

Forum Sanitas

Das informative Medizinmagazin

Sonderdruck aus
2. Ausgabe 2020



Endometriose – eine chronische, nicht seltene Erkrankung

Prof. Dr. med. Stefan P. Renner, MBA

Endometriose- und Myomzentrum
Kliniken Böblingen,
Klinikum Sindelfingen-Böblingen



Endometriose – eine chronische, nicht seltene Erkrankung



Endometriose zählt zu den häufigsten chronischen und gutartigen Erkrankungen von Frauen vor der Menopause. Schätzungen gehen davon aus, dass 10 % aller Frauen zwischen 15–50 Jahren an Endometriose erkrankt sind. In Schmerzkollektiven sowie bei Frauen mit einer Sterilitätsproblematik geht man von einer Prävalenz von ca. 50 % aus. Genaue Zahlen zum Vorkommen fehlen, da die Endometriose häufig nicht oder erst spät erkannt wird. So vergehen in Deutschland durchschnittlich 6–10 Jahre bis die Diagnose gestellt wird. In den letzten Jahrzehnten hat sich das Bewusstsein für die Erkrankung zunehmend gesteigert. Dies liegt auch an der Öffentlichkeitsarbeit von Organisationen wie der Stiftung Endometriose Forschung e.V. (SEF), der Europäischen Endometriose Liga e.V. (EEL) sowie lokalen und bundesweiten Europäischen Selbsthilfegruppen (z.B. EVD e.V.).

Der Leidendruck bei betroffenen Patientinnen ist extrem hoch und der Alltag durch immer wiederkehrende Schmerzen beeinträchtigt. Diese treten anfangs während der Menstruation auf (Dysmenorrhoe). Bei weiter fortschreitender Erkrankung kommen chronische Schmerzen sowie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (Dyspareunie), beim Stuhlgang (Dyschezie) oder beim Wasserlassen (Dysurie) hinzu. Nicht selten berichten Frauen mehrere Tage im Monat durch die Erkrankung arbeitsunfähig zu sein oder generell erwerbsgemindert. Eine Sterilitätsproblematik kann zusätzlich oder als einziges Merkmal auftreten. Häufig unterschätzt und wenig untersucht ist der Einfluss der psychischen Belastung sowie die Folgen auf Partnerschaft, Sexualität und Familienplanung. Angststörungen und Depression treten auf, da die Rezidivrate hoch ist, und Arbeitsunfähigkeit oder –ausfall für viele Frauen eine existentielle Bedrohung bedeutet.

Grundprinzipien der Diagnostik

Trotz hoher Prävalenz ist die Endometriose wahrscheinlich auch die am häufigsten „übersehene“ Erkrankung. Dabei ist eine strukturierte Anamnese schon zielführend. Die Dysmenorrhoe stellt das charakteristische Symptom dar, welches im späteren Krankheitsverlauf in rezidivierende oder dauerhafte Schmerzen übergehen kann. Problematisch für die Diagnose ist, dass betroffene Frauen häufig einen komplett unauffälligen Ultraschallbefund zeigen. Die Anamnese wird ergänzt durch eine rektovaginale Tastuntersuchung, bei der ein besonderes Augenmerk auf spezielle Schmerzpunkte gerichtet ist. Gerade eine knotige, sog. „tief-infiltrierende Endometriose“ z. B. von Scheide, Darm, Douglas-Raum (taschenförmige Einsenkung des Bauchfells zwi-

schen Rektum und Uterus) oder Blase lässt sich hier evtl. schon ertasten. Im vaginalen Ultraschall können Zysten, größere Knoten oder eine Adenomyose (Endometriose der Gebärmuttermuskulatur) nachgewiesen werden. Sollte sich der Verdacht auf eine Endometriose erhärten, so stellt die Laparoskopie in der Primärsituation den Goldstandard dar. Bei Krankheitsnachweis sollte diese möglichst in der gleichen Sitzung direkt therapiert werden. Bei milden Beschwerden kann ein hormoneller Behandlungsversuch initial eingeleitet werden. Die asymptomatische Endometriose sollte nicht behandelt werden. Tests zum Nachweis der Endometriose im Blut, Menstruationsblut und Speichel haben immer wieder in kleinen Studien vielversprechende Ergebnisse gezeigt. In größeren Evaluationsstudien haben sich diese jedoch nicht bestätigt.

