

Gerlinde Debus

Gebärmutterentfernung?!

Organerhaltende
Operationsmethoden
bei Erkrankungen der
Gebärmutter

Eine Entscheidungshilfe für betroffene Frauen

frauen & gender
Kultur | Forschung | Gesundheit

Anschrift der Autorin
Professor Dr. med. Gerlinde Debus
Chefärztin der Frauenklinik
Amperkliniken – Klinikum Dachau
Krankenhausstr. 15, 85221 Dachau
Fon +49(0)8131 76-4298, Fax +49(0)8131 76-4296
gerlinde.debus@amperkliniken.de

ISBN 978-3-938580-05-9
1. Auflage 2010

© Copyright DIAMETRIC Verlag
Alle Rechte vorbehalten

Diametric Verlag Jutta A. Wilke e.K.,
Versbacher Str. 181, D-97078 Würzburg
Fon +49(0)931-7841230, Fax +49(0)931-7841231
info@diametric-verlag.de

Umschlaggestaltung: Eckhard Hundt, München
Illustrationen: Eckhard Hundt, München
Bildmaterial: Gerlinde Debus, Dachau
Druck: Steinmeier GmbH & Co. KG, Deiningen

Wichtiger Hinweis:

Die im Buch veröffentlichten medizinischen Informationen und Empfehlungen wurden mit größter Sorgfalt von Verfasserin und Verlag erarbeitet und geprüft. Eine Garantie kann jedoch nicht übernommen werden. Ebenso ist eine Haftung der Verfasserin bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- oder Vermögensschäden ausgeschlossen.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht immer kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Unter www.diametric-verlag.de finden Sie

- unser aktuelles Verlagsprogramm
- kostenlos in alle Titel reinlesen
- unsere eBook-Reihe
- **Frauengesundheit *kurz & kritisch***

Inhalt

Die Gebärmutter – mehr als nur ein Reproduktionsorgan	9
1. Aufbau des inneren und äußeren weiblichen Genitals	12
2. Hormoneller Zyklus: Menarche, Schwangerschaft, Geburt und Menopause	15
Erkrankungsbilder: Symptomatik, Diagnostik und operative Therapien	18
1. Angeborene Abweichungen von der »normalen« Anatomie	18
Lageveränderungen der Gebärmutter	18
Doppelfehlbildungen, Septen, genetische Störungen	19
2. Starke Monatsblutungen und Unterbauchschmerzen	21
Zysten	21
Hormonelle Störungen	23
Adhäsionen (Verwachsungen)	24
Entzündungen	25
Blutungsstörungen und starke Blutungen mit unklarer Ursache	26
3. Myome	29
Krankheitsbild, Wachstumsformen und Entstehung	29
Wann sollten Myome behandelt werden?	30
Diagnostik, operative Therapien und nicht chirurgische Behandlungsverfahren	31

4. Endometriose	36
Krankheitsbild, Wachstumsformen und Entstehung	36
Beschwerden, Diagnostik und Behandlung der Endometriose	38
Medizinische Gründe für eine Entfernung der Gebärmutter	42
5. Senkungszustände	53
Senkung und Inkontinenz – ein tabuisiertes Alltagsproblem	54
Senkungsformen und ihre möglichen Beschwerden	56
Konservative Therapien	58
Operative Therapieoptionen bei Senkungen	60
Langzeitergebnisse	66
6. Veränderungen der Gebärmutter Schleimhaut und Vorstufen von Krebserkrankungen	67
Zervixdysplasie	68
• Diagnostische Verfahren zur Krebsfrüherkennung	68
Polypen	76
Endometriumhyperplasie	76
• Resektoskopie	79
7. Krebserkrankungen	79
Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom)	81
Operative Therapie bei Gebärmutterhalskrebs	83
Entfernung der Lymphknoten zur Diagnostik und Therapie	88
Gebärmutterkörper-/Gebärmutter Schleimhautkrebs (Korpus- oder Endometriumkarzinom)	90
• Blutungen während und nach der Menopause	91
Operative Therapie bei Gebärmutter Schleimhautkrebs	92
Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom)	94

