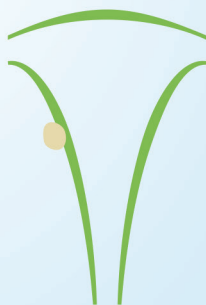


Perspektive Fertilität

Endometriose und Kinderwunsch

R. R. Greb | Kinderwunschzentrum Dortmund



FERRING

ARZNEIMITTEL

Endometriose und Kinderwunsch

Informationen für Frauen mit Endometriose

Impressum

Herausgeber:
Ferring Arzneimittel GmbH
Fabrikstraße 7
24103 Kiel

Redaktion:
Dr. R. Schmedemann
Ferring Arzneimittel GmbH

Wissenschaftliche Beratung:
Prof. Dr. Robert R. Greb
Kinderwunschzentrum Dortmund

©Ferring Arzneimittel GmbH
ISBN-Nr.: 978-3-00-044972-7

Ein Wort zuvor

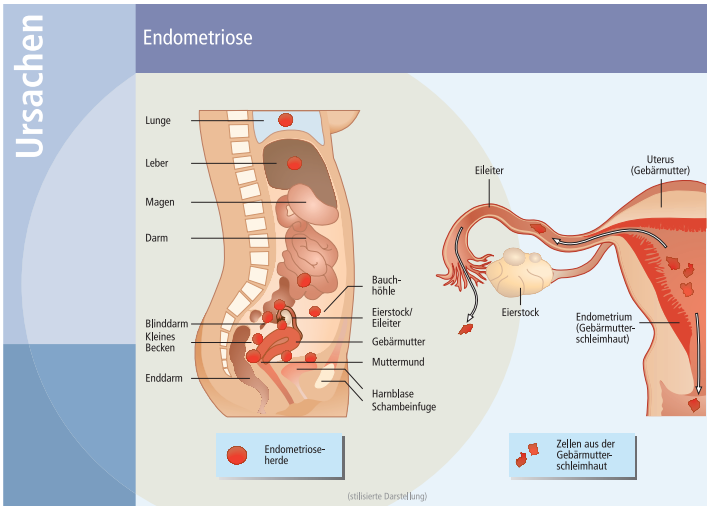
Die Endometriose ist eine durchaus häufige Erkrankung bei Frauen und dennoch nur wenigen bekannt. Sie ist eine gutartige Erkrankung, von der viele Frauen nicht wissen, dass sie an ihr leiden. Oft wird sie erst im Zusammenhang mit unerfülltem Kinderwunsch diagnostiziert.

Mit dieser Broschüre möchten wir Ihnen einen Überblick über das Krankheitsbild Endometriose geben, wie sie sich äußert und welche Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

Wir würden uns freuen, wenn Ihnen unsere Broschüre Antworten auf wichtige Fragen zur Endometriose liefert.

Was ist Endometriose?

Die Endometriose ist eine gutartige Erkrankung, bei der sich Gebärmutter-schleimhaut (Endometrium), die normalerweise nur in der Gebärmutterhöhle vorkommt, auch außerhalb der Gebärmutterhöhle (ektop) befindet und dort zu lokalen entzündlichen Veränderungen führt. Diese ektope Gebärmutter-schleimhaut reagiert während des Menstruationszyklus östrogenabhängig wie die Gebärmutter-schleimhaut in der Gebärmutterhöhle. Daher kann die Endometriose auch während der Menstruation mit Beschwerden verbunden sein. Die Endometriose gehört zu den häufigsten gynäkologischen Erkrankungen.



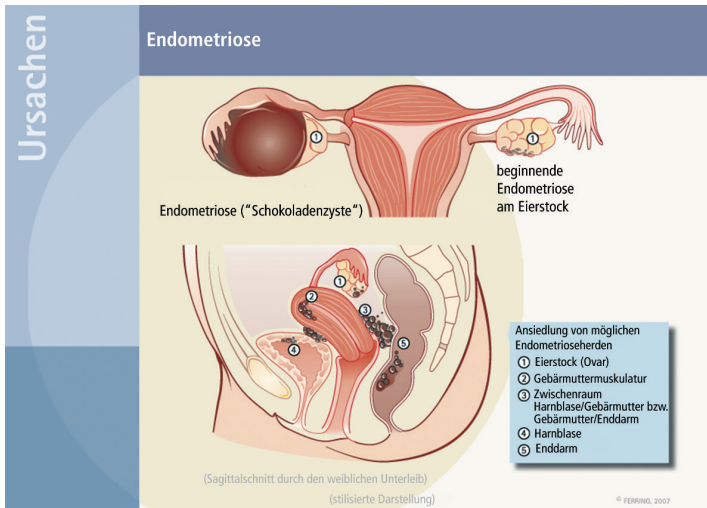
@ Erika Heil/art for biomed

Lokalisation und Erscheinungsbild

Die Endometriose tritt am häufigsten im Unterbauch auf, wie z.B. am Bauchfell, den Eierstöcken, den Haltebändern der Gebärmutter oder auch auf der äußeren Oberfläche der Gebärmutter sowie dem Enddarm und der Harnblase.