Therapieoptionen

Prinzipiell unterscheidet man zwischen einer medikamentösen und einer operativen Therapie. Trotz jahrzehntelanger Forschung auf dem Gebiet der Endometriose ist es immer noch nicht gelungen eine kausale Therapie zu entwickeln. Alle verfügbaren medikamentösen Optionen zielen deshalb auf eine Symptomreduktion. Ziel der operativen Behandlung ist die komplette Entfernung der Endometriose. Neben der chirurgischen Expertise sollte der Operateur auch über eine „diagnostische Expertise“ verfügen, da leider immer noch allzu häufig Endometriose bei Laparoskopien übersehen wird – mit entsprechend fatalen Auswirkungen für die betroffenen Frauen. Das bedeutet neben der Diagnoseverzögerung auch häufig noch zusätzlich die Mutmaßung einer psychischen Ursache, was nicht selten dazu führt, dass Frauen nicht ernst genommen werden und anstatt der dringend erforderli-



Prof. Dr. med. Stefan P. Renner, MBA

chen symptomatischen Therapie unnötigerweise zur Psychotherapie/in die Psychiatrie überwiesen werden. Die Stiftung Endometriose Forschung (SEF) hat gemeinsam mit der Europäischen Endometriose Liga (EEL) und der Endometriose Vereinigung Deutschland (EVD) ein sehr erfolgreiches Zertifizierungskonzept etabliert, welches behandelnden Ärzten, Kostenträgern und Patientinnen den Weg in zertifizierte Fachzentren mit nach- und ausgewiesener Expertise weist.

1. Medikamentöse Therapie

Analgetika

Obwohl es sich bei der Endometriose um eine Schmerzerkrankung handelt, sind Studien zur Gabe von Analgetika rar. So konnten in einem Cochrane Review 2017 lediglich 2 Studien identifiziert werden, die sich mit der Gabe von NSAID und Endometriose beschäftigt haben – mit unklarem Ergebnis. Bei Versagen von NSAIDs insbesondere in der Rezidivsituation und bei neuropathischen Schmerzen scheinen Gabapentene, trizyklische Antidepressive sowie Opioide wirksam.

Hormonelle/antihormonelle Therapie

Während seit Jahrzehnten die Dysmenorrhoe mit klassischen oralen Kontrazeptiva (OC) behandelt wird, scheint die alleinige Gabe von Gestagenen aufgrund des fehlenden Östrogens den OC überlegen. Es stehen verschiedene Präparate (z. B. Zafrilla, Visanne) mit dem Wirkstoff „Dienogest“ zur Verfügung. Als lokale Gestagene sind Hormonspiralen in verschiedenen Dosierungen mittlerweile am Markt erhältlich. Am besten untersucht ist die Hormonspirale mit 52 mg Levonorgestrel (z. B. Levosert, Mirena), die einen positiven Effekt auf die Dysmenorrhoe, die Hypermenorrhoe und Endometriose-assoziierten Beschwerden zeigt (sog. „off-label use“). Neben Dienogest stellen GnRH-Analoga (z. B. Enantone Gyn, Zoladex Gyn) die einzig weitere zugelassene Therapie dar. Aufgrund der Nebenwirkungen ist die Therapie jedoch nur für maximal 6 Monate – im Ausnahmefall 12 Monate – zugelassen. Neben klassischen Wechseljahrsbeschwerden (u. a. Hitzewallungen, Stimmungsschwankungen, Depression, trockene Scheide und Schleimhäute) kommt es bei Frauen unter GnRH-Therapie zu einer Abnahme der Knochendichte. Deshalb sollte eine add-back Behandlung mit niedrig dosiertem Östrogen oder Tibolon in Erwägung gezogen werden.

2. Operative Therapie bei unterschiedlichen Lokalisationen der Endometriose

Peritonealendometriose

Das Bild der Peritonealendometriose ist mannigfaltig. So können leicht blasige, glasige Herde ebenso

