

Alev Öztürk
Dr. med.

**Individualisiertes Therapiekonzept bei Uterus myomatosus – Untersuchung (n=984)
zum Stellenwert von Hysterektomie, organerhaltenden Operationsverfahren sowie der
Embolisation**

Geboren am 04.11.79 in Samsun/Türkei
3. Staatsexamen am 30.05.06 an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Promotionsfach Frauenheilkunde
Doktorvater: Priv.-Doz. Dr. med. S. Rimbach

Unsere Untersuchungen dienten der Beantwortung der Frage, welchen Stellenwert die verschiedenen Therapieverfahren in der Behandlung des Uterus myomatosus haben, unter besonderer Berücksichtigung der neuen Behandlungsmethode der Uterusarterienembolisation. Alter und Parität erwiesen sich als wichtige Parameter bei der Frage nach der am besten geeigneten Therapiemethode. In der Gruppe der Hysterektomie und der Embolisation gab es bezüglich des Alters keinen signifikanten Unterschied zwischen den Patientinnen, während es sich im dritten Kollektiv um signifikant jüngere Frauen handelte. Die Geburtenanzahl in der Gruppe der Hysterektomierten war am größten, wohingegen die niedrigste Parität bei den organerhaltend operierten Frauen zu verzeichnen war.

Bedeutsame Aspekte bei der Indikationsstellung sind außerdem die Therapieergebnisse, v.a. bei den am häufigsten vorkommenden Symptomen, nämlich den Blutungsstörungen und Schmerzen. Die signifikant besten Therapieergebnisse bezogen auf das Symptom Blutungsstörungen erbrachte die Hysterektomie, gefolgt von der Embolisation. Am schlechtesten schnitt in diesem Bereich die organerhaltende Operation ab. Aus diesen Ergebnissen lässt sich schlussfolgern, dass wenn bei gleichzeitig bestehenden Blutungsbeschwerden ein Wunsch nach Organerhalt vorliegt, die Embolisation eine effiziente Therapiemethode ist, v.a. wenn man bedenkt, dass der Erhalt des Uterus für immer mehr Frauen ein bedeutsamer Gesichtspunkt bei der Entscheidung für das jeweilige Verfahren ist.

Die signifikant besten Ergebnisse bezüglich der Schmerzen wurden nach der Durchführung von Hysterektomien beobachtet. Die Embolisation war hierbei nahezu gleichauf mit der Hysterektomie und sogar im Vergleich zur Myomenukleation bei Wunsch nach Organerhalt die bessere Alternative.

Eine organerhaltende Operation sollte vor allem bei Kontraindikationen zu Hysterektomie und Embolisation, insbesondere bei Kinderwunsch, als Behandlungsalternative in Betracht gezogen werden.

Die Auswahl der sinnvollsten Therapieoption hängt auch wesentlich von Anzahl, Größe und Lokalisation der Myome ab. Beim Vorliegen von multiplen Myomen war die Hysterektomie Therapie der Wahl, signifikant seltener kamen bei multiplen Myomen die Embolisation und organerhaltende Operationsverfahren zur Anwendung. Bei solitären Myomen wurde jedoch signifikant häufiger eine Embolisation oder organerhaltende Operation durchgeführt.

Bei subserösen Myomen wurde signifikant am seltensten eine Embolisation durchgeführt und bei submukösen Myomen fanden die organerhaltenden Therapieformen signifikant häufiger Anwendung.

Die mittlere Myomgröße war bei der Embolisation mit 6,7 cm (\pm 2,6) am größten.

Am seltensten traten Komplikationen in dem von uns untersuchten Kollektiv bei den organerhaltend operierten Frauen auf, am häufigsten bei der Embolisation.

Bei der UAE ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Gynäkologen und Radiologen eine wichtige Voraussetzung. In dem von uns untersuchten Kollektiv erfolgte die Vorstellung jeder 20. Patientin beim Radiologen mit dem konkreten Wunsch, eine Embolisation durchführen zu lassen. Fast ein Drittel der in der Radiologie embolisierten Patientinnen wurde der Abteilung durch die Gynäkologie zugewiesen, was Ausdruck einer guten interdisziplinären Kooperation ist. 17% der initial in der Radiologie vorstellig gewordenen Frauen kamen für eine Embolisation nicht in Frage und wurden gynäkologisch weiter behandelt.

Immer deutlicher wird der hohe Stellenwert organerhaltender Maßnahmen. Die Uterusarterienembolisation stellt hierbei für Patientinnen mit abgeschlossener Familienplanung und symptomatischem Uterus myomatosus eine Alternative zu operativen Verfahren dar und wird sicherlich in der Zukunft eine breitere Anwendung finden.

Bei Patientinnen mit abgeschlossener Familienplanung und dem Wunsch nach definitiver Lösung ist nach wie vor die Hysterektomie Therapie der Wahl, da sie in diesen Fällen die sicherste und effektivste Methode ist.

Welche Therapieform sich bei welcher Patientin zur Behandlung eines symptomatischen Uterus myomatosus am besten eignet, ist letztlich eine individuelle Entscheidung, die von vielen Faktoren abhängt und immer gemeinsam mit der Patientin getroffen werden muss.