

## **Kirurško zdravljenje endometrioze**

### **Ribič-Pucelj Martina.**

2. simpozij: Klinična obravnava bolnic z ginekološkimi težavami: Miomi in endometrijoza. Združenje za ambulantno ginekologijo, Slovensk zdravniško društvo, Zbornik prispevkov 2015: 30-33.

### **Uvod**

Incidenca endometrioze pri ženskah v reproduktivnem obdobju je od 10 do 15%, znatno večja, odvisno od raziskave, je pri bolnicah s kronično medenično bolečino, in sicer do 70% in do 48% pri neplodnih bolnicah. Vodilni simptom endometrioze je bolečina, ki vpliva na fizično, psihično in socialno življenje žensk in pomembno zmanjšuje kakovost življenja, zaradi česar jo je Evropski parlament leta 2007 proglasil za socialno bolezen. Obstojajo tri različne oblike: peritonealna endometrijoza, endometrijoza jajčnika in globoka infiltrativna endometrijoza (GIE). Kljub različnim načinom medikamentnega zdravljenja ostaja, pri simptomatskih pacientkah, kirurško zdravljenje izbirni način.

### **Peritonealna endometrijoza**

Osnovna simptoma peritonealne endometrioze sta bolečina in neplodnost, lahko pa je tudi asimptomatska. Na endometriozo pa moramo pomisliti tudi pri mladostnicah z dismenorejo in kronično medenično bolečino, zlasti če 6- mesečno zdravljenje z nesteroidnimi antirevmatiki in oralno kontracepcijo, ni uspešno.

Peritonealna endometrijoza se pojavlja po peritoneju, serozi in površini jajčnika v obliki črnih, rdečih in subtilnih-neobarvanih lezij.

Najbolj uveljavljen kirurški način je bipolarna koagulacija, žal pa se premalo pogosto uporablja izrezanje endometriotičnih žarišč. Peritonealna žarišča so pogosto le vrh ledene gore, z izrezanjem pa ugotovimo, da gre v resnici za GIE. Najpomembnejše je, da se odstranijo vse lezije, ne le najbolj očitna črna žarišča, temveč tudi rdeče in neobarvane lezije, ki predstavljajo najbolj aktivne oblike.

Najbolj nasprotujoča so si mnenja o kirurškem zdravljenju minimalne in blage endometrioze pri neplodnih bolnicah. Po mnenju nekaterih vodilnih strokovnjakov sta minimalna in blaga endometrijoza fiziološki pojav in ne bolezen saj je njena pogostnost pri asimptomatskih normalno plodnih ženskah do 16%.<sup>1</sup> Nekateri avtorji navajajo, da

uspešnost kirurškega zdravljenja ne presega 12,5% in je zato indicirana zunajtelesna oploditev (IVF),<sup>2</sup> številnejši pa so tisti, ki navajajo do 60% uspešnost in izboljšane rezultate IVF.<sup>3,4</sup> Nedvomno pa ni etično pustiti lezije, ki so možen vzrok za neplodnost in ugotovljene z invazivnim diagnostičnim postopkom-laparoskopijo, neodstranjene. Več raziskav je pokazalo, da je kirurško zdravljenje učinkovitejše od ekspektativnega in medikamentnega.<sup>5</sup>

### **Endometrioza jajčnika**

Endometriomi so različne velikosti, in sicer od 1 do 10 in več cm, enostranski ali obojestranski, prosti ali fiksirani. Bolečina je pogosto manj izražena kot pri ostalih dveh oblikah endometrioze, pogoste so motnje cikla, zaradi spremenjene anatomije pa je pogost vzrok za neplodnost. Včasih endometriomi ne dajejo simptomov in jih odkrijemo po naključju pri ginekološkem pregledu in UZ preiskavi.

Indikacije za kirurško zdravljenje in kirurški postopki so odvisne od simptomov, velikosti endometriomov oziroma obsežnosti endometrioze, želje po zanositvi oziroma zaključeni rodnosti in starosti.

Pri asimptomatskih ženskah z zaključeno rodnostjo in endometriomih < 4 cm lahko uvedemo medikamentno zdravljenje ali jih zgolj spremljamo. Pri večjih endometriomih, zlasti če se povečujejo, je indiciran kirurški poseg, saj ti lahko rupturirajo, zaradi česar je potreben nujen kirurški poseg. Kirurška odstranitev endometriomov je upravičena tudi zaradi izključitve malignih sprememb, čeprav so te redke, in sicer od 0,3 in 0,8%.

