



02

THEMA

03-07

KONGRESS-
BERICHTE

07-11

AKTUELL-
DISKUTIERT

11

KONGRESSE,
WORKSHOPS

Sehr geehrte Leserinnen und Leser!

Die nun 4. Ausgabe von „Endometriose Aktuell“ bzw. deren Redaktionsmitglieder möchten zuerst die Möglichkeit wahrnehmen, sich bei allen Lesern und Beitragenden für ihr Interesse und ihre Mitarbeit zu bedanken.

Das Jahr hat gerade erst angefangen – daher widmet sich diese Ausgabe besonders den Inhalten diesjähriger Kongresse mit dem Thema Endometriose.

In kurzen Überblicksartikeln fassen S. Renner (Erlangen), F. Tuttlies (Vilach) und M. Sillem (Emmendingen) die Essenz der Jahrestagung in Emmendingen, des ESGE-Kongresses in London und des Weltkongresses in Montpellier für Sie zusammen. Weitere Punkte sind wie bereits in den vorherigen Ausgaben Impulsartikel und Literaturrezensionen sowie eine Darstellung der sportlichen Aktivitäten während der SEF-Weißensee-Treffen (siehe Titelbild).

Am Schluss möchte Ihnen die Redaktion alles Gute für das Jahr 2012 wünschen!

Eine interessante Lektüre wünscht Ihnen die Redaktion.

Univ.-Doz. Dr. G. Hudelist, MSc, Wien
Priv.-Doz. Dr. Stefan Renner, MBA Erlangen
Prof. Dr. med. Uwe Ulrich, Berlin
Univ.-Prof. Dr. Ludwig Wildt, Innsbruck

Spontangeburt oder primäre Sektio nach Operation einer tiefen infiltrierenden Endometriose der Vagina, des Septum rectovaginale bzw. des tiefen Rektums?

In der letzten Zeit wurde von verschiedenen Seiten über fatale vaginale Geburtsverläufe nach Resektion einer tiefen infiltrierenden Endometriose der Vagina, des Septum rectovaginale bzw. des tiefen Rektums berichtet. Es kam zu Rupturen des Fornix posterior, der Zervix- und Corpuswand (Chen et al. 2011). Sind das Einzelfälle oder sollte eine entsprechende Anamnese für das geburtshilfliche Vorgehen Berücksichtigung finden?

Werfen wir einen Blick in die Literatur. In der Schwangerschaft kommt es zur Dezidualisierung von Endometrioseherden. Es wird von einigen Autoren vermutet, dass sich damit die Vulnerabilität erhöht und damit das Gewebe während Schwangerschaft und Geburt der erhöhten Belastung nicht standhält. So sind spontane Perforationen von Darmendome-

triosen eine ausgesprochene Rarität, aber wenn sie geschehen, dann fast immer während der Schwangerschaft (Decker u. Ulrich et al. 2004, Tourette et al. 2011, Boileau et al. 2011). Beschrieben wurden weiters endometriotische Arrosionen der A. uterina, die in graviditate bzw. sub partu zu massiven Blutungen mit Hämoperitoneum führen können (Janicki et al. 2002). Eine Adenomyosis mag ebenfalls Anlass zu intrapartalen Uterus-

In der Schwangerschaft kommt es zur Dezidualisierung von Endometrioseherden

Neben der Gefährdung der Mutter durch spontane Darmperforationen mit konsekutiver Peritonitis oder Gefäßarrosionen während der Schwangerschaft ist eine Gefährdung des

Primäre Sektio empfehlen oder zumindest als Alternative präsentieren?

Kindes unter der Geburt möglich durch Ruptur des Fornix posterior mit u.U. fatalen neonatologischen Folgen. Muss man nun wegen dieser potenziellen und zugegebenermaßen äußerst seltenen Möglichkeiten jeder Schwangeren nach Resektion einer tiefen infiltrierenden Endometriose eine primäre Sektio empfehlen oder zumindest als Alternative präsentieren?

Vielen von uns mag das zu weit gehen, aber vor dem Hintergrund zahlloser, wenig überzeugend begründeter Sektioindikationen darf darüber nachgedacht werden. In unserer gültigen Leitlinie (www.dggg.de, www.oeggg.at, http://leitlinien.net) bleiben wir Reflexionen darüber schuldig. Mein Vorschlag ist, dieses Thema auf der nächsten Weißensee-Tagung zu beleuchten.

U. Ulrich, Berlin

Literatur:

Azziz B. Adenomyosis in pregnancy. A review. J Reprod Med 1986;31:224-7.
Bensaid F, Kettani F, el Fehri S, Chraïbi C, Alaoui MT. Obstetrical complications of adenomyosis. Literature review and two case reports. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1996;25:416-8.
Boileau L, Borie F, Laporte S, Tailland ML, Mares P, de Tayrac R. Pelvipertonitis by colorectal perforation in the third trimester of pregnancy after surgery for deep pelvic endometriosis. Fertil Steril 2011;96:e42-4.
Chen ZH, Chen M, Tsai HD, Wu CH. Intrapartum uterine rupture associated with a scarred cervix because of a previous rupture of cystic cervical endometriosis. Taiwan J Obstet Gynecol 2011;50:95-7.

Decker D, König J, Wardelmann E, Richter O, Popat S, Wolff M, Hirner A, Ulrich U. Terminal ileitis with sealed perforation--a rare complication of intestinal endometriosis: case report and short review of the literature. Arch Gynecol Obstet 2004;269:294-8.
Janicki TI, David LJ, Skaf R. Massive acute hemoperitoneum due to rupture of the uterine artery by erosion from an endometriotic lesion. Fertil Steril 2002;78:879-81.
Tourette C, Carcopino X, Taranger-Charpin C, Boubli L. An unexpected aetiology of massive haemoperitoneum during pregnancy. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2011;40:81-4.

