Plazentaretention kann im schlimmsten Falle bis zum Organverlust führen – gerade für Frauen mit noch nicht abgeschlossener Familienplanung ist das eine Katastrophe. Auch hier gibt es neue operative Verfahren, um den Uterus doch zu erhalten.

Auch in dieser Ausgabe ist es uns wichtig, nicht nur auf direkte Belange der Reproduktionsmedizin zu achten, sondern auch Folgen aufzuzeigen, beispielsweise für den weiteren Schwangerschaftsverlauf. Das muss den Reproduktionsmediziner interessieren, auch wenn wir selbst vielleicht nie mit einer solchen Notfallsituation im späten Schwangerschaftsverlauf konfrontiert werden.

Reproduktionsmedizin steht also nicht nur am Anfang, sondern mit-tendr in. In diesem Sinne hoffen wir, dass Sie eine Ausgabe von *Gynäkologische Endokrinologie* in der Hand halten, die viele für Sie interessante Aspekte

mit Nutzen für den klinischen Alltag abdeckt.

T. Strowitzki

G. Griesinger

H. Kentenich

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. T. Strowitzki

Abteilung für Gynäkologische Endokrinologie und Fertilitätsstörungen, Universitätsfrauenklinik Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 440, 69120 Heidelberg, Deutschland
thomas.strowitzki@med.uni-heidelberg.de

Interessenkonflikt. T. Strowitzki, G. Griesinger und H. Kentenich geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Fachnachrichten - In eigener Sache

© Michael Seitzpandt

Galenus-von-Pergamon-Preis 2018: 13 Arzneimittel sind im Rennen

Mit dem von der Springer Medizin Verlag GmbH gestifteten Galenus-von-Pergamon-Preis werden seit 1985 in Deutschland herausragende Arzneimittelinnovationen gewürdigt. Der Preis wird in den Kategorien „Primary Care“, „Specialist Care“ und „Orphan Drugs“ vergeben. Über die Zuerkennung entscheidet eine unabhängige Expertenjury. Überreicht wird der Preis bei einem Festakt am 18. Oktober in Berlin. Hier stellen wir Ihnen zwei Kandidaten vor:

elmiron® (Pentosanpolysulfat-Natrium)

Der chronische Blasenschmerz (interstitielle Cystitis) ist eine unterschätzte und unterdiagnostizierte Erkrankung, die die Lebensqualität der überwiegend weiblichen Patienten stark beeinträchtigt. Schmerzen, starker Harndrang, Pollakisurie und Nykturie sind die charakteristischen Symptome. Typische histologische Veränderungen sind Hunner-Läsionen und Glomerulationen sowie Infiltrationen von entzündungsfördernden Monozyten in Abwesenheit von Pathogenen. Bis die korrekte Diagnose gestellt ist, vergehen im Mittel etwa neun Jahre. Die Hälfte der Patientinnen hat bis dahin wegen der Blasenbeschwerden bereits 20 Arztbesuche oder mehr hinter sich.

Mit Pentosanpolysulfat-Natrium (elmiron®) von Dr. R. Pflieger ist in Deutschland seit Oktober 2017 erstmals ein orales Arzneimittel zur Behandlung von chronischem Blasenschmerz erhältlich. Es ist zugelassen bei durch Glomerulationen oder Hunner-Läsionen charakterisierten chronischen Blasenschmerzen bei Erwachsenen mit mittelstarken bis starken Schmerzen sowie Harndrang und erhöhter Miktionsfrequenz. Pentosanpolysulfat-Natrium gelangt nach der Einnahme in die Blase und greift dort gezielt an der geschädigten Glykosaminykan-Schicht der Blasenwand an und stellt wieder eine intakte Schicht her.

Betmiga™ (Mirabegron)

An einer überaktiven Blase (overactive bladder, OAB) leiden etwa 12% der Erwachsenen in Deutschland. Medikamentöse Therapie der Wahl sind seit langem Anticholinergika. Aufgrund ihrer unerwünschten Wirkungen wie Mundtrockenheit oder zentralnervöse Effekte ist die Abbruchrate hoch.

Mit dem Beta-3-Adrenozeptoragonisten Mirabegron (Betmiga™) von Astellas wurde eine Substanz entwickelt, deren Wirkmechanismus sich grundlegend von dem der Anticholinergika unterscheidet. Während Anticholinergika frühzeitige Kontraktionen der Blasenmuskulatur unterdrücken, unterstützt Mirabegron die Speicherfähigkeit der Blase, indem es für eine Entspannung der Blasenmuskulatur sorgt und somit den Harndrang reduziert. Mirabegron ist daher eine Option für alle OAB-Patienten und ist die einzige Alternative für Patienten, bei denen Anticholinergika nicht wirksam sind oder bei denen sie nicht eingesetzt werden sollten. Mirabegron ist indiziert für die symptomatische Therapie von imperativem Harndrang, erhöhter Miktionsfrequenz und/oder Dranginkontinenz, die bei Erwachsenen mit OAB auftreten können. Effektivität und Verträglichkeit von Mirabegron spiegeln sich in einer länger anhaltenden Therapietreue der Patienten im Vergleich zu Anticholinergika wider. Das Medikament steht seit August 2017 wieder zur Behandlung der OAB zur Verfügung.

Quelle: www.aerztezeitung.de