



02 - 04

THEMA

05

KONGRESS-
BERICHTE

06 - 08

DISKUTIERT

09

KONGRESSE,
WORKSHOPS

„Was Arzneien nicht heilen, heilt das Messer. Was das Messer nicht heilt, heilt moderne Reproduktionstechnik.“

Hippokrates

So könnte man den fast 2400 Jahre alten Ausspruch von Hippokrates zeitgerecht modifizieren, wenn es um Endometriose geht. Zwar wenden wir auch heute diese Behandlungsmethoden an, doch „heilen“ können wir eine Endometriose immer noch nicht. Wesen und Entstehung dieser häufigen Erkrankung sind nicht bekannt und die Stiftung Endometriose-Forschung bemüht sich seit fast 2 Jahrzehnten, die Endometrioseprobleme ins Bewusstsein der Wissenschaftler, Ärzte, und Patientinnen zu bringen. Da die Zahl der Publikationen in den letzten Jahren derart gestiegen ist,

dass nur noch Spezialisten auf dem Laufenden sind, haben wir uns entschlossen, zwei bis dreimal jährlich wichtige Arbeiten zu referieren und zu kommentieren, über Endometriosekongresse, Fortbildungen und Informationsveranstaltungen zu berichten und für Diagnostik und Behandlung wichtige Informationen – wie in dieser Ausgabe die Aktualisierung der Leitlinien – kurz und lesbar darzustellen.

Die elektronische Form erschien uns besonders geeignet, da schnell, preiswert, fast überall verfügbar und wer lieber Gedrucktes liest,

kann sich „Endometriose Aktuell“ ausdrücken. Dankenswerter Weise übernehmen Univ. Doz. Dr. med. G. Hudelist, MSc (Villach), Prof. Dr. med. U. Ulrich (Berlin), Dr. A. Schweizer-Arau (Diessen) und Prof. Dr. med. L. Wildt (Innsbruck) die Redaktion (Kontakt: endometriose.aktuell@endometriose-sef.de) und damit die meiste Arbeit.

Wir hoffen, dass unser Vorhaben gelingt und unsere aktuellen Nachrichten nützliche Informationen vermitteln.

Prof. Dr. med. K.-W. Scheppe
Prof. Dr. med. A.E. Schindler

Eckpunkte der aktualisierten 2. Auflage der deutschsprachigen Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Endometriose“

Die Leitlinien-Arbeitsgruppe der Stiftung Endometrioseforschung hat unter Beteiligung von Experten aus Österreich und Deutschland die AWMF-Leitlinie zu „Diagnostik und Therapie der Endometriose“ aus dem Jahre 2006 aktualisiert. Während ein großer Teil der Aussagen übernommen werden konnte, sind zum Beispiel Themen wie Kanzerisierung auf dem Boden einer Endometriose, Adenomyose und das Problem der Ovarialendometriose bei Frauen mit Sterilität gründlich überarbeitet.

Endometriose und Sterilität

Eine mechanische Alteration der Adnexe ist zweifelsfrei als Sterilitätsursache akzeptiert. Ob dagegen die Endometriose eine für die Implantation immunologisch „feindliche“ Umgebung erzeugt oder zu einer Beeinträchtigung des Spermatozoentransports, der Eileiterbeweglichkeit und der Eizellreifung führt, ist unklar. Allerdings weisen Ergebnisse aus Eizellspende-Programmen darauf hin, dass die Eizellentwicklung und die frühe Embryonalentwicklung bei Frauen mit Endometriose gestört sein können.

Bei Patientinnen mit Endometriosezysten ist das Ausschälen des Endometrioms der Fensterung und Koagulation bezüglich der spontanen Schwangerschaftsrate überlegen.

Eine präoperative medikamentöse Therapie verbessert die Ergebnisse nicht. Die postoperative medikamentöse Therapie mit GnRH-Agonisten konnte die spontane Schwangerschaftsrate bei Sterilitätspatientinnen nicht verbessern und wird deshalb nicht empfohlen.

Der Effekt von ovariellen Endometriomen auf das IVF-Ergebnis ist unklar. In einer systematischen Übersicht wurde gezeigt, dass Endometriome vor IVF bzgl. des Erfolges (d.h., Schwangerschaftsraten) nicht operativ behandelt werden müssen. Andererseits wird die Punktion erleichtert und das Infektionsrisiko vermindert. Darüber hinaus muss die – sehr seltene – Möglichkeit

Bei Patientinnen mit Endometriosezysten ist das Ausschälen des Endometrioms der Fensterung und Koagulation bezüglich der spontanen Schwangerschaftsrate überlegen.

eines Ovarialkarzinoms auf dem Boden einer Endometriose bedacht werden.

