

„Klitorisphimose“ beim Lichen sclerosus

A. T. Goldstein und L. J. Burrows berichten im Am. J. Obstet. Gynecol. (2007; 196:126–127) über Ihre Erfahrungen mit der operativen Korrektur der „Klitorisphimose“ bei Patientinnen mit einem Lichen sclerosus. Eine akzeptierte Indikation zur Operation besteht eigentlich nur bei Verdacht auf intraepitheliale Neoplasien oder frühinvasive Karzinome. Die Therapie der anterioren Labiänsynechie oder auch der sog. Klitorisphimose ist klassischerweise konservativ. Therapie der Wahl ist die lokale Applikation hochpotenter Kortikosteroide. Die Autoren berichten über eine operative Korrektur bei 8 Patientinnen. Die Indikationen waren das wiederholte Auftreten von Pseudozysten (n = 2), sowie eine von den Patientinnen als störend empfundene Abnahme der Klitorisempfindlichkeit (n = 4). Bei zwei weiteren Patientinnen wurde die Operation aus psychologischen Gründen durchgeführt.

Intraoperativ wurde eine Sonde zwischen die Klitoris und das Praeputium eingeführt und zunächst versucht, die Adhäsionen stumpf zu lösen. Zusätzlich wurde durch eine kleine dorsale Inzision im Praeputium die Klitoris freigelegt.

Postoperativ erfolgte eine Behandlung mit Clobetasol-Creme (2 × pro Woche). Die Nachbeobachtungszeit beträgt 12 bis 36 Monate. Sieben der acht operierten Patientinnen waren „sehr zufrieden“ mit dem Ergebnis der Chirurgie. Alle acht Frauen stimmten darin überein, dass sie die operative Korrektur allen gleichfalls betroffenen Frauen empfehlen würden. Vier Frauen gaben an, die Sensibilität der Klitoris sei nach der Operation signifikant besser geworden. Nur in einem Fall kam es zu einem Wiederverkleben; und zwar bei einer Patientin, die die Nachbehandlung mit Cortison-Creme für 3 Monate ausgesetzt hatte.

Kommentar

Die Schrumpfung und Adhäsion im vorderen Vulvabereich insbesondere periklitoridal beim Lichen sclerosus kann relativ häufig beobachtet werden. Der Einsatz

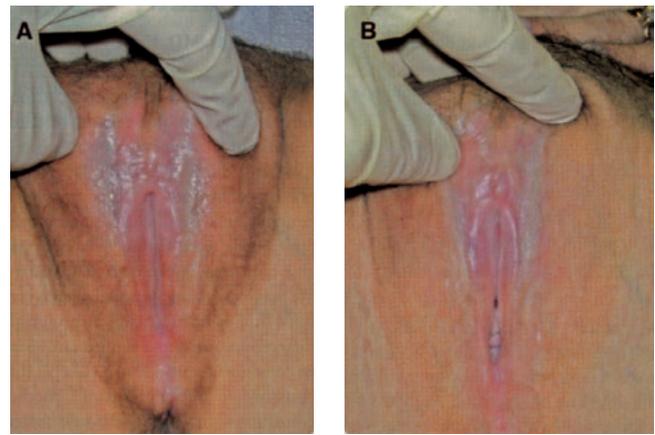


Abb. 1 und 2: prä- und postoperativer Befund (Aus: Am. J. Obstet. Gynecol, 2007;196:126)

testosteronhaltiger Cremes ist meist nicht erfolgreich. Der Versuch, die Verwachsungen stumpf zu lösen ist für die Patientinnen sehr schmerzhaft und der Erfolg meist nur von kurzer Dauer. Bei zusätzlichen Beschwerden (Brennen und Jucken) ist der topische Einsatz von Cortison (z.B. Dermoxin Creme/Salbe) heute das Mittel der Wahl. Die Autoren berichten nun über die Kombination von Operation und lokaler Nachbehandlung. Glaubt man den Ergebnissen wäre dies eine interessante Therapiealternative. Problematisch erscheint mir, dass die meisten Patientinnen von sich aus nicht den Wunsch nach einer Operation äußern. Soll man ihnen diese Operation vorschlagen? Diese Frage kann sicher nicht generell positiv beantwortet werden. Wichtig ist jedoch, mit der Patientin ein ausführliches Gespräch über ihre subjektive Wahrnehmung des Problems zu führen. Unstrittig gibt es Patientinnen, die sehr unter dieser Veränderung des äußeren Genitale leiden. Teilweise entsteht dies durch die veränderte wahrgenommene Anatomie, teilweise auch durch den Verlust der Sensibilität der Klitoris. Im Einzelfall erscheint mir das von den Autoren dieser Untersuchung vorgeschlagene Vorgehen durchaus überlegenswert.

