

IQWiG-Berichte - Jahr: 2008 Nr. 27

# **Expertise zum Thema: Endometriose**

## **Abschlussbericht**

Auftrag P06-01  
Version 1.0  
Stand: 21.12.2007

# Impressum

**Herausgeber:**

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

**Thema:**

Erstellung einer Expertise zum Thema „Endometriose“

**Auftraggeber:**

Bundesministerium für Gesundheit

**Datum des Auftrags:**

24.10.2006

**Interne Auftragsnummer:**

P06-01

**Anschrift des Herausgebers:**

IQWiG  
Dillenburger Straße 27  
51105 Köln

Telefon (02 21) 3 56 85-0

Telefax (02 21) 3 56 85-1

berichte@iqwig.de

www.iqwig.de

**ISSN:**

**1864-2500**

## INHALT

<b>Artikel: Endometriose</b>	<b>5</b>
<b>Merkblatt: Endometriose</b>	<b>32</b>
<b>Merkblatt: Regelschmerzen</b>	<b>38</b>
<b>Zusatzelement: Diagnose</b>	<b>43</b>
<b>Artikel: Endometriose</b>	<b>5</b>
1. Hintergrund	6
1.1 Was ist Endometriose?	6
1.2 Wie häufig ist Endometriose?	9
2. Ursachen und Anzeichen	9
2.1 Wie entsteht Endometriose?	9
2.2 Beschwerden bei Endometriose	10
2.3 Die Qualität der Schmerzen	11
3. Diagnose: Wie wird Endometriose festgestellt?	12
3.1 Anamnese, gynäkologische Tastuntersuchung und Ultraschall	13
3.2 Laparoskopie	14
3.3 Andere Diagnoseverfahren	15
4. Krankheitsverlauf	15
5. Auswirkungen auf psychisches Wohlbefinden und soziale Beziehungen	16
5.1 Auswirkungen auf Partnerschaft und Sexualität	17
5.2 Auswirkungen auf Beruf und Alltagsleben	18
6. Behandlung	18
6.1 Medikamentöse Behandlung	19
6.2 Operative Behandlung	22
6.3 Komplementärmedizin, nichtmedikamentöse Schmerzbehandlung und Ernährung	24
6.4 Behandlung bei unerfülltem Kinderwunsch	25
7. Mit Endometriose leben: Schlusswort	26
Quellen	27

<b>Merkblatt: Endometriose</b>	<b>32</b>
Was ist Endometriose?	32
Wie häufig ist Endometriose und wie verläuft die Erkrankung?	33
Woran erkennt man eine Endometriose?	34
Wie wirkt sich Endometriose auf das Leben von Frauen aus?	34
Wie wird Endometriose festgestellt?	35
Wie kann man Endometriose behandeln?	36
<b>Merkblatt: Regelschmerzen</b>	<b>38</b>
Was geschieht während der Menstruation?	39
Wann können Beschwerden auf eine Erkrankung hinweisen?	39
Was ist die Ursache von Menstruationsbeschwerden?	40
Was kann man gegen Menstruationsbeschwerden tun?	40
Welche Mittel helfen?	41
<b>Zusatzelement: Diagnose</b>	<b>43</b>
Wann können starke Regelschmerzen auf eine Endometriose hinweisen? 43	
Anamnese	43
Gynäkologische Tastuntersuchung	44
Ultraschall	44
Bauchspiegelung	44

## **Endometriose: Artikel**

### **Vorspann:**

Endometriose ist eine der häufigsten gynäkologischen Erkrankungen. Trotzdem ist sie immer noch weithin unbekannt. Sie tritt zwischen Pubertät und Wechseljahren auf. Der Begriff Endometriose beschreibt eine Veränderung im Körper der Frau, bei der Gebärmutterschleimhaut auch außerhalb der Gebärmutterhöhle wächst. Nicht bei allen Frauen führt dies zu spürbaren Beschwerden. Endometriose kann aber auch zu einem schwerwiegenden chronischen Zustand mit starken Schmerzen werden und die Fruchtbarkeit mindern.

Wenn eine Frau starke Beschwerden hat, braucht es oft eine gewisse Zeit, bis festgestellt wird, was der Grund dafür ist. Dies kann sehr belastend sein. Für diese Frauen wäre eine frühzeitige Diagnose wichtig, um Klarheit über ihre Schmerzen zu gewinnen. Eine ursächliche Heilung ist derzeit nicht möglich; behandeln lassen sich nur die durch Endometriose ausgelösten Beschwerden. Welche Diagnose- und Behandlungsmethoden infrage kommen, richtet sich danach, wie ausgeprägt diese sind.

Wenn die Therapie genau auf die persönlichen Lebensumstände und die Ausprägung der Erkrankung abgestimmt ist, ist es jedoch vielen Frauen möglich, gut mit Endometriose zu leben. Wie bei anderen chronischen Krankheiten ist es wichtig, den eigenen Körper und seine Reaktionen kennenzulernen, um Wege zu finden, mit den typischen Beschwerden umzugehen. Fundierte Informationen und die Zusammenarbeit mit kompetenten, unterstützenden Ärztinnen und Ärzten können dabei helfen.

Das Wissen über Endometriose ist in vielen Bereichen noch lückenhaft. Wir werden Sie weiterhin über den aktuellen Stand der Forschung informieren. Dieser Artikel informiert ausführlich über die Symptome und deren Auswirkungen auf die Lebensqualität, sowie über Möglichkeiten der Diagnose und Behandlung von Endometriose. Hier und in unseren >Erfahrungsberichten< können Sie sich ein Bild machen, wie Frauen mit der Erkrankung leben. Ein kurzer >Film< und ein >Merkblatt< fassen die wichtigsten Informationen knapp und verständlich zusammen. Weitere Informationen zu den wichtigsten Diagnoseverfahren und zu wissenschaftlichen Fragen können Sie >hier< lesen.

## 1. Hintergrund

Carolin, 38 Jahre:

*„Meine Krankheit ist meine Chance gewesen, etwas im Leben zu verändern. Man kann mit Endometriose leben. Sie begleitet mich. Sie hat aber keine Gewalt mehr über mich.“*

### 1.1 Was ist Endometriose?

Die Wände der Gebärmutterhöhle (Uterus) sind von innen vollständig mit der „Endometrium“ genannten Gebärmutter Schleimhaut überzogen. Was sie von anderen Körperschleimhäuten unterscheidet, ist vor allem ihre Wandlungsfähigkeit: Im Verlauf jedes Monatszyklus vermehren sich ihre Zellen, sie wird dicker und bereitet sich auf ihre Funktion als Nährboden für ein befruchtetes Ei vor. Kommt es zu keiner Befruchtung, wird der größte Teil des aufgebauten Schleimhaut-Polsters wieder abgestoßen, was mit einer Blutung (Menstruation) einhergeht. Den Auf- und Abbau der Gebärmutter Schleimhaut steuern die weiblichen Geschlechtshormone (Östrogen und das Gelbkörperhormon Progesteron).

Bei der Endometriose wächst Gebärmutter Schleimhaut auch außerhalb der Gebärmutterhöhle. Diese Gewebeveränderungen haben manchmal nur geringe Folgen, können die Lebensqualität betroffener Frauen aber auch stark beeinträchtigen. [1],[2],[3]

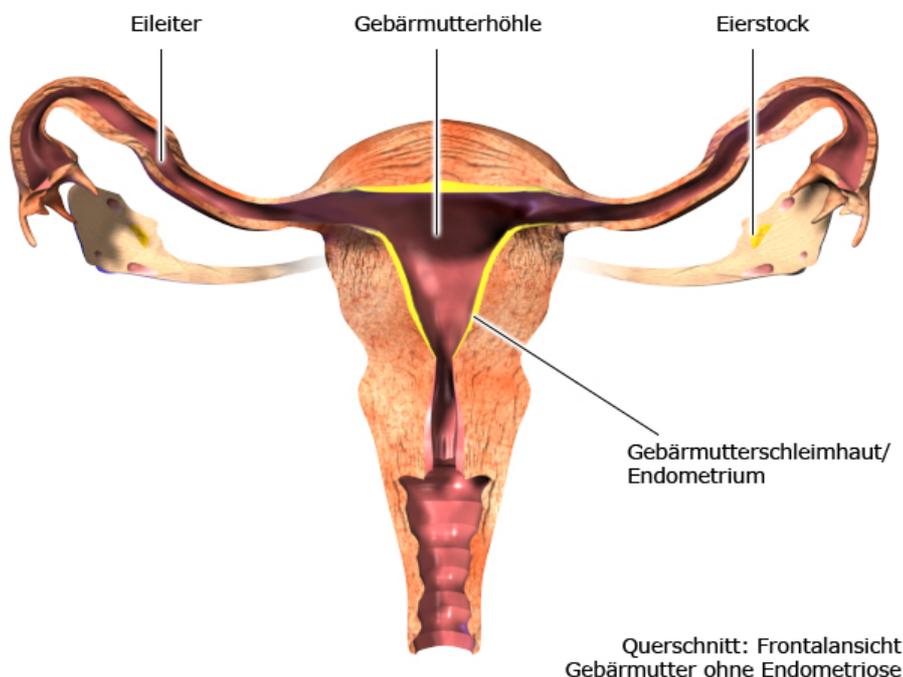


Abbildung: Gesunde Gebärmutter (Uterus)

Am häufigsten von Endometriose betroffen ist der Bereich des „kleinen Beckens“ mit den Eierstöcken, Eileitern, dem Bindegewebe und den haltenden Bindegewebsstrukturen sowie dem taschenartigen „Douglas’schen Raum“ zwischen Gebärmutter und Enddarm. Gewebsansiedlungen (Herde) außerhalb des Bauchraums kommen nur in wenigen Fällen vor. Medizinisch werden die Erscheinungsformen der Endometriose danach eingeteilt, wo sich die Herde befinden können:

- Es entwickeln sich Herde in der Gebärmuttermuskulatur oder in der Eileiterwand, und das Gewebe ist mit der Gebärmutter Schleimhaut direkt verbunden.
- Gebärmutter Schleimhaut wächst in oder an den Eierstöcken und im kleinen Becken.
- Seltener siedeln sich Endometrioseherde außerhalb des kleinen Beckens an, zum Beispiel in Blase oder Darm, sehr selten auch darüber hinaus, zum Beispiel in der Lunge.

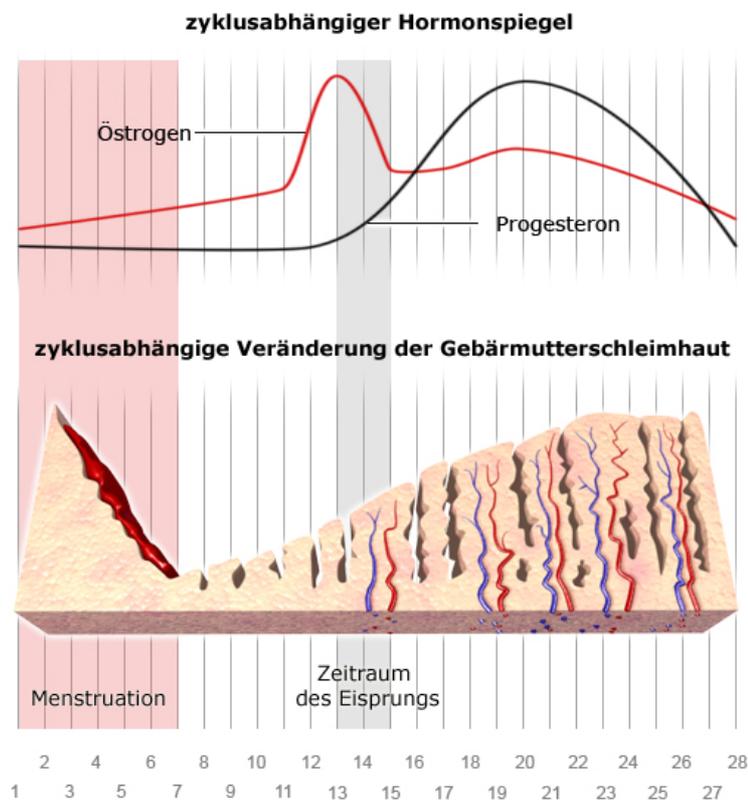


Abbildung: Einfluss der Hormone auf die Gebärmutter Schleimhaut im Verlauf eines Monatszyklus

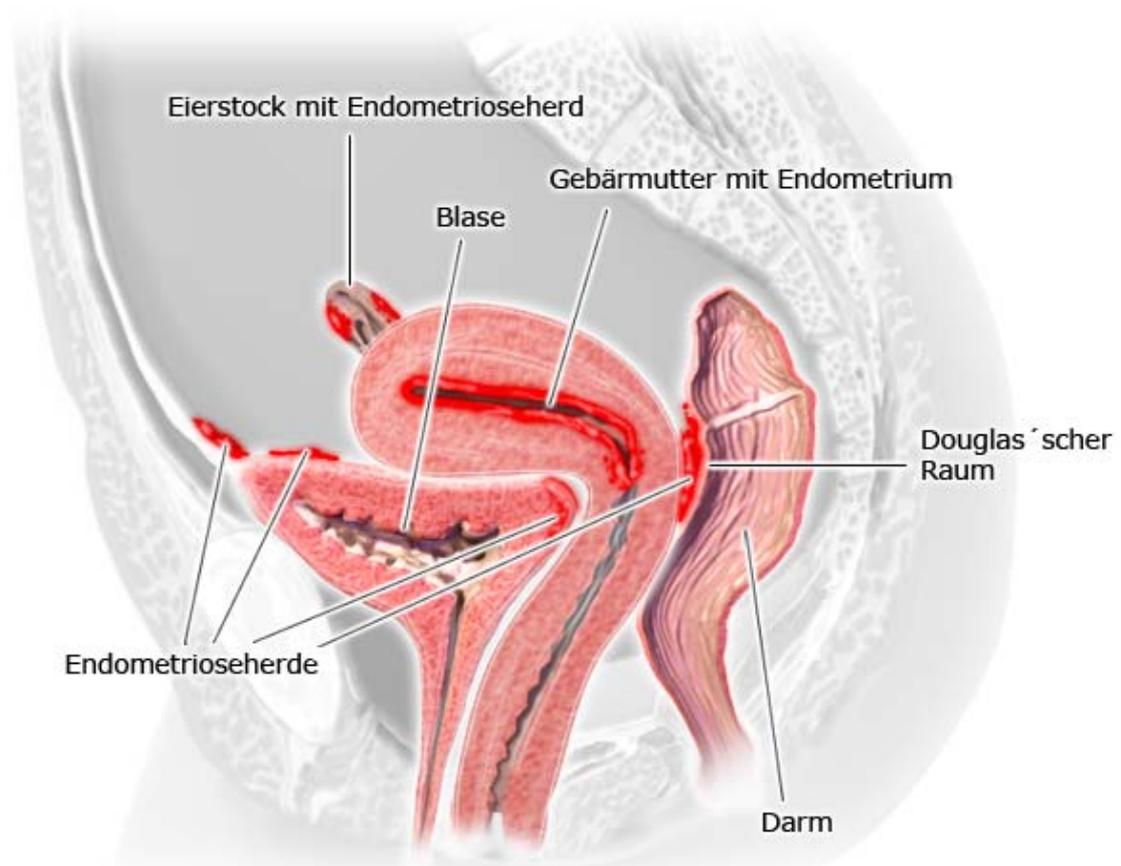
Auch die Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutterhöhle reagiert auf den Hormoneinfluss mit zyklischem (sich regelmäßig wiederholendem) Wachstum und Abbau. Bei manchen Frauen funktioniert dieser Vorgang unbemerkt und komplikationslos, bei anderen führen Blut- und Schleimhautreste außerhalb der Gebärmutter zu Gewebeverklebungen, Entzündungen und in der Folge zu Narben und Verwachsungen. Im Verlauf der Erkrankung können sich Endometrioseherde

vergrößern, oder es bilden sich Zysten. Zysten sind mit Flüssigkeit gefüllte Gewebeshohlräume. Endometriosezysten an den Eierstöcken werden als „Endometriome“ bezeichnet. Sie enthalten oft verdicktes dunkles Blut, weshalb sie auch „Schokoladenzysten“ genannt werden. Wenn Zysten und Verwachsungen die Funktion der Eierstöcke und Eileiter beeinträchtigen, ist häufig auch die Fruchtbarkeit vermindert.

