

REZEPTFREI – Die UKJ-Erklärsprechstunde

Folge 3 – Das muss Frau nicht aushalten

Vorspann mit Hintergrundmusik

DR. ANKE ESBER: Endometriose ist eine chronische Erkrankung, bei der sich die Gebärmutter-Schleimhaut oder ähnliches Gewebe quasi außerhalb der eigentlichen Gebärmutterhülle befindet.

DR. VALENTINA AULETTA: Schmerzen bei der Regelblutung, Schmerzen beim Stuhlgang, Schmerzen beim Verkehr oder Schmerzen beim Wasserlassen.

DR. ANKE ESBER: Auch mit Endometriose wird man schwanger und dann ist auch die Schwangerschaft gleichzeitig eine gute Therapie.

MODERATORIN: Hallo und herzlich willkommen zu unserem UKJ-Podcast. Heute sprechen wir über ein Thema, das vor allem oder eigentlich nur Frauen betrifft, Endometriose. Etwa jede zehnte Frau im gebärfähigen Alter ist von Endometriose betroffen. Das ist eine chronische Erkrankung, bei der die Gebärmutter-Schleimhaut sich außerhalb der Gebärmutterhülle ausbreitet und bei der Menstruation vor allem so starke Schmerzen verursachen kann, dass die Frauen teilweise sehr stark in ihrem Alltag beeinträchtigt sind. Außerdem haben die meisten Frauen auch einen sehr langen Leidensweg hinter sich, bis die Endometriose diagnostiziert worden ist. Warum das so ist und wie man die Lebensqualität von betroffenen Frauen verbessern kann, darüber sprechen wir heute mit unseren beiden Expertinnen, Dr. Valentina Auletta, hallo.

DR. VALENTINA AULETTA: Hallo.

MODERATORIN: Und Dr. Anke Esber.

DR. ANKE ESBER: Hallo.

MODERATORIN: Die beiden sind Oberärztinnen in unserer Frauenklinik und machen die Endometriose-Sprechstunde hier im UKJ. Vielleicht fangen wir mal kurz an, erst mal zu erklären, was ist denn eigentlich ganz genau Endometriose?

DR. ANKE ESBER: Endometriose ist, wie Sie ja schon gesagt hatten, eine chronische Erkrankung, bei der sich die Gebärmutter-Schleimhaut oder ähnliches Gewebe quasi außerhalb der eigentlichen Gebärmutterhülle befindet. Das kann zum Beispiel sein in der Gebärmutterwand, das kann aber auch sein in den Eileitern, in den Eierstöcken, auf den Eierstöcken. Das kann auch einfach tief im kleinen Becken sein, an der Bauchwand. Das kann in seltenen Fällen auch mal an ganz ungewöhnlichen Stellen wie sogar dem Zwerchfell oder auch in der Lunge vorkommen. Also das ist ein ganz buntes Bild. Und das Gemeine sozusagen daran ist, dass diese Schleimhaut, die dann eben woanders ist, auch den Zyklus mitmacht, so wie die Schleimhaut in der Gebärmutterhülle. Also das heißt, im Zyklus baut sich diese Schleimhaut unter Östrogen-Einfluss eben auf und dann wird sie umgewandelt und blutet dann ab. Und in der Gebärmutterhülle kann das ja immer ganz gut abfließen, das Blut. Und wenn das jetzt aber an anderen Stellen im Körper ist, dann kann das eben nicht einfach so schön abfließen wie in der Gebärmutterhülle bei der normalen Regeblutung und dann macht das eben Beschwerden.

MODERATORIN: Weiß man, woher Endometriose kommt? Gibt es da klare Ursachen?

DR. VALENTINA AULETTA: Naja, wäre schön. Also das wirklich zu wissen. Es gibt Vermutungen. Das häufigste, das ist diese sogenannte retrograde Menstruation, also dass das Blut von der Gebärmutter dann in die Bauchhöhle durch die Eileiter zyklisch kommt und deswegen dann die Entstehung von diesem ektopischen Gewebe. Aber es gibt auch genetische Ursachen

wahrscheinlich oder auch also metaplastische Ursachen. Also das heißt, dass das Gewebe einfach, also wie beim Karzinom, aber ohne Invasion natürlich, die Zellen einfach verrückt werden und sozusagen nicht in dem, also die wachsen nicht in dem Ort, wo das hingehört. Oder dass durch auch Lymphgefäße sich also verbreitet oder verstreut sozusagen. Aber die sind alle Theorien. Also so fest, warum und weshalb und ja, das ist eigentlich nicht bekannt.

