

Bachelorarbeit

Christina Reibnegger (geb. Mayer)

Geb. 15.11.1988

Endometriose

Ein unerforschtes Frauenleiden

Medizinische Universität Graz

Gesundheits- und Pflegewissenschaft

betreut von

Gries, Anna, Ao.Univ.-Prof. Dr.phil.

Adresse: 0072 Institut für Physiologie

8010 Graz, Harrachgasse 21/V

Titel der Lehrveranstaltung:

Physiologie

Eingereicht: Graz, am 20.09.2013

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am 20.09.2013..

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Christine Rabnegger', followed by a dotted line indicating the end of the signature.

Unterschrift

Kurzreferat

Endometriose ist eine sehr häufig auftretende chronische, gynäkologische Krankheit, die vorwiegend bei Frauen während der Phase der Geschlechtsreife auftritt. Dabei befindet sich Gebärmutterschleimhaut auch außerhalb der Gebärmutterhöhle und die Krankheitsherde treten vermehrt im Bauch und Beckenraum auf. Dennoch können auch andere Organe von Endometrioseherden betroffen sein, wie beispielsweise der Darm, die Blase oder die Eierstöcke. Mehrere Theorien versuchen, die Entstehung dieser rätselhaften Erkrankung zu erklären, dennoch ist die Ursache bis heute weitgehend ungeklärt. Betroffene Frauen leiden dabei vor allem unter starken Schmerzen vor und während der Menstruation, beim Urinieren und beim Stuhlgang sowie beim Geschlechtsverkehr. Außerdem stellt die vermehrt auftretende Infertilität für viele Frauen mit Endometriose eine sehr große Belastung dar. Dies kann in weiterer Folge auch partnerschaftliche Probleme nach sich ziehen und somit die Psyche der betroffenen Frauen beeinträchtigen. Für die betroffenen Frauen ist eine frühzeitige Diagnosestellung sehr bedeutsam, um die endometriosebedingten Beschwerden zu reduzieren bzw. zum Erliegen zu bringen und das Fortschreiten der Krankheit so gut wie möglich einzugrenzen. Problematisch ist der lange Leidensweg der Frauen mit Endometriose, da im Durchschnitt bis zu 6 Jahre vergehen, bis die Krankheit diagnostiziert wird. Die oben genannten Symptome können auch auf andere Krankheiten hindeuten und somit werden häufig Fehldiagnosen gestellt bis eine Endometriose in Erwägung gezogen wird. In dieser Arbeit werden unter anderem unterschiedliche Therapiemöglichkeiten, die Endometriosepatientinnen zur Verfügung stehen, ausführlich dargestellt und erläutert.

Inhalt

	Seite
Ehrenwörtliche Erklärung	I
Inhaltsverzeichnis.....	II
Kurzreferat.....	III
1 Einleitung.....	1
1.1 Problemstellung	1
1.2 Forschungsfrage	1
1.3 Zielsetzung	1
1.4 Material und Methode	2
2 Allgemeines zur Thematik Endometriose.....	3
2.1 Definition „Endometriose“	3
2.2 Historischer Überblick	3
2.3 Häufigkeit	4
2.4 Die weiblichen Geschlechtsorgane	5
2.5 Der weibliche Menstruationszyklus	6
2.6 Vorgänge der Endometriose im Körper.....	8
2.7 Einteilung nach Schweregraden und Stadien	9
2.7.1 rASRM-Stadieneinteilung.....	9
2.7.2 EEC-Stadieneinteilung.....	11
2.7.3 ENZIAN-Stadieneinteilung	12
3 Theorien und mögliche Ursachen (Ätiologie).....	13
3.1 Ursachen.....	13
3.1.1 Theorie der Transplantation	13
3.1.2 Theorie der Metaplasie	14
3.1.3 Theorie der Immunologie	14
3.2 Risikofaktoren und Einflüsse	15
3.2.1 Familiäre Vorbelastung	16

4	Häufigste klinische Symptomatik.....	17
4.1	Dysmenorrhoe und chronische Unterbauchschmerzen	17
4.2	Dyspareunie.....	17
4.3	Dyschezie	18
4.4	Dysurie.....	18
4.5	Rücken- und Gliederschmerzen.....	19
4.6	Infertilität	19
5.	Diagnostische Möglichkeiten.....	20
5.1	Endometriosearten und Lokalisationen	20
5.2	Anamnese.....	22
5.3	Gynäkologische Untersuchung	22
5.4	Ultraschalluntersuchung	23
5.5	Operative Vorgehensweisen	23
5.5.1	Laparoskopie (Bauchspiegelung)	24
5.5.2	Hysteroskopie (Gebärmutterspiegelung)	25
5.6	Häufigste Fehldiagnosen	26
6.	Therapie	28
6.1	Chirurgische Therapiemöglichkeiten.....	29
6.1.1	Excision mittels Schere, elektrischer Nadel oder CO ₂ -Laser	29
6.1.2	Denaturieren durch Erhitzen mittels Hochfrequenz oder Lasersystem.....	29
6.1.3	Verdampfen mittels CO ₂ -Laser	30
6.2	Medikamentöse Therapiemöglichkeiten	30
6.2.1	Hormontherapien	31
6.2.1.1	Therapie mit Gestagenen	32
6.2.1.2	Therapie mit Danazol	32
6.2.1.3	Therapie mit GnRH-Analoga	33
6.2.1.4	Hormonelle Antikonzeptiva („Antibabypille“)	34
6.3	Schmerztherapien	34
6.4	Alternative/Komplementäre Therapiemöglichkeiten	36
6.4.1	Ernährung und gesunder Lebensstil	36

6.4.2	Phytotherapie	38
6.4.3	Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)	39
6.4.4	Homöopathischer Behandlungsansatz	41
7.	Schlussfolgerung, Diskussion und Ausblick	43
	Literaturverzeichnis	45
	Tabellen und Abbildungsverzeichnis	48

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

In dieser Arbeit wird die gynäkologische und meist chronisch verlaufende Krankheit Endometriose umfassend behandelt, welche immer mehr Frauen im gebärfähigen Alter betrifft. Schätzungsweise 10 bis 15 % der Frauen sind zwischen dem ersten Auftreten der Menstruation und den Wechseljahren von dieser Krankheit betroffen. Endometriose verursacht viele unangenehme und schmerzliche Symptome, die vor allem während der Menstruation verstärkt auftreten. Betroffene Frauen haben dadurch eine enorm eingeschränkte Lebensqualität und leiden häufig unter Unfruchtbarkeit. Die Ursachen dieser komplexen Erkrankung konnten bis heute nicht geklärt werden, dennoch existieren einige Theorien zu deren Entstehung.

1.2 Forschungsfrage

Welche diagnostischen Möglichkeiten zur Früherkennung von Endometriose werden herangezogen und welche Therapieoptionen werden für betroffene Frauen angeboten?

1.3 Zielsetzung

Das Ziel dieser Arbeit ist es, die komplexe, chronische Frauenkrankheit Endometriose umfassend, ganzheitlich und detailliert zu betrachten. Besonders hervorgehoben wird die Bedeutung einer möglichst frühen Diagnosestellung, um das Fortschreiten der Krankheit einzugrenzen bzw. die Schmerzen zu reduzieren. Außerdem liegt der Fokus dieser Arbeit auf den zahlreichen Therapiemöglichkeiten, die individuell auf die Beschwerden der Frauen abstimmbare sind. Was mich besonders bewogen hat, eine Arbeit zu dieser Thematik zu verfassen, ist meine eigene Erkrankung an Endometriose. Als bei mir die Diagnose nach der Laparoskopie gestellt wurde, wusste ich nicht, dass diese Krankheit überhaupt existiert. In der Gesellschaft ist diese Krankheit vielfach unbekannt und wird in den meisten

Fällen zu spät diagnostiziert. Darum möchte ich mit dieser Arbeit die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse, die es zu Endometriose gibt, übersichtlich darstellen.

1.4 Material und Methode

Zur Bearbeitung des Themas Endometriose und der damit verbundenen Forschungsfrage wurde die Methode der Hermeneutik herangezogen, d.h. es wurde eine umfassende Literaturrecherche zum genannten Themenkomplex durchgeführt. Um die Forschungsfrage zu beantworten, werden aktuelle Bücher, Artikel, Datenbanken und Internetquellen herangezogen, miteinander in Beziehung gesetzt oder voneinander abgegrenzt. Um Begriffe zu veranschaulichen, werden zusätzlich Abbildungen in die Arbeit eingegliedert.

Des Weiteren wurde ich auch auf diversen Internetseiten von FrauenärztInnen und der Endometriosevereinigung Österreich fündig. Zahlreiche interessante und nützliche Informationen für meine Bachelorarbeit konnte ich wissenschaftlichen „E-Journals“ entnehmen.

2 Allgemeines zur Thematik Endometriose

2.1 Definition „Endometriose“

„Unter dem Begriff „Endometriose“ versteht man das Vorkommen von gebärmutterähnlichem Gewebe außerhalb der Gebärmutterhöhle“ (Herchenbach/Ulrich 2010, S. 15). Die Bezeichnung entstammt der griechischen Sprache, nämlich „metra“ für Gebärmutter. Die Schleimhaut befindet sich demnach nicht an ihrer Wirkungsstätte innerhalb der Gebärmutterhöhle, die für die Einnistung des frühen Embryos verantwortlich ist (vgl. Herchenbach/Ulrich 2010, S. 15).

2.2 Historischer Überblick

Die Krankheit Endometriose wird vielfach als Krankheit der modernen Gesellschaft angesehen. Bei genauerer Betrachtung der Krankheitsgeschichte kann jedoch erkannt werden, dass erste Aufzeichnungen bereits auf das Jahr 1690 zurückverfolgt werden können. Demnach stellt sich heute vermehrt die Frage nach den Einflüssen und den Auswirkungen der modernen Zivilisation auf das Krankheitsbild und der Häufigkeit im Zusammenhang mit Umweltgiften, Tampons, Hormoneinnahmen. Obwohl die ersten Aufzeichnungen mehrere Jahrhunderte zurückliegen, konnte sich der Begriff „Endometriose“ erst im Jahre 1932 in der deutschsprachigen Fachliteratur durchsetzen.

In folgender Tabelle sind die wichtigsten Jahreszahlen mit dem zugehörigen Ereignis dargestellt:

Tab. 1: Historischer Überblick

Jahr	Ereignis
1690	Erste morphologische Aufzeichnung einer Endometriose von Daniel Shroen (Jena).
1739	Johann Crell (Wittenberg) beschreibt erstmals ein ovarielles Endometriom.
1860/61	Extraovarielle Endometriose wird von Karl Freiherr von Rokitansky (Wien) beschrieben.
1896	Unabhängig voneinander erarbeiten Freidrich von Recklinghausen und Thomas Cullen die Adenomyome und die Adenomyosis.
1899	Johannes Pfannenstiel beschreibt die rektovaginale Endometriose.
1912	Einführung des Begriffes "Adenomyosis" durch O. Frank.
1921	John A. Sampson entwickelt Transplantationstheorie.
1932	Lauches: Postulierung der Östrogenabhängigkeit. Morphologische Charakterisierung durch R. Meyer.
1925-32	Der Begriff „Endometriose“ setzt sich als Krankheitsbezeichnung durch.
1937-39	Theorien zur Ursachenforschung durch Philipp und Huber. (Primäre Endometriose und Endometriosis externa)
Ab 1950er Jahre	Konzept zur Pseudoschwangerschaft wird entwickelt. Weitere biochemische und endokrine Konzepte bilden sich aus.
Ab 1970er Jahre bis dato	Molekulare und immunologische Konzepte werden entwickelt.
Ab 1998 bis dato	G. Leyendecker entwickelt das Tissue-Injury-And Repair-Konzept.
Ab 2000 bis dato	Entwicklung folgender Konzepte: Tissue Array, Gene Expression Arrays, Genomics, Proteonomics.

Quelle: Ebert 2011, S. 1ff.

2.3 Häufigkeit

„Die Endometriose ist eine häufige Frauenkrankheit im reproduktionsfähigen Alter“ (Ebert 2011, S. 13). Die Anzahl der an Endometriose erkrankten Frauen beläuft sich auf etwa 10-15 % und in Österreich sind ca. 300 000 und in Deutschland ca. 3 Millionen Frauen von ihr betroffen (vgl. Endometriosevereinigung Österreich o. J., o. S.). Etwa 40 Prozent der betroffenen Frauen benötigen eine Therapie, andere wiederum entwickeln eine Endometriose mit völlig symptomlosem Verlauf. Allerdings gibt es dazu keine genauen Daten, da eine Endometriose nur sicher durch eine Laparoskopie (Bauchspiegelung) bzw. Laparotomie (Bauchschnitt) festgestellt werden kann (vgl. Ebert 2011, S. 13f.). Daraus lässt sich eine sehr hohe Dunkelziffer an betroffenen Frauen erahnen. Vor einiger Zeit wurde

davon ausgegangen, dass Frauen unter 30 Jahren noch nicht gefährdet sind, an Endometriose zu erkranken. Diese falsche Behauptung wurde in der Zwischenzeit entkräftet, mit dem Beweis, dass bereits sehr junge Mädchen nach dem ersten Einsetzen der Menstruation eine Endometriose entwickeln können. Des Weiteren können auch nach dem Beginn der Menopause noch Beschwerden, die auf Endometriose zurückzuführen sind, auftreten (vgl. von Hoerschelmann 2012, S. 13).

