



02 - 05

THEMA

05 - 09

AKTUELL
DISKUTIERT

10

KONGRESS-
BERICHTE

11

KONGRESSE,
WORKSHOPS

Sehr geehrte Leserinnen und Leser!

Die mittlerweile sechste Ausgabe von „**Endometriose Aktuell**“ möchte sich den Themen Neuropelviologie und Scoring der Endometriose widmen. Zehn Jahre Diskussionen über ENZIAN und andere Scoring-Systeme sind vergangen. Weitere Inhalte sind wie bereits in den vorherigen

Ausgaben Kongressberichte und Literaturrezensionen. Wir hoffen, dass Sie alle auf ein gutes Jahr 2012 zurückblicken können. – Wie Sie am Datum erkennen, müssen wir uns für das verspätete Erscheinen dieser Ausgabe entschuldigen. Eine interessante Lektüre wünschen Ihnen

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

Symptome der Endometriose des Plexus sacralis (sakrale Radikulopathie) und des Nervus ischiadicus

Die Pathologie der pelvinen Nerven ist noch eine relativ obskure Thematik in der Medizin. Dass Beckenorgane Schmerzen generieren können und Schmerzen ohne deren Transport durch die Beckennerven zum Gehirn nicht wahrgenommen werden, ist klar. Dass Nerven selbst Schmerzen generieren können, entzieht sich oft unserem Verständnis. So werden Vulvodynien ohne ein dermatologisches/gynäkologisches Korrelat für die meisten von uns zu einem diagnostischen und therapeutischen Problem. Pathologien der Beckennerven werden selten als mögliche Ursachen erwähnt, obwohl sämtliche medikamentöse Behandlungen dann auf „Nerven-Therapien“ basieren. Gelernt haben wir, dass die Pathologie dort ist, „wo es weh tut“. Bei neuropathischen Schmerzen liegt die Ursache meistens nicht da, wo die Schmerzen sitzen, sondern proximal davon.

Viszerale vs. somatische Schmerzen

Auch der Schmerz wird viel zu oft lediglich als ein „Symptom“ eingestuft. Intensität und Lokalisation sind nur zwei Attribute. Die Art des Schmerzes, die Ausstrahlung, lösende oder beruhigende Faktoren und begleitende Symptome sind ebenfalls wichtige Kriterien. „Viszerale Schmerzen“ werden als dumpf und tief im Becken lokalisiert, meist mit Ausstrahlung in den tiefen Rücken bzw. den Steiß (Plexus hypogastricus inferior) und mit begleitenden vegetativen Symptomen wie Kopfschmerzen, Nausea, Unwohlsein oder Müdigkeit beschrieben. Somatische Schmerzen verursachen dagegen exakt lokalisierte Allodynien mit distalen Ausstrahlungen in die entsprechenden lumbosakralen Dermatome. Sofern die pelvinen Nerven für die vaginale/rektale Palpation erreichbar sind, löst deren Berührung einen akuten Schmerz (Triggerpunkt) mit einer elektrischen Ausstrahlung des Schmerzes entlang des Nervs nach distal aus (Tinel-Zeichen). Der Ischiasnerv ist bei der vaginalen Palpation unerreichbar, jedoch sind die tiefen Sa-

kralwurzeln S2–S4 und die pudendalen Nerven meistens erreichbar.

Die tief infiltrierende Endometriose des Plexus sacralis

Die Sakralwurzeln liegen tief im kleinen Becken, seitlich des Rektums und des Spatium rectovaginale. Daher kann eine tief infiltrierende Endometriose des Septum rectovaginale, mit oder ohne Befall des Rektums, der sakrouterinen Ligamenta oder der kardinalen Ligamenta, die Sakralwurzel potenziell involvieren. Aus der einfachen anatomischen Nähe sind meist die zweite, die dritte und die vierte Sakralwurzel betroffen, während die Sakralwurzel S1 sehr selten involviert ist und die Wurzel L5 praktisch nie. Die Schmerzen sind dann somatisch, mit Irradiation in die sakralen Dermatome S2–S4 ebenfalls verantwortlich für neuropathische Schmerzen im Gesäß, in den pudendalen und genitalen Regionen (‡ Vulvodynia, Coccygodynia) bzw. in dem hinteren/inneren Aspekt der Beine. Da die Sakralwurzeln S3 und S4 die Nerven der Beckenorgane beinhalten, leiden die Patientinnen sehr oft an einer Pollaki-

surie („bladder hypersensitivity“), evtl. auch an einer Nykturie, während eine Blasenretention und ein postmiktionelles Residuum nur bei einer massiven retroperitonealen Endometriosis mit Destruktion der Nervi splanchnici pelvici zu erwarten sind. Motorische Störungen der Beine mit Bewegungseinschränkung sind nicht zu erwarten. Um zu vermeiden, an einer möglichen operativen Verletzung dieser Nerven beschuldigt zu werden, empfehlen wir eine systematische urodynamische Abklärung vor jeder Operation einer tief infiltrierenden Endometriose. Da bei dieser Form der neuralen Endometriose eine lateral parametrane Extension der tief infiltrierenden Endometriose (TIE) entsteht, werden bei der vaginalen Palpation sowohl der parametrane Befund als auch ein Triggerpunkt und ein Tinel-Zeichen bei der Palpation der Sakralwurzeln eruiert. Eine Nierensonografie kann eine mögliche Hydronephrose objektivieren.