MODERATORIN: Woran kann man merken, dass man Endometriose hat und wann merkt man das schon? In der Pubertät, bei der ersten Periode oder kann das auch im Verlauf erst entstehen?

DR. ANKE ESBER: Also häufig ist es so, dass die Mädchen sind das ja dann schon früh Beschwerden haben beim Zyklus. Also so Regelschmerzen einfach zum Beispiel haben oder starke Riegelblutung oder dann auch zum Beispiel in der Schule mal ausfallen, weil das so schlimm ist. Häufig, darüber sprechen wir ja wahrscheinlich später noch so ein bisschen, ist es so, dass das aber nicht so ernst genommen wird, vielleicht auch von der Umgebung. Und deswegen, die Frauen sich manchmal auch im Nachhinein gar nicht so 100 Prozent erinnern können, wann es nun eigentlich angefangen hat mit den stärkeren Beschwerden. Und das kann natürlich auch einfach mit der Zeit immer stärker und immer ausgeprägter werden, diese Beschwerden. Prinzipiell kann es mit dem ersten Zyklus anfangen, es kann aber dann auch erst später kommen, solange wie die Frau im reproduktionsfähigen Alter im Prinzip ist und sich eben die Schleimhaut immer wieder auf- und abbaut.

DR. VALENTINA AULETTA: Das gehört eher so zu dieser Zykluszeit. Okay. Genau. Und das muss man sagen ganz kurz, dass es kann auch Männer treffen tatsächlich. Es gibt sehr, sehr, sehr seltene Fälle, wo man, aber ja, das ist wirklich ein einzelnes Feld.

MODERATORIN: Okay, und wie zeigt sich das bei Männern?

DR. VALENTINA AULETTA: Ja, auch mit Schmerzen. Aber nicht wahrscheinlich, also das korreliert nicht natürlich mit einem Zyklus. Es ist auch, dass das entsteht, so eine Entzündungsreaktion und eine Entzündungsumgebung. Also, dass deswegen, also das ist auch ja die medikamentöse Einsatz, die experimentelle medikamentöse Einsatz auch geht manchmal also in die Richtung sozusagen.

MODERATORIN: Auf welche Symptome sollte man denn achten, dass man vielleicht die Vermutung hat, das könnte eine Endometriose sein?

DR. VALENTINA AULETTA: Es gibt, also wie das Sie im Lehrbuch lesen können, die sogenannten vier Ds, also diese Dysmenorrhoe, Dyspareunie, Dysuria und Dyschezie. Also das heißt, wie Schmerzen bei der Regelblutung, Schmerzen beim Stuhlgang, Schmerzen beim Verkehr oder Schmerzen beim Wasserlassen. Aber das ist so, dass wie kann man wissen, also wie die Kollegin jetzt schon mal erklärt hat oder ein bisschen betont hat, also dass irgendwie manchmal die kleinsten, also die kleinen Mädchen nicht ernster genommen sind und so weiter. Wie kann man dann sagen, es ist ein Zyklus, der nicht stimmt, also dieser Menstruationsschmerz, wann ist es normal und wann ist es nicht normal?

DR. ANKE ESBER: Also es gibt, wenn wir zum Beispiel in der Sprechstunde jetzt dann sitzen mit den Mädchen oder den Frauen so ein paar Hinweiszichen, wo wir sagen, so Achtung. Also zum Beispiel ist es so, dass Regelschmerzen so ein bisschen kennt, ja schon kennen wirklich sehr viele Frauen, das ist dann auch nicht immer gleich krankhaft. Aber was zum Beispiel so ein Achtungszeichen ist, wenn die Schmerzen schon so zwei Tage vor der Regelblutung anfangen, das wäre so klassisch für Endometriose, dass es eben schon vorher wirklich auch anfängt mit den Schmerzen, dann dabei auch zum Beispiel dann so ein Blähbauch, ein starker Blähbauch auftreten kann. Manchmal kommt dann eben anderes dazu, dass die Blutungen auch sehr stark sind und dann auch manchmal ungewöhnlichere Dinge wie zum Beispiel, wenn sich solche Endometrioseherde auch im Darm festsetzen, kommt es auch manchmal vor, dass mit dem Stuhlgang dann während der Menstruation Blut abgeht. Das ist auch so etwas, was man gar nicht in Verbindung bringt mit Regelblutung, aber dann ist jetzt ein Blut im Stuhl und das aber während des Zyklus, das sind so Sachen, wenn die erzählt werden, dann haben wir schon so einen Hinweis, ein Achtungszeichen, es könnte Endometriose sein, rein von der Anamnese her, von dem

Gespräch, was wir führen. Aber herausfinden kann man es dann eben durch weitere diagnostische Mittel.

