

näkGYN

NIEDERGELASSENE ÄRZTE
AM KRANKENHAUS

Dr. med. Andreas Umlandt
Rotes-Kreuz-Krankenhaus

niedergelassene ärzte am krankenhaus < gynäkologie < spezialsprechstunden



Spezialsprechstunden Dysplasie · Myom

Über uns

Niedergelassene Ärzte am Krankenhaus

Die mit ihren Spezialisierungen an klinischen Einrichtungen tätigen niedergelassenen Ärzte verschiedener Fachgebiete organisieren sich in einer Interessengemeinschaft, welche die Vorteile dieses besonderen Angebotes stetig weiterentwickeln und optimieren.

Es gibt viele Vorteile gegenüber kleinen Operationseinheiten an Arztpraxen oder Tageskliniken. Der stets verfügbare Hintergrund aller stationären Einrichtungen inklusive Intensivmedizin ist angesichts der immer komplexer werdenden medizinischen ambulant durchführbaren Prozeduren, insbesondere auch bei Schlüsselloch-Operationen in der Gynäkologie, ein wichtiger Aspekt aktiver Patientensicherheit. Und alles abseits des stationären Klinikalltages! Operationen, Narkosen und Spezialuntersuchungen werden durch langjährig erfahrene niedergelassene Ärzte erbracht, die unabhängig sind und wissen, was die Belange der Praxis sind.



Service-Angebot

www.naek-gyn.de

- Umfangreiches Informationsmaterial
- Aktuelle Neuigkeiten
- Fachbegriffe einfach erläutert
- Infos zu Spezialsprechstunden
- Vorstellung Ihres Ärzteteams
- Videos



Kostenlose Hotline

freecall 0800 7237322

Inhalt

Dysplasiesprechstunde	S. 4
Fragen zur Untersuchung	S. 12
Fachbegriffe	S. 13
Myomsprechstunde	S. 18
Die 10 am häufigsten gestellten Fragen	S. 24
Ihr Weg zu uns:	
Anfahrt und Wegbeschreibung	S. 27

Dysplasiesprechstunde

Die Diagnose Gebärmutterhalskrebs wird seit der Einführung der Krebsfrüherkennungsuntersuchung der Frau in Deutschland nur noch selten festgestellt. Dies liegt daran, dass heute bereits Vorstufen von Gebärmutterhalskrebs bei der Abstrichuntersuchung erkannt werden können. Wenn Sie diese Broschüre in der Hand halten, so sind Sie von einer solchen Vorstufendiagnose betroffen und Ihre Frauenärztin / Ihr Frauenarzt hat Sie zu einer Beratung und Spezialuntersuchung zu uns geschickt. Häufig werden wir dann auch über mögliche Arten von Operationen sprechen. Mit dieser Broschüre möchten wir Ihnen viele hilfreiche Informationen rund um das Krankheitsbild und die bevorstehende Untersuchung geben.

Denken Sie aber bitte immer daran: die allermeisten auffälligen Krebsfrüherkennungsabstriche deuten auf Vorstufen von Gebärmutterhalskrebs hin, die frühzeitig erkannt wurden und in einem ganz hohen Prozentsatz gutartig sind. Deshalb lesen Sie diese Broschüre aufmerksam durch. Die Erfahrung zeigt, dass Informationen zur Beruhigung beitragen.

Was ist der Gebärmutterhals (die Zervix)?

Die Zervix ist der unterste Teil der Gebärmutter. Die äußere Oberfläche der Zervix (der Muttermund) und die Vagina (die Scheide) sind von einem sog. Plattenepithel überkleidet. Der Gebärmutterhalskanal ist mit einem andersartigen Überzug bekleidet, dem sog. Zylinderepithel. Platten- und Zylinderepithel haben somit einen Grenzbereich, in dem beide an- und aufeinanderstoßen und in einer Art »Grenzkonflikt« stehen. Hier ist die Stelle, an der un-

ter Mitwirkung spezieller Viren (humane Papillomviren, HPV) am häufigsten krankhafte Veränderungen der Zervix entstehen. Nach einer durch die HPV-Infektion verursachten Gewebeveränderung, die sich über 10–15 Jahre über Vorstufen (sog. Dysplasien) entwickelt, kommt es dann zur Entstehung von Gebärmutterhalskrebs. Viele individuelle Faktoren der betroffenen Frau (Art der HPV-Infektion, Immunitätslage, Risikofaktoren wie Rauchen oder häufig wechselnde Geschlechtspartner) können dabei das Risiko einer Krebsentstehung fördern. Bei den meisten Frauen bilden sich aber die Vorstufen wieder zurück, das Virus wird eliminiert, die Krebsgefahr ist gebannt. Es ist generell die wichtigste Aufgabe des Vorsorgeabstriches, Dysplasien oder krebsverdächtige Veränderungen des Muttermundes und des Gebärmutterhalses zu erkennen und auch bei Kontrollabstrichen zu entscheiden, wann operiert werden muss oder abgewartet werden kann.

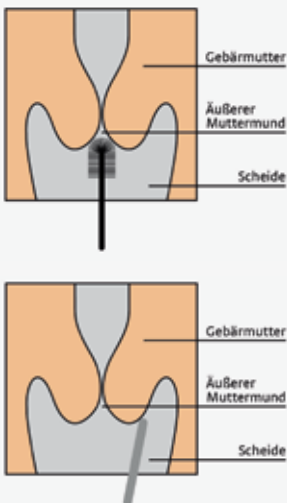


Tabelle PAP-Gruppen

GRUPPE	DEFINITION	KONSEQUENZ
I	Unauffällige und unverdächtige Befunde	Abstrich im Vorsorgeintervall
II	Befunde mit eingeschränkt protektiven Wert	
II-a	Unauffällige Befunde bei auffälliger Anamnese	Ggf. zytologische Kontrolle nach 6 Monaten wegen auffälliger Anamnese
II-p	Plattenepithelzellen mit geringergradigen Kernveränderungen als bei CIN 1, auch mit koilozytärem Zytoplasma/ Parakeratose	Ggf. zytologische Kontrolle nach 6 Monaten unter Berücksichtigung von Anamnese und klinischem Befund
II-g	Zervikale Drüsenzellen mit Anomalien, die über das Spektrum reaktiver Veränderungen hinausreichen	Ggf. zytologische Kontrolle nach 6 Monaten unter Berücksichtigung von Anamnese und klinischem Befund
II-e	Endometriumzellen bei Frauen > 40. Lebensjahr in der zweiten Zyklushälfte	Klinische Kontrolle unter Berücksichtigung von Anamnese und klinischem Befund
III	Unklare bzw. zweifelhafte Befunde	
III-p	CIN 2 / CIN 3 / Plattenepithelkarzinom nicht auszuschließen	Differentialkolposkopie, ggf. additive Methoden, evtl. kurzfristige zytologische Kontrolle nach Entzündungsbehandlung und / oder hormoneller Aufhellung
III-g	Ausgeprägte Atypien des Drüsenepithels, Adenocarcinoma in situ / invasives Adenokarzinom nicht auszuschließen	Differentialkolposkopie, ggf. additive Methoden
III-e	Abnorme endometriale Zellen (insbesondere postmenopausal)	Weiterführende klinische Diagnostik, ggf. mit histologischer Sicherung
III-x	Zweifelhafte Drüsenzellen ungewissen Ursprungs	Weiterführende Diagnostik (zum Beispiel fraktionierte Abrasio; ggf. additive Methoden / Differentialkolposkopie)
IIID	Dysplasiebefunde mit größerer Regressionsneigung	
IIID1	Zellbild einer leichten Dysplasie analog CIN 1	Zytologische Kontrolle in sechs Monaten, bei Persistenz > ein Jahr: ggf. additive Methoden / Differentialkolposkopie
IIID2	Zellbild einer mäßigen Dysplasie analog CIN 2	Zytologische Kontrolle in drei Monaten, bei Persistenz > sechs Monate: Differentialkolposkopie, ggf. additive Methoden
IV	Unmittelbare Vorstadien des Zervixkarzinoms	Differentialkolposkopie und Therapie
IV a-p	Zellen einer schweren Dysplasie / eines Carcinoma in situ analog CIN 3	
IV a-g	Zellbild eines Adenocarcinoma in situ	
IV b-p	Zellbild einer CIN 3, Invasion nicht auszuschließen	
IV b-g	Zellbild eines Adenocarcinoma in situ, Invasion nicht auszuschließen	
V	Malignome	Weiterführende Diagnostik mit Histologie und Therapie
V-p	Plattenepithelkarzinom	
V-g	Endozervikales Adenokarzinom	
V-e	Endometriales Adenokarzinom	
V-x	Andere Malignome, auch unklaren Ursprungs	

Was ist ein PAP-Abstrich?

Der PAP-Abstrich wird weitläufig auch Krebsabstrich genannt. Der Name Krebsabstrich ist etwas irreführend, da diese Untersuchung nicht eine Krebserkrankung, sondern bereits deren Vorstufen erkennen soll. Bei der Durchführung des Krebsabstriches nimmt der behandelnde Arzt mittels einer Bürste oder eines speziell geformten kleinen Plastikbesens einzelne Zellen vom Muttermund und vom Gebärmutterhalskanal. Diese werden auf einem Objektträger ausgerollt und mittels eines speziellen Sprays fixiert. Danach werden diese Zellen im Labor nach einer bestimmten Färbemethode nach Papanicolaou (daher hat der Krebsabstrich auch den Namen PAP-Test erhalten) gefärbt. Ein PAP-Abstrich sollte routinemäßig einmal jährlich im Rahmen der gesetzlich Krebsfrüherkennungsuntersuchung vom der Frauenärztin / dem Frauenarzt durchgeführt werden.

Der PAP-Abstrich kann die Entstehung einer Veränderung am Muttermund (Dysplasie) natürlich nicht verhindern. Er dient dazu, eine Veränderung im Bereich des Muttermundes frühzeitig zu erkennen und eine weitere Abklärung zu veranlassen.

Was kann mit dem Pap-Test erkannt werden?

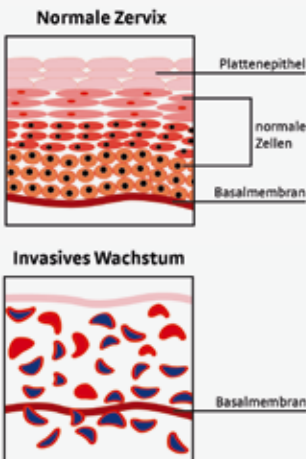
Mit dieser Methode können entzündliche Veränderungen der Zellen oder mögliche Vorstufen von Krebs genauso wie Krebszellen an sich erkannt werden, auch wenn noch keinerlei Beschwerden bestehen. Die Treffsicherheit beträgt über 90%. Das bedeutet aber auch, dass manchmal vorhandene Zellveränderungen nicht erkannt werden. Deshalb ist die regelmäßige jährliche Wiederholung so wichtig. Wir wissen, dass bei Frauen, bei denen über mehrere Jahre hinweg die Jahresfrüherkennungsabstriche unauffällige Ergebnisse ergeben haben, ein sehr niedriges Risiko für einen krankhaften PAP-Abstrich haben.

