

Endometriose – die schwierige Erkrankung

Die schwierige Erkrankung Endometriose. Schwierig zu verstehen, schwierig zu diagnostizieren und schwierig zu therapieren. Eine Erkrankung, die sowohl die Patientinnen, aber auch die behandelnden Ärzt/innen vor große Herausforderungen stellt. Für die Patientinnen ist Endometriose eine schwierige Erkrankung, weil es zumeist mehrere Jahre dauert, bis die Diagnose Endometriose gestellt wird, und somit den Symptomen ein Name gegeben werden kann. Die Erkrankung aber bleibt auch dann noch schwierig, weil nunmal niemand erklären kann, warum Endometriose entsteht, und demzufolge keine kausale Therapie bekannt ist. Die Erkrankung ist schwierig, weil im Rahmen der Behandlung häufig mehrere Operationen erfolgen und hormonelle Therapien einen großen Einfluss auf den Gesamtorganismus der betroffenen Patientin haben können. Die Endometriose ist schwierig, weil sie Symptome verursacht, die je nach Ausprägung in Kombination mit den operativen und medikamentösen Therapien einen Einfluss auf vielfältige Lebensbereiche der Frauen haben können. Für den behandelnden Arzt bzw. die behandelnde Ärztin ist die Endometriose eine Krankheit, die schwierig zu diagnostizieren ist. Sie bleibt im Rahmen der gynäkologischen Untersuchung und der transvaginalen Ultraschalluntersuchung oft unsichtbar. Sie ist eine schwierige Erkrankung, weil wir sie nicht einfach heilen können, sondern weil sie häufig eine Art chronischen Verlauf nimmt und die therapeutischen Ansätze begrenzt sind. Die Endometriose ist schwierig, weil wir uns mit dem Leiden der betroffenen Patientinnen ehrlich auseinandersetzen müssen und dies hohe Anforderungen an unsere medizinischen, aber auch psychosomatischen und psychosozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten stellt. Die Endometriose ist aber auch schwierig, weil sie, obwohl gutartig, äußerst hohe Anforderungen an den/die Operateur/in stellt und bei ausgeprägten Befunden zu den schwierigsten operativen Eingriffen unseres Faches gehört.

In der aktuellen Leitlinie der AWMF wird die Endometriose als für Patientinnen und Ärzt/innen gleichermaßen verwirrende Erkrankung bezeichnet. Unsere Aufgabe sollte es nun sein, diese Verwirrung Schritt für Schritt aufzuheben und den genannten Schwierigkeiten entgegenzutreten. Hierfür müssen erstens die bestehenden klinischen und wissenschaftlichen Erkenntnisse in Diagnostik und Therapie von allen Behandlern berücksichtigt und umgesetzt werden. Und zweitens Studien initiiert werden, die weitere Entwicklungen in der Behandlung der Endometriose ermöglichen.

Die Erstdiagnose

Die diagnostische Laparoskopie mit Biopsie und feingeweblicher Aufarbeitung ist nach wie vor die einzige Möglichkeit der sicheren Diagnosestellung und einer exakten Stadieneinteilung der Endometriose. Die Laparoskopie ist eine sichere und etablierte Methode mit einer sehr geringen Komplikationsrate. Bei Vorliegen einer Endometriose kann die diagnostische Operation zu einem therapeutischen Eingriff erweitert werden und eine Sanierung der Erkrankung erfolgen. Der Zeitpunkt der Laparoskopie muss letztlich von der Symptomatik und dem damit verbundenen Leidensdruck abhängig gemacht werden. Bei entsprechendem Verdacht sollte nicht unnötig lange auf das Durchführen einer Laparoskopie gewartet werden. Zahlreiche andere, teils auch aufwendige und mit Komplikationen verbundene Untersuchungen verschiedenster Fachrichtungen können so in vielen Fällen vermieden werden. Die Hemmschwelle zur Laparoskopie liegt in vielen Fällen eindeutig zu hoch. Voraussetzung ist allerdings, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte die Endometriose als Differentialdiagnose berücksichtigen. Die Operation selbst, soll-

