



ENDOMETRIOSE – DIE HÄUFIG NICHT ERKANNTE KRANKHEIT DER FRAU

Prof. Dr. Ralf Rothmund

Ärztlicher Leiter Frauenzentrum der Lindenhofgruppe



LINDENHOFGRUPPE



Definition und Fakten

Als Endometriose wird das Vorkommen endometriumartiger Zellverbände außerhalb des Cavum uteri bezeichnet. Sie ist eine der häufigsten gynäkologischen Erkrankungen in der Geschlechtsreife und gilt als **östrogenabhängig**.

- im Mittel dauert es von der erstmaligen Symptomatik bis zur Diagnosestellung in Österreich und Deutschland 10 Jahre (Hudelist 2012)
- Nach Schätzungen leiden etwa 7-15 % aller Frauen im geschlechtsreifen Alter an Endometriose.
- Das sind in Deutschland etwa 2-6 Mio. Frauen
- Ca. 20.000 Krankenhausbehandlungen in Deutschland jährlich (Haas 2012)
- Ca 25% aller Endometriosepatientinnen haben einen unerfüllten Kinderwunsch
- Ca. 40% aller Sterilitätspatientinnen, die einer invasiven Diagnostik zugeführt werden, haben Endometriose

- Die Ursachen der Endometriose sind bis heute ungeklärt, obwohl die Krankheit schon 1861 von Rokitansky beschrieben wurde.
- Theorien:
 - Implantationstheorie
 - Zöлом-Metaplasie-Theorie
 - Verschleppung endometrioider Zellen bei Eingriffen am Uterus
- Man geht davon aus, dass es sich bei der Entstehung von Endometriose insgesamt um ein multifaktorielles Geschehen handelt.



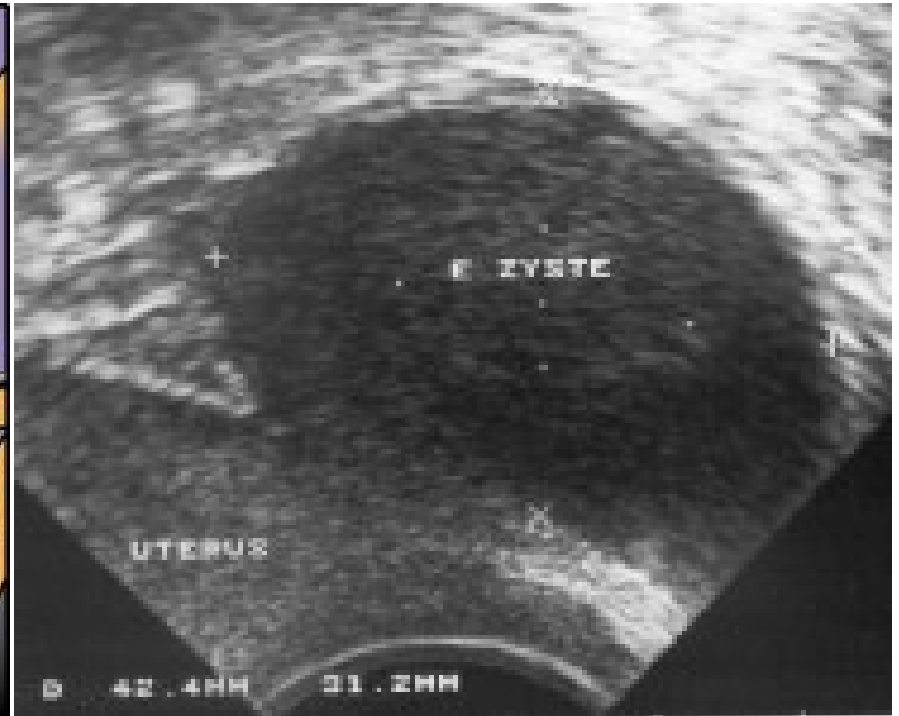
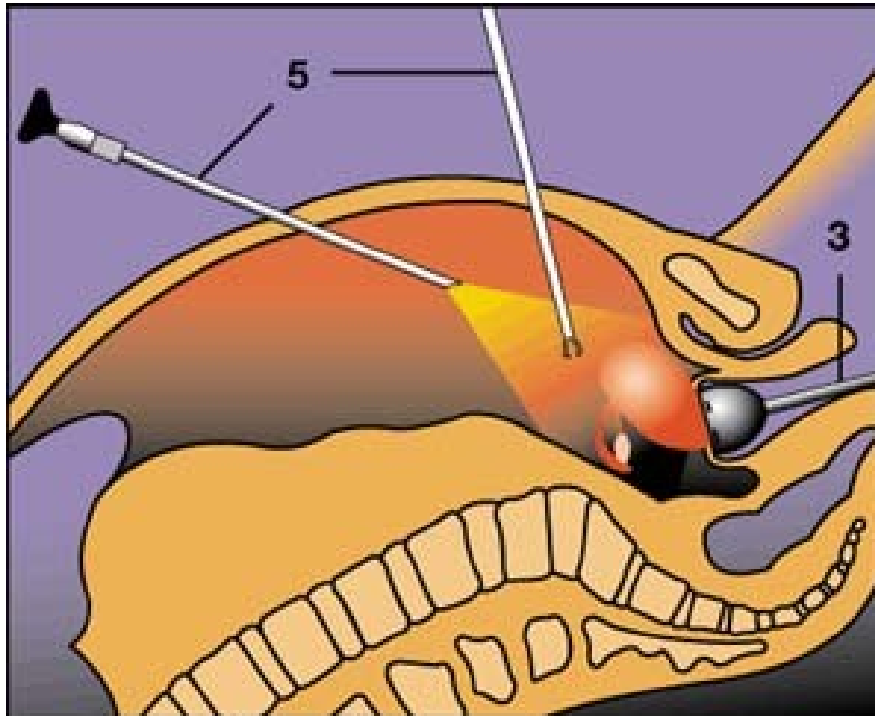
Leitsymptom 1:

Unterbauchschmerzen

- sekundäre Dysmenorrhoe
- Dyspareunie
- Dysurie
- Defäkationsschmerz

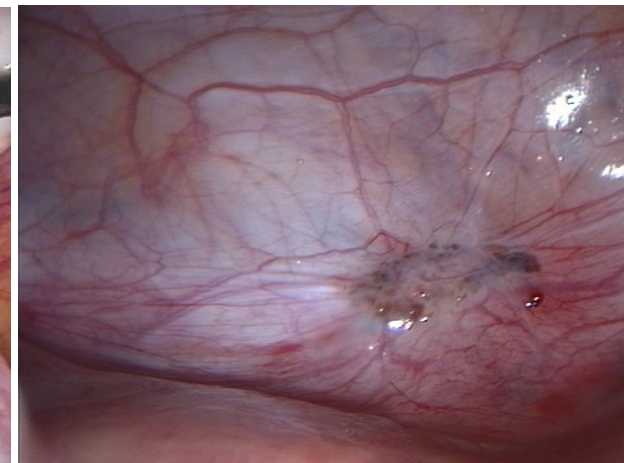
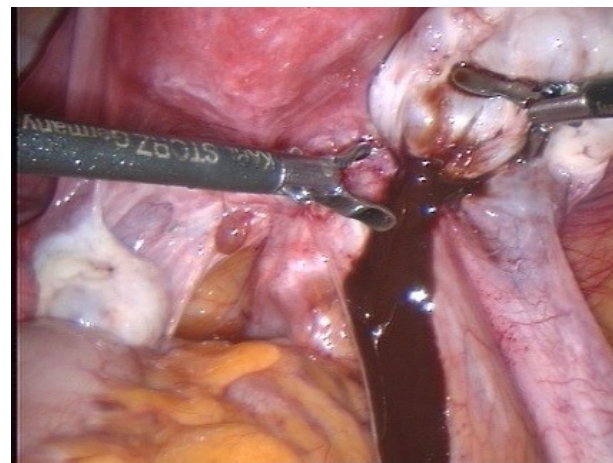
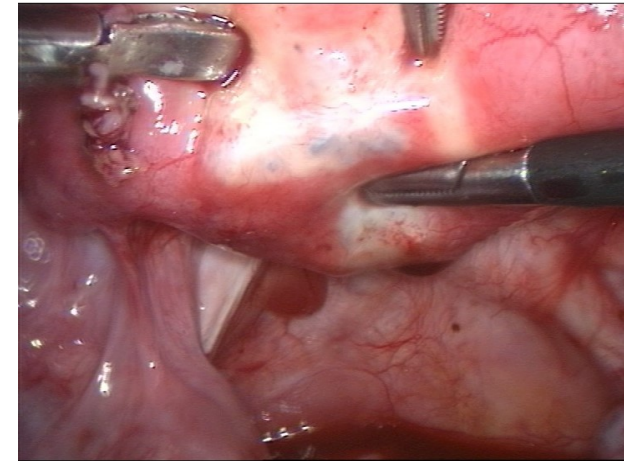
Leitsymptom 2:

Sterilität



Die unterschiedlichen Formen der Endometriose

- **Adenomyosis uteri**
- **Endometriosis genitalis externa**
 - Oberflächliche peritoneale Endometriose
 - Ovarielle Endometriose (Endometriome)
 - Tiefe infiltrierende Endometriose
- **Endometriosis extragenitalis**
 - Pleura, Darm etc.

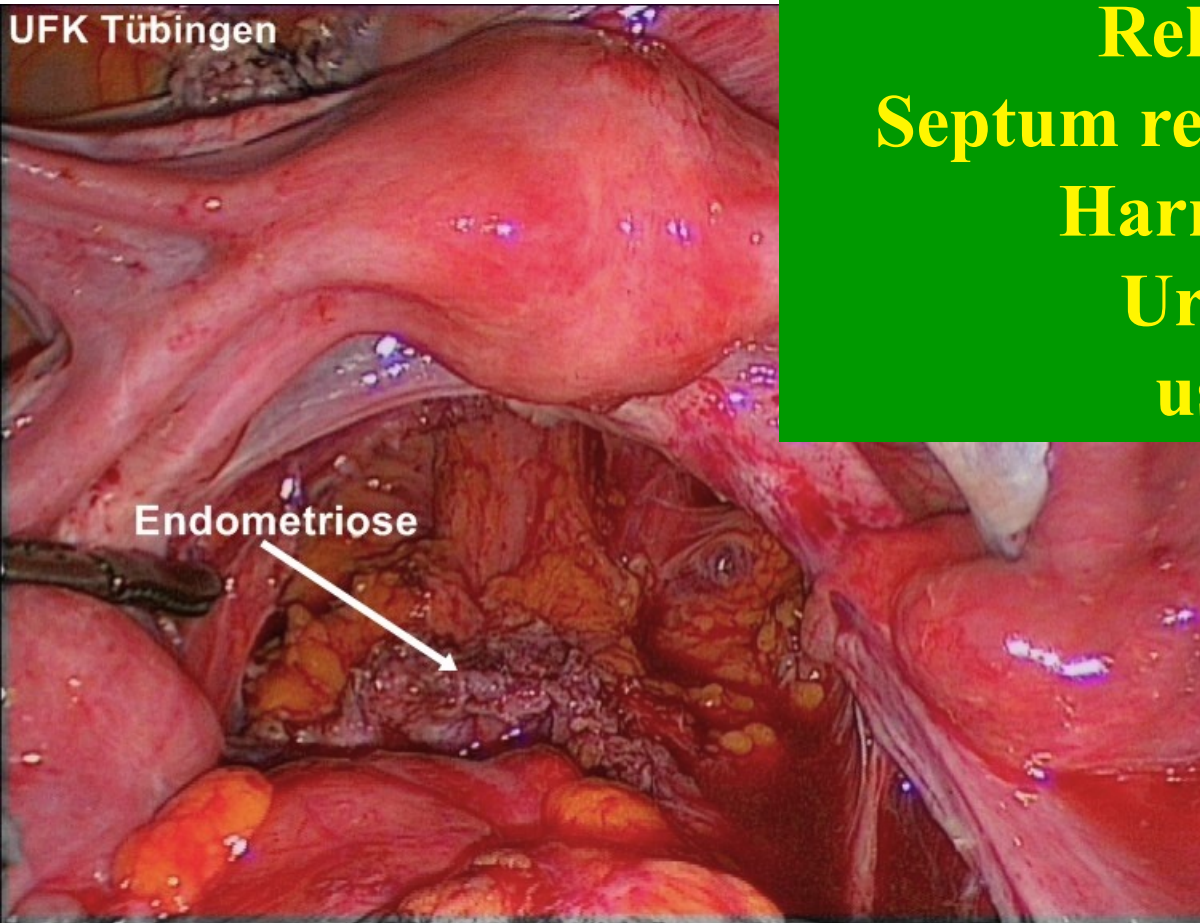


Tiefinfiltrierende Endometriose



LINDENHOFGRUPPE

UFK Tübingen



Endometriose

Rektum
Septum rektovaginale
Harnblase
Ureter
usw.




Klassifikation der Endometriose



ENZIAN-Klassifikation

ENZIAN 2012 final



Pelvic compartment / Level	A	B	C
	rectovaginal space vagina	sacrouterine ligaments cardinal ligaments, pelvic sidewall external ureter compression	lower bowel rectum / sigmoid
1 <1cm			
2 1-3 cm			
3 >3cm			

bladder

FO
other localisations
Diaphragma,....

FU
intrinsic ureter

Cave: Das Beschwerdebild korreliert nur unzulänglich mit dem klinischen Ausmaß!

rASRM-Stadien



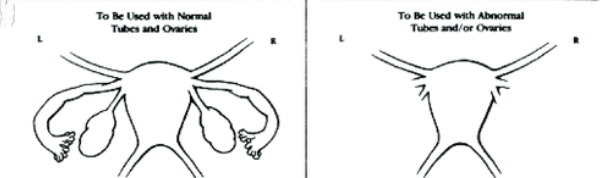
AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE
REVISED CLASSIFICATION OF ENDOMETRIOSIS

