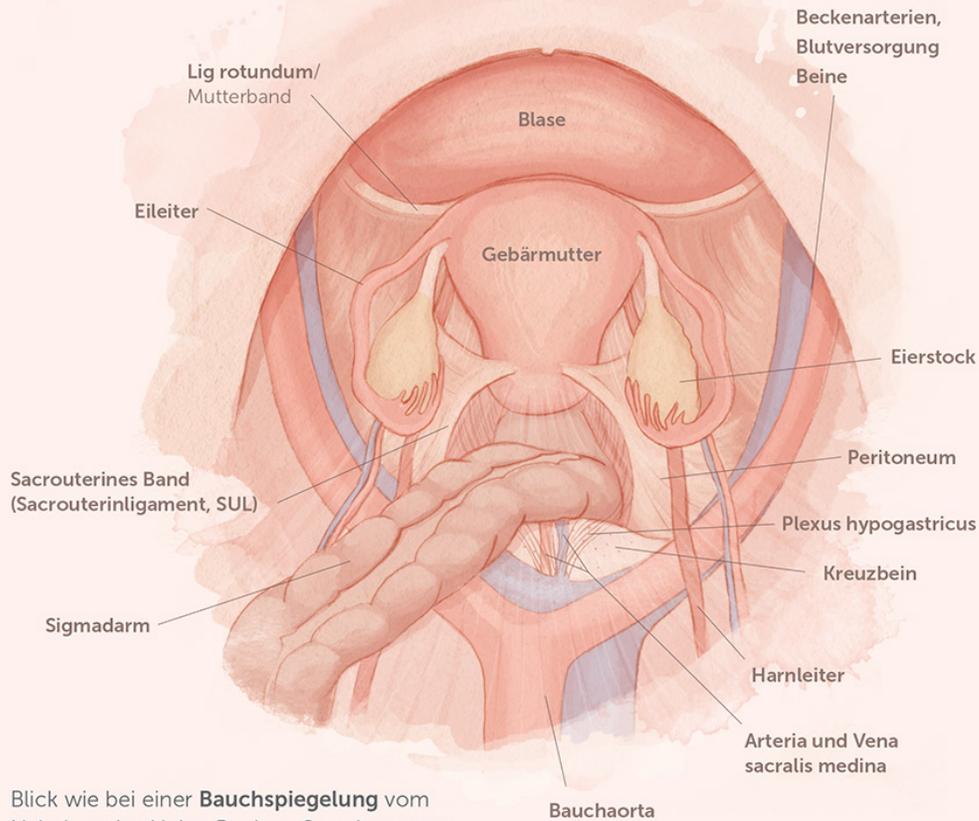


## DER WEIBLICHE UNTERLEIB



Blick wie bei einer **Bauchspiegelung** vom Nabel aus ins kleine Becken. So schaut man bei einer Operation auf die Genitalorgane.

Endometriose außerhalb der Gebärmutter ist die am häufigsten vorkommende Form der Endometriose. Nur sehr selten haben Frauen beispielsweise einen außerhalb des Bauchfells gelegenen Befund, der gar nichts mit dem Bauchraum zu tun hat.

## Diffuse und fokale Formen der Adenomyose

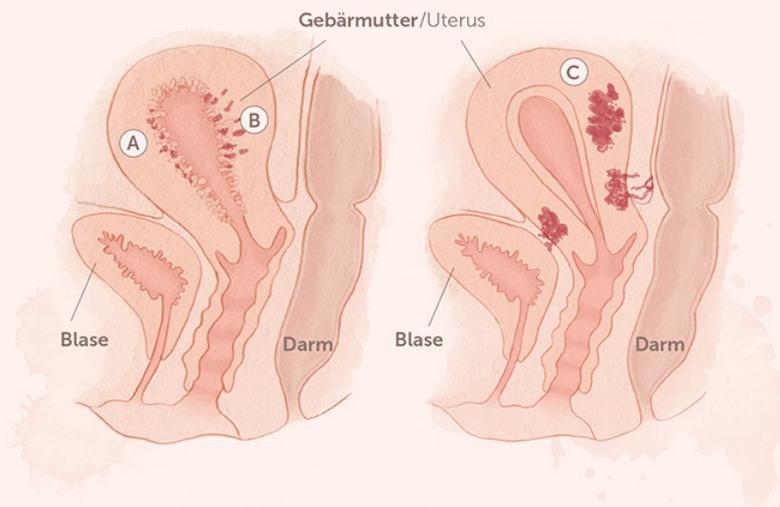
Bei der Adenomyose (Endometriosis genitalis interna) kommt es zur Ansiedlung von Herden innerhalb der Gebärmuttermuskelwand, dabei unterscheiden wir diffuse und fokale Formen. Bei den **diffusen Formen** ist eine Gebärmutterwand asymmetrisch verdickt, manchmal auch beide Wände, und die Gebärmutter ist insgesamt vergrößert. Meist erscheint die Wand im Ultraschall inhomogen mit Streifen oder hellen Schleimhaut-Inseln und die innere Muskelschicht der Gebärmutterwand (Junktionalzone) ist auffällig. Es können sich aber auch kleine Zysten (mit Flüssigkeit gefüllte Bläschen) bilden, die verteilt vorliegen. Bei den **fokalen Formen** ist der Großteil der Gebärmutter ohne Befund und nur an einer Stelle der Muskelwand zeigt sich eine Raumforderung, die leicht mit einem Myom (gutartiger Muskelknoten der Gebärmutter) verwechselt werden kann.

