

Herausforderung Endometriose

Operative Therapie und postoperative Nachbehandlung

Behandlungskonzept und Ziel einer Endometriose-Operation richten sich nach der individuellen Situation und den Bedürfnissen der Patientin. Bei persistenten Beschwerden trotz medikamentöser Therapie und klinischem Verdacht auf Endometriose sollte die Indikation zur Laparoskopie grosszügig gestellt werden.

Le but du traitement et la stratégie opératoire à suivre dépendent de la situation et des besoins individuels de la patiente et doivent être définis avant l'opération. Lors de symptômes persistants malgré un traitement médical adéquat et lors de symptômes cliniques évoquant une suspicion d'endométriose, une laparoscopie exploratrice et éventuellement opératoire doivent être indiquée généreusement.

Die Laparoskopie mit Gewebeentnahme zur histologischen Sicherung ist nicht nur Goldstandard zur Diagnosestellung, sondern gleichzeitig auch der geeignete Zugang für eine operative Therapie. Der Erfolg des Eingriffs ist stark von der klinischen und technischen Erfahrung des Operateurs abhängig. Bei Persistenz von Beschwerden trotz medikamentöser Therapie, klinischem Verdacht auf Endometriose, Endometriome oder Befall des Septum rectovaginale ist wie bei unerfülltem Kinderwunsch, die Indikation zur Laparoskopie grosszügig zu stellen [1].

Die individuelle Situation jeder Patientin, ihr Alter, ihre reproduktiven Erwartungen und ihre Schmerzsymptomatik erfordern die Festlegung eines individuellen Behandlungskonzepts. Deshalb ist es sehr wichtig, präoperativ mit der Patientin zu eruiieren, was im Vordergrund steht (Schmerzen, Kinderwunsch oder beides), damit das Ziel des Eingriffs präoperativ festgelegt werden kann.

Der Übersichtlichkeit wegen werden im Folgenden die unterschiedlichen Manifestationen der Endometriose getrennt besprochen, obwohl sie oft kombiniert auftreten.

Peritoneale Endometriose

Bei der Laparoskopie können peritoneale Endometrioseherde ein unterschiedliches Erscheinungsbild haben. Es wird zwischen roten, weissen und schwarzen Herden bzw. zwischen pigmentierten und nicht pigmentierten (atypischen) Herden unterschieden. Die unterschiedlichen Farben der Befunde geben Auskunft über den Aktivitätsgrad der Endometriose. Die roten und nicht pigmentierten Herde werden als frühe Manifestationen der Endometriose angesehen und gelten als besonders aktiv. Durch Einlagerung von Hämosiderin kommt es zu einer schwarz-braunen Pigmentierung (Abb. 1).

Diese Herde sind weniger aktiv, auch wenn sie als charakteristisch für eine Endometriose angesehen werden. Durch Vernarbung



Prof. Dr. med. Michael D. Mueller
Bern

und allgemeiner Fibrosierung kommt es allmählich zur Umwandlung in weisslich-gelbliche inaktive Herde.

Häufig treten diese verschiedenen Erscheinungsformen auch nebeneinander auf und es ist nicht bekannt, ob sich die verschiedenen Erscheinungsformen der peritonealen Endometriose in Bezug auf Schmerzen, Fertilität und Krankheitsverlauf unterschiedlich verhalten. Eine histologische Sicherung ist stets anzustreben [1].

Randomisierte Studien haben gezeigt, dass 6 Monate nach laparoskopischer Entfernung von Endometrioseherden eine Reduktion der Schmerzen in 65% der Patientinnen erzielt werden konnte im Vergleich zu einer Reduktion von nur 22% in der Gruppe von Patientinnen bei welchen nur eine diagnostische Laparoskopie durchgeführt wurde [2].