Von Alltagsbewältigung bis Operations-Methoden – 9. Endometriosekongress deutschsprachiger Länder Emmendingen 2011

Vom 1. bis 3. Juni 2011 fand in Emmendingen / Denzlingen im Breisgau zum 9. Mal ein deutschsprachiger Kongress zum Thema Endometriose statt. Fast 400 Teilnehmer, davon etwa ein Viertel Betroffene, waren gekommen, um sich über Ursachen, Behandlungs- und Bewältigungsstrategien zu informieren und auszutauschen. 33 Hauptvorträge, 8 Seminare sowie ein Vormittag mit Übertragungen aus dem Op des Kreiskrankenhauses Emmendingen behandelten auf unterschiedliche Weise die zahlreichen Fragestellungen im Zusammenhang mit der Erkrankung. Ziel der Programmgestaltung war, nicht nur Fachleuten ein Forum zu bieten, sondern auch Weiterbildungsassistenten und Fachärzten aufzuzei-

gen, wie zu vielen Problemen im Zusammenhang mit Endometriose und chronischem Unterbauchschmerz auch in der Praxis gute Lösungen gefunden werden können. In seinem einleitenden Festvortrag beschrieb Gitsch (Freiburg) die auffallende Diskrepanz zwischen der Inzidenz der Erkrankung, die in einer vergleichbaren Größenordnung liegt wie die des Mammakarzinoms, und der öffentlichen Wahrnehmung, gemessen an der Anzahl der „Google“-Fundstellen einerseits sowie der wissenschaftlichen Bedeutung, gemessen an der Anzahl der Publikationen andererseits. Abschließend stellte er fest, dass die Erkrankung

im Kanon der Weiterbildungsthemen für den Facharzt weder auf deutscher noch auf europäischer Ebene (EBCOG) explizit erwähnt ist.

Endometriose im Alltag

„Endometriose und Alltagsleben“ stellte das erste Thema der wissenschaftlichen Sitzungen dar. Brandes (Hannover) präsentierte Berechnungen, nach denen die volkswirtschaftliche Bedeutung der Erkrankung im Sinne von Kosten für die Allgemeinheit sich in der gleichen Größenordnung bewegen wie

Fast 400 Teilnehmer, davon etwa ein Viertel Betroffene, waren gekommen!

andere gutartige chronische Erkrankungen (Asthma, COPD). Problematisch bei diesen Schätzungen ist, dass Endometriose häufig erst spät im Krankheitsverlauf oder nur als symptomatische Beschreibung in den Diagnosestatistiken der Kostenträger erscheinen. Wie bei allen chronischen Erkrankungen kommt der Rehabilitation eine besondere Bedeutung zu, um durch Aufklärung und Erlernen von gesundheitsfördernden Maßnahmen Behinderung abwenden oder mildern zu können. Es werden allerdings nur etwa 500 Maßnahmen pro Jahr wegen Endometriose durchgeführt werden, während fast alle neu erkrankten Mammakarzinom-Patientinnen (40 000 / Jahr) eine Rehabilitation in Anspruch nehmen (Niehues, Bad Salzfluten).

Aus dem Blickwinkel der Arbeitsmedizin beleuchtete Pleuger (Waldkirch) das Thema. Sie stellte betriebliche Wiedereingliederungsmaßnahmen als Instrument zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeit und Erhaltung der Kompetenzen eines Mitarbeiters für das Unternehmen dar. Ein besonderes Problem bei chronischen Erkrankungen ist der Präsentismus; damit wird das Erscheinen am Arbeitsplatz trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen be-

Ein besonderes Problem bei chronischen Erkrankungen ist der Präsentismus

schrieben. Er schadet dem Unternehmen finanziell etwa 3- bis 7-mal so viel wie krankheitsbedingte Abwesenheit. Schneider (Leipzig) stellte die deutschlandweite Selbsthilfeberatung mit ihren Leistungen (Information, Beratungstelefon, Gespräch, Infomaterial) und Problemen (Finanzierung, Ehrenamt) dar. Hoffmann (Leipzig) informierte, ebenfalls aus Sicht der Selbsthilfe, über sozialrechtliche Regelungen für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Abschließend kommentierte Rump (Düsseldorf) unter dem Titel „Zeitzeichen Endometriose“ aus Patientinnensicht die verbesserbare Versorgungssituation und wie das Krankheitserleben die Wahrnehmung der Arbeits-, Familien- und Glaubenswelt verändert.

Endometriose und Grundlagenforschung

Bei den „wissenschaftlichen Grund-

lagen“ wurden Übersichtsvorträge etablierter Wissenschaftler ergänzt durch ausgewählte Präsentationen jüngerer Forscher. Hornung (Lübeck) stellte in ihrem Vortrag die Interaktion der Endometriosezellen mit dem umgebenden Gewebe in den Mittelpunkt. Besondere Bedeutung kommt hier dem Adhäsionsmolekül LICAM zu.

Da konventionelle Tiermodelle (Mäuse, Ratten) bei der Endometriose nur sehr eingeschränkt aussagekräftig sind, spielen Primaten eine besondere Rolle. Am besten untersucht ist sowohl die spontane als auch die induzierte Endometriose beim Pavian; d’Hooghe (Leuven) beschrieb die umfangreichen aus diesem Modell gewonnenen Erkenntnisse und mögliche zukünftige Fragestellungen (z.B. Testung neuer medikamentöser Therapieprinzipien). Arnold (Berlin) präsentierte ihre Untersuchungen zur Innervation von Endometrioseläsionen (Zunahme sensibler und Abnahme sympathischer Nervenfasern), in der sie eine Erklärung für proinflammatorische Mechanismen und Schmerzgenese sieht.

