

Auswahl gynäkologischer Erkrankungen

Endometriose

Die Gebärmutter ist mit Gebärmutterschleimhaut (Endometrium) ausgekleidet. Die Gebärmutterschleimhaut unterliegt einem hormonabhängigen Auf- und Abbau während des Menstruationszyklus. Wenn Zellen der Gebärmutterschleimhaut ausserhalb der Gebärmutterhöhle wachsen, spricht man von Endometriose.

Die Ursachen der Endometriose sind weitgehend ungeklärt. Es gibt verschiedene Theorien. So wird zum Beispiel vermutet, dass Endometriuszellen während der Regelblutung durch die Eileiter in die Bauchhöhle geschwemmt werden (retrograde Menstruation). Andere Theorien nehmen eine immunologische Störung an. Auch eine genetische Prädisposition ist möglich.

Endometrioseherde findet man v.a. in den Eierstöcken, aber auch in Bauchdecke oder Harnblase. Die Endometriuszellen behalten oft die Eigenschaft, sich zyklisch mit einer Blutung abzustossen und danach neu aufzubauen. Da ausserhalb der Gebärmutter Blut und abgestorbenes Gewebe nicht abfliessen können, bilden sich um die Endometrioseherde Entzündungen, Verwachsungen oder mit Abbauprodukten gefüllte Zysten ("Schokoladenzysten"). In Abhängigkeit davon, wo sich die Endometrioseherde gebildet haben, können verschiedene Krankheitsbilder entstehen. Die Endometriose äussert sich vor allem in schmerzhaften Regelblutungen (Dysmenorrhö), verstärkten und verlängerten Blutungen, unklaren Unterbauchschmerzen, Schmerzen beim Stuhlgang und der Blasenentleerung oder Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Ein hoher Prozentsatz von Frauen mit Endometriose ist unfruchtbar.

Die Endometriose tritt bei ca. 6-8% der Frauen im geschlechtsreifen Alter auf und bildet sich nach der Menopause zurück.

Die Behandlung richtet sich nach dem Schweregrad der Erkrankung, aber auch danach, ob die Frau Kinder bekommen will oder nur die Symptome der Erkrankung behandelt werden sollen.

Ziel ist, die Beschwerden der Frau wirksam zu behandeln und, falls Kinderwunsch besteht, danach mit einer mehrmonatigen medikamentösen Behandlung die Chancen auf eine Schwangerschaft zu erhöhen.

Es kommt vor allem zunächst die operative Therapie in Betracht.

Da man annimmt, dass das Wachstum der Endometrioseherde vor allem durch Östrogene stimuliert ist, zielen medikamentöse Behandlungskonzepte darauf, die körpereigene Östrogenbildung zu reduzieren.

GnRH-Analoga greifen in das hormonale Regelsystem ein. Sie hemmen die Ausschüttung von Hormonen aus der Hypophyse. Daher wachsen in den Eierstöcken keine Follikel mehr heran und die Bildung von Östrogenen wird reduziert. Auf diese Weise kommt es zu einer Atrophie (Rückbildung) der Endometrioseherde.

Der Nachteil dieser Therapieform ist, dass es durch den Östrogenentzug zu klimakterischen Ausfallerscheinungen (z.B. Hitzewallungen, Schweissausbrüche) kommen kann. Der Östrogenentzug hat einen negativen Einfluss auf das Skelettsystem und kann osteoporotische Veränderungen begünstigen. Deshalb ist die Verabreichung von GnRH-Analoga nicht für die Langzeitanwendung geeignet und Untersuchungen der Knochendichte werden empfohlen.

Gestagene führen ebenfalls zu einer Rückbildung der Endometrioseherde. Diese Therapieform kann mit Blutungsunregelmässigkeiten verbunden sein.

Inkontinenz

Den unkontrollierten Harnabgang bezeichnet man als Harninkontinenz. Sie tritt aus unterschiedlichen Gründen in jedem Lebensalter auf, die Anzahl der Neuerkrankungen steigt jedoch mit zunehmendem Alter und Zahl der Geburten. Ältere Frauen sind doppelt so häufig betroffen wie ältere Männer.

Unterschieden werden die Drang- und die Stress-Inkontinenz (Belastungs-Inkontinenz). Beide Formen können aber auch gemeinsam auftreten. Bei der Drang-Inkontinenz leiden an einer Reizblase, die mit sehr häufigem und besonders heftigem Harndrang einher geht. Bei der Stress-Inkontinenz führt eine Druckerhöhung im Bauchraum - z.B. Lachen, Husten, Niesen oder das Heben von Lasten- zu unkontrolliertem Harnabgang.

