

Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit für Beratung und Therapie

SCHWERPUNKT

Endometriose

Harriet Langanke

Der Begriff Endometriose leitet sich von Endometrium ab, dem Fachbegriff für die Gebärmutter-schleimhaut. Die medizinische Leitlinie¹ beschreibt Endometriose als „das Vorkommen endometrium-artiger Zellverbände außerhalb des Cavum uteri“, also der Gebärmutterhöhle.

Vorwiegend findet sich das bei einer Endometriose versprengte Gewebe im Bauchraum (am Bauchfell: „Peritoneale Endometriose“) und an den benachbarten Organen der Gebärmutter wie den Eierstöcken („Ovarial-Endometriose“). Die Diagnose lautet dann „Endometriosis genitalis externa“. Von einer „Endometriosis genitalis interna“ oder auch „Adenomyose“ spricht man, wenn die Gebärmuttermuskulatur betroffen ist.

Sehr häufig siedelt sich das Gewebe auch im Douglas’schen Raum zwischen Gebärmutter und

Enddarm an. Nur sehr selten findet sich Endometrium an weiteren Organen („Endometriosis extragenitalis“).

Das Endometrium verändert sich im Laufe des Menstruationszyklus. Hormonell gesteuert, besonders von der Östrogen- und Progesteron-Produktion, baut es sich nach der Monatsblutung auf, damit sich eine möglicherweise befruchtete Eizelle einnisten kann. Bleibt die Befruchtung aus, wird die dann nicht mehr benötigte Schleimhaut abgestoßen und mit der nächsten Regelblutung ausgeschieden.

Dieser hormonellen Steuerung unterliegen alle Endometriumszellen, also auch solche, die sich außerhalb der Gebärmutterhöhle angesiedelt haben. Wegen der Abhängigkeit vom Menstruationszyklus beschränkt sich Endometriose auf die fruchtbare Lebensphase von Frauen.

Die Wucherungen, die bei einer Endometriose entstehen, sind grundsätzlich gutartig. Ausnahmen sind selten. Endometriose gilt als eine chronische Erkrankung mit Unterbauchschmerz als Leitsymptom. Sie kann zudem zu Unfruchtbarkeit führen.



SCHWERPUNKT - ENDOMETRIOSE

Endometriose	Seite 1
Endometriose: Psychosomatik als Chance für den Umgang mit einer chronischen Erkrankung	Seite 4
Mit Endometriose – besser – leben	Seite 6

AKTUELLE INFORMATIONEN

Neue Leitlinien Chlamydieninfektion	ab Seite 8
Nebenwirkungen der Hormonspirale	
Palbociclib bei Brustkrebs / DPM Brustkrebs	
Wechselwirkungen bei Kontrazeptiva	
Mutterschutz – neue Bestimmungen	
Broken Heart Syndrome	

Obwohl sich der Begriff Endometriose² erst Anfang des 20. Jahrhunderts etablierte, berichten schon medizinische Veröffentlichungen aus dem 17. Jahrhundert von Verwachsungen durch Endometrioseherde im Bauchraum³.

Wie viele Frauen sind betroffen?

Da nicht alle Ansiedlungen des Endometriums außerhalb der Gebärmutter Symptome verursachen, lässt sich die Zahl der betroffenen Frauen schwer schätzen. Dennoch gehört die Endometriose zu den häufigsten gynäkologischen Erkrankungen. Fachleute vermuten, dass in Deutschland zwischen fünf und 15 Prozent aller Frauen im gebärfähigen Alter betroffen sind. Jedes Jahr kommen rund 40.000 neue Diagnosen hinzu.⁴

Bis zu 50 Prozent der Frauen, die so genannte Endometriose-Herde oder -Inseln im Bauchraum haben, sind symptomlos. Endometriose wird dann meist zufällig bei Bauchspiegelungen oder anderen Operationen entdeckt.

Allerdings gehört Endometriose zu den häufigsten Ursachen für Sterilität, wobei der kausale Zusammenhang nicht geklärt ist. Die versprengten Endometriumszellen können beispielsweise die Tuben verkleben, die damit undurchgängig werden. Die Zahlen für Endometriose als Ursache von Sterilität schwanken je nach Quelle zwischen 20 bis 30 Prozent⁵ und 40 bis 60 Prozent⁶.

Wie macht sich eine Endometriose bemerkbar?

Oft verläuft eine Endometriose symptomlos. Allerdings wird sie auch oft nicht diagnostiziert und es kommt vor, dass Frauen unter Beschwerden leiden, ohne eine Endometriose als Ursache zu kennen.

Die Stärke und die Art der Beschwerden variieren sehr individuell, je nach Lokalisation und entsprechender Beeinträchtigung. Viele betroffene Frauen erleben Unterbauchschmerzen, meist als krampfartig. Diese werden zudem gelegentlich von Übelkeit, Erbrechen und Durchfall begleitet. Oft nehmen die Beschwerden im Laufe der Zeit zu.

