

Aufgepasst bei Bauchschmerzen und Sterilität

Endometriose wird häufig verkannt

**KONSTANTIN MANOLOPOULOS,
MAREK ZYGMUNT, UWE LANG
UND HANS-RUDOLF TINNEBERG**

Endometriose ist die zweithäufigste benigne Erkrankung der Frau im reproduktiven Alter. Da die Beschwerden jedoch sehr unterschiedlich ausgeprägt und oft unspezifisch sind, wird die Diagnose vielfach erst spät gestellt. Insbesondere bei rezidivierenden Unterbauchbeschwerden und Infertilität sollte man auch an eine Endometriose denken. Durch eine adäquate Therapie lassen sich die Beschwerden lindern und Folgeschäden dieser chronisch rezidivierenden Erkrankung minimieren.

Bei der Endometriose findet man funktionell aktive endometriale Drüsen und Stroma ausserhalb des Cavum uteri, bevorzugt im kleinen Becken (*Abbildung 1* und *2*), aber auch in anderen Körperregionen wie Gastrointestinaltrakt, ableitenden Harnwegen oder Lunge (*Tabelle*). Man schätzt, dass 4 bis 12 Prozent aller Frauen im reproduktiven Alter eine Endometriose entwickeln (22). Bei Infertilität liegt die Prävalenz Studien zufolge bei 38 Prozent (18, 23), bei Patientinnen mit chronisch rezidivierenden Unterbauchschmerzen sogar bei 71 bis 78 Prozent (6, 12). Die Diagnose Endometriose wird heute häufiger gestellt, wahrscheinlich aber nicht deshalb, weil die Inzidenz zugenommen hat, sondern weil häufiger danach gesucht wird (19). Es scheint eine familiäre Häufung zu existieren, wobei es sich wahrscheinlich um eine polygene und multifaktorielle Vererbung der Endometriosedisposition handelt (1).

Wie entsteht eine Endometriose?

Es gibt verschiedene Theorien zur Genese der Endometriose (21). Es wäre zum Beispiel möglich, dass vitales Endometriumgewebe während der Menstruation retrograd über die Tuben in das kleine Becken gelangt, wo es zur Implantation und Proliferation kommt. Auch eine hämatogene oder lymphogene Aussaat von Endometriumzellen ist denkbar. Zudem könnten vitale Zellen durch operative Eingriffe am Uterus (z.B. Sectio, Myomenukleation) verschleppt werden. Die exakte Ätiologie und Pathogenese der Endometriose ist bis heute nicht bekannt. Genetische, hormonelle und immunologische Faktoren scheinen eine Rolle zu spielen.

Merk-sätze

- Man schätzt, dass 4 bis 12 Prozent aller Frauen im reproduktiven Alter eine Endometriose entwickeln.
- Bei chronischen Unterbauchschmerzen, Dysmenorrhö, Dyspareunie, Zyklusstörungen und Infertilität sollte man an eine Endometriose denken.
- Bei Verdacht auf Endometriose ist der diagnostische Goldstandard die Laparoskopie oder die Laparotomie mit Probebiopsie und histologischer Sicherung.
- Stehen die Schmerzen bei einer Endometriose im Vordergrund, ist die Operation die Therapie der Wahl.

Symptome je nach Lokalisation

Zum einen kann die Schmerzsymptomatik, zum anderen eine schon länger bestehende Sterilität den Verdacht auf eine Endometriose lenken. Pathognomonische Endometriosesymptome gibt es indes nicht. Denn die Beschwerden sind weitgehend von der Lokalisation abhängig (*Tabelle*). Ausserdem korrelieren Schweregrad der Erkrankung und Schmerzintensität nicht miteinander (16). Patientinnen mit fortgeschrittener Endometriose sind mitunter völlig beschwerdefrei (5). Trotzdem gibt es Symptome, die bei einer Endometriose relativ häufig vorkommen, dazu zählen:

- Zyklische oder chronisch-rezidivierende Unterbauchschmerzen

Aufgepasst bei Bauchschmerzen und Sterilität



Abbildung 1:
Diese aktive Endometriose im Bereich des Peritoneums wirkt opak und transparent.