Welche Ergebnisse kann der PAP-Abstrich liefern?

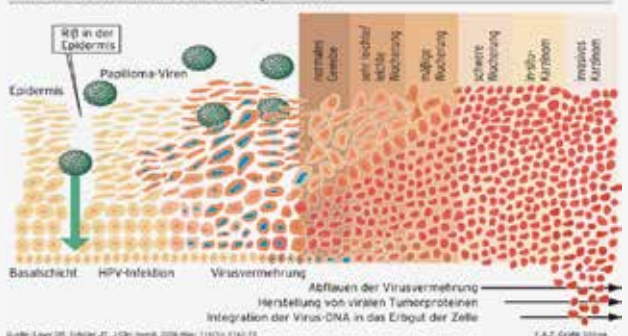
Die Befunde werden nach der sog. Münchner Nomenklatur in Gruppen klassifiziert – siehe dazu die Tabelle »Pap-Gruppen« auf Seite 5.

Was bedeutet Dysplasie?

Das Wort »plasie« bedeutet Wachstum. Dysplasie bedeutet ungeordnetes Wachstum. Es ist leichter den Begriff Dysplasie zu verstehen, wenn man vorerst den normalen Muttermund betrachtet.



Von der Virusinfektion zum bösartigen Tumor



Quelle: Leavitt, Schiller, J. Clin. Invest. 2008; 118(10): 1147-52

F.A.Z. Grafik Studio

Der normale Muttermund besteht aus einer untersten Schicht mit runden jungen Zellen, die, je näher sie zur Oberfläche kommen, ausreifen und abflachen, also dünner werden. Bei der Dysplasie wird dieser organisierte Wachstumsprozess gestört. Bei einer milden Dysplasie (CIN I) sind nur einige Zellen der untersten Zellschicht abnorm, während bei einer mittelgradigen und höhergradigen Dysplasie die abnormen Zellen größere Teile bzw. das gesamte Plattenepithel einnehmen. Der wichtigste Unterschied zwischen einer Dysplasie und einer Krebserkrankung ist, dass bei der Dysplasie die abnormen Zellen in der oberflächennahen Schicht bleiben und nicht in die Tiefe wachsen. Daher ist eine Dysplasie keine Krebserkrankung. Erst wenn die krankhaft veränderten Epithelzellen in die Tiefe wachsen und dabei eine spezielle Gewebegrenze (Basalmembran) überschreiten, erst dann liegt ein Krebs vor, da erst in dieser tiefen Gewebeschicht Blut- und Lymphgefäße vorhanden sind, in die die Krebsveränderung hineinwächst. Dadurch können sich Krebszellen über Blut- und Lymphgefäße in andere Organe des Körpers ausbreiten.

Folgende Begriffe gilt es noch zu klären:

CIN I = cervikale intraepitheliale Neoplasie

Grad 1 = milde Dysplasie

CIN II = intracervikale intraepitheliale Neoplasie

Grad 2 = mittelgradige Dysplasie

CIN III = intracervikale intraepitheliale Neoplasie

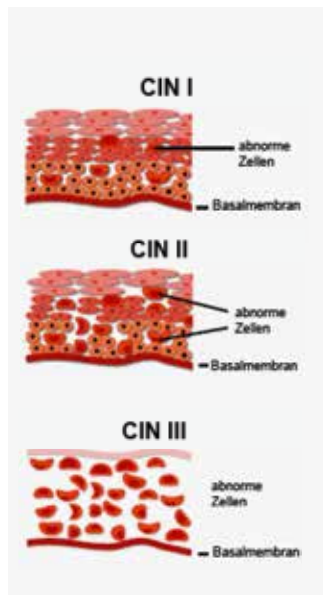
Grad 3 = schwere Dysplasie

Carcinoma in situ (alter Begriff) entspricht einer CIN III, also eine direkte Krebsvorstufe, aber noch gutartig

Warum bekommt man eine Zervixdysplasie?

Es gibt eine Reihe von Risikofaktoren, welche mit einer Zervixdysplasie verbunden sind. Diese sind eine Infektion mit humanen Papillomaviren (vor allem HPV, 16, 18, 31, 45), was wir heute als bedingende Voraussetzung für die Gebärmutterhalskrebserkrankung sehen. Das HPVirus wird sexuell

übertragen, wodurch Frauen mit wechselnden Geschlechtspartnern ein höheres Erkrankungsrisiko tragen. Immunsuppressive Medikamente beeinträchtigen die Abwehrmechanismen des Körpers gegen das HPVirus und fördern das Erkrankungsrisiko. Raucherinnen haben ebenfalls ein deutlich erhöhtes Zervixkarzinomrisiko, denn die krebserregenden Bestandteile des Zigarettenrauchs sind auch im Sekret des Gebärmutterhalses nachweisbar und können dort ihre schädigende Wirkung entfalten.



Wie häufig ist Gebärmutterhalskrebs heute?

Vorstufen des Gebärmutterhalskrebses treten häufiger als alle tatsächlichen Krebserkrankungen der Frau auf. Echte Krebserkrankungen des Gebärmutterhalses sind heute ein seltenes Ereignis. Vorstufen des Krebses werden überwiegend bei Frauen im Alter von 20 bis 40 Jahren festgestellt. Diese Vorstufen können von selbst wieder verschwinden und sind gegebenenfalls schnell und einfach behandelbar. Ein Fortschreiten der Erkrankung kann damit praktisch immer verhindert werden. Seit der Einführung des regelmäßigen Abstrichs als Früherkennungsuntersuchung sind die Diagnosen von fortgeschrittenen Tumorstadien und die Sterblichkeit an Gebärmutterhalskrebs international stark zurückgegangen. In Deutschland erkranken von 100 000 Frauen 9 Frauen, die Hälfte davon im ersten Krebsstadium.

Vulva

Welche unterschiedliche Arten von Erkrankungen des äußeren Genitales (Vulva) gibt es?

Über viele Jahre wurden ganz unterschiedliche Begriffe für Erkrankungen der Haut der äusseren Geschlechtsorgane verwendet, um ein und dieselbe Erkrankung zu bezeichnen. Heute werden die atrophe Vulvadystrophie (Lichen sclerosus atrophicus), die hyperplastische Vulvadystrophie (Plattenepithelhyperplasie) und Dysplasien in Analogie zum Muttermund (vulvären intraepithelialen Neoplasien-VIN) und die Feigwarzen (Codylomata acuminata) unterschieden.

Was sind die häufigsten Symptome von gutartigen Vulvaerkrankungen?

Die häufigsten frühen Symptome sind Jucken und Brennen im Bereich des äußeren weiblichen Genitales.

Was ist Lichen sclerosus?

Lichen sclerosus ist einer der häufigsten Vulvaerkrankungen. Die Erkrankung kann praktisch in jedem Lebensalter beginnen, tritt aber am häufigsten bei Frauen nach den Wechseljahren auf. Die Haut im Bereich der Schamlippen wird dünner, weißlich und sehr empfindlich. Lichen sclerosus ist keine sexuell übertragbare Erkrankung.

Was sind die Symptome des Lichen sclerosus?

Symptome dieser Erkrankung sind Jucken, Brennen, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr sowie häufig kleine Verletzungen der Haut. Unbehandelt kann der Lichen sclerosus durch Schrumpfungsprozesse zum Verlust der kleinen Schamlippen und zu einer Verengung des Scheideneingangs führen.

Kann Lichen sclerosus behandelt werden?

Die Diagnose des Lichen sclerosus muss mit-

tels einer Gewebsentnahme bestätigt werden. Die Behandlung wird zunächst mittels einer Corticosteroidcreme über mehrere Wochen durchgeführt. Nach Abklingen der Symptome ist eine Pflegebehandlung mittels einer medizinischen Fettcreme als Dauertherapie sinnvoll.

Was ist eine Plattenepithelhyperplasie?

Die Plattenepithelhyperplasie ist durch die Entwicklung von juckenden weißlichen Hautarealen, die deutlich dicker als die Umgebung imponieren, gekennzeichnet. Diese Erkrankung ist nicht mit Schrumpfungsprozessen der Haut oder der Schamlippen assoziiert.

Kann eine Plattenepithelhyperplasie behandelt werden?

Die Behandlung der Plattenepithelhyperplasie ist ähnlich wie des Lichen sclerosus. Es wird eine Corticosteroidcreme örtlich aufgetragen.

Was ist eine »vulväre intraepitheliale Neoplasie« (VIN)?

Wie im Bereich des äußeren Muttermundes können auch im Bereich der Vulva und Vagina intraepitheliale Neoplasien (=Dysplasien) entstehen. Diese werden als vulväre intraepitheliale Neoplasie (VIN) oder vaginale intraepitheliale Neoplasie (VAIN) bezeichnet. Das Erscheinungsbild einer VIN ist sehr uneinheitlich (weißliche, rötliche, bräunliche Flecken). Daher ist es wichtig, alle verdächtigen Veränderungen im Bereich des äußeren Genitales durch eine Gewebsentnahme (Biopsie) abzuklären, um einen Krebs auszuschließen. Abstriche spielen bei der Diagnose von Veränderungen der Haut in diesem Bereich eine untergeordnete Rolle.

Es gibt zwei unterschiedliche Entstehungsarten der VIN. Eine VIN, bei Frauen zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr ist meistens durch eine HPV-Infektion verursacht. Tritt eine VIN in höherem Lebensalter zwischen dem 60. und 70. Lebensjahr auf, ist meist keine HPV-Infektion nach-

weisbar. Die genaue Ursache dieser Art von VIN ist nicht geklärt.

Wie werden VINs behandelt?

In Analogie zum Muttermund können HPV-assoziierte VINs auch von selbst abheilen. Je höhergradiger die Veränderung ist, umso seltener kommt es zu einer Spontanheilung. Sollte ein chirurgische Behandlung notwendig werden, so können niedriggradige VINs, d.h. VIN I und VIN II, mittels Laser vaporisiert (verdampft) werden. Eine VIN III wird in der Regel operativ chirurgisch entfernt, da es nicht auszuschließen ist, dass auf dem Boden einer VIN III eine Krebserkrankung entsteht.

Gibt es alternative Therapien für eine VIN?

Etablierte zugelassene medikamentöse Therapien gibt es derzeit nicht. Von der Wirkungsweise erscheint jedoch eine lokale Therapie mittels einer Creme, welche das Immunsystem anregt, viel versprechend zu sein.

Was sind Condylomata acuminata?