Je nach Lokalisation werden folgende Endometrioseformen unterschieden:

- **Endometriosis genitalis interna:** Die Endometriose befindet sich in der Gebärmutter (Uterus).
- **Endometriosis genitalis externa:** Endometrioseherde befinden sich im kleinen Becken, wie z.B. am Eierstock (Ovar), in der Scheide (Vagina) oder am Bauchfell (Peritoneum).
 - Bei Endometrioseherden am Eierstock treten meist zystische Drüsen auf. Durch zyklusabhängige Blutungen können sich in den Zysten dunkelbraune Blutreste ansammeln, sodass sogenannte „Schokoladenzysten“ entstehen, die auch als Endometriome bezeichnet werden (1, 2) (siehe Abbildung unten).
- **Endometriosis extragenitalis:** Endometrioseherde befinden sich außerhalb des kleinen Beckens. Betroffen sind hierbei häufig Dick- und Dünndarm sowie Harnblase und Harnleiter.



Schweregrad der Endometriose

Der Schweregrad der Endometriose ist sehr unterschiedlich. Die Herde können nur wenige Millimeter oder auch einige Zentimeter groß sein und es kann sich um weiße, gelbe, schwarze und rote Knoten handeln.

Bei der Unterteilung in verschiedene Stadien wird unterschieden, ob nur das Bauchfell (Peritoneum) betroffen ist, ob die Herde nur oberflächlich lokalisiert sind oder tief in das Gewebe eindringen (tief infiltrierend). Wichtig ist auch, ob einer

Lokalisation				
Bauchfell (Peritoneum)	oberflächlich	1	2	4
	tief	2	4	6
Eierstock (Ovar)	R oberflächlich	1	2	4
	R tief	4	16	20
	L oberflächlich	1	2	4
	L tief	4	16	20
Obliteration des Douglasraumes	partiell		komplett	
	4		40	
	Anhaftungen (Adhäsionen)	< 1/3	1/3–2/3	> 2/3
Eierstock (Ovar)	R schleierartig	1	2	4
	R dicht	4	8	16
	L schleierartig	1	2	4
	L dicht	4	8	16
Eileiter (Tube)	R schleierartig	1	2	4
	R dicht	4*	8*	16*
	L schleierartig	1	2	4
	L dicht	4*	8*	16*

Stadium I (minimal): 1–5 Punkte

Stadium II (mild): 6–15 Punkte

Stadium III (moderat): 16–40 Punkte

Stadium IV (schwer): > 40 Punkte

R steht für rechts, L für links. In der revidierten Fassung wird darüber hinaus zwischen roten, weißen und schwarzen Läsionen der Endometriose unterschieden.

* Falls die Fimbrien (Fransen) ganz verschlossen sind, werden automatisch 16 Punkte vergeben.

Douglas-Raum: taschenförmige Aussackung des Bauchfells zwischen Mastdarm und Gebärmutter

Obliteration: Verstopfen, Verschließen

der Eierstöcke (Ovarien) betroffen ist. Die verschiedenen Stadien der Endometriose werden mit Hilfe der rASRM- Klassifikation eingeteilt, die von der **American Society for Reproductive Medicine (ASRM)** entwickelt wurde. Mit einem Punktesystem werden vier Stadien/Schweregrade von leicht bis schwer unterschieden. Zudem wird dabei die Aktivität der Endometrioseherde bewertet. Dies führt zu einer Einteilung von Stadium I, minimal (1–5 Punkte) bis Stadium IV, schwer (> 40 Punkte). Dieser rASRM-Score zeigt nur eine schwache Korrelation mit den Hauptsymptomen Schmerz und Sterilität (3, 4).

Diesen Mangel versucht die ENZIAN-Klassifikation zu beheben (5–8). Es ist noch nicht belegt, ob die ENZIAN-Klassifikation mit Symptomen wie Schmerz und Sterilität bzw. Infertilität korreliert. Beide Klassifikationen sind beschreibend.