DR. VALENTINA AULETTA: Genau. Und ich meine, was zum Beispiel am Anfang, als wir zusammen angefangen haben zu arbeiten, meine Kollegin, die Frau Esber, die hatte so einen schönen Vordruck für Briefe, für Endometriose-Sprechstunde. Und das hat mich immer so beeindruckt, es war so ein Satz, also Lebensqualität, also Beeinträchtigung des Lebensqualität. Also ich finde, wenn ein Zyklus, dann macht das Lebensqualität einfach schlecht, weil wie gesagt, die müssen dann fehlen bei der Arbeit oder in der Schule oder krasse Übelkeit bei der Regel und so weiter.

DR. ANKE ESBER: Oder ständige Schmerzmittel.

DR. VALENTINA AULETTA: Ja, oder ständige Schmerzmittelbedarf und so weiter. Dann, es ist schon ein Zeichen, dann zum Arzt zu gehen. Und ich bestimme, das ist auch da eine Erfahrung, dass auch heutzutage die Frauen, die kommen und sagen, ja, es ist jetzt vor zehn Jahren und keiner hat mir geglaubt und jetzt letztendlich habe ich irgendwie diese Diagnose. Also es dauert eigentlich immer noch sehr lange, also zu lange.

MODERATORIN: Und was denken Sie, warum das so ist?

DR. VALENTINA AULETTA: Na ja, wie gesagt, also mein erster Gedanke, das geht um dieses Tabu über Menstruation, also diese Regelblutung. Also wir schämen uns immer noch. Und ich meine, ich bleibe immer so ein bisschen perplex, wenn zum Beispiel kommt ein Patient zur Untersuchung, also nicht jetzt wegen der Endometriose, wegen was, alles, also ich meine zur gynäkologischen Untersuchung und sagt, ja, aber Frau Doktor, also ich blute gerade. Und ich denke, ja gut, also ich bin Gynäkologin und ich bin auch Frau, das weiß ich, dass das passieren kann. Das ist aber alles gut. Also ich meine, es gibt nichts, sich zu schämen. Und wenn man aber nicht redet über normale Zyklus, also wir als Frauen, ja, also wie kann ein Mädchen zum Beispiel wissen, dass Regelblutung mit Schmerzen, mit starken Schmerzen oder mit Übelkeit, mit anderen Symptomen, die jetzt meine Kollegin auch erklärt hat, wie kann sie wissen, dass es nicht normal ist und dass ein Arztbesuch irgendwie... Und ich finde, das ist der erste oder auf jeden Fall, das könnte so ein Anfang sein, ja, dann also zumindest ein Arztbesuch.

DR. ANKE ESBER: Ja, und dann ist es dann auch schon so, ich glaube, selbst wenn Mädchen mal darüber sprechen, dann sind ja die ersten Ansprechpartner schon oft die Mama, die Oma, irgendwie familiäre Umgebung halt. Und das ist sicherlich schon so, dass dann viele sagen, ja, stell dich nicht so an zum Beispiel, ich habe das auch gehabt und Oma hatte das auch, das gehört irgendwie so dazu. Und dann trauen sich ja junge Mädchen auch nicht unbedingt, das dann auch noch bei Freundinnen oder Freunden anzusprechen oder denken dann, sie sind irgendwie schwächer als andere. Also da ist eben auch noch so ein bisschen dieses Generationsding, denke ich, weil wir eigentlich jetzt erst angefangen haben, über Endometriose mehr zu sprechen und eben deswegen vielleicht die älteren Generationen da schon auch mehr einfach so ausgehalten haben, was aber natürlich eigentlich schade ist und jetzt nicht übertragen werden soll auf die neuen Generationen. Ja, und dann denke ich, ist auch noch ein wichtiger Punkt schon, warum es manchmal auch lange dauert, dass es eben ja auch nicht ganz so einfach ist mit der Diagnosestellung. Also wir haben jetzt schon so ein bisschen anklingen lassen. Es gibt immer Hinweiszeichen, aber wirklich, also wir machen außer der Anamnese dann auch noch einen Ultraschall, da gibt es auch Hinweiszeichen, aber auch im vaginalen Ultraschall können wir nicht alles sicher sehen. Es ist immer noch so, dass die letztlich wirklich sichere Diagnose erst durch eine Laparoskopie gestellt wird, also das heißt durch eine kleine Operation, die zwar minimalinvasiv ist mit nur kleinen Schnitten, aber trotzdem erstmal eine Operation ist und man sagt natürlich bei jungen Mädchen nicht immer gleich, wir gucken da jetzt rein. Das muss man auch nicht. Man kann dann natürlich auch erst mal probieren mit verschiedenen Medikamenten und so weiter. Aber ja, deswegen braucht es natürlich auch immer eine Zeit, bis man so einen Schritt nach dem anderen gegangen ist, bis man wirklich eine Diagnose in dem Sinne dann hat.