Die Frage des Verzichts auf die Operation vor dem Hintergrund der ovariellen Reserve bei dringendem

Kinderwunsch stellt sich insbesondere bei bilateralen- und Rezidivendometriomen. Die individuelle Entscheidung aus diesen Erwägungen heraus zwischen dem Verzicht auf eine Operation bzw. Re-Operation – aber damit auch auf eine histologische Abklärung – einerseits und der ansonsten wünschenswerten kompletten Resektion und damit dem Ausschluss einer relevanten ovariellen Pathologie andererseits ist schwierig und nur gemeinsam

mit der Patientin unter Einbeziehung bestehender Symptome, dem Sicherheitsbedürfnis und differentialdiagnostischer Erwägungen zu treffen. Bei drohendem Verlust der ovariellen Funktion können die präoperative Kryokonservierung von Oozyten nach ovarieller Stimulation bzw. die Kryokonservierung von Embryonen oder Ovarialgewebe als Optionen erwogen werden.

Endometriose und Malignität

Auch wenn kein allgemein erhöhtes Krebsrisiko für Frauen mit Endometriose festzuhalten ist, wurde doch eine Assoziation zwischen dem Vorliegen einer Endometriose und bestimmten Malignomen wie z. B. endokrinen Tumoren, dem Ovarialkarzinom, Nierenzellkarzinom, Hirntumoren, dem malignen Melanom, Non-Hodgkin-Lymphomen und dem Mammakarzinom beschrieben. Die standardisierte Inzidenz-Ratio (SIR) wird z. B. mit 1,38 für endokrine Tumore, mit 1,37 für Ovarialkarzinome und mit 1,08 für das Mammakarzinom angegeben. Bei Frauen mit primärer Infertilität, Endometriose und einem der genannten Malignome könnte die SIR auch höher liegen. Die Validität dieser Daten und die klinische Bedeutung sind unklar.

Auf dem Boden einer Endometriose können maligne Tumoren entstehen. Zu 80 % handelt es sich dabei um Ovarialkarzinome, zu 20 % sind extragonadale Tumoren festzuhalten. In den letzten Jahren wurden bei zahlreichen sowohl malignen Tumoren als auch Endometriose-

gewebe gemeinsame molekulare Faktoren entdeckt, die jedoch noch kein einheitliches Bild ergeben (z. B. PTEN-Mutationen). Eine direkte maligne Transformation einer Endometriose scheint möglich. Histologisch handelt es sich vorwiegend um endometrioiden oder klarzellige Tumoren. Als unabhängige Risikofaktoren wurden ein Durchmesser ovarieller Endometriome von ≥ 9 cm, ein postmenopausaler Status sowie eine hyperöstrogene Situation angegeben.

Im Schwedischen Krankenhausentlassungsregister von 2004 wurde das Vorhandensein einer Endometriosezyste im Alter von 10-29 Jahren als weiterer Risikofaktor für ein späteres Ovarialkarzinom definiert.

Ovulationshemmer, Geburten, eine tubare Sterilisation oder auch eine Hysterektomie könnten dagegen das Risiko verringern.

Adenomyose

Bei abgeschlossener Familienplanung stellt die Hysterektomie die effektivste Therapie dar. Es bleibt in das Ermessen von Patientin und Operateur gestellt, für welches Verfahren man sich hierbei entscheidet (vaginal, abdominal, laparoskopisch-assistiert vaginal, total laparoskopisch, laparoskopisch suprazervikal). Eine vaginale Hysterektomie ohne simultane Laparoskopie schließt die Möglichkeit der Entfernung peritonealer Implantate allerdings aus. Die laparoskopische suprazervikale Hysterektomie (LASH)

scheint unter kritischer Beachtung der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe für diese Indikation vertretbar. Bei gleichzeitig vorliegender rektovaginaler Endometriose sollte keine LASH durchgeführt werden.

Die Anwendung interventionell-radiologischer Verfahren zur Therapie der Adenomyose wie Embolisation und MRT-gesteuerter fokussierter Ultraschallablation sollte zunächst, wenn möglich, nur in Studien erfolgen.

Alle Literaturzitate zu der neuen Leitlinie finden sich in der Vollpublikation unter www.dggg.de und www.oeggg.at

U. Ulrich, Berlin

Der revidierte ENZIAN-Score – eine einfachere Klassifikation der tief infiltrierenden Endometriose?

