

Modul 5.2

Teil : Gynäkologie und Geburtshilfe
Prof. Dr. med. Emons

Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Georg-August-Universität Göttingen

- Vulvakarzinom
- Senkungen des Genitale, Inkontinenz
- Hormontherapie im Klimakterium und in der Postmenopause
- Myome des Uterus
- Endometriose

Skript zur Vorlesung VII
(nur für den eigenen Gebrauch
Prof.Dr.Emons 2005)

Tabelle 111. Stadieneinteilung des Vulvakarzinoms (FIGO) mit den entsprechenden Gruppierungen des TNM-Systems (Kurzfassung). (Aus TNM-Klassifikation maligner Tumoren 1987)

TNM	Vulva	FIGO
Tis	VIN III/Ca in situ	0
T1	≤ 2 cm	I
T2	> 2 cm	II
T3	Urethra/ Vagina/Perineum/Anus	III
T4	Blasenschleimhaut/Schleimhaut obere Urethra/Rektumschleimhaut/ Beckenknochen	IV
N1	Palpabel, nicht vergrößert, beweglich, kein klinischer Tumorverdacht	I oder II
N2	Palpabel, in einer Leiste, vergrößert, derb, beweglich, klinisch Tumorverdacht	III
N3	Fixiert oder ulzeriert	IV
M1a	Palpable tiefe Beckenlymphknoten	IV
M1b	Andere Fernmetastasen	IV

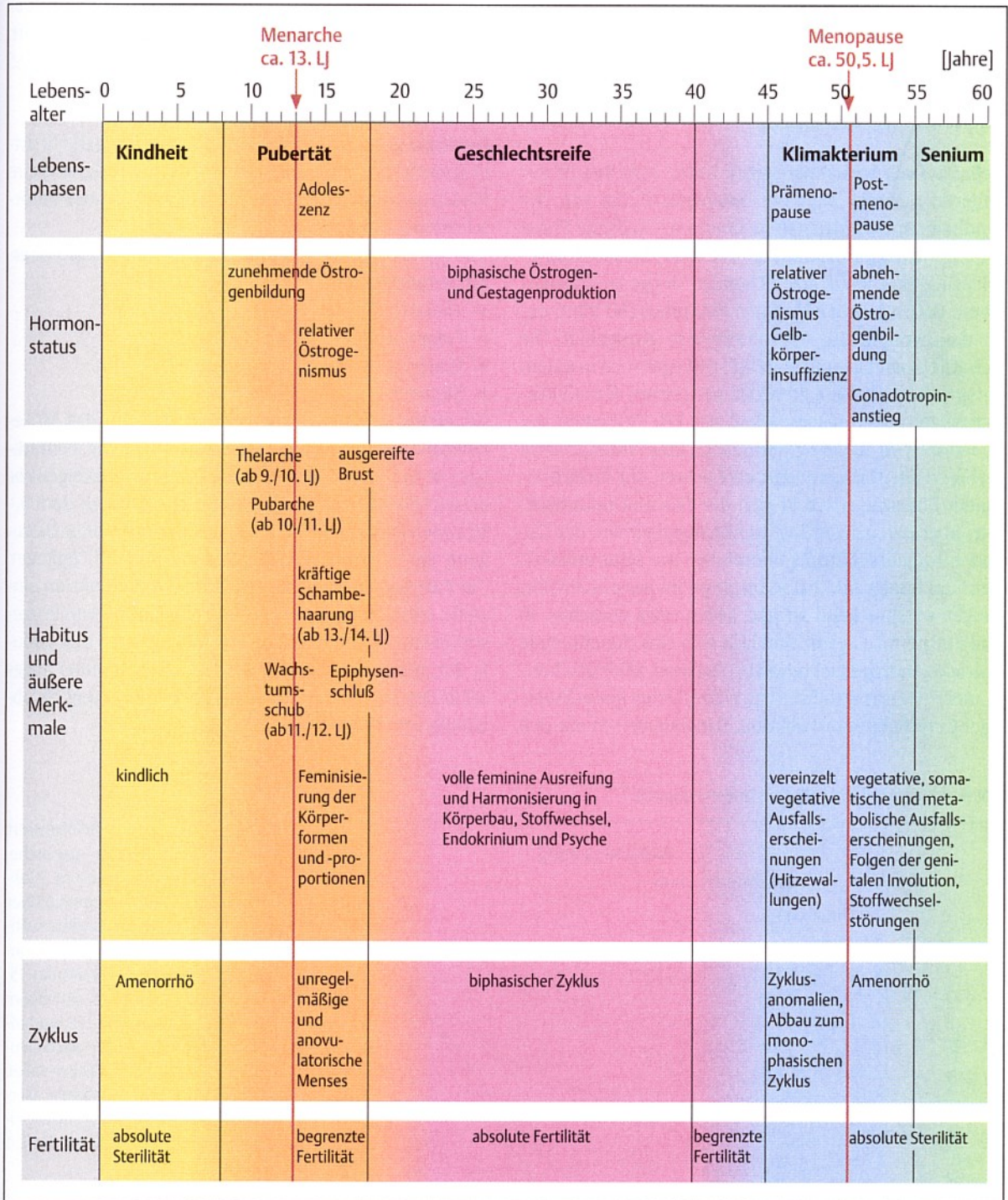
Operative Therapie des Vulvakarzinoms :

