

2 Einführung

2.1 Definition und Epidemiologie

Kernaussagen:

- a) Als Endometriose wird das Vorkommen endometriumartiger Zellverbände außerhalb des Cavum uteri bezeichnet.
- b) Leitsymptom ist der Unterbauchschmerz, häufig besteht Sterilität.

Die Endometriose ist eine der häufigsten gynäkologischen Erkrankungen, die ganz überwiegend in der Geschlechtsreife auftritt und als östrogenabhängig gilt. Adolescentinnen waren in einer Studie in der Altersgruppe von 10 bis 15 Jahren mit 0,05 % und von 15 bis 20 Jahren mit 1,93 % aller an Endometriose erkrankten Frauen vertreten. Betroffene in der Postmenopause machten 2,55 % aus (Haas et al. 2012). Die Endometriose verursacht eine bemerkenswerte Morbidität (ACOG 2000, Giudice u. Kao 2004, Shaw 1993).

Verlässliche Angaben zur Häufigkeit fehlen und die in der Literatur mitgeteilten Prävalenzraten schwanken stark. Man schätzt, dass in Deutschland jährlich ca. 40 000 Neuerkrankungen auftreten. Etwa 20 000 Frauen werden in Deutschland jedes Jahr wegen Endometriose zur Krankenhausbehandlung eingewiesen (Haas et al. 2012). Die volkswirtschaftliche Bedeutung durch medizinischen Aufwand und Arbeitsausfall ist beachtlich. Trotzdem ist die Erkrankung in der klinischen und basiswissenschaftlichen Forschung unterrepräsentiert (Schweppe 2003).

Das Dilemma der Endometriose besteht einerseits in dem langen Intervall zwischen dem Auftreten der ersten Symptome und der korrekten Diagnose – in Österreich und Deutschland im Durchschnitt 10 Jahre (Hudelist et al. 2012) – und andererseits in den wiederholten Operationen bei chronischem Verlauf der Erkrankung.

Die Endometriose ist pathologisch-histologisch eine benigne Erkrankung. Sie kann sich aber durch infiltratives Wachstum organübergreifend ausbreiten und ausge dehnte Operationen erfordern (Ulrich et al. 2012).

2.2 Ätiologie, Pathologie und Stadieneinteilung

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.

Verschiedene Theorien zur Ätiologie und Pathogenese der Endometriose wurden in der Literatur vorgestellt: Implantationstheorie (Sampson 1927a, Sampson 1927b), Zöлом-Metaplasie-Theorie (Meyer 1919), Archimetra- bzw. „Gewebe-Verletzungs-und-Reparatur-Konzept“ (Leyendecker et al. 1998, Leyendecker et al. 2009).

Am weitesten verbreitet ist die Einteilung der American Society for Reproductive Medicine (sog. rASRM-Score, ASRM 1997). Dieser rASRM-Score zeigt nur eine schwache Korrelation mit den Kardinalsymptomen Schmerz und Sterilität (Vercellini et al. 1996, Guzick et al. 1997). Darüber hinaus ist die Beschreibung der retroperitonealen und tief infiltrierenden Wachstumsformen hiermit inadäquat. Diesen Mangel versuchte die Stiftung Endometrioseforschung durch die Erstellung einer geeigneten Klassifikation (ENZIAN-Klassifikation) zu beheben (Tuttliet al. 2005, Haas et al. 2011, Haas et al. 2013a, Haas et al. 2013b, revidierte ENZIAN-Klassifikation 2012). Ebenso wie der rASRM-Score ist auch die ENZIAN-Klassifikation aus morphologischer Sicht deskriptiv. Derzeit existieren noch keine Daten, ob die ENZIAN-Klassifikation mit Symptomen wie Schmerz und Sterilität bzw. Infertilität korreliert. Die klassische Einteilung in Endometriosis genitalis externa und interna sowie extragenitalis (Albrecht 1955) hat sich im klinischen Alltag durchaus bewährt; sie berücksichtigt das Konzept einer einheitlichen Erkrankung.

In abnehmender Häufigkeit sind befallen: Beckenperitoneum, Ovarien, Ligg. sacrouterina, Septum rectovaginale/Fornix vaginae sowie extragenitale Manifestationen (z. B. Rektosigmoid und Harnblase).

Die Inzidenzen des Befalls von Uterus (Adenomyose) und Tube sind nicht genau bekannt. Seltene, aber typische extragenitale Lokalisationen sind das Zwerchfell-peritoneum (Redwine 2002, Nezhat et al. 1998), die Appendix vermiformis (Gustafsson 2006) und der Nabel (Victory et al. 2007). Endometriose kommt weiterhin in Operationsnarben nach Hysterektomie, Sectio caesarea und Episiotomie bzw. Dammrissen vor (Bektas et al. 2010, Francica 2012, Ozel et al. 2012, Schuster et al. 2012). Hierfür wird als Ursache die mechanische Übertragung von Endometriumpartikeln diskutiert. Manifestationen in Milz, Lunge, Nieren, Gehirn oder im Skelett sind Raritäten.

