

**Zentrum für minimalinvasive
Operationen in der
Gynäkologie**

**Abteilung für Gynäkologie
Und Geburtshilfe**

**Krankenhaus Sachsenhausen
Frankfurt
akademisches
Lehrkrankenhaus der
Universitätsklinik
Frankfurt am Main**



Die operative Therapie der tief infiltrierenden Endometriose

**Fortbildung Krankenhaus Sachsenhausen
30. Mai 2012**

S. Kuhfus Leitender Oberarzt Gynäkologie und Geburtshilfe



Definition der Endometriose.

Es handelt sich um das Vorkommen endometriumartiger Zellverbände außerhalb des Cavum Uteri!

Die Endometriose ist eine benigne Erkrankung. Sie zeichnet sich aber durch infiltratives und metastasierendes Wachstum aus und kann durch organübergreifendes Wachstum zu schweren Organschädigungen und Funktionsstörungen führen!



Die Endometriose ist aber noch etwas!

Sie ist eine große Herausforderung für alle an der Behandlung beteiligten, denn die Patientinnen sind einem sehr hohen Leidensdruck ausgesetzt und müssen eventuell erhebliche Beeinträchtigungen der Lebensqualität, möglicherweise sogar einen Organverlust hinnehmen!



Häufigste Organmanifestationen:

Beckenperitoneum

Ovarien

Ligg. Sacrouterina

Septum rectovaginale, Fornix vaginae

Rektosigmoid

Harnblase

Harnleiter

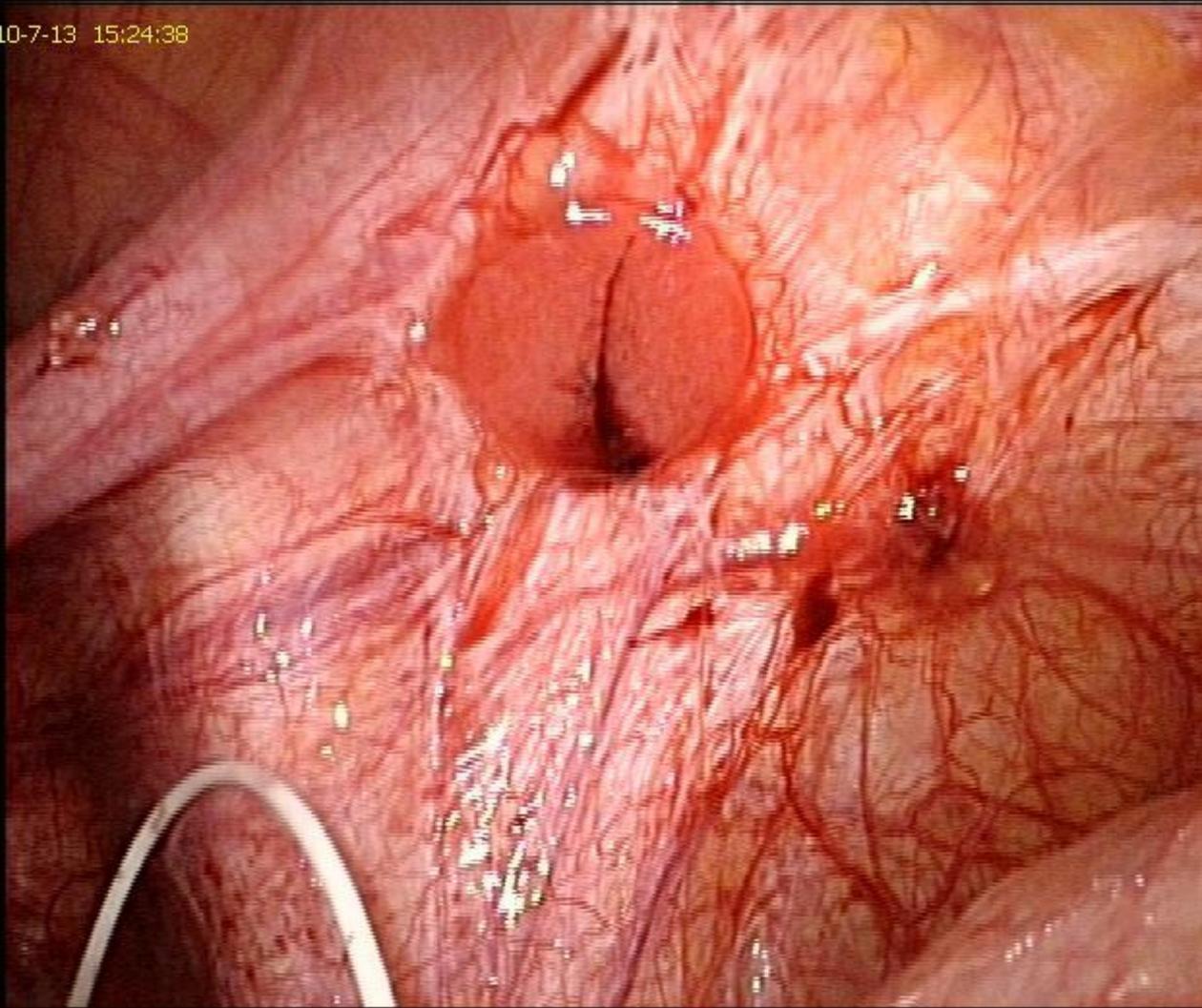
Appendix vermiformis und Ileum

Andere Manifestationen (z.B. Lunge, Gehirn)

... und natürlich Uterus (Adenomyosis)

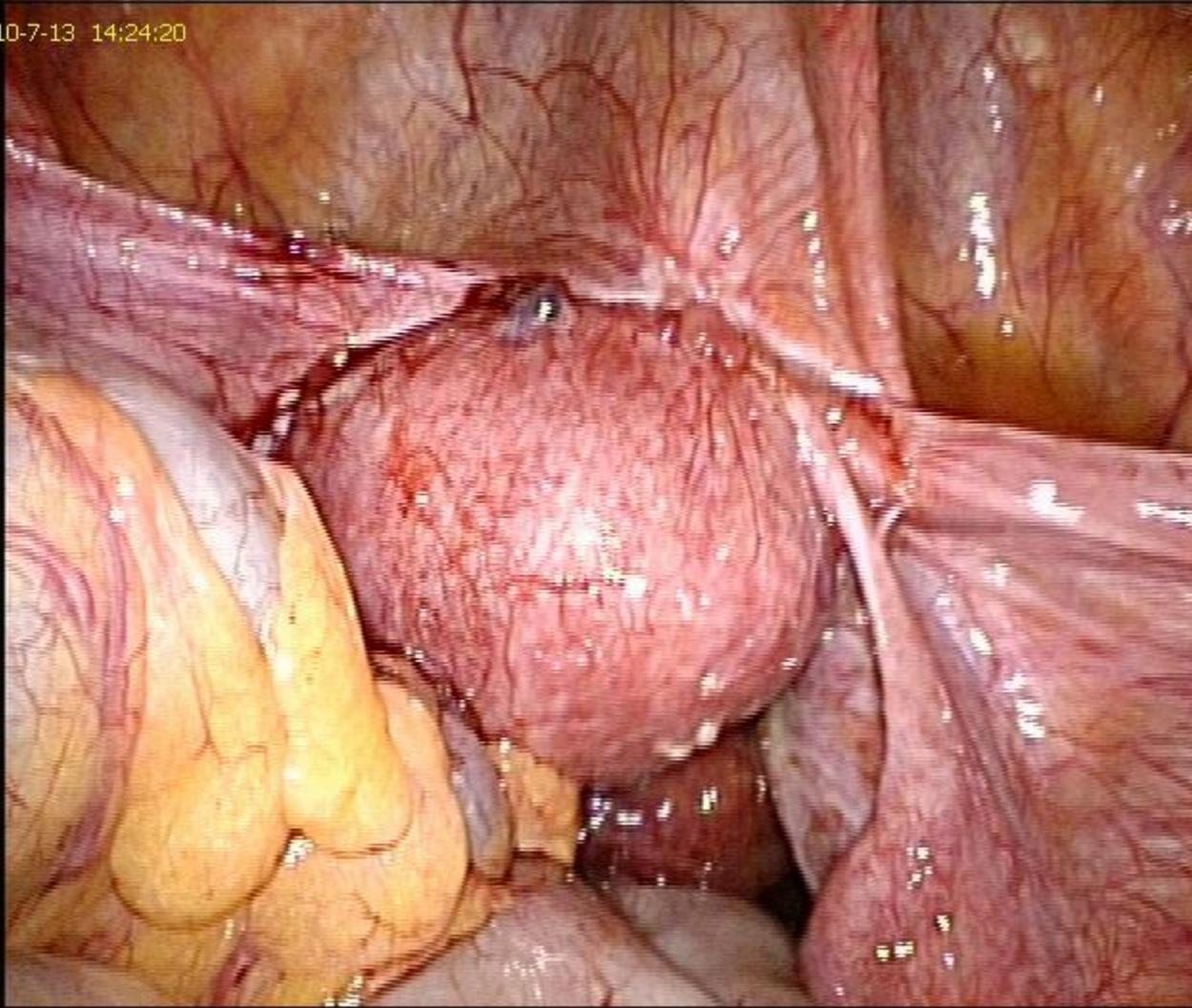


2010-7-13 15:24:38



Peritonealendometriose rechte Beckenwand

2010-7-13 14:24:20



Adenomyosis uteri, Beteiligung der Harnblase

2010-7-13 14:00:37



Zystoskopie mit tief infiltrierender EM der Harnblase

Häufigkeit der Endometriose

SEF (Stiftung Endometrioseforschung):

~ 2 – 10 % aller Frauen

Bei Sterilitätspatientinnen ~ 50 % !

