

Kleine Gynäkologie für die Hausarztpraxis.

Nicht mehr und nicht weniger.

Drs.(NL) Christine Janssen-Hinz
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Kempfen

I: Die gynäkologische Untersuchung.

II: Die Krebsfrüherkennungsuntersuchung.

III: Die Antikonzeptionsberatung.

IV: Kolpitiden und sonstige Entzündungen des weiblichen Genitales.

V: Störungen im Zusammenhang mit dem Menstruationszyklus.

VI: Beratungsanlässe im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft.

2

Die gynäkologische Untersuchung, Früherkennungsuntersuchungen und kleine gynäkologische Behandlungen sind in der Hausarztpraxis gut möglich und werden von den Patientinnen durchaus sehr dankbar angenommen. In den Ländern, wo ein Primärarztsystem herrscht, sowie in den Niederlanden und in England, ist die kleine Gynäkologie ohnehin Teil der hausärztlichen Tätigkeit.

DIE AUSSTATTUNG:

Zweckmäßig ist ein Multifunktionsbehandlungsraum mit einer Kombi-Liege, die mithin auch als normale Liege zu verwenden ist. Wenn ergonomisch möglich, sollte man beim Betreten des Raumes entweder seitlich oder von hinten auf die Liege schauen.

Eine Umkleidemöglichkeit, entweder Vorhang oder Kabine.

Eine gute Beleuchtung in Form einer Steh- oder Deckenlampe.

Spekuli nach Kristeller oder Cusco in den Größen 0, 1 und 2, evtl. 3.

Objektträger und Deckgläschen.

Spritze gefüllt mit NaCl 0,9% für die Nativpräparate.

Wattestäbchen.

Fixierspray für die Zyto-Abstriche.

Einmalhandschuhe, möglichst auch latexfreie.

Phasenkontrastmikroskop.

DIE GYNÄKOLOGISCHE UNTERSUCHUNG:

Wichtig ist es bei der Lagerung der Patientin, sie aufzufordern, das Becken etwas nach vorne zu kippen, oder ihr dabei behilflich zu sein. Wirkt beruhigend. Das Spekulum möglichst vorwärmen.

Spekulum Untersuchung, Portio Abstrich mit Watteträger, Nativpräparat einfach vom Spekulumblatt entnehmen. Inspektion des äußeren und inneren Genitales.

Die bimanuelle Tastuntersuchung, bei adipösen Frauen natürlich unter Vorbehalt, allerdings tastet man die Strukturen hauptsächlich mit der inneren Hand. Auch auf Schmerzhaftigkeit achten, z.B. Portio Schleuderschmerz.

Ultraschalluntersuchung, optimal ist natürlich eine vaginal Ultraschall mit 5mH Sonde, ist in der Hausarztpraxis selten vorhanden, auch nicht unbedingt oftmals indiziert, amortisiert sich kaum. Mit einem Abdomen Ultraschall mit gefüllter Blase und einer normalen 3,5mH Sonde, kann man wenigstens grobe Pathologien ausschließen. Auch ist es möglich, hiermit eine Frühschwangerschaft, ab ca 6er Woche fest zu stellen.

Selbstverständlich bei Unklarheiten zum Gynäkologen überweisen!

3

DIE KREBSFRÜHERKENNUNGSUNTERSUCHUNG:

Ab 20: Zyto Abstrich plus gynäkologische Untersuchung.

Ab 30: Dito plus Tastuntersuchung der Brust.

Ab 50: S.o. plus Hämooccult Test und rektale Untersuchung.

Ab 55: S.o. plus alle 10 Jahre. prophylaktische Koloskopie.

Zwischen 50 und 69, alle 2 Jahre Mammographie Screening.

Ziffer 01730 Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frauen, € 17,87

Ziffer 01734 Hämooccult Test, € 2,45

Ziffer 01740 Motivationsgespräch zur prophylaktischen Koloskopie, € 10,16

GOÄ 27 Krebsfrüherkennungsuntersuchung Frauen, € 42,90

ANAMNESE: letzte Regelblutung, Blutungsanomalien, Ausfluss, Hormone, IUP, Ovulationshemmer, Schwangerschaften, Operationen, Stuhlunregelmäßigkeiten, Blut beim Stuhl.

