

MDR Aktuell – Das Nachrichtenradio – Hormongesteuert

Montag, 17.02.25

Thema: Ein Myom kommt selten allein

Katrin Simonsen, Moderatorin/Redakteurin
MDR Aktuell

Dr. med. Dr. Katrin Schaudig, Expertin
Frauenärztin, Hormonexpertin, Präsidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft

Prof. Dr. med. Mandy Mangler, Gast
Frauenärztin, Chefärztin – Schwerpunkte: operative Therapien und gynäkologische Onkologie, Autorin, Podcasterin *Gyncast*, Professorin an der Evangelischen Hochschule Berlin

Links:

Brisant-Artikel zum Thema:

<https://www.brisant.de/gesundheit/sexualitaet/frauengesundheit/myome-wechseljahre-100.html>

Podcast-Tipp: Wie wir ticken - von SWR2 Wissen und Bayern 2 radioWissen:

<https://1.ard.de/wie-wir-ticken>

Hormongesteuert zum Nachlesen:

<https://www.mdr.de/nachrichten/podcast/wechseljahre/index.html>

Wir freuen uns über Feedback oder erzählt uns eure Geschichte, schreibt eine E-Mail an: hormongesteuert@mdraktuell.de

Hormongesteuert – der Wechseljahre Podcast mit Dr. Katrin Schaudig

Katrin Simonsen

Herzlich willkommen zu Hormongesteuert, dem Podcast für alle Frauen vor, in und nach den Wechseljahren - natürlich auch für alle interessierten Männer. Wir wollen euch mit Wissen versorgen, eure Fragen beantworten und euch zu Expertinnen eures eigenen Körpers machen. Mein Name ist Katrin Simonsen. Ich bin Redakteurin, Moderatorin bei MDR aktuell. Meine bessere Hälfte in diesem Podcast ist die Frauenärztin, Hormonexpertin und Prä-

sidentin der Deutschen Menopause-Gesellschaft, Dr. Katrin Schaudig. Hallo nach Hamburg, Frau Schaudig.

Dr. Katrin Schaudig

Hallo, Frau Simonsen. Schön, wieder mit Ihnen zu sprechen.

Katrin Simonsen

Unser Thema heute finde ich megaspannend. Es geht um Myome. Warum bekommen wir Frauen eigentlich Myome? Was machen die dann in den Wechseljahren? Warum wachsen die dann auf einmal? Wann muss ich tatsächlich die Gebärmutter entfernen? Wird da vielleicht auch manchmal zu leichtfertig entschieden? Wie ist das dann mit den Eierstöcken? Müssen die dann auch mit raus? Für diese Fragen haben wir uns eine Fachfrau dazu geholt, die wir extra zu diesem Thema eingeladen haben. Das ist Prof. Dr. Mandy Mangler. Sie ist Chefärztin zweier Berliner Kliniken für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt operativer Therapien und der gynäkologischen Onkologie. Ihre Myom-Sprechstunde am *Vivantes*-Klinikum in Berlin hat bei Patientinnen bundesweit einen sehr guten Ruf. Mandy Mangler hat einen eigenen Podcast: Den *Gyncast*. Und sie hat im letzten Jahr *Das große Gynbuch* rausgebracht. Im Oktober 2024 bekam sie den Verdienstorden des Landes Berlin für ihren Einsatz für die Gleichstellung und Diversität in der Medizin. Heute ist sie jetzt bei uns Prof. Mandy Mangler, unser Gast bei Hormongesteuert. Wir freuen uns, dass es geklappt hat. Hallo.

Prof. Mandy Mangler

Hallo. Vielen Dank für die Einladung.

Katrin Simonsen

Frau Mangler, wir gehen mal gleich ins Thema rein. Myome. Was ist eigentlich ein Myom? Und wann und wo bildet sich das?

Prof. Mandy Mangler

Ein Myom ist ein gutartiger Muskelknoten der Gebärmutter. Die Gebärmutter selber ist ja auch ein Muskel. Und da entstehen so Wirbel und die bilden dann auch Knoten.

Katrin Simonsen

Wo genau bilden die die Knoten?

Prof. Mandy Mangler

Das ist ganz interessant, weil das ist ganz individuell. Also keine Situation einer Frau mit Myomen ist genauso wie die einer anderen. Also die können an jeder Stelle der Gebärmutter entstehen: Außen dran, innen drin oder in der Wand der Gebärmutter. Und interessanterweise sogar außerhalb der Gebärmutter.

Katrin Simonsen

Das heißt dann irgendwie Rucksackmyome, habe ich gehört bei Ihnen im Podcast. Das klingt irgendwie riesig.

Prof. Mandy Mangler

Das kann man so sagen, dass das Myom so wie so ein Rucksack hinten drauf sitzt auf der Gebärmutter. Das gibt es manchmal.

Katrin Simonsen

Frau Schaudig, haben Sie denn den Eindruck, dass das dann so Anfang, Mitte 40 mit den Myomen zunimmt bei Ihren Patienten? Hängt das vielleicht dann auch mit der beginnenden Perimenopause zusammen?

Dr. Katrin Schaudig

Also den Zusammenhang mit der Perimenopause, den sehe ich nicht so 100% eindeutig. Ich glaube, wir kommen nachher noch mal darauf zurück, dass viel Östrogen in dieser Phase das vielleicht pushen kann. Aber ein guter Freund von uns, ein Gynäkologe aus Magdeburg, hat das mal untersucht. Tatsächlich hat im Alter von über 40 jede dritte bis jede zweite Frau Myome. Die können unterschiedlich groß sein und auch an unterschiedlichen Stellen sitzen, wie Frau Mangler auch gerade gesagt hat. Aber im Grunde haben extrem viele Frauen Myome. Es ist auch ein bisschen genetische Komponente Zum Teil, wenn die Mutter viele Myome hatte. Oder auch so ein bisschen die Ethnie spielt vielleicht eine Rolle. Aber es haben wirklich viele Frauen Myome. Und die wachsen eben im Laufe des Lebens immer mehr. Die sind vielleicht schon mit 20, 30 angelegt. Und bis die Frauen 40, 50 sind, sind die halt größer.

Katrin Simonsen

Frau Mangler, beobachten Sie das auch so?

Prof. Mandy Mangler

Ja, also das ist ja eine sehr häufige Veränderung. Und man kann noch nicht mal sagen, dass das immer eine Erkrankung ist, in dem Fall. Weil das kommt so häufig vor, also bis zu 30 % der Frauen, je nachdem, wo man guckt. Deswegen: Die Evolution hat sich schon was dabei gedacht. Und das ist nicht immer pathologisch, also hat nicht immer einen Krankheitswert.

Katrin Simonsen

Und was hat sich die Evolution gedacht?

Dr. Katrin Schaudig

Das wollte ich auch gerade fragen.

(alle lachen)

Prof. Mandy Mangler

Die Frage: Was soll das? – Warum hat die Evolution also in diese Muskulatur, die ganz geordnet ist, des Uterus, dann so kleine Wirbel eingebaut, die dann eben größer werden können?

Und tja, die Gebärmutter ist dann also größer und hat mehr Blutvolumen. Es ist eine Art Reservoir auch irgendwo. Und wir Frauen verlieren eben viel Blut bei der Geburt. Und deswegen ist es notwendig, dass im Körper auch die Möglichkeit besteht, Blut zu speichern. So thematisieren das Biologinnen, die sich so mit evolutionären Veränderungen auseinandersetzen.

Katrin Simonsen

Und was sagen Sie, was beobachten Sie: Wann fangen Myome dann an, größer zu werden? Und wodurch werden die größer?

Prof. Mandy Mangler

Ja, auch super-spannend, finde ich. Es gibt erstmal so eine Myomknospe, also so einen kleinen Wirbel von Muskulatur. Und irgendwann wird der halt viel, viel größer, kriegt irgendwie so einen Drall und fängt an zu wachsen. Das kann irgendwann im Leben passieren. Aber es ist schon auch so, dass diese Myome

natürlich Östrogenrezeptoren haben und abhängig auch sind von dem Östrogenspiegel im Blut – und sehr, sehr gerne Östrogen fressen sozusagen. Oder Östrogen bei ihnen wie ein Wachstumsanschub wirken kann.

Und deswegen gibt es eben so Phasen im Leben, wo das sein kann. Aber das liegt nicht nur an dem Östrogen natürlich. Da hat man auch so genetische Komponenten an den Myomen untersucht. Und die haben dann so kleine Wachstumsrezeptoren auch. Und deswegen ist das so multifaktoriell. Also es kommen noch andere Gegebenheiten hinzu, die man nicht so ganz weiß, bisher.

Katrin Simonsen

Aber das würde ja dann passen eigentlich, zu dieser Theorie: Perimenopause – hohe Östrogenwerte zum Teil, starke Schwankungen. Dass das dann so ein bisschen die Myome dann doch so ein bisschen anschiebt.

Prof. Mandy Mangler

Ein bisschen schon, genau. Also meistens ist es so, wenn man durch diese Phase durchkommt, dann hat man es geschafft mit seinen Myomen. Aber in der Phase kann es eben noch mal auch eine Herausforderung sein und ein Wachstum geben, ja.

Dr. Katrin Schaudig

Vielleicht passt es auch dazu, dass wir ja schon beobachten und es wird auch immer wieder beschrieben: Dass nach der Menopause, wenn die Frauen keine Hormone nehmen, dass diese Myome quasi schrumpfen und kleiner werden. Nicht bei allen Frauen, aber bei vielen Frauen. Das sehen wir immer wieder. Dass ich dann manchmal fünf Jahre nach der Menopause denke: „Huch, ich sehe gar nichts mehr.“

Und umgekehrt ist es auch so, wenn junge Frauen Myome haben und eine hochdosierte Antibabypille nehmen, dass wir immer mal wieder beobachten, nicht immer, aber gelegentlich, dass diese Myome plötzlich an Wachstum zunehmen, ganz enorm. Ich weiß nicht, Mandy, das siehst du wahrscheinlich auch ab und zu mal, ne?

Mandy Mangler

Ja, genau. Das ist genau so, dass dann eben man sich fragt: „Wie geht es jetzt weiter mit diesen Myomen?“ Und man kann so ein bisschen zugucken, wie das größer wird, leider. Ja.

Katrin Simonsen

Weil Sie gerade gesagt haben – Frau Schaudig, bei Frauen, die keine Hormonersatztherapie dann machen nach der Menopause, ist das vielleicht auch so ein Gegenargument, Hormone zu nehmen bei Frauen, die eh schon mit Myomen Probleme haben?

Dr. Katrin Schaudig

Nein, nicht unbedingt. Das Einzige, was wir bei denen machen, ist, dass wir versuchen, auf keinen Fall zu hoch zu dosieren. Man muss sich ja immer überlegen: Selbst mit einer modernen Hormonersatztherapie kommen wir auf Östrogenspiegel, die in aller Regel niedriger sind, als im Durchschnitt im normalen Zyklus. Das heißt, wir gehen sozusagen vom Östrogenpedal sowieso ein bisschen runter. Wir achten so ein bisschen dann darauf, dass wir nicht zu stark die Dosis erhöhen beim Östrogen. Also ich sage jetzt mal, Patientin kommt und sagt: „Ich schwitze aber immer noch.“ Dann gucke ich mir mal das Myom an. Sehe ich eine Wachstumstendenz, dann sage ich: „Lieber nicht anheben, die Dosis.“ Aber in aller Regel ist es auf keinen Fall eine Kontraindikation.

Katrin Simonsen

Und würde es helfen, das Progesteron dann zu erhöhen? Oder sprechen da die Myome nicht wirklich drauf an?

Dr. Katrin Schaudig

Nein, da sprechen die nicht wirklich drauf an. Manchmal geben wir gerade in dieser Übergangsphase der Östrogen-Dominanz ganz gerne diese Gestagen-Monopillen, aber nicht, um das Myom zu schrumpfen, sondern in der Überlegung, dass wir damit diesen Östrogen-Dominanzen entgegenwirken. Und das funktioniert auch bei manchen Frauen ganz gut. Dann haben die weniger Östrogen, quasi, aus ihrem eigenen Eierstock. Das wird gebremst,

z.B. durch diese Gestagen-Monopillen. Über die haben wir ja schon öfter gesprochen. Und dann werden die Spiegel nicht so hoch, die der eigene Eierstock produziert.

Prof. Mandy Mangler

Guter Tipp.

