



# Informatie over endometriose

Patiëntenbrochure

gebaseerd op de ESHRE Richtlijn Endometriose

Versie 2022

[www.eshre.eu/guidelines](http://www.eshre.eu/guidelines)

Ontwikkeld ism



# Inleiding

Dit boekje is voor jou als:

- U bent gediagnosticeerd met endometriose
- U tekenen of symptomen heeft van endometriose en u denkt dat u endometriose heeft

Dit boekje is bedoeld voor patiënten, maar kan ook nuttig zijn voor hun familieleden en verzorgers.

Deze richtlijn, in lijn met endometriose onderzoek, terminologie en discussie is gericht op cis heteroseksuele vrouwen en menstruatie. De richtlijn groep erkent dat er veel mensen met endometriose zijn die transgender zijn, die niet menstrueren, die geen baarmoeder hebben en/of die zich niet identificeren met de termen die in de literatuur worden gebruikt. Voor de doeleinden van deze richtlijn gebruiken we de term "vrouwen met endometriose", maar dit is geenszins bedoeld om de mensen te isoleren, uit te sluiten of hun ervaringen te minimaliseren, noch om bepaalde groepen te discrimineren.

Dit boekje heeft als doel:

- De kennis en het bewustzijn over endometriose vergroten
- Patiënten informeren over geschikte behandelingen voor de symptomen van endometriose
- Patiënten voorzien van middelen of tools om de verschillende opties met hun dokter te bespreken.

## Inhoud

Wat is Endometriosis? .....	3
Symptomen en diagnose .....	5
Behandeling van pijn veroorzaakt door endometriose .....	8
Endometriose en onvruchtbaarheid .....	12
Buiten de gebruikelijke behandeling om .....	15
Endometriose bij adolescenten .....	16
Endometriose in de menopauze .....	17
Endometriose en kanker .....	18
Waar kan ik meer informatie vinden? .....	19
Over dit boekje .....	19
Woordenboek .....	20
Bron document .....	22

Dit boekje en de gepresenteerde informatie zijn volledig gebaseerd op de "ESHRE Guideline on Endometriosis" (2022). Alle informatie en aanbevelingen in de richtlijn zijn gebaseerd op het meest relevante bewijs uit studies en wetenschappelijk onderzoek. Voor onderwerpen waarvoor onvoldoende bewijs uit onderzoek beschikbaar was, heeft een groep experts aanbevelingen geformuleerd op basis van hun klinische expertise. De experts formuleerden ook onderzoeksgebieden om het onderzoek op het gebied van endometriose te verbeteren.

We hebben de volgende symbolen toegevoegd om aan te duiden hoe sterk de aanbevelingen zijn, en of ze al dan niet gebaseerd zijn op resultaten van studies.



Aanbeveling gebaseerd op resultaten van wetenschappelijke studies



Aanbeveling gebaseerd op de expertise en opinie van de richtlijn groep

Meer informatie is beschikbaar op de laatste pagina's van dit boekje, inclusief een lijst van medische en research termen en hun betekenis.

De volledige richtlijn is beschikbaar op de website van ESHRE ([www.eshre.eu/Endometriosis-guideline](http://www.eshre.eu/Endometriosis-guideline)).

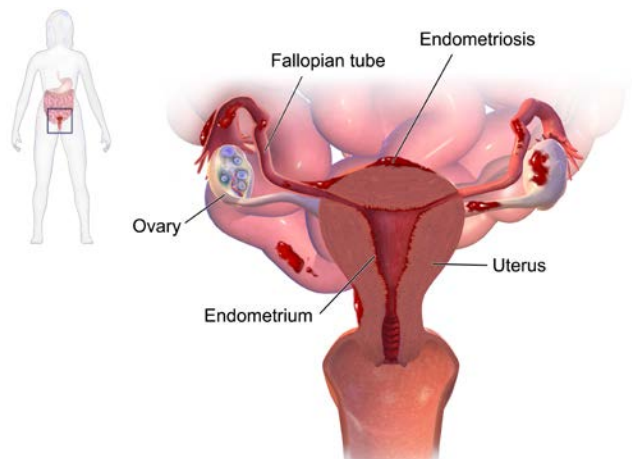


## Wat is Endometriosis?

Endometriose wordt gedefinieerd als de aanwezigheid van weefsel wat lijkt op baarmoederslijmvlies dat zich buiten de baarmoeder bevindt (Kennedy e.a., 2005). Endometriose veroorzaakt een chronische ontstekingsreactie die resulteert in pijn en verklevingen. Verklevingen ontstaan wanneer littekenweefsel verschillende structuren of organen met elkaar verbindt. De activiteit van endometriose en de klachten als gevolg van endometriose kunnen variëren tijdens de menstruatiecyclus van de vrouw omdat de hormoonspiegels fluctueren. Hierdoor worden symptomen in het algemeen ook erger op bepaalde perioden binnen de cyclus, vooral vlak voor en tijdens de menstruatie. Terwijl sommige vrouwen met endometriose heftige pijn in het bekken hebben, hebben andere helemaal geen symptomen of ervaren hun symptomen als simpelweg 'gewone menstruatiepijn'. In uitzonderlijke gevallen kan cyclische pijn ook voorkomen in het bovenste deel van de buik, onder de ribben of de borstkas.

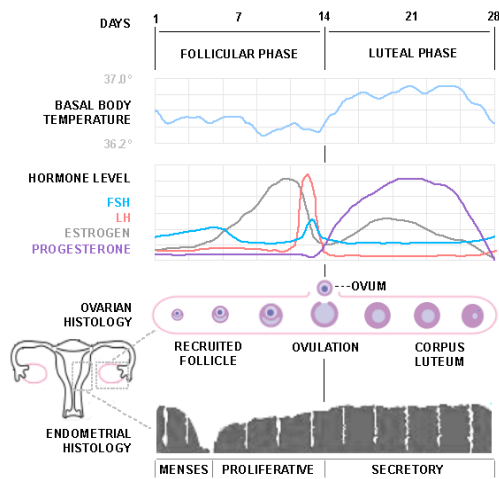
Naar schatting 2 tot 10% van de vrouwen in de vruchtbare levensfase heeft endometriose. Dit percentage kan oplopen tot 30 - 50% bij vrouwen met verminderde vruchtbaarheid.

Vrouwen met endometriose hebben vaak ernstige klachten en een aanzienlijk verminderde kwaliteit van leven, inclusief beperking van normale activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie.



**Figuur 1. Endometriose**

### De menstruatiecyclus



Tijdens de vruchtbare jaren bereidt het lichaam van een vrouw zich elke maand in twee fasen voor op een eventuele zwangerschap. In de eerste fase rijpen de eicellen in de follikels in de eierstok en maken zich klaar voor de eisprong. Daarnaast wordt het endometrium (baarmoederslijmvlies) opgebouwd in de baarmoeder in een reactie op hormonen (oestrogeen en progesteron) die worden geproduceerd door de follikels. Deze eerste fase eindigt met het vrijkomen van een eicel uit de eierstok. Als de eicel bevrucht is met een zaadcel kan een embryo zich ontwikkelen en na implantatie in het endometrium kan een zwangerschap ontstaan. In cycli waarbij geen zwangerschap ontstaat, zal het endometrium worden afgestoten met als resultaat de menstruatie.

De processen in de menstruatiecyclus worden geregeld door hormonen, meer bepaald het follikel stimulerend hormoon (FSH), het luteïniserend hormoon (LH), oestrogeen en progesteron.

**Figuur 2. De menstruatiecyclus**

Als een zwangerschap ontstaat, zullen de hormonen er voor zorgen dat de slijmvlieslaag binnen de baarmoeder blijft zitten en het embryo gevoed kan worden. Andere bekende effecten van de zwangerschap als gevolg van hormonale veranderingen zijn gewichtstoename en misselijkheid.

Wanneer een vrouw de menopauze bereikt, worden oestrogenen en progesteron niet meer geproduceerd waardoor er een constante stijging is van FSH en LH. Er zal geen eisprong meer zijn, geen opbouw van de slijmvlieslaag in de baarmoeder, en de maandelijkse menstruatie zal stoppen. Effecten van hormoonveranderingen tijdens de menopauze zijn bijvoorbeeld opvliegers en vaginale droogte.



## Wat is de oorzaak van het ontstaan van endometriose?

De oorzaak van endometriose blijft onbekend. Er zijn verschillende theorieën, maar geen van deze is volledig bewezen. De meest geaccepteerde theorie is gericht op de zogenaamde retrograde menstruatie. Tijdens de menstruatie komt, behalve bloed, ook baarmoederslijmvlies of endometrium via de eileiders in de buikholte. Het endometrium blijft plakken aan het buikvlies/peritoneum en kan zich ontwikkelen tot endometriose letsels. Het hormoon oestrogeen is cruciaal in dit proces. Daarom is de hormonale behandeling van endometriose gericht op het verlagen van de oestrogeen productie om de klachten te verlichten.

Endometriose lijkt een genetische component te hebben omdat in sommige families meerdere vrouwen voorkomen met endometriose. Het is echter niet waarschijnlijk dat er een specifiek “endometriose-gen” bestaat. Ook het immuunsysteem kan betrokken zijn bij het ontstaan van endometriose.