- partielle Vulvektomie
- radikale Vulvektomie
- inguinofemorale Lymphnodektomie
- pelvine Lymphnodektomie

Senkung des Genitale :

- Zystocele
- Rectocele
- Descensus uteri
- Partialprolaps
- Totalprolaps
- Enterocele

+ Prinzipien des operativen Therapie



Konjugierte equine Östrogene seit den sechziger Jahren im großen Stil eingesetzt zur Behandlung des klimakterischen Syndroms

später zusätzlich zur:

- Prophylaxe Herz-Kreislaufkrankungen
- Prophylaxe Osteoporose

Deborah Grady, Susan M. Rubin, Diana B. Petitti, Carys Fox, Dennis Black, Bruce Ettinger, Virginia L. Ernster, Steven R. Cummings

Hormone Therapy to Prevent Diseases and Prolong Life in Postmenopausal Women

Ann Intern Med 1992, 117: 1016 - 1037

Table H. Net Change in Life Expectancy for a 50-Year-Old White Woman Treated with Long-Term Hormone Replacement

Variable	Life Expectancy	Net Change in Life Expectancy		
		Estrogen	E+P*	E+P†
		← y →		
White woman, 50 years old				
No risk factors	82.8	+0.9	+1.0	+0.1
With hysterectomy	82.8	+1.1		
With history of coronary heart disease	76.0	+2.1	+2.2	+0.9
At risk for coronary heart disease	79.6	+1.5	+1.6	+0.6
At risk for breast cancer	82.3	+0.7	+0.8	-0.5
At risk for hip fracture	82.4	+1.0	+1.1	+0.2

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, Lancet 1997, 350: 1047 – 53

5 Jahre HRT: RR für Diagnose Mamma Ca: 1,35
(CI: 1,21 – 1,49)

This increase is comparable with the effect on breast cancer of delaying menopause.

Cancers diagnosed in women who had ever used HRT tended to be less advanced clinically than those diagnosed in never-users.

Hormonersatztherapie: Nutzen – Risiko (Stand 1999)

10-jährige Behandlung von 1000 Frauen

- 6 zusätzliche Brustkrebsfälle (relativ gutartig)
- 1 zusätzliche Lungenembolie

verhindert werden:

- 7 Schenkelhalsbrüche
- 60 Herzinfarke

Ergebnis: Rückgang der Todesfälle durch Herzinfarkte um 30 Fälle,
deutliche Steigerung der Lebensqualität.

Vorgehen: Individuelle Entscheidung der Frau nach umfassender Beratung.

Relativierung der HRT I

- keine Sekundärprävention CVD (HERS)
- keine Primärprävention CVD? (WHI)
Grimes AD, Lobo RA (2002) Obstet Gynecol 100: 1344-1353:
"Observational studies of HRT have found consistent powerful protection against heart disease; this now appears due to consistent powerful selection biases."
- keine Prävention Schlaganfall (WHI)
- keine Prävention von Demenzerkrankungen (WHI)
- keine Verbesserung kognitiver Funktionen (WHI)

Relativierung HRT II

es verbleiben:

- Kontrolle klimakterischer Beschwerden (Clonidin, SSRI)
- Prävention/Therapie Osteoporose (Calcium, Vit-D, Bisphosphonate, TAM, Raloxifen?)
- urogenitale Atrophie (inerte Gleitgele, lokale Östrogene)