Besonders vor und während der Menstruation kann eine Endometriose krampfartige und andere Schmerzen (Dysmenorrhöen) im Unterbauch verursachen, die teilweise in den Rücken und in die Beine ausstrahlen können. Aber auch zur Zyklusmitte, während des Eisprungs, kann die Endometriose Schmerzen auslösen. Grundsätzlich kann eine Endometriose sowohl mit besonders starken Regelblutungen als auch mit Schmierblutungen einhergehen.

Manchmal weisen auch Schmerzen bei Geschlechtsverkehr (Dyspareunie) oder gynäkologischen Untersuchungen – und teils auch danach – auf eine Endometriose hin.

Bei einer Endometriose kann der Körper die blutenden und abgestoßenen Gewebezellen, die sich außerhalb der Gebärmutter angesiedelt haben, nicht mit der Menses ausscheiden. Der Abbau erfolgt dann sehr viel langsamer. Manchmal staut sich das Blut und es bilden sich Endometriose-Zysten. Sammelt sich beispielsweise in Hohlräumen der Ovarien Blut, das nicht abfließen kann und dunkel gefärbt ist, können sich so genannte Schokoladenzysten bilden.

Gelegentlich finden sich Endometriose-Inseln auch an oder in der Blase oder auch am oder im Darm, wo sie Blähungen oder auch Schmerzen, besonders beim Entleeren, verursachen können.

Sicher lässt sich eine Endometriose nur diagnostizieren, wenn anlässlich einer Bauchspiegelung (Laparoskopie) oder einer anderen Operation im Bauchraum, Endometriose-Zellen feingeweblich untersucht werden.

Doch auch Tastbefunde, vor allem zur Beweglichkeit der Organe, und bildgebende Verfahren wie Ultraschalluntersuchungen können Hinweise auf eine Endometriose geben. Unverzichtbar ist eine sorgfältige Anamnese im Rahmen eines ausführlichen Gesprächs.

Endometriose wird oft erst spät erkannt, weil nicht wenige Patientinnen Symptome wie Regelschmerzen für „normal“ halten.

Je nach Schwere der Beschwerden lassen sich Endometriose-Stadien in vier Gruppen einteilen: I und II stehen für leichte, III für moderate und IV für schwere Erscheinungsformen. Die Beschwerden müssen dabei weder mit der Größe der versprengten Schleimhautzellen noch ihrer Lokalisation korrelieren.

Woher kommt die Endometriose und was lässt sich dagegen tun?

Über die Entstehung der Endometriose existieren verschiedene Theorien, bis heute sind weder ihre Ätiologie noch ihre Pathogenese geklärt. Eine Hypothese geht davon aus, dass Endometriose genetisch verursacht ist. Andere vermuten, dass Endometriumszellen unter bestimmten Umständen durch die Eileiter, also „retrograd“, in das kleine Becken wandern oder dass sie über Blut- und Lymphgefäße an andere Orte transportiert werden. Vermutet wird auch, dass die Endometriumszellen autochton, also erst am Zielort, entstehen.

Endometriose kann bis heute nicht geheilt werden. Meist enden die Beschwerden erst mit dem Ende des gebärfähigen Alter.

Indikation für eine operative oder medikamentöse Behandlung sind anhaltende Schmerzen, unerfüllter Kinderwunsch und Funktionseinbußen eines betroffenen Organs. Eine Frau mit Endometriose, aber ohne Beschwerden, ohne Kinderwunsch und ohne Beeinträchtigung eines Organs, muss nicht behandelt werden.

Ob eine chirurgische Entfernung der Endometriumsinseln möglich ist, kann nur individuell geklärt werden. Oft sind die Inseln schwer erkennbar oder nicht vollständig zugänglich. Narben und Verwachsungen können auch nach einer Operation zu Beschwerden führen.

Mit oralen oder intra-uterinen Hormon-Präparaten lässt sich der zyklische Auf- und Abbau der Gebärmutter-schleimhaut unterdrücken. Das beseitigt zwar nicht die Endometriose an sich, kann aber ihre Symptome lindern. Problematisch ist eine hormonelle Behandlung mit Antikonzeptiva jedoch, wenn ein Kinderwunsch besteht.

Ebenfalls zum Lindern der Symptome können Schmerzmittel eingesetzt werden. Bewährt haben sich nicht-steroidale Antirheumatika wie Acetylsalicylsäure, Diclofenac und Ibuprofen; bei starken Schmerzen auch Opioide. Welche Substanzen zum Einsatz kommen, ob sie beispielsweise eher gegen Krämpfe oder andere Schmerzen wirken sollen, hängt vom individuellen Beschwerdebild ab.

Da es keine Heilung der Endometriose gibt, zielen ärztliche Hilfen in erster Linie auf eine Linderung der Symptome. Auch wenn es an Studien und Evidenz fehlt, berichten Betroffene immer wieder von den Erfolgen komplementärer Therapien. Genannt werden beispielsweise Homöopathie, (Traditionelle) Chinesische Medizin und Yoga. Aber auch psychotherapeutische Begleitung und ein verändertes Ernährungsverhalten können die Symptome einer Endometriose wirksam lindern.