Micro-RNAs als Ansatzpunkt zur Veränderung des Proteinexpressionsmusters bei einer Endometriose-Zelllinie ist Gegenstand der Untersuchungen von Götte (Münster). Leyendecker (Darmstadt) schlug anhand seiner „tissue injury and repair“-Hypothese den Bogen vom theoretischen Modell zur klinischen Symptomatik der Endometriose. Abschließend hatte Kubiak (Dortmund) die Gelegenheit, ihre Untersuchung über mögliche Fertilitätseinschränkende Faktoren bei Endometriose bei insgesamt fast 280 Patientinnen vorzustellen. Entgegen den Befunden aus der Literatur konnte sie als einzigen signifikanten Unterschied eine verminderte ova-

rielle Reserve bei Sterilitätspatientinnen mit schwerer infiltrierender Endometriose im Vergleich zu Frauen mit tubarer Sterilität feststellen.

Diagnostik und interdisziplinäre Therapie

Der Tatsache, dass Endometriose häufig spät erkannt und die Symptome falsch eingeschätzt werden, wurde mit den beiden Schwerpunkten „Diagnostik“ sowie „Chronischer Unterbauchschmerz im interdisziplinären Ansatz“ Rechnung getragen. Schwärzler (Feldkirch) stellte verschiedene Marker der Endometriose und Adenomyose im Ultraschallbild dar – der Vortrag wurde ergänzt durch ein vertiefendes Seminar mit Fallbeispielen, gemeinsam mit Hudelist (Wien).

Osteopathie ist eine Methode, die gemeinhin den alternativen Heilmethoden zugeordnet wird, die sich jedoch an genau definierten, dem Operateur wohlbekannten anatomischen Strukturen orientiert. Wie die in der Methode ausgebildeten Therapeuten sich dem Problem bei Patientinnen mit chronischen Unterbauchschmerzen nähern, war das Thema von Wühl (Hamburg). Dieser Vortrag wurde ergänzt durch Falldemonstrationen (zusammen mit Schmidt, Kenzingen, Kuhlmann, Hamburg und Schöpke, Kirchheim). Das Problem der Schmerzen ohne hinreichendes organisches Korrelat wurde von Schuth (Freiburg) behandelt. Er riet zu einer sehr sorgfältigen Schmerzanamnese, der frühen Einbeziehung möglicher psychopathologischer Faktoren in die Differenzialdiagnostik und zur Vorsicht bei der Mitreaktion im Krankheitsmodell sowie natürlich vor schädlichen medikamentösen oder operativen Maßnahmen.

Dass Endometriose auch die pelvinen Nerven direkt befallen kann, zeigte Possover (Zürich) an einigen Kasuistiken und laparoskopischen Befunden. Kentenich (Berlin) beschrieb den psychosomatischen Aspekt der Begleitung von Patientinnen mit chronischen Unterbauchschmerzen und maß der überzeugenden Vermittlung der „optimalen“ Therapieform große Bedeutung zu. Urologen sind viele der diagnostischen Probleme und der dargestellten ganzheitlichen Therapieansätze von einem anderen chronischen Krankheitsbild, der interstitiellen Zystitis, bekannt, wie Oberpenning (Bocholt) ausführte.

Therapie mit Medikamenten

In der Sitzung „Medikamentöse Therapie“ konnten einige prägnante Feststellungen herausgearbeitet werden. Die kontinuierliche Therapie mit oralen Kontrazeptiva reduziert die Dysmenorrhö und die Rezidivrate der ovariellen Endometriose (Greb, Dortmund). Die Schmerztherapie ist komplex; Nitarzabin und Metamizol sind gute Alternativpräparate zu NSAID (Bölch, Emmendingen). Patientinnen brauchen eine „ganzheitliche“ Therapie (Becherer, Wiesbaden). Die Blutungen unter Dienogest nehmen mit der Zeit ab (Köhler, Greifswald).

Operative Therapie

Breiter Raum wurde auch der „operativen Therapie“ eingeräumt, zunächst in einer wissenschaftlichen Sitzung. Hier postulierte Keckstein (Villach), dass in den letzten 30 Jahren das Prinzip und entsprechend die Erfolgsraten der medikamentösen Therapie sich nicht verändert hätten. Aus seiner Sicht ist die Operation der Goldstandard, der Erfolg allerdings abhängig von der Radikalität. Radikalität ihrerseits geht mit Komplikationen einher; entsprechend empfahl Ebert (Berlin) in

Breiter Raum wurde auch der „operativen Therapie“ eingeräumt

seinem einschlägigen Referat eine umfangreiche präoperative Aufklärung, die Beachtung des Prinzips „primum nil nocere“ sowie Training, Selbstkritik und Offenheit beim Operateur. Tuttlies (Villach) stellte die Mängel etablierter Klassifikationen der Endometriose für die infiltrierende Erkrankung dar und erläuterte das ENZIAN-System, welches diesen Aspekt in den Vordergrund stellt. Über Möglichkeiten der Therapie von Blutungsstörungen bei liegendem Levonorgestrel-IUS berichtete Hasskamp (Velen). Becker (Tübingen) präsentierte zukunftsorientierte Lösungen für Arbeitsabläufe im Op. Tinneberg (Gießen) stellte das Ausbildungskonzept der AGE vor, während Schewpe (Westerstede) über das Qualitätskonzept der Stiftung Endometrioseforschung sprach. Einen ganzen Vormittag lang wurde live operiert, das Auditorium hatte die Möglichkeit zur Diskussion mit den Operateuren Hasskamp (Velen), Keckstein (Villach), Ulrich (Berlin) und Hentschel (Freiburg).