te auch beim Ersteingriff im zertifizierten Zentrum erfolgen. Somit ist die sichere Abklärung gewährleistet und eine Stadieneinteilung garantiert. Für den zukünftigen Verlauf der Behandlung der Erkrankung ist dies bereits von entscheidender Bedeutung. Endometriose zu erkennen ist nicht immer einfach. Gerade bei sehr jungen Patientinnen kann ohne hinreichende Erfahrung ein falsch-negativer Befund erhoben, d. h. eine Endometriose übersehen werden. Dies ist von größter Bedeutung, gerade weil es keinen Zusammenhang zwischen Herdgröße und Schmerzintensität gibt. Das frühzeitige Erkennen und entsprechende operative Destruieren und Entfernen des betroffenen Gewebes kann so in zahlreichen Fällen schwere Verläufe mit tiefer Infiltration und Organbeteiligung verhindern.

Tief-infiltrierende Endometriose

Die Endometriose kann in die Tiefe von Geweben eindringen und diese infiltrieren. Dies kann neben entsprechenden Schmerzen auch zu Funktionseinschränkungen der betroffenen Organe führen und einen weiteren negativen Einfluss auf die Fruchtbarkeit haben. Eine komplexe tief-infiltrierende Endometriose entsteht nicht in kurzer Zeit, sodass möglicherweise zahlreiche dieser komplexen Fälle durch entsprechende frühzeitige Diagnostik vermieden werden könnten. Allerdings muss in diesem Zusammenhang erwähnt werden, dass es auch die symptomfreie Patientin mit ausgedehnter Endometriose gibt. Die operative Entfernung der tief-infiltrierenden Endometrioseherde ist der wesentliche Behandlungsstandard. Verbunden mit dem Wunsch nach Organerhalt stellt dies sehr hohe Anforderungen an die Operateur/innen, weshalb eine Spezialisierung unbedingte Voraussetzung ist und entsprechende Eingriffe außerhalb von zertifizierten Zentren vermieden werden sollten. Ziel einer solchen Operation muss nicht immer die Entfernung aller Herde sein, sondern die Entfernung aller Herde unter Berücksichtigung des Organerhaltes und des Kinderwunsches der Patientin. Die Entscheidung über den Grad der Radikalität muss intraoperativ vom Operateur getroffen werden. Voraussetzung hierfür ist ein ausführliches präoperatives Aufklärungsgespräch und die genaue Kenntnis des Operateurs bzw. der Operateurin über die Symptome, die Lokalisation von Schmerzen, Erwartungen und Vorstellungen der Patientin. Eine ideale Operation im Sinne der Qualität gibt es hierbei nicht, aber eine Patientin mit Kinderwunsch, die postoperativ schwanger wird, oder eine Patientin mit starken Regelschmerzen, Schmerzen beim Verkehr oder Stuhlgang, die postoperativ symptomfrei ist, wird mit dem Ergebnis zufrieden sein.

Rezidivprophylaxe

Endometriose kommt in sehr vielen Fällen auch nach fachgerecht durchgeführter Operation zurück. Operativ entfernen kann man nur die sichtbaren Läsionen, jedoch nicht die zu kleinen für das menschliche Auge unsichtbaren Herde. Unter dem Einfluss von Östrogen können diese sich in vielen Fällen wieder entwickeln und erneut zu Beschwerden führen. Die in der aktuellen Leitlinie empfohlene Prophylaxe mit Gelbkörperhormonen kann die Wahrscheinlichkeit des Wiederauftretens senken und so das Ergebnis der Operation im Sinne der Symptomlinderung oder Symptomfreiheit konservieren. Dienogest ist hierbei Hormon der Wahl. Die möglichen Nebenwirkungen müssen allerdings erläutert werden und zwingen unter Umständen zum Wechsel auf ein anderes Präparat. Andere geringer dosierte Gelbkörperhormone haben häufig geringere Nebenwirkungen, könnten jedoch unterdosiert sein und so keine ausreichende Prophylaxe darstellen. Eine weitere Möglichkeit besteht in der gering dosierten Zunahme von Östrogen in Kombination mit Gelbkörperhormonen, wie zum Beispiel Dienogest. Letztlich muss eine individualisierte Therapie erfolgen. Voraussetzung ist die ausführliche Beratung, regelmä-

