

..., dass nach laparoskopischer Hysterektomie die Vagina sinnvoller Weise laparoskopisch und nicht von vaginal verschlossen wird?

In einer prospektiv randomisierten Studie wurden 70 prämenopausale Patientinnen nach laparoskopischer Hysterektomie wegen benigner Erkrankung in zwei Gruppen randomisiert: bei 34 Patientinnen wurde die Vagina mittels laparoskopischer Naht, bei 36 Frauen wurde sie von vaginal her verschlossen. Postoperativ wurde die Länge der Vagina sowie die weibliche sexuelle Funktion anhand des „Female Sexual Function Index“ (FSFI) zwischen beiden Gruppen verglichen. Die Dauer der gesamten Operation war signifikant kürzer in der Laparoskopie-Gruppe verglichen mit der vaginalen Gruppe ($112,2 \pm 36,5$ min. vs $122,7 \pm 53,6$ min.; $p < 0,05$). Die Dauer der vaginalen Manschetten-Schließung war jedoch in der vaginalen Gruppe signifikant kürzer als in der Laparoskopie-Gruppe ($8,92 \pm 2,23$ min. vs $7,51 \pm 2,5$ min.; $p < 0,005$). Die gemessenen vaginalen Längen waren sowohl in der Laparoskopie wie in der vaginalen Gruppe präoperativ signifikant länger als 3 Monate postoperativ (alle $p < 0,05$). Die Länge der Vagina war 3 Monate postoperativ jedoch signifikant länger in der Laparoskopie-Gruppe verglichen zur vaginalen Gruppe ($8,39 \pm 0,90$ cm vs $7,34 \pm$

$1,17$ cm; $p < 0,05$). Die präoperativ erhobenen FSFI-Werte waren sowohl in der laparoskopischen wie in der vaginalen Gruppe präoperativ signifikant höher als 3 Monate postoperativ (alle $p < 0,05$). Zwischen den FSFI scores beider Gruppen waren sowohl präoperativ wie drei Monate postoperativ jedoch keine signifikanten Unterschiede zu verzeichnen (alle $p > 0,05$) (Bastu E. et al.; J. Min. Inv. Gynecol. 2016; 23:986–993).

Nach einer laparoskopischen Hysterektomie bietet der Verschluss der Vagina eine gute Gelegenheit das laparoskopische Nähen zu praktizieren. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen zusätzlich, dass das laparoskopische Nähen die gesamte Operationszeit verkürzt und die vaginale Länge besser erhält, was weitere Argumente sind um den endoskopischen Weg vorzuziehen.

m.d.m.

..., dass eine ovarielle Stimulation für In Vitro Fertilisation das Risiko an ein Mammakarzinom zu erkranken auch langfristig nicht erhöht?

Frühere Studien, welche das Brustkrebsrisiko nach In-vitro-Fertilisation (IVF) untersucht haben, waren nicht konklusiv, meist wegen einem zu kurzen Follow-up. Im Rahmen des niederländischen OMEGA-Projektes, welches ver-

schiedene mögliche langfristige gesundheitliche Probleme nach einer Infertilitätsbehandlung untersucht, wurde das Risiko an Mammakarzinom zu erkranken im Langzeit Verlauf analysiert. Eine Kohorte von 19 158 Frauen, welche eine IVF-Behandlung zwischen 1983 und 1995 gehabt haben (IVF-Gruppe) und 5 950 Frauen welche andere Fruchtbarkeitsbehandlungen zwischen 1980 und 1995 (Nicht-IVF-Gruppe) gehabt haben, wurden verglichen. Die Frauen wurden alle in den 12 IVF-Kliniken der Niederlande behandelt. Das Durchschnittsalter am Ende der Nachbeobachtungszeit betrug 53,8 Jahre für die IVF-Gruppe und 55,3 Jahre für die Nicht-IVF-Gruppe. Die Informationen zur ovariellen Stimulation, zu anderen Fruchtbarkeitsbehandlungen und zu möglichen Störvariablen wurden von den medizinischen Aufzeichnungen und durch versenden von Fragebögen gesammelt. Die Inzidenz von invasiven und in situ Mammakarzinomen bei Frauen, bei welchen eine Infertilitätsbehandlung durchgeführt wurde, wurde durch Verknüpfung mit dem Niederländischen Krebsregister (1989–2013) erreicht. Das Brustkrebsrisiko in der IVF-Gruppe wurde mit jener der allgemeinen Bevölkerung (standardisierte Inzidenzverhältnisse [SIRS]) und mit jener der nicht-IVF-Gruppe (Hazard Ratio [HRs]) verglichen. Unter den 25 108 Frauen (Alter im