Auf dem jährlichen Treffen der Stiftung für Endometrioseforschung und der Villacher Arbeitsgruppe wurde am Weissenensee vom 19.2. bis 21.2.2010 eine Revision des bereits 2002 erarbeiteten und 2005 publizierten ENZIAN-Scores (Tuttliet al., Zentralbl Gynakol. 2005 Oct;127(5):275-81) zur Klassifikation der tief infiltrierenden Endometriose gemeinsam erarbeitet. Allgemein wurde während der gesamten Tagung der Notwendigkeit einer Klassifikation tief infiltrierender Endometriose eine große Bedeutung beigemessen und diesem Thema sowohl ein großer inhaltlicher und zeitlicher Rahmen eingeräumt. Leider wurde der seit 2002 bestehende ENZIAN-Score zwar als richtungsweisend beurteilt, aber nur vereinzelt im klinischen Alltag verwendet. In der Hauptkritik stand die komplexe Form der Erfassung, die sich allerdings bei näherer Betrachtung in die zwei Hauptachsen der räumlichen Beschreibung und der aufsteigenden Stadien differen-

zieren läßt. Eine Revision sollte in jedem Fall eine Vereinfachung darstellen, so daß eine bessere Akzeptanz zunächst einmal innerhalb der Arbeitsgruppe und letztendlich darüber hinaus auch auf internationaler Ebene eine bessere praktische Einsetzbarkeit möglich werden kann.

Die drei Raumebenen A, B und C, die die räumliche Beschreibung darstellen, sollten weiterhin einen wesentlichen Bestandteil in der Klassifikation darstellen. Die Raumachse „A“ beschreibt die Ausdehnung der tiefen Infiltration entlang dem Douglas bis in die Scheide. Die Raumachse „B“ beschreibt die Ausdehnung an der Beckenwand, unter Einbeziehung des Ureters. Die dritte Raumachse „C“ steht für die Organüberschreitung in Richtung Darm. Ausgehend von den ursprünglich 4, an die onkologischen Stadien des Cervixcarcinoms angelehnten Stadien, wurde für die revidierte Fassung eine Reduktion auf 3 Stadien vor-

geschlagen, so daß in Summe nun nicht mehr 16 sondern nur noch 9 verschiedene Einzelstadien möglich sind. Die Mehrfachnennung als ein wichtiger Bestandteil der deskriptiven Erfassung der Komplexität der Erkrankung wurde sinnvollerweise beibehalten. Den 3 aufsteigenden Stadien wurden der Einfachheit halber einheitliche Größenabstufungen, mit ≤ 1 cm, zwischen 1 und 3 cm und größer als 3 cm, zugeordnet. Dieser Einteilung liegt keine empirische Auswertung von klinischen Daten zugrunde, sie ist lediglich aufgrund der Einschätzung der beteiligten Experten als sinnvoll und inhaltlich einfach anzusehen. Insgesamt wurde in der ausführlichen Diskussion mehrfach eine mangelnde wissenschaftliche Auswertung in den letzten 8 Jahren seit der Erstellung des ersten ENZIAN-Scores kritisiert und als unbedingt notwendig herausgestellt. Um eine bessere Akzeptanz des Scores auch auf internationaler Ebene zu erreichen, wurde neben der

verpflichtenden Anwendung und Testung des Scores innerhalb der Arbeitsgruppe darauf geachtet, die Revision dem angloamerikanischen Sprachraum kompatibel zu gestalten. Der eigentliche Anlaß für die Revision war die fast durchgängige Meinung, daß es sich beim ENZIAN-Score um einen Experten-Score handelt, dem unbedingt eine einfachere Version an die Seite gestellt werden sollte. Aus dieser Diskussion hat sich die Einführung der wesentlichen klinischen Merkmale der Endometriose-Erkrankung entwickelt. Mit einem vorangestellten Buchstaben soll die vorherrschende Operationsindikation in die Klassifikation mit einbezogen werden. Der Buchstabe „P“ (pain) soll die Patientin, die hauptsächlich aufgrund von Schmerzen behandelt wird, von der Patientin mit Kinderwunsch „S“ (sterility) unterscheiden. Eine Abstufung der Klinik wurde jedoch als zu verwirrend und am Ende somit nicht vereinfachend wieder

Der AFS – Score wurde einhellig als wenig aussagekräftig bezüglich der tief infiltrierenden Endometriose erachtet

verworfen, so daß die Qualitätsmerkmale Schmerz und Sterilität lediglich als solche voneinander unterschieden werden können, wobei länger als ein Jahr unerfüllter Kinderwunsch als cut-off-Wert gewählt wurde.