Condylomata acuminata (=Condylome, Feigwarzen) sind vergleichbar mit Warzen an Hand und Fuß und treten im Bereich der Schamlippen, der Scheide, am Muttermund und auch im Bereich des Anus auf. Sie werden ebenso durch eine Infektion mit humanen Papillomaviren (HPV), besonders durch die Subtypen 6 und 11, verursacht. Die Inkubationszeit, das ist die Zeit zwischen Infektion und Auftreten der Erkrankung, kann zwischen drei Wochen und acht Monate betragen.

Sind Condylomata acuminata gefährlich?

Condylomata acuminata sind in den meisten Fällen nicht gefährlich. Es kann jedoch sein, dass in Condylomen auch niedriggradige dysplastische Erkrankungen entstehen, d.h. CIN I oder VIN I. Daher ist es sinnvoll, insbesondere bei größeren condylomtösen Veränderungen, zu biopsieren und feingeweblich zu untersuchen.

Wie werden Condylome behandelt?

Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Behandlungsmethoden für Condylome. Diese beinhalten eine lokale Therapie mit Creme oder Lösung, die entweder von der Patientin selbst oder vom Arzt aufgetragen wird. Als chirurgische Therapie ist eine Laservaporisation (Verdampfung) aufgrund der fehlenden Narbenbildung am besten geeignet.

Können Condylome wieder auftreten?

Condylome haben, wie auch andere Warzen, eine relativ hohe Rezidivrate (Rückfallrate). Das heißt, dass je nach Therapie, Ausprägung der Condylome und Art der HPViren, ein Wiederauftreten dieser Feigwarzen in bis zu 30% aller Fälle vorkommt.

Wie kann ich mich vor Condylomen schützen?

Condylome können durchaus als sexuell übertragbare Erkrankung verstanden werden, sind aber keine Geschlechtskrankheit. Der einzige mögliche Schutz vor einer Infektion mit HPV ist die Verwendung eines Kondoms. Kondome schützen leider nicht 100% gegen HPViren.

Die Untersuchung

Anamnese

Eine genaue persönliche Befragung (Anamnese) ist wichtig, um eine individualisierte Diagnosestellung und Therapie durchführen zu können.

Abstrichentnahme:

PAP Test

Eine neuerliche Krebsabstrichentnahme (PAP-Test) ist notwendig, um einen Vergleich mit bereits durchgeführten Untersuchungen zu ermöglichen. Dieser wird sowohl im Bereich des äußeren Muttermundes (ektozervikal) als auch im Bereich des Gebärmutterhalskanals (endozervikal) durchgeführt. Zellmaterial wird mit einem speziellen kleinen Bürstchen vom Mut-

termund und aus dem Gebärmutterhals bzw. aus der Scheide entnommen. Anschließend wird das entnommene Material auf ein Glasplättchen (Objektträger) ausgestrichen. Nach der Fixierung des Zellausstrichs mit einem Alkoholgemisch wird es im Labor gefärbt. Hierfür kommt die Papanicolaou-Methode (PAP) zum Einsatz. Die anschließende Untersuchung unter dem Mikroskop klassifiziert den Abstrich in die Normalbefunde PAP I und PAP II sowie in die Befunde PAP III bis PAP V, die einer weiteren Abklärung bedürfen. Nach der Abstrichabnahme kommt es häufig zu einer schwachen Blutung. Diese Blutung verschwindet praktisch immer nach 24h und ist ohne Bedeutung.

HPV Test

Es besteht die Möglichkeit, mit Hilfe einer molekularbiologischen Methode (=HPV-in situ Hybridisierung) die Infektion mit humanen Papilloma (HP)-Viren nachzuweisen und die verschiedenen HPV-Typen zu differenzieren. Das Zellmaterial für diesen Test wird mit einem Watteträger wie bei einer Krebsvorsorgeuntersuchung entnommen. Wir unterscheiden zwei unterschiedliche Virusgruppen. Die eine Gruppe wird als »low-risk« HPV (Viren mit niedrigem Risiko für die Entstehung von Dysplasien und Krebs), die andere Gruppe als »high-risk«-HPV bezeichnet. Diese »high-risk« HPV-Gruppe ist häufiger mit der Entstehung von Dysplasien und bei fehlender Be-

handlung auch Krebs verbunden. Andererseits können die meisten Menschen nach einer Infektion das Virus durch ihr eigenes Abwehrsystem wieder aus dem Körper eliminieren. Dadurch können auch bereits bestehende Dysplasien aller Schweregrade wieder verschwinden. Durch die Kenntnis über eine bestehende oder fehlende high-risk HPV-Infektion kann man das Risiko einer möglichen Krankheitsheilung bzw. Krankheitsverschlechterung besser beurteilen.

Die allermeisten HPV-Infektionen verschwinden ohne Medikamentenanwendung durch die Aktivität des Immunsystems. Hier die Daten von Hochrisiko-HPV-Infekten.

Kolposkopie

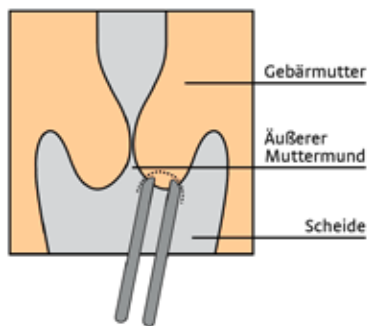
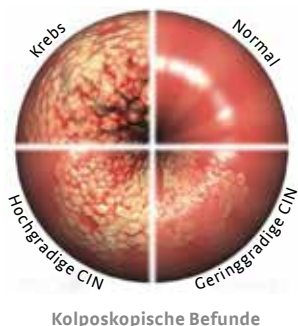
Unter Kolposkopie versteht man die Betrachtung des Gebärmutterhalses, der Scheide und der Vulva mit einer Lupe (Kolposkop) mit 7,5 bis 30-facher Vergrößerung. Das jeweils betrachtete Organ wird mit 3%iger Essigsäure betupft. Das kann gelegentlich ein leichtes Brennen auslösen, was schnell wieder verschwindet. Krankhafte Veränderungen lassen sich auf diese Weise sehr gut darstellen. Der Schweregrad einer Veränderung kann dann anhand verschiedener Kriterien (wie Oberflächenbeschaffenheit, Abgrenzbarkeit, Gefäßverläufe) beurteilt werden. Durch die gute Darstellbarkeit krankhafter Gewebsbezirke kann eine gezielte Gewebentnahme (Biopsie) im Rahmen der Kolposkopie



HPV-Virus

Rückbildungsraten von HPV High Risk Typen

Monate nach positivem HPV Test	8 Mon.	12 Mon.	18 Mon.
Männer	70%	80%	100%
Frauen	50%	75%	97%



erfolgen. Die Kolposkopie ist die beste Methode, um bei Frauen mit auffälligem Abstrichbefund und / oder positivem HPV-Test den Schweregrad von auffälligen Veränderungen einzustufen und mittels Gewebeprobe zu sichern. Danach kann das weitere individuelle Vorgehen klarer besprochen werden. Jeder krankhafte PAP-Abstrich sollte mittels Kolposkopie abgeklärt werden.

Kolposkopie-gesteuerte Biopsie

Wird im Rahmen der Kolposkopie ein verdächtiges Gewebsareal erkannt, sollte eine exakte diagnostische Abklärung mittels Biopsie (Gewebsentnahme) am Muttermund erfolgen. Die Gewebsentnahme erfolgt aus dem kolposkopisch auffälligsten Bereich des äußeren Muttermundes. Die Biopsie wird mit einer zarten, speziellen Zange entnommen. Das entnommene Gewebestück ist ca. 2x2 mm groß. Die Biopsie an sich ist nur wenig schmerzhaft. Eine etwaig auftretende Blutung wird vom eigenen Gerinnungssystem innerhalb weniger Stunden gestillt. Manchmal wird eine Art Tupfer in die Scheide eingelegt, um Druck auf die kleine Wunde auszuüben. Nur äußerst selten kommt es zu stärkeren Blutungen, die noch seltener mittels Stromanwendung verklebt werden muß. Sie sollten nach der Biopsie über 2–3 Tage kein Vollbad nehmen und keinen Geschlechtsverkehr haben. Ansonsten sind keine Vorsichtsmaßnahmen notwendig.

Die Therapie

Je nachdem, was in der Gesamtbetrachtung aller erhobenen Befunde und Ihrer Anamnese diagnostiziert wurde, wird in Zusammenarbeit mit Ihrem Frauenarzt/ Ihrer Frauenärztin ein Therapievorschlag erarbeitet.

Einige grobe Anhaltspunkte für die weitere Therapie wollen wir Ihnen hier liefern.

- **CIN I:** Zuwartendes Vorgehen, nochmalige Biopsie in 3–6 Monaten
- **CIN II:** Abwiegen zwischen zuwartendem Vorgehen mit nochmaliger Biopsie in 3–6 Monaten oder Schlingenentfernung: tendenziell eher zuwarten
- **CIN III:** Abwiegen zwischen zuwartendem Vorgehen mit nochmaliger Biopsie in 3 Monaten oder Schlingenentfernung: tendenziell eher operieren
- **Condylomata acuminata:** Lokale Therapie mit Podophylloxylin oder Imiquimod, oder chirurgische Therapie mittels Laservaporisation (Verdampfung).

Fragen zur Untersuchung

Was passiert bei der Erstuntersuchung?

Bei der Erstuntersuchung in unserer Ambulanz wird zunächst ein genauer Krankheitsverlauf erfragt. Danach werden bei Erkrankungen des äußeren Muttermundes neuerlich Abstriche durchgeführt, weiterhin eine Lupenbetrachtung (Kolposkopie) des Muttermundes und nur bei Bedarf eine kleine Gewebeentnahme (Biopsie) durchgeführt. Bei Erkrankungen des äußeren Genitales wird eine Lupenbetrachtung der Schamlippen (Vulvoskopie) und bei Bedarf ebenso eine kleine Gewebsentnahme durchgeführt.

Warum sollte eine Kolposkopie durchgeführt werden?

Eine Kolposkopie wird üblicherweise durchgeführt, um die Ursache für einen auffälligen Krebsabstrich (PAP-Abstrich) festzustellen. Weiterhin sollte eine Kolposkopie auch bei klinisch auffälligen Befunden im Bereich des Gebärmutterhalses, des äußeren Muttermundes (Portio), der Scheide (Vagina) oder der Vulva (äußeres weibliches Genitale) durchgeführt werden.

Sind diese Untersuchungen schmerzhaft?

Die Kolposkopie, die Vulvoskopie bzw. die Abstrichentnahme sind nicht schmerzhaft. Die Zervixbiopsie kann etwas schmerzhaft sein. Eine Biopsie im Bereich des äußeren Genitales wird erst nach örtlicher Betäubung durchgeführt.

Sind diese Untersuchungen mit Risiken verbunden?

Die Kolposkopie und die Abstrichentnahme sind risikolos. Im Rahmen einer Biopsie kann es sehr selten zu Nachblutungen und / oder Entzündungen kommen. Diese Komplikationsrate ist jedoch sehr gering und liegt weit unter 1%.