Beatrix, 35 Jahre:

*„Bei mir äußert sich die Endometriose vor allem durch Zysten an den Eierstöcken und durch wenige Herde am Bauchfell. Dazu kommt, dass ein Eileiter verschlossen ist.“*

Meistens verursacht Endometriose bei Frauen nur während ihrer fruchtbaren Jahre, also im Alter von etwa 13 bis 50 (auch „reproduktive Phase“ genannt), Beschwerden. Nur in sehr seltenen Ausnahmefällen macht sich Endometriose schon vor der ersten Regelblutung und nach den Wechseljahren bemerkbar. Ob Endometrioseherde Schmerzen auslösen und wie stark diese sind, hängt nicht bei jeder Frau damit zusammen, wie ausgeprägt ihre Endometriose ist.



Bauchhöhlen-Querschnitt seitlich

Abbildung: Seitenansicht des Unterbauchs mit Endometrioseherden

## 1.2 Wie häufig ist Endometriose?

Die Angaben aus verschiedenen Erhebungen zur Häufigkeit von Endometriose schwanken bei Frauen ohne Beschwerden zwischen 2 und 50 % (2 bis 50 Frauen von hundert) und mehr. Bei Frauen, die stark schmerzhaftes Regelblutungen haben, geht man in 40 bis 60 % der Fälle von einer Endometriose aus, bei ungewollt kinderlosen Frauen von 20 bis 30 %. [3] Insgesamt lässt sich also sagen, dass Endometriose eine weit verbreitete Erkrankung ist.

Die Beschwerden können mit der Dauer der Erkrankung zunehmen. Es dauert oft lange, bis eine Endometriose diagnostiziert wird. Bei vielen Frauen wird die Erkrankung erst festgestellt, wenn sie etwa 40 Jahre alt sind. [4], [6], [7] Wenn Sie vermuten, dass Sie an Endometriose erkrankt sind, ist es wichtig, eine gute ärztliche Unterstützung zu finden. Die Ärztin oder der Arzt sollte sich die Zeit nehmen, Ihre Probleme umfassend mit Ihnen zu besprechen.

Bettina, 46 Jahre:

*„Grundsätzlich sind die Schmerzen mit den Jahren stärker geworden und haben immer länger angehalten. Das war eigentlich das größte Problem: dass es so lange gedauert hat.“*

Endometriose löst bei manchen Frauen starke Schmerzen aus, bei vielen anderen macht sie sich nur durch geringe Beschwerden oder gar nicht bemerkbar. Die Diagnose ist bei Frauen mit geringen Beschwerden daher oft ein Zufallsbefund, bei dem die typischen Veränderungen im Rahmen einer Untersuchung des Bauchraums aus einem anderen Grund entdeckt werden.

Frauen mit milder Endometriose und leichten Beschwerden haben gute Chancen, dass ihre Erkrankung nicht weiter fortschreitet. [6] Eine stark ausgeprägte Endometriose kann eine spontane Schwangerschaft erschweren, aber es ist unklar, ob dies auch für milde Formen von Endometriose gilt. [8]

Carolin, 38 Jahre:

*„Ich bin ganz normal schwanger geworden und hatte auch mit der Schwangerschaft keine Probleme.“*

## 2. Ursachen und Anzeichen

### 2.1 Wie entsteht Endometriose?

Es gibt verschiedene Theorien über die Ursachen von Endometriose. Letztlich ist jedoch bis heute unklar, wie es zum Wachstum von Gebärmutter-schleimhaut außerhalb der Gebärmutter kommt. Wahrscheinlich greifen dabei mehrere Faktoren ineinander.

Die „Verschleppungs-“ oder „Transplantationstheorie“ besagt, dass Zellen aus der Gebärmutter-schleimhaut über den Blutkreislauf in andere Bereiche des Körpers gelangen oder mit Menstruationsblut über die Eileiter in den Bauchraum wandern (so genannte retrograde Menstruation) und dort anwachsen. Ein solcher „rückwärts

gewandter“ Menstruationsfluss kommt aber offenbar bei vielen Frauen vor. Da diese Theorie nicht erklären kann, warum es bei einigen Frauen zu einer Ansiedlung von Schleimhautzellen kommt und bei anderen nicht, wird angenommen, dass zusätzlich eine Störung im Zusammenspiel der Hormone oder des Immunsystems vorliegt. Denn normalerweise sorgt die körpereigene Abwehr dafür, dass sich Gewebe aus bestimmten Organen nicht in anderen Bereichen des Körpers festsetzt.

Beatrix, 35 Jahre:

*„Bei mir ging alles relativ schnell: Vor fünf Jahren ist meine Regelblutung immer stärker geworden, ich bekam zunehmend mehr Beschwerden und es wurde vermutet, dass die Eierstöcke entzündet sind.“*

Die Theorie der Zelumwandlung (Metaplasie) geht davon aus, dass sich bestimmte Zellen aus ebenfalls ungeklärten Gründen in Gebärmutter Schleimhaut-Zellen umwandeln. Auch Besonderheiten der Zellen der Gebärmutter Schleimhaut werden diskutiert. [2], [5]

Da Endometriose in manchen Familien gehäuft vorkommt, könnten auch genetische Faktoren bei der Krankheitsentstehung eine Rolle spielen. [3] Es gibt zurzeit jedoch keine Hinweise für eine direkte Vererbung.

Insgesamt gibt es sowohl zu möglichen Risikofaktoren als auch zu vorbeugenden Maßnahmen kaum gesichertes Wissen.

Bettina, 46 Jahre:

*„Ein Arzt hat mir einmal gesagt, dass die Ursache für solche Schmerzen häufig die Psyche ist. Besonders bei Frauen, die Karriere machen wollen und mit ihrer Weiblichkeit nicht richtig zu Recht kämen. Bei mir ist diese Aussage hängen geblieben. Für mich lag die Ursache in der Psyche. Am Rande eines Gespräches hat er mich auf Zysten hingewiesen, die dann auch behandelt wurden. Da hätte ich eigentlich hellhörig werden müssen.“*

## 2.2 Beschwerden bei Endometriose

Carolin, 38 Jahre:

*„Ich habe 1995 erfahren, dass ich an Endometriose erkrankt bin. Aber ich hatte eigentlich schon immer Regelschmerzen. Die Schmerzen waren sehr stark, so dass mir übel wurde und ich manchmal ohnmächtig geworden bin. Aber mir war zu diesem Zeitpunkt nicht bewusst, dass das krankheitsbedingt sein könnte.“*

Endometrioseherde verursachen bei vielen Frauen keine spürbaren Beschwerden. Sie können aber auch zu Entzündungen, Zysten und Verwachsungen führen und Symptome unterschiedlicher Stärke hervorrufen. Eine Endometriose tritt häufig erst dann als Erkrankung in Erscheinung, wenn sie erhebliche Schmerzen verursacht, zu starken Verwachsungen führt oder eine Schwangerschaft ausbleibt. Endometrioseherde können aber auch zunächst unbemerkt Organe wie die Blase oder den Darm befallen. Krankheitszeichen, die mit solchen Organveränderungen verbunden sind, werden häufig nicht mit einer Endometriose in Verbindung gebracht. Genaue Angaben zur Häufigkeit ernsthafter Folgen von Endometriose lassen sich derzeit ebenso wenig machen wie

Voraussagen, bei welchen Frauen sie auftreten. [1] Oft ist die Lebensqualität und Leistungsfähigkeit von Frauen mit schwerer Endometriose stark eingeschränkt.

Beatrix, 35 Jahre:

*„Andere Frauen haben zum Teil jahrelang Beschwerden. Bei mir ging das Knall auf Fall. Ich hatte keine Beschwerden. Aber ich habe auch viele Jahre die Pille eingenommen. Als ich sie abgesetzt habe, ist die Regelblutung immer stärker geworden und es kamen starke Erschöpfungszustände dazu. Das war für mich das eigentlich Belastende: die Erschöpfung und die Kraftlosigkeit.“*

Das Hauptsymptom bei Endometriose sind Unterleibsschmerzen in wechselnder Stärke, oft im Zusammenhang mit der Regelblutung und / oder Geschlechtsverkehr. Die Schmerzen können in den Unterbauch, in den Rücken und bis in die Beine ausstrahlen. Sie werden oft als krampfartig erlebt und können von Übelkeit, Erbrechen und Durchfall begleitet sein.

Häufige Symptome der Endometriose sind:

- Dysmenorrhoe: starke Menstruationsschmerzen. Als Auslöser für die Regelschmerzen werden Prostaglandine und andere körpereigene Stoffe vermutet. Sie bewirken ein Zusammenziehen der Gebärmuttermuskulatur, um die Gebärmutterschleimhaut abzustößen. Nach Schätzungen haben 10 von 100 Frauen in gebärfähigem Alter so starke Menstruationsbeschwerden, dass sie jeden Monat für ein bis drei Tage nicht in der Lage sind, ihren normalen Alltag zu bewältigen. [2]
- Dyspareunie: Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs, die meist als brennend oder krampfartig empfunden werden. Bei manchen Frauen treten Schmerzen auch erst einige Zeit nach dem Geschlechtsverkehr auf.
- Unterbauchbeschwerden unterschiedlicher Intensität und Lokalisation, die nicht im Zusammenhang mit der Monatsblutung auftreten. Dauerhafte (chronische) Unterbauchbeschwerden sind jedoch selten.
- Völlegefühl oder Darmbeschwerden. Sind Blase oder Darm betroffen, kann der Stuhlgang schmerzhaft sein.

All diese Symptome sind aber nicht unbedingt typisch für Endometriose, sondern kommen auch bei vielen anderen Veränderungen im Bauchraum vor – manchmal sogar, ohne dass sich überhaupt eine Veränderung feststellen lässt. [2] Chronische Unterbauchbeschwerden zum Beispiel können, müssen aber nicht durch eine Endometriose verursacht sein. Häufige heftige Beschwerden haben oft eine allgemeine Erschöpfung, körperliche und psychische Überforderung zur Folge.

## 2.3 Die Qualität der Schmerzen

Der Begriff Endometriose bezeichnet sowohl Veränderungen im Körper beschwerdefreier Frauen wie auch die bei Frauen mit erheblichen Beschwerden. Zwischen dem, was Ärztinnen und Ärzte bei der Untersuchung einer Frau feststellen (medizinischer oder klinischer Befund), und dem Ausmaß ihrer Beschwerden besteht oft ein großer Unterschied. Es ist also nicht so, dass zahlreiche und große Endometrioseherde automatisch starke Beschwerden verursachen. Umgekehrt können auch kleine Gewebsansiedlungen sehr schmerzhaft sein. Dies ist nicht immer leicht nachzuvollziehen – weder für die betroffenen Frauen selbst noch für ihre behandelnden

Ärztinnen und Ärzte. Zudem ist die Stärke der Schmerzen nicht objektiv messbar, nur die Frau selbst kann die Stärke ihrer Beschwerden und die Auswirkungen der Schmerzen auf ihre Lebensqualität einschätzen. [1], [2]

Bettina, 46 Jahre:

*„Die Schmerzen waren so, als würde mir jemand ein Messer in den Bauch stechen, als würde mir ohne Narkose der Bauch aufgeschnitten werden. Sie waren für mich ohne Schmerztabletten einfach nicht zu bewältigen. Ich hatte auch Blähungen und Verstopfungen.“*

Manche Frauen empfinden ihre Schmerzen als sehr aggressiv und belastend, sie beschreiben sie zum Beispiel „wie ein Dolch..., Messer in den Eierstöcken..., brennend, beißend, scharf...“. [9],[10] Die Partner betroffener Frauen können das Ausmaß der Beschwerden und ihre Auswirkungen nicht immer nachempfinden, was die Partnerschaft belasten kann. [11] Dennoch bedeutet ihr Partner oder ihre Partnerin für viele Frauen eine wichtige Unterstützung. [12] Einige Frauen mit sehr schmerzhafter Endometriose fühlen sich in der Bewertung ihrer Schmerzen generell unverstanden. Sie finden auch bei ihren Angehörigen und Partnern kein Verständnis für ihre geringe Belastbarkeit und ihr Kranksein. [12]

### 3. Diagnose: Wie wird Endometriose festgestellt?

Endometriose wird häufig erst sehr spät erkannt, nach Schätzungen etwa drei bis manchmal sogar mehr als zehn Jahre nach Auftreten der Beschwerden. [7], [13] Bis zur Diagnose vergeht oft viel Zeit, in der die Frauen versuchen, irgendwie mit ihren Schmerzen zurechtzukommen. Viele glauben, selbst stärkste Schmerzen seien normal und gehörten zur Menstruation dazu. Sie empfinden ihre Beschwerden als schicksalhaft. Andere probieren verschiedenste Behandlungen aus und fühlen sich bei ausbleibendem Erfolg zunehmend verunsichert.

Bettina, 46 Jahre:

*„Ich denke, dass ich schon in jungen Jahren an Endometriose erkrankt bin. Ich habe damals immer geglaubt, dass es an mir liegt beziehungsweise, dass die Schmerzen normal sind. Ich bin nie auf die Idee gekommen, dass es krankhaft sein könnte.“*

Neben den Schmerzen ist das Ausbleiben einer Schwangerschaft ein häufiger Grund, ärztliche Hilfe zu suchen. Bei der Suche nach den Ursachen einer ungewollten Kinderlosigkeit kann sich herausstellen, dass eine Endometriose vorliegt. Wenn die Diagnose schließlich gestellt ist, ist oft eine Behandlung möglich, die die Schmerzen lindert oder ganz verschwinden lässt. Dies und das Wissen, dass es sich um eine gutartige Erkrankung handelt, bedeutet für die meisten Frauen eine große Entlastung. Auch bei ungewollter Kinderlosigkeit können bestimmte Behandlungsmethoden in vielen Fällen helfen.

Es gibt verschiedene Untersuchungsmethoden, mit denen Ärztinnen und Ärzte versuchen, Endometrioseherde, Narben und Verwachsungen zu erkennen und andere Ursachen der Beschwerden auszuschließen. Welche Behandlungsmöglichkeiten infrage kommen, richtet sich neben Lage und Größe der Endometrioseherde nach dem Schmerzempfinden, dem Ausmaß der Beschwerden und ihrem Einfluss auf die Lebensqualität und Lebensplanung der betroffenen Frau.

Um das Ausmaß der Erkrankung einzuschätzen, orientieren sich viele Ärztinnen und Ärzte an einer Stadieneinteilung in „mild“ (Stadium I, II), „moderat“ (Stadium III) und „schwer“ (Stadium IV). [3] Es gibt jedoch bisher keine Stadieneinteilung, die der Erkrankung tatsächlich gerecht wird. Sie ist für Frauen mit Endometriose meist auch nur wenig aussagekräftig: Wie schon beschrieben, gibt es keine direkte Beziehung zwischen der Ausprägung der Endometriose, dem Ausmaß der Schmerzen, ungewollter Kinderlosigkeit sowie dem individuell sehr verschiedenen Gefühl, durch die Erkrankung beeinträchtigt zu sein. [3]

Endometriose wird oft gar nicht oder erst sehr spät erkannt und behandelt. Beim Verdacht auf Endometriose muss jedoch gut überlegt werden, welche Untersuchungen tatsächlich erforderlich sind, um eine möglichst wirksame Therapie durchführen zu können. Nicht bei jeder Frau ist zum Beispiel eine Bauchspiegelung (Laparoskopie) nötig, um die Beschwerden ausreichend behandeln zu können.