In den Niederlanden existiert eine sehr aktive Selbsthilfegruppe

Seminare und Foren

Weitere wichtige und vertiefende Aspekte wurden in Seminaren und Foren behandelt. In den Niederlanden existiert eine sehr aktive Selbsthilfegruppe (de Bie, Sittard), während sich eine ärztliche Interessengruppe eben erst formiert (Simons, Groningen). Weitere Themen waren Sterilitätstherapie (Küppers, Rastatt und Wetzka, Freiburg), traditionelle Chinesische Medizin (Gabriel, Aachen), psychologische Aspekte des unerfüllten Kinderwunsches (Bühler, Langenhagen und Pette, Freiburg), Ernährung bei Endometriose (Kaiser, Friesenheim, Korell, Neuss, und Wenzl, Wien). Ein ganzer Vormittag diente der Vorstellung verschiedener Selbsthilfegruppen aus Deutschland und Österreich.

Preise

Zwei Posterpreise gingen an Barcena de Arrellano (Berlin) für ihre Arbeit „Spielen Neurotropine in der

Insgesamt wurden 3 Pre-Congress-Symposien abgehalten

11th World Congress on Endometriosis, 4.–7. September 2011, Montpellier, France

Auf dem Endometriose-Weltkongress 2011 in Montpellier, Frankreich wurden am Sonntag den 4. September insgesamt 3 Pre-Congress-Symposien abgehalten. Die Stiftung für Endometriose Forschung (SEF) und die Europäische Endometriose Liga (EEL) war unter dem Vorsitz von Prof. Tinneberg für eine gut besuchte Sitzung am Sonntag verantwortlich. Die Erfahrungen der ersten 5 Jahre mit der Zertifizierung von Exzellenz-Zentren für Endometriose in Deutschland, Ös-

terreich und der Schweiz der Stufen I–III wurden von Prof. Schewpe ausführlich und detailliert vorgebracht, wobei deutlich wurde, dass eine Bündelung von Kompetenz in der Behandlung von Endometriose für die einzelne Patientin von großer Bedeutung ist. Ein weiterer Schwerpunkt dieses Pre-Congress-Symposiums war die Klassifikation der Endometriose, wozu verschiedene Referate (P. Oppelt; F. Tuttlies) gehalten wurden. Hierbei wurden die Vorteile ei-

Pathogenese der Endometriose eine Rolle?“ sowie an Samartzis (Zürich) für sein Poster „Expression pattern of GPR30 in endometriosis“.

Das Motto am Ende der Podiumsdiskussion: „Was machen wir am Montag anders“

Das Programm schloss mit einer Podiumsdiskussion der Rapporteure unter dem Motto „Was machen wir am Montag anders“: Halis, Mechsner (beide Berlin), Laschke (Homburg/Saar), Mueller (Bern), Renner (Erlangen), Oppelt (Linz), Mangold (Laupheim), Thöne (Heidelberg) und Hudelist (Wien), die auch die Arbeit an diesem Bericht sehr erleichtert haben. Traditionell gehörte das letzte Wort den Präsidenten des nächsten Endometriosekongresses in Linz (Oppelt und Stummvoll), der dort vom 25.–27. April 2013 unter dem Motto „Linz verändert Endometriose“ stattfinden wird.

Links:

- www.endometriosekongress.de
- <http://endometriose2013.com>

M. Sillem (Emmendingen)

programm ein spezielles Seminar am Montagnachmittag unter dem Vorsitz von M. Abrao und A. Audebert gewidmet. Die Vorstellungen der Amerikanischen Gesellschaft für Laparoskopie (AAGL) wurden von deren Präsident C. Miller mit ihrem umfassenden Anspruch auf eine Bewertung und Gewichtung sämtlicher Endometriose-Stadien vorgetragen und über den aktuellen Stand der Entwicklung eines neuen Scores informiert. Unter Beteiligung von 30 internationalen Experten wird ein umfassender Score, ähnlich dem bisherigen AFS-Score erarbeitet, der sowohl den Anforderungen der differenzierten Endometriose-Manifestation gerecht werden soll. Der validierte Endometriosis Fertility Index (EFI), der in Methodik und in der geplanten Validierung ein Vorbild für den neuen AAGL-Score darstellt, wurde von D. Adamson nochmals vorgestellt. Die europäischen Anstrengungen zu diesem Thema wur-

Unter Beteiligung von 30 internationalen Experten wird ein umfassender Score erarbeitet

den von H. Tinneberg überzeugend vorgetragen. Die Reaktionen des Publikums zeigten die Notwendigkeit einer validierten Einteilung der Endometriose, die in den letzten 100 Jahren die unterschiedlichsten Klassifikationen und Scores hervorgebracht hat.

Ein zweiter Schwerpunkt auf dem Pre-Congress-Symposium der SEF und EEL am Sonntagnachmittag war die klinische Diagnostik. Es wurden umfangreiche klinische Beispiele demonstriert, wie anhand der Vaginalsonografie das Ausmaß einer tief infiltrierenden Endometriose präoperativ mit einer hohen Treffsicherheit bestimmt werden kann. Die Ergebnisse der Villacher Arbeitsgruppe bestätigten den hohen Stellenwert der Vaginalsonografie in Verbindung mit der differenzierten Tastuntersuchung, die sowohl für die präoperative Planung interdisziplinärer organüberschreitender Operationen als auch für die präoperative Aufklärung der Patientin von großem Vorteil sind.

Die histologischen Differenzierungen der Endometriose sind immer wieder Gegenstand der wissenschaftlichen Auseinandersetzung, wobei sich neben den immunologischen Fragezeichen bei der Entstehung und dem Fortbestehen der Endometriose auch interessante Beobachtungen in Analogie zu einer lymphogenen Metastasierung (S. Mechsner) beobachten lassen, deren Bedeutung nach wie vor noch unklar ist.

Zu dem klinisch wichtigen Thema der Darmfunktionsstörung nach Darmresektion wurde von der Schweizer Arbeitsgruppe (M. Müller) ein interessanter Defäkations-Score vorgestellt und mit klinischen Daten validiert.