8. Was tun, wenn ...	96
a) ... Unterbauchschmerzen auftreten?	96
b) ... Blutungsstörungen auftreten?	99
c) ... Myome entdeckt werden oder bekannte Myome wachsen?	100
d) ... eine Veränderung im Krebsabstrich gefunden wird?	101
e) ... die Gebärmutter entfernt werden soll?	101
Operative Methoden im Überblick	102
1. Operative Techniken und medizinische Gründe für ihre Anwendung	102
Ausschabung (Abrasio, Kürretage)	102
Blasendruckmessung (Urodynamik)	103
Blasenspiegelung (Urethrozystoskopie)	104
Bauchspiegelung zur Diagnostik und Therapie (Pelviskopie oder Laparoskopie)	104
Bauchschnitt (Laparotomie)	105
Chirurgische Verfahren	106
Endometriumablation	107
Gebärmuttermundspiegelung (Kolposkopie)	108
Gebärmutterspiegelung zur Diagnostik und Therapie (Hysteroskopie oder Resektoskopie)	109
Konisation (Kegelförmige Gewebsentfernung am Muttermund)	110
Lymphknotenentfernung (Lymphadenektomie)	111
Myomenukleation	112
TVT® (Tension Free Vaginal Tape) – Einlage einer Schlinge unter die Harnröhre	113
Uterus-Ballon-Therapie	114
Vordere und hintere Scheidenplastik	114

2. Hysterektomie	116
Entfernung des Gebärmutterkörpers bei Erhalt des Gebärmutterhalses (suprazervikale Hysterektomie)	116
Entfernung der gesamten Gebärmutter (einfache Hysterektomie)	118
Entfernung der gesamten Gebärmutter mit beidseitigen Eileitern und Eierstöcken (Ovarektomie)	119
Erweiterte Hysterektomie (Wertheim-Operation)	120
Das Mitentfernen benachbarter Organe (Exenteration)	120
Teilentfernung der Gebärmutter (Trachelektomie)	121
3. Mögliche Folgen nach einer Gebärmutterentfernung	122
Frauengesundheitszentren: Der geschlechtersensible Gesundheitsansatz	126
Thema Gebärmutter	127
Das Beispiel Myome	128
Jede Frau findet ihren eigenen Weg	129
Anhang	
Informations- und Beratungsstellen	133
Stichwortverzeichnis	136

Die Gebärmutter – mehr als nur ein Reproduktionsorgan

Dass sich die Bedeutung der Gebärmutter nicht nur auf die Funktionen reiner Reproduktion reduzieren lässt, hat sich in den letzten Jahren auch als Einsicht in den medizinischen Fachkreisen etabliert. Kaum ein Gynäkologe oder eine Gynäkologin, die noch laut und offiziell das Gegenteil äußern würden.

Dennoch zeigen die statistischen Erhebungen der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS), dass von den im Jahr 2007 insgesamt 142.385 Gebärmutterentfernungen mehr als 90 Prozent (129.430) aufgrund benigner (gutartiger) Erkrankungen des Uterus vorgenommen wurden. Davon entfallen 86.476 Organentfernungen auf Myom-Befunde. Betroffen waren mit fast 50 Prozent Frauen im Alter zwischen 40 und 49 Jahren.

Trotz leicht rückläufiger Tendenz im Vergleich zu den Vorjahren ist das eine noch immer erschreckend hohe Zahl von Hysterektomien, die im Hinblick auf die inzwischen vorhandenen organerhaltenden Behandlungsalternativen bei Myomen vielfach unnötig sind.

Begünstigt wird die häufig vorschnelle und unnötige Gebärmutterentfernung durch den Umstand, dass Frauen auch heute noch vielfach mit »dem da unten« möglichst wenig zu tun haben wollen.

Die auf die Nachsorge operierter Frauen spezialisierte Gynäkologin und ehemalige Chefärztin der Bad Salzufler Schmerzklinik, Barbara Ehret-Wagener, meint dazu, *dass Frauen wohl ein tiefes Wissen um den Wert ihrer Gebärmutter haben, das scheinbar verloren ging in einer Kultur, in der die Gebärmutter im Wesentlichen als manipulierbares Reproduktionsorgan in Ansehen steht, und erst nach*

der Hysterektomie viele Frauen merken, dass sie etwas Wesentliches verloren haben. (Ehret-Wagener 1994)

Neben der Harninkontinenz als häufig auftretende Folge einer Hysterektomie weisen einige Studien auch auf eine erhöhte Rate an Herz- und Kreislauferkrankungen hin. Vermutet wird, dass die von der Gebärmutter produzierten Gewebshormone eine positive Wirkung auf Herz und Gefäße haben. Diese hormonähnlichen Stoffe, die die Kontraktionsfähigkeit der Gebärmutter beeinflussen, nehmen auch Einfluss auf das seelische Empfinden. Weitere organische Funktionen, die die Gebärmutter außerhalb der Reproduktion übernimmt, sind bislang nur ungenügend erforscht.