Carolin, 38 Jahre:

*„Diese Zeit des Suchens nach der Ursache hat mich sehr belastet. Unter anderem auch dadurch, dass sehr viel an mir ausprobiert wurde. Ich habe nacheinander verschiedene Medikamente bekommen und es wurde geschaut, ob sie vielleicht helfen. Dieses Ausprobieren und dieses Unwissen über die Ursache hat mich belastet. Irgendwann fing ich an, an mir selbst zu zweifeln: ob ich mir die Schmerzen nicht einbilde, so wie mir immer wieder gesagt wurde.“*

### 3.1 Anamnese, gynäkologische Tastuntersuchung und Ultraschall

Die ersten Untersuchungsschritte sind ein ausführliches Gespräch mit der Haus- oder Frauenärztin beziehungsweise dem Haus- oder Frauenarzt über die Art der Beschwerden (Anamnese) und eine allgemeine körperliche sowie gynäkologische Untersuchung (Tastuntersuchung und Sichtuntersuchung mit einem Scheidenspiegel (Spekulum)). Alles zusammen liefert Hinweise für die Entscheidung, ob weitere Untersuchungen sinnvoll sind. [3] Ein Hinweis auf Endometriose kann auch die Erfahrung sein, dass schmerzstillende Mittel wie zum Beispiel Ibuprofen oder Acetylsalicylsäure (ASS) die Beschwerden nicht lindern. Diese Wirkstoffe werden üblicherweise gegen Regelschmerzen eingenommen, wenn Medikamente angewendet werden.

Bei der gynäkologischen Tastuntersuchung prüft die Ärztin oder der Arzt, ob leichtes Bewegen der Gebärmutter, Druck auf die Seiten, die Uterus-Haltebänder und auf den Bereich zwischen der hinteren Gebärmutterwand und dem Mastdarm (Douglas'scher Raum) schmerzhaft sind. Auch Knoten und Verhärtungen im Beckenbindegewebe können ein Hinweis auf Endometriose sein. Diese kommen allerdings auch bei Verwachsungen aufgrund anderer Ursachen vor. Für eine Tastuntersuchung streift die Ärztin oder der Arzt sterile Handschuhe über und ertastet Umrisse und Beschaffenheit der Organe mit ein oder zwei Fingern der einen Hand von innen über die Scheide und den After, von außen mit der anderen Hand über die Bauchdecke.

Carolin, 38 Jahre:

*„Die drei Jahre vor der Diagnosestellung waren von sehr starken Schmerzen gekennzeichnet. Ich habe mich in Behandlung begeben, weil die Intensität der Schmerzen zunahm und ich dies einfach nicht mehr tolerieren wollte und auch nicht konnte.“*

Eine Ultraschalluntersuchung durch die Bauchdecke kann Hinweise auf größere Endometrioseherde und -zysten oder auf Beeinträchtigungen anderer Organe, zum Beispiel der Nieren, liefern. Kleine Herde und auch Verwachsungen sind im Ultraschallbild nicht zu erkennen und bleiben daher unentdeckt. [3], [14] Eine durch die Vagina ausgeführte Ultraschalluntersuchung ist besser geeignet, um Hinweise auf eine Eierstocks-Endometriose zu erhalten.

Wenn keine behandlungsbedürftigen Veränderungen gefunden wurden, kann nach Abschluss dieser Untersuchungen in manchen Fällen bereits eine Entscheidung über eine mögliche Therapie getroffen werden. Ob weitergehende Untersuchungen sinnvoll sind, hängt unter anderem davon ab, wie stark die Beschwerden sind.

### 3.2 Laparoskopie

Um eine Endometriose mit einiger Sicherheit festzustellen, kann eine Bauchspiegelung (Laparoskopie) nötig sein. Eine Bauchspiegelung ist ein Eingriff, der unter Vollnarkose durchgeführt wird und mindestens zwei kleine Einschnitte erfordert. Durch einen Schnitt in Höhe des Bauchnabels führt die operierende Ärztin oder der Arzt eine winzige Kamera in die Bauchhöhle ein, die Bilder der Organe im Bauchraum und im Becken liefert. [15] Auf diese Weise lassen sich auch kleine Endometrioseherde und Verwachsungen finden. Ein weiterer kleiner Einschnitt erfolgt meistens oberhalb und seitlich der Schamhaarbegrenzung. Bei diesem Verfahren ist es gleichzeitig möglich, einzelne Endometrioseherde zu entfernen und Gewebeproben zu entnehmen (Biopsie).

Beatrix, 35 Jahre:

*„Meine neue Ärztin hat dann festgestellt, dass die Ursache der Beschwerden eine Zyste war. Sie hat mich gleich in ein Krankenhaus überwiesen, wo ich operiert worden bin. Dort wurde mir gesagt, dass ich an Endometriose erkrankt bin. Davon hatte ich zuvor noch nie etwas gehört.“*

Die Methode ist zuverlässig vor allem zum Ausschluss einer Endometriose: Wenn bei der Bauchspiegelung keine Endometriose-typischen Veränderungen gefunden werden, ist dies ein weitgehend sicheres Zeichen dafür, dass keine Endometriose vorliegt. [15]

Bei Auffälligkeiten wie Endometrioseherden im Eierstock (Endometriomen) und auch bei Knoten im kleinen Becken wird meist Gewebe entnommen (Biopsie), um deren Struktur unter dem Mikroskop untersuchen zu können. Diese feingewebliche „histologische“ Untersuchung soll zum einen die Endometriose-Diagnose sichern, zum anderen soll sie ausschließen, dass es sich um andere Erkrankungen oder um einen (seltenen) bösartigen Tumor handelt.

Weil eine Bauchspiegelung wie jeder andere operative Eingriff mit Risiken verbunden ist, kommt sie erst dann in Betracht, wenn für eine weitere Therapieentscheidung eine sichere Diagnose erforderlich ist. Dies ist der Fall, wenn starke Schmerzen die

Lebensqualität und den Alltag massiv beeinträchtigen oder wenn die Funktion mitbetroffener Organe beeinträchtigt ist. [3] Auch eine medikamentöse Behandlung mit Schmerzmitteln oder Hormonen sollte wegen möglicher unerwünschter Wirkungen nicht ohne abgesicherte Diagnose begonnen werden. Bei unerfülltem Kinderwunsch wird eine Laparoskopie üblicherweise erst durchgeführt, wenn verschiedene andere Untersuchungen ergebnislos geblieben sind und ein Verdacht auf Endometriose besteht.

### 3.3 Andere Diagnoseverfahren

Im Blut mancher Frauen mit Endometriose kann ein bestimmter Wert (CA125) erhöht sein. [3] Weil die Bestimmung dieses Wertes und anderer Blutwerte keine eindeutigen Hinweise auf Endometriose liefert, ist sie für weitere Entscheidungen wenig hilfreich und spielt in der Endometriosedagnostik heute normalerweise keine Rolle mehr.

Je nach Ausmaß der Beschwerden und Ergebnis der gynäkologischen Untersuchung kann es sinnvoll sein, eine Nierensonographie, Blasen- und / oder Darmspiegelung durchzuführen. Selten kommen auch bildgebende Verfahren wie die Computertomografie oder die Magnetresonanztomografie (Kernspintomografie) zum Einsatz. [3]

Carolin, 38 Jahre:

*„Im Jahr der Diagnose bin ich fast bei jedem Zyklus zu meinem Arzt gefahren und wurde insgesamt viermal operiert. Als die Diagnose gestellt wurde, war ich sehr froh, endlich etwas in den Händen zu haben.“*

## 4. Krankheitsverlauf

Bettina, 46 Jahre:

*„Heute bin ich wieder voll berufstätig. Vor ein paar Jahren hätte ich nie gedacht, dass es mir jemals so gut gehen könnte. Ich bemühe mich um mich und meinen Körper: Ich mache Yoga, achte auf eine gesunde Ernährung und auf das Ausmaß meines Stresses.“*

Wie sich eine Endometriose entwickelt, lässt sich nach derzeitigem Wissen nicht sicher vorhersagen. Es gibt jedoch Hinweise, dass sich Endometrioseherde ohne Behandlung selten spontan zurückbilden. [3]

In der Regel kann eine gezielte Therapie die Beschwerden lindern. Endometrioseherde können operativ entfernt werden, bei einigen Frauen bilden sie sich während einer Behandlung mit hormonellen Mitteln zurück. Oft kehren sie nach dem Abschluss einer Therapie aber auch wieder. [3], [6] Bei den meisten Frauen klingen die Beschwerden nach der letzten Regelblutung (Menopause) ab.

Endometrioseherde können zwar wachsen und manchmal andere Organe befallen, dies ist jedoch kein Zeichen für eine bösartige Veränderung. Daher gelten die Endometriose-typischen Veränderungen im Gegensatz zu Krebsgeschwulsten als „gutartig“. Ob Frauen mit Endometriose ein bedeutsam höheres Risiko für Krebs zum Beispiel der Eierstöcke haben als andere Frauen, ist nicht zweifelsfrei belegt. [6], [15]

## 5. Auswirkungen auf psychisches Wohlbefinden und soziale Beziehungen

Bettina, 46 Jahre:

*„Im Nachhinein ist es ein Krankheitsverlauf, der sich über 20 Jahre erstreckt und wesentlicher Bestandteil meines Lebens geworden ist. Psychisch ging es mir davon etwa zwei Jahre sehr schlecht. Ich sehe das nicht nur negativ: Ich weiß, dass es auch mal schlechte Zeiten und Krisen gibt, aber ich bin in der Lage, das zu bewältigen.“*

Chronische Unterbauchbeschwerden beeinträchtigen nicht nur das körperliche, sondern auch das psychische Wohlbefinden. Die Schmerzen können auf Dauer zu einem negativen Bild vom eigenen Körper, zu Überforderungsgefühlen, depressiven Verstimmungen und Ängsten führen. Eine Endometriose mit häufigen Beschwerden kann deshalb alle Lebensbereiche einer Frau beeinträchtigen. Andauernde oder wiederholte starke Schmerzen können möglicherweise mit der Zeit psychische Veränderungen begünstigen wie Gereiztheit bis hin zu Aggressivität gegen andere (Partner, Angehörige, Freunde) oder sich selbst. [11],[16],[17],[18]

Viele Frauen fühlen sich von ihrer Familie und / oder ihren Partnern und Partnerinnen unverstanden und ziehen sich zurück, weil diese nicht nachvollziehen können, wie belastend die Schmerzen sind. Nicht wenige zweifeln an sich selbst, wenn sie spüren, dass andere Menschen glauben, sie würden ihre Beschwerden übertreiben. Sie fragen sich, ob es an ihnen liegt, dass sie nicht „wie andere Frauen auch“ mit Menstruationsschmerzen umgehen können – oder ob ihre Schmerzen ein ausschließlich psychisches Problem darstellen. [2],[9] Dies hängt zum Teil auch damit zusammen, dass die Diagnose „Endometriose“ oft erst sehr spät gestellt wird. [7],[13], [19] Nicht zuletzt deshalb ist es wichtig, eine Ärztin oder einen Arzt zu finden, die oder der sich ernsthaft und gründlich mit den vorhandenen Beschwerden auseinandersetzt.

Carolin, 38 Jahre:

*„Das nahm dann alles zu: der Druck auf der Arbeit, der Druck von der Familie und mein eigenes schlechtes Gewissen gegenüber meiner Familie. Ich wurde auch von sehr engen Verwandten enttäuscht, von denen ich das vorher nicht gedacht hätte. Irgendwann kam es dann zu einem seelischen und körperlichen Zusammenbruch. An diesem Punkt habe ich gemerkt, dass ich ganz unten bin und dass es nicht mehr tiefer geht.“*

Für Frauen, die sich ein Kind wünschen, aufgrund ihrer Endometriose aber nicht schwanger werden, stellt der unerfüllte Kinderwunsch oft eine zusätzliche Bürde dar, die ihre Lebensplanung durchkreuzt und ihre Partnerschaft belasten kann. Manche Betroffenen haben das Gefühl, als Frau nicht „vollständig“ zu sein.

Manchen Frauen, die sich durch ihre Endometriose seelisch beeinträchtigt fühlen, hilft möglicherweise eine Unterstützung durch psychologische oder psychotherapeutische Verfahren, wie zum Beispiel Methoden zur Schmerzbewältigung, zur Behandlung von Depressionen, Ängsten oder Paarkonflikten. Wissenschaftlich ist es jedoch noch nicht belegt, dass solche Behandlungen die speziellen Beschwerden bei Endometriose bessern können.

Selbsthilfegruppen können für manche Frauen mit Endometriose eine Möglichkeit sein, Unterstützung zu bekommen und Tipps zum Umgang mit der Erkrankung

auszutauschen. Internetforen bieten die Möglichkeit eines anonymen Austauschs von Erfahrungen. [10], [20] Ein solcher Austausch kann hilfreich sein. Nicht jede Frau möchte jedoch mit anderen über ihre Krankheit reden. Frauen gehen auf verschiedene Weise mit ihren Beschwerden um. Manche nutzen die Möglichkeit, Therapieverfahren oder unterstützende Angebote je nach ihren persönlichen Bedürfnissen und Vorlieben auszuprobieren.

Carolin, 38 Jahre:

*„Mir persönlich hat die Selbsthilfegruppe sehr bei der Bewältigung der Krankheit geholfen. Mir hat es geholfen, darüber zu reden und die Erfahrungen mit anderen zu teilen.“*

## 5.1 Auswirkungen auf Partnerschaft und Sexualität

Carolin, 38 Jahre:

*„Ich gehöre zu den Frauen mit Endometriose, die täglich Schmerzen haben. Das Familienleben und die Sexualität haben sehr darunter gelitten. Mein Partner und ich, wir haben keine Sexualität mehr gelebt. Ich habe aufgrund der Schmerzen sofort blockiert und mein Partner hatte Angst, mir weh zu tun.“*

Carolin, 38 Jahre:

*„Jetzt habe ich wieder gelernt, Zärtlichkeit zu erleben und Lust zu empfinden. Wir haben zusammen gelernt, eine andere Sexualität zu leben. Es war ja nach wie vor so, dass ich Schmerzen hatte. Schon allein, dass wir darüber gesprochen haben, war sehr hilfreich. Zu klären, wann es mir nicht weh tut und ihm auch die Angst zu nehmen. Das hat uns sehr geholfen, auch auf der körperlichen Ebene wieder zueinander zu finden.“*

Die meisten Frauen mit immer wiederkehrenden Unterleibsschmerzen können ihre Weiblichkeit nicht genießen. [12] Vor allem junge Frauen mit starken Beschwerden haben es nicht leicht, ein positives Verhältnis zum eigenen Körper zu entwickeln. Schmerzen beim Geschlechtsverkehr erschweren eine lustvolle Sexualität. Eine Endometriose kann den Wunsch nach eigenen Kindern unerfüllt lassen. Chronische Schmerzen können zu depressiven Verstimmungen führen, zu Müdigkeit und Reizbarkeit. All dies kann eine Partnerschaft erheblich belasten. [11]

Viele Frauen, die während oder nach Geschlechtsverkehr Schmerzen haben (Dyspareunie), versuchen sexuelle Aktivitäten zu vermeiden. Andere Frauen nehmen Schmerzen beim Verkehr in Kauf, weil sie sich ein Kind wünschen oder um ihre Beziehung nicht zu belasten. [12] Nicht wenige Frauen, die in einer festen Partnerschaft leben, verschweigen ihrem Partner, dass Penetration beim Liebesakt ihnen Schmerzen bereitet – aus Angst, ihr Partner könne sich abgelehnt fühlen oder sich von ihnen abwenden. Eine Dyspareunie führt häufig dazu, dass Frauen das Gefühl entwickeln, als Frau und Partnerin unzulänglich und unattraktiv zu sein. [2], [12] Viele Frauen empfinden auch Schuldgefühle gegenüber ihrem Partner, wenn sie Geschlechtsverkehr am liebsten vermeiden möchten.

Bei Frauen, die ihre Endometriose mit bestimmten hormonellen Mitteln behandeln, könnte die Libido auch durch die Medikamente herabgesetzt sein. [3] Falls diese unerwünschte Wirkung eintritt, hilft es vielleicht, in Absprache mit der Ärztin oder dem Arzt auszuprobieren, ob andere Mittel die Lust auf Sex weniger dämpfen. Die

behandelnden Ärztinnen und Ärzte können auch über die Möglichkeit einer Unterstützung von außen informieren, zum Beispiel durch eine Paarberatung oder -therapie.

