

Tájékoztató
endometriózisban
szenvedő nők
részére

Betegek részére
ESHRE Irányelvek
endometriózisban
szenvedő nők
kezeléséhez

A fordítás alapjául szolgáló kiadvány:

Information for women with endometriosis – Patient version of the ESHRE Guideline on management of women with endometriosis. European Society of Human Reproduction and Embryology, 2014.
www.eshre.eu

Fordítás: Dabis Melinda, PhD

Szakmai lektorálás: dr. Bokor Attila, PhD

Tartalomjegyzék

A tájékoztató füzetéről	5
ESHRE Irányelvek endometriózisban szenvedő nők kezeléséhez	5
Miért szükséges betegek részére készült verzió?	5
A füzet kidolgozásáról	5
További információ	6
Az ESHRE Irányelvek endometriózisban szenvedő nők kezeléséhez című dokumentum írói	6
1. rész: A menstruációs ciklus	7
2. rész: Az endometriózisról	8
Mi az endometriózis?	8
Melyek az endometriózis tünetei?	9
Mi okozza az endometriózist?	10
Endometriózis, adenomyosis, méhmióma és polipok	11
Hogyan osztályozható az endometriózis?	12
A füzetben használt osztályozási rendszer	12
Hogyan csökkenthető az endometriózis kialakulásának kockázata?	13
3. rész: Endometriózis serdülőkorban	14
4. rész: Endometriózis a kismedencén kívül	15
Kialakulhat endometriózis a medenceüregen kívül?	15
A kismedencén kívüli endometriózis kezelése	15
5. rész: Az endometriózis diagnosztizálása	17
Szükséges klinikai vizsgálat?	17
Mi a laparoszkópia?	18
Szükséges a laparoszkópiás beavatkozás a végleges diagnózishoz?	19

6. rész: Az endometriózis okozta fájdalom kezelése.....	22
Milyen gyógyszeres kezelés alkalmazható az endometriózis végleges diagnózisa előtt?	23
Szedhetek fájdalomcsillapítót az endometriózis okozta fájdalomra?	23
Milyen hormonkezelési lehetőségek állnak rendelkezésre a fájdalom csillapítására?	24
Hogyan működik a hormonkezelés?	24
Hormonális fogamzásgátlók	25
Progesztagének és anti-progesztagének	26
GnRH agonisták	27
Aromatáz inhibitorok	28
Milyen mellékhatásai vannak a hormonkezelésnek?	28
Lehetséges a fájdalom enyhítése sebészi beavatkozással?	29
7. rész: Endometriózis és meddőség	31
Az endometriózis miatt vagyok meddő?	31
Lehetséges a terhesség esélyének növelése sebészi beavatkozással?	32
Lehetséges a terhesség esélyének növelése orvosilag asszisztált reprodukciós eljárással?	33
8. rész: Az általános kezelésen túl.....	36
9. rész: Menopauza endometriózissal.....	37
10. rész: Endometriózis és rákos megbetegedések	38
11. rész: Fogalomjegyzék.....	39
12. rész: Kérdések endometriózisban szenvedő nőktől	41
13. rész: További információ	43
Hivatkozások.....	45
Jogi nyilatkozat	46

A tájékoztató füzetéről

ESHRE Irányelvek endometriózisban szenvedő nők kezeléséhez

A közelmúltban klinikai szakértők csoportja kidolgozta az endometriózis európai irányelveit annak érdekében, hogy javítsa az európai klinikai gyakorlatot, és ennek eredményeként az endometriózisban szenvedő nők életminőségét. A dokumentum címe ESHRE Irányelvek endometriózisban szenvedő nők kezeléséhez.

Miért szükséges betegek részére készült verzió?

A betegek részére készült tájékoztató az irányelvek közérthető módon történő megfogalmazását tartalmazza. Ezen verzió célja, hogy bevonja a betegeket az egészségügyi ellátás javításába azáltal, hogy megismerjék az ellátás jelenlegi normáit, valamint hogy a rendelkezésre álló kutatási eredmények megismerésével lehetővé tegye a betegek számára a saját egészségükkel kapcsolatos tájékozott döntéshozást.

A füzet kidolgozásáról

A füzet írói dr. Nathalie Vermeulen (módszertani szakértő), Bianca de Bie (betegképviselő) és dr. Gerard Dunselman (nőgyógyász és az irányelvek kidolgozását végző csoport elnöke).

A holland endometriózis-betegeket támogató szervezethez (Endometriose Stichting) érkezett kérdések alapján kiválasztottak több kulcsfontosságú témát. A betegek kérdései a füzet végén találhatóak. Ezekre a kérdésekre koncentrálnak adaptálták a szakorvosok számára készült Irányelvek az endometriózisban szenvedő nők kezeléséhez című dokumentumot közérthető nyelvezetre, hogy tanácsokat és válaszokat nyújtsanak a betegeknél.

További háttérinformáció és az irányelvekben nem tárgyalt témák a sárga négyzetekben találhatóak. A szakkifejezések kékkel kiemelve szerepelnek és füzet végén található hozzájuk fogalommagyarázat. Az irányelveket kidolgozó csoport elnöke ellenőrizte az összes rendelkezésre bocsátott információ pontosságát. Végezetül a füzetet áttekintésre megkapta az irányelveket kidolgozó csoport és az országos betegszervezetek. A szöveget adaptációja a következő egyének és szervezetek észrevételei alapján történt:

Helen North/ Patient Advisory Group

Endometriosis UK

Sandra Engstrom

az EndometriosisUK támogató csoport vezetője Edinburgh-ban

Geraldine Canny Ph.D.

Biológus referens helyi betegszervezetnél (Association Suisse de Soutien Contre l'Endométriose)

Prof. Dr. Carlos Calhaz – Jorge

Faculdade de Medicina de Lisboa (Portugália)

Prof. Thomas D'Hooghe

University Hospitals Gasthuisberg, University of Leuven (Belgium)

További információ

A betegek részére készült verzió témáiról további részletes információ az irányelvek szakorvosok számára készült változatában található az ESHRE honlapján (www.eshre.eu/guidelines).

Az európai országok országos betegszervezeteinek elérhetőségei a füzet végén található.

Az ESHRE Irányelvek endometriózisban szenvedő nők kezeléséhez című dokumentum írói

Jelen füzet alapjául a *Guideline on management of women with endometriosis (for doctors)* [Irányelvek endometriózisban szenvedő nők kezeléséhez (orvosok részére)] című dokumentum szolgált, amelyet az ESHRE Special Interest Group Endometriosis and Endometrium által létrehozott csoport (GDG) dolgozott ki. Az irányelveket kidolgozó csoport tagjai endometriózisra specializálódott szakorvosok, módszertani szakértők és betegképviselők voltak.

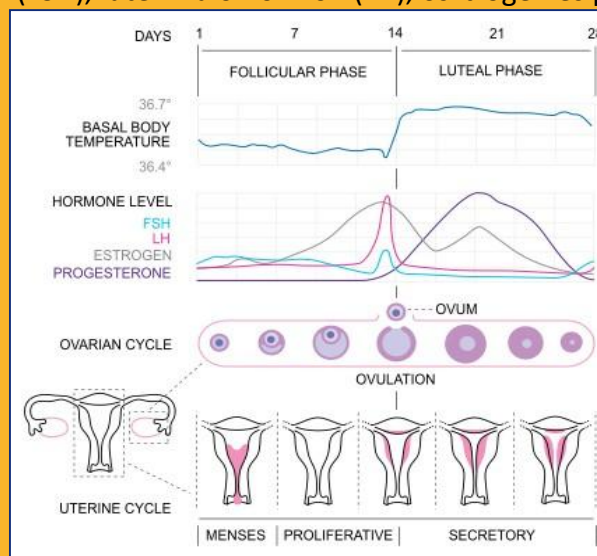
Dr. Gerard A.J. Dunselman	Maastricht University Medical Centre (Hollandia)
Dr. Christian Becker	Nuffield Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Oxford (Egyesült Királyság)
Prof. Dr. Carlos Calhaz – Jorge	Faculdade de Medicina de Lisboa (Portugália)
Prof. Thomas D'Hooghe	University Hospitals Gasthuisberg, University of Leuven (Belgium)
Dr. M. Oskari Heikinheimo	Helsinki University Central Hospital (Finnország)
Dr. Andrew W. Horne	MRC Centre for Reproductive Health – University of Edinburgh (Egyesült Királyság)
Prof. Dr. med. Ludwig Kiesel	University Hospital of Münster (Németország)
Dr. Annemiek Nap	Rijnstate Arnhem (Hollandia)
Dr. Willianne Nelen	Radboud University Nijmegen Medical Centre (Hollandia)
Dr. Andrew Prentice	University of Cambridge (Egyesült Királyság)
Dr. Ertan Saridogan	University College London Hospital (Egyesült Királyság)
Dr. David Soriano	Endometriosis Center - Sheba Medical Center, Tel-Hashomer (Izrael)
Bianca De Bie	Endometriose Stichting (Hollandia)
Dr. Nathalie Vermeulen	European Society for Human Reproduction and Embryology

Az ESHRE Irányelvek endometriózisban szenvedő nők kezeléséhez (orvosok részére) dokumentum az ESHRE honlapján (www.eshre.eu/guidelines) jelent meg. További információért vegye fel a kapcsolatot betegszervezetekkel vagy kérdezze meg orvosát.

1. rész: A menstruációs ciklus

Termékeny évei során egy nő teste minden hónapban két fázisban előkészül a terhességre. Az első fázisban a **petefészekben** található tüszőkben a petesejtek megérnek és felkészülnek a kiszabadulásra. Ezzel együtt tüszőben termelt hormonok (ösztrogének és progeszteron) hatására a méhben felépül az endometrium, kialakítva egy réteget, amelybe embrió ágyazódhat be. Az első fázis a petesejt **petefészekből** történő kiszabadulásával lezárul. Ha a petesejtet megtermékenyíti egy spermium, kifejlődhet az embrió és a beágyazódást követően kialakulhat a terhesség. Azon ciklusokban, amikor nem következik be terhesség, a méhben található réteg, az endometrium elkezd leszakadni – ez a menstruáció.

