

Uterusarterienembolisation (UAE) zur Myombehandlung

1. Strukturelle Voraussetzungen und Qualitätssicherung in der Durchführung der Uterusarterienembolisation
2. Vor einer Uterusarterienembolisation notwendige Untersuchungen
3. Indikationen für eine Uterusarterienembolisation
4. Kontraindikationen für eine Uterusarterienembolisation
5. Uterusarterienembolisation bei Patientinnen mit Kinderwunsch
6. Myomeigenschaften, die für eine UAE als limitierend angesehen werden
7. Uterusarterienembolisation in der Postmenopause
8. Verhalten bei verstärktem vaginalen Ausfluss bzw. Abgang von Myommaterial nach UAE
9. Erfolgskriterien für die UAE
10. Nachuntersuchungen nach UAE

Glossar

In den letzten Jahren hat sich ausgehend von Frankreich und den USA mit der Uterusarterienembolisation (UAE) auch in Deutschland ein Behandlungsverfahren bei Patientinnen mit myombedingten Beschwerden etabliert, das neue Möglichkeiten bei der Therapieindividualisierung beim Uterus myomatosus eröffnet. Nach dem derzeitigen Stand der Literatur stellt die Uterusarterienembolisation eine Alternative zur chirurgischen Therapie des symptomatischen Uterus myomatosus dar. In Deutschland wird das Verfahren derzeit nur von wenigen Kliniken angeboten. Möglichkeiten und Grenzen des Verfahrens sind in der gynäkologischen und radiologischen Fachöffentlichkeit nur unzureichend bekannt. Am 16. Oktober 2005 traf sich an der Berliner Charité/Campus Virchow-Klinikum eine aus Radiologen und Gynäkologen zusammengesetzte Expertengruppe, die in Auswertung vorhandener Literatur, international publizierter Empfehlungen und eigener Erfahrungen die nachfolgenden zehn Punkte nach Diskussion im Konsens verabschiedet hat.

Das Papier spiegelt den derzeitigen Wissensstand wider, in ca. einem Jahr ist eine Aktualisierung dieser Empfehlungen vorgesehen.

Das Konsensuspapier wird von den 25 am Ende der Arbeit aufgeführten 13 Gynäkologen und 12 Radiologen getragen. Bei einigen Punkten gab es bei der Abstimmung abweichende Voten.

1. Strukturelle Voraussetzungen und Qualitätssicherung in der Durchführung der Uterusarterienembolisation

Die Uterusarterienembolisation sollte nur an Kliniken durchgeführt werden, die seitens der Gynäkologie und Radiologie über die nötige Expertise in der Durchführung der Uterusarterienembolisation, einer adäquaten Schmerztherapie nach dem Eingriff und im Management von Nebenwirkungen und Komplikationen verfügen. Therapieentscheidungen sollten in fachärztlich-gynäkologischen und fachärztlich-radiologischen Konsens unter Abwägung und in Kenntnis aller vorhandenen Therapieoptionen und unter Berücksichtigung des Patientinnenwunsches getroffen werden. Vor Etablierung eines Programms für Uterusarterienembolisation wird eine theoretische und praktische Unterweisung an einem Zentrum mit weitreichender Erfahrung in der Durchführung der Uterusarterienembolisation sowie die Teilnahme an einem Kursus über Theorie und Praxis der Uterusarterienembolisation empfohlen. Die klinischen Daten und die bildgebenden Befunde der Intervention sollten in einem zentralen nationalen oder internationalen Register (AGIR/CIRSE) dokumentiert werden. Neben der gesetzmäßig vorgeschriebenen Dokumentation sollten zur Qualitätssicherung ferner die ermittelten Kennzahlen zur Strahlenexposition (Flächendosisprodukt, Durchleuchtungszeit) vierteljährlich unter Berücksichtigung der in der Literatur genannten Durchschnittswerte für die Uterusarterienembolisation geprüft werden.

2. Vor einer Uterusarterienembolisation notwendige Untersuchungen

Basis der Therapiefestlegung ist die fachärztlich-gynäkologische Untersuchung inklusive vaginalem und/oder abdominalem Ultraschall (in Abhängigkeit von der Größe des Uterus myomatosus). Ein Malignom als mögliche Ursache einer Blutungsstörung sollte - ggfs. mittels Hysteroskopie und fraktionierter Abrasio - ausgeschlossen werden. Es sollte ein nicht länger als 6 Monate zurückliegender unauffälliger zytologischer Abstrich von der Cervix uteri vorliegen.

Aus radiologischer Sicht ist mindestens ein bildgebendes Verfahren (Ultraschall oder MRT) vor einer Uterusarterienembolisation notwendig, nur in speziellen Fällen ist eine MRT unabdingbar. Neben einem Schwangerschaftstest sollten an Laborwerten vorliegen: Kreatinin, Gerinnungsstatus, Schilddrüsenwerte und Blutbild. Anamnestisch und klinisch sollte eine floride Entzündung ausgeschlossen werden.

3. Indikationen für eine Uterusarterienembolisation

Indikation für eine Uterusarterienembolisation ist ein symptomatischer Uterus myomatosus. Die Uterusarterienembolisation stellt als Alternative zum operativen Vorgehen auch eine Option bei multiplen Myomen, großen Myomen, Patientinnen mit eingeschränkter Operabilität und Patientinnen mit mehrfachen Voroperationen im Bauchraum dar.