DR. VALENTINA AULETTA: Aber noch ein Grund natürlich, also das ist auch die Ärztesensibilisierung. Also ich meine, ja gut, die müssen zum Arzt gehen, aber die sind auch die

Ärzte, die sagen, ach, es ist normal oder sowas, also es fehlt was in der Ausbildung und auch zum Beispiel auch aber Tool, diagnostische Tool bei der Frauenärztin, also wenn die eine Frau so einen vaginalen Ultraschall bezahlen muss und also ich meine, das wird auch nicht bei allen. Ja, genau. Also ich denke, das ist sehr politisch. Ja, also die sind die Hauptgründe. Und ja, das muss auch in der Forschung ein bisschen so mehr investiert werden für Diagnostik, also nicht nur für Therapie.

MODERATORIN: Lässt sich's heilen, lässt sich's behandeln, wenn man dann die Diagnose mal hat oder die Verdachtsdiagnose?

DR. VALENTINA AULETTA: Meiner Erfahrung, ja, also das lässt sich behandeln, kontrollieren, also komplett heilen, bei manchen Frauen nicht. Also ich meine, wir wissen, dass bei Frauen mit, also nach einer OP und mit kompletter Sanierung und so die Wahrscheinlichkeit, dass es wieder kommt, dass es wieder ein Rezidiv stattfindet ohne hormonelle Therapie, das ist schon in den ersten zwei Jahren 20, 30 Prozent, in fünf Jahren sogar 40. Aber selbst wenn die Pille genommen wird, dann ist es auch die Rezidivrate um zehn Prozent. Also es ist sehr schwer bei manchen Frauen. Es gibt auch mit, also viele neue Medikamente, auch hormonell und das kriegt man irgendwie die Erkrankung auf jeden Fall unter Kontrolle.

DR. ANKE ESBER: Also das Ziel ist im Prinzip, die chronische Krankheit dauerhaft so zu begleiten, dass die Patientin, dann in dem Fall die Frau, ist dann die Patientin, nicht sich ständig damit beschäftigen muss. Also das Ziel ist, einen guten Alltag wieder hinzubekommen, Tools an die Hand zu geben der Frau, dass sie eben mit dieser Erkrankung leben kann, ohne dass sie jetzt ständig davon total eingenommen wird. Das ist im Prinzip das Ziel. Und das muss ein individueller Weg sein. Das versuchen wir in der Sprechstunde dann immer rauszufinden, was der individuelle Weg für die einzelne Frau dann eben ist. Und da haben wir verschiedene Mittel. Wir haben eben die, klar, irgendwann die Laparoskopie, dass wir in den Bauch schauen können, verschiedene Herde entfernen können. Wir haben dann auch Medikamente. Sollen wir darüber schon ein bisschen sprechen jetzt auch?

MODERATORIN: Gerne.

