

INTERVIEW

«Endometriose wird zumeist erst sehr spät erkannt»

Dr. Bernhard Fellmann erläutert, welche Symptome typisch für diese häufige gynäkologische Erkrankung sind, welche Therapien helfen und wie die Erfolgsaussichten für Frauen mit Kinderwunsch sind.



IM INTERVIEW

Dr. Bernhard Fellmann

Leitender Arzt der Frauenklinik,
Leiter der Endometriose-Sprechstunde
Universitätsspital Basel

Dr. Fellmann, können Sie uns das Krankheitsbild der Endometriose näher beschreiben?

Hierbei handelt es sich um Zellen aus der Gebärmutter-schleimhaut, die sich ausserhalb der Gebärmutterhöhle ansiedeln. Von diesen gutartigen Wucherungen sind in den meisten Fällen die Organe im Becken betroffen. Die Endometriose kann von der ersten Regelblutung bis zu den Wechseljahren auftreten.

Welche Symptome sind besonders typisch?

Die Symptome der Endometriose können sehr vielschichtig sein. Sie reichen von Schmerzen bei der Regelblutung über chronische Unterbauchschmerzen und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr bis hin zu Schmerzen beim Stuhlgang oder Wasserlassen. Aber auch Antriebslosigkeit und Müdigkeit gehören dazu.

Sind die Schmerzen zyklusabhängig?

Ja, sehr häufig. Sie treten vor allem vor und während der Regelblutung auf. Das hängt damit zusammen, dass die Herde ausserhalb der Gebärmutter, genauso wie die Schleimhaut in der Gebärmutter, zyklisch in diesem Zeitraum aktiviert werden. Aber es gibt auch chronische Unterbauchschmerzen, die sich durch die Entzündungsreaktion und den damit verbundenen Verwachsungen und Vernarbungen erklären lassen. Werden wiederum Blase oder Enddarm befallen, kann man sich leicht vorstellen, dass dies zu Beschwerden und Schmerzen beim Stuhlgang oder Wasserlösungen führt.

Wie lässt sich die Endometriose diagnostizieren?

Häufig vergehen zwischen dem ersten Auftreten bis zur Diagnosestellung viele Jahre. Hierzulande sind es im Schnitt acht Jahre. Das liegt vor allem daran, dass die Symptome unspezifisch sind. Diese müssen erfasst und die Krankenvorgeschichte analysiert werden. Danach sollte eine gynäkologische Untersuchung sowie ein Ultraschall durchgeführt werden, in seltenen Fällen ist auch die Durchführung einer Magnetresonanztomographie sinnvoll. Allerdings gibt es keine Symptome, respektive nicht-invasive Untersuchungsmethoden, die die Endometriose beweisen. Erst ein operativer Eingriff inklusive der gleichzeitig gewonnenen Gewebeprobe bestätigt den Verdacht.

Was heisst das für die Patientinnen? Führt die Therapie ausschliesslich über einen operativen Eingriff?

Generell kann man sagen, dass nicht jeder Verdacht auf eine Endometriose operiert werden muss. In einigen Fällen sind die Patientinnen mit einer alleinigen medikamentösen Therapie zufrieden.

Wie sieht das in der Praxis aus?

Wenn wir von der medikamentösen Therapie sprechen, müssen wir zwischen der reinen Schmerztherapie und der Hormontherapie unterscheiden. Bei der Hormontherapie geht es in erster

Linie darum, den natürlichen Zyklus zu unterdrücken. Die radikalste Methode ist, die Frau für eine gewisse Zeit mit einer antihormonellen Therapie künstlich in die Wechseljahre zu versetzen. Weniger Nebenwirkungen und wahrscheinlich gleich gute Wirkung hat das Gestagen, ein Gelbkörperhormon, das den zyklischen Aufbau der Gebärmutter-schleimhaut verhindert. Alternativ kann auch mit einer „normalen Antibabypille“ – einer Kombination aus Gestagen und Oestrogen – der Zyklus unterdrückt werden. Die Behandlung der Endometriose ist immer eine individuelle Therapie. Bei allen Therapien, sei es medikamentös oder operativ, müssen Wirkung und Nebenwirkung abgewogen werden. Erfahrungsgemäss bringt die Kombination aus operativer und medikamentöser Therapie die besten Ergebnisse.

Und in welchen Fällen raten Sie zu einem operativen Eingriff?

Immer dann, wenn wir mit der medikamentösen Therapie allein keine für die Patientin zufriedenstellende Situation erreicht haben, respektive wenn wir in den Untersuchungen Befunde sehen, die zu weiteren Problemen führen können. Zum Beispiel, ein Befall des Harnleiters, da dies bis zum Nierenversagen führen kann. Auch bei einem Kinderwunsch gibt es viele Situationen, bei denen eine Operation sinnvoll ist.