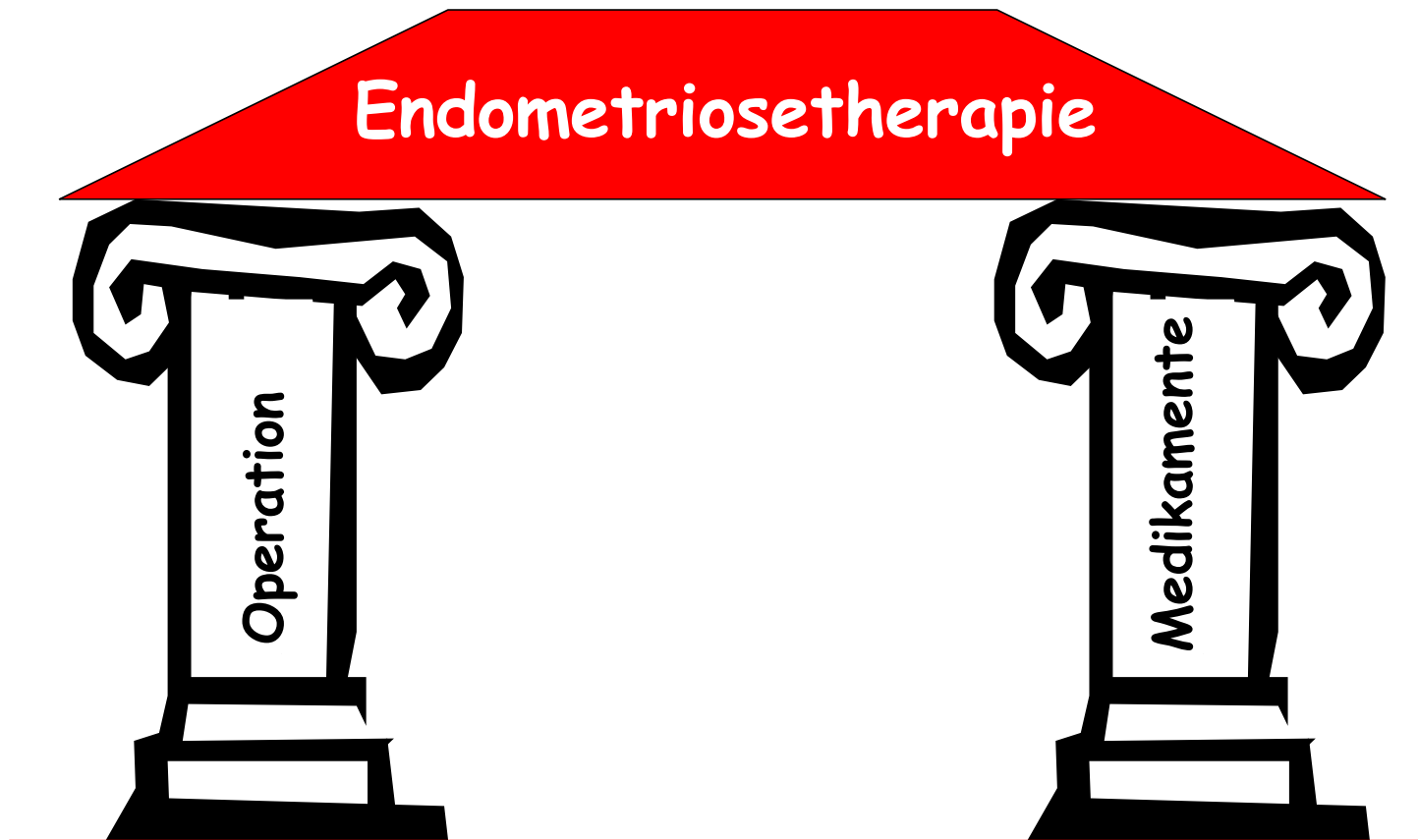
Patient's Name _____ Date _____
 Stage I (Minimal) : 1-5
 Stage II (Mild) : 6-15
 Stage III (Moderate) : 16-40
 Stage IV (Severe) : >40
 Total _____
 Laparoscopy _____ Laparotomy _____ Photography _____
 Recommended Treatment _____
 Prognosis _____

ENDOMETRIOSIS	<1cm	1-3cm	>3cm
Superficial	1	2	4
			6
			4
			20
			4
			20
			Complete
			40
			ure
			>2/3 Enclosure
			4
OVARY			
Dense	4	8	16
L Filmy	1	2	4
Dense	4	8	16
R Filmy	1	2	4
Dense	4*	8*	16
L Filmy	1	2	4
Dense	4*	8*	16
TUBE			
L Filmy	1	2	4
Dense	4*	8*	16

*If the fimbriated end of the fallopian tube is completely enclosed, change the point assignment to 16.
 Denote appearance of superficial implant types as red (R), red, red-pink, flame-like, vesicular blabs, clear vesicles), white (W), opacifications, peritoneal defects, yellow-brown), or black ((B) black, hemosiderin deposits, blue). Denote percent of total described as R____%, W____% and B____%. Total should equal 100%.

Additional Endometriosis: _____ Associated Pathology: _____







To treat or not to treat?

**Behandelt werden sollte das „Problem Endometriose“
nicht der Zufallsbefund**

- **Schmerzen**
- **Sterilität**

Ausnahme: Ureterbeteiligung

**Therapie: individualisiert
an den Beschwerden orientiert**



Hormonelle Therapieoptionen

- GnRH-Analoga
- kontinuierliche Einnahme von Gestagenen (Visanne)
- Kombinationspräparate im Langzeitzyklus



- OP-Vorbereitung oder Vorbereitung Sterilitätsbehandlung
- Rezidivschutz!
- Schmerzlinderung bei leichten Beschwerden



Keine kausale Therapie!

Diagnostik und Therapie - Allgemeines

DGGG Leitlinienprogramm



Kernaussagen:

a) Indikationen zur endoskopischen Diagnostik und Therapie bei Endometriose sind:

- Schmerzen,
- Organdestruktion, *und/oder*
- Sterilität.

b) Die operative Entfernung der Herde gilt zur Symptomkontrolle als „Goldstandard“.

Empfehlung:

Grundsätzlich soll eine histologische Abklärung erfolgen. Somit ist die Laparoskopie zentraler Bestandteil der Diagnostik.

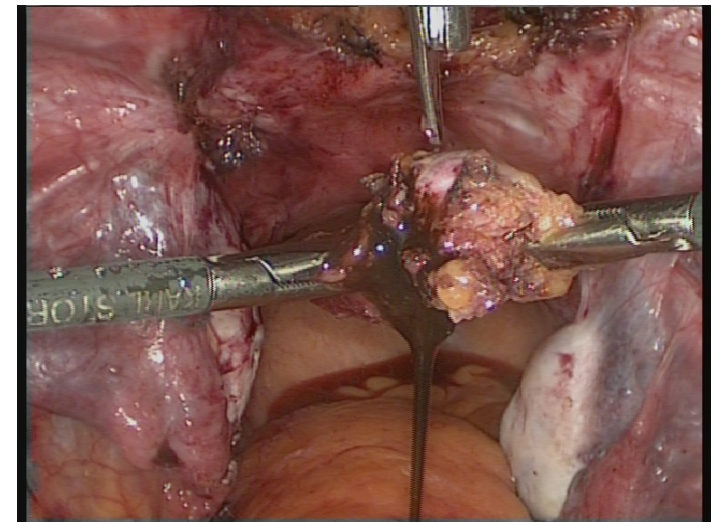
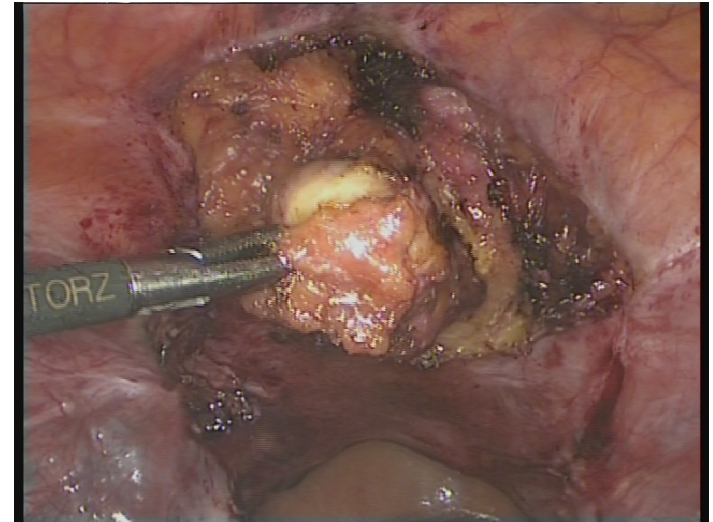
Operative Therapie bei Schmerzen

