

20. OSGG-Symposium in Näfels

Auf den neuesten Stand gebracht: Endometriose und chronischer Pruritus

1997
20 Jahre
OSGG
2017
SYMPOSIUM FÜR PRAKTISCHE GYNEKOLOGIE UND GEBURTSHILFE OSTSCHWEIZER SYMP

Die praxisrelevante Themenvielfalt von Gynäkologie über Endokrinologie bis Schwangerschaft und Geburtshilfe sorgte auch am 20. Ostschweizer Symposium für praktische Gynäkologie und Geburtshilfe für einen vollen Saal interessierter Gynäkologinnen und Gynäkologen. Wir haben drei Themen ausgewählt, die wir im Folgenden kurz wiedergeben werden.

Endometriose – ein Update



Dr. P. M. Fehr

Die Endometriose ist zwischen Pubertät und Menopause die zweithäufigste gynäkologische Erkrankung und die betroffenen Frauen müssen wegen der damit verbundenen Schmerzen nicht nur Einschränkungen der Lebensqualität und Fertilität hinnehmen, sondern auch ihrer Produktivität. Die Erkrankung ist im Prinzip gutartig, problematisch ist eine Endometriose vor

allem wegen der schwierigen Diagnose, dem Abwägen zwischen Fertilitätsverlust und effizientester, möglichst rezidivfreier Therapie der Schmerzen, wie **Dr. med. Peter M. Fehr**, Chur im Folgenden erläuterte.

Schon die Diagnostik stellt die erste Hürde dar, denn Unterbauchschmerzen können vielfältige Ursachen haben. Bei einer Patientin mit diesem Symptom bestätigt sich der Verdacht auf Endometriose in der Laparoskopie lediglich in 33% der Fälle (1). Kommen Dysmenorrhoe und Dyspareunie hinzu, liegt der positive Vorhersagewert bei 56% (2), aber häufig hat die Patientin auch atypische Schmerzen, bei welchen nicht unbedingt an eine Endometriose gedacht wird.

Die Endometriose ist eine chronisch rezidivierende Erkrankung, bei der im Prinzip nur eine radikale Operation mit Entfernung von Uterus und Adnexen oder die Menopause zu einem Abklingen führt. Jede andere fertilitäts Erhaltende Therapie zieht bei etwa der Hälfte der Patientinnen innerhalb von 5 Jahren ein Rezidiv mit nachfolgender Operation nach sich (3). Um eine ausgewogene Entscheidung treffen zu können, die sowohl die Schmerzen wie auch den Fertilitätsverlust berücksichtigt, können Algorithmen für das individuelle Vorgehen hilfreich sein.

Bei Patientinnen ohne Kinderwunsch mit positiver Endometrioseanamnese ohne klinischen Befund, sollte medikamentös (NSAR, COC (kombinierte Kontrazeptiva), IUD oder Gestagen) behandelt und bei erfolgreicher Therapie regelmässig (alle 6–12 Monate) nach-

kontrolliert werden. Bei ungenügender Wirkung soll operativ mittels Laparoskopie abgeklärt und behandelt werden. Bei positiver Anamnese mit klinischem Befund (Endometriom, rectovaginaler Befund) wird eine operative Laparoskopie an einem Zentrum mit entsprechender Expertise durchgeführt, und bei kompletter Resektion anschliessend zur Rezidivvermeidung eine medikamentöse Therapie angestrebt. Bei Patientinnen mit Kinderwunsch wird eine operative Laparoskopie mit gleichzeitiger Abklärung des Tubenfaktors durchgeführt und danach eine Spontanschwangerschaft angestrebt. Sollte es innerhalb eines Jahres nicht zu einer Schwangerschaft kommen oder bei Frauen mit geringer ovarieller Reserve (>38 Jahre), empfiehlt sich eine reproduktionsmedizinische Beratung und Therapie.

Eine medikamentöse Therapie mit COC im Langzyklus oder mit Gestagenen (Implantat, IUD, p.o.) verhindern eine Stimulation der Endometriose und führen zu deren Inaktivierung mit entsprechender Symptomlinderung. GnRH-Analoga sollen wegen des ausgeprägten Nebenwirkungsspektrums (Beeinträchtigung der Knochengesundheit, klimakterische Beschwerden) nur kurzfristig angewendet werden.

Bei einer chirurgischen Therapie gilt der Grundsatz, dass alle sichtbaren Herde sowie die tief infiltrierende Endometriose entfernt werden sowie die Anatomie wieder hergestellt werden müssen. Selten sind Teilresektionen von Harnblase, Harnleiter und Darm nötig. Die vegetativen Nerven zum Erhalt der Sexual-, Darm- und Blasenfunktion müssen dabei geschont werden. Die Therapie richtet sich nach der Manifestation der Endometriose (siehe Tabelle 1).

