

SPECULUM

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

Petru E, Sevelda P, Reinthaller A, Denison U, Wildt L
Lahousen M, Staudach A

**Leitlinie der Österreichischen Gesellschaft für
Gynäkologie und Geburtshilfe/Arbeitsgemeinschaft
für Gynäkologie und Geburtshilfe. Abklärung des
Endometriums bei asymptomatischen Patientinnen**

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2007; 25 (4)
(Ausgabe für Österreich), 27-30*

*Speculum - Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshilfe 2007; 25 (4)
(Ausgabe für Schweiz), 27-27*

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





Leitlinie der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe/Arbeits- gemeinschaft für Gynäkolo- gie und Geburtshilfe

Abklärung des Endometriums bei asymptomatischen Patientinnen*

* Endfassung
der Leitlinie Oktober 2006

Für die ÖGGG/AGO:

Univ.-Prof. Dr. Edgar Petru,
Universitätsfrauenklinik Graz der Medizinischen Uni-
versität Graz

Univ.-Prof. Dr. Paul Sevela,
Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung des Kran-
kenhauses Hietzing, Wien

Univ.-Prof. Dr. Alexander Reinthaller,
Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
der Medizinischen Universität Wien

OA Dr. Ursula Denison,
Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung
des Krankenhauses Hietzing, Wien

Univ.-Prof. Dr. Ludwig Wildt,
Universitätsfrauenklinik Innsbruck der Medizinischen
Universität Innsbruck

Univ.-Prof. Dr. Manfred Lahousen,
Universitätsfrauenklinik Graz der Medizinischen Uni-
versität Graz

Univ.-Prof. Dr. Alf Staudach,
Frauenklinik der Medizinischen Universität Salzburg

Sonographie des Endometriums

Der *Standard* der Messung der Endome-
triumhöhe besteht in einer Messung im me-
dianen Sagittalschnitt an der breitesten
Stelle des Endometriums (außen-außen).

Die häufigste Fehlinterpretation für ein
„verbreitertes Endometrium“ stellen ver-
kalkte Myome dar.

I. Abklärung des Endometriums bei prämenopausalen Patien- tinnen

Mit Ausnahme von Sterilitätspatientinnen
werden prämenopausale Patientinnen *keiner*
Endometriumabklärung unterzogen.

Bei einer prämenopausalen Patientin mit
einer Endometriumdicke ≥ 14 mm besteht

Fortsetzung auf Seite 28

der Hinweis auf eine mögliche Schwangerschaft.

Ein erhöhtes Endometriumkarzinomrisiko weisen folgende prämenopausale Patientinnen auf:

- Unbehandeltes PCO-Syndrom > 35. Lebensjahr mit Oligo-/Amenorrhoe
- BMI > 30 nach dem 35. Lebensjahr

Bei einer postmenstruellen Endometriumdicke ≥ 12 mm wird bei diesen Risikopatientinnen eine histologische Abklärung empfohlen.

II. Abklärung des Endometriums bei postmenopausalen Patientinnen

Auf der Basis der bisherigen Literatur stellt die Vaginosonographie *keine Screening-Methode* zur Erkennung des Endometriumkarzinoms bei *asymptomatischen* Frauen in der Postmenopause dar.

IIa) „Verbreitertes“ Endometrium

Wenn die Vaginalsonographie im Rahmen der gynäkologischen Untersuchung eingesetzt wird und dabei (inzidentell) in der Postmenopause bei asymptomatischen Frauen ein hohes Endometrium gefunden wird, so ergibt sich aus der Literatur derzeit *kein allgemeingültiger Cut-off-Wert* für eine Intervention zur histologischen Abklärung. Da jedoch mit zunehmender Endometriumdicke die Pathologie in jeder Form (Polypen, Hyperplasie, Karzinom) zunimmt, liegt die Wahrscheinlichkeit, bei einer Dicke > 11 mm ein Endometriumkarzinom zu finden, bei etwa 7 % [1]. Es ist anzunehmen, daß bei diesem Cut-off-Wert etwa 87 % aller Endometriumkarzinome bei asymptomatischen Patientinnen gefunden werden. Es würden dabei jedoch nur 0,25 % der postmenopausalen asymptomatischen Patientinnen mit einer Messung des Endometriums einer invasiven Diagnostik zugeführt werden.