Tab. 2: Häufigkeit der Endometriose

Alter	Anzahl
15–19 Jahre	17/100.000 Frauen
40–44 Jahre	285/100.000 Frauen
45–49 Jahre	184/100.000 Frauen

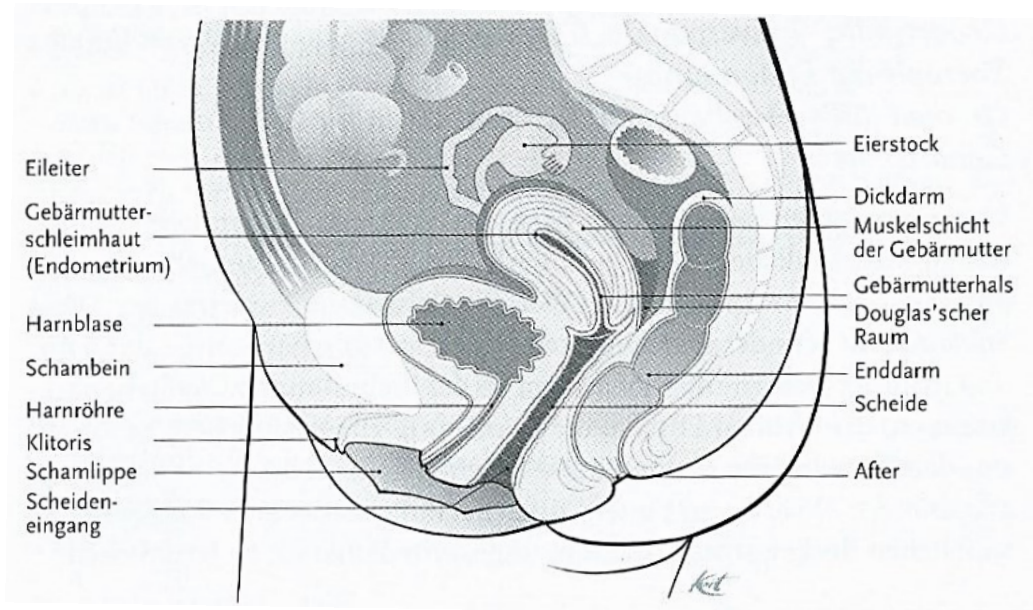
Quelle: Schindler 2007, S. 22

Diese Tabelle veranschaulicht, dass Endometriose am häufigsten bei Frauen mittleren Alters auftritt. Dennoch gibt es auch Fälle von sehr jungen Mädchen, die von dieser Erkrankung betroffen sind. Mit Einsetzen der Menopause ist die Anzahl der betroffenen Frauen wieder rückläufig.

2.4 Die weiblichen Geschlechtsorgane

Um die komplexe Krankheit Endometriose besser verstehen zu können, werden kurz die Organe erwähnt, die sehr häufig von ihr betroffen sind. Die weiblichen Geschlechtsorgane werden unterteilt in äußere und innere Geschlechtsorgane (vgl. Frauenärzte im Netz 2013a, o.S.). Befallen werden überwiegend die inneren Geschlechtsorgane, wie die Gebärmutter, die Eierstöcke, die Eileiter und auch das Bauchfell. Diese Organe befinden sich im kleinen Becken. In unmittelbarer Nähe befinden sich auch die Blase und der Mastdarm (vgl. Sillem 2003, S. 12). Da die Organe sehr eng beieinander sind, kommt es nicht selten zu organübergreifenden Erkrankungen (vgl. Herchenbach/Ulrich 2010, S. 15).

Abb. 1: Die weiblichen Geschlechtsorgane



Quelle: Herchenbach/Ulrich 2010, S. 16

2.5 Der weibliche Menstruationszyklus

Der weibliche Menstruationszyklus umfasst vier Wochen und wird äußerlich sichtbar durch die Regelblutung, die am Ende dieses immer wieder kehrenden, prozesshaften Geschehens einsetzt. Doch bevor es überhaupt zum Einsetzen der Monatsblutung kommt, laufen im Körper sehr komplexe Prozesse ab. In jedem neuen Zyklus reift ein Eibläschen, das auch als Follikel bezeichnet wird, heran. Dieser Follikel enthält die Eizelle. Während dieses Vorganges werden auch Östrogene gebildet. Die Gebärmutter-schleimhaut wird von diesen Vorgängen beeinflusst und baut sich dadurch auf und wird dicker. In Falle einer Befruchtung und somit dem Eintritt einer Schwangerschaft signalisiert die bereits befruchtete Eizelle (Embryo) dem Körper der werdenden Mutter das Geschehen. Eine Befruchtung ist immer in der Mitte des Zyklus und nach dem Eisprung möglich. Ein frühes Zeichen einer geglückten Befruchtung stellt das Choriongonadotropin (HCG) dar. Dieses ist verantwortlich für die Stimulation des Gelbkörpers, der sich nach dem Eisprung aus dem Follikel gebildet hat. Das Ziel dieser Stimulation ist die Erzeugung einer größtmöglichen Menge an Östrogenen und Gelbkörperhormonen. Diese beiden Hormone werden benötigt, damit sich der Embryo einnisten bzw. die Schwangerschaft weiterhin bestehen kann. Der Gelbkörper entwickelt sich auch bei Ausbleiben der Befruchtung, allerdings nur für zwei

Wochen. In diesem Zyklusschnitt erzeugt der Gelbkörper sehr große Mengen an Gelbkörperhormonen, die von der hoch aufgebauten Gebärmutter Schleimhaut umgewandelt werden. Dieser Vorgang dient der Vorbereitung des Körpers auf die nächste Regelblutung und somit kann sich ein neuer Zyklus einstellen.

An diesem monatlich ablaufenden Prozess sind aber nicht nur die Eierstöcke, sondern auch das Gehirn und die Hirnanhangsdrüse beteiligt. Ein Teil des Gehirns, der sogenannte Hypothalamus, ist sehr bedeutsam für das Aussenden von Impulsen. Damit der Eierstock überhaupt zur Erzeugung seiner Hormone angeregt wird, muss die Hirnanhangsdrüse aufgrund der gesendeten Impulse des Hypothalamus Hormone ausschütten. Auf diese Weise entsteht eine Art Übertragungskette, an der hauptsächlich Hormone beteiligt sind. Um die stimulierenden Impulse vom Hypothalamus zur Hirnanhangsdrüse zu übertragen, wird das sogenannte Freisetzungshormon (GnRH, gonadotropin-releasing hormone) benötigt. Generell gelangen Hormone der Hormondrüsen oder auch der Hirnanhangsdrüse unmittelbar in die Blutbahn. Auf diesem Weg erreichen die Hormone auch die Eierstöcke. Dazu zählen das für die Reifung des Follikels verantwortliche Follikel stimulierende Hormon (FSH) und das direkt zur Auslösung des Eisprungs führende Luteinisierende Hormon (LH). Die verschiedenen Hormonbereiche sind im Grunde aneinander angepasst und funktionieren als zusammenspielende Einheit. Dabei erkennt der sensible Hypothalamus umgehend, wenn es zu einer vermehrten Reduzierung des sich im Blut befindlichen Östrogens kommt. Daraufhin bewirkt der Hypothalamus eine gesteigerte Abgabe von GnRH und diese führt dann wiederum dazu, dass die Hirnanhangsdrüse vermehrt FSH ausschüttet. Zu einer Rückkoppelung kommt es, wenn genügend Östrogen produziert wurde und es anschließend wieder zu einer Hemmung der anregenden Hormone kommt. Damit Hormone an den „richtigen“ Körperstellen bzw. Gewebeteilen wirken können, benötigen sie spezielle Stellen zum Andocken, die sogenannten Rezeptoren (vgl. Herchenbach/Ulrich 2010, S. 17f.).

2.6 Vorgänge bei Endometriose im Körper

Im vorhergehenden Kapitel wurde der Menstruationszyklus einer gesunden Frau eingehend erläutert. Nun stellt sich aber die Frage, welche Prozesse bei Endometriose im Körper ablaufen. Dazu ist zu sagen, dass sich das Endometriosegewebe annähernd gleich verhält wie die Gebärmutter Schleimhaut und somit auch die hormonellen Vorgänge des

weiblichen Zyklus durchläuft (vgl. Herchenbach/Ulrich 2010, S. 19f.). Die Erklärung dafür stellt eine verstärkte Verkrampfung der Gebärmutter während der Monatsblutung dar, was dazu führt, dass das Blut, welches Gebärmutterschleimhaut enthält, nicht nur über die Scheide abfließt, sondern durch die Eileiter in den Bauchraum gelangt. Bestimmte Faktoren wie Stress und auch eine falsche Ernährung können dieses heftige Verkrampfen begünstigen. Wenn dabei zu viel Blut in den Bauchraum gelangt, kann das Immunsystem nicht mehr damit fertig werden und es kommt zu einem Festsetzen der Gebärmutter-schleimhautzellen, welche aufgrund der einflussnehmenden Hormone zu wachsen beginnen. Beim Eintreten der nächsten Monatsblutung fließt wiederum Blut von der Gebärmutter in den Bauchraum ab. Zusätzlich kommt es jedoch auch zu einer Blutung aus den bereits festgesetzten Gebärmutterschleimhautzellen. (vgl. Gerhard 2010, S. 79f.). Dadurch lässt sich ableiten, dass sich Endometriosegewebe wie die Gebärmutterschleimhaut aufbaut und am Ende dieses Prozesses eine Blutung einsetzt. Diese Vorgänge in den Schleimhautzellen sind für die Entwicklung von Entzündungen, Verwachsungen und Narben verantwortlich. Dadurch entstehen auch die endometriosebedingten Beschwerden, deren Intensität ganz unterschiedlich sein kann. Unterschieden werden im Wesentlichen aktive und weniger aktive Endometrioseherde. Aktive Herde haben eine rote oder weißliche Farbe und treten vermehrt zu Beginn der Krankheit auf. Diese Herde weisen eine höhere Anzahl an Entzündungszellen auf und sind mit vielen Blutgefäßen versehen. Die weniger aktiven Herde sind von schwarzer Farbe und können nach einiger Zeit zu Narbengewebe werden, das nicht mehr reizbar ist. Durch Östrogene kommt es zur Anregung des Endometriosegewebes. Somit kommt es sehr darauf an, wie die Östrogenrezeptoren verteilt sind, denn diese beeinflussen die Wirkung einer Hormontherapie bei Endometriosepatientinnen. Eine Endometriose ist eine gutartige Erkrankung und es kommt so gut wie nie zu einem bösartigen Krankheitsverlauf. Allerdings kann es zu einer Infiltration kommen, das bedeutet, dass das Endometriosegewebe auch benachbarte Organe befällt und deren Funktion beeinträchtigt (vgl. Herchenbach/Ulrich 2010, S. 19f.).

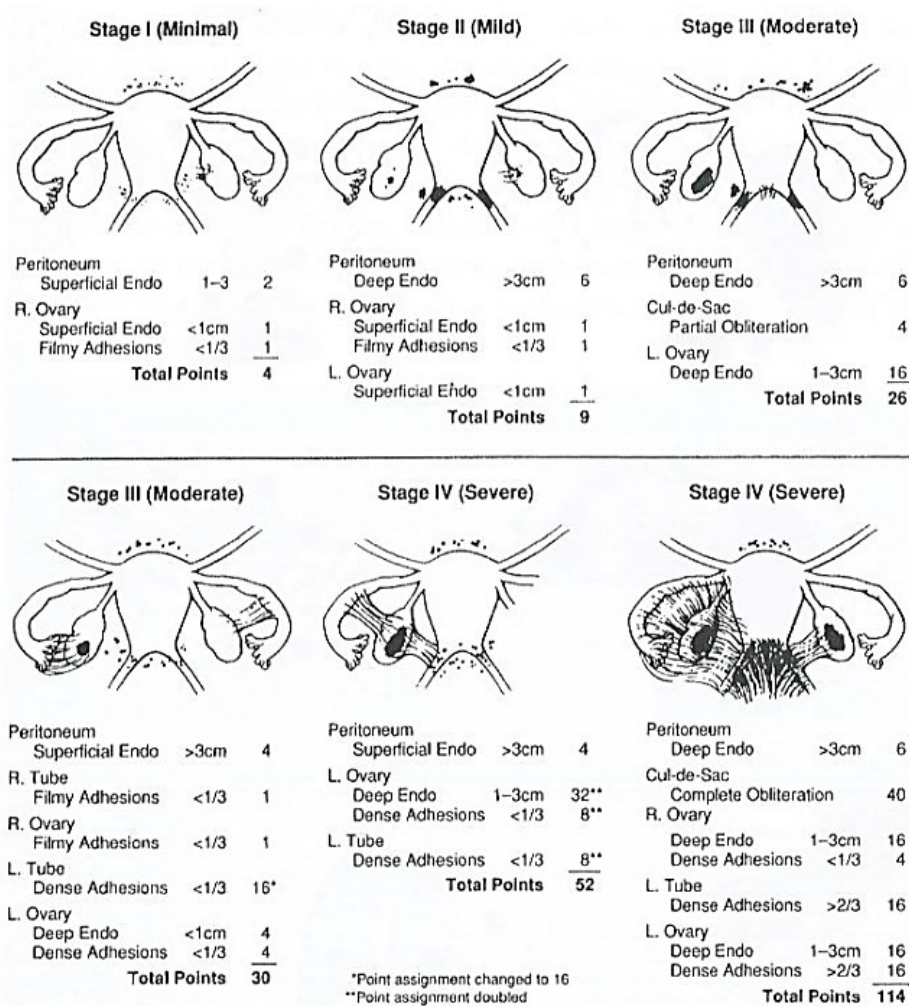
2.7 Einteilung nach Schweregraden und Stadien

2.7.1 rASRM-Stadieneinteilung

Die Abkürzung rASRM steht für "American Society of Reproductive Medicine, revised". Die Einteilung nach rASRM hat sich international durchgesetzt. Klassifiziert wird bei dieser Methode mittels Punktesystem. Grundsätzlich wird in vier Stadien unterteilt, wobei diese weitere Unterteilungen aufweisen können. Auf Grund der subjektiv ausgeprägten Stadieneinteilung ist es derzeit schwierig, die rASRM-Einteilung mit der wirklichen Schmerzsymptomatik der betroffenen Frauen in Zusammenhang zu bringen.

