

Jean-Pierre Barral

Viszerale Osteopathie in der Gynäkologie

Leseprobe

[Viszerale Osteopathie in der Gynäkologie](#)

von [Jean-Pierre Barral](#)

Herausgeber: Elsevier Urban&Fischer Verlag



<http://www.narayana-verlag.de/b16022>

Im [Narayana Webshop](#) finden Sie alle deutschen und englischen Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise.

Das Kopieren der Leseproben ist nicht gestattet.
Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern
Tel. +49 7626 9749 700
Email info@narayana-verlag.de
<http://www.narayana-verlag.de>



3 UTERUS UND VAGINA

Auf den Uterus und seine Bänder wirken unterschiedliche Kräfte und Veränderungen ein, die nur zum Teil mit seiner eigentlichen Funktion zu tun haben. Dazu gehören z.B. Schwangerschaft, Geburt, Dammschnitte, Saugglocken- oder Zangenentbindung, sitzende Tätigkeit, primäre oder sekundäre Hormonstörungen, Traumen, Operationen, wiederholte Infektionen oder eine genetische Veranlagung zur Dysplasie. Uterus und Vagina sind funktionell eng mit der Blase verbunden. In Kapitel 2 haben wir mögliche soziale Folgen einer Inkontinenz und die Bedeutung der osteopathischen Behandlung erörtert. Gebärmutteroperationen zu vermeiden finden wir wichtig, und viele uterine Störungen lassen sich gut osteopathisch behandeln. Allzu häufig sind Frauen mit Erkrankungen im Beckenbereich dazu verurteilt, sich nach einer herkömmlichen Behandlung mit „Schmerzkilnern“ und Entzündungshemmern doch im Operationssaal wiederzufinden. Die Gebärmutter bzw. ihren Halteapparat können wir von außen oder innen durch viszerale Manipulationen behandeln. Beides setzt beim Therapeuten ein gutes Tastvermögen, Behutsamkeit, Respekt und Verständnis für die Patientin voraus. Erklären Sie ihr immer, was Sie gerade tun. Wenn Therapeuten sich unbehaglich bei dem Thema fühlen, neigen sie zu gewundenen Erklärungen und zögern so die Behandlung hinaus. Das ist genauso falsch wie gar keine Erklärung zu geben. Wichtig ist, dass beide, Patientin und Therapeut, entspannt sind. Wir möchten noch einmal daran erinnern, dass der Körper als Einheit zu sehen ist und

ein Einzelteil daher nie isoliert behandelt werden kann. So wie der Uterus und seine unmittelbare Umgebung von vielen anderen Körperbereichen beeinflusst werden, wirken sie sich umgekehrt auch auf diese aus.

3.1 Viszerale Artikulationen

Die Anatomie der Gebärmutter und die Bezeichnungen der einzelnen Strukturen dürften Ihnen geläufig sein. Schließlich legt das wunderbare Fachgebiet der Anatomie den Grundstein für die Osteopathie. Deshalb beschränken wir uns an dieser Stelle auf eine kurze Beschreibung der Lagebeziehungen (s. Abb. 3.1).

Als Fundus uteri wird die obere Rundung des Gebärmutterkörpers mit dem fest haftenden Peritoneumüberzug bezeichnet. Der