Die klassische Einteilung der Endometriose genitalis externa und interna sowie extragenitalis (9) hat sich im klinischen Alltag bewährt.

Häufigkeit der Endometriose

Wie viele Frauen an Endometriose leiden, ist nicht genau bekannt, weil eine eindeutige Diagnose nur mit Hilfe einer Bauchspiegelung möglich ist. In verschiedenen Untersuchungen wurde eine Häufigkeit von 5%–20% bei Frauen im reproduktionsfähigen Alter gefunden (10–12). Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch sind häufiger betroffen: Bei ihnen liegt die Endometrioserate bei 20%–50% (13–15).

Wie entsteht eine Endometriose?

Wie es zur Entstehung der Endometriose kommt, ist bis heute nicht vollständig geklärt. Ein häufig diskutiertes Erklärungsmodell ist die „Implantationstheorie“ (16). Demnach wandern während der Monatsblutung Gebärmutter Schleimhautzellen (Endometriumzellen) aus der Gebärmutterhöhle durch die Eileiter in die Bauchhöhle ein und siedeln sich dort an. Eine immunologische Fehlsteuerung könnte dafür sorgen, dass dieses Gewebe dann nicht abgebaut wird (17, 18). Es gibt noch

eine ganze Reihe weiterer Erklärungsmodelle, keines kann das komplexe Bild der Endometriose vollständig beschreiben, sodass vermutlich mehrere verschiedene Faktoren zusammenkommen, die zur Entstehung der Endometriose führen.

Symptome der Endometriose

Art und Ausmaß der Beschwerden sind sehr unterschiedlich. Zu den Symptomen gehören Menstruationsschmerzen (Dysmenorrhoe), Unterbauchschmerzen, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr (Dyspareunie), Infertilität (unerfüllter Kinderwunsch) oder auch Schwierigkeiten bei der Stuhlentleerung (Dyschezie). Je nach Art und Schwere der Symptome kann die Lebensqualität eingeschränkt sein.

Menstruationsbeschwerden machen mit 85% das häufigste Symptom der Endometriose aus.



@ Kaarsten/ fotolia.com

Wie wird eine Endometriose diagnostiziert?

Wegen der vielfältigen Symptome ist die Diagnosestellung nicht einfach.

Zu den Untersuchungen gehören die gynäkologische Untersuchung (rektovaginal) und Ultraschalluntersuchung (Sonografie). Dabei können zwar endometriale Zysten diagnostiziert, jedoch nicht alle Formen der Endometriose erkannt werden. Auch mit der Magnetresonanztomografie (MRT) können nicht alle Formen der En-

dometriose diagnostiziert werden. Einige Laborparameter geben Hinweise, doch auch mit ihnen kann keine eindeutige Diagnose gestellt werden. Um die Diagnose zuverlässig zu stellen, ist eine Bauchspiegelung (Laparaskopie) notwendig. Diese Untersuchung ist der sogenannte „Goldstandard“ für die Diagnose einer Endometriose. Häufig wird diese Untersuchung gleichzeitig genutzt, um chirurgisch Endometrioseherde zu entfernen (siehe operative Therapie).

Medikamentöse Behandlung

Schmerzen durch die Endometriose – insbesondere Menstruationsbeschwerden – lassen sich bei einem Großteil der Patientinnen (60 %–90 % [19]) medikamentös lindern. Zum Einsatz kommen nicht steroidale Antirheumatika (Schmerzmittel) und Medikamente, die hormonell wirken. Dazu gehören orale Kontrazeptiva (Antibabypille), Gestagene, Gonadotropin-Releasing-Hormon(GnRH)-Agonisten und GnRH-Antagonisten. Die medikamentöse Behandlung kann die Endometriose allerdings nicht heilen. Deshalb wird empfohlen, die Therapie über Jahre bis zu einem möglichen Kinderwunsch fortzusetzen (20). Auf die Fruchtbarkeit (Fertilität) hat die Einnahme der hormonellen Medikamente keinen positiven Einfluss (20, 21).

Operative Therapie

Bei einer Bauchspiegelung (Laparaskopie) kann Endometriosegewebe entfernt werden. Die Entfernung der Endometrioseherde auf chirurgischem Weg führt zu einer Schmerzlinderung (22) und kann die Fertilität verbessern (11).

