

Endometriose in der Adoleszenz

von Dr. med. Michael Burkhardt und Prof. Dr. Thorsten Kühn

Endometriose ist eine häufige gutartige Erkrankung der geschlechtsreifen Frau. Schätzungen gehen von einer Prävalenz von 30 % im Kollektiv aus. Damit ist mit ca. 50.000 Neuerkrankungen pro Jahr in Deutschland zu rechnen. Die Latenzzeit vom Auftreten erster Symptome bis zur Diagnosestellung beträgt in Deutschland sieben Jahre. Die Endometriose wird mitunter, "A disease that has no lobby" genannt [22]. Aus dieser Sicht sind die jungen Frauen mit Endometriose, die häufig noch ihren Platz im Leben suchen, im doppelten Sinne ohne Lobby.

2/3 der Frauen mit gesicherter Endometriose berichten, dass ihre Beschwerden bereits vor dem 20. Lebensjahr begonnen hätten. Auch wenn im Allgemeinen angenommen wird, dass sich die Endometriose erst nach einigen Jahren von Menstruationszyklen manifestiert, gibt es gesicherte Fälle, in denen eine Endometriose bereits vor der Menarche, nach Einsetzen der Brustentwicklung symptomatisch wurde. Die Prävalenz der Endometriose bei Jugendlichen und jungen Frauen ist nicht bekannt. Die in der Literatur publizierten Daten sind in **Tabelle 1** zusammengestellt.

Pathogenese

Es gibt viele verschiedenen Theorien, die zur Erklärung der Endometriose

herangezogen werden. Jede für sich beschreibt Teilaspekte der Pathogenese plausibel. Eine erschöpfende Erklärung für das gesamte komplexe Krankheitsbild liefert jedoch keine dieser Theorien (**Tab. 2**).

Diagnostik

Die Symptomatik und die klinische Manifestation der Endometriose bei Adoleszenten unterscheiden sich mitunter von der bei erwachsenen Frauen. Adoleszente Endometriosepatientinnen haben häufig zyklische, oft aber auch azyklische Schmerzen. Darüber hinaus bestehen häufig gastrointestinale Beschwerden wie Übelkeit/Erbrechen, Dyschezie oder Obstipation sowie dysurische Beschwerden. Auch vasovagale Reaktionen können als führendes Symptom auftreten. Dieses, für Endometriose vermeintlich atypische Erscheinungsbild, führt dazu, dass die jungen Frauen häufig mit ihren Beschwerden nicht ernst genommen werden. Dies führt zu einer verzögerten Diagnosestellung, der oft mehrere Arztwechsel voran ge-

hen. Häufig wirkt sich die Erkrankung mit den damit verbundenen Beschwerden negativ auf Schulbesuche, sportliche Aktivitäten und soziale Kontakte aus.

Die Diagnostik umfasst eine ausführliche Anamneseerhebung. Um besser einschätzen zu können, ob die Schmerzen zyklisch oder zyklusunabhängig sind oder weitere Symptome wie eine Störung der Darm- oder Blasenfunktion bestehen, ist das Führen eines Patiententagebuchs hilfreich. Auch die Familienanamnese ist wichtiger Bestandteil der Krankengeschichte. So haben Patientinnen mit Verwandten ersten Grades mit einer gesicherten Endometriose ein signifikant höheres Risiko, selbst betroffen zu sein. Auch Patientinnen mit sexuellem Missbrauch und mit Essstörungen in der Vorgeschichte haben ein erhöhtes Risiko für eine Endometriose [7].

Die klinische Untersuchung bei Adoleszenten mit Unterbauchschmerzen unterscheidet sich nicht grundsätzlich von der erwachsener Frauen

Adoleszenten mit...	Häufigkeit der Endometriose
chronischen Unterbauch-/Beckenschmerzen	25 – 38 %
chronischen Unterbauch-/Beckenschmerzen die sich einer Laparoskopie unterziehen	47 %
chronischen Unterbauch-/Beckenschmerzen refraktär auf OC und NSAR die sich einer Laparoskopie unterziehen	50 – 70 %

Tab. 1: Häufigkeit der Endometriose bei Adoleszenten [1–6].