Endometriosevereinigung Deutschland e.V.:

~ 7 – 15 % aller Frauen

2 – 6 Mio. Frauen in Deutschland !

Charite Berlin:

Bis zu 40%! Aller Frauen



Im eigenen Patientinnenkollektiv

In den letzten Jahren gleichbleibend

~ 8% mit einer Hauptdiagnose Endometriose

~ 17 – 20 % mit einer Nebendiagnose

~ 400 Endometriosepatientinnen im letzten Jahr!

Im letzten Jahr ca. 10 Fälle mit Rektumresektion und ca. 5 Fälle mit Blasenteilresektion bei tief infiltrierender Endometriose.



Symptomatik der Endometriose:

Schmerzen:

z.B. Unterbauchschmerzen, Dysmenorrhoe, Dysurie, Dyspareunie und Defäkationsschmerzen.

Blutungen:

Hämaturie, Blutauflagerungen auf Stuhl, azyklische vaginale Blutungen

Funktionsstörungen:

Stenosen (Darm, Ureteren), Sterilität, Störungen der Sexualität, Innervationsstörungen.



...oder eben auch keine Symptomatik !



Diagnostik der Endometriose:

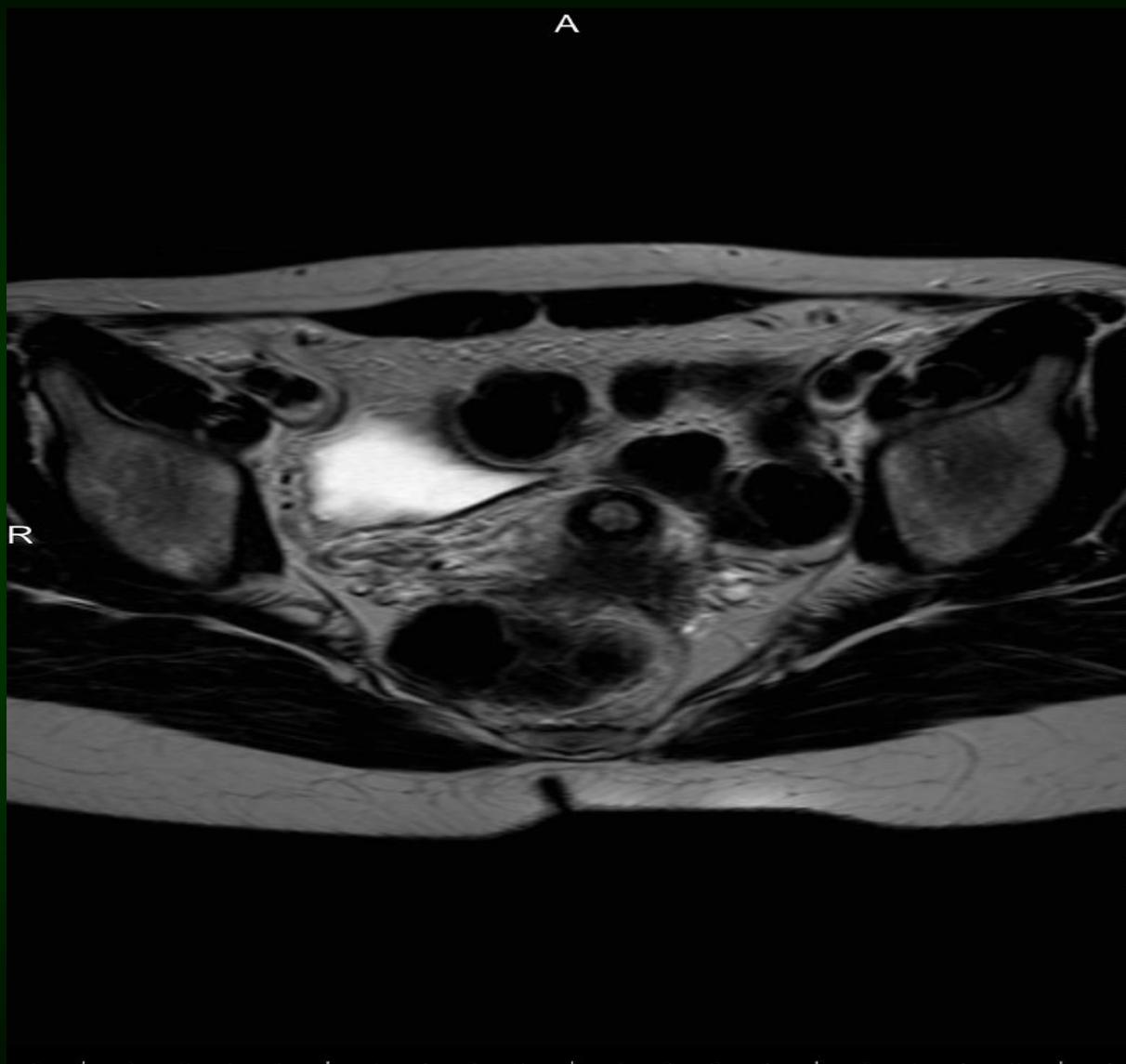
Klinische Untersuchung (Speculumeinstellung, Palpation)

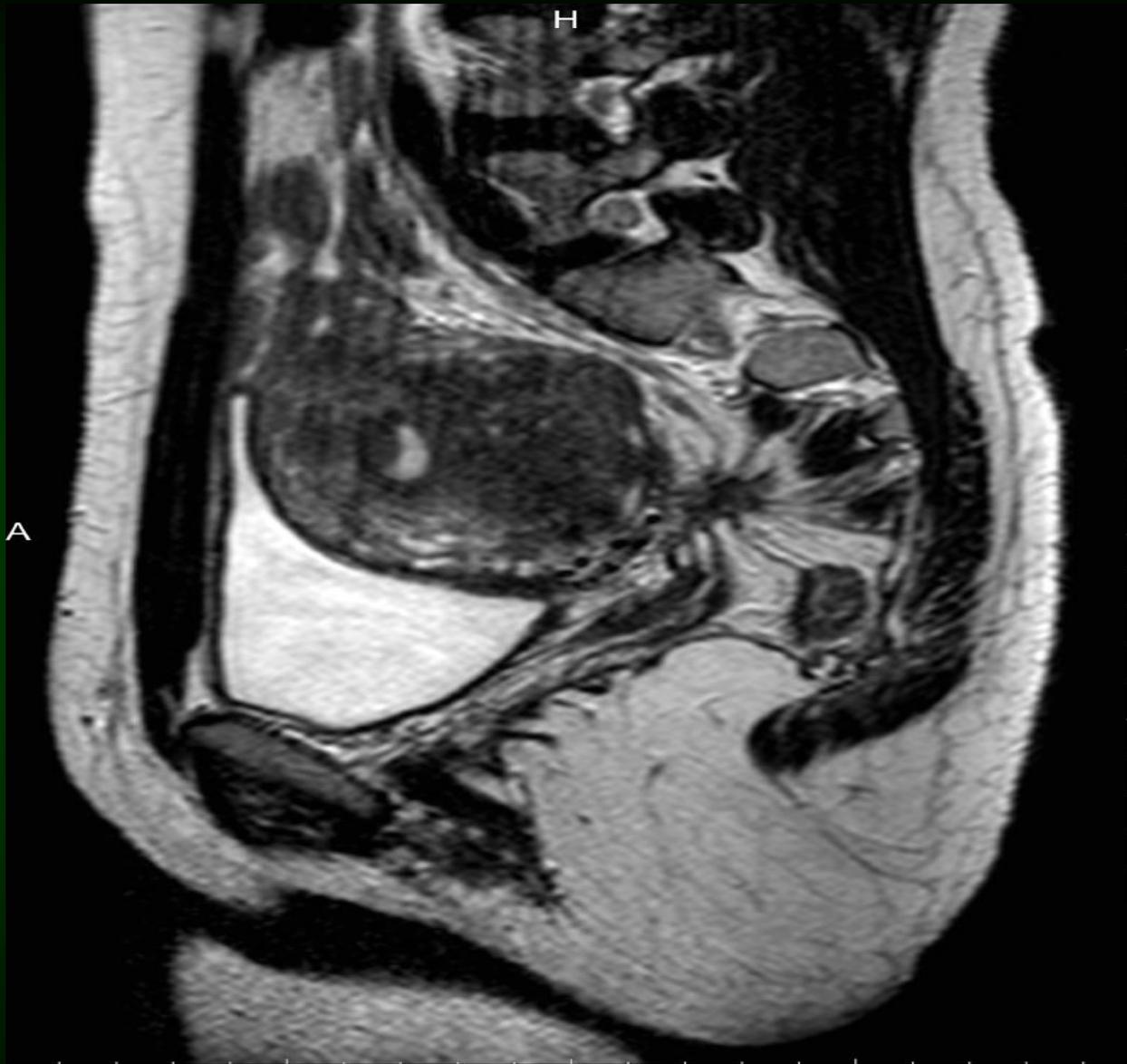
Bildgebende Verfahren (Sonografie, MRT)

Operative Diagnostik (Laparoskopie, Zystoskopie?, Rektosigmoidoskopie?)