Wie läuft die heutzutage zumeist minimal-invasiv durchgeführte Operation ab?

Über einen kleinen Schnitt im Nabelbereich wird zunächst Gas in den Bauchraum gefüllt. Hierdurch besteht die Möglichkeit, mit einer Kamera in den Bauchraum zu schauen. Über weitere kleine Einstiche lassen sich dann Operationsinstrumente in die Bauchhöhle einführen, mit denen man die Endometrioseherde entfernt.

Worin liegen die Vorteile bei diesem Eingriff?

Durch die minimal-invasive Technik ergeben sich kosmetische Vorteile. Gleichzeitig werden die postoperativen Schmerzen reduziert und die Patientinnen erholen sich viel schneller gegenüber herkömmlichen Operationen. Neben geringeren Kosten für das Gesundheitssystem gibt es durch die Lupenvergrösserung der Kamera auch eine viel bessere Visualisierung der Endometrioseherde.

Sind die Frauen anschliessend für immer beschwerdefrei oder kann die Endometriose zurückkommen?

Leider muss man davon ausgehen, dass nach einer Operation immer noch vereinzelt Endometriosezellen verbleiben, insbesondere dann, wenn wir fertilitätserhaltend operieren, also wenn die Gebärmutter belassen wird und die Eierstöcke so wenig wie nur möglich berührt werden. Wenn die Familienplanung offen ist, beziehungsweise die Zeit bis zum Beginn der Wechseljahre noch lange dauert, sollte man nach einer Operation die Option einer Hormontherapie besprechen.



Endometriose ist häufig die Ursache für Unfruchtbarkeit bei Frauen – doch oft kann geholfen werden.

Warum gilt die Endometriose als eine der wichtigsten Ursachen für weibliche Unfruchtbarkeit?

Rund 50 Prozent der Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch haben Endometriose. Ein Grund hierfür liegt zum einen darin, dass die chronische Entzündung zu Verwachsungen und zu Vernarbungen führt, die die Eileiter betreffen können. Zum anderen scheinen die Endometrioseherde Stoffe abzugeben, die die Befruchtung und das Einnisten der Eizelle erschweren.

Wie kann Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch geholfen werden?

Wenn die Eileiter verklebt sind, weiss man, dass man mit der Reproduktionsmedizin in Form einer künstlichen Befruchtung wesentlich bessere Chancen hat. Bei der operativen Therapie geht es darum, die Endometrioseherde radikal zu entfernen, ohne die Eierstock- und Gebärmutterfunktion einzuschränken.

Wie gross sind für Frauen die Erfolgsaussichten, schwanger zu werden?

Werden die Endometrioseherde radikal operiert, sind die Eileiter durchgängig und ist das Spermogramm des Partners normal, sind die Aussichten einer spontanen Befruchtung gut. Bei der künstlichen Befruchtung gibt es Studien, die besagen, dass Frauen mit Endometriose keine wesentlich schlechteren Chancen haben als Frauen ohne Endometriose.

Worin muss auf dem Gebiet der Endometriose weiter geforscht werden?

Sehr hilfreich wäre ein Marker, der die Endometriose nachweist, um die Erkrankung einfach und schnell diagnostizieren zu können. Die Hormontherapie mit Gelbkörperhormonen oder Pille ist zwar hinsichtlich der Beschwerden relativ effektiv, eine Schwangerschaft unter der Therapie ist jedoch nicht möglich. Es fehlt bislang ein nebenwirkungsarmes Medikament, das die Schmerzen eindämmt und das Fortschreiten der Erkrankung unterbindet, gleichzeitig aber auch eine Schwangerschaft ermöglicht.

«Die Behandlung der Endometriose erfolgt interdisziplinär»

Prof. Viola Heinzelmann erklärt die Bedeutung von Spezialsprechstunden und wie sich das Betreuungsnetzwerk zusammensetzt

Prof. Heinzelmann, wie wichtig sind gerade bei gynäkologischen Erkrankungen wie der Endometriose Spezialsprechstunden?