Da diese Form der Endometriose die Sakralwurzel meist nur einmauert, jedoch nicht infiltrierte, zielt die Operation auf die vollständige Exzision des Befundes mit Dekompression der Sakralwurzel unter Erhal-

tung der Nervi splanchnici pelvici (soweit als möglich – zumindest auf einer Seite).

Die infiltrierende Endometriose des Ischiasnervs

Diese Form der Endometriose kann entweder als isolierter Befall des Ischiasnervs oder als Folge einer tiefen Infiltration des Beckenperitoneums in der Höhe der Fossa ovarica vorkommen. Dann ist ein Befall des Ureters quasi konstant. Diese Form der Endometriose ist extrem destruktiv und kann sich innerhalb des Ischiasnervs verbreiten bzw. den Nerv zerstören. Die Lokalisation ist quasi pathognomonisch in der Höhe des Ischiasnervs in der Tiefe der Fossa lumbosacralis, direkt vor seinem Austritt aus dem kleinen Becken durch das Foramen ischiadicum magnum. In dieser Lokalisation sind die meisten vesikalen, rektalen und pudendalen Fasern schon aus dem Plexus ausgetreten, sodass

Diese Form der Endometriose kann sich innerhalb des Ischiasnervs verbreiten bzw. den Nerv zerstören.

Blasenprobleme, Pudendalschmerzen, Vulvodynien und Kokzygodynien nur bei massivem Befall auftreten. Die neuropathischen Schmerzen im Bein – die typische Ischialgie – bestimmen das Schmerzbild. Da diese Form der Endometriose destruktiv ist, können motorische und sensorische Ausfälle auftreten. So führt eine L5-Läsion zur Einschränkung der Extension/Flexion des Fußes mit Schwierigkeiten beim Treppensteigen und zur Sensibilitätsstörung bzw. zum Sensibilitätsverlust in der äußeren Regionen der Beine. Die Behandlung einer solchen Endometriose kann nur in einem spezialisierten Zentrum durchgeführt werden und basiert auf der laparoskopischen Dekompression des Nervs mit Resektion der infiltrierten bzw. destruierten Anteile des Nervs. Ein „neurochirurgischer glutealer Zugangsweg“ ermöglicht keine vollständige Exzision des Befundes und exponiert die Patientin für eine mög-

liche Verletzung der glutealen Nerven (‡ Schwierigkeiten des Aufstehens) und vor allem gefährliche Blutungen. Auch eine Hormonbehandlung ist ein Nonsens und exponiert die Patientin für weitere irreversible Schäden des Nervs. Eine unauffällige diagnostische Laparoskopie ohne direkte Exploration des Ischiasnervs schließt eine isolierte Endometriose des Ischiasnervs nicht aus.

M. Possover, Zürich

Literatur:

Possover M, Henle KP, Schneider T: Laparoscopic therapy for endometriosis and vascular entrapment of sacral plexus. Fertil Steril 2011; 95(2): 756-8
Possover M: New surgical evolutions in management of sacral radiculopathies. Surg Technol Int 2010; 19: 123-8
Possover M: Laparoscopic neurolysis of the sacral plexus and the sciatic nerve for extensive endometriosis of the pelvic wall. Minim Invasive Neurosurg 2007; 50: 33-36
Possover M, Chiantera V: Isolated infiltrative endometriosis of the sciatic nerve: about three cases. Fertil Steril 2007; 87: 417-9

Zehn Jahre ENZIAN: 2002 bis 2012

Seit 2002 ist es zu einer guten Tradition geworden, dass sich Experten aus dem gesamten deutschsprachigen Raum (Deutschland, Österreich, Schweiz) in einer ruhigen, abgeschiedenen Umgebung, an einem der höchstgelegenen Bergseen in den österreichischen Alpen am Ende des Winters zu einem Arbeitstreffen und zu einem fachübergreifenden Gedankenaustausch am Weißensee treffen.

Die Stiftung für Endometrioseforschung (SEF) und die Villacher Arbeitsgruppe um Prof. Keckstein, als Gastgeber, haben hier eine weithin akzeptierte aktive Plattform für die in der öffentlichen Diskussion vernachlässigte Erkrankung der Endometriose ins Leben gerufen. Die vergangene Dekade war geprägt von einer regen und engagierten

wissenschaftlichen Diskussion, die ihren Anfang in einer Art Sprachlosigkeit genommen hat, darüber, wie denn eine offensichtlich schwere benigne Erkrankung, die auch in der Lage ist, Organgrenzen zu überschreiten, am besten zu beschreiben und damit auch zu vergleichen wäre. Eine Unzahl an Klassifikationen und Vorschlägen

wurden hierzu seit dem Beginn des letzten Jahrhunderts in die Diskussion eingeführt. Letztendlich konnte keiner dieser Vorschläge international überzeugen. Die Endometriose gleicht in ihrer klinischen Präsentation oft einer chamäleonartigen Erkrankung und lässt sich nur schwer mit einem einheitlichen und umfassenden Schema beschreiben.