Katrin Simonsen

Frau Mangler, Sie haben ja gesagt, das sind eigentlich gutartige, kleine Knäule, Muskelknoten. Wann machen die denn Probleme? Und was für Probleme machen die denn dann bei manchen Frauen?

Prof. Mandy Mangler

Genau, dazu kann man sich angucken, dass viele Frauen ganz unkompliziert z.B. mit ihren Myomen schwanger werden und gar keine Einschränkungen haben. Wenn man auch mal so weltweit blickt, dann kann man sagen, dass das Vorkommen von Myomen z.B. in Deutschland so mittelmäßig ist. In Asien gibt es weniger Myome und Frauen in Afrika haben mehr Myome. Und deswegen ist es auch sehr interessant sozusagen, was wir Myomen auch so für Symptome zuschreiben. Aber manche sind ganz klar, manche Symptome, z.B. Hypermenorrhoe, also starke Blutungen bei der Menstruation. Weil klar, wir haben jetzt eine größere Gebärmutter, die hat mehr Blutvolumen und die ist besser durchblutet. Und deswegen kann sie auch mehr menstruieren. Und dann entstehen natürlich auch Schmerzen gelegentlich oder das Myom drückt auf den Darm, auf die Blase und macht dann Symptome. Und einige Myome – nicht alle und auch nicht viele – machen eben Probleme beim Schwanger werden, je nachdem, wo sie liegen.

Katrin Simonsen

Warum? Wo liegen die dann?

Prof. Mandy Mangler

Die liegen dann in der Höhle der Gebärmutter. Und man kann so ein bisschen sagen: Die liegen einfach im Weg – also fast wie so eine Spirale oder so liegen die eben da, wo die Schwangerschaft sich einpflanzen möchte und das geht dann weniger effizient.

10:30

Katrin Simonsen

Diese starken Blutungen, ich glaube, das kennen wahrscheinlich viele Frauen, die so doch im Wechseljahresalter sind. Also viele erzählen das zumindest, dass sie dann auf einmal Blutungen aus der Hölle haben und der dickste Tampon, die dickste Binde, das hilft alles irgendwie nicht. Das ist meist dann durch Myome? Also sollte man dann mal, wenn man es noch nicht weiß, zu seiner Ärztin gehen und sagen: „Gucken Sie mal. Ich habe so starke Blutungen.“

Prof. Mandy Mangler

Das ist nicht nur durch Myome. Das kann auch ein Myom sein, aber letztendlich gibt es da auch verschiedene Ursachen. Einmal, dass eben die Gebärmutter dann doch mit Östrogen vollgeschüttet wird und es eben sehr hohe Spiegel gibt, die dann zu einer hohen Schleimhaut führen. Oder es kann überhaupt insgesamt sein, dass die Gebärmutter größer ist oder die Schleimhaut einfach reaktiver und dann dicker blutet.

Dr. Katrin Schaudig

Darf ich da noch mal zwischenhaken? Es kann natürlich auch eine sogenannte Adenomyosis dann werden, die auch im zunehmenden Alter häufig stärker wird. Das heißt, dass ist diese Endometriose-Herde quasi im Gebärmuttermuskel, was auch sehr starke Blutungen macht - kann man im Ultraschall auch so ein bisschen sehen ... Sehen wir auch relativ oft. Vor allen Dingen sehen wir es dann, wenn die Gebärmutter dann doch mal entfernt wird, dass der Pathologe sagt: „Aha, da war aber ganz doll Adenomyosis.“ Und manchmal ist man dann doch ein bisschen erstaunt, weil man es vorher nicht so gesehen hat.

Katrin Simonsen

Also das ist Endometriose?

Dr. Katrin Schaudig

Quasi, ja.

Prof. Mandy Mangler

Endometriose der Gebärmutter ... Ich finde es

immer wieder interessant, wie dieses Organ Uterus eben doch als schon zentrales Organ ... Aber eigentlich, es hat ja jetzt auch nicht so wahnsinnig, also es ist das Gefäß, in dem dann die Schwangerschaft ist. Es hat ja zum Beispiel keine echten hormonellen ... Keine hormonelle Produktion. Aber was es für eine Bedeutung hat und haben kann, ne? so eine Gebärmutter. Sie kann schon viel Freude, viel Ärger machen auch.

Dr. Katrin Schaudig

Ja, sehr schön gesagt.

Katrin Simonsen

Aber wenn jetzt so eine Patientin zu Ihnen kommt, Frau Mangler, und sagt: „Die Blutung – das geht überhaupt nicht.“ Ich meine, dann muss man ja auch nach den Blutwerten gucken. Vielleicht hat die auch eine Blutarmut, hat wahrscheinlich einen Eisenmangel. Ab wann sagen Sie: So, jetzt müssen wir aber was machen.“? Und was schlagen Sie dann vor?

Prof. Mandy Mangler

Ja, das ist auch eine sehr interessante Frage. Und das sehe ich auch an den Menschen, die zu mir kommen. Man kann natürlich mit allem irgendwie leben. Ich sage immer: „Ja, man kann mit allem leben. So – ein Bein ab – kann man auch leben. Aber es ist halt die Lebensqualität, die dann eingeschränkt ist.“ Deswegen ist es gar nicht so ein klarer ... Oder häufig ist es nicht so ein klarer Zeitpunkt, wo man sagt: „Sie müssen zum Beispiel jetzt unbedingt Ihre Myome entfernen lassen operativ.“ Oder: „Ja, wir empfehlen die und die Therapie.“, weil die Beschwerden häufig – die sind lästig, aber sie sind eben zum Beispiel nicht lebensgefährlich in vielen Fällen.

Und deswegen haben auch viele Menschen schon auch über eine sehr lange Zeit mit ihren Myomen zu tun. Und deswegen wäre ein Tipp: Sich, wenn man Myome hat, auch schon am Anfang Gedanken darüber zu machen, dass die einen lange begleiten können. Und ob man die nicht doch effizient loswird, schon am Anfang, damit man das Thema vom Tisch hat.

Und eben nicht wie die Patientin, die ich neulich hatte, die schon 20 Jahre Myome hatte und die waren sehr groß geworden. Und die hatte so eine ausgeprägte Blutarmut, dass sie wenig Haare nur noch auf dem Kopf hatte. Die war so 45 ungefähr – ganz wenig Haare, ganz wenig Durchblutung. Und die hat immer ganz langsam gesprochen. Es war wirklich ... Wenn wir zu Visite zu ihr gegangen sind, mussten wir immer sehr viel Zeit mitbringen. Und die hatte ein Hb (Hämoglobin-Wert) von drei. Und das geht eigentlich gar nicht. Also ein Hb von drei, das kriegt man nur, wenn man sich so ganz langsam so runterblutet und der Körper immer wieder es schafft, sich daran zu gewöhnen. Also über sehr, sehr lange Zeit. Und die hatte eben dadurch, dass ihr immer gesagt wurde: „Man muss die Gebärmutter entfernen.“, und das wollte sie überhaupt nicht, hat sie eben keine Therapie richtig gehabt. Und hat dann irgendwie den Absprung verpasst und hat dann eben immer das so weitergeführt. Und das war dann eben so der Effekt.

Katrin Simonsen

Und wann würden Sie dann zu den Frauen sagen, die Myome müssen jetzt raus?

Prof. Mandy Mangler

Also Myome, die so 4cm sind, die sind meistens kein Problem. Aber sagen wir mal so in Richtung 10cm – da wird es dann schon so ein bisschen schwieriger, auch das zu therapieren. Deswegen, ich würde einfach immer, wenn ein Myom so ein Wachstum hat und sich vergrößert, mich dann fragen: Wo führt das Ganze hin? Und was kann ich für mich tun, damit dieses Thema irgendwann auch ein Ende hat, und mich nicht über Jahre, Jahrzehnte begleitet?

Katrin Simonsen

Und heißt das, wenn so ein Tumor so auch schnell wächst, erst 4cm, dann, was weiß ich, nach einem Jahr auf einmal 10cm – ist das dann auch immer ein Anzeichen, dass das was Bösartiges ist?

Mandy Mangler

Also das ist ja relativ selten, Gott sei Dank,

dass Myome sich also tarnen oder dass es gar kein Myom ist, sondern in Wirklichkeit ein Sarkom. Das ist ein bösartiger Muskelknoten im Gegensatz zu den Myomen als gutartiger Muskelknoten. Und das ist meistens, also das ist nicht so, dass ein Myom zu einem Sarkom wird, sondern das ist so, dass man denkt: Das ist ein Myom, weil das genauso aussieht im Ultraschall, zum Beispiel. Beides sieht sehr ähnlich aus. Und dann auf einmal ist es aber ein Sarkom. Und man kann das zum Beispiel an der Wachstumsgeschwindigkeit ablesen und noch an ein paar anderen Sachen, zum Beispiel LDH (Laktatdehydrogenase-Wert) im Blut.

Und mir persönlich sind ungefähr so zehn Frauen begegnet, wo das eben als Myom missverstanden wurde, das Ganze, und dann ein Sarkom war. Das ist eine ganz schwierige Situation für alle Beteiligten, besonders natürlich für die Frau. Weil sie hat dann einen Tumor, der zum Teil, ... also Sarkome sind unterschiedlich stark maligne, also unterschiedlich gefährlich. Es gibt welche, die sind weniger gefährlich, aber meistens ist es ein eher unberechenbarer Tumor, den man sehr stark und konsequent therapieren sollte, damit er nicht wiederkommt.

Katrin Simonsen

Und ich habe gelesen bei Ihnen im Buch – ich habe mich ja vorbereitet – dass man das eigentlich erst merkt, wenn man es rausgeholt hat.

Prof. Mandy Mangler

Blöderweise. Also wir haben ... Oder sagen wir mal so: Es wurde versucht, vorher festzustellen, ob das ein My... Worum es sich handelt. Weil ein Sarkom sieht also genauso aus. Das ist eine kugelige Struktur aus Muskelgewebe, aber bösartigem Muskelgewebe. Also und das Myom – kugelige Struktur aus gutartigem Muskelgewebe. Und wie können wir das Eine von dem Anderen unterscheiden? Und es wurden einige Studien gemacht, jetzt nicht extrem viele, aber einige, es ist auch ein seltenes Problem, Gott sei Dank. Und zum Beispiel wurde überlegt: Kann man vorher Proben

rausnehmen? Das ist aber alles schwierig, weil man dann auch den Tumor irgendwie eröffnet und dann Zellen potenziell verstreut.

Relevant ist diese Frage ja vor allem bei dem Problem, wenn man sagt: Ich möchte das Myom operieren und rausnehmen und zwar minimalinvasiv. Das heißt, ich habe so kleine Öffnungen im Körper, wo man eben diese Schlüssellochchirurgie anwendet. Und das ist alles ganz gut, weil dann ist man schneller wieder fit nach der OP und so. Aber man hat jetzt zum Beispiel, sagen wir mal, einen Muskelknoten von 7cm und die Öffnung im Bauch ist aber nur 1cm. Wie kriegt man denn jetzt raus?

Und dann gibt es so eine Methode, die heißt Morcellieren. Also das ist wie so eine Staubsauger-Methode, muss man sich das vorstellen. Da saugt man immer ein Stückchen von diesen Muskelknoten ab und zieht den raus aus dem Körper. Und das ist gar kein Problem, wenn es ein gutartiger Muskelknoten ist. Aber wenn es ein bösartiger Muskelknoten ist, dann ist das ein Riesenproblem, weil dann verstreut man sozusagen bei diesem Absaugen die Zellen. Und das will man natürlich nicht.

Katrin Simonsen

Aber trotzdem sind Sie ja eine große Befürworterin von diesen minimalinvasiven Eingriffen, weil Sie sagen: „Wir wollen eigentlich die Gebärmutter als Organ erhalten.“ Ist das sozusagen Risikonutzenabwägung?

Prof. Mandy Mangler

Genau, das sind so zwei Sachen, die man sich bei Myomen immer fragen kann: Minimalinvasiv – ja oder nein? Und Gebärmutter-Erhalt – ja oder nein? Und man kann die Gebärmutter auch erhalten, wenn man offen operiert. Das ist jetzt nicht so wild. Also das sind so zwei unterschiedliche Blickwinkel. Gebärmutter-Erhalt ist etwas, wo ich finde, wir sind weit genug vorangeschritten in der Medizin und in den Therapiespektren, die wir haben. Oder, Katrin, dass wir sagen können: „Gebärmutter-Erhalten, das ist eigentlich eine gute Sache, wenn die Frau das will.“?