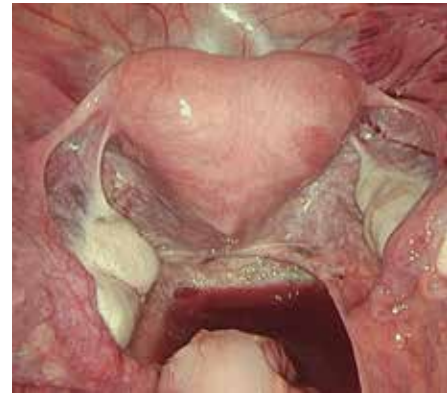
vorkommen wie rote, schwarze oder weiße Endometrioseherde. Während man aufgrund der makroskopischen Erscheinung früher von einem „Lebenszyklus“ der Endometrioseherde ausging, scheint das Erscheinungsbild eher ein Ausdruck des Anteils an glandulären Anteilen sowie Ferritin-Einlagerungen in Endometrioseherden zu sein. Eine Korrelation zwischen dem Erscheinungsbild der Endometriose, dem Schmerzlevel, Schwangerschaftsraten oder der Rezidivwahrscheinlichkeit besteht nicht. Oberstes Therapieziel der Peritonealendometriose ist die vollständige Entfernung der Endometriose. Eine Destruktion scheint hierbei ähnliche Erfolgsraten wie die Exzision zu haben. Die histologische Sicherung ist anzustreben. Das operative Vorgehen bei der Peritonealendometriose ist unterschiedlich. Exzisionen können hierbei mit bipolarem oder monopolem Strom (Koagulationszangen, Haken oder Nadeln) ebenso durchgeführt werden wie mit Lasern (CO₂ Laser oder Diodenlaser). Daneben stehen sogenannte Advanced Energy Instrumente zur Verfügung, die mittels Ultraschall oder einer Kombination aus Ultraschall und bipolarem Strom die Herde koagulieren. Hierbei handelt es sich häufig meist um Einmalinstrumente (z. B. Harmonic ACE+7 der Firma Ethicon). Eine Koagulation kann analog mit den vorbeschriebenen Instrumenten durchgeführt werden. Bei allen Operationen ist die Kenntnis der Anatomie und Schonung der Strukturen oberstes Therapieziel. Insbesondere gilt es den Ureter, Blutgefäße und Nerven nicht zu verletzen oder zu durchtrennen.

Ovarialendometriose

Wenn auch auf den ersten Blick trivial erscheinend stellt die Ovarialendometriose – und hier insbesondere die große und rezidivierende Zyste – höchste Anforderungen an die Expertise des Operateurs. Neben einer Schädigung der ovariellen Funktion durch die Zyste selbst, stellt die Operation ein Hauptrisiko der (iatrogenen) Schädigung des Eierstocks dar. Neben der kompletten Entfernung der Zyste in der Primärsituation bedeutet die nur punktuelle Blutstillung und organschonende Präparation ein Qualitätskriterium für die gesamte Operation und den Operateur. Zur punktuellen Koagulation eignen sich feine (bipolare) Koagulationsinstrumente sowie Laser. Im Einzelfall (mehrfaches Rezidiv, sehr große Zysten) kann ein individualisiertes Vorgehen mit der Patientin besprochen werden.

Adenomyose

Die kausale Therapie der Adenomyose ist die operative Entfernung der Gebärmutter (Hyster-



Herzförmige Gebärmutter und Endometriose im Bereich der Ligamenta sacrouterina





Advanced Energy Instrumente wie die HARMONIC ACE+7 von Ethicon ermöglichen eine schichtgenaue Präparation gerade in komplexen und laparoskopischen Verfahren. Vorteilhaft können auch die geringere thermale Schädigung und die Versiegelungseigenschaften des Instrumentes wie z. B. im Adv. Hämostase Modus sein.

ektomie). Medikamentöse Optionen – insbesondere die off-label Einlage einer Hormonspirale – stellen neben der Gestagensubstitution die Therapien der Wahl dar. Radikale lokale Resektionen sind eine Alternative zur Hormonbehandlung („Osada-Operation“), bei der die Adenomyose aus der Muskulatur geschnitten wird. Nur bei sicher (!) abgeschlossener Familienplanung und sehr starken Schmerzen sollte die Hysterektomie in Erwägung gezogen werden. Diese sollte möglichst laparoskopisch erfolgen, um eine begleitende Endometriose nicht zu übersehen. Zur Hysterektomie eignen sich alle bei der Therapie der Peritonealendometriose beschriebenen Instrumente. Advanced Energy ermöglicht es ohne Instrumentenwechsel ggf. Operationszeit einzusparen. Einige Operateure beschreiben eine zusätzliche Sicherheit nahe kritischer Strukturen wie z.B. dem Harnleiter, dem sog. Ureter.

Tief infiltrierende Endometriose (TIE)

Tief infiltrierende Endometriose (TIE) ist ein Überbegriff für knotige Endometriose, die am häufigsten im Bereich des Douglas, des Darmes, der Blase oder der Beckenwand/Ureteren vorkommt. Eine Therapie sollte nur bei entsprechender Beschwerdesymptomatik durchgeführt werden. Einzige Ausnahme stellt der asymptomatische Harnstau in Folge einer TIE des Ureters oder des umliegenden Gewebes dar. Die Therapie richtet sich nach der Lokalisation. Bei Endometriose des Ureters und des Darmes sollte aus forensischen und Qualitätsgründen ein interdisziplinärer Ansatz gewählt werden. Zertifizierte Endometriosezentren gewährleisten eine interdisziplinäre, Leitlinien-gerechte und individuelle Behandlung. Die operative Therapie der TIE stellt eine im Einzelfall sehr komplexe und hochspezialisierte Operation dar und sollte deshalb nur von ausgewiesenen Spezialisten mit Kenntnis der anatomischen Strukturen im kleinen Becken durchgeführt werden.

