



S2K-Leitlinie zur Therapie und Diagnostik der Endometriose

Der Artikel fasst die ärztliche Leitlinie zur Behandlung von Endometriose zusammen und ist ein Ergebnis des Weiterbildungs-Wochenendes der Endometriose-Vereinigung im Frühjahr 2016. Die medizinischen Empfehlungen zu kennen, ist sicherlich für viele Endometriose-Betroffene interessant und kann unter Umständen sogar helfen, die eigene Position gegenüber Ärzt/innen zu stärken.

2018/ 2019 wird die Leitlinie überarbeitet, die Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V. hat eine Vertreterin in die Leitlinien-Kommission entsandt.

Allgemeines:

„Leitlinien dienen in der Medizin als roter Faden, als 'kleinster gemeinsamer Nenner'. Sie sollen dabei nicht die therapeutische Freiheit einschränken oder Patient und Arzt gleichermaßen in ein Korsett zwingen. Aber bei bestimmten Erkrankungen haben sich nun einmal einige diagnostische und therapeutische Maßnahmen bewährt - und andere eben nicht. Leitlinien werden von Expertengruppen sowohl auf dem Boden der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnis als auch der eigenen Erfahrung erstellt. Dazu müssen die aktuelle wissenschaftliche Literatur und bereits bestehende Leit- und Richtlinien anderer nationaler und internationaler Fachgesellschaften gesichtet und berücksichtigt werden. Bei Erkrankungen, deren Ursache noch nicht erforscht ist - wie z. B. bei der Endometriose - ist es naturgemäß schwierig, den „kleinsten gemeinsamen Nenner“ zu finden und zu definieren.“
(Prof. Dr. Uwe Ullrich, *Endo-Info* 32, Februar 2007)

Seit 2006 wird in drei- bis vierjährigem Abstand (2006, 2010, 2013) eine Leitlinie zur Therapie und Diagnostik von Endometriose herausgebracht. Diese Leitlinie wird von vielen medizinischen Fachgesellschaften getragen. Auch wir beteiligen uns an der Ausarbeitung, wie auch unsere österreichische Partnerin, die Endometriose-Vereinigung Austria. Die Mitwirkung der Patientinnen-Vereinigungen Österreichs und Deutschlands betrifft die letzte gemeinsame Sitzung. Vorher haben unterschiedliche Expert/innen den aktuellen Stand von Wissenschaft und Forschung recherchiert und daraus resultierend Kernaussagen und Empfehlungen aufgenommen und mit den jeweiligen Forschungsständen untermauert. In dieser Sitzung geht es darum einen Konsens für die Formulierungen zu finden, deren Diskussionspunkte durch Moderatoren der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V) genauestens protokolliert werden.

Nach Aussage von Frau Dr. Halis, die als Reproduktionsmedizinerin Mitautorin ist, hat eine Leitlinie, im Gegensatz zu einer Richtlinie, für Ärzt/innen Empfehlungscharakter. Der Unterschied zur Richtlinie sei der Handlungsspielraum, den die Patientin und ihre Ärzt/innen damit haben. Eine Richtlinie gibt hingegen genau vor, was zu tun ist und welche Schritte einzuhalten sind, sie hat verpflichtenden Charakter.

Kernaussagen und Empfehlungen aus der Leitlinie von 2013

Im Folgenden sind die Kernaussagen und Empfehlungen aus der S2K-Leitlinie zur Therapie und Diagnostik von Endometriose 2013 als Zitate zusammengefasst.

Als Quelle diene die vollständige Version, die unter <http://bit.ly/2a3zRum> zu finden ist. Zur besseren Verständlichkeit sind Fachwörter in eckigen Klammern erklärt.

1. Definition und Epidemiologie:

- Als Endometriose wird das Vorkommen endometriumartiger Zellverbände außerhalb des Cavum uteri [Gebärmutterhöhle] bezeichnet.
- Leitsymptom ist der Unterbauchschmerz, häufig besteht Sterilität.

2. Ätiologie (Herkunft), Pathologie und Stadieneinteilung

Ätiologie und Pathogenese der Endometriose sind noch nicht geklärt. Deshalb ist eine kausale Therapie bisher nicht bekannt.

- Empfehlung: Alle bekannten Stadieneinteilungen haben ihre Limitationen. Mit dem Ziel der internationalen Vergleichbarkeit soll die rASRM-Stadieneinteilung und bei tief infiltrierender Endometriose zusätzlich die ENZIAN-Klassifikation angewandt werden.