Dr. Katrin Simonsen

Ja, finde ich auch, unbedingt. Es kommt ja auch darauf an, wo sitzt das Myom? Hat die nur ein Myom? Kommt man da gut dran? Will die vielleicht noch mal schwanger werden? Also ich muss dazu sagen: ich habe früher mich vor jede Gebärmutter gelegt, die entfernt werden sollte, sozusagen, und habe wirklich gekämpft.

Prof. Mandy Mangler

(lacht) Sehr gut.

Dr. Katrin Simonsen

Also zum Beispiel mit dieser Methode: Gestagen alleine. Dann hatten wir ja mal dieses eine Präparat, was dann leider vom Markt genommen wurde, weil es in wenigen Fällen eine Leberschädigung hatte, wo die Myome richtig geschrumpft sind. Also ich habe wirklich ganz oft Alles gegeben. Ich muss allerdings einmal einräumen: Ich bin heute wieder ein kleines bisschen großzügiger geworden, weil ich sehe, wenn die Frauen schon älter sind, viel Probleme hatten und da viele Myome sind – das weißt du ja auch – ich meine, da kann man nicht ein Einzelnes rausnehmen. Das wünschen sich die Frauen, aber dann wachsen die auch an anderer Stelle nach.

Aber dass ich dann, wenn die Frauen Hormone brauchen, nach den Wechseljahren oder in den Wechseljahren ... Dann tue ich mich natürlich ein bisschen leichter, weil ich keine Blutungsstörungen habe, also die ich berücksichtigen muss bei der Therapie. Und ich kann ohne Gestagen arbeiten, was nun mal nach aller Datenlage das geringste Risiko hat. Also wenn ich nur Östrogen geben darf, dann habe ich weniger Risiko für Brustkrebs bei der Hormonersatztherapie. Und das ist natürlich auch ein Aspekt.

Sodass meine Schwelle, mich doch mit der Patientin zusammen zu entscheiden: „Wissen Sie was, jetzt ist irgendwie gut, wir lassen das jetzt machen.“ Ich habe immer wieder so Situationen. In aller Regel war der Leidensdruck dann vorher so groß, wie du auch sagst, mit starken Blutungen und auch viel Schmerzen

und Problemen. Dann sind die Frauen eigentlich froh. Also ich finde, es ist immer eine individuelle Entscheidung. Aber wenn man den Uterus erhalten kann, bin ich auch immer eher dafür.

20:50

Prof. Mandy Mangler

Ja, genau. Und die Frauen ... also deswegen ist der Uterus auch so diese Ambivalenz. Es ist nicht nur ein reines gutes Organ, das man unbedingt auf alle Kosten erhalten sollte. Sondern es ist wichtig, sich mit der Frau ganz genau zu besprechen, gucken, was sind ihre Vor- und Nachteile. Und der zweite Punkt ist eben dieses minimalinvasive oder offene Operieren.

Also in meiner Sturm- und Drangzeit, da habe ich mal so ein 39-jähriges Model operiert, die schon so einen richtigen Schwangeren-Bauch hatte und so viele Myome. Und die gesagt hat: „Ich bin aber Model und mein Körper und seine Integrität ist extrem wichtig. Bitte entfernen Sie das minimalinvasiv.“ Und ich so: „Klar, minimalinvasiv, alles möglich.“, und so. Und habe dann eben in einem sechseinhalbstündigen Eingriff minimalinvasiv die Myome entfernt, auch Gebärmutter erhaltend. Das waren 3,8kg. Und ich, also leider, bin ich fast verrückt geworden, weil das ist schon echt wirklich anstrengend gewesen. Und das ist auch zu hinterfragen, ob man das macht. In dem Fall wollte das die Frau unbedingt. Ich würde das aber keiner Person so unbedingt raten, weil die Nebenwirkungsrate ist doch hoch, auch von solchen Eingriffen, die dann so lange dauern und minimalinvasiv sind.

Bei ihr, da war nichts passiert. Am nächsten Tag: Sie saß glücklich im Bett und meine Re-Konvaleszenz hat auf jeden Fall länger gebraucht als ihre. Mir tat alles weh, ich hatte Blasen an den Händen, mein Rücken war im Eimer und alles. Und sie ist irgendwie nach ein paar Tagen ganz zufrieden gegangen. Aber ich habe natürlich auch schon andere Menschen erlebt, die andere Komplikationen hatten bei Myomen-Entfernungen. Deswegen darf man

das auch nicht so lapidarisieren und unterschätzen und sagen: Das ist hier alles ganz einfach. Sondern das ist schon auch so, dass je früher man das operiert, desto einfacher ist es schon.

Katrin Simonsen

Wenn die dann so groß sind, die Myome, die können ja auch auf andere Organe drücken, auch Probleme mit der Blase machen oder auf den Ischias drücken. Also die Frage ist nur: Muss das Myom nur raus oder die Myome oder muss die ganze Gebärmutter raus? Wo ist da die Grenze? Weil oft wird den Frauen ja dann in dem fortgeschrittenen Alter doch gesagt: „Okay, wir entfernen die komplette Gebärmutter.“ Wann muss die raus, für sie?

Prof. Mandy Mangler

Also das kann man gar nicht so richtig so sagen. Sondern zum Beispiel meine leitende Oberärztin, die ist da große Spezialistin. Neulich hat sie 51 Myome rausgeholt aus einer Frau. Das ist auch sehr geduldig. Also 51, da braucht man schon eine ganze Weile. Und das ist dann wirklich auch sehr aufwendig. Man kann jetzt nicht pauschal sagen, ab wann ist es unbedingt notwendig. Wobei, wenn es natürlich lebensgefährlich alles ist, dann ist klar. Aber jetzt sagen wir mal so, bei Beschwerden, die chronisch sind vielleicht – das sollte man mit der Frau besprechen: Was sind die Vor- und Nachteile? Und was möchte sie als Ziel?

Und zum Beispiel neulich kam eine 70-jährige Patientin zu mir, mit einem Myom, 6 cm, und der Hormonersatztherapie. Und sie wollte extrem gerne das Myom entfernt haben, die Gebärmutter erhalten haben. Und sie war in zwei Krankenhäusern vorher. Und alle haben gesagt: „Das ist ja Quatsch.“ Und sie konnte mir das total gut rationalisieren, warum das für sie wichtig war. Also sie hat da gesagt: „Ich möchte dieses Organ erhalten. Ich möchte keine innerlichen Narben haben. Es hat für mich auch eine emotionale Komponente. Und außerdem ist es für die Sexualität für mich wichtig. Ich merke meine Gebärmutter bei der Sexualität.“ Das ist bei manchen Menschen so.

Und deswegen wollte sie das so. Und ich habe es dann gemacht.

Weil da weiß ich, dass viele sagen würden: so ein Quatsch. Wie kommst du denn auf die Idee? 70-Jährige, genau. Genau, andere Gynäkologinnen und Gynäkologen. Aber ich denke, das ist ja ihr Körper. Und sie im Rahmen der legalen Möglichkeiten und der Selbstbestimmung, ist das ja nicht falsch. Deswegen ist das schon okay auch.

Katrin Simonsen

Weil, ich meine, man entfernt ja ein Organ. Da gibt es ja dann Narben. Dann müssen ja auch irgendwie die anderen Innereien irgendwo dahin rutschen, wo vorher die Gebärmutter war. Das ist ja vielleicht auch alles nicht so easy.

Mandy Mangler

Das ist meistens nicht das Problem. Interessanterweise merkt der Körper das fast gar nicht, sozusagen – besonders, wenn man nur den Gebärmutterkörper entfernt und den Gebärmutterhals vielleicht lässt. Das geht ja auch. Dann, ja, der Darm weiß gar nicht, ob da mal eine Gebärmutter war oder nicht. Der legt sich da einfach hin und dann war es das.

(alle lachen)

Dr. Katrin Schaudig

Die Gebärmutter ist ja im Verhältnis zu dem Rest, was da in dem Bauch ist, was ja überwiegend vom Volumen Darm ist ... Das muss man sagen, ich glaube, das kann man eigentlich erst beurteilen, wenn man einmal vor einem offenen Bauch stand. Ich kann mich noch erinnern, als ich Studentin war, das erste Mal bei einer Eröffnung eines Bauches dabei war – wegen einer harmlosen Operation – war ich völlig verblüfft, wie unglaublich viel Darm da ist. Und damit ist natürlich die Gebärmutter, wenn die weg ist, Frau Simonsen, das merkt man kaum.

Ich hätte aber noch zwei Sachen da noch zu ergänzen. Ich finde das wirklich interessant, dass auch die Gebärmutter für viele Frauen auch so ein bisschen mit ihrer Weiblichkeit zu-

sammenhängt. Ich kann mich noch gut erinnern, dass ich mal eine Ärztin sogar hatte, die wirklich auch sehr aufgeklärt war, die sich auch deswegen nicht trennen wollte von ihrer Gebärmutter, weil sie sagte: „Das ist so der Kern meiner Weiblichkeit.“ Für viele Frauen ist auch die Brust der Kern der Weiblichkeit. Und das ist tatsächlich auch so ein psychologisches Moment, sich davon zu trennen. Bei jemand, der 70 ist, ist es sicherlich noch mal anders als bei jemandem, der 40 ist. Also ich finde das schon erstaunlich.

Und Mandy, dann würde ich deine Meinung noch mal gerne hören dazu – du hast es ja auch jetzt schon am Rand erwähnt – dass man ja auch den Gebärmutterhals beibehalten kann. Wo ich übrigens auch schon bei Frauen so das Argument gehört habe: Dann hat man nicht das Gefühl, dass das ganze Organ fehlt. Da ist ja immer noch was da. Vor allen Dingen fühlt es sich ja von der Scheide aus, auch wenn man mit dem Finger da mal rein tastet, auch als Frau, immer noch so an, als wäre alles noch wie vorher. Du tastest ja dann den Muttermund noch und den Gebärmutterhals. Wie ist deine Ansicht danach: Entfernst du lieber die ganze Gebärmutter? Oder lässt du gerne den Hals stehen?

Prof. Mandy Mangler

Na ja, operativ ist es natürlich jetzt aus meiner Perspektive ... Wenn du mich so fragst, macht mir mehr Spaß, die Gebärmutter rauszunehmen, die ganze. Weil das ist operativ irgendwie eine interessantere Operation. Weil, das andere ist viel leichter und einfacher und nicht so herausfordernd sozusagen. Aber aus der Perspektive der Frau oder wenn ich mich fragen würde: „Was würde ich denn machen, wenn ich jetzt so ein Problem hätte?“, dann würde ich persönlich auch ... Nicht, weil ich das jetzt so ein emotional belegtes Organ für mich persönlich finde, sondern weil Sexualität wichtig ist und weil der Nervus vagus schon auch in der Cervix endet und dort sozusagen für viele Frauen auch sexuell wichtig ist, bei Penetration – und weil Orgasmen auch über

die Muskulatur der Gebärmutter laufen können und da Kontraktionen hervorrufen – finde ich schon das relevant, auch zu hinterfragen: Was bedeutet für jede Frau persönlich die Cervix, also der Gebärmutterhals oder der Gebärmutterkörper. Und der, weniger, sagen wir mal, weniger für den Körper relevante Eingriff ist: Nur den Gebärmutterkörper zu entfernen. Weil dann ist die Cervix da, die Vagusversorgung da, also dieser Nerv, der da eben noch hinreicht. Von daher, wenn es möglich ist und die Cervix gesund ist, dann ist es eine gute Sache, die zu erhalten, denke ich.

Katrin Simonsen

Eine Hörerin hatte uns vor einiger Zeit mal geschrieben. Die war ganz verzweifelt. Der wurde auch die Gebärmutter rausgenommen, weil zwei Ärzte gesagt hatten: „Myome extrem groß, die Gebärmutter muss raus.“ Und hinterher hat sie festgestellt, dass sie keinen Orgasmus mehr hat und sie fühlte sich regelrecht kastriert und war auch so entsetzt, weil niemand sie darauf hingewiesen hat, dass das eine Folge sein kann. Weiß man das vielleicht auch noch nicht so lange?

Prof. Mandy Mangler

Das ist total interessant. Als Operateurin teile ich mir, seitdem ich arbeite, interessanterweise in allen Krankenhäusern, in denen ich gearbeitet habe – in der *Charité* schon und jetzt bei *Vivantis* – den OP-Trakt mit den Urologen. Also ich kann immer live dabei zusehen, wie die Prostata entfernen, zum Beispiel. Und ich weiß, das sind alles nette, lustige Menschen, die Urologen. Es gibt sogar Studien: Die lustigsten Ärzte sind die Urologen, die unterhaltsamsten. Und das ist auch wirklich so.

