



# FrauenHeilKunde – INFO

## Newsletter zum Thema Myome und Hypermenorrhoe

Ausgabe: Februar 2019

### Editorial



**Liebe Kolleginnen  
und Kollegen,**

mit dem ersten Newsletter zum Thema Uterus myomatosus möchten wir das Jahr 2019 beginnen. An dieser Stelle nochmals Ihnen ein gesundes und zufriedenes Jahr 2019. Auch dieses Jahr werden wir Sie in regelmäßigen Abständen mit entsprechenden Informationen zu

verschiedenen technischen Neuerungen und Ände-

rungen aus der Klinik informieren. Bei speziellen Fragen wenden Sie sich gerne persönlich an mich, ich werde für eine Antwort gerne zur Verfügung stehen. Auf eine gute Zusammenarbeit im Jahr 2019 verbleibe ich für heute

mit freundlichem Gruß

Prof. Dr. Matthias W. Beckmann

### Uterus myomatosus

Myome sind der häufigste gutartige Tumor der Frau. Etwa 40 % der Frauen im gebärfähigen Alter sind hiervon betroffen. Dabei stellt das Vorhandensein eines Myoms von vornherein keine Indikation zur Therapie dar. Erst das Vorliegen einer entsprechenden Symp-

tomatik wie Blutungsstörungen, einer Sterilität oder Unterbauchschmerzen, Pollakisurie als auch Obstipation, Druckgefühl im Unterbauch oder eine Dyspareunie sollten Anlass für ein entsprechend individualisiertes Therapiekonzept für die Patientin sein.

### SonataTM – eine minimalinvasive, organerhaltende Option zur Behandlung eines symptomatischen Uterus myomatosus

SonataTM – eine minimalinvasive Radiofrequenzablation zur Behandlung eines symptomatischen Uterus myomatosus – wird seit 2016 in unserer Frauenklinik erfolgreich eingesetzt. Mittlerweile konnten bereits 25 Patientinnen, welche durch Blutungsstörungen auffällig wurden, mit dieser Methode behandelt werden.

Hierfür erfolgt zunächst eine Standard-Hysteroskopie, ggf. werden hierbei intrakavitäre Myome mittels Resektoskopie entfernt. Für eine Radiofrequenzablation besonders geeignet sind submuköse oder intra/transmurale Myome bis 7 cm Durchmesser mit einem „Sicherheits“- Abstand zur Serosa. Nach der Hysteroskopie wird eine intrauterine Ultraschallsonde in das Cavum uteri eingebracht und über Elektroden eine entsprechend des Volumens des Myoms berechne-

te Radiofrequenzenergie appliziert. Nach anfänglicher Zunahme der Blutungsintensität in den ersten 3 Monaten, welche auf eine zunehmende Nekrose des behandelten Myoms zurückzuführen ist, kommt es zu einer Schrumpfung und Abnahme der Blutungsintensität.

Es können mehrere Myome danach in der gleichen Sitzung ablatiert werden. Ein zukünftiger Kinderwunsch stellt kein Ausschlusskriterium dar, ausgetragene Schwangerschaften sind bereits beschrieben.

Im FAST-EU-Trial konnte eine signifikante Volumenreduktion erreicht werden.

In 79,2 % der Fälle kam es nach 12 Monaten zu einer klinischen Reduktion der Blutungsintensität.

Fortsetzung des Artikels von Seite 1

[1]



Abbildung [1]: Sonata® Treatment Device (Intrauterine Ultraschallsonde mit Radiofrequenzhandgriff)

Ihre Ansprechpartner in der Frauenklinik:

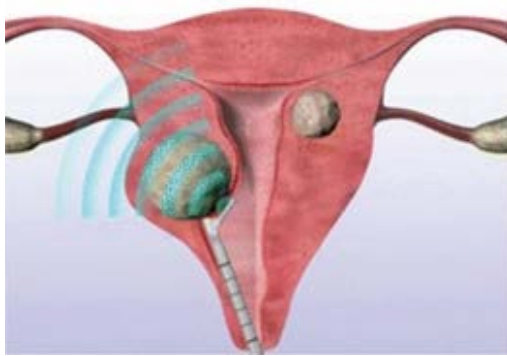
**OÄ Dr. med. Stefanie Burghaus**

**GOA Dr. med. Thomas Hildebrandt, MBA**

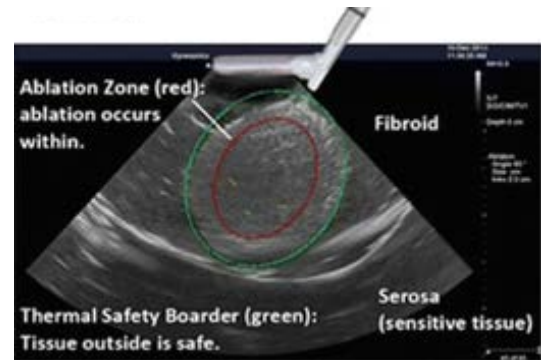
Terminvereinbarung über das  
Oberarztsekretariat:

