

# Leserbrief

## Myomembolisation

Leserbrief zu: Willi H. Fellmann-Fischer B. Myome.  
Swiss Med Forum. 2018;18(24):503–8.

Vielen Dank für die Übersichtsarbeit zum Thema «Myome» [1]. Bezüglich der minimal-invasiven transarteriellen Myomembolisation möchten wir noch nachfolgende Anmerkungen und Präzisierungen anbringen.

Die Myomembolisation wurde schon vor über zehn Jahren unter anderem vom «American College of Gynecology and Obstetrics» mit der höchsten Evidenzstufe (A) als wirksam anerkannt. Die Bewertung der Myomembolisation als wirksame Methode wird seit Langem auch für den deutschsprachigen Bereich (Deutschland-Österreich-Schweiz) im Rahmen des radiologisch-gynäkologischen Expertentreffens bestätigt, zuletzt 2017 [2]. Die genannten Erkenntnisse basieren darauf, dass weltweit bereits Hunderttausende von Frauen mit dieser etablierten Standardtherapie erfolgreich behandelt wurden.

Die klinischen Erfolge der minimalinvasiven Embolisation sind sehr gut. Sowohl Blutungssymptome (z.B. Menorrhagie, Metrorrhagie) als auch assoziierte Beschwerden (z.B. Schmerzen) und Massensymptome (Harndrang, Obstipation etc.) bessern in über 80% der Fälle. Der sehr gute klinische Erfolg kann unabhängig von Grösse und Anzahl der Myome beobachtet werden, das heisst, es können auch zahlreiche und/oder grosse Myome behandelt werden. Bei bestehendem Kinderwunsch sollten vor einer Embolisation andere organerhaltende Optionen (z.B. Myomektomie) ohne Zweifel geprüft werden. Bezüglich Myomembolisation und folgender Schwangerschaft konnte jedoch zum Beispiel in einer Studie mit 359 eingeschlossenen Patientinnen gezeigt werden, dass nach einer Myomembolisation 149 Frauen schwanger wurden, wovon 131 (hiervon 112 Nullipara) das Kind zur Welt brachten [3].

Das oben bereits genannte 6. deutschsprachige Konsensus-Expertentreffen hält ferner fest, dass die Myomembolisation zusammen mit dem interventionellen Radiologen geprüft worden sein sollte, bevor bei einer Patientin mit nicht abgeschlossener Familienplanung die Hysterektomie in Erwägung gezogen wird. Für die Durchführung der Myomembolisation ist keine obligatorische Sedation erforderlich, diese kann unter örtlicher Betäubung stattfinden. Die postinterventionell zu erwartenden Ischämieschmerzen sind gut zu beherrschen. In erfahrenen Zentren erfolgt peri- und postinterventionell eine adäquate

schmerztherapeutische Begleitung (z.B. PCA, PDA oder hypogastrischer Block). Entsprechend findet der Eingriff in der Regel stationär statt, die Entlassung kann meist, nach Umstellung auf orale Analgetika, innert 2–4 Tagen erfolgen. Die Rückkehr zur normalen Aktivität und in das Berufsleben ist in der Regel sehr rasch möglich, was für viele Frauen eine grosse Entlastung bedeutet.

Im Gegensatz zu anderen operativen Verfahren (z.B. Hysterektomie) wurden langfristige, die Patientinnen stark belastende Probleme wie Beckenbodensenkung, Inkontinenz, Prolaps etc. für die Myomembolisation nicht beschrieben.

Es muss leider auch heute noch festgestellt werden, dass sehr viele Schweizer Frauen unzureichend über die minimalinvasive Myomembolisation als Standardtherapie informiert sind. Im Sinne eines informierten Therapieentscheidens ist die interdisziplinäre Besprechung und Information mit Beteiligung von Gynäkologie und interventioneller Radiologie sinnvoll und anzustreben. Im Sinne der transparenten Patientinneninformation sind Beiträge, wie zum Beispiel in der Sendung PULS des SRF vom 18.06.2018 zum Thema «Myome: Veröden statt operieren» [4], sehr zu befürworten.

Prof. Dr. med. Hanno Hoppe, EBIR FCIRSE,  
PD Dr. med. Sebastian Kos, EBIR FCIRSE,  
SwissIntervention,  
Zentrum für Mikrotherapie  
Bern und Luzern  
[www.swissintervention.ch](http://www.swissintervention.ch)

## Literatur

- 1 Fellmann-Fischer B. Myome. Swiss Med Forum. 2018;18(24):503–8.
- 2 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. 2017. <https://www.dggg.de/leitlinien-stellungnahmen/stellungnahmen/stellungnahme-uterusarterienembolisation-uae-zur-myombe-handlung-605/>
- 3 Pisco JM, Duarte M, Bilhim T, Branco J, Cirurgião F, Forjaz M, et al. Spontaneous Pregnancy with a Live Birth after Conventional and Partial Uterine Fibroid Embolization. Radiology. 2017 Oct;285(1):302–10.
- 4 <https://www.srf.ch/sendungen/puls/myome-zu-viele-gebaermuetter-werden-ohne-not-entfernt>

## Replik

Vielen Dank für Ihren Leserbrief [1]. Gerne möchten wir Sie dabei unterstützen, die Bedeutung der interventionellen Radiologie hervorzuheben. In der Gynäkologie und besonders in der Geburtshilfe spielt diese mitt-

lerweile eine entscheidende Rolle. Dank ihrer kann bei postpartalen Atonien, Plazentationsstörungen oder intrauterinen Aneurysmen häufig die Gebärmutter erhalten respektive der intraoperative Blutverlust minimiert werden. Für die ständige Erreichbarkeit und die gute Zusammenarbeit mit der interventionellen Radiologie im Hause sind wir sehr dankbar.