Das Ausmass des Eingriffs muss vorab mit der Patientin besprochen und kritisch hinterfragt werden, denn die Endometriose ist eine gutartige Erkrankung, bei der die möglichen postoperativen und langfristigen Komplikationen gut bedacht sein sollten. Am zertifizierten Endometriosezentrum der Frauenklinik in Chur wird zum Staging vor einer Operation der ENZIAN-Score verwendet, um das Ausmass der Operation zu bestimmen. Dabei wird die Endometri-

TAB. 1 Therapie in Abhängigkeit der Manifestation der Endometriose; TIE: tief infiltrierende Endometriose			
Manifestation der Endometriose	medikamentöse Therapie präoperativ	chirurgische Behandlung	medikamentöse Therapie postoperativ
peritoneal	nicht empfohlen	Entfernung durch Laparoskopie	Verlängerung des rezidivfreien Intervalls
ovariell	nicht empfohlen	Entfernung von Zysten	Verlängerung des rezidivfreien Intervalls
TIE	wenn Patientin eine Operation ablehnt	Entfernung im gesunden Gewebe	falls Beschwerden bestehen
Adenomyosis uteri	Gestagenspirale bei Wunsch nach Gebärmuttererhalt	Gebärmutterentfernung (nach abgeschl. Familienplanung)	

osemanifestation im Septum rectovaginale, Ligamentum sacrouterinum und Rectum in drei Stadien (<1cm; 1-3cm;>3cm) sowie der extragenitale Befall festgelegt. Für dieses Assessment werden die klinische Untersuchung, der transvaginale Ultraschall (TVUS) und das MRI herangezogen, wobei bei einem Befall des Septum rectovaginale oder des Ligamentum sacrouterinum der TVUS die höchste Spezifität besitzt (4).

Der nozizeptive Schmerz bei Endometriose kann mit Hormonen oder NSAR gut behandelt werden. Problematisch ist der bei Endometriose häufig auftretende neuropathische Schmerz, der wenig auf NSAR reagiert. Neben der peripheren Schmerzperzeption spielt auch die zentrale Schmerzperzeption eine Rolle, welche durch Faktoren wie Angst, Hilflosigkeit und depressive Verstimmungen weiter verstärkt werden kann. In dieser Situation werden zu den herkömmlichen Schmerzmitteln weitere Medikamente wie trizyklische Antidepressiva, SSRI oder Antikonvulsiva eingesetzt. Wegen dieser Schmerzproblematik, der damit verbundenen psychischen Belastung und deren Beeinflussung auch durch äussere Umstände ist für die erfolgreiche Behandlung eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Gynäkologen mit Schmerzspezialisten (Anästhesisten) und Therapeuten (Physiotherapie, Psychologie, Ernährungsberatung) sowie Sozialarbeitern wichtig.

Ein Update zum chronischen Pruritus

Die häufigsten Ursachen des Pruritus sind Ekzeme oder atopische Diatesen wie der Lichen simplex, Pilzinfektionen oder der Lichen sclerosus (LS). Der Lichen simplex ist meist durch Umstellung der Körperhygiene, manchmal mit vorübergehender Corticoid-Therapie praktisch immer heilbar. Der Lichen planus äussert sich eher mit Brennen als mit Jucken und kann mit einem LS verwechselt werden, der Lichen planus weist jedoch meist auch extragenitale Manifestationen auf. Auch die Psoriasis kann genitale Beschwerden verursachen, die aber nicht auf ein bestimmtes Kompartiment der Vulva beschränkt bleiben, betrifft meist auch die Rima ani und tritt selten ausschliesslich in der genitalen Form auf. Die Vulvitis plasmacellularis kann topisch mit Antibiotika (Clindamycin), Corticoiden oder mit einem Calcineurinhemmer behandelt werden. Ergibt eine Biopsie einen genitalen Morbus Paget, so ist eine Exzision die Therapie der Wahl. Bei juckenden, ulzerierenden und nässenden Läsionen sollte auch an eine Tinea genitalis gedacht werden.

Im Zentrum der Diagnosestellung einer Vulvaerkrankung steht, Präkanzerosen frühzeitig aufzudecken, um die Entstehung eines

Vulvakarzinoms zu verhindern. Der LS, welcher schon bei jungen Frauen auftreten kann und aufgrund der schwierigen Diagnose häufig lange unerkannt bleibt, zeigt sich zu Beginn der Erkrankung nur mit sehr diskreten Hautveränderungen, später können die Schamlippen verkleben und es kommt zu einer Atrophie und zur Verengung des Introitus. Aus einem LS können vulväre intraepitheliale Neoplasien (dVIN) oder ein invasives SCC (Squamous Cell Carcinoma) hervorgehen. Ein LS kann auch mit weiteren Erkrankungen der Vulva, z.B. Candidiasis, Psoriasis oder Lichen simplex überlagert sein, was die Diagnose erschwert.