Die Schwangerschaftsraten nach In-vitro-Fertilisation (IVF) waren in einer Studie bei Frauen mit tief infiltrierender (schwerer) Endometriose, bei denen die Endometriose operativ entfernt wurde, mit 41 % im Vergleich zu 24 % ohne Operation fast doppelt so hoch (23). Offenbar profitieren nicht nur Frauen mit schwerer Endometriose von der chirurgischen Entfernung der Endometrioseherde, sondern die Fertilität wird auch bei Frauen mit minimaler bis milder Endometriose verbessert (24–26).

Endometriose und unerfüllter Kinderwunsch

Frauen mit Endometriose haben ein erhöhtes Risiko, unfruchtbar zu sein oder schwerer schwanger zu werden. Die Fruchtbarkeit einer Frau (Fertilität) ist bei Endometriose etwa um 50% reduziert (27), wobei das Risiko vom Schweregrad abhängt. Bei Frauen mit schwerer Endometriose (rASRM-St. IV) und tief infiltrierender Endometriose lässt sich eine eingeschränkte natürliche Fertilität mit organischen Veränderungen wie Verklebungen der Eileiter, Adhäsionen im Becken und weiteren pathologischen Veränderungen erklären (16, 28). Inwieweit die Fertilität bei Frauen mit minimal bis milder Endometriose eingeschränkt ist, ist unklar oder unterschiedlich. Während in einigen Studien eine eingeschränkte Fertilität nachgewiesen wurde (29–31), gibt es auch Untersuchungen, in der Frauen mit milder und auf das Bauchfell beschränkter Endometriose keine nennenswerte Fertilitätseinschränkung aufwiesen (32). Warum es auch bei leichten Formen zu Fertilitätsstörungen kommen kann, ist bislang nicht eindeutig geklärt. Hier werden neben anderen möglichen Faktoren ein durch die Endometriose verursachtes entzündliches Milieu und eine Verschlechterung der Oozyten(Eizellen)qualität diskutiert.

Ovarielle Reserve

Die deutlich reduzierte Rate an Spontanschwangerschaften bei schwerer und tief-infiltrierender Endometriose könnte neben anatomischen Ursachen auch durch eine verminderte ovarielle Reserve bedingt sein. Dabei handelt es sich um den Vorrat an befruchtungsfähigen Follikeln im Ovar. Diese kann durch die Bestimmung des Anti-Müller-Hormons (AMH) im Serum der Frau sowie durch einige Parameter im Rahmen einer Stimulationsbehandlung abgeschätzt werden.

Künstliche Befruchtung

Wie hoch ist die individuelle Wahrscheinlichkeit einer Frau mit Endometriose und Kinderwunsch, spontan schwanger zu werden?

Um dies abzuschätzen, wird zum einen der Schweregrad der Endometriose und zum anderen das Alter der Patientin, das Samenprofil des Partners und Faktoren wie Nikotinkonsum bestimmt, die auch eine wichtige Rolle spielen.

Für Frauen mit einer geringen Wahrscheinlichkeit, spontan schwanger zu werden, gibt es die Möglichkeit einer assistierten Reproduktion wie die In-vitro-Fertilisation. In vielen Fällen kann Frauen mit Endometriose und unerfülltem Kinderwunsch mit Hilfe einer künstlichen Befruchtung geholfen werden.

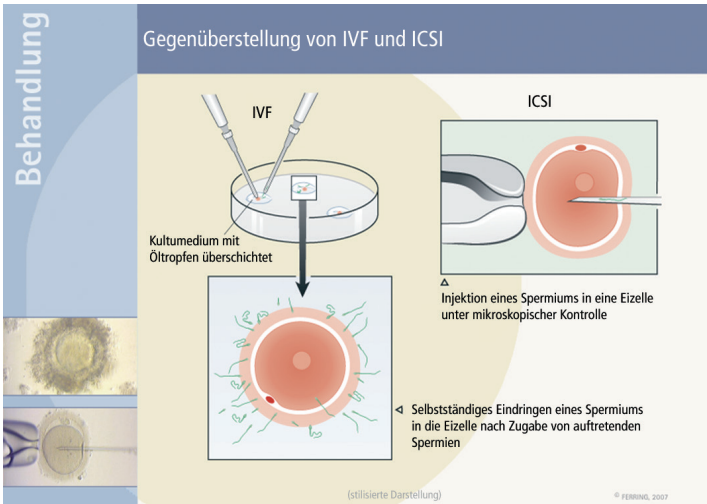
Wann sollte eine künstliche Befruchtung erwogen werden?