Im Folgenden sind einige Beispiele angeführt, welche die Stadieneinteilung nach rASRM darstellen sollen:

Abb. 2: Stadieneinteilung nach rASRM

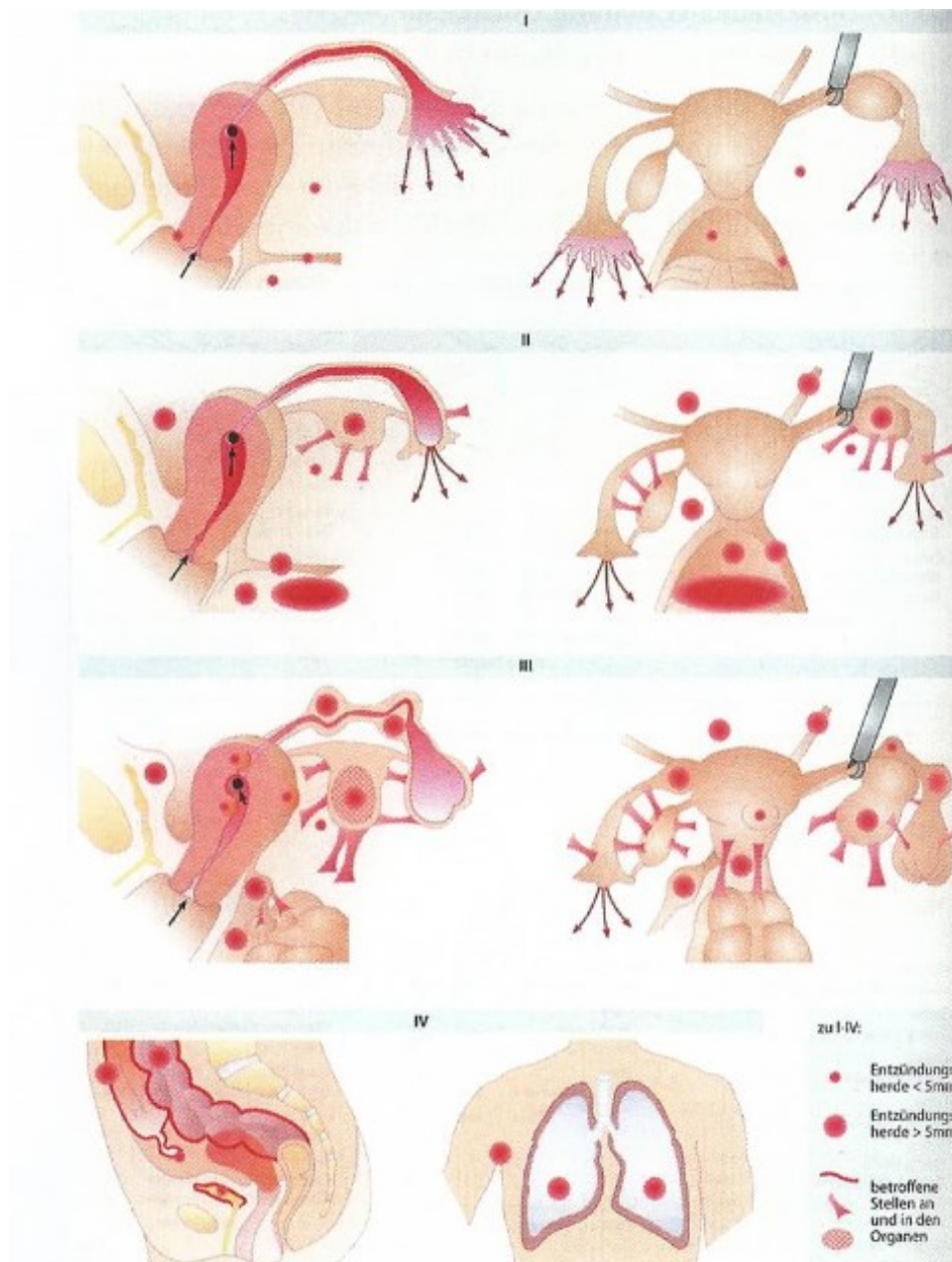


Heute wird die Einteilung nach rASRM hauptsächlich in der Reproduktionsmedizin angewendet. Die Durchführung der Einteilung wird dabei in der ESHRE guideline genau vorgegeben. Dabei werden alle Endometrioseherde nach Größe, Form, Farbe und weiteren Merkmale dokumentiert (auf VHS oder DVD). Der Zeitpunkt einer durchzuführenden Laparoskopie ist ebenfalls genau geregelt. Dabei ist darauf zu achten, dass diese nicht während einer Hormontherapie und nicht unmittelbar danach durchgeführt wird. Ansonsten besteht die Gefahr einer falschen Stadieneinteilung, auch „Under-Staging“ genannt.

2.7.2 EEC-Stadieneinteilung

Die Abkürzung EEC steht für "Endoscopic Endometriosis Classification". Wie bei der Einteilung nach rASRM wird auch bei der EEC-Einteilung nach vier Schweregraden unterschieden. Zusätzlich werden bei der Methode nach EEC auch extragenitale Befunde mit in die Klassifikation einbezogen.

Abb. 3: EEC-Stadieneinteilung



Quelle: Ebert Jahr, S. 110

2.7.3 ENZIAN-Stadieneinteilung

Zusätzlich zu den bereits erwähnten Methoden der Einteilung wurde die ENZIAN-Einteilung entwickelt. Allerdings befindet sich diese Methode derzeit für die tief-infiltrierende Endometriose noch im Evaluierungsstadium (vgl. Ebert 2011, S. 109ff.)

3 Theorien und mögliche Ursachen

Die Ursachen von Endometriose sind bis heute nicht bekannt. Allerdings konnten das Fortschreiten der Endometriose sowie der Krankheitsverlauf inklusive der Symptomatik eingehend erforscht werden. Außerdem konnte von wissenschaftlicher Seite noch nicht geklärt werden, warum einige an Endometriose erkrankte Frauen überhaupt keine Krankheitssymptome aufweisen.

3.1 Ursachen

Wie bereits erwähnt, konnten die Ursachen, die Endometriose auslösen, von wissenschaftlicher Seite noch nicht erforscht werden. Allerdings gibt es einige Theorien zu deren Entstehung. In diesem Kapitel werden die bedeutendsten dieser Theorien erläutert.

3.1.1 Transplantationstheorie

Die Transplantationstheorie wurde von Sampson als Erklärungsansatz für die Entstehung von Endometriose erbracht. Laut Sampson wird während der Regelblutung die Gebärmutter Schleimhaut rückwärts durch die Eileiter in das kleine Becken befördert. Dieser Vorgang der rückläufigen Menstruation ist laut Untersuchungen ein natürlicher Ablauf. Nachgewiesen wurde, dass die von den Eierstöcken produzierten Östrogene und Gelbkörperhormone die Ausbreitung der Absiedelungen verstärken. Diese Theorie geht mit den neuesten wissenschaftlichen Beobachtungen bezüglich der Absiedelungen der Endometriose im Beckenraum und der Gebärmutter einher. Allerdings konnte nicht festgestellt werden, aus welchen Gründen Endometrioseherde auch außerhalb des kleinen Beckens auftreten. Diese Theorie gilt es kritisch zu hinterfragen, da es einige Widersprüchlichkeiten hinsichtlich der Glaubwürdigkeit gibt. Denn einerseits existieren Berichte über an Endometriose erkrankte Frauen, die aber noch nie eine Monatsblutung hatten und andererseits erkrankten auch Männer an Endometriose, die aufgrund einer Krebserkrankung über einen längeren Zeitraum mit Östrogenen behandelt wurden (vgl. Keckstein 2005, S. 11f.).

3.1.2 Metaplasietheorie

Die Metaplasietheorie stammt ursprünglich von Robert Meyer (vgl. Steck 2004, S. 18f.). Aus dieser Theorie geht hervor, dass bereits im embryonalen Stadium durch das Coelomkeimblatt, welches für die Entwicklung der inneren Organe des Embryos zuständig ist, Zellen gebildet werden, die sich später zu Endometriosegewebe entwickeln können. Verschiedene Einflüsse wie Infektionen, hormonelle Ungleichgewichte sowie Störungen des körpereigenen Abwehrsystems können diesen Vorgang begünstigen. Mit dieser Theorie kann auch begründet werden, weshalb Männer an Endometriose erkranken können. Dies kann dann geschehen, wenn sie sich einer Östrogenbehandlung unterziehen müssen. (vgl. von Hoerschelmann 2012, S. 21).

3.1.3 Immunlogische Theorien

Studien, die sich an diese Theorie anlehnen, beschäftigen sich mit spezifischen Antikörpern, welche im Blut von Endometriosepatientinnen gefunden wurden. Allerdings sind die Ergebnisse dieser Untersuchungen nicht klar zu bestätigen. Aus diesem Grund wird unter den Wissenschaftlern, die sich mit der Entstehung der rätselhaften Krankheit Endometriose befassen, diskutiert, ob diese durch eine Autoimmunerkrankung herbeigeführt werden kann.

Des Weiteren sind unter anderem verschiedene Umweltgifte, die die Entwicklung einer Endometriose fördern, zu erwähnen. Einige dieser Gifte werden auch im Alltag verwendet, wie zum Beispiel Phtalate, sogenannte Weichmacher im PVC und ebenso Dioxine. Diese befinden sich in Fleisch, aber auch in Kosmetikartikeln, Nagellacken und Plastik. Diese Gifte der Umwelt haben eine ähnliche Wirkungsweise wie die Östrogene und können Störungen des embryonalen Hormonsystems nach sich ziehen. Ein Beispiel, das diese Theorie bestätigt, ist der Seveso-Unfall, der sich in Italien ereignete. Nach diesem Unfall unterzogen sich viele Frauen einer Untersuchung mit Verdacht auf Dioxine, welcher sich in sehr vielen Fällen auch bestätigen ließ. In der Folge wurde einige Jahre später wesentlich öfter die Diagnose Endometriose gestellt (vgl. von Hoerschelmann 2012, S. 22f.).

3.2 Risikofaktoren und Einflüsse

Die Ursachen von Endometriose sind bis heute weitgehend unbekannt, aber es konnten einige Risikofaktoren, die das Entstehen dieser Krankheit begünstigen, festgestellt werden. Einen bedeutenden Risikofaktor stellt die Monatsblutung an sich dar. Demnach besteht ein direkter Zusammenhang zwischen der Entstehung einer Endometriose und der Anzahl an Menstruationstagen. Ein kurzer Menstruationszyklus stellt im Gegensatz zu einem länger andauernden Zyklus ein doppelt so hohes Risiko für die Entwicklung einer Endometriose dar, weil die betroffenen Frauen insgesamt mehr Menstruationstage aufweisen. Ein erhöhtes Risiko haben auch Frauen, deren erste Regelblutung besonders früh eingesetzt hat. Vielfach tragen auch die stark veränderten Bedingungen innerhalb der Gesellschaft dazu bei, dass das Vorkommen von Endometriose nicht mehr selten ist. Frauen haben heute mehr Menstruationstage als noch vor über 200 Jahren. Dies ist hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass Frauen heute mehr Zyklen zwischen dem ersten Einsetzen der Regelblutung und der Menopause aufweisen. Außerdem werden nicht mehr so viele Kinder geboren und auch die Stillperiode verkürzt sich (vgl. Frauenärzte im Netz 2013b, o.S.). Einen weiteren Risikofaktor bildet das Körpergewicht, wobei dünnere Frauen ein größeres Risiko aufweisen, eine Endometriose zu entwickeln, als Frauen mit Übergewicht. Außerdem spielt auch die Körpergröße eine Rolle, da größere Frauen ein höheres Endometrium und somit auch einen erhöhten follikulären Östradiolspiegel besitzen und dadurch ihr Risiko zu erkranken ansteigt. Laut Untersuchungen sind rothaarige Frauen und auch Asiatinnen vermehrt von Endometriose betroffen. Ein erhebliches Risikopotential weisen auch Einflüsse aus der Umwelt auf, wie zum Beispiel Dioxin und polychlorierte Phenole. Des Weiteren sind auch immunologische Störungen wie beispielsweise Autoimmunerkrankungen mit einem erhöhten Risiko behaftet. (vgl. Schindler 2007, S. 23).

3.2.1 Familiäre Vorbelastung

Ein genetischer Hintergrund als Ursache dieser chronischen Erkrankung kann nicht ausgeschlossen werden. Allerdings konnte noch kein Gendefekt nachgewiesen werden, der diese Theorie wissenschaftlich begründet. Dennoch konnte ein vermehrtes Auftreten von Endometriose innerhalb von Familien erfasst werden. Somit weist eine Frau, deren Schwester an Endometriose erkrankt ist, ein deutlich höheres Risiko auf, selbst eine Endo-

metriose zu entwickeln, als eine Frau ohne familiäre Vorbelastung (vgl. Herchenbach/Ulrich 2010, S. 32). Laut Studien sind vor allem weibliche Verwandte ersten Grades vermehrt gefährdet, auch an Endometriose zu erkranken. (vgl. Schindler 2007, S. 23).

