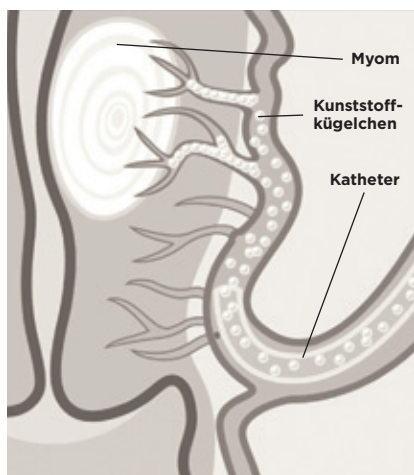


NEUE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR GUTARTIGE GEBÄRMUTTERKNOTEN



BEI FRAU MÜLLER, 44-JÄHRIG, WURDE VOR DREI JAHREN EINE VERGRÖSSERTE GEBÄRMUTTER DIAGNOSTIZIERT. DIE URSACHE WAREN GUTARTIGE GESCHWULSTE (MYOME). DIE REGELBLUTUNGEN VERSTÄRKTEN SICH, KOMBINIERT MIT DUMPFFEN SCHMERZEN IM BECKEN. EBENSO VERSPÜRTE SIE DEN DRANG ZUM HÄUFIGEN WASSERLASSEN MIT DRUCK AUF DER BLASE. DIE FRAUENÄRZTIN ÜBERWIES FRAU MÜLLER AN EINEN SPEZIALISTEN FÜR INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE. DIESER BEHANDELTE DAS MYOM ERFOLGREICH MIT EINER SOGENANTEN EMBOLISATION, BEI DER DIE GEBÄRMUTTER ERHALTEN BLEIBT. BEI FRAU MÜLLER HABEN SICH DIE BLUTUNGEN WIEDER NORMALISIERT UND AUCH DIE SCHMERZEN SOWIE DAS DRUCKGEFÜHL SIND VERSCHWUNDEN.

Myome sind die häufigsten gutartigen Gewebeveränderungen der Gebärmutter. Von Beginn der Gebärfähigkeit bis über die Wechseljahre hinaus trägt ca. jede dritte Frau Myome in sich. Sie wachsen aus der Muskelschicht der Gebärmutterwand und sind fester als das weibliche Organ. Nehmen Myome an Grösse zu, vergrössert sich hiermit auch die Gebärmutter. Fast 20 Prozent der betroffenen Frauen leiden an Symptomen – oft über Jahre hinweg.

Typische Symptome sind lang andauernde starke Regelblutungen, dumpfer Beckenschmerz, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Fremdkörpergefühl im Bauch und ungewollte Kinderlosigkeit. Drückt das Myom auf die Blase, entsteht zunehmender Harndrang. Druck auf den Darm kann zudem mit Verstopfungsgefühlen einhergehen.

WAS SIND DIE URSACHEN?

Die Veranlagung für Myome ist genetisch bedingt. Ihr Wachstum ist abhängig vom Hormonhaushalt. Lage, Anzahl und Grösse können stark variieren. Diese gutartigen Geschwulste sind kein Krebs. Verursachen sie keine Beschwerden, bedarf es keiner Behandlung – eine Routine-Untersuchung reicht aus.

WIE FINDE ICH HERAUS, OB MYOME DIE URSACHE MEINER BESCHWERDEN SIND?

Anzuraten ist eine frauenärztliche Untersuchung, einschliesslich Ultraschall, um die Myome zu lokalisieren. Die Magnetresonanztomografie (MRT) liefert detaillierte Bilder, die für eine optimale Diagnose und Therapieplanung hilfreich sind.

WELCHE MYOM-THERAPIEN GIBT ES?

Vorübergehend können Myom-Beschwerden medikamentös behandelt werden. Eine Dauerlösung ist das nicht. Operativ können Gynäkologen entweder nur die Myome oder – als letzte Möglichkeit – die Gebärmutter entfernen. Interventionelle Radiologen bieten einfache, aber effektive, minimal-invasive und organerhaltende Myom-Therapien an. Hier ist vor allem die evidenzbasierte «Uterusmyom-Embolisation» zu nennen.

Die Embolisation von Gebärmutterknoten ist heute gut etabliert und wissenschaftlich bestens anerkannt. Die Methode der Embolisation wurde nach langjähriger Erfahrung mit dem Prädikat der höchsten medizinischen Beweiskraft (Evidenz) versehen, was den Nutzen für die Patientinnen beweist. Entsprechend ist der Eingriff eine Kassen-Pflichtleistung. Nach der Intervention ist eine Frau schon nach ein bis zwei Wochen wieder arbeitsfähig.

WAS IST EINE MINIMAL-INVASIVE MYOMEMBOLISATION?

Die Myomembolisation wird von einem interventionellen Radiologen durchgeführt, der eng mit dem behandelnden Gynäkologen zusammenarbeitet. Minimal-invasiv bedeutet: So wenige und so kleine Öffnungen der Haut während des Eingriffs wie möglich. Bei der Myomembolisation erfolgt ein kleiner Einstich in der Leistengegend. Der Eingriff erfolgt unter örtlicher Betäubung. Die Patientin kann sich während der 60- bis 90-minütigen Behandlung mit dem Arzt unterhalten.