Die meisten Spontanschwangerschaften treten bei Frauen mit Kinderwunsch innerhalb der ersten sechs Zyklen seit Beginn des Kinderwunsches auf (33–35). Auch bei Frauen mit Endometriose gilt, dass nach der laparoskopischen Entfernung der Endometrioseherde die spontane Schwangerschaftsrate innerhalb der ersten sechs Monate nach der Bauchspiegelung deutlich höher ist als danach (28). Experten empfehlen daher spätestens ein Jahr nach der chirurgischen Entfernung der Endometriose und weiterhin unerfülltem Kinderwunsch eine assistierte Reproduktion. Die laparoskopische Entfernung der Endometriose begünstigt dabei die Chance auf eine erfolgreiche Kinderwunschbehandlung. So wurde in einer Studie nachgewiesen, dass die Kombination aus chirurgischer Entfernung der Endometriose mit einer IVF zu signifikant höheren Schwangerschaftsraten (56,1 %) führt als der alleinige chirurgische Eingriff (37,4%) (28). Experten empfehlen die IVF als effektivste Zusatztherapie zur Chirurgie und schätzen die Prognose der IVF-Ausgänge ebenso hoch ein wie bei Patientinnen ohne Endometriose (36). Die Fertilisationsrate war beispielsweise in einer Untersuchung von Anna Kubiak, Kinderwunschzentrum Dortmund, Siegen, Dorsten, bei allen Endometriosestadien (I bis IV) mit 52 % bis 55 % vergleichbar hoch (32), was dafür spricht, dass die Endometriose die In-vitro-Fertilisation nicht wesentlich beeinträchtigt.

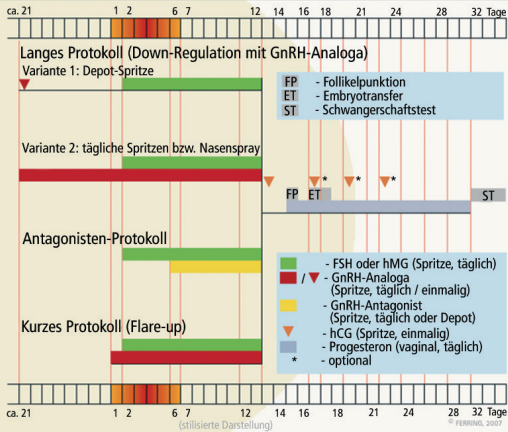
Vorgehensweise bei assistierter Reproduktion

Die Durchführung der intrauterinen Insemination (IUI) führt bei minimaler und milder Endometriose zur Verbesserung der Schwangerschaftsrate. Hierbei werden die Eizellreifung und der Eisprung medikamentös herbeigeführt und zum optimalen Zeitpunkt um den Eisprung herum die gewonnenen und im Labor vorbereiteten Samenzellen mit Hilfe eines Katheters in die Gebärmutterhöhle übertragen. Bei IUI-Versagen oder bei Auftreten erneuter Endometrioseherde (Rezidiv) ist die In-vitro-Fertilisation (IVF) sinnvoll, denn die IVF-Erfolge werden durch das Vorhandensein solcher Endometriose rezidive nicht beeinträchtigt (30).

Bei fortgeschrittenen Endometriosestadien oder bei älteren Patientinnen wird direkt die IVF-Therapie empfohlen (16, 37), sofern das Samenprofil des Mannes dies ermöglicht. Bei eingeschränkter Fertilität oder Infertilität des Mannes kann eine intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) sinnvoll sein (30). Hierbei wird in vitro (im Labor) eine einzelne Samenzelle direkt in die entnommene Eizelle injiziert und sie befruchtet so die Eizelle.



Hormonstimulation für IVF / ICSI



Sind keine Spermien im Ejakulat vorhanden, kann die Samenzelle mit mikrochirurgischen Maßnahmen aus Hoden- oder Nebenhodengewebe gewonnen werden.

IVF- und ICSI-Erfolg unbeeinflusst vom Schweregrad der Endometriose

Sofern genügend Eizellen (Oozyten) bei Frauen mit Endometriose gewonnen werden können, wird der Erfolg der künstlichen Befruchtung (IVF oder ICSI) durch die Endometriose nicht beeinflusst (32). Da die ovarielle Reserve bei Frauen mit schwerer Endometriose geringer ist als bei gesunden Frauen oder Frauen mit leichter Endometriose und die Reserve mit zunehmendem Alter weiter sinkt, sollte frühzeitig eine künstliche Befruchtung empfohlen werden (32).