H. Peter Scheidel

Therapie der Zervixgravidität: Minimal-invasiv und sicher.

Die Autoren aus Taiwan berichten über 38 Patientinnen mit Zervixgravidität in einem Zeitrahmen von 10 Jahren (1993–2004). Alle Pat. hatten einen follow up von mindestens einem Jahr (durchschnittlich 4,5 Jahre). Die Charakteristika der Pat. geht aus Tabelle 1 hervor. Anamnestisch war auffällig, dass 23 von 38 Pat. eine Interruptio bei ungewollter Schwangerschaft hatten. Zwei hatten ein liegendes IUD. Alle Patientinnen hatten bei Diagnosestellung eine intakte Zervixgravidität von durchschnittlich 8,8 Wochen (5,4–14!).

Die Diagnose wurde mit folgenden Kriterien erhärtet:

1. Die gesamte Fruchtblase musste innerhalb der Zervix lokalisiert sein
2. Mit oder ohne Embryo mit pos. Herzaktion
3. Distal des Isthmus uteri liegen
4. Leeres Cavum uteri mit nachweisbarem Mittelecho

Differentialdiagnostisch wurde eine regulär abortierte Fruchtblase durch eine Doppler-Untersuchung (Fehlender peritrophoblastischer flow bei abortierter Fruchtblase) ausgeschlossen.

Unter Propofol-Infusionsanästhesie wurde Ultraschall-gesteuert die Fruchtblase punktiert. Bei positiver Herz-

aktion wurden intrakardial oder thorakal 2 ml KCL (2 mEq/ml) injiziert, dann der Fruchtblaseninhalt abgesogen und 50 mg Methotrexat intraamniot appliziert. Nachher wurden die Pat. zweimal wöchentlich ambulant kontrolliert bis zur Normalisierung des β -hCG-Wertes.

Resultate

Bei 22 von 38 Pat. wurde eine positive Herzaktion festgestellt. Bei diesen war der β -HCG Wert mit 39 000 um ein vielfaches höher als bei negativer Herzaktion (9 000). Die KCL Injektion war in jedem Fall vom Sistieren der Herzaktion gefolgt. Der Eingriff dauerte zwischen 3–8 Minuten. Bei 3 Pat. kam es zu einer stärkeren Blutung, bei allen stand diese nach Applikation eines intrazervikal platzierten Dauerkatheters. Diese Pat. wie auch die 2 mit fortgeschrittener Schwangerschaft (11 und 12 Wochen) erhielten eine 50 mg i.m. Methotrexat-Injektion (bei beiden erfolgreich).

Bei allen trat nach Normalisierung des β -hCG's ein spontaner Menstruationszyklus auf. Bei 21 Pat. bestand anschliessend Kinderwunsch. 18 hatten eine Schwangerschaft, 16 eine Schwangerschaft mit lebendem Kind, 2 vorerst einen Frühabort, gefolgt von jeweils einer normalen Schwangerschaft. Es wurden keine Zervixinsuffizienzen beobachtet. (Jeng, Ch-J. et al. Transvaginal Ultra-

Tab. 1. Demographische Charakteristika bei 38 Pat. mit Zervixgravidität

	Mittelwert	Median	Range
Alter (Jahre)	31.5	31.2	22–38
Körpergewicht (kg)	51.8	49.7	45–58
Hämoglobin (g/dl)	10.8	10.6	9.3–13.1
Schwangerschaftsdauer (Wochen)	8.8	7.1	5.4–14
β -hCG (m-IU/ml) bei (+) Herzaktion	38.948	31.667	5.608–103.256
β -hCG (m-IU/ml) bei (-) Herzaktion	8.972	8.785	2.765–18.648
Zeitdauer bis β -hCG < 5mIU/ml (Tage)	38	32	21–68
Zeitdauer bis zur Involution der Fruchtblase (Tage)	49	43	32–91

sound-Guided Treatment of Cervical Pregnancy. Obstet.Gynecol. 2007; 109:10076–82)

Kommentar

Eine Zervixgravidität ist eine relativ seltene (Häufigkeitsangaben zwischen 1:1000 bis 1:18000 Schwangerschaften), früher gefürchtete lebensbedrohliche Komplikation, welche nicht selten wegen katastrophaler Blutung mit einer Hysterektomie endete. Die Ätiologie ist unbekannt, wobei bei dieser Serie relativ häufig Interruptiones vorangegangen waren.