Diese Therapieform nutzt die Tatsache, dass Myome für ihr Wachstum Nährstoffe über die eigene Blutzufuhr beziehen. Die Versorgung erfolgt über die Gebärmutterarterie. Diese Blutversorgung macht man sich im Falle der Embolisation zunutze, um über einen dünnen Plastikschlauch (Katheter) sandkorngrösse Kunststoffpartikel mit dem Blutfluss in die hauchdünnen Gefässverzweigungen und direkt an die Myome schwimmen zu lassen. Werden die myomversorgenden Gefässverzweigungen künstlich verstopft, veröden sie. Das Myom ist damit von der nähr- und wachstumsversorgenden Blutzufuhr getrennt.

Die behandelten Myome verbleiben in der Gebärmutter. Bisherige Erhebungen ergaben, dass sich starke Regelblutungen in über 90% der Fälle normalisieren. Allfällig vorliegende Schmerzsymptome bessern sich ebenfalls in bis zu 90% der Fälle. Eine Grössenreduzierung der behandelten Myome beginnt innerhalb der ersten drei bis vier Monate. Damit können Druckgefühle auf andere Organe gelindert werden. Der Schrumpfungsprozess kann manchmal über 12 Monate andauern. Da Myome nicht von heute auf morgen gewachsen sind, ist die behutsame Reduktion eine natürliche Reaktion des Körpers. Bei einigen Frauen wurden Grössenreduzierungen der embolisierten Myome von bis zu 50% beobachtet.

VIELE PATIENTINNEN WÜNSCHEN EINE ERHALTUNG DER GEBÄRMUTTER – DIESE SCHONENDE METHODE MACHT ES MÖGLICH.

MYOMEMBOLISATION UND SCHWANGERSCHAFT

Aufgrund unzureichender Datenlage kann zum heutigen Zeitpunkt nicht sicher gesagt und vorhergesehen werden, ob die Fruchtbarkeit der behandelten Frau erhalten bleibt. Daher wird Frauen geraten, eine Myomembolisation erst nach abgeschlossener Familienplanung durchzuführen. Es gibt jedoch Frauen, die nach dem Eingriff schwanger geworden sind.

UMFASSENDE VORSORGE- UND NACHSORGEPROZESS

Mögliche Vorerkrankungen, Veränderungen des kleinen Beckens und Hormonbehandlung sollten im Vorfeld mit dem behandelnden Arzt besprochen und eine allfällige Verhütungsspirale sollte entfernt werden. Auch darf zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Unterleibsentzündung vorliegen. Bei einem ausführlichen Vorgespräch mit dem interventionellen Radiologen können Frauen allfällige Allergien benennen und so das Risiko einer allergischen

Reaktion auf die notwendigen Kontrastmittel und Medikamente reduzieren, respektive verhindern.

Nach dem Eingriff bleibt eine Frau für zwei bis vier Tage zur Beobachtung in der Klinik. Als Schonzeit für den Körper sollte eine circa zweiwöchige Auszeit genommen werden.

Die langfristige Nachsorge erfolgt durch den Frauenarzt. Es wird empfohlen, Nachsorgeuntersuchungen zur Kontrolle z.B. nach drei, sechs und zwölf Monaten durchzuführen.

AUTOREN



PD DR. MED. SEBASTIAN KOS

Chefarzt Institut für Radiologie und Nuklearmedizin der Klinik St. Anna

Facharzt FMH für Radiologie

European Board of Interventional Radiology (EBIR) und Fähigkeitsausweis Interventionelle Schmerztherapie

T +41 41 208 31 62

sebastian.kos@hirslanden.ch



PROF. DR. MED. A. LUDWIG JACOB

Facharzt FMH für Radiologie

European Board of Interventional Radiology (EBIR) und Fähigkeitsausweis Interventionelle Schmerztherapie

T +41 44 387 29 35

ludwig.jacob@hirslanden.ch



DR. MED. MICHAEL CEBULLA

Facharzt FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe

T +41 41 410 28 38

michael.cebulla@hin.ch



JULIANE ZIELONKA

Gründerin der Plattform

www.uterus-myomatosus.net

Neutrales Fachportal über Myome, Symptome und Myomtherapien

jz@uterus-myomatosus.net

ZENTRUM FÜR MIKROTHERAPIE KLINIK ST. ANNA

St. Anna-Strasse 32, CH-6006 Luzern

T +41 41 208 31 62

mikrotherapie.stanna@hirslanden.ch

www.mikrotherapie.stanna@hirslanden.ch

hirslanden.ch

GLOSSAR

- **EMBOLISATION:** Verstopfung von Gefässen von innen, in diesem Zusammenhang mittels kleinster Partikel (Kügelchen).
- **MYOME:** Gutartige, von der Gebärmutterwand ausgehende Knoten.
- **INTERVENTIONELLE RADIOLOGIE/MIKROTHERAPIE:** Teil der Radiologie, der sich mit minimal-invasiven, bildgeführten Eingriffen beschäftigt.