Der AFS – Score wurde einhellig als wenig aussagekräftig bezüglich der tief infiltrierenden Endometriose erachtet, soll allerdings in Ermangelung einer Alternative und im Hinblick auf die internationale Literatur, weiterhin Bestandteil der Dokumentation insbesondere der oberflächlichen Endometriose und der Beurteilung der Tuben und der Ovarien sein. Die Zusatzbezeichnungen für andere Organlokalisationen wurden ebenfalls unverändert beibehalten.

Auch wenn bisher nur eine mangelhafte Anzahl an wissenschaftlichen Auswertungen vorliegt, so stellt sich 2010 dieselbe dringliche Notwendigkeit wie 2002, eine vergleichbare und

sinnvolle Einteilung der tief infiltrierenden Endometriose in die Diskussion einzuführen, da nach wie vor die Komplexität und die Ausdehnung der Erkrankung sehr unterschiedlich sein kann und somit die Therapie ebenso differenziert werden muß. Um vergleichbare Kollektive zur wissenschaftlichen Auswertung vorlegen zu können, ist es unabdingbar eine gemeinsame Sprache der Therapeuten zu finden, so daß zum Wohle unserer Patientinnen Vor- und Nachteile einer Therapie nur anhand einer umfassenden Stadien Einteilung, wie dem ENZIAN-Score, sinnvoll erörtert werden können. Die Vorstellung des vereinfachten revidierten ENZIAN-Scores ist mit der Hoffnung verbunden, daß eine breitere Akzeptanz des Scores unter den operativ tätigen Gynäkologen, zunächst im deutschsprachigen Raum, zu einer verbesserten Wahrnehmung der Erkrankung führt und der ENZIAN-Score somit letztendlich unseren Patientinnen durch vergleichbare und verbesserte Therapieformen zu Gute kommt.

F. Tuttlies, Villach

ENZIAN Score

3 Raumachsen

- A Douglas –Septum rectovaginale -Scheide
- B Ligg sacrouterina - Beckenwand
- C Organüberschreitung zum Rektum

- Ergänzungen
 - » Blase
 - » Darm
 - » Ureter
 - » Andere (Diaphragma,...)

rev ENZIAN

Stadium / Raumachse	A Septum rectovaginale Scheide	B Ligg. Sacrouterinae Beckenwand	C Rektum/ Sigma
1 <1 cm	RevE1A <1 cm	RevE1B <1 cm	RevE1C <1 cm
2 1-3 cm	RevE2A <1-3 cm	RevE2B <1-3 cm	RevE2C <1-3 cm
3 3 cm	RevE3A >3 cm	RevE3B >3 cm	RevE3C >3 cm

rev ENZIAN / Extragenitale Erweiterung

FA / Adenomyse Uterus FB / Blase FU / Ureter instrinsisch FI / Intestinum Sigma, Coecum, term. Ileum andere Lokalisationen Diaphragma,...

Arbeitstagung der SEF 2010

Die vom 20.-22.2.2010 stattgefundenen Arbeitstagung umfasste die Teilnahme von 28 Mitgliedern sowie Vertreter der Österreichischen und Deutschen Selbsthilfe-Gruppen. Als wesentliche Eckpunkte des Treffens standen die aktualisierte Leitlinie zur Diagnose und Therapie der Endometriose (siehe Beitrag Prof. Ulrich), der Stand der Zertifizierung weiterer Endometriosezentren, die Eingliederung des Themas Endometriose in die Facharztbildung sowie die Aktualisierung des ENZIAN Scores zur Diskussion. Bezüglich der strukturierten Eingliederung der Endometriose in die Ausbildung wurde die Aufnahme der Endometriose in den Inhalt des Österreichischen und Deutschen Ausbildungskatalogs empfohlen und bereits initiiert. Weiters wurde die Aufnahme von mindestens 3 Endometriose-assoziierten Facharzt-Prüfungsfragen in die Österreichische Facharztprüfung sowie die Eingliederung des Themas

in die OEGGG Akademie durchgeführt. Die Aufnahme als Zusatzqualifikation in das Österreichische Rasterzeugnis wird angestrebt. Ziel ist die Erweiterung der Kenntnisse zur Diagnose und Therapie der Endometriose angehender Fachärzte in Deutschland und Österreich.