Beeinflussen diese diagnostischen Untersuchungen nachfolgende Schwangerschaften?

Nein! Bei einer Zervixbiopsie wird nur minimal Gewebe im Bereich (ca. 2 mm groß) des äußeren Muttermundes entfernt. Dies beeinflusst nachfolgende Schwangerschaften mit Sicherheit nicht. Biopsien können auch während der Schwangerschaft gefahrlos durchgeführt werden.

Sollten Sie zum Untersuchungszeitpunkt bereits schwanger sein, teilen Sie uns dies bitte unbedingt vorher mit.

Was ist zu tun, wenn ich zum geplanten Untersuchungszeitpunkt die Regelblutung erwarte?

Falls Sie genau zum geplanten Untersuchungszeitpunkt die Menstruation erwarten, rufen Sie uns bitte an. Wir würden dann die geplante Untersuchung verschieben, da die kolposkopische Beurteilbarkeit der Zervix bzw. die Aussagekraft der Zytologie während der Menstruationsblutung eingeschränkt sein können.

Wie ist eine Blutung nach einer Kolposkopie bzw. Biopsie zu beurteilen?

Nach einer durchgeführten Biopsie kann es einige Tage zu einem etwas rötlichen bzw. bräunlichen Ausfluss kommen. Dies ist völlig normal. Sollte die Blutung gleich stark bzw. stärker als eine normale Menstruationsblutung sein, setzen Sie sich bitte umgehend mit uns in Verbindung.

Wie geht es nach der Untersuchung / Operation weiter?

Sie sollten die ersten (5–7) Tage Vollbäder, Schwimmen, Tamponverwendung sowie Geschlechtsverkehr vermeiden.

Was passiert nach der Untersuchung?

Nach einer folgenden Operation am Gebärmutterhals entscheidet die erste Kontrolluntersuchung des Pap-Abstriches sowie der HPV-Diagnostik nach

3-6 Monaten, wie es weiter geht. Erst wenn diese Untersuchungen normale Befunde erbracht haben, ist das Thema Dysplasie und Therapie für Sie abgeschlossen. In 5–10% sind weiterhin Auffälligkeiten zu erwarten, die dann je nach Situation erneut behandelt werden müssen.

Sie sollten für 3 Monate konsequent Kondome anwenden. Wir wissen, dass dadurch eine erneute HPV-Infektion seltener ist. Es gibt wissenschaftliche Hinweise, dass nach der Behandlung einer cervikalen Dysplasie eine Impfung gegen einige Stämme der HPViren (Immunisierung) das Risiko des Wiederauftretens der Erkrankung senken kann. Die Übernahme der Kosten für diese Impfung muss bei Ihrer Krankenkasse individuell beantragt werden. Sprechen Sie mit Ihrer Frauenärztin / Ihrem Frauenarzt darüber und kontaktieren Sie danach eine Sachbearbeiterin Ihrer Krankenkasse.

Fachbegriffe

Abstrich

Eine Abstrichentnahme von Untersuchungsmaterial von Haut- und Schleimhautoberflächen dient meist zur infektiologischen oder zytologischen Untersuchung (Zytodiagnostik). Beim zytologischen Abstrich (Krebsabstrich, auch als PAP bezeichnet, nach Georg Papanicolaou, dem Entdecker der Methode) werden von der Gebärmutterhalsoberfläche, aus dem Gebärmutterhalskanal und von der Scheide Zellen entnommen («abgestrichen») und zur weiteren Untersuchung ins zytologische Labor geschickt. Der PAP-Abstrich hat zum Ziel, rechtzeitig Zellveränderungen zu identifizieren um bereits Vorstufen eines Gebärmutterhalskrebses zu erfassen. Da es sich dabei um die Untersuchung von einzelnen, aus dem Gewebsverband gelösten Zellen handelt, kann keine Aussage bezüglich des tatsächlichen Vorliegens einer bösartigen Erkrankung getroffen werden. Zur weiteren Abklärung eines auffälligen PAP-Abstrichs wird deshalb eine

Lupenuntersuchung des Gebärmutterhalses bzw. des äußeren Muttermundes (Kolposkopie) mit gezielter Biopsieentnahme empfohlen.

Analgesie

bedeutet Schmerzausschaltung bzw. Schmerzlinderung und kann auf vielfache Weise herbeigeführt werden. So werden z. B. Sprays für eine lokale Schmerzausschaltung (Lokalanästhesie) verwendet. Im Bereich des äußeren weiblichen Genitale kann mittels einer Injektion ein kleines Hautgebiet schmerzfrei gemacht werden.

Anamnese

Krankengeschichte: Art, Beginn und Verlauf der aktuellen bzw. früheren Erkrankungen, die im ärztlichen Gespräch mit dem Patienten erfragt werden.

Benigne

Gutartig, im Gegensatz zu maligne (=bösartig)

Biopsie

Diagnostische Entnahme von Gewebe durch Punktion (Feinnadelbiopsie) oder Probeexzision. Diese Gewebeprobe wird histologisch (feingeweblich) oder zytologisch auf ihre Beschaffenheit untersucht. Damit können gutartige oder bösartige Veränderungen festgestellt werden.



Cavum uteri

Gebärmutterhöhle

CIN-cervikale intraepitheliale Neoplasie

»Krebs im Vorstadium«. Zellveränderungen mit allen Merkmalen einer bösartigen Erkrankung, die jedoch ausschließlich auf die Oberfläche des Organs (Epithel) beschränkt sind. Da die unter der Oberfläche liegende Basalmembran noch nicht durchbrochen ist, werden die Zellen nicht über Lymphbahnen und Blutgefäße in andere Körperbereiche abtransportiert (Metastasierung). Dieser Zustand kann z. B. als Vorstadium des Gebärmutterhalskrebses durch Jahre bestehen bleiben. Es gibt 3 Grade von CIN, Grad 1 bis Grad 3, wobei Grad 1 die mildeste Vorstufe eines Gebärmutterhalskrebses, Grad 3 die am »weitest fortgeschrittene Vorstufe« eines Gebärmutterhalskrebses ist.

- **CIN I** – leichteste Form der Zellveränderungen, die sich meist von selbst zurückbildet
- **CIN II** – mittlere Form der Zellveränderungen, die Rückbildungstendenz beträgt ca. 40–50%
- **CIN III** – am weitest fortgeschrittene Vorstufe; die Rückbildungstendenz bei der CIN III ist wesentlich geringer und beträgt ungefähr 30%, meist wird eine CIN III mittels einer Schlingenresektion chirurgisch entfernt.

Eine CIN wird meist durch Infektion mit dem humanen Papilloma-Virus (HPV) verursacht. Ein Krebsabstrich kann den Verdacht auf Vorliegen einer CIN ergeben. Die endgültige Diagnose erfolgt auf histologischer Untersuchung einer Gewebprobe.

Condylomata acuminata (spitze Kondylome)

Feigwarzen; Warzen im Genitalbereich, die in unterschiedlichen Größen auftreten können. Besonders große Tumoren werden als Buschke-Löwenstein-Tumore bezeichnet. Als Ursache ist

besonders die Infektion mit dem humanen Papillomavirus (HPV) anzuführen. Von den mehr als 80 HPV-Typen, die den Genitaltrakt befallen können, lösen vor allem die Typen 6 und 11 Feigwarzen aus. Meist wird das Virus sexuell übertragen. Die Therapie der Wahl ist die chirurgische Entfernung der Warzen, vornehmlich mit dem Laser. Bei kleinen Konylomen kann auch eine lokale Behandlung mit äußerlich aufzutragenden Salben erfolgreich sein. In der Schwangerschaft sollen Kondylome einige Wochen vor dem errechneten Geburtstermin operativ entfernt werden. Beim Vorliegen von Kondylomen zum Zeitpunkt der Geburt besteht lediglich ein gering erhöhtes Risiko für das Kind, Warzen im Bereich des Kehlkopfes zu entwickeln. Ein Kaiserschnitt ist nur bei sehr großen Kondylomen zu empfehlen.

Dysplasie

Zellveränderungen im Epithel, die unterschiedlich schwer sein können und in ein Krebswachstum übergehen können (siehe CIN).

Ektozervikal

Am äußeren Muttermund

Endocervikal

Im Bereich des Gebärmutterhalskanals, im Gegensatz zu ektozervikal (außen an der Portio)

Endometrium

Gebärmutterschleimhaut: Fachbezeichnung für die Schleimhaut im Inneren der Gebärmutter. Das Endometrium besteht aus Drüsen und Bindegewebe. Man unterscheidet eine unmittelbare der Gebärmuttermuskulatur anliegende Regenerations-schicht, sog. Zona basalis, und eine während der geschlechtsreifen Phase zyklischen Veränderungen unterworfenen oberflächlichen Schicht, sog. Zona functionalis. Diese oberflächliche Schicht wird bei der Menstruation abgestoßen, die Regeneration erfolgt aus der Basalschicht.

Histologie

Lehre vom Feinbau körpereigener Gewebe (Organe). Mikroskopische Untersuchung eines sehr dünnen (wenige 1/1000 mm), angefärbten Gewebeschnittes erlaubt die Beurteilung, ob ein Gewebe krankhaft verändert ist, ob ein gut- oder bösartiger Tumor vorliegt, bei Metastasen evtl. auch Hinweise auf den Ort des Primärtumors. Entscheidend für genaue Diagnose einer Tumorerkrankung.

HPV (humanes Papillomavirus)

Das humane Papillomavirus (HPV) ist ein kleines DNA-Virus von dem mehr als 100 humanpathogene Subtypen bekannt sind. Es ist lokalisationspezifisch, d. h. es führt nur im Bereich bestimmter Körperregionen zu den charakteristischen Virusveränderungen. Die Durchseuchung der Bevölkerung ist sehr hoch, ungefähr 80–90% aller Menschen haben zumindest einmal während ihres Lebens eine HPV-Infektion durchgemacht. Die Altersgruppe mit der höchsten »Durchseuchung« liegt zwischen dem 25. und 35. Lebensjahr. Der Nachweis von HPV ist relativ einfach und bereits gut standardisiert. Allerdings werden nicht die verschiedenen Virustypen einzeln nachgewiesen, sondern ganz global die verschiedenen HPV-Risikogruppen; d. h. am Befund ist vermerkt, dass eine HPV-Infektion mit einer Niedrigrisikogruppe (low-risk-HPV) bzw. mit einer Hochrisikogruppe (high risk-HPV) vorliegt. Die Stämme 6 und 11 sind vor allem mit der Entstehung von Kondylomen assoziiert. Etwa 20 HPV-Stämme (insbesondere 16 und 18) sind mit cervikalen intraepithelialen Neoplasien (CIN) und Gebärmutterhalskrebs assoziiert.