Mittel zu Beginn der Studie 32,8 Jahre; mittlere Anzahl der IVF-Zyklen = 3.6) konnten nach einem medianen Follow-up von 21.1 Jahren, 839 Fälle von invasivem Brustkrebs und 109 Fälle von in-situ-Brustkrebs identifiziert werden. Das Risiko an einem Brustkrebs zu erkranken unterschiede sich in der IVF-Gruppe nicht signifikant von jener der allgemeinen Bevölkerung (SIR, 1,01 [95 % CI, 0,93–1,09]) und ebenfalls nicht von dem Risiko in der nicht-IVF-Gruppe (HR, 1,01 [95 % CI, 0,86–1,19]). Die kumulative Inzidenz für Brustkrebs im Alter von 55 betrug 3,0 % für die IVF-Gruppe und 2,9 % für die nicht-IVF-Gruppe ($p = 0.85$). Diese Ergebnisse zeigen, dass auch im Langzeit Follow-up das Brustkrebsrisiko bei IVF-Patientinnen nicht erhöht ist (van den Belt-Dusebout A.W. et al.; JAMA 2016; 316:300–312).

m.d.m.

..., dass Tattoos chirurgische und onkologische Konsequenzen in der Therapie des Zervixkarzinoms haben können?

Haut Tätowierungen an Füßen, Beinen und unteren Bauchwand gewinnen zunehmend an Popularität. Dementsprechend hat auch die Zahl der Patientinnen mit Zervixkarzinom und Tätowierung in den letzten zehn Jahren zugenommen. In verschiedenen Arbeiten konnte gezeigt werden,

dass Pigmente der Tattoofarbe in die regionäre Lymphknoten transportiert werden und so möglicherweise Lymphgefäße abdichten können, die auch von Sentinel-Markierungssubstanzen verwendet werden. In einer prospektiven Beobachtungsstudie haben C. Koehler und Mitarb., in einem Kollektiv von 191 Patientinnen mit frühem Zervixkarzinom untersucht, ob bei Patientinnen mit Tattoos an den unteren Extremitäten Tattoofarbe in den Beckenlymphknoten nachgewiesen werden kann. In die Analyse wurden nur Patientinnen eingeschlossen, bei welchen intraoperativ keine Blaumarkierung des Sentinellymphknotens angewendet wurde. Bei 9 von 23 dieser Patientinnen (40 %) konnte mindestens ein verfärbter Beckenlymphknoten (alle ohne maligne Zellen) nachgewiesen werden. Postoperativ entwickelten 3 (33 %) Patientinnen eine infizierte Lymphozele auf der betroffenen Seite und eine Patientin litt postoperativ an rezidivierenden Fieberschüben unklarer Ätiologie. Diese Arbeit zeigt, dass bei Frauen mit Zervixkarzinom und Tattoos im Bereich der unteren Extremitäten die regionären Lymphknoten teilweise oder vollständig durch Tinte durchwandert sein können. Dies muss berücksichtigt werden, vor allem bei Frauen wo ausschließlich eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie durchgeführt werden sollte. Infektiöse Prozesse, wie zum Beispiel infizierte Lymphozelen, scheinen in diesem Kollektiv häufi-

ger vorzukommen (Koehler C. et al.; J. Minim. Invasive Gynecol. 2016; doi: 10.1016/j.jmig.2016.07.016).

m.d.m.

..., dass Endometriome per se nicht mit einer Infertilität vergesellschaftet sind?

