

Neuraltherapeutische Interventionen bei Endometriose



Wolfgang Ortner

Die sehr individuellen Krankheitsbilder der Endometriose stellen nach wie vor sowohl für die Patientinnen, als auch für die TherapeutInnen eine große Herausforderung dar. Manche Patientinnen leiden bei kleinen Endometrioseherden unter extremen Schmerzen, bei anderen sind große Endometriose bedingte Gewebsveränderungen eine Zufallsentdeckung. Die Ausdehnung der Veränderungen und die Beschwerden korrelieren also nicht unbedingt miteinander.

Oft wird man schon durch die Anamnese auf die richtige Spur gebracht. Häufig wird die erste Regelblutung als dramatisches Erlebnis mit starken Schmerzen geschildert, nicht selten werden in den ersten Jahren nach der Menarche Spitalambulanzen während der Regelblutung frequentiert, bis die Betroffenen oft selbst einen Weg finden, die Beschwerden vor und während der Regelblutung erträglich zu machen.

Zu den häufigsten Symptomen der Endometriose gehören Dysmenorrhoe, Dyspareunie, Dysurie und auch Dyschezie aufgrund einer Koordinationsstörung von Beckenbodenmuskulatur und Analsphinkteren. Viele Patientinnen klagen auch über Rückenschmerzen und Schmerzen im unteren Bauchbereich.

Oft sind es nicht die Schmerzen, die Anlass für eine ärztliche Konsultation sind, sondern das Ausbleiben einer Schwangerschaft bei Kinderwunsch, das heißt, dass bis zur Diagnose oft Jahre vergehen.

Für den Nachweis der Endometriose werden verschiedene bildgebende Verfahren wie Ultraschall¹ und Magnetresonanztomographie (MRI)^{2,3} eingesetzt, oder es erfolgt eine operative Abklärung mittels Laparoskopie oder Hysteroskopie⁴.

Die Therapie richtet sich nach der persönlichen Situation und dem Alter der Patientin sowie der therapeutischen Zielsetzung und der Verträglichkeit und Wirksamkeit

der eingesetzten Therapeutika.

In der Regel ist das wichtigste Therapieziel bei Frauen mit Kinderwunsch, die Voraussetzungen für den Eintritt einer Schwangerschaft zu schaffen bzw. einer weiteren Ausbreitung des Geschehens entgegenzuwirken. Abgesehen vom Kinderwunsch steht die suffiziente Schmerzbehandlung meist im Vordergrund der therapeutischen Maßnahmen, wenn nicht eine operative Sanierung angezeigt ist.