Die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung möglicher Komplikationen wurde im Referat von Prof. Ebert ausführlich dargestellt.

F. Tuttlies (Villach)

20th Congress of the European Society of Gynecological Endoscopy (ESGE), 21.–24.9.2011, London, UK

Der 20. Kongress der European Society of Gynecological Endoscopy (ESGE) fand vom 21. bis 24. September 2011 in London statt. Vom ESGE-Präsident Prof. H. A. M. Brölmann (Amsterdam, NL) und den beiden Kongresspräsidenten Prof. P. J. O'Donovan (Bradford, UK) und Dr. J. Frappel (London, UK) wurde ein interessantes Programm mit hochkarätigen wissenschaftlichen Vorträgen, Live-Operationen sowie Kursen zusammengestellt. Das Thema „Endometriose“ stand hierbei an allen Veranstaltungstagen im Vordergrund. Erfreulich war, dass auch dem jungen Forum im Rahmen der „Young Endoscopic Platform“ ein

Forum gegeben wurde, welchem M. Wallwiener (Heidelberg, D) vorsteht.

So wurde am 20. September ein eigener „Postgraduate Course Deep Infiltrating Endometriosis“ unter der Leitung von A. Cuttner (London, UK) und J. Keckstein (Villach, Österreich) angeboten, bei denen den Teilnehmern insbesondere die strukturierte präoperative Diagnostik sowie die besonderen Spitzfindigkeiten bei der Therapie der tief infiltrierenden Endometriose nähergebracht wur-

Im Rahmen der Live-Operation wurde ein breites Spektrum an laparoskopischen Operationstechniken demonstriert

den. Insbesondere wurden Operationstechniken erläutert und demonstriert sowie über die erforderliche Radikalität diskutiert. Im Rahmen der Live-Operation wurde ein breites Spektrum an laparoskopischen Operationstechniken demonstriert. Hierbei wurden in heterogener Qualität onkologische Eingriffe ebenso wie Myomenukleationen, urogynäkologische Eingriffe und Endometriosefälle voroperiert.

Im Rahmen von freien Vorträgen wurde allein in vier Session aus-

schließlich Neues aus der Endometrioseforschung präsentiert. Deutschsprachige Arbeitsgruppen berichteten hier über die Diagnosegenauigkeit bei tief infiltrierende Endometriose per Ultraschall (G. Hudelist, Wien, A) und die Langzeitergebnisse nach anteriorer Rektumresektion (J. Keckstein, Villach, A).

Hierbei zeigte sich, dass das Schmerzlevel auf der visuellen Analogskala signifikant abnahm und die

Lebensqualität signifikant zunahm. Renner (Erlangen, D) zeigte, dass das präoperative Schmerzlevel signifikant mit der Rezidivrate korreliert und somit einen möglichen Prognosefaktor darstellt.

Abgerundet wurde das Programm durch Videosessions, bei denen Tipps und Tricks zu ausgefallenen Krankheitsbildern sowie Operationen mit niedrigem und hohem Schwe-

regrad vermittelt wurden. Mehrere Präsentationen beschäftigten sich hierbei mit der Ureterendometriose. So wurde von M. Andou (Japan) die Technik des laparoskopischen Boari-Lappens präsentiert, während G. Misra (UK) eine Neu-Implantation ohne Boari-Lappen im Bereich des linken Ureters demonstrierte.

S. Renner (Erlangen)

AKTUELL – DISKUTIERT

IVF and endometriosis-related symptom progression: insights from a prospective study.

Benaglia L, Somigliana E, Santi G, Scarduelli C, Ragni G, Fedele L. Hum Reprod. 2011 Sep;26(9):2368-72. Epub 2011 Jun 29.

■ **BACKGROUND:** A possible and neglected concern in women with endometriosis undergoing IVF is the potential risk of progression of the disease. We set up a prospective study mainly aimed at evaluating the impact of IVF on endometriosis-related symptoms.

■ **MATERIALS AND METHODS:** Women with surgical or echographic diagnosis of endometriosis and selected for IVF were included. In the month preceding the IVF attempt and at a second evaluation 3-6 months after the cycle, women who did not get pregnant underwent clinical assessment and transvaginal ultrasonography. Each patient was requested to complete a questionnaire on the presence, severity and modifications of endometriosis-related symptoms before and after the IVF cycle.

■ **RESULTS:** Overall, 64 patients completed the study protocol. The Bibe-

roglu-Behrman Scores and the Verbal Rate Scales for dysmenorrhea, dyspareunia and chronic pelvic pain did not worsen after the procedure. Other endometriosis-related symptoms also did not change. There was no modification in size and number of endometriomas and deep peritoneal nodules. The number (%) of women reporting general improvement and worsening were 14 (22%) and 7 (11%), respectively.

■ **CONCLUSIONS:** IVF does not expose women to a consistent risk of endometriosis-related symptoms progression.

KOMMENTAR: Sterilität und Endometriose sind häufig assoziiert. So findet man in Sterilitätskollektiven eine Prävalenz von Endometriose zwischen 30 und 50 %. Während eine mechanische Alteration der Adnexe als Sterilitätsursache akzeptiert ist, müssen weitere Faktoren (u.a. Peritonealmili-

eustörung, Implantationsfaktoren, immunologische Faktoren, Spermatozoentransport, Eizellreifung) an der Genese der Sterilität beteiligt sein.

Analog zur Leitlinie führt die chirurgische Therapie der milden Endometriose zu einer Verbesserung der Fertilität sowohl bei der peritonealen als auch bei der ovariellen Endometriose. Eine postoperative ebenso wie die alleinige medikamentöse Therapie führen nicht zu einer Verbesserung der Spontanschwangerschaftsrate.