Peritoneale Endometrioseherde werden entweder mit dem CO₂-Laser evaporisiert oder exzidiert. Die Exzision hat den Vorteil, dass sie gleichzeitig eine histologische Bestätigung der laparoskopischen Diagnose ermöglicht. Eine elektrische Bikoagulation hingegen ist meist als Therapie nicht genügend, da die Infiltrationstiefe in 60% der Herde >2 mm, in 25% sogar >5 mm beträgt. Nebst der Tatsache, dass die Eindringtiefe der Bikoagulation nicht definiert werden kann, kommt es zur Bildung einer Nekrose mit entsprechender adhäsiogener Wirkung. Die Exzision von tiefer ins submesotheliale Gewebe reichende Endometrioseherden kann anspruchsvoll sein, vor allem im Bereich des Ureters. Hier muss unter Umständen der Ureter aufgesucht und in die Tiefe freipräpariert werden, bevor die Endometrioseherde exzidiert werden können.

Ovarielle Endometriose

Bei 20–50% aller Frauen mit Endometriose sind die Ovarien befallen (Abb. 2). Das Eröffnen und Spülen eines Endometrioms als alleinige chirurgische Massnahme ist nicht zu empfehlen, da 80% der so Behandelten innerhalb von sechs Monaten ein Rezidiv erleiden. Diese hohe Rezidivrate lässt sich auch durch eine anschliessende Therapie mit GnRH-Analoga nicht verringern. Entsprechend einer Cochrane-Analyse ist die Entfernung des Zystenbalges der thermischen Destruktion durch Hochfrequenz-Strom, der Laser-Vaporisation oder Argon-Plasma-Koagulation hinsichtlich der Schmerzsymptomatik sowie der Rezidiv- und Schwangerschaftsraten insgesamt überlegen [3].

In den letzten Jahren konnte jedoch gezeigt werden, dass das Ausschälen des Endometrioms mit einem Oozytenverlust und da-

mit einer Abnahme der ovariellen Reserve verbunden ist [4]. Deshalb gilt der allgemeine Konsens dass bei Frauen mit Kinderwunsch und Endometriomen grösser als 4 cm, ein zweizeitiges Vorgehen vorzuziehen ist. Dabei wird bei der ersten Laparoskopie das Endometriom fenestriert und drainiert. Nach einer dreimonatigen Therapie mit GnRH-Analoga erfolgt eine second-look Laparoskopie. Bei dieser second-look Laparoskopie darf der Zystenbalg nicht exzidiert werden, da sonst zuviel Ovarialgewebe zerstört würde, sondern der Zystenbalg wird mit dem CO₂-Laser evaporisiert.

In den letzten Jahren wurde, wegen dem potentiellen Oozytenverlust, von gewissen Autoren vorgeschlagen, Rezidivendometriome bei Sterilitätspatientinnen nicht mehr zu operieren. Dieses Vorgehen birgt die Gefahr, ein Adenokarzinom des Ovars zu übersehen, und sollte deshalb nur in speziellen Situationen und nach genauer Information der Patientin gewählt werden.

Tief-infiltrierende Endometriose

Endometriose im Bereich des Septum rectovaginale, der Fornix vaginae, des Retroperitoneums (Beckenwand, Parametrium) sowie des Darms, Ureters und der Harnblase (Abb. 3) werden unter dem Begriff der tief-infiltrierenden Endometriose zusammengefasst. Die genannten Strukturen können dabei sehr komplex befallen sein und entsprechende Symptome hervorrufen.

Bei Darmbefall treten unterschiedliche intestinale Symptome wie Druckgefühl, Blähungen, Tenesmen, Dyschezie, Schleim- und Blutabgang, Diarrhoe und Obstipation bzw. Wechsel der Stuhlgewohnheiten auf. Eine Blasenendometriose kann eine Dys- und Hämaturie verursachen, eine Ureterendometriose kann eine Hydronephrose zur Folge haben. Fehlende Symptome schliessen eine tief-infiltrierende Endometriose jedoch nicht aus.