ZERVIXKARZINOM: durch HPV Virus ausgelöst. Impfprophylaxe möglich. Bis 18 Kassenleistung.

Zyto Abstrich nach Papanicolaou: Pap. I und II: nicht pathologisch, Pap. III: kontrollbedürftig, ggf. HPV Abstrich, Pap. IV: Histologie mittels Konisation, Pap.V: sicher Karzinom, Konisation, ggf. abdominelle Hysterektomie.

ENDOMETRIUMKARZINOM: Wegweisend ist die Anamnese, Blutungsanomalien, v.a. postmenopausale Blutungen, aber auch chronischer schmieriger Fluor im Alter ist verdächtig. Abklärung mittels Abrasio, ggf. Endometriumdicke Messung mittels Vaginalsono.

Myome sind gutartig, abwarten und kontrollieren.

Uterussarkom, sehr selten.

Vaginalkarzinom, sehr selten.

VULVAKARZINOM: bei älteren Frauen, Kraurosis Vulvae ist eine Präkanzerose, lokale Östrogenisierung, Kontrolle! In Zweifelsfalle Überweisung zum Gynäkologen.

Bei jungen Frauen auch möglich, ausgelöst durch das HPV Virus.

OVARIALKARZINOM: „the silent killer“, wenig Symptome, vorwiegend ältere Frauen.

Tastbefund, evtl. Bauchsonographie, wenn die gynäkologische Untersuchung abgelehnt wird, oder nicht möglich ist.

MAMMAKARZINOM: Häufigste Krebsart bei Frauen in der westlichen Welt.

Tastbare Knoten, Mamilla Einziehung, sonstige Eindellung, Mamilla Ekzem. Abklärung mittels Mammographie, Sonographie, MRT, oder sogar Biopsie.

Mammographie Screening zwischen 50 und 69.

KOLONKARZINOM: Häufig. Anamnese, rektale Untersuchung, Hämooccult, prophylaktische Kolo.

4

ANTIKONZEPTIONSBERATUNG:

Ziffer 01820 Pillenrezept, € 1,05

Ziffer 01821 Antikonzeptionsberatung, € 7,01

Ziffer 01822 Untersuchung zur Antikonzeption, € 11,22

GOÄ 1a, 3, 1 und 7, oder 3 und 7

Hormonelle Empfängnisverhütung:

- „Die Pille“, Östrogen-Gestagen haltiger Ovulationshemmer, die sicherste Verhütung bei jungen Frauen, auch bei Frauen über 40, ohne Risikofaktoren vertretbar.

Kontraindiziert bei Thrombose in der Anamnese! Relativ bei Migräne und Bluthochdruck.

Alternativ, Nuva Ring oder EVRA Pflaster.

- Ausschließlich Gestagen haltige Antikonzeptiva: Drei-Monatspritze, Minipille, Cerazette, Implanon.

- „Pille danach“, Unofem, 1 Tablette innerhalb von 72 Std. Ellaone, innerhalb von 120 Std.

Intrauterin Pessar, IUP:

- Mirena Spirale, hormonhaltiges Stäbchen wird in die Gebärmutter gelegt, Liegedauer 5 Jr. Gute Alternative für Frauen, die bereits Kinder geboren haben, die Blutungen hören ganz auf, oder werden stark eingedämmt.

- Normale Kupferspirale, z.B. Multiload Cu 375, preiswert, Sicherheit 99%, leicht erhöhtes Infektionsrisiko, Blutungen verstärkt, EUG Risiko.

Wenn dennoch eine Schwangerschaft auftritt, Spirale entfernen!

Für Nulliparae ist die Spirale nur bedingt empfehlenswert!

„Spirale danach“, innerhalb von 5T nach ungeschütztem Koitus.

Sonstige Methoden:

Kondom oder Diaphragma, Koitus interruptus, natürliche Verhütung oder periodische Enthaltbarkeit mittels Temperaturmethode. Tubenligation und Vasektomie.

DAS LEGEN EINES IUP:

Vorher gynäkologische Untersuchung mit Zyto Abstrich. Beratung der Patientin.

Das Legen geschieht am besten bei abklingender Periode. Zervixkanal ist mehr geöffnet und es liegt keine Schwangerschaft vor.