Betroffene Frauen erleben die Entfernung ihrer Gebärmutter sehr unterschiedlich. Während manche Frauen den – vorausgesetzt medizinisch notwendigen – Eingriff als für sie richtig empfinden und sehr gut damit leben, nehmen andere Frauen die Entfernung als Verlust des Zentrums ihrer Weiblichkeit, des Heil- und Ganzseins wahr.

Grundsätzlich bedeutet jede Operation, ob organerhaltend oder organentfernend, einen Eingriff in den Körper und damit eine »Körper-Verletzung«. Dennoch stellt die operative Therapie eine sehr effektive Behandlungsmethode dar, die sich vor allem bei bösartigen Erkrankungen wie Krebs als die medizinische Maßnahme mit den größten Überlebenschancen erwiesen hat.

Bei der Beantwortung der Frage, ob ein operativer Eingriff für die individuelle Erkrankungssituation die richtige Behandlung ist, hilft eine Risiko-Nutzen-Abwägung. Denn jede Behandlungsmethode, ob medikamentös, operativ oder naturheilkundlich, hat ihre Vor- und Nachteile.

- Was soll (kann) mit der Behandlung erreicht werden?
- Welche anderen Therapien stehen gleichwertig gegenüber?
- Kann ich auch mit einer Besserung der Beschwerden gut leben (lernen), ohne dass die Erkrankung selbst beseitigt wird?

- Wie weit bin ich bereit, mich mit meiner Erkrankung auseinanderzusetzen?
- Brauche ich eine schnelle Problemlösung oder will ich mir lieber Zeit nehmen und behutsam vorgehen?

In der Praxis zeigt sich, dass die Zufriedenheit der Patientinnen mit der Behandlungssituation zunimmt, je umfassender die Betroffenen Kenntnis über die individuellen Faktoren haben, da die getroffene Entscheidung ohne falsche Erwartungen und als selbstbestimmt empfunden wird.

Was Sie grundsätzlich bei jeder Entscheidung für eine Operation beachten sollten:

- ▶ Lassen Sie sich nicht unter Zeitdruck setzen. Selbst bei einer Krebsdiagnose muss nicht sofort auf der Stelle operiert werden.
- ▶ Holen Sie eine zweite ärztliche Meinung, einen zweiten Kontrollbefund ein.
- ▶ Informieren Sie sich bei entsprechenden Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen über mögliche Behandlungskonzepte und deren Erfahrungswerte.
- ▶ Erkundigen Sie sich, wo es für Ihre Erkrankung spezialisierte Behandlungszentren gibt, denn ein chirurgischer Eingriff kann hohe Anforderungen an das Können eines Operateurs stellen, was den Heilungserfolg stark beeinflussen kann.
- ▶ Seien Sie besonders kritisch, wenn Ihnen Ihr(e) behandelnde(r) Gynäkologe/Gynäkologin zu einer Operation rät, die von ihm/ihr selbst durchgeführt wird.
- ▶ Nehmen Sie bei bedrohlichen Befunden eine Person Ihres Vertrauens zum Arztgespräch mit, da viele Betroffene in dieser Angstsituation mit einer Art Tunnelblick reagieren und Informationen nur noch sehr selektiv aufnehmen.

Ist eine Organentfernung faktisch das kleinere Risiko mit dem für Sie größten Nutzen oder medizinisch unvermeidbar, dann können Formen der Trauerarbeit helfen, Verlustgefühle besser zu bewältigen. Das Empfinden von Trauer ist in dieser Situation weder unangemessen noch lächerlich, sondern ein berechtigter Gefühlszustand, für den Sie sich so viel Zeit nehmen sollten, wie Sie brauchen.

Da für die Diagnostik und Behandlung ganz unterschiedlicher Erkrankungen sehr ähnliche oder gleiche operative Methoden eingesetzt werden, finden Sie unter »Operative Methoden im Überblick« nochmals alle Verfahren von A bis Z detailliert beschrieben.

Bei Patientenberatungsstellen können Sie ausführliche Informationen und fachliche Beratung über Patientenrechte und Ärztepfllichten erhalten. Eine Auswahl überregionaler Adressen unabhängiger Informations- und Beratungsstellen ist im Anhang gelistet.