Frauen mit Endometriose können auch Angebote der Selbsthilfe nutzen. Unabhängige Endometriose-Vereinigungen⁷ vertreten die Interessen betroffener Frauen; sie bieten auch regionale Kontaktadressen beispielsweise von spezialisierten Praxen oder Selbsthilfegruppen an.

Aktuell erfährt das Thema Endometriose in angelsächsischen sozialen Netzwerken besondere Aufmerksamkeit. Denn eine Studie der Universität Sydney in Australien will untersuchen, wie sich Endometriose auf das Sexualleben von Männern auswirkt. In Anbetracht fehlender Endometriose-Forschung aus Frauensicht führte das Vorhaben zu zahlreichen kritischen Kommentaren.⁸ ■

wissenschaftliche Beratung: Elisabeth Köhler



Endnoten

- 1 www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-045l_S2k_Diagnostik_Therapie_Endometriose_2013-10-verlaengert.pdf
Abruf 10.06.17
- 2 John A. Sampson: *Peritoneal endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity*. In: *Am J Obstet Gynecol.* 14 (1927), S. 422–429.
- 3 Daniel Shroen: *Disputatio inauguralis medica de ulceribus uteri*. Dissertation. Universität Jena, 1690.
- 4 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA, www.frauengesundheitsportal.de/themen/endometriose/
Abruf 26.05.17
- 5 Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), www.gesundheitsinformation.de/endometriose.2474.de.html
Abruf 26.05.17
- 6 Frauenärztliche Berufsverbände
www.frauenaerzte-im-netz.de/de_endometriose-was-ist-endometriose_315.html
Abruf 26.05.17
- 7 www.endometriose-vereinigung.de/selbsthilfegruppen.html
- 8 www.dailymail.co.uk/news/article-4554316/Sydney-Uni-survey-asks-men-impact-endometriosis-sex-life.html

SCHWERPUNKT

Endometriose - Mit der Diagnose ist das Problem nicht gelöst!

Psychosomatik als Chance für den Umgang mit einer chronischen Erkrankung

Claudia Schumann

Das Problem ist bekannt: Viele Frauen haben über Jahre immer wieder Unterleibsbeschwerden und Regelschmerzen, sie gehen damit von Arzt zu Ärztin, fühlen sich „nicht ernst genommen oder als psychosomatisch abgekanzelt“¹ – bis dann nach Jahren durch eine Bauchspiegelung die „richtige“ Diagnose gestellt wird: Endometriose. Damit verbindet sich die Hoffnung, dass endlich etwas gemacht werden kann und die Beschwerden ein Ende haben. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass die Diagnose erst der Anfang ist: „Eine Heilung der Endometriose ist derzeit nicht möglich.“² Im fol-

genden Beitrag geht es um den Umgang mit dieser Erkrankung, deren Ursache weiterhin unklar ist, die viele Frauen betrifft und deren Bewältigung sie und ihre ÄrztInnen vor große Herausforderungen stellt.

Die Diagnose

Endometriose gehört zum großen Spektrum des Krankheitsbildes „Chronischer Unterleibsschmerz“ (CUS), zu dem es eine eigene Leitlinie³ gibt. Man schätzt, dass 12% der Frauen in Deutschland von CUS betroffen sind, in den USA geht man sogar von 15% aus. „Der chronische Unterbauchschmerz ist ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz der Frau mit einer Dauer von mindestens sechs Monaten. Er führt zu einer deutlichen Einschränkung der Lebensqualität.“⁴ Sehr häufig, in 30 bis 40%, wird bei Frauen mit CUS eine Endometriose festgestellt. Hinweise darauf ergeben sich oft aus der Anamnese. Typisch sind zyklische perimenstruelle Schmerzen und Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (Dyspareunie). Goldstandard zur Bestätigung des Verdachts auf Endometriose ist die Bauchspiegelung mit Gewebeentnahme und histologischer Untersuchung. Wenn wegen Unterleibsbeschwerden eine Laparoskopie gemacht wird, findet man in mindestens 33% eine Endometriose. Zwischen den ersten Symptomen und der Diagnose vergehen im Schnitt sechs Jahre. Das bedeutet für die Frauen: Sie haben oft schon einen langen Leidensweg mit vielen ergebnislosen Konsultationen hinter sich.

Allerdings kann die Diagnose „Endometriose“ auch ein Zufallsbefund bei einer Operation aus anderen Gründen sein. Man geht davon aus, dass 30 bis 50% der Frauen mit Endometriose keine Schmerzen haben⁵. Bei manchen Frauen wird die Erkrankung erst im Rahmen der Abklärung eines unerfüllten Kinderwunsches festgestellt. Und „das Ausmaß der Erkrankung korreliert nicht zwingend mit dem Grad der Beschwerden“⁶, wie in vielen Studien nachgewiesen werden konnte.