Lagerung der Patientin, Einbringen eines Cusco Spekulum. Evtl. liegendes IUP entfernen.

Mehrmals Desinfizieren der Portio und Umgebung mit einem, mit Jod getränktem Tupfer an einer Kornzange.

Anhaken der Portio mit einer sog. Kugelzange und den Uterus in Streckstellung bringen.

Mit einer Sonde die Uteruslänge messen. Hierbei muss ein kleiner Widerstand an dem Übergang Zervix bis in den Uterus überwunden werden, etwas schmerzhaft, bitte Patientin vorwarnen.

Die Führungshülle des IUP auf die gemessene Länge einstellen.

Das IUP mit der einen Hand einbringen, während die andere Hand den Uterus mit der Kugelzange in Streckstellung hält. Auch hier muss der o.g. Widerstand überwunden werden.

Die Hülle zurückziehen und den Faden kürzen.

Mit einem Jodtupfer noch mal reinigen und das Spekulum entfernen.

Es empfiehlt sich nach einigen Tagen und nach 4 Wochen, die Lage des IUP, mittels Ultraschall noch mal zu kontrollieren.

KOLPITIDEN UND SONSTIGE GYNÄKOLOGISCHE ENTZÜNDUNGEN:

Vaginalmykose: Juckende dünnflüssiger oder quarkartiger Fluor, Nativpräparat: erhaltene Döderleinflora, Hefen und/oder ausgewachsene Mizellen, geringer Leukorrhoe. Durch Östrogeneinfluss und Konsum von Süßigkeiten begünstigt
Therapie: Clotrimazol, Nystatin lokal, bei rez. Vaginalmykosen orale Behandlung mit Fluconazol oder Itraconazol.

Aminkolpitis: Fischgeruch, dünnflüssiger Fluor, Nativpräparat: Kokkenflora, „clue cells“, Döderleinflora fehlt völlig. Mehr bei Raucherinnen.
Therapie: Metronidazol oral.

Trichomonaden Kolpitis: Dünner leicht schaumiger Fluor, Nativ: mäßige Leukorrhoe, einzellige Parasiten, etwas größer als ein Leukozyt mit Schwänzchen, beweglich. Durch Geschlechtsverkehr übertragen, Partnerbehandlung!
Therapie: Metronidazol oral.

Atrophischer Kolpitis: durch Östrogenmangel, Scheide ist gerötet und trocken, Fluor durch Störungen in der Vaginalflora. Nativ: Oft Leukorrhoe, die normalen Plattenepitelzellen sind abgerundet und enthalten Vakuolen.
Therapie: lokale Östrogenisierung.

Bartolinitis: Schmerzhaftes Schwellen einer bartolinschen Drüse.
Therapie: Operativ.

Zervizitis: Fluor vaginalis, gerötete Zervix, Erosio. Nativ: Leukorrhoe.
Therapie: Albotyl pinseln.

Endometritis: Fluor vaginalis und/oder Blutungen, Uterus ist druckschmerzempfindlich. Nativ: Leukorrhoe, Kokkenflora.
Therapie: Doxyzyklin, Makrolyt, Gyrasehemmer.

Adnexitis: Deutliches Krankheitsempfinden! Oft Fieber, Portio Schleuderschmerz, BSG massiv erhöht, eitriges Fluor und/oder Blutungen, „Tampon Krankheit“. Nativ: Leukozyten, Kokkenflora.
Therapie: am besten stationär, sicher, wenn noch Kinderwunsch besteht.

Herpes simplex genitalis: Juckende und schmerzende Bläschen vulvo-vaginal und an der Portio, meistens durch Geschlechtsverkehr übertragen.
Therapie: Acyclovir.

Condylomata acuminata: HPV assoziiert, durch Geschlechtsverkehr übertragen, „Feichwarzen“ im Vulva Bereich und an der Portio.
Therapie: Trichloressigsäure bei geringerem Befall, ansonsten Laserbehandlung.

STÖRUNGEN IN ZUSAMMENHANG MIT DEM MENSTUATIONSZYKLUS:

Der weibliche Zyklus ist ein störanfälliges Zusammenspiel zwischen Hypothalamus, Hypophyse und Ovarien, mit als Folgeorgan Uterus mit Endometrium.

Störungen jeglicher Art äußern sich dann auch als Blutungsanomalien.