4 Häufigste klinische Symptomatik

„Die Endometriose ist ein Chamäleon unter den gynäkologischen Erkrankungen“ (Ebert 2011, S. 29). Wie schon im Kapitel 5 erwähnt, werden nicht selten Fehldiagnosen gestellt bevor es zur Feststellung der Endometriose kommt. Durch das Auftreten von teilweise sehr untypischen Symptomen der Krankheit werden die behandelnden ÄrztInnen oft vor ein Rätsel gestellt (vgl. Ebert 2011, S. 29). Durch das Eintreten einer Schwangerschaft oder den Eintritt der Menopause nehmen die Symptome im Normalfall ab, da die zyklischen Schwankungen der Hormone ausbleiben (vgl. Eurogrube o.J., o.S.). Im folgenden Kapitel liegt der Fokus auf den endometriosebedingten Leitsymptomen, an denen betroffene Frauen am häufigsten leiden. Nicht selten treten die verschiedenen Symptome in Kombination auf (vgl. Ebert 2011, S. 29).

4.1 Dysmenorrhö

Als Dysmenorrhö werden sehr starke und krampfartige Schmerzen vor und während der Monatsblutung bezeichnet. Die Schmerzintensität kann dabei so ansteigen, dass diverse Schmerzmittel bei den betroffenen Frauen wirkungslos sind (vgl. Suite o.J., o.S.). Einige Tage vor dem Einsetzen der Menstruation können sich bereits intensive Schmerzen einstellen, die dann bis nach dem Abklingen der Blutung bestehen können. Dabei kommt es sehr auf das persönliche Schmerzempfinden der jeweiligen Frau an. Begleiterscheinungen von Dysmenorrhö können Übelkeit/Erbrechen, schmerzbedingte Ohnmachtsanfälle und Bettlägerigkeit sein (vgl. Ebert 2011, S. 29).

4.2 Dyspareunie

Das Symptom Dyspareunie bezeichnet Schmerzen, die während oder nach dem Geschlechtsakt auftreten. Dabei wird zwischen stellungsabhängigen und stellungsunabhängigen Schmerzen differenziert. Bei stellungsabhängigem Auftreten der Dyspareunie ist dafür meistens ein Endometriosebefall im Douglas-Raum oder des hinteren Gebärmutterbandes verantwortlich. Im Fall von stellungsunabhängigen Schmerzen können

diese auf, im kleinen Becken befindliche Verwachsungen zurückzuführen sein. Diese teilweise massiven Beschwerden können zu einer Herabsetzung der sexuellen Lust und Aktivität führen. Aufgrund des beeinträchtigten Sexuallebens können Probleme und Konflikte in der Partnerschaft die Folge sein (vgl. Ebert 2011, S. 29f.).

4.3 Dyschezie

Der Begriff „Dyschezie“ bezeichnet Schwierigkeiten und Schmerzen bei der Stuhlentleerung. Dieses Symptom tritt bei Endometriosepatientinnen nicht sehr häufig auf. Dabei leiden die betroffenen Frauen vor allem vor und während der Menstruation an einer schmerzhaften Stuhlentleerung, die auch als Defäkation bezeichnet wird. Ein Übergang von zyklusabhängigen zu zyklusunabhängigen Schmerzen kann auf Verwachsungen und somit auf ein Fortschreiten der Krankheit hinweisen. Außerdem kann sich auch die Beschaffenheit der Exkremate verändern und zudem können Blähungen, Brechreiz, Magenschmerzen und manchmal auch Darmblutungen auftreten (vgl. Ebert 2011, S. 30).

4.4 Dysurie

Als Dysurie werden Schmerzen bei der Entleerung der Blase, auch Miktion genannt, sowie das Auftreten einer Inkontinenz während der Menstruation bezeichnet. Laut Literatur leiden ungefähr 8 – 14 Prozent der betroffenen Frauen an diesen Beschwerden. Diese Krankheitszeichen sind vorwiegend auf einen Endometriosebefall oder auf Verwachsungen im Abschnitt des Blasendachs und dessen Umgebung zurückzuführen (vgl. Ebert 2011, S. 30ff.)

4.5 Rücken- und Gliederschmerzen

Schmerzen im Rücken und überwiegend in den unteren Gliedmaßen können Hinweise auf zahlreiche Erkrankungen oder Beschwerden sein. Dennoch kann gerade diese Symptomatik ebenso auf eine Endometriose hindeuten. Neben den häufig von Endometriose befallenen Lokalisationen wie der Beckenwand, den Harnleitern und Gefäßen, können auch

verschiedene Nervengeflechte wie der Plexus hypogastricus und der Plexus sacralis beteiligt sein (vgl. Ebert 2011, S.31).

4.6 Infertilität

Neben den zahlreichen schmerzhaften Symptomen kommt noch die Infertilität, die ungewollte Kinderlosigkeit, hinzu. Mehr als die Hälfte der erkrankten Frauen, etwa 30-61 Prozent, sind von diesem Leitsymptom betroffen. Teilweise wird erst im Zuge von Untersuchungen der Fruchtbarkeit eine Endometriose diagnostiziert, da diese auch in manchen Fällen völlig ohne Krankheitszeichen und Beschwerden verlaufen kann. Laut Literatur wird bei etwa 30-70 Prozent der Patientinnen mit Kinderwunsch die Diagnose Endometriose in unterschiedlichen Stadien gestellt. Zusätzliche Untersuchungen sind dennoch notwendig, um auch andere Ursachen einer Infertilität ausschließen zu können. Dabei ist vor allem auch eine umfassende Untersuchung des Mannes von großer Relevanz. Hierfür wird meistens ein Spermogramm erstellt, um auf diese Weise die Fruchtbarkeit zu analysieren. Bei Patientinnen mit bestehendem Kinderwunsch sollte im Rahmen des Therapieplans eine Laparoskopie durchgeführt werden (vgl. Ebert 2011, S. 32).

5 Diagnostische Möglichkeiten

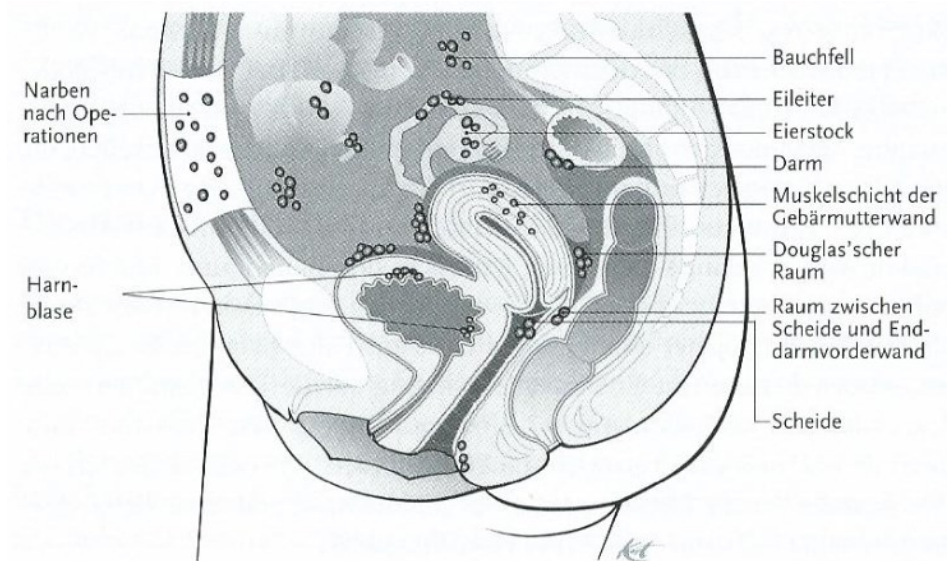
Eine möglichst frühzeitige Diagnosestellung ist von großer Bedeutung, um eine wirksame Therapie beginnen zu können. Problematisch ist allerdings die Tatsache, dass die Krankheit Endometriose vielfach zu spät festgestellt wird. Somit können zwischen dem ersten Auftreten von Symptomen und der Diagnose der Krankheit durchschnittlich bis zu 6 Jahre vergehen. Aufgrund der vielfältigen Symptomatik, werden häufig vorerst andere Krankheiten in Betracht gezogen. Außerdem kann ein sicherer Nachweis der Krankheit nur durch eine Laparoskopie (Bauchspiegelung) erbracht werden (vgl. Herchenbach/Ulrich 2010, S. 32).

5.1 Erscheinungsformen und Lokalisationen

Generell kann Endometriose an unterschiedlichen Organen und auch Gewebearten im Bauchraum auftreten. Am häufigsten sind aber das Bauchfell, welches den Bauchraum auskleidet und die Eierstöcke befallen. Des Weiteren treten die Krankheitsherde auch im Bereich der Scheide, im Raum zwischen Scheide und Enddarmvorderwand, der Muskelschicht der Gebärmutterwand, im Darm, in der Harnblase und im Bauchnabel auf. Endometriose kann in äußerst seltenen Fällen auch in Organen, die sich außerhalb der Bauchhöhle befinden, vorkommen. Somit stellen Krankheitsherde, die sich in der Lunge oder auch in der Nasenschleimhaut befinden, eine fast nie vorkommende Seltenheit dar. Hinsichtlich des Auftretens von Beschwerden können zwar Rückschlüsse auf die lokale Stelle im Körper der betroffenen Frau gezogen werden, allerdings kann aufgrund der Nervenfortleitung ein Krankheitsherd auch fernab der lokalisierten Stelle auftreten. Am häufigsten treten Endometrioseherde an den Beckenwänden bei den Eierstöcken, an den Bändern, die eine Verbindung der Gebärmutter mit dem Kreuzbein herstellen und auch im Douglas-Raum auf. An den Eierstöcken äußert sich die Endometriose meist in Form von Zysten. Zysten sind vereinfacht ausgedrückt Hohlräume, die mit Flüssigkeit gefüllt sind und von einer spezifischen Zellschicht umhüllt werden. Im Falle einer Endometriosezyste handelt es sich bei dieser Zellschicht um Endometriosegewebe. Diese speziellen Zysten sind unter dem Begriff „Schokoladenzysten“ bekannt, da sie angestautes Menstrualblut enthalten. Da dieses angestaute Blut nicht frisch ist, bekommt es

mit der Zeit eine bräunliche Farbe, welche für die Namensgebung mitverantwortlich ist. Schokoladezysten können aufgrund der regelmäßigen Einblutung eine Größe von bis zu 12 cm bekommen. Die tief infiltrierende Endometriose (TIE) ist bereits eine schwere Form dieser Krankheit, da sie vor allem im fortgeschrittenen Stadium andere Organe wie Darm, Blase und Harnleiter durch ihre Verwachsungen immer mehr einengt und deren Funktion stört bzw. sie funktionsunfähig macht. Besonders Darm und Harnleiter können durch die beengten räumlichen Verhältnisse ihrer Funktion, dem Transport von Stuhl und Urin, nicht mehr nachkommen. Dies kann im schlimmsten Fall einen Harnaufstau der Niere zur Folge haben. Durch diese massiven Störungen und regelrechten Organzerstörungen der Eierstöcke und Eileiter ist für betroffene Frauen eine Schwangerschaft unmöglich (vgl. Herchenbach/Ulrich 2010, S. 21ff.).

Abb. 4: Verschiedene Lokalisationsmöglichkeiten von Endometrioseherden



Quelle: Ulrich/Herchenbach 2010, S. 22

Eine weitere Form von Endometriose wächst in die Muskelschicht der Gebärmutterwand ein, was als Adenomyose bezeichnet wird. Betroffene Frauen leiden unter sehr starken Schmerzen vor und während der Menstruationsblutung und haben zudem äußerst intensive Blutungen und sind häufig unfruchtbar. Endometriose kann in seltenen Fällen ebenso in der Nabelgrube vorkommen. Bei dieser Form treten typischerweise Schmerzen während der Menstruation auf und unter anderem können Blutungen aus dem Nabel die Folge sein. Außerdem können ältere Narben, die beispielsweise von einem Kaiserschnitt oder einem Dammschnitt stammen, von Endometriose befallen werden (vgl. Herchenbach/Ulrich 2010, S. 21ff.).

5.2 Anamnese

Um möglichst schnell eine Diagnose stellen zu können, ist ein ausführliches Gespräch zwischen dem/der ÄrztIn und der Patientin unerlässlich. Dabei sollte die betroffene Frau dem/der ÄrztIn ihre Symptome und ihre Krankheitsgeschichte möglichst genau beschreiben. Sehr bedeutend ist dabei, dass sich der/die behandelnde ÄrztIn Informationen über die Schmerzen der Patientin einholt (vgl. Europäische Endometriose Liga o.J., o.S.). Um die Krankheit Endometriose zu diagnostizieren, sind bei der Erhebung der Krankengeschichte vor allem die Leitsymptome wie Dysmenorrhoe und sehr starke Regelblutungen zu beachten (vgl. Schindler 2007, S. 26).