Patientinneninformation – Ursachen der Endometriose

Die Ursachen für die Entstehung der Endometriose sind wissenschaftlich noch nicht geklärt. Deshalb gibt es bisher keine ursächlichen Behandlungsmöglichkeiten, durch die eine Endometriose grundsätzlich beseitigt oder geheilt werden könnte.

Es gibt ebenfalls keine Behandlung, die das Entstehen einer Endometriose verhindert.

Endometriose und Malignität

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.*

Risiko für maligne Erkrankungen bei Frauen mit Endometriose

Auch wenn statistisch allgemein kein erhöhtes Krebsrisiko für Frauen mit Endometriose fassbar ist (Melin et al. 2007, Swiersz 2002), wurde doch eine Assoziation zwischen dem Vorliegen einer Endometriose und bestimmten Malignomen wie

z. B. endokrinen Tumoren, dem Ovarialkarzinom, Nierenzellkarzinom, Hirntumoren, dem malignen Melanom, Non-Hodgkin-Lymphomen und dem Mammakarzinom beschrieben (Brooks u. Wheeler 1977, Heaps et al. 1990, Melin et al. 2007, Nagle et al. 2008, Olson et al. 2002, Pearce et al. 2012, Vlahos et al. 2009). Die standardisierte Inzidenz-Ratio (SIR) wird z. B. mit 1,38 für endokrine Tumoren, mit 1,37 für Ovarialkarzinome und mit 1,08 für das Mammakarzinom angegeben (Melin et al. 2007). Bei Frauen mit primärer Infertilität, Endometriose und einem der genannten Malignome könnte die SIR auch höher liegen (Brinton et al. 1997). Die Validität dieser Daten und die klinische Bedeutung sind unklar.

Endometrioseassoziierte Malignome

Auf dem Boden einer Endometriose können maligne Tumoren entstehen. Zu etwa 80 % handelt es sich dabei um Ovarialkarzinome, in 20 % um extragonadale Tumoren (Ulrich et al. 2005, Vlahos et al. 2010), wobei die positive Korrelation bestehen bleibt, auch wenn die Endometriose über viele Jahre zurückliegt (Pearce et al. 2012). Endometriose gilt als Risikofaktor, der die Entstehung solcher Ovarialkarzinome um 5 Jahre akzelerieren kann (Aris 2010). Das Risiko beträgt nach einer Studie insgesamt ca. 2,5 % (Van Gorp et al. 2004). Histologisch handelt es sich vorwiegend um endometrioiden (OR 3,05) oder klarzellige Tumoren (OR 2,04), wobei jüngst auch eine Korrelation von Endometriose mit gut differenzierten (G1) serösen Karzinomen gefunden wurde (OR 2,11) (Pearce et al. 2012). Schlecht differenzierte („high-grade“) seröse Ovarialkarzinome und muzinöse Ovarialkarzinome sind statistisch nicht signifikant mit einer Endometriose assoziiert, ebenso wenig Borderlinetumoren des Ovars (Pearce et al. 2012). Andere histologische Entitäten kommen vor (endometriale Stromasarkome, Mischtumoren u. a.) (Volpi et al. 2008). Als unabhängige Risikofaktoren (Daten aus einem Zentrum) wurden weiterhin ein Durchmesser ovarieller Endometriome von ≥ 9 cm, ein postmenopausaler Status (Kobayashi et al. 2008) sowie eine hyperöstrogene Situation (Zanetta et al. 2000) angegeben. Im schwedischen Krankenhausentlassungsregister von 2004 wurde das Vorhandensein einer Endometriosezyste im Alter von 10–29 Jahren als weiterer Risikofaktor für ein späteres Ovarialkarzinom definiert (Borgfeldt u. Andolf 2004). Ovulationshemmer, Geburten, eine tubare Sterilisation oder auch eine Hysterektomie könnten dagegen das Risiko verringern (Modugno et al. 2004). Extragonadale endometrioseassoziierte Karzinome sind praktisch in fast allen Geweben beschrieben worden, in denen wiederum Endometriose vorkommt (McDermott et al. 2012).

Zusammenfassung

Auf der Basis der beschriebenen Inzidenzraten und Risikofaktoren sollte die Möglichkeit einer mit Endometriose assoziierten malignen Erkrankung in die differenzialdiagnostischen Überlegungen einbezogen und Patientinnen auch darüber informiert werden. Zurückhaltung und Augenmaß sind gleichwohl nötig, wenn Endometriosepatientinnen mit diesen Aussagen konfrontiert werden.

Patientinneninformation – Endometriose und Bösartigkeit

Auch wenn es kein allgemein erhöhtes Risiko einer bösartigen Erkrankung für Frauen mit Endometriose gibt, können doch einzelne bösartige Erkrankungen häufiger vorkommen als bei Frauen ohne Endometriose.

Bei der Abklärung und der Behandlung einer Endometriose wird auf diese Tatsache sowie die individuelle Situation der betroffenen Frau daher Rücksicht zu nehmen sein. Somit können im Einzelfall gezielte zusätzliche Untersuchungen erforderlich werden.