Die Menarche ist die erste Regelblutung bei Mädchen, normalerweise Zwischen 11 und 15Jr.

Die Menopause, die letzte Regelblutung, mit ca. 51Jr., es gibt auch hier eine große Schwankungsbreite.

Amenorrhoe: ist physiologisch außerhalb der o.g. Zeitspanne und während der Schwangerschaft. Die Differentialdiagnose einer nicht-physiologische Amenorrhoe ist enorm groß. Angefangen mit jeglichen seltenen endokrinologischen Störungen, sowie Cushing-Syndrom, Akromegalie, Androgenitalsyndrom, polyzystische Ovarien bis zu der psychogenen, oder hypothalamischen Amenorrhoe.

Bei jungen Frauen: immer an eine Schwangerschaft denken, post-Pille Amenorrhoe oder sehr hormonarme Pille, Psychogen, Anorexia nervosa.

Ggf. weitere Abklärung mittels TSH und Prolaktinspiegel.

Gestagentest: 10 Tagen lang ein Gestagen verabreichen, z.B. MPA gyn, danach folgt bei genügend Östrogenwirkung eine Abbruchblutung.

Ab Mitte 40 ist das Klimakterium die wahrscheinlichste Ursache. Häufig wird der Zyklus vorher schon deutlich unregelmäßiger.

Bei einer primären Amenorrhoe, wenn der Habitus nicht für eine Entwicklungsstörung spricht z.B. Pubertas tarda, Turner Syndrom, AGS, an eine Hymenalatresie denken!

Oligomenorrhoe: hat oft die gleichen Auslöser wie bei der Amenorrhoe.

Metrorrhagien: oder azyklische Blutungen, sprechen für eine Ovarialinsuffizienz, Klimakterium oder bei jungen Mädchen. Therapie: Die Pille als Therapeutikum, bei Kontraindikationen ein reines Gestagen.

Menorrhagien: zu starke und zu lange Blutungen. Myome sind oft eine Ursache. Therapie: operativ.

Korpus luteum Insuffizienz: kann auch zu Menorrhagien führen, aber auch zum sog. Premenstruell Syndrom. Der Zyklus ist oft verkürzt. Vor der Menstruation Gereiztheit, Kopfschmerzen, Brustspannen. Im Preklimakterium oder nach einer Entbindung. Therapie: zyklische Gestagenbehandlung, alternativ Versuch mit Agnus Castus.

Auch eine Endometrium Ablatio zur Behandlung überstarken Blutungen ist eine sehr wirksame Option.

Dysmenorrhoe: schmerzhaftes Regelblutung, junge Mädchen vor allem junge Türkinnen sind häufiger betroffen. Ursachen, funktionell, „Migräne im Unterleib“, psychogen. Therapie: Aufklärung, Homöopathie, Bedarfsschmerzmittel, Indikation auch für die Pille, evtl. sogar längere Zeit ohne Pause durchnehmen.

Auch an eine Endometriose denken, vor allem wenn die Dysmenorrhoe später auftritt und zunimmt. Therapie: Pille oder Gestagen Behandlung. Ggf. Operativ.

Fertilitätsstörungen:

1. Zyklusanamnese, Sexualität, Basaltemperatur messen.
2. Spermogramm.

3. Sims-Hühner-Test.

Ovulation auslösen: Clomifen 5e bis 9e Zyklustag.

Wenn kein Erfolg, überweisen.

Klimakterium: nachlassende Ovarialfunktion, Zyklusstörungen ab 5jr. vor der Menopause, danach komplettes Sistieren der Regelblutungen. Typische klimakterische Beschwerden sind Hitzewallungen, Verstimmungen, Schlafstörungen, Gelenksbeschwerden, Reizblase, Scheidentrockenheit, Gewichtszunahme.

Therapie: die prämenopausalen Blutungsanomalien können, wie bereits erklärt, hormonell behandelt werden, vor allem dann, wenn noch eine zuverlässige Antikonzeption benötigt wird.

Bei vegetativen Beschwerden helfen oft eine verständnisvolle Aufklärung, körperliche Aktivität, sowie Sport und Yoga, Phytotherapeutika z.B. Cimicifuga und Homöopathie.