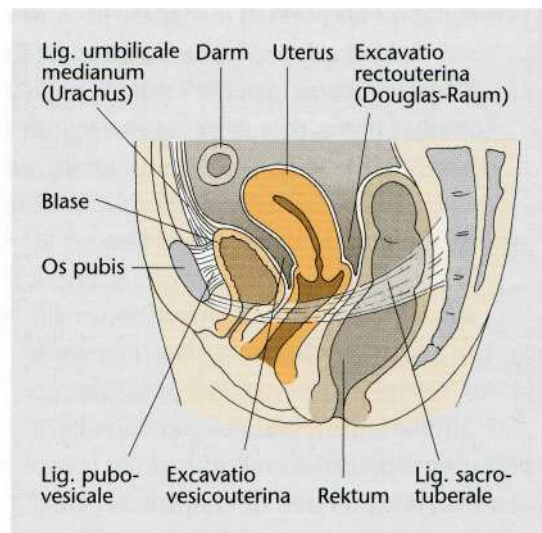


Abb. 3.1: Lagebeziehungen des Uterus

Uterus steht hier mit dem Dünndarm und dem unteren Dickdarm in Verbindung. Unterhalb des Fundus ist der Gebärmutterkörper (Corpus uteri) auf der Vorderseite konvex und bis zum Isthmus vom Peritoneum bedeckt. An der Umschlagstelle zieht das Peritoneum weiter zur Harnblase. Hier befindet sich die Excavatio vesicouterina. Der als Ganzes vornüber geneigte Uterus (physiologische Anteversio uteri) liegt im Normalfall auf der Blase. Auf seiner Rückseite ist der Uterus bis in Höhe der (posterosuperioren) Vagina mit Peritoneum überzogen, das an dieser Stelle zum Rektum umschlägt und die Excavatio rectouterina (Douglas-Raum) bildet. Von den oberen seitlichen Winkeln der Gebärmutter aus ziehen die beiden Eileiter (Tubae uterinae) zum linken und rechten Eierstock (Ovarium). In diesem Bereich des Uterus setzen beidseits auch die Ligg. teres uteri und ovarii proprium an. Bei den Ligg. lata handelt es sich um breite peritoneale Falten, die sich von den weit gerundeten Seitenrändern des Uterus bis zu den seitlichen Beckenwänden erstrecken. Der Gebärmutterhals (Cervix uteri) berührt vorn die Vorderwand der Vagina und steht über sie mit der Rückseite der Blase in Verbindung. Hinten grenzt er über die Hinterwand der Vagina und den Douglas-Raum an das Rektum. Seitlich der Zervix befinden sich Ureter, Blutgefäße und der subperitoneale Beckenraum.

Unterstützung und Halt

Der Uterus wird von zahlreichen Bändern und anderen Bindegewebsstrukturen gehalten bzw. gestützt (s. Abb. 3.2), und als aufmerksamer Leser kennen Sie die enge Beziehung zum Halteapparat der Blase.

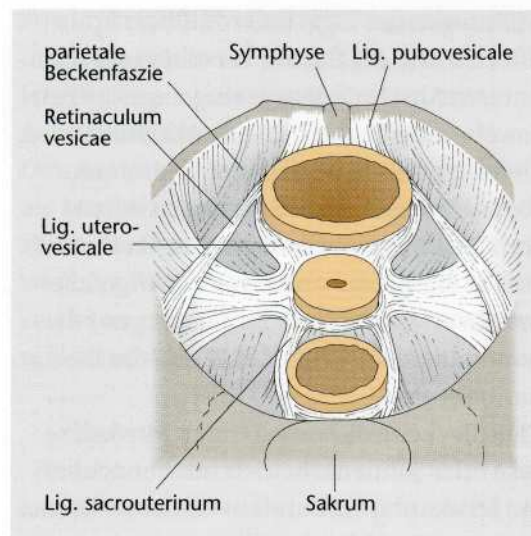


Abb. 3.2: Verbindung des Uterus zu Nachbarstrukturen

Das Peritoneum spielt wie bei der Blase nur eine untergeordnete Rolle für die Aufhängung, auch wenn peritoneale Adhäsionen die Mobilität des Uterus stark beeinträchtigen können.

