Welches ist die derzeit beste Therapie des Scheidenstumpfprolaps?

108 Frauen mit signifikantem Scheidenstumpfprolaps wurden prospektiv randomisiert. 53 erhielten nach dem Zufallsprinzip eine laparoskopische Scheidenstumpffixation mit einem Y-förmigen Prolene-Mesh (Gyne-Mesh®, Ethicon). Das Mesh wurde mit PDS Fäden an der Vagina und mit einem Hernientacker (kleine Metallspiralen) am Promontorium fixiert. Bei Frauen mit gleichzeitiger klinischer oder okkulter Stressinkontinenz wurde auch eine Kolposuspension durchgeführt. Bei 55 Frauen wurde ein TVM (totales Vaginalnetz, Prolift® Gynecare Ethicon) appliziert. Frauen mit klinischer oder okkulter SI erhielten hier ein TVT-O (Gynecare).

Resultate

Perioperative Daten
Die laparoskopische Sakrokolpopexie (LSC) dauerte statistisch signifikant länger (97 Min. versus 50 Min.; p < 0,01). Frauen in der LSC Gruppe hatten hingegen einen geringeren Blutverlust, eine kürzere Hospitalisations- und Rekonvaleszenzdauer (p < 0,001).

Follow-up Daten 2 Jahre nach der Operation
Im POP-Q System zeigte sich 2 Jahre nach der Operation eine signifikante Verbesserung mit beiden Methoden. Die LSC Gruppe schnitt jedoch an den meisten POP-Q Punkten signifikant besser ab als das TVM. Die totale Scheidenlänge war in der LSC Gruppe unverändert, in der TVM Gruppe jedoch signifikant kürzer. Der objektiv gemessene Erfolg der Operation (POP-Q Status 0 oder 1 an allen Punkten) war bei 41 von 53 (77 %) in der LSC Gruppe signifikant höher im Vergleich zu 23 von 55 (43 %) in der TVM Gruppe (p < 0,001). Die Patientinnenzufriedenheit war ebenfalls signifikant höher in der LSC Gruppe (87 +/- 21 Punkte versus 79 +/- 20) (p = 0,002; RR 8,09). Kein Unterschied fand sich punkto postoperative Stressinkontinenz zwischen den Gruppen. Eine Pat. in der LSC Gruppe aber 7 (13 %) nach TVM hatten eine sog. vaginale Mesh-Erosion. Die Reoperationsrate war ebenfalls signifikant höher in der TVM Gruppe (22 % gegenüber 5 % nach LSC). (Tabelle 1).

Kommentar
Die offene Sakrokolpopexie gilt als der Goldstandard beim Scheidenstumpfprolaps und schneidet besser ab, als z.B. die vaginale sakrospinale Fixation nach Richter. Konservative Massnahmen (Pessare, etc.) sind weniger zielführend.

Tab 1. Vergleich Indikationen für Reoperationen in der Gruppe

Indikationen	LSC (53) n (%)	TVM (55) n (%)	P Wert
Mesh Erosionen	1 (2)	5 (9)	0.11
Mesh Kontraktionen	0	4 (7)	0.05
TVT-O	1 (2)	3 (5)	0.36
POP Operation	0	3 (5)	0.11
Trokarhernien	1 (2)	0	0.49
L Nephrektomie	1 (2)	0	0.49
Darmresektion	0	1 (2)	0.49
Chirurgie im Zusammenhang mit der Erstoperation	3 (5)	12 (22)	0.006

Heute stehen minimal-invasive chirurgische Methoden im Vordergrund. Die vorliegende Untersuchung ist wertvoll, weil es sich dabei um eine der wenigen methodisch guten prospektiv randomisierten Vergleichsstudien zweier gängiger Methoden mit genügend grosser Patientenzahl und aus einer erfahrenen Klinik handelt.
Die Vorteile der laparoskopischen Operation überwiegen mit niedrigerem Blutverlust, Hospitalisationsdauer etc. Noch mehr ins Gewicht fallen aber die Ergebnisse nach 2 Jahren: Längere Vagina und höhere Patientenzufriedenheit, weniger Re-Operationen und vor allem weniger Mesh-Erosionen.
Auch für uns ist die laparoskopische Sakrokolpopexie mit Y-Kunststoffmesh die Methode der Wahl beim symptomatischen Scheidenstumpfprolaps.

Michael K. Hohl

Keine Verbesserung der Prognose durch frühe Diagnosestellung bei Frauen mit symptomatischem Ovarialkarzinom.

Diese australische Studie ging der Fragestellung nach, ob eine frühe Diagnosestellung und entsprechend früherer Therapiebeginn bei Patientinnen mit manifestem Beschwerdebild eines Ovarialkarzinoms das Gesamtüberleben verbessere. Vor dem Hintergrund der kontrovers diskutierten Annahme, dass Patientinnen mit frühzeitig diagnostiziertem Ovarialkarzinom eine günstigere Prognose aufweisen, wurde eine systematische Befragung bei Patientinnen mit symptomatischem Ovarialkarzinom durchgeführt. 1463 Frauen wurden bezüglich Dauer und Art der Symptome, welche zur Arztkonsultation führten befragt. Ausserdem wurden Daten zu Tumorart, Tumorstadium, Art der Therapie, und Gesamtüberleben erhoben. Die Mehrheit der symptomatischen Patientinnen suchte innerhalb eines Monats nach Auftreten erster Symptome einen Arzt auf. Innerhalb von zwei Monaten hatten sich bereits 70 % aller Befragten beim Arzt vorgestellt und innerhalb von 6 Monaten waren es 90 % aller Patientinnen. Der Zeitpunkt der Erstkonsultation korrelierte nicht mit dem dann diagnostizierten Tumorstadium. Genau so wenig korrelierte die Dauer vom Einsetzen der Symptome bis zur Arztkonsultation mit dem Gesamtüberleben. Interessant ist der Vergleich zwischen einer kleinen Gruppe asymptomatischer Frauen (N = 145) mit der Restpopulation der Studienpatientinnen. Bei den asymptomatischen Frauen wurde das Ovarialkarzinom vorwiegend in früheren Tumorstadien (< FIGO III) diagnostiziert (59 % vs. 34 %). In der Gruppe der Frauen ohne Symptome welche im Stadium III oder IV diagnostiziert wurden,war das Gesamtüberleben im Vergleich zur Gruppe der symptomatischen Frauen mit 4.2 Jahren vs. 3.1 Jahren deutlich besser.