DR. ANKE ESBER: Genau. Da ist es dann so, wir hatten ja am Anfang gesagt, dass eben die Schleimhaut auch egal, wo im Körper sie dann ist, immer wieder aufgebaut und abgebaut wird und abblutet. Und damit das eben nicht passiert, geben wir im Prinzip die Pille. Also wir haben das Ziel, dass dieser Zyklus nicht stattfindet so in dem Maße. Gerne dann auch im Langzyklus, da gibt es Gestagene. Das wichtigste Gestagen bei der Endometriose-Therapie ist das Dienogest. Und wir geben das im Langzyklus, das heißt ohne Pause, sodass eigentlich fast gar keine Blutung oder nur eine Schmierblutung stattfindet mit dem Ziel, dass eben nicht ständig was aufgebaut wird und abblutet im Körper und damit einfach die Symptome sich eben auch an Grenzen halten. Es ist vielleicht auch nochmal ganz interessant zu hören, dass es ganz unterschiedlich ist mit den Symptomen. Also manche Frauen haben ganz viel Endometriose, wenn wir in den Bauch reinschauen mit Laparoskopie dann und haben aber eigentlich nur ganz wenige. Also nur Symptome oder asymptomatisch. Genau, sogar asymptomatisch manchmal. Und bei anderen Frauen ist es genau umgedreht. Dann gucken wir in den Bauch rein, sagen ja, sie hatten so drei kleine Stellen und die sind vielleicht fast irgendwie erschrocken oder traurig, warum wir jetzt nichts gesehen haben, obwohl sie doch so leiden. Und dann muss man dann wirklich auch beruhigen und sagen, ja, wir glauben, es ist tatsächlich so, sie haben diese starken Beschwerden, auch wenn wir wenig sehen, weil da eben auch andere Dinge wie Reaktionen wie eigenindividuelle Schmerztoleranz, individuelle Reaktionen auf Immunphänomene und so weiter eine Rolle spielen, wie das dann eben bei jeder Frau einsehen ist. Und dann können wir auch außerhalb dieser operativen und medikamentösen Therapie noch zusätzliche Dinge anbieten.

DR. VALENTINA AULETTA: Ja, also letztendlich eine multimodale Schmerztherapie. Also wir haben hier eigentlich eine ganz gute Einrichtung zur multimodalen Schmerztherapie. Also die Frauen, die werden auch psychisch betreut, physiotherapeutisch. Es gibt hier so die Physiotherapie und Osteopathie und so weiter. Das wird ein bisschen, wie sie schon mal gesagt hat, die Frau einfach individuell dann nochmal geguckt. Es gibt auch Möglichkeiten, diesen Lebensstil zu kontrollieren sozusagen oder zumindest in die Verbesserung, also mit Apps oder mit dem Handy.

DR. ANKE ESBER: Genau, also es gibt zum Beispiel die Möglichkeit, sich per Apps im Alltag begleiten zu lassen, wo dann Empfehlungen gegeben werden, sowas wie allgemeine Stressreduktion, die immer ja auch anti-inflammatorisch, also gegen Entzündungen wirkt, wenn man eben keinen Stress hat. Ernährungsanpassung, wenig Zucker, wenig rotes Fleisch, mehr Fisch und Obst und Gemüse, was man immer überall hört, was aber eben auch gezielt auf die Endometriose positiven Einfluss hat. Also auch ganz einfache Dinge im Lebensstil, wenig Stress, viel Sport, gesunde Ernährung, so plakativ, aber genau das ist es, was natürlich auch die Endometriose positiv beeinflusst.

DR. VALENTINA AULETTA: Aber ja, das muss man nicht vergessen, das ist eine chronische Erkrankung und jede Frau hat eine andere Geschichte. Also es gibt Frauen, die haben acht, zehn OPs gehabt und das ist dann schwierig zu unterscheiden. Ist es jetzt der Schmerz, der kommt aus der OP, also ich meine von diesen Verwachsungen und so, oder wirklich von der Erkrankung, also dieser Rezidiv, also diese Rückkehr von der Erkrankung. Und schwierig ist, das ist sehr, sehr schwierig für mich, also die Konfrontation zum Beispiel mit der Adenomyose, weil ich meine, es ist schwierig zu diagnostizieren, also es gibt sehr viele Hinweise.

DR. ANKE ESBER: Ich kann es nur kurz als Zwischenbemerkung sagen, Adenomyose, die Endometriose in der Gebärmutter.

DR. VALENTINA AULETTA: Genau, in der Gebärmtermuskulatur. Und 100 Prozent zu diagnostizieren, das wäre die Gebärmutter zu entfernen. Aber ich meine, diese Frauen vielleicht haben einen Kinderwunsch, also nicht in dem Moment, aber ich meine perspektivisch, und das kann man nicht anbieten, dann die Gebärmutter zu entfernen, wenn man nur denkt, dass irgendwie. Und es ist auch schwierig, dann zu erklären, warum wichtig ist, die Pille zu nehmen. Weil viele Frauen natürlich, die wollen keine Hormone und muss man erklären, das gibt schon eine Dysregulation, also eine hormonelle Dysregulation und dieser Überöstrogenismus, also zu viele Ötrogene, das favorisiert irgendwie diesen Entzündungsprozess. Also das ist wirklich so ein Teufelskreis. Und in dem Moment, wo wir diese Medikamente ansetzen, weil diese Endometriose, das ist hormonsensibel, dann kann man sehr gute Ergebnisse erreichen. Aber das ist nicht nur Pille, das ist nicht nur OP, das ist nicht nur Schmerzmittel, das ist alles. Also deswegen ist es wichtig, dass man, also es ist eine Erkrankung, damit wahrscheinlich so ein Patient oder eine Frau, das ist für den ganzen Leben dann beschäftigt. Das muss man nicht vergessen.