Die vollständige Resektion aller Endometrioseherde ist wichtigster Prognosefaktor bezüglich Erreichen von Schmerzfreiheit und Rezidivhäufigkeit

(Chopin et al. 2005, Ford et al. 2004, Keckstein et al. 2003, Minelli et al. 2003, Possover et al. 2000, Meuleman et al. 2012; Bassi et al. 2011)

Rezidivhäufigkeit nach vollständiger Resektion: 20-35%

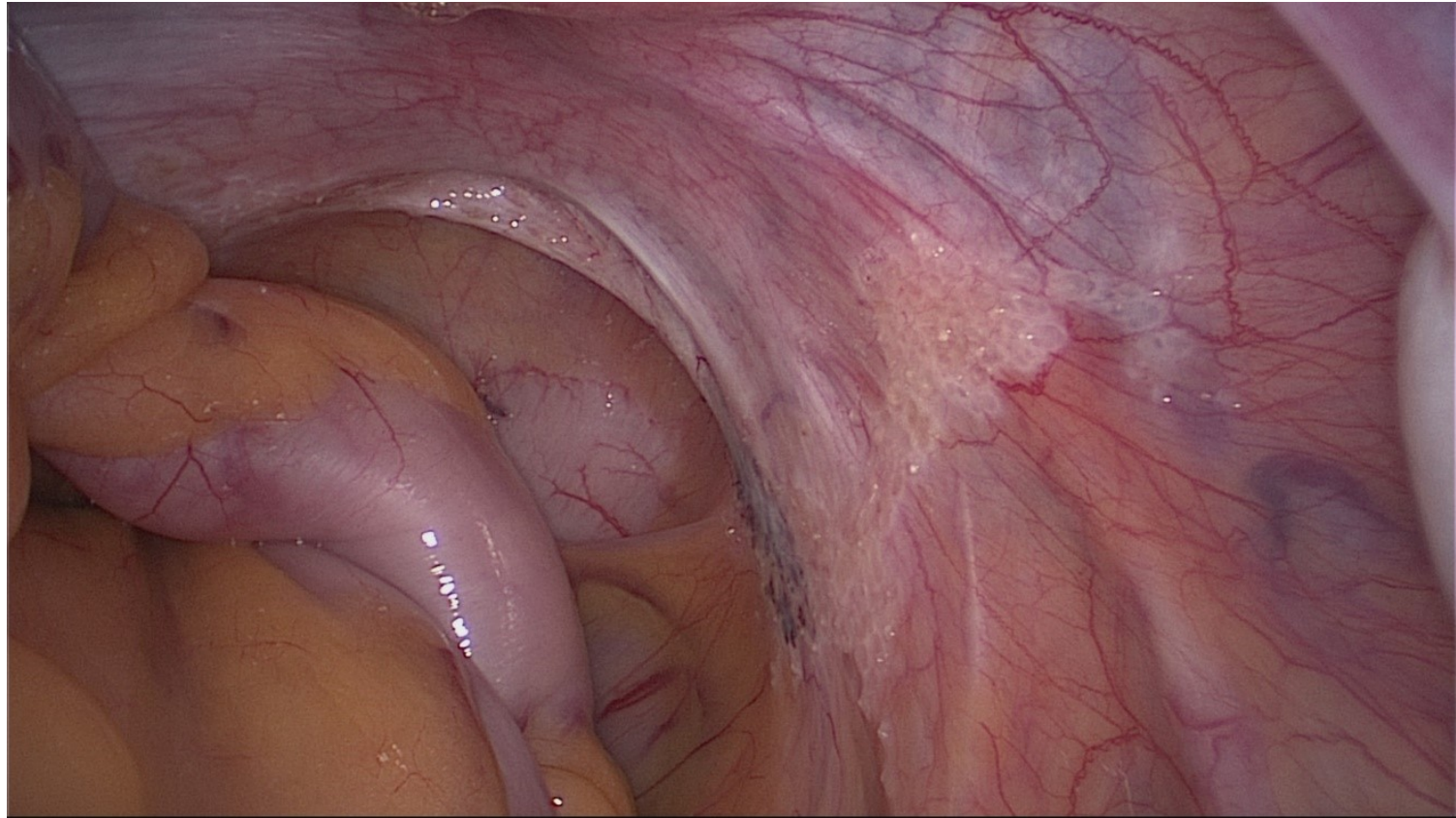
(Taylor et al. 2010, Vercellini et al. 2009, Schweppe et al. 2002)