HPV-Infektionen

Sexuell übertragbare Infektionen mit HPV. HPV-Infektionen zählen zwar nicht zu den klassischen Geschlechtskrankheiten im engeren Sinn, sie werden aber vor allem bei Geschlechtsverkehr übertragen. Man nimmt an, dass das Virus

durch winzige Hautrisse, die beim Geschlechtsverkehr aber auch z. B. durch unsachgemäßen Einsatz von Tampons entstehen können, in den Körper gelangt. Das Virus kann Jahre im Körper bleiben ohne sich bemerkbar zu machen. Vermutlich ist fast jeder zweite Erwachsene in Österreich davon betroffen. In den meisten Fällen verläuft die Infektion symptomlos, weil das Immunsystem des Körpers selbst damit fertig wird. Manchmal zeigen sich Warzen in der Genitalregion (Kondylome). Bei 75% aller Infizierten dauert es viele Monate oft auch Jahre bis sich Warzen entwickeln. Wird eine HPV-Infektion diagnostiziert, kann man sich daher zu jedem beliebigen Zeitpunkt des aktiven Liebeslebens damit angesteckt haben. Einige Virusstämme können allerdings auch zu bösartigen Zellveränderungen führen. Allerdings bedeutet eine HPV-Infektion nicht, dass es tatsächlich zu einer Krankheitsentstehung kommt. In den meisten Fällen (vor allem bei jüngeren Frauen) wird das körpereigene Immunsystem mit der Infektion fertig, d. h. das HPV wird eliminiert (HPV-Clearance).

Karzinom

Krebs, bösartiger Tumor

Kolposkopie

Lupenbetrachtung (10–30fache Vergrößerung) von Scheide und Gebärmutterhals mit einem sog. Kolposkop. Es können auffällige Areale identifiziert werden und somit gezielt Gewebeproben unter kolposkopischer Sicht entnommen werden.

Konisation

Ausschneiden eines Gewebeskegels des Gebärmutterhalses zur Therapie einer hochgradigen CIN. Diese Operation kann sowohl mittels eines Skalpells, eines Lasers oder in der heutigen Zeit mit einer elektrischen Schlinge durchgeführt werden.

Auf www.konisation.at finden Sie darüber weitere Informationen.

Krebs

Bezeichnung für eine Vielzahl von bösartigen Erkrankungen (insgesamt ca. 170), die ein unkontrolliertes, invasives Wachstum von Körperzellen zur Folge haben, welche zur Tumorbildung und Metastasierung führt.

Laser

Lichtverstärkung durch stimulierte Emission; gebündeltes Licht.

Leukoplakie

Verhornungsstörungen der Hautoberfläche; häufig im Bereich des äußeren Genitale (Vulva) oder am äußeren Muttermund (Portio). Es besteht das Risiko einer malignen Entartung zum Plattenepithelkarzinom. Regelmäßige Kontrollen bzw. auch eine operative Entfernung sind in vielen Fällen angezeigt.

Maligne

bösartig

Muttermund (innerer und äußerer)

Bezeichnung für die beiden Mündungen des Gebärmutterhalskanals (Zervikalkanal).

- Äußerer Muttermund: Mündung des Gebärmutterhalskanals in die Scheide,
- Innerer Muttermund: im Bereich des Übergangs vom Gebärmutterhals zum Gebärmutterkörper

PAP-Abstrich (Papanicolaou-Abstrich)

übliche Bezeichnung für den vaginalzytologischen Abstrich (Krebsabstrich). Die Anatomie George Papanicolaou beschrieb 1942 erstmals die Möglichkeit, durch Zellabstrich gewonnene und mit der von ihm angegebenen Färbemethode eingefärbte Zellen auf ihre Bösartigkeit hin zu beurteilen. Der Krebsabstrich wird zumeist von der Oberfläche des Gebärmutterhalses, aus

dem Gebärmutterhalskanal und dem hinteren Scheidengewölbe gewonnen, fixiert, und nach Färbung einer mikroskopischen Zellbeurteilung (Zytodiagnostik) zugeführt.

Plattenepithelkarzinom

Bösartiger Tumor, der von der Oberfläche eines mit Plattenepithel überkleideten Organs ausgeht. Dieser entwickelt sich häufig in Vorstufen, so z. B. im Bereich des Gebärmutterhalses aber auch im Bereich des äußeren Genitale. Vorstufen des Gebärmutterhalskrebses können oft mittels PAP-Abstrich identifiziert werden.

Portio vaginalis uteri

Abgekürzt: Portio. Teil der Gebärmutter, der in die Scheide hineinreicht.

Pruritus vulvae

Fachbezeichnung für Juckreiz im Bereich des äußeren weiblichen Genitales, z. B. bei Östrogenmangel in den Wechseljahren aber auch bei Entzündungen, Pilzinfektionen, Herpes genitalis oder bei Diabetes mellitus etc.

Uterus

Gebärmutter: Birnenförmiges, muskelstarkes inneres Geschlechtsorgan der Frau, welches etwa in der Mitte des kleinen Beckens zwischen Harnblase und Mastdarm liegt. Die Gebärmutter besteht aus dem Gebärmutterkörper, der die Gebärmutterhöhle bildet und den Gebärmutterhals. Die Gebärmutterhöhle (Cavum uteri) ist etwa 4 cm lang und in beiderseits auf den sog. Tubenwinkel in die Mündung der Eileiter auf. Nach unten geht sie über den inneren Muttermund in den Gebärmutterhalskanal über. Der Gebärmutterhalskanal selbst ist etwa 3–4 cm lang und mündet mit dem äußeren Muttermund (Portio) in die Scheide. Der Gebärmutterhals ragt mit seinem unteren Teil in die Scheide (sog. Portio vaginalis uteri) und ist von einer mehrschichtigen Zellschicht bedeckt. Diese Zellen werden

mittels des Krebsabstrichs (PAP-Abstrich) abgestrichen und mikroskopisch untersucht.

Vagina

Scheide. Die Vagina verbindet als schlauchförmiges Organ die äußeren Geschlechtsorgane mit dem Gebärmutterhals. Sie ist etwa 10 cm lang, dehnbar und besteht aus Muskeln und Bindegewebsanteilen. Vordere und hintere Scheidenwand liegen eng aneinander; bei sexueller Erregung verlängert sich die Vagina um 3–4 cm und entfaltet sich.

VIN

vulväre intraepitheliale Neoplasie. Vorstadium eines Vulvakarzinoms

Vulva

äußere Geschlechtsorgane der Frau

Vulvoskopie

Lupenbetrachtung (10–30 fache Vergrößerung) des äußeren weiblichen Genitales mit einem speziellen Gerät (Koloskop). Auffällige Areale können identifiziert und gezielt Gewebeproben entnommen werden.

Zervix uteri

Die Zervix ist der unterste Anteil der Gebärmutter. Die äußere Oberfläche der Zervix und der Vagina (=Scheide) sind von einem sog. Plattenepithel überkleidet. Der Zervikalkanal ist mit Zylinderepithel ausgekleidet. An der Grenze zwischen Platten- und Zylinderepithel ist die Stelle, an der am häufigsten krankhafte Veränderungen der Zervix entstehen.

Zervixkarzinom

Gebärmutterhalskrebs: In den meisten Fällen dauert es viele Jahre, bis sich aus einer Vorstufe (CIN) des Gebärmutterhalses Krebs entwickelt. Ist tatsächlich bereits ein Krebs vorhanden, so breitet sich dieser vor allem auf das umliegende Gewebe aus. Weiter kann es zur Verschleppung der Zellen entlang der Lymphbahnen des Beckens in die Beckenlymphknoten kommen. Der Gebärmutterhalskrebs wird fast zu 100 % durch eine Infektion mit HPV verursacht. Im Frühstadium des Gebärmutterhalskrebses treten keinerlei Symptome auf. Bei weiter fortgeschrittenen Erkrankungen kommt es zu Zwischenblutungen, zu typischen fleischwasserfarbenen Ausfluss und zu Blutungen nach dem Geschlechtsverkehr.



Myomsprechstunde

Muskelknoten der Gebärmutter oder Myome, wie der Fachbegriff lautet, sind gutartige Gewächse, die man bei sehr vielen Frauen fast jeden Alters findet. Die meisten leben ohne Beschwerden mit den Myomen, aber bei einigen Frauen löst die Myom-Erkrankung verschiedene Probleme aus, die zum Teil sehr störend sein können und die Lebensqualität einschränken. Dieses Krankheitsbild reicht von Blutungsstörungen über Unterleibsschmerzen wechselnden Charakters bis hin zu unerfülltem Kinderwunsch. Da viele der betroffenen Frauen sehr unter den Myomen leiden, haben wir es uns zur Aufgabe gemacht diesen Patientinnen zu helfen und in Zusammenarbeit den behandelnden Frauenärztinnen und Frauenärzten sowie mit anderen Gesundheitseinrichtungen regional und überregional für Sie da zu sein – mit unserer Myomsprechstunde am Rotes-Kreuz-Krankenhaus.

Was sind Myome ?

Myome der Gebärmutter (Kurzform für sog. Leiomyome), sind gutartige (also nicht zu den Krebserkrankungen gehörende) Tumore, die von der Muskulaturebene der Gebärmutter (Myometrium) ausgehen. Als Myome bezeichnet man Geschwülste, die aus Bindegewebe und glatter Muskulatur bestehen. Sie wachsen sehr langsam in der Wand oder am Rand der Gebärmutter. Sie bestehen aus Bündeln glatter Muskelzellen, die von Bindegewebe unterschiedlicher Stärke durchsetzt sind. Sie können sich aus der Muskelschicht der Gebärmutter zur Gebärmutterhöhle hin ausbreiten, innerhalb der Muskulaturebene wachsen oder sich auf der Außenseite der Gebärmutter entwickeln. Myome können flach und großflächig aufsitzen oder gestielt sein, sie können schnell oder langsam wachsen, kontinuierlich oder mit Unterbrechungen.

Mehr als 30 % aller Frauen sind betroffen, die meisten bleiben ohne Symptome, der Myomnachweis ergibt sich bei einer gynäkologischen Untersuchung. Im Falle eines starken Myom-

wachstums kann die Gebärmutter deutlich an Größe zunehmen und dabei ihre Organform stark verändern. Myome sind gutartig. Nur bei Muskelknoten, die in kürzerer Zeit erheblich an Größe zunehmen, besteht in Einzelfällen der Verdacht auf eine spezielle Krebserkrankung. Das ist aber eine große Ausnahme, Myome haben ansonsten keine Tendenz zur Umwandlung in Krebs.

Wie entstehen Myome ?

Myome entstehen aus der Gebärmuttermuskulatur, einzelne Muskelzellen zeigen ein gesteigertes Wachstum. Jedes Myom entsteht aus einer einzelnen Muskelzelle der Gebärmuttermuskulatur. Warum manche Frauen Myome entwickeln, andere aber nicht, konnte noch nicht vollständig geklärt werden. Die derzeit vorliegenden wissenschaftlichen Ergebnisse weisen auf eine wesentliche Beteiligung der weiblichen Geschlechtshormone hin.

Welche Rolle spielen die Hormone?