**Tel. 09131 85-44039**

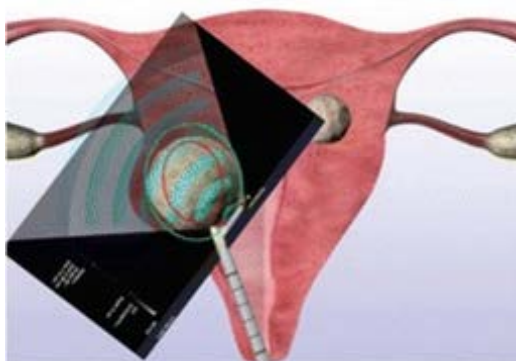
[2]



**A** Treatment Device inserted transcervically. The IUUS Probe is articulated and fibroid is identified.



**C** Ablation Guides control size and location of ablation. Tissue outside of the Safety Border is safe.



**B** Graphical Guidance Software projects the Ablation Guides to target ablation within fibroid.



**D** Electodes deployed to a mechanical stop set to match the Ablation Guide setting, and ablation performed.

Abbildung [2]: Transzervikale Radiofrequenzablation mit dem Sonata®-System. IUUS Intrauterine Ultraschund.

## Neues aus der Grundlagenforschung: Myome mit Fumarat-Hydratase-Defizienz zeigen erhöhtes Malignomrisiko an

Eine Mutation im Fumarat-Hydratase (FH)-Gen ist als Auslöser des hereditären Leiomyomatosis und Nierenzellkarzinom-Syndroms (HLRCC) identifiziert worden. Betroffene Frauen dieser autosomal dominant vererbten Keimbahnmutation entwickeln sowohl eine kutane wie auch uterine Leiomyomatose. Im Rahmen einer Auswertung von 580 Myomen aus 484 an der Frauenklinik des Universitätsklinikums Erlangen operierten Patientinnen zeigten in 0,4 % eine Mutation im FH - Gen. Das Lebenszeitrisiko für die Entwicklung eines Nierenzellkarzinoms bei Mutationsträgerinnen wird mit 15 % angenommen. Es konnten morphologische Kriterien definiert werden, die bei der Routineaufarbeitung auf das mögliche Vorliegen einer derartigen Mutation hinweisen.

Bisher wird in folgenden Situationen eine weiterführende molekulargenetische Diagnostik zum Ausschluss einer HLRCC empfohlen:

Multiple kutane Leiomyome mit mindestens einem histologisch gesicherten Leiomyom oder einem Leiomyom bei positiver HLRCC-Familienanamnese

Patient mit einem Tumor und einer kutanen Leiomyomatose ohne positiver HLRCC-Familienanamnese  
Patient mit einem (oder mehreren) Typ-2 papillären, tubulo-papillären oder Nierenzell-Sammelrohr-Tumor mit oder ohne positiver HLRCC-Familienanamnese

Neben den derzeit etablierten Indikationen zur molekulargenetischen Diagnostik stellen die hier charakterisierten Kriterien im Rahmen der Standardaufarbeitung uteriner Myome eine Indikation zur weiteren molekulargenetischen Abklärung dar. Ein generelles Screening bei allen Myom- oder Hysterektomiepräparaten kann derzeit jedoch nicht empfohlen werden.

---

## Endometriumablation mittels Novasure® (Goldnetz) – eine neue, effektive Option zur Behandlung abnormer uteriner Blutungen

Für Patientinnen mit Hypermenorrhoe und abnormen uterinen Blutungen bietet die Frauenklinik seit 2018 eine neue und hocheffektive Form der Endometriumablation an.

Voraussetzung für die Behandlung ist eine abgeschlossene Familienplanung sowie der Ausschluss relevanter uteriner Fehlbildungen mittels Ultraschall.

Standardmäßig findet eine Hysteroskopie und fraktionierte Kürettage statt, um ein mögliches Endometriumkarzinom als Ursache der Blutungen sicher auszuschließen. Submuköse Myome oder Endometriumpolypen können dabei in gleicher Sitzung entfernt werden. Anschließend findet die Ablation mittels Novasure® (Goldnetz) statt. Hierzu wird bipolare Radiofrequenzenergie über eine Goldnetzelektrode appliziert und das Endometrium sicher und effektiv verödet. Die durchschnittliche Ablationsdauer beträgt 90 Sekunden. Durch eine individualisiert einstellbare Ablationsfläche ist Novasure® für verschiedene Größenausdehnungen des Uteruscavum geeignet.