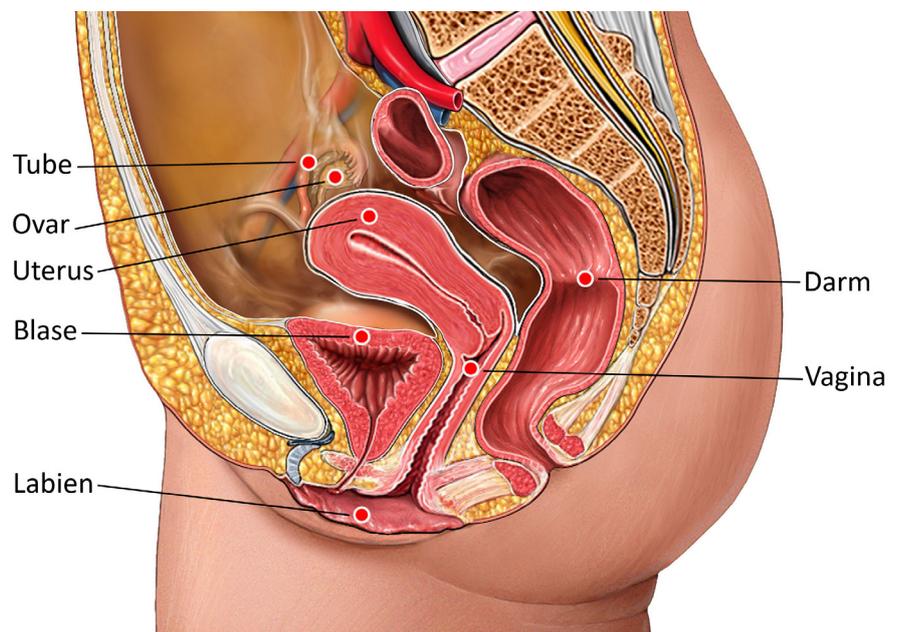


Abb. 1: Typische Lokalisationsstellen der Endometriose

Therapeutisch kommen vor allem hormonelle Verhütungsmittel (Pille, Hormonpflaster oder Hormonspirale) zum Einsatz, sie wirken zyklusregulierend und reduzieren endometriosebedingte Schmerzen. Je nach Verträglichkeit und Wirksamkeit können auch verschiedene andere Substanzen therapeutisch angewendet werden:

- Reduzierung der Endometrioseherde durch Senkung des Östrogengehalts im Körper mit Gestagenen wie Medroxyprogesteron (Medroxyprogesteronacetat/ MPA), Dydrogesteron (Stereoisomer von Progesteron) (Duphaston), Dienogest
- Senkung der Östrogenproduktion durch Aromatasehemmer
- Senkung der Östrogenproduktion durch GnRH-Analoga (Gonadotropin-Releasing-Hormon-Analoga) mit Add back Verfahren
- Reduktion von Endometrioseherden durch Immunmodulatoren (z.B. Danazol)

Nicht mehr alle der aufgezählten Behandlungsmöglichkeiten entsprechen dem heutigen State of the art.

Da bei den ersten auftretenden Symptomen die Schmerzen im Vordergrund stehen, ist die Einnahme von Analgetika oder Antirheumatika meist die erste therapeutische Maßnahme. Die hormonelle Aktivität beeinflussende Behandlungen bringen für viele Patientinnen eine nachhaltige Besserung oder sogar Beschwerdefreiheit, werden aber von manchen Patientinnen schlecht oder gar nicht vertragen.

Bei den operativen Maßnahmen wird einerseits bei infertilen Ade-

nomyosepatientinnen (Endometriosis uteri interna) die ART (assistierte Reproduktionstherapie) als erfolgsversprechend beschrieben, andererseits berichtet Osa-da⁵ in einem Übersichtsartikel über 2365 publizierte Fälle von diversen organerhaltenden konservativen Operationsverfahren, wie z.B. triple-flap oder asymmetrischer Dissektion. Der fokussierte Ultraschall HIFU („high intensity focused ultrasound“) stellt eine neue nicht inva-

sive thermische Ablationstechnik dar.

Werden außerhalb des Uterus Endometrioseherde identifiziert (Endometriosis genitalis externa) bzw. Endometrioseherde, die an anderen Organen situiert sind (Endometriosis extragenitalis), ist die laparoskopische Intervention das Mittel der Wahl.