## Endometriose, adenomyose, vleesbomen en poliepen?

Adenomyose, vleesbomen en poliepen in de baarmoeder zijn aandoeningen met symptomen die overeenkomen met de symptomen van endometriose. Deze symptomen zijn bijvoorbeeld pijnlijke menstruatie, pijn bij het vrijen, pijn in het bekken, pijnlijke darmbewegingen.

Terwijl endometriose gekenmerkt wordt door de aanwezigheid van baarmoederslijmvliesachtig weefsel buiten de baarmoeder, is bij adenomyose weefsel aanwezig in de spierwand van de baarmoeder.

Een vleesboom is een goedaardig gezwel van de spierlaag van de baarmoeder. Baarmoederslijmvlies-poliepen zijn goedaardige gesteelde gezwellen in de baarmoederholte.

## Hoe kun je de kans op het krijgen van endometriose te verminderen?

Vrouwen met endometriose vragen zich soms af of en hoe endometriose kan worden voorkomen bijvoorbeeld bij hun kinderen of andere familieleden.

Er zijn studies uitgevoerd naar het effect van het nemen van de anticonceptiepil of regelmatige lichaamsbeweging op de ontwikkeling van endometriose, maar deze gaven geen duidelijke uitkomst. Daarom is het onzeker of het nemen van de orale anticonceptiepil of regelmatige lichaamsbeweging de ontwikkeling van endometriose zal voorkomen. Andere interventies zijn niet onderzocht.

Tot nu toe zijn er geen manieren gekend om de kans op endometriose te verminderen.

**Ook al is er geen direct bewijs in verband met het later ontwikkelen van endometriose, men kan streven naar een gezonde levensstijl, een gezond eetpatroon, beperkte alcohol inname en regelmatige lichaamsbeweging.**



**Het nut van anticonceptie middelen voor de primaire preventie van endometriose is onzeker.**



**Er zijn op dit moment geen genetische tests die kunnen aanduiden of iemand een risico heeft op endometriose. Daarom worden genetische tests in de context van endometriose enkel aangeraden als deel van een wetenschappelijke studie.**



## Symptomen en diagnose

### Wat zijn de symptomen van endometriose?

Omdat de symptomen van endometriose niet erg specifiek zijn, kan de diagnose van endometriose niet gesteld worden alleen op basis van de symptomen. Symptomen kunnen een arts echter een eerste hint geven naar de diagnose van endometriose.

Klassieke symptomen van endometriose zijn:

- Dysmenorroe of pijnlijke menstruatie
- Bekkenpijn, niet gelinkt aan de menstruatie
- Dyspareunie of pijnlijke geslachtsgemeenschap
- Pijn bij het urineren of leegmaken van de blaas (dysurie)
- Pijnlijke of moeilijke stoelgang (dyschezie)
- Pijnlijke rectale bloeding of de aanwezigheid van bloed in de urine (hematurie)
- Pijn in de schouder
- Cyclische long problemen (pneumothorax)
- Cyclische hoest, pijn op de borst, of het ophoesten van bloed (haemoptysis)
- Cyclische zwelling en pijn ter hoogte van littekens
- Vermoeidheid
- Onvruchtbaarheid
- Andere cyclische symptomen



*Figuur 4. Endometriose*

Cyclische symptomen zijn symptomen die zich ontwikkelen een paar dagen voor de menstruatie van de vrouw en verdwijnen een paar dagen nadat haar menstruatie is gestopt. De symptomen komen maand na maand terug, gelijk lopend met de menstruele cyclus.

De mate van pijn kunt u afmeten aan het gegeven of u uw normale dagelijkse activiteiten nog kan ondernemen zonder het innemen van pijnmedicatie.

**Als u een of meer van deze symptomen ervaart en als u veel last hiervan heeft, zou u uw huisarts of specialist moeten bezoeken en haar/hem vragen of de kans bestaat dat u endometriose heeft.**



**Mogelijk vindt u het nuttig om symptomen te noteren in een symptoom dagboek, of via een vragenlijst of app.**



### Moet mijn dokter een klinisch onderzoek uitvoeren?

In aanvulling op uw klachten, kan een klinisch onderzoek aanvullende informatie verstrekken aan de arts. Er is echter weinig wetenschappelijk bewijs voor de waarde van bepaalde klinische symptomen om te komen tot de diagnose endometriose.

Tijdens een vaginaal onderzoek, zoekt de arts naar pijnlijke knobbeltjes of zwellingen van de vaginawand, in het bijzonder in het diepste punt van de vagina tussen de achterkant van de baarmoeder en het rectum. Bij vrouwen met diepe endometriose, of endometriosis van de eierstokken, kan klinisch onderzoek leiden tot de juiste diagnose. Bij oppervlakkige endometriose van het buikvlies worden tijdens het klinisch onderzoek vaak geen afwijkingen gevonden.

**Je dokter wordt aangeraden om een klinisch en vaginaal onderzoek uit te voeren, aangezien dit kan helpen in de diagnose. Als er geen afwijkingen gevonden worden tijdens het klinisch onderzoek is het nog steeds aangeraden om een echografie of MRI scan te ondergaan.**





## Kan beeldvorming (echografie, MRI, CT-scan) worden gebruikt voor de diagnose?

Artsen en onderzoekers zijn op zoek naar andere technieken om endometriose te diagnosticeren op een niet-invasieve manier, d.w.z. met minimale pijn of ongemak voor de patiënt. Transvaginale echografie of MRI kan worden uitgevoerd om een diagnose van endometriose te ondersteunen, maar deze technieken kunnen de endometriose letsels niet altijd detecteren.

**Beeldvorming (echografie of MRI) zijn aangeraden in de diagnosestelling voor endometriose. Het is belangrijk om te weten dat u mogelijk toch (oppervlakkige/peritoneale) endometriose heeft, zelfs als de beeldvormingstests negatief waren.**



Als endometriose letsels worden gedetecteerd met echografie of MRI, kan de behandeling worden gestart om de symptomen te verlichten.

Zelfs als er geen endometriose laesies worden gedetecteerd, kan nog steeds een medische behandeling worden voorgeschreven om te zien of het helpt om uw symptomen te verminderen. Dit wordt dan empirische behandeling of behandeling zonder bevestigde diagnose genoemd.

## Moet ik laparoscopie ondergaan voor een definitieve diagnose?

Een definitieve diagnose van endometriose werd in het verleden alleen gesteld wanneer de arts de endometriose letsels tijdens laparoscopie had gezien en de diagnose had bevestigd door stukjes weefsel (biopsieën) te nemen voor microscopisch onderzoek (histologie). Met het verbeteren van beeldvormingstechnieken wordt nu gesteld dat endometriose ook kan worden gediagnosticeerd zonder laparoscopie. Toch blijft een laparoscopie voor diagnose en behandeling van vermoedelijke endometriose nog steeds aanbevolen als er geen endometriose werd gedetecteerd met echografie of MRI en als medische behandeling de symptomen niet verbeterde.

**Als de medische behandeling niet werkte en er geen endometriose kon worden gedetecteerd tijdens de beeldvorming, wordt een laparoscopie voor diagnose en behandeling van vermoedelijke endometriose aanbevolen**



In het geval dat uw arts diepe endometriose vermoedt, kan hij of zij een medische behandeling voorstellen en u doorverwijzen naar een expertisecentrum voor verdere diagnose en / of chirurgie.

## Kunnen biomarkers worden gebruikt voor de diagnose van endometriose?

Soms kunnen ziektes vastgesteld worden door een eenvoudige bloedtest door middel van biomarkers, moleculen in een bloed- of urinemonster die gedetecteerd kunnen worden tijdens de analyse in een laboratorium. Onderzoekers hebben gezocht naar biomarkers (bijvoorbeeld CA125) voor endometriose in endometriumweefsel, menstruatie- of baarmoedervloeistoffen, plasma, urine of serum. Tot nu toe zijn er geen biomarkers die bewezen hebben dat ze endometriose kunnen diagnosticeren en daarom worden biomarkers niet aanbevolen voor de diagnose van endometriose. Het is uiteraard mogelijk dat je arts bloedtesten uitvoert voor andere redenen.

**Het meten van biomarkers (zoals CA-125) in endometriumweefsel, bloed, menstruatie- of baarmoedervloeistoffen is niet aanbevolen om endometriose te diagnosticeren.**



## Diagnose van endometriose buiten de buikholte

Terwijl endometriose een gynaecologische aandoening is, geassocieerd met de menstruele cyclus, wordt het in bijna elk orgaan van het lichaam gevonden. Endometriose kan verschillende organen in de buikholte aantasten, maar in uitzonderlijke gevallen wordt het ook gevonden in de longen, borstholte, op het middenrif, in het litteken van een eerdere operatie, in de navel, en in de lies. De symptomen geassocieerd met endometriose buiten de buikholte zijn afhankelijk van de plaats van de letsels, maar ze zijn vaak cyclisch.

**Bezoek uw arts wanneer u de volgende symptomen, mogelijk gelinkt aan endometriose buiten de buikholte, ervaart:**

- Cyclische schouderpijn,
- Cyclische spontane longproblemen (pneumothorax),
- Cyclische hoest,
- Knobbeltjes die vergroten tijdens de menstruatie.