Eine Hormontherapie sollte nur bei sehr starken Beschwerden eingesetzt werden. Hierfür geeignet sind konjugierte Östrogene, bei noch vorhandenem Uterus, kombiniert mit einem Gestagen.

Risiken der Hormontherapie sind thrombo-embolische Ereignisse und das Mamma Karzinom. Osteoporose Prophylaxe mittels Calcium- und Vit. D-reiche Ernährung, körperliche Aktivität, Nikotinverzicht.

Sexualität: die häufigsten Klagen bei der Frau sind Lustlosigkeit (mangelnde Libido), Anorgasmie und Dyspareunie.

Die Libido ist bei Menschen nur bedingt hormonell gesteuert, hierbei spielt vermutlich der Testosteronspiegel auch bei Frauen eine Rolle. Weitaus wichtiger sind emotionale Faktoren für ein erfüllendes Sexualleben.

Spätestens seit Masters & Johnson in den 60er Jahren wissen wir, dass seltener die vaginale Stimulierung bei dem Koitus zum Orgasmus führt, sondern eher die klitorale Reizung.

Ein vertrauensvolles Gespräch über diese Themen wird oft dankbar angenommen.

Ursachen der Dyspareunie können entzündlich oder anatomisch sein, z.B. der atrophische Kolpitis bei post-menopausalen Frauen, oder Narben und Verwachsungen im kleinen Becken.

Psychosomatische Faktoren spielen auch hierbei oft eine wichtige Rolle.

EINIGE HORMONPRÄPARATE MIT THERAPEUTISCHER WIRKUNG:

Mit Wirkung auf das Endometrium, vor der Menopause, bei Blutungsanomalien:

Östrogen/Gestagen Kombi: „die Pille“, auch zur Periodenverschiebung.

Gestagene: MPA gyn 5, Cerazette (nur bedingt), Depot Clinovir, Mirena.

In der Post-Menopause zur Behandlung klimakterischer Beschwerden:

Estradiol oder konjugierte Östrogen/Gestagen Kombis: z.B. Presomen comp, Sisare.

Transdermal: z.B. Estragest TTS, Fem7 Combi,

Estradiol: z.B. Estrifam, Progynova, Merimono

Transdermal: z.B. Estraderm TTS, Fem 7, Gynokadin Gel.

Gestagene: z.B. Utrogest, Prothyl (Adjuvant zur Östrogentherapie bei noch vorhandenem Uterus!).

8

BERATUNGSANLÄSSE IM ZUSAMMENHANG MIT EINER SCHWANGERSCHAFT:

Feststellung einer Gravidität:

Urintest: β HCG Ausscheidung im Urin, 14 T nach der Konzeption 95% Sicherheit. Der Test ist keine Kassenleistung, frei verkäuflich.

Bluttest: β HCG (Human Chorio Gonadotropin) Bestimmung im Blut.

Ultraschall: ab der 6en Schwangerschaftswoche ist eine Fruchtblase per Bauchultraschall mit voller Blase sichtbar.

Ab der 8en Woche kleines Embryo mit Herzaktionen!

Schwangerschaftswoche, gerechnet ab der ersten Tag der letzten Periode. Gesamtdauer einer normalen Schwangerschaft, 40 Wochen.

Bei der bimanualen Untersuchung fühlt sich der Uterus in der 6en bis 7en Woche schon etwas weicher und kugeliger an.

In der 12en Woche ragt der Fundus Uteri bis zur Symphyse.

16e Woche 1/3 Nabel/Symphyse.

20e Woche 2/3 Nabel/Symphyse.

24e Woche Nabelhöhe.

28e Woche 1/3 Nabel/Xyphoid.

32e Woche 2/3 Nabel/Xyphoid.

36e Woche am Rippenbogen.

40e Woche durch die Absenkung des Köpfchens ins Becken, etwas tiefer.

Kindsbewegungen fühlbar bei Erstschwangeren in der 18en Woche, bei Zweit- oder Mehrfachschwangeren bereits in der 16en Woche.

Schwangerschaftskonfliktberatung:

Nach §218 besteht bis zur 12en Woche Straffreiheit beim Vornehmen einer Interruptio, allerdings gibt es eine Beratungspflicht. Nach Feststellung einer Gravidität und Schwangerschaftsalter ist es sinnvoll, die Patientin mit einer kurzen Bescheinigung zu einer Pro-Familia Beratungsstelle zu verweisen.