5.3 Gynäkologische Untersuchung

Im Anschluss an ein ausführliches Anamnesegespräch wird die gynäkologische Untersuchung durchgeführt. Diese erfolgt in Form einer Tastuntersuchung und sollte während der Monatsblutung durchgeführt werden. Dabei erhält der/die behandelnde ÄrztIn bereits vorab Indizien, die für eine Endometriose sprechen. Allerdings bedarf es einer weiteren Abklärung in Form einer Laparoskopie, um eine adäquate Diagnose stellen zu können. Mit der Abtastung können Endometrioseherde im Bereich der Scheide festgestellt werden, ein Befall des Darms lässt sich durch diese Untersuchungsmethode jedoch nicht diagnostizieren (vgl. Ebert 2011, S. 33).

5.4 Ultraschalluntersuchung

Im Allgemeinen wird bei der Untersuchungsmethode mittels Ultraschall eine Sonde über die Scheide eingeführt, um gynäkologische Krankheiten festzustellen. Allerdings kann die am weitesten verbreitete Form von Endometriose, nämlich Krankheitsherde im Bereich des Bauchfells, mit dieser Untersuchungsmethode nicht diagnostiziert werden. Hingegen können Endometriosezysten des Eierstocks mittels Ultraschall in den meisten Fällen sehr gut festgestellt werden. Hier gilt es lediglich zu beachten, dass es sich dabei auch um andere Zystenarten oder Tumore handeln könnte. Die Vermutung einer Endometriose kann auch bei dieser Untersuchungsform nur durch eine Laparoskopie bestätigt werden. Außerdem können auf diese Weise auch andere Erkrankungen des Eierstocks, die eine Vergrößerung zur Folge haben, ausgeschlossen werden (vgl. Herchenbach/Ulrich 2010, S. 29). Unter anderem können durch die Ultraschalluntersuchung der Befall an Darm, Blase und auch eine Adenomyose ermittelt werden (vgl. Ebert 2011, S. 34).

5.5 Operative Vorgehensweisen

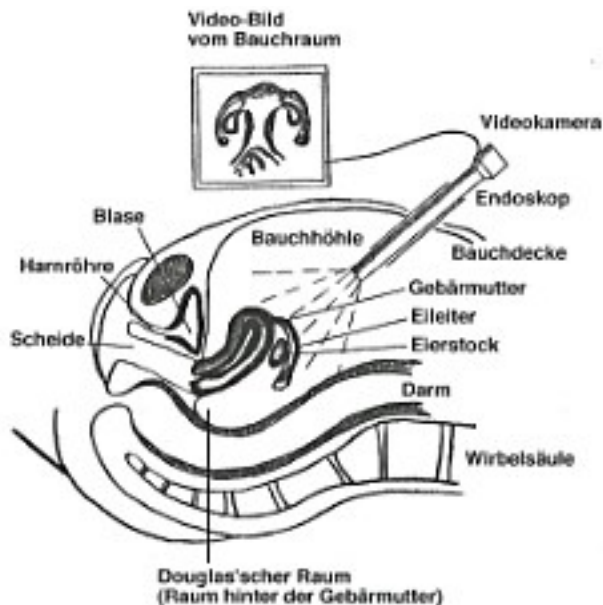
Jede operative Methode zielt hauptsächlich auf die vollständige Entfernung bzw. Vernichtung von Endometrioseherden ab. Da es bei dieser Erkrankung sehr viele verschiedene Arten und Ausprägungen gibt, werden dementsprechend auch unterschiedliche Operationstechniken herangezogen. Vor der Durchführung einer Operation muss von dem/der behandelnden ÄrztIn eine genaue Anamnese eingeholt werden und der Eingriff gemeinsam mit der betroffenen Patientin geplant. Durch die operativen Vorgehensweisen erhält der/die behandelnde ÄrztIn zum einen die zuverlässige Bestätigung der Krankheit und zum anderen dient der Eingriff bereits an sich als therapeutische Maßnahme. Um eine exakte Diagnose stellen zu können, ist es von großer Wichtigkeit, Gewebeproben zu entnehmen und diese dann histologisch zu untersuchen. Endometriose kommt sehr häufig im Bauchraum vor und kann somit lediglich durch eine Laparoskopie (Bauchspiegelung) bzw. den Bauchschnitt erkennbar gemacht werden. Die häufigsten Gründe für die Durchführung von operativen Maßnahmen sind Schmerzen, unerfüllter Kinderwunsch, Veränderungen an Organen bis hin zur deren Dysfunktion (vgl. Keckstein 2005, S.24).

5.5.1 Laparoskopie (Bauchspiegelung)

Bei Endometrioseverdacht wird die Laparoskopie üblicherweise als Abklärungsoperation angewandt. Bei diesem Eingriff wird eine Metallhülse mittels Schnitt in der Nabelgrube in die Bauchhöhle eingeführt. Das sogenannte Endoskop gelangt anschließend über die gesetzte Metallhülse in die Bauchhöhle, um die inneren, weiblichen Geschlechtsorgane und die Bauchorgane beurteilen zu können. Durch das Verwenden von Kohlendioxidgas wird ein Aufblasen des Bauches erreicht. Dieser minimal invasive Eingriff erfolgt unter Vollnarkose, um der Patientin das unangenehme Druckgefühl, welches durch das Gas entsteht, zu ersparen. Dieses Verfahren ermöglicht außerdem die Erstellung von Fotos und Videos, indem das Endoskop an eine Kamera angeschlossen wird. Einen großen Vorteil bietet dabei der Vergrößerungseffekt, denn somit können auch schwer erreichbare Winkel des Bauchraumes erfasst und beurteilt werden. Zur Überprüfung der Eileiterdurchlässigkeit besteht die Möglichkeit, einen Farbstoff in die Gebärmutterhöhle zu injizieren.

Auf diese Weise wird ersichtlich, ob deren Funktionalität gegeben ist (vgl. Keckstein 2005, S. 26 f.). Um eine Endometriose nachzuweisen, ist eine Gewebeprobe zu entnehmen, durch die der/die ÄrztIn einen klaren mikroskopischen Befund erhält. Durch den Einsatz von feinen Instrumenten können verdächtige Krankheitsherde mittels kleiner Schnitte aus dem Unterbauch entnommen werden. Anschließend werden die entfernten Gewebeproben feingeweblich untersucht, um die Verdachtsdiagnose Endometriose entweder zu bestätigen oder zu widerlegen (vgl. Herchenbach/Ulrich 2010, S. 30). Außerdem kann nach der ersten Bauchspiegelung noch ein weiterer Eingriff notwendig sein, wenn nicht alle Endometrioseherde restlos entfernt werden konnten. Dieses Verfahren wird als Second-Look-Laparoskopie bezeichnet (vgl. Keckstein 2005, S. 26 f.).

Abb. 5: Laparoskopie



Quelle: Keckstein 2005, S. 31

5.5.2 Hysteroskopie (Gebärmutterspiegelung)

Die Hysteroskopie wird als Zusatzuntersuchung bei Patientinnen mit bestehendem Kinderwunsch durchgeführt. Dieser Eingriff erfordert im Gegensatz zur Laparoskopie keinen Hautschnitt, sondern es wird ein unbiegsames Endoskop direkt in die Scheide eingeführt. Kohlendioxidgas wird auch bei diesem Vorgehen verwendet und zusätzlich wird mit Kochsalzlösung gespült. Dadurch erhält der/die ÄrztIn eine gute Sicht auf die gesamte Gebärmutterhöhle einschließlich der Eileiter, um diese begutachten zu können. (vgl. Keckstein 2005, S. 28).

5.7 Häufige Fehldiagnosen

Fehldiagnosen sind bei Endometriose nicht selten, denn in den sehr frühen Endometriosestadien können keine Veränderungen in Folge einer gynäkologischen Untersuchung festgestellt werden. Außerdem sind vor allem die unterschiedlichen Symptome, welche Endometriosepatientinnen aufweisen, oft irritierend und treffen vermehrt ebenso auf andere Krankheitsbilder zu. Daraufhin wurden Therapien eingeleitet, die keinen Erfolg brachten, da die „falsche“ Krankheit diagnostiziert wurde. Andererseits wurden auch psycho-

somatische Ursachen in Betracht gezogen, die diese Beschwerden nach sich ziehen. Dies erklärt auch, warum betroffene Frauen oftmals einen jahrelangen Leidensweg ertragen müssen, bevor schließlich eine Diagnose gestellt wird. Aus diesem Grund ist es von großer Wichtigkeit, dass ÄrztInnen auch auf weniger charakteristische Symptome eingehen und auch andere mögliche Diagnosen berücksichtigen. Die häufigsten Fehldiagnosen werden in der nachfolgenden Tabelle noch einmal veranschaulicht:

Tab. 3 Häufige Fehldiagnosen bei Endometriose

A) Zyklusstörungen, Blutungsstörungen <ul style="list-style-type: none"> • bedingt durch Funktionsstörungen der Eierstöcke • bedingt durch Erkrankungen der Gebärmutter
B) Psychosexuelle Beschwerden <ul style="list-style-type: none"> • streßbedingte Unterbauchschmerzen • psychisch bedingte Beschwerden beim Verkehr
C) Pelveopathia spastica <ul style="list-style-type: none"> • funktionell und vegetativ bedingte Verkrampfungen • Allen-Masters-Syndrom
D) Funktionelle Sterilität, unerklärbare Sterilität
E) Subakute oder chronische Blinddarmentzündung
F) Eierstockentzündung
G) Reizmagen, Reizblase, Colon irritabile

Quelle: Keckstein 2005, S. 22

Ein weiteres Problem stellt der Nachweis der Krankheit dar, denn dafür ist eine Laparoskopie, also eine operative Vorgehensweise notwendig. Manche ÄrztInnen zögern, wenn nur leichte Beschwerden angegeben werden, operative Schritte einzuleiten. Des Weiteren sind auch betroffene Patientinnen oft verunsichert und wollen eine abklärende Operation vermeiden. Dadurch kann sich die Diagnosestellung weiter hinauszögern (vgl. Schweppe 2005, S 22f.).

6 Therapie

Um eine Endometriose erfolgreich behandeln zu können, ist es von großer Wichtigkeit, die Erkrankung möglichst früh zu diagnostizieren. Die Hauptziele stellen dabei eine Verringerung bzw. Bekämpfung der Beschwerden, eine Verbesserung der Lebensqualität und entsprechende Hilfe bei Kinderwunsch dar (vgl. Schindler 2008, S. 3). Eine ganzheitliche Behandlung sollte angestrebt werden, sodass alle Therapieformen, unter anderem die Komplementärmedizin, in den Therapieplan miteinbezogen werden.

Außerdem sind therapeutische Strategien in Bezug auf die unterschiedlichen Gruppen von Patientinnen zu berücksichtigen. Denn es gibt jüngere Patientinnen unter 30 Jahren, die Beschwerden, aber keinen Kinderwunsch haben und andererseits sind es ältere Patientinnen meist über 30 Jahre, die ihre Familienplanung bereits abgeschlossen, aber Beschwerden haben. Eine weitere Gruppe bilden Patientinnen, die ungewollt kinderlos sind. Hier gilt es, bei allen Gruppen von Patientinnen einen individuellen und wirksamen, ihrer Lebenssituation angepassten Behandlungsplan zu entwickeln (vgl. Feige et. al. 2001, S. 467ff.). Hinsichtlich der Behandlung von Endometriose ist problematisch, dass diese chronische Krankheit eine hohe Rezidivrate (Rückfallrate) aufweist. Vielfach können die Krankheitsherde mit Erfolg behandelt werden, aber nach einiger Zeit kommt es zum Wiederaufflackern der Endometriose. Wie bereits erwähnt, beeinflussen die Östrogene die Beschwerden maßgeblich. Lediglich eine vollständige Entfernung beider Eierstöcke würde einem Wiederkehren der Krankheit vorbeugen. Bei Patientinnen mit bestehendem Kinderwunsch bzw. jungen Patientinnen, die später noch Kinder bekommen möchten, ist diese Therapiemaßnahme nicht empfehlenswert. Einerseits müssen Faktoren wie das Alter der Patientin, andererseits das Stadium bzw. der Schweregrad des Befalls bei einer Therapiefindung beachtet werden (vgl. Schweppe 2005, S. 48f.). Im folgenden Kapitel wird auf die bedeutendsten chirurgischen und medikamentösen Therapiemöglichkeiten eingegangen.

6.1 Chirurgische Therapiemöglichkeiten

Für die Behandlung einer Endometriose stehen verschiedene chirurgische Behandlungsmöglichkeiten zur Auswahl. Wie schon im Kapitel 5.5.1 erläutert, ist die Laparoskopie ei-

nerseits nötig, um einen sicheren Befund der Krankheit zu erhalten und zudem stellt sie eine wichtige therapeutische Vorgehensweise dar. Der laparoskopische Eingriff wird heute im klinischen Alltag vielfach dem Bauchschnitt vorgezogen, wobei aber beide Techniken ihre Vor- und Nachteile aufweisen. Die chirurgischen Verfahren zielen darauf ab, alle sichtbaren Krankheitsherde zu beseitigen. Welches Verfahren angewendet wird, hängt einerseits stark von den Fertigkeiten des/der behandelnden Chirurgen und andererseits von den betroffenen Körperstellen ab. Im Folgenden werden die chirurgischen Methoden genauer erläutert (vgl. Ulrich 2010, S. 41f.)