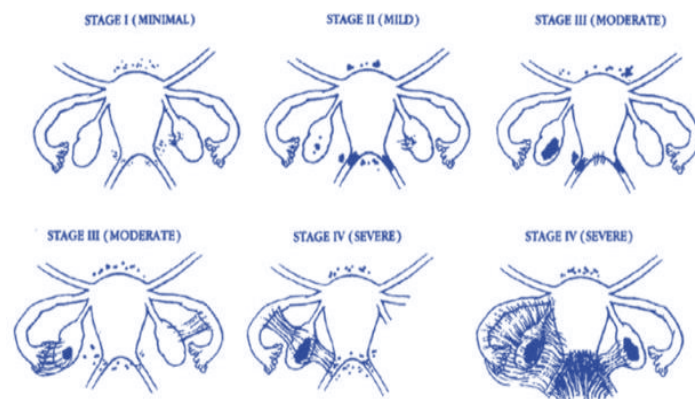
## Endometriosis classificatie

De "American Society of Reproductive Medicine (ASRM)" heeft een classificatiesysteem ontwikkeld om endometriose en verklevingen veroorzaakt door endometriose te classificeren. Deze classificatie wordt vaak gebruikt door gynaecologen om de endometriose die tijdens een laparoscopie/kijkoperatie gezien worden te beschrijven. Hoewel een hoger stadium over het algemeen gezien wordt als aanduiding van een ernstigere vorm van de aandoening, voorspelt het classificatiesysteem noch de ernst van de pijn, noch de complexiteit van een eventuele operatie. De classificatie werd oorspronkelijk ontwikkeld om de mate van verminderde vruchtbaarheid te voorspellen en is daarom gericht op endometriose van het ovarium en op verklevingen. De vier stadia van het ASRM classificatiesysteem voor endometriose zijn als volgt:

- **Stadium 1 & 2 (minimale tot milde aandoening):** Oppervlakkige endometriose van het buikvlies/peritoneum. Mogelijke aanwezigheid van kleine diepe letsels. Geen endometriose van de eierstokken/endometriomen. Geringe verklevingen.
- **Stadium 3 & 4 (matige tot ernstige aandoening):** De aanwezigheid van oppervlakkige peritoneale endometriose, diep invasieve endometriose met matige tot uitgebreide verklevingen tussen de baarmoeder en darmen en/of endometriose van de eierstokken/endometriomen met matige tot uitgebreide verklevingen aan de eierstokken en de eileiders.

Het stadium volgens de ASRM classificatie geeft voor u als patiënte niet de ernst van uw symptomen weer en het geeft ook weinig steun in de keuze van de optimale behandeling.

*Figuur 3. Schematische classificatievoorbeelden van omvang en locatie van endometriose*



Naast het ASRM classificatiesysteem, kunnen er 3 types van endometriose onderscheiden worden op basis van lokalisatie: oppervlakkige peritoneale endometriose, cystische ovariële endometriose (endometriomen of 'chocolade cysten') en diepe endometriose (ook wel bekend als diep infiltrerende endometriose). De verschillende typen van de aandoening kunnen samen voorkomen (bijvoorbeeld, een patiënt kan meer dan één type van de aandoening hebben).

Oppervlakkige peritoneale endometriose: Het meest voorkomende type van endometriose waarbij de letsels zich bevinden op en onder het buikvlies. De letsels zijn vlak en dringen niet ver door onder het oppervlak van het buikvlies.

Cystische ovariële endometriose (endometriomen): Dit type waarbij cysten (endometriomen) in de eierstokken tot ontwikkeling komen, komt minder vaak voor dan peritoneale endometriose. De cysten zijn gevuld met oud bloed. Door de kleur van de cysten (bruin) worden deze ook wel "chocolade cysten" genoemd. De meeste vrouwen met endometriomen zullen ook oppervlakkige en/of diepe endometriose elders in het bekken hebben.

Diepe endometriose: Het minst voorkomende subtype van endometriose is diepe endometriose. Een endometriose laesie wordt gedefinieerd als diep als deze minstens 5 mm onder het oppervlak van het peritoneum is binnengedrongen. De diepe letsels liggen onder het buikvlies in de zogenaamde retroperitoneale ruimte.

Classificatiesystemen die in dit document gebruikt worden:

Omdat wetenschappelijke studies verschillende systemen gebruikt worden maar meestal het AFS en ASRM systeem, werd besloten het "rASRM stadium" te gebruiken in de aanbevelingen. In de tekst van dit document worden de termen "peritoneale endometriose", "ovariële endometriose", en "diepe endometriose" gebruikt.

# Behandeling van pijn veroorzaakt door endometriose

Endometriose is een chronische ziekte. In die zin is er geen remedie voor endometriose, maar met de juiste aanpak kunnen de symptomen goed behandeld worden. Communicatie is de sleutel tot het vinden van een behandeling die bij u past. Bespreek uw mogelijkheden met uw arts en stel vragen indien u die heeft. Uw arts zal u graag de verschillende opties uitleggen en uw vragen beantwoorden.

Vrouwen met endometriose hebben pijn, vruchtbaarheidsproblemen, of beide. Behandeling van endometriose is gericht op het oplossen of verminderen van pijn of op het verbeteren van de vruchtbaarheid, zodat een patiënte op een natuurlijke manier zwanger kan worden of via vruchtbaarheidsbehandelingen.

Er zijn verschillende opties voor de behandeling van symptomen van endometriose. Om te beslissen welke optie het beste voor u is, moeten 3 factoren worden overwogen:



Op basis van de informatie die u ontvangt over de verschillende opties voor behandeling, kunt u een voorkeur hebben voor hoe u verder moet gaan met de behandeling en wat voor u de meest geschikte interventie is.

Bij het nemen van een beslissing moet het advies van uw arts een belangrijke factor zijn. Vraag uw arts om de opties en haar / zijn advies uit te leggen.



Uw arts zal rekening houden met verschillende factoren bij het voorstellen van een behandeling:

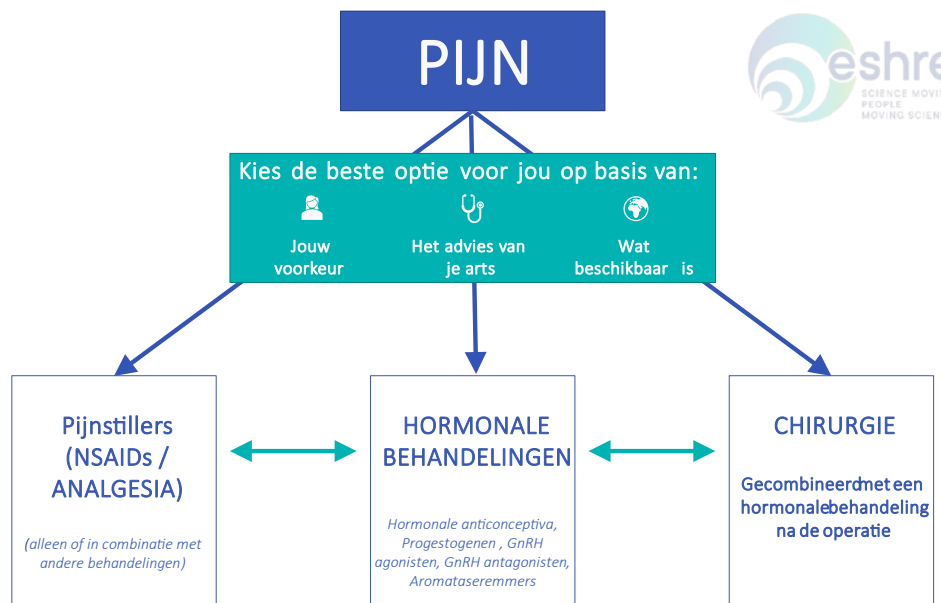
- Uw pijnklachten (ernst en type)
- Of u vruchtbaarheidsproblemen heeft of niet
- De wens om direct of later zwanger te worden, en de wens voor anticonceptie
- Uw leeftijd
- De effectiviteit van de verschillende behandelingen
- De risico's en bijwerkingen voor alle interventies
- Het type van aandoening (endometrioom, peritoneale of diepe endometriose)



In sommige Europese landen zijn bepaalde behandelingen niet beschikbaar, niet terugbetaald, of enkel verkrijgbaar tegen een hoge prijs. Sommige chirurgische ingrepen worden beter uitgevoerd in bepaalde expertise centra. Je arts zou je moeten kunnen informeren over wat beschikbaar is in jouw land en jouw kliniek/centrum.

Dit betekent dat twee vrouwen met endometriose verschillende behandelingen kunnen krijgen en zelfs dat één vrouw in de loop van de tijd verschillende behandelingen kan krijgen.

In de volgende sectie zullen opties voor medische behandeling en chirurgische behandeling worden uitgelegd.





## Kan ik pijnstillers nemen voor pijn als gevolg van endometriose?

Medicamenteuze therapieën voor endometriose zijn hormonale behandelingen en pijnstillers (analgetica).

