

Journal für

Gynäkologische Endokrinologie

Gynäkologie • Kontrazeption • Menopause • Reproduktionsmedizin

Endometriose - Ein unterschätztes Leid?

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2009; 3 (1)

(Ausgabe für Österreich), 45-46

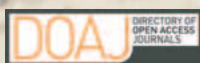
Offizielles Organ der Österreichischen
IVF-Gesellschaft

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. GZ072007636M · Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf · Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Endometriose – Ein unterschätztes Leid?

10 bis 15 % aller Frauen im gebärfähigen Alter leiden an Endometriose, 50 % davon leiden unter chronischen Schmerzen. Bei 60 % der Frauen, die ungewollt kinderlos sind, ist die Endometriose der Grund der Unfruchtbarkeit. Diese Erkrankung äußert sich zwar durch typische Symptome, dennoch wird die richtige Diagnose oft erst nach Jahren gestellt.

Bei der Endometriose handelt es sich um eine chronische Erkrankung, die durch das Auftreten von Endometrium außerhalb des Cavum uteri definiert ist. Sie zählt zu den so genannten gutartigen, proliferativen Erkrankungen der Frau (u. a. Myome, Endometriumhyperplasie, gutartige Brustveränderungen etc.) und ist östrogenabhängig. Mit einer Prävalenz von 10–15 % zählt die Endometriose – neben den Myomen – zu den häufigsten gutartigen, proliferativen Erkrankungen der Frau im reproduktionsfähigen Alter. Trotz jahrzehntelanger Basis- und Klinik-Forschung sind keine genaueren Daten zur Inzidenz bzw. Prävalenz bekannt. In verschiedenen Untersuchungen lässt sich feststellen, dass die klinischen Begleitumstände die Prävalenz variieren. So liegt die Prävalenz bei Frauen mit Regelschmerzen bei 40–60 %, bei Frauen mit chronischen Unterleibschmerzen bei >30 % und bei Frauen mit eingeschränkter Fertilität bei etwa 20–30 %.

Zur Ätiologie der Endometriose gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Theorien, und am ehesten dürfte eine Ko-Inzidenz mehrerer Pathomechanismen für den Ausbruch der Erkrankung verantwortlich sein. Um die Entstehung der Endometriose zu erklären, sind im Laufe der Zeit zahlreiche Theorien entwickelt worden, wobei bis jetzt keine der bisher aufgestellten Theorien alle im Zusammenhang mit Endometriose festgestellten Befunde und klinischen Symptome voll und ganz erklären konnte.

Endometriosetheorien

1. Implantations- bzw. Transplantations-theorie (retrograde Menstruation) (J. A. Sampson)
2. Metaplasietheorie (R. Meyer)
3. Archimeta-Konzept (Leyendecker et al.)

4. Endometriosis-Disease-Theorie (P. H. Konnickx)
5. Immuntheorie
6. Aromatasekonzept

Leitsymptom der Endometriose sind Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation und Intensität sowie die Sterilität. Typische Schmerzsymptome sind die Dysmenorrhoe, die Dyspareunie, die Dysurie und die Dyschezie, die entweder zyklusabhängig oder im Sinne von „chronic pelvic pain“ (CPP) zyklusunabhängig auftreten können.

Von der topographischen Beschreibung ausgehend unterscheidet man: Endometriosis genitalis interna oder Adenomyosis uteri, die Endometriosis genitalis externa und die Endometriosis extragenitalis.

Diagnostik

Die Diagnose der Endometriose kann durch die typischen Symptome und den Ausschluss anderer Erkrankungen zwar vermutet werden, beweisend ist allerdings einzig die Laparoskopie mit Exzision oder mindest Probeexzision suspekter Areale und histologischer Aufarbeitung derselben. Durch eine gründliche Anamneseerhebung und eine vollständige gynäkologische Untersuchung lässt sich die Verdachtsdiagnose aber häufig bereits stellen. Schwierige Differenzialdiagnosen stellen die PID („pelvic inflammatory disease“) und die interstitielle Zystitis dar. Weitere Erkrankungen, die ebenfalls ausgeschlossen werden müssen, sind Reizdarmsyndrom, Ovarialkarzinome, Adhäsionen, Kolonkarzinom und Divertikulitis. Ein diagnostisches Dilemma stellt unverändert die Adenomyosis uteri dar, die häufig erst am Hysterektomiepräparat diagnostiziert wird.