6.1.1 Excision mittels Schere, elektrischer Nadel oder CO₂-Laser

Diese Operationstechnik ist vorteilhaft, um die Ausbreitung der Endometriose festzustellen. Dabei werden die Krankheitsherde herausgeschnitten, um diese anschließend histologisch zu beurteilen. Der Eingriff ist außerdem schonend zum umliegenden Gewebe, da sehr feine chirurgische Elektronadeln und Scheren verwendet werden. Dadurch entstehen kaum Gewebereaktionen und es kommt zudem zu einer raschen Abheilung (vgl. Keckstein 2005, S. 31f.).

6.1.2 Denaturieren durch Erhitzen mittels Hochfrequenzstrom oder Lasersystemen

Diese operative Technik wird im klinischen Bereich am häufigsten angewendet. Bei diesem Vorgehen wird das betroffene Gewebe mittels elektronischen Gerätes erhitzt und auf diese Weise zerstört. Durch diesen Vorgang kommt es zur Zerstörung der Krankheitsherde und der Körper baut das erhitzte Gewebe von selbst wieder ab, indem die Wundheilung einsetzt. Durch die Dampfentwicklung und das Weißwerden des Gewebes wird die Wirkung des Eingriffs sichergestellt. Diese Operationstechnik ist vor allem für weniger ausgeprägte Formen der Endometriose geeignet (vgl. Keckstein 2005, S. 33).

6.1.3 Verdampfen mittels CO₂-Laser

Diese Vorgehensweise ist in dem Sinn keine operative Technik, denn es erfordert für die Behandlung einzig ein spezielles Instrument. Das sogenannte Lasersystem, das aus Lichtstrahlen mit hoher Energie besteht, wird vorwiegend in den USA und auch in Großbritannien bevorzugt zur Behandlung von Endometriose angewendet. Betroffene Endometrioseherde können dabei ohne direkten Kontakt mit dem Instrument lediglich durch die Laserstrahlen beseitigt werden. Außerdem gibt es noch eine weitere Möglichkeit, einen CO₂-Laser einzusetzen, bei der sogenannten Laserlaparoskopie. Wenn die hohe Energie des CO₂-Laserlichts auf das erkrankte Gewebe auftrifft, erfolgt eine Umwandlung der Energie in Wärme, was zur Verdampfung und somit zur Zerstörung der Krankheitsherde führt. Dieses Verfahren bringt den Vorteil mit sich, dass benachbarte Organe und Gewebe bei dieser Technik nicht geschädigt werden (vgl. Keckstein 2005, S. 33ff.).

6.2 Medikamentöse Therapiemöglichkeiten

Generell sieht die medikamentöse Behandlung von Endometriose Hormone und schmerzstillende Mittel vor. Die medikamentösen Therapiemöglichkeiten werden eingeteilt in solche, die das Wachstum der Krankheitsherde stoppen sollen, solche, die die Rezidivrate reduzieren sollen und jene, die auf die Schmerzstillung abzielen. Medikamentöse Behandlungen können vor und nach einer Operation oder auch als alleinige Langzeittherapie angewendet werden (vgl. von Horschelmann 2012, S. 28). Für die Anwendung einer medikamentösen Therapie bedarf es vorerst immer einer sicheren Abklärung der Diagnose durch einen laparoskopischen Eingriff und eine anschließende histologische Untersuchung der entnommenen Gewebeproben (vgl. Ebert 2011, S. 130.).

6.2.1 Hormontherapien

Hormonpräparate können zu unterschiedlichen Zeitpunkten, vor einer geplanten Operation oder als Nachbehandlung, eingesetzt werden. Des Weiteren besteht noch die Möglichkeit einer Drei-Phasen-Therapie, welche als erste Phase eine diagnostische Laparoskopie, in der zweiten Phase eine medikamentöse Therapie und in der dritten, also der letzten Pha-

se wiederum eine Laparoskopie vorsieht. Das Einsetzen von Hormonen vor einer Operation ist zu empfehlen, um Krankheitsherde und Endometriosezysten zu verkleinern und zurückzubilden. Dies bringt wesentliche Vorteile mit sich, denn die Operation wird auf diese Weise zeitlich verkürzt, technisch einfacher durchführbar und ist für die Organe schonender. Im Allgemeinen ist nach einer operativen Vorgehensweise keine medikamentöse Nachbehandlung notwendig, da alle Endometrioseherde, die erkennbar und tastbar sind, vollständig entfernt werden. Dennoch verbleiben laut unterschiedlichen Untersuchungen mikroskopisch kleine Endometriosereste nach Entfernung der Krankheitsherde an den betroffenen Körperstellen und wachsen aktiv weiter. Diese führen wiederum zu Beschwerden, welche mithilfe einer medikamentösen Therapie behandelt werden müssen (vgl. Schweppe 2005, S. 54 ff.). Entscheidend für die Therapie mit Hormonen ist die Tatsache, dass Östrogene die Entwicklung einer Endometriose wesentlich beeinflussen. Aus diesem Grund werden Präparate angewandt, die zu einer Reduktion von Östrogenen führen oder deren Wirkungsweise verändern. Wird die Einnahme von Hormonpräparaten beendet, treten die durch Endometriose herbeigeführten Beschwerden meistens wieder auf, denn die Krankheitsherde bestehen weiter, es kommt nur zeitweilig zu einer Ruhigstellung. Aus diesem Grund kann durch diese Therapieform keine Wirkung auf lange Zeit bzw. ein Heilungsprozess erreicht werden. (vgl. Ulrich 2010, S. 36).

6.2.1.1 Therapie mit Gelbkörperhormonen (Gestagene)

Gelbkörperhormone eignen sich gut als hormonelle Therapie bei Endometriosepatientinnen, da diese einerseits die Östrogenmenge herabsetzen und andererseits zyklische Veränderungen der Östrogene abwenden. Das Ziel der Behandlung mit Gelbkörperhormonen ist vor allem die Austrocknung der Gebärmutterschleimhaut und somit der Endometrioseherde. Dies wird durch die Verabreichung von höheren Dosen an Gestagenen und ohne Einnahmepause erreicht. Dadurch können sich die Gebärmutterschleimhaut und daher auch die Krankheitsherde nur in einem geringeren Ausmaß aufbauen. Das führt zu einem Ausbleiben der Monatsblutung, was die gewünschte therapeutische Wirkung darstellt. Die Nachteile dieser Therapieform sind Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme, Brustspannen, Wassereinlagerungen, depressive Verstimmungen (vgl. Ulrich 2010, S.37f.).

6.2.1.2 Therapie mit Danazol

Mit der Einnahme von Danazol kommt es zu einer gänzlichen Unterdrückung von zyklusbedingten Entwicklungen, einschließlich des Eisprungs, denn dessen Wirkung hemmt das Entstehen und Freisetzen von Steuerhormonen aus der Hirnanhangsdrüse. Außerdem wird die Bildung von Hormonen des Eierstocks direkt in den Zellen des Eibläschens gehemmt. Das wiederum hat zur Folge, dass das Eibläschen an seinem Wachstum gehindert wird, der Östrogenspiegel sich im Blut reduziert und somit der Eisprung ausfällt. Das Hormonpräparat Danazol entfaltet an Endometrioseherden eine ähnliche Wirkung wie das Gelbkörperhormon und Testosteron, welches zu den männlichen Hormonen zählt. Die Therapie mit Danazol beeinflusst unter anderem das Immunsystem von Endometriosepatientinnen, indem es die Anzahl ihrer Antikörper herabgesetzt. Die Behandlung mit Danazol verläuft nicht immer ohne Nebenwirkungen. Patientinnen leiden am häufigsten unter der Gewichtszunahme. Weiters können unerwünschte Nebenwirkungen wie Akne, Haarverlust, Hitzewallungen, Muskelkrämpfe und Stimmungsschwankungen beobachtet werden. Im medizinischen Bereich ist aber die bedeutendste der Nebenwirkungen die Störung des Fett- und Leberstoffwechsels. Daher soll Danazol nicht länger als sechs Monate eingenommen werden. Zwei bis sechs Wochen nach dem Absetzen normalisieren sich die nebenwirkungsbedingten Veränderungen wieder (vgl. Schweppe 2005, S. 59f.).

6.2.1.3 Therapie durch GnRH-Analoga (Gonadotropin-Releasing-Hormon)

Im Allgemeinen wird durch diese hormonelle Therapieform ein verfrühter Zustand ähnlich der Menopause erreicht. Dies funktioniert durch eine Hemmung der Östrogenproduktion in den Eierstöcken, indem die anregenden Hormone an der Hirnanhangsdrüse durch GnRH-Analoga (Gonadotropin-Releasing-Hormon) blockiert werden. Das führt zu einem Absinken des Östrogenspiegels im Blut. Auf diese Weise können sich sowohl die Gebärmutter-schleimhaut, als auch die Krankheitsherde nicht aufbauen und entwickeln. Auch diese Behandlung ist nicht frei von unerwünschten Nebenwirkungen. Vor allem durch den Östrogenentzug stellen sich bei betroffenen Frauen vermehrt wechselbedingte Symptome wie Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Stimmungsschwankungen, Depressivität und Gewichtszunahme ein. Die GnRH-Analoga werden in Form von Nasensprays oder Depotinjektionen verabreicht. Mit dem Behandlungsende nehmen die nebenwirkungsbedingten

Beschwerden ab, da sich der Östrogenspiegel wieder normalisiert. Das Wiedereinsetzen der Regelblutung kann unterschiedlich lange dauern, aber im Normalfall kehrt sie in vier bis spätestens zwölf Wochen zurück. Die Einnahme von GnRH-Analoga über einen längeren Zeitraum wird hinsichtlich ihrer Wirkung auf den Knochenstoffwechsel als problematisch angesehen, da die Knochendichte reduziert wird und somit ein Kalziumschwund entsteht. Dadurch erhöht sich die Wahrscheinlichkeit zu einem späteren Zeitpunkt an Osteoporose zu erkranken. Aus diesem Grund wird die Anwendung dieser Hormone nur in Verbindung mit einer Schutzbehandlung empfohlen, die derartige Schädigungen am Skelett unterbindet (vgl. Ulrich 2010, S. 36f.).

6.2.1.4 Hormonelle Antikonzeptiva („Antibabypille“)

Endometriosepatientinnen wird oft als therapeutische Maßnahme die „Antibabypille“ verschrieben, um deren Beschwerden zu reduzieren. Die Pille hat eine annähernd gleiche Wirkungsweise wie die Gelbkörperhormone. Voraussetzung für diese Behandlungsmethode ist die Verschreibung von Pillen, die eine konstante Zusammensetzung von Östrogenen und Gestagenen aufweisen. Ebenso können bei der Pille verschiedene Nebenwirkungen auftreten, wobei aber vor allem das Thromboserisiko erhöht ist. Die Einnahme sollte wie bei den Gelbkörperhormonen ohne Pause erfolgen, um die endometriosebedingten Beschwerden so gering wie möglich zu halten. Durch das Ausbleiben der Monatsblutung wird der gewünschte therapeutische Effekt erreicht. Die Monatsblutung kann bis zu drei Jahre ausbleiben, ohne negative Auswirkungen auf den Körper zu haben (vgl. Ulrich 2010, S. 38f.).

6.3 Schmerztherapien

Frauen, die an Endometriose erkrankt sind, haben als eines der Leitsymptome unterschiedlich ausgeprägte Schmerzen. Das Schmerzempfinden steht jedoch in keinem Zusammenhang mit dem Schweregrad der Krankheit (vgl. Halis 2008, S. 32f.). Die Schmerzen können von ganz unterschiedlicher Stärke sein und reichen von unangenehm bis unerträglich (vgl. Kopf 2010, S. 53). Die Messung der Schmerzen gestaltet sich schwierig und

ist nur durch sogenannte Schmerzfragebögen und Schmerzskalen ungefähr erfassbar. Betroffene Frauen klagen hauptsächlich über sehr starke Menstruationsschmerzen und Unterbauchschmerzen (vgl. Halis 2008, S. 32f.). Schätzungsweise die Hälfte der betroffenen Frauen hat nur eine geringe bis keine Schmerzsymptomatik. Die hauptsächliche Ursache der Schmerzen liegt in der Entzündungsaktivität der Krankheitsherde. Die Schmerztherapie verfolgt dabei nicht das Ziel, die Endometriose an sich zu bekämpfen, sondern das Wohlbefinden und die Lebensqualität der betroffenen Patientinnen zu steigern. Für eine erfolgreiche Therapie werden die genaue Lokalisation jedes einzelnen Krankheitsherdes und dessen Schweregrad benötigt. Schmerztherapien können unterschiedlich aufgebaut und orientiert sein, denn es wird mit verschiedenen Ansätzen gearbeitet. Dabei werden nicht nur Arzneimittel verabreicht, sondern auch komplementäre Verfahren und die psychologische Komponente berücksichtigt. In den darauffolgenden Punkten werden die komplementären Therapiemöglichkeiten noch genauer erläutert. Nun werden noch die wichtigsten Schmerzmittelgruppen, die in der Endometriosetherapie zum Einsatz kommen, beschrieben (vgl. Kopf 2010, S. 58f.).

Nichtsteroidale Antirheumatika:

Diese Schmerzmittel wirken sehr ähnlich wie Aspirin und gehören zur Gruppe der einfachen Schmerzmittel. Manche Patientinnen empfinden, dass diese Schmerzmittel, zu dem das Diclofenac und auch Ibuprofen zählen, ihre Schmerzen bereits verringern und sie gut auf diese ansprechen (vgl. Kopf 2010, S. 58f.).

