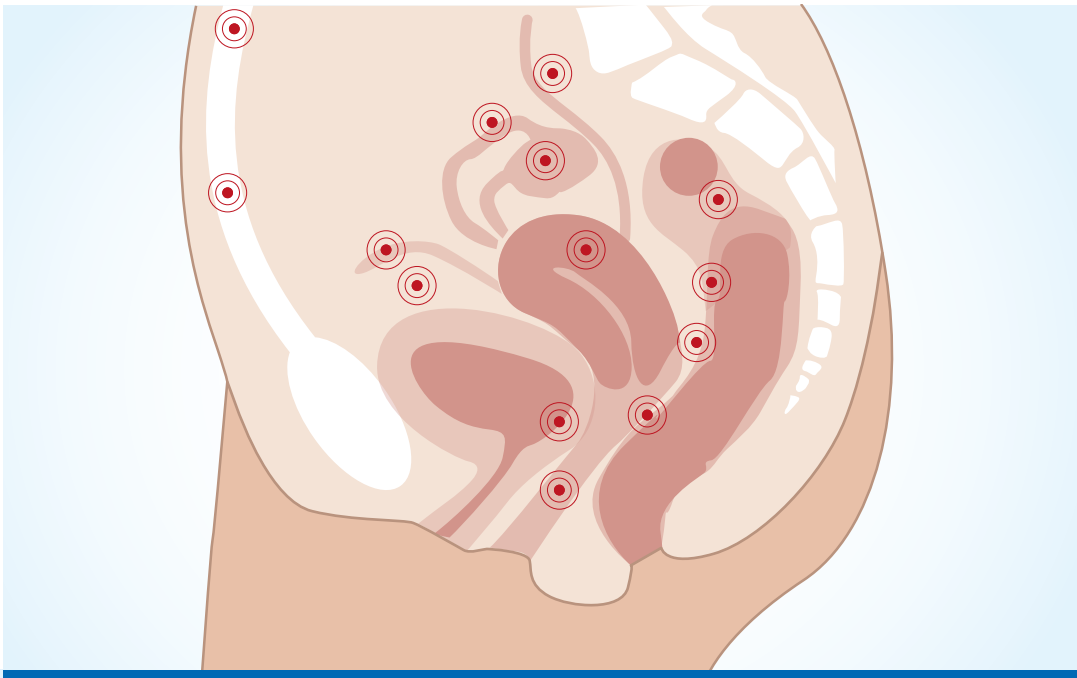
arzt CME

Zertifizierte Fortbildung



Endometriose – Leitlinien-Update 2025 – Interview

Prof. Dr. med. Thomas Römer, Köln
Dr. Reinhard Merz, Neu-Isenburg

Zertifizierung
Landesärztekammer Hessen

Mit freundlicher
Unterstützung von

arzt CME

Dr. Merz: Ich freue mich sehr, Herrn Professor Thomas Römer begrüßen zu können, der uns ein paar Fragen zu der neuen Leitlinie beantworten wird. Herr Professor Römer ist Chefarzt der Frauenklinik am Klinikum Köln Weyertal. Ich übertreibe nicht, er ist einer der führenden Endokrinologen in Deutschland. Herr Professor Römer, was ist aus Ihrer Sicht das Besondere an der neuen S2k-Leitlinie Endometriose, und was sind die Unterschiede zur alten Leitlinie von 2020?

00:00:35
Prof. Römer: Die neue Leitlinie hat sehr wichtige, neue Inhalte. Eine davon ist vor allen Dingen, dass die Diagnostik der Endometriose nicht mehr nur über die Laparoskopie erfolgt. In der alten Leitlinie stand noch, das ist der Goldstandard. Heute wird die Diagnostik, und das ist auch in internationalen Leitlinien so üblich, inzwischen hauptsächlich klinisch und durch bildgebende Diagnostik gestellt. Das ist ein ganz wichtiger Punkt. Ein zweiter großer, wichtiger Punkt ist, dass man sich doch einen eher multimodalen Therapieansatz angeschaut hat. Hier hat man ausführliche Kapitel zu vielen Themen, wie der Schmerztherapie zur Psychosomatik und zur komplementären Medizin ergänzt, die recht umfassend sind. Das sind sehr wichtige Themen, die oft in der Praxis manchmal untergehen, wenn man sich nur auf die hormonelle und operative Therapie konzentriert.

