

Pyosalpinx

Ursache

Eiteransammlung in den Tuben.

Symptome

- Hohes Fieber,
- starke Schmerzen,
- meist sind beide Seiten betroffen.

Es besteht die Gefahr, dass die Pyosalpinx rupturiert und der Eiter sich in die Bauchhöhle entleert. Dabei kommt es zur Ausbildung eines Douglas-Abszesses (**Abb. 1.39**) und einer schweren Pelviperitonitis. Im weiteren Verlauf kommt es zu einer Abkapselung des Eiterherdes und somit zum Übergang in einen chronisch-rezidivierenden Prozess, der immer wieder akut aufflackern kann.

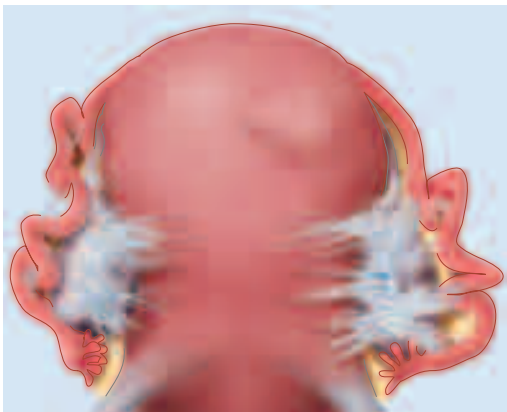


Abb. 1.40 Massive Adhäsionen nach ascendierender Genitalinfektion.

Therapie

Ein Douglasabszess lässt sich über das hintere Scheidengewölbe drainieren. Zurück bleiben in jedem Fall massive Adhäsionen im kleinen Becken (**Abb. 1.40**) mit rezidivierenden Schmerzzuständen und meistens Sterilität.

Die beste Behandlung besteht darin, den Prozess durch rechtzeitige Antibiotikagabe in seiner Entstehung abzufangen. Ist eine Pyosalpinx mit oder ohne Douglasabszess vorhanden, kann das Antibiotikum nur noch den akuten Zustand klinisch bessern, nicht aber die Folgen verhindern.

Genital-Tuberkulose

Eine Sonderform der Salpingitis und Adnexitis stellt die Genital-Tuberkulose dar. Hierbei gelangen die Tuberkelbakterien nicht durch Aszension in den in-

neren Genitalbereich, sondern durch *hämatogene Streuung*, zum Beispiel von einer aktiven Lungen-Tuberkulose. Die Genitaltuberkulose ist dem Gesundheitsamt meldepflichtig. Die Behandlung besteht in der Gabe von speziellen Antibiotika, den Tuberkulostatika. Die Genital-Tuberkulose hinterlässt meist starke Verwachsungen.

Eine isolierte Eierstockentzündung (Oophoritis) ist nur auf hämatogenem Wege möglich. Bei einer Aszension von Keimen sind immer zuerst die Tuben befallen und dann die Ovarien.

1.3.9 Erkrankung der Ovarien

Zysten

Follikelzysten, Corpus-luteum-Zysten

Ursachen

- Persistierende Follikel,
- Einblutung,
- zystische Vergrößerung eines Corpus luteum.

Symptome

Die Follikelzysten (Retentionszysten) bilden Östrogene. Sie sind also hormonaktiv und führen somit zu Blutungsstörungen. Das Gleiche gilt für die Corpus-luteum-Zysten. Sie erhöhen den Progesteronspiegel im Blut. Bei beiden besteht die Gefahr einer Ruptur mit innerer Blutung oder einer Stieldrehung mit akuten Schmerzen.

Therapie

- Bei kleineren Zysten hormonell mit Gestagenen,
- bei größeren laparoskopische Punktion oder Op.

Viele Zysten bleiben über längere Zeit symptomlos oder können sich spontan wieder zurückbilden. Deshalb sollte nicht gleich operiert werden, sondern zunächst der Verlauf kontrolliert werden.

Polyzystische Ovarien

PCO-Syndrom, ältere Bezeichnung Stein-Leventhal Syndrom.

Ursache

- Zum Teil noch unbekannt, wahrscheinlich eine zu fibröse Kapsel der Ovarien.

Symptome

- Erhebliche zystische Vergrößerung der Ovarien,
- Amenorrhö,
- Sterilität.

Therapie

- Hormonell,
- Keilexzision.