Theorie	Erklärung
Implantationstheorie	Während der Menstruationsblutung kommt es zum retrograden Transport von endometrialem Gewebe über die Tuben, welches sich dann im Gewebe des kleinen Beckens implantiert. Diese Theorie erklärt auch das gehäufte Auftreten der Endometriose bei Patientinnen mit Störungen des Müller'schen Gang-Systems mit Ausflussbehinderungen (z.B. Hymenalatresie, Hemmungsmisbildungen des Uterus)
Coelom-Metaplasie-Theorie	Undifferenzierte pluripotente Zellen des Coelom-Epithels (Peritoneum) differenzieren sich in endometriales Gewebe um.
Tissue-Injury and Repair-Theorie (Archimetra-Theorie)	Durch eine uterine Hyperperistaltik kommt es zu Verletzungen der endometrialen Basalmembran. Dadurch kommt es zum Einwandern von endometrialem Gewebe ins Myometrium und in weitere Strukturen der Beckenorgane. Diese Theorie wird zur Erklärung der Adenomyosis uteri und der tief-infiltrierenden Endometriose (TIE) herangezogen.
Direkte Transplantation (Verschleppung)	Durch direkte Transplantation werden Endometrioseherde in chirurgischen Narben nach Kaiserschnitt, Episiotomie oder Hysterektomie erklärt.
Vaskulärer und lymphatischer Transport	Diese Theorie wird zur Erklärung von Endometrioseabsiedlungen außerhalb des kleinen Beckens herangezogen.
Zelluläre Immunität-Theorie	Diese Hypothese basiert auf der Annahme, dass es ektopem Endometrium durch eine unzureichende zelluläre Immunität möglich wird zu proliferieren.

Tab. 2: Theorien zur Erklärung der Endometriose.

mit derartigen Symptomen. Bei Mädchen, die noch keinen Geschlechtsverkehr hatten, muss ggf. auf eine bimanuelle abdomino-vaginale Untersuchung und eventuell auf eine Spiegeleinstellung verzichtet werden. Stattdessen sollte besser eine abdomino-rektale Untersuchung durchgeführt werden. Das Vorgehen ist jedoch im Einzelfall mit der Patientin zu besprechen. Ebenso ist von Fall zu Fall zu entscheiden, ob ein abdominaler, ein vaginaler oder ein rektaler Ultraschall durchgeführt werden soll. Dies hängt neben den Wünschen der Patientin auch von der Erfahrung des Untersuchers ab. Mit modernen, schmalen Vaginal-Ultraschallsonden lässt sich in den meisten Fällen eine für die Patientin wenig beeinträchtigende vaginale oder rektale Untersuchung, auch bei Virgines, durchführen.

Ein wichtiger Aspekt bei der Untersuchung der jungen Frauen ist der Ausschluss von Hemmungsmisbildungen des Urogenitaltrakts, gerade wenn Schmerzen im Becken beste-

hen, das Einsetzen der Menstruation erwartet wird, diese dann aber ausbleibt. Auch Frauen mit Störungen der Entwicklung der Müller'schen Gänge haben ein erhöhtes Risiko, eine Endometriose zu entwickeln. Hierzu sollte auch eine Hymenal-Atresie ausgeschlossen werden. Dafür kann bei sehr ängstlichen und somit in der klinischen Untersuchung nur schwer zugänglichen Mädchen versucht werden, die Scheide mit einem Q-Tip oder einem ähnlich atraumatischen Instrument zu sondieren. Bei jugendlichen Endometriosepatientinnen ist in mindestens 5 % der Fälle mit einer Anomalie der Müller'schen Gänge zu rechnen [8]. Eine operative Rekonstruktion des Situs führt bei vielen dieser Patientinnen zu einer Remission.

Laboruntersuchungen dienen in erster Linie zum Ausschluss der in Frage kommenden Differentialdiagnosen, insbesondere akuter und chronischer Entzündungen im Abdomen und Becken, Harnwegs- und Darm-erkrankungen. Die Diagnostik bein-

haltet neben einem Blutbild und CRP, Urinstatus und ein Schwangerschaftstest.

CA 125 ist häufig erhöht, jedoch so unspezifisch, dass er nicht zur Diagnostik herangezogen werden sollte. Auch liegen keine Daten für den Einsatz von CA 125 zur Verlaufskontrolle einer gesicherten Endometriose bei adolescenten Patientinnen vor [8].

Die Vaginalsonographie ist eine wichtige Säule in der gynäkologischen Diagnostik. Mit ihr können von einem erfahrenen Untersucher ovarielle Endometriome wie auch endometriosebedingte Knoten im Beckenbindegewebe diagnostiziert werden. Die bei erwachsenen Endometriosepatientinnen unverzichtbare Untersuchung hat bei jugendlichen Patientinnen einen etwas geringeren Stellenwert. Vor dem 25. Lebensjahr sind größere ovarielle Endometriome relativ selten und auch eine tief-infiltrierende Endometriose mit Knotenbildung im Beckenbinde-

gewebe im Kollektiv ist nicht sehr häufig. Dennoch sollte die Untersuchung durchgeführt werden, wenn diese für die Patientin nicht mit zu vielen Unannehmlichkeiten verbunden ist.