Peritoneale Endometriose



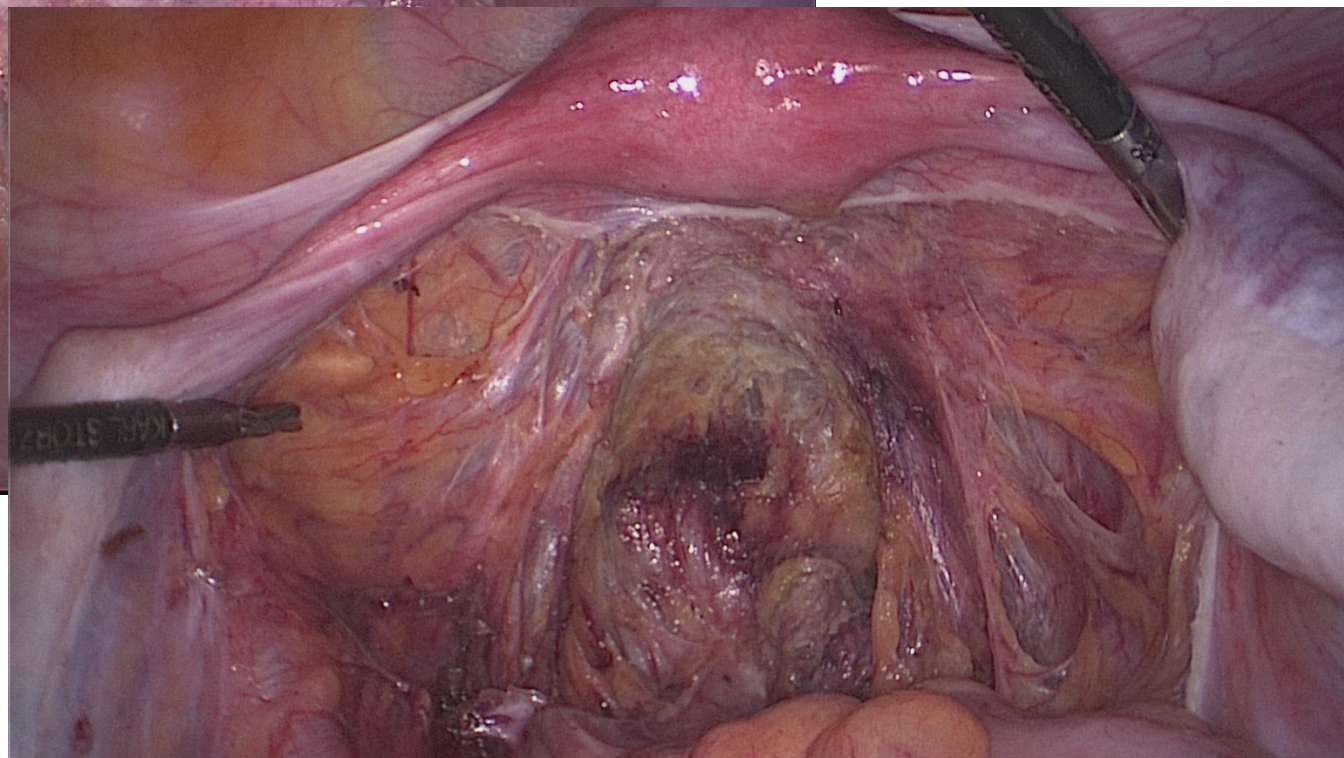
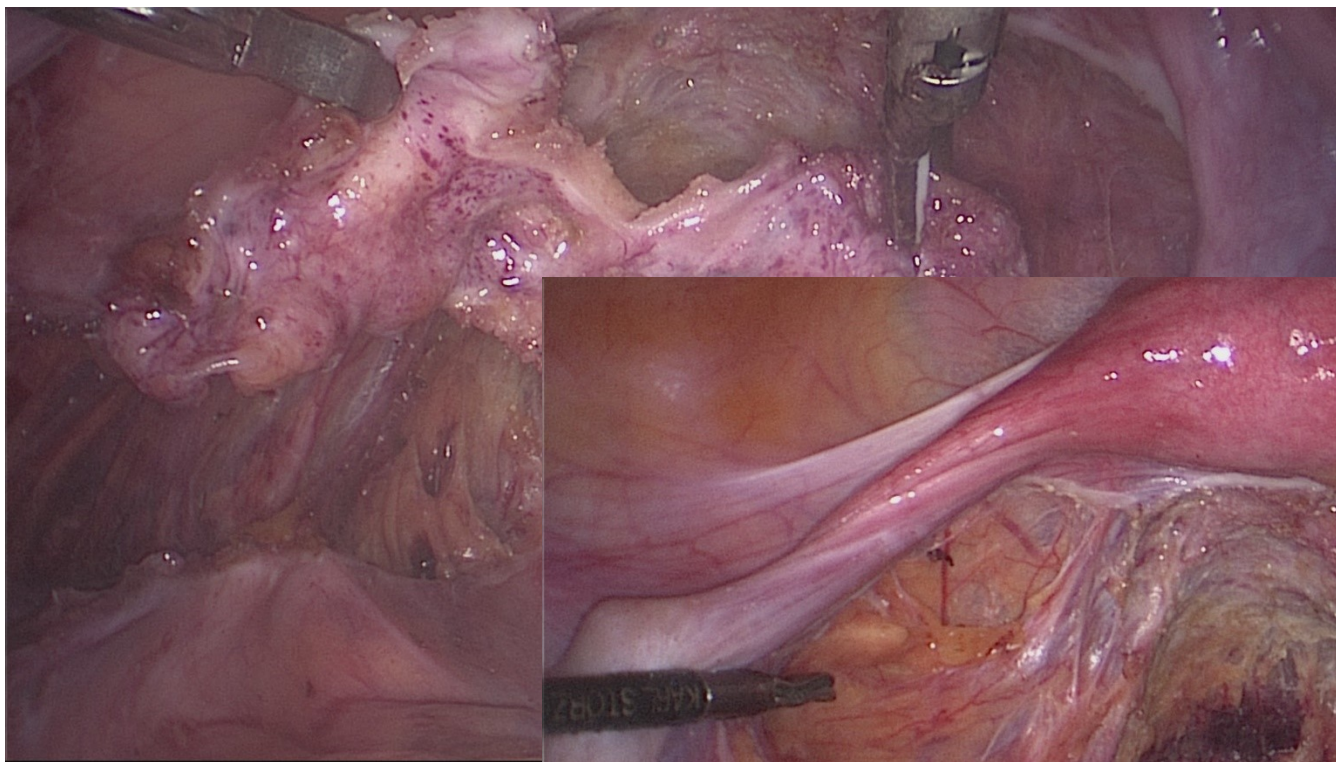
LINDENHOFGRUPPE



Peritoneale Endometriose



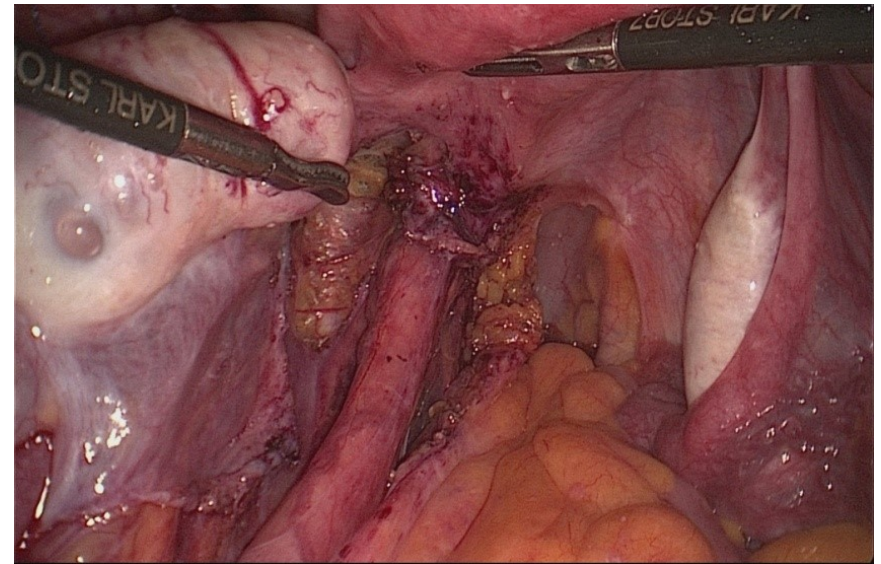
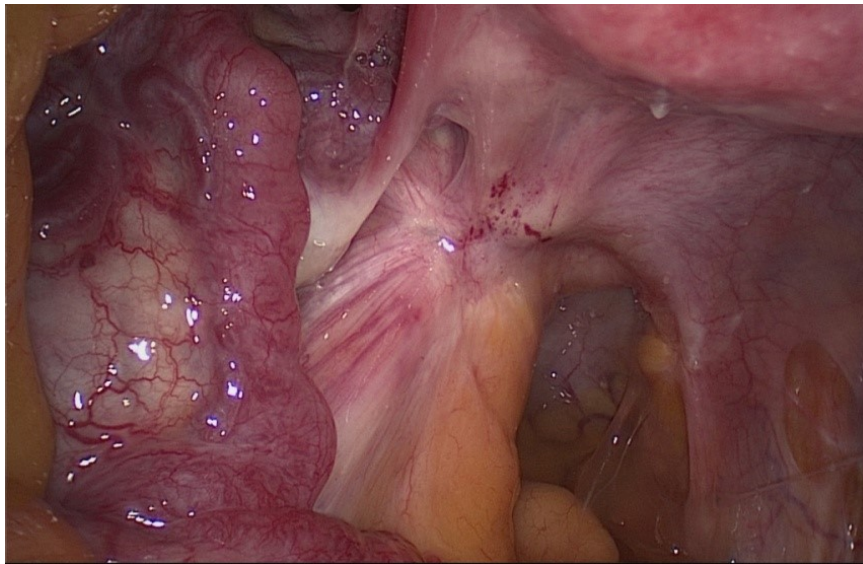
LINDENHOFGRUPPE