A menstruációs ciklus folyamatait hormonok szabályozzák, mint a tüszőérést serkentő hormon (FSH), luteinizáló hormon (LH), ösztrogén és progeszteron.



*A menstruációs ciklus Wikimedia Commons
(GNU Free Documentation License)*

Ha létrejön a **terhesség**, a hormonok alkalmazkodnak, így a méhben belüli réteg megmarad és az embrió táplálása biztosított.

Amikor a nő eléri a **menopauzát**, a szervezete nem termel ösztrogént és progeszteront, így emelkedik az FSH és az LH szintje. Nem következik be több ovuláció, a méh nyálkahártyája nem épül fel és elmarad a havi menstruáció. A menopauza hormonális változásainak hatásai közé tartoznak a hőhullámok és a hüvelyszárazság.

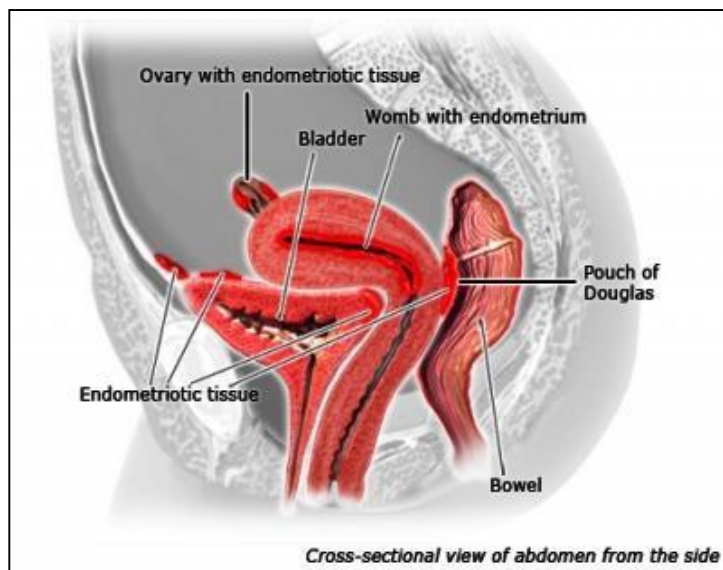
2. rész: Az endometriózisról

Becslések szerint a női népesség 2-10%-a szenved endometriózisban, a meddő nők esetében ez az arány akár 50%.

Az endometriózisban érintett nők többnyire súlyos panaszokkal és jelentősen rosszabb életminőséggel rendelkeznek, beleértve a szokásos tevékenységek visszafogását, valamint fájdalom/diszkomfort és szorongás/depresszió.

Mi az endometriózis?

Az endometriózis endometrium jellegű szövet jelenléte a méhen kívül (Kennedy és mtsai., 2005). Az endometriózis krónikus gyulladásos reakciót vált ki, fájdalmat és **adhéziókat** okozva. **Adhézió** alakul ki, amikor a hegszövet különálló képletek vagy szervek összenövését okozza. Az endometriózis aktivitása és az általa okozott panaszok eltérőek lehetnek a nő menstruációs ciklusától függően, ahogy a **hormonok** szintje változik. Ennek következtében a tünetek a ciklus bizonyos szakaszában erősebbek lehetnek, különösen a menstruáció előtt és alatt. Míg néhány nő súlyos kismencedei fájdalmat érez, mások nem tapasztalnak semmilyen tünetet vagy „sima menstruációs fájdalomnak” tekintik.



*Endometrikus szövet a hasüregben
NIH tájékoztató: Endometriózis (2011)*

Melyek az endometriózis tünetei?

Az endometriózis klasszikus tünetei:

- **Dysmenorrhea** vagy fájdalmas **menstruáció**
- Nem menstruációs eredetű kismedencei fájdalom vagy fájdalom nem a menstruáció időszakában.
- **Dyspareunia** vagy fájdalmas közösülés
- **Meddőség**
- Fáradékonyság
- Ciklikus bélpanaszok: időszakos puffadás, hasmenés vagy székrekedés
- Ciklikus **dyschezia**, fájdalmas vagy nehéz székletürítés.
- Ciklikus dysuria, fájdalmas vizeletürítés
- Ciklikus hematuria vagy véres vizelet
- Ciklikus rektális vérzés
- Ciklikus vállfájdalom
- Egyéb ciklikus tünet

A ciklikus tünetek olyan tünetek, amelyek a **menstruáció** előtt néhány nappal alakulnak ki, és a **menstruáció** befejeződése után néhány nappal elmúlnak, vagy olyan tünetek, amelyek csak a menstruáció alatt jelentkeznek. A tünetek újra jelentkeznek a következő hónapban, a menstruációs ciklust követve.

Ha ezek közül egy vagy több tünetet tapasztal és (súlyos) fájdalmat okoznak, keresse fel háziorvosát és egyeztessen vele az endometriózis lehetőségéről. A súlyos fájdalom úgy mérhető, hogy nem tudja ellátni napi teendőit (fájdalomcsillapító nélkül).

Ajánlás az irányelvekben:

A GDG ajánlása szerint a szakorvosnak meg kell fontolnia az endometriózis diagnózisát olyan nőgyógyászati panaszok megléte esetén, mint a dysmenorrhea, nem ciklikus kismedencei fájdalom, mély dyspareunia, infertilitás, fáradékonyság, a felsoroltak között bármelyik tünettől együtt. *(Good Practice Point)*

A GDG ajánlása szerint a szakorvosnak meg kell fontolnia az endometriózis diagnózisát nem nőgyógyászati ciklikus tünetekkel (dyschezia, dysuria, hematuria, végbélvérzés, vállfájás) rendelkező, reprodukív korban levő nők esetében. *(Good Practice Point)*

Gyakran jeleznek bizonyos tüneteket endometriózisban szenvedő nők, azonban nem egyértelmű, hogy ezeket valóban az endometriózis okozza.

A tünetek némelyike egyéb betegségek indikátora lehet vagy kezelés mellékhatása, de némelyik kapcsolatban állhat endometriózissal (habár ezeket még nem tanulmányozták klinikai vizsgálatok során).

- Erős menstruációs vérzés
- Migrén
- Vaginizmus
- Súlynövekedés
- Gombás fertőzések
- Inszomnia
- Szívritmuszavarok
- Alsó háti fájdalom
- Kisugárzó fájdalom
- Fájdalom ovuláció során
- Émelygés

Ha ezeket a tüneteket tapasztalja, jelezze orvosának.

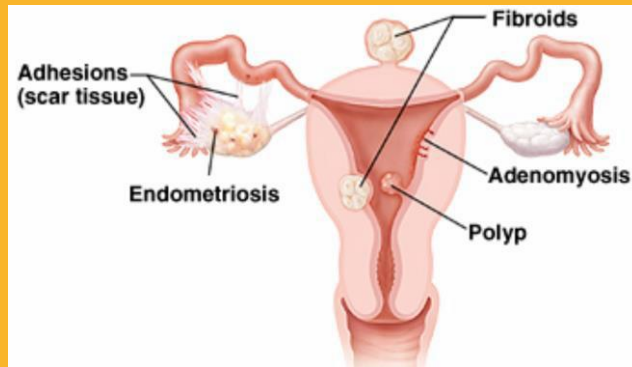
Mi okozza az endometriózist?

Az endometriózis oka ismeretlen. Különböző elméletek léteznek, azonban egyik sem nyert egyértelmű bizonyítást. A leginkább elfogadott elmélet szerint a problémát az úgynevezett retrográd **menstruáció** okozza. A **menstruáció** során az **endometrium** darabkái a petevezetékeken keresztül a hasüregbe jutnak, a hashártyához tapadnak és endometriózisos **léziókká** alakulnak. Az **ösztrogén hormon** kritikus szerepet játszik a folyamatban. Ennek következtében az endometriózis legtöbb jelenlegi kezelése az **ösztrogén** termelését próbálja csökkenteni a női szervezetben, hogy enyhítse a tüneteket.

Léteznek olyan elképzelések, hogy az endometriózis genetikai betegség, mivel bizonyos családokban több endometriózisban szenvedő nő fordul elő, mint másoknál. Egy másik elmélet szerint az endometriózis egy gyulladást kiváltó immunválasz.

Endometriózis, adenomyosis, méhmióma és polipok

Az adenomyosis, méhmióma és a méhpolipok mind okozhatnak az endometriózishoz hasonló tüneteket, mint a fájdalmas menstruáció, fájdalmas közösülés, kismedencei fájdalom, bélmozgásokat kísérő fájdalom.



Endometriózis, adenomyosis, méhmióma és polipok

Forrás: <http://www.fairview.org/healthlibrary/Article/85716>

Míg az endometriózisra az endometriumszerű szövet jelenléte jellemző a méhen **kívül**, az adenomyosis esetében az endometrium a méh **falában** található.

A méhmióma abnormális, jóindulatú (nem rákos) izomnövekedés a méh falában. A méhpolipok abnormális, a méh belső felszínéből kitüremkedő vékony szálhoz csatlakozó jóindulatú (nem rákos) kinövések.