Aufgrund dieser Datenlage kann eine Intervention bei asymptomatischen Patientinnen ab einer *Endometriumhöhe von ≥ 12 mm* (größer/gleich 12 mm) empfohlen werden, wengleich es *keine generelle Empfehlung* gibt, das Endometrium bei *postmenopausalen asymptomatischen Patientinnen überhaupt zu messen*.

IIb) Endometriumpolypen

Asymptomatische Patientinnen weisen in ca. 3 bis 7 % Endometriumpolypen auf. Die Häufigkeit von Endometriummalignomen liegt dabei in den meisten Studien zwischen 2 und 3 %, wobei sich die Mehrzahl der Polypen durch eine Blutungssymptomatik klinisch manifestiert [2–6].

Bei *asymptomatischen Patientinnen* mit sonographisch nachgewiesenem Endometriumpolyp ist *keine* histologische Abklärung indiziert.

IIc) Sonohysterographie

Am gebräuchlichsten sind die Flüssigkeitsonographie mit NaCl 0,9 % und die Sonographie mit Echovist®-Kontrastmittel.

Die Kontrastmittelsonographie stellt bei der Abklärung der *Sterilität* in der gynäkologischen Endokrinologie eine sinnvolle Ergänzung zur Sonographie dar.

Bei der asymptomatischen Patientin existiert *keine* allgemeingültige Indikation für die Sonohysterographie. Es ergibt sich durch die Flüssigkeitshysterographie keine Verbesserung der Ergebnisse der transvaginalen Sonographie bei einem Endometrium ≥ 12 mm, sondern nur eine signifikante Steigerung der Sensitivität bei herdförmigen Läsionen des Endometriums wie Polypen, Myome oder Adenomyose.

II d) Histologische Abklärung des auffälligen Endometriums

Nach wie vor stellt die Hysteroskopie/Kürettage in der Abklärung des auffälligen Endometriums den Goldstandard dar.

Die histologische Abklärung mittels Pipelle, Pistolet, Abradul, Strichkürettage u. ä. stellt lediglich eine *punktueller Biopsie* dar und ist nur bei positivem Befund (= Karzinom) beweisend.

IIe) Abklärung des Endometriums bei Zervikalkanalstenose

Sonographisch kann zwischen Muko-, Pyo-, Hämato- und Serometra *nicht* unterschieden werden.

Es besteht *keine* Korrelation zwischen dem Volumen bzw. der Ausdehnung der Flüssigkeitsansammlung im Cavum uteri und der Rate an Endometriumkarzinomen.

■ **Empfehlung bei Patientinnen ohne Vorbestehen eines Genitalmalignoms**

Keine Indikation zur primär invasiven Abklärung bei unauffälligem Cavum uteri und einseitiger Endometriumhöhe < 3 mm [7].

■ **Empfehlung nach (Radio-) Therapie eines Genitalmalignoms**

Der Befund einer Flüssigkeitsansammlung im Cavum uteri ist relativ häufig.

Eine weiterführende invasive Abklärung ist bei *Befunddynamik* nach 3monatiger Kontrolle (Zunahme des Flüssigkeitsvolumens um $\geq 50\%$) indiziert.

IIf) Abklärung des Endometriums bei Hochrisikopopulationen

■ **HNPCC (Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer Syndrome)**

Es handelt sich um eine seltene familiäre Häufung von Kolorektal- und u. a. Endometriumkarzinom. An dieses Syndrom sollte gedacht werden, wenn in einer Familie ≥ 3 Verwandte einer Verwandtschaftslinie an einem Kolorektalkarzinom erkrankt sind *und* 2 aufeinanderfolgende Generationen betroffen sind *und* ein Betroffener jünger als 50 Jahre ist (Amsterdam-Kriterien).

Bei HNPCC-Patientinnen beträgt die Wahrscheinlichkeit, ein Endometriumkarzinom zu entwickeln, ca. 20–30 %.