Folgen der Diagnose für die Patientin

Gerade weil der Diagnose oft ein langer Suchweg

vorausgeht – unklare Schmerzen, unerfüllter Kinderwunsch – sind die Reaktionen darauf wechselhaft. Zunächst kann die Gewissheit erleichtern: „Ich habe etwas, es ist keine Einbildung, die Beschwerden haben einen Namen.“ Mit der Mitteilung verbindet sich allerdings oft die Ernüchterung: Man kann zwar etwas machen, aber es gibt keine endgültige Heilung, weder durch Operation noch durch Medikamente. Dass die chronischen Schmerzen nach vielleicht anfänglicher Besserung doch wieder auftauchen können, reduziert die anfängliche Erleichterung.⁷ Für Frauen, bei denen die Diagnose zufällig gestellt wurde, kommt schnell die Sorge: „Heißt das etwas für mich?“, „Muss etwas getan werden?“, „Werde ich Kinder bekommen können?“

In Zeiten der Informationsflut und von „Dr. Google“ kommen viele Fragen auf. Diverse Versprechungen verstärken die Suche nach der „richtigen“ Therapie, der „richtigen“ ärztlichen Betreuung.

Die Bedeutung der Arzt/Ärztin-Patientin-Beziehung

Viele Aspekte der Endometriose machen sie zu einer besonderen Erkrankung: Die Ursache ist ungeklärt, die Symptome gleichzeitig schillernd und diffus, die Folgen sind unterschiedlich belastend, die Therapieansätze unterschiedlich wirksam. Endometriose ist zwar eine „gutartige“ Erkrankung, aber sie kann massive Auswirkungen haben auf die Lebensqualität. Es bleibt vieles unklar, selbst wenn die Diagnose durch die Gewebeuntersuchung gesichert erscheint. Diese Unklarheit ist belastend und führt wieder selbst zu Beschwerden.

Auch wenn die Endometriose auf den ersten Blick eine „klassische körperliche Krankheit“ mit eindeutigen Organbefund zu sein scheint, ist es wichtig, den Blick zu öffnen: Der Umgang mit der Erkrankung muss die seelischen und sozialen Faktoren einbeziehen – von Anfang an.

Allerdings wird „die Behandler-Patientin-Beziehung oft von beiden Seiten als schwierig erlebt“⁸. Die behandelnden ÄrztInnen erleben typischerweise Gefühle wie Unsicherheit, Entscheidungsdruck,

Ungeduld, Ärger bis hin zur Ablehnung der Patientin. Der Aufbau einer (trotzdem!) „tragfähigen Arzt-Patientin-Beziehung“ ist extrem wichtig, wie die Berliner Gynäkologin und Hauptautorin der Leitlinie zum CUS Friederike Siedentopf nicht aufhört zu betonen.⁹

Was heisst das konkret?

Im Wesentlichen geht es um eine „gelassene, empathische, aktiv -stützende, symptom- und bewältigungsorientierte Grundhaltung, kurz: um einen professionell-gelassenen Umgang mit der „schwierigen“ Patientin. Wenn das nicht gelingt, besteht die Gefahr des „doctor-hoppings“, weil die Patientin sich immer wieder un- oder falsch verstanden fühlt und ihre (unrealistisch) hohen Erwartungen nicht erfüllt, aber auch nicht auf ein realistisches Maß reduziert werden.“¹⁰

Diese Mischung aus Empathie, Verständnis und Begrenzung gilt für alle Begegnungen: für die Anamnese, die körperliche Untersuchung, die Mitteilung der Diagnose und die Begleitung während der Therapie. Dabei sollte das Attribut „psychosomatisch“ kein Schimpfwort sein, wie es anscheinend leider oft ankommt, sondern eine Anerkennung: Chronischer Schmerz macht empfindlich(er) und kann zu Erschöpfung führen, Hoffnungslosigkeit (wenn keine Therapie auf Dauer wirkt) kann depressiv machen, Ängste (vor Sterilität) können gleichzeitig Hilflosigkeit und Wut auslösen. Es geht darum, die gegenseitige Bedingung von körperlichen und seelischen Faktoren für die Patientin verständlich zu machen. Mit dem Ziel, sie verlässlich zu begleiten und mit ihr zusammen Wege aus dem Dilemma zu finden.

Der Weg aus der Schmerz-Spirale

Schmerzwahrnehmung setzt sich bekanntlich zusammen aus der „Schmerzentstehung und der subjektiven Reaktion und Verarbeitung des Schmerzes“.¹¹ Menschen mit chronischen Schmerzen neigen dazu, körperliche Empfindungen besonders intensiv zu beobachten und sich aus Angst vor Verschlechterung zu schonen. Frauen mit Endome-



triose können über die Jahre in einen Teufelskreis gelangen von Dauerschmerz, Problemen in der Partnerschaft und im Berufsleben, depressiver Verstimmung und sozialem Rückzug¹². Alles verstärkt sich dabei gegenseitig im Sinn einer Abwärts-Spirale.