1. Aufbau des inneren und äußeren weiblichen Genitals

Wunderbarer Körper einer Frau

Aus der undifferenzierten Geschlechtsknospe eines Embryos entwickeln sich schnell differenzierte Geschlechtsorgane. Bei der Geburt ist das Mädchen eindeutig ein Mädchen. In ihren Eierstöcken, den Ovarien, liegen schon 400.000 Ur-Eizellen bereit.

Nach der Entwicklung zur Geschlechtsreife, der Pubertät, verwandelt sich jeden Monat eine dieser Ur-Eizellen in eine befruchtungsfähige Eizelle. Dieser Follikel drängt sich an die Oberfläche des Eierstocks, springt in der Mitte des Menstruationszyklus in den Eileiter und wartet dort auf Besuch der Samenzellen.

Die Eileiter sind bleistiftdünne Kanälchen, die jeweils einen Eistock mit dem Uterus, der Gebärmutter, verbinden. Der Follikel sendet hormonelle Signale in das Gehirn und stimuliert dadurch die Gebärmutter, ihre Schleimhaut zu einem weichen Nest aufzupolstern.

Der beim Eisprung im Ovar zurückgebliebene so genannte Gelbkörper sendet ebenfalls hormonelle Signale in das Gehirn und stimuliert die Gebärmutterdrüsen, Sekrete abzusondern. Die beiden Hormone sind das bekannte Östrogen und Gestagen. Ist nach mehreren Tagen keine Befruchtung erfolgt, sinken diese Hormone wieder ab und die Schleimhaut der Gebärmutter wird samt der unbefruchteten Eizelle durch die Menstruation hinausbefördert.

Dreißig bis vierzig Jahre ihres Lebens unterliegen alle Frauen diesem Zyklus. Eisprung, Aufbau der Gebärmutter Schleimhaut, Vorbereitung und Warten auf eine Schwangerschaft, Abbau der Schleimhaut und Blutung. Nichts Geheimnisvolles. Nur der Lauf der Natur. Bricht sich dieser Lauf der Natur allerdings Bahn und wird die Eizelle befruchtet, steigern die Hormone rasant ihre Produktion und sorgen dafür, dass das werdende Leben sicheren Schutz erhält.

Die Durchblutung der Gebärmutter und der äußeren Genitalien, der Vagina und der Labien, der großen und kleinen Schamlippen, wird verstärkt. Die Brüste wachsen.

Der Uterus, ein birnenförmiges Hohlorgan, dehnt sich bis zum Ende der Schwangerschaft auf das 20-Fache seiner ursprünglichen Größe aus. Seine Muskelfasern schieben unter der Geburt das Kind durch die Vagina, die Scheide, nach außen. Unter dem Einfluss von Prolaktin, einem milchbildenden Hormon, produzieren die Brüste Nahrung für das Neugeborene.

Die Brust besteht aus Fett, Bindegewebe und milchbildenden Drüsen. Durch das Liebeshormon Oxytocin wird die Milch dann reflexartig freigegeben. Das Oxytocin ist aber auch Urheber des sexuellen Begehrens. Winzige Drüsen befeuchten den Eingang der Scheide und das Schwellkörpergewebe der Klitoris signalisiert mit seinen hochsensiblen Nervenenden Lust nach sexueller Vereinigung.

Vielleicht macht sich gerade im Moment wieder eine der Ur-Eizellen zum Sprung bereit.

aus: Stollowsky, Lili; Kostbare Grünbraunblau Gesprenkelte Sterne

Die inneren weiblichen Geschlechtsorgane, Vagina (Scheide), Gebärmutter (Uterus), Eileiter (Tuben) und Eierstöcke (Ovarien), sind im kleinen Becken platziert. Gebärmutter und Eileiter sind zusätzlich vom Bauchfell umgeben, das für die notwendige Beweglichkeit der Bauchorgane untereinander sorgt.

Die Vagina ist etwa zehn Zentimeter lang und besteht aus dehnbarem Muskel- und Bindegewebe, das zwischen den kleinen Schamlippen hinter der Harnöffnung endet. In ihr erzeugen sogenannte Döderlein-Bakterien ein saures Milieu, das über eine Selbstreinigungsfunktion verfügt und so vor bakteriellen Infektionen und Trichomonaden schützt.

Vulva, Vaginaleingang, kleine und große Schamlippen, Klitoris und Venushügel bilden die äußeren weiblichen Geschlechtsorgane.

