

Journal für

Gynäkologische Endokrinologie

Gynäkologie • Kontrazeption • Menopause • Reproduktionsmedizin

Operative Therapie der peritonealen Endometriose

Mecke H

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2008; 2 (2)

(Ausgabe für Österreich), 48-49

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2008; 2 (2)

(Ausgabe für Schweiz), 50-51

**Offizielles Organ der Österreichischen
IVF-Gesellschaft**

**Offizielles Organ der Österreichischen
Menopause-Gesellschaft**

Indexed in EMBASE/Scopus/Excerpta Medica

www.kup.at/gynaekologie

Member of the



Homepage:

www.kup.at/gynaekologie

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. h. b. GZ072037636M · Verlagspostamt: 3002 Puchersdorf · Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Operative Therapie der peritonealen Endometriose

H. Mecke

Kurzfassung: Peritoneale Endometrioseherde kommen in unterschiedlichen Erscheinungsformen – als schwarz-braune, rote, bläschenförmige Läsionen oder als peritoneale Taschen – vor. Eine histologische Sicherung ist daher stets anzustreben. Bei Sterilitätspatientinnen ist die Notwendigkeit einer chirurgischen Behandlung der peritonealen Endometriose relativ gut fundiert. Auch bei Schmerzpatientinnen sollten peritoneale Endometrioseherde entfernt werden, soweit dies ohne operatives Risiko möglich ist. Dies gilt auch bei asymptomatischen Patientinnen mit peritonealer Endometriose als Zufallsbefund und bei Patientinnen mit peritonealen Läsionen im Zusammenhang mit höhergradigen Endometriosesta-

dien. Die laparoskopisch-chirurgische Resektion der peritonealen Endometrioseläsionen ist das Verfahren der Wahl. Alternativ bleibt die Koagulation in Form der Endokoagulation oder bipolarer Hochfrequenzkoagulation.

Abstract: Surgical Treatment of Peritoneal Endometriosis. Peritoneal endometrial implants have many appearances: black lesions, white lesions, clear or slightly brown-colored papillary lesions, strawberry red lesions or peritoneal pockets which often contain endometrial implants. Therefore the diagnosis should

be always confirmed through histological examination after laparoscopic biopsy. In sterility patients the necessity of surgery treatment of peritoneal implants is proved. In patients with endometriosis and pelvic pain peritoneal implants should be removed if it is possible without taking operative risks. The same should be done in asymptomatic patients with endometrial implants and in patients with peritoneal implants combined with an advanced stage of endometriosis. The laparoscopic resection of the endometrial implants is the treatment of choice. An alternative is the coagulation by endocoagulation or coagulation with bipolar high frequency current. **J Gynäkol Endokrinol 2008; 18 (2): 48–49.**

Peritoneale Endometrioseherde können ein unterschiedliches Erscheinungsbild haben. Charakteristisch sind schwarz-braun pigmentierte, zum Teil erhabene konfluierende Herde, die vor allem im kleinen Becken, Blasendach, Douglas, retroovariell und an den Ligg. sacrouterinae vorkommen. Neben diesen charakteristischen schwarz-braun pigmentierten Endometrioseherden gibt es noch eine Vielzahl von anderen Erscheinungsformen der peritonealen Endometriose, die bereits von Sampson 1927 [1] beschrieben wurden. Es kommen rote bläschenartige Läsionen, peritoneale Taschen, himbeerfarbene und narbige Läsionen vor. Häufig treten diese verschiedenen Erscheinungsformen auch nebeneinander auf. Differentialdiagnostisch kommen Hämangiome, Narben, alte Nähte, Adhäsionen, postentzündliche Veränderungen, Metastasen, Mesothelproliferationen oder Reaktionen auf Fremdkörper in Betracht. Eine histologische Sicherung ist deshalb stets anzustreben. Bei Verdacht auf Endometriose sollten systematisch das kleine Becken und der Bauchraum inspiziert und bei verdächtigen Läsionen neben den Organen des kleinen Beckens, wie Ovarien, retroovarieller Bereich, Tuben, Uterusoberfläche, Sakrouterinalligamente, auch die Appendix und das Zwerchfell beschrieben werden.