Im Zuge der Sitzung zum Thema Zertifizierung von Krankenhäusern als Endometriosezentrum wurde abermals auf die Qualitätskriterien der Stufe I, II und III Zentren hingewiesen (siehe aktuelle Kriterien unter www.endometriose-sef.de und die Zertifizierungskommission personell erweitert. Grund für die Bildung von Zentren ist die Verbesserung der flächendeckenden Diagnostik und Therapie der Erkrankung. Die Verwendung von Scoring-Systemen zur Graduierung der Endometriose wurde auch dieses Jahr kontroversiell diskutiert. Der ENZIAN Score ist aktuell

der einzig offiziell (durch die SEF im mitteleuropäischen Raum) empfohlene Score zur Beschreibung der tief infiltrierenden Endometriose, welcher im Gegensatz zum rAFS Score die Endometriose der Blase, Darm, Scheide etc. anführt. Auf Grund der mangelnden breiten praktischen Anwendung des ENZIAN Scores wurde eine anwenderfreundliche Version erstellt welche in Kürze publiziert werden wird. Ziel der Anwendung ist ein einheitlicher Vergleich bzw. Beschreibung der Ausdehnung der Erkrankung. Auch im Jahr 2011 wird das Arbeitstreffen am Weissensee in Österreich stattfinden (Anmeldung, Programm und Hotelinformation unter www.endometriose-sef.de als auch Sekretariat Prof. Keckstein, Villach – marion.strebinger@lkh-vil.or.at) zu dem alle Kollegen herzlich eingeladen sind.

G. Hudelist, Villach

TCM- Kongress am Weissensee

Zum zweiten Mal fanden am idyllischen winterlichen Weissensee vom 18-20 Februar 2010 westliche und die östliche Medizin zusammen um Therapieansätze im Bereich der Gynäkologie vorzustellen und auszutauschen sowie sich im persönlichen Gesprächen kennen zu lernen. Dem Kongreß war von Prof. Schindler die Aufgabe gestellt worden, als Herausforderung zur interdisziplinären Therapie Wege der Synthese von Behandlungsstrategien bei Endometriose zu suchen. Zielrichtung aller Behandlungen sollte stets der Therapie bzw Prävention von Schmerz-

zuständen, von Fertilitätsstörungen und einer Verbesserung der Lebensqualität sein. Der Schwerpunkt des ersten Kongreßtages galt der Endometriose.

Die Beiträge umfassten abwechselnd schulmedizinische und TCM Themen: Neue Forschungsergebnisse aus der Genetik, die Suche nach neuen Markern, Grundlagen der Endometriose, Diagnose und Therapie aus TCM, medikamentöse und operative Therapiestrategien, sowie Endometriose und Kinderwunsch unter östlichen und westlichen Ansätzen. Der Informationsfluß und neue Kon-

takte, die auf bereits auf dem ersten Kongreß geknüpft wurden, haben inzwischen einigen Kollegen zu neuen Therapieoptionen verholfen und zur Verbesserung der Lebensqualität vieler von Endometriose geplagter Patientinnen beitragen können.

Wer den Kongreß versäumt hat kann bei dem Veranstalter Pro-Medico eine DVD des Kongresses beziehen. (D-67108 Mutterstadt Neusach 107 Tel 01805 - 34 32 32, A-9762 Weissensee Deutschland Tel 04713- 2 59 25)

A. Schweizer-Arau, Diessen

The vasopressin injection technique for laparoscopic excision of ovarian endometrioma: a technique to reduce the use of coagulation.

Saeki A, Matsumoto T, Ikuma K, Tanase Y, Inaba F, Oku H, Kuno A.; J Minim Invasive Gynecol. 2010 Mar-Apr;17(2):176-9

- **STUDY OBJECTIVE:** To estimate the efficacy of the vasopressin injection technique for laparoscopic cystectomy of ovarian endometriomas with regard to operative time and coagulation events.
- **DESIGN:** Prospective study (Canadian Task Force Classification II-1)
SETTING: Osaka Central Hospital in Osaka, Japan
- **PATIENTS:** Fifteen women with single lobular similarly-sized ovarian endometrioma.
- **INTERVENTIONS:** Women who planned to undergo laparoscopic cystectomy of endometrioma were allocated randomly to 3 groups: (1) ordinary laparoscopic cystectomy without injection, (2) laparoscopic cystectomy with the injection of saline solution, and (3) laparoscopic cystectomy with the vasopressin injection technique.
- **MEASUREMENTS AND MAIN RESULTS:** Reviewing the video, we counted the number of pinpoint bipolar coagulations on the normal ovarian cortex that were required from the beginning of stripping until hemostasis had been achieved, as well as the times required to achieve hemostasis. The group with the vasopressin injection technique required significantly fewer coagulation events ($p=.041$) to achieve hemostasis, as compared with the group receiving an ordinary cystectomy.
- **CONCLUSION:** The vasopressin injection technique reduces the use of coagulation, in such a way as to suggest the possibility to protect ovarian reserves.

