

SPECULUM

Geburtshilfe / Frauen-Heilkunde / Strahlen-Heilkunde / Forschung / Konsequenzen

Just A, Wenzl R, Huber J

Endometriose - operative Standardbeschreibung

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2008; 26 (4)
(Ausgabe für Österreich), 17-19*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2008; 26 (4)
(Ausgabe für Schweiz), 17-17*

Homepage:

www.kup.at/speculum

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031112 M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig





Endometriose – operative Standardbeschreibung

A. Just, R. Wenzl, J. Huber

Einleitung

Endometriose ist eine chronisch rezidivierende und systemische Erkrankung mit weitestgehend unklarer Genese, unspezifischen Symptomen und Therapie. Die Erkrankung zählt mit einer Häufigkeit von 5–10 % im Reproduktionsalter der Frau und mit 25–50 % unter Sterilitätspatientinnen zu den häufigsten gynäkologischen Erkrankungen in der reproduktiven Phase der Frau [1, 2].

Die Wartezeit bis zur Sicherung der Endometriose ist immer noch zeitlich viel zu lang und gestaltet sich oftmals sehr schwierig. Viele Patienten werden erst durch das „chronic pelvic pain“-Syndrom auffällig [3]. Selbst in diesem Patientenkollektiv ist die Detektionsrate der Laparoskopie – und sie gilt immerhin als Goldstandard zur histologischen Diagnosesicherung – von geringer Erfolgsquote. Ein Drittel der operierten Patienten hat tatsächlich eine nachgewiesene Endometriose, die anderen zwei Drittel haben keinen Benefit von dieser Operation [4, 5]. Therapeutisch und diagnostisch ist die Laparoskopie aber trotzdem jeder anderen Methode überlegen [6].

Die histologische Sicherung der Diagnose durch die Laparoskopie ist unabdingbar, da nur durch diese Differentialdiagnosen abgeklärt, der Schweregrad, die Lokalisation und die Aktivität der Endometriose genau beurteilt werden können. Diagnostische, aber auch bereits therapeutisch angelegte Operationen werden immer noch ungenügend ausführlich dokumentiert. Dies lässt in vielen Fällen, z. B. zum Zeitpunkt der Äußerung von Beschwerden, wichtige Aspekte der Auf- und Abklärung des Kinderwunschaars offen und schafft beiderseits Unsicherheit.

Die Endometriose stellt ein Krankheitsbild dar, bei der verschiedene Gruppen von Ärzten in die Therapie eingebunden sind – im Besonderen in der Beurteilung der Fertilitätschancen aus der Sicht des Reproduktionsmediziners und Gynäkologen. Der operativ tätige Gynäkologe und im Speziellen der Reproduktionsmediziner sind mit diesem Krankheitsbild und seinen Folgen für die Fertilität der Frau in besonderem Maße konfrontiert und gefordert. Aus diesen Gründen sollte die Dokumentation nach einem genau gestaffelten Schema durchgeführt werden (Abb. 1).

Operative Standardbeschreibung – warum?

- Das klinische Schmerzbild korreliert nicht mit der Ausdehnung der Erkrankung. Die detaillierte Beschreibung des operativen Befundbildes ist daher von erheblicher Bedeutung, für jeden weiterbehandelnden Arzt von großem Interesse und

Österreichische IVF
GESELLSCHAFT
office@ivf-gesellschaft.at

AGC - Arbeitsgemeinschaft für gyn. Chirurgie

Operationsbericht bei Endometriose

Soll die essentielle Interaktion des Operateurs an den weiterbehandelnden Arzt (IVF) optimieren

HISTOLOGIE WÜNSCHENSWERT !