## Tief infiltrierende Endometriose (TIE)

Die tief ins Organewebe eindringenden Formen der Endometriose sind zum Glück am seltensten. Bei etwa zehn Prozent der betroffenen Frauen kommt es jedoch vor, dass Endometriose-Herde die Organgrenzen nicht respektieren, sondern darüber hinaus auch in andere Organe hineinwachsen. TIE ist die gefährlichste Form der Endometriose: So kann sie beispielsweise durch die Verlegung des Harnleiters zu einem Nierenstau oder durch Verlegung des Darmlumens zu einem Darmverschluss führen. Das kommt zwar selten vor, sollte man aber immer im Hinterkopf behalten.

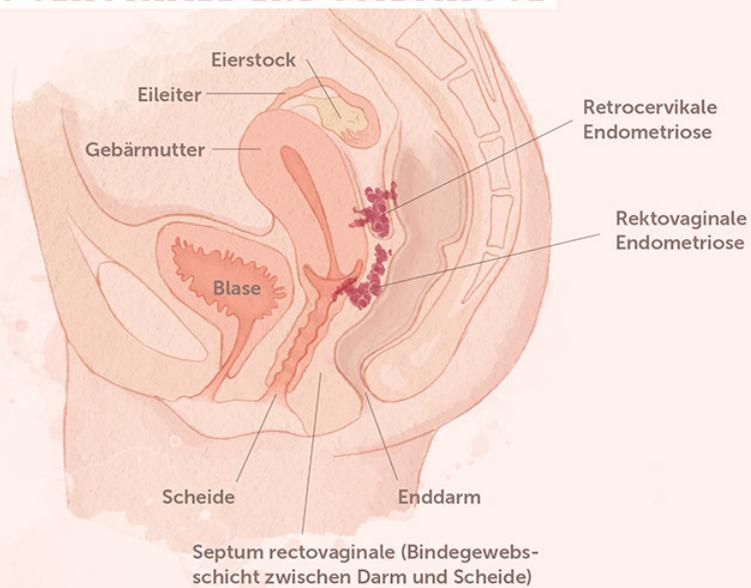
Am häufigsten sind die retrocervikale und die rektovaginale Endometriose. Diese wachsen vom inneren Gebärmutterhals (retrocervikal) und/oder von den sacrouterinen Bändern (rechts und links) oder auch mittig vom Douglas-Raum in die Tiefe (rektovaginal). Wenn sich gebärmutterschleimhautartiges Gewebe von dort ausbreitet, kann es sich weiter im sogenannten Septum rectovaginale, einem bindegewebigen Raum zwischen oberer Scheide und Darm, ansiedeln und dann im hinteren Scheidengewölbe sichtbar werden. Oder die Befunde wachsen von den sacrouterinen Bändern aus mehr seitlich und können dann die Harnleiter erreichen. Beide Formen der Endometriose können auch in die Darmwand hineinwachsen. Ebenso kann an der vorderen Seite der Gebärmutter eine Adenomyose auf die Blase übergehen und sich in der Blase ausbreiten. Hier spricht man von einer Blasenendometriose.

## OBERFLÄCHLICHE, DIFFUSE UND FOKALE ADENOMYOSE



- Ⓐ oberflächliche Herde in der Übergangszone Schleimhaut/Muskulatur
- Ⓑ diffuse Herde, die bereits in die Gebärmutterwand einwachsen
- Ⓒ fokale Herde, die darüber hinaus in benachbarte Organe hineinwachsen können

## REKTOVAGINALE UND RETROCERVIKALE ENDOMETRIOSE



Bei tief infiltrierender Endometriose (TIE) besteht meist irgendwie eine Verbindung oder Berührung zur Gebärmutter. Sie ist, wie gesagt, das zentrale Organ bei dieser Erkrankung. Auch andere Stellen des Darms können betroffen sein, die nach meinen Beobachtungen aber auch immer Kontakt zur Gebärmutter haben. Häufig ist dann noch das Sigma betroffen, der nächste Darmabschnitt, der meist in einer Schlaufe im kleinen Becken liegt und Kontakt zur Gebärmutter haben kann, oder auch der Coecalpol (der Beginn des Dickdarmes auf der rechten Bauchseite) und der Blinddarm selbst. Die anderen Darmabschnitte sind eher selten betroffen.