00:01:31
Dr. Merz: Genau, Sie haben es schon angesprochen, der multimodale Ansatz. Fand ich spannend. Können Sie uns noch genauer erklären, was ich darunter zu verstehen habe, und vor allem, wie das in der Praxis aussehen kann?

00:01:47
Prof. Römer: Das Problem bei der Endometriose ist, es ist eine chronische Erkrankung. Man kann sagen, das begleitet viele Patientinnen über 20, 30 Jahre, von der Diagnose bis zur Menopause. Insofern ist es nicht ausreichend, wenn man das immer nur aus einem Blickwinkel sieht. Aus dem Blickwinkel der Praxis ist es auf die hormonelle Therapie ausgerichtet, aus dem Blickwinkel der Klinik, auf die operative Therapie. Die Patientinnen haben oft durch die Schmerzen einen langen Leidensweg, die sie zu einer psychosomatischen Belastung führen. Hier ist der Ansatz, dass man die Grunderkrankung hormonell und operativ behandelt und den ganzen Symptomkomplex, der damit verbunden ist. Man sucht sich einen interdisziplinären Ansatz für diese multimodale Therapie. Am Ende geht es darum, die Patientinnen möglichst optimalerweise schmerzfrei zu haben, das Rezidiv zu vermeiden und optimalerweise noch bei jüngeren Patientinnen den Fertilitätswunsch zu realisieren. Da spielen sehr viele Komponenten eine Rolle, was die Endometriose doch von anderen Erkrankungen unterscheidet.

00:02:58
Dr. Merz: Sie hatten vorhin das Thema Diagnostik schon einmal angesprochen, und dass sich Dinge geändert haben. Können Sie noch einmal kurz zusammenfassen, wie war es vorher, wie ist es heute und welche bildgebenden Verfahren spielen eine Rolle?

00:03:12
Prof. Römer: Vorher führte man bei einer Patientin mit Verdacht auf Endometriose eine Bauchspiegelung durch, macht eine Diagnostik und hat eine sichere histologische Diagnostik. Bestenfalls wurde das gleich mitoperiert. Heute kann man aufgrund der Vorgeschichte der Patientin und typischer klinischer Symptome, die wir in den letzten Jahren noch besser kennengelernt haben, und zusammen mit dem bildgebenden Verfahren doch eine sehr sichere Diagnose stellen kann. Die Bauchspiegelung, rein aus diagnostischen Gründen, ist heute obsolet, sodass man oftmals zunächst in der Regel eine hormonelle Therapie einleitet, bis auf wenige Ausnahmen. Dazu beigetragen hat die Verbesserung der bildgebenden Diagnostik, weil wir in der Sonographie Endometriosen am Ovar sehen können. Wir können tief infiltrierende Endometriosen und die Adenomyose sehen. Das hat sich doch verbessert in den letzten Jahren, sowohl die klinische Kenntnis dazu als auch die operative Ausstattung, und wir können mit gezielten Fragestellungen ein MRT einsetzen. Das sollte man immer tun, wenn man eine gezielte Fragestellung hat, um nicht zu einer Überdiagnostik zu kommen. Das ist der große Wandel. Eine Laparoskopie heute, nur zur Fragestellung und zur Diagnose, das muss man sagen, das ist absolut nicht mehr zeitgemäß.

00:04:37
Dr. Merz: Sie hatten vorhin angesprochen, dass es Ausnahmen gibt. Können Sie einmal zwei Sätze sagen, was wären die Ausnahmen und wie geht man vor?