Das **Lig. teres uteri** („rundes Mutterband“) zieht rechts und links von den oberen „Hörnern“ des Uterus aus schräg nach vorn unten, durch den Anulus inguinalis profundus und den Leistenkanal, bis es in einzelne Stränge zerfasert in die großen Schamlippen (Labia majora) einstrahlt. In Uterusnähe ist es von glattmuskulären Fasern durchsetzt, die mit zunehmender Entfernung aber immer weniger werden. Die beiden Bänder stabilisieren den Uterus in leicht vornüber geneigter Position und wirken bei viszeralen Manipulationen reflexogen. Durch das rechte und linke **Lig. latum uteri** („breites Mutterband“) ist der Uterus seitlich an den inneren Beckenwänden befestigt. Sie grenzen hinten an den Dünndarm. Im oberen Teil eher dünn und beweglich, werden sie nach unten zunehmend dicker. Im oberen Abschnitt sind sie an den Vor-

Wölbungen der Ligg. teres und ovarii proprium sowie der Eileiter verstärkt und im unteren Abschnitt durch eingelagertes Fettgewebe aufgelockert. Dieser Abschnitt wird als Parametrium bezeichnet und ist mit Bindegewebs- und Muskelfasern durchsetzt. Die Ligg. lata treffen in ihrem Verlauf auf die Harnleiter und uterine Blutgefäße bzw. in etwas größerer Entfernung auf die (anterolaterale) Bauchwand und die Iliolumbalregion.

Viele Beckengefäße sind durch Muskelfasern oder Sehnenscheiden mit benachbarten Strukturen verbunden. Von besonderem Interesse sind hier die Plicae rectouterinae in Begleitung der A. iliaca interna. Sie verlaufen vom mittleren Sakralbereich (S2, S3, S4) durch das subperitoneale Gewebe zum Os pubis. Ihre vorderen Abschnitte reichen vom Isthmus uteri zu den Foramina sacralia anteriora, und im hinteren Abschnitt werden sie durch die Ligg. sacrouterina verstärkt. Da sie an Rektum, Isthmus, obere Vagina und Rektum geheftet sind, tragen sie zum Zusammenhalt dieser Organe bei. Als hintere Verstärkung der Plicae rectouterinae setzen die Ligg. sacrouterina in Höhe des Isthmus an und verbinden den Uterus mit Sakrum und Rektum. Sie verhindern, dass sich die Zervix auf die Blase bzw. die Symphyse zu bewegt. Bei Anteversio und Drehungen des Uterus dienen sie als relativer Fixpunkt, um den herum die Bewegungen stattfinden.

Den Beckenboden (s. Kap. 2) bilden Muskeln (Mm. levator ani, ischiococcygeus, sphincter ani externus, transversus perinei profundus, transversus perinei superficialis, sphincter urethrae, ischiocavernosus, bulbospongiosus), Faszien und andere Bindegewebsstrukturen. Er schließt die Beckenhöhle nach unten und zu den Seiten ab und ist für den Halt der Beckenorgane und eine gute Druckverteilung unverzichtbar.

Stabilisierung im kleinen Becken

In Isthmushöhe wird der Uterus von gitterförmig angeordneten Strukturen gehalten, die in erster Linie aus den lateralen Verankerungen der Parametrien im Beckenboden und den Plicae rectouterinae bestehen (s. Abb. 3.3). In Bezug auf die Beckenmechanik üben sie eher eine haltgebende (stationäre) als eine bewegungsunterstützende (dynamische) Funktion aus, daher spricht man auch vom statischen Stabilisierungssystem des kleinen Beckens. Wir wollen die einzelnen Elemente getrennt besprechen.

Querverbindungen

Hierzu gehören die Ligg. lata uteri mit ihren Auswölbungen:

- Die innere richtet den Gebärmutterkörper aus.
- Die mittlere (über den Eileitern) beeinflusst neben der Seitenstabilität des Uterus auch die Beweglichkeit von Tube und Ovar.
- Die hintere kommt durch das Lig. Suspensorium ovarii (die Verbindung des Eileiters mit der seitlichen Beckenwand) und das Lig. ovarii proprium zustande.