Zur Wertigkeit eines *Screenings* auf Endometriumkarzinom bei *asymptomatischen* Patientinnen mit HNPCC fehlen wissenschaftliche Daten.

Fortsetzung auf Seite 30

■ Adipositas, Diabetes mellitus, Hypertonie

Die Adipositas stellt allein und insbesondere in Kombination mit Diabetes mellitus Typ II einen wesentlichen Risikofaktor für die Entstehung eines Endometriumkarzinoms dar.

Ein Diabetes mellitus Typ I allein stellt keinen Risikofaktor für die Entstehung eines Endometriumkarzinoms dar.

Eine Hypertonie erhöht das Risiko für ein Endometriumkarzinom nur bei gleichzeitig bestehender Adipositas.

Auch für die Hochrisikopatientin besteht *keine* effektive Methode der Früherkennung [8]. Ein *Screening* asymptomatischer Patientinnen kann deshalb *nicht* empfohlen werden.

IIg) Endometriumveränderungen unter bzw. nach Tamoxifentherapie

Das typische sonographische Bild zeigt eine hyperreflexive vakuolige Struktur unterschiedlicher Breite, die *nicht* notwendigerweise dem Endometrium entspricht.

Endometriumpolypen treten unter Tamoxifentherapie gehäuft auf (Inzidenz ca. 15 bis 20 %).

Bei Patientinnen unter Tamoxifentherapie beträgt die Wahrscheinlichkeit, ein Endometriumkarzinom zu entwickeln, zwischen 0,5 % und 1 % [9, 10].

Eine regelmäßige vaginalsonographische Kontrolle ist bei *asymptomatischen* Patientinnen *nicht* erforderlich.

LITERATUR:

1. Smith-Bindman R, Weiss E, Feldstein V. How thick is too thick? When endometrial thickness should prompt biopsy in postmenopausal women without vaginal bleeding. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004; 24: 558–65.
2. Cohen I, Azaria R, Bernheim J, Shapira J, Beyth Y. Risk factors of endometrial polyps resected from postmenopausal patients with breast carcinoma treated with tamoxifen. *Cancer* 2001; 92: 1151–5.
3. Goldstein S, Monteagudo A, Popiolek D, Mayberry P, Timor-Tritsch I. Evaluation of endometrial polyps. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 669–74.
4. Maia H, Calmon L, Marques D, Coelho JC, Oliveira M, Coutinho EM. Polypectomy and endometrial resection in postmenopausal patients. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1997; 4: 577–82.
5. Tjarks M, Van Voorhis B. Treatment of endometrial polyps. *Obstet Gynecol* 2000; 96: 886–9.
6. Van den Bosch T, Van Schoubroeck D, Ameye L, De Brabanter J, Van Huffel S, Timmerman D. Ultrasound assessment of endometrial thickness and endometrial polyps in women on hormone replacement therapy. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 1249–53.
7. Schmidt T, Nawroth F, Breidenbach M, Hoopmann M, Mallmann P, Valter MM. Differential indication for histological evaluation of endometrial fluid in postmenopause. *Maturitas* 2005; 50: 177–81.
8. Grönroos M, Salmi T, Vuento MH, Jalava EA, Tyrkkö JE, Maatela JI, Aromaa AR, Sieberg R, Savolainen ER, Kauraniemi TV. Mass screening for endometrial cancer directed in risk groups of patients with diabetes and patients with hypertension. *Cancer* 1993; 71: 1279–82.
9. Cohen I. Endometrial pathologies associated with postmenopausal tamoxifen treatment. *Gynecol Oncol* 2004; 94: 256–66.
10. Petru E, Kurschel S, Walsberger K. Screening asymptomatischer Frauen auf Endometriumkarzinom mit besonderer Berücksichtigung des Screenings unter Tamoxifen-Behandlung. *Geburtsh Frauenheilk* 2000; 60: 297–301.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. Edgar Petru
Univ.-Klinik für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe, Medizinische Universität Graz
A-8036 Graz, Auenbruggerplatz 14
E-Mail: edgar.petru@klinikum-graz.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](#)