Anders stellt sich die Datenlagen vor geplanter IVF-Behandlung da. Hier gibt es eine kritische Diskussion, ob Endometriome vor IVF operativ behandelt werden müssen. Konsens besteht darüber, dass insbesondere bei Rezidiven sowie bilateralen Befunden aufgrund des Risikos eines Verlustes der ovariellen Funktion die Operationsindikation kritischer gestellt werden sollte. Bei Rezidiven einer ausgedehnten

Endometriose empfiehlt die Leitlinie primär die assistierte Reproduktion aufgrund überlegener Schwangerschaftsraten. Endometriose ist eine östrogenabhängige Erkrankung und im Rahmen der Stimulationsbehandlung kommt es zu einem Anstieg der Östrogenspiegel im Körper und somit theoretisch auch zu einer Stimulation der Endometriose. Einzelne Case-Reports berichten über eine Progression von tief infiltrierender Endometriose unter Stimulationsbehandlungen. Trotzdem ist die Frage bis heute unbeantwortet inwieweit die IVF-Behandlung die Progression und insbesondere Beschwerdesymptomatik der Endometriosepatientinnen erhöht.

Im Rahmen dieser Arbeit wurden prospektiv 89 Patientinnen untersucht, bei denen Endometriose ultrasonografisch oder chirurgisch gesichert wurde und die noch keine IVF-Behandlung in der Vorgeschichte hatten. 18 Patientinnen wurden schwanger und 7 Lost to follow-up. Vierundsechzig Patientinnen konnten 4–6 Monate nach der (frustranter) IVF-Behandlung nachuntersucht werden. Die Schmerzwerte in Bezug auf Dysmenorrhoe, Dysparenie und Unterbauchschmerzen unterschieden sich nicht signifikant von den Vorwerten. Auch zeigte sich keine Progression der tief infiltrierenden Endometrioseherde (n=9) oder der Endometriome.

Obwohl Einzelfallberichte eine Progression insbesondere von tief infiltrierender Endometriose beschreiben, konnte dies in dieser Studie nicht gezeigt werden. Die IVF-Behandlung ist ein sicheres Verfahren ohne Zunahme von Schmerzen oder klinischer Progression. Patientinnen sollten vor IVF-Behandlung darauf hingewiesen werden, dass Einzelfälle eine Progression zeigten, dies jedoch nicht an größeren Kollektiven nachgewiesen werden konnte und deshalb die IVF-Behandlung als sicher auch bei Patientinnen mit Endometriose eingestuft werden kann.

S. Renner (Erlangen)

FDG-PET value in deep endometriosis.

Setubal A, Maia S, Lowenthal C, Sidiropoulou. Gynecol Surg 2011;8:305-9.

ABSTRACT: Obwohl die Laparoskopie weiterhin den Goldstandard für die Diagnose der tiefen Endometriose darstellt, sind nichtinvasive Methoden wichtig für ein adäquates Staging der Erkrankung, da sie Lokalisation, Größe und Ausdehnung der Läsionen bestimmen können und somit zur Planung der operativen Behandlung beitragen. Es wurde im Rahmen einer Beobachtungsstudie zwischen April 2008 und Juni 2009 eine präoperative PET-Untersuchung an neun konsekutiven Patientinnen mit Verdacht auf tiefe Endometriose durchgeführt. Die PET ermöglicht eine funktionelle Bestimmung der zellulären Aktivität; aber in unserer Studie ergab sie keine konsistenten Resultate.

KOMMENTAR: Es wäre neben der klinischen Diagnose durch Palpation und Vaginalsonografie wünschenswert, wenn eine bildgebende Methode existierte, die bereits präoperativ ein möglichst genaues „Staging“ der tiefen infiltrierenden Endometriose (TIE) ermöglicht; vergleichbar den klinischen TNM-Stadien („cT“). Das Problem dabei ist auch in der Onkologie nicht unbekannt – denken wir nur an das fortgeschrittene Zervixkarzinom, auch hier gibt oft erst die „Staging“-Laparoskopie Aufschluss über die wahre Ausdehnung der Erkrankung. Sowohl in der gynäkologischen Onkologie als auch bei der Endometriose haben CT und MRT nur zum Teil befriedigende Ergebnisse gezeigt. Publierte systematische Untersuchungen zur Wertigkeit der PET bei der TIE liegen nicht vor; es gibt vorläufige Ergebnisse bei ovariellen Endometriomen.

Insofern haben Setubal et al. aus Lissabon 9 Patientinnen mit Verdacht auf TIE durch PET untersucht und die Ergebnisse mit der intraoperativen Ausdehnung verglichen. Die Ergebnisse waren so inkonsistent, dass die Autoren zu folgendem Schluss kamen: Eine präoperative PET bei Verdacht auf TIE scheint nicht hilfreich zu sein, weder für die Diagnose als solche noch für die Beurteilung der Ausdehnung der TIE. Zugegeben war die Zahl der Patientinnen nicht groß, sodass eine Untersuchung mit mehr Probandinnen potenziell andere Ergebnisse zeigen könnte. Setubal et al. führen an, dass möglicherweise die Fluoro-D-Glukose-(FDG)-Aufnahme durch die Endometrioseläsionen während verschiedener Phasen des menstruellen Zyklus differieren kann.

U. Ulrich (Berlin)

Urinary dysfunction after colorectal resection for endometriosis: results of a prospective randomized trial comparing laparoscopy to open surgery.

Ballester M., Cherau E, Dubernard G., Coutant Ch. Bazot M., Darai W. Am J Obstet Gynecol 2011;204:303.e1-6

■ **OBJECTIVE:** To evaluate urinary symptoms before and after colorectal resection for endometriosis using validated questionnaires.

■ **STUDY DESIGN:** We randomly assigned 52 patients with colorectal endometriosis to undergo laparoscopically assisted or open colorectal resection. The median follow-up was 19 months. Urinary symptoms were evaluated using the International Prostate Score Symptom and the Bristol Female Low Urinary Tract Symptoms questionnaires.

