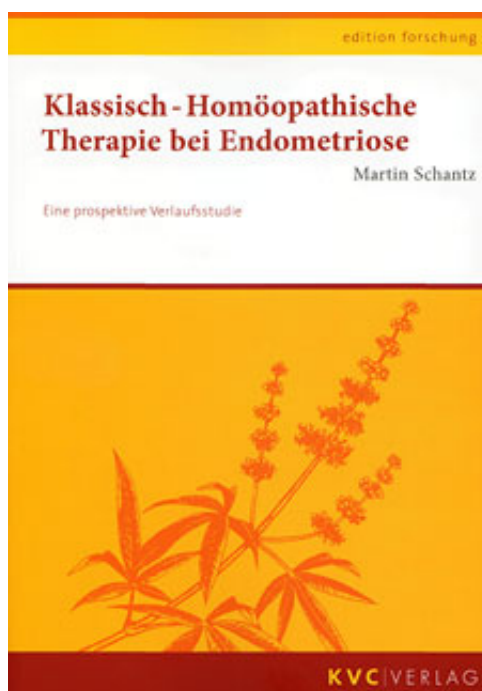


Martin Schantz

Klassisch-Homöopathische Therapie bei Endometriose

Leseprobe

[Klassisch-Homöopathische Therapie bei Endometriose](#)
von [Martin Schantz](#)



<http://www.narayana-verlag.de/b2168>

Das Kopieren der Leseproben ist nicht gestattet.

Narayana Verlag GmbH
Blumenplatz 2
D-79400 Kandern
Tel. +49 7626 9749 700
Fax +49 7626 9749 709
Email info@narayana-verlag.de
<http://www.narayana-verlag.de>

In unserer [Online-Buchhandlung](#) werden alle deutschen
und englischen Homöopathie Bücher vorgestellt.



Inhalt

1. Einleitung.....	I
1.1 Prävalenz	1
1.2 Prädisposition	2
1.3 Klassifikation: Schweregrad der Endometriose.....	2
1.4 Pathogenese (Entstehungshypothesen)	3
1.5 Endometriose und Sterilität.....	9
1.6 Allopathische Therapiekonzeption.....	10
1.7 Behandlungskonzept der klassischen Homöopathie	15
1.8 Alternative Therapieverfahren	22
1.9 Studienziel.....	23
2. Material und Methodik.....	25
2.1 Studiendesign.....	25
2.2 Einwilligung der Patientinnen	31
2.3 Beurteilungskriterien für die Wirksamkeit der Behandlung.....	32
2.4 Dokumentation	35
2.5 Biometrische Methoden.....	36
3. Ergebnisse	39
3.1 Deskription des Patientinnenkollektivs	39
3.2 Therapieergebnisse.....	42
3.3 Liste der verwendeten Homöopathika	86
4. Diskussion	91
4.1 Studiendesign.....	93
4.2 Zielkriterium Schwangerschaftseintritt	96
4.3 Ergebnisse des Befindlichkeitsfragebogens.....	98
4.4 Gynäkologischer Tastbefund	106
4.5 Die vaginale Sonographie	107
4.6 Fragebogen zum Allgemeinzustand	109

4.7	Verlauf von CA 12-5.....	112
4.8	Drop-out-Kollektiv.....	112
4.9	Vorschläge für eine prospektive randomisierte Therapiestudie	114
4.10	Wirkmechanismus der Homöopathie	116
4.11	Arzneimittelwahl.....	118
5.Zusammenfassung.....		119
5.1	Studiendesign.....	119
5.2	Ergebnisse.....	119
6. Fallbeispiele.....		123
6.1	Kasuistik 1: Patientin G.H., geb. 1958	123
6.2	Kasuistik 2: Patientin O.B., geb. 1972,	127
6.3	Kasuistik 3: Patientin H. G., geb. 1971	131
7. Literaturverzeichnis		137
Danksagung.....		149

1. Einleitung

Unter dem Begriff „Endometriose“ werden gutartige Wucherungen endometroiden Gewebes außerhalb des Uterus subsumiert. Man unterscheidet bezüglich der Lokalisation zwischen Endometriosis genitalis externa (Lokalisation im kleinen Becken) und Endometriosis extragenitalis (außerhalb des kleinen Beckens). Licht- und elektronenmikroskopische Untersuchungen haben einen deutlichen morphologischen Unterschied von endometroidem Gewebe und Endometrium ergeben (Pedersen und Rank 1984, Schweppe und Wynn 1981).

