

# **Abschlussarbeit**

Im Rahmen der Abschlussprüfung der Osteopathie am  
Deutschen Fortbildungsinstitut für Osteopathie in  
Neutraubling

## **Osteopathie als Alternative zur Hysterektomie bei Uterus Myomen**

Single Case Studie

vorgelegt von:

**Ronny Heymann**

**Schneeberg**

**Juni 2013**

# **Abstract**

**Autor: Ronny Heymann**

**Schule: DFO Neutraubling**

**Datum der Publikation: Juni 1013**

**Titel: Kann osteopathische Befundung und Behandlung eine Alternative zur Hysterektomie, bei der Therapie von Uterus Myomen, darstellen?**

**Studienart: Single Case Studie**

## **Fragestellung:**

Begleitend zur betitelten Hauptfrage steht der Zusammenhang mit krampfartigen Unterbauch – sowie lumbalen Schmerzen zur Diskussion.

## **Ausgangssituation:**

Einer 52 Jahre jungen Patientin soll nach der Diagnosestellung von 2 Uterus Myomen die Gebärmutter entfernt werden. Die Mutter einer Tochter sucht nach Alternativen, möchte die OP gerne vermeiden.

## **Studienziel:**

Primäres Ziel ist es, die Symptomatik in Bezug auf Schmerzen während des Menstruationszyklus zu lindern, um den operativen Eingriff zu verhindern. Sekundäres Ziel soll sein, einen positiven Einfluss auf die Größe der Myome zu erreichen, d.h. ihr Wachstum aufzuhalten bzw. sie zu verkleinern. Auf den Zusammenhang zwischen Myomgröße und den Beschwerden der Patientin werde ich später eingehen. **(siehe Punkt 4)**

Als Verifizierung für die Größe der Myome dienen die, vom Gynäkologen, durchgeführte Sonographie bzw. Laparoskopie, welche die Veränderungen der Uterus Myome im Zeitraum von mehreren Jahren dokumentieren.

**Hypothese:**

Durch die Verbesserung der Durchblutung, Mobilität und neurovegetativen Innervation sowie der hormonellen Situation der Gebärmutter wird ein positiver Einfluss auf die Organwandschichten und damit der Myomdarstellung angestrebt. Es ist Teil der osteopathischen Philosophie, dass Größen - und Funktionsveränderungen der Gebärmutter Einfluss auf Unterbauch - und lumbale Schmerzen haben können.

**Methode:**

Befundet und behandelt wurde in 6 Einheiten a 1 Stunde, einmal pro Monat, somit über einen Zeitraum von einem halben Jahr. Im Zeitraum der letzten osteopathischen Behandlung wurde, durch den Gynäkologen, eine Kontroll - Sonographie durchgeführt. Vorausgehend lagen die Myombefunde der letzten Jahre vor.

**Ergebnisse/Schlussfolgerung:**

Neben der Hysterektomie gibt es eine Reihe von nicht operativen Behandlungsmöglichkeiten, die in Zukunft größere Beachtung finden sollten. Dazu gehört auch die osteopathische Behandlung. Es konnte in dieser Einzelfallstudie gezeigt werden, dass ein symptomatischer Uterus myomatosus, durch die osteopathische Intervention, in einem halben Jahr, jene positive Veränderungen erfährt, die für ein Aussetzen der Operation notwendig sind. Bei der Myomgröße konnte ein weiteres Wachstum verhindert werden. Allerdings stellte sich die Auswertung der sonographischen Befunde schwieriger dar, als vermutet. Da die Untersuchungsmethoden und Messgeräte, über die Jahre, laut Gynäkologin, unterschiedlich zu bewerten sind. Die Beschwerden der Patientin konnten, im zyklusfreien Zeitraum deutlich und während der Menstruation in geringem Maße verringert werden. Analgetika können teilweise abgesetzt werden. Osteopathisch stellt sich für mich die craniale Behandlung als vordergründig, in Bezug auf das Myomwachstum, dar, weil die hormonell übergeordneten Organe die Östrogenmenge vorrangig bestimmen und Myome, Östrogene zum wachsen brauchen. Durch die, in dieser Studie, überwiegend durchgeführten peripheren Techniken, wurde kein entscheidender Effekt auf die Myomgröße und damit auf die Schmerzen während der Menstruation erzielt. Somit sind übergeordnete Zentren, wie der Hypothalamus und die Hypophyse, nach dieser Einzelfallstudie, höher zu bewerten, als Durchblutungssituation der Organe des kleinen Beckens, Medikamente und Übergewicht. Allerdings, glaube ich, sind immer mehrere Regulationsstörungen notwendig, damit es zur Ausbildung von Myomen kommt.

### **Tipps und Anregungen für nachfolgende Studien:**

Sinnvoll wäre bei Patientinnen mit Gebärmuttermyomen (oder auch Brusttumoren) die Östrogenmenge im Blut zu messen, anschließend craniosacral zu behandeln, um danach die Werte erneut zu messen. Die Östrogenmenge könnte so in direktem Zusammenhang mit eventuellen Veränderungen der Uterus Myome (oder Brusttumoren) gebracht werden.

Einfluss von Zug - und Druckkräften auf die Ovarien und deren Östrogensekretion. (siehe Punkt 5 Erläuterung der Einflussnahme der Osteopathie auf die Myomgröße)

# **Inhaltsverzeichnis**

- 1 Einleitung**
- 2 Fragestellung**
- 3 Hintergründe**
  - 3.1 Definition Uterus Myom
  - 3.2 Auftreten von Uterus Myomen
    - 3.2.1 subseröse Myome
    - 3.2.2 intramurale Myome
    - 3.2.3 submuköse Myome
    - 3.2.4 intraligamentäre Myome
    - 3.2.5 Zervixmyome
  - 3.3 Epidemiologie
    - 3.3.1 Vorkommen
    - 3.3.2 Ethnizität
    - 3.3.3 Inzidenz
    - 3.3.4 Prävalenz
    - 3.3.5 Lebensstil
  - 3.4 Ätiologie/ Pathogenese
  - 3.5 Klinik
  - 3.6 Diagnostik
  - 3.7 Behandlungsmöglichkeiten
    - 3.7.1 Hormonbehandlung
    - 3.7.2 fokussierter Ultraschall
    - 3.7.3 Myomembolisation

### 3.7.4 Myomenukleation

3.7.4.1 hysteroskopische Myomenukleation

3.7.4.2 laparoskopische Myomenukleation

3.7.4.3 Myomenukleation per Laparotomie

### 3.7.5 Hysterektomie

3.7.5.1 vaginale Hysterektomie

3.7.5.2 laparoskopisch assistierte vaginale Hysterektomie

3.7.5.3 laparoskopische Hysterektomie

3.7.5.4 abdominale Hysterektomie

3.8 Folgen einer Hysterektomie aus osteopathischer Sicht

## **4 Zusammenhang Myomgröße mit lumbalen Schmerzen und Menstruationsstörungen**

## **5 Einflussnahme der Osteopathie auf die Myomgröße**

## **6 Material und Methoden**

6.1 Studiendesign

6.2 Durchführung der Studie

6.3 Messinstrumente

6.4 Einverständniserklärung

6.5 Kontraindikationen

## **7 osteopathischer Befund**

## **8 Behandlung / Diskussion**

## **9 Auswertung Myomgröße und Schmerzsymptomatik**

## **10 Anhang**

## **11 Literaturverzeichnis**

## 1 Einleitung:

Der Antrieb diese Einzelfallstudie durchzuführen ergab sich vor allem aus der Tatsache heraus, dass immer häufiger, Patienten, innere Organe entfernt werden, ohne dass ernste Organpathologien vorliegen. Anscheinend ohne an evtl. Konsequenzen zu denken. Auch wenn die aktuelle Symptomatik gelindert oder vielleicht sogar behoben wird, ist der Preis dafür sehr hoch. Und die Wahrscheinlichkeit, dass andere Symptome folgen, ist groß. Noch immer zählt die Hysterektomie zu den am Häufigsten durchgeführten gynäkologischen Eingriffen. Als wenn es keine Alternativen gäbe, wird der Mensch, unwiederbringlich, eines Organ beraubt.

Abb. 1



**KERNAUSSAGEN**

- Die Hysterektomie-Rate (jedwede Indikation) betrug in Deutschland in den Jahren 2005–2006 362 pro 100 000 Personenjahre.
- Der Anteil vaginaler Hysterektomien wegen gutartiger Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane betrug 55 %.
- Bei 23 % aller Hysterektomien beziehungsweise bei 12 % aller Hysterektomien wegen gutartiger Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane wurde eine bilaterale Ovarektomie durchgeführt.
- Bei 4 % aller Hysterektomien erfolgte eine subtotale Hysterektomie.
- Die bundesland-spezifischen Hysterektomie-Raten wegen gutartiger Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane schwankten zwischen 213,8 (Hamburg) und 361,9 (Mecklenburg-Vorpommern) pro 100 000 Personenjahre.