Über integrative Therapiemöglichkeiten bei Patientinnen mit Endo-

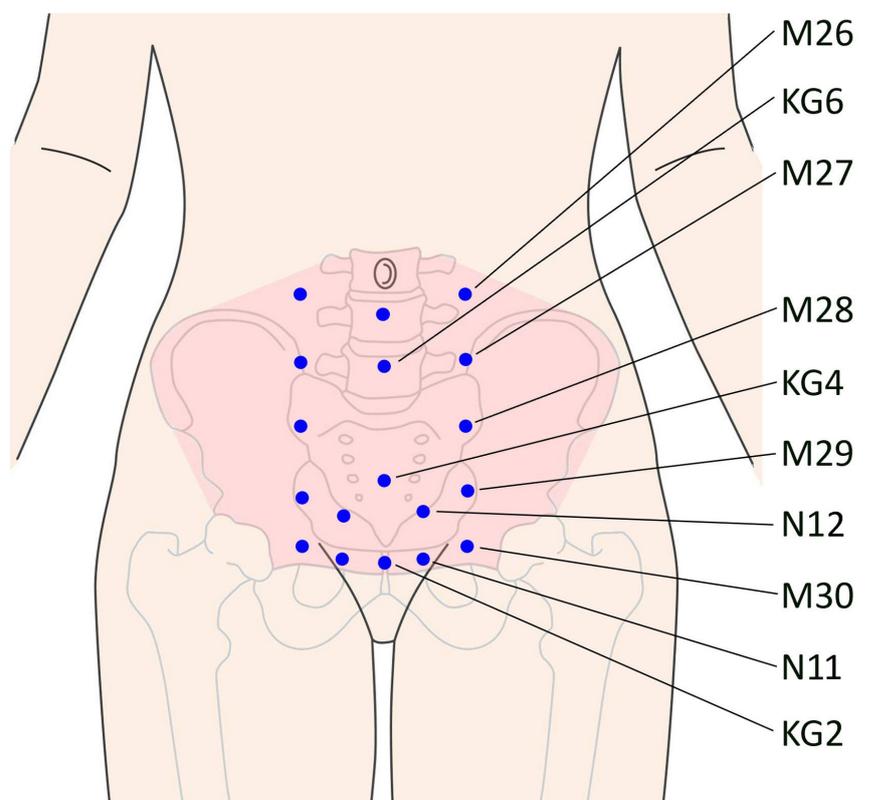


Abb. 2: Reflektorik der Urogenitalregion ventral mit der Bezeichnung der korrespondierenden Akupunkturpunkte, mit Beschreibung deren Lage und Indikation, nach König G, Wancura I, Neue chinesische Akupunktur⁶

M26, ca 2,5 cm unter dem Nabel, ca 5 cm paramedian, Dysmenorrhoe
 KG4, ca 7,5 cm unter dem Nabel in der Bauchfalte, Dysmenorrhoe
 N12, ca 5 cm über der Symphyse, ca 2,5 cm paramedian, Schmerzen im Genitalbereich
 M29 ca 2,5 cm über der Symphyse, ca 5 cm paramedian, Endometritis, Adnexitis, Menstruationsstörungen
 M30, in Höhe der Symphyse, ca 5 cm paramedian, Erkrankungen des Genitales
 N11, 2 cm paramedian, Inkontinenz
 KG2, Oberrand der Symphyse, Fluor albus

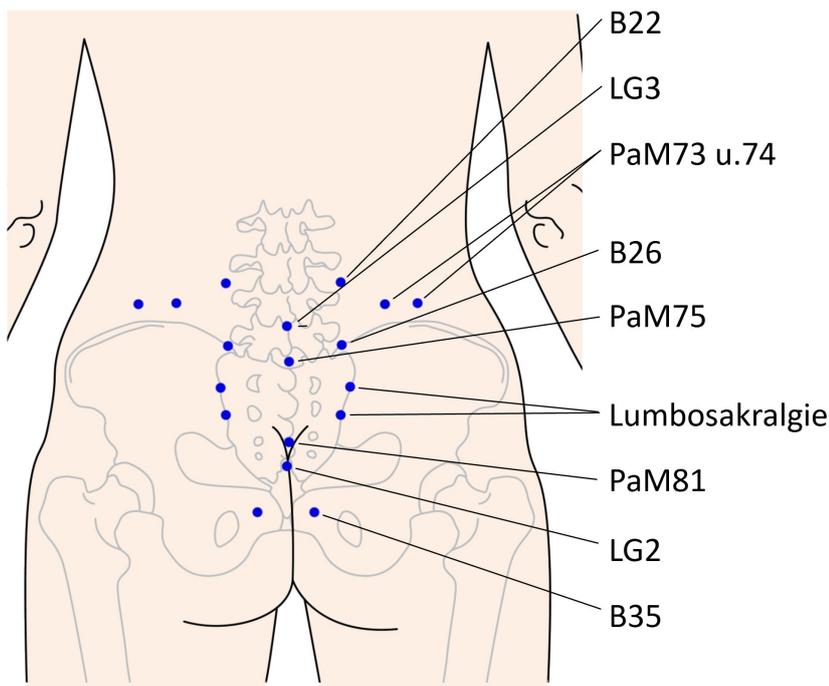


Abb. 3: Reflektorik der Urogenitalregion dorsal mit der Bezeichnung der korrespondierenden Akupunkturpunkte, mit Beschreibung deren Lage und Indikation, nach König G, Wancura I, Neue chinesische Akupunktur⁶