Myome stehen unter der Kontrolle der weiblichen Geschlechtshormone. Dies sind in erster Linie

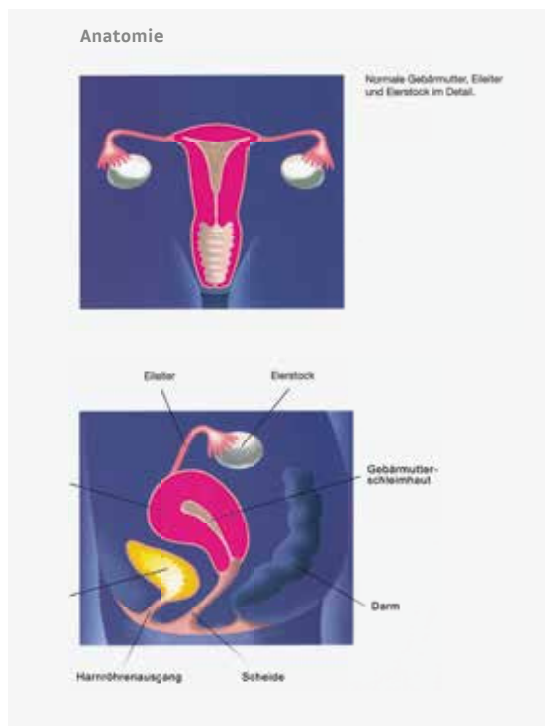
die in den Eierstöcken gebildeten Östrogene. Sie spielen für das individuell sehr unterschiedliche Wachstum der Myome eine Rolle, die noch nicht endgültig erforscht ist. Sicher ist, dass es nach den Wechseljahren der Frau, wenn die körpereigene Östrogenproduktion abnimmt und schließlich aufhört, in den meisten Fällen ein Wachstumsstop oder sogar eine Rückbildung der Myome beobachtet wird. Gleichzeitig lassen meist auch die Beschwerden nach. Diese Erkenntnis hat bei der Behandlung von Myomen leider keine erfolgreichen Strategien gebracht. Aber sie ist wichtig für die Therapie von Myombeschwerden bei Frauen, bei denen die Wechseljahre bevorstehen.

Wer ist betroffen ?

Vor dem 20. Lebensjahr treten Myome nur sehr selten auf. Am häufigsten sind Frauen zwischen dem 35. und 55. Lebensjahr betroffen. Nach Eintritt der Wechseljahre wurde eine Neubildung von Myomen extrem selten beobachtet. Diese Tatsache belegt ebenfalls, dass Myome in ihrem Wachstum von den weiblichen Geschlechtshormonen (speziell den Östrogenen) abhängig sind. Nach Schätzungen treten bei 20 % bis 50 % aller Frauen Myome auf. Es gibt Anhaltspunkte für den Einfluss von Erbfaktoren. So haben zum Beispiel schwarze Amerikanerinnen häufiger Myome als weiße Amerikanerinnen. Unabhängig von der ethnischen Zugehörigkeit kann jede Frau im Laufe ihres Lebens ein Myom oder sogar mehrere Myome entwickeln. Hier bleiben so manche Fragen in der persönlichen Beratung ohne klare Antworten.

Welche Beschwerden können Myome verursachen?

Manche Frauen haben Myome, ohne es zu wissen. In diesen Fällen verursachen die Myome und ihr Wachstum offensichtlich keine Beschwerden. Auf der anderen Seite gibt es Frauen, die lediglich ein kleines, isoliertes Myom aufweisen und trotzdem über ausgeprägte, be-



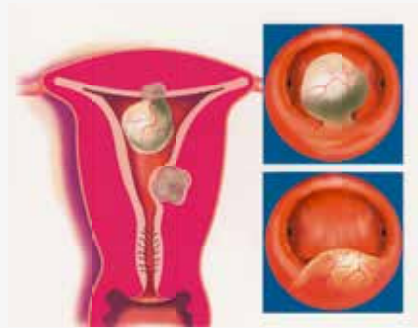
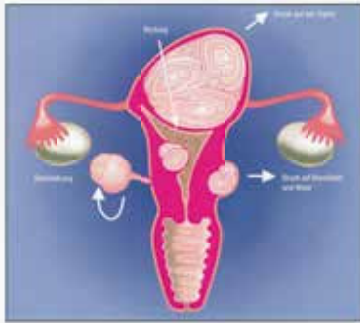
handlungsbedürftige Beschwerden klagen. Der Sitz des Muskelknoten entscheidet viel häufiger über mögliche Beschwerden als dessen Größe.

Häufige Beschwerden:

Symptom Blutungsstörung

Als häufigstes Symptom treten bei Myomen ungewöhnliche Blutungen auf, üblicherweise in Form von verstärkten Regelblutungen, meistens verbunden mit leberartigen Gerinnselbildung. Zur Blutgerinnung kommt es, weil das Blut länger in der Gebärmutter bleibt, bevor es in die Scheide abgegeben wird. Beim Abgang der Gerinnsel kann es zu starken Krämpfen kommen. Diese starken und häufig verlängerten Regelblutungen führen oft zur Anämie (Blutarmut). Warum Myome verstärkte Regelblutungen auslösen, ist nicht bekannt. Eine ältere Theorie besagt, dass sich durch Myome die Muskelkontraktion (Zusammenziehen der Muskulatur) der Ge-

Myom in der Gebärmutter



bärmutter verändert und dass die Gebärmutter dadurch möglicherweise nicht mehr in der Lage ist, die Blutungsmenge während der Periode zu kontrollieren. Weiterhin ist gezeigt worden, dass Myome die Venen in der Gebärmutterwand einengen, was zu einer Erweiterung der Venen der Gebärmutterauskleidung führt. Mit zunehmendem Druck in den Venen kommt es dann zur Schwellung der Gebärmutterauskleidung und so zur Verstärkung der Regelblutung. Darüber hinaus zeichnet sich ab, dass eine Vielzahl von Botenstoffen (Hormone, Wachstumsfaktoren) beteiligt sind, die offenbar im Unterschied zum normalen Gebärmuttergewebe in anderer Konzentration und Ausprägung im und um das Gewebe von Myomen vorhanden sind und die verstärkten Regelblutungen bei Myom-Patientinnen mit verursachen. Für durch Myome ausgelöste verstärkte Regelblutungen ist nicht in erster Linie deren Größe und Anzahl, sondern vielmehr deren Lage entscheidend. Verstärkte Regelblutungen werden meist durch Myome ausgelöst, die tief in der Gebärmutterwand wachsen (intramural) oder Myome, die sich direkt unter der Innenauskleidung der Gebärmutter befinden (submukös). Sehr kleine Myome in der Gebärmutterwand oder Myome in der Außenschicht der Gebärmutter (subserös) verursachen üblicherweise keine ungewöhnlichen Blutungen. Da es viele

weitere mögliche Ursachen für verstärkte Regelblutungen gibt, muss die Diagnostik bei betroffenen Patientinnen eine sorgfältige Erhebung der gynäkologischen Vorgeschichte sowie eine gründliche körperliche Untersuchung umfassen. Wenn eine Frau Myome hat, ist damit noch nicht gesagt, dass diese auch die Auslöser von ungewöhnlichen Blutungen sind. Andere Ursachen können eine Endometriumhyperplasie (krankhafte Verdickung der Gebärmutterauskleidung), Endometriumpolypen, Adenomyose oder auch Gebärmutterkrebs sein. Die wahrscheinliche Ursache kann oft anhand der gynäkologischen Vorgeschichte und körperlichen Untersuchung ermittelt werden; gelegentlich sind jedoch weiterführende Untersuchungen erforderlich.

Symptom Schmerz im Becken

Beckenschmerz ist ein weiteres Symptom. In seltenen Fällen kommt es zur Degeneration eines Myoms, d. h. zur spontanen Schrumpfung mit Narbenbildung aufgrund einer verminderten Blutzufuhr. Dies ist ein schmerzhafter Vorgang, der mehrere Tage oder Wochen andauern kann. Derart heftige Schmerzen sind jedoch selten. Wegen der Vielzahl möglicher Symptome, mit denen sich Myome bemerkbar machen können, ist zur Bestätigung der Diagnose immer eine gynäkologische Abklärung erforderlich.

Wenn es durch Myome zum Druck auf benachbarte Strukturen kommt, äußert sich dies üblicherweise in einem Druckgefühl oder anderen Beckenbeschwerden wie einem Schweregefühl, Blähungen, einem dumpfen Schmerz oder einer besonderen Empfindlichkeit der Myome selbst. Diese Beschwerden können sich bei körperlicher Betätigung, beim Nachvornebeugen oder während des Geschlechtsverkehrs verstärken. Mit zunehmender Größe können Myome auf die Nerven drücken, die das Becken und die Beine versorgen, wodurch Rücken-, Flanken- oder Beinschmerzen verursacht werden. Patientinnen klagen mit zunehmender Größe der Myome auch über stärker werdende Krämpfe während der Periode.

Symptome der Harnwege

Myome können auch auf das Harnsystem drücken. Dies führt üblicherweise zu häufigem Wasserlassen (mit nächtlichem Wasserlassen). Darüber hinaus können Myome auch zu einer Inkontinenz (Unvermögen, den Harn zurückzuhalten) beitragen und in seltenen Fällen den Blasenabfluss teilweise blockieren, so dass die Blasenentleerung erschwert ist. Gelegentlich kann eine vergrößerte Gebärmutter auch auf andere Teile des Harnsystems drücken und so den Harnabfluss aus den Nieren beeinträchtigen. Weiterhin treten manchmal auch Schmerzen oder Druck im Bereich des Rektums auf. Viele dieser Symptome treten zyklisch auf und nehmen an den Tagen vor und während der Regel zu. Bei entsprechender Größe der Myome können die Schmerzen und Beschwerden jederzeit auftreten.

Myome und Kinderwunsch

Es ist vielfach behauptet worden, dass Myome zu Unfruchtbarkeit und / oder wiederholten Fehlgeburten führen können. Studien an unfruchtbaren Frauen, bei denen als einzige Ursache Myome identifiziert werden konnten, haben gezeigt, dass

40 bis 60% dieser Frauen nach Myomektomie (chirurgische Entfernung der Myome ohne Entfernung der Gebärmutter) schwanger werden konnten. Da jedoch noch keine umfangreichen Studien vorliegen und eine Unfruchtbarkeit viele Ursachen haben kann, sollten nicht leichtfertig Myome als Ursache angenommen werden, ohne vorher sorgfältig nach anderen Gründen zu fahnden.

Wie werden Myome festgestellt ?

Während der gynäkologischen Untersuchung ertastet Ihre Frauenärztin / Ihr Frauenarzt Größe, Form und Oberfläche der Gebärmutter. Meistens kann schon jetzt bei einer Gebärmuttervergrößerung der Verdacht auf ein oder mehrere Myome geäußert werden. Die Ultraschalluntersuchung ist die wichtigste diagnostische Möglichkeit zur Abklärung von Größe und Lage der Muskelknoten.