Tiefinfiltrierende Endometriose Lig. sacrouterinum links



LINDENHOFGRUPPE



Funktioneller Organerhalt bei TIE



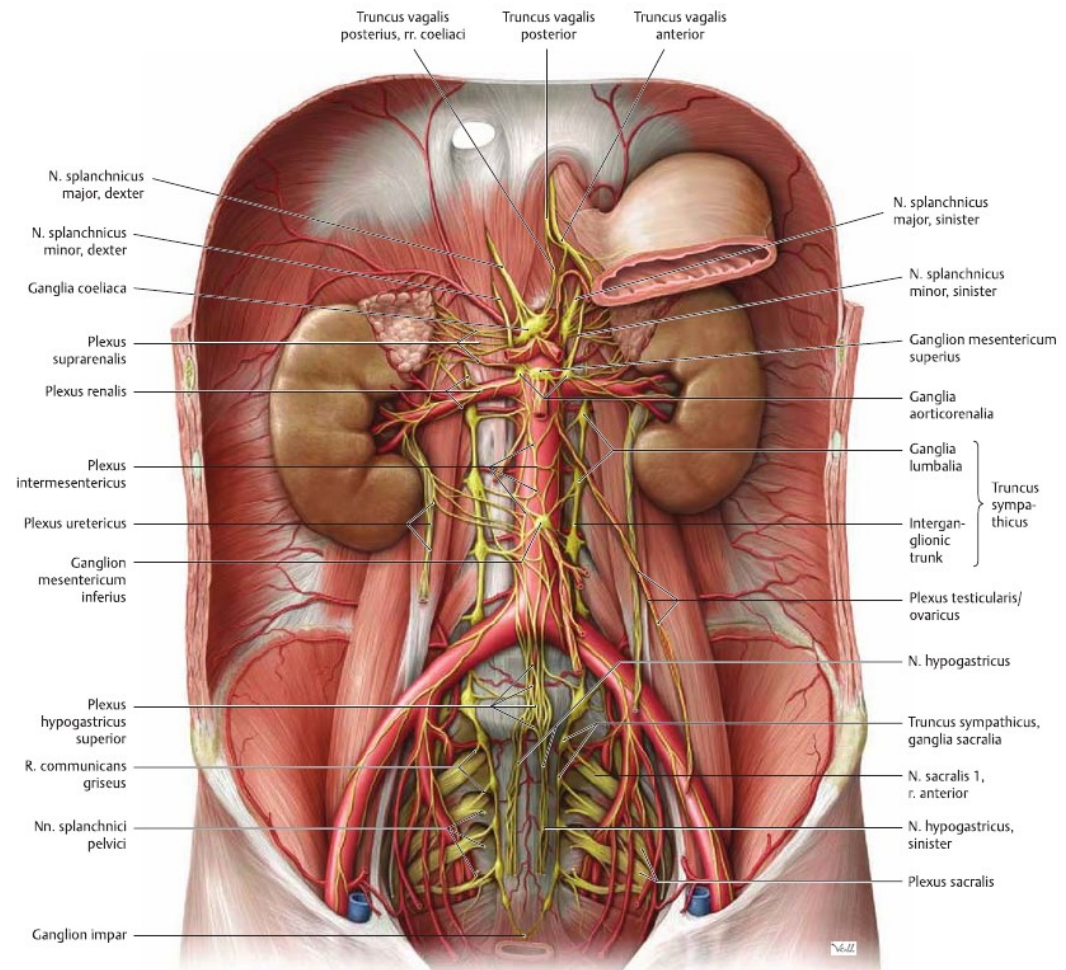
LINDENHOFGRUPPE

Insgesamt muss man in 5-14% mit schweren intra- und postoperativen Komplikationen rechnen (Kondo et al. 2011, Minelli et al. 2009, Pereira et al. 2009, Roman et al. 2010)

Immer im Blickpunkt:

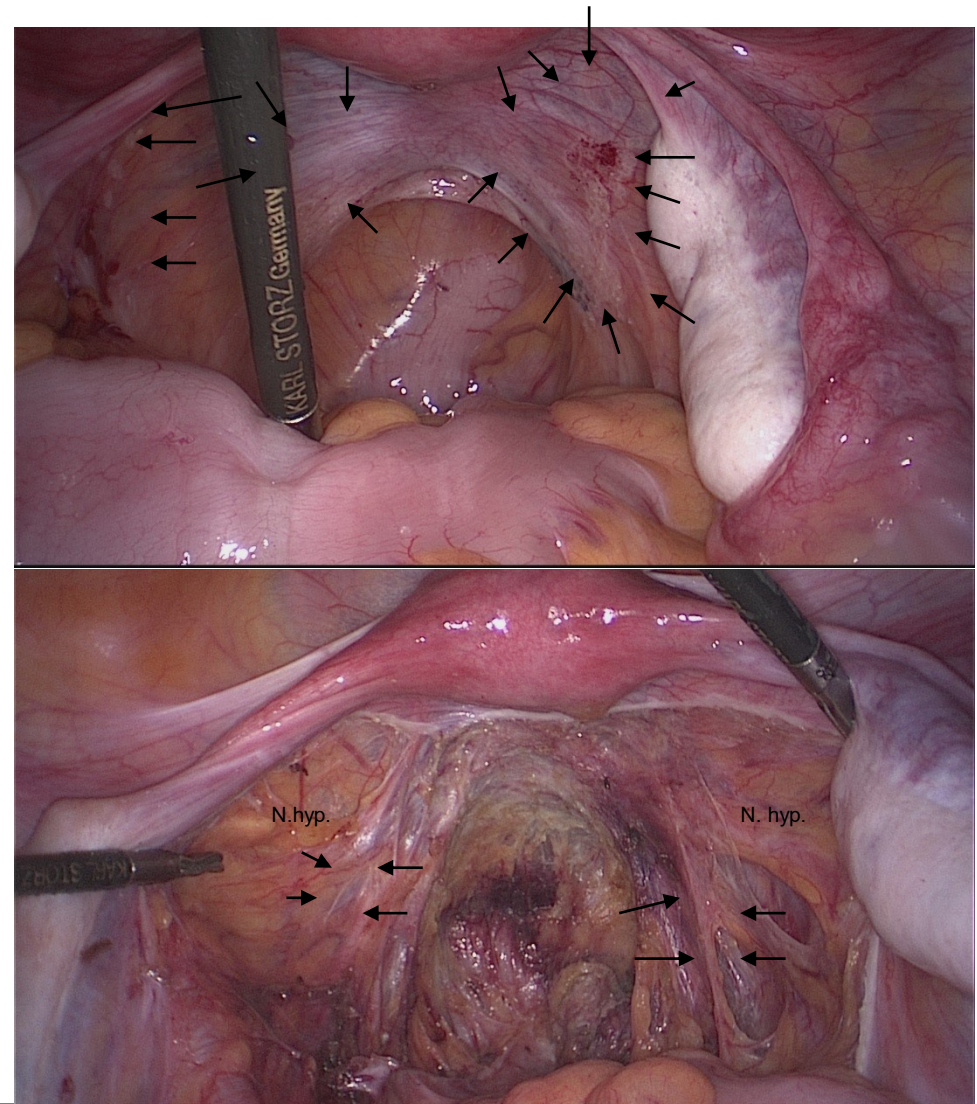
Gefährdung der Funktionalität bei TIE von Blase und Rektum/Sigma bei vollständiger Endometrioseresektion durch operative Morbidität

Fig. 17.1 Plexus autonomicus in the abdomen and pelvis
Anterior view of the male abdomen. Removed: Peritoneum and majority of gaster.



