



- ▶ Follow-up-Daten zur **Dyspareunie und Psychosexualität nach radikaler Endometrioseresektion** (3 Patientinnen-Gruppen: mit tief infiltrierender Endometriose bzw. Peritonealendometriose bzw. Scheidenteilresektion).
- ▶ Es kam zu **signifikanten Verbesserungen der Dyspareunie und Teilaspekten des Sexuallebens**, jedoch keiner signifikanten Verbesserung bezüglich der physischen und psychischen Entspannung während des Verkehrs.



Studie zum Effekt einer chirurgischen Endometriosetherapie auf Dyspareunie und Sexualleben

„Love is a Pain“

Von Endometriose, einer der häufigsten benignen Erkrankungen, sind zirka 2 % der weiblichen Bevölkerung in den reproduktiven Jahren betroffen. Kardinalsymptome sind Dysmenorrhö, Dyspareunie sowie Dyschezie bzw. Dysurie bei Darm-/Blasenbeteiligung. Obwohl Endometriose pathohistologisch eine benigne Erkrankung darstellt, kann sie sich ausdehnen, gesunde Organstrukturen infiltrieren und deren Funktion beeinträchtigen. Wachsen die Herde tiefer als 5 mm ins Gewebe ein, spricht man von tief infiltrierender Endometriose (TIE).

Aufgrund der nicht vorhandenen Korrelation zwischen Erkrankungsstadium und Beschwerdebild kann sich eine rasche und kor-

rekte Diagnosestellung als schwierig erweisen. Die Diagnoseverzögerung variiert im Ländervergleich von durchschnittlich 3,3 Jahren in Guangzhou (China) bis 10,7 Jahre in Siena (Italien); in Österreich und Deutschland beträgt sie ungefähr 10,4 Jahre.

Wie bereits erwähnt, zählt die Dyspareunie zu den häufigsten Symptomen und ist unter anderem auf eine tiefe Infiltration des Ligamentum cardinale und der sakrouterinen Ligamente, des Douglas-Raums sowie des anterioren bzw. posterioren vaginalen Fornix zurückzuführen.

Durch die Dyspareunie werden sowohl das psychische Wohlbefinden sowie die Qualität des Sexuallebens häufig maßgeblich beeinträchtigt. Dies äußert sich unter anderem



MMag.ª Dr.ª Nadja Fritzer
Klinische und Gesundheitspsychologin;
Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe,
Wilhelminenspital,
Wien; Landeskrankenhaus
Korneuburg

in einer reduzierten Häufigkeit sexueller Kontakte, dem Gefühl von Angst/körperlicher Anspannung vor dem/während des Geschlechtsverkehrs, Schuldgefühlen dem Partner gegenüber und der Unfähigkeit, sich zu entspannen.

Eine Behandlungsoption stellt die hormonelle Therapie dar, jedoch zeigen Studien,

dass der therapeutische Effekt beim genannten Beschwerdebild limitiert ist. Ein weiterer, meist vielversprechenderer Ansatz ist die laparoskopische Resektion aller sichtbaren Endometrioseherde. Diese Methode gilt zwar als Goldstandard, erfordert jedoch hohe technische Skills sowie Erfahrung seitens des chirurgischen Teams.

Studie: Sexuelleben nach Endometrioseresektion

Zu den Auswirkungen einer chirurgischen Therapie bei Endometriose auf die Schmerzsymptomatik beim Geschlechtsverkehr und weitere Aspekte des Sexuallebens liegen Daten aus einer multizentrischen, prospektiven Studie vor, an welcher 6 von der Stiftung Endometriose-Forschung (SEF) zertifizierte Zentren (Stufe III) in Österreich und Deutschland teilnahmen.

Methodik: In die Untersuchung eingeschlossen wurden heterosexuelle Patientinnen über 18 Jahre mit einer ausgeprägten Dyspareunie, die mindestens seit 6 Monaten bestand.

Weitere Kriterien waren eine histologisch verifizierte Endometriose sowie der Ausschluss jeglicher Hormoneinnahme (orale

Kontrazeptiva, GnRH-Analoga etc.) im Zeitraum von 3 Monaten vor der Operation bis zur postoperativen Befragung.