[1]

<http://www.aerzteblatt.de/archiv/98955/>

(DRG-Statistik nur die in Krankenhäusern erbrachten Leistungen)

Das heißt, die ambulanten Hysterektomien (HE) sind hier nicht mit aufgezählt.

So schrieb Dr. med. Jost Klippel (2012) in seinem Leserbrief im deutschen Ärzteblatt: „So wurden allein in der Altonaer Tagesklinik schon 2005 gut 150 und 2006 knapp 200 ambulante HEs durchgeführt.“

Auch Prof. Dr. med. Matthias David (2012) schrieb in seinem Leserbrief im deutschen Ärzteblatt: „Eine (selbst-)kritische Betrachtung der Hysterektomierate in Deutschland seitens der „gynäkologischen Community“ ist unbedingt notwendig.“

Des Weiteren möchte ich auf den Leserbrief von Herrn Dr. med. Gernot Rott (2012) im deutschen Ärzteblatt verweisen. Er schrieb: „Die Anzahl überflüssigerweise beziehungsweise ohne jegliche Indikation durchgeführter Hysterektomien in Deutschland dürfte leider nach wie vor erschreckend hoch sein.“ [1]

## **2 Fragestellungen:**

Kann Osteopathie, positiv, Einfluss auf die Schmerzsymptomatik und die Größe von Uterus Myomen nehmen und somit eine Alternative zur Hysterektomie und anderen Verfahren darstellen?

## **3 Hintergründe:**

### **3.1 Definition uterus Myom**

Myome sind gutartige Wucherungen der Gebärmutter, bestehend aus Muskelzellen und Bindegewebe, die schnell wachsen, aber auch wieder schrumpfen können. [2]

Jedes Myom entwickelt sich aus einer Muskelzelle der glatten Muskulatur des Myometrium, hat eine bindegewebige Hülle und wird von außen vaskularisiert. [3]

### **3.2 Auftreten von uterus Myomen**

#### **3.2.1 subseröse Myome**

Direkt unter der äußeren Gebärmutterhaut liegend werden sie meist erst im fortgeschrittenen Stadium erkannt, da sie bis dahin oft keine Probleme machen.

### 3.2.2 intramurale Myome

Wachsen inmitten der Muskelschicht der Gebärmutter und bereiten somit Beschwerden bei der Kontraktion der Gebärmutter, durch das Abstoßen der Schleimhaut, die im vorangegangenen Zyklus gebildet wurde. (Menstruation). Symptome sind verstärkte Blutungen, die lang andauern, sowie Menstruationsschmerzen.

### 3.2.3 submuköse Myome

Befinden sich unter der Innenhaut der Gebärmutter und bereiten annähernd die gleichen Symptome wie die intramural gelegenen Myome.

### 3.2.4 intraligamentäre Myome

Sind im Bindegewebe seitlich des uterus im Umfeld der Bänder zu lokalisieren und können neben Unterbauch – Becken – und Beinschmerzen auch die Harnblase irritieren, Infertilität (Unfruchtbarkeit) und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr auslösen.

### 3.2.5 Zervixmyom

Liegen in der Umgebung des Gebärmutterhalses und können somit besonders zu Beschwerden beim Geschlechtsverkehr führen oder in Verbindung mit Miktions – und Defäkationsstörungen gebracht werden.

## 3.3 Epidemiologie [3,4]

3.3.1 Vorkommen: 20-30% bei Frauen über 30 Jahre;  
> 40% bei Frauen über 40 Jahre;  
(bei Autopsie > 77%)

3.3.2 Ethnizität: Asien<Weiss<Latino : Frauen mit dunkler Hautfarbe = 1 : 2-3

3.3.3 Inzidenz: Höchste Inzidenz zwischen dem 40. und 44. Lebensjahr  
Inzidenz uterines Sarkom (Leiomyosarkom) < 0,3 % [4]

3.3.4 Prävalenz: Die Prävalenz der Myome verläuft parallel zu den hormonellen Veränderungen des Lebenszyklusses:

Keine Myome vor der Pubertät.

Kein Wachstum der Myome nach der Menopause.

Die Häufigkeit von Myomen nimmt mit dem Alter bis zur Menopause zu.

Prävalenz des Uterus myomatosus im reproduktionsfähigen Alter:

Symptomatischer Uterus myomatosus: 12-25%

Asymptomatisch: bei 30-70% aller Frauen

Hysterektomiestudie 77% aller Frauen;

Bei Nulliparität häufigeres Auftreten von Myomen als bei Frauen mit Kindern. Je höher die Parität, desto geringer das Myomrisiko.

Keine genetische Disposition, aber symptomatische Myome (Myome mit zusätzlichen Symptomen) sind bei Frauen mit familiärer Belastung signifikant häufiger als bei Frauen mit Myomen ohne familiäre Häufung. [3]

Es liegt also der Verdacht nahe, dass eher die Lebensgewohnheiten vererbt sind. Ob sich die Gene darauf hin verändern können, sollte Gesprächsstoff anderer Diskussionen sein.

#### 3.3.5 Lebensstil:

Höheres Risiko bei Adipositas, Hypertonie, Diabetes mellitus und Verzehr von rotem Fleisch

Geringeres Risiko bei Verzehr von Gemüse und Zitrusfrüchten [3]

Hormonelle Kontrazeptiva, höheres Lebensalter bei der letzten Entbindung und Zigarettenrauchen vermindern das Auftreten von Myomen. [6]

### 3.4 Ätiologie/ Pathogenese

Warum es zur myomatösen Entwicklung kommt, ist bisher nicht endgültig geklärt. Auslöser der Myome scheinen unreife Muskelzellen des Myometrium mit bindegewebigem Anteil zu sein. Myome brauchen zum wachen Östrogene und Progesteron. [4]

Leiomyofibrome nennt die Schulmedizin Myome, mit einem hohen bindegewebigen

Anteil. Aber auch Wachstumsfaktoren der Angiogenese und fibrotische Prozesse spielen neben den Steroiden eine entscheidende Rolle [3]

### **3.5 Klinik**

Auf die Symptome bin ich schon unter Punkt 3.2 eingegangen und möchte hier nur ergänzen. Ca. 20 % der Frauen mit Myomen sind symptomfrei, bei 40-50 % treten Menstruationsstörungen auf. [7] Definition: Als Menstruationsstörung wird die Abweichung vom normalen Monatszyklus (28 Tage) der Frau bezeichnet. Die Literatur unterscheidet Rhythmusstörungen. Hier ist das Intervall zwischen den Blutungen verändert. Typusstörungen, bei der die Blutungsstärke größer oder kleiner 30 ml beträgt. Regelschmerz und das Ausbleiben der Regel zählen ebenfalls dazu. [8,9]

Außerdem kommt es häufig zu Unterbauch - sowie lumbalen Schmerzen, Obstipation und Blasenentleerungsstörungen. Aus osteopathischer Sicht werden auch z.B. Kopfschmerzen Brachialgien und Ischialgien in Verbindung mit Uterus Myomen gebracht.

Nur symptomatische Uterus Myome sind behandlungswürdig. Dazu zählen aber auch schnell wachsende Myome (Gefahr eines Sarkoms) und wenn, bei einer Schwangerschaft, der sich entwickelnde Fötus behindert oder eingeengt wird. So ist mittlerweile die breite Meinung in der Literatur. Aus meiner Sicht würden oft Organ erhaltende Maßnahmen völlig ausreichen, um die Beschwerden zu lindern bzw. zu beseitigen.

### **3.6 Diagnostik**

Mittel der Wahl ist im Moment die Sonographie. Oft kann bei größeren Myomen der Palpationsbefund schon aussagekräftig sein. Bei unklaren sonographischen Befunden wird mittels Computertomographie (CT) und Magnetresonanztomographie (MRT), mit Kontrastmittel (um die Durchblutungssituation der Myome einschätzen zu können) agiert. Durch eine diagnostische Laparoskopie (Bauchspiegelung) können ebenfalls Myombefunde gestellt werden. Hier werden besonders subseröse, intramurale und intraligamentäre Myome gefunden. Submuköse und Zervixmyome hingegen werden eher bei der Hysteroskopie (Gebärmutter Spiegelung) diagnostiziert. Besteht der Verdacht, dass ein Myom den Harnleiter bedrängt, kann ein Pyelogramm hilfreich sein. Hier können durch intravenös verabreichtes Kontrastmittel die Harnwege dargestellt werden. Um ein Karzinom auszuschließen, wird eine Abrasio (Ausschabung) durchgeführt.

