

MYOME

Einleitung

Myome sind gutartige (=benigne) Geschwülste (=Tumore) ausgehend von der glatten Muskulatur der Gebärmutterwand (=Uterus). 70 % aller Frauen nach dem 40. Lebensjahr haben Myome, jedoch nur ca. 20 % dieser Myome verursachen Beschwerden (=Symptome). 80% der Myome treten zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr auf.

Myome sind meist umschriebene knotige, seltener diffuse, Gebilde, welche von wenigen Gramm bis zu mehreren Kilogramm schwer sein können.

Wir unterscheiden die Myome nach deren Lokalisation

- an der Gebärmutteraussenwand (=subserös)
- in der Gebärmutterwand (=intramural/transmural)
- unter der Schleimhaut (=submucös)
- in den Bändern seitlich der Gebärmutter (=intraligamentär)
- in Muttermundsnähe (=cervical)

und deren Grösse. Die Grösse und Lokalisation der Myome kann am besten im transvaginalen Ultraschall evaluiert werden. Somit wird ein Uterus mit einem oder diversen Myomen als Uterus myomatosus bezeichnet, unabhängig von Grösse/Lage/Symptomen der Myome.

Als spezielle Formen der Myome gelten die Adenomyose respektive das Adenomyom. Die Adenomyose ist eine diffuse Verbreiterung der Gebärmutterwand (=Myometrium) mit Einschlüssen von Drüsengewebe; das Adenomyom hingegen ein Myomknoten bestehend aus Muskel-/Bindegewebe mit Drüsengewebe.

Als Ursache der Myomentstehung scheint neben einer genetischen Veranlagung ein hormonelles Ungleichgewicht (relatives Östrogenübergewicht) mitbeteiligt zu sein. Z.B. ist bei Afroamerikanerinnen das Vorkommen der Myome mehrfach erhöht im Vergleich zu Kaukasiern. Myome weisen eine hohe Östrogen- und Progesteronrezeptordichte auf. Somit fördert eine Östrogenstimulation das Wachstum (z.B. in einer Schwangerschaft), gestagenbetonte Ovulationshemmer verringern es. Nach Eintreten der Menopause stellt man Häufig eine Grössenabnahme der Myome fest, meistens kombiniert mit einer Verkalkung desselben.

Eine bösartige (=maligne) Entartung von Myomen geschieht sehr selten (wesentlich seltener als 1% der Myome) und wenn, dann vorwiegend vor der Menopause.

Symptome

Myome können symptomlos sein oder in Abhängigkeit von ihrer Grösse und Lokalisation Beschwerden verursachen. Auf Grund der Wachstumstendenz kann ein anfangs asymptomatisches Myom plötzlich viele Symptome machen wie:

- Blutungsstörungen (zu oft, zu stark, zu lang) finden sich bei 50% der Myompatientinnen mit begleitendem Eisenmangel.
- Schmerzen: 30% der Myompatientinnen haben Schmerzen in Form von lokalem Dehnungs- bzw. Druckschmerz durch die Tumormasse, schmerzhafte Regelblutung (=Dysmenorrhoe) oder krampfartige Schmerzen durch Uteruskontraktionen, als Reaktion auf das Myom als „Fremdkörper“. Ebenso kann es zu akutesten Bauchschmerzen bei einer Stieldrehung der subserösen Myome kommen.
- Folgeerscheinungen einer Druckwirkung auf Umgebungsstrukturen (wie Harnblase, Harnleiter (=Ureter), Darm oder Gefässe) sind selten, aber an verschiedensten Organsystemen möglich; z.B. häufiges Wasser lösen (=Pollakisurie), Nierenstauung, Verstopfung (=Obstipation), venöse Abflussstörung der unteren Extremitäten mit ggf. Thrombenbildung.
- Infertilität: In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass submuköse Myome die Fertilität deutlich herabsetzen und dass die Entfernung dieser submukösen Myome bei entsprechender Sorgfalt die Fertilität wieder erhöht.

Therapie

Eine Therapie ist nur bei Symptomen angezeigt; also in ca. ¼ der Myom-Patientinnen.

1. Prinzipiell kann primär bei wenigen Symptomen auch mal ein "wait and see" Management gewählt werden mit sonographischer Kontrolle der Myom-Grösse.
2. Des Weiteren kann bei lediglicher schmerzhafter Menstruation (=Dysmenorrhoe) eine medikamentöse Therapie mit Schmerzmittel eingeleitet werden; allfällig kombiniert mit einer Eisensubstitution.

3. Gelbkörper-Hormon-Präparate (=Gestagene) wirken auf Grund des relativen Oestrogenübergewicht wie z.B. die Drei-Monats-Spritze, Pille mit Gelbkörperhormon oder Spirale (Mirena®)

4. Esmya (=Ulipristalacetat) ist ein sogenannter Progesteronrezeptormodulator. Er blockiert die Wirkung von Progesteron und innert wenigen Wochen sollte sich die Blutungsstärke verringern. Die Myomzellen teilen sich nicht mehr und sterben ab, wodurch die Myome sich verkleinern; jedoch nur so lange Esmya eingenommen wird. Bei einigen Patientinnen erzielen wir mit Esmya keinen Therapie-Erfolg. Esmya kann auch als Operations-Vorbereitung eingenommen werden.

5. mit den GnRH-Analoga treten durch eine Hormontherapie künstlich die Wechseljahre ein. Sie reduzieren die Myommasse um ca. 40 %. Derzeit sind GnRH-Analoga aber höchstens zur Vorbereitung auf eine Operation indiziert (um eine Reduktion der Blutungstendenz während des Eingriffs zu erreichen). Denn sie führen als Dauertherapie zu erheblichen Nebenwirkungen wie klimakterische Beschwerden. Ferner sind Rezidivbeschwerden nach Therapiestopp häufig.

6. Abtragung von submucösen gestielten Myome während der Gebärmutter Spiegelung (=Hysteroskopie)

7. Enukleation der Myome, wobei die Gebärmutterwand aufgeschnitten und das Myom entfernt wird; dies kann mittels Bauchspiegelung (=Laparoskopie) oder Bauchschnitt (=Laparotomie) erfolgen. Diese Operationen können je nach Lage und Grösse der Myome technisch schwierig sein und können somit zu einem höheren Blutverlust führen als eine totale Gebärmutterentfernung (=Hysterektomie).

8. Embolisation der Myome; Embolisation der zuführenden Gefässe durchgeführt von einem Radiologen.

9. **NEU in der Schweiz** Radiofrequenz-Ablation der Myome unter transzervikaler Ultraschallkontrolle (**SONATA® System**)

Durch eine stabförmige wenige Millimeter messende Ultraschallsonde, welche mit einem Radiofrequenz-Ablations-Handstück kombiniert ist, kann durch die Scheide die Sonde direkt neben das Myom in der Gebärmutterhöhle (=Cavum) platziert werden. Auf einem Live-Ultraschall-Bildschirm kann somit gezielt das Myom oder mehrere Myome durch Hitzeapplikation behandelt werden; dies dauert nur wenige Minuten. Die Myommasse schrumpft in den folgenden

Wochen zusammen und 3 Monate danach reduzieren sich die Blutungsstörungen um 90%.

Die einfache, schmerzfreie und in wenigen Minuten durchzuführende Methode ohne Verletzung der Gebärmutterwand (= Uterotomie) überzeugt.

9. schlussendlich die Gebärmutterentfernung (=Hysterektomie) durch die Scheide (=vaginal), laparoskopisch oder durch Laparotomie.