3. Endometriose und Malignität [Bösartigkeit]

- Auf dem Boden einer Endometriose kann sich in sehr seltenen Fällen ein Malignom – meistens ein Ovarialkarzinom – entwickeln.
- Daneben findet sich in der Literatur eine Assoziation mit dem Auftreten anderer, nicht-gynäkologischer Malignome [bösartige Tumore]. Die klinische Bedeutung dieser Beobachtung ist nicht klar.

4. Diagnostik und Therapie der Endometriose

a) Allgemein:

- Indikationen zur endoskopischen Diagnostik und Therapie bei Endometriose sind:
 - Schmerzen,
 - Organdestruktion, und/oder
 - Sterilität.
- Die operative Entfernung der Herde gilt zur Symptomkontrolle als "Goldstandard"
- Empfehlung: Grundsätzlich soll eine histologische Abklärung erfolgen. Somit ist die Laparoskopie zentraler Bestandteil der Diagnostik (Walter et al. 2001).

b) Diagnostik und Therapie der peritonealen Endometriose:

- Die peritoneale Endometriose wird durch Laparoskopie diagnostiziert.
- Therapie der Wahl ist die laparoskopische Entfernung der Implantate.
- Empfehlung: Durch die medikamentöse Suppression [Unterdrückung, Hemmung] der ovariellen Funktion lassen sich Endometrioseimplantate regressiv verändern. Zur Reduktion der Endometriose-assoziierten Beschwerden können Gestagene, orale Antikonzeptiva oder GnRH-Analoga mit dem Ziel der Induktion einer therapeutischen Amenorrhoe [Ausbleiben der Menstruation] eingesetzt werden.

c) Diagnostik und Therapie der ovariellen Endometriose:

- Kernaussage: Ovarielle Endometriome werden durch vaginale Sonographie diagnostiziert.
 - Empfehlungen: Zur Primärtherapie ovarieller Endometriome sollte die Zystenwand operativ entfernt werden. Die alleinige Fensterung ist unzureichend. Eine alleinige medikamentöse endokrine Therapie vermag weder ein Endometriom zu beseitigen und damit eine operative Sanierung zu ersetzen noch eine unvollständige Entfernung zu kompensieren und wird daher nicht empfohlen.

d) Diagnostik und Therapie der tief infiltrierenden Endometriose:

- Als tief infiltrierende Endometriose (TIE) wird der Befall des Septum rectovaginale [bindegewebige Trennwand (Septum) zwischen der Scheide (Vagina) und dem Mastdarm (Rektum)], des Fornix vaginae [Scheidengewölbe], des Retroperitoneums (Beckenwand, Parametrium) sowie des Darmes, Ureters [Harnleiters] und der Harnblase definiert.

- Die Diagnose wird vor allem klinisch gestellt, wobei die rektovaginale Tastuntersuchung, die Einstellung mit zweiblättrigen Specula, die vaginale Sonographie und die transabdominale Nierensonographie obligat sind.
- Empfehlungen:
 - Therapeutisch sollte die Resektion in sano [im Gesunden] erfolgen. Gleichwohl sind dabei wegen des oft gebotenen Erhalts der Fertilität Kompromisse einzugehen. Der Umfang der Resektion soll vor dem Hintergrund einer benignen Erkrankung und relevanter möglicher Komplikationen gut mit der Patientin abgestimmt werden.
 - Die Therapie der TIE soll in darauf spezialisierten Einrichtungen im interdisziplinären Konsens durchgeführt werden.
 - Bei konservativ geführten Patientinnen und vor und nach Operation soll eine Nierensonographie durchgeführt werden, um eine klinisch stumme Hydronephrose nicht zu übersehen. Eine Hydronephrose [Wassersackniere = Erweiterung des Nierenbeckens und der Nierenkörperchen] auf dem Boden einer TIE ist eine absolute Anzeige für entsprechende Diagnostik und Therapie.

e) Diagnostik und Therapie der Adenomyosis uteri

- Die Diagnose einer Adenomyose erfolgt zunächst klinisch, durch vaginale Sonographie und/oder MRT; beweisend ist meistens erst der histologische Befund am Hysterektomiepräparat.
- Empfehlungen: Bei abgeschlossener Familienplanung und entsprechender Symptomatik kann eine Hysterektomie empfohlen werden. Bei Wunsch nach Erhalt des Uterus kann eine therapeutische Amenorrhoe induziert oder ein Gestagen-freisetzendes IUP [Intrauterinpressar = Spirale] appliziert werden.

