Zervixinsuffizienz: erste Ergebnisse mit MRI

H.		Hricak
Y.F.C.		Chang
C.E.		Cann
J.T.		Parer

Department of Radiology, University of California School of Medicine, San Francisco, Calif., USA

Cervical Incompetence: Preliminary Evaluation with MR Imaging

In dieser Studie wurde die Fähigkeit der Magnetresonanz (MR) zur Untersuchung der Zervixinsuffizienz bei nichtschwangeren Patientinnen vorgestellt. Die MR-Untersuchung ermöglicht eine nichtinvasive Darstellung von Uterus und Zervix. Die Studie war prospektiv; 41 freiwillige nichtschwangeren Patientinnen nahmen daran teil. Alle Frauen waren 12 Monate post partum oder mehr. Davon hatten in der Anamnese 20 einen unauffälligen Zervixbefund, bei 11 war eine Zervixinsuffizienz traumatischen oder kongenitalen Ursprungs bekannt, bei 10 Studienteilnehmerinnen bestand eine klinisch sehr zarte Zervix (in utero Diäthylstilböstrolanwendung). Alle MR-Untersuchungen wurden während der 2. Zyklushälfte durchgeführt. Am Ende der Untersuchungen wurden die Daten mit der geburtshilflichen Anamnese und mit den klinischen Befunden korreliert. Die Untersuchungen wurden mit einem 0,35-T (MT/S System; Diasonics, San Francisco) durchgeführt. In T-2-gewichteten MR-Bildern stellt sich die normale Zervix als ein Streifen von geringer Intensität dar, der vom Os internum bis zum Os externum reicht. Zervikalmukosa und Zervixschleim stellen sich sehr intensiv dar. Das periphere Stroma, dem Myometrium entsprechend, ist meist ebenfalls von stärkerer Signalintensität. In der MR-Darstellung konnte bei den unauffälligen Patientinnen eine Zervixlänge von $33 \pm$ (Standardabweichung) 1,0 mm und eine Weite des Os int. von $3,3 \pm 0,1$ mm gemessen werden. In der Gruppe mit den insuffizienten Zervizes (Länge $32,5 \pm 13$ mm) gab es keine grossen Unterschiede in der Zervixlänge, bezogen auf das Normalkollektiv. Jedoch das Os int. war mit $4,5 \pm 0,3$ mm signifikant weiter, und irreguläre Weitungen konnten im Bereich des Zervikalkanals lokalisiert werden. Das Zervixstroma stellte sich in T-2-gewichteten MR-Darstellungen als normale uniform niedrige Signalintensität ($n = 4$), als uniforme Intensität ($n = 3$) oder teilweise als mittlere bis hohe Signalintensität dar. Bei den Patientinnen mit intrauteriner Anwendung von Diäthyl-

52

Kurzfassungen von Zeitschriftenartikeln

stilböstrol betrug die mittlere Zervikalkanallänge $22,9 \pm 1,7$ mm und war damit signifikant kürzer als in der Normalgruppe. Die Weite des Os int. war mit $3,0 \pm 0,1$ mm und bezüglich der MR-Signalintensität unauffällig. Insgesamt waren die anhand der MR-Darstellung gemessenen Zervizes um

mm kürzer (95 % Vertrauenswahrscheinlichkeit), und das Os int. war weiter als mm (95% Vertrauenswahrscheinlichkeit); abnormale Zervixstromaintensitäten waren ebenfalls hoch verdächtig für die Zervixinsuffizienz. Aufgrund der kleinen Patientinnenzahl und der Variationen bei den

Messungen sollten diese Daten als vorläufig angesehen werden. Wenn jedoch in der MR-Darstellung eine Zervixlänge von weniger als 33,0 mm und ein Os int. mit einer Weite von mehr als 4,2 mm gesehen werden, muss die Möglichkeit einer Zervixinsuffizienz in Betracht gezogen werden.

W. Eppel, Wien

Endokrinologie

Aus: Maturitas 1991; 13:151 -154

cit. Gynäkol Geburtsh Rundsch 1992;32:53

P. Sentrakul S. Chompootawee P. Sintupak P. Tasanapradit K. Tunsaringkam N. Dusitsin

Department of Obstetrics and Gynecology, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

Hautreaktionen bei transdermaler Östrogenapplikation im tropischen Klima: Eine vergleichende Studie bezüglich der Hautverträglichkeit bei Verwendung von Östrogenpflaster und Östrogengel bei Frauen in der Menopause

Adverse Skin Reactions to Transdermal Oestradiol in Tropical Climate:

A Comparative Study of Skin Tolerance after Using Oestradiol Patch and Gel in

Thai Postmenopausal Women

Schon seit längerer Zeit ist die transdermale Östrogengabe eine weltweit anerkannte Therapie beim postmenopausalen Syndrom, um so den «first-pass effect» des Östrogens in der Leber zu vermeiden. In dieser Studie wurde die Hautverträglichkeit der zur Verfügung stehenden lokalen Applikationsformen, die des Pflasters und die des Gels, in tropischen Gebieten mit hoher Luftfeuchtigkeit verglichen (Bangkok und Umgebung). Zu vergleichen galten ein Östradiolgel, das 17 β -Östradiol auf alkoholischer Grundlage enthält, und ein Östradiolpflaster. Das 20 cm grosse Pflaster enthält 4 mg Östradiol und wurde 2-mal wöchentlich auf der entfetteten, intakten Abdominalhaut gewechselt. Vom Östradiolgel wurden täglich 1,5 mg auf eine grosse Hautoberfläche, entsprechend beider oberer Extremitäten einschliesslich beider Schultern, appliziert. Die Testpersonen waren 12 klimakterische Frauen im Alter zwischen 36 und 58 Jahren ohne Kontraindikation gegen jegliche Östrogentherapie, mit einem der Norm entsprechenden Körpermassenindex, mit normalem Blutdruck und keiner floriden oder abgeklungenen dermatologischen Erkrankung. Die Studie dauerte 6 Monate, wobei die minimale Aussentemperatur in Bangkok zu dieser Zeit 23 °C und die maximale Aussentemperatur 36,6 °C bei einer durchschnittlichen Luftfeuchtigkeit von 70 % betrug. In zwei aufeinanderfolgenden Therapieeinheiten (1 Therapieeinheit = 3 Wochen lokale Östrogenapplikation, 4. Woche Pause) wurden Hautreaktionen und klimakterische Beschwerden, wie

Hitzewallungen, registriert. Ferner wurde zu Beginn beider Therapieeinheiten, am 20. Tag der ersten, am 21. Tag der zweiten und nach Beendigung beider Einheiten die Östradiolkonzentration bestimmt. Die mittleren Östradiolwerte während der Geltherapie blieben bei beiden Geltherapieeinheiten von je 4 Wochen identisch. Die mittleren Östradiolwerte während

der Pflastertherapie fielen während der beiden Pflastertherapieeinheiten leicht ab. Die lokale Östradiolkonzentration am Applikationsort, gemessen an der lokalen Hautdurchblutung und der Hautpigmentation, ist bei der Pflasterapplikation viel höher, da das Kontaktareal auf eine 40mal kleinere Fläche beschränkt ist. Beschwerden bezüglich Hitzewallungen wurden bei beiden Applikationsformen nicht beschrieben. Um so eindrucksvoller waren die Hautreaktionen bei Pflastertherapie: 75% der Testpersonen berichteten bereits während der ersten Applikationstage über störende Hautveränderungen – von leichter Rötung (16,6%) bis zu Juckreiz und akuten Ekzemreaktionen (58,4%) am Applikationsort. Nach Abnahme des Pflasters kam es zum prompten Verschwinden der Hautreaktionen, zurück blieb eine sekundäre postinflammatorische Hyperpigmentation. Im Gegensatz dazu kam es bei der Applikation von Östradiol in Gelform zu keiner Hautirritation. Die Hautirritationen bei der Pflasterapplikation werden mit der lokalisierten sehr hohen Östrogendosis und dem Okklusiv Effekt, der durch die 3 1/2-tägige Pflasterwirkung entsteht, in Zusammenhang gebracht. Um eine Kontaktdermatitis durch Pflasterinhaltsstoffe auszuschliessen, sollte man parallel eine «Negativkontrolle» (Pflaster ohne Hormon) durchführen. Diese Resultate lassen sich gut mit denen von identischen Studien aus Singapur und Los Angeles zur Deckung bringen.

Für die Praxis

Es scheint, vor allem im Sommer und auch in gemässigten Breiten oder bei Reisen in tropische Länder, um möglichen Hautirritationen aus dem Weg zu gehen, sinnvoller, die Östradiolapplikation in Gelform zu verordnen, wenngleich der Aufwand für die Patientin grosser ist. Die Patientin muss ein tägliches Auftragen des Gels über beide Arme einschliesslich beider Schultern gewährleisten, zusätzlich muss sie noch eine etwa 3minütige Verdunstungszeit des Gels abwarten, bis die Kleidung wieder angezogen werden kann.

Für die Klinik

Für den Klinikbereich ist sicherlich die Pflastertherapie weiterhin zu bevorzugen, da die persönliche Betreuung, die zur Erzielung einer konsequenten täglichen Gelauftragung notwendig ist, nicht das Mass einer Praxisbetreuung erreichen kann. Ferner ist zu beachten, wie lange und wie oft jährlich in Mitteleuropa Durchschnittstemperaturen von 30°C bei einer Luftfeuchtigkeit von rund 70% erreicht werden, die für Hautirritationen bei Pflasterapplikation verantwortlich sind!

B. Hartmann, Wien