Wieviel trägt die Austreibungsperiode zu Beckenbodenveränderungen bei?

Die Frage des Beckenbodentraumas bei Schwangerschaften und Geburten wird häufig diskutiert, und unbestritten ist aktuell, dass sowohl die Schwangerschaft an sich als auch die Geburt zu Veränderungen am Beckenboden beitragen, die Senkungen, Prolaps und Inkontinenz und auch Störungen der Sexualfunktion begünstigen.
Neuere Daten bestätigen, dass vaginaloperative Entbindungen das Beckenbodentrauma signifikant erhöhen.
Eine grosse retrospektive Kohortenstudie (Handa V.L. Blomquist J.L. et al. Pelvic Floor disorders after vaginal birth: effect of episiotomy, perineal laceration and operative birth, Obstet. Gynecol. 2012; 119:233–9) hat bereits gezeigt, dass eine Sektio, die vor der AP durchgeführt wird, kein erhöhtes Risiko für Urininkontinenz, Stuhlinkontinenz oder Senkungsprobleme mit sich bringt. Prospektive Studien zu diesem Thema waren bis anhin noch nicht verfügbar, diese Lücke wurde durch die hier vorgestellte Studie nun geschlossen.

782 Patientinnen wurden prospektiv eingeschlossen, wovon 627 vaginal entbanden und 155 eine Sektio vor Erreichen der Austreibungsperiode hatten.
Die Patientinnen wurden bereits in der Schwangerschaft hinsichtlich Urin- oder Stuhlinkontinenz und Senkungen evaluiert, und beide Gruppen hatten zu diesem Zeitpunkt keine signifikanten Unterschiede. Die vaginal entbundene Gruppe war etwas jünger und weniger übergewichtig als die Sektiogruppe (38 vs 52 %). Das fetale Gewicht bei Entbindung war nicht statistisch unterschiedlich.
Sechs Monate post partum zeigte sich bei ungefähr der Hälfte der Patientinnen jeder Gruppe eine gewisse Urininkontinenz, aber weniger als 10 % in jeder Gruppe hatte eine mittelgradige oder schwere Urininkontinenz.
Bei den objektiven Tests und Untersuchungen, zu denen ein Pad Test gehörte, zeigte die Gruppe der vaginalen Geburten signifikant mehr Urinverlust als die Sektiogruppe.
Hinsichtlich der Stuhlinkontinenz gab es in beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede.
Die Gruppe nach Vaginalgeburt zeigte eine signifikant höhere Anzahl an Senkungen, dies betraf vor allem die vordere Vaginalwand im Sinne von Zystozelen. Der Einfluss dieser Senkungen war allerdings nicht von Einfluss auf die subjektiven Prolapssymptome, die in beiden Gruppen gleich waren.

Kommentar
Diese Studie hat nur einen geringen Unterschied hinsichtlich einer Beckenbodendysfunktion sechs Monate nach entweder vaginaler Geburt mit nur geringer Rate vaginaloperativer Entbindungen oder Kaiserschnitt in der Eröffnungsperiode gezeigt.
Eine Stärke der Studie ist das Messsen subjektiver und objektiver Parameter und die longitudinale Nachverfolgung mit Erstkonsultation in der Schwangerschaft.
Die Untersucher 6 Monate postpartal kannten den Geburtsmodus nicht. Was eine der Studienstärken ist.

Insgesamt stellt diese Studie die Wichtigkeit der Austreibungsperiode für die Pathogenese der Beckenbodendysfunktionen sehr in Frage, wobei man beachten muss, dass die Rate von vaginaloperativen Entbindungen in dieser Studie sehr gering war, diese aber als Hauptursache für einen Beckenbodenschaden angenommen werden.
In anderen Studien, in der aber die Rate der vaginaloperativen Entbindungen mit 31 % und 39 % sehr hoch war (Handa V.L. Blomquist J.L. et al. Pelvic Floor disorders after vaginal birth: effect of episiotomy, perineal laceration and operative birth Obstet. Gynecol. 2012; 119: 233–9; Hamda V.L., Blomquist J.L. Pelvic Floor Disorders 5–10 years after vaginal or Cesaerean childbirth Obstet. Gynecol. 2011; 118:777–84), war die Rate von Beckenbodendysfunktionen in der Gruppe der Vaginalgeburten signifikant höher als in der Kaiserschnittgruppe. Letzgenannte Studien mögen aber angesichts der hohen Anzahl von vaginaloperativen Entbindungen nicht repräsentativ für die klinische Praxis sein.