In der internationalen Literatur hat sich der Vorschlag der AAGL seit den 70er-Jahren und in einer revidierten Form am Ende der 90er-Jahre durchgesetzt.

Die tiefe Infiltration der Endometriose wurde dabei allerdings stark vernachlässigt bzw. kann mit diesem Score nicht abgebildet werden. Aus diesem offensichtlichen Mangel heraus wurde eine neue Klassifikation entwickelt, die sich einerseits auf die tiefe Infiltration der Endometriose beschränkt, andererseits eine rein deskriptive Form verwendet. Der Ansatz, sich auf eine Subentität der Erkrankung zu beschränken, wurde immer wieder diskutiert, erlaubte allerdings eine Konzentration auf ein komplexes und weithin vernachlässigtes Gebiet. Der chirurgische Zugang bei einer komplexen Verwachsungssituation, die sich typischerweise

bei einer organüberschreitenden Erkrankung ergibt, setzt eine Trennung der anatomisch relevanten Kompartimente voraus. In der ENZIAN-Klassifikation wurden hierfür die Kompartimente A, B und C eingeführt. Die drei relevanten Kompartimente des kleinen Beckens sind in sich funktionell wie chirurgisch eindeutig voneinander abgegrenzt und überkreuzen sich nur scheinbar. Basierend auf der Idee, die Organüberschreitung als ein wichtiges Merkmal für die Schwere der Erkrankung zu fixieren, wurde das C-Kompartiment eine tragende Säule der ENZIAN-Klassifikation. Um eine tiefe Infiltration, die sowohl

die Scheide als auch das Rektum betrifft, sicher und radikal zu resektieren, ist es sinnvoll, das A-Kompartiment vom C-Kompartiment chirurgisch zu trennen. Hier entsteht lediglich durch die Organüberschreitung eine Verschränkung der Topografie. Der chirurgisch erfolgreiche Weg ist aber erst durch eine Wiederherstellung der topografischen Kompartimente möglich. Die Infiltration der Beckenwand, die häufig den Ureter von außen in unterschiedlichem Maß komprimiert,

Der chirurgische Zugang bei einer komplexen Verwachsungssituation, die sich typischerweise bei einer organüberschreitenden Erkrankung ergibt, setzt eine Trennung der anatomisch relevanten Kompartimente voraus.

sowie die mögliche Beeinträchtigung der Nervi splanchnici können im B-Kompartiment gut wiedergegeben werden. Durch die Summe der kumulativen Beschreibung entsteht ein abstraktes Bild einer komplexen und variantenreichen Erkrankung, die sich erst auf dem Boden einer solchen Abstrahierung vergleichen lässt. Die für die tief infiltrierende Endometriose weiter entfernten typischen Lokalisationen wurden in einer zweiten Kategorie „F“ subsumiert und stellen eine erweiterte Beschreibung dar, die die Komplexität der Endometriose gut widerspiegelt.

Die Nomenklatur hat in den letzten Jahren viel Raum in der Diskussion eingenommen, wobei sich verschiedene Vorschläge zur Differenzierung der abstrahierten Information dem Gebot der Einfachheit unterordnen mussten. Eines der Hauptargumente, warum die ENZIAN-Klassifikation sich nur langsam durchsetzen kann und sich selbst unter den Experten, die an der Ent-

wicklung mit beteiligt waren, nur schwerfällig in den klinischen Alltag einfügen ließ, war das Argument der Komplexität. Dies führte nach ausführlicher Diskussion in den letzten Jahren nun zu einer Vereinfachung der Klassifikation, die sich auch in der Nomenklatur niederschlagen sollte. Es wurde die Schreibweise auf einen Buchstaben („2 C“ statt „E 2 C“) reduziert. Lediglich die Ergänzungsgruppe wurde weiterhin auf ein Kapitel „F“ und eine Unterbezeichnung festgelegt („F A“ für Adenomyose). Die Reduzierung auf insgesamt 9 (3x3) Felder für die metrische Einordnung hat einen weiteren Vereinfachungsfaktor ergeben, sodass es leicht möglich ist, sich an das metrische Maß zu erinnern (<1cm, 1 bis 3cm, >3cm). Die Seitenzuordnung der Beckenwand wurde ebenfalls dem Gebot der Vereinfachung untergeordnet, sodass der größere Befund in die ENZIAN-Klassifikation eingebracht wird. So wird z.B. bei einer Kompression des linken Ureters und einer gleichzeitig vorliegenden Infiltration des Ligamentum sacrouterinum rechts der Befund als „3 B“ (extrinsische Ureterobstruktion) erfasst. Überlegungen, die Tuben (Salpingitis isthmica nodosa) oder die Ovarien mit einzubeziehen, wurden ebenfalls der Spezifität und Einfachheit der Klassifikation untergeordnet.