Wenig sinnvoll: Tumormarker







Operationsplanung:

Wichtig ist eine individuelle, wenn erforderlich auch interdisziplinäre Operationsplanung, bei der die Beschwerdesymptomatik und die Bedürfnisse der Patientin einerseits und die Operationsrisiken andererseits gegeneinander abgewogen werden und das Ausmaß der Operation festgelegt wird!



So ist zum Beispiel eine Rektumresektion bei einer 30-jährigen Patientin mit Schmerzen und Kinderwunsch bei tief infiltrierender Endometriose des Rektosigmoid indiziert,

bei einer perimenopausalen asymptomatischen Patientin eher kontraindiziert



Wegen der möglicherweise mit der Operation verbundenen Risiken, sollten nur symptomatische Endometriosepatientinnen operativ behandelt werden!

Aber.....



.... die Endometriose wächst infiltrativ und ist eine progrediente Erkrankung!

Kleine Befunde können größer werden,
leichtere Operationen deutlich schwieriger



Behandlungsziel:

Möglichst Resektion aller endometrioseinfiltrierten
Anteile!

R0 Resektion!



Einige Fallbeispiele für die operative Behandlung der tief infiltrierenden Endometriose.



1. Tief infiltrierende Endometriose der Harnblase

Anamnese:

Dysmenorrhoe und Dysurie. Zyklisch auch gelegentlich Hämaturie.

Diagnose:

tief infiltrierende Endometriose der Harnblase,
Adenomyosis uteri.

Operation:

Teilresektion der Harnblasenwand, totale laparoskopische Hysterektomie

Histologie:

Endometriose der Blasenwand, R0 Resektion!





2. Tief infiltrierende Endometriose der Vagina

Anamnese:

37 jährige Patientin mit Dyspareunie, Dysmenorrhoe

Diagnose:

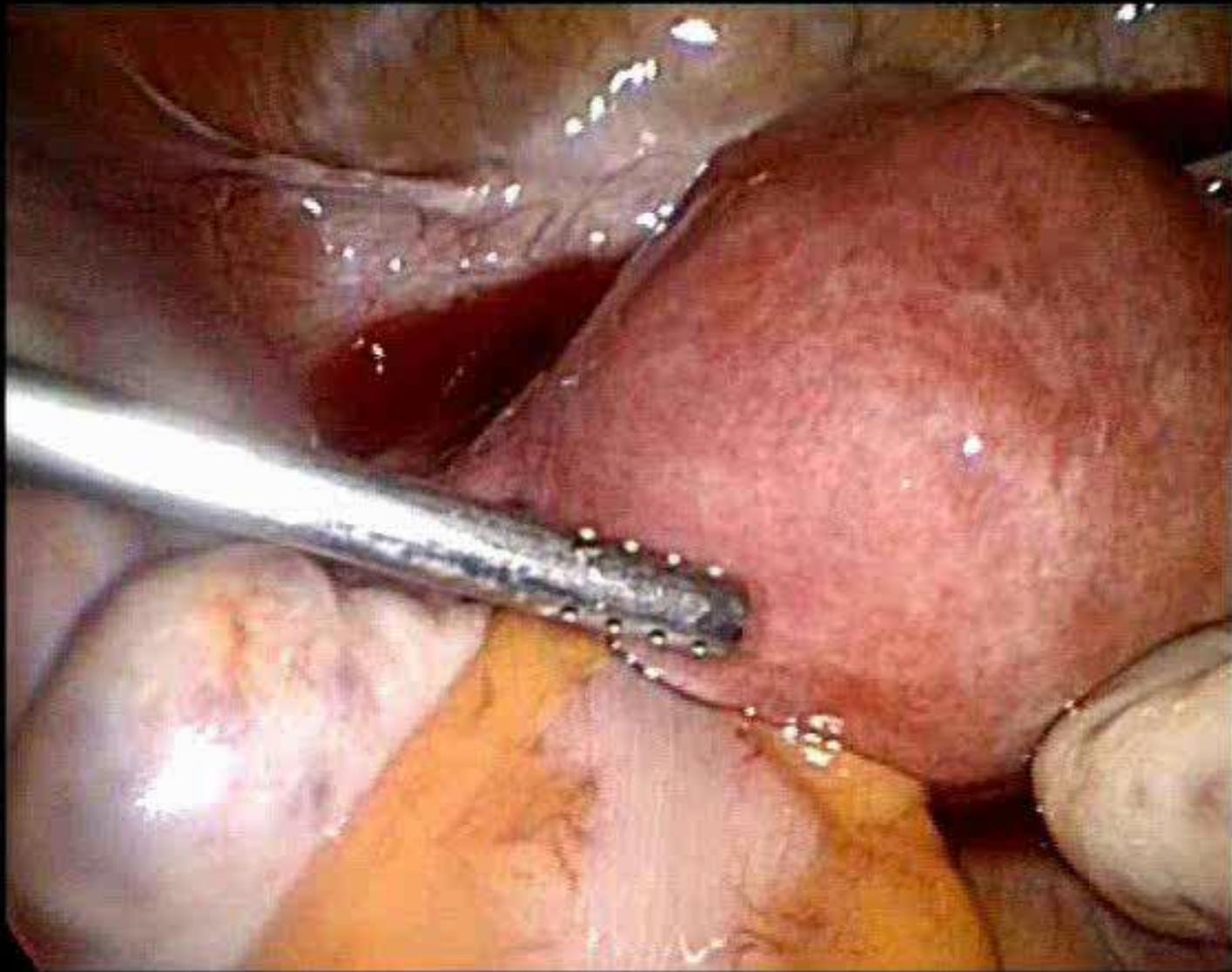
Tief infiltrierende Endometriose des linken hinteren Scheidengewölbes, im MRT fragliche Beteiligung des linken Ureters, aber keine Harnstauung.

Operation:

Ureterolyse links und Scheidenteilresektion mit Resektion des Lig. Sacrouterinum links

Histologie: Infiltrierende Endometriose der Scheide, im Präparat R0 Resektion.





Infiltrierende Endometriose des linken Harnleiters mit konsekutiver Hydronephrose

Anamnese:

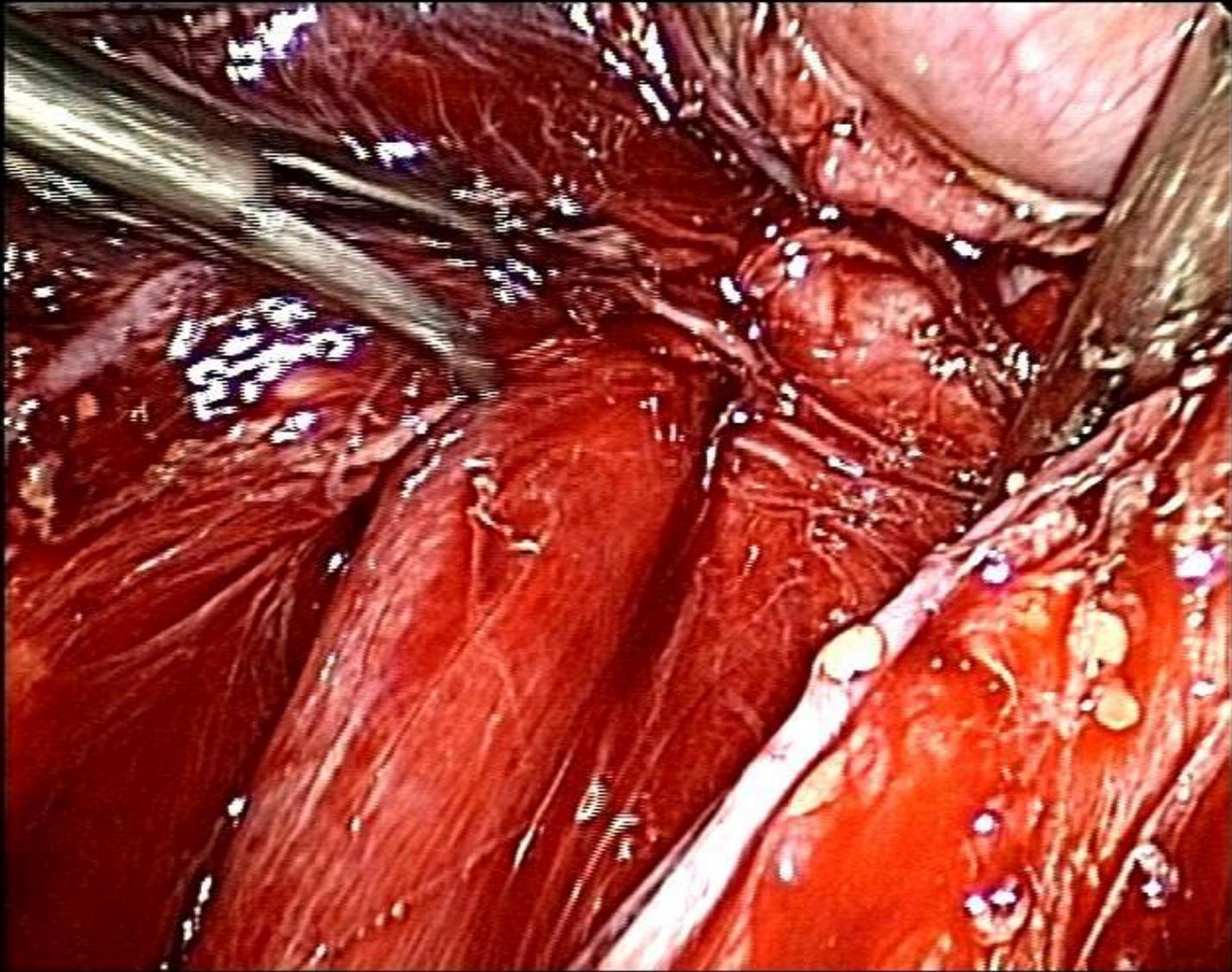
25 jährige Patientin mit Endometriosezysten beider Ovarien. Im Rahmen der Diagnostik wurde eine Harnstauungsniere links festgestellt und die Patientin mit einem Doppel J Katheter versorgt. Nach Entfernung des Katheters kam es zum Rezidiv der Harnstauung. Mit dann erneut appliziertem Doppel J Kath. Operation in domo.