Die Gebärmutter (Uterus) ist ein birnenförmiges Hohlorgan, bestehend aus dem Gebärmutterkörper, Gebärmutterhals (Zervix) und Gebärmuttermund (Portio), und ist zwischen sieben und neun Zentimeter groß. Sie ist zentral im Beckenboden verankert, und fast ausnahmslos alle Befestigungsbänder des Beckenbodens ziehen zu ihr hin. Hier laufen auch Nerven, Gefäße, Bindegewebe und Muskulatur zusammen. Der Gebärmutterhals mit dem Gebärmuttermund am unteren, sich verjüngenden Ende ragt in das Innere der Vagina, die im hinteren Scheidengewölbe endet.

Der schmale innere Raum zwischen den mit Schleimhaut überzogenen Muskelwänden ist die Gebärmutterhöhle (Cavum Uteri). Sie ermöglicht, dass die anderen Bauchorgane bei einer schwangerschaftsbedingten Vergrößerung der Gebärmutter ausweichen können.

Sind aber nach einer massiven Bauchfellentzündung überall die Darmschlingen miteinander verwachsen, verursacht eine operative Lösung meist neue Adhäsionen.

Entzündungen

Da bei Frauen im geschlechtsreifen Alter die Verbindung zwischen der Scheide und der Bauchhöhle »offen« ist und nur durch den Schleim des Gebärmutterhalses geschützt wird, besteht ein höheres Risiko für Unterleibsentzündungen. Die Keime, die meist aus dem Darmbereich kommen, heißen *Escherichia coli* und *Enterokokken*.

Typische Keime für Unterleibsentzündungen sind aber auch *Chlamydien* und *Gonokokken*. Die beiden zuletzt genannten sind typische Keime von Geschlechtskrankheiten, die durch Geschlechtsverkehr übertragen werden.

Jüngste Untersuchungen haben gezeigt, dass bereits ein Jahr nach Aufnahme des Geschlechtsverkehrs bis zu 70 Prozent der jungen Mädchen eine Chlamydieninfektion erworben haben. Frauen mit häufig wechselnden Partnern sind besonders gefährdet. Untersuchungen aus den USA, wo es spezielle Kliniken für Geschlechtskrankheiten gibt, zeigen, dass diejenigen Frauen, die häufig wechselnde Geschlechtspartner haben, viel mehr Infektionen bis hin zu krebserzeugenden Virusinfektionen aufweisen als Frauen, die einen oder wenige Geschlechtspartner in ihrem Leben haben. Kondome können hier schützen.

Typische Beschwerden bei Unterleibsentzündungen sind Schmerzen im Unterleib, die mit Fieber und schwerem Krankheitsgefühl verbunden sein können. Häufig geht der akuten Entzündung ein vermehrter, nicht selten übel riechender Ausfluss voraus, der auf

Darm-Bakterien als Verursacher hinweist. Besonders während der Menstruation steigen die Keime gerne in die Gebärmutter und die Eileiter auf, wo sie schwere Entzündungen verursachen können.

Warum gerade während der Menstruation? In dieser Zeit fehlt der schützende Schleimpfropf im Gebärmutterhalskanal. Gleichzeitig ist das Blut ein hervorragender Nährboden für Keime, auf dem sie sich bei einer idealen Temperatur von 37 Grad Celsius gut vermehren können. Entwickelt sich die Unterleibsentzündung akut während der Menstruation, so ist dies typisch für die Gonorrhoe, eine häufige, meldepflichtige Geschlechtskrankheit. Der Nachweis der verursachenden Gonokokken erfolgt aus dem Menstrualblut.

Man glaubt heute, dass die erst seit wenigen Jahren bekannten, aber sehr weit verbreiteten Chlamydien zu einem großen Teil für die weibliche Sterilität verantwortlich sind. Durch unbemerkt gebliebene oder nicht richtig erkannte Entzündungen, die nicht ausreichend behandelt wurden, kommt es zum Verkleben der Eileiter, so dass der Transport der befruchteten Eizelle in die Gebärmutter nicht oder nur teilweise erfolgt. Bleibt die Eizelle auf halber Strecke liegen und nistet sich im Eileiter ein, so entsteht eine Eileiterschwangerschaft, die häufig operativ entfernt werden muss. Auch für einen großen Anteil von Frühgeburten macht man heute die Chlamydieninfektion verantwortlich. Die Mutterschaftsrichtlinien haben daher den Test auf Chlamydien in das Screening, d. h. die Routine-Untersuchungen im ersten Drittel der Schwangerschaft, aufgenommen. Bei positivem Nachweis erfolgt die Behandlung mit einem Antibiotikum.