Bevor wir auf die einzelnen Anmerkungen ihres Leserbriefes eingehen, möchten wir kurz auf den von Ihnen mehrfach verwendeten Begriff «Standardtherapie» eingehen. Die Definition der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) lautet: «Medizinische Behandlung, die sich auf aktuell gültige, fachliche Empfehlungen stützt oder – beim Fehlen solcher Empfehlungen – der allgemein geübten Praxis anerkannter ExpertInnen entspricht» [2]. Dieser Begriffsinterpretation in Zusammenhang mit der Myomembolisation können wir zustimmen. Der Begriff ist aber nicht zu verwechseln mit «primär anzuwendender Therapie» oder «Goldstandard».

Mit Sicherheit ist die Myomembolisation wirksam und wir stimmen zu, dass zum informierten Therapieentscheid bezüglich Myombehandlung die Optionen medikamentöse Therapie, minimalinvasive Chirurgie und interventionell radiologische Therapie (Embolisation, fokussierter Ultraschall) gehören. Wie in unserem Artikel erwähnt, bietet damit auch die Myomembolisation für manche Frau eine Alternative. Die Vor- und Nachteile dieser Option sollten hierbei aber immer individuell beurteilt werden. Es muss der jeweiligen Patientin überlassen werden, inwieweit diese eine alleinige Besserung bei Blutungssyndromen und Massensymptomen als einen, wie von Ihnen beschriebenen, «sehr guten klinischen Erfolg» wertet. Die restlichen 20% brauchen eine erneute Behandlung (Hysterektomie, Myomektomie, zweite Embolisation) [3].

Bei Frauen mit offener Familienplanung sollte keine Myomembolisation durchgeführt werden. In einer randomisierten Studie mit 21 Frauen und einem Follow-up von 25 Monaten hatten 19% nach Embolisation und 48% nach Myomektomie eine Lebendgeburt [4]. Hauptproblem ist wahrscheinlich weniger, dass die Embolisation Einfluss auf die Ovarialfunktion hat, sondern vielmehr, dass die Embolisation zur Endometriumatrophie führen kann. Dieser Effekt ist bisher wenig in der Literatur beschrieben, erklärt aber auch die guten Ergebnisse der Embolisation bezüglich Reduktion der Blutungen.

Bei einem minimalinvasiven Eingriff (Myomektomie, Hysterektomie) treten bei uns die Pa-

tientinnen am Tag der Operation ein und werden nach zwei Tagen nach Hause entlassen. Handelt es sich um eine Hysteroskopie (submuköse Myomektomie, Endometriumresektion), ist der Aufenthalt noch kürzer. Die Rückkehr zur normalen Aktivität und in das Berufsleben ist sehr rasch möglich.

Die von ihnen erwähnte Beckenbodeninsuffizienz nach Hysterektomie hängt wahrscheinlich weniger mit der Hysterektomie selbst, als vielmehr mit der bereits vorbestehenden Beckenbodenschwäche und der Operationstechnik zusammen [5]. Wir gehen davon aus, dass die Hysterektomie das Risiko einer Beckenbodeninsuffizienz nur unwesentlich erhöht [4].

Aus folgenden Gründen würden wir die von Ihnen genannt SRF-Sendung vom 18.06.2018 [6] nicht als transparente Patientinneninformation bezeichnen: Es wird von 10% erneut wachsenden Myomen gesprochen, und nicht von 20% erneuten Interventionen in zwei Jahren [3]. Die teilweise erheblich belastende Ausflusssymptomatik nach Myomembolisation

wird genauso wenig erwähnt wie die mögliche Endometriumatrophie und deren Einfluss auf eine zukünftige Schwangerschaft. Während Herr Dr. Hess (Gynäkologe) schätzt, dass 30% der Myomoperation durch die Embolisation ersetzt werden können, spricht der Radiologe Prof. Dr. Pfammatter von  $\frac{2}{3}$  der Fälle. Nur letztere Schätzung wird im Artikel zum Thema übernommen. Auch wird suggeriert, dass allein mit der Bildgebung das gutartige Myom sicher vom bösartigen Sarkom unterschieden werden kann. Dies ist leider häufig nicht der Fall, hier kann dann nur die Histologie Aufschluss über die Dignität geben. Zusätzlich erweckt die Sendung den Eindruck, dass die Gynäkologinnen und Gynäkologen nicht zu einer Kooperation mit der interventionellen Radiologie bereit wären, und zwar aus Unwissenheit und aus Geldgier. Diesen Eindruck haben wir persönlich nicht.

*Dr. med. Bernhard Fellmann-Fischer,  
Universitätsklinik Basel*

#### Literatur

- 1 Hoppe H, Kos S. Myomembolisation. Swiss Med Forum. 2018;18(45):933.
- 2 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Abgrenzung von Standardtherapie und experimenteller Therapie im Einzelfall (2014, adaptiert 2015). [https://www.samw.ch/dam/jcr:c2e8543e-78d6-4714-8098-97553e6e1cb6/richtlinien\\_samw\\_standardtherapie.pdf](https://www.samw.ch/dam/jcr:c2e8543e-78d6-4714-8098-97553e6e1cb6/richtlinien_samw_standardtherapie.pdf).
- 3 Gupta JK, Sinha A, Lumsden MA, Hickey M. Uterine artery embolization for symptomatic uterine fibroids. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(12):CD005073.
- 4 National Institute for Health and Clinical Excellence. Uterine artery embolization for fibroids. NICE. 2010.
- 5 Mant J, et al. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association Study. Br J Obstet Gynaecol. 1997 May;104(5):579.
- 6 <https://www.srf.ch/sendungen/puls/myome-zu-viele-gebaermuetter-werden-ohne-not-entfernt>