Nach 10 Jahren ausführlicher Diskussion liegt nun eine hochspezifische, gut abstrahierbare Einteilung der tief infiltrierenden Endometriose vor, der zu wünschen übrig bleibt, dass sie weite Verbreitung und Akzeptanz zunächst unter den chirurgisch aktiven Gynäkologen findet, aber auch im konservativen Therapiesegment der Endometri-

osebehandlung einen festen Platz erreichen kann. Der Vorteil dieser Klassifikation liegt insbesondere in der wertfreien Beschreibung wichtiger und häufig involvierter Kompartimente des kleinen Beckens.

Ein Vergleich verschiedener Therapieansätze ist erst auf dem Boden einer einheitlichen und spezifischen Deskription möglich. Der wissenschaftliche Disput, ob oder wann eine Darmsegmentresektion einer „disc resection“ oder gar einer nicht erfolgten Resektion bei einer offensichtlichen Darminfiltration und somit einer Organüberschreitung der Endometrioseerkrankung überlegen ist, kann erst auf dem Boden einer gut reproduzierbaren Deskription erfolgen, da ansonsten die Gefahr besteht, dass höchst unterschiedliche

Ein Vergleich verschiedener Therapieansätze ist erst auf dem Boden einer einheitlichen und spezifischen Deskription möglich.

Situationen miteinander verglichen werden. Die Möglichkeit einer kumulativen Mehrfachnennung ist ein weiterer Parameter, der die Clusterbildung unterschiedlich schwerer Erkrankungen ermöglicht.

Die Bewertung eines Clusters, wie es in einem Score-System vorgesehen ist, ist aufgrund der unterschiedlichen Ausprägung der Erkrankung nur schwer in einem einheitlichen und universellen Bewertungssystem zu bewerkstelligen, man stelle sich z.B. vor, wie man eine tiefe Rektuminfiltration mit einem Endometriom vergleichend werten sollte. Letztendlich ist die Vergleichbarkeit einer Therapie und deren Erfolg für die leidende Patientin von Bedeutung, die allerdings nur auf dem stabilen Fundament einer differenzierten Beschrei-

bung möglich ist. Der Zugang zur kausalen Schmerzbehandlung, die bedauerlicherweise oft Jahrzehnte in Anspruch nimmt, bis das Ausmaß der Erkrankung erfasst und damit auch kausal behandelbar wird, ist ein weiteres Problem, das sich einem universellen und wertenden Score-System entgegenstellt. Somit bietet die abstrakte, spezifische und kumulative Deskription eines komplexen Befundes wesentliche Vorteile gegenüber einem allumfassenden System, das die Vielfalt der Ausprägungen und die unterschiedliche Bewertung mit einschließen soll.

Die ENZIAN-Klassifikation scheint uns ein fundierter Wegweiser zu einer patientenorientierten Therapie zu sein, die wesentliche individuelle Faktoren dieser Erkrankung mit berücksichtigt.

F. Tuttlies, Villach

Segmental bowel resection for colorectal endometriosis: is there a correlation between histological pattern and clinical outcomes?

Mabrouk M, Spagnolo E, Raimondo D, D'Errico A, Caprara G, Malvi D, Catena F, Ferrini G, Paradisi R, and Seracchioli R
Hum Reproduction 2012; 27(5): 1314-1319

ABSTRACT

BACKGROUND: Laparoscopic segmental resection as a treatment for intestinal endometriosis can be supported by favorable clinical outcomes, but carries a high risk of major complications. The purpose of this study is to evaluate histopathological patterns of colorectal endometriosis and investigate potential relationships between histological findings and clinical data.

METHODS: We consecutively included 47 patients treated with laparoscopic segmental resection because of symptomatic colorectal endometriosis. All patients underwent follow-up for a median of 18 months (range: 6-35). We examined the histological patterns of colorectal endometriosis and evaluated the relationships between histological findings (satellite lesions, positive margins and vertical infiltration) and clinical outcomes (incidence of recurrence, quality of life and symptom improvement). Moreover, we observed if satellite lesions could influence preoperative scores of the short form-36 health survey (SF-36) questionnaire and visual analogue score (VAS) for pain symptoms.

RESULTS: There were no statistically significant differences in terms of anatomical and pain recurrences, pain symptoms and quality of life

improvement among patients with or without positive margins, satellite lesions and different degrees of vertical infiltration ($p > 0.05$). Furthermore, women with or without satellite lesions were no different in terms of preoperative VAS of pain symptoms and SF-36 scores ($p > 0.05$).

CONCLUSIONS: The presence of satellite lesions or positive resection margins does not seem to influence clinical outcomes of segmental colorectal resection. Similarly, satellite lesions do not appear to have a major role in determining preoperative clinical presentation. These results may be useful to reconsider the surgical strategy for bowel endometriosis.