MODERATORIN: Jetzt hatten Sie gerade gesagt, Kinderwunsch, Gebärmutter. Wenn man jetzt auch eine Pille nimmt, wird man ja auch logischerweise nicht schwanger, oder versucht es damit zu verhindern. Was ist denn mit Kinderwunsch?

DR. ANKE ESBER: Ja, also natürlich, wenn die Frau dann schwanger werden möchte, dann ist ja auch die Schwangerschaft letztendlich die Supertherapie. Also während der Schwangerschaft danach geht es den Patienten besser, da haben sie ja einen anderen Hormonhaushalt, viel Progesteron in dem Moment. Und ja, natürlich muss man dann die Pille absetzen und eben schwanger werden. Wir versuchen dann schon so zu beraten, dass sie jetzt eben nicht einfach so ins Blau sozusagen die Pille absetzen und mal abwarten, ob es irgendwann in zwei Jahren, also innerhalb von zwei Jahren oder so klappt, sondern dass man dann so ein bisschen das Ganze gezielt angeht, also mit gezielten Geschlechtsverkehr und so Dingen. Oder dann eben auch relativ großzügig in Zusammenarbeit mit einem Kinderwunschzentrum. Das heißt ja auch nicht immer gleich künstliche Befruchtung, sondern da steht auch erst mal eine Beratung an, eine Diagnostik auch vom Mann. Es gehören ja auch immer noch zwei dazu, auch zum Schwangerwerden. Genau, und dass man das dann einfach so ein bisschen gezielt angeht. Auch gleichzeitig wollen wir da wieder ein bisschen Angst nehmen. Ganz, ganz, ganz viele Frauen werden einfach ganz normal schwanger, auch mit Endometriose. Die reden dann nur nicht so viel darüber, weil es halt geklappt hat, was ja gut ist. Aber das ist halt dann zum Beispiel an so einem Ort wie hier in der Klinik auch schön. Wir haben das Kinderwunschzentrum gleich mit vor Ort und können da eben auch gleich mit den Kollegen zusammenarbeiten, die dann auch da nochmal gezielt beraten. Manchmal kann die Endometriose dann auch ein Grund sein, warum es eventuell erschwert ist, wenn zum Beispiel die Endometriose sich auf den Eileitern festsetzt und es dadurch auch rein mechanisch zu Verwachsungen kommen kann, die dann eben verhindern, dass Sperma und Ei eben gut zusammenkommen sozusagen. Und ja, da kann dann eben auch wieder die operative Therapie

dann vielleicht doch helfen. Oder man entscheidet dann eben irgendwann doch, irgendwelche Wege der künstlichen Befruchtung jetzt mal so grob einfach gesagt zu gehen. Aber da braucht es eben auch gute Beratung und Diagnostik an dem Punkt dann. Aber keine Angst, also auch mit Endometriose wird man schwanger. Und dann ist auch die Schwangerschaft gleichzeitig eine gute Therapie.

DR. VALENTINA AULETTA: Genau, ja. Also in der Sprechstunde kommt immer diese Frage und diese Angst. Also wie du auch gesagt hast, das ist wirklich so. Und ja, ich versuche immer, das den Frauen zu erklären. Also erst mal bis jetzt, also Endometriose, das ist keine neue Erkrankung. Schon Corpus Hippocraticus sozusagen, also unser alter, alter Arzt, also von tausend, tausend Jahren, das ist schon beschrieben worden. Also das ist keine neue Erkrankung. Frauen haben immer Kinder bekommen. Also ich meine, das ist auch jetzt unterschätzt, also die Häufigkeit der Erkrankung. Und ich versuche immer zu erklären, dass es bei Frauen, die unerfüllten Kinderwunsch haben, dann ist es 50 Prozent, circa, verbunden mit Endometriose. Aber nicht 50 Prozent der Endometriose, dann haben die automatisch unerfüllten Kinderwunsch. Also wir haben wirklich den Glück mit den Kollegen hier, Kinderwunsch, heute hatte ich zum Beispiel eine Diskussion mit der Kollegin über Kryokonservierung bei Endometriose und so weiter. Also das ist, und sie hat tatsächlich, sie sagt immer, ja Frau Auletta, das ist immer so eine einzelne Entscheidung. Es ist eine einzelne, also es ist nicht die Frau alleine, das ist der Mann. Wo ist der Mann? Also ich meine, es ist 50-50. Und deswegen, also es gibt auch, ja, also natürlich wenn es zu künstlicher Befruchtung geht, dann ist es was anderes. Aber allgemein, ich versuche erstmal zu sagen, ja, erstmal versuchen nochmal schwanger zu werden, weil Schwangerschaft, tatsächlich das ist therapeutisch. Warum? Weil die Hormone, die wir geben, also diese Gestagene, die sind natürlich gebildet in unserem Körper, wenn wir schwanger sind. Also es kommt aus Gestatio, das ist Schwangerschaft. Und deswegen ist es physiologisch therapeutisch.