Referenzen

1. **Böcker W.** 2008. Pathologie. Elsevier GmbH
2. **Schinder A.** 2007. Journal für Fertilität und Reproduktion 17: 22-27
3. **Vercellini P et al.** 1996. Fertil Steril 65: 299-304,
4. **Guzick DS et al.** 1997. Fertil Steril 67: 822-829
5. **Tuttles F et al.** 2005. Zentralbl Gynäkol 127: 275-281
6. **Haas D et al.** 2011. Fertil Steril 95: 1574-1578
7. **Haas D et al.** 2013. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 166: 99-103
8. **Haas D et al.** 2013b. Acta Obstet Gynecol Scan 92: 3-7
9. **Albrecht H.** 1955. Die Endometriose. In Biologie und Pathologie des Weibes. Urban & Schwarzenberg
10. **Eskenazi B et al.** 2001. Fertil Steril 76: 929-935
11. **Holoch KJ.** 2010. Clin Obstet Gynecol 53: 429-438
12. **Moen MH.** 1991. Hum Reprod 6: 1404-1407
13. **Bulletti C et al.** 2010. J Assist Reprod Genet 27: 441-447
14. **Farquhar CM.** 2000. BMJ 320: 1449-1452
15. **Medicine TASfR.** 1997. Fertil Steril 67: 817-821
16. **Catenacci M et al.** 2008. Minerva Ginecol 60: 209-221
17. **Ota H et al.** 2002. Hum Reprod 17: 1453-1458
18. **Wong KH et al.** 2004. Am J Obstet Gynecol 190: 44-49
19. **Vercellini P et al.** 2009. Hum Reprod 24: 2504-2514
20. **Vercellini P et al.** 2009. Drugs 69: 649-675
21. **Hughes E et al.** 2003. Cochrane Database Syst Rev: CD000155
22. **Botha DJ et al.** 2009. Fertil Steril 91: 2477-2480
23. **Bianchi PH et al.** 2009. Journal of minimally invasive gynecology 16: 174-180
24. **Jacobson TZ et al.** 2002. Cochrane Database Syst Rev: CD001398
25. **Marcoux S et al.** 1997. N Engl J Med 337: 217-222
26. **Parazzini F.** 1999. Hum Reprod 14: 1332-1334
27. **Witz CA et al.** 2002. Gynecol Obstet Invest 53; Suppl 1: 2-11
28. **Coccia ME et al.** 2008. European Journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology 138: 54-59
29. **Harada T et al.** 2001. Fertil Steril 76: 1-10
30. **Pouly JL et al.** 2007. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 36: 151-161
31. **Yoshida S et al.** 2004. Hum Reprod 19: 1821-1825
32. **Biabiak A.** 2013. Fertilität in Abhängigkeit vom Endometriosestadium bei der in vitro Fertilisation. Dissertationsschrift
33. **Gnoth C et al.** 2003. Hum Reprod 18: 1959-1966
34. **Stanford JB et al.** 2002. Obstet Gynecol 100: 1333-1341
35. **Wang X et al.** 2003. Fertil Steril 79: 577-584
36. **Dechaud H et al.** 2009. Gynecol Endocrinol 25: 717-721
37. **Ozkan S et al.** 2008. Ann N Y Acad Sci 1127: 92-100

Interdisziplinäre S2k-Leitlinie für die Diagnostik und Therapie der Endometriose - Kernaussagen und Empfehlungen

Publiziert bei AWMF online, das Portal der wissenschaftlichen Medizin
Stand: August 2013

Im Folgenden sind die wesentlichen Kernaussagen und Empfehlungen leicht überarbeitet zusammengefasst. Die ausführliche Fassung können Sie online unter www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-045.html abrufen.

Einführung

Als Endometriose wird das Vorkommen endometriumartiger Zellverbände außerhalb des Cavum uteri bezeichnet.

Leitsymptom ist der Unterbauchschmerz, häufig besteht Sterilität.

Ätiologie, Pathologie und Stadieneinteilung

Ätiologie und Pathogenese der Endometriose sind noch nicht geklärt. Deshalb ist eine kausale Therapie bisher nicht bekannt.

Empfehlung

Alle bekannten Stadieneinteilungen haben ihre Limitationen.

Mit dem Ziel der internationalen Vergleichbarkeit soll die rASRM-Stadieneinteilung und bei tief infiltrierender Endometriose zusätzlich die ENZIAN-Klassifikation angewandt werden.

Patientinneninformation - Ursachen der Endometriose

Die Ursachen für die Entstehung der Endometriose sind wissenschaftlich noch nicht geklärt.