Und jedenfalls sehe ich dabei zu, wie sie die Prostata entfernen und wie es unfassbar viele Studien gibt, was das für Auswirkungen auf die Erektionsfähigkeit des Penis hat. Und das ist von oben bis unten untersucht und da wird sehr, sehr viel Wert darauf gelegt. Da wird teure Roboterchirurgie gemacht und so, damit bloß nicht die Erektionsfähigkeit des Penis verändert wird. Und das ist ja auch richtig so,

dass wir den Fokus auf Sexualität legen, weil Sexualität ist ja wichtig.

Und dann, gleichzeitig, gucke ich dann uns an, uns Gynäkologen und Gynäkologinnen, und merke: Haben wir denn eigentlich genügend Studien und Daten dazu, dass wir sagen können, wie wirkt sich eine Gebärmutterentfernung auf die Sexualität aus? Und da kann man sagen: Na ja, wir haben Studien, die haben untersucht, wie sich das auswirkt. Und zwar haben wir einen Haufen Studien, die untersucht haben, ob die Befeuchtung der Vagina nach einer Gebärmutterentfernung noch vorhanden ist. Und die dann eben konstatiert haben: Ja, die Befeuchtung ist noch da.

Aber das ist ja nicht gleich mit der Sexualität. Es gibt schon Studien, die auch Orgasmus untersuchen, aber nicht so in der Form, wie wir das aus der Urologie kennen, mit der Wichtigkeit und Vehemenz.

Das bedeutet für mich in der Praxis, wenn die Frau mich fragt: „Wenn Sie mir jetzt meine Gebärmutter entfernt, habe ich dann eine veränderte Sexualität?“ Dann muss ich sagen: „Die Daten sagen – nein, haben sie nicht.“ Und dann sehe ich aber Frauen, die so was berichten wie die Frau, die jetzt geschrieben hat. Und dann muss ich sagen: „Na ja, aber ich kenne trotzdem Menschen, wo die Sexualität und die Orgasmusfähigkeit vor allem Klitoris eingeschränkt ist.“ Deswegen sollten wir uns darüber unterhalten.

30:40

Dr. Katrin Schaudig

Ja, wobei, ich fand es auch in dem Zusammenhang total wichtig, Mandy, du hast es vorhin auch schon gesagt: Da ist jede Frau anders. Und ich glaube aber – das machen wenige Operateure – dass man vor der Operation mit der Frau besprechen sollte: „Wie ist denn das bei Ihnen beim Sex? Haben Sie das Gefühl ...“ Es gibt zum Beispiel Frauen, die sagen: „Ja, ich spüre das an der Cervix, bei der Penetration.“ Es gibt aber Frauen, die sagen: „Nee, mein Orgasmus findet vor allen Dingen im Bereich der

Klitoris statt und nur durch klitorale Stimulation.“ Also da sind ja Frauen völlig unterschiedlich. Überhaupt auch die Orgasmusfähigkeit und wie das erlebt wird, ist ja total unterschiedlich. Und es gibt ja eine relativ hohe Anzahl an Frauen, die sagen: „Ich habe nie einen Orgasmus.“ oder „nur mithilfe von Spielzeug und Sextoys“, was ja auch völlig in Ordnung ist. Also ich glaube, da haben wir tatsächlich auch noch mal eine große Flanke. Einmal die Forschung, hast du völlig recht – ich finde das auch übrigens bemerkenswert. Ich kenne da auch kaum Studien dazu.

Aber auch, dass wir implementieren müssen, dass der Operateur vor der Operation dieses Thema anspricht. Ich habe das fast noch nie gehört von einem Operateur. War sehr erstaunt, als eine Freundin von mir dann berichtete. Als sie mit dem Operateur darüber diskutiert hat, ob sie einen Gebärmutterhals erhalten oder nicht, dass der sie vorher gefragt hat: „Wie ist denn das, brauchen Sie den Gebärmutterhals beim Sex oder ist Ihnen der egal?“ Total wichtige Frage. Dauert etwa eine Minute. Also ist eigentlich jetzt auch nicht so ein Aufwand, macht aber keiner.

Mandy Mangler

Genau, da ist die Frage, die man sich jetzt jederzeit auch stellen kann schon mal: Wie wichtig ist mir meine Gebärmutter bei der Sexualität? Also dass man einfach mal darauf achtet: Merke ich die oder merke ich die gar nicht so? Das schadet gar nichts. Dann kann man auch mal so ein Gefühl dafür bekommen, wie zum Beispiel Orgasmen durch den Körper sich bewegen.

Katrin Simonsen

Weil ich würde sagen, also wenn der Operateur mich ... Also wenn ich da schon liege, im Hemdchen und was weiß ich, und der fragt mich, dann wüsste ich, glaube ich, vor lauter Aufregung gar nicht, was ich dem sagen soll. Weil man hat sich damit auch noch nie so wirklich beschäftigt. Also ich zumindest nicht. Und ich denke, da geht es vielen Frauen so.

Dr. Katrin Schaudig

Aber diese Gespräche finden ja nicht auf dem OP-Tisch statt. Sondern die finden ja – also normalerweise – außer es ist im Notfall ...

Katrin Simonsen

Da bin ich jetzt froh, Frau Schaudig.

(alle lachen)

Dr. Katrin Schaudig

Idealerweise finden die ja nicht ... Also ich meine, ein Problem ist natürlich, wenn die Patientin vom Frauenarzt oder der Frauenärztin in die Klinik überwiesen wird. Dann sieht möglicherweise der Operateur die tatsächlich nur kurz vorher. Aber eigentlich sind das ja Dinge, auch gerade wenn es darum geht: Gebärmutterhals-Erhalt oder nicht? – Das ist ja ein Thema, was vorher besprochen wird, oder Mandy? Also ich würde schon sagen ...

Prof. Mandy Mangler

Idealerweise wird das vorher besprochen. Das sollte man schon tun auf jeden Fall, weil man sonst Patientinnen hat, die hinterher kommen und sagen: „Moment mal, das haben Sie mir aber gar nicht gesagt.“ Und das ist natürlich ein Problem.

Katrin Simonsen

Ich will gerne noch mal auf die Zahlen kommen. Und zwar, in Deutschland werden oder wurden und werden immer noch vergleichsweise viele Gebärmütter entfernt. Am häufigsten habe ich gelesen, bei Frauen zwischen 40 und 49. Und da habe ich dann so die Idee, dass man sich sagt: „Na ja, die sind jetzt eh bald in der Menopause. Macht ja nichts mehr. Die will nicht mehr schwanger werden. Raus damit.“ Ist das so das Denken, Frau Mangler?

Prof. Mandy Mangler

Ja, das ist einer der Punkte. Das ist natürlich auch eine kritische Phase, dieses Lebensalter aus der Perspektive der Gebärmutter sozusagen. Manche klugen Gynäkologen sagen: „Wenn man durch diese Phase durchkommt, dann hat man die Gebärmutter – wenn sie durch diese Phase durchkommt, dann hat sie

es geschafft sozusagen. Dann wird sie nicht mehr entfernt.“

Wir Deutschen, wir operieren halt gerne. Das ist so, das kann man im europäischen Vergleich sagen. Wir haben in allen Bereichen mehr Operationen als andere. Und da kann man sich jetzt fragen: Ist das richtig? Die grobe ... Wenn man alles grob zusammen in einen Topf tut, ist die Antwort: Nein, das ist nicht ganz richtig. Wir sollten uns nach Alternativen umgucken und nicht alles operieren, weil Operieren hat eben auch immer Folgen. Und manchmal ist es sehr richtig zu operieren. Aber das noch mal zu hinterfragen, ob es Alternativen gibt, die vielleicht zum Beispiel einen durch diese Zeit durchbringen, zwischen dem 40. und 49. Lebensjahr, dass man durch diese Zeit ohne Gebärmutterentfernung kommt. Und dann regelt es die Zeit sozusagen, indem die Hormone abnehmen vielleicht und man die Symptome nicht mehr hat. Deswegen finde ich das gut, wenn man darüber spricht, was man noch alternativ tun kann.

Katrin Simonsen

Die Zahlen sind ein bisschen rückläufig. Also offenbar sind die Ärzte da schon sensibler geworden, nee?

Dr. Mandy Mangler

Genau, wir hatten bis vor zwei Jahrzehnten noch 300.000 Frauen pro Jahr mit Gebärmutterentfernung in Deutschland. Das ist absolut der Spitzenreiter. Wir sind aber immer noch Spitzenreiter mit ungefähr 110.000 Gebärmutterentfernungen pro Jahr in Deutschland, aufgrund gutartiger Ursache. Also die Krebsdiagnosen sind da draußen. Und das ist immer noch unfassbar viel mehr als zum Beispiel Nachbarländer – Niederlande, UK und so. Deswegen ist natürlich die Frage: Bringt uns das mehr Gesundheit? Und leider bringt uns das eben nicht mehr Gesundheit.

Weil wir könnten ja sagen: „Wir nehmen die Gebärmutter raus, deswegen ist eben die deutsche Patientin gesünder und lebt länger.“, zum Beispiel, wenn wir jetzt Lebensdauer als

Ziel hätten. Ist ja aber nicht so. Wir haben gerade unseren Status ... Wir sind gerade unter den Mittelwert der Lebenserwartung in Europa gerutscht, wir Deutschen. Das muss man sich mal vorstellen. Mit einem Gesundheitswesen, wo wir 12 % unseres Bruttoinlandsproduktes in Gesundheitswesen investieren, sind wir unterdurchschnittlich gut mit der Lebensdauer. Dann könnte man jetzt argumentieren: Ist wirklich Lebenserwartung das, was wir wollen von Gesundheit? Aber ja, das ist schon auch ein Punkt, ein Qualitätsmarker, klar. Lebensqualität ist ein anderer zum Beispiel.

Katrin Simonsen

Gesund alt werden, das wollen alle.

Prof. Mandy Mangler

Genau, genau, genau.

Katrin Simonsen

In Ihrem *Gyncast* haben Sie auch erzählt, dass die Gebärmutterentfernung am Ende auch so einen wirtschaftlichen Aspekt für viele Kliniken hat. Können Sie das noch mal erklären?

Prof. Mandy Mangler

Ja. Das ist auch eine ärgerliche Komponente in der Gesamtgemengelage, dass unser Gesundheitswesen ja letztendlich ein bisschen getrieben ist von einer Wirtschaftlichkeit und einer wirtschaftlichen Komponente. Das liest man ja jeden Tag in der Zeitung. Wir geben zu viel Geld aus für unsere Gesundheit. Und es ist aber alles nicht kostendeckend. Wir haben zu viele Verluste. Die Charité irgendwie: 80 Millionen Verlust, zum Beispiel, in einem Jahr. Und was machen wir denn da?

Und das führt auch dazu, dass wir falsch incentiviert sind, also falsch angetrieben sind, indem wir Dinge tun, die lukrativ sind zum Beispiel. Und eine Gebärmutterentfernung, damit verdient man mehr Geld als zum Beispiel mit alternativen Behandlungsmethoden, zum Beispiel hormonell oder der Sonata-Methode – das ist so Verkochen oder Erhitzen von Myomen und die schrumpfen dann. Und deswegen ist natürlich die wahnsinnige Frage: Wie können wir das ändern? Dass wir eben wirklich gucken: Was ist medizinisch das Beste?

Und das ist so, wenn man das tut, ist es oft so, wenn man sagt: Wir handeln nur aus der Perspektive der Patientin. Dann wird man dafür abgestraft vom Gesundheitswesen, weil man weniger verdient als zum Beispiel Kliniken, die fließbandmäßig Gebärmütter rausnehmen, den ganzen Tag.

Katrin Simonsen

Das heißt – so eine Gebärmutterentfernung: Wie viel Zeit braucht man dafür?

Prof. Mandy Mangler

Kommt drauf an. Zwischen 20 Minuten und nach oben offen – je nachdem, wie groß die Gebärmutter ist.

Katrin Simonsen

Okay. Und dann sozusagen Ihre anderen OPs, die Sie beschreiben: drei Stunden, sechs Stunden ... Am Ende kriegen Sie für jede OP das gleiche Geld?

Prof. Mandy Mangler

Genau. Die Frau, wo ich 3,8kg Myom minimalinvasiv rausgenommen habe, da habe ich weniger Geld bekommen, als hätte ich die Gebärmutter entfernt. Was heißt ... Ich kriege sowieso einen Lohn. Aber das Krankenhaus hat weniger Geld dafür bekommen, als hätte ich die Gebärmutter entfernt. Und das ist natürlich dann die Frage: Wie gehen wir damit um? Das ist ja ein Konflikt.