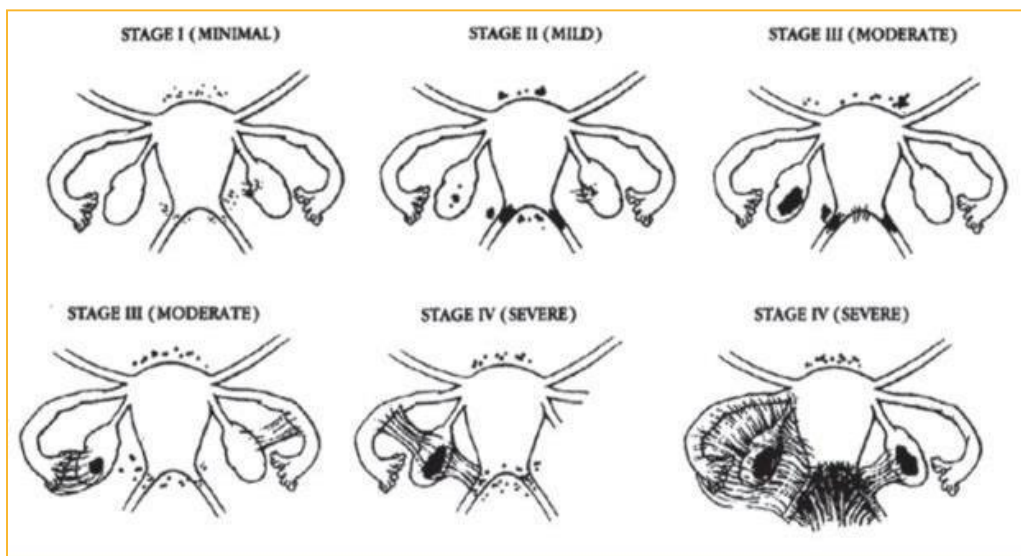
Hogyan osztályozható az endometriózis?

Az osztályozási rendszert az American Society of Reproductive Medicine (ASRM) dolgozta ki az endometriózis és az endometriózis következtében kialakult **adhéziók** osztályozására. A rendszert gyakran alkalmazzák nőgyógyászok is az endometriózis és az **adhéziók** osztályozására, amelyeket műtét során találnak. Habár a magasabb osztályzat általában a betegség súlyosabb stádiumára utal, az osztályozási rendszer sem a fájdalom erősségét, sem a műtét bonyolultságát nem jelzi előre. Az osztályozási rendszert eredetileg a meddőség mértékének becslésére dolgozták ki, ezért a petefészek megbetegedésére és az **adhéziókra** koncentrált. Ugyanolyan stádiumú betegeknél a betegség megnyilvánulása és típusa eltérő lehet. Továbbá a betegség bizonyos súlyos formáit nem tartalmazza a rendszer, például a belek, húgyhólyag és a rekeszizom invazív betegségét. Az ASRM osztályozási rendszere az endometriózis négy stádiumát különbözteti meg:

I. és II. stádium (minimális és enyhe): Felületes hashártyai endometriózis. Kisebb mély **léziók** jelenléte lehetséges. Nincs endometrióma. Enyhe vékony rétegű **adhéziók** lehetségesek.

III. és IV. stádium (mérsékelt és súlyos): A felületes hashártyai endometriózis, mélyen invazív endometriózis mérsékelttől kiterjedt méretű **adhéziókkal** a méh és a belek között, és/vagy **endometrióma** ciszták mérsékelttől kiterjedt méretű **adhéziókkal**, amelyek érintik a petefészkeket és a petevezetéseket.

A beteg számára a betegség stádiuma nem szükségszerűen jelzi a tüneteket vagy a tünetek optimális kezelési módját. Azonban a meglévő betegség altípusa(i) jó kiindulási pont lehet az optimális kezelési mód kiválasztásához.



Példák az endometriózis kiterjedésének és helyének sematikus besorolására. A Revised American Society for Reproductive Medicine Classification of Endometriosis (1996) alapján.

A besorolási rendszer mellett az endometriózis három altípusa különböztethető meg a helye alapján: felületes hashártyai endometriózis, cisztás petefészek-endometriózis (**endometrióma** vagy csokoládéciszta) és mélyen infiltráló endometriózis. A betegség különböző típusai egymással párhuzamosan is előfordulhatnak (azaz a beteg kismencedéjében a betegség több típusa is egyszerre jelen lehet).

Felületes hashártyai endometriózis: A legelterjedtebb típus a felületes hashártyai endometriózis. A **léziók** a hashártyára, a medenceüreget belülről borító vékony rétegre is kiterjednek. A **léziók** laposak és sekélyek, és nem hatolnak be a hashártya alatti területre.

Petefészek endometriózis-ciszta (petefészek-endometrióma): Az endometriózis ritkább eseteiben a petefészkekben alakulhat ki **endometrióma**. Az **endometrióma** olyan ciszta, amelynél a ciszta fala endometriózisos területeket tartalmaz. A cisztában alvadt vér található. A színük miatt ezeket a cisztákat „csokoládécisztáknak” is nevezik. Az **endometrióma** cisztával rendelkező nők többségénél felületes és/vagy mélyen infiltráló endometriózis is előfordul a kismedence más részein.

Mélyen infiltráló endometriózis: Végül az endometriózis legritkább altípusa a mélyen infiltráló endometriózis. Az endometriózis léziót mélynek nevezünk, ha a hashártya felszíne alatt több mint 5 mm mélyre behatol. Mivel a hashártya rendkívül vékony, a mély **léziók** mindig érintik a hashártya alatti területet (retroperitoneális tér).

A füzetben használt osztályozási rendszer:

A szakirodalom különféle osztályozási rendszereket alkalmaz, azonban az AFS és az ASRM osztályozási rendszere a legelterjedtebb, ezért az irányelveket kidolgozó csoport az AFS/ASRM stádiumainak használata mellett döntött az ajánlásokban.

A dokumentum magyarázó szövegében a „hashártyai endometriózis”, „petefészek-endometrióma” és mélyen infiltráló endometriózis” kifejezések szerepelnek.

Hogyan csökkenthető az endometriózis kialakulásának kockázata?

Az endometriózisban szenvedő nők hozzátartozói néha felteszik a kérdést az orvosoknak, hogyan akadályozható meg a betegség.

Tanulmányok vizsgálták, hogy az orális fogamzásgátló tablettá vagy a rendszeres testmozgás megakadályozhatja-e az endometriózis kialakulását, de nem tudtak egyértelmű ok-okozati összefüggést megállapítani. Ezért bizonytalan, hogy a kombinált orális fogamzásgátló tablettá vagy a rendszeres testmozgás megakadályozza-e az endometriózis kialakulását. Egyéb beavatkozásokat nem vizsgáltak.

Jelenleg nincsenek ismert módszerek az endometriózis kialakulási kockázatának csökkentésére.

Ajánlás az irányelvekben:

Bizonytalan az orális fogamzásgátlók hasznossága az endometriózis elsődleges prevenciójában (C szintű bizonyíték alapján).

Bizonytalan a fizikai testmozgás hasznossága az endometriózis elsődleges prevenciójában (C szintű bizonyíték alapján).

3. rész: Endometriózis serdülőkorban

Az endometriózis a reproduktív korú nők betegsége, amely a pubertás során az első menstruáció és a menopauza közé esik. Az 1980-as évek óta és a laparoszkópia bevezetésétől tekintik az endometriózist betegségnek, amely hatással lehet a serdülőkorú és fiatal nőkre, míg korábban úgy vélték, az endometriózis ritkán fordul elő serdülő lányoknál. Az utóbbi években a serdülőkori endometriózist a nőgyógyászat egyik kihívásának tekintik.

A téma közelmúltbeli áttekintése a következőkre mutatott rá:

- A serdülőkori endometriózis jellemző tünete az állandó krónikus kismencedei fájdalom, amely a gyógyszeres kezelés (hormonális fogamzásgátlók és/vagy fájdalomcsillapítók) ellenére is fennáll
- mélyen infiltráló endometriózissal rendelkező serdülőkori lányok menstruáció alatt többet hiányoztak iskolából, és gyakrabban, illetve hosszabb ideig szedtek orális fogamzásgátlót a súlyos elsődleges dysmenorrhea kezelésére. Súlyos gasztrointesztinális tünetek, többek között székrekedés, hasmenés, hányinger és hányás is előfordul serdülőkori endometriózis esetén.
- Az endometriózisban érintett felnőtt betegek mintegy 60%-ánál a tünetek 20. életévük betöltése előtt kezdődtek.
- A serdülőkori endometriózis megjelenése eltérő lehet a felnőttkori endometriózistól, a mély léziók előfordulása ritkábbnak tűnik.
- Nincs arról bizonyíték, hogy a serdülőkori endometriózis kezelése megakadályozza-e a betegség előrehaladását (később súlyosabb endometriózis)

A hiányos bizonyítékok és néha ellentmondó eredmények alapján nehéz biztonsággal bármilyen következtetésre jutni. Azonban a közelmúltban szerzett tapasztalatok azt mutatják, hogy az első menstruáció idején a krónikus kismencedei fájdalom korai megjelenése kockázati tényezőnek számít a súlyos endometriózis serdülőkori kialakulásában. Továbbá ha az endometriózis serdülőkorban jelenik meg, valószínűsíthető, hogy a betegség előrehalad, és kezelés hiányában a fájdalomon túl káros hatásai lesznek, többek között meddőség. Végül a krónikus kismencedei fájdalommal küzdő serdülőkori lányok többsége, akik nem reagálnak konvencionális kezelésekre, endometriózisban szenvednek. Mindezekből kifolyólag a betegség korai felismerése sokat számíthat előrehaladásának lelassításában vagy akár megakadályozásában.

Manapság több gyógyszeres és sebészeti lehetőség létezik az endometriózis kezelésére. Kezelhetetlen krónikus kismencedei fájdalom esetén serdülőkorban a korai minimál invazív beavatkozás (laparoszkópia) segíthet az endometriózis korai felismerésében és személyre szabott kezelésében. Jelenlegi ismereteink szerint ez a legjobb módja, hogy ilyen körülmények között irányt mutassunk és megvédjük a serdülőkori lányokat.

