

Eva Maria Geißinger
Dr. med.

Prognosefaktoren der Fertilität bei Endometriose
-Eine retrospektive Studie bei 103 Patientinnen-

Geboren am 19.07.1971 in Westwood (New Jersey, USA)
Reifeprüfung am 14.06.1991 in Karlsruhe
Studiengang der Fachrichtung Medizin vom WS 1991/92 bis SS 1998
Physikum am 24.08.1993 an der Universität Heidelberg
Klinisches Studium in Heidelberg
Praktisches Jahr in Karlsruhe und Bern/Schweiz
Staatsexamen am 13.05.1998 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Frauenheilkunde
Doktorvater: Priv.-Doz. Dr. med. M. Sillem

Grundlage der vorliegenden Studie waren die Daten von 142 Sterilitätspatientinnen einer fertilitätsmedizinischen Großpraxis, bei denen im Zeitraum 1991–94 eine Endometriose laparoskopisch gesichert und ausschließlich medikamentös behandelt worden war (3–6 monatige GnRH-A-Therapie mit Leuprorelinazetat-Depot). Nach der Endometriosebehandlung erfolgte eine individuelle Sterilitätstherapie, wobei alle Methoden der Reproduktionsmedizin indikationsgerecht zur Anwendung kamen.

Einschlußkriterium für die Aufnahme in die vorliegende retrospektive Analyse war der zytologische Nachweis einer Endometriose und eine Nachbeobachtungszeit > 12 Monate oder eine vorher erzielte Schwangerschaft bezogen auf die laparoskopische Diagnosestellung bzw. den Beginn der Endometriosebehandlung.

Ziel der Studie war die Ermittlung von Prognosefaktoren der Fertilität. Dazu wurden die Schwangerschaftsraten verschiedener Subpopulationen des Kollektivs mittels Kaplan-Meier-Methode analysiert. Als Zielparameter wurde die *mediane Fekundität* als die Zeitspanne in Monaten definiert, nach der die kumulative Schwangerschaftswahrscheinlichkeit 50% betrug.

Charakteristika des Kollektivs (n = 103)

Alter: 29,4 ± 3,7 Jahre (20,3–38,0); *Sterilitätsdauer:* 3,4 ± 2,5 Jahre (1,0–14,0 Jahre); *Symptomatik:* Dysmenorrhoe (45%), Dyspareunie (20%); Abdominalschmerzen (22%); *Sekundäre Sterilität:* 24%; *Endometrioseklassifizierung nach rAFS-Stadium* (0, I / II / III / IV): 5,8% / 47,6% / 28,2% / 12,6% / 5,8%; *Endometrioseklassifizierung nach SAKE-Grad* (0 / I / II / III): 2,1% / 33,3% / 43,8% / 20,8%; *CA-125 im Peritonealsekret* (n = 29): 7853 U/ml ± 16902 (1350–93502 U/ml).

Verschiedene potentielle Prognosefaktoren der Fertilität wurden analysiert (mediane Fekundität ± Standardfehler in Monaten):

<i>Alter</i> (< 33 J. / > 33 J.):	14,2 ± 0,9 / 29,7 ± 11,3	<i>p</i> = 0,470
<i>Sterilitätsdauer</i> (< 2 J. / > 2 J.):	11,8 ± 2,2 / 21,1 ± 5,8	<i>p</i> = 0,217
<i>Sekundäre Sterilität</i> (nein / ja)	17,3 ± 4,0 / 21,1 ± 5,8	<i>p</i> = 0,059
<i>Dysmenorrhoe</i> (nein / ja)	13,5 ± 2,8 / 15,0 ± 2,1	<i>p</i> = 0,660
<i>Dyspareunie</i> (nein / ja)	15,3 ± 3,9 / 13,1 ± 1,3	<i>p</i> = 0,190
<i>Abdominalschmerzen</i> (nein / ja)	17,3 ± 3,8 / 13,1 ± 1,5	<i>p</i> = 0,380
<i>GnRH-A-Therapie</i> (3 Mon. / 6 Mon.)	13,1 ± 2,1 / 23,9 ± 6,8	<i>p</i> = 0,062

<i>rAFS-Stadium</i> (0, I / II, III, IV)	$14,2 \pm 1,6 / 23,9 \pm 8,3$	$p = 0,165$
<i>SAKE-Grad</i> (0, I / II / III)	$17,3 \pm 6,3 / 14,4 \pm 0,9 / 9,1 \pm 3,2$	$p > 0,500$

Die erzielten Schwangerschaftsraten von ~40% nach 12 Monaten und ~67% nach 3 Jahren liegen im Bereich der Literaturangaben. 20 Frauen waren mit *in vitro*-Fertilisationen behandelt worden, diese Gruppe hatte gegenüber allen anderen Behandlungsgruppen die signifikant schlechteste Fertilitätsprognose ($p < 0,021$). Weitere signifikante Prognosefaktoren konnten nicht ermittelt werden.

Häufig in der Literatur diskutierte und zum Teil etablierte Prognosefaktoren wie Alter der Frau, Sterilitätsdauer, sekundäre Sterilität und *rAFS*-Stadium werden durch die eigenen Ergebnisse zumindest tendenziell bestätigt.

Insbesondere die hier untersuchte zytomorphologische Klassifikation der Endometriose (SAKE) scheint ein interessanter Ansatz zu sein. Mediane Fekundität und SAKE-Grad waren positiv korreliert: Frauen mit aktiver Endometriose (SAKE Grad III, hochaktives Zellbild im zytologischen Abstrich) hatten tendenziell die beste Schwangerschaftsprognose gehabt.

Anhand einer Studie mit größerer Patientinnenzahl und unter kontrollierten Randbedingungen sollte das diagnostische und prognostische Potential dieses Klassifikationssystems überprüft werden.