Neben einer operativen und/oder medikamentösen Behandlung ist es deshalb wichtig, bei Frauen mit Endometriose die seelischen Aspekte im Auge zu behalten, sie gleichzeitig somatisch und psychisch zu behandeln. Grundlage ist die geschilderte belastbare Beziehung, ein offenes Ohr haben, das Angebot: „Ich kann Ihnen nicht versprechen, dass Ihre Schmerzen ganz verschwinden, aber dass ich Sie dabei begleite, dass die Beschwerden erträglicher werden und das Leben wieder Spaß macht.“¹³ Dazu gehören unterschiedliche Methoden: Information, Ermutigung zu körperlicher Belastung und zu Sport, Entspannungsverfahren, Physiotherapie, Beratung bei Partnerkonflikten, Sexualberatung, Reha-Maßnahmen, im Einzelfall auch eine längerfristige Psychotherapie. Wenn es der Patientin gelingt, die Erkrankung in ihr Leben zu integrieren und im Sinn der Salutogenese aus der Ohnmacht in die Eigenständigkeit zu kommen, ist viel erreicht. ■

Endnoten

1 Hamann, Katharina (2017) in : Editorial GYNE 3/2017.

2 Bartley, Julia (2012): Endometriose, in: Leitfaden Psychosomatische Frauenheilkunde, Deutscher Ärzte-Verlag.

3 Siedentopf, Friederike et al. (2009): Chronischer Unterbauchschmerz der Frau; Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Verlag S. Kramarz Berlin.

4 *ibid*

5 s. Bartley

6 s. Siedentopf

7 Schumann, Claudia (2016): „Irgendwoher muss es doch kommen!“ – Psychosomatischer Umgang mit chronischen Unterleibsschmerzen; in: *gyne* 2/2016.

8 s. Schumann

9 s. Siedentopf

10 s. Schumann

11 s. Bartley

12 Leeners, Brigitte et al (2007): Psychosomatische Aspekte der Endometriose, in: *Gynäkologisch Geburtshilfliche Rundschau* 47 / 2007.

13 s. Schumann

Deutschsprachiges zur Endometriose

Alle zwei Jahre findet der Endometriose-Kongress der deutschsprachigen Länder statt.

Mehr Informationen und das diesjährige Programm finden sich auf der Website der Stiftung für Endometriose-Forschung.

Lesen Sie mehr: www.endometriose-sef.de/content.php?id=399&l1=2&l2=10&l3=4

Im März aktualisiert: www.frauengesundheitsportal.de/themen/endometriose/

SCHWERPUNKT

Mit Endometriose – besser – leben

Um Endometriose-Patientinnen zu behandeln, hat die klassische Schulmedizin nur begrenzte Möglichkeiten. Umso wichtiger sind für viele betroffene Frauen komplementäre Maßnahmen. Antonie Danz ist promovierte Ernährungswissenschaftlerin in Köln und berät Frauen, die unter Endometriose leiden. Im Interview erläutert sie Zusammenhänge und gibt Tipps.

Frage: Nahrungsmittel wirken in vielen Bereichen auf das Wohlbefinden ein. Aber kann spezielle Ernährung bei Endometriose helfen?

Ja, Ernährung kann bei Endometriose-Beschwerden sehr hilfreich sein und andere therapeutische Maßnahmen unterstützen. In der integrativen Beratungspraxis setze ich dort, wo die Ernährungswissenschaften nichts Fundiertes zu bieten haben, ganz auf Erfahrungswerte und berate auf der Grundlage der Chinesischen Medizin, kurz CM. Das hat sich gerade bei Frauen mit Endometriose

bewährt.

Frage: Inwiefern?

Die CM ist eine Symptom-orientierte Medizin und so müssen in der Anamnese die individuellen Symptome¹ erfasst und interpretiert werden. Dann wird die vorliegende Disharmonie behandelt. Wenn solche Disharmonien zu dem Syndrom einer „Blut-Stase“ führen, wird das in der westlichen Diagnostik als Endometriose bezeichnet. Es gibt einzelne Nahrungsmittel, die zur Auflösung von Blut-Stasen unterstützend eingesetzt werden können.

Frage: Welche sind das?

Bei der Auswahl der passenden Nahrungsmittel sind immer die individuellen Faktoren zu berücksichtigen, die zu der Erkrankung geführt haben². Wie gesagt, nach der CM gibt es nicht DIE Endometriose. Die ernährungstherapeutische Begleitung ist also individuell auf die einzelne Klientin abgestimmt. Einzelne Nahrungsmittel an dieser Stelle zu nennen, wäre daher nicht nur unangemessen, sondern auch wenig hilfreich.

Frage: Können Sie denn allgemeine Empfehlungen geben?