Pijnstillers (analgetica), zoals niet-steroidale anti-inflammatoire drugs (NSAID's of ontstekingsremmende geneesmiddelen), zijn medicamenteuze therapieën die beïnvloeden hoe het lichaam pijn ervaart. Deze therapieën zijn niet specifiek voor endometriose-gerelateerde pijn, en zij hebben geen effect op de oorzaak van de pijn, zoals hormonale behandelingen. Pijnstillers hebben weinig bijwerkingen, ze zijn goedkoop, gemakkelijk te verkrijgen en worden op grote schaal gebruikt. Het is wel belangrijk te weten dat maar weinig studies hebben onderzocht of ze daadwerkelijk helpen bij endometriose-gerelateerde pijn. Bovendien kan langdurig gebruik van NSAID's leiden tot bijwerkingen voor de maag, en is bescherming van de maag aangeraden.



*Figuur 5. Pijnmedicatie*

**NSAID's of andere pijnstillers (alleen of in combinatie met andere behandelingen) kunnen gebruikt worden om endometriose-gerelateerde pijn te verminderen.**



## Wat zijn de opties voor de hormonale behandeling van pijn?

Hormonale behandelingen in klinisch gebruik zijn:

- Hormonale anticonceptiva (cyclisch gebruik of continu)
- Progestogenen (ook in de vorm van een spiraaltje)
- GnRH agonisten
- GnRH antagonisten
- Aromatase remmers

Hoewel effectief voor de behandeling van endometriose-geassocieerde pijn, kunnen hormoonbehandelingen ook bijwerkingen veroorzaken zoals hoofdpijn, acne, gewichtstoename, vaginale spotting, vermoeidheid en opvliegers. Bijwerkingen verschillen sterk tussen behandelingen en tussen patiënten. Als gevolg hiervan kan een bepaalde behandeling een goede optie zijn voor de ene vrouw, maar dezelfde behandeling kan ernstige bijwerkingen hebben bij een andere vrouw. Ook kunnen verschillende geneesmiddelen binnen een van de hormoongroepen anders werken bij individuen, d.w.z. het kan enige tijd en geduld kosten om de juiste behandeling voor u te vinden die werkt en geen bijwerkingen veroorzaakt. Uw arts moet de bijwerkingen met u bespreken bij het voorschrijven van hormonale behandeling.

**Het wordt artsen aanbevolen om hormonale behandelingen (hormonale anticonceptiva, progestagenen, GnRH agonisten of GnRH antagonisten) voor te schrijven als één van de opties om endometriose-gerelateerde pijn te verminderen.**



**Hormonale behandelingen moeten niet overwogen worden om endometriose-gerelateerde infertiliteit te verbeteren, noch in vrouwen die proberen zwanger te worden.**



Patiënten wordt aanbevolen om eventuele bijwerkingen bij hun arts te melden en hun opties te bespreken.

Het is belangrijk om te onthouden dat medische behandeling alleen werkt als ze worden ingenomen zoals voorgeschreven. Het stoppen van de medische behandeling betekent vaak dat de symptomen terugkeren.

## Hormonale behandelingen

### Hoe werkt hormonale behandeling?

Endometriose is gerelateerd aan de menstruatiecyclus van de vrouw en is afhankelijk van de activiteit van oestrogeen.

Het doel van hormonale behandeling bij pijnklachten bij vrouwen met endometriose is het verlagen van het niveau van de oestrogenen. Het is belangrijk te weten dat een hormonale behandeling endometriose niet geneest, maar de activiteit van de aandoening onderdrukt en daardoor de pijnklachten vermindert. Echter na het stoppen van de behandeling, komen de symptomen meestal terug. Bij welke patiënten de pijnklachten wel of niet terugkeren is niet bekend.

### *Hormonale anticonceptiva*

Hormonale anticonceptiva worden veel gebruikt voor anticonceptie en zijn algemeen aanvaard. Ze zijn gebaseerd op een lage dosis hormonen (oestrogeen en progesteron) en kunnen pijn gerelateerd aan endometriose verminderen door follikelgroei te stoppen en daardoor de productie en concentratie van oestrogenen te verminderen. Lage oestrogenen stoppen de activiteit van de groei van het endometrium in en buiten de baarmoeder, en onderdrukken hiermee endometriose. De progesteron in de pil vermindert rechtstreeks de activiteit van het endometrium.

De bijwerkingen zijn beperkt en hormonale anticonceptiva zijn niet duur. Uw arts kan verschillende types van hormonale anticonceptiva voorschrijven: de orale anticonceptiepil (ingenomen met of zonder een maandelijkse pilvrije week), een contraceptieve vaginale ring, of een transdermale pleister.

### *Progestogenen*

Progestogenen kunnen in verschillende vormen gebruikt worden: oraal, als een 3-maandelijke injectie, als een levonorgestrel-afgevend spiraaltje, of als een contraceptie-staafje. Verschillende soorten progestogenen zijn medroxyprogesteronacetaat (MPA), dienogest, of cyproteronacetaat. Progestogenen worden ook gebruikt als anticonceptie ('minipil'), of gecombineerd met oestrogenen. Progestogenen zijn relatief goedkoop. Verschillende types progestogenen hebben verschillende bijwerkingen.

Een levonorgestrel-afgevend spiraaltje wordt in de baarmoeder geplaatst en geeft lage niveaus van progesteron af. Een levonorgestrel-afgevend spiraaltje wordt gebruikt voor anticonceptie, het heeft beperkte bijwerkingen en is gebruiksvriendelijk. Bij vrouwen met endometriose is het levonorgestrel-afgevend spiraaltje een optie voor het verminderen van pijnklachten.

Een contraceptie-staafje is een subdermaal implantaat dat onder de huid wordt ingepland, Meestal in de arm. Zulk staafje kan de menstruatie stoppen en is daarbij een optie voor het verminderen van endometriose-gerelateerde pijnklachten.

### *GnRH agonisten / GnRH antagonisten*

GnRH-agonisten leiden tot een zeer laag niveau van oestrogeen door het volledig stoppen van de folliculaire groei in de eierstok. GnRH-agonisten kunnen intranasaal toegediend worden of door subcutane injectie als een depotinjectie die of één of drie maanden werkzaam is. Enkele van de meest voorkomende GnRH-agonisten zijn nafareline, leuprolide, busereline, gosereline en triptoreline. GnRH-agonisten hebben meer bijwerkingen dan orale anticonceptiva en progestogenen en zijn duurder.

De bijwerkingen van GnRH-agonisten zijn gerelateerd aan het lage niveau van oestrogenen en zijn vergelijkbaar met de situatie na de overgang. Deze zogenaamde hypo-oestrogene symptomen zijn opvliegers en nachtelijk zweten, vaginale droogte en pijn tijdens geslachtsgemeenschap, en invloed op de geestelijke gezondheid tot en met depressieve gevoelens. Op de lange termijn worden GnRH-agonisten geassocieerd met osteoporose. Om deze symptomen te verminderen, wordt het arts aanbevolen om hormonale add-back therapie voor te schrijven zodra GnRH agonisten worden opgestart. Sommige artsen starten add-back therapie enkele weken of maanden na de start van de GnRH agonist behandeling. Hormonale add-back betekent het toevoegen van een combinatie van oestrogenen en progesteron (orale anticonceptiva). Deze add-back therapie neemt de bijwerkingen weg terwijl het therapeutisch effect wordt gehandhaafd. **Aangezien tieners en jonge vrouwen hun optimale botdichtheid niet bereiken hebben, is het raadzaam om GnRH-agonisten/ GnRH antagonisten niet te gebruiken bij deze jonge vrouwen, tenzij als een tweedelijns therapie wanneer andere therapiën met minder bijwerkingen niet werkten of niet goed verdragen werden.**

### *Aromataseremmers*

Aromataseremmers stoppen een enzym (aromatase) dat nodig is voor de productie van oestrogenen in verscheidene cellen van het lichaam. Het resultaat is een zeer laag niveau van oestrogenen. Deze medicatie werd al gebruikt bij andere aandoeningen, maar werd nog niet goed bestudeerd in endometriose.

Vanwege de bijwerkingen (vaginale droogte, opvliegers, verminderde botdichtheid), mogen aromataseremmers alleen worden voorgeschreven aan vrouwen met ernstige pijn na het proberen van alle andere opties van medicamenteuze en chirurgische behandelingen.



## Is chirurgische behandeling een optie voor het verlichten van pijnklachten?

Chirurgische behandeling van endometriose is gericht op het verwijderen van endometriose letsels, endometriomen en verklevingen/littekenweefsel.

In het verleden werd openbuik chirurgie of laparotomie routinematig toegepast. Tegenwoordig wordt laparoscopie vaak gebruikt en heeft het de voorkeur omdat het meestal resulteert in minder pijn, kortere ziekenhuisopname, sneller herstel en kleinere littekens.

Artsen moeten chirurgische behandeling overwegen (verwijdering van endometriose letsels) als ze endometriose letsels zien tijdens een laparoscopie die wordt verricht om endometriose te diagnosticeren.