Neben der Problematik der Diagnostik der Endometriose stellt sich die Frage, ob und wie peritoneale Endometrioseherde chirurgisch behandelt werden müssen. Hierzu muss man die Therapieergebnisse nach Behandlung von milder oder minimaler Endometriose betrachten. In der Literatur werden verschiedene Stadieneinteilungen der Endometriose angegeben, die älteste ist die nach Acosta, die bekannteste ist die Einteilung der American Society for Reproductive Medicine (ASRM) [2] sowie die EEC (European Endoscopic Classification).

Allein bei der EEC sind peritoneale Läsionen als solitäres Stadium abgebildet. Sie entsprechen dem Grad I der Einteilung EEC. Die gängige Einteilung der Endometriose ist jedoch die

nach ASRM. Die peritoneale Endometriose wird hier am ehesten im Stadium minimal bzw. gering, also Stadium I bis II, repräsentiert sein.

Die Frage der Notwendigkeit der Behandlung stellt sich bei folgenden Gruppen:

1. Sterilitätspatientinnen
2. Schmerzpatientinnen
3. Asymptomatische Patientinnen mit peritonealer Endometriose
4. Peritoneale Läsionen bei Patientinnen mit höheren Endometriosestadien

Bei Sterilitätspatientinnen mit Endometriose Grad I und II nach ASRM wurden in einer Untersuchung von Marcoux [3] 172 Patientinnen laparoskopisch-chirurgisch und 169 expektativ behandelt. In der Gruppe der laparoskopisch-chirurgisch behandelten Patientinnen wurden 50 (29 %) Schwangerschaften beobachtet; nach diagnostischer Laparoskopie lediglich 29 Schwangerschaften (17 %). Immerhin wiesen 60 % der laparoskopisch operierten Gruppe allein peritoneale Läsionen auf, ohne Adhäsionen oder Ovarbeteiligung. Eine histologische Sicherung der Diagnose wurde in beiden Gruppen nicht durchgeführt. Nowroozi [4] fand bei 69 laparoskopisch behandelten Patientinnen eine Schwangerschaftsrate von 61 %. Bei 54 Patientinnen mit diagnostischer Laparoskopie ebenfalls im Endometriosestadium Grad I und II nach ASRM traten lediglich 18,5 % Schwangerschaften auf. Nach Datenlage sollten bei Sterilitätspatientinnen mit Endometriose die peritonealen Endometrioseherde deshalb chirurgisch behandelt werden.

Weniger klar sind die Ergebnisse bei der Behandlung von milder und minimaler Endometriose bei Patientinnen mit Beschwerden, Dysmenorrhoeen und Unterbauchschmerzen. Sutton [5] führte eine prospektiv randomisierte Doppelblindstudie bei 300 Patientinnen mit Endometriose und Schmerzen durch. Ein Teil der Patientinnen erhielt keine chirurgische Therapie. Bei der zweiten Gruppe wurden durch Laserlaparoskopie die endometrialen Endometrioseherde vaporisiert oder reseziert. Daneben erfolgte jedoch eine Durchtrennung der Ligg. sacrouterinae. Außerdem handelt es sich um die Endometriosesta-

Korrespondenzadresse: Priv.-Doz. Dr. Herbert Mecke, Vivantes – Auguste-Viktoria-Klinikum, Klinik für Gynäkologie und Geburtsmedizin, D-12157 Berlin, Rubensstraße 125, E-Mail: herbert.mecke@vivantes.de

dien I bis III ASRM. Eine Nachuntersuchung durch einen unabhängigen Untersucher erfolgte nach 3 und 6 Monaten. Nach 6 Monaten fand sich eine signifikante Verbesserung der Symptomatik anhand eines Pain Score in der chirurgisch behandelten Gruppe. Am geringsten ausgeprägt war diese Verbesserung allerdings im Stadium I, wie es am ehesten alleinigen peritonealen Endometrioseherden entspricht. Unklar ist weiterhin, ob eine Adenomyosis uteri statt der peritonealen Endometrioseherde für die Beschwerden der Patientinnen verantwortlich war.