4. rész: Endometriózis a kismedencén kívül

Kialakulhat endometriózis a medenceüregen kívül?

Habár az endometriózis a menstruációs ciklussal kapcsolatban álló nőgyógyászati betegség, már találtak endometrióziót a test szinte bármely szövetében.

Az endometriózis hatással lehet a belekre, húgyhólyagra, vesére és a Douglas-üregre, különösen a mélyen infiltráló endometriózis.

Ritka esetekben az endometriózis megjelenhet a tüdőben, a mellkasban a rekeszizmon, **laparotómiás** (hasfali) hegben, a köldökben és a lágyékban. Az endometriózis okozhat tüneteket méheltávolításon átesett nőknél is.

A tünetek az endometrikus léziók helyétől függenek, de általában ciklikusak. A ciklikus vállfájdalom endometriózisra utalhat a rekeszizmon. A ciklikus duzzadást és esetenként a köldök vérzését okozhatja a köldöki endometriózis, és néha tévesen köldöksérvként diagnosztizálják. Ugyanez érvényes a lágyék ciklikus duzzadására, ahol lágyéksérvet diagnosztizálhatnak lágyéki endometriózis helyett. A ciklikusan jelentkező hólyagdiszfunkciót nem kellene automatikusan antibiotikummal kezelni, hanem endometriózis gyanújával kivizsgálni. Röviden, a menstruációs ciklus fázisaihoz köthető valamennyi tünet az endometriózis diagnózis lehetőségét veti fel.

A kismedencén kívüli endometriózis kezelése

A kismedencén kívüli endometriózishoz (extragenitális endometriózis) köthető fájdalom kezelési lehetőségei nagyban függenek az endometriózis helyétől. Ha lehetséges, az orvos megfontolhatja a sebészi beavatkozás lehetőségét. Ha a sebészi beavatkozás nehézségekbe ütközik, gyógyszeres kezelést javasolhat.

Ajánlás az irányelvekben:

A szakorvos megfontolhatja a tüneti extragenitális endometriózis sebészi eltávolítását a tünetek enyhítésére (*D szintű bizonyíték alapján*).

Ha a sebészi kezelés nehézségekbe ütközik vagy nem lehetséges, a szakorvos megfontolhatja a tüneti extragenitális endometriózis gyógyszeres kezelését a tünetek enyhítésére (*D szintű bizonyíték alapján*).

5. rész: Az endometriózis diagnosztizálása

Mivel az endometriózis tünetei nem sajátosak, az endometriózis diagnózisa nem alapozható kizárólag a tünetekre. Azonban a tünetek alapján az orvos vizsgálatokat kezdhet az endometriózis diagnózis lehetőségéről.

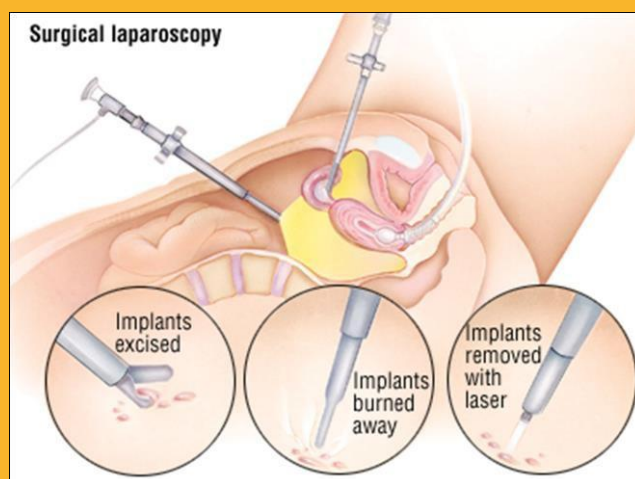
Szükséges klinikai vizsgálat?

A tünetek mellett a klinikai vizsgálat további információval szolgálhat az orvos számára. Azonban kevés tudományos bizonyíték létezik bizonyos klinikai jelek értékéről az endometriózis diagnosztizálásában.

A klinikai vaginális vizsgálat során az orvos érzékeny területeket, csomókat vagy duzzanatot keres a vaginafalban, különösen a vagina legmélyebb pontján, a méh hátsó része és a belek között, tükrözés vagy ujjakkal történő tapintás segítségével. Mélyen infiltráló endometriózisban vagy petefészek-endometriózisban szenvedő nők esetében a klinikai vizsgálat jelentős mennyiségű információt szolgáltat a megfelelő diagnózis felállításához, míg a hashártyát érintő betegség esetén a klinikai vizsgálat során legtöbbször nem találni semmilyen problémát.

Mi a laparoszkópia?

A laparoszkópia egy sebészeti módszer. A sebész két-három kisebb metszést ejt a hasfalon a köldök közelében, amelyen keresztül a hasüregbe vezeti a laparoszkópot a kamerával. A kamerán keresztül a sebész látja a kismedencében elhelyezkedő szerveket, és meg tudja állapítani, hogy van-e endometriózisa a betegnek. Amennyiben endometriózis elváltozást lát, apró szövetdarabot vesz ki a laboratóriumi vizsgálathoz (hisztológiához).



Laparoszkópia

Krames információs füzet az endometriózisról

Hagyományosan a hisztológiai vizsgálattal összekötött laparoszkópia számít az endometriózis minden kétséget kizáró diagnosztizálásának. Azonban nincsenek kutatási eredmények arra vonatkozólag, hogy a pozitív laparoszkópia (amikor az orvos a laparoszkópia során látja a léziókat) valóban az endometriózis jelenlétét igazolja. Az irányelveket kidolgozó csoport azt javasolja, hogy az orvos laparoszkópia során lehetőség szerint vegyen kisebb szövetmintát hisztológiai vizsgálat céljából. Ha tapasztalt orvos hajtja végre a laparoszkópiás beavatkozást és nem azonosít endometriózist, valószínű, hogy a betegnek nincs endometriózisa.

Szükséges a laparoszkópiás beavatkozás a végleges diagnózishoz?

Akkor beszélhetünk az endometriózis **végleges diagnózisáról**, ha az orvos **laparoszkópia** során látta az endometriózt, illetve a hisztológiai biopszia igazolta.

A **végleges diagnózishoz laparoszkópia** szükséges. Azonban ha a tünetek, klinikai vizsgálatok és a hüvelyi ultrahang alapján az orvos endometriózisra gyanakszik, a végleges diagnózis megállapítása nélkül a tünetek enyhítésére elsőként javasolhat gyógyszeres kezelést. A gyógyszeres kezelés jelenthet fájdalomcsillapítókat, hormonális fogamzásgátlókat vagy progesztagéneket. Ha ezek a kezelések sikeresen enyhítik a fájdalmat, a beteg dönthet úgy, hogy nem veti magát alá laparoszkópiás beavatkozásnak. Amennyiben a kezelések nem segítenek, dönthet a laparoszkópia mellett.

Emellett ha az orvos mélyen infiltráló endometriózisra gyanakszik, gyógyszeres kezelést javasolhat és endometriózis centrumba küldheti a beteget további diagnózisa és/vagy sebészi beavatkozásra.

Ajánlás az irányelvekben:

A GDG javaslata szerint a szakorvos laparoszkópia segítségével állapítja meg az endometriózis diagnózisát, habár hiányosak a bizonyítékok arra nézve, hogy a pozitív laparoszkópia *hisztológia nélkül* bizonyítja-e a betegség jelenlétét. *(Good Practice Point)*

A GDG szerint a szakorvosnak javasolt a pozitív laparoszkópia megerősítése hisztológiával, mivel a pozitív hisztológia megerősíti az endometriózis diagnózisát, annak ellenére, hogy a negatív hisztológia sem zárja ki azt. *(Good Practice Point)*

A GDG ajánlása szerint a petefészek-endometrióma és/vagy mélyen infiltráló endometriózis miatt végzett sebészi beavatkozás során szakorvos szövetszövetmintát vesz hisztológia céljából, hogy kizárja a malignitás ritka eseteit. *(Good Practice Point)*

Használható ultrahang, MRI, CT vagy CA-125 az endometriózis diagnosztizálására?

Szakorvosok és kutatók keresik az endometriózis diagnosztizálásához használható nem invazív technikákat, amelyek minimális fájdalommal vagy diszkomforttal járnak a beteg számára.

A vizsgált módszerek az **ultrahang**, MRI, CT, 3D ultrahang és a biomarkerek, mint a CA-125. A módszerek némelyikét jelenleg is alkalmazzák endometriózis gyanúja esetén, mivel támpontot nyújthatnak a diagnózis felállításában vagy a betegség kiterjedésének felbecsülésében.

Hüvelyi **ultrahang** segítségével a petefészek-endometriózis és a mélyen infiltráló endometriózis diagnosztizálható. Az utóbbi diagnózisának felállítása nem egyszerű, nagy tapasztalat szükséges hozzá. A 3D ultrahang és az MRI nem minden esetben alkalmas az endometriózis diagnosztizálására. Azonban ha megállapították a mélyen infiltráló endometriózis jelenlétét, az MRI használható a betegség kiterjedésének vizsgálatára.

Bizonyos betegségek biomarkerek azonosításával, egyszerű vérvizsgálat keretében felderíthetőek. A biomarkerek a vér- vagy vizeletmintában található molekulák, amelyek laboratóriumi vizsgálat segítségével kimutathatóak. A kutatók az endometriumszövetet, a menstruációs és méhváladékot, plazmát, vizeletet vagy szérumot vizsgálták, hogy endometriózisra jellemző biomarkereket (például CA-125) azonosítsanak. Mindezidáig nincs bizonyíték arra, hogy az endometriózis diagnosztizálható biomarkerekkel. Ezért az irányelveket kidolgozó csoport nem javasolja a biomarkerek alkalmazását az endometriózis diagnosztizálásához.