*Der Schlüssel zur Entdramatisierung liegt heute in einer **frühen Diagnose**.*

Deshalb sollte man sich die Diagnosekriterien (siehe oben) vor Augen halten und bei einem Frühschwangerschaftsultraschall immer auch die Zervix darstellen.

Unser eigenes Vorgehen entspricht genau dem in dieser Serie berichteten.

In dieser Zeitschrift haben wir über zwei unserer Fälle berichtet (FHA 1995; 2:34–37). Entscheidend war der Fetozid durch die KCL Injektion, da bei intaktem Embryo-Fetus es fast unmöglich ist, durch Methotrexat allein die Schwangerschaft zu beenden. Im Gegensatz zur Tubar-Gravidität, wo der Trophoblast oft gestört ist (niedrige β -hCG-Werte) ist dieser bei der Zervixgravidität fast immer sehr vital. Die lokale Therapie ist wegen ihrer guten Zugänglichkeit (wir benützen das IVF-Punktionsset) und der dadurch sehr hohen lokalen Anreicherung des Methotrexats fast immer nach einer Injektion erfolgreich. Eine postoperative Curettage war in dieser Serie bei 35 von 38 Pat. bei unseren zwei Fällen nicht nötig.

Was tun, wenn es im Rahmen der Punktion oder nachher stark vaginal blutet? Wir empfehlen ein vorsichtiges Absaugen des intrazervikalen Inhalts, gefolgt von einer intrazervikalen Applikation eines Urinkatheter, dessen Ballon voll entfaltet wird (Kompression) während ein paar Tagen. Sollte dies nicht genügen (in dieser Serie nicht beobachtet) wäre unser nächster Schritt eine Embolisierung der uterinen Arterien.

Michael K. Hohl

Growing Teratoma Syndrome

1977 wurde von Di Saia und Kollegen erstmals das Auftreten von adulten Teratomen nach Chemotherapie eines malignen Keimzelltumors in einem gynäkologischen Patientengut beschrieben (Obstet. Gynecol. 1977;49:346–50). 5 Jahre später erkannten Logothetis und Mitarbeiter bei männlichen Patienten nach einer Chemotherapiebehandlung von non-seminomatösen Keimzelltumoren die dahinterliegende Systematik und ordneten diese Problem als sogenanntes „Growing Teratoma Syndrome“ (GTS) ein. Drei Bedingungen müssen für die Diagnose eines GTS erfüllt sein: Der Nachweis von neuauftretenden Tumoren nach erfolgreicher Chemotherapie; kein Ansteigen der initial erhöhten Tumormarkern AFP oder Beta-HCG allein oder in Kombination; der histologische Nachweis ausschliesslich von adultem Teratom im exzidierten Tumor. Obwohl man dieses Phänomen jetzt also seit 30 Jahren kennt, sind systematische Daten im gynäkologischen Schrifttum rar. In sofern ist eine kürzlich erschienene Publikation, welche sich retrospektiv mit GTS bei insgesamt 103 Patientinnen befasst, welche über einen Zeitraum von 22 Jahren wegen eines reinen oder gemischten unreifen Teratoms des Ovars behandelt worden waren, durchaus von Bedeutung (Obstet. Gynecol. 2006;108: 509–514). In diesem Patientengut betrug die Inzidenz des GTS 12 %. Das mittlere Intervall bis zu seiner Diagnose war 9 Monate (4–55 Monate), es wurde überwiegend durch bildgebende Verfahren diagnostiziert (75 %). Bis auf einen Fall fand sich die Tumormasse im Bereich der primären Tumorlokalisation, in 10 Fällen also auch intraperitoneal. In 8 von 12 Fällen gelang es, den Tumor komplett zu reseziieren. Bei einer mittleren Beobachtungszeit von 144 Monaten zeigte sich bei 4 Patientinnen ein Rezidiv des GTS, in einem Fall nach 5 Jahren, in einem weiteren nach 14 Jahren. Alle Patientinnen mit einem GTS lebten bei Abschluss der Studie.