**Chirurgische behandeling moet beschouwd worden als een optie voor het verlichten van endometriose-gerelateerde pijnklachten**



**Als er een vermoeden is van diepe endometriose, wordt het artsen aanbevolen om hun patiënt door te verwijzen naar een expertisecentrum, aangezien operaties om diepe endometriose te behandelen gecompliceerd kunnen zijn.**



**Een hormonale behandeling aangeboden na de chirurgische behandeling kan de resultaten van de chirurgische ingreep verbeteren en verhinderen dat de endometriose of de symptomen ervan terugkomen, en kan daarom aangewezen zijn. Als je zwanger wil worden na de chirurgische ingreep moet een hormonale behandeling vermeden worden.**



Een chirurgische behandeling is over het algemeen efficiënt voor het verlichten van pijnklachten, maar het vermindert niet altijd alle symptomen, of soms worden klachten slechts gedeeltelijk of tijdelijk verlicht. Met de huidige kennis is het niet mogelijk voor artsen om vrouwen te selecteren waarvan duidelijk is dat ze baat zullen hebben bij de chirurgische behandeling.

## Hysterectomie

Als een vrouw geen kinderwens meer heeft en andere behandelingen werken niet, wordt het verwijderen van de eierstokken, met of zonder verwijdering van de baarmoeder (hysterectomie) beschouwd als een radicale oplossing van het probleem endometriose. Echter, verwijdering van de eierstokken resulteert in een zogenaamde chirurgische menopauze, vaak gepaard met overgangsklachten. Hierbij moet worden opgemerkt dat een hysterectomie alleen niet altijd het probleem oplost, omdat endometriose meestal (ongewild) retroperitoneaal achterblijft en daarmee de pijnklachten aanwezig blijven. Hysterectomie kan helpen als de klachten vooral te wijten zijn aan adenomyose, en het moet enkel overwogen worden als andere behandelingen niet effectief bleken.

**Hysterectomie kan overwogen worden wanneer andere (meer conservatieve) behandelingen niet effectief bleken en als je geen kinderwens meer hebt. Het is belangrijk te weten dat hysterectomie niet noodzakelijkerwijs de symptomen of de aandoening zullen genezen.**



## Behandeling van endometriose buiten het bekken

De beste behandeling voor pijn gerelateerd aan endometriose buiten het bekken (extragenitale endometriose) is grotendeels afhankelijk van de locatie van de endometriose.

Voor extragenitale endometriose in de buik (extrapelvic endometriosis):

**Een chirurgische verwijdering van letsels is de beste optie om symptomen te verlichten. Als chirurgische behandeling niet mogelijk of aanvaardbaar is, kan een hormonale behandeling overwogen worden.**



Voor extragenitale endometriose in de borstholte (thoracale endometriose):

**Een hormoonbehandeling kan opgestart worden. Als chirurgie is aangewezen, dan moet deze uitgevoerd worden door een thorax chirurg en/of andere relevante specialisten.**



# Endometriose en onvruchtbaarheid

## Ben ik onvruchtbaar omdat ik endometriose heb?

Waarschijnlijk niet aangezien vrouwen met endometriose niet allemaal onvruchtbaar zijn. In medische termen spreekt men van onvruchtbaarheid of verminderde vruchtbaarheid wanneer er geen zwangerschap bereikt wordt na 1 jaar van regelmatige geslachtsgemeenschap. Geschat wordt dat 60-70% van de vrouwen met endometriose vruchtbaar zijn, spontaan zwanger kunnen worden en kinderen kunnen krijgen. Daarom is het belangrijk dat vrouwen dit niet zwanger willen worden dit ook aangeven zodat contraceptie besproken kan worden.

Een deel van de vrouwen met endometriose zal problemen hebben met zwanger worden. Voor deze vrouwen zijn er opties beschikbaar om zwanger te worden.

## Moet ik zwanger worden om mijn endometriose te genezen?

Zwangerschap leidt niet altijd tot verbetering van endometrioseklachten en het stopt ook niet de progressie van de ziekte.

**U moet proberen zwanger te worden als u een gezin wilt stichten, maar niet voor de behandeling van uw endometriose.**



## Is het veilig voor mij om zwanger te worden?

Complicaties tijdens de zwangerschap zijn zeldzaam en het is moeilijk om te bestuderen of een bepaald aspect van een patiënt verband houdt met een bepaalde complicatie. Er zijn enkele studies geweest naar zwangerschapscomplicaties bij vrouwen met endometriose. Deze studies hebben aangetoond dat er een verhoogde frequentie van miskraam of buitenbaarmoederlijke zwangerschap kan zijn bij vrouwen met endometriose, in vergelijking met vrouwen zonder endometriose. Toch zijn de risico's in het algemeen laag en mogen ze je er niet van weerhouden om zwanger te worden.

**Er is geen behoefte aan extra prenatale monitoring, maar informeer uw arts of verloskundige als u zwanger bent en een diagnose van endometriose heeft.**



## Wat zijn de opties om mijn kansen om zwanger te worden te vergroten?

Er is geen beste optie om onvruchtbare vrouwen met endometriose te helpen zwanger te worden. Om te beslissen welke optie het beste voor u is, moeten uw voorkeur, het advies van uw arts en de beschikbaarheid van de behandelingen worden overwogen:



De Endometriose Fertility Index (EFI) is een tool die de arts kan gebruiken om je kans op een natuurlijke zwangerschap te voorspellen.



## Is hormoonbehandeling een optie om de kans op zwangerschap te vergroten?

Er is geen bewijs dat hormoonbehandeling de kans op spontane zwangerschap bij vrouwen met endometriose verhoogt.

Hoewel hormoonbehandeling onvruchtbaarheid niet oplost, kunt u, als u niet kunt proberen zwanger te worden of besluit om niet onmiddellijk na de operatie zwanger te worden, een hormoonbehandeling starten. Dit zal geen negatieve invloed hebben op uw vruchtbaarheid en het kan helpen om pijnsymptomen te beheersen



## Is chirurgische behandeling een optie om de kans op zwangerschap te vergroten?

Studies hebben aangetoond dat chirurgie (met verwijdering van alle endometriose letsels) de kans op spontane zwangerschap kan vergroten.

Als u een operatie heeft voor een ovarieel endometrioom (chocoladecyste), moet u zich ervan bewust zijn dat een operatie kan leiden tot schade aan de eierstok. Uw arts moet dit risico met u bespreken.

Chirurgie kan een optie voor u zijn als u zwanger wilt worden, omdat het uw kansen op een natuurlijke zwangerschap kan vergroten.



Hoewel er geen overtuigend bewijs bestaat dat een operatie voor diepe endometriose de vruchtbaarheid verbetert, kan het een optie zijn als u pijnsymptomen heeft die behandeling vereisen.



Voor vrouwen die niet kunnen of willen zwanger worden onmiddellijk na de operatie is het aangeraden om hormoontherapie aan te bieden, omdat dit geen negatieve invloed heeft op hun vruchtbaarheid en de onmiddellijke uitkomst van een operatie voor pijn verbetert.



Als u een operatie ondergaat, kunt u daarna proberen spontaan zwanger te worden of overgaan tot medisch geassisteerde voortplanting. Deze beslissing kan worden ondersteund door een tool, de "Endometriosis Fertility Index" of EFI, die uw kansen om natuurlijk zwanger te worden kan voorspellen.

Er is geen bewijs dat hormoon therapie voor of na de operatie helpt bij het verhogen van de kans op zwangerschap.

## Is medisch geassisteerde voortplanting (MAR) een optie om de kans op zwanger worden te vergroten?

Voor vrouwen met vruchtbaarheidsproblemen kan medisch geassisteerde voortplanting een optie zijn. Medisch geassisteerde voortplanting omvat een aantal procedures met als doel zwanger te worden, zoals intra-uteriene inseminatie (IUI) en in-vitrofertilisatie (IVF).

Een belangrijk deel van de vrouwen met een matige of ernstige endometriose zal medisch geassisteerde voortplantingstechnieken (IUI of IVF) nodig hebben als ze zwanger willen worden.

Er is geen bewijs dat de kans op herval van endometriose toeneemt na gecontroleerde ovariële stimulatie voor IVF, wat betekent dat een IVF behandeling niet noodzakelijk endometriose verergert en IVF kan beschouwd worden als een veilige optie.

IVF is een optie voor jou als een zwangerschap gewenst is.



Bij intra-uteriene inseminatie wordt het sperma van de partner in de baarmoeder van de vrouw geïnjecteerd op het moment dat een eicel wordt vrijgegeven en klaar is voor bevruchting. De juiste tijd wordt bepaald door echografie uit te voeren, door hormonale niveaus te meten of gereguleerd door injectie van synthetische hormonen (ovariële stimulatie).



Over het algemeen zijn er zeer weinig studies die IUI onderzocht hebben bij vrouwen met endometriose.

**Intra-uteriene inseminatie (IUI) kan een optie zijn om zwanger te worden. De kans kan groter zijn als ovariële stimulatie wordt uitgevoerd vóór IUI.**



Andere geassisteerde voortplantingstechnologieën omvatten procedures waarbij een eikel buiten het lichaam door een zaadcel wordt bevrucht door ze samen in een reageerbuis te plaatsen. Na bevruchting wordt het embryo (de bevruchte eikel) in de baarmoeder geplaatst. Voordat de eicellen, die rijp moeten zijn, uit het lichaam van de vrouw kunnen worden verwijderd, worden de follikels in de eierstokken gestimuleerd met een hormoonbehandeling. Dit wordt ook wel in vitro fertilisatie of IVF genoemd. Intracytoplasmatische sperma injectie of ICSI is een vergelijkbare techniek, maar in het laboratorium wordt één enkele zaadcel met een naald in de eikel geïnjecteerd in plaats van de eikel in een reageerbuis met vele zaadcellen samen te brengen zoals bij IVF. ICSI wordt meestal uitgevoerd wanneer het sperma van lage kwaliteit is.