Nach meiner Praxiserfahrung hilft es vielen betroffenen Frauen bereits, auf Zucker weitestgehend zu verzichten, den Konsum an Milchprodukten zu reduzieren, weniger Brot und Backwaren, weniger Rohkost und Obst zu essen und stattdessen mehr gekochte Mahlzeiten zu sich zu nehmen. Der Fokus liegt auf mild gewürzten saisonalen Gemüse- und Getreidegerichten, die durch kleine Fleischmahlzeiten, ein- bis zweimal pro Woche, ergänzt werden können. Für Letztere eignen sich vor allem die 80 Grad-Methode sowie Suppen und Eintöpfe. Nach Gusto kann Fleisch durch Fisch ersetzt werden. Generell sind milde Garverfahren wie Dünsten, Blanchieren, Garen im Backofen, lange gekochte Suppen und Eintöpfe empfehlenswert. Regelmäßige Mahlzeiten, mit Ruhe und Achtsamkeit gegessen, - statt nebenbei, im Stehen oder Gehen, in

Hektik und Anspannung - können in ihrer Wirkung nicht hoch genug eingeschätzt werden. Das hilft Endometrioseklientinnen, die nicht selten unter emotionaler Anspannung und körperlichen Verspannungen leiden, ganz besonders.

Frage: In Ihren Büchern empfehlen Sie Betroffenen, die „Transformation der Nahrung“ zu verbessern und „Disharmonien zu vermeiden“. Haben Sie dazu noch weitere Tipps?

Extreme meiden! Nicht zu fett, zu süß, zu spät, zu viel – (vor allem nicht abends), zu kalt, zu heiß. Besser ist es, sich ‚in der Mitte‘ zu halten. Kälteempfindlichen Frauen hilft es, statt Mineralwasser und gekühlter Getränke vorwiegend heißes Wasser zu trinken. Dinkel ist Weizen vorzuziehen. Last but not least hilft die Reduktion von Kaffee, schwarzem und grünem Tee auf maximal eine Tasse pro Tag, um die Körpersubstanzen in Balance zu halten.

Frage: Wohin können sich Betroffene – und ihre Ärztinnen – wenden, wenn sie mehr wissen und sich fortbilden wollen oder persönliche Beratung wünschen?

Wichtige Anlaufstellen sind Endometriose-Zentren, die es in ganz Deutschland gibt. Darunter arbeiten einige auch integrativ. Besonders bei Kinderwunsch macht es Sinn, eine Therapeutin oder einen Therapeuten für Chinesische Medizin zu suchen, die oder der sich speziell mit Endometriose beschäftigt hat. ■

Lesen Sie mehr

www.endometriose-vereinigung.de

www.tcm-kinderwunsch.info/tcm-therapeuten.html

www.a-danz.de

www.praxis-giese.com/publikationen/index.html

Endnoten

¹ Hauptsymptome: Dysmenorrhoe, Unterbauchschmerzen, Infertilität.

² Möglich sind nach CM: Mangel an Körpersubstanzen (wie Qi, Blut, Yin, Yang und/oder Essenz), Ansammlung von Nässe und/oder Schleim und/oder Stagnation von Qi und/oder Blut sowie Kälte im Uterus.

Neue Leitlinie zu Infektionen mit *Chlamydia trachomatis*

Thomas Meyer

Im Dezember 2016 wurde die Leitlinie „Infektionen mit *Chlamydia trachomatis*“ in das AWMF-Leitlinienregister aufgenommen. Die in Kooperation von 18 Fachgesellschaften und Institutionen unter Federführung der Deutschen STI Gesellschaft (DSTIG) erstellte Leitlinie berücksichtigt neuere pathogenetische Erkenntnisse, die die Fähigkeit der Erreger zur Ausbildung intrazellulärer aberranter Dauerformen und die genetische Variabilität betreffen.

C. trachomatis Infektionen gehören mit geschätzt mehr als 100 Millionen Neuinfektionen pro Jahr zu den weltweit am häufigsten sexuell übertragenen Infektionen. In Deutschland existieren keine exakten Daten zur Inzidenz und Prävalenz, da nur in Sachsen eine Meldepflicht besteht. Die aus Sachsen verfügbaren Daten beschreiben jedoch eine deutliche Zunahme von 26,3 Fällen auf 100.000 Einwohner im Jahr 2003 auf 95 Fälle pro 100.000 Einwohner im Jahr 2011. Von *C. trachomatis* Infektionen sind überwiegend jüngere Menschen betroffen. *C. trachomatis* verursacht Infektionen des Urogenitaltrakts, des Rektums, des Rachens und der Bindehäute. Die perinatale Übertragung kann bei Neugeborenen eine Konjunktivitis und Pneumonie auslösen. Rektale und pharyngeale *C. trachomatis* Infektionen sind meistens symptomlos. Vielfach verlaufen auch Infektionen des unteren Genitaltrakts asymptomatisch. Sowohl bei symptomatischen als auch bei asymptomatischen Infektionen können Komplikationen auftreten. Bei Frauen kann das Aufsteigen der Erreger in den oberen Genitaltrakt eine chronische Entzündungsreaktion auslösen, die sich als PID (pelvic inflammatory disease/

entzündliche Erkrankung des Beckens) manifestiert und langfristig pathologische Veränderungen verursacht, die zu einer ektopen Schwangerschaft und Sterilität führen können. Komplikationen bei Männern können sich als Entzündungen der Prostata, der Samenblase, der Nebenhoden oder als sog. „Male Accessory Gland Infection“ manifestieren. Der Nachweis einer *C. trachomatis* Infektion bei präpubertären Kindern ist hochverdächtig für sexuellen Missbrauch, sofern eine konnatale Infektion ausgeschlossen ist.