Kommentar

Non-seminomatöse Keinzelltumoren des Ovars sind entweder reif und benigne oder unreif und damit eine bösartige Erkrankung. Letztere sind sehr selten, ihr Anteil beträgt weniger als 1 % aller Ovarialteratome. Histologisch zeigen maligne Teratome unreife Anteile, die von allen drei Keimblättern ausgehen können. Zusätzlich können sich auch noch embryonale Strukturen finden. Desweiteren gibt es Mischungen aus reifen und unreifen Teratomanteilen. Der chirurgische Ansatz bei den unreifen Teratomen zielt darauf ab, den Tumor möglichst radikal zu entfernen. Wegen der hohen Chemosensitivität der unreifen Teratome ist eine nachfolgende Chemotherapie, wenn notwendig, die Therapie der Wahl. Die Ergebnisse dieser Studie sind durchaus von Interesse.

Kernaussagen

- Growing Teratoma Syndrom (GTS) ist das Auftreten eines reifen Teratom nach erfolgreicher Chemotherapie ohne Nachweis von erhöhten Tumormarkern.
- In der Nachsorge von malignen Keinzelltumoren muss etwa in 12 % mit einem GTS gerechnet werden.
- Diese bilden sich meistens kurz nach Abschluss einer erfolgreichen Chemotherapie aber auch Jahre später.
- Ein GTS kann entweder zu mechanischen Komplikationen in seiner Nachbarschaft führen oder aber sekundär maligne entarten.
- Langzeitüberwachung von Patientin mit einem malignen Keinzelltumor mittels bildgebender Diagnostik ist notwendig.

Obwohl das GTS ja ein benigner Tumor ist, kann es zwei klinische Probleme auslösen:

1. Je nach Lokalisation, Alterationen von Nachbarorganen (z.B. Gefäßkompression, Ileus)
2. Sekundäre maligne Transformation mit der in etwa 3 % zu rechnen ist. (Eur J Cancer 2000;36:1389–1394)

Diese Studie zeigt auch, dass GTS bei Keinzelltumoren des Ovars mit 12 % deutlich häufiger vorkommt, als es im vergleichbaren Fall bei den Hodenteratomen beschrieben wird (etwa 3 %).

Die Pathogenese des GTS ist bis heute nicht abschließend geklärt. Zwei verschiedene Mechanismen werden diskutiert: Die Chemotherapie löst eine Differenzierung von unreifen Keimzellen in reife aus, oder aber, dass die reifen Teratomanteile im Primärtumor durch die Chemotherapie nicht destruiert werden und dann einen sekundären Wachstumsschub erhalten. Diese Hypothese wird dadurch unterstützt, dass in der hier präsentierten Studie $\frac{3}{4}$ der GTS-Fälle bei gemischten Teratomen auftraten. Darüber hinaus gibt es auch chromosomale Hinweise für diesen Zusammenhang (Cancer Res 1989;49:672–676).

Die Prognose des GTS ist nicht einheitlich. Einerseits traten 2 von 4 Rezidive bei den Frauen auf, bei denen der ursprüngliche Tumor nicht komplett entfernt werden konnte, andererseits zeigte sich bei einer Patientin mit inkomplett operiertem GTS (R2 Resektion), ohne weitere Behandlung auch nach 9 Jahren kein relevantes Rezidiv. Immer fanden sich die Rezidive des GTS an der ursprünglichen Lokalisation. Ebenfalls bemerkenswert ist die Tatsache, dass das GTS zwar auch sehr spät auftreten kann, in einem Fall nach mehr als 4 Jahren, in der Regel aber mehr oder weniger unmittelbar nach Abschluss der Chemotherapie. Da in 75 % der Fälle die Diagnose mit bildgebenden Verfahren gestellt wurde, ist die Nachsorge nach malignen Keinzelltumoren immer und vor allem auf lange Sicht in dieser Form notwendig.

PS: Sollten Sie als Leser/in, mit dem Begriff GTS erstmals in diesem Artikel in Berührung gekommen sein, so befinden Sie sich in guter Gesellschaft: In den „Aktuellen Empfehlungen der Arbeitsgesellschaft gynäkologische Onkologie: State of the Art 2006“ findet das GTS keine Erwähnung (Zuckschwerdt Verlag 2006).

Bernhard Schüssler