B22, Unterrand proc. spin. L3, ca 3,5 cm paramedian, Lumbosakralgie
 LG3, Unterrand proc. spin. L4, Lumbosakralgie, Menstruationsstörungen
 PaM73 u. 74, ca 7 und 9 cm paramedian des proc. spin. L4, Lumbosakralgie, Menstruationsstörungen
 B26, ca 3,5 cm lat. des Unterrandes proc. spin. L5, Lumbosakralgie, Adnexitis
 PaM75, in einer Grube unter proc. spin. L5, Lumbosakralgie, gyn. Erkrankungen allgemein
 Über dem Gelenkspalt des ISG, Lumbosakralgie
 PaM81, median, im unteren Kreuzbeindrittel, Lumbosakralgie
 G2, über dem Eingang des Hiatus sacralis, Lumbosakralgie, Menstruationsstörungen
 B35, am Unterrand des Os coccygis, ca 1,5 cm para-median, Zyklusbedingte Sakralgie, Fluor albus

metriose wird in medizinischen Journalen selten berichtet. Phytotherapeutika, Akupunktur^{6,7,8} Elektroakupunktur, Moxibustion, Neuraltherapie^{9,10}, Manualtherapie und Körpertherapien werden zur Behandlung von durch Endometriose bedingten Schmerzzuständen angewandt.

Ermutigende Erfahrungen in der Schmerztherapie bei Endometriose gibt es in der Neuraltherapie. Im Handbuch Neuraltherapie⁹ werden folgende Vorgehensweisen beschrieben: Eine bisher selten verwendete, aber vielversprechende Technik stellt die lokale Therapie im Sinne einer Instillation des LA in den Uterus dar. Sie ist ausschließ-

lich FachärztInnen vorbehalten. Weiters werden die Behandlung über Punkte der segmentalen Reflektorik, die Ganglientherapie (Injektion an den Plexus uterovaginalis „Frankenhäuser“, das Ganglion impar, die epidurale sakrale Injektion) und die Störfeldtherapie beschrieben.

Neuraltherapie bei Endometriose

In diesem Zusammenhang war die Behandlungsdokumentation eines Kollegen¹¹ sehr beeindruckend. Die Patientin bot eine typische, auf das Vorliegen einer Endometriose hinweisende Anamnese, starke Dysmenorrhoe seit der Menarche (13. Lebensjahr), zusätzlich ausgeprägte Dyspareunie und unerfüllter Kinderwunsch. Die Hysteroskopie mit Strichcurettag und die Laparoskopie mit Chromopertubation hatten unauffällige Befunde ergeben.

Bei der **1. Therapiesitzung** (18.12.2020) erfolgten Quaddeln und Infiltrationen der ventralen und dorsalen Reflektorik der Urogenitalregion sowie der Hysteroskopie- und Nabelnarben.

Bei der Nachuntersuchung ist die Thoraxbeweglichkeit gleichmäßiger, die Beinlängendifferenz angeglichen, und die Patientin berichtet von Wärmegefühl im Unterbauch.

Nach einer Woche, bei der **2. Therapiesitzung** (25.12.2020) berichtet die Patientin über eine subjektive Entspannung im Bereich des Beckens, aber über eine anhaltende Dyspareunie. Es erfolgen neuerlich Quaddeln und Infiltration der ventralen und dorsalen Reflektorik der Urogenitalregion sowie der

Hysteroskopie- und Nabelnarben. Bei der Nachuntersuchung zeigt sich der Hautstrich im Bereich der LWS glatter und die Thoraxbeweglichkeit gleichmäßig.

Bei einer **Wundversorgung** vier Wochen später (19.01.2021) berichtet die Patientin, dass sie seit der letzten Neuraltherapiesitzung beschwerdefrei ist und keine Dysmenorrhoe und Dyspareunie mehr aufgetreten ist.

Bei der **Nahtentfernung** eine Woche später (19.01.2021) teilt sie mit, dass es zur Wiederkehr der gehalten Beschwerden gekommen ist.

3. Therapiesitzung nach einer Woche (05.02.2021). Wieder Quaddeln und Infiltrationen der ventralen, dorsalen Reflektorik der Urogenitalregion sowie der Hysteroskopie- und Bauchnabelnarben.

