

Journal für

Gynäkologische Endokrinologie

Gynäkologie • Kontrazeption • Menopause • Reproduktionsmedizin

Editorial

Müller M

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2008; 2 (2)

(Ausgabe für Schweiz), 4-5

**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 Purkersdorf · Erscheinungsort: 3003 Gablitz

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



Ungefähr 10–20 % aller Frauen leiden an einer Endometriose. Obwohl dieses Krankheitsbild häufig ist, wird die Diagnose einer Endometriose meistens erst spät gestellt. Eine kürzlich durchgeführte Umfrage hat gezeigt, dass englische Frauen im Mittel acht Jahre auf die richtige Diagnose warten müssen. Diese Befragung hat auch gezeigt, dass bei 65 % dieser Patientinnen initial eine andere Diagnose gestellt wurde und dass über 50 % der Frauen mit Endometriose fünf verschiedene Ärzte konsultiert haben, bevor die richtige Diagnose gestellt wurde. Eine Endometriose kann asymptomatisch verlaufen, sie ist aber meistens mit einer Vielfalt von klinischen Symptomen verknüpft. Am häufigsten sind dabei chronische Unterbauchschmerzen und beeinträchtigte Fertilität. Da die Pathogenese der Krankheit noch unbekannt ist, die verschiedenen Therapien zum Teil kontrovers diskutiert werden und die Endometriose Tendenz zeigt, zu rezidivieren, löst die Diagnose dieser Krankheit häufig eine gewisse Verwirrung und Frustration beim behandelnden Arzt aus. Im vorliegenden Journal werden die aktuellen diagnostischen Verfahren besprochen, die Symptomatik des Krankheitsbildes und deren mögliche Therapien zusammengefasst.

Eine rechtzeitige Diagnosestellung würde den Endometriose-Patientinnen einen langen Leidensweg ersparen und könnte das Ausmass vieler operativer Eingriffe reduzieren. Deshalb werden Möglichkeiten zur Entwicklung von Bluttests für Endometriose erforscht, die die Dauer bis zur korrekten Diagnose für viele betroffene Frauen verkürzen könnten (**Dogan S. und Mitarb.**). Bis solche Bluttests für den Routineeinsatz in der Praxis zur Verfügung stehen, ist die diagnostische Laparoskopie zurzeit das einzige Verfahren, eine Endometriose hinsichtlich Ausdehnung und Schweregrad zu beurteilen und andere Erkrankungen differenzialdiagnostisch auszuschließen (**Schwepe K.-W.**). Die laparoskopisch-chirurgische Resektion der peritonealen Endometrioseläsionen ist das Verfahren der Wahl, eine histologische Sicherung ist stets anzustreben. Nebst der Wichtigkeit einer genauen Diagnostik konnte die Effektivität der laparoskopischen Exzision sowohl bei Schmerzpatientinnen als auch bei Kinderwunsch nachgewiesen werden (**Mecke H.**).

Die Therapie der Endometriose-assoziierten Symptome ist eine Herausforderung. Die Wahl des primären Therapieansatzes wird durch die Lebenssituation der Patientin (z. B. Kinderwunsch), den Leidensdruck, das Nebenwirkungsprofil und auch durch die Kosten der Medikamente beeinflusst. In der Praxis besteht die Therapie der Endometriose und des damit assoziierten Schmerzes überwiegend in der Gabe oraler Kontrazeptiva (OC) und verschiedener nicht steroidaler Antiphlogistika (NSAID) (**Halis G. und Mitarb.**). Moderne Ovulationshemmer können sowohl zyklisch, im Langzyklus (84/7 bis 189/7 Tage) oder in kontinuierlicher Langzeiteinnahme angewendet werden. Durch das endogen gebildete Estradiol und die Blutungen werden bei der zyklischen Einnahme der Ovulationshemmer die Endometrioseherde immer wieder stimuliert. Bei der kontinuierlichen Langzeiteinnahme und im Langzyklus wird diese Möglichkeit der Stimulation der Endometriose reduziert oder entfällt gänzlich. Aus diesem Grund wird bei Frauen mit einer Endometriose die kontinuierliche Langzeiteinnahme oder der Langzyklus empfohlen (**Göretzlehner G. und Mitarb.**). In Fällen ausgehnter Endometriose (Stadien rASRM III und IV) ist die primäre Gabe von GnRH-Analoga mit Add-back-Therapie sinnvoll (**Kleinstein J.**).