In einem 10-Jahres-Review konnte Gimpelson eine Patientinnenzufriedenheit von 94 % und eine Amenorrhoeerate nach 12 Monaten von 56 % zeigen [1]. Die sekundäre Hysterektomieerate betrug 3,6 %.

Dabei zeigen sich in allen genannten Parametern deutliche Vorteile im Vergleich zu anderen Ablationsverfahren. Prädiktoren für den Therapieerfolg sind das Fehlen intramuraler Myome sowie die Durchführung einer Hysteroskopie mit entsprechender Behandlung von Begleiterkrankungen (Polypen, Myome) im Rahmen des Eingriffes. Patientinnen jüngeren Alters, eine vorherige Sterilisation, als auch eine ausgeprägte Dysmenorrhoe waren Faktoren, die mit einem medianen Follow-up von 45 Monaten statistisch signifikant häufiger sekundäre Therapiemaßnahmen notwendig machten.

Darüber hinaus konnte eine Effektivität auch für Patientinnen mit einer symptomatischen Adenomyosis uteri gezeigt werden. Auch hier waren eine Reduktion der Schmerzintensität wie auch der Blutungsstärke bei hoher Patientinnenzufriedenheit von 92 % zu verzeichnen.

Die Endometriumablation mit Novasure® stellt eine schnell durchzuführende, sichere und effektive Alternative zur Hysterektomie bei Patientinnen mit abnormen uterinen Blutungen und abgeschlossener Familienplanung dar.

Ansprechpartner in der Frauenklinik siehe Seite 2.

Seite 4 →

Fortsetzung des Artikels von Seite 3

[1]

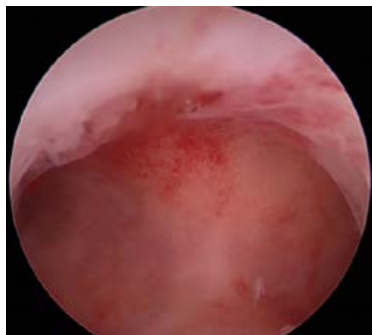


Abbildung [1]: Präoperatives hysteroskopisches Bild einer 44-jährigen Patientin mit abnormer uteriner Blutung

[2]

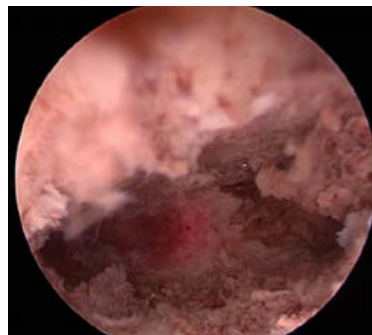


Abbildung [2]: Hysteroskopisches Bild nach erfolgter Endometriumbiatriation mittels Novasure®

## FHK-Team

### Schwerpunkt-Weiterbildung (04.2018 – 12.2018)

**OÄ PD Dr. C. C. Hack**  
Gynäkologische Onkologie

**Stv. OÄ Dr. J. Hackl**  
Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

**LOA PD Dr. S. Jud**  
Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

## FHK-Team

### Neu in unserem Team begrüßen wir die Assistenzärztin



Katharina Grasruck

## FHK-Veranstaltung

### Mammakarzinom 2019 – Was ist wirklich praxisrelevant?

Am Mittwoch, 27.03.2019, von 15.00 bis 19.00 Uhr blicken wir erneut auf ein Jahr mit zahlreichen Kongressen zur Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms zurück – von ASCO über ESMO bis hin zum SABCS als auch das State-of-the-Art-Mammakarzinom der AGO e. V. Wir möchten in gewohnter Tradition – nun zum 16. Mal – für Sie die wirklich praxisrelevanten Aspekte herausfiltern, wesentliche Punkte klar herausstellen und Kontroversen diskutieren. Merken Sie sich den Termin vor, Einladung folgt.

### „Spezielle Qualifizierung auf dem Gebiet der Endometriose“

Am Samstag, 06.04.2019, können Sie sich über aktuelle Diagnose- und Therapiestandards bei Endometriose informieren. Durch die Teilnahme an einer CME-Prüfung haben Sie die Möglichkeit, anschließend ein Zertifikat zu erwerben. Nähere Informationen erhalten sie im Februar 2019 über unsere Homepage. [www.frauenklinik.uk-erlangen.de](http://www.frauenklinik.uk-erlangen.de)

## Impressum

### Herausgeber:

Universitätsklinikum Erlangen  
Frauenklinik  
Universitätsstr. 21/23  
91054 Erlangen  
Tel.: 09131 85-33553  
Fax: 09131 85-33456  
fk-direktion@uk-erlangen.de  
[www.frauenklinik.uk-erlangen.de](http://www.frauenklinik.uk-erlangen.de)

### V.i.S.d.P.:

Prof. Dr. Matthias W. Beckmann

### Gesamtherstellung:

Universitätsklinikum Erlangen, Kommunikation,  
91012 Erlangen