Interessanterweise gab es auch hinsichtlich der Stuhlinkontinenz keine signifikanten Unterschiede zwischen Vaginalgeburten- und Sektiogruppe. Eine kürzlich publizierte Studie hat zu diesem Thema eine deutliche genetische Komponente identifiziert, die das Risiko des Geburtsmodus in den Hintergrund treten lässt (Baghestan E. Irgens L.M. et al. Familial risk of obetric anal sphincter injuries: registry-based chohort study; BJOG 2013; 120: 831–8).
Zusammenfassend hat die kommentierte Studie gezeigt, dass in einem Kollektiv mit einer niedrigen Rate von vaginaloperativen Entbindungen und Episiotomie die Rolle der Austreibungsperiode hinsichtlich klinisch relevanten Beckenbodenschäden sechs Monate postpartal eher gering ist.
Ob sich das in längerfristigen Studien bestätigen wird, bleibt abzuwarten.

Annette Kuhn

Mammographie-assoziiertes Risiko für die Entstehung eines Mammakarzinoms

Bei BRCA1/2-Mutationsträgerinnen ist ein Ziel die Früherkennung eines Karzinoms durch den frühen Einsatz der Bildgebung. Haben wir jedoch Hinweise, dass der frühe und regelmässige Einsatz der Mammographie auch Ursache für die Entstehung dieser Karzinome sein könnte? Diese Vermutung und Befürchtung wurde schon oft geäussert, aber bisher haben Studien zu dieser Fragestellung widersprüchliche Ergebnisse gezeigt. Liegt eine BRCA1/2-Mutation vor, dann funktionieren DNA-Reparaturmechanismen nicht mehr korrekt und durch ionisierende Strahlung potentiell entstehende Schäden können ineffizienter korrigiert werden. Die Strahlenbelastung der Mammographie ist heute tief und liegt bei etwa 4 mGy. Ist diese Dosis ausreichend, um das Entstehungsrisiko für ein Mammakarzinom in dieser Situation wirklich signifikant zu erhöhen?

Der holländische Epidemiologe Pijpe und seine Mitarbeiter untersuchten durch Befragung 1122 BRCA1/2-Mutationsträgerinnen aus drei nationalen Kohortenstudien. Die Ergebnisse wurden im British Medical Journal publiziert (Pijpe A et al. Exposure to diagnostic radiation and risk of breast cancer among carriers of BRCA1/2 mutations: retrospective cohort study (GENE-RAD-RISK). BMJ 2012; 345:e5660, *http://www.bmj.com/content/345/bmj.e5660*).

174 (15.5 %) der Studienteilnehmerinnen waren bereits an einem Mammakarzinom erkrankt. Die applizierte Gesamtstrahlenbelastung des Brustgewebes wurde von allen Studienteilnehmerinnen ermittelt. Etwa 50 % der Frauen hatten bereits mindestens eine Mammographieuntersuchung erhalten. Diese Kohorte wurde verglichen mit den Frauen, die keine radiographische Diagnostik hatten. Die erstaunlichen Ergebnisse zeigen, dass die Mammakarzinomrate um 90 % erhöht ist, wenn die Untersuchung in jungem Alter (<30 Jahre) durchgeführt wurde. Für Untersuchungen, die nach dem 30. Lebensjahr durchgeführt wurden, scheint die Rate kaum noch erhöht zu sein. Es konnte auch ein klarer dosisabhängiger Effekt nachgewiesen werden. Für eine Strahlenbelastung <2mGy wurde eine Risikoerhöhung von 63 %, für 2–17mGy 75 % und >17mGy eine Erhöhung um den Faktor vier, im Vergleich zu den Frauen die keine Strahlenbelastung hatten, nachgewiesen.