KOMMENTAR:

Das laparoskopische Ausschälen des Zystenbalges gilt als die effektivste Behandlung für ovarielle Endometriome, wie dies auch in unserer Leit-

linie empfohlen wird. Ein Problem dabei ist jedoch das Kompromittieren der folliculären Reserve bei Patientinnen mit Sterilität und Rezidiv- oder bilateralen Endometriomen.

Um einen potentiellen Verlust an Oozyten in solchen Fällen so gering wie möglich zu halten, haben jetzt japanische Kliniker in einer Pilotstudie den Effekt einer hochverdünnten Vasopressininjektion zwischen Zystenbalg und ovarieller Rindenschicht vor dem Ausschälen im Vergleich zur konventionellen Technik und zu einer Gruppe, bei der eine NaCl-Lösung an gleicher Stelle injiziert wurde. In der Vasopressin-Gruppe waren dabei die kürzeste Operationszeit und die wenigsten bipolaren Koagulationsschritte bei der Präparation des Zystenbalges zu verzeichnen. Ob dadurch ein Schutz der ovariellen Reserve bzw. des Fertilitätspotentials erreicht werden kann, müssen weitere Untersuchungen klären.

U. Ulrich, Berlin

Diagnostic accuracy of transvaginal sonography for the diagnosis of adenomyosis: systematic review and metaanalysis.

Meredith SM, Sanchez-Ramos L, Kaunitz AM.; Am J Obstet Gynecol. 2009 Jul;201(1):107.

- **OBJECTIVE:** The purpose of this study was to critically appraise the diagnostic accuracy of transvaginal sonography for diagnosing adenomyosis.
- **STUDY DESIGN:** Computerized databases were used to identify relevant reports published between 1966 and 2007 reporting data on the accuracy of transvaginal sonography for diagnosing adenomyosis in women having hysterectomy. The presence or absence of adenomyosis was confirmed by histopathologic analysis of hysterectomy specimens. The total

analysis included 14 trials with 1895 aggregate participants. Two authors independently assessed methodological quality and constructed tables for the assessment of diagnostic measures.

- **RESULTS:** Transvaginal ultrasound predicted adenomyosis with a likelihood ratio of 4.67 [95% confidence interval [CI], 3.13-6.17]. The overall prevalence of adenomyosis was 27.9% [95% CI, 25.5-30.3]. The probability of adenomyosis with an abnormal transvaginal ultrasound was 66.2% [95% CI, 61.6- 70.6]. The probability of adenomyosis with a normal transvaginal ultrasound was 9.1% [95% CI, 7.3-11.1].
- **CONCLUSION:** Transvaginal sonography appears to be an accurate diagnostic test for adenomyosis.

KOMMENTAR:

Es wird an Hand eines systematischen Reviews und einer Metaanalyse von 14 die Auswahlkriterien erfüllenden Publikationen die Wertigkeit der transvaginalen Sonographie (TVS) in der Diagnostik der Adenomyosis uteri überprüft. Als sonographische Kriterien für Adenomyose werden angegeben: Heterogene Echotextur des Myometriums, kugelig imponierender Uterus, asymmetrische Dicke von Vorder- und Hinterwand, subendometriale myometrane Zysten, subendometriale echogene lineare Streifenzeichnung, unscharfe Definition der subendometrialen Junktinalzone. Ein Vorhandensein oder Fehlen einer Adenomyose war jeweils histologisch gesichert worden. Eine Adenomyose konnte vagi-

nalsonographisch mit einer Wahrscheinlichkeitsratio von 4,57 (95%CI 3,13-6,17) bei einer Prävalenz von 27,9% der Fälle vorhergesagt werden. Eine Adenomyose fand sich in 66,2% (95% CI 61,6 – 70,6) der Fälle mit abnormalem, in 9,1% (95% CI 7,3 – 11,1) der Fälle mit normalem Sonographiebefund. Für das Gesamtkollektiv aller Publikationen (1895 Fälle) errechnet sich eine Sensitivität von 82,5% und eine Spezifität von 84,3%.

Zusätzlich vorhandene Myome können die Diagnostik erschweren. Die transvaginale Sonographie ist somit mit Einschränkungen zur Diagnostik einer Adenomyosis uteri geeignet (Evidence level I).