Anti-Aging Methoden mit gesicherter Wirkung

- Diät, nicht rauchen, moderater Alkoholkonsum
- Bewegung
- ggf. Antihypertensiva, ASS, Statine, Bisphosphonate

Empfehlungen Konsensus Panel

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

*MW Beckmann, W, Braendle, C Brucker, M Dören, G Emons, F Geithövel,
L Kiesel, K König, I Naß-Griegoleit, O Ortman (federführend), T Rabe, E Windler*

Frauenarzt 2003, 44 (2): 138 - 141

- HT nur bei zugelassener Indikation (Wechseljahresbeschwerden, Osteoporose)
- Nur nach individueller Nutzen-Risiko-Abwägung; jährliche Überprüfung der Indikation
- Östrogendosis so niedrig wie möglich
- HT zur Prophylaxe und Therapie der Osteoporose und osteoporose-bedingte Frakturen geeignet. Dazu Langzeitanwendung erforderlich mit potenziellem Risiko
- HT nicht zur Primär- bzw. Sekundärprävention der KHK in des Schlaganfalls geeignet

Vorgehen UFK Göttingen

- Bei klimakterischen Blutungsstörungen nach histologischer Abklärung zyklische Gestagen- oder zyklische Estrogen-/Gestagensubstitution mit raschem Ausschleichen (wenn keine Kontraindikationen gegen HRT)
- Bei ausgeprägten klimakterischen Beschwerden kontinuierlich kombinierte HRT (bei vorhandenem Uterus) oder reines Östrogen (Zustand nach HE) in niedrigster Dosis mit raschem Ausschleichen (wenn keine Kontraindikation)
- großzügig Kalzium und Vitamin D
- Wenn Osteoporose und keine Kontraindikationen primär Raloxifen, sonst Bisphosphonate

Uterusmyome :

- subserös
- intramural
- submukös
- intrakavitär
- intraligamentär

+ Probleme durch Myome in der Schwangerschaft

≡ B-6.1 Häufigkeit der Endometriose

- | | |
|---|---------|
| ▪ bei gynäkologischen Laparotomien | 1–50 % |
| ▪ bei gynäkologischen Laparoskopien | 5–53 % |
| ▪ bei infertilen Frauen | 15–24 % |
| ▪ bei unerklärbarer Sterilität | 40–70 % |
| ▪ bei laparoskopischer Tubensterilisation | 2–10 % |

(Die wirkliche Häufigkeit in der weiblichen Bevölkerung ist unbekannt.)

≡ B-6.2 Symptome der Endometriose

<i>Symptome</i>	<i>Häufigkeit</i>
▪ sekundäre Dysmenorrhö	50–60 %
▪ Dyspareunie	
▪ zyklische Unterbauchschmerzen	30–40 %
▪ Dysurie	2– 5 %
▪ zyklische Hämaturie/blutige Defäkation	<1 %
▪ prämenstruelle Schmierblutungen und Hypermenorrhö	5–15 %
▪ Sterilität	30–50 %
▪ Defäkationsbeschwerden	1– 5 %



Lokalisation	Häufigkeit
innere Genitalien	
▪ Ovarien	50 %
▪ Sakrouterinligamente und Douglasperitoneum	60 %
▪ Tuben (v. a. Isthmus tubae)	10 %
benachbarte Organe	
▪ Blase	15 %
▪ Darm (isolierter Befall)	ca. 8 %

Therapie der Endometriose :

- operativ
- gestagenbetontes orales Kontrazeptivum
- Gestagene
- GnRH- Analoga

Tabelle 1

Medikamentöse Behandlung der Endometriose:

Endokrine Wirkungen der wichtigsten hormonellen Behandlungsprinzipien

	Gonadotropinsekretion	Ovarielle Funktion	Endometrium	Andere Wirkungen
Östrogen-Gestagen-Kombinationen	Suppression	Suppression	deziduale Reaktion	typische Östrogen- und Gestagenwirkungen
Gestagene	unterschiedliche Suppression	Suppression	deziduale Reaktion	typische Gestagenwirkungen
Danazol	Suppression	Suppression	Atrophie, proliferativer Arrest	androgene, anabole und immunologische Wirkungen
GnRH-Agonisten	kurze Stimulation, dann komplette Suppression	Stimulation, dann Suppression	Atrophie	klimakterische Symptome