Kommentar
Diese Ergebnisse können folgendermassen interpretiert werden: Wenn bei einer BRCA1/2-Genmutationsträgerin im Alter zwischen 20 und 30 Jahren eine einzige Mammographie mit einer Strahlendosis von 4mGy durchgeführt wird, dann erhöht sich das Risiko für die Entstehung eines Mammakarzinoms bei dieser Patientin um 55 %. Wenn 100 noch nicht erkrankte Genmutationsträgerinnen im Alter von 30 Jahren beobachtet werden, dann muss davon ausgegangen werden, dass ca. neun dieser Frauen innerhalb der nächsten 10 Jahre an Brustkrebs erkranken werden. Wenn eine zusätzliche diagnostische Mammographie

bei diesen 100 Frauen durchgeführt wird, dann werden 5 weitere Frauen innerhalb dieser Zeit zusätzlich an Brustkrebs erkranken.

Mit der Publikation dieser Ergebnisse und weiterer bekannter Daten befinden wir uns in einem Dilemma mit Bezug auf die Beratung von Frauen mit erhöhtem Mammakarzinom-Risiko aufgrund des Vorliegens einer BRCA1/2 Genmutation. Patientinnen in dieser Situation, und wir als betreuende Ärztinnen und Ärzte, wünschen oft die Durchführung einer besonders intensivierten bildgebenden Vorsorge-Diagnostik. Welche Optionen stehen uns in dieser Situation zur Verfügung:

Kernspinntomographie anstatt Mammographie
Im Alter von < 30 Jahren stellt eine bildgebende Diagnostik auf Basis von nicht-ionisierender Strahlung sicher die Methode der ersten Wahl dar. Die MRT-Untersuchung hat sich in dieser Situation als Screening-Methode etabliert und soll der Mammographie vorgezogen werden. Auch in den aktuellen interdisziplinären S3-Leitlinien (http://www.krebsgesellschaft.de/download/S3_Brustkrebs_Update_2012_OL_Langversion.pdf) wird empfohlen, bei Frauen mit nachgewiesener BRCA1/2-Genmutation ab dem Alter von 25 Jahren jährlich die Kernspintomographie zur intensivierten Vorsorge durchführen zu lassen. Ab dem 30. Lebensjahr soll die Bildgebung zusätzlich zur MRT-Untersuchung auch jährlich mit einer Mammographie ergänzt werden.

Weitere Optionen
Die Sonographie hat ihren Stellenwert in der Brustdiagnostik heute fest verankert. Bereits 1984 beschrieben Leucht et al. (Geburtsh Frauenheilk 1984; 44:557–562. DOI: 10.1055/s-2008-1036301) in einer prospektiven Studie mit 1015 Patientinnen eine Sensitivität von ca. 77–83 %. Die Sonographie entwickelte sich über die letzten Jahrzehnte zur wichtigsten additiven Brustuntersuchungstechnik zur präoperativen differentialdiagnostischen Dignitätsaussage in Kombination mit der Mammographie.

Qualifizierte Beratungsstellen für Patientinnen mit familiärer Mammakarzinombelastung sind dringend notwendig. Durch gezielte Erfassung und Beratung kann viel Unsicherheit und Angst abgebaut werden. Wir bekommen häufig Anfragen sowohl von niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen als auch von Patientinnen betreffend dem weiteren Vorgehen und der Beratung bei Vorliegen einer „familiären Belastung Mammakarzinom“. Dies ist immer sehr schwierig zu beantworten, da die vorhandenen Informationen über die Anzahl und das Alter der in der gesamten Familie Betroffenen oft inkomplett sind und der Begriff „familiäre Belastung“ meist inadäquat verwendet wird – so werden häufig Patientinnen mit dem Begriff „familiäre Belastung“ konfrontiert, wenn in der Vergangenheit bei einem Familienmitglied, unabhängig vom Alter bei Erstdiagnose, ein Mammkarzinom auftrat. Hier scheint noch ein grosser Aufklärungsbedarf vorhanden zu sein. Die Aufgabe der korrekten Erfassung und vollumfänglichen Beratung sämtlicher adäquater Optionen mit allen möglichen Konsequenzen obliegt den spezialisierten, interdisziplinären Brustzentren in Kooperation mit den die Patientin und die Familienmitglieder betreuenden Kolleginnen und Kollegen.

Nik Hauser