Katrin Simonsen

Deshalb gibt es dann auch Patientinnen, die nach mehreren Anläufen bei Ihnen landen, weil mehrere Kliniken abgelehnt haben, eine gebärmuttererhaltende Therapie zu machen?

Prof. Mandy Mangler

Ja, also es ist die Frage ... Es ist nicht nur eine finanzielle Frage. Natürlich ist es auch die Frage: Wie sinnvoll finde ich das als Operateurin? Es gibt natürlich Operateure, Operatörinnen, die sagen: „Nee, das ist nicht sinnvoll, jetzt eben der 70-Jährigen das Myom zu entfernen. Das mache ich nicht.“ Oder es gibt Menschen, die sagen: „Ich kann das nicht.“ Weil, das erfordert schon auch ein bisschen sozusagen handwerkliche Herausforderungen.

Wenn ein Myom so 10cm groß ist, ist das nicht mehr so einfach, als wenn es 4cm groß ist. Und dann sagen manche: „Nee, dann möchte ich das entweder offen machen oder die Gebärmutter entfernen. Weil das ist das Sicherste.“ Das ist natürlich auch wichtig, dass man eben nicht Dinge tut, die man vielleicht nicht so gut kann. Und das ist dann gefährlich für die Patientin.

39:45

Dr. Katrin Schaudig

Ja, ich wollte noch was ergänzen. Wir haben ja jetzt ... Und das ist ja auch ... Ich habe es vorhin erwähnt. Wir hatten mal, vor Jahren, ein Präparat, ein sogenanntes Gestagen-Antagonist, der extrem, also der war wirklich - das hat total gut funktioniert mit den Myomen. Wir haben es geliebt. Und dann wurde der eben vom Markt genommen, weil es wenige Fälle mit, aber mit schweren Lebernebenwirkungen waren. Jetzt haben wir ja eine neue Substanzklasse, wo wir auch bisher zumindest ganz gute Erfahrungen haben. Das heißt, es gibt auch Entwicklungen im Bereich der Medikamente und der Hormone, mit denen man tatsächlich gegen Myome auch mehr erreicht. Und vielleicht gehen auch deswegen die Zahlen ein bisschen runter.

Meine persönliche Erfahrung bei uns in der Praxis – aber wir sind vielleicht auch sehr differenziert – ist, also bis wir zur Gebärmutterentfernung schreiten, das ist immer ein längerer Weg. Also das geht nicht ratzfat, nicht so: „Sie haben ein Myom. Raus mit der Gebärmutter.“, sondern das hängt ja immer auch davon ab: Wie ist die persönliche Situation der Frau? Wie hängt die an ihrer Gebärmutter? Was ist ihr Leidensdruck? Ich finde, der Leidensdruck der Frauen für die Lebensqualität ist doch auch immer so ein ganz wichtiger Punkt.

Ich finde das ziemlich gut, Mandy, wenn du sagst, wenn diese 70-Jährige nun ihren Uterus erhalten wollte, dann müssen wir auch die Wünsche der Patientin berücksichtigen. Also ich finde, es ist immer so eine Mischung. Wir versuchen ehrlich gesagt erst alles Mögliche

Andere. Aber wir haben auch Patienten, die kommen und sagen: „Wissen Sie was? Ich will die Gebärmutter jetzt raus haben.“ Und dann bin ich eher die, die sagt: „Na ja, es ist ja ein Eingriff – hat Risiko. Müssen Sie die wirklich raus haben? Ist das tatsächlich begründet?“

Also da sind ja auch Frauen völlig unterschiedlich. Das macht ja unseren Job auch so spannend – finde ich – dass man auch spürt: Was möchte die Frau? Wie ist die drauf? Und was sind ihre Vorgaben? Also ich finde, es ist immer eine individuelle Entscheidung. Aber diese neuen Medikamente, die muss man vielleicht schon auch noch mal erwähnen, das sind Medikamente, die quasi die Steuerung aus dem Zwischenhirn ausschalten, also quasi den Zyklus runterfahren. Und dann gibt man gleichzeitig aber ein bisschen Östrogen und Gelbkörperhormon dazu. Die funktionieren ganz gut. Was ist deine Erfahrung damit, Mandy?

Prof. Mandy Mangler

Ja, da sammeln wir ja gerade Erfahrungen so seit einigen Monaten. Und ich finde das auch eine sehr gute Methode. Ich finde sowieso alle Methoden, die eben jenseits der Operation sind, sind lohnenswert, sie mit der Patientin zu besprechen. Und man muss sie auch mit der Patientin besprechen. Sonst wird die hinterher sagen: Moment mal. Wieso haben Sie mir eigentlich nicht gesagt, dass es eine hormonelle Behandlung gibt? Dass es die Möglichkeit gibt, eben die Ultraschalltherapie, also eine Radiofrequenzablation ist das, da wird das Myom erhitzt, oder die Möglichkeit, eben die Gebärmutter Schleimhaut abzutragen, also eine Endometriumablation durchzuführen. Und so gibt es ja viele verschiedene Möglichkeiten jenseits der Operation.

Katrin Simonsen

Kann man mit dieser Ablation auch die Myome rausholen?

Prof. Mandy Mangler

Nein, mit der Ablation ... Also mit der Radiofrequenzablation, da werden die Myome – So-

nata-Methode heißt es ja – da werden die Myome gespickt, Ultraschall gesteuert, mit so kleinen Drähten und dann kalkuliert erhitzt auf 100°C und dann eine Weile sozusagen so eben verkocht. Und dann werden die im Verlauf, in den Monaten nach diesem Eingriff, so also schrumpfen die und werden viel kleiner. Und die Symptome werden kleiner. Und das ist eine super Methode eben, die schonend ist und Gebärmutter-erhaltend, wenig Nebenwirkungen, genau.

Und die Ablation der Schleimhaut, also diese sogenannte Endometriumbablation, die behandelt die Myome gar nicht, aber kann eben die Blutungsstörung, die vielleicht da ist, also die starke Blutung, verändern und verkürzen und minimieren.

Katrin Simonsen

Das ist ein gutes Stichwort für unsere erste Hörerinnenfrage. Monika hat uns geschrieben, sie ist 54 und hat starke Blutungen, obwohl sie die *Mirena* nimmt. Also die *Mirena* ist ja eine Hormonspirale. Da haben die Frauen meist gar keine Regelblutung damit. Aber Monika hat langanhaltende starke Blutungen. Und sie schreibt, ohne Tranexam wäre sie wohl schon verblutet.

„Meine Gebärmutter hat einige Myome, aber ich will eine OP immer noch vermeiden.“

Wenn die zu Ihnen käme, Frau Mangler, was würden Sie sagen? Oder nach was würden Sie gucken?

Prof. Mandy Mangler

Einmal, wenn Frauen so Blutungen haben, besonders unter *Mirena*, und insgesamt würde man einmal gucken: Sind das unregelmäßige Blutungen? Und haben wir nicht in Wirklichkeit ein Schleimhautproblem oder sogar etwas, was man übersieht? Also sagen wir mal, im allerschlimmsten Fall einen Gebärmutterkörper tumor. Das gibt es selten mal, dass man das übersieht. Deswegen muss man immer ein bisschen vorsichtig sein. Im Zweifelsfall eine kleine Gebärmutter Spiegelung machen mit Gewebeentnahme. Kam auch mal nämlich eine Patientin zu mir, die hatte riesen Myome

überall und starke Blutungen. In Wirklichkeit war ein Tumor in der Gebärmutter. Das ist aber nicht so häufig. Nichtsdestotrotz ist es gut, wenn man auch daran mitdenkt.

Und das Zweite ist natürlich, dass bei ihr zum Beispiel die Möglichkeit besteht und die Hoffnung, dass man sie durch diese Phase durchkriegt und sie dann irgendwann Ruhe hat, durch Alternative zur Operation, alternative Behandlungsmethoden. Die wir gerade beschrieben haben. Oder, Kathrin, wie würdest du sagen?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, würde ich auch so sehen. Ich meine, was ich da noch denke, ist, manchmal – gerade die *Mirena*, also diese Hormonspirale: Wenn die Myome blöd sitzen, sich zum Beispiel in die Gebärmutterhöhle vorwölben, dann funktioniert es einfach nicht mit der *Mirena*. Also das hat auch was mit der Lage der Myome zu tun. Also davon hängt es auch ab. Auch diese Schleimhautablation, also diese Abtragung der Gebärmutter Schleimhaut geht ja auch schwerer bei Myomen, die sich so in die Gebärmutter vorbuckeln. Da kann man natürlich erwägen, dass man die durch eine Gebärmutter Spiegelung wiederum ganz gut entfernen kann, ohne großen Aufwand – also, wenn die so richtig in die Gebärmutterhöhle reinwachsen. Also es ist auch wieder eine Einzelfallentscheidung.

Aber ich finde gerade bei Monika, so wie sie das schildert – das wäre jetzt für mich so ein Fall, wo ich auf jeden Fall mit der noch mal besprechen würde: Sollen wir uns nicht doch überlegen, meinetwegen mit Gebärmutterhalserhaltung, die Gebärmutter zu entfernen? Meine Erfahrung ist auch, manche Patienten werden dann auch mit der Zeit mürbe. Also die sagen am Anfang, ich verstehe das auch völlig, ich bin auch da ganz bei denen. Nee, ich will die Gebärmutter behalten. Und wenn die dann mal so zwei, drei Jahre Theater mit Blutungen immer wieder und Schmerzen hinter sich haben, dass die dann irgendwann sagen: „So jetzt reicht's.“ Wir kommen meistens ge-

meinsam zu diesem Schluss: „Wissen Sie, irgendwie, jetzt ist es, glaube ich, gut.“ Und es passiert nicht oft, aber da muss man einfach gucken, ja.

Katrin Simonsen

Die ist ja 54. Man könnte aber auch versuchen, die Gebärmutter zu erhalten und die Myome rauszunehmen. Sie schreibt ja jetzt nicht, dass sie riesige Myome hat. „Einige“, schreibt sie.

Prof. Mandy Mangler

Könnte man auch mit ihr besprechen.

Katrin Simonsen

Eine andere Hörerin ist 44 Jahre alt und war mit 41 Jahren an Brustkrebs erkrankt. Sie hatte zwei OPs, Bestrahlung, und sie nimmt seit zwei Jahren Tamoxifen. Weiter schreibt sie:

„Ich habe außerdem ein sehr großes Myom, 11cm. Ich hatte gehört, dass Myome in der Menopause manchmal schrumpfen, zumindest aber nicht weiterwachsen. Daher hatten meine Gynäkologin und ich die Hoffnung, dass es unter dem Tamoxifen auch schrumpfen könnte. Es ist aber eher noch gewachsen und hat Zysten gebildet. Ich habe deshalb vor drei Monaten eine Myomembolisation machen lassen. Es sieht so aus, als würde das Myom wegen der abgeschnittenen Blutzufuhr langsam in sich zusammenfallen. Es ist aber immer noch genauso groß wie vor dem Eingriff. Mich interessiert, ob sie noch was tun kann.“

Wir müssen erst mal erklären, was diese Myomembolisation ist.

Prof. Mandy Mangler

Ja, super, dass wir auch noch auf die Myomembolisation zu sprechen kommen. Das bedeutet, dass man das Blutgefäß des Myoms verstopft mit so kleinen Kügelchen. Das machen die Radiologinnen oder Radiologen. Die gehen über ein Blutgefäß am Arm oder in der Leiste, wie bei einem Herzkatheter, und kommen zu dem Blutgefäß des Myoms und stopfen das zu. Sodass in der Folge das Myom

langsam kleiner wird. Natürlich passiert das nicht sofort, sondern das dauert.

Das kann sogar sein, dass nach einem Jahr das Myom noch fast genauso groß ist wie vorher, aber nicht mehr richtig lebendig, weil der Körper das nicht so gut schafft, auch die Größe des Myoms so schnell zu reduzieren. Das finde ich nicht so schlimm, dass das nicht sofort ganz viel kleiner wird. Das würde ich erst mal abwarten, ob die Symptome und Beschwerden jetzt auch besser sind.

Katrin Simonsen

Und Frau Schaudich, mit dem Tamoxifen, das blockiert ja die Östrogenrezeptoren?

Dr. Katrin Schaudig

Ja.