## 5.2 Auswirkungen auf Beruf und Alltagsleben

Bettina, 46 Jahre:

*„Mein Mann konnte mit meiner Erkrankung nicht sehr gut umgehen. Er hat mich immer nur leiden gesehen und war hilflos. Er hat mir aber in manchen Situationen sehr geholfen: mich angeschubst und motiviert, etwas zu unternehmen, raus zu gehen, Freunde zu treffen, in den Urlaub zu fahren... Das war für mich sehr gut, denn es besteht die Gefahr, dass man sich zurückzieht und den Kontakt verliert.“*

Frauen, die wegen starker Schmerzen und Krämpfe regelmäßig nicht zur Arbeit gehen können, haben auch auf dieser Ebene mit Schuldgefühlen (gegenüber den Menschen in ihrem beruflichen Umfeld), Selbstvorwürfen (nicht belastbar und unfähig zu sein, den Job nicht ausfüllen zu können) und häufig auch mit massiven Problemen am Arbeitsplatz zu kämpfen. Viele haben Angst vor Schmerzattacken während der Arbeit, und auch davor, den Grund für ihre wiederholten Beschwerden erklären zu müssen. Solche Begründungen fallen besonders schwer in einer Arbeitsumgebung, in der die Männer unter Kollegen und Vorgesetzten in der Mehrzahl sind. [2]

Für nicht wenige Frauen bedeuten die Schmerzen eine immer wiederkehrende „Unterbrechung“ ihres Alltagslebens, weil sie sie daran hindern, alltägliche Aufgaben zu erledigen, ihrer Arbeit oder Freizeitaktivitäten nachzugehen. Hinzu kommt, dass durch Schmerzen gestörter Schlaf und starke Blutungen bleierne Müdigkeit, körperliche Schwäche, Konzentrationsschwierigkeiten und Antriebslosigkeit verursachen können. [2] Die Folge sind häufig Schwierigkeiten im Beruf und in der Ausbildung. Besonders problematisch kann es sein, wenn die Frauen in einer sehr frühen – für die berufliche und familiäre Entwicklung wichtigen – Lebensphase beeinträchtigt sind.

## 6. Behandlung

Bettina, 46 Jahre:

*„Das ist im Moment meine Lösung: Ich bin weiterhin unter ärztlicher Kontrolle und ich achte noch mehr auf meinen Körper – den verbliebenen Herd bemerke und spüre ich auch. Ich warte jetzt auf die Wechseljahre.“*

Es gibt derzeit leider keine Therapie, die zu einer Heilung der Endometriose im Sinne einer Beseitigung ihrer Ursachen führt. Verschiedene Behandlungsmöglichkeiten können jedoch helfen, die Beschwerden (Symptome) zu lindern (so genannte symptomatische Therapie). [21] Obwohl Endometrioseherde und Symptome nach der Therapie häufig wiederkehren, können manche Frauen auch dauerhaft von einer Behandlung profitieren.

Die Behandlung mit Medikamenten soll die Schmerzen lindern. Dies ist zum einen mit schmerzstillenden, zum anderen mit hormonellen Wirkstoffen möglich. Viele Frauen wenden auch Mittel der Komplementärmedizin an. Im Allgemeinen ist es das Ziel einer operativen Therapie, die Schmerzen durch Entfernung möglichst aller Endometrioseherde einzudämmen oder zu beseitigen. Werden Organe wie zum Beispiel

Darm oder Blase durch Endometrioseherde beeinträchtigt, kann dies eine Operation erforderlich machen.

Ob eine Medikamentenbehandlung oder eine Operation bei Endometriose die wirksamere Therapie ist, ist bisher nicht gut vergleichend untersucht worden und lässt sich daher nicht generell beantworten. Ob eine Frau sich für oder gegen einen Eingriff entscheidet, hängt neben der Art und Stärke ihrer Beschwerden aber ohnehin von zum Teil sehr persönlichen Überlegungen ab, wie zum Beispiel von

- einer Abneigung gegen eine oft wiederholte, jahrelange Medikamenteneinnahme aus Furcht vor unerwünschten Wirkungen,
- einem Kinderwunsch,
- den operativen Möglichkeiten der Klinik, der Chirurgen oder des Chirurgen, sowie
- dem Alter der Frau: Frauen entscheiden sich mit Ende vierzig möglicherweise eher für eine zurückhaltende Behandlung und gegen einen operativen Eingriff als junge Frauen, weil sie auf ein Ende der Beschwerden durch die bevorstehenden Wechseljahre hoffen.

## 6.1 Medikamentöse Behandlung

Bettina, 46 Jahre:

*„Es geht mir gut, da ich mit den Medikamenten gut zurechtkomme und an sich wenig Nebenwirkungen habe. Ich komme damit sehr gut zurecht und bin zufrieden.“*

Die Behandlung mit Medikamenten zielt in erster Linie darauf ab, die Beschwerden wie starke Menstruationsschmerzen, -krämpfe (Dysmenorrhoe) zu lindern oder zu beseitigen. Zur Schmerzlinderung eignen sich verschiedene Medikamentengruppen: Schmerzmittel, Ovulationshemmer („Pille“) und andere hormonelle Präparate. Wie bei jeder Medikamenteneinnahme gilt es dabei, gemeinsam mit der Ärztin oder dem Arzt zwischen Nutzen und Nebenwirkungen abzuwägen. Einige Frauen können ihre Beschwerden recht gut mit Schmerzmitteln und / oder komplementären Behandlungen eindämmen. [7] Andere möchten eine hormonelle Behandlung wegen ihrer zum Teil deutlichen Nebenwirkungen vermeiden.

Falls während einer Schwangerschaft starke Beschwerden auftreten, ist es wichtig, deren Ursache herauszufinden und gemeinsam mit der Ärztin oder dem Arzt zu überlegen, welche Möglichkeiten es gibt, die Schmerzen zu lindern. Ob in dieser Situation Medikamente infrage kommen, muss besonders sorgfältig abgewogen werden.

Bei Frauen mit wiederholten, aber nicht extrem belastenden Unterbauchbeschwerden können Schmerzmedikamente oder orale Antikonceptiva („Pille“) eine spürbare Linderung bewirken. [22] Diese Mittel sind oft besser verträglich als andere hormonelle Wirkstoffe und werden daher meist auch bei sehr jungen Frauen mit Endometriose angewandt. Erst wenn diese Wirkstoffe keine Erleichterung bringen, kommen anders wirksame hormonelle Mittel infrage, die stärker in den Hormonhaushalt eingreifen.

Die Dauer einer medikamentösen Behandlung ist abhängig von der Wahl des Medikaments und seiner erwünschten wie unerwünschten Wirkungen.

### 6.1.1 Schmerzmittel

Carolin, 38 Jahre:

*„Ich habe sehr viele Schmerzmittel eingenommen. Da die Schmerzen täglich da waren, habe ich die Medikamente auch täglich genommen. Irgendwann hat die Dosis dann nicht mehr ausgereicht.“*

Die schmerzstillenden und gleichzeitig entzündungshemmenden Wirkstoffe aus der Gruppe der so genannten nicht steroidal Antirheumatika (NSAR), (englisch: „NSAIDs“, non steroidal anti inflammatory drugs) werden bei Endometriose häufig eingesetzt. Sie werden als „nicht steroidal“ bezeichnet, weil sie sich von anderen entzündungshemmenden Medikamenten, den „Steroiden“ (oft „Kortison“ genannt), unterscheiden. Die nicht steroidal Antirheumatika (NSAR) gelten als „Mittel der Wahl“, um starke Menstruationsschmerzen (Dysmenorrhoe) zu lindern. [23] Bei Beschwerden, wie sie für Endometriose typisch sind, wirken sie jedoch nicht immer. Zur Wirkung anderer Schmerzmittel liegen nur wenige gesicherte Daten vor. [3]

Zur Gruppe der NSAR gehören zum Beispiel die Wirkstoffe Ibuprofen, Acetylsalicylsäure (ASS, zum Beispiel in Aspirin), Diclofenac und Naproxen. Als unerwünschte Wirkungen dieser Medikamente können Magenbeschwerden, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerz und Benommenheit auftreten. [23],[24] ASS hemmt zudem die Blutgerinnung. Einige dieser Medikamente sind frei verkäuflich, andere vor allem in höheren Dosierungen verschreibungspflichtig. Es ist wichtig, dass Sie Ihre Ärztin oder Ihren Arzt informieren, wenn Sie häufig oder über längere Zeit Schmerzmittel einnehmen.

In der medikamentösen Schmerztherapie kommen bei starken Schmerzen manchmal auch so genannte Opiode zum Einsatz. [25] Diese Mittel beeinflussen die Schmerzempfindung im Gehirn und ahmen die Wirkung körpereigener schmerzhemmender Stoffe nach. Opiode sind als Betäubungsmittel verschreibungspflichtig, das heißt, sie dürfen nur nach besonderer ärztlicher Verordnung eingenommen werden. Vor allem bei den stärker wirksamen Opioiden besteht bei längerer Einnahme das Risiko einer Abhängigkeit. Als Nebenwirkungen können zum Beispiel Übelkeit und Erbrechen, Verstopfung, Müdigkeit, Schwindel und Blutdruckschwankungen auftreten.

### 6.1.2 Hormonelle Behandlungen

Bettina, 46 Jahre:

*„Nach der ersten Operation, die ich gut überstanden habe, habe ich GnRH-Analoga und Danazol jeweils über mehrere Monate bekommen. Diese Medikamente haben einige Nebenwirkungen bei mir hervorgerufen: Stimmungsschwankungen, Wechseljahrsbeschwerden und einen verstärkten Appetit.“*

Die hormonellen Wirkstoffe unterdrücken die körpereigene Hormonproduktion in den Eierstöcken in unterschiedlichem Ausmaß. [8], [22] Sie unterdrücken meist auch die Monatsblutung und sind für Frauen, die schwanger werden möchten, nicht geeignet. Bei Endometriose eingesetzte hormonelle Mittel sind:

- Bestimmte Ovulationshemmer („Pille“)
- Gestagene,
- androgene Substanzen und
- die GnRH-Analoga (englisch: Gonadotropin-releasing Hormone).

Ziel der hormonellen Behandlungen ist das „Ruhigstellen“ der Endometrioseherde. Inwieweit diese Therapie tatsächlich zu einer Rückbildung oder zum gänzlichen Verschwinden der Endometriose führen, ist nicht ausreichend untersucht und daher nicht sicher zu beurteilen. Nicht immer bilden sich die Herde ganz zurück. Häufig tritt die Endometriose wieder auf, wenn die Behandlung beendet wird – wie häufig, ist unklar. Als hormonelle Langzeitbehandlung eignen sich die „Pille“ und Gestagen-Präparate.

Wie schon beschrieben, hängt das Hauptsymptom bei Endometriose, der Schmerz, jedoch nicht unmittelbar mit der Ausprägung der Endometrioseherde oder dem Ausmaß einer Rückbildung zusammen. Die bei der Diagnose festgestellte Schwere der Erkrankung (klinischer Befund) sagt also nur wenig über die Stärke der Beschwerden aus.

#### **Die „Pille“**

Nachgewiesen ist die Wirksamkeit bestimmter „Pillen“-Präparate bei schmerzhafter Monatsblutung (Dysmenorrhoe), Schmerzen beim Geschlechtsverkehr und nicht vom Monatszyklus abhängigen Unterbauchbeschwerden. [22] Für Frauen, die sich ein Kind wünschen, kommt sie wegen ihrer empfängnisverhütenden Wirkung nicht infrage. Zu den wichtigsten Nebenwirkungen zählen Gewichtszunahme, Kopfschmerz und / oder Übelkeit. Bei starker Dysmenorrhoe kommen auch Schmerzen zum Zeitpunkt der Entzugsblutung vor („Monatsblutung“ nach dem Ende eines Einnahmezyklus der „Pille“). Pillenpräparate, die den Hormonzyklus und die Regelblutung längerfristig unterdrücken, sind zwar erhältlich, aber nicht für die Anwendung bei Endometriose zugelassen. Werden sie trotzdem verschrieben, handelt es sich um einen „nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch“ (Off-label use). Letzteres kann bedeuten, dass die Krankenkassen die Kosten nicht erstatten. Mehr Informationen zur Bedeutung des „Off-label use“ erhalten Sie [>hier<](#).

#### **GnRH Analoga**

GnRH Analoga haben stärkere unerwünschte Wirkungen als die „Pille“ und sollen daher nicht länger als sechs Monate eingenommen werden. [3], [8] Auch diese Hormone verhindern eine Schwangerschaft. [8] GnRH Analoga senken die Produktion der weiblichen Hormone so stark ab, dass „Östrogenmangelsymptome“ eine häufige Folge sind. Dies sind Beschwerden, wie sie in den Wechseljahren auftreten können: Hitzewallungen, Schlafstörungen, trockene Scheide, Stimmungsschwankungen, bei einer Langzeitanwendung auch die Verringerung der Knochendichte. Es gibt Studien, die beschreiben, dass diese Symptome nach Absetzen der Behandlung zurückgehen: Danach unterscheidet sich die Knochendichte zwei Jahre nach einer Behandlung mit GnRH Analoga nicht mehr. [26] Bei einer Behandlung über mehrere Monate wird häufig gleichzeitig eine Hormonersatztherapie mit niedrig dosiertem Östrogen durchgeführt. Diese so genannte Add back-Therapie soll die Beschwerden durch den Hormonmangel abschwächen.

### **Gestagene, Danazol und LNG-Spirale**

Auch die Gestagene (leiten sich vom Gelbkörperhormon her) und Danazol (ein dem männlichen Hormon Testosteron ähnliches Präparat) haben eine nachgewiesene günstige Wirkung bei schmerzhafter Endometriose. [3],[8],[27] Bei den Gestagenen kommen als unerwünschte Wirkungen Zwischenblutungen, Gewichtszunahme, Stimmungsbeeinträchtigungen und vermindertes sexuelles Verlangen vor. Danazol unterdrückt den Eisprung. Durch die Einnahme kann es zu Hautveränderungen (Akne, verstärkte Körperbehaarung) und Gewichtszunahme kommen, manchmal wird auch die Stimme tiefer. [8] Danazol ist in Deutschland mittlerweile nicht mehr erhältlich.

Der Einsatz einer „LNG-Spirale“ (gestagenhaltige Spirale) in die Gebärmutter ist bisher nur nach vorangegangener Operation in einer kleinen Studie geprüft. [28] In Kombination mit der Operation kann sie Menstruationsbeschwerden besser lindern als eine Operation allein. Über unerwünschte Wirkungen lassen sich derzeit keine sicheren Aussagen machen. Auch der Einsatz einer LNG-Spirale schließt eine Schwangerschaft weitgehend aus.

## **6.2 Operative Behandlung**

Bettina, 46 Jahre:

*„Eine dritte Operation stand im Raum. Ich habe lange überlegt, ob ich es mache oder nicht. Ich habe mich dann in Absprache mit den Ärzten dagegen entschieden und es medikamentös versucht, was auch gut funktioniert hat.“*

Eine Endometriose kann in der Regel mit einem vergleichsweise schonenden Eingriff, der Bauchspiegelung oder Laparoskopie, operiert werden. Es kann aber auch ein herkömmlicher Bauchschnitt (Laparotomie) erfolgen. Bei beiden Methoden werden die Endometrioseherde unter Vollnarkose durch Laser oder „elektrische Diathermie“ entfernt. Beim Laserverfahren wird das Gewebe durch die Hitze der Laserstrahlen, bei der Diathermie durch die Hitze elektrischer Energie zerstört. Ob sich diese beiden Verfahren in ihren Ergebnissen unterscheiden, ist noch nicht ausreichend erforscht und daher unklar. [3]

Nach derzeit bestem Wissen kann eine chirurgische Entfernung von Endometrioseherden sowie von Endometriomen (Endometriosezysten im Eierstock) die Schmerzen bei Frauen mit milder bis moderater Endometriose lindern. Diese Wirkung zeigte sich auch noch sechs Monate nach einem Eingriff bei Frauen mit Beschwerden. [29], [30] Es gibt Hinweise, dass eine Laparoskopie, bei der Endometrioseherde entfernt werden, auch die Fruchtbarkeit etwas verbessern kann. [31]

Bei fast vier von fünf operierten Frauen (bis zu 80 %) bilden sich innerhalb von fünf Jahren nach der Operation erneut Endometrioseherde. [3] Ein erneutes Auftreten der Endometriose kann auch wieder Beschwerden auslösen.