### 3.7 Behandlungsmöglichkeiten

Es ist mir in meinem Praxisalltag schon häufig aufgefallen, dass die Patientinnen nur über die operativen Methoden aufgeklärt werden und die konservativen Alternativen nicht kennen. So auch bei der hier beschriebenen Patientin, der ich hier noch einmal meinen Dank für die gute Zusammenarbeit aussprechen möchte. Sie war sehr erfreut und erleichtert zu erfahren, dass sie anscheinend eine Wahl hat.

Prof. Dr. med. Gerlinde Debus schreibt in ihrem Buch: Gebärmutterentfernung?! „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.“ [2]

#### 3.7.1 Hormonbehandlung

Kommt bei Frauen zum Einsatz, die sich kurz vor der Menopause (letzte, spontan, von den Eierstöcken gesteuerte Menstruationsblutung) befinden. Oder als Überbrückungsbehandlung vor einer OP. Da die Myome Östrogene zum wachsen brauchen, kann über die Hormongabe das Wachstum gestoppt werden bzw. die Schrumpfung erfolgen. Zur Anwendung kommen Antiöstrogene und Gestagene. Auch die Einlage mit einer Gestagen beladenen Spirale ist möglich. [9] Wie unter 3.3.4 beschrieben wachsen die Myome nach der Menopause nicht mehr. Somit ist diese Maßnahme, mit hoher Wahrscheinlichkeit, ohne Rezidiv, bleibt jedoch ein Eingriff in das Hormonsystem. [2,9]

#### 3.7.2 Fokussierter Ultraschall (MRgFUS) . [2,9,10]

Ist wie die Hormonbehandlung eine nicht invasive (die Integrität des Körpers wird nicht verletzt) Behandlungsmethode. Sie ist die neueste Methode zur Verkleinerung von Myomen. Unter Steuerung und Überwachung des MRT werden fokussierte Ultraschallwellen auf das Myom gerichtet und somit das Gewebe auf 60 – 80° C erhitzt. Damit wird das Myomgewebe punktgenau eingeschmolzen und zerstört. Das umliegende Gewebe bleibt verschont. Die Prozedur dauert mehrere Stunden, abhängig von der Größe der Tumoren, und kann schmerzhaft sein. Die Patienten sollen ein bis zwei Tage nach der Therapie wieder normal belastbar sein.

Vorteil: Es ist eine sehr schonende Methode, ohne operativen Eingriff und mit guten Erfolgen

Nachteil: Größere (> 8cm) und sehr gut durchblutete, sowie ungünstig gelegene Myome können nicht mit dieser Methode behandelt werden. Die Patientinnen müssen ca. 3 Stunden Bauchlage tolerieren. Ebenso müssen sich Patientinnen, die nicht MRT tauglich sind (Schwangere, Patienten mit Herzschrittmacher, Allergie auf gadoliniumhaltige MRT Kontrastmittel oder Klaustrophobie) nach anderen Alternativen umsehen. Wie Schwangerschaften nach der Sonifikation (Abtragen des Myomgewebes) verlaufen, ist bisher noch nicht geklärt.

### 3.7.3 Myomembolisation

Hier soll die Durchblutung und damit die Versorgung der Geschwulst unterbrochen werden. Unter Röntgenkontrolle werden, durch einen in die Leistenarterie bis zur Gebärmutter versorgenden Arterie (A.uterina) eingebrachten Katheter, biologisch verträgliche, Kunststoffkügelchen eingespritzt, welche sich in den Verästelungen festsetzen. Dadurch wird das Myom nicht mehr mit Sauerstoff versorgt und stirbt ab. Fresszellen sorgen für den Abtransport des abgestorbenen Gewebes. [2,9,10]

Vorteil: Bisher gute Ergebnisse. Auch Schwangerschaften konnten später verzeichnet werden. [2]

Nachteil: Stärkere Schmerzen treten auf, die ca. eine Woche anhalten können und der Intensität der Schmerzen nach der Hysterektomie gleichen. Belastung durch Röntgenstrahlen. Die Familienplanung sollte abgeschlossen sein, da Unfruchtbarkeit auftreten kann wenn nahe liegende Arterien (z.B. A.ovarica) [10] mit involviert werden.

### 3.7.4 Operative Entfernung des Myoms per Ausschälung (Myomenukleation)

Es gibt verschiedene Wege der Myomenukleation bzw. Myomektomie. Diese sind von der Lage, Größe und Anzahl der benignen (gutartigen) Tumoren abhängig.

#### 3.7.4.1 hysteroskopische Myomenukleation

Bei submukösen (s. 3.2.3) und in die Gebärmutter hineinragenden Myomen findet diese Art ihre Anwendung. Mittels einer elektrochirurgischen Schlinge wird die Geschwulst in Schritten abgetragen.

#### 3.7.4.2 laparoskopische Myomenukleation

Chirurgische Instrumente werden über die Bauchdecke und den Bauchnabel in den Bauchraum eingeführt, welcher mit CO<sup>2</sup> etwas aufgeblasen wird, um dem Operateur die Sicht zu verbessern. Es folgt ein Kapselschnitt am subserösen (s.3.2.1) Myom, das somit freiliegt. Nun wird der Tumor ausgeschält, im Bauchraum zerkleinert, und über die Instrumente nach außen transportiert.

#### 3.7.4.3 Myomenukleation per Laparotomie

Wird bei größerer Anzahl, ungünstig und intramural gelegenen Myomen angewandt. Durch einen Schnitt in die Bauchdecke wird der Zugang zum uterus und den Geschwülsten geschaffen, dieselben ausgeschält und entfernt.

Vorteile: Gebärmutter erhaltende Methode die, außer bei der Laparotomie Variante, schonend und mit geringem Risiko durchgeführt wird.

Nachteile: Es ist eine Vollnarkose notwendig. Die Myome können erneut auftreten. Die Rezidivrate liegt, laut Onmeda [9], bei 15 %. Besonders bei der Laparotomie besteht erhöhte Infektionsgefahr, vermehrter Blutverlust, Gewebe können verletzt werden und Narben entstehen, die zu Mobilitätsstörungen im Bauchraum führen können. [10]

#### 3.7.5 Operative Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie) [9 -17]

In der Gynäkologie gehört die Gebärmutterentfernung zu den Standardeingriffen. In 2008 wurde diese Methode in Deutschland, laut Onmeda [9], über 130000 Mal vorgenommen. In etwa 90 % der Fälle wegen gutartiger Erkrankungen, wobei der Uterus myomatosus an erster Stelle steht.(Vergleiche unter Punkt 1 Einleitung) Eingesetzt wird die Hysterektomie vor allem bei Patientinnen mit starken Schmerzen, Hypermenorrhoe (verstärkte Regelblutung über 30ml) mit der Folge der Anämie (Blutarmut). Oder wenn

mehrere Myome auf großer Oberfläche anwesend sind und damit die Wunde nach der Ausschälung zu groß wäre. Außerdem bei schnell wachsenden Myomen. [10] Für den Eingriff stehen dem Arzt mehrere Varianten zur Verfügung:

#### 3.7.5.1 vaginale Hysterektomie (VH)

Ist diese Operationsmethode möglich, ist sie die schonenste aller Hysterektomien. Der Eingriff erfolgt über die Scheide.

#### 3.7.5.2 laparoskopisch assistierte vaginale Hysterektomie (LAVH)

Zusätzlich zum vaginalen Zugang wird minimal invasiv (sehr kleine Einschnitte, 5-10 mm) über die Bauchdecke gearbeitet.

#### 3.7.5.3 laparoskopische Hysterektomie (LH)

Hier wird in laparoskopisch supracervicale (LASH) und – totale laparoskopische Hysterektomie (TLH) unterschieden. Bei der LASH bleibt der Gebärmutterhals erhalten. Nur der Gebärmutterkörper wird entfernt. Bei der TLH wird beides entfernt. Auch hier handelt es sich um minimal invasive Eingriffe. Der Zugang erfolgt über mehrere kleine Schnitte in der Bauchdecke. Die Gebärmutter selbst wird über die Scheide entfernt.

#### 3.7.5.4 abdominale Hysterektomie (AH)

Diese Methode findet bei sehr großen Myomwucherungen ihre Anwendung. Kurz oberhalb der Schamhaargrenze wird ein Bauchdeckenschnitt (Bikini Schnitt) gesetzt und somit der Bauchraum eröffnet.

**Vorteile:** Ein Nachwachsen der Myome ist nicht möglich. Das Risiko einer uterus Karzinomerkrankung wird ausgeschlossen. Für einige Frauen ist das Ausbleiben der Regelblutung ein Vorteil.