Den Patientinnen wurde vor dem Eingriff und durchschnittlich 10 Monate (Range: 9–12) danach eine Testbatterie, bestehend aus einem selbstgenerierten sowie 2 standardisierten Fragebögen, vorgelegt. Bei den validierten Verfahren handelte es sich um die *Female Sexual Distress Scale (FSDS)* – ein Screeninginstrument, welches den durch die Sexualität verursachten persönlichen Stress erhebt – sowie den *Female Sexual Function Index (FSFI)*, der mithilfe von 6 Skalen (z. B. Lubrikation, Verlangen, Schmerz, Orgasmus) wichtige Bereiche der Sexualität abbildet.

Alle Patientinnen wurden präoperativ zusätzlich klinisch und mittels Transvaginalschall untersucht. In Fällen von TIE mit Darm-/Harnblasenbefall wurde zusätzlich eine MRT durchgeführt. Das Ziel der Operation war die radikale Resektion aller sichtbaren Herde, wobei es im Falle einer Infiltration der Scheidenwand zur Resektion des posterioren Fornix (laparoskopisch bzw. kombiniert laparoskopisch-vaginal) kam. Bei einer Blasen- und/oder Darmbeteiligung wurde, je nach Ausdehnung und Infiltrationstiefe, eine partielle Blasenresektion und/

oder rektale Disc-/Segmentresektion durchgeführt.

Ergebnisse

Insgesamt erfüllten 125 Patientinnen die vorab definierten Inklusionskriterien und 96 von ihnen beantworteten die Fragebögen auch postoperativ – dies entspricht einer Rücklaufquote von 76 %.

Das Durchschnittsalter betrug 30,8 Jahre (Range: 18–45), die Frauen litten durchschnittlich 5,25 Jahre (Range: 0,5–22) unter Dyspareunie; 57/96 (59,4 %) hatten eine TIE. Nach der gängigen rAFS-Stadieneinteilung wiesen 28 % Grad I, 21 % Grad II, 26 % Grad III und 25 % Grad IV auf.

Somatische Veränderungen nach dem Eingriff:

Die Schmerzen während des/nach dem Geschlechtsverkehr sowie die Häufigkeit der Abbrüche verringerten sich bei Patientinnen mit peritonealer Endometriose, TIE und auch bei jener Gruppe mit Scheidenteilresektion signifikant. Jedoch kam es zu keiner nennenswerten Zunahme an sexuellen Kontakten. Die Daten der FSFS zeigten eine signifikante Verbesserung bei Frauen mit TIE, jedoch nicht bei den anderen beiden Gruppen. Bezüglich des FSFI konnte in keiner

Tab 1: Somatische/klinische Veränderungen 10 Monate nach dem Eingriff bei TIE (n = 57), peritonealer Endometriose (n = 39) und TIE mit Scheidenteilresektion (n = 21)

	Tief infiltrierende Endometriose	p	TIE mit Scheidenteilresektion	p	Peritoneale Endometriose	p
NAS ^a während GV	6,18 vs. 2,49	< 0,001**	6,64 vs. 2,18	< 0,001**	5,05 vs. 2,85	< 0,001**
NAS ^a nach GV	4,91 vs. 2,28	< 0,001**	5,09 vs. 2,59	< 0,01**	4,59 vs. 2,56	< 0,001**
Häufigkeit GV/Monat	6,47 vs. 6,82	0,52	6,34 vs. 7,03	0,85	6,41 vs. 7,13	0,32
Unterbrechung GV	2,35 vs. 1,05	< 0,001**	2,45 vs. 1,64	< 0,001**	2,31 vs. 1,64	< 0,001**
Vermeidung GV	2,51 vs. 3,0	< 0,001**	2,27 vs. 2,98	< 0,001**	2,69 vs. 3,05	< 0,001**
FSDS ^b		0,04*		0,25		0,34
FSFI ^c		0,21		0,98		0,11

^a Numeric Analogue Scale 1–10, ^b Female Sexual Distress Scale (FSDS), ^c Female Sexual Function Index (FSFI)
* p < 0,05, ** p < 0,001

Tab. 2: Psychosomatische Veränderungen 10 Monate nach dem Eingriff bei TIE (n = 57), peritonealer Endometriose (n = 39) und TIE mit Scheidenteilresektion (n = 21)