Eine schwere, möglicherweise auch auf den Darm und / oder die Blase ausgedehnte Endometriose ist selten. Die Frage, welches operative Behandlungsverfahren hier am erfolgreichsten ist, ist bisher nicht ausreichend wissenschaftlich untersucht und lässt sich daher derzeit nicht beantworten.

Für Frauen mit stark belastenden Beschwerden, bei denen andere Therapien nicht gewirkt haben, kommen manchmal noch Verfahren wie die „Laparoskopische Uterine Nerven Ablation“ (LUNA) zum Einsatz. Dabei werden im Rahmen der Laparoskopie schmerzleitende Nervenfasern im Bereich der Gebärmutter durchtrennt. Es gibt jedoch derzeit keine sicheren Belege für die Wirkung dieser Methode. Unklar ist auch, inwieweit umfangreichere chirurgische Eingriffe die Beschwerden von Frauen mit ausgeprägter Endometriose und starken Verwachsungen eindämmen können. [3], [32]

### 6.2.1 Medikamentöse Behandlung vor und nach Laparoskopie

Manchmal werden Medikamente im Vorfeld und / oder zur Nachbehandlung einer Laparoskopie eingesetzt, um Endometrioseherde zu verkleinern, möglicherweise nicht entferntes Restgewebe ruhig zu stellen und Neubildungen vorzubeugen. [5] Zurzeit gibt es allerdings keine ausreichenden Belege über einen möglichen Nutzen einer Vor- und Nachbehandlung mit irgendeinem Medikament. [3]

Es gibt jedoch einige Studien zur Behandlung mit GnRH-Analoga nach einer Operation mit dem Ziel, die Produktion der weiblichen Hormone zu unterdrücken. Die Studienteilnehmerinnen, die diese Medikamente eingenommen haben, hatten nicht weniger Schmerzen oder Probleme, schwanger zu werden, als Teilnehmerinnen, die keine Hormone einnahmen. Die medikamentöse Behandlung zeigte aber mehr unerwünschte Wirkungen. Viele Teilnehmerinnen bekamen ihre Periode nicht mehr, was vor allem für Frauen mit Kinderwunsch ein Problem darstellt. [5]

Mehr über den Nutzen einer begleitenden hormonellen Behandlung können Sie [>hier<](#) lesen.

### 6.2.2 Gebärmutterentfernung

Carolin, 38 Jahre:

*„Nach der Behandlung hatte ich ca. ein Jahr keine Beschwerden. Dann entwickelten sich wieder Herde und die Schmerzen setzten wieder ein. Die Ärztin hat mir dann vorgeschlagen, die Gebärmutter zu entfernen. Damals war ich 29. Die Gebärmutter ist etwas, was ich nicht hergeben wollte und immer noch nicht hergeben will.“*

Wenn Endometrioseherde im Bereich der Gebärmutter liegen, erwägen manche Frauen mit sehr schweren Symptomen eine operative Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie) und eventuell angrenzender Herde als letzten Behandlungsversuch, um sich von ihren Schmerzen zu befreien. [33] Eine weitere Möglichkeit ist, gleichzeitig die Eileiter und einen oder beide Eierstöcke entfernen zu lassen. Die Entfernung beider Eierstöcke führt dazu, dass die Produktion der weiblichen Geschlechtshormone gestoppt wird und die Wechseljahre abrupt einsetzen. Die Wechseljahre beginnen normalerweise zwischen 40 und 58 Jahren, im statistischen Durchschnitt mit 51 Jahren. Über die Wechseljahre können Sie sich ausführlich in unserem [>Spezial<](#) informieren.

Ob sie eine Hysterektomie durchführen lassen, überlegen Frauen meist nur, wenn die Endometriose dramatische Auswirkungen auf ihr Leben hat und die erhobenen Befunde nahelegen, dass die Operation eine Besserung ihrer Beschwerden erwarten lassen. Natürlich sollten sie sehr sicher sein, dass sie nicht mehr schwanger werden möchten. Auch das Alter der Frau spielt bei einer solchen Entscheidung eine wichtige Rolle.

Eine Hysterektomie kann die Endometriose jedoch nicht immer vollständig heilen, vor allem, wenn die Eierstöcke nicht gleichzeitig entfernt werden. Üblicherweise werden die Eierstöcke bei einer Hysterektomie belassen, um die Auswirkungen eines abrupten Hormonabfalls zu mindern. Frauen, deren Eierstöcke entfernt werden, kommen möglicherweise auch ohne Hormonersatztherapie aus, wenn ihre durch den Hormonabfall bedingten Beschwerden weniger stark sind. [33] Es ist nicht auszuschließen, dass eine solche Therapie ein Wiederkehren der Endometriose begünstigt. Wissenschaftler sind dabei, diese Fragen zu untersuchen. Wir werden über die Ergebnisse ihrer Forschungen berichten, sobald sie veröffentlicht sind. Über die Hormonersatztherapie können Sie >hier< mehr lesen.

### 6.3 Komplementärmedizin, nichtmedikamentöse Schmerzbehandlung und Ernährung

Als „komplementäre“ (ergänzende) Medizin, oder auch Alternativmedizin, werden Verfahren wie Akupunktur, Pflanzenheilkunde (Phytotherapie), Homöopathie oder entspannende Methoden und Bewegungsübungen wie Yoga oder Tai Chi bezeichnet. Bei Endometriose werden sie manchmal als schmerzlindernde Therapie eingesetzt. Die Wirkung der meisten komplementärmedizinischen Methoden und auch von häufig eingesetzten „Hausmitteln“ ist wissenschaftlich bisher kaum oder gar nicht nachgewiesen. [34] Über mögliche unerwünschte Wirkungen ist ebenfalls nur wenig bekannt. Dies gilt auch für die folgenden, von Frauen mit Endometriose häufiger eingesetzten Methoden:

- TENS, transcutane elektrische Nervenstimulation: Mit dieser Methode kann, ähnlich wie bei der Akupunktur, das Schmerzempfinden beeinflusst werden. Gezielte, schwache Nervenreize setzen hier jedoch nicht Nadeln, sondern schwache Stromstöße.
- Akupunktur, Akupressur.

Mehrere Studien haben chiropraktische Behandlungen von Regelschmerzen bei Frauen ohne Endometriose untersucht. Die Teilnehmerinnen erfuhren durch die Behandlungen keine Schmerzlinderung. [35] Für Entspannungsmethoden und Schmerzbewältigungstraining bei Regelschmerzen konnte bisher keine Wirkung nachgewiesen werden. [36]

Traditionelle Hausmittel wie Wärmeanwendungen, ob als Wärmflasche, Wärmepackung oder warmes Wannenbad, können bei manchen Frauen eine spürbare Linderung akuter Beschwerden bewirken. Bei ihnen wirkt Wärme entspannend, beruhigend und krampflösend.

Die Art und Stärke der Wirkung komplementärer Methoden kann individuell sehr verschieden sein, anders ausgedrückt: sie können bei verschiedenen Frauen ganz unterschiedlich wirken. Dies gilt auch für Hausmittel oder Änderungen im Lebensstil – wie mehr Bewegung und Stressreduktion.

Carolin, 38 Jahre:

*„Ich habe etwas sehr Beeindruckendes für mich kennen gelernt: verschiedene Entspannungstechniken. Für mich war besonders Aquarobic wichtig. Das hat mir sehr viel Spaß gemacht. Als ich dann wieder zu Hause war, konnte ich mir in Schmerzsituationen sehr gut mit Entspannung helfen.“*

Über Diäten und Nahrungsergänzungsmittel zur Anwendung bei Endometriose gibt es bisher noch nicht genügend wissenschaftliche Untersuchungen. Es gibt nur Hinweise, dass Frauen, die wenig Fisch essen, eher zu Regelschmerzen neigen, und dass Fischöl helfen könnte, Regelschmerzen zu lindern. Diese Hinweise sind jedoch schwach, und die Frauen in den zugrundeliegenden Studien hatten keine Endometriose. [37]

Einige Untersuchungen deuten darauf hin, dass Vitamin B1 oder Magnesium helfen könnten. [38] Studien zu einem möglichen Einfluss von Alkohol und Kaffee auf Endometriose-Schmerzen zeigten widersprüchliche Ergebnisse, so dass unklar bleibt, ob es hilft, den Konsum von Alkohol und / oder Kaffee zu reduzieren. [37]

## 6.4 Behandlung bei unerfülltem Kinderwunsch

Als „ungewollt kinderlos“ gilt eine Frau mit Kinderwunsch, wenn sie nach einem Jahr mit regelmäßigem ungeschütztem Geschlechtsverkehr nicht schwanger geworden ist. Dies kann viele verschiedene Gründe haben. Endometrioseherde, die die Funktion der Eierstöcke und Eileiter beeinträchtigen, sind nur einer davon.

Für Frauen mit Endometriose und unerfülltem Kinderwunsch ist eine hormonelle Therapie, die die Funktion der Eierstöcke unterdrückt, nicht geeignet, da sie die Fruchtbarkeit deutlich herabsetzt oder eine Empfängnis ganz verhindert. Für ungewollt kinderlose Frauen kommt daher neben einer eventuell erforderlichen Behandlung mit Schmerzmitteln eine Bauchspiegelung (Laparoskopie) infrage, bei der die Endometrioseherde so vollständig wie möglich entfernt werden. Es ist möglich, dass dieser Eingriff die Chance auf eine spontane Schwangerschaft erhöht. Es ist jedoch mehr Forschung nötig, um sicher zu sein. [31] Auch für die chirurgische Entfernung von Endometriomen (Endometriosezysten im Eierstock) gibt es Hinweise, dass sie die Fruchtbarkeit verbessert. [30] Eine Nachbehandlung mit Hormonpräparaten ist in diesen Fällen nicht sinnvoll.

Bei milder und moderater Endometriose, die die Funktion der Eierstöcke und Eileiter nicht beeinträchtigt, ist allerdings nicht belegt, dass sie die Fruchtbarkeit vermindert. Daher ist es auch nicht sicher, ob eine Operation die Chancen auf eine Schwangerschaft erhöht.

Eine Behandlung der Unfruchtbarkeit kann zum einen durch eine medikamentöse Unterstützung des Eisprungs und der Eireifung oder einer Beeinflussung des Gelbkörperhormons versucht werden. Bei dieser Art der Hormonbehandlung wird die Funktion der Eierstöcke angeregt. Bleiben diese Methoden erfolglos, kann eine „In-vitro-Fertilisation“ (IVF) infrage kommen. Bei diesem Verfahren werden Eizellen und Spermien getrennt gewonnen, aufbereitet und außerhalb des Körpers, in einem Reagenzglas, zusammengeführt. Die befruchteten Eizellen werden später in den Uterus eingesetzt. Die Wirksamkeit dieser Methoden bei Frauen mit Endometriose wird derzeit weiter untersucht. Über entsprechende Forschungsergebnisse werden wir berichten, sobald sie veröffentlicht sind.

Bettina, 46 Jahre:

*„Mir stand dann nur die IVF (Anm. d. Red.: in vitro fertilisation)-Behandlung zur Verfügung. Ich habe es dann fünf Mal probiert – über einen langen Zeitraum von fünf bis sechs Jahren. Das war körperlich, aber auch psychisch für mich sehr belastend. Das Ganze hat mir aber die Möglichkeit gegeben, mich mit dem Thema zu beschäftigen, es zu verarbeiten und auch abzuschließen.“*

## 7. Mit Endometriose leben: Schlusswort

Endometriose ist eine komplizierte und in einigen Bereichen noch ungeklärte Erkrankung, die viele wichtige Lebensbereiche einer Frau betreffen kann – vom Selbstgefühl als Frau bis hin zur Familien- und Lebensplanung. Einen Weg zu finden, um trotz der Beschwerden eine möglichst gute Lebensqualität zu erhalten, verlangt viele Entscheidungen. Fundierte Informationen sind nötig, um diese treffen zu können – über die Art der Therapie wie über Möglichkeiten, das eigene Leben so zu organisieren, dass die Beschwerden den Alltag möglichst wenig belasten.

Wichtig ist eine gute Betreuung und Begleitung durch eine Ärztin oder einen Arzt mit umfassenden Erfahrungen in der Diagnose und Behandlung von Endometriose. Ärztliche Begleiter sollten sich zudem auch gut mit den körperlichen wie psychischen Belastungen und sozialen Auswirkungen der Erkrankung auskennen. Es kann hilfreich sein, eine zweite ärztliche Meinung heranzuziehen, wenn schwierige Entscheidungen anstehen, wie zum Beispiel für oder gegen eine Operation.

Insbesondere nach einer Operation oder bei anhaltenden Beschwerden trotz umfangreicher Therapie besteht unter Umständen die Möglichkeit, eine Rehabilitation oder „Anschlussheilbehandlung“ in einer Einrichtung in Anspruch zu nehmen, die auf gynäkologische Erkrankungen spezialisiert ist. Manche Kliniken bieten speziell auf Endometriose ausgerichtete Therapieprogramme. Mancherorts sind „Endometriosezentren“ entstanden. Dabei handelt es sich um ein relativ neues Behandlungsangebot, das sich aus verschiedenen Therapiebausteinen zusammensetzt. In diesen nach bestimmten Kriterien geprüften („zertifizierten“) Einrichtungen arbeiten speziell ausgebildete Fachkräfte aus verschiedenen Gesundheitsberufen zusammen. Ziel ist, jeder Frau eine auf ihre Beschwerden und ihre Lebenssituation persönlich abgestimmte „ganzheitliche“ Therapie zu ermöglichen. Bisher gibt es noch keine wissenschaftlichen Untersuchungen zur Wirkung solcher Angebote.

Um mit Endometriose und ihren möglichen Folgen umgehen zu können, ist eine gute Unterstützung durch Familie, Partner oder Freunde wertvoll. Dies setzt voraus, dass auch Angehörige über die chronische Erkrankung informiert sind und Verständnis für die Belastungen aufbringen, die sie mit sich bringen kann. Für manche Frauen bedeutet auch der Austausch mit anderen Betroffenen in einer Selbsthilfegruppe eine wichtige Unterstützung. Andere möchten ihre Probleme lieber für sich lösen. Entscheidend ist, dass jede Frau ihren eigenen Weg findet, mit ihrer Endometriose umzugehen und so gut wie möglich mit der chronischen Erkrankung zu leben. Dabei kann sie auf eine große Bandbreite von Angeboten fachlicher Unterstützung und Selbsthilfe-Möglichkeiten zurückgreifen.

Carolin, 38 Jahre:

*„Gemeinsam mit meinem Netzwerk aus Ärzten habe ich anschließend einen Antrag für einen Rehabilitationsaufenthalt gestellt, den ich dann auch bewilligt bekommen habe. Und zwar an einem Ort mit einem speziellem Endometriose-Programm. Ich bin dann mit dem Gedanken hingefahren, den ich mir vorher nicht erlaubt habe: Jetzt geht es nur um mich.“*

## Quellen:

- [1] Denny E. Women's experience of endometriosis. *J Adv Nurs* 2004; 46: 641-648.  
[PubMed-Zusammenfassung]  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=15154905&ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=15154905&ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultPanel.Pubmed_RVDocSum)
- [2] Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2004; 25: 123-133.  
[PubMed-Zusammenfassung]  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=15715035&ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=15715035&ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultPanel.Pubmed_RVDocSum)
- [3] Farquhar C. Endometriosis. *BMJ* 2007; 334: 249-253.  
[PubMed-Zusammenfassung]  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=17272567&ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=17272567&ordinalpos=3&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultPanel.Pubmed_RVDocSum)
- [4] Farquhar C. Endometriosis. *Clin Evid* 2006; 2449-2464.
- [5] Yap C, Furness S, Farquhar C. Pre and post operative medical therapy for endometriosis surgery. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2004, Issue 3.  
[Cochrane-Zusammenfassung]  
<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003678/frame.html>
- [6] Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. *Lancet* 2004; 362: 1789-1799.  
[PubMed-Zusammenfassung]  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=15541453&ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=15541453&ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultPanel.Pubmed_RVDocSum)
- [7] Ballard K, Lowton K, Wright J. What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. *Fertil Steril* 2006; 86: 1296-1301.  
[PubMed-Zusammenfassung]  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=17070183&ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=17070183&ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultPanel.Pubmed_RVDocSum)
- [8] Hughes E, Fedorkow D, Collins J, Vandekerckhove P. Ovulation suppression for endometriosis. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2007, Issue 3.  
[Cochrane-Zusammenfassung]  
<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000155/frame.html>
- [9] Denny E, Khan KS. Systematic review of qualitative evidence: what are the experiences of women with endometriosis? *J Obstet Gynaecol* 2006; 26: 501-506.  
[PubMed-Zusammenfassung]

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=17000492&ordinalpos=20&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=17000492&ordinalpos=20&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum)

[10] Huntington A, Gilmour JA. A life shaped by pain: women and endometriosis. *J Clin Nurs* 2005; 14: 1124-1132.