W. Stummvoll, Linz

Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case-control study | Part 1

Ballard KD, Seaman HE, de Vries CS, Wright JT.; BJOG. 2008;115(11):1382-91

- **OBJECTIVE:** To determine the value of patient-reported symptoms in diagnosing endometriosis. **DESIGN:** A national case-control study. **SETTING:** Data from the UK General Practice Research Database for years 1992-2001. **SAMPLE:**

A total of 5540 women aged 15-55 years, diagnosed with endometriosis, each matched to four controls without endometriosis.
- **METHODS:** Data were analysed to determine whether specific symptoms were highly indicative of endometriosis. Odds ratios for these symptoms were derived by conditional logistic regression analysis.
- **MAIN OUTCOME MEASURES:** Symptoms associated with endometriosis.
- **RESULTS:** The prevalence of diagnosed endometriosis was 1.5%. A greater proportion of women with endometriosis had abdominopelvic pain, dysmenorrhoea or menorrhagia (73%) compared with controls (20%). Compared with controls, women with endometriosis had increased risks of abdominopelvic pain [OR 5.2 [95% CI: 4.7-5.7]], dysmenorrhoea [OR 8.1 [95% CI: 7.2-9.3]], menorrhagia [OR 4.0 [95% CI: 3.5-4.5]], subfertility [OR 8.2 [95% CI: 6.9-9.9]], dyspareunia and/or post-coital bleeding [OR 6.8 [95% CI: 5.7-8.2]], and ovarian cysts [OR 7.3 [95% CI: 5.7-9.4]], and of being diagnosed with irritable bowel syndrome (IBS) [OR 1.6 [95% CI: 1.3-1.8]] or pelvic inflammatory disease [OR 3.0 [95% CI: 2.5-3.6]]. Women with endometriosis were also found to consult the doctor more frequently than the controls and were twice as likely to have time off work.
- **CONCLUSIONS:** Specific symptoms and frequent medical consultation are associated with endometriosis and appear useful in the diagnosis. Endometriosis may coexist with or be misdiagnosed as pelvic inflammatory disease or IBS.

KOMMENTAR:

Die bereits 2008 publizierte Fall-Kontroll Studie von Ballard et al. ist die bis dato erste groß angelegte auf einer Datenbank (UK General Practice Research Database mit 40 Mio. Patientenjahren) sämtlicher Arztkontakte basierende Untersuchung zur Symptomatik und Prävalenz der Endometriose. Im Gegensatz zu bisherig publizierten Untersuchungen zur Prä-

valenz der Erkrankung basiert diese Studie nicht auf Daten welche durch Krankenhaus- oder Facharztkontakte generiert wurden, sondern auf einer die Gesamtbevölkerung widerspiegelnde Datenbank. Die Untersuchung umfasste eine Zeitspanne von 1994-2001 und Frauen im Alter von 15-55 Jahren. Die Prävalenz der Endometriose im Bezug auf die Gesamtbevölkerung betrug 1.5% (5540 Fälle) und lag somit deutlich unter der oftmals angegebenen Rate von 10%-15%. Dies lässt sich durch die

Analyse einer die Gesamtbevölkerung umfassende Datenbank zurückführen. Es ist anzunehmen das bis dato publizierte Studien zur Prävalenz der Endometriose durch die Untersuchung von Facharzt- und Krankenhaus-basierten Patientenkontakten einer Selektions-Bias unterliegen; d.h. durch die Analyse eines bereits „vorselektierten“ Patientenkollektivs die Prävalenz der Endometriose höher einschätzen als wirklich in der Gesamtbevölkerung vorhanden. Das Symptome wie Dysme-

norrhoe, chronischer Beckenschmerz und Infertilität im Fallkollektiv signifikant häufiger auftraten bestätigt bisherige Studienergebnisse.

Auffallend ist die erhöhte Wahrscheinlichkeit der Diagnose Reizdarmsyndrom (IBS) bei Endometriosepatientinnen im Vergleich zum Kontrollkollektiv, was die Problematik der Diagnoseverzögerung und Fehldiagnosen bei Endometriose unterstreicht.

G. Hudelist, Villach

Endometriosis fertility index: the new, validated endometriosis staging system.

Adamson GD, Pasta DJ. Fertil Steril. 2009 Nov 18. [Epub ahead of print]

- **OBJECTIVE:** To develop a clinical tool that predicts pregnancy rates (PRs) in patients with surgically documented endometriosis who attempt non-IVF conception.
- **DESIGN:** Prospective data collection on 579 patients and comprehensive statistical analysis to derive a new staging system-the endometriosis fertility index (EFI)-from data rather than a priori assumptions, followed by testing the EFI prospectively on 222 additional patients for correlation of predicted and actual outcomes.
- **SETTING:** Private reproductive endocrinology practice.
- **PATIENT(S):** A total of 801 consecutively diagnosed and treated infertile patients with endometriosis.
- **INTERVENTION(S):** Surgical diagnosis and treatment followed by non-IVF fertility management.
- **MAIN OUTCOME MEASURE(S):** The EFI and life table PRs.
- **RESULT(S):** A statistically significant variable used to create the EFI was the least function score (i.e., the sum

of those scores determined intraoperatively after surgical intervention that describe the function of the tube, fimbria, and ovary on both sides). Sensitivity analysis showed that the EFI varies little, even with variation in the assignment of functional scores, and predicted PRs.