Ajánlás az irányelvekben:

Bélandometriózis tüneteivel vagy jeleivel rendelkező nők esetében a hüvelyi ultrahangvizsgálat használható lehet a bélandometriózis megállapításához vagy kizárásához *(A szintű bizonyíték alapján)*.

A szakorvosnak tanácsos hüvelyi ultrahangvizsgálatot végezni a petefészek endometrióma diagnosztizálásához vagy kizárásához *(A szintű bizonyíték alapján)*.

A szakorvosnak tisztában kell lennie azzal, hogy a 3D ultrahangvizsgálat használhatósága rectovaginális endometriózis diagnosztizálására nem kellőképpen bizonyított *(D szintű bizonyíték alapján)*.

A szakorvosnak tisztában kell lennie azzal, hogy a mágneses rezonanciás képalkotás (MRI) használhatósága hashártyai endometriózis diagnosztizálására nem kellőképpen bizonyított *(D szintű bizonyíték alapján)*.

Nem javasolt a biomarkerek használata az endometriumszövetben, menstruációs vagy méhváladékban, illetve az immunológiai biomarker, beleértve a CA-125 biomarker, használata plazmában, vizeletben vagy szérumban az endometriózis diagnosztizálása céljából *(A szintű bizonyíték alapján)*.

Mélyen infiltráló endometriózisban szenvedő nőknél előfordulhatnak **léziók** más szervekben és/vagy súlyos **adhéziók**. Mélyen infiltráló endometriózis gyanúja esetén az orvos elvégezhet báriumos beöntéses tesztet, **ultrahang** és/vagy MRI vizsgálatot a súlyosság megállapítására, mielőtt a **végleges diagnózis** céljából **laparoszkópiát** alkalmaz vagy gyógyszeres kezelést indít.

Ajánlás az irányelvekben:

A GDG javasolja további kezelések előkészítéséhez a húgyvezeték, húgyhólyag és a belek érintettségének kivizsgálását képalkotó módszerek segítségével, ha kórtörténet vagy fizikai vizsgálat alapján fennáll a mélyen infiltráló endometriózis gyanúja. *(Good Practice Point)*

6. rész: Az endometriózis okozta fájdalom kezelése

Az endometriózis krónikus betegség. Ebben az értelemben az endometriózisnak nincs gyógymódja, de a megfelelő kezeléssel a tünetek enyhíthetők. A megfelelő kezelés megtalálásához kulcsfontosságú a kommunikáció. Vitassa meg a lehetőségeket orvosával és tegyen fel minden erre vonatkozó kérdést. Orvosa elmagyarázza a különböző lehetőségeket és válaszol kérdéseire.

Endometriózisban szenvedő nőknél jellemzően fájdalom, **termékenység zavar** vagy mindkettő jelentkezik. Az endometriózis kezelése az endometriózis eredetű fájdalom enyhítésére vagy megszüntetésére, vagy a fertilitás javítására törekszik, hogy a betegnél természetes módon vagy meddőségi kezelés során terhesség alakuljon ki. Az endometriózis kezelésére az orvos gyógyszeres kezelést írhat elő vagy sebészeti beavatkozást javasolhat. A továbbiakban mindkettőt részletesen magyarázzuk.

Betegtől függően a kezelés eltérő lehet. Az orvos több szempontot vesz figyelembe a gyógyszeres kezelés előírásakor vagy sebészi beavatkozást javaslása esetén. A szempont lehet:

- A nő preferenciája
- A betegség típusa (hashártyai betegség, petefészekciszta vagy mélyen infiltráló endometriózis)
- A fájdalomtünetek súlyossága és típusa
- A nő vágya, hogy azonnal vagy a későbbiek folyamán terhes legyen
- Bizonyos kezelések költségei és mellékhatásai
- A nő életkora
- A korábban kapott kezelések
- Az orvosi (ország, klinika) gyakorlat

Azaz elképzelhető, hogy két endometriózisban szenvedő nő eltérő kezelést kap, vagy akár egyikük preferenciái, életkora, teherbeesési vágya alapján idővel más kezelésben részesül.

Nem szabad elfelejteni, hogy a gyógyszeres kezelés csak abban az esetben működik, ha előírászerűen alkalmazzák. A kezelés abbahagyása gyakran a tünetek ismételt megjelenését okozza.

A következő részben a gyógyszeres és a sebészeti beavatkozási lehetőségek részletezése található.

Milyen gyógyszeres kezelés alkalmazható az endometriózis végleges diagnózisa előtt?

Ha az orvos endometriózissal kapcsolatos fájdalomra gyanakszik, a beteg és az orvos dönthet úgy, hogy (laparoszkópiával megállapított) **végleges diagnózis** felállítása nélkül kezelik a fájdalmat, mintha az endometriózis lenne. Ezt empirikus kezelésnek vagy végleges diagnózis nélküli kezelésnek nevezik.

Ha a fájdalmas tünetek gyaníthatóan endometriózissal állnak összefüggésben, az empirikus kezelés történhet fájdalomcsillapítóval, hormonális fogamzásgátlókkal vagy progesztagénnel.

Mivel a GnRH analógok jelentős mellékhatásokkal járnak és rendkívül drágák, érdemes az orvosnak és betegnek megfontolnia más gyógyszer használatát az empirikus kezeléshez.

Ajánlás az irányelvekben:

A GDG ajánlása szerint a szakorvos egyeztessen részletesen a feltehetően endometriózishoz köthető fájdalmakban szenvedő nővel a megfelelő fájdalomcsillapítót, kombinált hormonális fogamzásgátlókat vagy progesztagént alkalmazó empirikus kezelésről. *(Good Practice Point)*

Szedhetek fájdalomcsillapítót az endometriózis okozta fájdalomra?

Fájdalomcsillapítók, mint a nemszteroid gyulladáscsökkentő gyógyszerek (NSAID), olyan gyógyszeres terápiák, amelyek befolyásolják, hogy a szervezet hogyan érzékel fájdalmat. Ezek a terápiák nem kifejezetten az endometriózissal összefüggő fájdalomra lettek kidolgozva és nem módosítják a betegség hatásmechanizmusát a testben, ahogy a hormonkezelések. A fájdalomcsillapítók kevés mellékhatást okoznak, olcsók, könnyen hozzáférhetőek és széleskörűen használják őket, azonban kevés tanulmány vizsgálta, hogy valóban csökkentik-e az endometriózissal összefüggő fájdalmat. Az NSAID-ok hosszú távú használata a gyomrot érintő mellékhatásokkal köthető össze, ezért javasolt a gyomor védelme.

Mindazonáltal az irányelveket kidolgozó csoport klinikai gyakorlat alapján javasolja a szakorvosoknak az NSAID-ok vagy egyéb fájdalomcsillapítók megfontolását az endometriózissal összefüggő fájdalom enyhítésére.

Ajánlás az irányelvekben:

A GDG javasolja a szakorvosoknak az NSAID-ok vagy egyéb fájdalomcsillapítók megfontolását az endometriózissal összefüggő fájdalom enyhítésére. *(Good Practice Point)*

Milyen hormonkezelési lehetőségek állnak rendelkezésre a fájdalom csillapítására?

Az endometriózis gyógyszeres kezelése hormonkezelést vagy fájdalomcsillapítók használatát foglalja magába.

Klinikai alkalmazásban a következő hormonkezelések állnak rendelkezésre:

- hormonális fogamzásgátlók (ciklikus vagy folyamatos használat)
- progesztagének (orálisan vagy méhen belüli eszközben)
- anti-progesztagének
- GnRH agonisták
- aromatáz inhibitorok

Az endometriózis gyógyszeres kezelése a fájdalom megszüntetésére irányul. A meddőség kezelésére nem írható elő gyógyszeres terápia.

Általánosságban az orvosi kezelések segíthetnek az endometriózisban szenvedő nők fájdalmas tüneteinek enyhítésében. A panaszoktól, a kezelés hatásosságától és mellékhatásaitól, valamint a beteg preferenciájától függ, melyik típus a legmegfelelőbb az adott betegnek.

További tényező bizonyos kezelések költsége és elérhetősége. Európa bizonyos országaiban egyes kezelések nem elérhetőek, nagyon drágák vagy nincs rajtuk támogatás. Ez is befolyásolhatja a kezelés megválasztását.

Ajánlás az irányelvekben:

Lehetőségként a hormonkezelés (hormonális fogamzásgátlók, progesztagének, anti-progesztagének vagy GnRH agonisták) előírása javasolt, mivel csökkenti az endometriózissal összefüggő fájdalmat (A és B szintű bizonyíték alapján).

A GDG javaslata szerint figyelembe kell venni a beteg preferenciáit, a mellékhatásokat, hatásosságot, költségeket és elérhetőséget a hormonkezelés választásakor az endometriózissal összefüggő fájdalom kezelésére. (Good Practice Point)

Hogyan működik a hormonkezelés?

Az endometriózis az ösztrogének aktivitásától függő és a női menstruációs ciklussal kapcsolatban álló probléma.