Blutungsstörungen und starke Blutungen mit unklarer Ursache

Wenn sehr starke Regelblutungen auftreten, die sich weder durch Myome noch durch Polypen erklären lassen, kann als Alternative zur

Gebärmutterentfernung die weniger invasive **Endometriumablation** eingesetzt werden.

Da nicht die Gebärmutter selbst, sondern die sie auskleidende Schleimhaut blutet, wird bei diesem Verfahren nur die Schleimhaut abgetragen. Die Gebärmutter und der Beckenboden bleiben unangetastet erhalten.

Vor dem Eingriff kann es sinnvoll sein, in der zweiten Zyklushälfte Progesteron einzunehmen, um das Abbluten der Schleimhaut zu erleichtern.

Die Operation erfolgt vaginal mittels Gebärmutter Spiegelung. Nachdem der Gebärmutterhals geweitet wurde, wird das Resektoskop in die Gebärmutterhöhle vorgeschoben und diese mit einer speziellen Flüssigkeit gedehnt. Dann wird die Schleimhaut unter Sicht systematisch mit einer elektrischen Schlinge abgetragen und die Gebärmutterhöhle so quasi ausgeschält. Abschließend kann es nötig sein, das »Dach« der Gebärmutterhöhle mit dem Rollerball zu veröden und so die mit der Schlinge nicht erreichbaren Schleimhautanteile zu zerstören, damit möglichst keine oder aber nur noch eine sehr geringe Monatsblutung auftritt.

Der Eingriff wird unter Vollnarkose vorgenommen und dauert 15 bis 30 Minuten. Nach dem Eingriff kann es einige Tage lang zu menstruationsartigen Beschwerden und für zwei bis drei Wochen zu Ausfluss kommen.

➔ Vorteile: Ein minimalinvasiver Eingriff und eine echte Alternative zur Gebärmutterentfernung, mit der auch stark ausgeprägte Menstruationsschmerzen zumindest gemildert werden können.

Etwa 60 Prozent der Frauen haben nach der Verschorfung der Gebärmutterinnenwand nur noch eine schwache Menstruation oder gar keine Blutungen mehr. In etwa 25 Prozent der Fälle treten die Blutungen erneut auf.

➔ Nachteile: Durch das Abtragen der Gebärmutter Schleimhaut wird die Fruchtbarkeit dauerhaft gestört, und eine Schwangerschaft

ist in der Regel nicht mehr möglich. Gleichzeitig ist der Schutz vor ungewollter Schwangerschaft nicht zuverlässig genug, um auf zusätzliche Verhütungsmittel verzichten zu können.

In seltenen Fällen verkleben die Wände der Gebärmutterhöhle im Bereich des Gebärmutterhalses und verbliebene Schleimhautreste können während der Menstruation einen lokalen Blutstau verursachen, der sich durch ziehende Unterbauchschmerzen bemerkbar macht. Die Endometriumablation muss dann wiederholt und vorübergehend ein Röhrchen in den Gebärmutterhalskanal eingelegt werden, damit das Abfließen des Menstrualblutes gewährleistet bleibt.

Die **Uterus-Ballon-Therapie** kann alternativ zur Endometriumablation vorwiegend bei hormonellen Blutungsstörungen angewandt werden. Dabei wird ein zusammengefalteter Kunststoffballon, der auf einen Katheter aufgesetzt ist, in die Gebärmutterhöhle eingeführt und anschließend mit Flüssigkeit aufgeblasen. Die Flüssigkeit wird erhitzt, so dass die Gebärmutterschleimhaut quasi verkocht. Danach wird die Flüssigkeit abgelassen.

Die Behandlung sollte nicht ohne eine vorherige Spiegelung der Gebärmutterhöhle vorgenommen werden, um auszuschließen, dass Septen, Myome, Polypen oder auch Tumore vorliegen. Die Methode ist nicht bei Gebärmutterschleimhautkrebs oder einer schwachen Gebärmutterwand (z. B. infolge eines Kaiserschnitts) geeignet.

➤ Vorteil: Eine sehr kleine Operation, die ambulant bei örtlicher Betäubung vorgenommen wird.

➤ Nachteile: Das Verfahren wird ohne optische Kontrolle in der Gebärmutterhöhle durchgeführt, und die Ergebnisse sind schlechter als die der Endometriumablation. Eine vorherige Hormonbehandlung kann notwendig sein.