Ein MRT kann zur weiteren Abklärung unklarer klinischer oder sonographischer Befunde herangezogen werden. Weil die Untersuchung aber kostenintensiv ist und die Sensitivität für peritoneale Endometrioseherde, der häufigsten Manifestation bei Adolescenten, gering ist, spielt sie bei dieser Patientinnengruppe nur eine untergeordnete Rolle [9–11].

Bei unklaren Befunden und Versagen der empirischen Therapieversuche sollte eine diagnostische Laparoskopie durchgeführt werden (**Abb. 1 und 2**). Für den Operateur ist die Kenntnis der morphologischen Veränderungen bei den adolescenten Endometriosepatientinnen wichtig. Bei Jugendlichen zeigt die Endometriose überwiegend rote, klare oder weiße, häufig vesikelartige Läsionen. Die typischen polymorphen, pigmentierten Herde der erwachsenen Patientinnen finden sich nur selten [12]. Eine weitere Manifestationsform der juvenilen Endometriose sind ausgestanzte wirkende Peritoneal-Defekte (peritoneal windows). **Abbildung 3** zeigt typische Endometrioseherde am linken Lig. sakrouterinum und im Douglas bei einer 15-jährigen Patientin.

Unter Umständen kann eine Hydrolaparoskopie die Erkennbarkeit



Abb. 2: Laparoskopisches Bild bei Uterus dydelfis mit ausgeprägter Endometriose

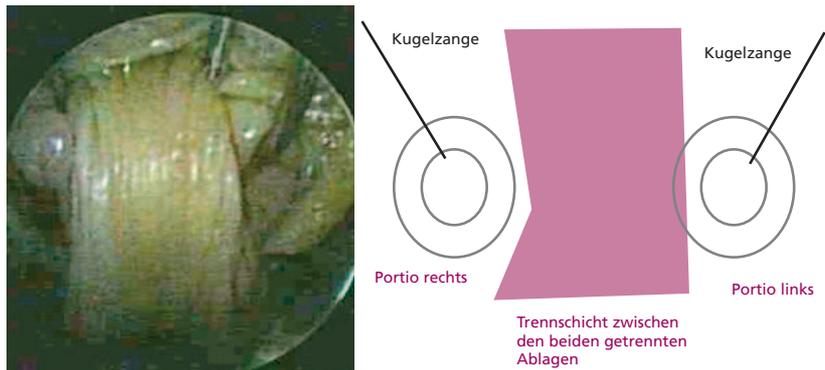


Abb. 1: Hysteroskopisches Bild eines Uterus dydelfis bei einer Endometriosepatientin

subtiler Läsionen und filiformer Verwachsungsstränge verbessern [13]. **Tabelle 3** zeigt die Stadienverteilung der Adolescenten. Auffällig ist hierbei, dass in den jüngeren Arbeiten höhere Stadien beschrieben wurden. Dies ist in erster Linie dadurch zu erklären, dass die Kenntnis der endometriosebedingten Veränderung zugenommen hat und auch atypische Veränderungen als Endometriose identifiziert wurden [14]. Im Rahmen des operativen Staging sollte die rASRM/rASF-Klassifikation verwendet werden, im Falle einer bei Teenagern eher seltenen tief-infiltrierenden Endometriose zusätzlich die ENZIAN-Klassifikation.

Therapie

Das therapeutische Management der adolescenten Patientin wird sich zunächst danach richten, ob es sich um eine Patientin mit Dysmenorrhoe oder Unterbauchschmerzen ohne gesicherte Diagnose oder um eine Patientin, mit histologisch oder zumindest visuell durch Laparoskopie gesicherter Endometriose handelt. Das Therapieziel ist in jedem Fall die Schmerzfreiheit oder Schmerzreduktion, der Erhalt der Fertilität sowie die Vermeidung von Sekundärschäden durch Progression der Erkrankung wie zum Beispiel der Verlust der Nierenfunktion durch eine Ureterobstruktion.