4. Kontraindikationen für eine Uterusarterienembolisation

4.1. Absolute Kontraindikationen sind:

- bestehende Schwangerschaft
- floride Infektion
- malignitätsverdächtige Prozesse

4.2. Relative Kontraindikationen sind:

- Kinderwunsch
- Niereninsuffizienz
- Kontrastmittelunverträglichkeit
- manifeste Hyperthyreose
- GnRH-Vorbehandlung in den vorausgegangenen drei Monaten

5. Uterusarterienembolisation bei Patientinnen mit Kinderwunsch

Die Uterusarterienembolisation ist keine Methode im Rahmen der Kinderwunschbehandlung. Bevor bei einer Patientin mit nicht abgeschlossener Familienplanung eine Hysterektomie in Erwägung gezogen wird, sollte die Möglichkeit einer Uterusarterienembolisation geprüft werden.

6. Myomeigenschaften, die für eine UAE als limitierend angesehen werden

6.1 Myomlage:

Derzeit gelten als limitierend für die UAE subserös gestielte Myome und submuköse Myome Typ 0 und 1 nach ESGE. Für die Therapie von Zervix- und parametranen Myomen ist die Datenlage derzeit offen.

6.2. Myomzahl:

Hinsichtlich der Myomanzahl gibt es keine Beschränkung; bis hin zur diffusen leiomyomatösen Durchsetzung des Uterus ist mit guten Therapieerfolgen zu rechnen.

6.3. Myomgröße:

Aus radiologisch-technischer Sicht gibt es keine Obergrenze für die Behandlung.

7. Uterusarterienembolisation in der Postmenopause

Postmenopausale Patientinnen sollten nicht mittels Uterusarterienembolisation behandelt werden, da die hier angegebenen Beschwerden mit großer Sicherheit nicht von ggf. noch vorhandenen Myomen herrühren. Ausnahmen bilden Patientinnen unter Hormonersatztherapie mit neu aufgetretenen oder nach der natürlichen Menopause weiter bestehenden myombedingten Symptomen.

8. Verhalten bei verstärktem vaginalen Ausfluss bzw. Abgang von Myommaterial nach UAE

Uteriner Ausfluss kann in den ersten Wochen nach Uterusarterienembolisation normal sein. Bei verstärktem und/oder übelriechendem Ausfluss und/oder wehenartigen Schmerzen mit und ohne Abgang von Myommaterial oder bei Allgemeinsymptomen einer Infektion ist eine Infektionsdiagnostik und -therapie durchzuführen. In Zweifelsfällen sollte das die Uterusarterienembolisation durchführende Zentrum kontaktiert werden. Bei Abgang von Myommaterial ist eine Hysterektomie nicht a priori indiziert. Es kann zugewartet und bevorzugt transvaginal therapiert werden.

9. Erfolgskriterien für die UAE

Im Vordergrund der Abschätzung eines Therapieerfolges nach Uterusarterienembolisation steht weniger die Volumenreduktion eines dominanten Myoms bzw. des gesamten Uterus nach der Behandlung sondern vielmehr die Besserung oder das völlige Verschwinden der von der Patientin angegebenen (myombedingten) Beschwerden.

10. Nachuntersuchungen nach UAE

Eine regelmäßige fachärztlich-gynäkologische und/oder -radiologische Nachsorge nach Uterusarterienembolisation wird empfohlen. Bildgebende Verfahren sind hilfreich (z.B. Sonographie in Verbindung mit Doppler-Sonographie, MRT). Bei fehlendem Therapieerfolg (keine Symptombesserung und/oder Größenprogredienz der Myome) oder Auffälligkeiten in der Bildgebung (Größenzunahme von Myom(en) oder Uterus und/oder fehlende Devaskularisation des Myoms/der Myome) ist eine weitere Abklärung notwendig.

Glossar

UAE = Uterusarterienembolisation

AGIR = Arbeitsgemeinschaft Interventionelle Radiologie der Deutschen Röntgengesellschaft

CIRSE = Cardiovascular and Interventional Radiology Society of Europe

GnRH = Gonadotropin Releasing Hormone

ESGE = European Society for Gynaecological Endoscopy

Korrespondierende Autoren:

Dr. med. Thomas J. Kröncke, Berlin

PD Dr. med. Matthias David, Berlin

Prof. Dr. med. Jens Ricke, Magdeburg

Autoren in alphabetischer Reihenfolge:

PD Dr. med. Matthias David, Berlin

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Ebert, Berlin

Dr. med. Dorothea Fischer, Lübeck

Prof. Dr. med. Jürgen Hucke, Wuppertal

Dr. med. Thomas Jahnke, Kiel

Dr. med. Christiane Kagel, Lübeck

Dr. med. Ulrich Kretzschmar, Heidelberg

Dr. med. Thomas J. Kröncke, Berlin

Dr. med. Elke Krystek, Heidelberg

Dr. med. Roberto Kurzeja, Berlin

Dr. med. Ingo von Leffern, Hamburg

Dr. med. Stefan Lohmaier, Bonn

Prof. Dr. med. Harald Meden, Rotenburg (Wümme)

Prof. Dr. med. Werner Neuhaus, Duisburg

Dr. med. Martin Pölcher, Bonn

Dr. med. Boris Radeleff, Heidelberg

Prof. Dr. med. Jens Ricke, Magdeburg

PD Dr. med. Stefan Rimbach, Aachen

Dr. med. Gernot Rott, Duisburg

Prof. Dr. Dr. med. habil. Winfried Rossmanith, Karlsruhe-Rüppurr

Dr. med. Thoralf Schollmeyer, Kiel

Dr. med. Götz Voshage, Hannover

Prof. Dr. med. Dierk Vorwerk, Ingolstadt

Dr. med. Wolfgang Weiss, München

Prof. Dr. med. Gerd Witte, Hamburg