Gutartige Ovarialtumoren

Es gibt viele hormonproduzierende Tumoren im Ovar und solche, die zunächst gutartig sind und dann bösartig werden können. Gutartige Gewächse können zu einer enormen Größe heranwachsen. Da keine Schmerzen auftreten, machen sie sich meist erst durch eine Zunahme des Leibesumfanges bemerkbar. Dagegen können hormonproduzierende Tumoren schon bei geringer Größe durch auffällige hormonelle Veränderungen der Patientin erkennbar werden. Die histologische Struktur kann serös oder mukös sein. Seröse Tumoren sind zu 70% gutartig und in ca. 30% der Fälle maligne.

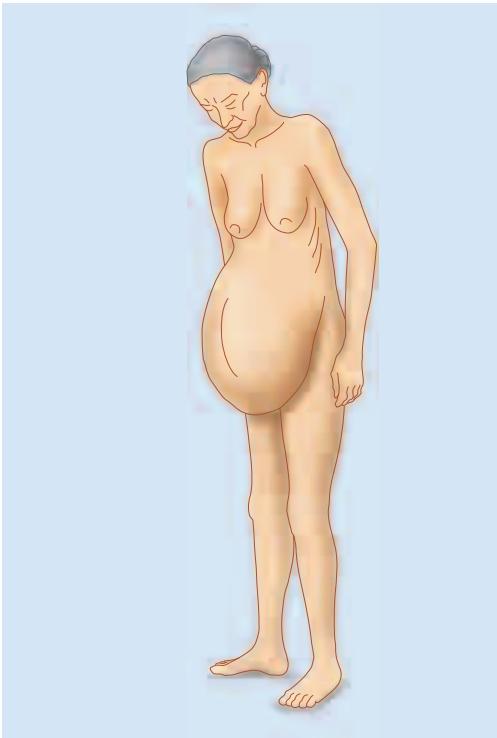


Abb. 1.41 Bauch bei übergroßem Ovarialkystom.

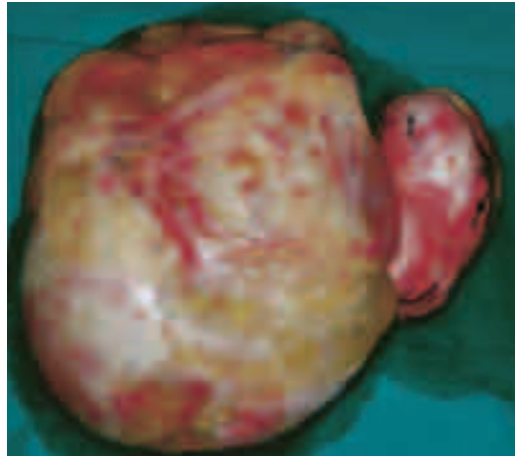


Abb. 1.42 Übergroßes Ovarialkystom.

33% aller diagnostizierten Ovarialtumoren sind bösartig! Unabhängig vom Alter der Patientin. Selbst primär gutartige Ovarialtumoren können sekundär verkrebsen!

Ursache

- Meistens nicht bekannt.

Symptome

- Zunahme des Leibesumfanges,
- Gewichtsabnahme,
- Hormonelle Veränderungen.

Therapie

- In jedem Fall OP, da 1/3 aller Ovarialtumoren bösartig sind oder werden.

Zystome

Zystome (syn. Kystome, Kystadenome) sind die häufigsten gutartigen Ovarialtumoren. Sie können seröse Flüssigkeit oder Schleim enthalten. Werden sie nicht rechtzeitig operiert, können sie zu einer enormen Größe heranwachsen. Es sind Tumoren von einem Zentner (!) Gewicht beschrieben (Abb. 1.41, Abb. 1.42).

Fibrome

Fibrome sind Geschwülste, die vom Bindegewebe des Ovars ausgehen und sich durch eine besondere Festigkeit auszeichnen. Obwohl gutartig, kommt es häufig zur Aszitesbildung mit Pleuraerguss, dem sog. *Meigs-Syndrom*.