IVF/ICSI moet worden gebruikt, in plaats van IUI, in de volgende gevallen:

- Wanneer u een probleem heeft met uw eileiders, wat betekent dat de eikel problemen heeft om de baarmoeder te bereiken (de eileiderfunctie is aangetast)
- Wanneer uw partner vruchtbaarheidsproblemen heeft (bijvoorbeeld een laag aantal zaadcellen, verminderde spermakwaliteit)
- Wanneer een lage EFI werd berekend (en het daarom relevant zou zijn om meteen naar IVF over te stappen)
- Wanneer andere behandelingen niet succesvol waren

**Bij vrouwen met endometriomen, kan antibiotica profylaxe gebruikt worden op het moment van de eicelpunctie om eventuele infecties te voorkomen.**



Er is geen duidelijk bewijs dat medische behandeling (hormoon therapie) voorafgaand aan IVF/ICSI uw kans om zwanger te worden zal verbeteren.

Er is geen sterk bewijs dat een operatie voordat u met IVF/ICSI begint, effectief is om uw kans op zwangerschap te vergroten. Er is echter ook geen bewijs dat een operatie de kans op zwangerschap vermindert. Daarom kan uw arts een operatie adviseren als u aanzienlijke pijn heeft of als hij/zij niet bij de eierstokken kan tijdens toepassing van de kunstmatige voortplantingstechnieken, in het geval van grote ovariële endometriomen. Er is echter ook geen bewijs dat een operatie de kans op een zwangerschap vermindert.

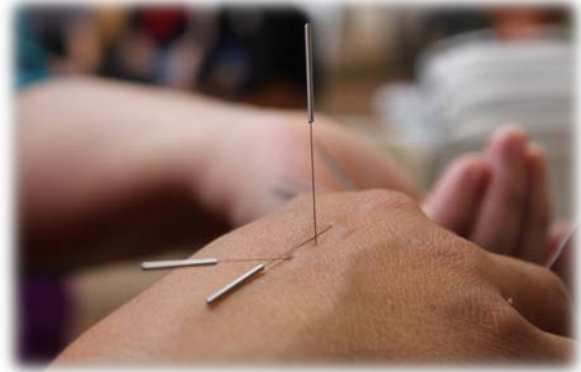
**Als u een fertiliteitsbehandeling ondergaat, is er geen duidelijk voordeel van medische of chirurgische behandeling voordat u met IVF/ICSI begint. Toch kan een operatie in specifieke situaties worden geadviseerd.**



## Buiten de gebruikelijke behandeling om

Medicamenteuze en chirurgische behandeling van endometriose zijn uitgebreid bestudeerd en worden in de klinische praktijk toegepast. Omdat deze behandelingen beperkingen hebben, geven sommige vrouwen er de voorkeur aan om andere mogelijkheden te onderzoeken.

U heeft misschien gehoord over aanvullende en alternatieve therapieën. Deze therapieën zijn populair onder patiënten maar worden vaak niet door artsen aangeboden. Voorbeelden hiervan zijn acupunctuur, gedragstherapie, voedingsprogramma's (inclusief voedingssupplementen, vitamines en mineralen), "expert patient" programma's, recreatieve drugs, reflexologie, homeopathie, psychotherapie, traditionele Chinese geneeskunde, kruidengeneeskunde en sport. Een aantal van deze therapieën worden door vrouwen met endometriose gebruikt om bekkenpijn en dysmenorroe te verminderen, de kans op zwangerschap te verbeteren en de kwaliteit van leven te verbeteren.



*Figuur 6. Acupunctuur*

Alvorens een bepaalde behandeling tegen pijnklachten te adviseren zouden artsen graag een aantal objectieve gegevens uit een kwalitatief goed onderzoek (zoals gerandomiseerde studies) willen verzamelen, waaruit blijkt dat een bepaalde therapie effectief is en niet schadelijk voor de patiënt. Tot nu toe is er geen goed bewijs dat aanvullende en alternatieve therapieën echt helpen bij het verminderen van pijnklachten of het verbeteren van vruchtbaarheid bij vrouwen met endometriose. De richtlijn groep erkent dat sommige vrouwen die gebruik maken van deze behandelingen hier baat bij hebben, en dat ze een betere kwaliteit van leven hebben en/of beter om kunnen gaan met de symptomen van endometriose.

Het is belangrijk om uw arts te vertellen of u gebruik maakt van aanvullende of alternatieve therapieën, zodat hij/zij u meer informatie kan geven

**De potentiële voordelen en nadelen van deze niet-medische interventies zijn onduidelijk.**

**Daarom kunnen er geen aanbevelingen worden gedaan voor specifieke niet-medische interventies (traditionele Chinese geneeskunde, voeding, elektrotherapie, acupunctuur, fysiotherapie, lichaamsbeweging en psychologische interventies) om pijn te verminderen, het algemene welzijn te verbeteren of uw kansen om zwanger te worden te verbeteren.**

**U kunt uw arts vragen om u meer informatie te geven over deze niet-medische strategieën.**



# Endometriose bij adolescenten

Endometriose is een aandoening die vooral voorkomt bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd, tussen menarche (de eerste menstruatie tijdens de puberteit) en menopauze. In de afgelopen jaren is endometriose bij adolescenten erkend als een uitdagend probleem in de gynaecologie.

## Wat zijn tekenen en symptomen van endometriose bij adolescenten?

Tekenen en symptomen kunnen verschillen bij adolescenten in vergelijking met volwassen vrouwen.

Bij adolescenten kunnen de volgende symptomen wijzen op endometriose:

- symptomen van chronische of acyclische bekkenpijn, met name in combinatie met misselijkheid, pijnlijke menstruatie (dysmenorroe), pijnlijke of moeilijke stoelgang (dyschezie) of pijn bij het urineren (dysurie), pijn tijdens of na geslachtsgemeenschap (dyspareunie),
- cyclische bekkenpijn,
- (cyclisch) schoolverzuim

Als u een of meer van deze symptomen ervaart en als u veel last hiervan heeft, zou u uw huisarts of specialist kunnen bezoeken en haar/hem vragen of de kans bestaat dat u endometriose heeft. De mate van pijn kan u afmeten aan het gegeven of u uw normale dagelijkse activiteiten nog kan ondernemen zonder het innemen van pijnmedicatie.

## Hoe moet endometriose worden gediagnosticeerd bij adolescenten?

De diagnostische route voor endometriose bij adolescenten is vergelijkbaar met deze in volwassenen, behalve dat sommige onderzoeken en/of tests soms niet geschikt zijn.

**Uw arts moet de aanvaardbaarheid van vaginaal en/of rectaal onderzoek met u en uw verzorger bespreken. Vertel uw arts als u zich niet op uw gemak voelt om door te gaan met het onderzoek.**



**Transvaginale echografie wordt aanbevolen. Als een transvaginale scan niet geschikt is, kan een MRI, transabdominale, transperineale of transrectale scan worden overwogen.**



## Hoe moet endometriose bij adolescenten worden behandeld?

Op basis van de doeltreffendheid en bijwerkingen kunnen sommige medische behandelingen geschikter zijn bij adolescenten.

**Eerstelijnsbehandelingsopties bij adolescenten met endometriose zijn hormonale anticonceptiva of progestagenen. Als de eerstelijnsbehandeling de symptomen niet oplost, kunnen NSAID's of GnRH-agonisten worden gebruikt.**

**Chirurgie (en postoperatieve behandeling) is ook een optie bij adolescenten, maar er moet rekening mee worden gehouden dat symptomen en/of de ziekte kunnen terugkeren.**



## Endometriose in de menopauze

De menopauze is het moment waarop vrouwen stoppen met menstrueren. Dit is een natuurlijk proces bij vrouwen rond de 50 jaar.



Figuur 7. Menopauze

### Hoe moet endometriose worden behandeld bij postmenopauzale vrouwen?

Endometriose symptomen kunnen nog steeds bestaan, zelfs na de menopauze. Er zijn beperkte studies geweest over de behandeling van endometriose na de menopauze.

Als u tekenen of pijn van endometriose na de menopauze heeft, kan een chirurgische behandeling een optie zijn. Als een operatie niet haalbaar is, kunnen aromataseremmers nuttig zijn.



### Hoe moeten overgangsklachten worden behandeld bij vrouwen met een voorgeschiedenis van endometriose?

Sommige vrouwen hebben nauwelijks klachten tijdens de menopauze, terwijl anderen last hebben van de typische overgangsklachten, zoals opvliegers, nachtelijk zweten, vaginale en urinewegproblemen, stemmingswisselingen en osteoporose (verminderde botdichtheid). Deze symptomen worden veroorzaakt door lage niveaus van oestrogeen. Voor vrouwen met overgangsklachten bestaan er medicamenteuze behandelingen om de symptomen en de ongemakken van de menopauze te verminderen (menopauze hormoontherapie of vroeger genoemd "hormone replacement therapy (HRT)"). Hormoontherapie gebaseerd op enkel oestrogeen wordt niet aanbevolen als u een voorgeschiedenis van endometriose, ook niet als de baarmoeder al operatief verwijderd zou zijn.