Die zur Verfügung stehenden konservativen Therapieoptionen sind: nicht

steroidale Antirheumatika (NSAR), kombinierte orale Kontrazeptiva (OC), Gestagene, GnRH. Darüber hinaus können ein Vaginal-Ring, transdermale Systeme, etonogestrel-freisetzende Implantate, aber auch Medikamente aus der Gruppe komplementärer und alternativer Medizin (CAM) eingesetzt werden [21].

Nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR)

Diese stellen die „First-line“ Therapie bei jungen Frauen mit Dysmenorrhoe dar. Durch Hemmung der Prostaglandinsynthese können die durch Endometriose verursachten Entzündungsreaktionen unterdrückt und damit Schmerzen reduziert werden. Gerade die roten Endometrioseherde, welche häufig bei juvenilen Patientinnen gefunden werden, weisen



Abb. 3: Typische Endometrioseherde am linken Lig. sakrouterinum und im Douglas bei einer 15-jährigen Patientin

	Anzahl Pat.	Alter	Stadium I [%]	Stadium II [%]	Stadium III [%]	Stadium IV [%]
Goldstein et al. (1980)	66	10 – 19	58	38	0	4
Vercellini et al. (1989)	18	11 – 19	67	33	0	0
Davis et al. (1993)	36	13 – 20	28	22	19	31
Reese et al. (1997)	49	11 – 19	80	12	6	2
Laufer et al. (1997)	32	13 – 21	77	23	0	0
Emmert et al. (1998)	37	11 – 19	92	8	0	0
Bai et al. (2002)	39	14 – 21	10	44	28	18
Ventolini et al. (2005)	28	12 – 18	14	39	43	4
Stavroulis et al. (2006)	11	13 – 20	45 ^a		55 ^b	
Vicino et al. (2010)	38	15 – 21	18	13	34	34
Roman (2010)	20	14 – 20	40	45	5	10
Yang et al. (2012)	63	12 – 20	8	3	52	37
^a Stadien I + II						
^b Stadien III + IV						

Tab. 3: Stadienverteilung der Endometriose bei Adolescenten die wegen chronischer Unterbauchschmerzen laparoskopiert wurden.

eine hohe Prostaglandin-Aktivität auf. Im Tiermodell konnten NSAR auch die abdominale Endometriose-last reduzieren [15].

Kombinierte orale Kontrazeptiva (OC)

Orale Kontrazeptiva führen über die Gestagenkomponente zu einer Dezydualisierung und schließlich zur Atrophie von ektopem wie auch eutopem Endometrium. Dadurch kommt es zu weniger und schwächeren Blutungen und zu weniger blutungsbedingten Schmerzen. Insbesondere bei unzureichender Schmerzreduktion bei zyklischer Einnahme kann die Einnahme im Langzyklus bzw. die kontinuierliche Einnahme zu einer weiteren Schmerzreduktion führen, wengleich mit einer etwas erhöhten Rate an Durchbruchblutungen zu rechnen ist [16, 17].

Gestagene

Der therapeutische Effekt der Gestagene entspricht dem der OC. Die zumindest theoretisch mögliche Stimulation der Endometriose durch die Östrogen-Komponente entfällt. Dafür ist die Zyklusstabilität bei Gestagen-Monotherapie schlechter. Seit 2010 ist Dienogest (DNG) zur Behandlung der Endometriose der erwachsenen Frau zugelassen. Da DNG jedoch in vielen OC als Gesta-

gen enthalten ist, scheint der Einsatz der DNG-Monotherapie auch bei adolescenten vertretbar, insbesondere wenn keine Notwendigkeit der Kontrazeption besteht.

Gonadotropin-Release-Hormon-Analoga

GnRH-Analoga sind nach wie vor der Goldstandard in der medikamentösen Therapie der Endometriose. Durch Unterbrechung der hypothalamo-hypophysär-ovariellen Achse wird ein hypoöstrogener Zustand, entsprechend dem in der Postmenopause hervorgerufen. Hierdurch kommt es zur Amenorrhoe und zur Atrophie der Endometriose. Die Nebenwirkungen entsprechen den Wechseljahrsbeschwerden, was für viele der jungen Frauen mit nicht tolerablen Unannehmlichkeiten verbunden ist. Für Adoleszente besonders relevant ist der Verlust an Knochendichte. Mit der maximalen Knochendichte ist ab dem 20. Lebensjahr zu rechnen, deshalb sollte die Indikation davor zurückhaltend gestellt werden. Vor dem vollendeten 16. Lebensjahr betrachten die meisten Autoren GnRH-Analoga als kontraindiziert [8]. In jedem Fall sollte eine Add-back Therapie mit Beginn der GnRH-Behandlung eingeleitet werden [18, 19]. Es ist zu erwägen, die Therapie mit einem 3-Monats-Depot-Präparat

zu beginnen, da es nach Therapieeinleitung mit GnRH-Analoga zu einem Flare-up-Effekt kommen kann, der dazu führt, dass die Endometriose proliferiert und die Patientin zunächst mehr Beschwerden hat. Dies kann zu Compliance-Problemen und Therapieabbrüchen führen [21].