Morphinhaltige Analgetika:

Zu diesen Schmerzmitteln zählen beispielsweise Morphin und Tramadol, die zur Gruppe der Opioide gehören. Diese werden aber eher selten in der Endometriosetherapie verschrieben, da sie nicht konstant wirksam bleiben und die potentielle Gefahr der Abhängigkeit ein Risiko darstellt (vgl. Kopf 2010, S. 58f.).

Koanalgetika:

Zu den Koanalgetika gehören die Antidepressiva und auch die Antiepileptika. Diese Gruppen waren ursprünglich nicht als Schmerzmittel beabsichtigt und dennoch werden sie heute aufgrund ihrer guten Wirksamkeit bei bestimmten Schmerzen verschrieben. Bei Endometriosepatientinnen, die einen Kinderwunsch haben, kann diese Gruppe der Schmerz-

mittel nicht angewendet werden. Koanalgetika werden nicht so häufig wie die anderen beiden Schmerzmittelgruppen in der Endometriosetherapie eingesetzt (vgl. Kopf 2010, S. 58f.).

6.4 Alternative/Komplementäre Therapiemöglichkeiten

Viele Endometriosepatientinnen leiden an chronisch gewordenen Schmerzen, was bedeutet, dass sie mit den Schmerzen umgehen und leben müssen. Die vorher erwähnten Schmerzmittel helfen bei manchen PatientInnen recht gut und bei anderen wiederum überhaupt nicht. Daher wird von vielen ÄrztInnen bereits das Konzept der ganzheitlichen Behandlung, das sowohl den Körper, als auch die Psyche gleichermaßen berücksichtigt, angewendet. Dabei bildet das Vertrauensverhältnis zwischen dem/der behandelnden ÄrztIn und der Patientin eine sehr entscheidende Grundlage in Bezug auf den Therapieerfolg (vgl. Kopf 2010, S. 59f.). Dabei ist ein entscheidendes Ziel der Therapie eindeutig definiert: „Nicht die Schmerzen kontrollieren mich, sondern ich kontrolliere die Schmerzen“ (Kopf 2010, S. 60). Im folgenden Kapitel werden verschiedene alternative Therapiemöglichkeiten überblicksmäßig dargestellt.

6.4.1 Ernährung und gesunder Lebensstil

„Es gibt Krankheiten, die nur durch die richtige Ernährung geheilt werden können. Hippokrates“ (von Horeschelmann 2012, S.73).

Dieses Zitat trifft auch zu einem großen Teil auf die Krankheit Endometriose zu, denn durch eine Umstellung auf eine gesündere und ausgewogenere Ernährung können die endometriosebedingten Schmerzen reduziert werden. Unter anderem zeigt eine Studie, die mit an Endometriose erkrankten Frauen und gesunden Frauen durchgeführt wurde, dass die erkrankten Frauen wesentlich schlechtere Ernährungsgewohnheiten aufwiesen. Dazu zählen ein zu hoher Konsum von Zucker, Fast-Food, tierischem Fett und einem Mangel an Obst und Gemüse. Darum wird vielen Endometriosepatientinnen dazu geraten, ihre Ernährungsweise zu ändern und auf eine naturbelassene Vollwerternährung umzusteigen, denn dadurch sinkt die Entzündungsaktivität der Krankheitsherde. Insbesondere ist der Verzehr von Fleisch und tierischen Erzeugnissen gering zu halten, denn durch diese werden viele giftige Substanzen in den Körper mitbefördert. Laut neuesten wissen-

schaftlichen Erkenntnissen ist bekannt, dass vor allem rotes Fleisch Dioxin beinhaltet, das Störungen des Hormonsystems hervorruft. Zusätzlich kann es zu einer Erhöhung des Östrogenspiegels durch den Fettanteil im Fleisch kommen. Außerdem wird zum Konsum von histaminarmen Lebensmitteln geraten, da Histamin sich an die Rezeptoren der Gebärmutter anhaften und auf diese Weise eine Aktivierung der Nerven auslösen kann und diese Reaktion zu einer Verstärkung der Schmerzen führt. Ebenso sind Nahrungsmittelunverträglichkeiten zu beachten, denn auch diese können Schmerzen negativ beeinflussen, indem Verdauungsstörungen, Blähungen und auch Erschöpfungszustände eintreten. Omega-3-Fettsäuren, die beispielsweise in Meeresfischen und auch in Walnussöl enthalten sind, haben eine positive Wirkung auf Schmerzen. Außerdem haben die Gewürze Chilli und Zimt eine entzündungshemmende Wirkung auf entzündetes Endometriosegewebe (vgl. von Hoerschelmann 2012, S. 73ff.). Unter anderem ist es wichtig, das eigene Immunsystem zu stärken um das Fortschreiten der Endometriose zu verhindern, indem genügend Nährstoffe und Mineralien aufgenommen werden. Dafür ist das Zuführen von verschiedenen Antioxidantien, wie Selen und Mineralien, wie Zink und Magnesium, förderlich. Laut Studien hat vor allem aber der Verzehr von Obst und Gemüse einen günstigen Einfluss auf die Endometriose, da sie verschiedene Ballaststoffe beinhalten, die dafür zuständig sind, Östrogene aus dem Körper zu befördern. Auf Weizenmehl und Produkte, die Weizen enthalten, sollte ebenfalls verzichtet werden. Weizen ist heute vielfach überzüchtet und dadurch kann es vor allem bei Endometriosepatientinnen zu Inkompatibilitäten im Organismus kommen und auf diese Weise zu Störungen der verschiedenen Systeme des Körpers führen. Zu diesen körperlichen Systemen zählen das Immunsystem, das Verdauungssystem, das Hormonsystem und ebenso das Reproduktionssystem. Entscheidend für eine funktionierende Begleittherapie durch Ernährung ist die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Nahrungsmitteln samt deren Auswirkungen auf den eigenen Körper und das Wohlbefinden (vgl. von Hoerschelmann 2012, S. 75ff.). Außerdem sollten Endometriosepatientinnen negativen Stress weitestgehend vermeiden, denn durch die Anspannung, die dabei entsteht, können endometriosebedingte Schmerzen gefördert werden. Im Allgemeinen wird zwischen positivem und negativem Stress differenziert. Positiver Stress bedeutet, dass die Ansprüche des Umfeldes und aber auch solche, die der Mensch an sich selbst richtet, bewältigt werden können ohne sich komplett zu überfordern. Bei negativem Stress kommt es zu großen Anstrengungen, um die Erfordernisse zu erfüllen und endet meist in totaler Überforderung. Sollte dieser Zustand über einen längeren Zeitraum

bestehen, zieht das körperliche und auch psychische Probleme nach sich. Daher ist es für jeden Menschen von großer Bedeutung, einen gesundheitsfördernden Umgang mit Stress zu finden, um chronischen Erkrankungen wie Endometriose vorzubeugen (vgl. von Hoerschelmann 2012, S. 60f.).

6.4.2 Phytotherapie

Die Phytotherapie beruht auf der Heilkraft von verschiedenen Pflanzen, die auch bei Endometriose eine gute Wirkung hinsichtlich der Schmerzbewältigung und der Infertilität entfalten. Die Phytotherapie verfolgt vordergründig das Ziel, den betroffenen Frauen die Beschwerden zu nehmen und nicht die Krankheitsherde an sich zu beseitigen. Die Anwendung der Pflanzenmischungen ist vielfältig, denn diese können in Form von diversen Tees, Tinkturen, Wickeln und Auflagen, Heilbädern und Suppositorien verabreicht werden. Grundsätzlich wird bei der Endometriose zwischen der Behandlung der Krankheit an sich und der Behandlung der Krankheitszeichen differenziert. Für einen Behandlungserfolg der Krankheit benötigt der Körper einige Wochen bis er auf diverse Tees und Wickel reagiert. Die Wirkung der Pflanzenmischungen auf die Schmerzen und die gesteigerte Blutung sollte aber in der Regel unverzüglich zum Erfolg führen. Für die Behandlung der Endometriose ist eine Kombination aus vielen verschiedenen Pflanzen erforderlich, wobei jede ihren eigenen Wirkungsbereich aufweist (vgl. Fischer 2010, S. 90f.).

Dabei ist vor allem die Mistel eine wichtige Heilpflanze, da sie einerseits das Wachstum der endometriosebedingten Krankheitsherde hemmt und andererseits eine regulierende Wirkung auf das Immunsystem aufweist. Außerdem entfalten die progesteronwirksamen Pflanzen, zu denen beispielsweise Mönchspfeffer, Frauenmantel, Scharfgabe sowie die Yamswurzel gehören, eine hormonausgleichende Wirkung und werden in der Mitte des Zyklus verabreicht. Die Ringelblume wie auch die Taubennessel erzielen eine Beruhigung der Gebärmutter. Durch Majoran, Beifußkraut, sowie durch Basilikum wird die Durchblutung des Beckens gefördert. Weiters sind vor allem auch Pflanzen, die eine beruhigende Wirkung entfalten, sehr bedeutsam für die Bewältigung von Schmerzen und ebenso für das psychische Wohlbefinden. Dazu gehören das Johanniskraut, die Melisse, die Passionsblume sowie der Weißdorn (vgl. Fischer 2010, 93ff.).

6.4.3 Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)

Die Traditionelle Chinesische Medizin wird neben den bereits erwähnten operativen und medikamentösen Therapiemöglichkeiten heute vielfach als Alternativbehandlung eingesetzt. Diese Behandlungsform gibt es schon seit tausenden von Jahren und sie erfreut sich immer größer werdender Beliebtheit in der Behandlung von verschiedenen Erkrankungen, zu denen auch die Endometriose zählt. Die TCM stützt sich dabei auf die fünf Elemente Wasser, Feuer, Erde, Holz und Luft. Dabei zielt die TCM nicht darauf ab, diverse Krankheiten zu bekämpfen, sondern der Fokus liegt auf der Erhaltung der Gesundheit und ebenso einer Verlängerung des Lebens. Diese Lehre befasst sich mit Energie und vergleicht den Fluss der Lebensenergie Qi mit dem Strömen des Blutes Xue, also dem Lebensfluss. Dabei ist ein gestörter Fluss von Qi und Xue beispielsweise für Schmerzen bei der Menstruation verantwortlich. Bei der Behandlung geht es darum, diese Störung bzw. Blockade wieder aufzuheben und auf diese Weise die Schmerzen zu reduzieren. Das Augenmerk liegt auf der ganzheitlichen Betrachtung der jeweiligen Patientin. Im Rahmen der TCM werden verschiedene Methoden angewandt. Zu diesen Methoden zählen unter anderem Akupunktur, Akupressur, Ernährung und Qi Gong (vgl. Schweizer-Arau 2010, S. 99f.).

Die Sichtweise von TCM unterscheidet sich grundlegend von der westlichen Medizin, da die Krankheit Endometriose dahingehend nicht existiert. Bei TCM liegt der Fokus auf den auftretenden Symptomen, die von Patientinnen geschildert werden. Laut der Auffassung von TCM werden starke Schmerzen bei der Menstruation als „schmerzhafter Mondfluss“, spürbare Wucherungen als „abdominale Massen“ und ungewollte Kinderlosigkeit als „Suche nach dem Kind“ benannt (vgl. Schweizer-Arau 2010, S.104). Diese Symptome können laut Vorstellung von TCM mit einem Qi-Stau, einem Xue-Stau sowie einem Nieren-Yang-Mangel in Verbindung gebracht werden. Dabei können beispielsweise Kälte und ebenso Schleimbelastung einen Xue-Stau herbeiführen. Wenn dieser lange Zeit bestehen bleibt, können ernsthafte Erkrankungen die Folge sein. Ein Qi-Stau kann entstehen, wenn eigene Wünsche, Enttäuschungen, sowie auch Wut über einen langen Zeitraum unterdrückt werden. Das Ziel der Endometriose-Therapie durch TCM ist Qi und Xue wieder in Bewegung zu bringen, die Stärkung der Nierenfunktion und generell Störungen zu beseitigen, um auf diese Weise das innere Gleichgewicht wieder zu erlangen (vgl. Schweizer-Arau 2010, S.104ff.). Unter anderem spielt auch die Ernährung nach TCM eine

bedeutende Rolle, da sich diese maßgeblich auf den Prozess der Heilung auswirkt. Zudem können auch durch Akupressur und Qi-Gong und ebenso durch Räucherungen mit Weihrauch und Myrrhe positive Wirkungen auf Endometriose erzielt werden. Entscheidend für eine erfolgreiche Behandlung der Endometriose wäre die Zusammenarbeit von Schulmedizin und TCM. Dies wäre vorteilhaft für Patientinnen mit Kinderwunsch und ebenso bei der Behandlung von diversen unerwünschten Nebenwirkungen, die durch medikamentöse Therapieformen auftreten können. Dabei kann TCM eine wichtige unterstützende Rolle einnehmen, um so das Wohlbefinden der betroffenen Patientinnen zu fördern (vgl. Schweizer-Arau 2010, S.107ff).