Diagnostik:

Der direkte Erregernachweis sollte mit Nukleinsäure Amplifikationstests (NAATs, wie z.B. PCR) erfolgen, die unter allen Nachweisverfahren die höchste Sensitivität aufweisen.

Das bevorzugte Untersuchungsmaterial für NAATs im Fall einer urogenitalen Infektion sind bei Männern Erststrahlurin und bei Frauen Abstriche (vaginal, zervikal oder kombinierte Zervix-, Vagina- Vestibulumabstriche). Bei extragenitalen Manifestationen sollten anorektale, pharyngeale, bzw. konjunktivale Abstrichproben mittels NAAT untersucht werden.

Therapie:

Die Therapie der ersten Wahl für unkomplizierte *C. trachomatis* Infektionen (urogenital, anorektal und pharyngeal) ist Doxycyclin 2x100mg/Tag über 7 Tage. Alternativ kann Azithromycin in der Dosierung von einmalig 1,5g oral verwendet werden.

Die Therapie in der Schwangerschaft kann mit Azithromycin einmalig 1g oder 1,5g oral erfolgen oder mit Erythromycin 4x500 mg/Tag oral über 7 Tage oder 2x500 mg/Tag oral über 14 Tage.

Eine Therapiekontrolle ist grundsätzlich empfehlenswert, sollte aber in jedem Fall bei einer Schwangerschaft sowie beim Verdacht auf Therapieversagen oder Non-Compliance mit einem NAAT frühestens 8 Wochen nach Beendigung der Therapie durchgeführt werden.

Prävention:

Erhebliches Verbesserungspotential in der Prävention besteht hinsichtlich des Kenntnisstands in der Bevölkerung, der durch eine intensivierete Aufklärungsarbeit erhöht werden kann. Zudem ist eine Erweiterung der Screening-Untersuchungen erforderlich. Aktuell ist ein Chlamydien-Screening nur für sexuell aktive Frauen unter 25 Jahre und Schwangere vorgesehen. Die Teilnahme der nicht-schwangeren Frauen liegt nur bei 11% und hat zu keiner signifikanten Abnahme der C. trachomatis Prävalenz geführt. C. trachomatis Untersuchungen sollten nicht auf bestimmte Bevölkerungsgruppen begrenzt sein, sondern risikoadaptiert allen Frauen und Männern angeboten werden.

AKTUELLE INFORMATION

Herzrasen und Depressionen durch Hormonspirale?

Depressive Stimmungen und emotionale Labilität stehen nach einer Untersuchung aus den Niederlanden im Zusammenhang mit levonorgestrelhaltigen Verhütungsspiralen.

Ob die gestagenhaltigen Spiralen, die in Deutschland unter ihren Markennamen Mirena, Jaydess, Levosert, Luadei oder Kyleena erhältlich sind, die Ursache für eine höhere Stressantwort der Anwenderinnen sind, ist aus den Daten nicht unmittelbar abzuleiten.

Bereits im Februar 2017 hat sich eine deutsche Selbsthilfegruppe per Petition für eine Ergänzung des Beipackzettels eingesetzt. Nach Angaben des Deutschen Ärzteblattes sind für Juli 2017 neue

Informationen der Europäischen Zulassungsbehörde EMA zu erwarten.

Lesen Sie mehr

www.change.org/p/anzneimittelkommission-der-dt-%C3%A4rzteschaft-und-bundesinstitut-f-anzneimittel-u-medizinprodukte-beipackzettel-der-hormonspirale-ervollst%C3%A4ndigen

[www.psyneuen-journal.com/article/S0306-4530\(16\)30998-2/fulltext](http://www.psyneuen-journal.com/article/S0306-4530(16)30998-2/fulltext)

www.aerzteblatt.de/nachrichten/76200/EMA-prueft-levonorgestrelhaltige-Hormonspiralen-auf-psychiatrische-Nebenwirkungen

AKTUELLE INFORMATION

DPM Brustkrebs

Das Disease Management Programm (DMP) zu Brustkrebs wurde vollständig überarbeitet und in eine DMP-Anforderungen-Richtlinie überführt. Ein neuer Schwerpunkt liegt auf der Nachsorge, bei der die Neben- und Folgewirkungen der Therapie stärker berücksichtigt werden. Patientinnen können am DMP-Brustkrebs demnächst für bis zu zehn Jahre lang teilnehmen.

Lesen Sie mehr

www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/684/

AKTUELLE INFORMATION

Palbociclib bei Brustkrebs

Im Mai 2017 teilte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit, dass er anhand der bisherigen Studienergebnisse für den Wirkstoff Palbociclib zur Behandlung von hormonsensiblen, metastasiertem Brustkrebs keinen Zusatznutzen feststellen kann.