AFS Stadium	I	II	III	IV
Relevante Voroperationen ?				
Douglas	frei	vernarbt		verlötet
		Rectovag. Endom. (Ausdehnung)		
Sacrouterinum	beweglich		gespannt	
Ovar	Lage orthop. re (ja nein)		Resektionen bekannt re (Ausmaß beschreiben)	
	Lage orthop. li (ja nein)		Resektionen bekannt li (Ausmaß beschreiben)	
Ovarialloge	frei		suspekt	
Details f. Punktion	Gefäße (kongestives Syndrom, Ureter)			
Tube	Durchgängigkeit gegeben ? (ja nein) (beidseitig)			
	schwallartig		re li	tropfenweise re li
	Funktionalität beschrieben ? bei durchgängigen Tuben (Beweglichkeit, Verwachsungen, Hydrosalpinx)			
HSK	Cavum - Cervixkanalbeschreibung (für Transfer)			
Op. Entfernung Endometriose	inkomplett		komplett	

Kontakt : rene.wenzl@meduniwien.ac.at / alexander.just@meduniwien.ac.at

1: Schema der operativen Beschreibung

zugleich bei exakter Beschreibung ein wichtiges Hilfsmittel zur Erklärung von klinisch palperten Befunden oder vom Patienten geäußerten Schmerzbildern.

- Die operative Belastung von Endometriosepatienten und die Komplikationsrate unter IVF kann, da ein klinisch exakter Vergleich zu Voroperationen gezogen werden kann, auf diese Weise sicherlich reduziert werden. Jede Wiederholung einer schon durchgeführten Operation ist eine Operation zu viel, bei der ein Verletzungsrisiko für die inneren Organe (Harnblase, Darm, Gefäße) besteht. Allerdings sollte der Befund nicht älter als vier bis fünf Jahre sein. Die Entnahme der Eizellen mittels Vaginalultraschall-gesicherter Punktion der Eibläschen kann eine ursächliche Quelle für Verletzungen sein. Eine operative Standardbeschreibung hilft hier wichtige Aspekte zu nennen, z. B. Verwachsungen im Bereich von Eierstock oder Eileiter.
- Durch das Einhalten einer gewissen Rekonvaleszenzzeit stellt jede weitere (diagnostische) Operation eine verlorene reproduktive Zeit dar. Bedingt durch das höhere Eintrittsalter von Kinderwunschpatienten (Durchschnittsalter derzeit 32,5 Jahre laut ÖBIG-IVF-Register 2000–2006), kommt es durch die Wartezeit zu einem Verbrauch der biologischen Follikelreserve [6]. Weder eine medikamentöse noch die operative Therapie kann effektiv vor einem Rezidiv schützen. Ein operativer Standard kann bei der häufig gestellten Frage „nochmalige Operation?“ von essentieller klinischer Bedeutung sein.
- Die Kinderwunschtherapie wiederum, in welchem Ausmaß auch immer, wird vom operativen Befund wesentlich beeinflusst. Wichtige Fakten, die der exakten Einschätzung des Fertilitätspotentials dienen, sind berücksichtigt worden.
 - Die Beschreibung der Funktionstüchtigkeit beider Eileiter (Fondindikation) wird meistens nur mit „durchgängig“ oder „offen“ beschrieben. Praktisch ist es ein großer Unterschied, ob die Pertubationsflüssigkeit schwallartig (eher voll funktionstüchtig) oder tropfenweise (eher funktionsuntüchtig) die Tube verlässt. Im Falle der Vermutung einer Funktionseinschränkung ist die Wahrscheinlichkeit für eine Eileiterschwangerschaft erhöht, und in Kombination mit einer eingeschränkten Samenqualität sollte das Paar für eine künstliche Befruchtung avisiert werden, da hier die Erfolgs-

chancen im Vergleich zum natürlichen Eintritt einer Schwangerschaft sicher bedeutend höher liegen. Zusätzlich sollte immer ein Chlamydien-screening durchgeführt werden.