MODERATORIN: Sie haben jetzt ja schon gesagt, dass hier das Kinderwunschzentrum da ist und die Physiotherapie da ist. Was macht denn unsere Endometriose-Sprechstunde noch besonders?

DR. VALENTINA AULETTA: Also was ich finde, dass es besonders ist in einer Klinik, ich werde das nie halbherzig zu sagen, das ist auch die Zusammenarbeit mit der verschiedenen Fachabteilung, ja, wie wir so super klar kommen mit dem Radiologen, also für MRT. Also wir haben eine Radiologin, die sie macht speziell für Endometriose und wir treffen uns jeden Dienstag und können die Fälle besprechen und so weiter. Nach der OP, sie will unbedingt wissen, hat sie richtig gesehen und so. Die Zusammenarbeit mit dem Urologen und auch mit dem Chirurgen und die Ausstattung auch von operativer Seite, wie wir ausgestattet sind, also von minimalinvasive operativer Therapie und die Zusammenarbeit mit den Schmerztherapeuten. Also ich meine, ja, also das Team einfach. Also nicht nur die Gyn, eigentlich auch die Kommunikation mit den anderen Fachabteilungen. Und das finde ich, das macht so, das ist besonders.

DR. ANKE ESBER: Wir haben sozusagen auch einfach den Luxus, dass wir, wenn wir mit den Frauen sprechen in der Sprechstunde und ja dann aufzeigen, es gibt den und den und den Weg, wir können das und das machen, dass wir gleichzeitig sagen können, ja, und wir können es eben auch anbieten. Also wir haben den Luxus, auch mal ein MRT machen zu können, wobei wir auch viel ohne MRT sehen, aber trotzdem können wir das machen und besprechen. Wir haben auch den Luxus mit dem Kinderwunschzentrum, wie wir schon gesagt haben, wir haben die Möglichkeit zu sagen, hier, sie kriegen wirklich kurzfristigen Termin für die Schmerztherapie, wo dann auch noch mal eine ganz gründliche Schmerzanamnese noch mal auf einer anderen Basis erhoben wird, können wir gleich den Fragebogen mitgeben, der dann dort als Grundlage dient. Die haben dann eben wieder Kontakt zu Physiotherapie, Osteopathie, mit Taping. Auch unsere Psychoonkologinnen sind immer vor Ort, die sind zwar auf Stationen hauptsächlich primär erstmal auch für onkologische Patienten, aber eben nicht nur. Auch die kommen für die Endometriose-Patienten regulär. Wenn Patientinnen bei uns dann auf Station sind, wenn mal operiert wird, kommen sie zu uns. Wir können mit jeder Endometriose-Patientin sprechen, mit den Patienten nochmal über auch Coping-Strategien und so weiter, wie die Patientinnen zurechtkommen. Wir haben auch diese Sozialarbeiterin noch nicht zu vergessen, mit der wir auch super gut zusammenarbeiten, die dann auch nochmal zum Beispiel für Reha-Plätze alles Mögliche...

DR. VALENTINA AULETTA: macht, sich wirklich auch ganz engagiert kümmert.

DR. ANKE ESBER: Es ist so eben alles aus einer Hand an einem Ort, so plakativ gesagt. Das ist immer ganz schön für alle Beteiligten eigentlich.

MODERATORIN: Und wie kann man in unsere Sprechstunde kommen? Anrufen? Braucht man eine Überweisung? Muss man erstmal zum Facharzt?

DR. ANKE ESBER: Es gibt eine Online-Terminvereinbarung grundsätzlich. Die wird relativ wenig genutzt, aber sie wird genutzt.