Izbirni kirurški način pri obsežni endometriozi je pri ženskah z zaključeno rodnostjo histerektomija z obojimi adneksi, zlasti, ker je pogosta tudi adenomioza.

Pri ženskah, ki želijo ohraniti plodno sposobnost, je najbolj upravičen in uveljavljen postopek izluščenje (stripping) endometrioma. Po kirurški odstranitvi endometriomov, po poročilih številnih avtorjev, presega stopnja zanositev 50%, za enako uspešnost so potrebni 3-4 postopki IVF.

Številni avtorji pa opozarjajo, da kirurška odstranitev endometriomov zmanjšujejo rezervo jajčnika in s tem plodnost.<sup>6</sup> Evropsko združenje za humano reprodukcijo in embriologijo (ESHRE) zato predlaga, da se endometriomov  $\leq 4$  cm ne operira, temveč se ženske vključi v postopek IVF. Za ohranjanje plodnosti in rezerve jajčnika pa veliko obeta ablacija kapsule endometrioma z uporabo plazma energije. Zmanjšanje rezerve

jajčnika pa je v veliki meri odvisno od velikosti endometriomov in obojestranske prizadetosti <sup>7</sup> ter od usposobljenosti operaterja. <sup>8</sup> Če je operacija narejena natančno in po vseh pravilih mikrokirurške tehnike in brez prekomerne koagulacije, omogoča visoko stopnjo spontanih zanositev in ne vpliva na odzivnost jajčnika v postopku IVF. <sup>9</sup> Kljub pomislekom o vplivu na zmanjšano rezervo jajčnika, so prednosti kirurškega zdravljenja, zaradi zmanjšanja bolečin in visoke stopnje zanositev tako velike, da dajejo prednost temu načinu zdravljenja. <sup>10</sup>

Za uspešno zdravljenje je pomembno da se odstranijo vse vidne in tipne lezije, ker nepopolna odstranitev pogosto vodi v ponovne operacije zaradi perzistentnih bolečin. Endometrioza jajčnika je namreč pogosto znak mnogo obsežnejše GIE. <sup>11</sup> Neuspešna kirurška odstranitev in ponovitev endometriomov predstavljata indikacijo za IVF, saj je uspešnost ponovnih operacij endometriomov polovico manjša od primarne operacije.

### **Globoka infiltrativna endometrioza**

O GIE govorimo kadar lezije vraščajo več kot 5mm v retroperitonealni proctor.

Najpogosteje prizadene sakrouterine vezi in rektovaginalni septum, neredko pa tudi ostale organe v mali medenici, zlasti črevo, nekoliko redkeje pa mehur in sečevode. <sup>12</sup>

Vodilni simptom je bolečina, in sicer dismenoreja in disparevnija, kronična medenična bolečina, kadar je prizadeto tudi črevo, se pridružijo še boleče defekacije, tenezmi, izmenjajoče driske in zaprtja ter krvavitve iz črevesa, vendar zgolj v času menstruacije.

Endometrioza prizadene mehur in sečevode so v 11%. Endometrioza mehurje se najpogosteje pokaže z bolečim uriniranjem in /ali hematurijo v času menstruacije. Ker so omenjeni simptomi podobni vnetju mehurja, se težave prepogosto zdravijo z antibiotiki in prava diagnoza je odložena za dalj časa. Endometrioza sečevodov pa običajno asimptomatska in se odkrije šele ob pojavu hidronefroze ali odpovedi ledvice.

Medikamentno zdravljenje globoke endometrije praviloma ni učinkovito, zato je zaenkrat izbirni način zdravljenja GIE, pri simptomatskih pacientkah, kirurški, z vedno bolj uveljavljenim laparoskopskim pristopom. Vrsta kirurškega posega je odvisna od prizadetega organa in obsežnosti GIE. Resekcija sakrouterinih vezi je bistveno učinkovitejša od koagulacije. Vrsta kirurškega postopka pri prizadetosti črevesa je odvisna od velikost nodusov in globine vraščanja. V zadnjih dvajsetih letih je število resekcij črevesa močno naraslo, obenem pa je naraslo število laparaskopskih operacij v