KOMMENTAR: Die Vor- und Nachteile einer Segment- versus Disc- bzw. isolierten Exzision tief infiltrierender Endometrioseherde ist seit Jahren Gegenstand reger Diskussionen. Obwohl einige Fallserien auf eine deutlich reduzierte Morbidität bei Disc-Resektion hinweisen, ist diese bei ausgeprägter Darmbeteiligung und/oder Stenose technisch aufgrund einer konsekutiven Lumeneinengung schwer durchführbar, sodass viele Operateure ab einer Infiltrationsstrecke von über 2cm primär eine Segmentresektion favorisieren. Ein weiteres bis dato angeführtes Argument für ein solches Vorgehen ist die Detektion von Satellitenherden und eine durch eine

Segmentresektion eher erreichbare „R0“-Resektion. Bis dato lagen jedoch nur vereinzelte Berichte über die klinische Relevanz solcher Läsionen vor.

Mit der Studie von Mabrouk et al liegt nun erstmalig eine relevante Untersuchung zu dem Thema vor, da die Autoren neben einer beachtlichen Fallzahl auch Daten zum prä- und postoperativen Follow-up angeben. Interessanterweise weisen die Segmentresektate mit einer durchschnittlichen Länge von 10cm in 64% Satellitenläsionen auf. Trotzdem können die Autoren keine Korrelation zwischen dem Vorhandensein solcher Läsionen und den präoperativen Symptomen herstellen. Darüber hinaus zeigten sich keine Unterschiede im postoperativen Follow-up (Schmerzreduktion, Rezidiv, Darmfunktion) zwischen Patientinnen mit befallenen (R1) versus freien Resektionsrändern (R0) und Patientinnen mit versus ohne Satellitenläsionen, was die klinische Relevanz einer R0-Resektion bzw. der Resektion von Satellitenherden infrage stellt.

Bei genauer Betrachtung müssen jedoch einige Faktoren berücksichtigt werden. Erstens waren die Gruppen R0- versus R1-Resektion „underpowered“ und lassen somit keine klare statistisch relevante Aussage zu diesem Gruppenvergleich zu. Weiters

machen die Autoren keine Angaben zum Vorhandensein einer konkomitanten Adenomyosis uteri, welche in bis zu 70% dieses Kollektivs vermutet werden kann und die postoperative Symptomreduktion beeinflussen kann. Zusätzliche beeinflussende

Faktoren wie Anastomosenhöhe und Segmentlänge wurden ebenso nicht in der Auswertung der postoperativen Darmfunktion berücksichtigt. Zusammenfassend kann jedoch die längenmäßige Ausweitung einer Segmentresektion, welche mit ei-

ner Morbiditätserhöhung assoziiert ist, kritisch hinterfragt werden, da die dadurch erzielte Resektion von Satellitenherden fragliche klinische Relevanz haben dürfte.

G. Hudelist, Wien

Hemostasis by bipolar coagulation versus suture after surgical stripping of bilateral ovarian endometriomas: a randomized controlled trial

Ferrero S, Venturini PL, Gillott DJ, Remorgida V, Leone Roberti Maggiore U, J Minim Invasive Gynecol 2012 Nov-Dec; 19(6): 722-30

ABSTRACT

STUDY OBJECTIVE: To estimate whether the suture of the ovary is superior to bipolar coagulation in preserving ovarian reserve in infertile women undergoing laparoscopic stripping of bilateral endometriomas.

DESIGN: Randomized controlled trial (Canadian Task Force classification I).

SETTING: University teaching hospital.

PATIENTS: 100 patients with bilateral endometriomas.

INTERVENTIONS: Patients underwent stripping of bilateral endometriomas and were randomized to undergo hemostasis by use of either laparoscopic suturing (LS group) or bipolar coagulation (BC group). Changes in ovarian reserve were investigated by measuring the levels of anti-Müllerian hormone (AMH) and basal follicle-stimulating hormone (FSH) before surgery and at 3, 6 and 12 months from surgery.

MEASUREMENTS AND MAIN RESULTS:

At 3-month, 6-month, and 12-month follow-up, in both study groups,

postsurgical AMH levels were significantly lower and basal FSH levels were significantly higher than before surgery. There was no significant difference in the mean percentage decrease of AMH levels in the BC group and LS group at 3-, 6-, and 12-month follow-up. The mean percentage increase in basal FSH was higher in the BC group than in the LS group at both 3-month ($p=0.023$) and 6-month follow-up ($p=0.029$), but not at 12-month follow-up. Pregnancy rate, time to conception, and rate of endometrioma recurrence was similar in the 2 study groups.

CONCLUSION:

Laparoscopic stripping of ovarian endometriotic cyst significantly decreases serum AMH levels and increases basal FSH levels independent from the method used to obtain hemostasis on the ovarian tissue.

KOMMENTAR: Schon lange beschäftigt uns Endometrioseoperateur, welche Technik die richtige sei, um bei großen Endometriomen (und auch bei anderen benignen ovariellen Raumforderungen) eine Rekonstruktion des Ovars herbeizuführen – sofern uns dies intraoperativ notwendig erscheint – oder eine aus dem Ovarinernen nach dem Ausschälen resultierende Blutung zu stillen.