Extrauterin Gravidität:

Bei akuten Unterbauchschmerzen immer in der Differentialdiagnose einbeziehen!

Wegweisend ist die Menstruationsanamnese.

Diagnose mittels Ultraschall, β HCG Bestimmung.

Medikamenten und Schwangerschaft:

Bei bakteriellen Infekten sind unbedenklich: Penicillinen, alternativ Cefalosporinen, Cotrim, Nitrofurantoin.

Bei Allergien und Asthma sind erlaubt: Kortikosteroiden topisch sowohl als auch oral, β Mimetika wirken wehenhemmend, evtl. problematisch vor der Entbindung.

Sedativa, Antidepressiva und Neuroleptika sind nicht sicher teratogen.

Analgetika im Allgemeinen kein Problem, kein ASS oder NSAR am Ende der Schwangerschaft wegen Blutungsneigung und vorzeitigem Verschluss des Ductus Botalli (Prostaglandinsynthesehemmer).

Lokal und Allgemeinanästhetika kein Problem.

Malariaprophylaxe mit Chloroquin erlaubt

Kontraindiziert wegen teratogener Wirkung sind: Antikonvulsiva, Kumarine, orale Antidiabetika.

Zytostatika und MTX (Folsäureantagonist) mit großer Vorsicht, bzw. bei einer Indikation für diese Substanzen für eine sichere Antikonzeption sorgen.

Impfungen:

Alle Impfungen, außer Lebendimpfstoffen, sowie MMR und Varizellen, sind in der Schwangerschaft erlaubt. Es besteht sogar eine Indikation für die Grippe Impfung.

Wenn eine Schwangerschaft geplant ist, macht es Sinn vorher den Impfstatus zu prüfen.

Eine Röteln Antikörperbestimmung ist, wenn eine Schwangerschaft geplant wird, eine Kassenleistung.

Infektionskrankheiten:

Röteln: bis zur 18en Woche teratogen.

Ringelröteln: in der Frühschwangerschaft, Hydrops Fetalis mit Fruchttod. 20% Risiko.

Toxoplasmose: in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, Risiko für Hydrozephalus und Chorioretinitis, Meiden von Katzenkot und rohem Fleisch.

Zytomegalie: Frühabort, Zerebralschäden.

Varizellen, Zoster: nur perinatal bedenklich.

Herpes simplex genitalis: Indikation für Schnittentbindung.

Hepatitis B: Infektionsrisiko für das Kind am größten während der Geburt, Impfung!

Noxen:

Nikotin: niedriges Geburtsgewicht, erhöhte perinatale Sterblichkeit.

Alkohol: die häufigste teratogene Noxe! embryofetales Alkoholsyndrom.

Stillzeit:

Im Wesentlichen wie in der Schwangerschaft.

Mastitis: Fieber, Schmerzen, Rötung. Therapie: Abpumpen, Kühlen der Brust, Amoxicillin, Homöopathie.

Mamillenrhagaden: Stillhütchen, Muttermilch über die Brustwarze verreiben.

Gestationsdiabetes:

Bei Risiko Schwangeren: BMI >27, fam. Belastung, Z.n. Todgeburt, Z.n. Geburt > 4.500 gr., habituelle Abortneigung, Z.n. Fehlbildungen.

Screenings Test im ersten Trimenon (noch keine Kassenleistung): 50gr. Glucose, zu jeder Zeit möglich, nach 1 Std. >140mg/dl verdächtig, dann oGTT.

Wenn >200mg/dl, dann Nüchtern Wert, wenn >90mg/dl, Gestationsdiabetes gesichert, oGGT dann nicht mehr nötig.

Diagnostischer oGGT: Bei Risiko Schwangeren 24-28 SSW und wenn unauffällig nochmal 32-34 SSW. Nüchtern Wert, 75gr Glucose in 300ml, nach 1 Std. und nach 2Std. messen, nicht essen, nicht rauchen, nicht rumlaufen.

Pathologisch: Nüchtern >90mg/dl, nach 1 Std. >180mg/dl, nach 2 Std. >155mg/dl.

Therapie: Lebensstil, frühzeitig Insulin, orale Antidiabetika sind kontraindiziert!