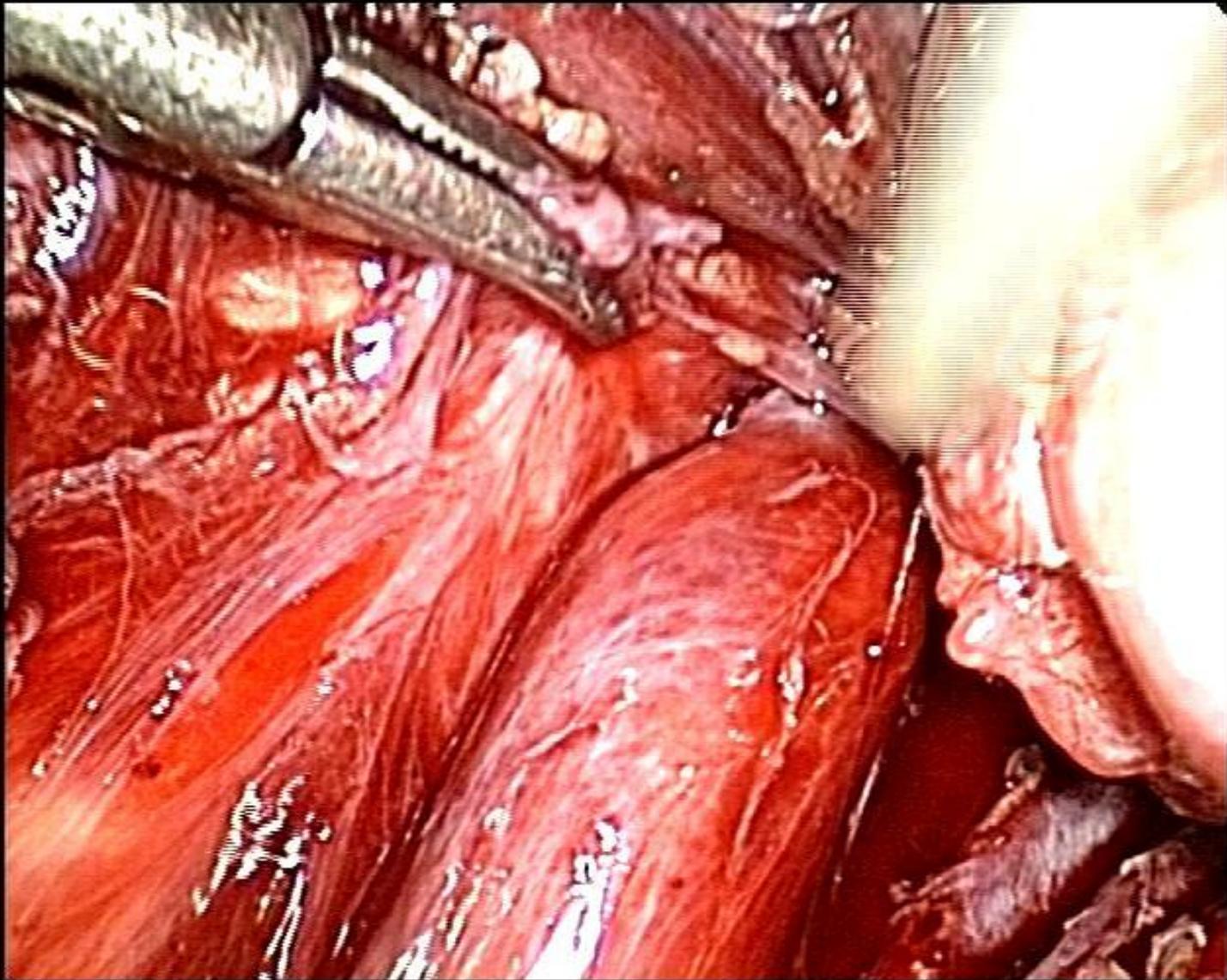
Operation:

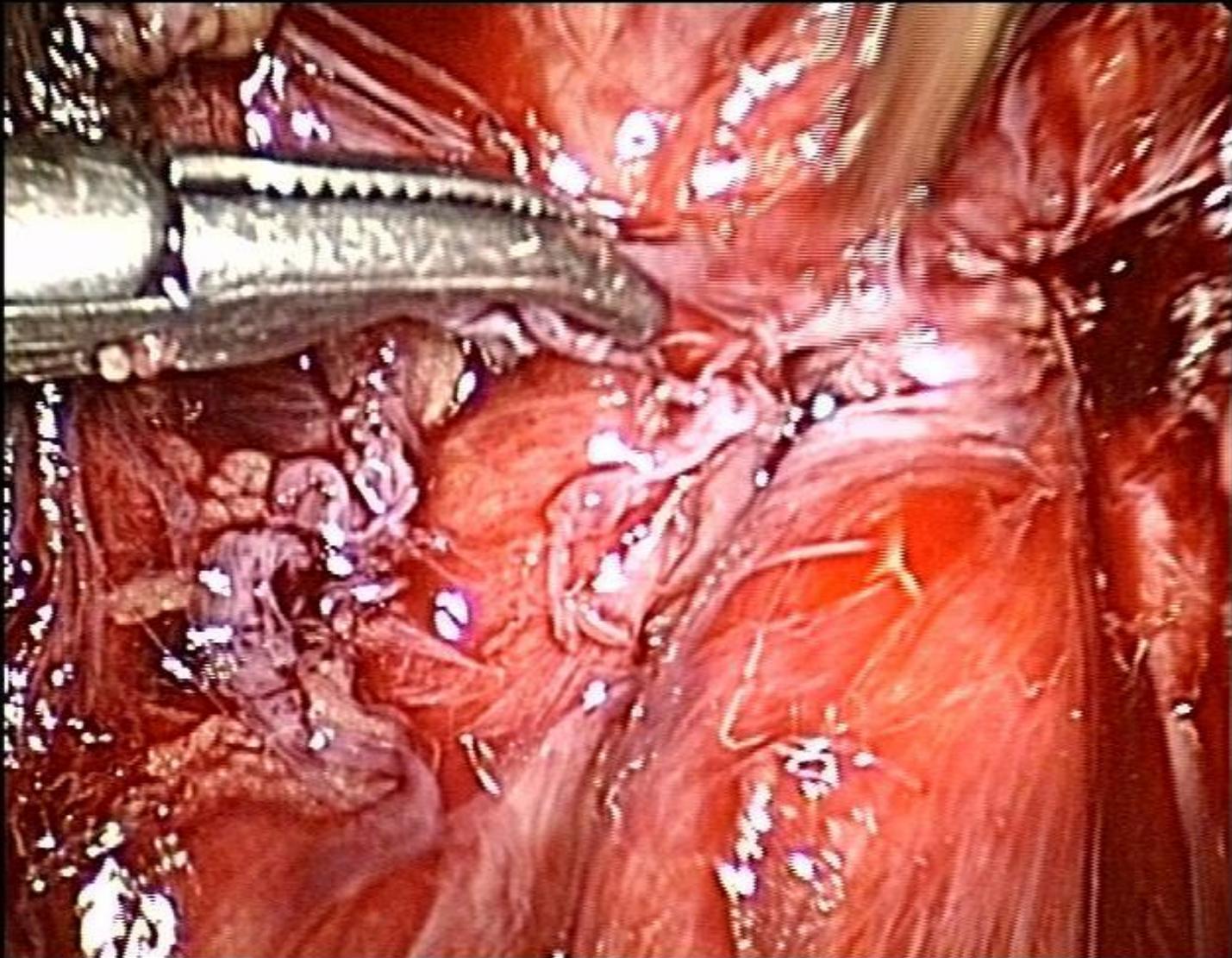
Exzision der Zysten, Ureterolyse links und Ureterteilresektion.