Für die Diagnose der Endometriose sind folgende Punkte zu berücksichtigen:

1. Anamnese
2. Gynäkologische Untersuchung (vaginal unter besonderer Berücksichtigung der Fornices und des Septum rectovaginale, rektal)
3. Ultraschall (vaginal, gegebenenfalls transrektal)
4. Laparoskopie (Visualisierung, histologische Klärung)
5. Laboruntersuchungen
6. Zusatzuntersuchung wie z. B. MRT

Bei der Anamnese ist nach Leitsymptomen zu fragen. Dazu gehören Dysmenor-

rhoe, Dyspareunie, Darmsymptomatik/Dyschezie, Dysurie, Blutungsstörungen, Sterilität und auffallende Häufung von so genannten „uncharakteristischen Symptomen“. Die angegebenen Symptome treten vielfach kombiniert auf. Bei der Inspektion können die klinischen Zeichen wie Druckschmerzen im Beckenbereich, Verhärtungen im Beckenbindegewebe etc. den Verdacht erhärten.

Behandlungsoptionen bei Endometriose

1. Chirurgische Verfahren

(z. B. Exzision (z. B. Nabel, Narbe), Laparoskopie etc.)

Ziel der operativen Verfahren ist die möglichst komplette Entfernung aller sichtbaren Endometrioseherde ohne Rücksicht auf Organgrenzen, aber unter Berücksichtigung der individuellen Patientensituation (z. B. ovar- oder tubenerhaltend), auch wenn damit oft das Rezidiv vorprogrammiert erscheint!

2. Medikamentöse Therapie

- a. Östrogen/Gestagen-Kombinationen (Pille)
- b. Gestagene
- c. GnRH¹⁾-Agonisten
- d. Danazol
- e. Aromatasehemmer, Cox-2-Hemmer, Selektive Progesteronrezeptormodulatoren und Östrogenrezeptor- β -Agonisten – zurzeit in experimenteller bzw. klinischer Untersuchung

3. Weitere Therapieansätze

Dieser Bereich ist äußerst umfangreich und komplex. Dazu gehören Psychotherapie, Physiotherapie, Ernährungstherapie, Homöopathie, Entspannungsverfahren etc. Mit Ernährungsumstellung und Lifestyle-Anpassung lassen sich oft beeindruckende Erfolge bei Schmerzsymptomatik betreffend erzielen.

Im Idealfall ließe sich durch die Behandlung der Endometriose neben einer Beseitigung oder zumindest Milderung der Beschwerden auch eine Regulierung der Intensität und Dauer der Monatsblutungen sowie eine Rückbildung bzw. Abheilung der Endometrioseherde erzielen und damit bei Kinderwunschpatientinnen indirekt die Schwangerschaftsrate erhöhen.

1) Gonadotropin Releasing Hormon

Zur medikamentösen Therapie kommen heutzutage einerseits Gestagene, (beispielsweise Dydrogesteron (Duphas-ton®), Medroxyprogesteronacetat (MPA)) oder Danazol, und andererseits GnRH-Agonisten in Frage. Noch im Experimentalstadium oder in klinischer Untersuchung sind folgende Substanzgruppen: GnRH-Antagonisten, Cox-2-Hemmer, selektive Progesteronrezeptormodulatoren, Aromatasehemmer und Östrogenrezeptor- β -Agonisten.

Auch wenn die Endometriose bezüglich ihrer Ätiologie unverändert viele Rätsel aufgibt, so gelten zwei Aspekte als gesichert: Zum einen ist die Endometriose eine unterdiagnostizierte Erkrankung, d. h. von den geschätzten 10 % aller betroffenen Frauen im reproduktiven Lebensalter sind bei weitem nicht alle Fälle als solche bekannt respektive exakt abgeklärt worden, und der Umstand, dass es sich defintionsgemäß um eine chronische Erkrankung handelt, wird den betroffenen Patientinnen gegenüber nicht klar genug kommuniziert. Die sekundäre Dysmenorrhoe gilt jedenfalls als Kardinalsymptom der Endometriose und aus diesem Grund werden verschiedene Gestagene seit über 20 Jahren zur symptomatischen Behandlung der Endometriose eingesetzt. Im angloamerikanischen Raum wird vor allem Danazol wegen seiner gestagenen Partialwirkung eingesetzt.

Die orale Gestagensubstitution in niedriger Dosierung (5–20mg täglich) wurde als wirksames Behandlungsprinzip bei endometriosebedingten Symptomen beschrieben. Die Wahl der Gestagensubstanz hängt vom Nebenwirkungsprofil und der subjektiven Verträglichkeit ab und die Dosierung richtet sich nach der biologischen Wirksamkeit am Endometrium.