Die Endometriose, wie die Adenomyose, kann nur effizient behandelt werden, wenn beim Erstellen des Therapiekonzeptes die persönliche Situation der betroffenen Frau und die Ausdehnung der Endometriose mitberücksichtigt werden (**Schindler A. E.**). Eine exakte Klassifikation der Endometriose ist deshalb sehr wichtig. In vielen Fällen ist die klassische rAFS-Klassifikation nur bedingt oder gar nicht geeignet, die Ausdehnung und den Schweregrad der Erkrankung darzustellen, insbesondere bei der tief infiltrierenden Endometriose mit der typischen retroperitonealen Manifestation. Deshalb wurde der ENZIAN-Score entwickelt, der eine neue Klassifikation für die Erkrankung der Endometriose darstellt (**Tuttles F. und Mitarb.**). Das operative Vorgehen bei der rektovaginalen Endometriose wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Ein Teil der Autoren favorisiert die diskoidale Resektion, während andere die Segmentresektion bevorzugen. Das Hauptproblem ist, dass durch bildgebende Verfahren eine Infiltration des Darms präoperativ weder hinreichend bestätigt noch ausgeschlossen werden kann. **Mangler M. und Mitarbeiter** stellen ein neues Operationsverfahren vor, welches eine intraoperative Differenzierung zwischen einer oberflächlichen und einer infiltrativen Darmendometriose ermöglicht und so nur durch Endometriose eindeutig infiltrierter Darm reseziert wird. In ihrem Artikel unterstreichen **Prof. Bitzer und Mitarbeiter** die Bedeutung einer integrierten psychosomatischen Basisversorgung und stellen die Eckpfeiler dieser unterstützenden Begleitung dar. Die Endometriose beeinträchtigt das alltägliche Leben der Patientinnen, deshalb ist auch eine gesamtheitliche Unterstützung wichtig, in welcher die Ernährungsberatung auch eine wichtige Rolle spielt (**Kaiser B. und Mitarb.**).

Die oben beschriebenen Ansätze, welche der individuellen Situation angepasst werden müssen, dienen dazu, die Lebensqualität der Betroffenen in dem Masse zu erhöhen, dass sie ein normales Leben führen können. Die entsprechende Kompetenz, um ein solches komplexes Krankheitsbild optimal therapieren zu können, kann nur in spezialisierten Endometriosezentren, verbunden mit einer umfassenden Qualifikation der Ärzte und des medizinischen Personals, erreicht werden (**Ebert A. und Mitarb.**). Zusätzlich muss in den nächsten Jahren eine Sensibilisierung der Gesundheitspolitik, der Kostenträger und der Industrie stattfinden, damit dieses invalidisierende Krankheitsbild die entsprechende Resonanz und Wichtigkeit bekommt.

Prof. Michael Müller, Universitäts-Frauenklinik, Inselspital Bern



Environ 10 à 20 % de toutes les femmes souffrent d'une endométriose. Malgré sa fréquence, l'endométriose n'est généralement identifiée chez une femme qu'au bout d'une longue durée de la maladie. Une enquête récente a montré que les femmes anglaises doivent attendre en moyenne une huitaine d'années avant que le diagnostic correct soit établi. Cette enquête a également révélé qu'un autre diagnostic avait été posé initialement chez 65 % de ces patientes et que plus de 50 % des femmes souffrant d'une endométriose avaient consulté cinq médecins différents avant l'établissement du bon diagnostic. Bien qu'une endométriose puisse avoir une évolution asymptomatique, la plupart des cas se manifestent par une série de symptômes cliniques dont les plus fréquents sont des douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen et des problèmes de fertilité. Étant donné que la pathogenèse de cette maladie est encore inconnue, que les différents traitements font en partie l'objet de controverses et que l'endométriose tend à récidiver, l'identification de cette maladie déclenche un certain degré de désarroi et de frustration chez le médecin traitant. Le présent numéro se penche sur les procédés de diagnostic actuels, sur la symptomatologie de cette maladie et sur les traitements disponibles.