- **CONCLUSION(S):** The EFI is a simple, robust, and validated clinical tool that predicts PRs after endometriosis surgical staging. Its use provides reassurance to those patients with good prognoses and avoids wasted time and treatment for those with poor prognoses.

KOMMENTAR:

Adamson et al. stellen in dieser Arbeit ein neues Endometriose-Staging-System vor. Der EFI soll sich von den bisher angewandten, bekannten Staging-Systemen durch seine klinischen Aspekte abheben. In dem Index werden sowohl die Ausdehnung der Endometriose, Funktionalität der tuboovariellen Einheit als auch die Anamnese der Patientin berücksichtigt. Adamson hat anhand einer prospektiven Studie an 579 Patientinnen einen speziellen Score eine Aussage über die Wahrscheinlichkeit einer Spontankonzeption

liefert bzw. berechnet werden kann. In dem Score wird das Alter der Patientin, die Dauer der Infertilität und vorausgegangenen Schwangerschaften in der Anamnese berücksichtigt. Daneben wird der rAFS-Endometriosescore differenziert nach Beurteilung der Endometriose und des AFS-Totalscores (mit Adhäsionen) beurteilt. Der postoperative Aspekt der „Least Funktion“ (LF-Score) berücksichtigt die Funktionalität bzw. den Zustand der tuboovariellen Einheit. Der LF-Score unterliegt zwar einer gewissen Subjektivität des Chirurgen, eine Sensitivitätsanalyse konnte jedoch zeigen, dass die etwaigen Variationen des Funktionsscores den EFI wenig verändert. Der EFI ist einfach und gut anzuwenden und stellt ein valides klinisches Werkzeug dar, um eine Schwangerschaftsrate nach einer operativen Therapie der Endometriose vorherzusagen. Er dient insbesondere auch dazu Patientinnen postoperativ beraten zu können und zeichnet sich dadurch aus, dass er sowohl Anamnese als auch Endometrioseausdehnung und Funktionalität der Organe berücksichtigt. Meines Erachtens ist dieser neue Aspekt Anatomie, Histologie und Funktionalität in einem Score zusammenzufassen sehr interessant. Die Validität dieses Scores sollte im Rahmen der klinischen Anwendung zukünftig evaluiert werden.

J. Keckstein, Villach

KONGRESSE UND WORKSHOPS 2010

27.06. – 29.06

ESHRE Annual Meeting
Rome, Italy, www.eshre.com

06.09. – 08.09

Current Techniques in the Treatment of severe Endometriosis
Strasbourg, France, <mailto:Gyn.Eits@ircad.u-strasbourg.fr>

12.09. – 16.09

IFFS 20th World Congress on Fertility and Sterility
Munich, Germany, www.iffs2010.com

29.09. – 02.10

19th Annual Congress of the European Society of Gynaecological Endoscopy (ESGE),
Barcelona, Spain, www.esge.org

05.10. – 08.10.

58. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe,
München, Deutschland, www.dggg.de

14.10. – 16.10.

Gemeinsame Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie und der Österreichischen IVF-Gesellschaft,
Krems, Österreich, www.iec-managment.at

04.11. – 07.11

13th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility (COGI),
Berlin, Germany, www.comtecmed.com/cogi/berlin

26.11. – 27.11.

2. Intensiv-Workshop Endometriose,
Villach, Österreich, www.endovision.at

Impressum:

Herausgeber: SEF, Stiftung Endometriose Forschung
www.endometriose-sef.de

Redaktion: Univ.-Doz. Dr. Gernot Hudelist, MSc
Prof. Dr. Uwe Ulrich
Prof. Dr. Ludwig Wildt

Kontakt: endometriose.aktuell@endometriose-sef.de

Autoren dieser Ausgabe: Univ.-Doz. Dr. med G. Hudelist, MSc
Prof. Dr. med. J. Keckstein
Dr. med. A. Schweizer-Arau
Prof. Dr. med. K.-W. Schweppe
Prof. Dr. med. A.E. Schindler
Prim. Dr. med. W. Stummvoll
OA Dr. med. F. Tuttlies
Prof. Dr. med U. Ulrich

„Endometriose-Aktuell“ erscheint 3-mal im Jahr kostenlos und kann über die Homepage der SEF als auch über den Verteiler der OEGGG digital bezogen werden. Autoren werden gebeten Ihre Beiträge in Manuskriptform an die obige Adresse zu übermitteln.