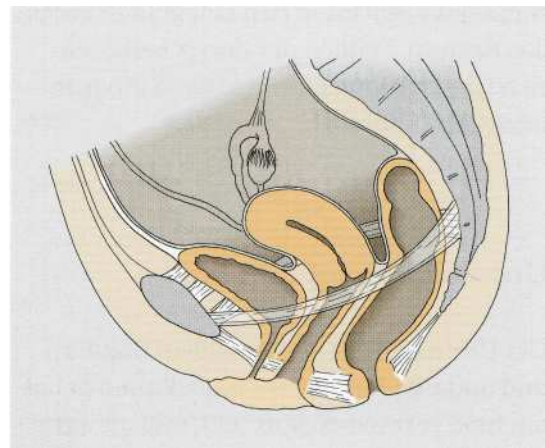


Abb. 3.3: Stabilisierung des kleinen Beckens

In den Parametrien vereinen sich Bindegewebsfasern vom Isthmus und den Seiten des Uterus sowie aus dem sehnigen Bereich der Ligg. lata. Außerdem inseriert hinten am Parametrium das Lig. sacrouterinum laterale, innen der Zervixpfeiler und vorn der äußere Blasenpfeiler. Die Parametrien können sich zu einem gewissen Grad kontrahieren und sind von zahlreichen Gefäßen durchzogen.

Eine Faszie auf der Zervixvorderseite (Fascia precervicalis) zieht zur Excavatio vesicouterina und geht in die Fascia vesicovaginalis über.

Eine dünnere Faszie auf der Zervixrückseite (Fascia retrocervicalis) verbindet sich mit den Ligg. sacrouterina und bildet durch Faserverflechtungen einen Wulst (Torus uterinus).

Längsverbindungen

Sie bestehen im Wesentlichen aus den Plicae rectouterinae und den Ligg. sacrouterina, können aber weiter unterteilt werden. Der vordere Teil umfasst die Ligg. vesicouterina bzw. inneren Blasenpfeiler, die mit der Fascia vesicovaginalis und den Ligg. pubovesicalia verschmelzen:

- Die inneren Blasenpfeiler (Ligg. vesicouterina) sind ca. 2,5 cm dicke, kräftige fibromuskuläre Stränge.
- Die äußeren Blasenpfeiler ziehen vom sehnigen Zentrum der Ligg. lata zum Apex vesicae.

Der hintere Teil besteht aus den Ligg. sacrouterina, die seitlich am Douglas-Raum ansetzen. Während sie im oberen (uterosakralen) Abschnitt ziemlich fest, verdickt und muskulär sind, enthalten sie im unteren (vagosakralen) Abschnitt überwiegend Kollagenfasern.

Zwischen der oberen und unteren Ebene befinden sich als mittlere Verbindungs-

Strukturen die Fascia vesicovaginalis und die sagittalen Peritonealfalten, d.h. die Hülsen, die Blase, Uterus und Rektum miteinander verbinden.

Den unteren Teil bilden bestimmte perineale Muskeln, die das Becken stützen. Dabei spielt das Centrum tendineum perinei eine wichtige Rolle. Ob sie den Uterus gut stützen können, hängt entscheidend vom Tonus dieser Muskeln ab.

Lage und Orientierungspunkte

Da Uterus und Harnblase oft gemeinsam behandelt werden, erwähnen wir auch einige Orientierungspunkte für die Blase, Natürlich gibt es bei der Lokalisation der hier beschriebenen Strukturen individuelle Unterschiede.

- Ligg. pubovesicalia: setzen auf der Rückseite der Symphysis pubica oben und in der Mitte an;
- Ligg. pubourethralia: an der Unterkante der Symphyse befestigt;
- Fundus uteri: hinter der Symphyse, 2-3 cm unter dem unteren Ende des M. rectus abdominis;
- Ligg. teretes uteri: 10-12 cm lang mit einem Durchmesser von 3-6 mm; im vorderen Teil über den Canalis inguinalis und hinten über die „Seitenhörner“ des Uterus (falls man dorthin kommt) zugänglich;
- Ligg. sacrouterina: 6-7 cm hoch, von der Vorderseite von S2-4 zum Isthmus uteri;
- Ligg. lata uteri: von der Innenwand der Fossa iliaca an die Zervix;
- Centrum tendineum perinei: als festes Gebilde zwischen Rektum und Vagina zu tasten, wenn man zwischen Anus und Vulva gegen den Damm drückt;
- Vagina: Zwischen Rektum und oberer Va-