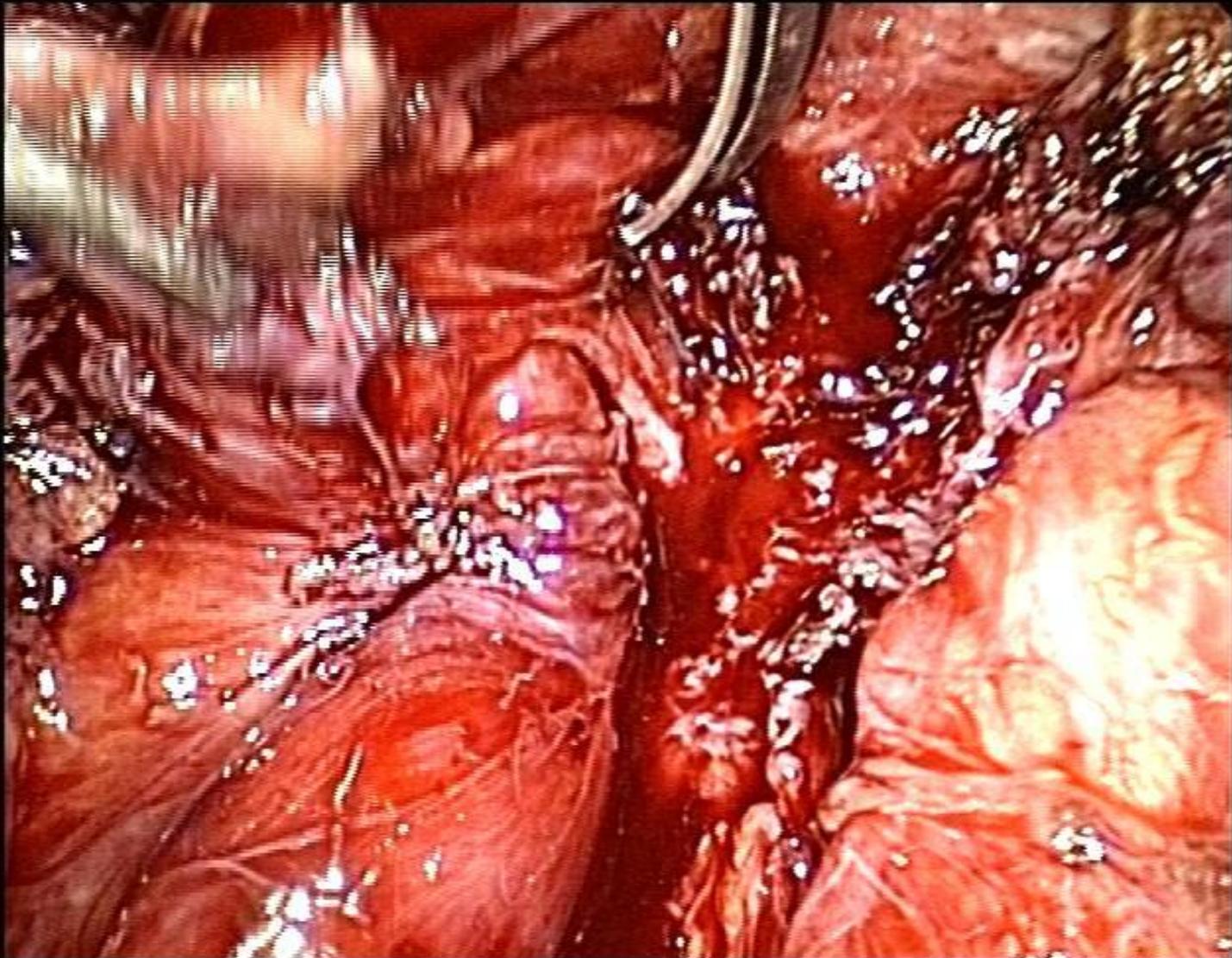
(Aus technischen Gründen nur Fotos! Sorry!)