Dabei zeigen sich echoarme, mit altem Blut gefüllte Zysten («Schokoladезysten» [Abbildung 3]). Kleine Endometrioseläsionen werden mit den bildgebenden Verfahren unzureichend erfasst (1). Symptome, die auf Lokalisationen im Gastrointestinal- oder Urogenitaltrakt schliessen lassen (z.B. zyklische Hämaturie, rektale Blutung), machen weitere endoskopische Verfahren (z.B. Rektosigmoidoskopie, Zystoskopie) notwendig.

Bei Verdacht auf Endometriose ist der diagnostische Goldstandard die Laparoskopie oder die Laparotomie mit Probebiopsie und histologischer Sicherung.

- Sterilität
- Dysmenorrhö
- Dyspareunie
- Zyklusstörungen (prämenstruelle «Spottings»)
- Rückenschmerzen
- Hämaturie oder rektale Blutungen während der Menses
- Rezidivierende Adnexitis/Zystitis.

Bei chronischen Unterbauchschmerzen, Dysmenorrhö, Dyspareunie, Zyklusstörungen und Infertilität sollte man an eine Endometriose denken.

Am häufigsten wird die Endometriose nach dem 30. Lebensjahr diagnostiziert. Dabei ist zu beachten, dass Frauen mit Schmerzsymptomatik über alle Altersklas-

sen fast gleichmässig verteilt vorkommen, während Sterilitätspatientinnen oft jenseits des 30. Lebensjahres den Arzt aufsuchen.

Reinschauen oder aufschneiden

Bei entsprechendem Verdacht und abdominalen Symptomen ist der diagnostische Goldstandard die Laparoskopie unter Weisslichtbedingungen oder die Laparotomie mit Probebiopsie (24, 25). Bildgebende Verfahren wie transvaginale Sonografie, Magnetresonanztomografie erscheinen nur bei zystischen Formationen im Adnexbereich oder im Bereich des kleinen Beckens sinnvoll.

Endometriose und Sterilität

Warum kommt es bei einer Endometriose überhaupt zur Sterilität? Zum einen, weil rezidivierende entzündliche Veränderungen im kleinen Becken zu Adhäsionen und damit zu Veränderungen der Tubenmotilität mit gestörter Ei-Aufnahme führen. Andererseits wirken die von den Endometrioseherden freigesetzten entzündlichen Mediatoren im kleinen Becken und Uterus als immunologische Sterilitätsfaktoren.

Therapie ruht auf drei Säulen

Minimale Endometrioseherde (z.B. Zufallsbefunde im Rahmen einer Sterilisation),



Abbildung 2: Komplette Exzision eines oberflächlichen Endometrioseherdes an der Ovaroberfläche.

Aufgepasst bei Bauchschmerzen und Sterilität



Abbildung 3: Eröffnung einer Endometriosezyste am Ovar (so genannte «Schokoladenzyste»).

die keine Beschwerden machen, müssen auch nicht behandelt werden. Liegen Beschwerden vor, basiert die Therapie auf drei Säulen:

- Operation (Laparoskopie/Laparotomie) mit Sanierung der Endometrioseherde (Exzision, Vaporisation, Koagulation) oder Entfernung von Endometriosezysten, eventuell kombiniert mit Adhäsio-lyse
- Medikamentöse Therapie (GnRH-Agonisten, Danazol, Gestagene, orale Kontrazeptiva, Antiphlogistika)
- Kombination von operativer und medikamentöser Therapie.

Welcher therapeutische Weg eingeschlagen wird, hängt zum einen vom Befund (Stadium und Aktivität der Endometriose, Beschwerden) und zum anderen von den Bedürfnissen der Patientin (Kinderwunsch, abgeschlossene Familienplanung, Alter) ab.