1.1 Prävalenz

Da die Endometriose nur durch Laparoskopie sicher zu diagnostizieren ist, und da die Indikation zur Laparoskopie sowohl vom Standard der medizinischen Versorgung einer Bevölkerung als auch vom subjektiven Leidensdruck der jeweiligen Patientin abhängt, sind Angaben über die Prävalenz der Endometriose in bestimmten Bevölkerungsgruppen oder in Gruppen von Frauen mit bestimmten anamnestischen Merkmalen schwierig zu erheben. Die verfügbaren Daten wurden von Vercellini und Crosignani (1992) in einer gründlichen Übersicht zusammengestellt (1).

Für Mitteleuropa erscheint eine geschätzte Inzidenz von 10 % klinisch apparenter Endometriosen, von denen etwa die Hälfte behandlungsbedürftig ist, realistisch. Berücksichtigt man auch minimale oder nur mikroskopisch nachweisbare Endometriose, so dürfte der Anteil in der allgemeinen Bevölkerung allerdings wesentlich höher, etwa zwischen 40 und 50 %, liegen (Balasch et al. 1996) (2). Koninckx (1994) schlug daher vor, zwischen dem „Befund Endometriose“ und der „Krankheit Endometriose“ zu unterscheiden (3).

Wird die Laparoskopie wegen Sterilität und/oder Unterbauchschmerzen durchgeführt, so steigt sowohl die Gesamtzahl der diagnostizierten Endometriosen als auch der Schweregrad an (Koninckx; 1994) (3). Semm (1995) fand bei 9222 aus verschiedenen Gründen durchgeführten Peviskopien einen Anteil von 24 % Frauen mit Endometriosis genitalis (101). Wäh-

rend vor der Menarche die Endometriose nicht vorkommt, wird diese bei symptomatischen jungen Frauen auch schon kurze Zeit nach der Menarche in einem hohen Prozentsatz gefunden.

Bezüglich verschiedener Charakteristika der Zyklusanamnese zeigten sowohl Dauer als auch Stärke der Menstruation einen signifikanten Zusammenhang mit dem Auftreten einer Endometriose (Darrow et al. 1993) (4). Beachtenswert ist weiterhin die Beobachtung von Moen (1991), dass anlässlich einer laparoskopischen Tubensterilisation eine Endometriose um so häufiger diagnostiziert wurde, je länger die letzte Entbindung zurücklag (5).

1.2 Prädisposition

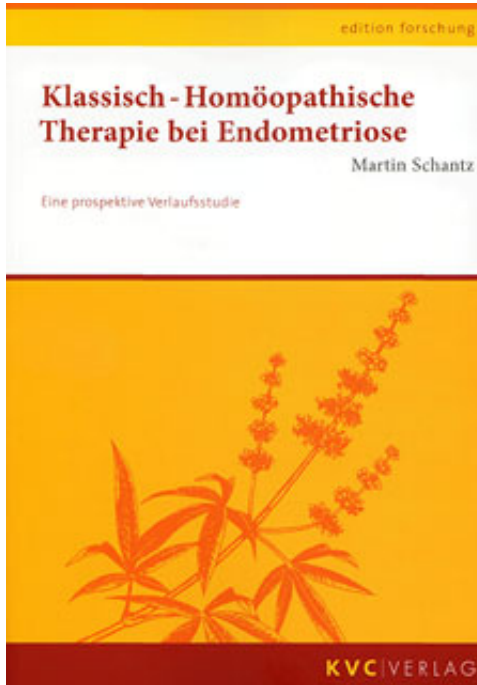
Die Endometriose ist typischerweise eine Erkrankung der reproduktiven Lebensphase der Frau. Eine Korrelation zwischen Schweregrad der Erkrankung und Alter der Patientin konnte bislang nicht nachgewiesen werden.

Mehrere Studien haben untersucht, ob eine erbliche Veranlagung bei der Entstehung der Endometriose eine Rolle spielt. Alle beobachteten eine bis auf das Siebenfache erhöhte Inzidenz bei Müttern und Schwestern von Patientinnen. Es wird daher eine polygene Vererbung angenommen (Simpson et al. 1980) (6); (Moen et al. 1993) (7).

1.3 Klassifikation: Schweregrad der Endometriose

Zur Beurteilung des Schweregrades der Endometriose existieren verschiedene Klassifikationssysteme, unter denen die Klassifikation gemäß der American Fertility Society (AFS) (1985) die gebräuchlichste ist (8). Nach dem AFS-Score werden Punkte für das Ausmaß und die Lokalisation von eins bis >40 vergeben. Sie unterscheidet vier Schweregrade:

Stadium I	(minimal)	1-5
Stadium II	(gering)	6-15
Stadium III	(mäßig)	16-40
Stadium IV	(schwer)	<u>>40</u>



Martin Schantz

[Klassisch-Homöopathische Therapie bei Endometriose](#)

Eine prospektive Verlaufsstudie

150 Seiten, kart.
erschienen 2011



Mehr Homöopathie Bücher auf www.narayana-verlag.de