Deshalb gibt es bisher keine ursächlichen Behandlungsmöglichkeiten, durch die eine Endometriose grundsätzlich beseitigt oder geheilt werden könnte.

Es gibt ebenfalls keine Behandlung, die das Entstehen einer Endometriose verhindert.

Diagnostik und Therapie der Endometriose

Indikationen zur endoskopischen Diagnostik und Therapie bei Endometriose sind:

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

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.

Patientinneninformation - Allgemeines zu Diagnose und Therapie

Bei Verdacht auf Endometriose soll eine feingewebliche Untersuchung erfolgen. Dafür ist in aller Regel eine Bauchspiegelung notwendig.

Gründe für die operative und/oder medikamentöse Behandlung einer Endometriose sind anhaltende Schmerzen, unerfüllter Kinderwunsch und/oder Funktions- einbuße eines befallenen Organs (z.B. Eierstock, Darm oder Harnleiter).

Daraus folgt umgekehrt, dass eine Frau mit Endometriose, aber ohne Beschwerden, ohne Kinderwunsch und bei der keine Beeinträchtigung eines Organs vorliegt, nicht behandelt werden muss.

Es gilt hierbei immer, die individuelle Situation der Patientin zu berücksichtigen.

Peritoneale Endometriose

Die peritoneale Endometriose wird durch Laparoskopie diagnostiziert.

Therapie der Wahl ist die laparoskopische Entfernung der Implantate.

Empfehlung

Durch die medikamentöse Suppression der ovariellen Funktion lassen sich Endometrioseimplantate regressiv verändern. Zur Reduktion der Endometriose-assoziierten Beschwerden können Gestagene, orale Antikonzeptiva oder GnRH-Analoga mit dem Ziel der Induktion einer therapeutischen Amenorrhoe eingesetzt werden.

Ovarielle Endometriome

Ovarielle Endometriome werden durch vaginale Sonografie diagnostiziert.

Empfehlungen

Zur Primärtherapie ovarieller Endometriome sollte die Zystenwand operativ entfernt werden. Die alleinige Fensterung ist unzureichend.

Eine alleinige medikamentöse endokrine Therapie vermag weder ein Endometriom zu beseitigen und damit eine operative Sanierung zu ersetzen noch eine unvollständige Entfernung zu kompensieren und wird daher nicht empfohlen.

Therapie

Patientinneninformation - Endometriose des Eierstocks

Eine Endometriosezyste des Eierstocks sollte durch Bauchspiegelung komplett ausgeschält werden.

Die alleinige Behandlung mit Medikamenten ist nicht ausreichend.

Tief infiltrierende Endometriose

Als tief infiltrierende Endometriose (TIE) wird der Befall des Septum rectovaginale, des Fornix vaginae, des Retroperitoneums (Beckenwand, Parametrium) sowie des Darmes, Ureters und der Harnblase definiert.

Die Diagnose wird vor allem klinisch gestellt, wobei die rektovaginale Tastuntersuchung, die Einstellung mit zweiblättrigen Specula, die vaginale Sonographie und die transabdominale Nierenultraschalluntersuchung obligat sind.

Empfehlungen

Therapeutisch sollte die Resektion in sano erfolgen. Gleichwohl sind dabei wegen des oft gebotenen Erhalts der Fertilität Kompromisse einzugehen. Der Umfang der Resektion soll vor dem Hintergrund einer benignen Erkrankung und relevanter möglicher Komplikationen gut mit der Patientin abgestimmt werden.

Die Therapie der TIE soll in darauf spezialisierten Einrichtungen im interdisziplinären Konsens durchgeführt werden.

Bei konservativ geführten Patientinnen und vor und nach Operation soll eine Nierenultraschalluntersuchung durchgeführt werden, um eine klinisch stumme Hydronephrose nicht zu übersehen. Eine Hydronephrose auf dem Boden einer TIE ist eine absolute Anzeige für entsprechende Diagnostik und Therapie.

Patientinneninformation - tief infiltrierende Endometriose

Bei Endometriosebefall der Scheide, des Darmes, der Harnblase und der Harnleiter ist die komplette operative Entfernung der Herde die derzeit beste Therapie. Dabei sind oft ausgedehnte Operationen notwendig, die eine gute Zusammenarbeit zwischen Gynäkologen, Chirurgen und Urologen erfordern und in einer entsprechend spezialisierten Klinik durchgeführt werden sollten.

Vor einem Eingriff wegen einer tief infiltrierenden Endometriose müssen Risiko und Nutzen immer gut gegeneinander abgewogen werden, da auch eine ausgedehnte Operation mit vollständiger Entfernung der Endometriose die angestrebte und erhoffte Schmerzfreiheit nicht garantieren kann.