Asymptomatische peritoneale Endometrioseherde, die im Rahmen einer Laparoskopie aufgrund einer anderen Indikation entdeckt werden, werden in ca. zwei Drittel progredient. Aus einer nicht entfernten peritonealen Endometriose kann eine tiefe Endometriose oder ein höhergradiges Endometriosestadium entstehen. Ebenso wie bei Schmerzpatientinnen oder bei Patientinnen mit höheren Endometriosegraden sollten auch bei asymptomatischen Patientinnen mit peritonealen Endometrioseherden diese laparoskopisch entfernt werden, wenn dies ohne operatives Risiko möglich ist.

Techniken der chirurgischen Behandlung der peritonealen Endometrioseherde:

- Exzision
- Koagulation
- Laservaporisation

Zur sicheren Entfernung der peritonealen Endometrioseherde ist die Exzision das Verfahren der Wahl. Auch bei der Laparoskopie lassen sich peritoneale Endometrioseherde meist vollständig resezieren. Problematischer ist die Exzision von tiefer reichenden Endometrioseherden im Bereich des Ureters. Hier muss unter Umständen weiter kranial der Ureter aufgesucht und in die Tiefe freipräpariert werden. Dies kann bei Vernarbungen an der lateralen Beckenwand und tiefer reichender Endometriose sehr schwer oder laparoskopisch unmöglich sein.

Alternativ besteht die Möglichkeit der Koagulation der Endometrioseherde mit Endokoagulation, bipolarem Hochfrequenzstrom oder Laservaporisation. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass im Tierversuch die Vaporisation gegenüber der Koagulation gleich großer Areale mit einer höheren Verwachsungsrate einhergeht [6].

Das Verfahren der Wahl bei peritonealen Endometrioseherden ist die chirurgische Exzision. Nur sie sichert neben dem histologischen Befund auch die vollständige Entfernung der Läsion.

Literatur:

1. Sampson JA. Peritoneal endometriosis due to menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. *Am J Obst Gynecol* 1927; 14: 422–69.
2. American Society for Reproductive Medicine. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril* 1997; 67: 817–21.
3. Marcoux S, Maheux R, Berube S. Laparoscopic surgery in infertile women with minimal or mild endometriosis. *Canadian Collaborative Group on Endometriosis. N Engl J Med* 1997; 337: 217–22.
4. Nowroozi K, Chase JS, Check JH, Wu CH. The importance of laparoscopic coagulation of mild endometriosis in infertile women. *Int J Fertil* 1987; 32: 442–4.
5. Sutton CJG, Ewen SP, Whitellaw N, Haines P. Prospective, randomized, double-blind, controlled trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal, mild, and moderate endometriosis. *Fertil Steril* 1982; 83: 696–700.
6. Mecke H, Schünke M, Schulz S, Semm K. Incidence of adhesions following thermal tissue damage. *Res Exp Med* 1991; 191: 405–11.

Priv.-Doz. Dr. Herbert Mecke

1972–1978 Studium der Humanmedizin in Marburg. 1978–1979 Medizinalassistentzeit in Marburg. 1979–1991 Klinische Tätigkeit Universitätsfrauenklinik Kiel. 1991 Habilitation. Seit 1992 Chefarzt Klinik für Gynäkologie und Geburtsmedizin, Auguste-Viktoria-Klinikum Berlin.

Wissenschaftlicher Schwerpunkt: minimal-invasive Chirurgie



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

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](#)