[PubMed-Zusammenfassung]

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=16164530&ordinalpos=4&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=16164530&ordinalpos=4&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum)

[11] Fernandez I, Reid C, Dziurawiec S. Living with endometriosis: The perspective of male partners. *J Psychosom Res* 2006; 61: 433-438.

[PubMed-Zusammenfassung]

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=17011349&ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=17011349&ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum)

[12] Denny E, Mann CH. Endometriosis-associated dyspareunia: the impact on women's lives. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2007; 33: 189-193.

[PubMed-Zusammenfassung]

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=17609078&ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=17609078&ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum)

[13] Husby GK, Haugen RS, Moen MH. Diagnostic delay in women with pain and endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82: 649-653.

[PubMed-Zusammenfassung]

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=12790847&ordinalpos=10&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=12790847&ordinalpos=10&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum)

[14] Wykes CB, Clark TJ, Khan KS. Accuracy of laparoscopy in the diagnosis of endometriosis: a systematic quantitative review. *BJOG* 2004; 111: 1204-1212.

[15] Viganò P, Somigliana E, Parazzini F, Vercellini P. Bias versus causality: interpreting recent evidence of association between endometriosis and ovarian cancer. *Fertil Soc* 2007; 88: 588-593.

[PubMed-Zusammenfassung]

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=17320873&ordinalpos=9&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=17320873&ordinalpos=9&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum)

[16] Bodden-Heidrich R, Hilberink M, Frommer J, Stratkötter A et al. Qualitative research on psychosomatic aspects of endometriosis. *Z Psychosom Med Psychother* 1999; 45: 372-389.

[PubMed-Zusammenfassung]

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=11781900&ordinalpos=4&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultsPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=11781900&ordinalpos=4&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum)

[17] Cox H, Henderson L, Andersen N, Cagliarini G, Ski C. Focus group study of endometriosis: struggle, loss and the medical merry-go-round. *Int J Nurs Pract* 2003; 9: 2-9.

[PubMed-Zusammenfassung]

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=12588614&ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=12588614&ordinalpos=2&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultPanel.Pubmed_RVDocSum)

[18] Cox H, Henderson L, Wood R, Cagliarini G. Learning to take charge: women's experiences of living with endometriosis. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2003; 9: 62-68.

[PubMed-Zusammenfassung]

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=12697156&ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=12697156&ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultPanel.Pubmed_RVDocSum)

[19] Denny E. 'You are one of the unlucky ones': delay in the diagnosis of endometriosis. *Diversity in Health and Social Care* 2004; 1: 39-44.

[Volltext]

<http://docserver.ingentaconnect.com/deliver/connect/rmp/17431913/v1n1/s7.pdf?expires=1195554858&id=40760530&titleid=10986&acname=Guest+User&checksum=7E053B22944D30A9A3C55320A09178E3>

[20] Emad MC. At WITSENDO: Communal embodiment through storytelling in women's experiences with endometriosis. *Women's Studies International Forum* 2006; 29: 184-196.

[Zusammenfassung]

<http://dx.doi.org/10.1016/j.wsif.2006.03.005>

[21] Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Endoskopie e. V. (AGE). *Diagnostik und Therapie der Endometriose*. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. 2006. Zugriff: 25.09.2007: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/015-045.htm>

[22] Moore J, Kennedy S, Prentice A. Modern combined oral contraceptives for pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2007, Issue 3.

[Cochrane-Zusammenfassung]

<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001019/frame.html>

[23] Marjoribanks J, Proctor ML, Farquhar C. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 4.

[Cochrane-Zusammenfassung]

<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001751/frame.html>

[24] Allen C, Hopewell S, Prentice A. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2005, Issue 4.

[Cochrane-Zusammenfassung]

<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD004753/frame.html>

[25] Halis G, Kopf A, Mechsner S, Bartley J et al. Schmerztherapeutische Optionen bei Endometriose. *Dtsch Arztebl* 2006; 103: A1146-1152.

[Volltext]

<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&id=51195>

[26] Sagsveen M, Farmer JE, Prentice A, Breeze A. Gonadotrophin-releasing hormone analogues for endometriosis: bone mineral density. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2003, Issue 4.

[Cochrane-Zusammenfassung]

<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001297/frame.html>

[27] Selak V, Farquhar C, Prentice A, Singla A. Danazol for pelvic pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2007, Issue 4.

[Cochrane-Zusammenfassung]

<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000068/frame.html>

[28] Abou-Setta AM, Al-Inany HG, Farquhar CM. Levonorgestrel-releasing intrauterine device (LNG-IUD) for symptomatic endometriosis following surgery. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2006, Issue 4.

[Cochrane-Zusammenfassung]

<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD005072/frame.html>

[29] Jacobson TZ, Barlow DH, Garry R, Koninckx P. Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2001, Issue 4.

[Cochrane-Zusammenfassung]

<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001300/frame.html>

[30] Hart RJ, Hickey M, Maouris P, Buckett W, Garry R. Excisional surgery versus ablative surgery for ovarian endometriomata. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2005, Issue 3.

[Cochrane-Zusammenfassung]

<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD004992/frame.html>

[31] Jacobson TZ, Barlow DH, Koninckx PR, Olive D, Farquhar C. Laparoscopic surgery for subfertility associated with endometriosis. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2002, Issue 4.

[Cochrane-Zusammenfassung]

<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001398/frame.html>

[32] Latthe PM, Proctor ML, Farquhar CM, Johnson N, Khan KS. Surgical interruption of pelvic nerve pathways in dysmenorrhea: a systematic review of effectiveness. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86: 4-15.

[PubMed-Zusammenfassung]

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=17230282&ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_Result\\_sPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=17230282&ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_Result_sPanel.Pubmed_RVDocSum)

[33] Al Kadri H, Al Fozan H, Hajeer A, Hassan S. Hormone therapy for endometriosis and surgical menopause (Protocol). *Cochrane Database Systematic Reviews* 2006, Issue 2.

[34] Zhu X, Proctor M, Bensoussan A, Smith CA, Wu E. Chinese herbal medicine for primary dysmenorrhea. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2007, Issue 4.

[Cochrane-Zusammenfassung]

<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD005288/frame.html>

[35] Proctor ML, Hing W, Johnson TC, Murphy PA. Spinal manipulation for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2006, Issue 3.

[Cochrane-Zusammenfassung]

<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD002119/frame.html>

[36] Proctor ML, Murphy PA, Pattison HM, Suckling J, Farquhar CM. Behavioural interventions for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2007, Issue 3.

[Cochrane-Zusammenfassung]

<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD002248/frame.html>

[37] Fjerbaek A, Knudsen UB. Endometriosis, dysmenorrhea and diet - What is the evidence? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007; 132:140-147.

[PubMed-Zusammenfassung]

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=17210218&ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed\\_ResultPanel.Pubmed\\_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=17210218&ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultPanel.Pubmed_RVDocSum)

[38] Proctor ML, Murphy PA. Herbal and dietary therapies for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2001, Issue 2.

[Cochrane-Zusammenfassung]

<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD002124/frame.html>

## **Merkblatt: Endometriose**

Endometriose gilt noch immer als „unbekannte“ Krankheit, obwohl sie eine der häufigsten gynäkologischen Erkrankungen ist. Sie wird oft erst spät erkannt. Bei manchen Frauen ist Endometriose mit starken Schmerzen verbunden und beeinträchtigt ihre Lebensqualität, bei einigen auch die Fruchtbarkeit. Wenn Sie extreme Menstruationsbeschwerden haben, könnte dies auf eine Endometriose hinweisen. Gute Informationen und ärztliche Begleitung können helfen, die richtige Diagnose zu bekommen und zu verstehen, welche Behandlungsmöglichkeiten sich am besten eignen. Wie bei anderen chronischen Erkrankungen gilt es, nach Wegen zu suchen, um so gut wie möglich mit Endometriose leben zu können.

### **Was ist Endometriose?**

Während der fruchtbaren Jahre einer Frau, also im Alter von etwa 13 bis 50, baut sich die Schleimhaut in der Gebärmutter jeden Monat neu auf. Bei der Endometriose wächst Gebärmutter Schleimhaut (Endometrium) auch außerhalb der Gebärmutterhöhle. Diese so genannten Endometrioseherde bestehen aus gutartigem Gewebe. Auch wenn sie wachsen und manchmal andere Organe beeinträchtigen können, ist es extrem selten, dass sich ein bösartiger Tumor aus ihnen entwickelt.

Endometrioseherde reagieren auf die weiblichen Geschlechtshormone mit zyklischem (sich regelmäßig wiederholendem) Wachstum und Abbau. Weil die am Ende des Monatszyklus abgebauten Zellen und Sekrete aus den Endometrioseherden nicht über die Scheide abfließen können, verbleiben sie im Bauchraum. Bei vielen Frauen bleibt dies unbemerkt und folgenlos. Bei anderen können Verklebungen, Entzündungen und Zysten entstehen, die unterschiedlich starke Schmerzen auslösen. Insbesondere wenn die Eierstöcke oder Eileiter befallen sind, ist oft auch die Fruchtbarkeit beeinträchtigt.

Häufig finden sich Endometrioseherde und -zysten im Unterbauch an der äußeren Gebärmutterwand, an Bindegewebe der Gebärmutter und des kleinen Beckens, an den Eierstöcken sowie im taschenartigen „Douglas’schen Raum“ zwischen Gebärmutter und Enddarm.

Über die Ursachen von Endometriose gibt es verschiedene Theorien, aber kaum gesichertes Wissen. Eine Vermutung ist, dass bei betroffenen Frauen eine Störung im Zusammenspiel der Hormone oder des Immunsystems vorliegt. Denn normalerweise sorgt die körpereigene Abwehr dafür, dass sich Gewebe aus bestimmten Organen nicht in anderen Bereichen des Körpers festsetzt. Wie es zum Wachstum von Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutter kommt, ist bis heute unklar.

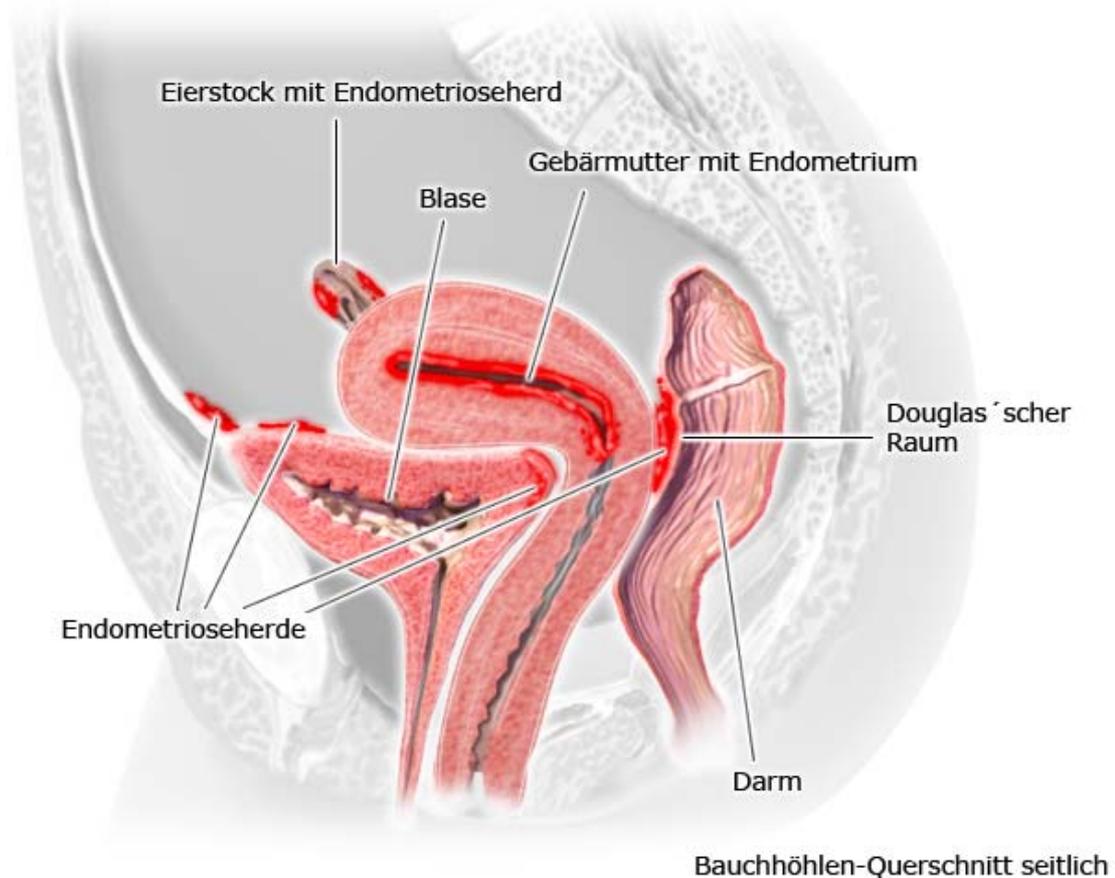


Abbildung: Unterbauch mit Endometrioseherden

## Wie häufig ist Endometriose und wie verläuft die Erkrankung?

Nicht alle Frauen mit Endometriose haben Beschwerden. Bei diesen Frauen werden die Veränderungen im Unterbauch häufig gar nicht erkannt, deshalb ist es schwierig einzuschätzen, wie viele Frauen tatsächlich Endometriose haben. Bei 40 bis 60 von 100 Frauen (40 bis 60 %), die stark schmerzhafte Regelblutungen haben, geht man von einer Endometriose aus.

Da Menstruationsbeschwerden sehr weit verbreitet sind, suchen betroffene Frauen in der Regel erst dann ärztliche Hilfe, wenn die Stärke ihrer Schmerzen sie beunruhigt. Weil auch viele Ärzte bei der Schilderung der Symptome zunächst nicht unbedingt an Endometriose denken, wird die Erkrankung oft erst viele Jahre nach dem Auftreten der ersten Beschwerden diagnostiziert. Neben den Schmerzen ist das Ausbleiben einer Schwangerschaft ein häufiger Grund, ärztliche Hilfe zu suchen. Wenn Sie denken, Sie könnten eine Endometriose haben, ist es daher wichtig, dass Sie Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt Ihren Verdacht mitteilen.

Wie sich eine Endometriose entwickelt, lässt sich nur schwer vorhersagen. Es gibt Hinweise, dass sie sich ohne Behandlung selten spontan zurückbildet und die

Beschwerden sich mit den Jahren eher verstärken. Eine gezielte Therapie kann die Endometrioseherde jedoch oft eindämmen und die Schmerzen lindern. Bei den meisten Frauen klingen die Beschwerden nach der letzten Regelblutung (Menopause) ab.

Endometriose kann in milder Form auftreten (Ärztinnen und Ärzte bezeichnen dies als Stadium I oder II) oder moderat bis schwer (Stadium III und IV). Frauen mit moderater oder schwerer Endometriose haben häufig Probleme, schwanger zu werden, vor allem wenn die Eierstöcke und Eileiter betroffen sind. Eine milde Endometriose beeinträchtigt die Fruchtbarkeit normalerweise nicht.

