

# Endometriose

## Diagnose und Therapiemöglichkeiten

Die Endometriose ist eine recht häufige gynäkologische Erkrankung, bei der hormon-aktive endometriale Drüsen und Stroma ausserhalb des Cavum uteri vorkommen. Bevorzugt finden sich die Herde im kleinen Becken, aber auch im Gastrointestinaltrakt, im Ovar, in den ableitenden Harnwegen oder gar in der Lunge. Eine Autorengruppe hat im «American Family Physician» Wissenswertes über Diagnose und Therapie vorgestellt.

### AMERICAN FAMILY PHYSICIAN

Die Endometriose ist eine Krankheit, die ihrer Art nach einzigartig ist. Sie ist durch die Präsenz von Endometriumgewebe ausserhalb seines angestammten Platzes gekennzeichnet. Dabei ist die Endometriose keinesfalls eine Rarität, die Morbidität ist sogar beachtlich, wie die Autoren schreiben. In den USA beispielsweise macht die Erkrankung bei Frauen im Alter zwischen 15 und 44 Jahren die dritthäufigste Diagnose im Krankengut gynäkologischer Kliniken aus. Die Prävalenz in der Bevölkerung wird mit etwa 10 Prozent angegeben. Bei Frauen mit Schmerzen im kleinen Becken und bei Frauen, die infertil sind, beträgt die Prävalenz sogar 82 Prozent.

### Ätiologie und Pathogenese

Obwohl die Endometriose bereits im Jahr 1860 beschrieben wurde, ist es bis heute nicht gelungen, Ätiologie und Pathogenese umfassend aufzuklären. An Theorien mangelt es hingegen nicht. Ein Ansatz geht davon aus, dass Endometriumgewebe während der Menstruation retrograd über die Tuben in das kleine Becken gelangt, sich dort einpflanzt und unter dem Hormoneinfluss proliferiert. Andere Forscher mutmassen, dass

## Merksätze

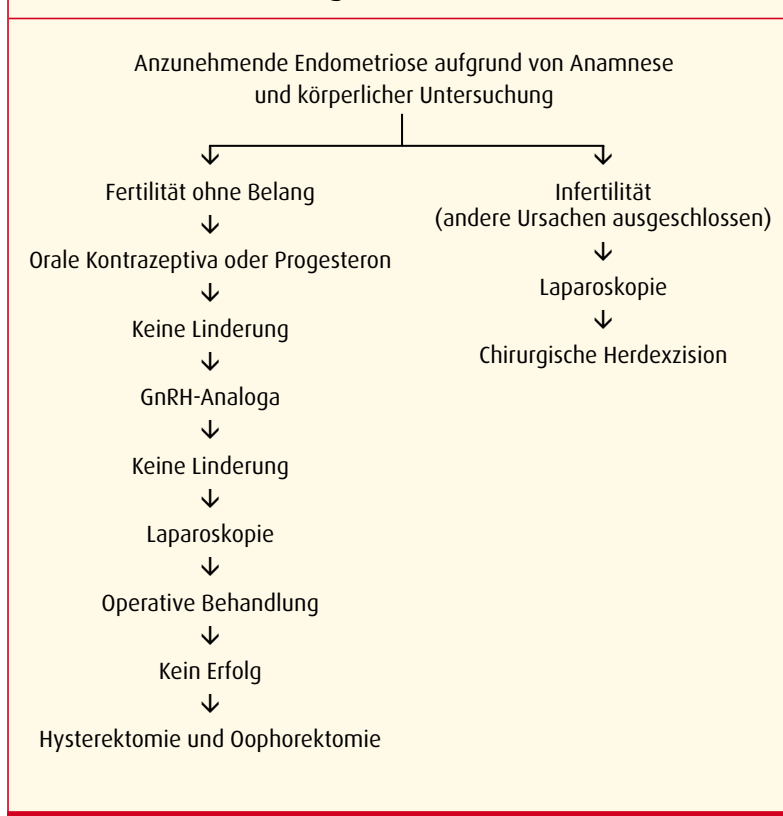
- ❑ Die Endometriose ist eine häufige Erkrankung bei Frauen im gebärfähigen Alter.
- ❑ Bei chronischen Unterbauchschmerzen, Dysmenorrhö, Zyklusstörungen und Infertilität sollte an eine Endometriose gedacht werden.
- ❑ Die Ursache der Erkrankung ist letztlich ungeklärt.
- ❑ Die Therapie zielt auf Schmerzbekämpfung und Beseitigung/Verhinderung der Infertilität. Dazu stehen operative und medikamentöse Verfahren zur Verfügung.