- Die Beurteilung der Durchgängigkeit und des Verlaufes des Muttermundkanals ist sehr wichtig für die Durchführung eines unkomplizierten Embryotransfers und dies wiederum ist eine der wichtigsten Grundlagen für eine hohe Erfolgschance im Rahmen der künstlichen Befruchtung [7]. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass Sterilitätspatientinnen auch immer hysteroskopisch abgeklärt werden sollen.
- Die Existenz von ovarieller Endometriose (auch nach bereits durchgeführten Operationen infolge inkompletter Resektion) stellt eine wichtige Information dar, die es gestattet, eine mögliche Beeinflussung der Eizellen- und Embryonenqualität anzunehmen. Stattefundene Resektionen, die das funktionelle Gewebe des Ovars (Reduktion der ovariellen Reserve) reduziert haben können, sollten ebenfalls genannt werden, da dies für folgende hormonelle Stimulationsversuche (Eizellenausbeute) von elementarer Bedeutung ist. Des Weiteren ist die Erwähnung des durchgeführten Resektionsausmaßes der Endometriose zur Einschätzung des künftigen Fertilitätspotentials oder einer neu auftretenden Schmerzproblematik von außerordentlicher klinischer Bedeutung.

Die oben dargestellte Skizzierung eines Befundstandards fördert die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Kollegen und unnötige Operationen können auf diese Weise vermindert bzw. verhindert werden. Zusätzlich kann die Patientin (Paar) in der Folge besser beraten und therapiert werden.

LITERATUR:

1. Strathy JH, Molgaard CA, Coulam CB, Melton LJ 3rd. Endometriosis and infertility: a laparoscopic study of endometriosis among fertile and infertile women. *Fertil Steril* 1982; 38: 667–72.
2. Littman E, Giudice L, Lathi R. Role of laparoscopic treatment of endometriosis in patients with failed in vitro fertilization cycles. *Fertil Steril* 2005; 84: 1574–8.
3. Ballard K, Lowton K, Wright J. What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. *Fertil Steril* 2006; 86: 1296–301.

4. Schenken RS. Delayed diagnosis of endometriosis. *Fertil Steril* 2006; 86: 1305–6.
5. Garry R. Diagnosis of endometriosis and pelvic pain. *Fertil Steril* 2006; 86: 1307–9.
6. Donnez J, Smets M, Jadoul P, Pirard C, Squifflet J. Laparoscopic management of peritoneal endometriosis, endometriotic cysts, and rectovaginal adenomyosis. *Ann N Y Acad Sci* 2003; 997: 274–81.
7. Egbase PE, Al-Sharhan M, Grudzinskas JG. Influence of position and length of uterus on implantation and clinical pregnancy rates in IVF and embryo transfer treatment. *Hum Reprod* 2000; 15: 1943–6.

Dr. Alexander Just

Dr. Alexander Just absolvierte das Medizinstudium in Hansestadt Rostock, Mecklenburg-Vorpommern, ist seit 2007 Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe und auf der Abteilung für gynäkologische Endokrinologie und Sterilitätsbehandlung des Allgemeinen Krankenhauses Wien seit 2008 tätig. Studienaufenthalte in der Schweiz, Südafrika und Wien. Seine Interessenschwerpunkte liegen in der Reproduktionsmedizin (Donau-Universität, LKH St. Pölten, hier Leiter der Kinderwunschambulanz).

Korrespondenzadresse:

Dr. Alexander Just
Abteilung für Endokrinologie und Sterilitätsbehandlung
Allgemeines Krankenhaus Wien
A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20
E-Mail: alexander.just@meduniwien.ac.at



Mitteilungen aus der Redaktion

Abo-Aktion

Wenn Sie Arzt sind, in Ausbildung zu einem ärztlichen Beruf, oder im Gesundheitsbereich tätig, haben Sie die Möglichkeit, die elektronische Ausgabe dieser Zeitschrift kostenlos zu beziehen.

Die Lieferung umfasst 4–6 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Das e-Journal steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) zur Verfügung und ist auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ **Bestellung kostenloses e-Journal-Abo**

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ **Bilddatenbank**

☒ **Artikeldatenbank**

☒ **Fallberichte**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum

Disclaimers & Copyright

Datenschutzerklärung