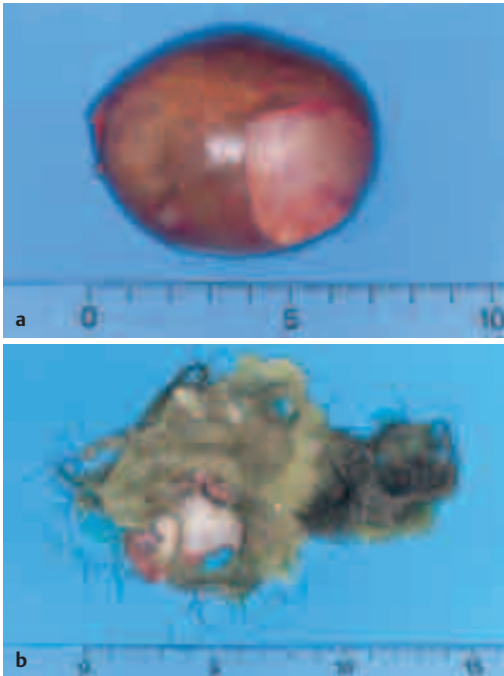


Abb. 1.43 Nach Eröffnung der oben gezeigten Dermoidzyste entleeren sich Haare, Talg, Haut und Zähne.

Dermoide

Sie beinhalten differenzierte Abkömmlinge aller drei Keimblätter. Deshalb enthalten sie oft organoide Strukturen wie Talg, Haare, Zähne, Knorpel- und Knochengewebe. Sie werden auch als ovulogene Geschwülste bezeichnet (Teratome), da

sie aus einer unbefruchteten Eizelle entstehen und somit dem missglückten Versuch einer Parthenogenese (Jungfernzeugung) gleichzusetzen sind (**Abb. 1.43**).

Endometriose

Die Endometriose ist eine Erkrankung der jüngeren Frau. Normalerweise befindet sich das Endometrium nur im Cavum uteri. Bei der Endometriose finden sich Schleimhautinseln auch außerhalb der Gebärmutterhöhle, so zum Beispiel in den Ovarien (besonders häufig), der Uterusmuskulatur oder im Douglas-Raum. In besonderen Fällen kann sich die Schleimhaut sogar an der Körperoberfläche befinden (Stigmatisierte).

Da die außerhalb des Uterus gelegene Schleimhaut hormonell genauso reagiert wie das normal lokalisierte Endometrium, das Blut aber nicht wie das Menstrualblut abfließen kann, kommt es zur Ausbildung von Blutzysten, die dann langsam bindegewebig organisiert werden. Dies führt letztlich zu erheblichen Vernarbungen und Adhäsionen mit entsprechenden Beschwerden, hauptsächlich bei der Periode. Häufig resultiert Sterilität.

Eingedickte Endometriose-Zysten mit dunklem Inhalt werden als Schokoladenzysten oder Teerzysten bezeichnet.

Lokalisation

- Von einer *Endometriosis genitalis interna* spricht man bei Lokalisation von Schleimhaut in der Gebärmutterwandung und in den Tuben.

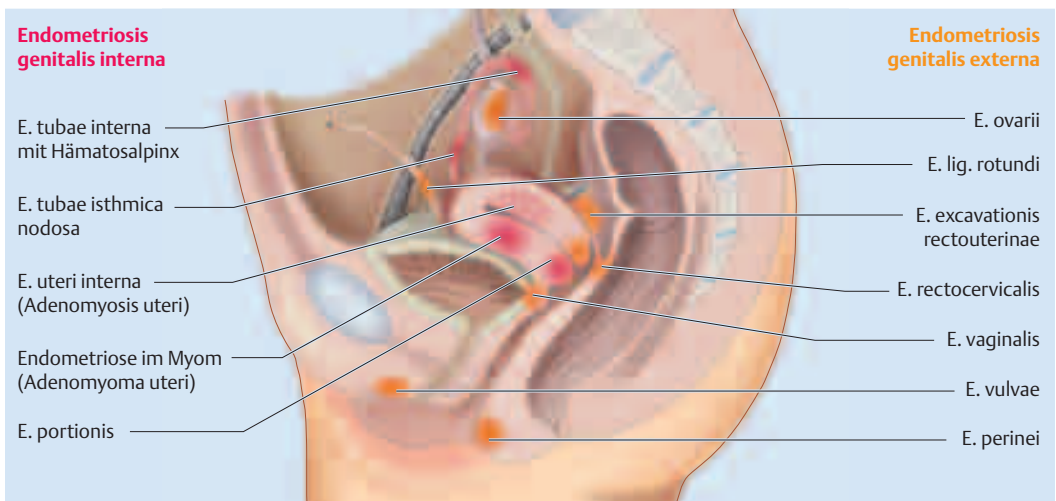


Abb. 1.44 Häufigste Lokalisationen der Endometriosis genitalis interna et externa.