Katrin Simonsen

Und warum hat das bei dem Myom nicht geholfen?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, so einfach ist es eben leider nicht. Es ist nicht die Gleichung: Östrogen lässt ein Myom zwangsläufig wachsen – und wenn kein Östrogen da ist, wächst es nicht und schrumpft. So einfach ist es leider nicht. Es schrumpfen eben auch nicht alle Myome nach der Menopause. Ich finde, mit 11cm, das ist schon echt groß. Und da würde ich mich schon fragen, wenn es immer weiterwächst, ob nicht doch Teile davon nicht gutartig sein könnten. Ich weiß nicht, Mandy, wie du das siehst, was da immer noch weiterwächst, das ist schon groß.

Also ich fühle mich da nicht so ganz wohl. Ich glaube, mit der Patientin würde ich dann doch ... Vielleicht auch kann man nur das Myom alleine entfernen, je nachdem, wie es sitzt. Das ist natürlich auch immer schwierig, so einzelne Myome zu entfernen. Ich bin kein Operateur, Mandy, aber das geht ja auch nicht immer. Manchmal geht es, aber manchmal geht es nicht. Also ich sehe nicht so richtig die Möglichkeiten bei der. Man kann natürlich jetzt noch abwarten, da hast du völlig recht. Vielleicht wird es doch noch kleiner.

Prof. Mandy Mangler

Genau, ja, finde ich super.

50:02

Katrin Simonsen

Die nächste Hörerin, die uns zu dem Thema geschrieben hat, ist auch wieder 54 Jahre alt, ist aber noch in der Perimenopause. Sie hat sehr starke Blutungen, Schlafstörungen, PMS in der zweiten Zyklushälfte. Ihre Ärztin hat ihr die Gestagen-Pille *Slinda* gegen die Hormonschwankungen zusammen mit transdermalen Östradiol-Gel verschrieben. Doch wegen der starken Blutungen wurde bei ihr zusätzlich die Gold-Netz-Methode durchgeführt – die erklären wir auch gleich.

Und jetzt fragt sie, ob sie die *Slinda* und dieses Östradiolgel weiternehmen kann. Braucht sie die *Slinda* überhaupt noch? Zuerst erklären wir mal kurz diese Gold-Netz-Methode. Frau Mangler zuerst und dann Frau Schaudig zur *Slinda*.

Prof. Mandy Mangler

Bin ich aber froh, dass wir es so herum machen. Genau. Diese Gold-Netz-Methode ist die Endometriumablation, die wir gerade schon besprochen hatten. Also das ist eine mögliche Art der Durchführung. Und bei dieser Endometriumablation muss man sich vorstellen, dass man in die Gebärmutterhöhle guckt und die Schleimhaut abträgt. Die Schleimhaut ist ja das, was menstruiert – also in der Höhle der Gebärmutter, so, wie die Tapete an der Wand. Und das wird alles abgetragen. Und zwar nicht nur so ein bisschen, sondern mit der Wurzel zusammen. Sodass eben menstruierten nicht mehr möglich ist oder nur ganz wenig noch möglich ist.

Katrin Simonsen

Und darf sie jetzt die *Slinda* gegen diese Hormonschwankungen noch nehmen?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, das ist eine gute ... Ich meine, bei der Frau, wenn ich das richtig gehört habe, die hat ja möglicherweise gar kein Myom. Zumindest habe ich es nicht wahrgenommen.

Katrin Simonsen

Nein.

Dr. Katrin Schaudig

Egal, also die blutet einfach. Die hat diese starken Blutungen und diese klassische Perimenopause. Ich finde an dem Fall zwei Sachen total wichtig. Also A: Wird man jetzt durch die Gebärmutter-Schleimhaut-Verkochung, durch diese Goldnetz-Methode, ändert man ja gar nichts an den Schwankungen der Hormone, die ihr wahrscheinlich die Beschwerden machen. Das heißt, der Eierstock hat weiter eine schwankende Funktion. Und ich würde die *Slinda* in dem Fall unbedingt noch ein bisschen weiternehmen. Die Patientin ist ja schon 54. Irgendwann wird sie ja mal die Perimenopause überstanden haben. Aber das weiß man noch nicht.

Das Zweite ist aber an der Sache noch mal ganz wichtig. Ich habe ja vorhin gesagt, dass manchmal das Charmante ist, wenn die Gebärmutter entfernt ist, dass man auf ein Gelbkörperhormon im Rahmen einer Hormonersatztherapie verzichten kann. Das geht tatsächlich nach der Goldnetz-Methode nicht. Mandy Mangler hat ja gerade schon gesagt, die bluten dann nicht mehr oder kaum noch. Aber das „kaum noch“ heißt schon, da sind schon immer noch kleine Reste der Gebärmutter-Schleimhaut irgendwo vorhanden. Das heißt, da ist immer noch Gewebe, was sich aufgrund von einer Östrogenwirkung aufbaut. Das heißt, wir müssen auch bei Frauen, die eine Goldnetz-Methode oder Endometriumablation, wie wir das auch nennen, haben, da müssen wir trotzdem Gelbkörperhormon einsetzen.

Anders ist es, wenn wir bei einer Gebärmutterentfernung den Muttermund stehen lassen, also den Gebärmutterhals. Da muss man nur in wenigen Fällen noch ein Gelbkörperhormon dazugeben, weil meistens keine reagible Gebärmutter-Schleimhaut mehr vorhanden ist. In 10 % der Fälle schon noch, aber bei den meisten nicht. Das heißt, es sind schon mal unterschiedliche Situationen.

Katrin Simonsen

Wir haben noch ein Mail bekommen, Thema: Myome und Hormonersatztherapie. Sie schreibt, die Hörerin:

„Ich habe seit Jahren Myome. Mittlerweile aber bin ich in einer Perimenopause. Meine Menstruation fällt seit einigen Monaten aus. Ich habe diverse Symptome und möchte gerne transdermal Östrogen nehmen. Nun will meine Frauenärztin mir dieses nicht verschreiben. Sie sagt, ich sollte mir die Gebärmutter entfernen lassen, wegen der Myome. Dann könnte man auch über die Hormone sprechen. Was sagt die Forschung zu Myomen- und Hormonersatztherapien?“

Frau Schaudig, das ist ja Ihr Thema.

Dr. Katrin Schaudig

Ich oute mich jetzt mal. Ich kenne ehrlich gesagt keine Studien dazu, wie sich Myome unter HRT entwickeln. Mandy, kennst du da welche?

Prof. Mandy Mangler

Das wird schon untersucht. Das ist schon so, dass Myome wachsen können, aber nicht immer müssen. Deswegen würde ich jetzt erstmal sagen: „Wenn Sie das möchten, dann können Sie die Hormone ja nehmen. Und wenn die Myome wachsen, können wir uns immer noch Gedanken machen.“ Aber so, wie du auch vorhin gesagt hast, manchmal hat man ja nicht so hohe Level. Wir haben nicht so hohe Level wie während einer Menstruation einer 20-Jährigen vielleicht. Deswegen kann man erst mal das ausprobieren. Ich finde, das ist kein Ausschlusskriterium.

Dr. Katrin Schaudig

Überhaupt nicht. Was ich bei der Patientin tatsächlich wichtig fände: Erstmal würde mich interessieren, wie groß sind die Myome? Wie viel hat die? Ist die ganze Gebärmutter voller Myome? Vielleicht hat die Frauenärztin einfach einen Ultraschall gemacht, hat sie 10 Myome und davon eins 5cm, und sagt: „Lieber keine Hormone.“ Das könnte ich jetzt nachvollziehen.

Wenn das nicht so ist, dann würde ich es auf keinen Fall als Kontraindikation sehen. Sondern vorsichtig Östrogen geben, gerne Transdermal, was ja auch die Frauenärztin geplant hat, oder die Patientin selber vielmehr. Und dann aber auch auf jeden Fall, gerade in der Perimenopause, darauf achten, dass die eigenen Östrogenspiegel nicht auch noch on top gehen.

Das heißt, das ist eine Patientin, die zu dem Östrogen, solange sie noch Blutungen hat, unbedingt eher ein Gestagen nehmen soll, was die Eierstocksaktivität runterfährt. Also wieder eine von den Gestagen-Monopillen. Dann hat sie nicht noch on top eigene Östrogene, die ja dann mal sehr hoch sein können, die dann das Myomwachstum fördern können.

Also dieser Patientin würde ich eine Gestagen-Monopille geben, damit der Eierstock nicht mehr noch viel selber macht. Und ein bisschen Östrogen dazu. Und natürlich die Myome unter dieser Therapie beobachten. Klar, werden die jetzt größer? Was passiert da? Die Patientin muss man sicher im Drei-Monats-Abstand sehen. Also nicht erst nach einem Jahr oder einem halben Jahr. Aber ich hätte da jetzt kein so Riesenproblem, überhaupt nicht.

Katrin Simonsen

Wir haben ja im Podcast immer mal drüber gesprochen: Frauen ohne Gebärmutter müssen bei Wechseljahresbeschwerden nicht Progesteron dazu nehmen. Da reicht auch Östrogen. Wie ist das eigentlich, wenn mir die Gebärmutter wegen eines Krebses entfernt wurde? Darf ich dann auch Hormone nehmen, wenn ich in die Wechseljahre komme?

Dr. Katrin Schaudig

Das kommt auf den Krebs an. Also Gebärmutter-Halskrebs macht gar kein Problem, normalerweise. Also das sind diese klassischen, auch die HPV-assoziierten Gebärmutter-Halskarzinome – Platten-Epithelkarzinome, sag ich jetzt mal diesen Fachterminus. Da kann man bedenkenlos Hormone hinterher geben. Wenn die Gebärmutter nicht mehr da ist, braucht

man auch, sagen wir mal, im Regelfall kein Gestagen dazu. Wenn es ein Gebärmutter-Schleimhautkrebs war – der auch jetzt schon mehrfach anklang, auch Mandy hat es ja auch schon ein paar Mal gesagt – dann darf man tatsächlich kein Östrogen geben. Gelbkörperhormon darf man theoretisch geben, nur das hilft ja gegen viele Beschwerden nicht. Muss man im Einzelfall entscheiden. Und da gibt es noch mal so eine Sonderform beim Gebärmutter-Halskrebs, der auch so eine drüsige Komponente hat. Da muss man auch mit Hormongabe sehr vorsichtig sein. Also man muss unterscheiden und differenzieren. Auf keinen Fall kann man sagen, dass es gar nicht geht. Bei bestimmten Karzinomen ja, bei bestimmten Karzinomen nein.

Katrin Simonsen

Wenn mir nach, wegen Gebärmutter-Schleimhautkrebs, die Gebärmutter entfernt wurde, ist dann auch Vorsicht geboten? Weil dann ist das Organ doch raus.

Dr. Katrin Schaudig

Ja, weil ja immer die Überlegung ist, bei jeder Karzinomerkrankung will man ja die Bildung von Tochtergeschwülsten, also Metastasen verhindern. Und es gibt immer die Möglichkeit, dass doch schon kleine Zellen irgendwo im Körper sich aufhalten. Und gerade der Gebärmutter-Schleimhautkrebs ist sehr östrogenabhängig und die könnte man düngen. Und da gibt es schon auch noch mal so Differenzierungen. Wenn das ein Krebs im sehr, sehr frühen Stadium ist und die Patientin hohen Leidensdruck hat, dann ist man großzügiger. Aber ich muss sagen, auch Mandy, du hast ja auch vorhin schon Fälle berichtet. Ich hatte mal eine Patientin, das war ein ganz kleiner Krebs, der haben wir dann Östrogene gegeben. Und dann hat sie leider im Bauchfell Metastasen entwickelt. Also ich bin seitdem, wenn man mal so was erlebt hat, wird man dann auch immer sehr zaghaft. Ich bin da extrem zurückhaltend. Und auch die Leitlinien sagen das.

58:41

Katrin Simonsen

Die Anja hat uns geschrieben, auch 54 Jahre alt und wegen der Myome wurde ihr die Gebärmutter bereits entfernt. Seitdem, schreibt sie, herrscht bei ihr ein totales Chaos. Schlafstörungen, depressive Episoden, sie fühlt sich krank, abgeschlagen, ausgelaugt. Und hat nun mit Östrogengel und Progesteron begonnen. Es wird aber nicht besser. Frau Mangler, ist das ein Zufall, dass es nach der OP irgendwie gefühlt hormonell so chaotisch wird? Oder ist das auch normal?