00:04:48
Prof. Römer: Die klassische Ausnahme ist, wenn die Patientin doch eine ausgeprägtere Endometriose hat, bei der es zur Einschränkung von anderen Organen kommt. Die Endometriose hält sich leider nicht an Organgrenzen. Wir haben ein Problem, wenn es in die Blase gewachsen ist oder in den Darm oder den Harnleiter ummauert, dann ist eine Operation unumgänglich. Wir haben die Situation, wenn die Patientin schwanger werden will. Wir haben keine medikamentöse Therapie, mit der wir die Endometriose behandeln und die Patientin gleichzeitig schwanger werden kann. Das wäre eine Indikation, wenn wir hormonelle Therapien ausgereizt haben. Sei es, dass sie nicht mehr effektiv sind oder nicht effektiv sein können, weil schon zu viel Endometriose da ist oder die medikamentöse Therapie Nebenwirkungen hat. Das wären so klassische Indikationen, wo man operiert. Operieren sollte man immer in einem Setting, am besten in einem Endometriosezentrum, wo man nicht nur schaut, sondern in der Lage ist, die Endometriose operativ komplett zu sanieren. Eine Operation bei einer Patientin sollte nur einmal stattfinden, zum richtigen Zeitpunkt, am richtigen Ort.

00:05:58
Dr. Merz: Schauen wir uns das einmal aus Patientinnensicht an. Oft sind junge Frauen betroffen, Adoleszentinnen schon. Wie hat sich für sie die Situation geändert oder für Frauen mit Kinderwunsch? Was bringt für sie die neue Leitlinie?

00:06:14
Prof. Römer: In der neuen Leitlinie ist ein spezieller Abschnitt zu Adoleszentinnen aufgeführt. Was sehr wichtig ist, weil wir oft bei diesen jungen Frauen das Problem haben, dass gar nicht an eine Endometriose gedacht wird. Manchmal gibt es bei sehr jungen Frauen schon ausgeprägte Endometriosen. Ich kann mich an eine 13-jährige Patientin erinnern, bei der wir eine ausgeprägte Endometriose haben. Umgekehrt muss man aufpassen, dass nicht jede Dysmenorrhö gleich eine Endometriose ist. Um das zu unterscheiden, gibt es eine sehr schöne Tabelle in der Leitlinie. Man unterscheidet die primäre Dysmenorrhö und die sekundäre Dysmenorrhö, die durch eine Endometriose zustande kommt. Es gibt gewisse klinische Kriterien, an denen man sich gut orientieren kann, um bei den jungen Frauen frühzeitig die Diagnose zu stellen. Möglichst, um eine Chronifizierung der Schmerzen vor allen Dingen zu vermeiden, und der zweite Punkt, um eine spätere Einschränkung der Fertilität zu vermeiden. Das ist sehr wichtig für die jungen Patientinnen mit Kinderwunsch, dass man frühzeitig eine Diagnose stellt, und man arbeitet in den Zentren immer mit einem Zentrum für Reproduktionsmedizin zusammen. Oft ist das ein Programm, ein individuelles Programm, das man mit der Patientin aufstellt, was sowohl die Therapie der Endometriose als auch die Behandlung des Kinderwunsches betrifft. Das muss Hand in Hand gehen. Der primäre Ratschlag für jede Patientin mit einer schweren Endometriose ist, nicht mit dem Kinderwunsch zu lange zu warten. Das ist sehr wichtig in der täglichen Praxis.

00:07:58
Dr. Merz: Die Leitlinie legt relativ viel Wert auf psychosomatische Aspekte. Wie sieht das in der Praxis aus?

00:08:07
Prof. Römer: Erst einmal ist es sehr wichtig, weil bei Patienten, die über Jahre oder Jahrzehnte chronische Schmerzen haben, bleibt eine psychosomatische Komponente nicht aus. Man muss sagen, in der Fläche existiert eher eine Unterversorgung und im Rahmen einer gutartigen Erkrankung, was die Endometriose vielleicht ist, unterbewertet wird. Während man das bei einer onkologischen Erkrankung oft als selbstverständlich hinnimmt. In den großen Zentren wird mit einer Psychosomatik zusammengearbeitet. Wir haben zum Beispiel eine Abteilung im Haus, wo man Patienten betreuen lassen kann. In der breiten Fläche haben wir generell in Deutschland das Problem einer Unterversorgung. Es wäre wünschenswert, dass mit der Leitlinie die Versorgung verbessert wird, weil ich finde, die Patientin mit einer chronischen, langwierigen Erkrankung einen Anspruch darauf hat und ihr damit geholfen werden kann.