RESULTS: Dysuria was observed in 29% of cases postoperatively. Using Bristol Female Low Urinary Tract Symptoms and International Prostate Score Symptom scores, an alteration was observed for voiding symptoms (P = .01 and P = .006, respectively). No difference was observed between the laparoscopy and the open surgery group. An alteration of the International Prostate Score Symptom voiding symptoms was observed in the group that did not undergo nerve sparing surgery (P = .048). An alteration of the International Prostate Score Symptom voiding symptoms was observed for patients who underwent vaginal resection (P = .01) and parametrial resection (P = .02).

■ **CONCLUSION:** Our findings confirm that colorectal resection for endometriosis is a source of urinary dysfunction whatever the surgical route.

KOMMENTAR:

Die Pariser Arbeitsgruppe stellt die Ergebnisse einer prospektiv randomisierten Studie aus dem operativen Bereich vor, was alleine schon eine Besonderheit ist. Es wurde untersucht, ob der operative Zugang (Laparoskopie oder offenes Vorgehen) einen Einfluss auf Blasenentleerungsstörungen nach kolorektalen Resektionen wegen Endometriose hat. Insgesamt wurden 52 Pat. mit kolorektaler Resektion wegen tief infiltrierender Endometriose postoperativ mit validierten Fragebögen prospektiv randomisiert evaluiert. Davon waren jeweils 26 Patientinnen laparoskopisch und 26 offen operiert worden. Das Ausmaß der Operation bestand aus situationsgerechtem Vorgehen und umfasste in beiden Gruppen zu gleichen Teilen soweit nötig eine ovariale Zystenausschälung, Adnexektomie, Resektion der uterosakralen Ligamente, Hysterektomie, Ureterolyse, Neuimplantation des Ureters, multiple Darmresektionen. Das mittlere Follow-Up betrug in beiden Gruppen 19 Monate. Blasenentleerungsstörungen wurden nach

dem Bristol Female Low Urinary Tract Symptoms Score und dem International Prostate Score quantifiziert. Es fand sich in beiden Scores eine postoperative Verschlechterung der Harnentleerung (p = .01; p = .006 resp.), wobei kein Unterschied zwischen unterschiedlichen operativen Zugängen gefunden werden konnte. Eine Verschlechterung im International Prostate Score fand sich bevorzugt bei jenen Patientinnen, die nicht mit so genannten „nerve-sparing“ Techniken operiert wurden (p = .048), ebenfalls unabhängig vom Zugang. Weiters fanden sich vermehrt Blasenentleerungsstörungen bei Patientinnen nach vaginalen (p = .01) und parametranen Resektionen (p = .02).

Zusammenfassend belegt diese prospektiv randomisierte Studie, dass der operative Zugang einer Laparoskopie oder offenen Operation keinen Einfluss auf postoperative Blasenentleerungsstörungen nach Eingriffen mit kolorektalen Resektionen wegen tief infiltrierender Endometriose hat. Entscheidende Risikofaktoren sind vielmehr der Verzicht auf nervenschonende Techniken sowie parametranen und vaginale Resektionen.

W. Stummvoll (Linz)

Fertility after colorectal resection for endometriosis: results of a prospective study comparing laparoscopy with open surgery.

Darai E, Lesieur B, Dubernard G, Rouzier R, Bazot M, Ballester M. Fertil Steril. 2011 May;95(6):1903-8. Epub 2011 Mar 10.

■ **OBJECTIVE:** To determine whether the surgical route of colorectal resection for endometriosis is a determinant factor for fertility.

■ **DESIGN:** Prospective study.

■ **SETTING:** Tertiary-care university hospital.

■ **PATIENT(S):** Fifty-two patients with endometriosis were randomly assigned to laparoscopic or open surgery. **INTERVENTION(S):** Laparoscopically assisted vs. open colorectal resection.

■ **MAIN OUTCOME MEASURE(S):** Evaluation of fertility outcomes spontaneously and after assisted reproductive therapy.

■ **RESULTS:** The mean follow-up was 29 months. Among the 28 patients wishing to conceive, 11 (39.3%) became pregnant. Overall cumulative pregnancy rate at 52 months for these patients was 45.1%. For patients with or without infertility, the cumulative pregnancy rate was 37.6% and 55.6%, respectively, and the cumulative spontaneous pregnancy rate 13.3% and 36.5%, respectively. All the spontaneous pregnancies were observed in the laparoscopy group.

■ **CONCLUSION(S):** This study demonstrates that spontaneous pregnancy is more frequent after laparoscopy compared with open surgery for colorectal endometriosis.

KOMMENTAR:

Die Arbeit der französischen Gruppe um Darai ist die erste prospektive Vergleichsstudie (Laparoskopie vs. Laparotomie bei tief infiltrierender

Darmendometriose), welche die beiden operativen Zugangswege hinsichtlich des Fertilitäts-Ergebnisses untersucht. Bis dato liegen im kurzen Überblick folgende relevante Studien zu diesem Thema vor:

– Vercellini et al (Am J Obstet Gynecol, 2006;195:1303–10.) untersuchten prospektiv den Einfluss der Darmresektion per laparotomiam bei infertilen Patientinnen mit rektovaginaler Endometriose und konnten keinen Effekt hinsichtlich einer Verbesserung der Fertilität nachweisen.

– Die Gruppe um Simone Ferrero (Fertil Steril 2009;92:41–6.) verglich retrospektiv laparoskopische vs. offene Darmresektion bei infertilen Patientinnen mit TIE und konnte eine signifikant erhöhte Schwangerschaftsrate in der minimal-invasiv operierten Gruppe nachweisen.