	Tief infiltrierende Endometriose	p	TIE mit Scheidenteilresektion	p	Peritoneale Endometriose	p
Zufriedenheit mit Sexualität	2,68 vs. 3,84	< 0,001**	2,36 vs. 3,25	< 0,001**	3,0 vs. 3,49	0,04*
Gefühl der Weiblichkeit	3,0 vs. 3,78	< 0,001**	2,95 vs. 3,51	0,02*	3,04 vs. 3,98	0,04*
Schuldgefühle gegenüber dem Partner	2,84 vs. 2,30	< 0,001**	3,27 vs. 2,45	0,01*	2,54 vs. 1,90	<0,001**
Gefühl eine Last für den Partner zu sein	2,96 vs. 2,19	0,02*	3,19 vs. 2,77	0,12	2,90 vs. 2,03	<0,001**
Angst vor einer Trennung wegen Dyspareunie	2,48 vs. 1,98	0,97	2,67 vs. 1,95	0,05	2,30 vs. 1,72	0,04*
Physische Anspannung vor/während GV	0,39 vs. 0,09	0,02*	0,41 vs. 0,33	0,68	0,44 vs. 0,23	0,04*
Angst vor dem Schmerz vor/während GV	0,72 vs. 0,28	< 0,001**	0,66 vs. 0,50	0,07	0,56 vs. 0,33	0,02*
Psychische Anspannung vor/während GV	0,38 vs. 0,17	0,02*	0,36 vs. 0,09	0,03*	0,33 vs. 0,31	0,88
Physische und Psychische Entspannung während GV	0,25 vs. 0,36	0,66	0,31 vs. 0,40	0,88	0,34 vs. 0,44	0,27
Qualität des Sexuallebens (1–10)	3,25 vs. 3,91	< 0,001**	3,11 vs. 3,98	0,04*	3,41 vs. 4,08	0,04*

* p < 0,05, ** p < 0,001

Gruppe eine bedeutsame Veränderung beobachtet werden (Tab. 1).

Psychologische Veränderungen nach dem Eingriff:

Bei Frauen mit peritonealer Endometriose/TIE ohne Scheidenteilresektion nahmen das Gefühl, eine Belastung für die Partnerschaft zu sein, Angst vor einer Trennung, Schuldgefühle gegenüber dem Partner, körperliche/psychische Anspannung während des Verkehr sowie die Angst davor signifikant ab. Zusätzlich verbesserten sich die Zufriedenheit mit der eigenen Sexualität, das Gefühl der Weiblichkeit sowie die Qualität des Sexuallebens erheblich.

Zu keiner bedeutenden Verbesserung kam es bei Patientinnen mit Scheidenteilresektion hinsichtlich des Gefühls, eine Belastung zu sein, Angst vor einer Trennung sowie physischer Anspannung und Angst vor dem Schmerz.

Auch konnte bei keiner der drei Gruppen eine signifikante Verbesserung bezüglich der physischen und psychischen Entspan-

nung während des Verkehrs erzielt werden (Tab. 2).

Diskussion

Obwohl Sexualität in unserer Gesellschaft ein omnipräsentes Thema ist, wurde die Dyspareunie mit all ihren möglichen Auswirkungen auf Partnerschaft, Selbstwert etc. bis dato kaum untersucht.

Die Stärken der vorliegenden Studie sind, neben dem kombinierten medizinischen und psychologischen Ansatz, der Einsatz von standardisierten Fragebögen sowie der alleinige Einschluss von Patientinnen ohne hormonelle Therapie vor sowie während der Follow-up-Periode. Eine solche würde unter Umständen den Effekt der chirurgischen Intervention verfälschen.

Die radikale Endometrioseresektion ist mit peri- und postoperativen Risiken wie etwa Fistelbildung oder Anastomoseninsuffizienzen behaftet, die Komplikationsrate in einem spezialisierten, multidisziplinären Setting ist

jedoch vergleichsweise gering – der Benefit für die Patientinnen überwiegt.

Es wurde gezeigt, dass sich viele der untersuchten – klinischen sowie psychosomatischen – Parameter signifikant verbesserten, jedoch konnte in keiner der drei untersuchten Gruppen eine Steigerung der physischen sowie psychischen Entspannung während des Verkehrs erreicht werden. Dies lässt darauf schließen, dass bei Frauen mit einer teilweise jahrelangen ausgeprägten Dyspareunie auch eine 10-monatige Schmerzreduktion oder sogar Schmerzabwesenheit gewährleisten kann, die Sexualität in jeglicher Hinsicht genießen zu können.

ZUSAMMENFASSEND kann gesagt werden, dass die operative radikale Endometrioseresektion einen äußerst positiven Effekt auf die Schmerzsymptomatik und das psychosexuelle Wohlbefinden hat, aber die Patientinnen auch ausreichend Zeit benötigen, um die neuen (schmerzfreen) Erfahrungen in ihre Sexualität bestmöglich integrieren zu können. ■