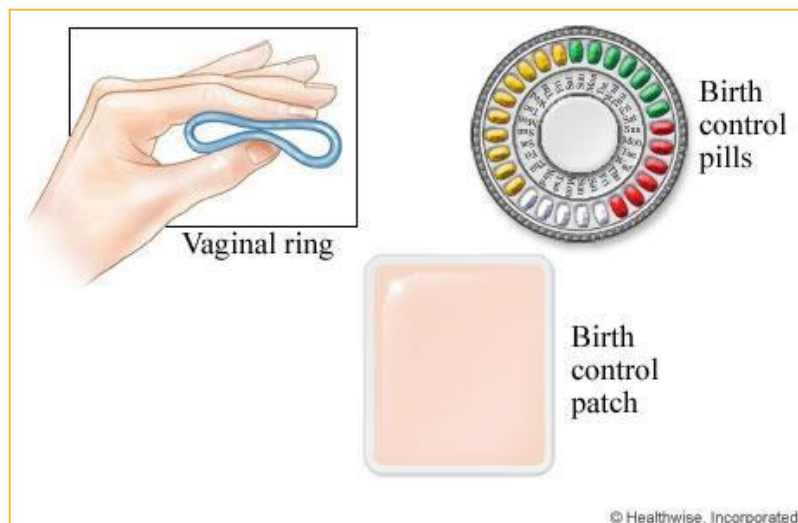
Az endometriózisban szenvedő nők fájdalmas tüneteire előírt hormonkezelés célja az ösztrogénszint csökkentése. Nem szabad elfelejteni, hogy a hormonkezelés nem gyógyítja az endometriózist. A hormonkezelés elnyomja a betegség aktivitását, így a fájdalmas tüneteket is. A kezeléssel való felhagyást követően azonban a tünetek jellemzően visszatérnek. Nincsenek ismereteink arra nézve, hogy mely betegeknél újulhatnak ki a fájdalmas tünetek.

Hormonális fogamzásgátlók

A hormonális fogamzásgátlókat széleskörűen alkalmazzák fogamzásgátlásra és általánosan elfogadottak. Alacsony dózisban tartalmaznak női nemi **hormonokat** (**ösztrogént** és **progeszteront**). Az endometriózissal összefüggő fájdalmat úgy csökkentik, hogy leállítják a tüszőnövekedést, így csökkentik az ösztrogén termelését és koncentrációját. Az alacsony ösztrogénszint megállítja az **endometrium** növekedését a méhen belül és kívül, így szünetelteti az endometriózist. A tablettában található **progeszteron** közvetlenül csökkenti az **endometrium** aktivitását.

A mellékhatások korlátozott mennyiségűek és a hormonális fogamzásgátlók nem drágák. Az orvos különböző típusú hormonális fogamzásgátlót írhat elő:

- orális fogamzásgátló tablettát (tablettamentes hét beiktatásával vagy anélkül),
- vaginális fogamzásgátló gyűrűt vagy
- transzdermális tapaszt.



Lehetőségek a hormonális fogamzásgátlók helyett

Ajánlás az irányelvekben:

Javasolt a kombinált hormonális fogamzásgátló előírása, mivel csökkenti az endometriózissal összefüggő dyspareuniát, dysmenorrhéát és nem menstruációs fájdalmat (*B szintű bizonyíték alapján*).

A szakorvos megfontolhatja a kombinált orális fogamzásgátló tabletták alkalmazását endometriózissal összefüggő dysmenorrhea esetén (*C szintű bizonyíték alapján*).

A szakorvos megfontolhatja a vaginális fogamzásgátló gyűrű vagy a transzdermális (ösztrogén/progesztin) tapasz használatát az endometriózissal összefüggő dysmenorrhea, dyspareunia és krónikus kismenedencei fájdalom esetén (*C szintű bizonyíték alapján*).

Progesztagének és anti-progesztagének

A progesztagének más formában is alkalmazhatóak: orálisan, háromhavi injekcióként vagy levonorgesztrel-kibocsátó méhen belüli rendszerrel (spirál). A medroxi-progeszteron-acetát (MPA), dienogeszt vagy ciproteron-acetát a progesztagének különféle típusai. A progesztagének fogamzásgátlóként is alkalmazhatóak, azonban csak **progeszteront** tartalmaznak, ösztrogént nem. Az anti-progesztagének (gesztrinton) hatásmechanizmusa hasonló. A progesztagének viszonylag kevésbé költségesek.

A különböző típusú progesztagének és anti-progesztagének eltérő mellékhatásokat okoznak. Az orvosnak ajánlatos a mellékhatások figyelembe vétele és a beteggel történő megvitatása a gyógyszer típus előírásakor. A betegnek javasolt valamennyi mellékhatásról tájékoztatni orvosát és megvitatni vele a lehetőségeket.

A levonorgesztrel-kibocsátó intrauterin rendszer egy kisméretű eszköz, amely a méhbe helyezve alacsony szintű **progeszteront** bocsát ki. A levonorgesztrel-kibocsátó intrauterin rendszert gyakran alkalmazzák fogamzásgátlásra, kevés mellékhatása és felhasználóbarát jellege miatt. Az endometriózisban érintett nők esetében a levonorgesztrel-kibocsátó intrauterin rendszer egy lehetséges megoldás a fájdalmas tünetek enyhítésére.



Levonorgesztrel-kibocsátó intrauterin rendszer
<http://m.mirena.com/>

Ajánlás az irányelvekben:

Progesztagének (medroxiprogesteron-acetát orálisan vagy depot, dienogeszt, ciproteron-acetát, noretiszteron-acetát) vagy anti-progesztagének (gesztrinton) alkalmazása javasolt az endometriózissal összefüggő fájdalom enyhítésének egyik lehetőségként *(A szintű bizonyíték alapján)*.

A GDG javaslata szerint a szakorvosoknak figyelembe kell venni a progesztagének és anti-progesztagének különféle mellékhatás-profiljait a fenti gyógyszerek előírásakor, különös tekintettel a visszafordíthatatlan mellékhatásokra (pl. trombózis, androgén mellékhatások) *(Good Practice Point)*.

Az endometriózissal összefüggő fájdalom enyhítésére egyik lehetőségként javasolt a levonorgesztrel-kibocsátó intrauterin rendszer előírása *(B szintű bizonyíték alapján)*.

GnRH agonisták

A GnRH agonisták hatására az **ösztrogén** szintje rendkívül alacsony lesz, mivel teljes mértékben leállítják a tüszőnövekedést a **petefészekben**. A GnRH agonistákat lehet intranazálisan vagy szubkután injekció formájában alkalmazni egy vagy három-hat hónapig. A legelterjedtebb GnRH agonisták például a nafarelin, leuprolid, buserelin, goserelin és triptorelin. A GnRH agonisták több mellékhatást okoznak, mint az orális fogamzásgátlók és a progesztagének, illetve jóval költségesebbek.

A GnRH agonisták mellékhatásai az alacsony ösztrogénszinttel állnak kapcsolatban, hasonlítanak a menopauzális állapothoz. A hőhullámok és éjszakai izzadás, a hüvelyi szárazság és az ehhez kapcsolódó fájdalom közönséges során, valamint a mentális egészségre gyakorolt hatás, egészen a depresszióig, úgynevezett hypoösztrogén tünetek. A GnRH agonisták hosszú távon csonttrikulást is okozhatnak. A tünetek enyhítésére a szakorvosnak javasolt ún. hormonális **visszaadagolás (add-back)** terápiát előírni a GnRH agonisták alkalmazásának kezdetével egyidőben. A hormonális visszaadagolás keretében ösztrogének és **progeszteron** kombinációját (orális fogamzásgátlók) kapja a beteg. A visszaadagolás terápia megszünteti a GnRH agonista-kezelés mellékhatásait, miközben azonban fenntartja hatását. Serdülőkorban és 23. életévüket be nem töltött fiatal nők esetében a GnRH agonisták alkalmazása nem javasolt, mivel még nem érték el az ideális csontsűrűséget.

Ajánlás az irányelvekben:

Az endometriózissal összefüggő fájdalom enyhítésére egyik lehetőségként GnRH agonisták (nafarelin, leuprolid, buserelin, goserelin vagy triptorelin) alkalmazása javasolt, habár korlátozott mennyiségű bizonyíték áll rendelkezésre az adagolásról vagy a kezelés időtartamáról *(A szintű bizonyíték alapján)*.

A kezelés során hormonális visszaadagolás (add-back) terápia javasolt a GnRH agonista-terápia kezdetével egyidőben a csontállomány ritkulásának és a hypoösztrogén tünetek előfordulásának megakadályozása érdekében. Nem ismert, hogy csökkentené a fájdalomcsillapító kezelés hatását *(A szintű bizonyíték alapján)*.

A GDG ajánlása értelmében a szakorvosnak alaposan meg kell fontolnia a GnRH agonisták alkalmazását fiatal nők és serdülőkori lányok esetében, mivel csontállományuk még nem érték el a maximum sűrűséget *(Good Practice Point)*.

Aromatáz inhibitorok

Az aromatáz inhibitorok blokkolják azt az enzimet (aromatázt), amely az ösztrogén termeléséhez szükséges a test különböző sejtjeiben. Ennek hatása a rendkívül alacsony az **ösztrogén** szintje. Ezeket a gyógyszereket korábban más betegségek esetén alkalmazták, és csak a közelmúltban kezdték az endometriózis kezelésére használni, így még nem állnak róluk rendelkezésre kutatási eredmények.

A mellékhatások (hüvelyi szárazság, hóhullámok, csökkent csont ásványianyag-sűrűség) miatt az aromatáz inhibitorokat csak olyan súlyos fájdalomban szenvedő nők számára szabad előírni, akik már valamennyi gyógyszeres és sebészi kezelés lehetőségét próbálták.

Az aromatáz inhibitorok néhány európai országban nem kaphatók.

Ajánlás az irányelvekben:

Rectovaginális endometriózisban szenvedő nők esetében, akik más gyógyszeres és sebészeti kezelésekre nem reagálnak, a szakorvos megfontolhatja az aromatáz inhibitorok előírását orális fogamzásgátlóval, progesztagénnel vagy GnRH analógokkal kombinálva, mivel csökkentik az endometriózissal összefüggő fájdalmat (*B szintű bizonyíték alapján*).

Milyen mellékhatásai vannak a hormonkezelésnek?

Mivel az endometriózissal összefüggő fájdalom kezelésének célja az ösztrogénszint csökkentése, a mellékhatások az alacsony ösztrogénszinthez köthetők. Emellett a mellékhatások az alacsony ösztrogénszint eléréséhez alkalmazott gyógyszerekkel függenek össze.