Palbociclib ist das erste zugelassene Arzneimittel einer neuen Wirkstoff-Klasse, die über Cyclin-abhängige Kinasen in den Prozess der Zellteilung von Krebszellen eingreift.

Wegen der noch zu kurzen Laufzeit können die Studien zu Palbociclib bisher keinen Effekt beim „Überleben“ zeigen. Sie konnten zwar in Röntgenkontrollen zeigen, dass Palbociclib das Wachstum bestehender Tumorherde verzögert. Allerdings zeigen sie auch, dass mit Palbociclib schwerwiegende Nebenwirkungen wie Blutbildungsstörungen und Haarausfall einhergehen.

Daten zur Lebensqualität beziehungsweise zur Symptomatik der Krebserkrankung konnten in den bisherigen Studienergebnissen keine Vorteile für Palbociclib zeigen. Erst ab dem Jahr 2018 erwartet der G-BA neue Studiendaten.

Lesen Sie mehr

www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/686/

AKTUELLE INFORMATION

Wechselwirkungen bei Kontrazeptiva

Interaktionen zwischen Medikamenten können die Verhütungssicherheit beeinflussen und spielen deshalb für das Vermeiden ungewollter Schwangerschaften eine wichtige Rolle. Der pro familia Bundesverband hat eine Expertise zu den Wechselwirkungen hormoneller Kontrazeptiva mit anderen Arzneimitteln erstellen lassen (vgl. Vorschau in pro familia medizin November 2016). Sie listet mögliche Wechselwirkungen zwischen wichtigen Arzneimittelgruppen mit verschiedenen Typen hormoneller Kontrazeption auf.

Die pharmakologische Untersuchung trägt Daten aus der aktuell vorhandenen Literatur zusammen und berücksichtigt dabei sowohl verschreibungspflichtige Arzneimittel als auch frei verkäufliche Substanzen. Ein Ergebnis: Manche Beipackzettel entsprechen nicht der medizinischen Evidenz und können ÄrztInnen und PatientInnen dadurch verunsichern. Ein anderes: Nur wenige und in Deutschland selten genutzte Antibiotika verringern den Schutz der hormonellen Verhütungsmittel.

Lesen Sie mehr

pro familia Bundesverband: Wechselwirkungen von Antibiotika und anderen Arzneimitteln mit hormonellen Kontrazeptiva; www.profamilia.de/publikationen

AKTUELLE INFORMATION

Neue Bestimmungen zum Mutterschutz

Anfang April 2017 hat der Bundestag ein Gesetz zur Neuregelung des Mutterschutzrechts beschlossen. Es soll die Gesundheit schwangerer und stillender Frauen ab dem 1. Januar 2018 noch besser schützen. So wird die Schutzfrist nach der Geburt eines Kindes mit Behinderung von acht auf zwölf Wochen verlängert. Außerdem wird ein Kündigungsschutz für Frauen nach einer nach der zwölften Schwangerschaftswoche erfolgten Fehlgeburt eingeführt.

Lesen Sie mehr

www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/familie/mutterschutzgesetz/73762?view=DEFAULT

AKTUELLE INFORMATION

Gebrochene Herzen

Hinter dem Broken Heart Syndrome, das auch Takotsubo-Kardiomyopathie genannt wird, verbirgt sich eine Krankheit, die Beschwerden wie ein Herzinfarkt verursacht. Doch anders als bei einem Infarkt sind die Herzkranzgefäße nicht verschlossen. Dennoch haben die Patienten oft Atemnot und verspüren Schmerzen in der Brust. Warum und wie genau das Syndrom entsteht, ist noch nicht geklärt. Es tritt am häufigsten bei Frauen nach den Wechseljahren auf und kann sowohl durch emotional belastende Ereignisse als auch durch akute körperliche Beschwerden ausgelöst werden.

Eine Studie des Deutschen Herz- und Kreislaufzentrums (DZHK) sieht „körperlichen Stress“ als einen Hauptauslöser. Die Studie konnte bestätigen, dass bei Männern Infektionen, Unfälle oder ähnliches, also alles was den Körper belastet, häufig der Auslöser für eine Takotsubo-Kardiomyopathie sind. Im Gegensatz dazu ist es bei Frauen der emotionale Stress. Neu ist nun, dass körperlicher Stress die Prognose sowohl bei Frauen als auch bei Männern erheblich verschlechtert.

Lesen Sie mehr

<http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2017.00527/full>

Impressum

Herausgeber

pro familia Bundesverband
Stresemannallee 3
60596 Frankfurt am Main

Redaktion

Harriet Langanke, Köln

Für namentlich gekennzeichnete Beiträge liegt die inhaltliche Verantwortung bei der Verfasserin / dem Verfasser.

E-Mail: info@profamilia.de

www.profamilia.de/Publikationen

Erscheinungsweise: vierteljährlich

© 2017 ISSN 2195-7789

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