Die in amerikanischen Therapieempfehlungen propagierte empirische GnRH-Therapie nach Versagen von NSAR und OC ohne histologische Sicherung [8] ist in Deutschland unüblich und wird von vielen Autoren abgelehnt [20].

Operative Therapie

Die diagnostische und therapeutische Laparoskopie ist der Standard der operativen Therapie. Sie ist kostengünstig, weithin verfügbar und sowohl ambulant als auch – wenn erforderlich – stationär durchführbar. Eine Laparoskopie ist bei Adolescenten nahezu immer durchführbar, die Notwendigkeit einer Laparotomie sollte bei diesem Kollektiv eine Rarität darstellen. Die operative Entfernung oder Destruktion ist eine hocheffektive Therapie bezüglich der Schmerzkontrolle [24, 25]. Ohne eine Nachbehandlung ist jedoch in bis zu 50 % der Fälle mit Rezidiven zu rechnen [26], wengleich es keine originären Daten für Adolescenten

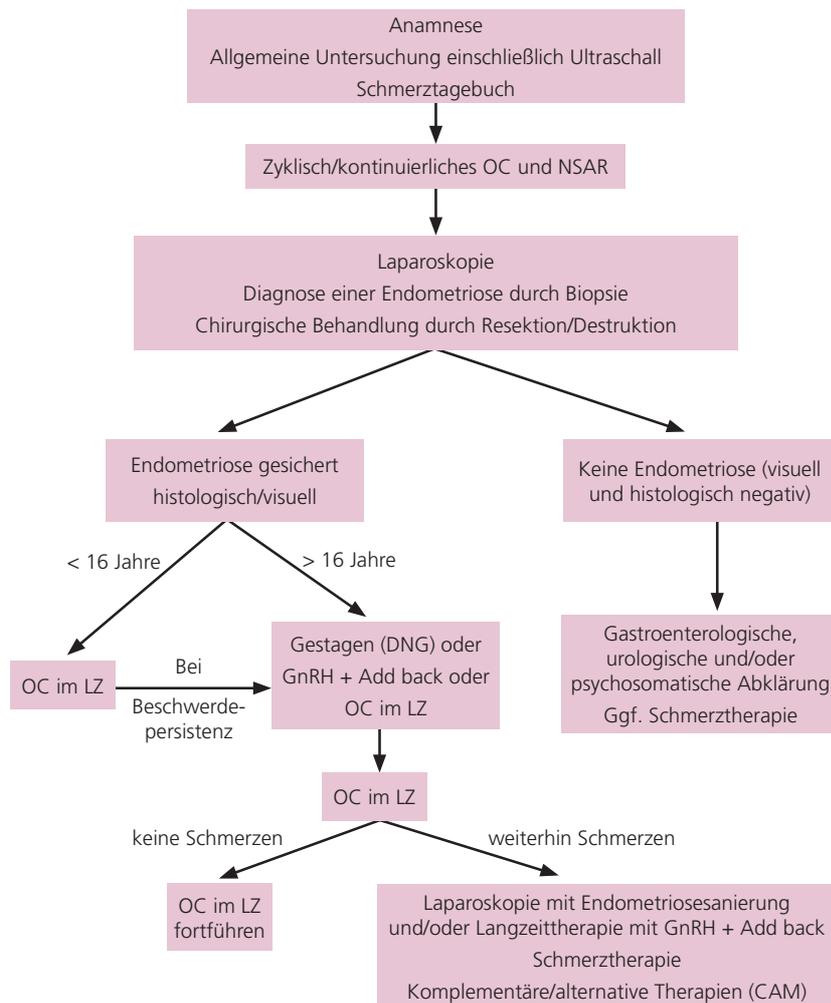


Abb. 4: Behandlungspfad für adolescente Endometriosepatientinnen modifiziert nach den Committee Empfehlungen der ACOG unter Einbeziehung des Kommentars von Prof. KW Schweppe [8, 20].

gibt. Ein eindeutiger Vorteil für die Resektion oder Destruktion besteht nicht [23], es ist jedoch zu bedenken, dass die Infiltrationstiefe der Endometrioseherde nicht in jedem Fall sicher visuell zu beurteilen ist. Deshalb ist die vollständige Resektion der unkritischen Koagulation vorzuziehen.