6.4.4 Homöopathischer Behandlungsansatz

Der homöopathische Ansatz kann bei betroffenen Patientinnen sehr gute Erfolge hinsichtlich der endometriosebedingten Schmerzen, der Zurückbildung von Krankheitsherden und ebenso der Entstehung von neuen Krankheitsherden verzeichnen. Die homöopathische Behandlung kann auch mit anderen Therapieformen kombiniert angewendet werden. Der Begründer der Homöopathie war der deutsche Arzt Samuel Hahnemann. Das Grundprinzip leitete er aus diversen Selbstversuchen ab und kam zum Schluss: „Ähnliches werde durch Ähnliches geheilt“. Der/die HomöopathIn zielt folglich bei der Behandlung darauf ab, Arzneimittel zu verabreichen, die hinsichtlich ihrer Arzneimittelbilder möglichst große Ähnlichkeit mit dem Krankheitszustand des/der jeweiligen PatientIn aufweisen. Dadurch ist es bei der homöopathischen Behandlung von großer Bedeutung, dass das Vertrauensverhältnis zwischen HomöopathIn und PatientIn gegeben ist, denn dieser/diese benötigt für eine erfolgreiche Behandlung möglichst detaillierte Informationen von der betroffenen Person, um ein geeignetes Arzneimittel verabreichen zu können. Bei der homöopathischen Behandlung wird zwischen akuten und chronischen Beschwerden differenziert. Endometriosepatientinnen bekommen ein wirksames Arzneimittel gegen die akuten Schmerzen vor und während der Menstruation, aber dieses hat keine Wirkung auf die Krankheit selbst. Darum ist es wichtig, dass betroffene Frauen zusätzlich ein tiefwirkendes homöopathisches Arzneimittel zur Therapie der Endometriose bekommen, um das Fortschreiten einzugrenzen (vgl. Bullemer 2010, S.111ff.). Die Wirksamkeit einer homöopathischen Behandlung bei Endometriose wurde anhand einer Studie an der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg wissenschaftlich belegt. Bei der Studie, die mit 22 Endometriose-

patientinnen durchgeführt wurde, konnte der Arzt Martin Schantz erfolgreich nachweisen, dass durch die homöopathische Behandlung endometriosebedingte Schmerzen signifikant reduziert werden konnten, eine Zurückbildung der Krankheitsherde erfolgte und ebenso die Schwangerschaftsraten sich deutlich erhöhten. Auf diese Weise wird deutlich, dass ein kombinierter Ansatz von Schulmedizin und Homöopathie einen großen Vorteil bei der Behandlung von Endometriose darstellt. Dabei sind vor allem die Arzneimittel Sepia, die Tinte des Tintenfisches, sowie die Thuja, der Lebensbaum, für Frauen mit Endometriose sehr hilfreich und unterstützend (vgl. Bullemer 2010, S. 115ff.).

7 Schlussfolgerung, Diskussion und Ausblick

Ich bin nun am Ende meiner Bakkalaureatsarbeit angekommen und habe sehr viele neue und interessante wissenschaftliche Informationen über die Krankheit Endometriose in Erfahrung bringen können. Da ich selbst vor zwei Jahren die Diagnose Endometriose erhalten habe, war meine Motivation besonders groß, zu dieser, in der Gesellschaft noch eher unbekannteren gynäkologischen Erkrankung eine wissenschaftliche Arbeit zu verfassen. Viele betroffene Frauen erleben einige qualvolle und schmerzliche Jahre und erhalten oft Fehldiagnosen bis endlich die chronische Krankheit Endometriose festgestellt wird. Ich denke, dass es von besonders großer Wichtigkeit ist, die Symptome der Frauen ganz genau zu betrachten. Auch wenn diese auf zahlreiche andere Krankheiten hindeuten, so sollte auch eine Endometriose nicht außer Acht gelassen werden. Wenn es dann zur sicheren Feststellung der Krankheit gekommen ist, sollte der/die behandelnde/r ÄrztIn die betroffenen Frauen über alle zur Verfügung stehenden Therapiemöglichkeiten, einschließlich der alternativen Formen, ausführlich beraten und die Vor- und Nachteile verständlich erklären. Nur mit einer frühzeitigen Diagnose kann eine optimale Therapieform für die jeweilige Patientin gefunden werden. Auf diese Weise können die endometriosebedingten Beschwerden reduziert bzw. im besten Fall gänzlich beseitigt werden. Dies führt wiederum zu einer Erhöhung der Lebensqualität bei den Patientinnen. Ich habe selbst nach einem langen Leidensweg und nach zahlreichen Fehlbehandlungen durch einen laparoskopischen Eingriff die sichere Diagnose der Krankheit erhalten, dies machte es mir möglich, mich auf die Krankheit einzustellen und eine Therapie zu ergreifen. Um eine zuverlässige Diagnose zu erhalten ist eine Laparoskopie (Bauchspiegelung) unumgänglich. Für viele der Patientinnen wirkt ein operativer Eingriff, auch wenn er nur minimal invasiv ist, abschreckend und dadurch vergeht wieder einige Zeit bis zur Diagnosestellung und zum anschließenden Therapiebeginn. In meinem Fall war diese Therapie eine Schwangerschaft, die mir in den neun Monaten und auch der Zeit danach meine Beschwerden gänzlich nahm. Allerdings stellte dies auch einen Glücksfall dar, denn viele Frauen mit einer weit fortgeschrittenen Endometriose haben Probleme, schwanger zu werden. Ich hatte vor der Schwangerschaft besonders zu Beginn der Regelblutung starke Schmerzen und Unterbauchbeschwerden begleiteten meinen Alltag. Bereits während der Schwangerschaft stellen sich diese Beschwerden mit dem Ausbleiben der Menstruation ein und bis heute

lebe ich ohne endometriosebedingte Schmerzen. Dabei können aber vor allem auch alternative Behandlungsmöglichkeiten die Frauen gut unterstützen und ihnen den Traum vom eigenen Kind einen großen Schritt näher bringen. Vor allem die Homöopathie, die Traditionelle Chinesische Medizin wie auch die Phytotherapie erzielen bei Frauen, die einen Kinderwunsch haben, sehr gute Erfolge. Eine gute Zusammenarbeit zwischen der Schulmedizin und den alternativen Therapieformen wäre ideal, um Endometriose ganzheitlich zu behandeln. Das bedeutet, dass die alternativen Behandlungsmöglichkeiten auch in Kombination mit schulmedizinischen Therapiemöglichkeiten von Vorteil wären, denn diese können beispielsweise die Nebenwirkungen der medikamentösen Therapien eingrenzen. Während meiner Literaturrecherche habe ich zahlreiche verschiedene Therapiemöglichkeiten kennen gelernt und habe mich dazu entschlossen, die für mich interessantesten genauer zu erläutern. Was den Punkt Ernährung und gesunder Lebensstil betrifft konnte ich für mich viele wissenswerte Informationen ausfindig machen. Sehr interessant finde ich, was verschiedene Lebensmittel und auch der alltägliche Stress für Auswirkungen auf die Gesundheit haben können und dass diese Faktoren die Entwicklung einer Endometriose begünstigen können. Zukünftig sollte sich die Zeit bis zur Diagnosestellung wesentlich verkürzen und auch die FrauenärztInnen sollten den Beschwerden ihrer Patientinnen noch mehr Beachtung schenken und bei sehr starken Schmerzen vor und während der Menstruation oder auch häufig auftretenden Unterbauchschmerzen eine Endometriose in Erwägung ziehen.

Literaturverzeichnis

Bullemer (2010): Homöopathie: Die Kraft der Potenzierung. In: **Becherer/Schindler** (Hrsg.) (2010): Endometriose. Ganzheitlich verstehen – Ein Ratgeber. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, S. 111-119.

Ebert (2011): Endometriose. Ein Wegweiser für die Praxis. Berlin/New York: Walter der Gruyter GmbH & Co. KG.

Endometriosevereinigung Österreich (O.J.): Wie häufig ist Endometriose. Online in: <http://www.eva-info.at/was-ist-endometriose/> [31.08.2013]

Eurogrube (O.J.): Endometriose- Behandlung- Symptome. Online in: <http://www.eurogrube.de/gesundheitsfitness/endometriose-behandlung-symptome.htm> [03.09.2013]

Europäische Endometriose Liga (o.J.): Diagnose. Online in: <http://www.endometriose-liga.eu/diagnose> [14.08.2013].

Feige/Rempfen/Würfel/Jawny/Caffier (2001): Frauenheilkunde. Fortpflanzungsmedizin-Geburtsmedizin-Onkologie. München/Jena: Urban & Fischer Verlag

Fischer (2010): Phytotherapie: Die heilenden Kräfte der Pflanzen. In: **Becherer/Schindler** (Hrsg.) (2010): Endometriose. Ganzheitlich verstehen – Ein Ratgeber. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, S. 90-98.

Frauenärzte im Netz (2013a): Geschlechtsorgane. Online in: http://www.frauenaerzte-im-netz.de/de_geschlechtsorgane-innere-geschlechtsorgane_574.html#Gebarmutter [18.08.2013]

Frauenärzte im Netz (2013b): Endometriose Risikofaktoren. Online in: http://www.frauenaerzte-im-netz.de/de_endometriose-risikofaktoren_317.html [15.08.2013].

Gerhard (2010): Umwelt und Ernährung: Was Sie stärken und schwächen kann. In: **Becherer/Schindler** (Hrsg.) (2010): Endometriose. Ganzheitlich verstehen – Ein Ratgeber. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, S. 79-89.

Halis/Kopf/Oehmke/Ebert (2008): Medikamentöse Schmerztherapie der Endometriose. In: Journal für Gynäkologische Endokrinologie, 18 (2), S. 32-39.

Herchenbach/Ulrich (2010): Endometriose: Eine rätselhafte Erkrankung. In: **Becherer/Schindler** (Hrsg.) (2010): Endometriose. Ganzheitlich verstehen – Ein Ratgeber. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, S. 15-34.

Keckstein (2005): Die chirurgische Therapie der Endometriose. In: **Keckstein** (Hrsg.) (2005): Endometriose. Die verkannte Frauenkrankheit. Würzburg: Diametric Verlag, S. 24-47.

Schindler (2007): Epidemiologie, Pathogenese und Diagnostik der Endometriose. In: Journal für Fertilität und Reproduktion, 17 (4), S. 22-27.

Schindler (2008): Operative und medikamentöse Therapie der Endometriose/Adenomyose. In: Journal für Gynäkologische Endokrinologie, 2 (2), S. 18-26.

Schweizer-Arau (2010): Traditionelle Chinesische Medizin (TCM): Ein Erfahrungsschatz von Jahrtausenden. In: **Becherer/Schindler** (Hrsg.) (2010): Endometriose. Ganzheitlich verstehen – Ein Ratgeber. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, S. 99-110.

Schweppe (2005): Wesen und Entstehung – Symptome und Diagnostik der Endometriose. In: **Keckstein** (Hrsg.) (2005): Endometriose. Die verkannte Frauenkrankheit. Würzburg: Diametric Verlag, S. 9-23.

Schweppe (2005): Die medikamentöse Therapie der Endometriose. In: **Keckstein** (Hrsg.) (2005): Endometriose. Die verkannte Frauenkrankheit. Würzburg: Diametric Verlag, S. 48-66.

Suite (O.J.): Endometriose- Welche Symptome gibt es. Online in:

<http://suite101.de/article/endometriose---welche-symptome-gibt-es-a81808>

[03.09.2013]

Ulrich (2010): Die medikamentöse und operative Therapie der Endometriose. In: **Becherer/Schindler** (Hrsg.) (2010): Endometriose. Ganzheitlich verstehen – Ein Ratgeber. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, S. 34-52.

von Hoerschelmann (2012): Endometriose. Scherzfrei durch optimale Ernährung und einen gesundheitsfördernden Umgang mit Stress. Würzburg: Diametric Verlag Jutta A. Wilke e.K.

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tab.1: Historischer Überblick**S. 10**

Quelle: Ebert (2011): Endometriose. Ein Wegweiser für die Praxis. Berlin/New York: Walter der Gruyter GmbH & Co. KG.

Tab. 2: Häufigkeit der Endometriose**S. 11**

Quelle: **Schindler** (2007): Epidemiologie, Pathogenese und Diagnostik der Endometriose. In: Journal für Fertilität und Reproduktion, 17 (4), S. 22-27.

Tab. 3: Häufige Fehldiagnosen bei Endometriose**S. 31**

Quelle: **Schweppe** (2005): Wesen und Entstehung – Symptome und Diagnostik der Endometriose. In: **Keckstein** (Hrsg.) (2005): Endometriose. Die verkannte Frauenkrankheit. Würzburg: Diametric Verlag, S. 9-23.

Abb. 1: Die weiblichen Geschlechtsorgane**S. 12**

Quelle: **Herchenbach/Ulrich** (2010): Endometriose: Eine rätselhafte Erkrankung. In: **Becherer/Schindler** (Hrsg.) (2010): Endometriose. Ganzheitlich verstehen – Ein Ratgeber. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, S. 15-34.

Abb. 2: Stadieneinteilung nach rASRM**S. 15**

Quelle: **Ebert** (2011): Endometriose. Ein Wegweiser für die Praxis. Berlin/New York: Walter der Gruyter GmbH & Co. KG.

Abb. 3: EEC-Stadieneinteilung**S. 16**

Quelle: **Ebert** (2011): Endometriose. Ein Wegweiser für die Praxis. Berlin/New York: Walter der Gruyter GmbH & Co. KG.

Abb. 4: Verschiedene Lokalisationsmöglichkeiten von Endometrioseherden**S. 22**

Quelle: **Herchenbach/Ulrich** (2010): Endometriose: Eine rätselhafte Erkrankung. In: **Becherer/Schindler** (Hrsg.) (2010): Endometriose. Ganzheitlich verstehen – Ein Ratgeber. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, S. 15-34.

Abb. 5: Laparoskopie**S. 30**

Quelle: **Keckstein** (2005): Die chirurgische Therapie der Endometriose. In: **Keckstein** (Hrsg.) (2005): Endometriose. Die verkannte Frauenkrankheit. Würzburg: Diametric Verlag, S. 24-47.