– Eine Zusammenfassung der Studien, welche den Effekt der rein laparoskopischen Resektion tief infiltrierender rektovaginaler Endometriose hinsichtlich des Fertilitäts-ergebnisses untersuchte (Mohr et al. JLS 2005;9:16–24; Nezhat et al. Br J Obstet Gynaecol, 1992;99:664–7; Possover et al. Obstet Gynecol 2000;96:304–7; Redwine et al. Fertil Steril 2001;76:358–65; Lyons et al. J Minim Invasive Gynecol 2006;13:436–41) zeigt eine kumulative Schwangerschaftsrate von etwa 40% postoperativ.

– Interessant sind 2 rezente Arbeit von Stepniewska et al (Hum Reprod 2009;24:1619–25; Reprod Biomed Online 2010;20:602–9. welche eine deutliche Verbesserung der Fertilität (spontane Konzeption wie auch nach

IVF) bei Patientinnen nach minimal-invasiver Darmresektion aufgrund von TIE zeigen konnte. So lag die kumulative postoperative Schwangerschaftsrate bei Patientinnen unter 30 Jahre bei 58%, bei Patientinnen über 30 Jahren bei 45%. Hervorzuheben ist, dass das Belassen der rektalen Läsionen eine signifikante Verschlechterung des Fertilitätsergebnisses im Vergleich zur radikal operierten Gruppe aufwies.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit unterstreichen die bis dato publizierten Daten zur Effektivität der minimal-invasiven Resektion der TIE hinsichtlich der Verbesserung der Fertilität mit einer kumulativen Schwangerschaftsrate von 45% (59,6% laparoskopische Gruppe, 31,9% Laparotomie-Gruppe – spontane Konzeption und IVF). Hervorzuheben ist die Rate der rein spontan erzielten Schwangerschaften in der laparoskopischen vs. offen operierten Gruppe betragen 46,1% vs. 0% (!).

Weiters unterscheidet diese Studie – im Gegensatz zu vielen vorherigen Arbeiten – symptomatische Patientinnen mit Infertilität vs. symptomatische Patientinnen mit Konzeptionswunsch, jedoch ohne Infertilität. Diese Unterscheidung ist wesentlich, da die Beobachtungen bisheriger Arbeiten die Schwangerschaftsrate im Gesamtkollektiv untersuchen und durch die Vermischung dieser Gruppen ein mögliches Selektionsbias vorhanden ist.

Nach Ansicht der Autoren sind potenzielle Ursachen für das schlechtere Abschneiden der Laparotomie-Gruppe die Bildung postoperativer Adhäsionen und bzw. durch deutlich höhere Komplikationsraten in der Laparotomie- vs. Laparoskopie-

Gruppe. Schwachstelle der Studie ist die Tatsache, dass zwar Patientinnen mit/ohne Infertilität unterschieden wurden, jedoch im Idealfall nur Patientinnen mit Infertilität eingeschlossen werden sollte um den Endpunkt der Studie (Fertilitätsergebnis) besser bzw. genauer evaluieren zu können. Weiters stellt die Gesamtzahl

der Studienteilnehmerinnen (n=52) einen limitierenden Faktor da. Zusammengefasst unterstreicht diese Arbeit 2 Punkte – erstens die Effektivität der minimal-invasiven Therapie bei Patientinnen mit Kinderwunsch bzw. Infertilität und TIE und des Rektosigmoids hinsichtlich einer deutlichen Erhöhung der ku-

mumulativen und insbesondere spontan erzielten Schwangerschaften; zweitens die Notwendigkeit spezialisierter Abteilungen bzw. Zentren mit notwendiger Expertise zur Diagnose und minimal-invasiven Therapie der TIE.

G. Hudelist (Wien)

KONGRESSE UND WORKSHOPS 2012

21.1. – 28.1. 2012

29. **Arlberger Gynäkologielehrgang, Oberlech**
www.oeggg.at

10.2. – 12.2. 2012

Das Gyn-Update 2011, **Weißensee**
www.gyn-update2011.info/

24.2. – 26.2. 2012

Weißensee-Treffen/Arbeitstagung der SEF
www.endometriose-sef.de

23.2. – 26.2. 2012

40. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe <https://mi.conventus.de/mireg/participant.jsf>

28.3. – 30.3. 2012

Teaching minimal invasive therapies, Clermont-Ferrand, France
www.pedagogieclermont-ferrand.org

7.4. – 9.4. 2012

The 4th International IVI Congress Valencia, Spain
comtecmed.com/ivi/2011/

30.4. – 4.5. 2012

13th European Congress of the European Society of Endocrinology, Birmingham, UK
www.ece2011.com/registration.aspx

Impressum:

Herausgeber: SEF, Stiftung Endometriose Forschung
www.endometriose-sef.de

Redaktion: Univ.-Doz. Dr. Gernot Hudelist, MSc; Wien
Priv.-Doz. Dr. Stefan Renner, Erlangen
Prof. Dr. Uwe Ulrich; Berlin
Prof. Dr. Ludwig Wildt; Innsbruck

Kontakt: endometriose.aktuell@endometriose-sef.de

Grafik Design: gregor.pirker@gmx.at

Autoren dieser Ausgabe: Univ.-Doz. Dr. med. G. Hudelist, MSc; Wien
Priv.-Doz. Dr. med. Stefan Renner, Erlangen
Priv.-Doz. Dr. med. M. Sillem, Emmendingen
Prim. Dr. med. W. Stummvoll, Linz
Dr. med. F. Tuttlies, Villach
Prof. Dr. med. U. Ulrich, Berlin

„Endometriose Aktuell“ erscheint 2-mal im Jahr kostenlos und kann über die Homepage der SEF als auch über den Verteiler der OEGGG digital bezogen werden. Zusätzlich erscheint „Endometriose Aktuell“ als Druckbeilage der Zeitschrift „JATROS Medizin für die Frau“. Autoren werden gebeten, ihre Beiträge in Manuskriptform an die obige Adresse zu übermitteln.