primerjavi s klasičnimi odprtimi. Kadar je prizadeta le seroza črevesa, se endometriotične lezije odstrani, ne da bi pri tem odprli lumen črevesa (postrganje, ang. shaving). Pri manjših nodusih je indicirana bodisi diskoidna resekcija ali izrezanje nodusa. Pri obsežnejših spremembah, in sicer pri prisotnosti ena lezije večje od 3 cm v premeru, ki infiltrira več kot 1/3 mišične plasti, pri več kot 3 lezijah, ki vraščajo v mišično plast in pri stenozi črevesa, je indicirana laparoskopska resekcija črevesa z anastomozo konec s koncem. Varnost in učinkovitost segmentne laparoskopske resekcije rektosigme potrjujejo številni strokovni članki in je nedvomno izbirni način zdravljenja obsežne simptomatske endometrioze črevesa.<sup>13</sup> Razen bistvenega zmanjšanja črevesnih simptomov, poseg pomembno zmanjšuje tudi ginekološke simptome in s tem pomembno izboljšuje kakovost življenja.<sup>14</sup> Kadar endometrioza vrašča v steno mehurja, je potrebno izrezanje, včasih tudi obsežnejša resekcija mehurja. V več kot 95% prizadene endometrioza sečevod zaradi fibroze od zunaj (ekstrinsing endometrioza). Kirurški postopek je sprostitev sečevoda-ureteroliza. Kadar pa vrašča v steno sečevoda (intrinsing endometrioza) je potrebna resekcija sečevoda z anastomozo konec s koncem ali celo neoimplantacija.

### **Zaključek**

Zaenkrat je kirurško zdravljenje endometrioze izbirni način pri simptomatskih bolnicah. Uspešnost je odvisna od natančne anamneze in predoperativne diagnoze ter odstranitve vseh lezij, zato tudi od usposobljenosti operaterja.

### **Viri**

1. Barbosa CP, Souza AM, Bianco B, et al. Frequency of endometriotic lesions in peritoneum samples from asymptomatic fertile women and correlation with CA125 values. *Sao Paulo Med J* 2009;127(6):342-5.
2. Rishma P, Roongata N, Pai H, et al. ART and endometriosis. *WES eJournal* 2012: 4-11.
3. Vogler A, Ribič-Pucelj M, Tomaževič T. Vloga endoskopske kirurgije pri neplodnih ženskah z minimalno in blago endometriozo. 2. Kongres ginekologov in porodničarjev z mednarodno udeležbo, Portorož 2000; Zbornik: 47-49.
4. Opøien HK, Fedorcsak P, Byholm T, et al. Complete surgical removal of minimal and mild endometriosis improves outcome of subsequent IVF/ICSI treatment. *Reprod Biomed Online* 2011; 23(3):389-93.
5. Fedele I, Parazzini F, Radici E, et al. Buserelin acetat versus expectant management in the treatment of infertility associated with minimal and mild endometriosis: a randomized clinical trial. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166(5): 1345-50.

6. Benaglia I, Somigliana E, Vighi J, et al. Rate of severe Ovarian damage following surgery for endometriomas. *Hum Reprod.* 2010; 25(3): 678-82.
7. Hirakawa W, Iwase A, Golob M, et al. The postoperative decline in serum anti-Müller hormone correlates with the bilaterality and severity of endometriosis. *Hum Reprod* 2011; 26(4): 904-10.
8. Yu HT, Huang HY, Soong YK, et al. Laparoscopic ovarian cystectomy of endometriomas: surgeon's experience may affect ovarian reserve and live-born rate in infertile patients with in-vitro fertilization-intracytoplasmic sperm injection. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010; 152(2): 172-5.
9. Marconi G, Vilela M, Quintana R, et al. Laparoscopic ovarian cystectomy of endometrioma does not affect the ovarian response to gonadotropin stimulation. *Fertil Steril.* 2002; 78: 876-8.
10. Jadoul P, Kitajima M, Donnez O, et al. Surgical treatment of ovarian endometriomas. State of the art? *Fertil Steril* 2012; 98(3): 556-63.
11. Chapron C, Pietin-Vialle C, Borghese B, et al. Associated ovarian endometrioma is a marker for greater severity of deeply infiltrating endometriosis. *Fertil Steril* 2009; 92(2): 453-7.
12. Ribič-Pucelj M. Globoka infiltrativna endometrioza. *Zdra Vestn* 2009; 78. 5-9.
13. Jelenc F, Ribič-Pucelj M, Juvan R, et al. Laparoscopic rectal resection of deep infiltrating endometriosis. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2012; 22(1): 66-9.
14. Kossi j, Satala M, Makinen J, et al. Quality of life and sexual function 1 year after laparoscopic rectosigmoid resection for endometriosis. *Colorectal Dis* 2013; 15(1): 102-8.