Asymptomatische Befunde brauchen weder eine medikamentöse noch eine chirurgische Therapie. Klinische Kontrollen, unter Einschluss einer Nierenultraschalluntersuchung, sollten jedoch regelmässig durchgeführt werden um eine Progression auszuschliessen.

Die tief-infiltrierende Endometriose unterscheidet sich bezüglich des Ansprechens auf eine hormonelle Therapie von der ovariellen und der peritonealen Endometriose. Medikamentöse Therapieversuche sind meistens frustant. Therapie der Wahl der symptomatischen tief-infiltrierenden Endometriose ist die Resektion in sano. Oft ist, bei organüberschreitenden Manifestationen der tief-infiltrierenden Endometriose (Rektosigmoid, Blase, Ureter) eine komplexe Chirurgie notwendig und eine Behandlung in Einrichtungen mit entsprechender Erfahrung empfehlenswert. Eine genaue präoperative Planung und Beratung der



Abb. 1: Klassischer Endometrioseherd im Bereich des Lig. sacrouterinum

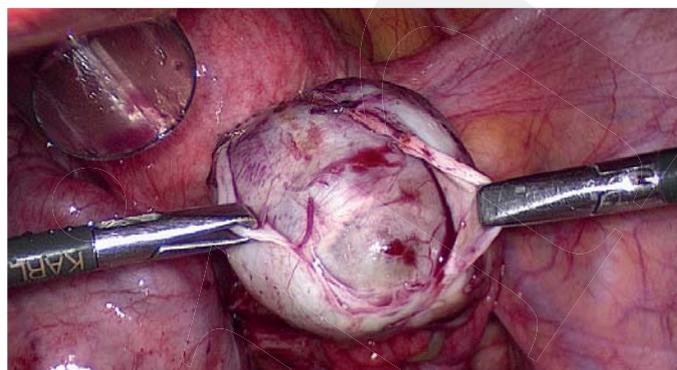


Abb. 2: Exzision eines Endometrioms: Bei entsprechender Sorgfalt kann oft eine adäquate Schicht gefunden werden

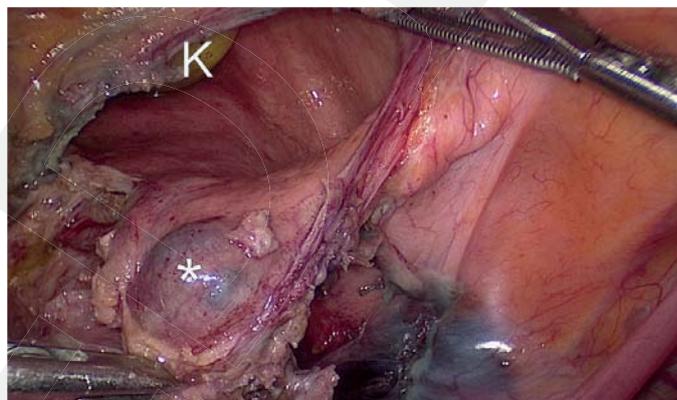


Abb. 3: Exzision eines Blasenendometrioseherdes (*) im Bereich der Blasenwand; der Blasenkatheter (K) ist sichtbar

Patientin, allenfalls unter Einschluss der Disziplinen Viszeralchirurgie und/oder Urologie, ist bei dieser Form der Endometriose unabdingbar. Auch muss die Patientin über die operationsbedingte

Morbidität informiert werden (in ca. 5–14% der Fälle [5]). Bei Kinderwunsch bedingt der notwendige Erhalt des Uterus u. U. eine unvollständige Resektion der Endometriose.

Der Nutzen einer prä- oder postoperativen Therapie mit GnRH-Analoga bei tief-infiltrierender Endometriose ist nicht belegt. Wird bei einer diagnostischen Laparoskopie als Zufallsbefund jedoch eine tief-infiltrierende Endometriose diagnostiziert, so muss die Sanierung des Befunds meistens verschoben werden. In diesen Situationen ist, vor der second-look Laparoskopie, eine drei-monatige GnRH-Analoga Therapie sinnvoll um den begleitenden inflammatorischen Zustand der Endometriose zu behandeln.