Besondere Therapeutische Konstellationen

In den meisten Fällen wird eine junge Frau mit Dysmenorrhoe oder Unterbauchschmerzen einen Gynäkologen aufsuchen, ohne dass im Vorfeld eine Abklärung erfolgt war. In diesen Fällen ist ein Behandlungsversuch mit nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR) und/oder einem kombi-

nierten oralen Kontrazeptivum (OC) indiziert. Im Falle von zyklischen Schmerzen sollten die Gabe von Analgetika idealerweise bereits vor dem Einsetzen der Schmerzen begonnen werden. Sollte unter diesem Therapieregime innerhalb von 3–6 Monaten keine ausreichende Besserung der Beschwerden erreicht werden, ist die diagnostisch-therapeutische Laparoskopie mit Entfernung oder Destruktion aller erkennbaren Herde indiziert. Um ein Rezidiv und ein Voranschreiten zu verhindern, wird allgemein eine medikamentöse Rezidiv-Prophylaxe empfohlen [8]. Diese sollte bis zum Umsetzen des Kinderwunsches durchgeführt werden. Zur Verfügung stehen OC, Gestagene und GnRH-

Analoga mit Add-back-Therapie. Die individuelle Therapieauswahl hängt von den individuellen Umständen der Patientin und ihrer Erkrankung und dem zu erwartenden Nebenwirkungsprofil ab. Treten bei einer Patientin mit histologisch gesicherter Endometriose unter einer Rezidiv-Prophylaxe erneut Beschwerden auf, kann entweder der Versuch einer Therapieeskalation, beispielsweise das Umstellen von einem OC auf GnRH, oder die erneute Laparoskopie mit Endometriosesanierung, gefolgt von einer Rezidiv-Prophylaxe mit GnRH erfolgen. Zu beachten ist, dass ein x-fach wiederholtes Operieren vermieden werden muss, da viele ältere Endometriosepatientinnen mehr unter den Sekundärfolgen multipler Operationen wie Verwachsungen, neuropathischen Schmerzen und Lymphabflussstörungen leiden, als unter der Endometriose selbst. In **Abbildung 4** ist ein Großteil der möglichen Szenarien mit den in Frage kommenden diagnostischen und therapeutischen Optionen dargestellt.

Literatur: www.gyne.de

Autoren:

Dr. med. Michael Burkhardt, Oberarzt der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Prof. Dr. med. Thorsten Kühn, Chefarzt, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Klinikum Esslingen

Korrespondenzadresse

Dr. med. Michael Burkhardt
Oberarzt der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Koordinator des Endometriosezentrum Esslingen
Klinikum Esslingen
Hirschlandstraße 97
73730 Esslingen
m.burkhardt@klinikum-esslingen.de

Dr. med.
Michael Burkhardt

Oberarzt der Klinik für
Frauenheilkunde und
Geburtshilfe



Fallbericht: Endometriose eines Teenagers

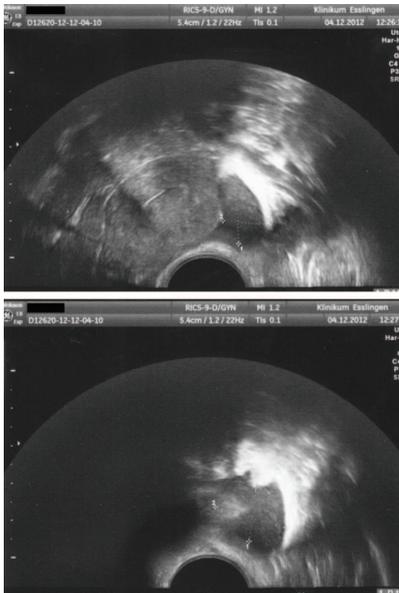


Abb. 1: Darstellung des Uterus mittels Rektal-Sonographie.