In der klassischen Chirurgie hat man so ein Problem mit Nähten gelöst, später aber kamen neue Möglichkeiten hinzu wie Fibrinkleber, vasokonstriktorische Substanzen, die man in das Ovar injiziert und natürlich die Applikation von Wärme bzw. Hitze, um einen Koagulationseffekt herbeizuführen, durch Thermokoagulation (Semm et al), Laser oder bi- oder monopolaren Strom. Fast jeder von uns arbeitet heute primär mit bipolarem Strom zur laparoskopischen Blutstillung. Das Problem bei der Endometriosepatientin mit Kinderwunsch ist, dass hierbei Sorge besteht, man könnte dadurch unnötig Primordialfollikel und damit Oozyten thermisch zerstören mit der Konsequenz, die reproduktive Kapazität der Ovarien zu kompromittieren. Aber Koagulieren ist bequemer und zeitlich vorteilhafter als das endoskopische Anbringen von Nähten. Die wissenschaftliche Datenlage diesbezüglich ist beschränkt und uneinheitlich.

Ferrero et al legen nun eine prospektive randomisierte Studie vor, in der Nähte vs. bipolare Koagulation zum o.g. Zweck verglichen wurden. 100 Frauen mit bilateralen Endometriomen konnten eingeschlossen werden. Alle Patientinnen unterzogen sich dem bilateralen

laparoskopischen Ausschälen der Endometriome und wurden dann in eine Naht- oder Koagulationsgruppe randomisiert. Anti-Müller-Hormon (AMH) und FSH wurden vor der OP und nach 3, 6 und 12 Monaten bestimmt. Die reproduktive Anamnese wurde jeweils erhoben.

Nach 3, 6 und 12 Monaten waren in beiden Gruppen die AMH-Spiegel signifikant niedriger und die FSH-Spiegel signifikant höher als vor der OP. Zwischen den beiden Gruppen gab es dabei keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf die AMH-Spiegel. Der prozentuale FSH-

Anstieg war in der Koagulationsgruppe nach 3 und 6 Monaten zwar etwas größer, allerdings nicht mehr nach 12 Monaten (kein Unterschied zwischen den Gruppen).

Die Schwangerschaftsrate, die Zeit bis zum Eintritt einer Schwangerschaft und die Rezidivrate waren in beiden Gruppen gleich.

Die Autoren schlussfolgern, dass ein beidseitiges Ausschälen von ovariellen Endometriomen zu einem AMH-Abfall und FSH-Anstieg führt. Die Art der gewählten Hämostase – bipolare Koagulation oder endosko-

pische Naht – beeinflusste dieses Ergebnis aber nicht weiter. Es gilt für uns demnach zwar unverändert, Vorsicht walten zu lassen, wenn bei Kinderwunschpatientinnen bilaterale ovarielle Endometriome operativ angegangen werden, allerdings braucht man zumindest nach der vorliegenden Studie mit recht großer Fallzahl und gutem Design keine zusätzliche Angst zu haben, dass eine bipolare Koagulation zur Blutstillung noch einen weiteren Schaden – verglichen mit laparoskopischen Nähten – setzte.

U. Ulrich, Berlin

Surgical versus medical treatment for endometriosis-associated severe deep

Vercellini P, Somigliana E, Consonni D, Frattaruolo MP, De Giorgi O, Fedele L, Hum Reprod 2012 Dec; 27(12): 3450-9

ABSTRACT

STUDY QUESTION: Does surgical or medical treatment for endometriosis-associated severe deep dyspareunia achieve better results in terms of patients' satisfaction (main study outcome), variation of coital pain and frequency of intercourse?

SUMMARY ANSWER: Surgery and progestin therapy were equally effective in the treatment of deep dyspareunia in women with rectovaginal endometriosis, whereas medical therapy performed significantly better than excisional treatment in those without deeply infiltrating lesions.

WHAT IS KNOWN AND WHAT THIS PAPER ADDS: Conservative surgery and hormonal therapies have been

used independently for endometriosis-associated deep dyspareunia with inconsistent results. This study reports a direct comparison between the two treatment options in women with severe pain during intercourse.

DESIGN: Patient preference, parallel cohort study with a 12-month follow-up. The effect of conservative surgery at laparoscopy was compared with treatment with a low-dose of norethisterone acetate per os (2.5mg/day) in women with persistent/recurrent severe deep dyspareunia after first-line surgery.

PARTICIPANTS AND SETTING: A total of 51 patients chose repeat surgery and 103 progestin treatment. Patient satisfaction was graded according to a five-category scale.

Variations in pain during intercourse were measured by means of a 100-mm visual analogue scale.

MAIN RESULTS AND THE ROLE OF CHANCE: In the surgery group, a marked and rapid short-term dyspareunia score reduction was observed, followed by partial recurrence of pain. The pain relief effect of the progestin was more gradual, but progressive throughout the study period. At a 12-month follow-up, the frequency of intercourse per month (mean \pm SD) was 4.6 ± 1.8 in the surgery group and 5.3 ± 1.5 in the norethisterone acetate group ($p=0.02$). A total of 22/51 (43%) women were satisfied in the surgery group compared with 61/103 (59%) in the progestin group [adjusted odds ratios (OR), 0.36; 95% confidence interval (CI), 0.16-0.82; $p=0.015$]. Corresponding figures in women with

and without rectovaginal endometriotic lesions were, respectively, 13/24 (54%) versus 18/35 (51%; adjusted OR, 0.77; 95% CI, 0.22-2.67; $p=0.68$), and 9/27 (33%) versus 43/68 (63%; adjusted OR, 0.23; 95% CI, 0.07-0.76, $p=0.02$).