**Nachteile:** Komplikationen wie Infektionen, Verletzungen von Blase, Darm oder Harnleiter, Nachblutungen und Verwachsungen sind ebenso zu beachten wie Nebenwirkung durch die Vollnarkose oder die psychischen Auswirkungen. Welche Bedeutung hat die Gebärmutter für die Patientin? Auch wird der Hormonhaushalt, selbst bei Erhalt der Ovarien (Eierstöcke),

nicht unbelastet bleiben, da die ovarial zuführenden Gefäße bei der OP abgeklemmt werden und dies die Hormonproduktion drosselt. [10]  
 Zukünftige Schwangerschaft ist nicht mehr möglich. Diese Methode setzt die abgeschlossene Familienplanung voraus.

Tabelle 1

|   | Gebärmutter-<br>Entfernung   | Myom-<br>Entfernung   | Myom-<br>Embolisation  | Fokussierter Ultraschall                                 |
|---|--|---|--|--|
| <b>Krankenhaus-<br/>aufenthalt</b>                          | 2-5 Tage   | 1-3 Tage  | 1 Tag  | 0  |
| <b>Komplikations-<br/>rate</b>                              | 2-50%  | 2-34%   | während des<br>Eingriffs: 10%,<br>postoperativ:<br>2%                          | <3%  |
| <b>Rückkehr zu<br/>normalen<br/>Aktivitäten</b>             | 28-56 Tage   | 44 Tage   | 10 Tage  | 1 Tag  |
| <b>Bleibt Fertilität<br/>erhalten?<br/>(Gebärfähigkeit)</b> | nein   | bei ca. 50%<br>der Frauen<br>erhöhtes<br>Schwangerschaftsrisiko<br>(Kaiserschnitt,<br>Abgang) | eventuell nein   | ja   |
| <b>Nachteile</b>  | keine<br>Schwangerschaft<br>mehr möglich,<br>psychische<br>Belastung | bei 30% erneute<br>Therapie innerhalb von<br>5 Jahren notwendig                               | häufig<br>Schmerztherapie<br>nach OP<br>notwendig; bei<br>30% neue<br>Therapie | schlecht wirksam für sehr<br>stark durchblutete<br>Myome |

[10] Mit freundlicher Genehmigung von Herrn Dr. Matthias Matzko Imaging Service AG

**Vermerk von Herrn Dr. Matzko:** Zu beachten ist, dass die Komplikationsraten für die operativen Verfahren recht hoch angegeben sind, da in den entsprechenden Studien aus dem angloamerikanischen Raum auch starke Schmerzen als Komplikation gelten.

### **3.8 Folgen einer Hysterektomie aus osteopathischer Sicht**

Ist eine Hysterektomie erfolgreich und komplikationslos verlaufen, stellt sich in den meisten Fällen die Symptomatik für den Patienten deutlich gelindert bis zur Beschwerdefreiheit dar. Oft treten erst Jahre später neue Symptome auf, welche sich, nach erfolgreicher osteopathischer Behandlung, durchaus auf den operativen Eingriff zurückführen lassen. So berichten mir Patienten von Lumbalgien (Schmerzen im Lendenwirbelbereich), Verdauungsstörungen, Ischialgien (Schmerzen im Bereich des Versorgungsgebietes des N. ischiadicus im Becken- und Beinbereich), bis hin zu Refluxösophagitis (bezeichnet den pathologischen Rückfluss von Magensäure aus dem Magen in die Speiseröhre), Schluckstörungen, Schulter – Arm – Beschwerden und Kopfschmerzen. Um nur einige zu nennen. Die Auswirkungen durch Vernarbungen bzw. Verwachsungen im Unterbauchbereich, Dünndarmsenkungen ( - in den Bereich hinein, an dem, vor der Hysterektomie, der Uterus anwesend war) und Beckenasymmetrien können vielfältig sein und ergeben sich aus den veränderten anatomischen Gegebenheiten. Guido Meert schreibt in seinem Buch "Das Becken aus osteopathischer Sicht": „Wenn man von oben in das weibliche Becken hineinschaut, breitet sich das Peritoneum (Bauchfell) wie ein Spinnennetz über die weiblichen Organe.“ „Der Fundus und Corpus uteri sind fest mit dem Peritoneum verwachsen, das in der klassischen Medizin auch als Perimetrium bezeichnet wird.“<sup>[18]</sup> Die Gebärmutter ist also bindegewebig verbunden mit ihrer Umgebung, aus der sie, bei der Hysterektomie, herausgelöst wird. Es entstehen durch Vernarbungen und Verwachsungen neue Verbindungen, die mit der Zeit pathologische Zug – und Scheerkräfte auslösen können. Diese werden sich über verschiedene fasciale Wege in den gesamten Körper fortsetzen. In den Abbildungen 2 und 3 sind einige fasciale Verbindungen aufgeführt.

Außerdem sind die dem Uterus zuführenden Gefäße mit ihren umhüllenden Nerven, Lymphgefäße und vegetativen Nerven in Verstärkungszügen des Peritoneum eingebettet, welche, bei der Gebärmutterentfernung oder, durch Narben, später, in Mitleidenschaft gezogen werden können. Dies kann venös – lymphatische Stauungen sowie segmentale Störungen hervorrufen.

Nicht außer Acht lassen sollten wir den psycho-emotionalen Aspekt. Sicherlich überlegt sich eine Frau vor dem Eingriff, ob sie auf die Gebärmutter verzichten kann und berät sich ausgiebig mit ihrem Arzt. Jedoch sind die Umstände zu diesem Zeitpunkt doch anders,

bedenkt man die Schmerzen, evtl. heftigen Blutungen oder z.B. Blasenfunktionsstörungen. Einige Frauen fühlen sich nach der Hysterektomie nicht mehr als „vollständige“ Frau.

Abb. 2 Die Faszien des kleinen Beckens bei der Frau [19]

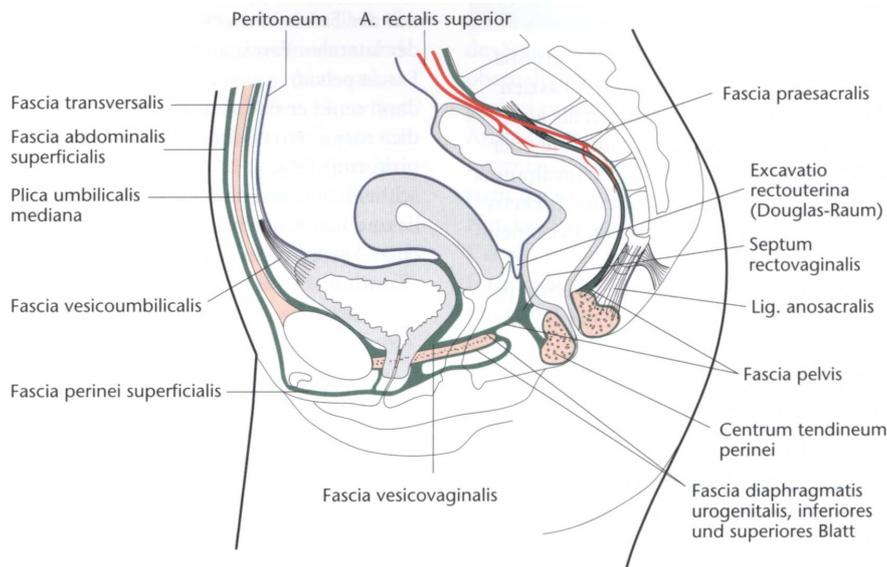
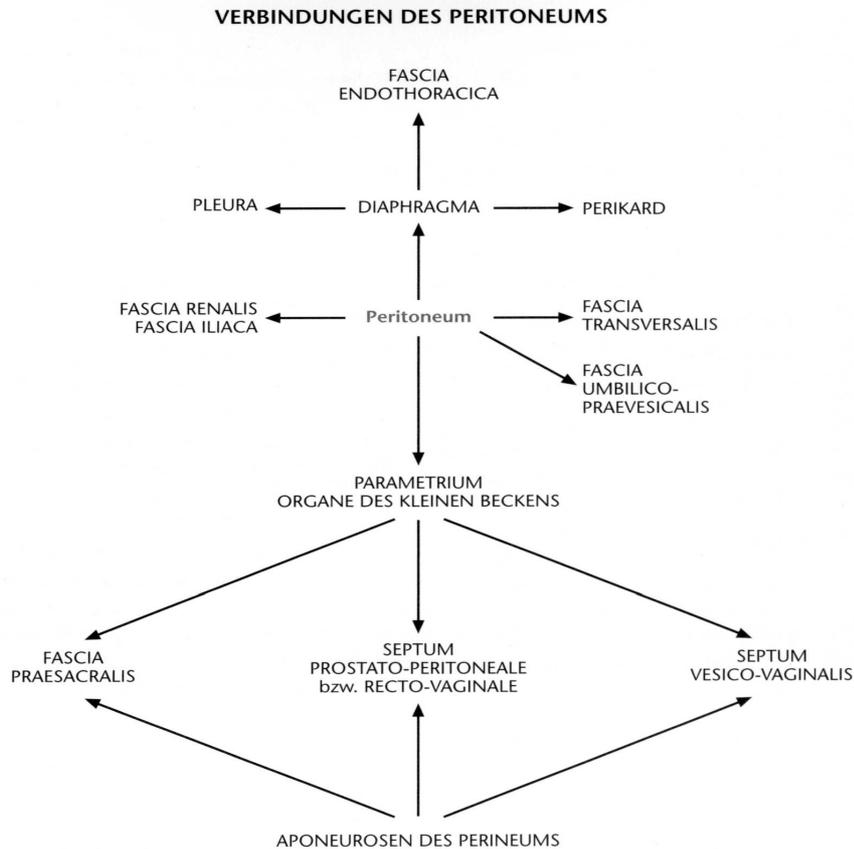