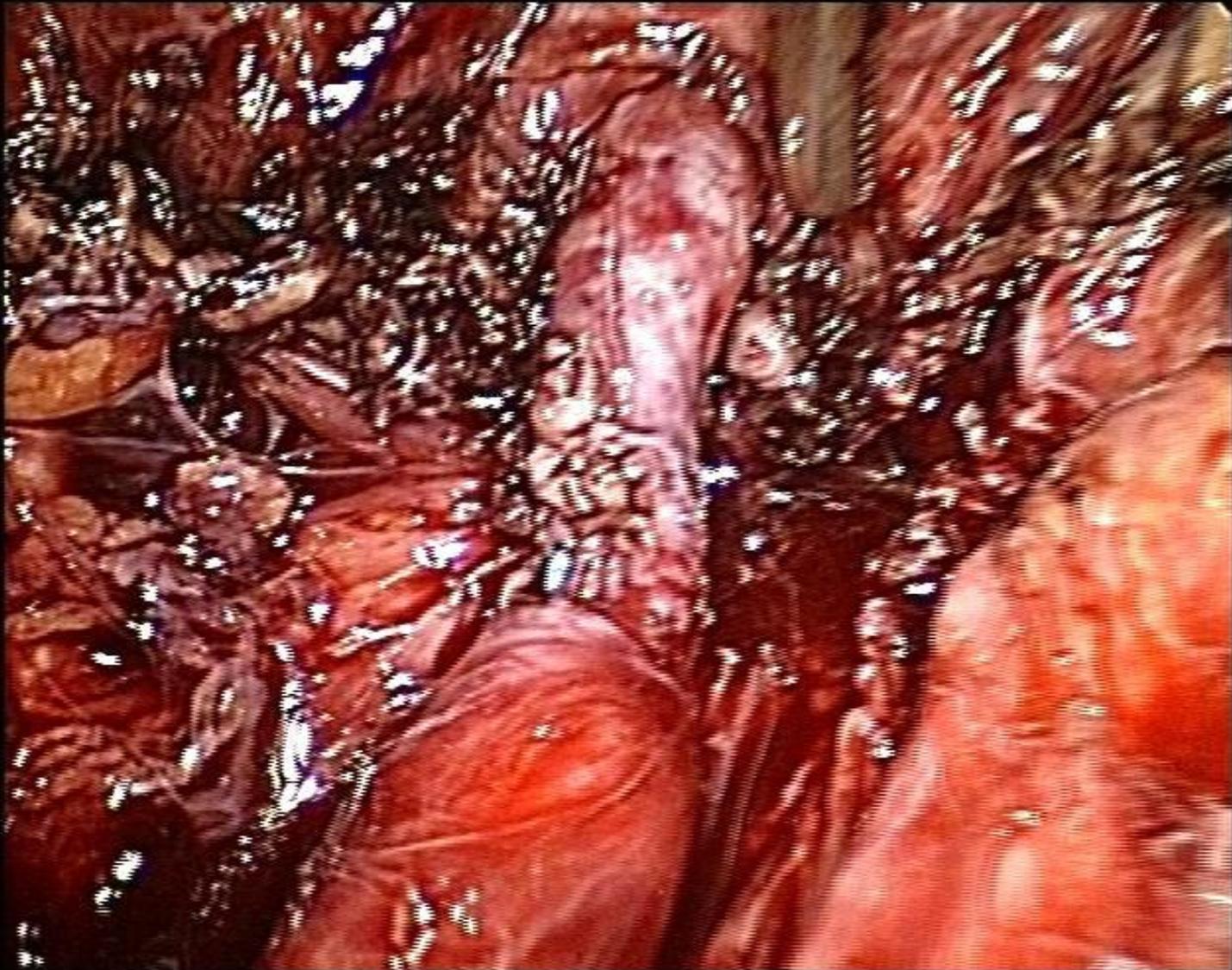


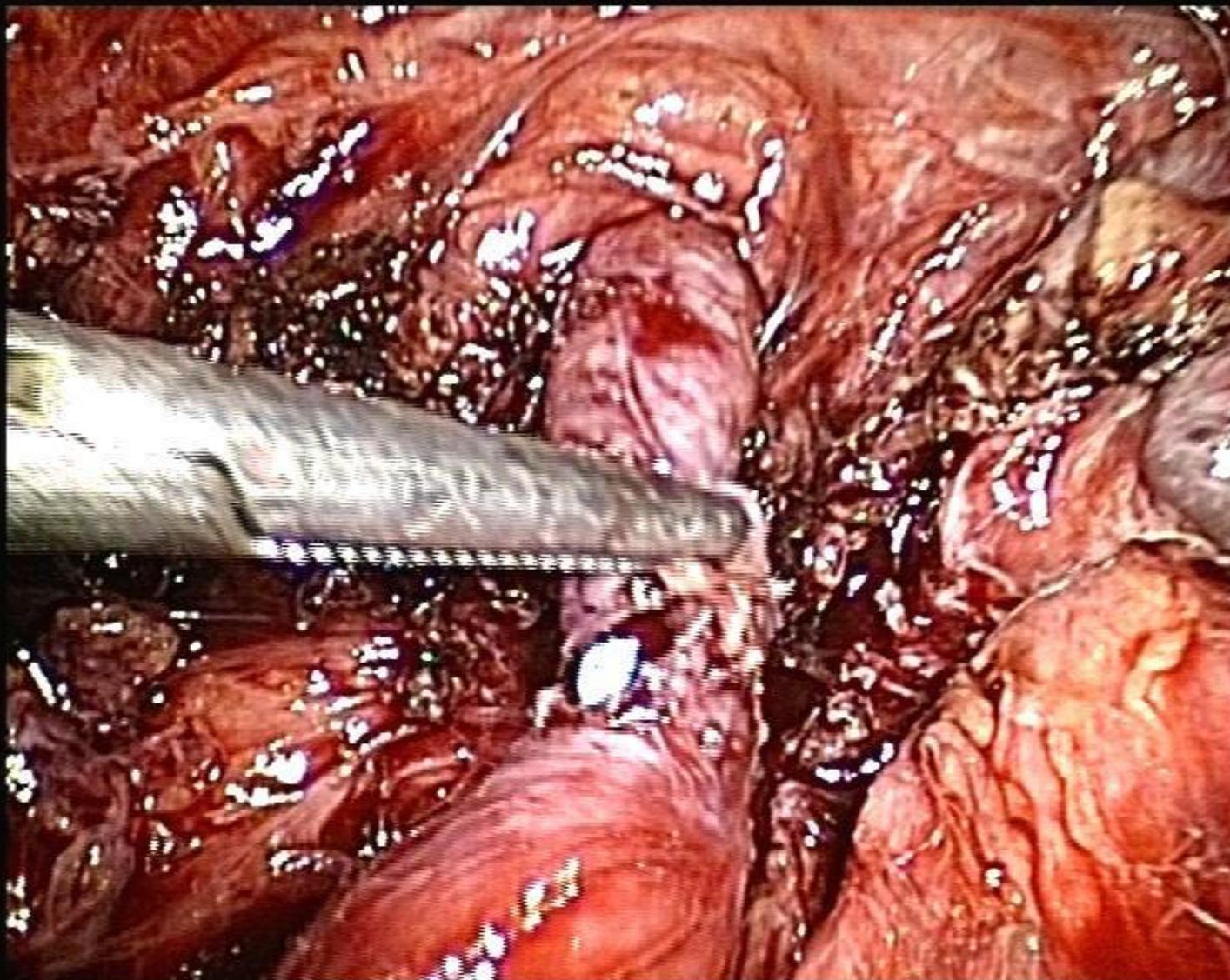


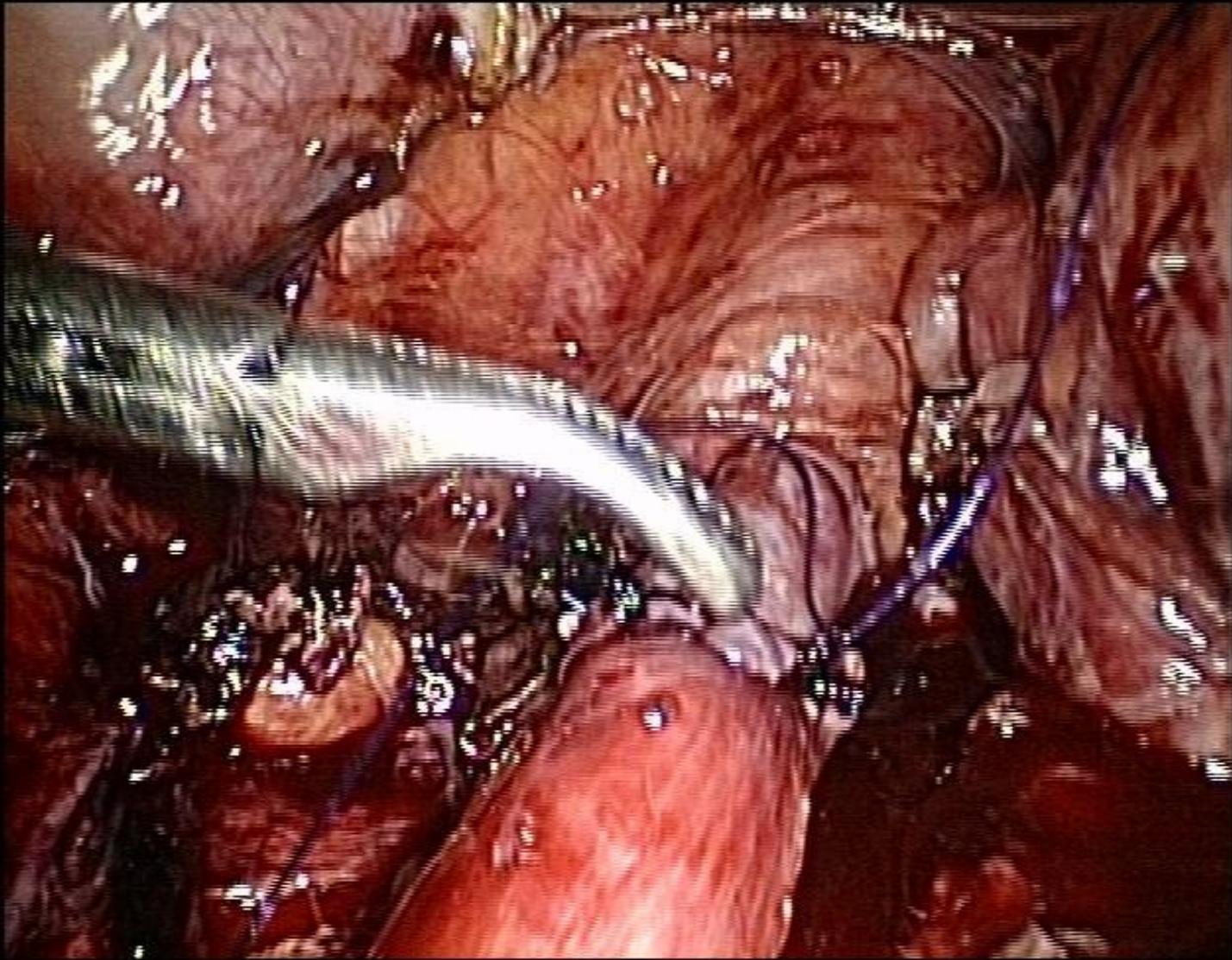


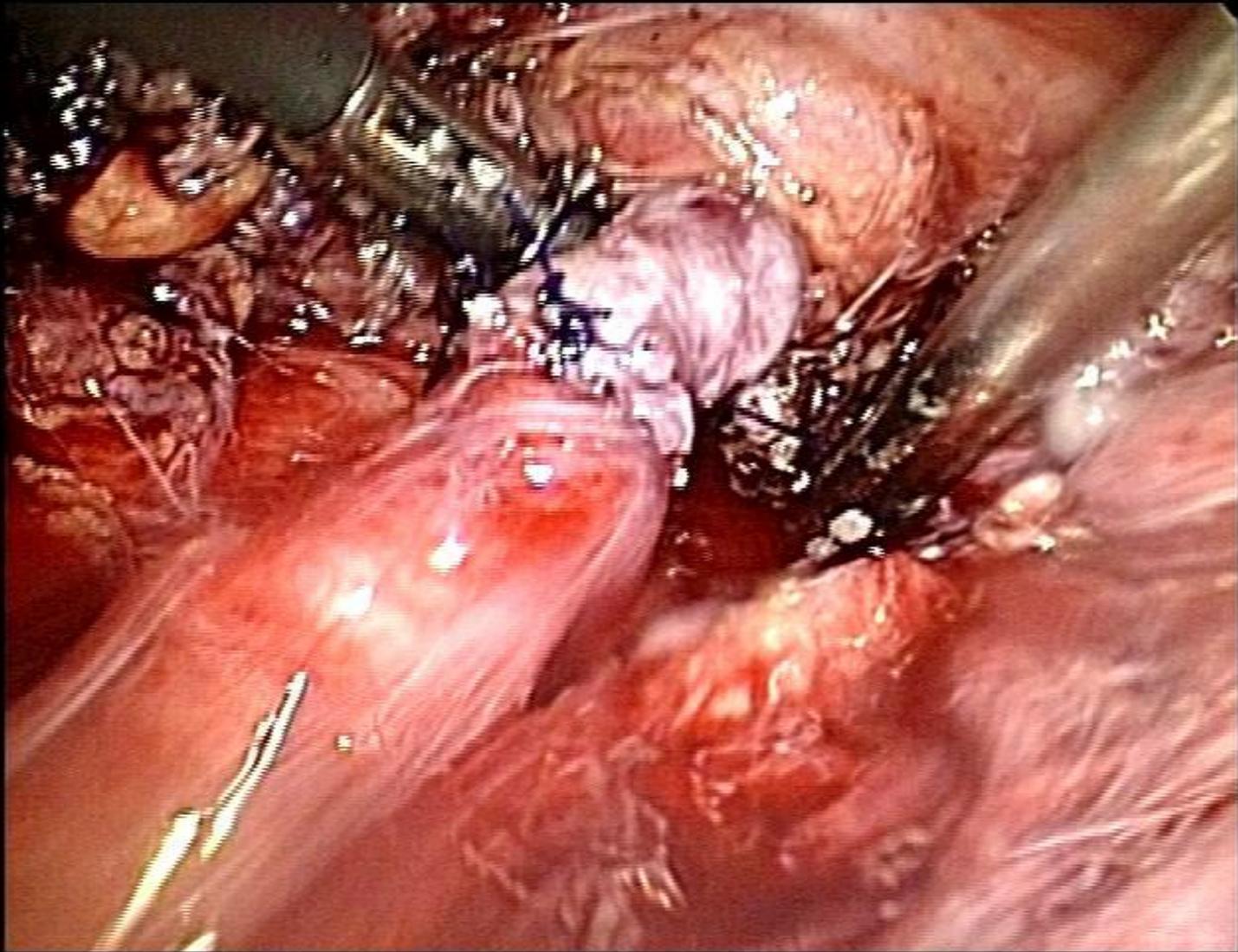


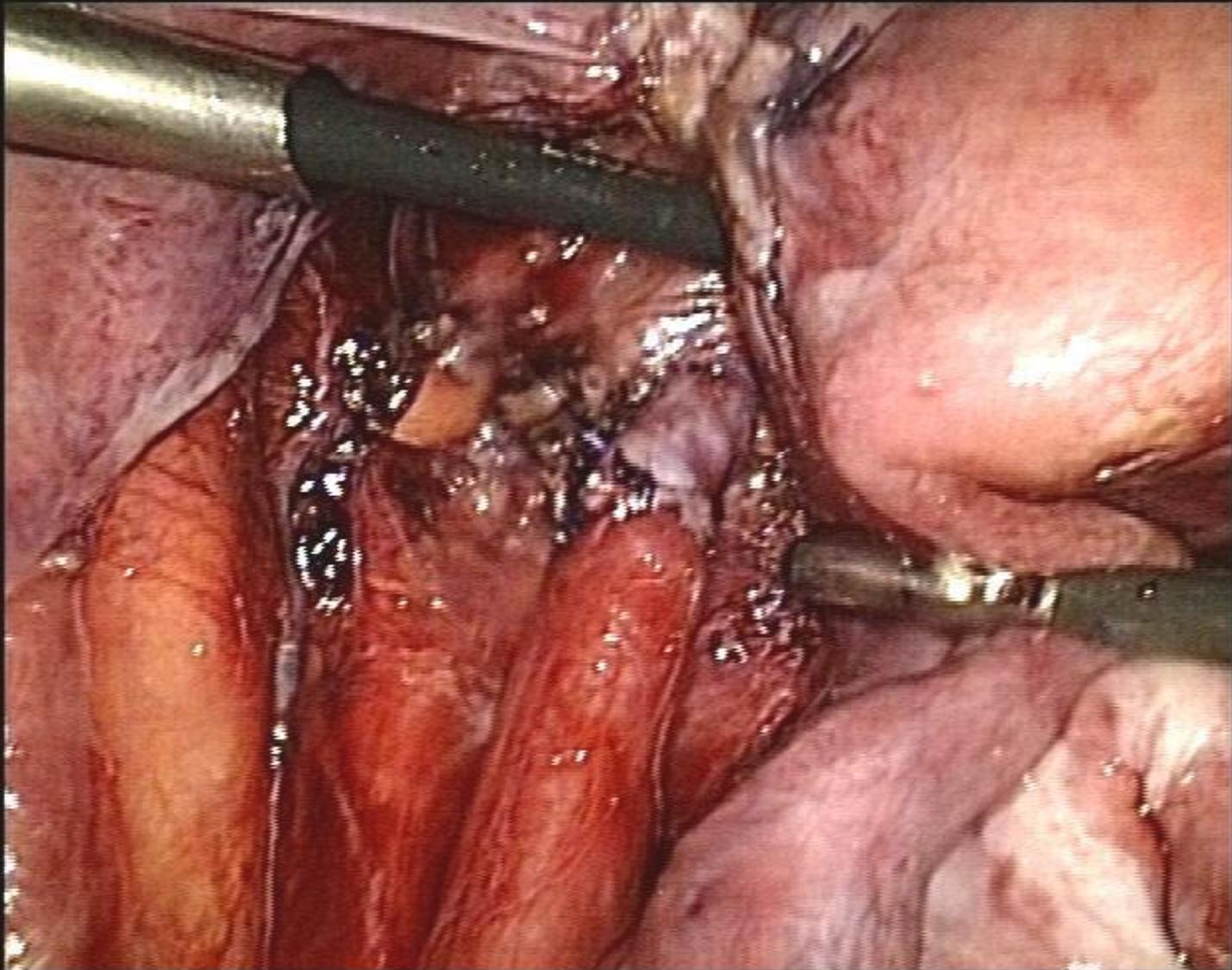


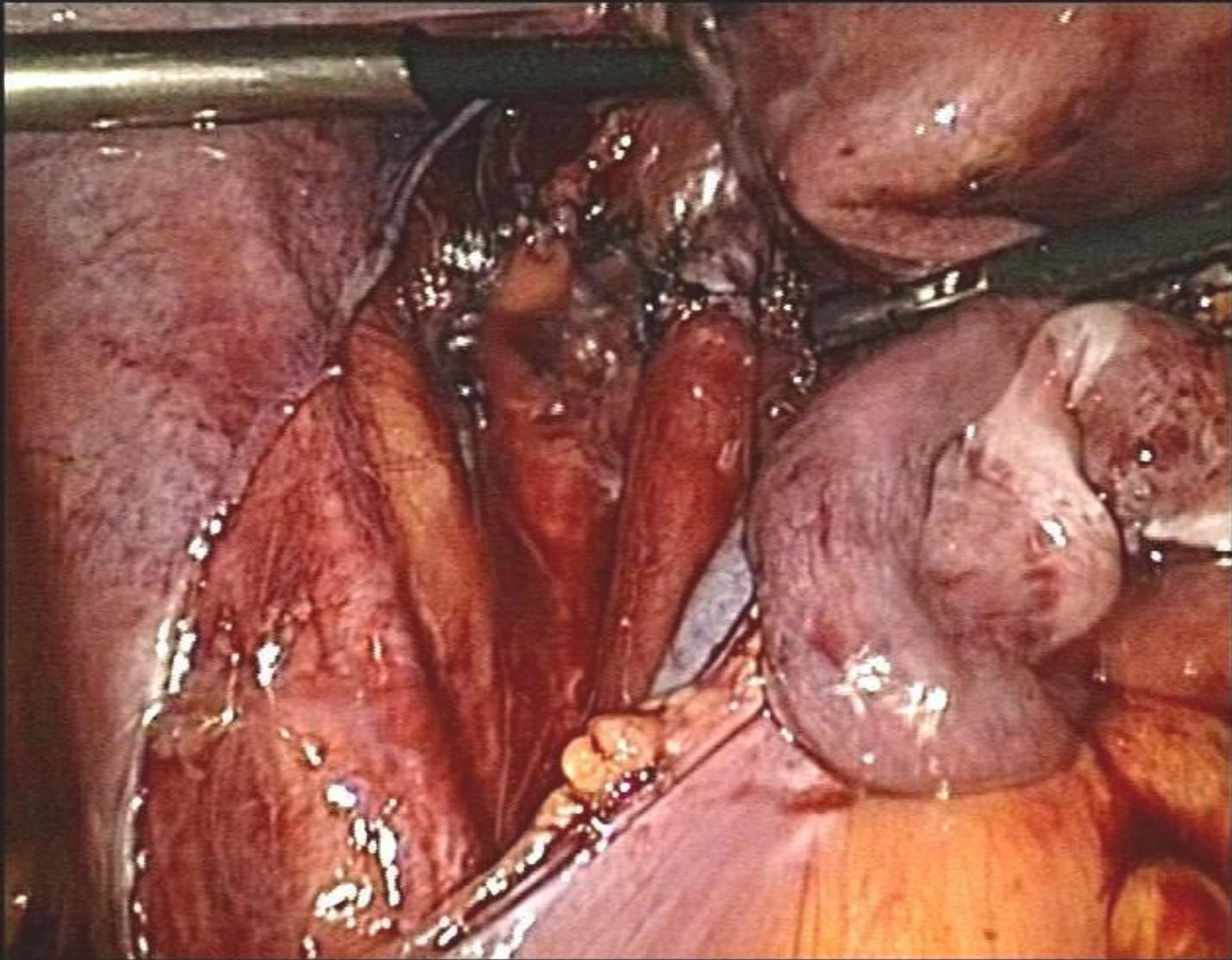




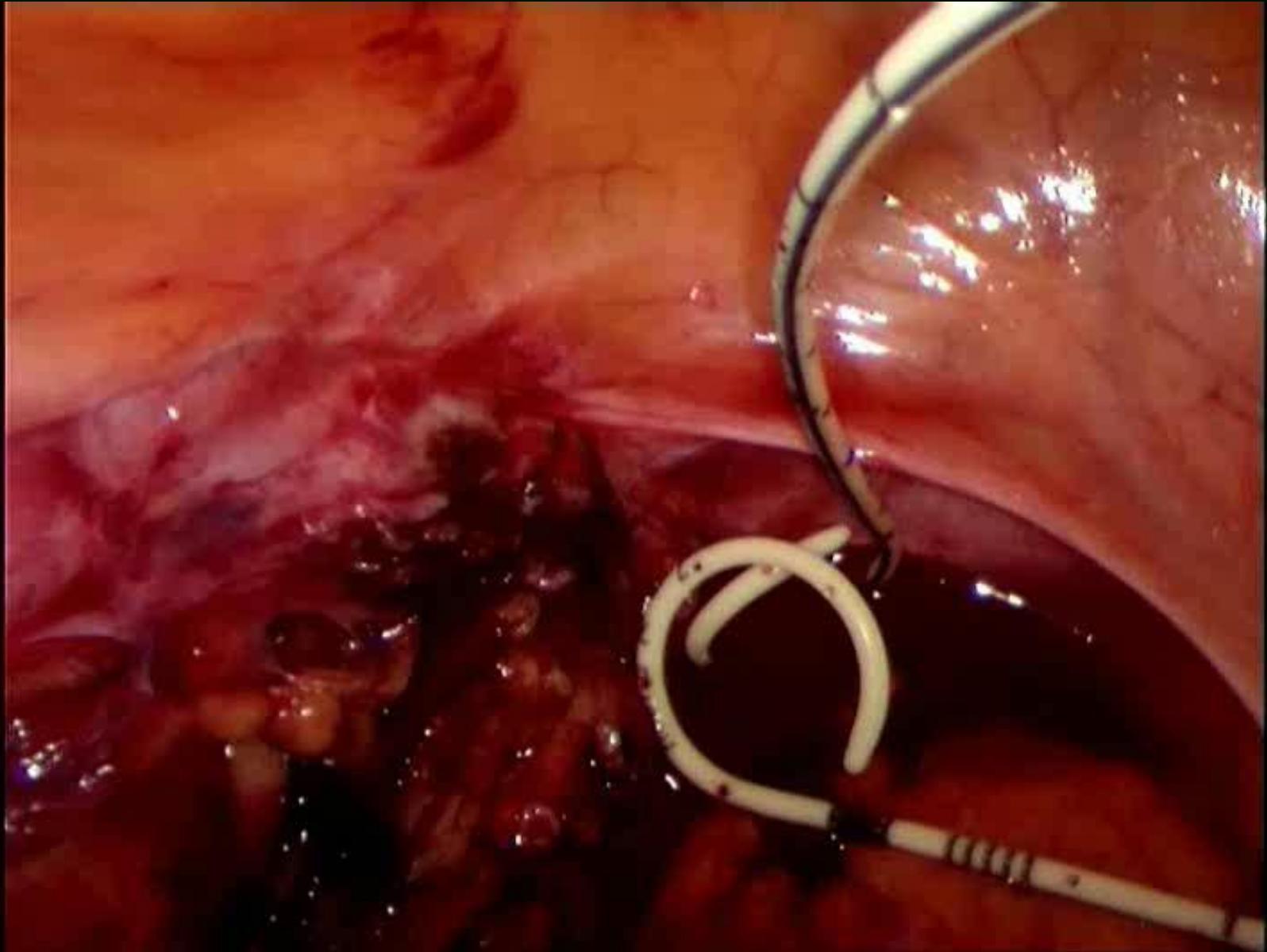








Beispiel Ureteranastomose links



3. Tiefe anteriore Rektumresektion

Anamnese:

Dysmenorrhoe, Dyspareunie, Defäkationsschmerzen

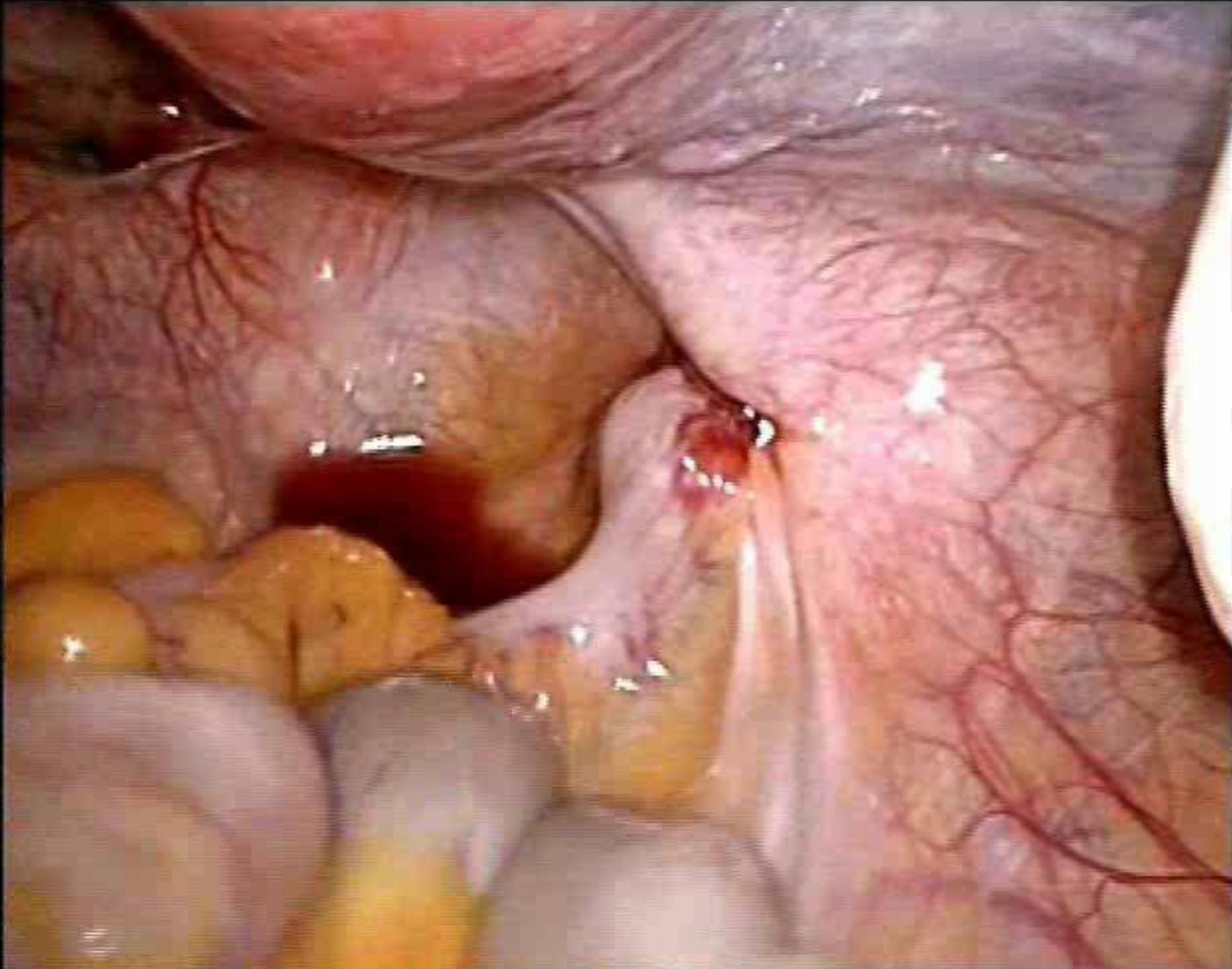
Operation:

Adhäsilyse mit Mobilisation des Rektosigmoid,
Versuch des „Shaving“, sekundär Entscheidung zur
anterioren Rektumresektion.

Histologie:

Rektumresektat mit einer Endometriose,
Resektionsränder frei, R0!





no Decoder at www.elecard.com or contact sales@elecard.net.ru



4. Nabelendometriose