Die erhöhte Endometriose-Prävalenz bei subfertile Frauen zeigt, dass eine Endometriose die Fertilität beeinträchtigt. Die Mechanismen die dazu führen sind komplex und noch nicht vollständig geklärt.

In einer Beobachtungsstudie konnte eine Französische Gruppe nachweisen, dass Endometriome per se keinen Grund für eine Infertilität sind. Die prospektiv erhobenen Daten von 870 Patientinnen (darunter 307 Frauen mit Infertilität) mit einer histologisch gesicherten Diagnose einer Endometriose und die zwischen 18 und 42 Jahren alt waren, wurden analysiert. Dabei konnte nachgewiesen werden, dass folgende Faktoren signifikant mit einem erhöhten Risiko einer Endometriose bedingten Infertilität vergesellschaftet waren: Alter > 32 Jahre (Odds Ratio [OR] = 1,9; 95 % Konfidenzintervall [CI]: 1,4–2,4); vorangehende Endometriose-Operation (OR = 1,9; 95 % CI: 1,3–2,2) und peritoneale Endometriose (OR = 3,1; 95 % CI: 1,9–4,9). Im Gegensatz dazu war das Risiko einer Endometriose bedingten Infertilität nach einer vorangehenden Schwan-

gerschaft signifikant erniedrigt (OR = 0,7; 95% CI: 0,6–0,9). Der Nachweis von Endometriomen konnte nicht per se als Risikofaktor für eine Infertilität identifiziert werden. Bei Patientinnen mit Endometriomen und Infertilität waren die Endometriome häufig mit einer tief infiltrierenden Endometriose assoziiert, insbe-

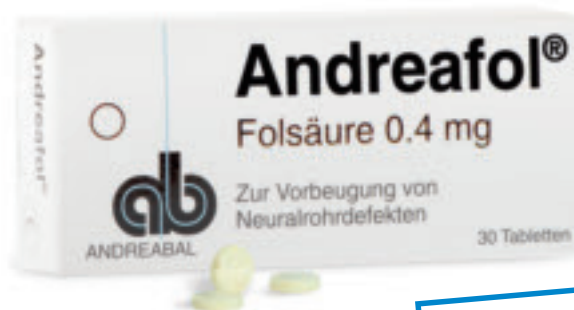
sondere wenn die tief infiltrierende Endometriose auch den Darm befallen hat (Santuli P. et al.: Hum. Reprod. 2016; 31:1765–1775). Auch wenn in dieser Studie Patientinnen mit Infertilität nicht weiter abgeklärt wurden und es somit unmöglich ist, andere Ursachen für die Infertilität auszuschliessen, zeigt

diese Arbeit, dass bevor die Indikation für eine Endometriom-Exzision gestellt wird, die Vor- und Nachteile des Eingriffes gut überlegt werden müssen. Bei einem Endometriomrezidiv ist die Indikation zur Operation selten gegeben.

m.d.m.

Mit Andreafol® beugen Sie Neuralrohrdefekten vor!

Das BAG empfiehlt: «**Folsäure**-Supplementierung von **0.4 mg 4 Wochen präkonzeptionell bis zur 12. SSW**, evtl. ab der 12. SSW Vitamin-Supplementierung.»*



Kassenpflichtig

Z: Folsäure 0.4 mg. **I:** Primärprophylaxe von Neuralrohrdefekten. **D:** 1 Tablette täglich. **KI:** Überempfindlichkeit gegenüber einem Inhaltsstoff. **UW:** Selten allergische Reaktionen, sehr selten gastrointestinale Beschwerden. **IA:** Folsäureantagonisten, Antiepileptika, Kontrazeptiva, Analgetika in Dauertherapie, gleichzeitige Einnahme von Antacida, die Aluminium- oder Magnesiumsalze enthalten, Zink, Colestyramin. **P:** 30 und 90 Tabletten. Liste C. 10/2006.

*BAG Broschüre: Ernährung in Schwangerschaft und Stillzeit. Dezember 2008.

Ausführliche Informationen finden Sie unter www.swissmedicinfo.ch.
Andreabal AG, Binningerstrasse 95, 4123 Allschwil, Tel. 061 271 95 87, Fax 061 271 95 88, www.andreabal.ch