DR. VALENTINA AULETTA: Sie können sie gerne nutzen, die findet man über unsere Website.

DR. ANKE ESBER: Dann gibt es eine Telefonnummer, die auch in der Website steht, wo man über unsere allgemeine Poliklinik spricht oder dann auch für die Endometriose-Sprechstunde Termine bekommt. Und ansonsten natürlich auch über die Frauenärzte direkt als Angebot, wenn jetzt Frauenärzte zuhören sollten, Niedergelassene. Wir arbeiten alle zusammen. Da kann man eben natürlich auch dann direkt Termine ausmachen und die Überweisungen kommen dann normalerweise eben vom Frauenarzt, geht aber auch über den Hausarzt oder andere niedergelassene Ärzte dann.

MODERATORIN: Jetzt sind wir ja auch ein Uniklinikum, wir forschen ja auch und wir sind ja auch jetzt zertifiziert von der Stiftung Endometrioseforschung. Woran arbeiten Sie denn konkret?

DR. VALENTINA AULETTA: Also wir haben uns jetzt mit dem Labor auf die Diagnostik fokussiert. Es kommt jetzt demnächst so eine Arbeit über eine Übermethylierung von einer Gene, also GATA6 heißt das, also das wird überexprimiert bei Frauen mit Endometriose. Das ist aber ein kleines Kollektiv gewesen sozusagen. Wir versuchen jetzt ein bisschen so größer zu machen. Also tatsächlich, die waren besonders Frauen mit Darmendometriose, ob das eine Rolle spielt, das müssen wir noch mal schauen. Sonst, wir möchten noch mal uns fokussieren auch um die Rezidiv, also warum manche Frauen haben mehr Rezidiv als andere. Gibt es das dann auf der biomolekularen Ebene, also Unterschiede sozusagen, müssen die anders behandelt werden und so. Und genau, die sind eher so die Fokus, die wir jetzt verbreiten sozusagen.

DR. ANKE ESBER: Eine klinische Sache ist noch, wie man auch Adenomyose, haben wir schon mal kurz angesprochen, diese Endometriose in der Gebärmuttermuskulatur in der Wand behandeln kann, weil die kann man ja schlecht rausschneiden, gerade wenn Kinderwunsch ist. Und da gibt es eine Therapie mit Radiofrequenzablation per intrauterinem Ultraschall. Das ist eben ohne Schnitt und sehr minimalinvasiv. Da haben wir jetzt auch angefangen, so wie andere Zentren, dass wir da eben auch diese Herde so behandeln können mit Radiofrequenzenergie. Das ist auch noch sozusagen in Führungsstrichen experimentell. Das System ist sicher, aber wir gucken eben, wie gut das dann jetzt auch für diese Adenomyose anwendbar ist. In der Richtung wird klinisch sozusagen das begleitet, was dabei rauskommt per Studien.

MODERATORIN: Spannend, auf jeden Fall. Vielleicht findet man irgendwann auch mal die Ursachen und die ganzen Mechanismen raus. Vielleicht haben Sie zum Abschluss noch eine Botschaft an betroffene Frauen?

DR. VALENTINA AULETTA: Ich würde auf jeden Fall, was ich vorher schon angesprochen habe, irgendwie versuchen, über Regelblutung zu sprechen. Also ich meine nicht nur die Frauen, die denken, dass sie Endometriose haben, also deswegen die Beschwerden haben, auch normale Menstruationszyklus. Also ja, und nicht sich schämen. Also das wäre meine...

DR. ANKE ESBER: Genau, Enttabuisierung.

DR. VALENTINA AULETTA: Enttabuisierung, genau.

DR. ANKE ESBER: Sprecht über die Regelblutung. Tatsächlich traut euch, Freundinnen anzusprechen, auch Familie anzusprechen. Sobald man irgendwie leidet, ist es irgendwie nicht normal und dann muss man es mindestens mal dem Ganzen nachgehen. Und da sind wir gerne auch mit da.

DR. VALENTINA AULETTA: Genau. Aber deswegen müssen wir auch über die Normalität

sprechen.

MODERATORIN: Genau. Ganz herzlichen Dank, es war sehr spannend. Hoffentlich haben wir ein paar aufklären können und ein paar Mut gemacht, dass Sie sich trauen, Ihren Arzt anzusprechen oder Ihre Familie, Freunde.

DR. ANKE ESBER: Genau. Gerne.

MODERATORIN: Wir hören uns wieder.

Abspann mit Hintergrundmusik