Auswahl gynäkologischer Erkrankungen

Bei der Stress-Inkontinenz haben sich folgende Behandlungsformen bewährt:

- Beckenbodengymnastik
- Östrogenbehandlung in Form von Salben oder Zäpfchen, die in die Scheide eingeführt, über ein Pflaster auf die Haut aufgebracht oder in Tablettenform eingenommen werden
- Medikamente zur Erhöhung der Spannkraft des Schliessmuskels
- Tragen von speziellen Einlagen (Pessare)
- In schweren Fällen hilft eine Operation

Bei der Drang-Inkontinenz wird wie folgt behandelt:

- Entleeren der Harnblase in regelmässigen Abständen (z.B. alle zwei bis drei Stunden), um dem starken Harndrang entgegenzuwirken
- Blasentraining
- Medikamente, die die Blase entspannen

Behandlung einer Blaseninfektion

Menstruationsbeschwerden

Als Menstruationszyklus bezeichnet man die Zeit zwischen dem ersten Tag der Regelblutung (Menstruation) und dem letzten Tag vor der nächsten Blutung (durchschnittlich alle 28 Tage).

Aus der zeitlichen Wiederkehr der Regelblutung, ihrer Stärke und Dauer lassen sich Rückschlüsse auf die gesunde oder gestörte Tätigkeit der weiblichen Geschlechtsorgane ziehen.

Blutungsunregelmässigkeiten können den Rhythmus (zu häufige oder zu seltene Blutungen), die Stärke (zu schwache oder zu starke Blutungen) oder die Dauer (zu kurze oder zu lange Blutungen) betreffen. Blutungsunregelmässigkeiten können verschiedene Ursachen haben, die immer im Einzelfall vom Arzt abgeklärt werden müssen.

Wenn organische Ursachen (wie z.B. Polypen oder Tumoren) ausgeschlossen sind, spricht man von funktionellen Blutungsstörungen (dysfunktionelle Blutungen). Als Ursache nimmt man vor allem eine funktionelle Störung des Regelsystems von Hypothalamus, Hypophyse und den Eierstöcken an. Die Störungen treten vor allem zu Beginn und zum Ende der Geschlechtsreife auf, wenn das Regelsystem noch nicht oder nicht mehr zuverlässig funktioniert. Treten die Blutungsstörungen wiederholt auf, können sie ernsthafte Konsequenzen haben (z.B. Blutarmut) und bis zur Unfruchtbarkeit führen. Oft wird eine Ausschabung der Gebärmutter Schleimhaut (Kürettage) notwendig.

Jede Frau registriert kurz vor und während der Regelblutung mehr oder weniger starke Unterleibsbeschwerden. Wenn diese Schmerzen krampfartig werden, spricht man von Dysmenorrhö. Ursache der Beschwerden ist, dass sich die Muskulatur der Gebärmutter zum Zeitpunkt der Regelblutung verstärkt zusammenzieht, um die Abstossung der Gebärmutter Schleimhaut zu unterstützen. Die Schmerzzustände können auch auf organischen Veränderungen beruhen, z.B. auf Endometriose.

Die Kontraktionen der Gebärmuttermuskulatur werden durch Sexualhormone gesteuert. Östrogene veranlassen die Bildung von Prostaglandinen - körpereigenen Substanzen, die das Zusammenziehen der Gebärmuttermuskulatur auslösen. Progesteron wirkt gegenläufig und stellt die Gebärmuttermuskulatur ruhig. Wenn es kurz vor der Regelblutung zu einem grösseren Ungleichgewicht zwischen Östrogen und Progesteron kommt, können heftige Unterleibschmerzen resultieren.



Auswahl gynäkologischer Erkrankungen

Unter dem Begriff "Prämenstruelles Syndrom" werden Beschwerden zusammengefasst, die besonders in den letzten 6 - 8 Tagen vor der Regelblutung auftreten. Besonders häufig klagen Frauen über Empfindlichkeit der Brust, Nervosität, depressive Verstimmung und Reizbarkeit, Unterleibsschmerzen, Kopfschmerzen und Übelkeit. Eine besondere Rolle spielt die Wassereinlagerung im Gewebe, die 1,5 bis 4 Liter betragen kann (Ödembildung).

Das prämenstruelle Syndrom entwickelt sich bei ca. 30-70% aller menstruierenden Frauen.

Die Ursachen des prämenstruellen Syndroms sind nicht hinreichend geklärt. Man nimmt aber an, daß der Abfall der Progesteronproduktion gegen Ende des Menstruationszyklus eine ursächliche Rolle spielt.