(Nagle CM, et al. J Clin Oncol. 2011; 29:2253–8).

Kommentar
Die Kontroverse um Präventionsmassnahmen zur Erkennung früher Ovarialkarzinome erhält mit dieser Arbeit erneuten Diskussionsstoff. Symptome richtig zu deuten, um die Erkrankung in einem früheren Stadium zu diagnostizieren, wird allgemein mit einer Verbesserung der Prognose assoziiert. Hier wird das Auftreten von Symptomen als ungünstiger Prognosefaktor beim Ovarialkarzinom, und zwar unabhängig vom tatsächlichen Tumorstadium, aufgezeigt. Die Autoren verweisen in diesem Zusammenhang auf die Tatsache, dass wenn einmal Symptome aufgetreten sind, die Prognose beim Ovarialkarzinom auch durch optimierte invasive und systemische Therapie kaum günstig beeinflusst werden kann. Trotz der limitierenden Aussagekraft der rein auf einer Selbstauskunft basierenden Daten sollte in der Gesamtschau der auch aus anderen Studien vorhandenen Ergebnisse, das Bestreben in der Früherkennung noch vor Erstmanifestation von Symptomen liegen.

Ziad Atassi, Nik Hauser

Brustkrebsrisiko durch Rauchen: auch nach Rauchstop noch 20 Jahre lang erhöht

Es ist bekannt, dass Alkoholabusus das Brustkrebsrisiko erhöht. In Experten-Gremien wurde immer wieder diskutiert, ob auch Nikotinabusus einen Einfluss auf das Brustkrebsrisiko haben könnte.
In einer prospektiven Kohortenstudie der Women´s Health Initiative Study, welche knapp 80 000 postmenopausale Frauen im Alter von 50 bis 79 Jahren aus 40 Zentren in den USA einschloss, zeigte sich während einer Beobachtungszeit von durchschnittlich 10.3 Jahren bei Raucherinnen ein erhöhtes Risiko, an Brustkrebs zu erkranken im Vergleich zu Nicht-Raucherinnen. Bei ehemaligen Raucherinnen war dieses Risiko im Vergleich zu Nicht-Raucherinnen um 9% erhöht, bei aktiven Raucherinnen sogar um 16%.
Das Risiko war umso höher, je mehr Zigaretten konsumiert wurden. Die Anzahl der Jahre des Rauchens und der Zeitpunkt des Beginns, insbesondere bei einem Beginn bereits im Teenageralter, war mit der Risikoerhöhung direkt assoziiert. Das höchste Risiko zeigten Frauen mit einem bereits seit 50 Jahren oder länger anhaltendem Nikotinabusus. Auch nach einem Rauchstop bis 20 Jahre vor Studienauswertung fand sich ein anhaltend erhöhtes Brustkrebsrisiko.
Frauen, die in der Kindheit länger als 10 Jahre und im Erwachsenenalter länger als 20 Jahre in einer Raucherumgebung leben und mehr als 10 Jahre am Arbeitsplatz Zigarettenrauch ausgesetzt sind, scheinen ein erhöhtes Brustkrebsrisiko zu haben.

(Luo J, et al. Br med J 2011; 342:d1016).

Kommentar
Die wichtigste Aussage dieser Studie ist der Nachweis des dosisabhängigen Einflusses des Rauchens auf das Risiko an einem Mammakarzinom zu erkranken. Diese Ergebnisse zeigen eine kausale Beziehung, die bis anhin von Experten-Gremien konstatiert wurden, jedoch noch nie in diesem Umfang mit Studien belegt werden konnten. Die interessante Korrelation des Auftretens eines Mammakarzinoms mit der Zeitdauer des Passivrauchens zeigt ein bis zu 32% relativ erhöhtes Risiko, an Brustkrebs zu erkranken. Allerdings konnte hier keine direkte Dosis-Wirkungsbeziehung nachgewiesen werden und somit müssen diese Ergebnisse mit dem Vorbehalt eines statistischen Effekts betrachtet werden.
International zeigt sich eine Zunahme von Raucherinnen und der durch Nikotin verursachten Morbidität und Mortalität. Diese Studienergebnisse zeigen uns erneut, dass weitere und intensivere Primär-Prävention betrieben werden müsste. Das neue Argument des erhöhten Brustkrebsrisikos sollte in die Gespräche mit unseren Patientinnen einfliessen. Mädchen und junge Frauen müssen über die Gefahren des Rauchens, inklusive das über Jahre nach einem Rauchstop verbleibend erhöhte Krebs-Risiko, informiert werden.

Tatjana Kugler, Nik Hauser