Blasenendometriose

Oberstes Therapieziel der Blasenendometriose sollte die komplette Exzision sein. Häufig kommt die Endometriose im Bereich des Blasendaches vor. Die Exzision erfolgt hier meist bei leicht gefüllter Blase. Einige Operateure präferieren eine präoperative Schienung, die insbesondere bei Ureter-naher Lage empfehlenswert ist. Die Exzision erfolgt monopolar oder mittels Ultraschall-Instrumenten. Nach zweischichtiger Naht erfolgt eine Dichtigkeitsprüfung der Harnblase.

Ureterendometriose

Hierbei unterscheidet man zwischen der extrinsischen (äußeren) und intrinsischen (inneren) Endo-

metriose. Bei der häufiger vorkommenden extrinsischen Endometriose genügt es meistens, den Ureter von der Endometriose zu befreien und die umgebende Endometriose zu reseziieren. Bei der intrinsischen Endometriose reicht diese häufig bis in die Lamina muscularis des Ureters. Eine Teilentfernung mit End-zu-End-Anastomose oder Ureterneuimplantation sollte hier angestrebt werden. Je nach operativer Expertise kann dies sowohl laparoskopisch als auch Roboter-assistiert mittels Da-Vinci-Operationssystem erfolgen.

Rektumendometriose

Verschiedene Operationsverfahren stehen zur Verfügung: Bei kleinen Befunden kann eine lokale Exzision und Naht ebenso erfolgen wie eine perianale Staplerexzision unter laparoskopischer Kontrolle. Daneben kann es mit der sogenannten Shaving-Technik gelingen, die Endometriose oberflächlich bis in die Lamina muscularis des Darmes zu exzidieren. Bei größeren Befunden kommt häufig die Segmentresektion als einzige Möglichkeit in Betracht. Über potentielle postoperative Risiken sind die Patientinnen aufzuklären. Je nach Beschwerdeausmaß sollte auch über eine eingeschränkte Radikalität präoperativ gesprochen werden. Zur Resektion kommen neben abwinkelbaren, geraden Staplerinstrumenten auch Rundstapler für die Anastomose zum Einsatz (z. B. Ethicon Circular Stapler (ILS)). Die Koagulation erfolgt mittels oben beschriebener bipolarer Instrumente oder mit den bekannten Ultraschallverfahren (Advanced Energy). Letztere zeigen hier Vorteile, da gerade bei der Präparation in Nervennähe eine kleinere Koagulationszone vor akzidentiellen Nervenverletzungen schützen kann und auch ein Instrumentenwechsel in schwierigen Situationen entfällt.

Fazit

Endometriose stellt eine der häufigsten gynäkologischen Erkrankungen dar und betrifft ca. 10 % aller Frauen in der reproduktiven Phase. Trotz der hohen Prävalenz wird die Erkrankung oftmals spät oder nur unzureichend diagnostiziert. Klassische Symptome wie die Dysmenorrhoe sind bei der Diagnostik wegweisend. Eine ausgewiesene Expertise des Operateurs garantiert eine bestmögliche Diagnostik und Therapie. Schonenden Operationstechniken ist der Vorzug zu geben. Advanced Energy Technology wie z.B. Ultraschall Instrumente zur Dissektion können von Vorteil für das Operationsergebnis sein. Die Radikalität der Therapie richtet sich nach der Beschwerdesymptomatik, dem Ausmaß der Endometriose und letztendlich dem Wunsch der Patientin. Hormonelle und antihormonelle Therapie kommen in der Primärsituation bei leichten Beschwerden sowie zur Rezidivprophylaxe und bei Beschwerdepersistenz zum Einsatz.

Literatur beim Verfasser.

Informationen

■ Prof. Dr. med. Stefan P. Renner, MBA
Endometriose- und Myomzentrum
Kliniken Böblingen, Klinikum Sindelfingen-Böblingen
Bunsenstrasse 120
71032 Böblingen
www.klinikverbund-suedwest.de

Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V.
Bernhard-Göring-Str. 152
04277 Leipzig
www.endometriose-vereinigung.de

Stiftung Endometriose-Forschung
Lange Strasse 38
26655 Westerstede
www.endometriose-sef.de

Europäische Endometriose Liga e. V.
Geschäftsstelle c/o Conventus
Carl-Pulfrich-Str. 1
07745 Jena
www.endometriose-liga.eu

Weitere Informationen:
Johnson & Johnson Medical GmbH
Hummelsbütteler Steindamm 71
D-22851 Norderstedt
www.jnjmedicaldevices.com/de-DE