Het probleem bij vrouwen met endometriose is dat de medicamenteuze behandelingen om de symptomen van de menopauze te verminderen, een negatief effect op de endometriose zouden kunnen hebben. Er zijn geen sterke aanwijzingen dat de behandeling van menopauze-symptomen een terugkeer van pijn of klachten van endometriose veroorzaakt, maar het is een mogelijkheid.

Menopauze hormoontherapie (oestrogeen/progestageen therapie) kan gebruikt worden voor de behandeling van overgangsklachten.

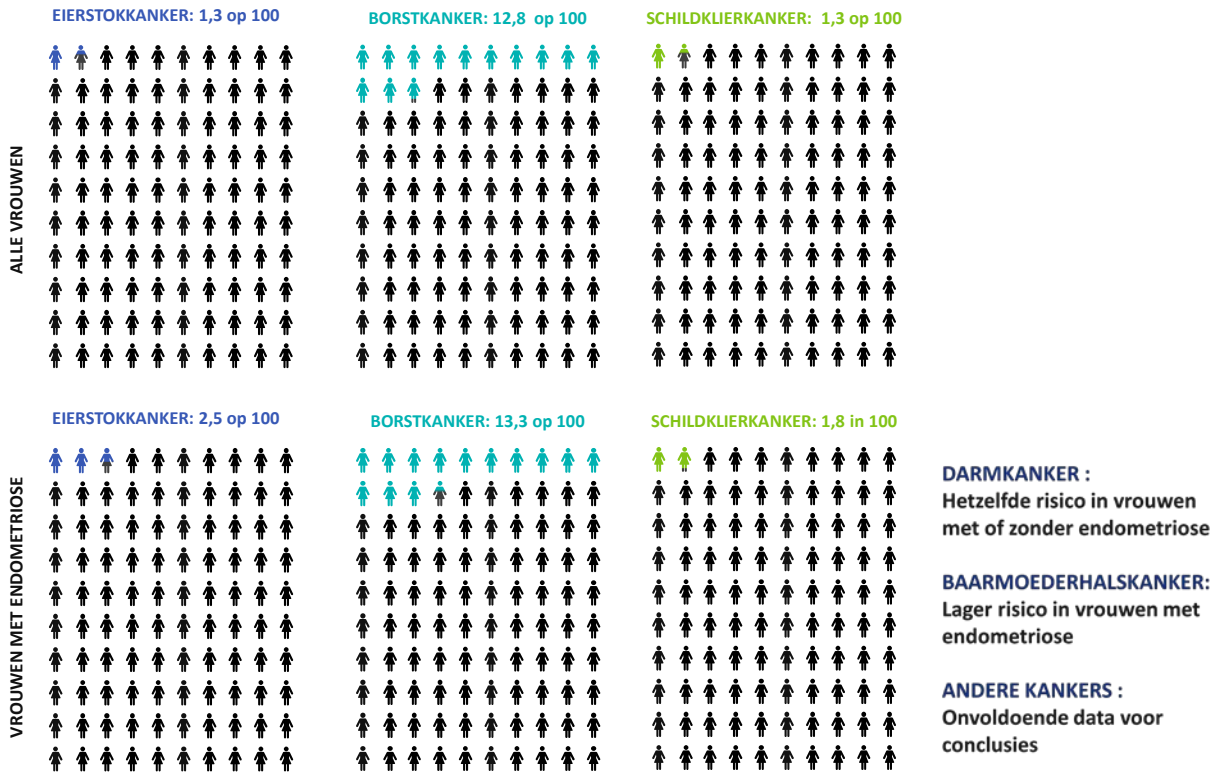


# Endometriose en kanker

Veel vrouwen met endometriose maken zich zorgen over hun risico op het ontwikkelen van kanker. Verschillende onderzoekers hebben onderzocht of vrouwen met endometriose een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van kanker, in vergelijking met vrouwen zonder endometriose.

Uit deze studies trekt de richtlijn groep de volgende conclusies:

## De (absolute) risico's op het ontwikkelen van kanker tijdens het leven van een vrouw



Uit al deze onderzoeken kunt u gerustgesteld worden met betrekking tot uw risico op het ontwikkelen van kanker.

Er is geen informatie over hoe het risico op kanker te verlagen in vrouwen met of zonder endometriose, maar u kunt proberen enkele algemene kankerpreventiemaatregelen toe te passen:

- Vermijd roken
- Behoud een gezond gewicht
- Sport regelmatig
- Hou u aan een uitgebalanceerd dieet met hoge innames van groenten en fruit en lage innames van alcohol
- gebruik bescherming tegen de zon



Tenzij u aanvullende risicofactoren heeft, zoals een familiegeschiedenis van kanker, is regelmatige kankerscreening niet nodig. Bespreek de noodzaak van kankerscreening met uw arts.





## Waar kan ik meer informatie vinden?

Voor meer informatie over de verschillende onderwerpen in deze brochure kan u de richtlijn voor artsen/professionals raadplegen op de ESHRE website (<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline>).

Voor meer gedetailleerde informatie of hulp kunt u ook contact opnemen met uw arts of een lokale patiëntenorganisatie.

Uw arts kan u de contactgegevens van nationale patiëntenorganisaties voor endometriose of onvruchtbaarheid bezorgen, of u kan contact opnemen met **Fertility Europe** (<http://www.fertilityeurope.eu>) of **Endometriose Stichting** ([www.endometriose.nl](http://www.endometriose.nl)).

## Over dit boekje

Deze brochure heeft tot doel patiënten te betrekken bij de verbetering van de kwaliteit van zorg door hen te informeren over de huidige zorgstandaarden en door hen in staat te stellen weloverwogen beslissingen te nemen over hun gezondheid, ondersteund door het beste beschikbare bewijsmateriaal.

### Hoe is deze brochure ontwikkeld?

Dit boekje is in een eerdere versie (2013) opgesteld door de methodologisch expert ESHRE, de voorzitter van de richtlijngroep en patiënten vertegenwoordigers. Alle verstrekte informatie is gebaseerd op de aanbevelingen in de ESHRE-richtlijn over endometriose, die beschikbaar is op <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline>. De vertaling naar het Nederlands kwam tot stand met de hulp van Dr Carla Tomassetti en Femke Jansen.

### Wie heeft de ESHRE-richtlijn ontwikkeld?

De ESHRE-richtlijn over endometriose is ontwikkeld door een multidisciplinaire richtlijnontwikkelingsgroep met gynaecologen, chirurgen, vruchtbaarheidsspecialisten en 2 patiënten vertegenwoordigers.

<b>Christian Becker</b>	<i>Chair of Endometriosis Guideline Group; Endometriosis CaRe Centre Oxford, Nuffield Department of Women's and Reproductive Health, University of Oxford, UK</i>
<b>Femke Jansen</b>	<i>Patient representative; EndoHome – Endometriosis Association Belgium, Belgium</i>
<b>Kathleen King</b>	<i>Patient representative; Individual endometriosis advocate, Ireland</i>
<b>Nathalie Vermeulen</b>	<i>Methodological expert; European Society of Human Reproduction and Embryology, Belgium</i>
<b>Attila Bokor</b>	<i>Semmelweis University, Department of Obstetrics and Gynecology, Budapest, Hungary</i>
<b>Oskari Heikinheimo</b>	<i>Department of Obstetrics &amp; Gynecology, University of Helsinki and Helsinki University Hospital, Helsinki, Finland</i>
<b>Andrew Horne</b>	<i>EXPECT Centre for Endometriosis and Pelvic Pain, MRC Centre for Reproductive Health, University of Edinburgh, Edinburgh, UK</i>
<b>Ludwig Kiesel</b>	<i>Department of Gynecology and Obstetrics, University Hospital Muenster, Muenster, Germany</i>
<b>Marina Kvaskoff</b>	<i>Paris-Saclay University, UVSQ, Univ. Paris-Sud, Inserm, Gustave Roussy, "Exposome and Heredity" team, CESP, F-94805, Villejuif, France</i>
<b>Annemiek Nap</b>	<i>Department of Gynaecology and Obstetrics, Radboudumc, Nijmegen, The Netherlands</i>
<b>Katrine Petersen</b>	<i>Pain Management Centre, UCLH, London, UK</i>
<b>Ertan Saridogan</b>	<i>University College London Hospital, London, UK and Elizabeth Garrett Anderson Institute for Women's Health, University College London, London, UK</i>
<b>Carla Tomassetti</b>	<i>University Hospitals Leuven, Dept. Obstetrics and Gynaecology, Leuven University Fertility Center, Belgium; KU Leuven, Faculty of Medicine, Dept. Development and Regeneration, LEERM (Lab of Endometrium, Endometriosis and Reproductive Medicine), Leuven, Belgium</i>
<b>Nehalennia van Hanegem</b>	<i>University Medical Center Utrecht, The Netherlands</i>
<b>Nicolas Vulliemoz</b>	<i>Fertility Medicine and Gynaecological Endocrinology, Department Woman Mother Child, Lausanne University Hospital, Lausanne, Switzerland</i>