15-Jähriges Mädchen ohne relevante Vorerkrankungen. Menarche mit 11 Jahren, es wird eine primäre Dysmenorrhoe berichtet. Der Zyklus ist unter einem zur Behandlung der Dysmenorrhoe verordneten Oralen Kontrazeptivum (0,03 mg EE/0,15 mg Levonorgestrel z.B. Asumate 30®) regelmäßig 28/5. Die Patientin ist Virgo intacta. Bereits zwei Tage prämenstruell, leidet die Patientin unter starken, krampfartigen Bauchschmerzen mit Kollapsneigung und Synkopen. Der Schulbesuch muss regelmäßig abgebrochen werden bzw. ist nicht mög-

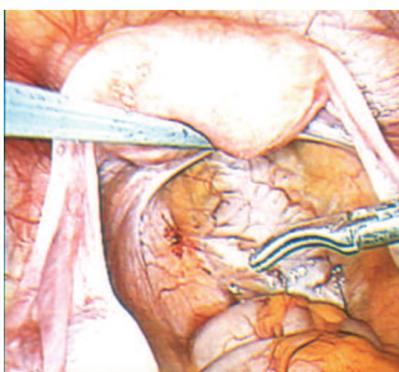


Abb. 2a: Laparoskopischer Situs mit Endometrioseherd des linken Sakrouterinligament.

lich. Auch Hobbys und sportliche Aktivitäten können während der Zeit der Menstruation nicht wahrgenommen werden. Eine Dysurie oder Dyschezie besteht nicht, kein Blut im Stuhl. Jedoch besteht perimenstruell eine ausgeprägte Obstipationsneigung. Trotz von der Frauenärztin verordneter Therapie mit OC und NSAR trat bei der Patientin keine relevante Besserung der Beschwerden ein. Bei der klinischen Untersuchung am 8. Zyklustag zeigte sich ein weiches Abdomen mit geringer diffuser Druckschmerzhaftigkeit. Keine Abwehr, keine tastbaren Resistenzen, Nierenlager bds. frei. Weil die Patientin Virgo intacta ist und eine Spieleinstellung sowie eine abdomino-vaginale Tastuntersuchung nicht wünscht, wird lediglich eine rektale Tastuntersuchung durchgeführt. Hier findet sich ein Druckschmerz im Douglas ohne tastbares Infiltrat.

Rektal-Sonographie:

Uterus retroflektiert, 5,6 x 3 x 3,5 cm, Endometrium schmal, 1,7 mm. Etwas betonte Hinterwand. Ovarien bds. unauffällig darstellbar. Retro-uterin 1,4 x 1,9 x 1,8 cm messende sludge-artige, echoarme Raumforderung im Douglas eher links. Darüber etwas echofreie Flüssigkeit (am stehenden Printerbild schlecht sichtbar). Die **Abbildung 1** zeigt die Darstellung des Uterus mittels Rektal-Sonographie. Es wurde die Indikation zur diagnostisch-therapeutischen Laparoskopie gestellt (**Abb. 2a**). Im Rahmen der mit dem ausdrücklichen Einverständnis der Patientin durchgeführten vaginalen Narkoseuntersuchung fanden sich im Rahmen der Spiegeleinstellung keine vaginalen Endometrioseherde. Palpatrisch kein Anhalt für eine tief-infiltrierende Endometriose (TIE). Auf Anlage eines Uterusmanipulators wird verzichtet. Intraoperativ fanden sich vesikuläre rote Endometrioseherde am linken Ligamentum Sakrouterinum und im Douglasperitoneum, entsprechend rASRM Stadium I (Score 4)



Abb. 2b: Detailansicht des linken Sakrouterinligament aus Abb. 2.

(**Abb. 2b**). Auch subtilste Durchmusterung des gesamten Abdomens mit einer HD-Kamera findet keinen Anhalt für weitere Endometrioseherde. Keine ovariellen Endometriome, keine Verwachsungen. Die Endometrioseherde werden mit einer Schere umschnitten und vollständig rezisiert. Punktuelle bipolare Blutstillung. Schließlich wird aufgrund eines Koprolithen eine Gelegenheits-Appendektomie durchgeführt (Wunsch der Patientin und ihrer Eltern im Rahmen des Aufklärungsgesprächs). Der postoperative Verlauf gestaltete sich unauffällig, Entlassung nach Kostenaufbau (Appendektomie) am 4. postoperativen Tag. Zur Rezidiv-Prophylaxe wurde ein dienogest-haltiges orales Kontrazeptivum im Langzyklus verordnet. Im Rahmen der Kontrolluntersuchung nach sechs Monaten berichtete die Patientin absolutes Wohlbefinden, keinerlei Schmerzen, keine Einschränkung der Lebensqualität. Das OC wird gut vertragen, azyklische Blutungen sind im Langzyklus bislang nicht aufgetreten. Reizlose Trokar-Narben.