Abb. 3



[Aus: Paoletti, S. 2011, Faszien, Anatomie, Strukturen, Techniken, spezielle Osteopathie, 2. Auflage, München, Urban und Fischer Verlag],

#### **4 Hypothese über den Zusammenhang der Myomgröße mit lumbalen Schmerzen und Menstruationsstörungen**

Hintergrund meiner Überlegungen ist ein Grundprinzip der Osteopathie, das den Zusammenhang zwischen Form und Funktion einer Struktur beschreibt. Die Struktur regiert die Funktion und die Funktion formt die Struktur. So werden z.B. intramurale Myome (s.3.2.2) die Kontraktion des Uterus während des Menstruationszyklus beeinflussen. Krampfartige Unterbauchschmerzen sind die Folge. Ebenso wird ein Myom, je nach Ausdehnung, eine kleine oder größere Raumforderung darstellen, welche Auswirkungen auf benachbarte Strukturen, wie Bänder, Nerven, Gefäße, Organe, Bindegewebe oder Muskulatur haben. So kann ein subseröses Fundusmyom das Peritoneum, das Lig latum uteri und oder die Lamina SRGVP (Verbindung zwischen sacrum-rectum-uterus/vagina-vesica urinaria-Os pubis in posterior - anteriorer Richtung, in der neurovegetative Nerven und Gefäße für die Organe im kleinen Becken verlaufen) [18] irritieren. Lumbale und sacrale Schmerzen können ausgelöst oder ihre Segmente fasziiert werden.

#### **5 Erläuterung der Einflussnahme der Osteopathie auf die Myomgröße**

Um den Einfluss der Osteopathie auf Uterus Myome zu analysieren, muss die Ursache für deren Entstehung und Unterhaltung ergründet werden. In der Literatur ist zur Zeit nichts Aussagekräftiges zu finden, außer dass Östrogene (auch häufig als Estrogene bezeichnet) für das Wachstum dieser gutartigen Tumoren mit verantwortlich sind. (s.3.4) Östrogen ist ein Oberbegriff für die wichtigsten weiblichen Geschlechtshormone, wie Estradiol, Estron und Estriol. Über 30 verschiedene Hormone sind in dieser Gruppe zusammengefasst. Sie werden in den Eierstöcken und in geringem Maße in der Nebennierenrinde sowie im Unterhautfettgewebe gebildet. [20] Wie im Abschnitt 3.3.5 Epidemiologie/Lebensstil beschrieben, zählt auch Adipositas zu den Risikofaktoren für Uterus Myome. Mehr Fettgewebe wird dann auch mehr Östrogene produzieren! Außerdem ist bekannt, dass das Follikelstimulierende Hormon (FSH) die Bildung von Östrogenen anregt. Es wird im Hypophysenvorderlappen (auch Adenohypophyse genannt) produziert. Gesteuert wird diese Produktion aber vom Gonadoliberin Hormon (GnRH) welches im Hypothalamus

gebildet wird. [23] Somit haben Hypophyse und Hypothalamus entscheidenden Einfluss auf die Östrogenmenge im Körper. Könnten Dysfunktionen im cranialen Bereich vielleicht Schwankungen im Hormonstoffwechsel auslösen? Eine weitere Östrogenproduktionsstätte ist in der Schwangerschaft die Plazenta. Da aber mit jeder Geburt, das Myomrisiko sinkt, sollte dies nicht als Auslöser in Betracht kommen. (s.3.3.4) Wissenschaftler haben festgestellt, dass Östrogene die Uterus Schleimhaut gut durchbluten. Dies ist auch notwendig, wenn eine Eizelle in den Follikeln der Ovarien heranreift und die Gebärmutter auf die Einnistung vorbereitet wird oder der Fötus später gut versorgt (Plazenta) werden soll. Im nicht schwangeren Zustand sollte die normale („nicht Östrogen gestützte“) Durchblutung ausreichen. In Myomen wurde Aromatase (Enzym zur Biosynthese von Östrogenen) gefunden. [21] Ist es möglich, dass eine schlecht durchblutete Gebärmutter, selbst versucht, den eigenen Stoffwechsel anzuregen und so Tumoren entstehen? So wie es auch bei Brusttumoren der Fall ist. Czichos J., (15 August 2011) schreibt in einem Artikel in Wissenschaft aktuell: „In der Mehrzahl der Fälle haben weibliche Sexualhormone eine stimulierende Wirkung auf das Wachstum von Brusttumoren. Ist die Östrogenproduktion im Brustgewebe selbst erhöht, begünstigt das die Krebsentwicklung besonders stark.“ Dies geht aus Versuchen, US amerikanischer Mediziner, mit gentechnisch veränderten Mäusen hervor. Er schreibt weiterhin: „ Demnach spielt die verstärkte Aktivität des östrogenbildenden Enzyms Aromatase für die Krebsentstehung eine wichtigere Rolle.“ [22] Osteopathisch wäre demnach die Normalisierung des Stoffwechsel der Gebärmutter und der umgebenden Strukturen, aber auch ein ausbalanciertes cranium, anzustreben, um ein funktionierendes Immunsystem und die natürliche Homöostase herzustellen. Der nächste Östrogen Lieferant sind Medikamente wie die Antibabypille. Enthalten sind synthetische Östrogene wie Ethinylestradiol. Auch zur Hormontherapie in den Wechseljahren werden solche Östrogene zur Anwendung gebracht. Meiner Meinung nach ist es nicht verwunderlich, dass der Hormonhaushalt in den Wechseljahren durcheinander gerät, da die natürliche Umstellung, durch die vorherigen hormonellen Eingriffe, nicht reibungslos ablaufen kann. Heute wird die „Pille“ auch in Zusammenhang mit Brustkrebs und Thromboembolie gebracht. Als letztes möchte ich noch eine Hypothese aufzeigen, zu der ich durch den Kurs „Magen“ der Osteopathieausbildung kam. Beschrieben wurde dort der Einfluss von Zugkräften auf den Magen und der damit verbundenen Magensäureproduktion. Interessant wäre zu wissen, ob auf die Eierstöcke einwirkende Zug – und Druckkräfte in Zusammenhang mit der Sekretion von Östrogenen gebracht werden können. Dies kann Ausgangspunkt anderer wissenschaftlicher Untersuchungen sein. Sicher

sind es mehrere Ursachen und Umstände, die zur Ausbildung von Gebärmuttermyomen führen. Übergeordnet können wir, so glaube ich, die heutige Lebensweise als Hauptindikator für die Entstehung, generell von Tumoren, heranziehen.

Zusammenfassung:

Östrogenproduzierende Strukturen:

- Graaf Follikel (Eibläschen) und Corpus luteum (Gelbkörper) der Eierstöcke während der Reifephase
- Fettgewebe, Leber, Haarfollikeln und Gehirn (auch beim Mann)
- Plazenta (Mutterkuchen) während der Schwangerschaft
- In geringem Maße in der Nebennierenrinde (auch beim Mann)
- Myome selbst
- Beim Mann im Hoden

Steuerung der Östrogenproduktion:

- Hypophyse (Hirnanhangdrüse)
- Hypothalamus (Teil des Zwischenhirn)

Einfluss der Osteopathie in Bezug auf Östrogene als Wachstumsvoraussetzung für Myome:

- Mobilitäts- – und Stoffwechselförderung der Organe und Strukturen des kleinen Beckens, besonders Ovarien und Uterus
- Befundung und Behandlung cranialer Dysfunktionen und damit Wirkung auf Hypothalamus und Hypophyse
- Segmentale Störungen beseitigen Th10-L2 und S2-S4
- In Absprache mit dem behandelnden Arzt, Verringerung oder Absetzung östrogenhaltiger Medikamente
- Änderung der Lebensweise des Patienten in Bezug auf Gewichtsreduktion, sportliche Betätigung, gesunde Ernährung, Stressmanagement, ausreichend Wasser und „Glücklich sein“!