Wann sind Myome behandlungsbedürftig ?

Falls bei Ihnen ein Myom als Zufallsbefund festgestellt wurde, ohne dass es Beschwerden verursacht und keine deutliche Größenzunahme bei Kontrolluntersuchungen festgestellt wurde, ist keine sofortige Behandlung notwendig. Ihre Frauenärztin / Ihr Frauenarzt wird Sie dann aber regelmäßig zu Ultraschallkontrollen einbestellen, um das Myomwachstum zu überwachen. Myome werden immer dann behandelt, wenn sie Beschwerden verursachen.

Welche Ziele hat die Behandlung ?

Welche Form der Behandlung Ihnen vorgeschlagen wird, hängt entscheidend von Ihren Beschwerden, den erhobenen Befunden und dem verfolgten Ziel ab, welches durch die Behandlung erreicht werden soll. Insgesamt geht es immer um eine Verbesserung der Lebensqualität.

Ziele der Myombehandlung:

- Behebung der Blutungsstörungen / Blutarmut

- Linderung von Schmerzen, Druckgefühl oder anderen Beschwerden
- Behebung einer ungewollten Kinderlosigkeit
- Verkleinerung der Myome und der Gebärmutter
- Vorbereitung zur Erleichterung eines geplanten operativen Eingriffes

Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?

Sollte Ihnen das festgestellte Myom Beschwerden bereiten, ist auf jeden Fall eine Behandlung zu bedenken. Es stehen viele Behandlungsstrategien für Sie bereit, organentfernende und organerhaltende! Prinzipiell besteht bei allen gebärmuttererhaltenden Behandlungsmaßnahmen, den operativen sowie den nicht operativen, die Möglichkeit, dass Myome nach einigen Jahren erneut entstehen und wieder Beschwerden bereiten.

Hier die verschiedenen Behandlungsoptionen im Einzelnen:

Keine Behandlung

Wenn die Myome bei Ihnen keinerlei oder nur geringe Beschwerden oder Blutungsstörungen verursachen sowie keine ungewollte Kinderlosigkeit oder wiederholte Fehlgeburten bei Ihnen vorliegen, sind keine weiteren Maßnahmen zu ergreifen. Dennoch sollten Sie in Ihrem eigenen Interesse zur Kontrolle regelmäßig eine Ultraschalluntersuchung durchführen lassen. Sollte dabei eine deutliche Größenzunahme des Myoms beobachtet werden, so ist gelegentlich auch ohne Beschwerden eine Behandlung zu diskutieren.

Medikamentöse Behandlung

Viele Ärzte raten ihren Patientinnen vor der Operation zu einer medikamentösen Vorbehandlung, um die operative Ausgangssituation zu verbessern.

Hierzu werden 2 Arten von Medikamenten aus der Klasse der sogenannten GnRH-Agonisten ver-

abreicht. Ziel ist es, die Bildung der Östrogene für die Dauer der Behandlung zu unterdrücken, um die bestehenden Beschwerden zu lindern und die Myome zu verkleinern. Als Folge bleibt die monatliche Regelblutung meist ganz aus. Leider hat diese Behandlung bei vielen Frauen erhebliche Wechseljahresbeschwerden wie Hitzewallungen, Depressionen und Abnahme der Knochendichte zur Folge. Wir empfehlen diese Behandlung nur noch selten.

Ein weiteres Medikament mit dem Wirkstoff Ulipristalacetat (Esmya®) führt ebenfalls zu einer Verkleinerung von Myomen und zur Blutungsfreiheit ab dem 2. Monat der Anwendung. Damit wird vielen Patientinnen bis zum geplanten Operationstermin eine deutliche Erleichterung und Verbesserung der Lebensqualität verschafft. Es kommt ebenfalls zu einer deutlichen Verbesserung des Blutbildes. Dadurch wird die Narkose und Operation meist besser verkräftet. Ulipristalacetat verursacht keine wechseljahresähnlichen Nebenwirkungen. Bei Frauen, bei denen die Wechseljahre bevorstehen, kann Esmya® auch wiederholt angewendet werden, um so ganz auf weitere belastende Therapieschritte verzichten zu können.

Myomzerstörung ohne Operation

Myomembolisation

Hierbei führt der Radiologe einen dünnen Katheterschlauch über ein Blutgefäß in der Leiste bis hin zum blutversorgenden Gefäß des Myoms. Dort werden dann kleine Kügelchen plaziert, die das Blutgefäß verstopfen und so den Blutfluss zum Myomgewebe unterbrechen. Das Myom wird »ausgehungert«, es bildet sich zurück. Manche Patienten haben Sorge, dass die Kügelchen während der Behandlung ins Bein oder ins Gehirn wandern könnten. Das ist ausgeschlossen. Die Ärzte positionieren den Katheter genau vor

den Myom versorgenden Gefäßen. Die Kügelchen können mit dem Blutstrom nur in eine Richtung gelangen, nämlich nur in das Myom. Dort werden sie später mit dem entstehenden Narbengewebe verwachsen und können nicht irgendwo anders hin in den Körper gelangen. Die Embolisat-Kügelchen verbleiben lebenslang im Gewebe. Es erfolgt also keine Operation. Mit dieser Methode lässt sich eine Schrumpfung von Gebärmuttermyomen um etwa 50% erreichen; bei 4 von 5 Frauen ist die Methode erfolgreich – eine deutlicher Rückgang oder ein gänzlich Verschwinden der Beschwerden stellt sich ein. Ein 2–3 tägiger Klinikaufenthalt ist allerdings erforderlich. Dieses Verfahren ist sicher, so komplikationsarm wie die operativen Verfahren und wissenschaftlich gut belegt.

In seltenen Fällen kann das sogenannte »ExAb-late System« angewandt werden. Dabei werden die Magnetresonanztomographie (MRT) mit der fokussierten ultrasonografischen Thermoablation kombiniert. Dieses Verfahren wird in wenigen Spezialkliniken durchgeführt und ist wissenschaftlich noch umstritten.

Organerhaltende Operationen

Myomentfernung

Die Myomausschälung ist ein chirurgischer Ein-

griff, bei dem nur die Myome entfernt werden und die Gebärmutter erhalten bleibt. Es gibt verschiedene Wege, um das Myom auszuschälen, wobei je nach Lage, Größe und Zahl der Myomknoten der Weg über die Scheide (hysteroskopisch), eine Bauchspiegelung (laparoskopisch) oder der Bauchschnitt gewählt wird. Alle Eingriffe werden in der Regel in Vollnarkose durchgeführt und erfordern nach der Operation einen mehrtägigen Klinikaufenthalt.

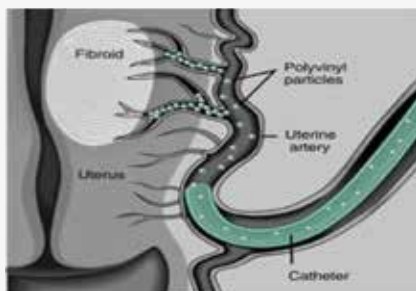
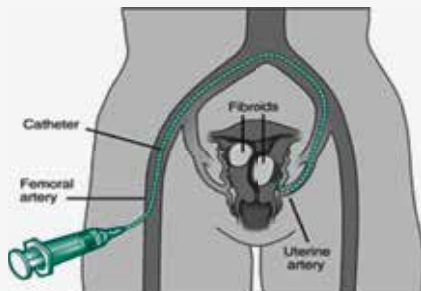
Myomentfernung durch Gebärmutter-spiegelung (sog. Hysteroskopie)

Befindet sich das Myom im Gebärmutterinnenraum, d. h. ist es in die Gebärmutter schleimhaut gewachsen, kann es mit einer Elektroschlinge abgetragen werden. Dazu wird zunächst der Gebärmutterhals vorsichtig aufgedehnt, dann wird ein Spezialinstrument in die Gebärmutterhöhle eingeführt und das Myom nach Aufdehnen des Innenraumes mit einer speziellen Spüllösung schrittweise abgetragen. (Dieser Eingriff wird meist als ambulante Operation durchgeführt.)

Endometriumablation

Empfohlene Vordiagnostik:

Die **Endometriumablation** sollte normalerweise zweizeitig erfolgen. Blutungsstörungen müssen zunächst durch eine Gebärmutterspiegelung (**Hysteroskopie**) und eine Ausschabung (**Ab-rasio**) abgeklärt sein. Dabei wird nur die ober-



flächliche Schleimhaut abgeschabt. Wenn das Ergebnis der feingeweblichen Diagnostik (Histologie) in Ordnung ist, so kann die Entfernung der Schleimhaut mitsamt der sie immer wieder zyklisch neu bildenden Zellschicht in der Gebärmuttermuskulatur sicher durchgeführt werden. Zur Optimierung der Behandlungsergebnisse wird nach der Ausschabung für 4 Wochen eine medikamentöse Vorbehandlung durchgeführt (die Schleimhaut wird dabei medikamentös künstlich reduziert). Dies lässt sich durch die Gabe eines Gelbkörperhormons erzielen. Wir werden Sie bei der Vorbereitung auf die Endometriumablation über das für Sie optimale Vorgehen informieren.

Sie können davon ausgehen, dass 80 – 90% der Patientinnen mit dem Ergebnis der **Endometriumablation** zufrieden sein werden. Dabei ist es das Ziel der Operation, eine zunächst deutliche Abschwächung, eine Normalisierung oder eine nur noch schwach einsetzende Regelblutungsstärke zu erreichen. Die Anzahl der Frauen, die nach dem Eingriff gar keine Blutung mehr haben werden (Amenorrhoe = vollkommene Blutungsfreiheit) ist abhängig von nicht bekannten Faktoren, sie liegt bei etwa 50%, d.h. jede 2. Frau wird nach dem Eingriff nicht mehr bluten. Wie lange der Effekt der Endometriumablation anhalten wird, ist ebenfalls individuell unterschiedlich. Versager der Methode, d.h. es wird keinerlei Einfluß auf die Blutungsstärke trotz sachgerecht durchgeführter Ablation erreicht, finden sich vor allem bei einer vergrößerten oder knotig veränderten Gebärmutter (Myome). Die Rate derjenigen Frauen, die sich trotz durchgeführter Endometriumablation die Gebärmutter doch noch entfernen lassen, liegt unter 10%, d.h. 90% der Frauen leiden nicht mehr unter der starken Blutungsproblematik mit allen möglichen Folgeproblemen und haben trotzdem ihre Gebärmutter behalten.

Die 10 am häufigsten gestellten Fragen

Können Myome bösartig werden?

Myome entarten nicht, d.h. ein Bösartigwerden von Myomen kommt praktisch nicht vor.

Machen Myome immer Beschwerden?

Oft sind Gebärmuttermyome symptomlos, d.h. sie machen keine Beschwerden, obwohl sie relativ groß sind.

Müssen Myome ohne Beschwerden behandelt werden?