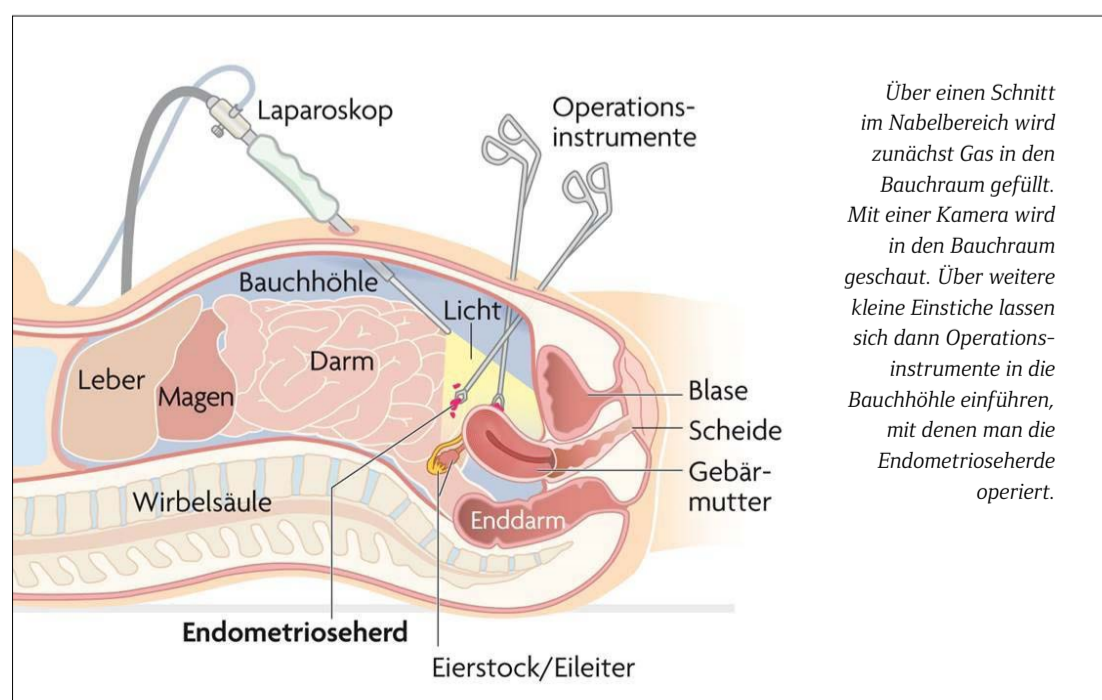
Die Medizin nimmt an Komplexität immer mehr zu. Die Aufgabe eines Universitätsspitals ist es hierbei, den Gynäkologen und Hausärzten bei komplexen Fällen zur Seite zu stehen und Neuerungen aus der Forschung stetig mit einzubinden. Dies geschieht durch Experten in den einzelnen Gebieten der Frauenheilkunde. Im Bereich der benignen Gynäkologie sind dies vor allem die Endometriose- und Myom-Sprechstunden sowie die Urogynäkologie. Kein einzelner Gynäkologe kann so ein breites Spektrum – wie es in einem Universitätsspital möglich ist – abdecken. Genau deshalb macht die Beratung einer fortgeschrittenen Endometriose in einem Zentrum Sinn.

Welche Spezialisten sind in die Behandlung involviert?

Die Therapie der Endometriose bedarf in der konservativen Situation vieler Spezialisten, die im Team miteinander zusammenarbeiten: Gynäkologen mit Schwerpunkt Endometriose, Hormonspezialisten, Schmerztherapeuten, Psychosomatiker sowie Reproduktions-Endokrinologen. Aber auch bei der operativen Therapie ist es wichtig, dass ein Team bestehend aus einem laparoskopisch versierten Operateur mit Schwerpunkt Endometriose, einem Reproduktions-Endokrinologen und einem Viszeralchirurgen zusammenkommt.

Welcher Weg führt die Patientinnen in die Spezialsprechstunde?

Das betreuende Team einer Patientin, die einer Spezialsprechstunde bedarf, schliesst den privaten Gynäkologen und Hausarzt mit ein. Sie sind die Ärzte des Vertrauens, zu denen die Patientin jahrelangen Kontakt hatte. Die Zuweisung und auch Nachbetreuung sollte daher dringend in Kooperation mit ihnen passieren. Selbstverständlich darf sich eine Patientin auch ohne ein derartiges Betreuungsnetzwerk direkt an die Spezialsprechstunde wenden. Das Ziel der Betreuung wird dann jedoch darin liegen, ergänzend ein Netzwerk aus Hausarzt und Gynäkologen aufzubauen.



Über einen Schnitt im Nabelbereich wird zunächst Gas in den Bauchraum gefüllt. Mit einer Kamera wird in den Bauchraum geschaut. Über weitere kleine Einstiche lassen sich dann Operationsinstrumente in die Bauchhöhle einführen, mit denen man die Endometrioseherde operiert.

Quelle: Baby-und-Familie/W&B Verlag/Dr. Ulrike Möhle



IM INTERVIEW

Prof. Dr. med. Viola Heinzelmann

Vorsteherin der Frauenklinik,
Chefärztin der Klinik für Gynäkologie/
Gyn. Onkologie und
Leiterin des Gyn. Tumorzentrums,
Universitätsspital Basel