- Bei der *Endometriosis genitalis externa* finden sich Schleimhautinseln im übrigen Genitalbereich (Abb. 1.44).
- Bei einer *extragenitalen Endometriose* befindet sich Schleimhaut im extragenitalen Bereich.

Ursachen

- Angeborene Schleimhautinseln außerhalb des Uterus,
- Verlagerung von Endometrium retrograd über die Tuben in die Leibeshöhle,
- weitere Ursachen werden vermutet.

Symptome

- Starke Dysmenorrhoe,
- Kohabitationsbeschwerden,
- Sterilität bei ausgedehnten Prozessen.

Diagnose

- Palpatorisch und laparoskopisch

Therapie

In erster Linie hormonell mit hochdosiertem Gestagen oder GnRH-Analoga, in schweren Fällen OP. Bei jüngeren Frauen mit Kinderwunsch wird man zunächst mit einer Hormontherapie beginnen. Die Therapie mit GnRH-Analoga ist aber nicht ohne Nebenwirkungen, da sie die Östrogenproduktion in den Ovarien für einen längeren Zeitraum ausschaltet. Die Patientinnen kommen also in einen klimakterischen Zustand. Alle Beschwerden sind jedoch nach Absetzen der Therapie wieder rückläufig.

Wenn sich in schweren Fällen ein operatives Vorgehen nicht vermeiden lässt, sollte eine konsequente Sanierung angestrebt werden, d.h. mit Entfernung aller Endometrioseherde, da andernfalls mehrfache Rezidivoperationen sehr wahrscheinlich werden.

1.3.10 Gutartige Veränderungen der weiblichen Brust

Mastopathie

Die Brust unterliegt stark dem Einfluss der Geschlechtshormone und des Prolaktins und ist somit in ihrer geweblichen Beschaffenheit in jeder Zyklusphase veränderlich. Gegen Ende der zweiten Zyklusphase ist die Brust unter dem Einfluss des Progesterons fester. Viele Frauen empfinden dies als ein mehr oder weniger starkes Spannen. Dieser Zustand wird als *Mastodynie* bezeichnet.

Kommt es zu einer knotigen und schmerzhaften Verhärtung in der Brust, spricht man von einer *fibrözistischen Mastopathie*. Dabei kommt es zu einer hormonabhängigen, proliferativen Veränderung des Drüsengewebes mit zystischer Erweiterung, wobei nach *Prechtl* verschiedene Schweregrade unterschieden werden:

- Grad I: einfache Mastopathie ohne Epithelproliferation.
- Grad II: mit Epithelproliferation, aber ohne Zellatypien.
- Grad III: mit atypischer Epithelhyperplasie. Beim Schweregrad III besteht eine erhöhte Gefahr zur Malignisierung. Eine engmaschige Kontrolle ist deshalb angezeigt, oder sogar eine vorsorgliche Entfernung des Drüsenkörpers durch subkutane Mastektomie.

Bei jeder Form der Mastopathie sollten häufiger Kontrollen mit Ultraschall und Mammografien durchgeführt werden.

Mastitis

Über *Mastitis* siehe Wochenbett (Kap. 2.3).

Gutartige Tumoren der Brust

Zysten

Abgekapselte Ansammlung von seröser Flüssigkeit. Meist genügt die Punktion einer solchen Zyste. Bei älteren Patientinnen sollte eine Zyste vorsorglich entfernt werden.

Lipome

Fettgeschwülste ohne Malignitätskriterien. Sie entwickeln sich allenfalls zu einem kosmetischen Problem und müssen dann entfernt werden.

Fibroadenome

Gutartiger, fibröser und abgekapselter Tumor. Entfernung je nach Größe erforderlich.

Milchgangspapillome

Wucherungen des Milchgangepithels mit verstärkter, teils blutiger Sekretion aus der Mamille. Hier besteht durchaus die Möglichkeit der Malignisierung. Deshalb sollten Milchgangspapillome entfernt werden. Diagnostiziert werden sie durch die sog. Galaktografie.

Palpatorische Unterscheidungskriterien zwischen gut- oder bösartigen Mammatumoren

- Gut abgrenzbar und gut verschieblich: eher gutartig.
- Positiver Plateautest: eher bösartig.

