



Arbeitsgruppe „Leitlinie für die Diagnostik und Therapie der Endometriose“ der Deutschen, Österreichischen, Schweizerischen und Tschechischen Gesellschaften für Gynäkologie und Geburtshilfe unter Mitarbeit der Stiftung Endometrioseforschung (SEF) und der Europäischen Endometriose Liga (EEL)

Leitung und Federführung: Prof. Dr. U. Ulrich (Berlin)

Mitglieder der Arbeitsgruppe: Priv.-Doz. Dr. O. Buchweitz (Hamburg), Dr. R. Chvatal (Znaim), Prof. Dr. R.-L. De Wilde (Oldenburg), Prof. Dr. Dr. Dr. A. D. Ebert (Berlin), Dr. B. Engl (Bruneck), Dr. I. von Leffern (Hamburg), Prof. Dr. R. Greb (Dortmund), Dr. D. Haas (Linz), Dr. G. Halis (Berlin), Prof. Dr. J. Hucke (Wuppertal), Prof. Dr. J. Keckstein (Villach), Prof. Dr. M. Müller (Bern), Prof. Dr. P. Oppelt (Linz), Priv.-Doz. Dr. S. P. Renner (Erlangen), Priv.-Doz. Dr. M. Sillem (Mannheim), Prof. Dr. K.-W. Schweppe (Westerstede), Dr. W. Stummvoll † (Linz), Prof. Dr. H.-R. Tinneberg (Gießen), Dr. F. Tuttlies (Villach), Prof. Dr. U. Ulrich (Berlin), Prof. Dr. L. Wildt (Innsbruck)



Die Leitlinie wird von folgenden Fachgesellschaften und Organisationen getragen:

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG)

- Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Endoskopie (AGE)
- Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie (AGO) e. V.
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin e. V.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFG)

Deutsche Gesellschaft für Viszeralchirurgie e. V. (DGAV)

Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V.

Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (ÖGGG)

Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG)

Tschechische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

Stiftung Endometriose-Forschung (SEF)

Europäische Endometriose-Liga (EEL)

Endometriose-Vereinigung Deutschland e. V.

Endometriose-Vereinigung Austria



Kernaussagen:

- a) Als Endometriose wird das Vorkommen endometriumartiger Zellverbände außerhalb des Cavum uteri bezeichnet.

- b) Leitsymptom ist der Unterbauchschmerz, häufig besteht Sterilität.



Kernaussage:

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.



Kernaussagen:

a) Auf dem Boden einer Endometriose kann sich in sehr seltenen Fällen ein Malignom – meistens ein Ovarialkarzinom – entwickeln.

b) Daneben findet sich in der Literatur eine Assoziation mit dem Auftreten anderer, nicht-gynäkologischer Malignome. Die klinische Bedeutung dieser Beobachtung ist nicht klar.



Kernaussagen:

a) Indikationen zur endoskopischen Diagnostik und Therapie bei Endometriose sind:

- Schmerzen,
- Organdestruktion, *und/oder*
- Sterilität.

b) 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.



Kernaussagen:

a) Die peritoneale Endometriose wird durch Laparoskopie diagnostiziert.

b) Therapie der Wahl ist die laparoskopische Entfernung der Implantate.

Empfehlung:

Durch die medikamentöse Suppression 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 eingesetzt werden.



Kernaussage:

Ovarielle Endometriome werden durch vaginale Sonographie diagnostiziert.

Empfehlungen:

a) Zur Primärtherapie ovarieller Endometriome sollte die Zystenwand operativ entfernt werden. Die alleinige Fensterung ist unzureichend.

b) 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.



Kernaussagen:

a) Als tief infiltrierende Endometriose (TIE) wird der Befall des Septum rectovaginale, des Fornix vaginae, des Retroperitoneums (Beckenwand, Parametrium) sowie des Darmes, Ureters und der Harnblase definiert.

b) 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:

a) Therapeutisch sollte die Resektion in sano 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.

b) Die Therapie der TIE soll in darauf spezialisierten Einrichtungen im interdisziplinären Konsens durchgeführt werden.

c) Bei konservativ geführten Patientinnen und vor und nach Operation soll eine Nierensonographie durchgeführt werden, um eine klinisch stumme Hydronephrose nicht zu übersehen. Eine Hydronephrose auf dem Boden einer TIE ist eine absolute Anzeige für entsprechende Diagnostik und Therapie.



Kernaussage:

Die Diagnose einer Adenomyose erfolgt zunächst klinisch, durch vaginale Sonographie und/oder MRT; beweisend ist meistens erst der histologische Befund am Hysterektomiepräparat.

Empfehlungen:

- a) Bei abgeschlossener Familienplanung und entsprechender Symptomatik kann eine Hysterektomie empfohlen werden.

- b) Bei Wunsch nach Erhalt des Uterus kann eine therapeutische Amenorrhoe induziert oder ein Gestagen-freisetzendes IUP appliziert werden.



Kernaussagen:

a) Endometriose und Sterilität sind häufig assoziiert, wobei ein kausaler Zusammenhang nicht geklärt ist.

b) 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:

- a) Bei Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch und Endometriose sollten die Implantate zur Verbesserung der Fertilität operativ entfernt werden.

- b) 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.

- c) Die postoperative medikamentöse Therapie mit GnRH-Analoga konnte die spontane Schwangerschaftsrate bei Sterilitätspatientinnen nicht verbessern und wird deshalb nicht empfohlen.

- d) Eine alleinige medikamentöse Endometrioseetherapie verbessert die Fertilität nicht und soll aus reproduktionsmedizinischer Sicht nicht durchgeführt werden.



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



Kernaussage:

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



Kernaussage:

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.

Zur Bewältigung der körperlichen und seelischen Probleme, die auf Frauen mit Endometriose zukommen können, sollten Patientinnen über die Angebote der Selbsthilfe informiert werden.