5. Endometriose und Sterilität

- Endometriose und Sterilität sind häufig assoziiert, wobei ein kausaler Zusammenhang nicht geklärt ist.
- Für die Behandlung von Frauen mit Endometriose und unerfülltem Kinderwunsch sind entsprechende Erfahrungen und Fertigkeiten in der operativen Fertilitätstherapie sowie die Kooperation mit der Reproduktionsmedizin Voraussetzung.
- Empfehlungen:
 - Bei Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch und Endometriose sollten die Implantate zur Verbesserung der Fertilität operativ entfernt werden. Bei Rezidivfällen ist die assistierte Reproduktion erneuten operativen Interventionen bezüglich der Schwangerschaftsrate überlegen. Bei wiederholten Operationen einer Ovarialendometriose soll die potentielle, operationsbedingte Reduktion der ovariellen Reserve berücksichtigt werden.
 - Die postoperative medikamentöse Therapie mit GnRH-Analoga konnte die spontane Schwangerschaftsrate bei Sterilitätspatientinnen nicht verbessern und wird deshalb nicht empfohlen.
 - Eine alleinige medikamentöse Endometriose-therapie verbessert die Fertilität nicht und soll aus reproduktionsmedizinischer Sicht nicht durchgeführt werden.

6. Psychosomatische Aspekte

- Psychosomatische Aspekte sollen in der Behandlung der Endometriose frühzeitig bedacht und integriert werden.

7. Komplementäre und integrative Therapieansätze

- Weil zu komplementären und integrativen Ansätzen bei der Therapie der Endometriose bisher keine kontrollierten, randomisierten Studien vorliegen, kann keine Empfehlung ausgesprochen werden.

8. Rehabilitation; Nachsorge und Selbsthilfe

- Nach ausgedehnten chirurgischen Eingriffen - dies gilt in besonderem Maße für die tief infiltrierende Endometriose, nach wiederholten Endometrioseoperationen oder bei chronischen Schmerzpatientinnen besteht häufig Rehabilitationsbedarf.
- Empfehlung: Dieser Bedarf sollte eruiert und Rehabilitationsmaßnahmen oder eine Anschlussheilbehandlung eingeleitet werden.

Konsequenz für die Beratung

Eine Kernaussage wie: „Ovarielle Endometriome werden durch vaginale Sonographie diagnostiziert.“ liest sich für eine jahrelang schmerzgeplagte Patientin, deren Zysten am Ovar ein Gynäkologe im Ultraschall nicht gesehen hat bzw. nicht auf den Verdacht einer Endometriose brachte, im ersten Moment sehr befremdlich und ggf. re-traumatisierend. Unsere eigenen Erfahrungen und die, denen wir in der Beratung begegnen, zeigen große Qualitätsunterschiede in der Anwendung und Einsatzbereitschaft dieser Leitlinie. Deshalb ziehen wir folgende Konsequenzen aus der Betrachtung der Leitlinie für unsere Beratungstätigkeit:

- Es ist als Beraterin sehr wichtig die Leitlinien zu kennen, um sich daran orientieren und sie ins Gespräch bringen zu können.
- Die Leitlinie eröffnet bzw. unterstreicht den individuellen Handlungsspielraum (u. a. auch um bspw. für komplementärmedizinische Behandlungsansätze oder die Möglichkeit, nach reiflicher Überlegung, eine schulmedizinisch empfohlene Therapieoption ablehnen oder einfordern zu können).
- Sie kann bei der Bildung einer eigenen Meinung über Diagnose bzw. Therapieverlauf unterstützend wirken und eine Argumentationshilfe der eigenen Interessen den Behandler/innen gegenüber bilden.
- Die Leitlinie klärt auf und gibt Hilfestellung zur Bewertung von ärztlich empfohlenen Behandlungsverfahren und Anhaltspunkte, welche Möglichkeiten jede im Einzelnen hat.
- Außerdem kann sie in der Beratung dabei unterstützen, ratsuchende Menschen zu motivieren, gezielter nach Behandlungsmöglichkeiten zu fragen und auch zu klären, warum Ärztinnen und Ärzte bestimmte Dinge ablehnen.
- Beim Betrachten der Leitlinie bzw. bei Fragen in der Beratung dazu, sollte unbedingt der Empfehlungscharakter immer im Blick gehalten und den fragenden Personen kommuniziert werden.
- Es gibt keinen Anspruch auf eine bestimmte Behandlung, aber auch keine Verpflichtung als Patientin etwas tun zu müssen.

Unser Ziel ist es die Patientinnen über ihre Möglichkeiten aufzuklären und sie dabei zu unterstützen eigenverantwortliche Entscheidungen für sich treffen zu können und den für sie und ihren Körper stimmigen Therapie-Plan zusammenzustellen.

Andrea Franke, Leiterin der Beratungsstelle