## **Woran erkennt man eine Endometriose?**

Das deutlichste Krankheitszeichen bei Endometriose sind starke Unterleibsschmerzen und -krämpfe. Diese treten anfangs häufig in Zusammenhang mit der Menstruation auf, im Verlauf der Erkrankung aber auch unabhängig davon. Die Schmerzen können in den Rücken und bis in die Beine ausstrahlen und von Übelkeit, Erbrechen und Durchfall begleitet sein.

Folgende Symptome können auf eine Endometriose hinweisen:

- Starke Menstruationsschmerzen (Dysmenorrhoe), die so heftig werden können, dass niedrig dosierte Schmerzmittel nicht ausreichen und die betroffenen Frauen nicht in der Lage sind, ihren alltäglichen Aktivitäten und ihrer Berufstätigkeit nachzugehen.
- Schmerzen während des Geschlechtsverkehrs (Dyspareunie) oder danach, die meist als brennend oder krampfartig empfunden werden.
- Nicht vom Monatszyklus abhängige Unterbauchbeschwerden: Schmerzen unterschiedlicher Intensität und Lokalisation, die nicht im Zusammenhang mit der Monatsblutung bestehen.
- Völlegefühl, Darmbeschwerden, schmerzhafter Stuhlgang oder Blasenbeschwerden.

## **Wie wirkt sich Endometriose auf das Leben von Frauen aus?**

Eine Endometriose mit starken Beschwerden kann fast alle Lebensbereiche einer Frau betreffen. Viele Frauen fühlen sich durch ihre immer wiederkehrenden Unterleibsschmerzen in ihrer Weiblichkeit beeinträchtigt. Vor allem junge Frauen mit starken Beschwerden haben es nicht leicht, ein positives Verhältnis zum eigenen Körper zu entwickeln. Schmerzen beim Geschlechtsverkehr erschweren eine lustvolle Sexualität. Eine ausgeprägte Endometriose kann den Wunsch nach eigenen Kindern unerfüllt lassen. Chronische Schmerzen können zu depressiven Verstimmungen führen, zu Müdigkeit und Reizbarkeit. All dies kann eine Partnerschaft erheblich belasten.

Für nicht wenige Frauen bedeuten die Schmerzen eine immer wiederkehrende „Unterbrechung“ ihres Alltagslebens, weil sie sie daran hindern, alltägliche Aufgaben zu erledigen, ihren Job auszufüllen oder Freizeitaktivitäten nachzugehen. Frauen, die wegen starker Schmerzen und Krämpfe häufig nicht zur Arbeit gehen können, haben oft mit Problemen am Arbeitsplatz, mit Schuldgefühlen und Selbstvorwürfen zu kämpfen.

Unterstützung von außen, besonders von Partnern, Familie und Freunden, bedeutet für viele Frauen eine große Erleichterung. Für manche Frauen ist der Austausch in einer Selbsthilfegruppe wichtig, andere möchten ihre Probleme lieber im privaten Kreis lösen.

Wie Frauen mit Endometriose leben und welche Erfahrungen sie mit ihrer Behandlung gemacht haben, können Sie in unseren >Erfahrungsberichten< lesen.

## **Wie wird Endometriose festgestellt?**

Die ersten Untersuchungsschritte sind ein ausführliches Gespräch mit der Haus- oder Frauenärztin beziehungsweise dem Haus- oder Frauenarzt über die Art der Beschwerden (Anamnese) und eine allgemeine körperliche sowie gynäkologische Untersuchung (Tastuntersuchung und Sichtuntersuchung mit einem Scheidenspiegel (Spekulum)). Alles zusammen liefert Hinweise für die Entscheidung, ob weitere Untersuchungen sinnvoll sind. Bei der Tastuntersuchung wird geprüft, ob leichtes Bewegen der Gebärmutter und Druck auf einzelne Bereiche schmerzhaft sind. Neben Schmerzen können auch Knoten und Verhärtungen im Beckenbindegewebe auf Endometriose hinweisen.

Eine Ultraschalluntersuchung durch die Bauchdecke kann kleinere Verwachsungen zwar nicht entdecken, aber Hinweise auf größere Endometrioseherde und -zysten oder auf Beeinträchtigungen anderer Organe, zum Beispiel der Nieren, liefern. Eine durch die Vagina ausgeführte Ultraschalluntersuchung ist besser geeignet, um zum Beispiel eine Eierstocks-Endometriose festzustellen.

Wenn keine behandlungsbedürftigen Veränderungen gefunden wurden, kann nach Abschluss dieser Untersuchungen in manchen Fällen bereits eine Entscheidung über eine mögliche Therapie getroffen werden. Ob weitergehende Untersuchungen sinnvoll sind, hängt unter anderem davon ab, wie stark die Beschwerden sind.

Um eine Endometriose mit einiger Sicherheit festzustellen, kann eine Bauchspiegelung (Laparoskopie) nötig werden. Sie erfordert mindestens zwei kleine Einschnitte. Durch einen Schnitt in Höhe des Bauchnabels wird eine winzige Kamera in die Bauchhöhle eingeführt, die Bilder der Organe im Bauchraum und im Becken liefert. Auf diese Weise lassen sich auch kleine Endometrioseherde und Verwachsungen finden. Bei diesem Verfahren ist es gleichzeitig möglich, einzelne Endometrioseherde zu entfernen und Gewebeproben zur Sicherung der Diagnose Endometriose oder auch anderer Erkrankungen zu entnehmen (Biopsie).

Eine Bauchspiegelung ist wie jeder andere operative Eingriff mit Risiken verbunden. Sie erfordert eine Vollnarkose und wird nur bei starken Beschwerden durchgeführt, oder wenn die Funktion mitbetroffener Organe beeinträchtigt ist. Die Laparoskopie soll die Diagnose sichern, bevor über weitere Behandlungsmöglichkeiten entschieden wird.

Zwischen dem, was bei der ärztlichen Untersuchung festgestellt wird (medizinischer oder klinischer Befund), und dem Ausmaß der Beschwerden einer Frau kann ein großer Unterschied bestehen. Zahlreiche oder große Endometrioseherde verursachen nicht automatisch starke Beschwerden. Umgekehrt können auch wenige oder kleine Herde schmerzhaft sein. Um Endometriose richtig erkennen und behandeln zu können, ist es

hilfreich, eine Ärztin oder einen Arzt zu suchen, die oder der sich ernsthaft und gründlich mit den vorhandenen Beschwerden auseinandersetzt.

## Wie kann man Endometriose behandeln?

Da die Ursachen der Endometriose unklar sind und es derzeit keine Therapie gibt, die zu einer vollständigen Heilung führt, können nur die Beschwerden (Symptome) behandelt werden (symptomatische Therapie). Als Medikamente kommen schmerzstillende und / oder hormonelle Wirkstoffe infrage. Viele Frauen wenden auch Mittel der Komplementärmedizin an. Das Ziel einer operativen Therapie ist es, die Schmerzen durch Entfernung möglichst aller Endometrioseherde einzudämmen oder zu beseitigen.

Hormonelle Wirkstoffe unterdrücken die körpereigene Hormonproduktion in den Eierstöcken und meist auch die Monatsblutung mit dem Ziel, die Endometrioseherde „ruhig zu stellen“. Häufig treten die Beschwerden jedoch wieder auf, wenn die Behandlung beendet wird. Wegen ihrer Nebenwirkungen eignen sich nicht alle Wirkstoffe für eine Langzeitbehandlung. Für Frauen mit Kinderwunsch kommen sie nicht infrage.

Chirurgisch können Endometrioseherde in den meisten Fällen durch eine Laparoskopie (Bauchspiegelung) behandelt werden. Bei vielen operierten Frauen bilden sich allerdings innerhalb von wenigen Jahren nach einer Operation erneut Endometrioseherde, die auch wieder Beschwerden auslösen können. Bei Frauen, die Probleme haben, schwanger zu werden, könnte eine Bauchspiegelung, bei der Endometrioseherde oder Verwachsungen entfernt werden, die Chancen auf eine spontane Empfängnis etwas erhöhen. Manchmal schlagen Ärztinnen und Ärzte vor oder nach einer Laparoskopie eine zusätzliche hormonelle Behandlung vor. Bisher gibt es keine wissenschaftlichen Nachweise, dass eine solche Behandlung hilft. Es können jedoch unerwünschte Wirkungen auftreten. Mehr zu diesem Thema können Sie [>hier<](#) lesen.

Manche Frauen mit sehr schweren Symptomen, bei denen die Endometrioseherde im Bereich der Gebärmutter liegen, erwägen eine operative Entfernung der Gebärmutter (Hysterektomie) als letzten Behandlungsversuch, um sich von ihren Schmerzen zu befreien. Eine Hysterektomie kann die Endometriose jedoch nicht immer vollständig heilen, vor allem, wenn dabei nicht gleichzeitig auch die Eierstöcke entfernt werden. Letzteres würde jedoch dazu führen, dass die Produktion der weiblichen Geschlechtshormone gestoppt wird. Dadurch können abrupt Beschwerden wie Hitzewallungen einsetzen, wie sie in den Wechseljahren häufig sind.

Zur Schmerzlinderung bei Endometriose werden manchmal auch „komplementäre“ Behandlungsmethoden wie Akupunktur, TENS (transkutane elektrische Nervenstimulation), Wärmebehandlungen und Bewegungsübungen wie Yoga oder Tai Chi eingesetzt. Über ihre Wirkungen und möglichen unerwünschten Wirkungen ist bisher nur wenig bekannt. Ihre Wirkung kann individuell sehr verschieden sein, das heißt: Manchen Frauen können diese Maßnahmen helfen, anderen nicht oder nicht auf die gleiche Weise. Dies gilt auch für Änderungen im Lebensstil – wie mehr Bewegung, Stressreduktion, Entspannungsübungen oder eine Umstellung der Ernährung.

Einen Weg zu finden, um trotz der Beschwerden eine gute Lebensqualität zu erhalten, verlangt fundierte Informationen und viele Entscheidungen. Eine gute Betreuung und Begleitung durch Ärztinnen und Ärzte mit umfassenden Erfahrungen in der Diagnose und Behandlung von Endometriose ist eine wichtige Hilfe beim Umgang mit der Erkrankung. Diese sollten sich zudem auch gut mit den körperlichen und psychischen Belastungen durch Endometriose auskennen. Es kann hilfreich sein, eine zweite ärztliche Meinung heranzuziehen, wenn schwierige Entscheidungen anstehen, wie zum Beispiel für oder gegen eine Operation. Nach einer Operation oder bei anhaltenden Beschwerden trotz umfangreicher Therapie könnte eine Rehabilitation unterstützend wirken.

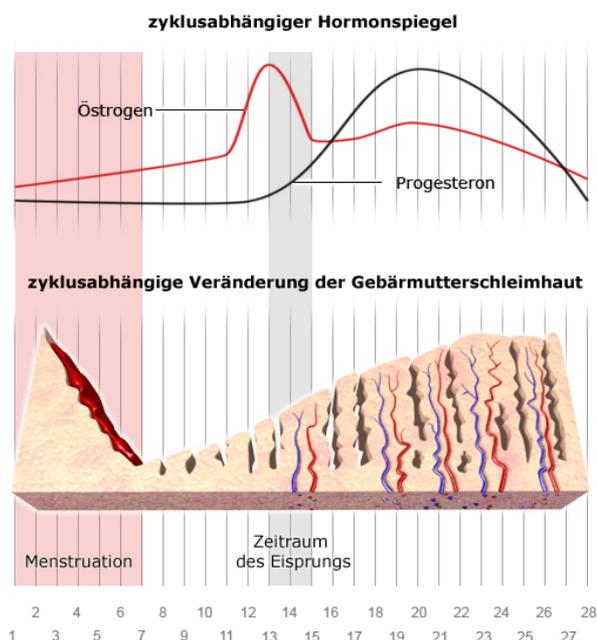
Mehr über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten bei Endometriose können Sie in unserem ausführlichen >Artikel< lesen. Ein kurzer >Film< fasst die wichtigsten Informationen knapp und verständlich zusammen, über die wichtigsten Diagnoseverfahren können Sie sich >hier< informieren.

## Merkblatt: Regelschmerzen

Für viele Frauen ist die monatliche Regelblutung mit Krämpfen und Schmerzen im Unterleib, manchmal auch mit anderen Beschwerden wie Kopfschmerzen und allgemeinem Unwohlsein verbunden. Manche Frauen haben schon in den Tagen vor der Menstruation Beschwerden wie Bauch- und / oder Kopfschmerzen und Spannungsgefühle in den Brüsten (Prämenstruelles Syndrom, PMS). In diesem Merkblatt erhalten Sie Informationen über Beschwerden während der Periode, nicht in den Tagen davor.

### Was geschieht während der Menstruation?

Bei Frauen in ihren fruchtbaren Jahren zwischen erster und letzter Regelblutung (Menopause) baut sich die Gebärmutter Schleimhaut jeden Monat neu auf. Diese Schleimhaut, die die Wand der Gebärmutter von innen auskleidet (Endometrium), besteht aus stark durchblutetem, drüsenreichem Gewebe. Sie dient dazu, den Embryo zu ernähren, falls die Frau während eines Monatszyklus schwanger wird. Kommt es zu keiner Befruchtung, wird die Gebärmutter Schleimhaut durch die Regelblutung (Monatsblutung, Menstruation, Periode) ausgeschieden. Die Periode dauert bei den meisten Frauen drei bis fünf Tage.



Um die Schleimhaut abzustößen, ziehen sich die Muskeln der Gebärmutter in unregelmäßigem Rhythmus zusammen und entspannen sich wieder. Dadurch kann sich das Gewebe von der Gebärmutterwand lösen und durch den Muttermund und die Vagina abfließen. Dieses Zusammenziehen der Muskeln (Kontraktion) bleibt meist unbemerkt oder verursacht ein leichtes Ziehen. Manche Frauen haben jedoch häufige,

starke und sehr schmerzhafte Kontraktionen (Menstruationskrämpfe). Die Schmerzen können auf den Unterleib beschränkt sein, aber auch in den Rücken und die Beine ausstrahlen. Bei einigen Frauen lösen die Krämpfe auch Übelkeit, Erbrechen und / oder Durchfall aus. Die medizinische Bezeichnung für stark schmerzhafte Regelblutungen ist „Dysmenorrhoe“.

## **Wie häufig sind starke Menstruationsbeschwerden?**

Beschwerden während der Menstruation sind weit verbreitet: Etwa drei von vier Frauen haben während ihrer Periode zeitweise Schmerzen unterschiedlicher Stärke. Bei einer von 10 Frauen werden die Beschwerden so stark, dass sie jeden Monat für ein bis drei Tage nicht in der Lage sind, ihren normalen Alltag zu bewältigen.

Mittlere bis starke Menstruationsbeschwerden sind bei sehr jungen Frauen (unter 20 Jahren) weiter verbreitet als bei älteren, nämlich bei etwa 7 bis 9 von zehn weiblichen Teenagern. Bei den meisten jungen Frauen schwächen sich die Beschwerden wenige Jahre nach ihrer ersten Periode ab, bei manchen hören sie auch ganz auf. Viele Frauen haben weniger Menstruationsbeschwerden, nachdem sie ihr erstes Kind geboren haben. Frauen mit starker Blutung haben oft auch stärkere Schmerzen. Es gibt Hinweise, dass Rauchen das Risiko für Menstruationsbeschwerden erhöht.

## **Wann können Beschwerden auf eine Erkrankung hinweisen?**

Medizinisch werden zwei Arten von Regelschmerzen unterschieden: primäre und sekundäre. Als primäre Regelschmerzen bezeichnet man Beschwerden, die allein durch Menstruationskrämpfe ausgelöst werden. Sekundäre Regelschmerzen haben ihre Ursache in Veränderungen wie Zysten (mit Flüssigkeit gefüllte Gewebeshohlräume) an den Eierstöcken, Myomen (gutartigen Geschwulsten, die sich vor allem in der Muskelschicht der Gebärmutter bilden) oder Endometriose. Hierbei wächst Gebärmutter Schleimhaut auch außerhalb der Gebärmutter. Über Endometriose können Sie [hier](#) mehr lesen. [Hier](#) erhalten Sie Informationen, die Ihnen helfen können herauszufinden, ob Ihre Regelschmerzen normal sind oder auf eine Endometriose hinweisen. Manchmal werden sekundäre Regelschmerzen auch durch eine Spirale zur Empfängnisverhütung (Intra-Uterin-Pessar, IUP) ausgelöst.