Der osteopathische Ansatz zur Behandlung von Uterus Myomen erscheint mir als der Natürlichste und, den Ursachen entsprechend, der sinnvollste Weg zu sein. Jedoch nicht

der Schnellste, was in der heutigen Zeit leider häufig als Wichtiger und Vorteilhafter eingestuft wird.

## **6 Material und Methoden**

### 6.1 Studiendesign

Es handelt sich hierbei um eine Einzelfallstudie. Die hier getroffenen Aussagen zu Befundung und Wirksamkeit der Therapie haben keine Allgemeingültigkeit.

### 6.2 Durchführung der Studie

Die Befundung und Behandlung wurde in einem Zeitraum von einem halben Jahr durchgeführt, weil es, bei der Zielsetzung, vordergründig um Schmerzlinderung und um strukturelle Veränderungen der Gebärmutter ging. Die Behandlungsdauer betrug jeweils eine Stunde, inklusive Aufklärung der Patientin, Untersuchung vor und nach der Intervention.

### 6.3 Messinstrumente

Um die Myomgröße zu dokumentieren liegen vom Gynäkologen laparoskopische bzw. sonographische Befunde vor. Vorab lagen Sonographie Befunde von 2011 vor. Die Studie begann ca. einen Monat nach einer stationären diagnostischen Laparoskopie (11.9.2012), welche eine Vergrößerung der gutartigen Geschwülste nachwies. Weiterhin wurde eine diagnostische Hysteroskopie und eine fraktionierte Abrasio, ohne pathologischen Befund, durchgeführt. Im Zeitraum der letzten Behandlung der Single Case Study (danach, aus organisatorischen Gründen, leider nicht möglich) erfolgte eine sonographische Untersuchung durch die aktuell gynäkologisch betreuende Ärztin. Die Schmerzsymptomatik wurde durch eine visuell-analoge Schmerzskala verdeutlicht.

### 6.4 Einverständniserklärung

Für die Studie liegt von der Patientin eine schriftliche Einverständniserklärung vor.

## 6.5 Kontraindikationen

Eventuelle Gründe die osteopathische Behandlung nicht anwenden zu dürfen, wie Schwangerschaft, bösartige Tumoren, entzündliche Prozesse oder innere Blutungen wurden, vor Beginn der Studie, durch den Gynäkologen ausgeschlossen.

## 7 osteopathischer Befund

### ärztliche Diagnosen

- Uterus myomatosus (ein intramurales Hinterwandmyom (4 cm) und ein subseröses Fundusmyom 1 cm)
- Hypermenorrhoe, nach der Abrasio Amenorrhoe (Ausbleiben der Regel) bis 30.11.2012
- Dysmenorrhoe
- Krampfartige Unterbauchbeschwerden während der Menstruation
- Hypothyreose (medikamentös eingestellt)
- Arterielle Hypertonie (medikamentös eingestellt)

### Anamnese

Meine Patientin, Frau V.T. ist, zum Zeitpunkt der Studie, 52 Jahre jung, ist 1,60 m groß und wiegt 94 kg. Sie ist verheiratet und arbeitet als Betriebsprüferin im Finanzamt. Dort ist sie einer hohen Stressbelastung ausgesetzt, was 2005 zum Hörsturz führte. In ihrer Freizeit liest und verreist sie gerne. Sportlich ist sie mit dem Rad und per Nordic Walking, eher sporadisch, unterwegs. Das erste Mal war Frau T. im Jahr 2008 bei mir in Behandlung. Damals wegen Tinnitus beidseits, migräneartiger Kopfschmerzen und Sodbrennen. Aktuell sind ihre Beschwerden vorrangig auf den Menstruationszyklus beschränkt. Sie klagt über verstärkte Blutungen, begleitet durch intervallmäßig, krampfartige Unterbauchschmerzen. Außerdem berichtet sie von bandartigen Schmerzen im Lendenwirbelraum mit Ausstrahlung in den Kreuzbein – und Beckenbereich, rechts > links. Diese Beschwerden seien während des Zyklus verstärkt, sonst aber auch, besonders bei statischer Arbeit, anwesend. Schmerzstäbchen helfen die Symptome, während der Regelblutung, zu lindern. Andere Therapiemaßnahmen wurden bisher nicht angewandt.

## Begleitanamnese

Operativ berichtet Frau T. von einer Appendektomie und Entfernung kalter Knoten der Schilddrüse. Diagnostiziert wurden bei ihr außerdem Hypothyreose, arterielle Hypertonie, rechts eine Wanderniere und dem bereits angesprochenen Hörsturz, rechtsseitig. Vervollständigt wird die Begleitanamnese durch zwei Fehlgeburten 1983 (im 3. Schwangerschaftsmonat) und 1988 (im 5. Schwangerschaftsmonat). Die Geburt ihrer Tochter 1984 verlief normal.

### aktuell verordnete Medikamente

- Blutdrucksenkende Mittel (Carvedilol Hexal 50 mg)
- Jod zur Unterstützung der Schilddrüse (L-Thyrox Hexal 50 mg)
- Analgetika im Zeitraum der Menstruation (Buscopan plus)
- Vermerk: keine Verhütung seit ca. 2010

### Labor, Röntgen, MRT, CT

Derzeit liegen keine Befunde vor.

### Allgemeine und funktionelle Aspekte

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Schlaf:                            | keine Ein- und Durchschlafstörungen  |
| Alkohol/ Rauchen:                  | nein   |
| Miktion:                           | unauffällig in Menge, Farbe, Geruch und Schmerzen                          |
| Stuhlgang:                         | 2 Mal täglich, unauffällig in Menge, Farbe und Geruch                      |
| Ernährung:                         | drei Mahlzeiten am Tag, hoher Kohlehydratanteil                            |
| Appetit:                           | sehr gut mit Heißhungerattacken  |
| Flüssigkeitseinnahme:              | nur Wasser und Tee (verschiedene) Sommer bis 2 L, Winter bis 1,5 L pro Tag |
| Allergien:                         | keine  |
| Nahrungsmittelunverträglichkeiten: | keine  |

|   |  |
|---|--|
| Verlauf der eigenen Geburt:             | natürliche Entbindung, ohne Komplikationen   |
| Wurden sie gestillt? Wenn ja, wie lang? | Ca. 3 Monate   |
| Hilfsmittel:                            | Fernbrille, Schuheinlagen bds. (Unterstützung mediales Fußgewölbe), Stützstrümpfe                          |
| Verhütung:                              | Pille, Monatspritze, ab ca. 2010 keine Verhütungsmittel  |
| Zähne:                                  | als Kind Zahnspange, z.Z. keine Befunde  |
| Störungen der Augen/ Ohren/ Nase/ Mund: | chronischer Tinnitus bds. seit 2005, Hörsturz rechts   |
| Fieber/ Nachtschweiß/ Gewichtsverlust : | nein   |
| Momentane Leistungsfähigkeit:           | In Stresssituationen leicht reizbar und nervös.<br>Oft verbunden mit Kopfschmerzen bis zu Migräneanfällen. |

#### Sicherheitstest's/ Pulsationen

Folgende Sicherheitstests wurden unternommen und blieben negativ.

- Klopf – Provokation im Raum von Grynfeld
- Hepatojugolärer Reflux
- Perkussion Leber
- Test für Pulsation der Bauchorta
- Indirekte und direkte Perkussion suprapubisch

funktionelle Tests in Bezug auf die positiven Ergebnisse

Tabelle 2

| <u>parietal/myofascial:</u>                           |       |        |        |        |       |       |
|---|-------|--------|--------|--------|-------|-------|
|   | 2012  |        |        |        | 2013  |       |
|   | 2.10. | 29.10. | 22.11. | 20.12. | 10.1. | 15.2. |
| FTZ links   | +     | -      | -      | -      | -     | -     |
| sacrum bilateral anterior                             | +     | +      | +      | -      | -     | -     |
| NSR links L2-L5                                       | +     | +      | -      | +      | -     | -     |
| sternum und. Manubrium<br>in Expiration               | +     | +      | +      | +      | -     | -     |
| Rippen 1-5 in Expiration                              | +     | +      | +      | +      | -     | -     |
| Tonus erhöht<br>M. erector trunci lumbales            | +     | +      | -      | +      | +     | +     |
| laterales Schenkel<br>Triggerband beidseits           | +     | +      | +      | -      | -     | -     |
| Tonus erhöht<br>M. erector trunci thoracales          | +     | +      | +      | -      | -     | -     |
| Diaphragma abdominalis<br>pars sternalis Tonus erhöht | +     | +      | -      | -      | -     | -     |