00:09:11
Dr. Merz: Sie haben das sehr schön beschrieben, dass die neue Leitlinie vielleicht die Versorgung verbessert. Nun gehört zu den Problemen der Endometriose die Tatsache, dass die Diagnosestellung oft viel zu lange dauert, bis zu Jahren. Sehen Sie irgendwelche Veränderungen durch die neue Leitlinie? Dürfen wir hoffen, dass das besser wird?

00:09:35
Prof. Römer: Es ist schon in den letzten Jahren besser geworden, muss man sagen, weil die Krankheit in der Öffentlichkeit mehr Aufmerksamkeit hat. Das geht bis dahin, dass es im Bundestag zu der Thematik schon Anhörungen gab. Ein großes Problem ist, wir sind von den Strukturen gut aufgestellt, allerdings hauptsächlich in dem High Level, was die großen Endometriosezentren betrifft. In der Breite der Versorgung gibt es sehr wenige niedergelassene Gynäkologen, die als Zentrum zertifiziert sind. Das hat nichts damit zu tun, dass vielleicht kein Interesse an der Erkrankung besteht. Man muss sagen, Endometriosepatienten sind von der Betreuung doch aufwendiger, und das spiegelt sich für die Praxen nicht in der Vergütung wider. Hier muss sicherlich noch einiges geändert werden. Langfristig, wenn man sehr früh die Diagnose stellt, bleibt den Patienten viel Leid erspart und man spart am Ende wahrscheinlich sogar im System an Geld. Das wäre wünschenswert, wenn politisch oder über die Krankenkassen in Zukunft noch eine größere Aufmerksamkeit auf die Erkrankung wäre, die schon sehr viele Frauen in Deutschland betrifft.

00:10:44
Dr. Merz: Herr Professor Römer, ich danke Ihnen für das Gespräch, und allen Zuhörern danke ich für ihre Aufmerksamkeit.

00:10:52
Prof. Römer: Vielen Dank.

Impressum

Endometriose – Leitlinien-Update 2025 – Interview

Autor:
Prof. Dr. med. Thomas Römer
Chefarzt Gynäkologie
Evangelisches Klinikum Köln Weyertal
Weyertal 76
50931 Köln

Moderator:
Dr. Reinhard Merz
Chefredakteur
Der Privatarzt Gynäkologie
MiM Verlagsgesellschaft mbH
Dornhofstraße 100
63263 Neu-Isenburg

Zertifiziert durch
Landesärztekammer Hessen

Ärztliche Leitung
Dr. med. Alexander Voigt
Spartaweg 7
97084 Würzburg

Redaktion, Veranstalter und Technik
health&media GmbH
Landwehrstr. 54
64293 Darmstadt
redaktion@arztcme.de
www.arztcme.de

ISSN 2512-9333

Bildquellen
Titelbild: © MiM Verlagsgesellschaft mbH

Transparenzinformation arztCME

Die Inhalte unserer Veranstaltungen werden produkt- und dienstleistungsneutral gestaltet. Wir bestätigen, dass die wissenschaftliche Leitung und die Referenten potentielle Interessenkonflikte gegenüber den Teilnehmern offenlegen.

Prof. Dr. med. Thomas Römer hat Honorare für Vorträge und Advisory Boards erhalten von: Aristo, Bayer, Gedeon Richter, Exeltis, Jenapharm, Theramex und Pfizer.

Diese Fortbildung wird für den aktuellen Zertifizierungszeitraum von 12 Monaten mit 2450 EUR durch health&media GmbH unterstützt. Die Gesamtaufwendungen der Fortbildung in diesem Zeitraum belaufen sich auf 2450 EUR.

Diese Fortbildung ist auf www.arztCME.de online verfügbar. Die Transparenzinformationen sind für den Arzt dort ebenfalls einsehbar.

arzt CME

Zertifizierte Fortbildung