Nur solche Myome müssen behandelt werden, die auch Beschwerden verursachen. Myome, die keinen »Krankheitswert« haben oder z.B. die im Rahmen einer Schwangerschaft stören würden, erfordern keine Therapie.

Was sind typische myombedingte Beschwerden?

Frauen mit Myomen berichten über ein oder mehrere der folgenden Symptome:

- verstärkte und verlängerte Monatsblutung
- Schmerzen im Unterleib
- Druck, Fremdkörpergefühl oder Schwere im Beckenbereich
- Schmerzen im Rücken oder in die Beine ziehend
- Schmerzen beim Geschlechtsverkehr
- Druckgefühl auf der Harnblase mit vermehrtem Harndrang
- selten Druckgefühl auf den Darm, u. U. verbunden mit Schmerzen und Blähungen
- selten stark vergrößerter Bauchumfang

Müssen Myome immer operiert werden?

Behandlungsbedürftige Myome können heute sowohl durch eine Operation – meist minimal-invasiv – als auch durch ein nicht-operatives radiologisches Verfahren erfolgreich therapiert werden. Individuell sollte in einem gemeinsa-

men Arzt / Ärztin-Patientin-Gespräch nach einer Ultraschall-Untersuchung beraten werden, welches Verfahren möglich und welche Methode aus medizinischen Gründen nicht durchführbar ist.

Sind nach der Behandlung durch Embolisation oder mit dem fokussierten Ultraschall die Myome »verschunden«?

Neben den durch Frauenärzte durchgeführten häufig minimal-invasiven Operationsverfahren zur Myombehandlung gibt es inzwischen auch zwei nicht-operative Verfahren zur Myomtherapie, die von Radiologen in Strahlenkliniken durchgeführt werden.

Sowohl mit der Embolisation als auch durch die Behandlung mit MRT-gelenktem fokussierten Ultraschall wird eine Verkleinerung der Myome, d. h. eine Schrumpfung um 30 bis 50% je nach Methode erreicht.

Kann man mit einem Myom schwanger werden?

Eine Schwangerschaft ist auch mit einem Myom möglich, insbesondere dann, wenn es sich um ein kleines und / oder außen an der Gebärmutter befindliches Myom handelt.

Wie lange sollte man nach einer Myomoperation mit einer Schwangerschaft warten?

Es wird allgemein empfohlen 3 Monate nach einer Myomoperation nicht schwanger zu werden. Danach sollte eine Schwangerschaft möglich sein.

Was geschieht nach den Wechseljahren mit Myomen?

Mit bzw. nach den Wechseljahren (Menopause) kommt es zu einem Absinken des Östrogenspiegels, eines weiblichen Geschlechtshormons, welches das Myomwachstum stimuliert, so dass die Myome schrumpfen und die mit den Myomen verbundenen Beschwerden verschwinden.

Welche Behandlungsmöglichkeit kommt für Sie in Frage?

Sowohl die operativen als auch die nicht-operativen Verfahren haben Vorteile, aber auch Risiken und Nebenwirkungen. Nicht für jede Patientin ist jedes Behandlungsverfahren geeignet, denn neben Ihren Wünschen sind vor allem die Größe, Lage und Zahl der vorhandenen Myomknoten entscheidend. Ebenso sollte in die Entscheidungsfindung einfließen, ob Sie einen Kinderwunsch haben oder ob Sie prinzipiell einen Erhalt der Gebärmutter wünschen oder nicht.

Myomentfernung durch Bauchspiegelung (sog. Laparoskopie)

Diese Art der Entfernung eignet sich vor allem für Myome, die sich größtenteils an der Außenseite der Gebärmutter befinden. Durch einen kleinen Schnitt am Bauchnabel wird eine Hülse mit einer Kamera sowie im rechten und linken Unterbauch zwei weitere Instrumente in den Innenraum der Bauchhöhle eingebracht. Um operieren zu können, wird der Bauchraum vorher mit Kohlendioxidgas aufgedehnt. Die Myome werden aus der Gebärmutter herausoperiert und die entstehenden Wunden werden durch eine Naht verschlossen.

Myomentfernung durch einen Bauchschnitt

Unter Umständen ist es auch einmal nötig, einen Schnitt durch die Bauchdecke zu machen, um die Myome, die tief in der Gebärmutter liegen und sehr groß sind, zu entfernen. Dies wird auch dann nötig sein, wenn sehr viele Myome vorhanden sind und eine Gebärmutterrekonstruktion gewünscht wird. Nach Eröffnung der Gebärmutter und Entfernung der Myome wird die Gebärmutter wie auch der Bauchschnitt durch mehrschichtige Nahtreihen wieder zugehäht.

Gebärmutterentfernung

Die Entfernung der gesamten Gebärmutter kann

je nach Größe des Organs durch die Scheide, per Bauchspiegelung, kombiniert per Bauchspiegelung und durch die Scheide oder, bei einer sehr großen Gebärmutter, auch durch einen Bauchschnitt durchgeführt werden. Die aufgeführten Operationsverfahren werden in der Regel unter Vollnarkose durchgeführt und erfordern 3 bis 7 Tage Krankenhausaufenthalt sowie eine drei- bis vierwöchige Erholungszeit. Eine Schwangerschaft ist danach nicht mehr möglich. Nur wenn der Gebärmutterhals stehen bleibt, tritt danach in einigen Fällen noch eine leichte Schmierblutung auf. Ansonsten wird es auch keine Regelblutung mehr geben.

Zusammenfassung:

Jede Frau mit Myomen kann unterschiedliche Beschwerden und Probleme haben. Deshalb muss die Auswahl der geeigneten Behandlungsmöglichkeiten immer Ihre persönlichen Umstände und Wünsche berücksichtigen. In enger Zusammenarbeit mit Ihrem Frauenarzt / Ihrer Frauenärztin, die meist die Erkrankung bei Ihnen festgestellt hat, zeigen wir Ihnen die Behandlungsmöglichkeiten individuell auf und führen Sie der optimalen Behandlung zu. Für welche Behandlungsmöglichkeit Sie sich letztendlich nach unserer Beratung auch entscheiden, Sie sollten wissen, dass Myome heute

erfolgreich behandelt werden können. Die Gebärmutter kann in vielen Fällen durch eine medikamentöse Behandlung bzw. durch verbesserte Operationsverfahren erhalten werden. Dabei ist die Gebärmutterentfernung immer nur eine unter mehreren Behandlungsverfahren. Ihre Entfernung sollte immer erst nach intensiver Erörterung von Vor- und Nachteilen gebärmuttererhaltender Therapien erfolgen. Die Gebärmutter ist das zentrale Organ im Unterbauch der Frau. Es ist nicht nur für die Lebensphase der Familienplanung da. Vor einer Entfernung sollte immer geklärt werden, ob organerhaltende Therapieverfahren Ihre Beschwerden ausreichend lindern oder beseitigen können.

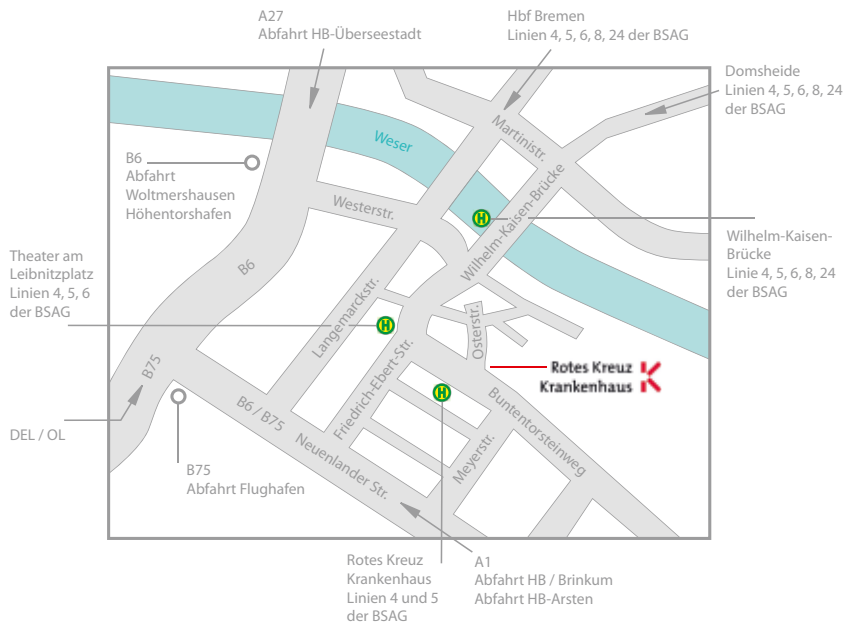
Bitte besprechen Sie alle weiteren Fragen nochmals mit Ihrer Frauenärztin / Ihrem Frauenarzt und treffen Sie Ihre Entscheidung nach vertrauensvoller Aufklärung und Beratung.

Unsere Myomsprechstunde findet im Rotes Kreuz-Krankenhaus statt. Für unsere Myomsprechstunde können Sie sich unter unserer freecall-Nummer anmelden: 0800 7237322.

**Bei speziellen Fragen oder Problemen wenden Sie sich per e-mail an:
info@umlandt-bremen.de.**



Ihr Weg zu uns



Rotes-Kreuz-Krankenhaus / Ärztehaus Forum K

Sie kommen mit der Bahn: BSAG-Haltestellen Wilhelm-Kaisen-Brücke (Straßenbahnlinie 4, 5, 6, 8 und Bus Nr. 24), Theater am Leibnitzplatz (Straßenbahnlinien 4, 5 und 6) und Rotes Kreuz Krankenhaus (Straßenbahnlinie 4 und 5). Sie erreichen uns mit diesen Linien vom Hauptbahnhof aus ebenso wie von der ›Domsheide‹ in der Bremer Innenstadt.

Sie kommen mit dem PKW: Bitte ›Leinestraße, 28199 Bremen‹ ins Navigationssystem eingeben. Auf dem Klinikgelände befindet sich ein kostenpflichtiges Parkhaus. Zugang zur Praxis mit dem Aufzug Ärztehaus Forum K, 1. Etage.

Auf dem Klinikgelände: Bitte folgen Sie innerhalb des Ärztehauses Forum K der Beschilderung ›Praxis Dr. Umlandt/Dr. von Forstner‹. Der Eingang zur Praxis befindet sich gegenüber dem Ambulanten Operationszentrum AOZ.

- Zugang über Osterstraße 1a, Ärztehaus Forum K, 1. Etage
- Zugang über den Haupteingang der Klinik, Sankt- Pauli-Deich 24, vor der Haupthalle rechts zum Eingang Ärztehaus Forum K, 1. Etage



näkGYN
Dr. med. Andreas Umlandt
Rotes-Kreuz-Krankenhaus

Dr. med. Andreas Umlandt
Wachtstr. 17-24
28195 Bremen

..freecall 0800 7237322
info@umlandt-bremen.de
www.näk-gyn.de