( + Test positiv; - Test negativ )

Tabelle 3

| viszeral:                     |       |        |        |        |       |       |
|-------------------------------|-------|--------|--------|--------|-------|-------|
|                               | 2012  |        |        |        | 2013  |       |
|                               | 2.10. | 29.10. | 22.11. | 20.12. | 10.1. | 15.2. |
| Gleitflächen                  |       |        |        |        |       |       |
| Rec. hepatoduodenalis         | +     | +      | +      | -      | -     | -     |
| Rec. hepatogastrica           | +     | +      | +      | -      | -     | -     |
| Rec. duodendalis sup. et inf. | +     | +      | +      | -      | -     | -     |
| Rec. hepatocolicum            | +     | -      | -      | -      | -     | -     |
| Pericard a - p                | +     | +      | +      | +      | +     | -     |
| Excavatio recto-uterina       | +     | +      | +      | -      | -     | -     |
| Ligamenta und Mesos           |       |        |        |        |       |       |
| Radix mesenterii              | +     | +      | -      | -      | -     | -     |
| Meso sigmoideum               | +     | -      | -      | -      | -     | -     |
| Lig. gastrocolicum            | +     | +      | +      | +      | -     | -     |
| Lig. gastrophrenicum          | +     | +      | +      | +      | -     | -     |
| Lig. teres hepatis            | -     | +      | +      | -      | -     | -     |
| Lig. latum uteri              | +     | +      | +      | -      | +     | -     |
| Lig. ovarica propria          | +     | +      | +      | -      | +     | -     |
| Lig. phrenicocolicum dextrum  | +     | +      | -      | +      | -     | +     |

Gleitflächen:

( + Test positiv auf Verklebungen; - Test negativ, keine Verklebungen )

Ligamenta:

( + Test positiv auf Hypertonie; - Test negativ, normaler Tonus )

Tabelle 4

|   | 2012  |        |        |        | 2013  |       |
|---|-------|--------|--------|--------|-------|-------|
|   | 2.10. | 29.10. | 22.11. | 20.12. | 10.1. | 15.2. |
| <u>cranial:</u>                               |       |        |        |        |       |       |
| SBS Kompr.                                    | +     | +      | +      | +      | +     | -     |
| Ossa temporalia Innenrotation                 | +     | +      | +      | +      | -     | -     |
| PRM asymmetrisch                              | +     | +      | +      | +      | +     | +     |
| Faszialer Zug in Richtung der zentralen Sehne | +     | +      | +      | +      | -     | -     |

( + Test positiv; - Test negativ )

#### Heimübungsprogramm

Atemübungen in verschiedenen Ausgangsstellungen, verbunden mit Automobilisationen für Becken, LWS und thorax. Konditionierung durch wandern, hin zum Nordic walking.

Kohlehydratarme Ernährung.

## 8 Behandlung / Diskussion

Zu Beginn der Intervention standen, laut Listening, das kleine Becken und die lumbale, myofasciale Behandlung im Vordergrund. Aufgrund der Menge und Intensität der Restriktionen fanden craniale Techniken, anfangs, nur geringe Zuwendung. Ich bin der Meinung, dass die positive Wirkung auf die Myomgröße und damit auf die Unterbauchschmerzen, durch mehr craniale Zuwendung, sowie erst nach einer größeren Zeitspanne deutlich wird. Ausschlaggebend für die Entscheidung eine Hysterektomie bei Frau T. durchführen zu lassen oder nicht, ist allerdings nur, ob das Myom Symptome verursacht. (**siehe 3.5 Klinik**) Diese konnten, durch die osteopathische Behandlung, soweit verringert werden, dass sich die Patientin entschlossen hat, die Operation zu vermeiden. Frau V.T. wird weiter, im monatlichen Intervall, osteopathisch behandelt. Die Tendenz der Schmerzsymptomatik, im Zeitraum des Zyklus, geht weiter in positive Richtung. In diesem

speziellen Fall geht es, nach meiner Auffassung, darum, die Beschwerden der Patientin, bis zur Menopause, in einem erträglichen Rahmen zu halten. Auf diese Weise oder auch auf einem anderen konservativen Weg könnten sicherlich viele Hysterektomien vermieden werden und so hohe Risiken der Operation und Spätfolgen ausbleiben. Es seien hier noch einmal einige, ausgewählte, Techniken der Behandlung aufgezählt und teilweise beschrieben:

- Behandlung der „Schürzen von Glenard“ im Sitz (Omentum minus), in Seitlage links (Radix mesenterii), in Rückenlage (Meso sigmoideum)
- Behandlung des Lig. latum uteri oberer und unterer Teil in Rückenlage
- Behandlung des Lig. ovarica propria in Rückenlage [23]:

Die Knie der Patientin sind mit einem Kissen unterlagert. Der Osteopath steht homolateral neben der Liege. Das Band wird auf seine Spannung getestet und kann mit langem und/oder mit kurzem Hebel, direkt oder indirekt behandelt werden. Dabei fixiert der Osteopath den Uterus und führt das Ovar, sehr behutsam, nach kranial-lateral (direkte Technik). Die Annäherung wurde bei dieser Patientin häufiger benutzt. Hier wurden Uterus und Ovar, über die Adduktion des homolateralen Beines, mit kurzem Hebel zueinander geführt und gewartet bis eine Entspannung des Ligaments eintrat.

- Behandlung der Verklebungen in der Excavatio recto-uterina [23]:

Diese Art der Intervention fand ich bei der hier beschriebenen Patientin als ausgesprochen nützliche Technik, da sie sehr sanft und mit der Schwerkraft ausgeführt wird. Die Patientin befindet sich im Vierfüßlerstand oder steht an der Bank (die Hände oder Unterarme aufgestützt). Zum Testen dringt der Osteopath sehr langsam und vorsichtig in den Bauchraum ein und lässt den Druck immer wieder, plötzlich, nach. Er wertet den „Recoil“ des Gewebes und das nach vorne Zurückfedern des Uterus aus. Zum mobilisieren dringt der Osteopath, ähnlich wie beim Test, sehr tief in den Bauchraum ein, um den Uterus zu greifen. Mit sanften Bewegungen versucht er den Uterus nach ventral zu schütteln. Eine Lageanomalie wurde von gynäkologischer Seite nicht diagnostiziert, bleibt aber eine Vermutung meinerseits in Richtung Retroflexio und Sinistropositio.

## 9 Auswertung Myomgröße und Schmerzsymptomatik

*Sonographische Myombefunde in Bezug auf den Hinterwandbereich:*

Tabelle 5

| Datum       | Durchmesser | Maße       |
|-------------|-------------|------------|
| 1999 13.04. |             |            |
| 2004 25.03. |             |            |
| 2006 25.04. |             | 33 x 44 mm |
| 2008 05.09. |             | 34 x 28 mm |
|             |             |            |
| 2012 05.09. | 26 mm       | 20 x 16 mm |
| 2013 03.01. | 29 mm       | 23 x 17 mm |

Die Bilder von 1999 und 2004 sind, im Bezug auf die Myomgröße, nicht auswertbar, der Vollständigkeit halber aber mit beigefügt. In den Jahren 2006 und 2008 wurde jeweils der Durchmesser nicht mit angegeben.

In der Auswertung der Myombefunde schreibt die zur Zeit behandelnde Gynäkologin:

„Sonographisch ist ein HW- Myom von 29 mm Durchmesser dargestellt. Im Vergleich zu 2012 kaum Wachstumstendenz. Die Diskrepanz zum intraabdominalen Situs erklärt sich m.E. aus den unterschiedlich zu bewertenden Untersuchungsmethoden.“

*Schmerzsymptomatik während der Menstruation (Angaben ohne Analgetika):*

Tabelle 6

|                            | VAS                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|----------------------------|----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| <b>Unterbauchschmerzen</b> | Menstruation August 2012   |   |   |   |   |   |   |   |   | x |   |    |
|                            | Menstruation Dezember 2012 |   |   |   |   |   |   |   | x |   |   |    |
|                            | Menstruation Januar 2013   |   |   |   |   |   |   |   | x |   |   |    |
|                            | Menstruation Februar 2013  |   |   |   |   |   |   | x |   |   |   |    |
|                            | Menstruation März 2013     |   |   |   |   |   |   | x |   |   |   |    |
|                            | Menstruation April 2013    |   |   |   |   |   |   |   | x |   |   |    |
| <b>lumbale Schmerzen</b>   | Menstruation August 2012   |   |   |   |   |   |   |   | x |   |   |    |
|                            | Menstruation Dezember 2012 |   |   |   |   |   |   |   | x |   |   |    |
|                            | Menstruation Januar 2013   |   |   |   |   |   |   | x |   |   |   |    |
|                            | Menstruation Februar 2013  |   |   |   |   |   |   | x |   |   |   |    |
|                            | Menstruation März 2013     |   |   |   |   |   |   | x |   |   |   |    |
|                            | Menstruation April 2013    |   |   |   |   |   |   | x |   |   |   |    |