Operative Therapie bei Kinderwunsch

- **Komplette Resektion peritonealer Endometriose erhöht die Raten von spontanen Schwangerschaften** (Jacobsen et al.; The Cochrane Library 2010)
- **Auch die Schwangerschaftsrate nach IVF ist erhöht** (Opoien et al. 2011)
- **Eine alleinige medikamentöse Therapie ist nicht zu empfehlen**
- **Ausschälen der ovariellen Endometriose erhöht die Raten von spontanen Schwangerschaften** (Alborzi et al.; Fertil Steril 2004; Hart et al.; Cochrane Database of Systematic Reviews 2009)

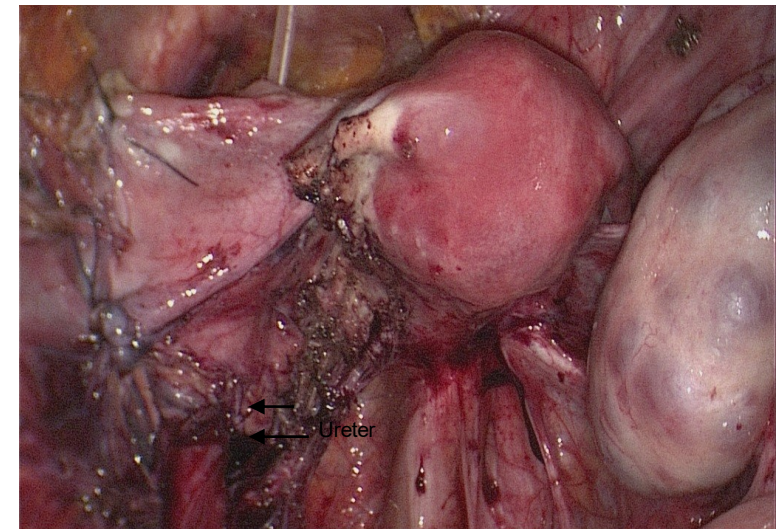


Operative Therapie bei Kinderwunsch



Unter Berücksichtigung der möglicherweise erheblichen intra- und postoperativen Morbidität muss die Entscheidung zur Resektion im Einzelfall abgewogen werden

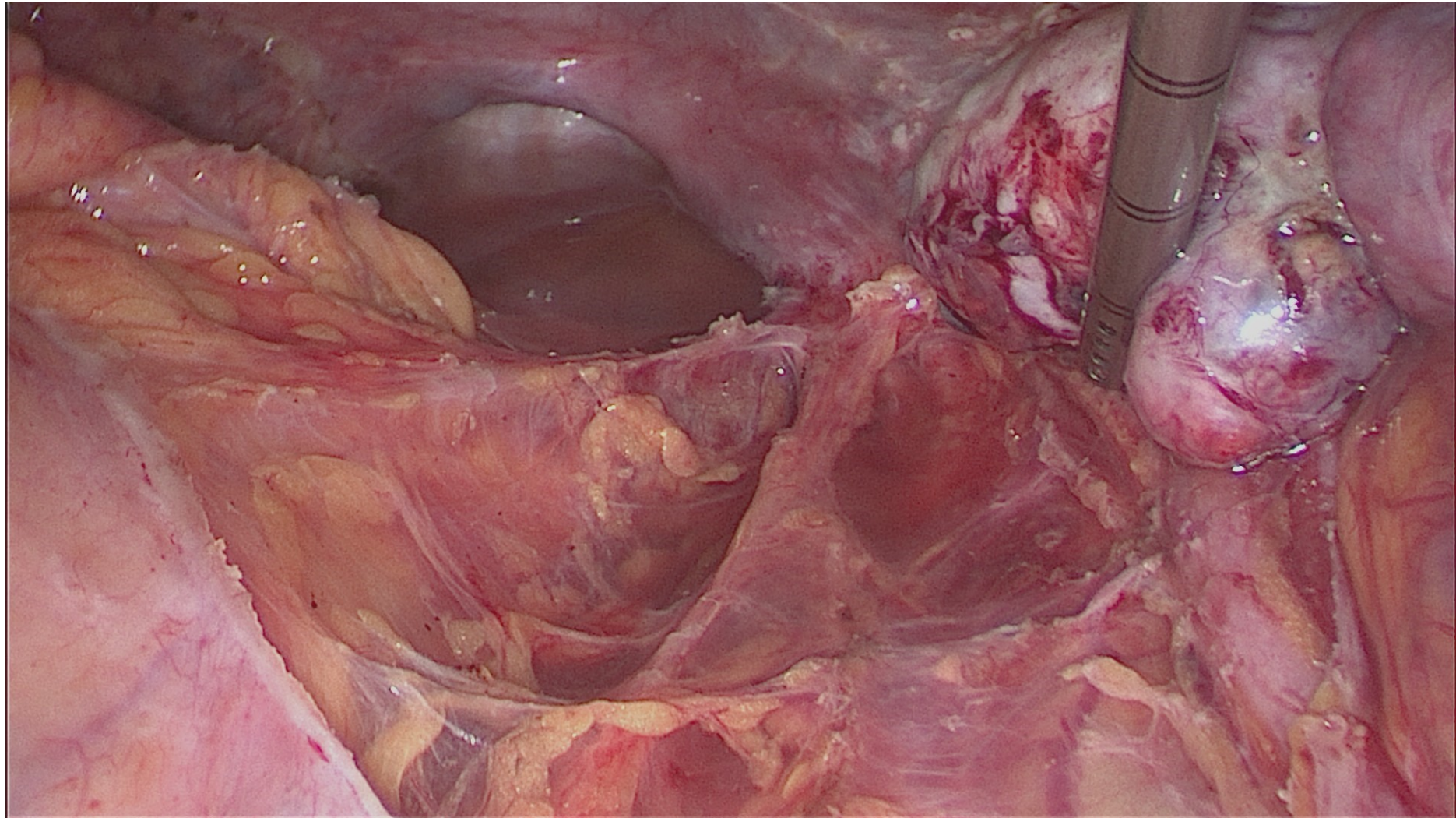
- Resektion TIE erhöht ebenfalls SS-Rate und verbessert die Erfolgsaussichten einer IVF-Therapie (Bianchi et al. 2009, Chapron et al. 1999, Gordts et al 2013, Keckstein et al 2003, Littmann et al 2005)
- Eine Studie zeigte nach radikaler retroperitonealer Resektion der TIE keinen Vorteil gegenüber lediglich peritonealer Resektion (Douay-Hauser et al. 2011)





Fehler bei der operativen Endometriosetherapie

- Zugangsweg (Laparotomie obsolet)
 - Höhere Rate an Adhäsionen
 - Schlechtere Visualisierung der Endometriose und der nervalen Strukturen
- Unzureichende Resektion der vorhandenen Endometriose
 - Angst vor Verletzungen von Ureter, Rektum oder Blase
 - Eingeschränkte technische Fähigkeiten des Operateurs
 - **„Übersehen“ der Endometriose**
- Operatives Vorgehen zu radikal
 - Keine Rücksicht auf funktionellen Organerhalt





Hormonelle Therapieoptionen

- GnRH-Analoga
- kontinuierliche Einnahme von Gestagenen (Visanne)
- Kombinationspräparate im Langzeitzyklus



- OP-Vorbereitung oder Vorbereitung Sterilitätsbehandlung
- **Rezidivschutz!**
- Schmerzlinderung bei leichten Beschwerden



Keine kausale Therapie!