BIAS, CONFOUNDING, AND OTHER REASONS FOR CAUTION: Treatments were not randomly assigned, and distribution of participants as well as of dropouts between study arms was unbalanced. However, the possibility of choosing the treatment allowed assessment of the maximum potential effect size of the interventions.

GENERALIZABILITY TO OTHER POPULATIONS: Caucasian patients able to choose their treatment.

KOMMENTAR: In der italienischen Studie von Vercellini et al waren Patientinnen eingeschlossen, die in den letzten 24 Monaten eine Laparoskopie bei Endometriose und eine weiterhin bestehende oder wieder aufgetretene massive Dyspareunie hatten. Die Patientinnen wurden über gute Ergebnisse der Chirurgie wie auch der medikamentösen Therapie aufgeklärt. Insgesamt wurden 51 Patientinnen erneut operiert und 103 medikamentös behandelt. Bei der Operation wurden alle Endometrioseherde (24 rektovaginale Herde, 20 Endometriome, 15 Endometrioseherde im Bereich des posterioren Parametriums) entfernt. Medikamentös erhielten die Patientinnen täglich 2,5mg Norethisteronacetat (NETA).

Die Patientinnen wurden nach 3, 6 und 12 Monaten erneut untersucht. Sie sollten subjektiv die Frage beantworten, wie zufrieden sie in Bezug auf Beschwerdebesserung beim

Geschlechtsverkehr sind (sehr zufrieden, zufrieden, unklar, unzufrieden, sehr unzufrieden). Zufriedene Patientinnen wurden zusammengefasst aus den Antwortoptionen „sehr zufrieden“ und „zufrieden“. Beim 3-Monats-Visit gab es in der OP-Gruppe signifikant mehr zufriedene Patientinnen. Nach 6 Monaten war dieser Unterschied nicht mehr signifikant und beim Abschluss-Visit war die Therapie mit NETA bezüglich Zufriedenheit der Patientinnen beim Geschlechtsverkehr der Chirurgie signifikant überlegen. In der OP-Gruppe profitierten die Patientinnen mit nachgewiesenen und entfernten rektovaginalen Endometrioseknoten erwartungsmäßig mehr von einer Operation als Patientinnen ohne morphologisches Korrelat.

Insgesamt könnte man den Fehler begehen und aus der Studie schließen, dass die medikamentöse Therapie der operativen gerade in Bezug auf Dyspareunie überlegen ist. Die Studie hat jedoch einige Schwachstellen, die von den Autoren teilweise diskutiert werden. Zunächst zeigt die Studie eindrucksvoll, dass gerade nach 3 Monaten die meisten Patientinnen von einer Operation profitieren, danach die Beschwerden jedoch wieder auftreten können. Eine medikamentöse Anschlusstherapie sollte deshalb allen Patientinnen empfohlen werden. In der Studie haben die operierten Patientinnen jedoch keine weitere Therapie erhalten.

Des Weiteren handelt es sich bei dem Kollektiv um Rezidivpatientinnen bzw. Patientinnen mit persistierenden Schmerzen trotz Voroperation. Dies stellt schon per se eine heterogene, noch schwieriger zu behandelnde Gruppe dar. Es bleibt

unklar (für beide Gruppen), was genau bei der Voroperation durchgeführt wurde. In der Praxis ist dies jedoch eine wichtige Fragestellung, um Patientinnen eher in Richtung medikamentöser oder (erneuter) Operation zu beraten.

Einen weiteren Kritikpunkt stellt die fehlende Randomisation der Patientinnen dar. So konnten sich die Patientinnen gemeinsam im Konsens mit den behandelnden Ärzten für eine Behandlungsoption entscheiden. Sowohl von ärztlicher Seite als auch von Patientinnenseite ist hier ein nicht zu vernachlässigendes BIOS vorhanden.

Die Autoren geben die Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie (insbesondere Schmierblutung, Gewichtszunahme und abnehmende Libido) an. Diese wurden relativ häufig (genaue Zahlen fehlen) angegeben, schienen die Patientinnen jedoch nicht derart zu beeinträchtigen, dass sie die Therapie abgebrochen hätten bzw. bei abnehmender Libido die Häufigkeit von Geschlechtsverkehr reduziert worden wäre.

Insgesamt schlussfolgern auch die Autoren, dass diese Studie bei Rezidivpatientinnen sicherlich nicht dazu dienen kann, eine Argumentation gegen die Operation im Primärfall zu unterstützen. Aufgrund der oben genannten Schwächen ist auch eine generelle Therapieempfehlung im Rezidivfall daraus nicht ableitbar. Es bleibt dabei, dass hier eine individuelle Therapieentscheidung gemeinsam mit der Patientin unter Abwägung von Vor- und Nachteilen und Berücksichtigung eines möglichen Kinderwunsches getroffen werden muss.