Eine Diagnose erfolgt mittels Vulvoskopie und im Zweifelsfall einer Biopsie, wobei diese mit Zurückhaltung durchzuführen ist. Essigsäureapplikation und Collins-Test haben in der Vulvoskopie einen sehr geringen Stellenwert. Die Sensitivität des Essigsäuretests ist mit 97% hoch, die Spezifität liegt jedoch nur bei 40% (11), daraus ergeben sich viele falsch positive Befunde und unnötige Biopsien. Die Bürstenzytologie hat ebenfalls eine Sensitivität von 97% für ein HSIL der Vulva oder ein Karzinom, die Methode ist jedoch nicht validiert. Mithilfe eines LS-Scores, der aufgrund des klinischen Bildes (Erosionen, Hyperkeratose, Rhagaden, Synechien, Stenose, Atrophie jeweils mit keine (0), wenig (1), ausgeprägt (2) bewertet) erstellt wird, kann der LS auch ohne Biopsie sehr zuverlässig bestimmt werden (12).

Zur Akuttherapie des LS wird Clobetasolpropionat, Mometasone, Pimecrolimus oder Tacrolimus auf Salben- oder Cremebasis täglich für 12 Wochen appliziert. Sollte die Symptomatik weiterhin bestehen, wird eine weitere 12-Wochen-Therapie angeschlossen, so lange, bis die Symptome abklingen. Nach dem Abklingen der Symptome wird eine Erhaltungstherapie mit Clobetasolpropionat, Mometasone oder den Calcineurin-Inhibitoren (2 x/ Woche) und eine regelmässige Pflege mit fettenden Salben empfohlen. Topische Steroide im Sinne einer Erhaltungstherapie zeigen einen deutlichen Nutzen bezüglich Abklingen der Symptome, Vernarbung und LS-induzierter Atrophie, wie mehrere Studien zeigen konnten (13). Wird diese Therapie konsequent eingesetzt, lassen sich vermutlich auch dVIN und SCC verhindern.



Dr. A. Günthert

▼ Dr. Ines Böhm

Quelle: 20. Ostschweizer Symposium für praktische Gynäkologie und Geburtshilfe am 9./10. November 2017 in Näfels

Literatur:

- Howard FM. The role of laparoscopy in the chronic pelvic pain patient. *Clin Obstet Gynecol* 2003; 46:749-6
- Eskenazi B et al. Validation study of nonsurgical diagnosis of endometriosis. *Fertil Steril* 2001;76:929-35
- Shakiba K et al. Surgical treatment of endometriosis: a 7-year follow-up on the requirement for further surgery. *Obstet Gynecol* 2008;111:1285-92
- Abrao MS et al. Comparison between clinical examination, transvaginal sonography and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep endometriosis. *Human Reproduction* 2017 22;12: 3092-97
- Nanda K et al. Accuracy of the Papanicolaou Test in Screening for and Follow-up of Cervical Cytologic Abnormalities: A Systematic Review. Accuracy of the Papanicolaou Test in Screening for and Follow-up of Cervical Cytologic Abnormalities: A Systematic Review. *Ann Intern Med* 2000;132:810-19
- Blatt AJ et al. Comparison of cervical cancer screening results among 256,648 women in multiple clinical practices. *Cancer Cytopathol* 2015;123:282-8
- Zhou H et al. Clinical performance of the Food and Drug Administration-Approved high-risk HPV test for the detection of high-grade cervicovaginal lesions. *Cancer Cytopathol* 2016;124:317-23
- <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/zervixkarzinom-praevention/>
- Wright TC et al. Primary cervical cancer screening with human papillomavirus: end of study results from the ATHENA study using HPV as the first-line screening test. *Gynecol Oncol* 2015;136:189-97
- Ronco C et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet*. 2014;383:524-32
- Santoso JT et al. Colposcopic acetowhiting of vulvar lesion: a validity study. *Arch Gynecol Obstet*. 2015;292:387-90
- Günthert A et al. Clinical scoring system for vulvar lichen sclerosus. *J Sex Med* 2012;9:2342-50
- Lee A et al. Long-term Management of Adult Vulvar Lichen Sclerosus A Prospective Cohort Study of 507 Women. *JAMA Dermatol* 2015;151:1061-67