auch eine hämatogene oder lymphogene Aussaat von Endometriumzellen vorkommen kann. Zudem können möglicherweise vitale Zellen infolge operativer Eingriffe am Uterus verschleppt werden. Genetische, hormonelle und immunologische Faktoren scheinen ebenfalls eine Rolle zu spielen. Man geht heute vielfach davon aus, dass das Endometrium der betroffenen Frauen abnormal verändert ist. Rein statistisch hat sich gezeigt, dass Frauen mit kürzeren Menstruationszyklen, längerer Regelblutung und früh einsetzender Menarche häufiger betroffen sind.

Sicher scheint zu sein, dass genetische Komponenten zur Krankheit beitragen können. Untersuchungen, etwa aus der Zwillingsforschung, haben gezeigt, dass öfter eine familiäre Häufung besteht, wobei es sich wahrscheinlich um eine polygene und multifaktorielle Vererbung einer Endometriosedisposition handelt. Die Wahrscheinlichkeit einer Endometriose steigt rechnerisch um das Sechsfache, wenn erstgradige Verwandte betroffen sind.

Hinsichtlich möglicher Umweltfaktoren ist die Erkenntnislage weniger klar. Lange Zeit wurden beispielsweise Dioxinbelastungen angeschuldigt, doch konnten die vorliegenden Verdachtsmomente letztlich nicht so erhärtet werden, dass alle Experten hiervon zu überzeugen waren. Auch die Belastung der Umwelt mit östrogenartigen Chemikalien ist angeschuldigt

Tabelle: **Behandlungsschritte bei Endometriose**



worden, allerdings gestaltet es sich angesichts der Vielzahl möglicher Umwelteinflüsse als schwierig, einen eindeutigen Zusammenhang nachzuweisen.

**Endometriose und Krebs**

Frauen mit Endometriose haben offenbar ein erhöhtes Risiko, einen Tumor in den Eierstöcken zu erleiden. Daneben sollen, gemäss japanischen Studien, auch Mammakarzinom, Non-Hodgkin-Lymphome und Melanome bei den Frauen etwas häufiger vorkommen. Auch wenn diese Ergebnisse nicht unwidersprochen geblieben sind, empfehlen manche Autoren, bei betroffenen Frauen einmal jährlich eine Untersuchung durchzuführen.

**Symptome und Diagnose**

Die Endometriose wird oft erst spät als solche erkannt. Grund dafür dürfte sein, dass es keine pathognomonischen Endometriosesymptome gibt. Oft lenkt die Schmerzsymptomatik oder aber eine schon länger bestehende Unfruchtbarkeit den Verdacht auf die Erkrankung. Die Beschwerden sind weitgehend von der Lokalisation abhängig. Allerdings korrelieren Schweregrad der Erkrankung und Schmerzintensität nicht miteinander; selbst Patientinnen mit fortgeschrittener Endometriose sind zuweilen völlig beschwerdefrei. Bestimmte Symptome kommen aber bei einer Endometriose recht häufig vor. Hierzu zählen neben den zyklischen (prämenstruellen) oder chronisch-rezidivierenden Unterbauchschmerzen und Sterilität auch schmerzhafte Blutungen, Zyklusstörungen (z.B. prämenstruelle Spot-

tings), Rückenschmerzen, Hämaturie oder rezidivierende Adnexitis oder Zystitis. Eine Patientenbefragung bei Frauen in Grossbritannien und den USA, die sich an Endometriosezentren befanden, fand heraus, dass etwa 70 Prozent Beckenschmerzen, mehrheitlich mit Dysmenorrhö und fast in der Hälfte mit Dyspareunie, aufwiesen. Bei einer britischen Studie hatten viele Frauen mit Unterleibsschmerzen auch ein irritables Kolon.