Bei massiver Endometriose oder entsprechender klinischer Symptomatik (die typischerweise nicht mit dem Erkrankungsstadium korrelieren muss!) wird durch GnRH-Analoga eine Pseudomenopause induziert und die Östrogenspiegel fallen auf entsprechende Werte.

Dies erklärt das typische Nebenwirkungsprofil im Sinne von Wechselbeschwerden (Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Herzrasen, vaginale Trockenheit, Kopfschmerzen, Stimmungsschwankungen etc.), die sich durch die routinemäßige Anwendung der sog. Add-back-Therapie (= Östrogen substitution) ohne Wirkungsverlust der Primärtherapie erstklassig beherrschen lassen. Bei Langzeitanwendung der GnRH-Analoga besteht die Gefahr für die Ausbildung osteoporotischer Veränderungen.

Danazol hat sich als neuer Therapiestandard in den 1970er Jahren durchgesetzt. Die empfohlene Dosis von Danazol hat jedoch substantielle androgene Nebenwirkungen wie vermehrtes Haarwachstum, Akne, Seborrhoe, Gewichtszunahme und Stimmungsveränderungen. Gelegentlich kommt es zu einer Veränderung der Stimmlage, die in einem kleinen Teil der Fälle irreversibel ist.

Bei der Endometriose handelt es sich nicht nur um eine komplexe und problematische gynäkologische Erkrankung, sondern viele asymptomatische Frauen leiden auch an den negativen Folgen, die Fertilität betreffend. Schätzungen zufolge leiden 25–50 % der Frauen, die sich wegen Infertilität in ärztliche Behandlung begeben, an Endometriose und man geht davon aus, dass 30–50 % der Endometriosepatientinnen unfruchtbar sind. Das klinische Management bei unfruchtbaren Patientinnen mit leichter bis mittelschwerer Endometriose umfasst kontrolliertes Zuwarten nach chirurgischer Sanierung im Rahmen einer Laparoskopie sowie die Behandlung mit einer der medikamentösen Therapieoptionen bis hin zu allen Methoden der assistierten Reproduktion.

Für Danazol ist kein Nutzen in der Behandlung der endometriosebedingten Infertilität belegt. Zudem wird unfruchtbaren Patientinnen empfohlen, zur Verhinderung möglicher fruchtschädigender Wirkungen unter der Behandlung mit Danazol entsprechend zu verhüten. Über Amenorrhoe wurde unter Danazol bei 84 % der Patientinnen berichtet. Un-

ter der Behandlung mit GnRH-Analoga können die Patientinnen nicht schwanger werden. Nach einer Therapie mit GnRH-Analoga sind die Schwangerschaftsraten mit den bei kontrolliertem Zuwarten zu beobachtenden Empfängnisraten vergleichbar. Nach veröffentlichten Daten zu MPA ist unter der Behandlung mit diesem Gestagen im Hinblick auf die Chancen, schwanger zu werden, mit keinem statistisch signifikanten Nutzen zu rechnen, und bis zum Wiedereinsetzen der Ovulation nach dem Absetzen von MPA dauert es oft relativ lange.

Dydrogesteron ist ein strukturell und pharmakologisch dem körpereigenen Progesteron sehr ähnliches Retroprogesteron-Derivat. Veröffentlichungen zufolge ist Dydrogesteron bei der Linderung bzw. Beseitigung der Symptome der Endometriose wirksam, wobei neben einer Rückbildung der Läsionen bei infertilen Frauen auch über eine Verbesserung der Schwangerschaftsrate berichtet wird.

Dydrogesteron führt zur Atrophie ekto-pischer Endometrium-Herde ohne Effekt auf das eutope Endometrium. Ferner hemmt Dydrogesteron die Bildung neuer Endometrioseherde. Dydrogesteron hat keinen Einfluss auf die Ovulation, und unter einer zyklischen Dydrogesterontherapie kommt es zu regelmäßigen Monatsblutungen. Dies bedeutet, dass die Patientinnen unter einer Behandlung mit Dydrogesteron bei bestehendem Kinderwunsch auch schwanger werden können.

Korrespondenzadresse:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Fritz Nagele
Leiter der Abteilung Geburtshilfe und
Gynäkologie der Privatklinik Goldenes
Kreuz
A-1090 Wien, Lazarettgasse 16–18

Weitere Informationen:

Solvay Pharma GmbH
Dr. Sanja Travica
A-1200 Wien
Dresdner Straße 91/C 2/12
E-Mail: sanja.travica@solvay.com

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](#)