A mellékhatások ezért vagy az alacsony ösztrogénhez (hormonális fogamzásgátlás, GnRH analógok), vagy progeszteronhoz (hormonális fogamzásgátlás, progesztagének) kapcsolódnak.

Az endometriózissal összefüggő fájdalom hormonkezelésének mellékhatásai például a fejfájás, akné, súlygyarapodás, hüvelyváladékozás vagy -szárazság, fáradékonyság és hóhullámok.

De a mellékhatások rendkívül eltérőek lehetnek kezelések és betegek között. Ennek következményeként adott kezelés jó választás lehet az egyik nőnek, de súlyos mellékhatásokat okozhat a másíknál. **Az orvosnak egyeztetnie kell a mellékhatásokat a beteggel, mielőtt hormonkezelést ír elő.**

Lehetséges a fájdalom enyhítése sebési beavatkozással?

Az endometriózis sebési kezelése a hashártyai endometriózis/endometrióma/mélyen infiltráló endometriózis eltávolítására és az **adhéziók** szétválasztására koncentrál.

Korábban nyílt sebési beavatkozást vagy laparotómiát alkalmaztak rutinszerűen. Manapság a **laparoszópia** az elterjedt és preferált módszer, mivel általában kevesebb fájdalommal jár, rövidebb kórházi tartózkodás szükséges, gyorsabb a felépülés és kisebb a műtéti heg. Azonban a **laparotómia** és a **laparoszópia** egyaránt hatékony az endometriózis fájdalmas tüneteinek kezelésére.

Ezért a szakorvosnak meg kell fontolnia a sebési beavatkozást (az endometrikus **léziók** eltávolítását), amikor a diagnosztikus **laparoszópia** során endometrikus **léziókat** lát.

Mélyen infiltráló endometriózis gyanúja esetén tanácsos, hogy az orvos endometriózis centrumba küldje a beteget, mivel az ilyen esetekben szükséges sebési beavatkozás bonyolult lehet.

Ajánlás az irányelvekben:

Ha laparoszópia során endometrióziót azonosítanak, a sebési kezelés javasolt, mivel hatásos az endometriózissal összefüggő fájdalom csökkentésében, azaz a megtekintéssel együtt kezelés is történik *(A szintű bizonyíték alapján)*.

Javasolt a mélyen infiltráló endometriózis sebési eltávolítása, mivel csökkenti az endometriózissal összefüggő fájdalmat és javítja az életminőséget *(B szintű bizonyíték alapján)*.

A GDG javaslata, hogy a szakorvos gyanított vagy diagnosztizált mélyen infiltráló endometriózis esetén küldje endometriózis centrumba a beteget, amely az összes elérhető kezelést multidiszciplináris környezetben tudja nyújtani. *(Good Practice Point)*

Hiszterektómia

Amennyiben egy nő nem kíván vagy nem kíván több gyermeket vállalni és az előzetes kezelés nem segített, megfontolandó a petefészkek eltávolítása a méh eltávolításával (hiszterektómia) vagy anélkül. Azonban a petefészkek eltávolítása radikális megoldás, mivel úgynevezett sebészetileg előidézett menopauzát okoz, az arra jellemző fent leírt mellékhatásokkal. Fontos tudni, hogy a hiszterektómia önmagában nem mindig oldja meg a problémát, mivel az esetek többségében marad endometriózis a retroperitoneális (hashártya mögötti) térben, így a fájdalmas tünetek fennmaradnak.

Ajánlás az irányelvekben:

A GDG javaslata szerint a szakorvos megfontolhatja a hiszterektómiát, a petefészkek és valamennyi látható endometrikus lézió eltávolítását olyan nő esetében, aki nem kíván vagy nem kíván több gyermeket vállalni és nem reagál a konzervatívabb kezelésekre. A nőket tájékoztatni kell, hogy a hiszterektómia nem szükségszerűen gyógyítja a tüneteket vagy a betegséget. *(Good Practice Point)*

Gyógyszeres kezelés sebészi beavatkozás előtt vagy után

A témát ellentmondás övezi.

Az irányelveket összeállító csoport a beavatkozás előtt nem javasol hormonkezelést a beavatkozás eredményeinek javítására. Természetesen számos nő részesül hormonkezelésben a beavatkozás előtt a fájdalom miatt. A beavatkozást követően orális fogamzásgátló tabletta vagy levonorgesztrel-kibocsátó intrauterin rendszer alkalmazásával megakadályozható a fájdalom kiújulása.

Ajánlás az irányelvekben:

Nem javasolt, hogy a szakorvos preoperatív hormonkezelést írjon elő a fájdalom miatt végzett beavatkozás eredményessége érdekében az endometriózisban szenvedő nők részére *(A szintű bizonyíték alapján)*.

A petefészkek-endometrióma következtében végzett cisztektómiát követően a szakorvos javasolhat hormonális fogamzásgátlókat az endometrióma másodlagos prevenciójaként olyan nők számára, akik nem kívánnak azonnal teherbe esni *(A szintű bizonyíték alapján)*.

Endometriózissal operált nők esetében javasolt, hogy a szakorvosuk levonorgesztrel-kibocsátó intrauterin rendszer (LNG-IUS) vagy kombinált hormonális fogamzásgátló posztoperatív használatát írja elő legalább 18–24 hónapra az endometriózishoz köthető dysmenorrhea másodlagos kezeléseként, de semmiképp a nem menstruációhoz köthető kismencedei fájdalom vagy dyspareunia enyhítésére *(A szintű bizonyíték alapján)*.

7. rész: Endometriózis és meddőség

Az endometriózis miatt vagyok meddő?

Valószínűleg nem, mivel nem minden endometriózissal diagnosztizált nő meddő. Orvosi értelemben **infertilitás** áll fenn, ha 1 éven belül nem jön létre terhesség rendszeres közösüléssel. Becslések szerint az endometriózisban szenvedő nők 60-70%-a termékeny, képes a spontán teherbeesésre, lehet gyermeke. Ezért érdemes azon nőknek, akik el akarják kerülni a terhességet, orvosukkal egyeztetni a fogamzásgátlás lehetőségeiről.

Az endometriózissal és **termékenységi zavarral** küzdő nők bizonyos aránya akaratlanul marad gyermektelen, azonban számukról nem áll rendelkezésre pontos adat. A **termékenységi zavarral** küzdő nők bizonyos százalékának sikerül teherbe esnie, de csak orvosi segítséggel, sebészi beavatkozás vagy **orvosilag asszisztált reprodukció (IUI vagy IVF** következtében). Nincs rá bizonyíték, hogy a hormonkezelés vagy az alternatív kezelés javítja az endometriózisban szenvedő nők spontán teherbeesésének esélyét.

Nincsen legjobb megoldás endometriózisban érintett nők teherbeesésének segítésére. A betegség típusa, az orvos és a beteg preferenciája alapján kell eldönteni, hogy a sebészi kezelést vagy orvosilag asszisztált reprodukciós eljárást választják.

Továbbá nincs arra bizonyíték, hogy endometriózisban érintett nők esetében magasabb a terhesség alatti komplikációk (születési rendellenességek, vetélés) kockázata. Azonban mindenképpen szükséges az orvos vagy szülésznő tájékoztatása az endometriózis diagnózisról.

Lehetséges a terhesség esélyének növelése sebészi beavatkozással?

Tanulmányok kimutatták, hogy a sebészi beavatkozás (az endometrikus **léziók** eltávolításával) javíthatja a spontán terhesség esélyét hashártyai endometriózisban érintett nők esetében.

Petefészek endometriómával rendelkező nők esetében a sebészi beavatkozás az egyik lehetőség a spontán teherbeesés esélyének javítására. Azonban petefészek **endometrióma** esetén a sebészi beavatkozás a **petefészek** sérülését eredményezheti. Az orvosnak egyeztetnie kell a beteggel a kockázatokról.

Nincs meggyőző bizonyíték arra, hogy a sebészi beavatkozás javítja a spontán terhesség arányát mélyen infiltráló endometriózisban érintett nők esetében.

Ajánlás az irányelvekben:

Az AFS/ASRM szerinti I/II. stádiumú endometriózisban érintett meddő nők esetében operatív laparoszkópia javasolt (az endometrikus léziók kimetszése vagy ablációja), beleértve az adheziolízist, a diagnosztikai laparoszkópia helyett a terhességi arány javítása céljából *(A szintű bizonyíték alapján)*.

Petefészek endometriómával rendelkező meddő nőknél történő sebészi beavatkozás során az endometrióma csomó kimetszése javasolt az endometrióma falának csapolása és elektrokoagulációja helyett a spontán terhességi arány javítása érdekében *(A szintű bizonyíték alapján)*.

A GDG javaslata szerint a szakorvos konzultáljon az endometriómával rendelkező nővel a beavatkozást követő kockázatokról: csökkent petefészekfunkció és a petefészek lehetséges elvesztése. Alaposan meg kell fontolni a sebészi beavatkozást olyan nők esetében, akiken korábban már végeztek petefészekműtétet. *(Good Practice Point)*

Az AFS/ASRM szerinti III/IV. stádiumú endometriózisban érintett meddő nők esetében a spontán terhesség esélyének javítása érdekében a szakorvos fontolja meg az operatív laparoszkópiát az orvosi megfigyelés helyett *(B szintű bizonyíték alapján)*.

Gyógyszeres kezelés sebészi beavatkozás előtt vagy után

Nincs rá bizonyíték, hogy a sebészi beavatkozás előtt vagy után végzett hormonkezelés javítja az endometriózishoz köthető **infertilitással** érintett nők teherbeesésének esélyét.

Ajánlás az irányelvekben:

Nem javasolt, hogy a meddő, endometriózisban szenvedő nők részére beavatkozást megelőzően a szakorvos kiegészítő hormonkezelést írjon elő a spontán terhességi arány javítására, mivel ennek alkalmazására nincs megfelelő bizonyíték *(Good Practice Point)*.