Liegt ein Verdacht vor, so ist der diagnostische Goldstandard die Laparoskopie unter Weisslichtbedingungen oder die Laparotomie mit Probebiopsie und histologischer Sicherung. Bildgebende Verfahren wie transvaginale Sonografie, Magnetresonanztomografie und Computertomografie erscheinen nur bei zystischen Formationen im Adnexitisbereich oder im Bereich des kleinen Beckens sinnvoll. Allerdings werden kleine Endometrioseherde mit den bildgebenden Verfahren nur schlecht erkannt. Symptome, die auf Lokalisationen im Gastrointestinal- oder Urogenitaltrakt schliessen lassen, machen weitere endoskopische Verfahren (z.B. Rektosigmoidoskopie, Zystoskopie) notwendig. Die Bestimmung des Serum-Krebsantigens 125 (CA 125), das etwa beim Ovarkarzinom eingesetzt wird,

ist diagnostisch wenig zuverlässig, kann aber als Marker bei der Verlaufsbeobachtung gelegentlich eine Rolle spielen.

**Therapie**

Die Therapie hat im Wesentlichen zwei Ziele: die Linderung der Schmerzen und die Verhinderung von Infertilität. Die Herde können operativ im Rahmen der Laparoskopie saniert werden, etwa durch Exzision oder Koagulation. Die präsakrale Neurektomie – ein Eingriff, bei dem die sympathischen Nervenstränge des Uterus durchtrennt werden – vermag auch Schmerzen zu lindern. Die Hysterektomie und die Salpingo-Oophorektomie sind «definitive» Therapien, obwohl es keine randomisierten Studien zu diesem Verfahren gibt. In einer retrospektiven Untersuchung zehn Jahre nach Hysterektomie und bilateraler Salpingektomie waren die Symptome bei 10 Prozent wiederkehrt. Bei Frauen, die nur hysterektomiert wurden, traten bei 62 Prozent erneut Symptome auf.

Es gibt aber auch die Möglichkeit konservativer, also medikamentöser Behandlungen. Hierbei stehen unter anderem GnRH-Agonisten, wie etwa Leuprorelin (z.B. Lucrin®) oder Goserelin (z.B. Zoladex®), sowie Danazol (Danatrol®), Gestagene und orale Kontrazeptiva zur Verfügung. NSAR sind, obwohl ihre Wirkung eigentlich wahrscheinlich ist, bis heute in dieser Indikation nicht gut untersucht, wie die Autoren schreiben. Die Wahl der Therapie hängt von den Beschwerden beziehungsweise der Aktivität der Herde ab, aber auch vom Patientinnenwunsch. Nach Auffassung der Autoren sind Kontrazeptiva und Medroxyprogesteron momentan zumeist erste Wahl.

Die medikamentöse Therapie zielt auf die Unterdrückung der Ovarfunktion und damit auf die Einschränkung des Wachstums und der Aktivität der Endometrioseherde. Mit Blick auf die Infertilität wird eine Operation in vielen Fällen notwendig sein, auch wenn zum Teil widersprüchliche Resultate über die Erfolgsaussichten vorliegen. Einige Autoren empfehlen, man solle bei inaktiver Endometriose als einzigem Sterilitätsfaktor nur in fortgeschrittenem Erkrankungsstadium operieren, da sonst auch das operative Trauma zu Narbenbildung und Adhäsionen führen kann und somit einen zusätzlichen iatrogenen Sterilitätsfaktor darstellt.

Der Eingriff sollte in jedem Fall laparoskopisch erfolgen, entweder in Form der ablativen Laserbehandlung oder als Elektrovaporisation/Koagulation. Alle Patientinnen mit aktiver, fortgeschrittener Endometriose erhalten anschliessend eine medikamentöse Therapie (z.B. GnRH-Agonisten). Ob eine operative Behandlung die Chancen einer In-vitro-Fertilisation verbessert, ist fraglich.

### **Wann zum Spezialisten überweisen?**

Eine Überweisung ist angezeigt, wenn eine Diagnostik mittels Laparoskopie oder Laparotomie plus Biopsie oder aber ein operativer Eingriff ansteht. Die Therapie mit GnRH-Analoga oder Danazol (bei Versagen der Kontrazeptiva) kann von einigen Nebenwirkungen begleitet sein. Manchmal ist es in diesen Fällen besser, die Therapie in die Hände eines Spezialisten zu legen. Mit der Problematik vertraute Hausärzte können diese Medikamente aber auch ohne Weiteres selbst verschreiben, meinen die Autoren. ■

Anne L. Mounsey et al.: Diagnosis and management of endometriosis. *Am Fam Physician* 2006; 74: 596-600.

Interessenkonflikte: Die Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

*Uwe Beise*