( 0 – kein Schmerz; 10 – maximaler Schmerz )

*Schmerzsymptomatik zum Zeitpunkt der Behandlungen:*

Tabelle 7

|                            | VAS                        | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|----------------------------|----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| <b>Unterbauchschmerzen</b> | Behandlung 1<br>02.10.2012 | x |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                            | Behandlung 2<br>29.10.2012 | x |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                            | Behandlung 3<br>22.11.2012 | x |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                            | Behandlung 4<br>20.12.2012 | x |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                            | Behandlung 5<br>10.01.2013 | x |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                            | Behandlung 6<br>15.02.2013 |   |   |   |   |   |   |   | x |   |   |    |
| <b>lumbale Schmerzen</b>   | Behandlung 1<br>02.10.2012 |   |   |   | x |   |   |   |   |   |   |    |
|                            | Behandlung 2<br>29.10.2012 |   |   |   | x |   |   |   |   |   |   |    |
|                            | Behandlung 3<br>22.11.2012 |   |   | x |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                            | Behandlung 4<br>20.12.2012 |   | x |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                            | Behandlung 5<br>10.01.2013 | x |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|                            | Behandlung 6<br>15.02.2013 | x |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |

( 0 – kein Schmerz; 10 – maximaler Schmerz )

## 10 Anhang

Kopie der Einverständniserklärung

Kopie der Kurzerläuterung zu den Myombefunden von Fr. Dr. Katrin Friebe

Kopie der Sonographie Aufnahmen der letzten Jahre

Kopie des Krankenhaus Befundes der Laparoskopie von 2012 des Helios Klinikum in Aue

## 11 Literaturverzeichnis

- [ 1 ] Prof. Dr. med. Andreas Stang, deutsches Ärzteblatt, Archiv, Zugriff am 05.01.2013 unter: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/98955/>
- [ 2 ] Debus, Gerlinde:  
2010, Gebärmutterentfernung?!, 29-34 Würzburg: Diametric Verlag, Jutta A. Wilke e.K., 1. Auflage, 20 September 2010,
- [ 3 ] Delius, Maria (2012). IMT. uterusmyome, Epidemiologie und Sozioökonomie, Zugriff am 05.01.2013 unter:  
[http://www.imt2012.org/tl\\_files/imt/downloads/pdf/IMT2012\\_Delius\\_EpidemiologieSoziooekonomie.pdf](http://www.imt2012.org/tl_files/imt/downloads/pdf/IMT2012_Delius_EpidemiologieSoziooekonomie.pdf)
- [ 4 ] Hessler, Philipp-Andreas (2007). Beschwerden durch Uterus myomatosus und deren (differenzierte) Therapie, Zugriff am 05.01.2013 unter:  
<http://www.mic-zentrum-frankfurt.de/www/dload/Bad-Nauheim-2007.pdf>  
und:  
Müller, A., Thiel, F., Binder, H., Strick, R., Dittrich, R., Oppelt, P., Beckmann, M.W. (2004) GebFra Refresher, Myome Teil 1 Epidemiologie, Ätiologie und Klinik. Stuttgart: Thieme Verlag
- [ 5 ] Antwerpes, F., Dr., Freyer, T., Hircin, E., DocCheckFlexikon, Zugriff am 05.01.2013 unter: [http://flexikon.doccheck.com/de/Uterus\\_myomatosus#.C3.84tiologie](http://flexikon.doccheck.com/de/Uterus_myomatosus#.C3.84tiologie)
- [ 6 ] Schindler A:  
2004, Ätiologie, Epidemiologie und Klinik der Myome des Uterus. Frauenarzt, 1.; übernommen aus:  
Riedl K.H., Schleupen A., 2010, Osteopathie in der Frauenheilkunde, 155-156, München, Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag
- [ 7 ] Riedl K.H., Schleupen A.:  
2010, Osteopathie in der Frauenheilkunde, 155-156, München, Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag
- [ 8 ] Hillmann, Melanie: Abschlussarbeit: Die osteopathische Behandlung einer Patientin mit einer Amenorrhoe „post pill“, Zugriff am 21.01.2013 unter:  
[http://www.baoosteopathie.de/up/abschlussarbeiten/still\\_abschlussarbeit\\_hillmannn.pdf](http://www.baoosteopathie.de/up/abschlussarbeiten/still_abschlussarbeit_hillmannn.pdf)
- [ 9 ] Weiland DR. med., Waitz Dr. med., Onmeda Redaktion, Zugriff am 22.01.2013 unter:  
<http://www.onmeda.de/krankheiten/myom-therapie-gebaermutterentfernung-%28hysterektomie%29-1735-7.html>

- [10] Matzko Dr. M. Imaging Service AG, FUS Center für Myomtherapie, Zugriff am 22.01.2013, 21.05 Uhr unter:  
<http://www.uterusmyome.de/?op=controlX&m=70&s=0>
- [11] Wolff, Friedrich; Baltzer, Jörg; Friese, Klaus; Graf, Michael:  
 2004, Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe. Das komplette Praxiswissen in einem Band.  
 Georg Thieme Verlag KG Stuttgart;
- [12] Warschewske, G.; David, M.; Hengst, S.; Ehrenstein, T.:  
 2003, Die uteruserhaltende Myombehandlung.  
 In. Frauenarzt; Ausgabe 11/44;9
- [13] Ehret, Barbara; Roepke-Buncsak, Mirjam:  
 2008, Frauen, Körper, Gesundheit, Leben. Das große Brigitte-Buch der Frauenheilkunde.  
 Diana Verlag; 26. März
- [14] Friese, Klaus:  
 Juli 2011, Hysterektomie: Wandel mit unterschiedlichem Tempo  
 In: Deutsches Ärzteblatt; Klaus Friese; S. 507-513.; Jg. 108, Heft 30;
- [15] Irmela Henglein, Kathrin:  
 6.April 2011, Vergleich von fünf verschiedenen Hysterektomieverfahren.  
 Medizinische Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg;
- [16] Skilling, Johanna:  
 10.April 2002, The First Year: Fibroids: An Essential Guide for the Newly Diagnosed., Da Capo Pr;
- [17] Skilling, Johanna:  
 31.Januar 2006, Fibroids. The complete Guide to taking charge of your physical, emotional and sexual well-being., Da Capo Pr;
- [18] Meert, G.:  
 2006, Das Becken aus osteopathischer Sicht, 2.Auflage, S. 126-137, München, Elsevier GmbH, Urban und Fischer Verlag
- [19] Paoletti, S.  
 2011, Faszien, Anatomie, Strukturen, Techniken, spezielle Osteopathie, 2 Auflage, München, Urban und Fischer Verlag
- [20] Anna, S., Medizinfo, Zugriff am 25.01.2013 unter:  
<http://www.medizinfo.de/annasusanna/wechseljahre/geschlechtshormone.shtml>
- [21] [Madej P](#), [Plewka A](#), [Plewka D](#), [Palań P](#), [Nowaczyk G](#), [Bogunia E](#), [Marczyński J](#), [Waloszek J](#) *Folia Histochem Cytobiol.*

2009 Jan; 47(3):497-504. doi: 10.2478/v10042-009-0105-0.  
The aromatase expression in myomas and myometriums of women in  
reproduction and perimenopausal age.Source  
Department of Gynaecological Endocrinology, Medical University of Silesia,  
40-752 Katowice, Poland, Zugriff am 26.01.2013 unter:  
<http://www.pubmed.de/data/nlm.link.html>

- [22] Czichos,J.,(15 August 2011), Krebsforschung Medizin Pharmazie, Zugriff  
am 26.01.2013 unter:  
[http://www.wissenschaft-  
aktuell.de/artikel/Hohe\\_Oestrogenproduktion\\_im\\_Brustgewebe\\_foerdert\\_  
Krebs1771015587849.html](http://www.wissenschaft-aktuell.de/artikel/Hohe_Oestrogenproduktion_im_Brustgewebe_foerdert_Krebs1771015587849.html)  
**Quelle:** "Comparison of Increased Aromatase versus ERa in the Generation of  
Mammary Hyperplasia and Cancer", Edgar S. Díaz-Cruz et al.; Cancer Research,  
Online-Publication, doi: 10.1158/0008-5472.CAN-10-4652
- [23] Meert G.,  
2005, „Die Geschlechtsorgane", Skript des deutschen Fortbildungsinstitut für  
Osteopathie, S.24-26