Bei wenig symptomatischen tief-infiltrierenden Endometriosen, oder wenn die Patientin das Risiko der beschriebenen Morbidität nicht eingehen will, ist die Einlage eines Levonorgestrel-haltigen IUD eine mögliche Alternative zur Operation.

Adjuvante postoperative Therapie der Endometriose

Die operative Laparoskopie ist in der Behandlung der Endometriose effektiv. Leider kommt es in 10–40% der Fälle mit Endometriose bedingten Schmerzen und bei 8–32% der Patientinnen mit einem Endometriom zu einem Rezidiv. Patientinnen mit präoperativ ausgeprägten Beschwerden haben ein höheres Risiko für ein Rezidiv als Patientinnen mit einem geringeren Schmerzempfinden.

Endometriose kann als eine chronische Krankheit angesehen werden und sollte dementsprechend therapiert werden. Eine medikamentöse Therapie verbessert die Fertilität nicht, eine adjuvante medikamentöse Therapie kann jedoch die Schmerzfreiheit verlängern, ein Rezidiv verhindern und möglicherweise die Progression einer Endometriose vermindern.

In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass die Einnahme von oralen Kontrazeptiva, insbesondere die kontinuierliche Einnahme, bei Patientinnen mit einer Schmerzproblematik die Rezidivhäufigkeit vermindert. Auch die Rezidivhäufigkeit von Endometriomen ist unter Therapie mit Ovulationshemmern vermindert. Deshalb sollten Ovulationshemmer, falls keine Kontraindikationen bestehen und die Patientin keinen Kinderwunsch hat, als adjuvante Therapie den Patientinnen vorgeschlagen werden. Dienogest ist eine gute Alternative und hat möglicherweise noch eine atrophisierendere Wirkung. Bei tief-infiltrierender Endometriose und Adenomyose ist, wie erwähnt, die Levonorgestrel IUD in der Schmerztherapie sehr hilfreich.

Nicht alle Patientinnen profitieren bezüglich Rezidiv von einer solchen adjuvanten Therapie, dennoch sind Rezidive, nach adäquater Chirurgie und optimaler adjuvanter Therapie viel seltener [7].

Prof. Dr. med. Michael D. Mueller

Chefarzt Gynäkologie
Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern
Effingerstrasse 102, 3010 Bern
michel.mueller@insel.ch

Take-Home Message

- ◆ Die Laparoskopie ist der Goldstandard in der Diagnostik der Endometriose und erlaubt meistens eine vollständige Exzision der Endometrioseherde
- ◆ Endometriome <4 cm sollten exzidiert werden, >4 cm sollten bei Kinderwunsch zweizeitig operiert werden
- ◆ Die tief-infiltrierende Endometriose muss in sano reseziert werden und verlangt eine entsprechende chirurgische Expertise
- ◆ Eine adjuvante medikamentöse Therapie zur Verhinderung von Rezidiven ist meistens sinnvoll und indiziert

Literatur:

1. Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Endometriose. AWMF online, www.awmf.org
2. Follow-up report on a randomized controlled trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal to moderate endometriosis. Sutton CJ u. Mitarb.; Fertil Steril 1997;68:1070–4
3. Excisional surgery versus ablative surgery for ovarian endometriomata. Hart RJ u. Mitarb.; Cochrane Database Syst Rev. 2008
4. Rate of severe ovarian damage following surgery for endometriomas. Benaglia L u. Mitarb.; Human Reprod 2010, Vol 25 (3): 678–682
5. Complications after surgery for deeply infiltrating pelvic endometriosis. Kondo W u. Mitarb.; BJOG 2011, 118 (3): 292–8
6. “Waiting for Godot”: a commonsense approach to the medical treatment of endometriosis. Vercellini P u. Mitarb.; Human Reprod 2010; 26 (1): 3–13