Adenomyosis uteri

Die Diagnose einer Adenomyose erfolgt zunächst klinisch, durch vaginale Sonographie und/oder MRT; beweisend ist meistens erst der histologische Befund am Hysterektomiepräparat.

Empfehlungen

Bei abgeschlossener Familienplanung und entsprechender Symptomatik kann eine Hysterektomie empfohlen werden.

Bei Wunsch nach Erhalt des Uterus kann eine therapeutische Amenorrhoe induziert oder ein Gestagen-freisetzendes IUP appliziert werden.

Endometriose und Sterilität

Endometriose und Sterilität sind häufig assoziiert, wobei ein kausaler Zusammenhang nicht geklärt ist.

Für die Behandlung von Frauen mit Endometriose und unerfülltem Kinderwunsch sind entsprechende Erfahrungen und Fertigkeiten in der operativen Fertilitätstherapie sowie die Kooperation mit der Reproduktionsmedizin Voraussetzung.

Empfehlungen

Bei Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch und Endometriose sollten die Implantate zur Verbesserung der Fertilität operativ entfernt werden.

Bei Rezidivfällen ist die assistierte Reproduktion erneuten operativen Interventionen bezüglich der Schwangerschaftsrate überlegen. Bei wiederholten Operationen einer Ovarialendometriose soll die potentielle, operationsbedingte Reduktion der ovariellen Reserve berücksichtigt werden.

Die postoperative medikamentöse Therapie mit GnRH-Analoga konnte die spontane Schwangerschaftsrate bei Sterilitätspatientinnen nicht verbessern und wird deshalb nicht empfohlen.

Eine alleinige medikamentöse Endometriose-therapie verbessert die Fertilität nicht und soll aus reproduktionsmedizinischer Sicht nicht durchgeführt werden.

Patientinneninformation - Unfruchtbarkeit bei Endometriose

Die operative Entfernung von Endometrioseherden wird bei unerfülltem Kinderwunsch in der Regel empfohlen. Es wurde gezeigt, dass allein durch eine Operation eine Verbesserung der Fruchtbarkeit erzielt werden kann, wenn die Eileiter intakt und das Spermogramm unauffällig waren. Die Behandlung dieser Patientinnen gehört in erfahrene Hände.

Bei Wiederauftreten einer Endometriose – insbesondere nach bereits mehreren operativen Eingriffen – ist die künstliche Befruchtung zur Erfüllung des Kinderwunsches einer erneuten Operation überlegen.

Psychosomatische Aspekte

Empfehlung

Psychosomatische Aspekte sollen in der Behandlung der Endometriose frühzeitig bedacht und integriert werden.

Rehabilitation, Nachsorge und Selbsthilfe

Nach ausgedehnten chirurgischen Eingriffen – dies gilt in besonderem Maße für die tief infiltrierende Endometriose –, nach wiederholten Endometrioseoperationen oder bei chronischen Schmerzpatientinnen besteht häufig Rehabilitationsbedarf.

Empfehlung

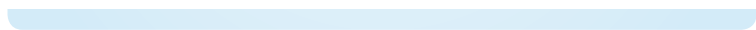
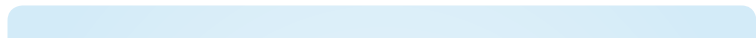
Dieser Bedarf sollte eruiert und Rehabilitationsmaßnahmen oder eine Anschlussheilbehandlung eingeleitet werden.

Patientinneninformation - Rehabilitation und Nachsorge

Nach einer ausgedehnten Endometrioseoperation ist eine ergänzende Anschlussheilbehandlung sinnvoll.

Der medizinischen Behandlung der Endometriose sind Grenzen gesetzt. Trotz sorgfältiger, kunstgerecht durchgeführter Operation bleiben bei einem großen Teil der betroffenen Frauen chronische Schmerzen bestehen – sogar wenn es gelang, die Endometriose vollständig zu entfernen. Und nicht bei allen Frauen mit Kinderwunsch lässt sich eine Schwangerschaft erreichen.

www.endometriose-vereinigung.de





Prof. Dr. R. R. Greb

Kinderwunschzentrum

Dortmund, Siegen, Dorsten, Wuppertal

Olpe 19

44135 Dortmund

Tel.: +49 (0) 231 / 55 75 45 0

Fax: +49 (0) 231 / 55 75 45 99

E-Mail: greb@ivf-dortmund.de