Tabelle: **Symptome in Abhängigkeit von der Lokalisation der Endometriose**

Lokalisation	Symptome
Weibliches Genitale	Dysmenorrhö Unterbauchschmerzen, Schmerzen im kleinen Becken Dyspareunie Sterilität Zyklusstörungen Schmerzen durch Torsion oder Ruptur einer Endometriosezyste Rückenschmerzen
Gastrointestinalsistem	Zyklische, rektale Blutung Defäkationsschmerzen Diarrhö Obstipation Darmobstruktion
Ableitende Harnwege	Zyklische Hämaturie Miktionsschmerzen Ureterstenose/Obstruktion der ableitenden Harnwege Nierenstau
Postoperative Narben/Nabel	Zyklische Schmerzen und Blutung im Narbengebiet
Lunge	Zyklische Hämoptyse

Vorgehen bei Schmerzen

Die therapeutische Methode der Wahl bei gesicherter Endometriose ist die Operation. Als Alternative bei ausgedehnter, aber unzureichender operativer Sanierung empfiehlt sich die medikamentöse Behandlung mit GnRH-Agonisten oder Danazol. Bei einem Rezidiv oder persistierenden Beschwerden (20–40% der Frauen [7]) gilt es zunächst, die Diagnose erneut laparoskopisch und bioptisch zu bestätigen. Ging eine medikamentöse Behandlung voraus, kann man je nach Alter und individuellen Bedürfnissen der Patientin erneut medikamentös behandeln oder eine operative Sanierung der Endometrioseherde, kombiniert mit der laparoskopischen uterosakralen Nervablation (LUNA), anstreben. Die Uterusexstirpation mit bilateraler Salpingo-Ovarektomie kommt schliesslich als Ultima Ratio in Frage. 90 Prozent der Patientinnen sind danach schmerzfrei. Stehen die Schmerzen bei einer Endometriose im Vordergrund, ist die Operation die Therapie der Wahl.

Vorgehen bei Sterilität

Ist die Endometriose aktiv und liegen weitere Fertilitätshindernisse (z.B. Adhäsio-

Aufgepasst bei Bauchschmerzen und Sterilität

Adenomyosis uteri – eine pathologisch-anatomische Variante der Endometriose

Die Adenomyosis uteri ist eine pathologisch-anatomische Variante der Endometriose, bei der endometriales Stroma ohne Drüsenbestandteile ausserhalb seiner anatomischen Grenzen vorliegt. Die meisten der in der Literatur beschriebenen Fälle betreffen Frauen zwischen dem 30. und dem 50. Lebensjahr. Charakteristische klinische Symptome sind Dysmenorrhö und Blutungsstörungen. Bei der gynäkologischen Untersuchung zeigt sich ein vergrößerter, gelegentlich elastischer Uterus. Die Hysterektomie ist die Therapie der Wahl.

nen) vor, empfiehlt sich die operative Sanierung. Bei inaktiver Endometriose als einzigem Sterilitätsfaktor sollte man nur bei fortgeschrittener Erkrankung operieren, da ansonsten auch das operative Trauma zu Narbenbildung und Adhäsionen führen kann und somit einen zusätzlichen iatrogenen Sterilitätsfaktor darstellt (22).

Der Eingriff sollte in jedem Fall laparoskopisch erfolgen, entweder in Form der ablativen Laserbehandlung oder als Elektrovaporisation/Koagulation (24). Patientinnen mit aktiver, fortgeschrittener Endometriose erhalten anschliessend eine medikamentöse Therapie (z.B. GnRH-Agonisten).

Eine suffiziente Endometriosedagnostik sollte von einem erfahrenen und operativ versierten Gynäkologen und wenn möglich in einem dafür ausgewiesenen Endometriosezentrum erfolgen. ●

Das Literaturverzeichnis kann beim Autor angefordert werden.

Für die Autoren:

*Dr. med. Konstantin Manolopoulos
Universitäts-Frauenklinik Giessen*

Rudolf Buchheim-Strasse 8

D-35385 Giessen

Tel. 0049-641 99 40001

Fax 0049-641 99 40009

Interessenkonflikte: keine deklariert

Dieser Artikel erschien zuerst in

«Der Allgemeinarzt 6/2004».

Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.

Muss man mitmachen!

Fax: 052-672 23 89