L'établissement précoce du diagnostic correct éviterait une longue histoire de souffrances aux patientes atteintes d'une endométriose et réduirait l'ampleur de nombreuses interventions chirurgicales. C'est pourquoi la recherche étudie de nouvelles voies pour le développement de tests sanguins permettant plus rapidement un diagnostic correct chez de nombreuses femmes concernées (**Dogan S. et al.**). En attendant que ces tests sanguins soient disponibles pour une utilisation systématique dans la pratique, la laparoscopie diagnostique est actuellement le seul procédé permettant l'évaluation de l'étendue et de la sévérité d'une endométriose ainsi que l'exclusion d'autres maladies dans le cadre du diagnostic différentiel (**Schwepe K.-W.**). Lors d'une endométriose péritonéale, la résection chirurgicale laparoscopique des lésions est le procédé curatif de choix, toujours associé si possible à un examen histologique. À côté de l'importance d'un diagnostic exact, on a pu démontrer l'efficacité de l'excision laparoscopique aussi bien chez les patientes souffrant de douleurs que chez celles souhaitant avoir un enfant (**Mecke H.**).

Le traitement des symptômes associés à une endométriose est un véritable challenge. Le choix du traitement de première intention dépend de la situation actuelle dans laquelle se trouve la patiente (par exemple désir d'enfant), du fardeau de souffrance auquel elle est exposée, du profil d'effets indésirables et des frais associés aux médicaments. Dans la pratique, le traitement de l'endométriose – et des douleurs qui accompagnent cette maladie – consiste essentiellement en une administration de contraceptifs oraux (CO) et de divers anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (**Halis G. et al.**). Une pilule contraceptive moderne peut être administrée soit en cycle normal, soit en cycle long (84/7 à 189/7 jours) ou en prise continue à long terme. Une prise cyclique classique de la pilule entraîne une stimulation régulière des foyers d'endométriose par la synthèse endogène d'œstradiol et les saignements. Lors d'une prise continue à long terme ou d'une prise en cycle long, cette possibilité d'une stimulation de l'endométriose est réduite ou entièrement éliminée. Par conséquent, on recommande une prise continue à long terme ou une prise en cycle long chez les femmes souffrant d'une endométriose (**Göretzlehner G. et al.**). En présence d'une endométriose étendue (stades rASRM III et IV), il est judicieux de recourir dès le début à un analogue de la GnRH en association avec un traitement complémentaire de substitution (**Kleinstejn J.**).

L'endométriose, tout comme l'adénomyose, ne peut être traitée de façon efficace que si la définition du concept thérapeutique tient compte aussi de la situation individuelle de la femme et de l'étendue de la maladie (**Schindler A. E.**). C'est pourquoi une classification exacte de l'endométriose est très importante. Dans de nombreux cas, la classification rAFS n'est que partiellement ou pas du tout appropriée pour décrire l'étendue et la sévérité de la maladie, en particulier lors d'une endométriose profondément infiltrante avec les manifestations rétropéritonéales typiques. C'est pourquoi le score ENZIAN, permettant une nouvelle classification des endométrioses, a été développé (**Tuttles F. et al.**). La marche à suivre pour le traitement chirurgical de l'endométriose recto-vaginale fait l'objet de controverses dans la littérature. Certains auteurs favorisent une résection circulaire, d'autres une résection segmentaire. Le problème principal est que les procédés d'imagerie ne permettent pas d'obtenir en préopératoire une confirmation ou exclusion suffisamment fiable d'une infiltration de l'intestin. **Mangler M. et al.** présentent un nouveau procédé chirurgical permettant de différencier pendant l'intervention entre une endométriose superficielle versus infiltrante de l'intestin, et ainsi de ne procéder à une résection de l'intestin qu'en présence d'une infiltration établie. L'article du **Prof. Bitzer et al.** souligne la signification d'une prise en charge psychosomatique de base et présente les éléments essentiels de cet accompagnement thérapeutique. L'endométriose perturbe la vie quotidienne des patientes et exige donc un suivi dans une approche globale, ce qui inclut les questions de diététique en tant qu'aspect important (**Kaiser B. et al.**).

Les approches décrites ci-dessus, qui doivent être adaptées à la situation individuelle de chaque patiente, servent à améliorer la qualité de vie des femmes affectées dans une mesure suffisante pour leur permettre de mener une vie normale. La compétence correspondante nécessaire pour offrir un traitement optimal de cette maladie si complexe ne peut être atteinte que dans des centres spécialisés dans le domaine de l'endométriose, avec une qualification approfondie des médecins et du personnel paramédical (**Ebert A. et al.**). Par ailleurs, pour que cette maladie invalidante obtienne à grande échelle l'attention et la considération qu'elle mérite, une prise de conscience sera nécessaire dans les milieux de la politique de santé, des porteurs des frais et de l'industrie au cours des années qui viennent.

Prof. Michael Müller, Clinique universitaire de gynécologie, Inselspital, Berne

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](#)