3 Uterus und Vagina

gina befindet sich die 2 cm tiefe Excavatio rectouterina (Douglas-Raum). An die oberen zwei Drittel der Vagina schließen sich die Parametrien an. Das Septum rectovaginale besteht aus lockerem Bindegewebe. In Dammnähe hat die Vagina mit ihrem unteren Drittel von oben nach unten Verbindung zum M. obturator internus, zur Becken- und mittleren Dammfaszie, zum M. transversus perinei profundus, M. bulbocavernosus (früher: M. constrictor cunni, „Scheidenschnürer“) und Bulbus vestibuli.

- Blasenhals: 2,5 cm hinter der Symphyse in einer horizontalen Schnittebene durch den Unterrand der Symphyse, berührt die Zervix;
- Cervix uteri: in Höhe einer horizontalen Schnittebene durch das Sakrokokzygealgelenk. Die Portio supravaginalis grenzt an den unteren Blasengrund und das Trigonum. Blasenhals und Zervix sollten sich unter Ruhebedingungen in gleicher Höhe befinden und auch bei größter Anstrengung nicht tiefer reichen als bis zur Querschnittsebene des Steißbeins.
- Excavatio rectouterina: bedeckt die Zervix hinten mit 18 mm stärker als die Excavatio vesicouterina vorn mit 6 mm. Der Douglas-Raum befindet sich 6-7 cm vom Anus entfernt hinter der Zervix.
- Isthmus uteri: mitten in der Beckenhöhle, projiziert sich in Höhe der Spina ischiadica auf die Haut;
- Ureter und A. uterina: überkreuzen sich im Lig. cardinale (15 mm seitlich vom unteren Rand der lateralen Vaginaltasche)
- Promontorium: auf halber Strecke zwischen Nabel und Symphyse;
- Nabel: am Unterrand von L4 und nicht wie häufig gelehrt wird - in Höhe von L3;
- Bifurcatio aortae: zwischen L4 und L5.

Gleit- bzw. Kontaktflächen

Der Uterus grenzt an die folgenden Strukturen:

- oben an Peritoneum, Dünndarm und Dickdarm, die auch auf ihm lasten können;
- vorn an das Peritoneum und (über die Excavatio vesicouterina) an die Blase; bei leerer Blase kann sich eine Darmschlinge zwischen Uterus und Blase schieben;
- hinten an das Peritoneum und (über die Excavatio rectouterina/Douglas-Raum) an das Rektum; bei Retroversio uteri gibt es hinten mehr Kontaktflächen;
- lateral an die Ligg. lata und das subperitoneale Gewebe;
- unten haben Zervix/Isthmus Verbindung zu Blasenhal/Trigonum, unterem Blasenfundus, Vagina und Dammstrukturen, Aufgrund seiner engen Verbindung zum Peritoneum können sich Störungen - trotz seiner Lage außerhalb des Peritonealraums - auch auf den Uterus auswirken. Die Bauchfelltaschen (besonders der Douglas-Raum) sind meist von septischen oder mechanischen Irritationen betroffen, in deren Folge sich Verwachsungen bilden können. Auf diese Fibrosierungen sollten wir unsere Aufmerksamkeit richten, weil sie die viszerale Artikulationen im kleinen Becken empfindlich stören können. Bei einem gestörten Kräfteverhältnis (Spannungsgleichgewicht) des Peritoneums und der zahlreichen Bänder am Fundus kann sich der Uterus nicht mehr richtig bewegen. Manchmal gleiten Darmschlingen aus dem Peritonealraum heraus und können auf den Uterus drücken oder sich sogar zwischen ihn und andere Organe schieben,



Jean-Pierre Barral

[Viszerale Osteopathie in der
Gynäkologie](#)

Urogenitale Manipulation

192 Seiten, kart.
erschienen 2003



Mehr Bücher zu Homöopathie, Alternativmedizin und gesunder Lebensweise

www.narayana-verlag.de