3. Myome

Krankheitsbild, Wachstumsformen und Entstehung

Myome sind gutartige Wucherungen der Gebärmutter, bestehend aus Muskelzellen und Bindegewebe, die schnell wachsen, aber auch wieder schrumpfen können. Sie kommen mit einer Häufigkeit von bis zu 15 Prozent vor. Altersgipfel für Myome ist das vierte und fünfte Lebensjahrzehnt. Ihr Vorkommen ist, wie man mittlerweile weiß, genetisch bedingt, so dass häufig diejenigen Frauen Myome aufweisen, deren Mütter bereits Myome hatten.

Bekannt ist auch, dass das Wachstum der Myome durch hormonelle Einflüsse, insbesondere des Östrogens, gefördert und begünstigt wird, da Myome nicht vor der Pubertät auftreten und sich meist nach den Wechseljahren wieder zurückbilden.

In vielen Fällen bereiten Myome keine oder nur geringe Beschwerden, so dass eine Behandlung nicht erforderlich ist.

Die häufigsten Symptome sind starke Monatsblutungen, Druck- und Schweregefühl im Unterbauch, Schmerzen, die bis in den Rücken und die Beine ausstrahlen können und die sich bei körperlicher Anstrengung und in der zweiten Zyklushälfte verstärken.

Myome kommen an verschiedenen Stellen in der Gebärmutter vor:

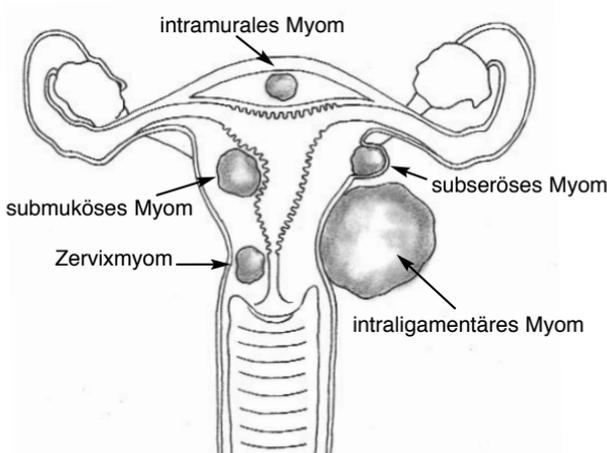
► Unmittelbar unter der äußeren »Haut« der Gebärmutter (*subseröse Myome* – Abb. 05, S. 45). Diese Myome stören im Allgemeinen nicht. Sie werden daher oft sehr spät, d. h. in einem fortgeschrittenen Wachstumsstadium entdeckt.

► In der Gebärmutterwand (*intramurale Myome* – Abb. 07, S. 45). Diese Myome stören die Kontraktionsaktivitäten der Gebärmutter.

ter, durch die während der Menstruation die im vorangegangenen Zyklus gebildete Schleimhaut abgestoßen wird (= Menstruationsblutung). Die Folge sind Schmerzen während der Menstruation und lang andauernde und starke Blutungen.

► Unter der »Innenhaut« der Gebärmutter (*submuköse Myome* – Abb. 06, S. 45). Diese Myome stören ebenfalls die Gebärmutterkontraktionen während der Menstruation und führen zu starken und schmerzhaften sowie lang andauernden Blutungen.

► Im Bindegewebe neben der Gebärmutter zwischen den Bändern (*intraligamentäre Myome*).



Wann sollten Myome behandelt werden?

Eine Indikation zur Behandlung der Myome ist immer dann gegeben, wenn:

► starke und lang andauernde Blutungen auftreten, eventuell verbunden mit regelmäßigen Anämien (Blutarmut),

- ▶ sie Schmerzen verursachen,
- ▶ sie schnell wachsen. In diesen Fällen befürchtet man eine Entartung, die allerdings nicht häufiger als in 0,1 Prozent der Fälle vorkommt. Es entstehen Sarkome, extrem bösartige Geschwülste, die gegen viele Therapiemöglichkeiten resistent sind und die daher unbedingt so früh wie möglich entfernt werden sollten.
- ▶ sie bei einer Schwangerschaft den sich entwickelnden Fötus so behindern, dass er nicht genug Platz hat und eingeengt liegen muss, was schwere Bewegungsstörungen verursachen kann.

Diagnostik, operative Therapien und nicht chirurgische Behandlungsverfahren

Die unterscheidende Diagnostik wird mittels Ultraschall durchgeführt. Falls viele Myome die Gebärmutter verformen, wird zur genauen Lagebestimmung der einzelnen Knoten eine Kernspintomographie der Gebärmutter durchgeführt und mit Hilfe von Kontrastmitteln die Durchblutung der Myome gemessen.