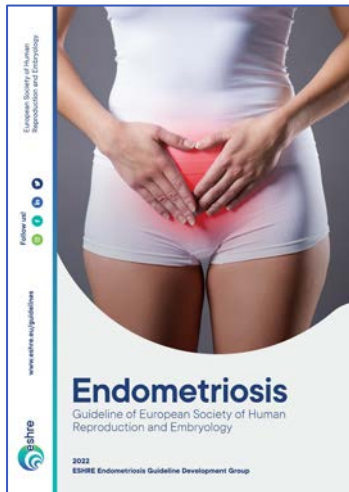
## Woordenboek

<b>Ablatie</b>	Verwijdering van ziek of ongewenst weefsel, operatief of anderszins
<b>Add-back therapie</b>	Hormonale therapie om bijwerkingen van medicijnen die oestrogeen onderdrukken (zoals leuprolideacetaat) tot een minimum te beperken. Add-back therapie vermindert meestal opvliegers en voorkomt botverlies.
<b>Definitieve diagnose</b>	Een diagnose die bevestigd is.
<b>Dyschezie</b>	Pijnlijke of moeilijke stoelgang
<b>Dysmenorroe</b>	Ernstige pijn in de onderbuik of rug, soms gepaard gaande met misselijkheid, en hoofdpijn, direct voor en/of tijdens de menstruatie.
<b>Dyspareunie</b>	Recidiverende of aanhoudende genitale pijn vlak voor, tijdens of kort na de coïtus (geslachtsgemeenschap).
<b>Echoscopie (sonografie)</b>	Techniek waarbij hoogfrequente geluidsgolven gebruikt worden om weefsels en organen in het lichaam af te beelden.
<b>Eierstok</b>	Een orgaan in de buikholte waar de eicellen opgeslagen zitten
<b>Embryo</b>	Een bevruchte eicel
<b>Endometrium</b>	Een cyste van de eierstok gevuld met oud bloed en met wand van endometriumweefsel.
<b>Endometrium (baarmoederslijmvlies)</b>	De binnenste laag van de baarmoeder. Tijdens de menstruatiecyclus, groeit het endometrium tot een dikke, bloedvatrijke laag. De belangrijkste functie van het endometrium is het mogelijk maken van de innesteling van het embryo.
<b>Excisie (resectie)</b>	Chirurgisch verwijderen van weefsel.
<b>Gerandomiseerd onderzoek met controlegroep (Randomized Controlled Trial, RCT):</b>	De "gouden standaard" van medisch bewijs van de relatieve effectiviteit van één behandeling ten opzichte van een andere, of ten opzichte van het gebruik van helemaal niets (placebo). Patiënten met een ziekte en die op elkaar lijken in de meeste andere opzichten (zoals leeftijd, lengte, gewicht, ziekte duur en ernst van de ziekte) worden door randomisatie toegewezen aan één behandelingsgroep of een andere. De patiënten ondergaan een behandeling en worden gedurende een bepaalde tijd gevolgd om te zien of er een verschil is in de resultaten van de onderzochte behandelingen.
<b>Hormoon</b>	Een molecuul dat wordt geproduceerd op één plaats in het lichaam, door de bloedbaan wordt vervoerd naar een andere plaats in het om daar een biologisch effect te veroorzaken.
<b>In vitro fertilisatie (IVF, reageerbuisbevruchting)</b>	Het creëren van een embryo buiten het lichaam en het plaatsen van dit embryo in de baarmoeder met het doel een zwangerschap tot stand te brengen. Het IVF traject omvat de volgende fases: het hormonaal stimuleren van follikels in de eierstokken, de punctie van de follikels om de eicellen te verkrijgen, het bevruchten in het laboratorium van de eicellen met de zaadcellen van de partner, de terugplaatsing van het embryo in de baarmoeder.



<b>Intra-cytoplasmatische sperma-injectie (ICSI)</b>	Een variatie van IVF waarbij de zaadcel direct wordt geïnjecteerd in de eicel.:
<b>Intra-uteriene inseminatie (IUI)</b>	Een techniek om zaadcellen via de baarmoederhals in de baarmoederholte te brengen.
<b>Letsels</b>	Gebieden van abnormaal weefsel of ziekte.
<b>Laparoscopie (kijkbuis operatie):</b>	Een operatie waarbij de gynaecoloog via een kleine opening onder de navel een laparoscopus inbrengt om de buikholte te kunnen bekijken en een diagnose, zoals endometriose, te kunnen stellen en eventueel meteen te kunnen behandelen.
<b>Laparotomie of open chirurgie</b>	openen van de buikholte via een incisie door de hele buikwand.
<b>Medisch geassisteerde voortplanting (Medically Assisted Reproduction, MAR)</b>	Een verzamelnaam voor alle behandelingen die mensen in staat stellen om zwanger te worden door andere manieren dan geslachtsgemeenschap, zowel geassisteerde voortplantingstechnieken (IVF/ICSI) waarbij de bevruchting gebeurt in een reageerbuis, als behandelingen waarbij de bevruchting in de baarmoeder gebeurt zoals intra-uteriene inseminatie, ovariële stimulatie.
<b>Menorragie</b>	Abnormaal zware en langdurige menstruatie op regelmatige tijdstippen.
<b>Menstruatie</b>	het maandelijks afstoten van het baarmoederslijmvlies gepaard gaande met vaginaal bloedverlies en in meerdere of mindere mate buikpijn.
<b>Oestrogeen</b>	Een vrouwelijk geslachtshormoon geproduceerd door de follikels in de eierstok dat de groei en ontwikkeling van het endometrium stimuleert.
<b>Ovariële stimulatie (ovarian stimulation, OS)</b>	Gecontroleerde Hormonale behandeling waarbij de eierstokken worden gestimuleerd tot de groei van meerdere follikels (bv ter voorbereiding van intra-uteriene inseminatie) of eicelpunctie.
<b>Progesteron</b>	Een hormoon geproduceerd door het gele lichaam in de eierstok, dat ontstaat uit de follikel na de eisprong, Progesteron bereidt het endometrium voor op de innesteling van het embryo.
<b>Verklevingen</b>	Banden van vezelig littekenweefsel.
<b>Verminderde vruchtbaarheid / onvruchtbaarheid</b>	Het niet tot stand komen van een gewenste zwangerschap na een jaar op de voortplanting gerichte coïtus (geslachtsgemeenschap).





## Bron document

### ESHRE Guideline Endometriosis (2022).

<https://www.eshre.eu/Endometriosis-guideline>

## Figuren

Figuur 1. Endometriosis Blausen.com staff (2014). "Medical gallery of Blausen Medical 2014". Wiki Journal of Medicine 1 (2).DOI:10.15347/wjm/2014.010. ISSN 2002-4436

Figuur 2. The menstrual cycle MenstrualCycle3.png From Wikimedia Commons, the free media repository

Figuur 3. Schematic classification examples of extent and location of endometriosis Adapted from the Revised American Society for Reproductive Medicine Classification of Endometriosis (1996).

Figuur 4. Endometriosis symptoms

Figuur 5. Pain medication. Image by Miguel Á. Padriñán from Pixabay

Figuur 6. Acupuncture. Image by Jorge Paredes from Pixabay

Figuur 7. Menopause by Nick Youngson CC BY-SA 3.0 Pix4free

## Disclaimer

*De European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) heeft dit informatieboekje voor patiënten ontwikkeld op basis van de praktijkrichtlijn. Het doel van klinische richtlijnen is om professionals in de gezondheidszorg te helpen in de dagelijkse klinische besluitvorming over passende en effectieve zorg voor hun patiënten.*

*Dit boekje is in geen geval bedoeld als vervanging, dictaat of definiëring van een evaluatie en behandeling door een gekwalificeerde arts. Het is uitsluitend bedoeld als hulpmiddel voor patiënten die algemene informatie zoeken over onderwerpen in de reproductieve geneeskunde.*

*ESHRE geeft geen garanties, expliciet of impliciet, met betrekking tot de klinische praktijkrichtlijnen of patiënt informatieboekjes en sluit specifiek alle garanties van verkoopbaarheid en geschiktheid voor een bepaald gebruik of doel uit. ESHRE is niet aansprakelijk voor directe, indirecte, bijzondere, incidentele of gevolgschade gerelateerd aan het gebruik van de hierin opgenomen informatie. Terwijl ESHRE zich inspannt om accurate informatie te verzamelen en om deze up-to-date te houden, kan het echter niet instaan voor de juistheid en volledigheid in alle opzichten van de richtlijn of dit boekje.*

*De informatie in dit document vormt geen zakelijke, medische of ander professioneel advies, en is onderhevig aan verandering.*

---

Copyright © European Society of Human Reproduction and Embryology - All rights reserved

*The content of these ESHRE guidelines has been published for personal and educational use only. No commercial use is authorised. No part of the ESHRE guidelines may be translated or reproduced in any form without prior written permission of the ESHRE communications manager.*