ßige Nachuntersuchungen und die Klarheit darüber, dass die Möglichkeiten der langjährigen therapeutischen Maßnahmen, auch unter Berücksichtigung von GnRH-Analoga und komplementärmedizinischen Ansätzen wie Osteopathie, Akupunktur, Ernährungsweise und antientzündlicher Medikation begrenzt sind und ein Kompromiss zwischen Symptomatik, Kinderwunsch und eventueller Nebenwirkung gefunden werden sollte. Eine Alternative oder Ergänzung stellt in zahlreichen Fällen die Therapie mit einer Spirale dar, die geringe Mengen von Gelbkörperhormon lokal abgibt. Diese wirkt besonders gut bei der sogenannten Adenomyose, der Endometriose der Gebärmuttermuskulatur.

Adenomyose

Die Adenomyose ist eine besonders „schwierige“ Form der Endometriose. Sie führt zu Regelschmerzen und Blutungsstörungen und kann einen ungünstigen Einfluss auf die Fruchtbarkeit haben. Die Diagnosesicherung mittels Biopsie ist unzuverlässig. So bleibt die transvaginale Ultraschalluntersuchung als einfache, aber noch nicht ausreichend untersuchte Methode der Diagnosesicherung der Erkrankung. In Zweifelsfällen kann auch eine Magnetresonanztomographie ergänzend durchgeführt werden. In fast 50 % der Fälle mit tief-infiltrierender Endometriose liegt auch eine Adenomyose vor. Dies bedeutet, dass die Gebärmutter selbst Teil des Problems ist. Auch bei kompletter Sanierung der Endometriose bleiben so häufig Symptome bestehen, da die Adenomyose in den meisten Fällen operativ nicht therapiert werden kann. In einigen Fällen liegt eine sogenannte fokale Adenomyose vor, deren Entfernung dann auch die Symptome beseitigt. Bei der diffusen Adenomyose jedoch kann eine wirksame Therapie mit einer hormon-abgebenden Spirale erzielt werden. Der Blick für die Adenomyose muss daher für die Untersucher geschärft werden und die parallele Behandlung dieser Form der Erkrankung auch bei Patientinnen mit Kinderwunsch muss Teil des Gesamtkonzeptes werden. In mehr als 20 Zentren der SEF findet aktuell eine Studie statt, die die Möglichkeiten der Diagnostik bei Adenomyose genauer beleuchtet.

Aussicht

Obwohl noch viele Fragen offen sind und weiterhin ein großer Bedarf an Forschung und Entwicklung, aber auch nur an einfacher Aufklärung besteht, ist die Diagnostik und Therapie der Endometriose in Bewegung. Keinesfalls gibt es einen Grund den Kopf in den Sand zu stecken. Ganz im Gegenteil, mit dem System der Zertifizierung von Zentren ist es der Stiftung Endometrioseforschung gelungen ein Netzwerk von Experten zu etablieren, die sich der Erkrankung angenommen haben. Die Entwicklung in der minimal-invasiven gynäkologischen Chirurgie in Kombination mit der Zentrenbildung hat bereits zu einer erheblichen Verbesserung der Qualität in Diagnostik und Therapie geführt. Das Networking der einzelnen Zentren mit den umgebenden Praxen muss weiter ausgebaut werden, um so auch weiter ein profundes Bewusstsein für die Erkrankung, deren Symptome und die komplexen Anforderungen an Diagnostik und Therapie zu schaffen. Ärzt/innen und Patientinnen müssen im Dialog bleiben. Wir müssen akzeptieren, dass unsere Möglichkeiten begrenzt sind und weiterhin Einiges im Dunkeln liegt. Der ehrliche Umgang mit diesen Tatsachen schafft Vertrauen. Und genau dies ist, was wir für einen erfolgreichen gemeinsamen Weg brauchen.

Dr. Harald Krentel ist Gynäkologe und Chefarzt in der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, St. Anna Hospital, Herne (zertifiziertes klinisch-wissenschaftliches Endometriosezentrum)

www.annahospital.de