Dr. med.
Michael Burkhardt

Oberarzt der Klinik für
Frauenheilkunde und
Geburtshilfe



Mitteilungen der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V. Intensivprogramm 2014

Kurzbericht März-Intensivkurs II 2014

Vom 13.–15. März 2014 fand der erste von zwei Intensivkursen II im Jahr 2014 in Potsdam am Templiner See statt.

Voraussetzung für die Teilnahme am Kurs zum Themenbereich „Praxis der Kinder- und Jugendgynäkologie“ war die erfolgreiche Teilnahme am Intensivkurs I. Erfahrene Referentinnen und Referenten leiteten die Teilnehmenden in interaktiven Seminaren durch häufige Praxisthemen und auch besondere Einzelfälle. Im Vordergrund standen Differenzialdiagnose und Therapie einzelner Krankheitsbilder. Die Arbeitsatmosphäre war konstruktiv und kollegial. Der Kurs fand bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern großen Anklang und auch die Rahmenbedingungen wie Tagungshotel und Verpflegung wurden positiv bewertet.

Intensivkurs II: „Praxis der Kinder- und Jugendgynäkologie“

26. bis 28. Juni 2014 in Potsdam, Kongresshotel am Templiner See – Der Kurs ist ausgebucht

Intensivkurs I: „Grundbestand der Kinder- und Jugendgynäkologie“

13.–15. November 2014 in Merseburg (Halle), Radisson Blu Hotel, Teilnehmerkreis:

Fachärztinnen und -ärzte sowie Ärztinnen/Ärzte im letzten Weiterbildungsjahr für Gynäkologie, Pädiatrie und angrenzende Fachgebiete (z.B. Kinderurologie, -chirurgie)

Informationen und Anmeldung:

if-kongress management gmbh
Standort München: Hainbuchenstraße 47, 82024 Taufkirchen

Tel.: 089/612 096 89

Standort Berlin:

Hausvogteiplatz 12

10117 Berlin

Tel.: 030/514 883 346

Weitere Informationen finden Sie stets aktualisiert unter

www.kindergynaekologie.de

Judith-Esser-Mittag-Preis

Auch in diesem Jahr schreibt die Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V. den Judith-Esser-Mittag-Preis für Arbeiten auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendgynäkologie aus. Der erste Preis ist mit 4.000 €, der zweite

Preis mit 2.500 € dotiert. Einsendeschluss ist 15. Juli 2014.

Weitere Informationen finden Sie unter:

www.kindergynaekologie.de

Nachrichten aus der Mitglieder- verwaltung

Die Zahl der Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V. hat sich im Jahr 2013 auf 751 Mitglieder erhöht. In die Arbeitsgemeinschaft aufgenommen wurden 40 Ärzte und Ärztinnen. Im gleichen Zeitraum ausgeschieden sind 28 Mitglieder.

Aufruf

Wir möchten kostengünstig und kurzfristig mit Ihnen kommunizieren können und Sie vermehrt in unsere Aktivitäten einbinden. Die E-Mail ist dazu eine zeitgemäße Möglichkeit.

Bitte unterstützen Sie uns und senden Sie Ihre aktuelle E-Mail-Adresse an:

info@kindergynaekologie.de

korasion-Impressum

Schriftleitung: PD Dr.med. Patricia G.Oppelt, Erlangen; Dr.med. Esther M. Nitsche, Lübeck

Redaktion: I. Bedei (Frankfurt), I. Voß-Heine (Werl), D.Mackert (Kulmbach)

Bezug: korasion erscheint 4x/ Jahr (Bezug für Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V. kostenlos – kann aus technisch/wirtschaftlichen Gründen nur zusammen mit gyne bezogen werden); Jahresbezugspreis für alle 11 Fachzeitschriften gyne 42,- Euro inkl. Porto und MwSt.

Herausgeber und Verleger: Mediengruppe Oberfranken – Fachverlage GmbH & Co. KG, E.-C.-Baumann-Str. 5, 95326 Kulmbach. Geschäftsführer: Walter Schweinsberg, Bernd Müller

Druck: creo Druck & Medienservice GmbH, 96050 Bamberg

Bei Einsendung von Manuskripten wird das Einverständnis zur vollen/teilweisen Veröffentlichung vorausgesetzt. Für veröffentlichte Beiträge behält sich der Verlag das ausschließliche Recht der Verbreitung/Vervielfältigung/Übersetzung (auch v. Auszügen) vor. Nachdruck (auch auszugsweise) nur mit Genehmigung des Verlages.

ISSN 0179 9185