S. Renner, Erlangen

1st European Congress on Endometriosis, Siena, Italien 2012

Vom 29. 11. bis 1. 12. 2012 fand in Siena/Italien der erste Kongress der Europäischen Endometriose Liga (EEL) statt. Die erwartete Teilnehmerzahl von vorab optimistisch geschätzten 300 Personen wurde mit 714 Teilnehmern aus 43 Ländern (28 der EU, 15 außerhalb der EU) deutlich übertroffen. Hintergrund: Die EEL wurde 2005 in Deutschland gegründet mit dem Ziel, die Wahrnehmung für die Erkrankung Endometriose unter Kolleginnen und Kollegen zu verbessern (immer noch vergehen bis zu 7 Jahre von ersten Beschwerden bis zur Diagnose Endometriose) und zusätzlich ein Forum für Patientinnen und Ansprechpartner für die Industrie zu sein. In Deutschland wird seit 2006 die Zertifizierung der Endometriosezentren von der EEL gemeinsam mit der Stiftung Endometriose-Forschung (SEF) und der Selbsthilfegruppe Endometriose durchgeführt.

Dies hat sich bereits als nachhaltiges Erfolgskonzept etabliert. 2011 wurde begonnen, die Gesellschaft vom deutschsprachigen Raum auf den gesamteuropäischen Raum zu erweitern. Der diesjährige Kongress unter den Kongresspräsidenten Prof. Felice Petraglia (Siena, Italien), Charles Chapron (Paris, Frankreich) und Prof. Hans-Rudolf Tinneberg (Gießen, Deutschland) stand unter dem Motto „Endometrioma – from pathogenesis to clinical management“. Schon beim Pre-Congress wurde intensiv über verschiedene Operationstechniken im Rahmen der Live-OPs diskutiert. Ausgewiesene Experten auf dem Gebiet der Endometriose sorgten dann dafür, dass der Kongress an den beiden Folgetagen zum vollen Erfolg wurde. Wissenschaftliche und klinische Themen, insbesondere zum Thema Diagnostik und Therapie von Endometriomen, wurden hier vorge-

stellt und in mehr als gut gefüllten Kongresssälen diskutiert. Besondere Highlights waren die Debatten verschiedener diagnostischer und therapeutischer Ansätze zwischen zwei Meinungsführern am Ende des Tages. Insgesamt hat der Kongress gezeigt, dass viele Fragestellungen in Bezug auf Diagnostik, medikamentöse und operative Therapie ungeklärt sind. Die lebhafte Diskussion wird sicherlich im Rahmen des nächsten Kongresses fortgesetzt, der vom 29. bis 30. 11. 2013 in Berlin stattfinden wird (Präsident: Prof. Charles Chapron, Kongresspräsident Prof. Andreas D. Ebert). AGE-Mitglieder sind herzlich willkommen, den Kongress mit eigenen Beiträgen zu bereichern und Teil der wachsenden Gesellschaft zu werden (weitere Informationen unter:

www.endometriose-liga.eu

S. Renner, Erlangen

Endometriosis Study Day der F-O-G, Malmö, 28. 11. 2012, Schweden

Die F-O-G (Focus on Gynecology) ist eine von führenden Gynäkologen der ISUOG (International Society for Ultrasound in Obstetrics and Gynecology) gegründete Initiative, die sich die Fort- und Weiterbildung in speziellen Themenbereichen der Gynäkologie zum Ziel gesetzt hat. Ziel der von Prof. Dr. Lil Valentin (Universität Lund, Schweden) organisierten Veranstaltung waren die Diskussion und Präsentation aktueller Daten zum Thema Diagnostik der Ovarial- und tief infiltrierenden Endometriose. Über 50 internationale Teilnehmer konnten innerhalb eines Tages Vorträge

zu den Themen „Epidemiologie und Ätiologie der Endometriose“ (T. Holland, London, UK), „MRI und Endometriose“ (S. Guerriero, Cagliari, Italien), „Untersuchungstechniken und Ovarialendometriose“ (Li. Valentin, Malmö, Schweden), „Diagnostik und operative Therapie der Adenomyose und TIE“ (G. Hudelist, Wien, Österreich) und „Aspekte der Diagnose der Blasen- und Ureterendometriose“ (D. Jurkovic, London, UK) hören. Die zum Teil sehr kritische und angeregte Diskussion, welche für den angelsächsischen Raum üblich und typisch ist, war vor allem für österreichische

und deutsche Teilnehmer ungeohnt, dafür aber umso spannender und intensiver. Die unterschiedlichen Strategien der Verbindung Diagnostiker und Operateur (im angloamerikanischen Raum sind diese Disziplinen nach wie vor stark getrennt) machten wieder klar, wie essenziell die enge Kooperation zwischen Diagnostik und operativer Therapieplanung ist. Interessierte Leserinnen und Leser können sämtliche Vorträge aller Veranstaltungen im Internet (Videoformat) „downloaden“. Eine Anmeldung unter www.f-o-g.org ist erforderlich und kann wirklich empfohlen werden.

G. Hudelist, Wien