Anamnese:

Patientin mit zyklischer Blutung aus dem Bauchnabel. Dysmenorrhoe, Zustand n.Sectio caes.

Diagnose:

Endometriose des Bauchnabels,
Peritonealendometriose.

Operation:

Exzision der Nabelendometriose, anschliessend LSK über die selbe Inzision.

Histologie:

Endometriose der Haut und Unterhaut, R0





E



In den letzten Jahren hat sich bei der Diagnostik und Therapie der Endometriose ein grundlegender Paradigmenwechsel vollzogen.

War sie früher eher eine „lästige“ Begleiterscheinung, die die Operation, z.B. die Hysterektomie, nur erschwert hat, so ist sie jetzt in den Mittelpunkt der OP Planung gerückt!

Wir operieren nicht mehr am eigentlichen Problem vorbei! (Zumindest versuchen wir das!)



Aber eines ist geblieben!

Noch immer besteht ein Intervall von 6 – 8 Jahren zwischen erstmaliger Schmerzmanifestation und Diagnosestellung.

Auch ein „bisschen“ Schmerzen und eine „leichte“ Dysmenorrhoe sollten nicht als Normalzustand betrachtet werden und möglichst früh abgeklärt werden!

Möglicherweise können dadurch so invasive Eingriffe wie die hier gezeigten damit vermieden werden!



Und wie geht es dann weiter?

Hormone?

z.B. Mirena bei Adenomyosis?

Analgesie?

Kinderwunschbehandlung?

Bei schweren Verläufen Rehabilitationsmassnahmen



Auf jeden Fall ist enge Kooperation zwischen Klinik, behandelndem Gynäkologen und ggfs. auch Kinderwunschzentrum wünschenswert!

Wegen des Rezidivrisikos ist auch eine Langzeitbeobachtung erforderlich und über eine Rückmeldung freuen wir uns immer!



Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!