## Endometriose außerhalb des Bauchraums

Der Begriff **extragenitale Endometriose** beschreibt Endometriose-Herde, die sich nicht im Bereich der inneren Geschlechtsorgane manifestieren, sondern sich außerhalb des kleinen Beckens angesiedelt haben. Sie können zwar auch klein und oberflächlich sein, dringen leider jedoch meist tief ins Gewebe des betroffenen Organs ein.

So können sich Zellen auch weiter oben im Bauchraum ansiedeln, weil die Bauchfellflüssigkeit aufgrund der Atmung und des sich hebenden und senkenden Zwerchfells einer inneren Fließrichtung folgt. Typisch sind solche Herde in der Rinne zwischen aufsteigendem Dickdarm und Bauchwand sowie in der rechten Zwerchfellkuppel. Links können auch Herde vorkommen, doch sind sie dort selten. Die Gebärmutter ist außerdem über das innere Mutterband mit der Leiste verbunden. Frauen spüren dieses Band vor allem bei Schwangerschaften, wenn sich die Gebärmutter aufrichtet und es zu ziehenden Schmerzen bis in die Schamlippen kommt. Auch entlang des Leistenbandes können sich Endometriose-Herde ausbreiten, das ist aber wirklich selten – bei 20.000 Fällen in der Charité kam das bisher dreimal vor. Auch die primäre Nabelendometriose ist selten: Bei 20.000 Fällen in der Charité kam sie bisher 15-mal vor. Die Bauchdeckenendometriose wiederum ist etwas häufiger (bei 20.000 Charité-Fällen kam sie etwa 50-mal vor), als Folge von Operationen durch verschlepptes Endometriose-Gewebe (verloren in der Bauchdecke) oder nach einem Kaiserschnitt durch das Öffnen der Gebärmutter.

Endometriose kann auch im Lungengewebe vorkommen, das ist zum Glück jedoch ausgesprochen selten (bei 20.000 Charité-Fällen kam das bisher dreimal vor). Absolute Raritäten sind Beschreibungen von zyklischem Nasenbluten, Endometriose-Herden im

Gehirn, in den Augen, in den Gelenken und so weiter – ich persönlich kenne nicht einen solchen Fall (sondern nur aus der internationalen Literatur).

## Verschiedene Klassifikationssysteme

Die Art und die Ausdehnung der Endometriose werden zur besseren klinischen Unterscheidung mithilfe verschiedener Klassifikationssysteme eingeteilt. Die wichtigsten werden im Folgenden vorgestellt. Die Klassifikation der American Society for Reproductive Medicine (ASRM) wurde nach einer Überarbeitung aktualisiert und ist als **rASRM-Klassifikation** international anerkannt. Sie beschreibt jedoch nur die Endometriose im Bauchraum (Endometriosis genitalis externa), und zwar nach folgenden Kriterien:

- Ausdehnung der Läsionen in cm<sup>2</sup> auf dem Bauchfell
- Sind die Herde oberflächlich oder tiefer als fünf Millimeter ins Gewebe eingewachsen?
- Die Eierstöcke sind gesondert zu betrachten: Sind die Herde oberflächlich oder tiefer (das wären dann Zysten)?
- Beschreibung der Verklebungen (zart oder dicht, mehr als 1/3, 2/3 oder 3/3 der Ovarloge einnehmend; Fossa ovarica, da, wo der Eierstock an der Beckenwand anliegt)
- Ist der Douglas-Raum verlötet oder nicht?
- Sind die Eileiter offen?

Entsprechend der Untersuchungsergebnisse werden Punkte vergeben, aus denen sich der Score errechnet. Es gibt vier Stadien: I bis IV. Man kann grob sagen, dass bei rASRM I und II Bauchfellherde führend sind, eventuell können zusätzlich kleine Endometriome (Zysten) vorkommen oder minimale Verklebungen. Beim Stadium III bis IV liegen meist ausgedehnte Verklebungen und auch Zysten vor. Jede Zyste ab drei Zentimetern Größe verlangt automatisch nach einem Punktescore des Stadiums III. Was man auf jeden Fall sagen kann, ist, dass bei Stadium III und IV durch die Zysten und Verklebungen die Anatomie stärker verändert ist und sich die Chance für eine natürliche Befruchtung verschlechtert.

Diese Einteilung nach Stadien ist in jedem Fall hilfreich für die Einschätzung der Situation, aber sie hat definitiv ihre Grenzen, denn sie lässt die Adenomyose und die tief infiltrierenden Herde völlig unberücksichtigt. Von manchen tief ins Organewebe