Die Operation von Myomen erfolgt heute fast immer mittels Bauchspiegelung (Laparoskopie) oder Gebärmutter Spiegelung (Hysteroskopie), wenn die Geschwülste im Inneren der Gebärmutterhöhle sitzen. Operationen mittels Bauchschnitt (Laparotomie) sind primär bei sehr vielen oder sehr großen Myomen vorgesehen oder wenn die Myome aufgrund ihrer Lage schwer zugänglich sind.

Muss eine Vielzahl von Myomen in der Gebärmutter entfernt werden, lässt sich mit einer *offen-chirurgischen* Myomenukleation die Gebärmutter trotzdem erhalten. Das Foto (Abb. 19, S. 50) zeigt ca. 30 enukleierte Myome mit einem Gewicht von 1500 Gramm. Zum Vergleich: Eine gesunde Gebärmutter wiegt 80 Gramm.

Bei der Entscheidung für eine Operation sollten Sie folgende Faktoren berücksichtigen:

- ▶ Durch Verwachsungen können neue Beschwerden entstehen.
- ▶ Myome können auch nach einer Operation erneut auftreten (Rezidivrate bis 25 Prozent).

Für die Wahl der Operationstechnik und chirurgischen Methoden sind die Lokalisation und die Größe der Myome ausschlaggebend. Ebenso sind individuelle Lebenssituation, Lebensplanung und persönliche Präferenzen der betroffenen Frau zu berücksichtigen.

Myomabtragung mittels Gebärmutter Spiegelung (submuköse Myome) – Abb. 08 bis 10, S. 46

Die Myomabtragung mittels Gebärmutter Spiegelung (Hysteroskopische Myomabtragung) ist bei submukösen Myomen, die unter der Gebärmutter Schleimhaut liegen und in die Gebärmutterhöhle hineinragen, heutzutage die Methode der Wahl, um Blutungsstörungen zu behandeln. Das Myomgewebe wird mit elektrochirurgischen Instrumenten in kleinen Schritten unter Sicht aus der Gebärmutter Schleimhaut oder den inneren Muskelschichten durch Herausschneiden abgetragen. Der operative Eingriff (Abb. 11 u. 12, S. 47) findet unter Vollnarkose, eventuell ambulant statt.

☞ Vorteil: Ein schonender, gebärmuttererhaltender Eingriff zur Behandlung von unkontrollierbaren Blutungen, da kein Schnitt gemacht werden muss.

☞ Nachteil: Myome können sich erneut bilden und wachsen.

Myomenukleation mittels Bauch Spiegelung – Abb. 14 und 15, S. 48

Mit kleinen Instrumenten wird unter Sicht über eine in den Bauchnabel eingeführte Optik die Kapsel des Myoms gespalten, das

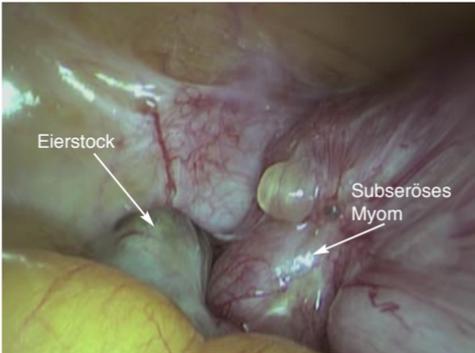


Abb. 05
Myom direkt unter der
Außenhaut der Gebär-
mutter (subseröses Myom)



Abb. 06
Myom in der Gebärmu-
terhöhle (submuköses
Myom)

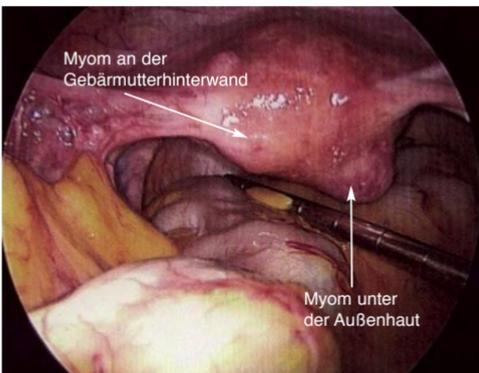


Abb. 07
Blick vom Bauchnabel in
das kleine Becken:
Gebärmutter mit einem
Myom an der Hinterwand
(intramurales Myom) und
unter der Außenhaut (sub-
seröses Myom)