Fehler in der postoperativen Phase

Verzicht auf die hormonelle Rezidivprophylaxe

- Unzureichendes Wissen der behandelnden Klinik und des niedergelassenen Frauenarztes
- Mangelnde Aufklärung und Information der Patientin über Wichtigkeit dieser Maßnahme
- Mangelnde Aufklärung über die Nebenwirkungen
- Schlechte Verträglichkeit

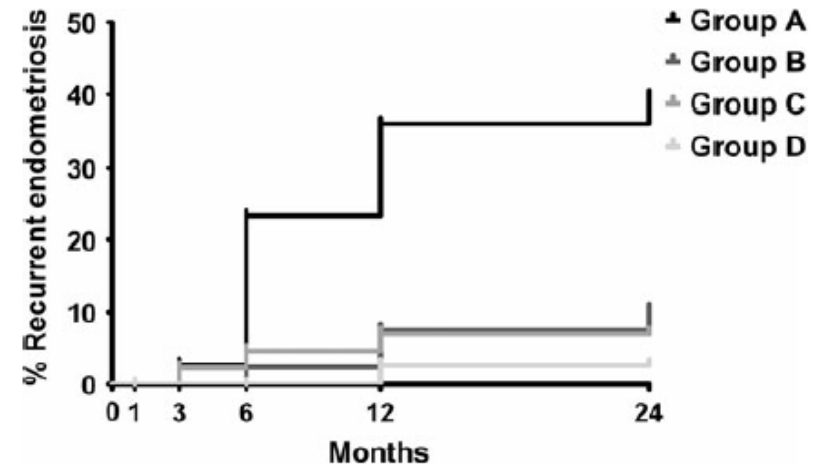


Fig. 1 Kaplan–Meier curves showing the rate of recurrent endometriosis in Group A (nonusers), Group B (monophasic desogestrel), Group C (monophasic gestodene), Group D (Klaira[®] modified to biphasic)

Cucinella et al, Arch Gynecol Obstet (2013) 288:821-827

Table 3 Recurrence rate in each postoperative treatment group

Treatment	All patients	No recurrence	Recurrence
No medication	110	85 (77%)	25 (23%)
OCP			
Continuous OCP	25	25 (100%)*	0 (0%)*
Discontinued OCP	9	4 (44.5%)*	5 (55.5%)*
Continuous dienogest	7	7 (100%)	0 (0%)
6 months of GnRH α	16	12 (75%)	4 (25%)

* $P=0.003$. Analysis was performed using Fisher's exact test. GnRH α , gonadotrophin-releasing hormone agonist; OCP, oral contraceptive pill.

Ouchi et al, J.Obstet.Gynaecol.Res. Vol.40, No.1:
230-236, 2014

Dienogest Mittel der 1. Wahl, aber
rel. häufig schlechte Verträglichkeit

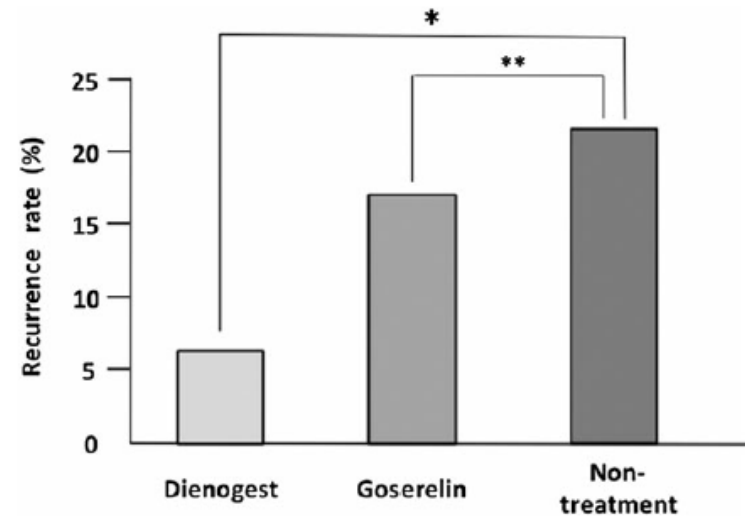


Figure 3 Comparison of the recurrence rates in the dienogest, goserelin and non-treatment groups. Recurrence of endometriosis was observed within 24 months after surgery in four cases in the dienogest group ($n = 54$, 7.4%), eight cases in the goserelin group ($n = 51$, 15.7%) and 17 cases in the non-treatment group ($n = 79$, 21.5%). * $P < 0.05$. ** $P > 0.05$.

Takaesu et al, J.Obstet.Gynaecol.Res. Vol.42, No.9:1152-1158, 2016



Fehler bei der Umsetzung des Kinderwunsches

Umsetzung ist prinzipiell mit erhöhtem Rezidivrisiko verbunden!

- Der Tubenfaktor wird falsch eingeschätzt
- Die Patientin wird „alleine“ gelassen
- Spontane Schwangerschaft sollte nur bei leichten Formen der Endometriose angestrebt werden
- Eine assistierte reproduktive Therapie bei klinischem V.a. Endometriose sollte vor Durchführung einer invasiven Diagnostik nicht stattfinden

Konsequenz:



Für die Behandlung von Frauen mit Endometriose und unerfülltem Kinderwunsch sind entsprechende Erfahrungen und Fertigkeiten in der operativen Endometriosetherapie sowie die Kooperation mit der Reproduktionsmedizin Voraussetzung (S2k-Leitlinie 2013)



Gemeinsame Sprechstunde des Kinderwunschzentrums
und des Endometriosezentrums

- Akupunktur
- Traditionelle Chinesischer Medizin (TCM)
- Pflanzenheilkunde
- Ernährung

Bei allen Therapieformen stehen die Ziele im Vordergrund die Symptome zu reduzieren, die Schmerzen zu verringern und das Wohlbefinden der Frau physisch und psychisch wieder herzustellen oder zu stärken.



Take Home

- Bei unklaren Unterbauchschmerzen, starken Regelschmerzen und unerfülltem Kinderwunsch sollte an Endometriose gedacht werden
- In der Diagnostik nimmt die Laparoskopie eine zentrale Stellung ein
- Endometriose ist eine chronische Erkrankung
- Die Therapie ist komplex und muss immer individuell geplant werden
- Die Therapie sollte immer von Experten im Idealfall an einem Zentrum durchgeführt werden