Prof. Mandy Mangler

Also da gibt es Studien, die haben untersucht: Wie wirkt sich denn jetzt eine Gebärmutterentfernung auf die Eierstöcke und deren Funktion aus? Und die Eierstöcke dazu, muss man wissen, sind zweifach blutversorgt. Einmal von oben aus der Aorta, also aus einem dicken Bauchgefäß. Und von unten aus der Gebärmutter. Und wenn man die Gebärmutter entfernt, fällt also diese eine Blutversorgung weg, der Eierstöcke. Und man kann das auch biochemisch und auch klinisch messen und merken, weil dann erst mal auch weniger Östrogen und Progesteron produziert werden. Und das Blutreservoir, was aus der Gebärmutter kommt, also diese ganze Blutversorgung und die damit verbundene Durchblutung des Beckens, wird auch insgesamt kleiner. Von daher: Das kann zusammenhängen und das zeigen auch Studien.

Dr. Katrin Schaudig

Ja, das würde ich genauso sehen. Wir wissen auch, dass Frauen, die eine Gebärmutterentfernung hatten oder auch eine Sterilisation – weil auch damit wird die Durchblutung der Eierstöcke verändert – statistisch ein bisschen früher in die Wechseljahre kommen. Die Hörelin, die geschrieben hat, die ist ja 54. Also da ist sie sowieso ja kurz vor dem Zeitpunkt, dass sozusagen die Menopause wahrscheinlich einsetzt. Das kann jetzt auch ein Zufall sein. Aber es ist schon so, dass diese Operation durch Einschränkung der Blutversorgung quasi den

Prozess in die Peri- und Postmenopause beschleunigt hat. Halte ich jetzt absolut für möglich.

Katrin Simonsen

Warum hilft ihr dann Östrogengel und Progesteron nicht?

Dr. Katrin Schaudig

Ja, das ist eine gute Frage. Also meine erste Fantasie ist: Anders dosieren. Vielleicht ist es einfach nicht genug, was sie nimmt. Dann haben wir ja schon öfter darüber gesprochen, dass das Progesteron, auch wenn man dem immer nachsagt, dass das so das Wohlfühlhormon ist, das habe ich schon öfter gesagt, da bin ich nicht immer so einer Meinung mit. Ich würde dann auch mal ein anderes Gelbkörperhormon ausprobieren. Denn das Progesteron kann bei manchen Patienten dieses sich-schlecht-fühlen tatsächlich verstärken. Das ist bei Weitem nicht bei allen, aber bei einigen ist es so. Also ich würde an der Östrogendosis was machen. Und ich würde vielleicht mal ein anderes Gelbkörperhormon probieren, in so einem Fall Dihydrogesteron.

Das Krankheits-, dass sie sich krank fühlt, angeschlagen und ausgelaugt, da finde ich so ein bisschen ... Das hat vielleicht noch mal ganz andere Ursachen. Da muss man einfach noch mal ein bisschen sie internistisch auf den Kopf stellen.

1:01:30

Katrin Simonsen

Da habe ich gerade überlegt, weil es ja auch was um Blutversorgung eben ging, in Ihren Antworten – kann es auch sein, dass dann irgendwie der Ferritinspeicher vielleicht abgestürzt ist nach dieser Gebärmutterentfernung? Oder hat das Eine mit dem Anderen gar nichts zu tun?

Dr. Katrin Schaudig

Mandy, jetzt ist dein Auftritt, Mandy.

Katrin Simonsen

Frau Mangler überlegt noch.

Prof. Mandy Mangler

Interessant. Ich überlege, genau. Ja, also das ist eine denkbare Möglichkeit. Dann könnte man gucken und es auffüllen, ob es dann sich ändert. Aber es klingt eher so, als würde zusammenhängen doch die Funktion der Eierstöcke, die dann jetzt eh schon sozusagen – also wo es zeitlich zusammengefallen ist.

Katrin Simonsen

Aber ich glaube das mit dem Ferritin, haben viele Frauen eben so gar nicht auf dem Schirm. Gerade wenn man so viele Myome hatte, vielleicht lange Zeit stark geblutet hat. Das ist ja auch gar nicht in den normalen Bluttests drin. Das muss man ja extra sagen. Und beim ersten Mal muss man es auch selbst bezahlen, als Frau.

Dr. Katrin Schaudig

Also ich meine, jetzt noch mal, mit dem Ferritin: Ich meine, die ist jetzt die Gebärmutter los und jetzt blutet sie nicht mehr.

Katrin Simonsen

Aber vorher hat sie ja viele Jahre geblutet.

Dr. Katrin Schaudig

Ja, aber ich denke, dass die Operation der Gebärmutter jetzt nicht gestern war, sondern doch schon Monate zurückliegt. Und der Ferritin-Spiegel erholt sich ja. In dem Moment, wo die nicht mehr Blut verliert, wird der schon so langsam nach oben klettern. Es sei denn, sie ernährt sich vegan oder isst überhaupt kein Fleisch. Also ich würde da auch einmal drauf gucken, da haben Sie völlig Recht. Meine Fantasie ist aber, dass das nicht das Problem ist. Mandy sagt das ja auch.

Katrin Simonsen

Die Lucia hat uns geschrieben. Sie ist 66 Jahre alt, hat vor 40 Jahren zwei Kinder vaginal geboren und leidet seit ein paar Jahren unter Gebärmutterensenkung. Sie schreibt:

„Seit ca. einem Jahr sind die Beschwerden ziemlich stark geworden – in Form, dass der Gebärmuttermund durch die Scheide rausgedrückt wird. Das stört natürlich wahnsinnig. Die Frauenärztin sagt mir, die einzige Lösung

ist, die Gebärmutter zu entfernen. Meine Frage ist, ob nicht doch eine Alternative zu dieser OP besteht. Die zweite Frage bezieht sich auf die Phase nach der Gebärmutterentfernung. Sind da hormonelle Probleme zu befürchten? Ich habe bisher keine Hormone genommen, da ich nur moderate Wechseljahrsymptome hatte.“

Wir kommen erst mal zu dieser OP, zu Frau Mangler. Die Patientin ist 66 Jahre alt. Der Gebärmuttermund drückt unten aus der Scheide raus. Was würden Sie da machen?

Prof. Mandy Mangler

Genau, im Prinzip, das kommt immer so ein bisschen drauf an, aber eine 66-Jährige, wo der Gebärmutterhals rausguckt fast, das ist schon etwas, wo man sagen würde: Da würde man empfehlen, das zu behandeln, damit die Lebensqualität eben wieder steigt, weil das ist ja störend. Und sie hat noch eine lange Phase idealerweise, wo sie eben gesund lebt und aktiv sein kann. Und genau, deswegen eine Operation. Und da ist es häufig so, dass man empfiehlt, den Gebärmutterkörper mit rauszunehmen und die Gebärmutter so nach oben zu fixieren, also wieder die körpereigenen Bänder so zu stützen oder vielleicht auch ein Band einzulegen, damit es wieder weiter oben ist.

Wenn die Frau aber überhaupt ganz partout keine Gebärmutterentfernung möchte, dann kann man das auch nur hochziehen. Die Gebärmutter lassen und mit einem Band fixieren. Da sind die Erfolgsraten nicht ganz so hoch, als würde man den schweren Gebärmutterkörper noch gleich mit entfernen, weil der drückt natürlich nach unten. Der zieht dann in der Folge die Gebärmutter wieder tiefer. Aber klar, man kann über alles sprechen. Das könnte man versuchen mit eben dieser Aussicht, dass man unter Umständen dann, wenn das nicht funktioniert jahrelang, dann doch noch mal was Anderes sich ausdenken muss.

Katrin Simonsen

Und die zweite Frage ...

Prof. Mandy Mangler

Und östrogenisieren würde man bestimmt auch.

Katrin Simonsen

Frau Schaudig, was sagen Sie – hormonell irgendwas machen?

Dr. Katrin Schaudig

Nee, die ist ja schon 66 und das ist sicher schon lange her. Durch die Gebärmutterentfernung wird sich nichts verändern. Aber was Mandy gerade sagte, dass man die lokal östrogenisiert, das würde ich auch auf jeden Fall machen. Also das hat ja auch keine Nebenwirkung. Das ist ja das Östriol, was wir dann in aller Regel geben, nicht Östradiol. Also man muss keine Angst vor Brustkrebs haben, auch wenn es im Beipackzettel leider drinsteht, grauenvollerweise – das kann man vergessen.

Die Operation selber, egal was man jetzt macht, wird auf die Hormonversorgung gar keinen Einfluss haben. Dennoch wird man dieser Patientin sicher sagen, lokal, also in der Scheide, Östrogensalbe oder Zäpfchen.

Katrin Simonsen

Wir hatten ja neulich, Frau Schaudig, auch schon mal drüber gesprochen, über diese DHEA-Zäpfchen, wo Sie sagten, die funktionieren eigentlich auch ganz gut, weil die ja auch Testosteron noch bilden in der Scheide, das so für das Bindegewebe ...

Dr. Katrin Schaudig

Das macht man aber eigentlich nicht first line, sozusagen. Also das macht man immer dann, wenn irgendwie diese Östriol-Methoden nicht funktionieren. Also Östriol ist da schon das Medikament, das man in erster Linie einsetzt. Diese DHEA-Zäpfchen sind erstens keine Kassenleistung. Dann soll man die täglich einführen. Das Östriol ja nur ein- bis zweimal pro Woche – Langzeit. Also man macht so eine Stoßtherapie: Täglich für zwei Wochen und dann ein- bis zweimal pro Woche.

Das DHEA ist eine gute Substanz. Aber es ist mehr so für uns die Therapie bei Frauen, die mit dem anderen nicht zurechtkommen. Ich

würde es mal so sagen. Also ich habe ja da so verschiedene Eskalationsstufen der Therapie und das DHEA ist nicht die erste Variante.

Katrin Simonsen

Zum Schluss unseres Podcasts möchte ich noch mal kurz auf die Eierstöcke schauen. Früher war es ja durchaus gängige Praxis, dass bei einer Gebärmutterentfernung dann gleich noch die Eierstöcke mit rausgenommen wurden.

[Dr. Katrin Schaudig und Prof. Mandy Mangler machen schaurige Stimmen im Hintergrund.]

Dann wurde immer von einer Total-OP gesprochen. Ich kenne Frauen, bei denen das noch gemacht wurde. Was war denn die Überlegung dahinter?

Prof. Mandy Mangler

Ja, das ist immer schwierig, weil die Rationale dahinter ist natürlich, dass man zukünftige Erkrankungen ersparen möchte. Aber es ist auch eine sehr, sehr merkwürdige Art der Argumentation, dass man sagt: „Ach, wir haben jetzt einen Grund, die Gebärmutter zu entfernen und dann nehmen wir gleich noch ein anderes Organ mit. So, was haben wir denn da noch? Dann nehmen wir noch mal die Eierstöcke, vielleicht noch den Blinddarm ...“ und so. Und wir machen das ja auch nicht. Oder diese gleiche Bewegung gab es nicht in der Urologie, dass man gesagt hat: „Ach, wir operieren jetzt hier die Prostata. Ist ja super. Dann nehmen wir die Hoden auch gleich mit raus, weil die ... Das ist ja praktisch. Dann machen wir einfach hier Total-OP.“ – Gab es ja nicht, merkwürdigerweise. Ist ja komisch, würde ich mal sagen, dass es die nicht gab, die Bewegung.

Katrin Simonsen

Vielleicht, weil es zu wenig Frauen gab, die damals operiert haben.

Prof. Mandy Mangler

Genau.

Dr. Katrin Schaudig

Ja, also ich glaube, die Idee war einfach: „Mensch, die braucht doch ihre Eierstöcke gar

nicht mehr. Die hat schon Kinder. Und wozu dann noch ein Organ belassen, an dem sich mal ein Krebs bilden kann. Aber Eierstockkrebs ist schon einer von den Krebsarten ...

Prof. Mandy Mangler

Hodenkrebs ist auch unschön. Und auch Studien sagen ja, aber das weißt du alles viel, viel besser. Wie lange hat denn der Eierstock eine Hormonproduktion? Bis zu welchem Lebensalter? Wann hört die denn auf?