- Apfelsinenhaut (peau d'orange): eher bösartig (s. Abb. 1.49a–c).

Bei unklaren Kriterien sollte unverzüglich eine Abklärung durch Ultraschall, Mammografie oder MRT erfolgen. Die endgültige Absicherung kann nur die Tumorentfernung mit histologischer Untersuchung erbringen.

1.4 Bösartige gynäkologische Erkrankungen

Inzidenz und Häufigkeit der Genitalkarzinome

Während man früher die Häufigkeit von Genitalkarzinomen in Prozent angegeben hat, verwendet man heute für statistische Angaben sog. *Inzidenzraten*. Darunter versteht man *die jährliche Anzahl der Neuerkrankungen bezogen auf 100000 Frauen*.

In der folgenden Übersicht findet man die Inzidenzraten und (ältere) Häufigkeitsangaben für die verschiedenen Genitalkarzinome (Tab. 1.1). Gegenüber der früheren Häufigkeitsverteilung zeigt sich die stärkste Verschiebung im Bereich der Uteruskarzinome. Hier liegt das Korpuskarzinom mit dem Cervixkarzinom in der Inzidenz gleichauf.

Tab. 1.1 Inzidenz und Häufigkeit der Genitalkarzinome. Zahlen aus Wulf, Schmidt-Matthiesen, 1986 (Inzidenz) sowie Stoeckel, 1960 (Häufigkeit).

| Tumorart | Inzidenz | Häufigkeit |
|-----------------|-------------|------------|
| Zervixkarzinom | 17/100000 | 30–50% |
| Korpuskarzinom | 28,3/100000 | 10–15% |
| Ovarialkarzinom | 15,6/100000 | 10–25% |
| Vulvakarzinom | 2,9/100000 | 2–4% |
| Vaginalkarzinom | 0,5/100000 | 2–3% |
| Tubenkarzinom | 0,3/100000 | 0,2% |

Im Vergleich beider Statistiken zeigt sich die stärkste Verbindung im Bereich der Uteruskarzinome. 1986 hatte das Korpuskarzinom das Zervixkarzinom in der Inzidenz bereits überholt.

Klassifikation von Tumoren

Die Klassifikation der Tumoren in Stadien erfolgt im Folgenden nach der internationalen Vereinigung der Frauenärzte (FIGO = Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique). Daneben gibt es eine internationale Klassifikation nach dem TNM-Schlüssel. Diese Einteilung wird in Kap. 1.4.7 für das

Mammakarzinom verwendet. TNM steht dabei für folgende Krankheitsmerkmale:

- *T* = Ausdehnung des Primärtumors.
- *N* = Nodi lymphatici, Befall regionaler Lymphknoten.
- *M* = (nachgewiesene) Metastasen.

Therapie von Genitalkarzinomen

Genitalkarzinome müssen so früh wie möglich behandelt werden. Dafür bieten sich verschiedene Verfahren an.

Chirurgische Maßnahmen

Klar abgrenzbare Tumoren können in den meisten Fällen operativ entfernt werden. Ist ein Tumor nicht klar abzugrenzen, oder befindet sich die Erkrankung in einem fortgeschrittenen Stadium, müssen auch umliegende Gewebe (insbes. die Lymphknoten) und/oder Nachbarorgane zum Teil oder vollständig mit entfernt werden.

Bestrahlung (Radiatio)

In ausreichend hoher Dosis kann die Bestrahlung Tumorzellen zerstören.

- Perkutane Bestrahlung: Bestrahlung von außen durch die Haut.
- Kontaktbestrahlung: Bestrahlung durch direkten Kontakt der strahlenden Substanz mit dem Tumor (z.B. Radium, Iridium).

Chemotherapie

Manche Tumoren sprechen gut auf eine Chemotherapie an. Zum Einsatz kommen unterschiedliche Präparate, oft auch in Kombination.

Die häufigsten Nebenwirkungen der Chemotherapie sind Übelkeit, heftiges Erbrechen, Haarausfall, Anämie, Myocard- und Nierenparenchymschäden, Leukozytenabfall und damit Anfälligkeit für Infektionen. Gegen die meisten Nebenwirkungen gibt es wirksame Medikamente. Der Haarausfall bessert sich spontan. Die Nebenwirkungen der Chemotherapie müssen den Patientinnen ausführlich zur