Zysten, Myome oder Endometriose bleiben häufig unbemerkt. Zu einer behandlungsbedürftigen Erkrankung werden diese Veränderungen erst dann, wenn sie starke Beschwerden verursachen oder zu Verwachsungen führen, die zum Beispiel die Funktion der Eierstöcke oder anderer Organe beeinträchtigen. Sehr starke Menstruationsbeschwerden oder Schmerzen, die mit der Zeit stärker werden, können auf solche Gewebewucherungen hinweisen. In diesem Fall ist eine ärztliche Untersuchung zur Abklärung sinnvoll.

Grundsätzlich unterscheiden sich primäre und sekundäre Regelschmerzen neben der Stärke der Beschwerden durch den Zeitpunkt, an dem sie zum ersten Mal auftreten. Primäre Beschwerden machen sich meist etwa sechs bis zwölf Monate nach der ersten Regelblutung eines Mädchens bemerkbar und dauern während der Periode für zwei bis drei Tage an. Zu sekundären Beschwerden kommt es häufig erst, wenn eine junge Frau

bereits einige Jahre ihre Menstruation hatte. Sie können auch außerhalb der Regelblutung auftreten.

## **Was ist die Ursache von Menstruationsbeschwerden?**

Warum manche Frauen eine schmerzhafte Periode haben und andere nicht, ist unbekannt. Eine Rolle spielt wahrscheinlich ein Überschuss an bestimmten hormonähnlichen Botenstoffen, den Prostaglandinen, oder eine besondere Empfindlichkeit diesen gegenüber. Prostaglandine regulieren unter anderem die Anspannung der glatten Muskulatur und beeinflussen das Schmerzempfinden. Sie bewirken auch, dass sich die Gebärmuskulatur zusammenzieht, um die Gebärmutterschleimhaut abzustößen. Bei diesen Kontraktionen wird die Gebärmutter schwächer durchblutet, was ebenfalls zu Schmerzen führen kann.

Die meisten Medikamente, die gegen Menstruationsbeschwerden eingesetzt werden, zielen darauf ab, die Prostaglandin-Produktion zu beeinflussen. Schmerzmittel aus der Gruppe der so genannten nicht steroidalen Antirheumatika (NSAR) blockieren sie. Die „Pille“ verhindert den Eisprung (wenn sich eine reife Eizelle aus dem Eierstock löst). Bleibt der Eisprung aus, werden weniger Prostaglandine produziert, die Gebärmutterschleimhaut baut sich nicht in normaler Dicke auf und die Regelblutung fällt schwächer aus.

Früher sind manche Ärztinnen und Ärzte davon ausgegangen, dass Menstruationsbeschwerden ihre Ursache vor allem in emotionalen und psychologischen Problemen haben. Mittlerweile ist jedoch geklärt, dass es körperliche Gründe für die Schmerzen gibt. Es ist allerdings auch möglich, dass das psychische Befinden einer Frau die Prostaglandin-Produktion beeinflusst. Einen anderen Einfluss könnten Ernährungsgewohnheiten oder Diäten haben.

## **Was kann man gegen Menstruationsbeschwerden tun?**

Es gibt viele unterschiedliche Mittel und Methoden, um Menstruationsbeschwerden zu vermindern oder ihnen vorzubeugen. Manche werden nur dann eingesetzt, während eine Frau ihre Periode hat, andere beeinflussen den gesamten Monatszyklus (wie die „Pille“), den Lebensstil oder die Ernährung. Sie zielen mehr oder weniger darauf ab,

- die Ursache der Krämpfe zu beeinflussen (zum Beispiel die Hormonproduktion),
- Schmerzen und Unwohlsein zu lindern,
- das vom Gehirn gesteuerte Schmerzempfinden zu beeinflussen, und / oder
- der Frau im Umgang mit ihren Beschwerden zu helfen.

Frauen erhalten viele verschiedene, zum Teil widersprüchliche Ratschläge zu Menstruationsbeschwerden – von Ärztinnen und Ärzten, aber auch von anderen Frauen, Freundinnen, Müttern und Schwestern. Zum Beispiel empfehlen manche Menschen Bettruhe, solange die Schmerzen andauern, andere ermuntern zu möglichst normaler Aktivität und warnen davor, sich ins Bett zu legen, weil dies das körperliche und seelische Wohlbefinden eher verschlechtere. Leider gibt es nicht viele wissenschaftliche Nachweise dazu, welche Behandlungsmethoden am besten helfen. Viele Frauen probieren daher verschiedene Möglichkeiten aus und lernen aus eigener Erfahrung, was ihre Beschwerden am zuverlässigsten lindert. Einige dieser Möglichkeiten sind:

- Methoden, um Krämpfe zu lösen und Schmerzen zu lindern: Bewegungs-, Entspannungs- und Atemübungen (zum Beispiel Yoga); Wärmeanwendungen (Bäder, Wärmflaschen oder -auflagen, Sauna); Massage,
- Schmerzmittel (NSAR wie Ibuprofen oder Diclofenac, Paracetamol),
- hormonelle Wirkstoffe wie Gestagen und Östrogen, die in verschiedenen Kombinationen in „Pillen“-Präparaten enthalten sind, oder als Gestagen-Monopräparat („Minipille“).
- Methoden der psychologischen Schmerztherapie (zum Beispiel Verhaltenstherapie zur Schmerzbewältigung, Biofeedback, Atemübungen, Entspannungstechniken),
- Verfahren, die den Schmerzreiz beeinflussen sollen, wie Akupunktur, Akupressur oder TENS (transkutane elektrische Nervenstimulation),
- pflanzliche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel,
- Diäten, die die Hormonproduktion regulieren sollen (wie zum Beispiel eine fettarme vegetarische Ernährung, salzarme Kost) oder die Erhöhung der Trinkmenge,
- alternative Verfahren wie Homöopathie oder Chiropraktik,
- chirurgische Behandlung

## Welche Mittel helfen?

Schmerzmittel aus der Gruppe der NSAR und hormonelle Wirkstoffe können Menstruationsbeschwerden nachweislich lindern. So können NSAR die Anzahl der Frauen, die wegen ihrer Schmerzen nicht zur Arbeit oder zur Schule gehen können, von 7 auf 3 von 10 dieser Frauen senken. Mehr darüber können Sie [>hier<](#) lesen. Es gibt schwache Hinweise darauf, dass die Einnahme von Fischöl, Vitamin B oder Magnesium die Beschwerden vermindern könnten. Um hier eine verlässliche Aussage treffen zu können, ist mehr Forschung nötig. Ein Nutzen chirurgischer und chiropraktischer Verfahren gegen Regelschmerzen konnte wissenschaftlich bisher nicht ausreichend nachgewiesen werden.

Die Einnahme von NSAR kann unerwünschte Wirkungen haben. Die häufigsten unerwünschten Wirkungen von NSAR sind Magenbeschwerden, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerz und Benommenheit. Auch für manche pflanzlichen Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel sind Nebenwirkungen bekannt. Informationen zur Anwendung und zu möglichen Neben- und Wechselwirkungen alternativer Medikamente und Behandlungsmethoden finden Sie [>hier<](#).

Menstruationsbeschwerden bei jungen Frauen schwächen sich mit der Zeit oft ab. Sind die Schmerzen aber so stark, dass sie regelmäßig zu einer „Auszeit“ zwingen, kann es hilfreich sein, eine Ärztin oder einen Arzt um Rat zu fragen. Mit ärztlicher Hilfe lässt sich herausfinden, ob die Beschwerden auf eine Erkrankung, wie zum Beispiel Endometriose, oder andere Gesundheitsprobleme hinweisen und welche Behandlungsmöglichkeiten geeignet sind.

Die wichtigsten Informationen zu Endometriose können Sie in unserem [>Merkblatt<](#) lesen, oder Sie schauen sich unseren kurzen [>Film<](#) an.

## Quellen:

Marjoribanks J, Proctor ML, Farquhar C. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. [Cochrane-Zusammenfassung]

<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001751/frame.html>

Proctor ML, Farquhar CM. Dysmenorrhea. *Clin Evid* 2007; 3: 813.

Proctor ML, Murphy PA, Pattison HM, Suckling J, Farquhar CM. Behavioural interventions for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2007, Issue 3.

[Cochrane-Zusammenfassung]

<http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD002248/frame.html>

Zhu X, Proctor M, Bensoussan A, Smith CA, Wu E. Chinese herbal medicine for primary dysmenorrhea. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2007, Issue 4.

[Cochrane-Zusammenfassung]

<http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD005288/frame.html>

## Zusatzelement: Diagnose

### Wann können starke Regelschmerzen auf eine Endometriose hinweisen?

**Regelschmerzen sind weit verbreitet: Etwa die Hälfte aller Frauen haben damit zu tun. Einige Frauen haben so starke Beschwerden, dass sie jeden Monat für ein bis drei Tage nicht in der Lage sind, ihren alltäglichen Aktivitäten nachzugehen. Schmerzmittel in normalen Dosierungen helfen dann oft nicht mehr. Wenn dies auch bei Ihnen so ist, könnte es sein, dass Sie eine Endometriose haben.**

Endometriose ist eine der häufigsten gynäkologischen Erkrankungen von Frauen zwischen Pubertät und Wechseljahren. Trotz ihrer weiten Verbreitung ist sie wenig bekannt und wird oft erst viele Jahre nach Auftreten der Beschwerden diagnostiziert. Bei der Endometriose wächst Gebärmutter Schleimhaut (Endometrium) auch außerhalb der Gebärmutter. Diese so genannten Endometrioseherde sind gutartig und führen nicht bei allen Frauen zu spürbaren Beschwerden. Mehr über Endometriose können Sie [>hier<](#) lesen.

Wenn Sie vermuten, dass Sie eine Endometriose haben, ist es wichtig, eine Ärztin oder einen Arzt zu finden, die oder der sich ernsthaft mit Ihren Beschwerden auseinandersetzt und sich die Zeit nimmt, Ihre Probleme umfassend mit Ihnen zu besprechen.

Viele junge Mädchen und Frauen haben zwar stärkste Schmerzen und Krämpfe im Zusammenhang mit ihrer Menstruation, glauben aber lange Zeit, dies sei normal. Bis sie wegen ihrer Beschwerden zum Arzt gehen, versuchen die meisten Frauen, irgendwie mit ihnen zurechtzukommen. Neben den Schmerzen ist das Ausbleiben einer Schwangerschaft ein häufiger Grund, ärztliche Hilfe zu suchen. Wenn die Diagnose schließlich gestellt ist, ist oft eine Behandlung möglich, die die Schmerzen lindert oder ganz verschwinden lässt. Dies und der Ausschluss einer Krebserkrankung bedeutet für viele Frauen eine große Entlastung. Auch bei ungewollter Kinderlosigkeit können bestimmte Behandlungsmethoden in vielen Fällen helfen. Mehr darüber können Sie [>hier<](#) lesen.

### Anamnese

Der erste Untersuchungsschritt ist ein ausführliches Gespräch mit Ihrer Haus- oder Frauenärztin beziehungsweise Ihrem Haus- oder Frauenarzt über die Art Ihrer Beschwerden, die „Anamnese“. Damit sie oder er sich ein Bild machen kann, ist es wichtig, dass Sie bei diesem Gespräch umfassend über alle Symptome berichten: Seit wann Sie die Schmerzen haben, wie stark sie sind, an welcher Körperstelle sie sich bemerkbar machen, wie Sie sie empfinden, wann oder unter welchen Umständen sie auftreten (zum Beispiel im Zusammenhang mit Ihrer Periode, während oder nach dem Geschlechtsverkehr). Auch die Auswirkungen, die die Schmerzen für Sie haben, können Aufschluss über Ihre Erkrankung geben: Zum Beispiel, ob Ihre Beschwerden Sie regelmäßig daran hindern, Ihren alltäglichen Aktivitäten nachzugehen, oder ob Ihr Sexualleben darunter leidet.

## **Gynäkologische Tastuntersuchung**

Für eine gynäkologische Tastuntersuchung streift die Ärztin oder der Arzt sterile Handschuhe über und ertastet Umrisse und Beschaffenheit der Organe im Beckenraum. Dies geschieht mit ein oder zwei Fingern der einen Hand von innen über die Scheide und / oder den After, von außen mit der anderen Hand über die Bauchdecke. Dabei prüft die Ärztin oder der Arzt, ob leichtes Bewegen der Gebärmutter, Druck auf die Seiten, die Haltebänder der Gebärmutter und auf den Bereich zwischen Gebärmutter und Mastdarm schmerzhaft sind. Auch wenn sich Knoten und Verhärtungen im Beckenbindegewebe ertasten lassen, kann dies ein Hinweis auf Endometriose sein. Eine gynäkologische Untersuchung umfasst in der Regel auch eine Sichtuntersuchung mit einem Scheidenspiegel (Spekulum). Erst wenn Anamnese, Sicht- und Tastuntersuchung Hinweise auf eine Endometriose ergeben haben, lässt sich entscheiden, ob weitere Untersuchungen sinnvoll sind.

## **Ultraschall**

Eine Ultraschalluntersuchung kann schmerzlos und ohne Eingriff durchgeführt werden. Ultraschallbilder, die durch die Bauchdecke aufgenommen werden, können Hinweise auf größere Endometrioseherde und -zysten liefern oder auf Beeinträchtigungen anderer Organe, zum Beispiel der Nieren. Kleine Herde und auch Verwachsungen sind im Ultraschallbild nicht zu erkennen und bleiben bei diesem Diagnoseverfahren daher unentdeckt. Eine durch die Vagina ausgeführte Ultraschalluntersuchung ist besser geeignet, um Hinweise auf eine Eierstocks-Endometriose zu erhalten.

Wenn keine behandlungsbedürftigen Veränderungen gefunden wurden, kann nach Abschluss dieser Untersuchungen in manchen Fällen bereits eine Entscheidung über eine mögliche Therapie getroffen werden. Ob weitergehende Untersuchungen durchgeführt werden, hängt unter anderem davon ab, wie stark die Beschwerden sind.

## **Bauchspiegelung**

Um mit einiger Sicherheit feststellen zu können, ob bei Ihnen eine Endometriose vorliegt, kann eine Bauchspiegelung (Laparoskopie) nötig sein. Dabei handelt es sich um einen Operation, die mindestens zwei kleine Einschnitte erfordert und unter Vollnarkose durchgeführt wird. Weil eine Bauchspiegelung wie jeder andere operative Eingriff mit Risiken verbunden ist, wird sie in der Regel erst dann durchgeführt, wenn starke Schmerzen die Lebensqualität und den Alltag einer Frau massiv beeinträchtigen oder die Funktion mitbetroffener Organe beeinträchtigt ist. Die Laparoskopie soll die Diagnose sichern, bevor über weitere Behandlungsmöglichkeiten entschieden wird. So sollte zum Beispiel eine Therapie mit GnRH-Analoga (hormonellen Wirkstoffen) wegen ihrer möglichen Nebenwirkungen nicht ohne abgesicherte Diagnose begonnen werden.

Bei einer Bauchspiegelung wird eine winzige Kamera durch einen Schnitt in Höhe des Bauchnabels in die Bauchhöhle eingeführt. Sie liefert Bilder der Organe im Bauchraum und im Becken. Auf diese Weise lassen sich auch kleine Endometrioseherde und Verwachsungen finden, die bei einer Tastuntersuchung nicht auffallen. Bei diesem Verfahren ist es gleichzeitig möglich, einzelne Endometrioseherde zu entfernen und Gewebeproben zur Sicherung der Diagnose oder auch anderer Erkrankungen zu

entnehmen (Biopsie). Wie gut eine Laparoskopie zur Behandlung von Endometriose gelingt, hängt zu einem großen Teil von der Erfahrung der Chirurgin oder des Chirurgen ab.

Andere Untersuchungen sind in den meisten Fällen nicht notwendig. Mehr darüber können Sie >hier< lesen. Über Regelschmerzen können Sie sich in unserem >Merkblatt< informieren.