1:08:56

Dr. Katrin Schaudig

Ja, ich holte gerade nur aus. Also ich hatte mal eine Patientin, wo der Chirurg, stellt euch vor, bei der Blinddarmentfernung bei einer 40-Jährigen die Eierstöcke mit entfernt hat. Einfach mal just for fun. Das gab dann allerdings eine Klage, auch zu Recht, ehrlich gesagt. Also, nein, was ich sagen will, ist, dass man früher ganz oft bei Frauen in ihren 40ern, nach dem Kinderkriegen, wenn die Gebärmutter entfernt wurde – ich oute mich jetzt mal: Bei meiner Mutter war das zum Beispiel der Fall – die Eierstöcke einfach mit entfernt hat, obwohl die noch regelmäßig geblutet haben. Das heißt, obwohl die Eierstöcke noch voll funktionsfähig waren. Also das würde ich heute als Kunstfehler bezeichnen. Das hat man früher tatsächlich ganz oft gemacht, in der Überlegung: „Die braucht sie doch gar nicht mehr, raus damit.“

Da wusste man allerdings auch noch nicht so viel darüber, was eine Eierstockentfernung bei jüngeren Frauen tatsächlich für Folgen haben kann. Die Frauen werden dann wirklich explosionsartig in die Wechseljahre katapultiert und haben auch meistens – da gibt es auch Studien zu – noch mehr Beschwerden als Frauen, die den natürlichen Übergangsprozess erleben. Es ist genau so, wie du sagst, Mandy, die Eierstöcke machen noch ganz lange zum Beispiel männliche Hormone, Testosteron. Und interessanterweise führt auch dieser Mangel an Testosteron zu einer Verstärkung von Wechseljahresbeschwerden. Also Frauen haben mehr Hitzeballungen, haben mehr

Schlafstörungen. Aber es macht natürlich auch was mit der Sexualität, weil das Testosteron aus unseren Eierstöcken auch für die Libido und auch für das ganze sexuelle Erleben zuständig ist. Was wir schon – also so ab 60 lässt es langsam nach. Also bei einer 60-Jährigen kann man darüber diskutieren. Selbst da kann es im Einzelfall mal doch stärkere Auswirkungen haben, als man dachte.

Und jetzt last not least – und das ist ja eine Entwicklung der letzten fünf bis zehn Jahre – dass wir die Theorie haben – und die scheint angeblich laut Fachleuten doch relativ sicher zu sein – dass der Eierstockkrebs nicht primär von den Eierstöcken ausgeht, sondern von den Eileitern und dann überspringt auf den Eierstock. Das heißt, was ich wirklich sinnvoll finde, ist, wenn man die Gebärmutter entfernt, unbedingt die Eileiter mit zu entfernen. Damit eliminiert man wahrscheinlich schon 90 % des Krebsrisikos an den Eierstöcken.

Das heißt, man hat diesen präventiven Gedanken, den früher, ich sag's jetzt mal so, ich will ja den Ärzten, die eine Totaloperation gemacht haben, nichts Böses unterstellen. Sondern die haben gedacht: „Gott, die braucht's nicht mehr und dann kann kein Krebs mehr entstehen.“ Das heißt, den Gedanken hat man bereits mit der gleichzeitigen Entfernung der Eileiter. Die Eierstöcke bleiben dann aber erhalten. Kann natürlich sein, dass die Durchblutung ein bisschen verschlechtert wird, vielleicht die Wechseljahre ein bisschen früher kommen. Also Eileiter immer mit raus und die Eierstöcke tatsächlich nur entfernen, wenn es einen triftigen Grund dafür gibt, weil Krebsartig oder Verdacht auf Krebs am Eierstock ist. Ich würde auch bei solchen Frauen dafür plädieren, einen Eierstock dann zu belassen, wenn also der zweite Eierstock völlig in Ordnung aussieht und dann nur den entfernen, der irgendwie krankhaft aussieht.

Katrin Simonsen

Frau Mangler, hatten Sie denn mal den Fall, dass Sie eine Gebärmutter entfernt haben und

dann an den Eierstöcken was festgestellt haben während der OP und die rausnehmen mussten?

Prof. Mandy Mangler

Nein, das würde ich immer auch vermeiden. Also erstens, wenn man an den Eierstöcken was sieht, ist es sowieso viel, viel besser, eine Probe zu entnehmen, um zu wissen, was das ist, anstatt den gesamten Eierstock rauszunehmen. Weil wenn das zum Beispiel ein Tumor ist, dann hat man den so anoperiert und hat dann da irgendwie auch eine Wundfläche geschaffen. Das ist alles ungünstig. Also da ist es sowieso besser, nur eine Probe zu nehmen. Und insgesamt finde ich, wenn man operiert, sollte man einfach ganz stark an dem, was man vorher besprochen hat, dranbleiben. Und nur, wenn Lebensgefährlichkeit besteht, das irgendwie verlassen, dieses Konzept. Und ansonsten lieber noch mal mit der Frau, wenn sie aufgewacht ist, sprechen, damit sie die Möglichkeit hat, über ihren Körper so genau wie möglich Bescheid zu wissen und selber zu entscheiden. Dass sie nicht dann aufwacht und dann ist irgendein Organ draußen. Das ist das allerungünstigste, was passieren kann nach so einer OP. So, über den eigenen Körper. Man fühlt sich fremdbestimmt, man fühlt sich ausgeliefert. Man versteht es nicht. Man hat einen Vertrauensverlust usw. Also das darf nicht passieren.

Katrin Simonsen

Aber Eierstockkrebs ist schon eine Diagnose, wo man die Eierstöcke am Ende entfernen muss. Genau, da muss man sowieso noch eine ganz andere Operation machen, die man da nicht einfach mal nur durch die Eierstockentfernung hat. Deswegen ist es sowieso nicht, es bringt einfach gar nichts, dann die Eierstöcke rauszunehmen.

Katrin Simonsen

Wenn die Eierstöcke rausgenommen wurden, dann rutschen die Frauen ja sofort in die Menopause. Frau Schaudig, Sie haben es ja gerade schon beschrieben: Dann fehlt den Östrogen, dann dadurch Progesteron, dann auch noch das Testosteron. Darf man aber, wenn

die wegen Eierstockkrebs die OP hatten, dann eine Hormontherapie machen?

Dr. Katrin Schaudig

Das ist eine gute Frage und die kann ich leider nicht so eindeutig beantworten. Es gibt da tatsächlich auch nicht viele Studien, was damit zu tun hat, dass Eierstockkrebs ein nicht so häufiger Krebs ist. Es gibt so ein paar Studien, die untersucht haben, was passiert nach dem Eierstockkrebs, wenn die Frauen Hormone nehmen. Die sind leider widersprüchlich. Das ist ja immer so ein bisschen das Problem. Es gibt umgekehrt ein paar Studien, die sagen: Frauen, die lange Hormone genommen haben, haben ein etwas höheres Risiko für Eierstockkrebs. Und aus diesem Analogschluss gibt es zumindest Leute, die da zurückhalten und skeptisch sind.

Ich persönlich muss sagen, ich bin da eher etwas großzügiger nach Eierstockkrebs, gerade weil die Lebensqualität bei vielen Frauen extrem leidet ohne die Hormone. Man muss es immer im Einzelfall entscheiden, wenn die Patientin sagt: „Ich will 0,0 % Risiko eingehen. Ich will dann lieber keine Hormone.“ Dann versuchen wir alternative Methoden, um die Beschwerden zu beheben. Wir haben ja mittlerweile da auch schon Einiges, was wir tun können. Also so ganz eindeutig ist es nach dem Eierstockkrebs nicht, ob man Hormone geben darf oder nicht.

Katrin Simonsen

Was gäbe es eigentlich noch für eine Diagnose, dass man die Eierstöcke entfernen müsste, Frau Mangler?

Prof. Mandy Mangler

Also es gibt wenig Diagnosen, wo man die Eierstöcke entfernt. Ein bösartiger Tumor ist eine davon. Ansonsten kann man auch, für die Eierstöcke gilt es so ähnlich wie für die Gebärmutter, man kann ganz oft den Eierstock erhalten. Und wenn ich das jetzt aus meiner Perspektive so betrachte, dann wäre mir persönlich das auch sehr, sehr wichtig, den Eierstock zu erhalten, wegen eben dieser ganzen

Hormone. Und von daher kann man das immer mit der Ärztin, Arzt besprechen. Was liegt da vor? Zum Beispiel bei gutartigen Veränderungen ist es eigentlich immer möglich, den Eierstock zu erhalten.

Katrin Simonsen

Und dann operiert man sozusagen diese Veränderung weg und lässt den Eierstock aber drin?

Prof. Mandy Mangler

Genau, diese Veränderung ist meistens wie so eine, ja, ist meistens in dem Eierstock. Man kann das so rausschälen, so präparieren und rausschälen beim Operieren.

Katrin Simonsen

Okay, und wegen Zysten, muss wegen Zysten operiert werden?

Prof. Mandy Mangler

Auch nicht so oft, wie ... Auch da operieren wir, glaube ich, zu viel – einen Tick.

Dr. Katrin Schaudig

Unbedingt.

Prof. Mandy Mangler

Genau, das kommt immer drauf an. Und zum Beispiel Endometriose-Zysten, das hat halt auch alles eine Implikation. Deswegen bin ich da immer so ein bisschen ... Also es ist schon so, dass unsere Medizin eben die Perspektive der Frau, die echte Perspektive sozusagen, so ein bisschen vernachlässigt. Weil Reproduktionsmedizinerinnen, die schlagen immer die Hände über dem Kopf zusammen, wenn zum Beispiel Operateurinnen dann Endometriose-Zysten entfernen, einfach so. Und sagen: „Ja, jedes Mal geht dabei Eierstockgewebe kaputt.“

Man muss das immer ganz genau hinterfragen: Was ist das für eine Situation? Und ist das wirklich notwendig? Brauchen wir da vorher eine reproduktionsmedizinische Beratung, zum Beispiel? Es ist immer gut, wenn man da noch mal aus mehreren Perspektiven zum Beispiel auf eine Zyste am Eierstock guckt und

sich fragt: Ist es wirklich notwendig, das zu operieren?

Wir sind in dieser Podcast-Folge ein bisschen wieder länger geworden, als ihr das gewohnt seid. Aber ich fand das Thema einfach so mega spannend. Und ich bedanke mich bei meinen beiden tollen Expertinnen, bei Dr. Katrin Schaudig und Prof. Dr. Mandy Mangler. Dankeschön, dass Sie sich Zeit genommen haben.

Prof. Mandy Mangler

Ja, sehr gerne. Es hat sehr viel Spaß gemacht.

Dr. Katrin Schaudig

Ja, hat mir auch großen Spaß gemacht.

Katrin Simonsen

Und an dieser Stelle von mir noch mal der Hinweis, dass ihr unseren Podcast auf der Internetseite des MDR zum Nachlesen findet. Und unsere Kolleginnen von BRISANT haben das Wichtigste auch wieder kurz und bündig in einem Artikel zusammengefasst. Die beiden Links packen wir natürlich in die Shownotes.

Wir hören uns dann in zwei Wochen wieder. Dann geht es um die Postmenopause. Das Thema habt ihr euch gewünscht. Ihr wolltet wissen, wie merke ich, dass ich in der Postmenopause bin, wenn ich noch eine Pille nehme? Wie setze ich die Pille dann ab und kann ich dann gleich nahtlos mit bioidentischen Hormonen beginnen? Wie lang kann ich die Hormone nehmen? Und wenn ich die Hormone absetzen will, muss ich die dann ausschleichen? Das und mehr in der kommenden Folge.

Wir freuen uns weiterhin über euer Feedback. Ihr könnt uns gern schreiben an hormongesteuert@mdraktuell.de. Und sagt es gern weiter, wenn euch *Hormongesteuert* gefällt und empfiehlt uns, euren Freundinnen, Arbeitskolleginnen, Partnerinnen und Partnern. *Hormongesteuert* hört ihr kostenfrei in der App der ARD Audiothek und überall, wo ihr sonst auch eure Podcasts hört.

Und heute gibt es meinen Hör Tipp mal zum Schluss. Vielleicht habt ihr euch ja auch schon

mal gefragt: Warum wir durch Meditation besser entspannen? Warum es gesund ist, dankbar zu sein? Und warum es uns eigentlich in die Ferne zieht? Der Psychologie-Podcast *Wie ticken wir?* beantwortet all diese Fragen lebensnah, wissenschaftlich und auf den Punkt. Den Link zu *Wie ticken wir?* findet ihr in den Shownotes. Den Podcast hört ihr jeden Mittwoch exklusiv in der ARD Audiothek.

Hormongesteuert – der Wechseljahre Podcast mit Dr. Katrin Schaudig

Diese Transkription ist ein Service der MDR Redaktion Barrierefreiheit. Mehr barrierefreie Angebote finden Sie hier: <https://www.mdr.de/barrierefreiheit/index.html>