Nach der Therapie befindet sich die Patientin in einem guten Allgemeinzustand und berichtet, dass sie sich gut fühlt und vorhat Wandern zu gehen.

Am gleichen Tag abends (05.02.2022) erfolgt eine Wiedervorstellung wegen vegetativer Entgleisung mit hypertoner Kreislaufregulation (RR 160/90 mm Hg, HF 85), „alles tut weh“.

4. Therapiesitzung nach einer weiteren Woche (12.02.2021). Die vegetative Reaktion mit Hypertonie und Schmerzen im Unterbauchbereich nach letzter NT besserte sich am Folgetag, seitdem wieder beschwerdefrei. Erneut Quaddeln und Infiltrationen der ventralen, dorsalen Reflektorik der Urogenitalregion sowie diagnostische Infiltration auffälliger Narbenanteile

einer Klumpfuß-OP-Narbe rechts. Kontrolluntersuchung: Hautstrich LWS und Unterbauch normal, die Beinlängendifferenz und das Vorlaufphänomen nahezu ausgeglichen

Bei der **Wiedervorstellung** nach fünf Wochen (17.03.2021) ist die Patientin beschwerdefrei und in der 4. Schwangerschaftswoche. Die Geburt war komplikationslos, und die Patientin brachte ein gesundes Kind zur Welt.

Es erfolgten keine weiteren neuraltherapeutischen Interventionen.

Diese Behandlungsdokumentation zeigt, dass eine konsequente Behandlung über die Reflektorik auch zu einem zufriedenstellenden Ergebnis führen kann. Wahrscheinlich würden erfahrene TherapeutInnen einen anderen Behandlungszugang wählen, aber auch einfache Techniken können, wie die Dokumentation zeigt, für den am Beginn seiner neuraltherapeutischen Tätigkeit Stehenden, zum Ziel führen.

Ich habe viele, durch Endometriose in der Lebensqualität sehr beeinträchtigte Frauen gesehen und bin überzeugt, dass eine frühe Diagnose und eine auf die jeweils persönlichen Bedürfnisse der Patientin abgestimmte Therapie zu einer wesentlichen Verbesserung der Lebenssituation der Patientinnen beitragen.

Literaturverzeichnis

- 1 Puente JM et al.: (2016) Adenomyosis in infertile women: prevalence and the role of 3D ultrasound as a marker of severity of the disease *Reprod Biol Endocrinol* 2016; 14(1)
- 2 Bazot M, (2018) Darai E: Role of

transvaginal sonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of uterine adenomyosis. *Fertil Steril* 2018;109(3): 389-97

3 Krentel H et al.: (2017) From clinical symptoms to MR imaging: diagnostic steps in adenomyosis. *Biomed Res Int*; 2017: 1514029

4 Gordts S et al.: (2018) (Symptoms and classification of uterine adenomyosis, including the place of hysteroscopy in diagnosis. *Fertil Steril* 2018; 109(3): 380-388.e1

5 Osada H: Uterine adenomyosis and adenomyoma: the surgical approach. *Fertil Steril* 2018; 109(3): 406-17

6 König G, Wancura I, (1989) Neue chinesische Akupunktur, 5. Auflage, Maudrich

7 Mira, T.A. (2018). „Systematic review and meta-analysis of complementary treatments for women with symptomatic endometriosis“. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 143(1): 2-9. One in Ten. 2021. „Traditionelle Chinesische Medizin bei Endometriose & Adenomyose.“ <https://www.one-in-ten.de/endometriose-adenomyose-tcm/> (Zugriff 09.02.2022)

8 Xu Y. et al. (2017). „Effects of acupuncture for the treatment of endometriosis-related pain: A systematic review and meta-analysis.“ *PLoS One* 12(10).

9 Weinschenk S. (Hrsg.) (Handbuch Neuraltherapie, (2020) 2. Überarbeitete Auflage Georg Thieme Verlag

10 Gold-Szklarski K. (Hrsg.) (2016): Arbeitsbuch Neuraltherapie Band 1, 2. Revidierte Auflage, Wien, Facultas

11 Fritz, R, (2021) Neuraltherapie bei Endometriose – Behandlungsdokumentation für das Diplomprüfungsvorbereitungssseminar