Endometriose – unterdiagnostiziert oder übertherapiert?

Bei knapp einem Fünftel der Frauen wird der Befund Endometriose gestellt. Prof. Uwe A. Ulrich vom Endometriosezentrum des Martin-Luther-Krankenhauses in Berlin bezweifelt, dass alle Betroffenen damit per se krank sind.

Möglicherweise sei das Vorhandensein von endometriumartigen Zellverbänden außerhalb des Cavum uteri oft nur eine Normvariante, zum Beispiel bei kleinen, asymptomatischen Endometrioseherden, wie sie als Zufallsbefunde bei einer Laparoskopie häufig festgestellt werden, so Prof. Uwe Ulrich. Er sagte weiter: „Es gibt wenige Erkrankungen in unserem Fachgebiet, bei denen man so rasch Gefahr läuft, zu viel oder zu wenig zu tun“. Problem sei eine insgesamt schwache Datenlage: Ätiologie und Pathogenese der Endometriose sind unklar, eine kausale Therapie gibt es nicht und prospektive randomisierte Studien sind

rar. Dazu korreliert das Ausmaß der Endometriose nicht oder nur schwach mit dem Grad der Beschwerden.

Ein Befund, aber keine therapiepflichtige Erkrankung ist eine Endometriose seinen Ausführungen nach,

- wenn die Patientin beschwerdefrei ist,
- kein Kinderwunsch besteht,
- und kein Organ in seiner Integrität bzw. Funktion beeinträchtigt ist.

Die Indikation für eine Therapie liegt nur bei Schmerzen, ungewollter Kinderlosigkeit/Infertilität und einem drohenden Organverlust vor, eine absolute Indikation ist ein Harnstau durch eine endometriosebedingte Ureterstenose, eine

spontane Darmperforation oder eine Darmstenose. Die in den Leitlinien zur Endometriose [AWMF Registernummer 015-045] auch genannte Blutung als Therapieindikation habe er selbst so noch nie gesehen, ergänzte Ulrich. Für die konservative Führung der asymptomatischen Patientin empfahl er die Aufklärung über mögliche Komplikationen und eine regelmäßige Untersuchung der Niere.

Friederike Klein, München

Weitere Infos auf
springermedizin.de

Weitere Beiträge zum DGKG-Kongress sowie Video-Interviews mit Experten finden Sie in unserem Online-Dossier unter
► www.springermedizin.de/link/10979702

Tipps bei stark adipösen Schwangeren

Die Pränataldiagnostik kann bei stark adipösen Patientinnen eine Herausforderung sein. Privatdozentin Dr. Ute Germer, Regensburg, gab Tipps, wie die Schwangerenvorsorge aber dennoch gelingt.

Bei adipösen Schwangeren sind Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf und bei der Geburt sowie auch kindliche Anomalien häufiger. Gleichzeitig ist die Darstellbarkeit fetaler Strukturen bei der Ultraschall-Vorsorgeuntersuchung erschwert, die Qualität der Bilder ist schlechter und damit die Detektionsrate von Auffälligkeiten geringer. „Es gibt eine Abhängigkeit zum Grad der Adipositas und der Entdeckung von Anomalien“, erklärte Gerner und riet, die Patienten darüber zu informieren, dass die Entdeckungsrate von Anomalien bei Adipositas reduziert ist,

und dies im Ultraschall-Aufklärungsbogen zu vermerken. Technisch lässt sich das Ultraschall-Untersuchungsergebnis verbessern durch:

- Durchführung der Ultraschalluntersuchung im 1. Trimenon vaginal, wenn von abdominal nicht möglich,
- ggf. Darstellung des Zentralnervensystems und der Lendenwirbelsäule in Seitenlage im 2. Trimenon,
- Verwendung einer Sonde mit niedriger Frequenz,
- Einstellung eines engen Blickfelds mit schnellerem Bildaufbau,
- harmonische Bildgebung,

- Compound-Bildgebung,
- Speckle-Reduktionsfilter.

Die Untersuchungsbedingungen können außerdem verbessert werden, wenn die Schwangere gebeten wird, selbst die Bauchfalte für die Untersuchung anzuheben. Germer riet, beim Ultraschall die akustischen Fenster am Nabel, suprapubisch oder der Fossa iliaca zu nutzen. Oft werde auch die Kompression der Bauchdecke gut toleriert. Im 2. Trimenon empfahl sie die Untersuchung von der 19./20. Woche in die 21./22. Woche zu verlegen. „Das geht in der Regel deutlich besser, auch wenn Sie an die Grenze der Lebensfähigkeit kommen. Wichtig ist, dass Sie in der Nähe einen Spezialisten haben, zu dem Sie die Frauen bei Auffälligkeiten und auch bei einer überhaupt fehlenden Darstellbarkeit von Strukturen rasch schicken können.“

Friederike Klein, München