Nem javasolt, hogy a meddő, endometriózisban szenvedő nők részére beavatkozást követően a szakorvos kiegészítő hormonkezelést írjon elő a spontán terhességi arány javítására *(A szintű bizonyíték alapján)*.

Lehetséges a terhesség esélyének növelése orvosilag asszisztált reprodukciós eljárással?

Habár endometriózissal rendelkező nők teherbe eshetnek, vannak olyanok, akik **meddő**ek.

Termékenységi zavarral küzdő nők esetében az **orvosilag asszisztált reprodukciós eljárás** lehetséges. Az **orvosilag asszisztált reprodukció** számos olyan eljárást tartalmaz, amely elősegíti a terhességet, többek között a méhen belüli megtermékenyítést és az **asszisztált reprodukciós technológiákat**.

Méhen belüli megtermékenyítés (inszemináció)

A méhen belüli megtermékenyítés vagy inszemináció során a partner spermiumát a női méhbe injekciózzák, amikor a petesejt kiszabadul és készen áll a megtermékenyítésre. A megfelelő időpontot ultrahangos vizsgálattal, a hormonszint mérésével határozzák meg, vagy szintetikus **hormonális** injekciók beadásával szabályozzák (**szabályozott petefészekműködés-serkentés**).

Ha minimális vagy enyhe endometriózisban szenvedő nő vágyik terhességre, az orvosa javasolhatja méhen belüli megtermékenyítést **szabályozott petefészekműködés-serkentéssel** a terhesség esélyének növelésére. Bizonyos tanulmányok kimutatták, hogy a méhen belüli megtermékenyítés **szabályozott petefészekműködés-serkentéssel** párosítva már a beavatkozás után 6 hónappal növelni tudta a terhesség esélyét.

A méhen belüli megtermékenyítés a petefészek-**endometriómával**, vagy mérsékelt vagy súlyos endometriózissal rendelkező nők számára is egy lehetőség, azonban még nincsenek vizsgálati eredmények erre vonatkozóan.

A méhen belüli megtermékenyítés nem lehetséges a következő esetekben:

- probléma van a petevezetékkel, azaz a petesejt nem jut el a méhbe (a petevezeték funkció sérült),
- a nő partnere **termékenységi zavarral** küzd (például alacsony spermiumszám, csökkent a spermiumminőség),
- más kezelések sikertelenek voltak.

A felsorolt esetekben asszisztált reprodukciós technológiák alkalmazása javasolt.

Ajánlás az irányelvekben:

Az AFS/ASRM szerinti I/II. stádiumú endometriózisban érintett meddő nők esetében a szakorvos végezhet méhen belüli megtermékenyítést szabályozott petefészek működés-serkentéssel az orvosi felügyelet helyett, mivel növeli az élve születések arányát (*C szintű bizonyíték alapján*).

Az AFS/ASRM szerinti I/II. stádiumú endometriózissal rendelkező meddő nők esetében a szakorvos megfontolhatja a méhen belüli megtermékenyítést szabályozott petefészek működés-serkentéssel a műtétet követő 6 hónapon belül, mivel terhességek aránya hasonló az ismeretlen eredetű meddőség esetén elértekhez (*C szintű bizonyíték alapján*).

A GDG asszisztált reprodukciós technológiák alkalmazását javasolja endometriózis eredetű meddőség esetén, különösen ha a petevezeték funkciója sérült vagy férfi meddőség áll fenn és/vagy más kezelések sikertelenek voltak. (*Good Practice Point*)

Asszisztált reprodukciós technológiák

Mérsékelt vagy súlyos endometriózissal rendelkező nők jelentős többségének **asszisztált reprodukciós technológiák** (ART) alkalmazása szükséges, ha terhességre vágnak.

Az **asszisztált reprodukciós technológiák** olyan eljárások, amelyek során a petesejtet és a spermiumot begyűjtik és lombikba helyezik a megtermékenyítéshez. Később a megtermékenyített petesejtet vagy **embriót** behelyezik a méhbe. Mielőtt a petesejtet, amelyeknek érettnnek kell lenniük, eltávolíthatják a nő testéből, hormonálisan stimulálják a tüszőket, hogy érett petesejtet termeljenek. A módszer **in vitro megtermékenyítés** vagy **IVF** néven ismert. Az **intracitoplazmatikus spermiuminjekció vagy ICSI** hasonló technológia, azonban a laboratóriumban egyetlen spermiumot juttatnak injekciós tűvel a petesejtbe, ahelyett, hogy a petesejtet számos spermiummal lombikba helyeznék, mint az **IVF** során. Az **ICSI** módszert jellemzően nem megfelelő minőségű sperma esetén alkalmazzák.

Az **asszisztált reprodukciós technológiák** segítségével endometriózisban érintett nőknél megvalósulhat a terhesség.

Endometriómával rendelkező nők esetében a fertőzések elkerülése érdekében ésszerű antibiotikum alkalmazása preventív jelleggel a petesejt-leszívás időpontjában.

Ajánlás az irányelvekben:

Endometriózissal rendelkező meddő nők esetében a szakorvos a műtétet követően javasolhatja az asszisztált reprodukciós technológiák alkalmazását, mivel a kumulatív endometriózis-kiújulási ráta nem emelkedik IFV/ICSI során végzett szabályozott petefészek működés-serkentés esetén (*C szintű bizonyíték alapján*).

Endometriómával rendelkező nőknél a szakorvos alkalmazhat antibiotikum profilaxist a petesejtnyerés időszakában, habár a petefészek-tályog kockázata a petesejt-leszívást követően alacsony (*D szintű bizonyíték alapján*).

Asszisztált reprodukciós technológiákat megelőző orvosi kezelés

Van bizonyíték arra, hogy az **IVF** eljárást megelőző 3–6 hónapos időszakban GnRH agonista szedése javíthatja az endometriózissal rendelkező meddő nők terhességi esélyét.

Ajánlás az irányelvekben:

A szakorvos előírhatja GnRH agonista szedését az asszisztált reprodukciós technológiák alkalmazását megelőző 3–6 hónapos időszakban, hogy javíthassa az endometriózisban érintett meddő nők klinikai terhesség aránya (*B szintű bizonyíték alapján*).

Asszisztált reprodukciós technológiákat megelőző sebészi beavatkozás

Nincs meggyőző bizonyíték arra, hogy ART-eljárás előtt a sebészi beavatkozás hatékonyan növeli a terhesség esélyét. Azonban nincs bizonyíték arra sem, hogy a beavatkozás csökkenti a terhesség esélyét. Így az orvos javasolhatja a sebészi beavatkozást komoly fájdalom esetén, vagy ha nagyméretű petefészek-endometrióma miatt az ART-eljárás során nem éri el a petefészkeket.

Nincs bizonyíték arra, hogy az endometriózisban szenvedő nők kumulatív endometriózis-kiújulási aránya növekedne **IVF/ICSI** során végzett petefészek-stimulációt követően, azaz az ART-kezelés nem szükségszerűen súlyosbítja az endometriózist.

Ajánlás az irányelvekben:

Az asszisztált reprodukciós technológiák alkalmazását megelőzően laparoszkópiás beavatkozáson áteső meddő nők esetében, akik az AFS/ASRM szerinti I/II. stádiumú endometriózissal rendelkeznek, a szakorvos megfontolhatja az teljes endometriózis sebészi eltávolításának lehetőségét az élveszületés arányának javítása érdekében, bár a beavatkozás előnye nem kellőképpen bizonyított (*C szintű bizonyíték alapján*).

Nincs bizonyíték arra, hogy 3 cm méretet meghaladó endometriómával rendelkező meddő nők esetében az asszisztált reprodukciós technológiával végzett kezelés előtt végrehajtott cisztektómia javítja a terhességi arányt (*A szintű bizonyíték alapján*).

A GDG ajánlása 3 cm méretet meghaladó endometriómával rendelkező meddő nőkre vonatkozóan, hogy szakorvosuk csak abban az esetben mérlegelje az asszisztált reprodukciós technológiával végzett kezelés előtt végrehajtott cisztektómiát, ha ezzel enyhíti az endometriózissal összefüggő fájdalmat vagy jobb hozzáférhetőséget biztosít a tüszőkhöz (*Good Practice Point*).

A reprodukciós eredmény szempontjából a mély noduláris léziók sebészi kimetszésének hatékonysága nem igazolt asszisztált reprodukciós technológiával végzett kezelés előtt endometriózissal összefüggő meddőség esetén (*C szintű bizonyíték alapján*).

8. rész: Az általános kezelésen túl

Az endometriózis orvosi és sebészi kezelését széleskörűen tanulmányozták és alkalmazzák a klinikai gyakorlatban. Mivel azonban ezen kezeléseknek vannak korlátai, sok nő szeretne más lehetőségeket is felderíteni.

Ilyenek a kiegészítő és alternatív terápiák, amelyek rendkívül népszerűek, azonban gyakran nem orvosok végzik vagy írják elő. Ilyen terápia például az akupunktúra, a viselkedésterápia, a táplálkozás (beleértve a táplálékkiegészítőket, vitaminokat és ásványi anyagokat), szakértői betegprogramok, rekreációs drogok, reflexológia, homeopátia, pszichoterápia, hagyományos kínai orvoslás, gyógynövények, sportolás. A felsorolt kiegészítő és alternatív terápiák közül többet használnak endometriózisban szenvedő nők a kismencedei fájdalom, a **dysmenorrhea** csökkentésére, valamint a terhesség esélyének és az életminőség javítására.

Mielőtt a fájdalomra adott kezelést javasolnának az orvosok, szükség van magas színvonalú tanulmányból származó objektív adatokra, amelyek megmutatják, hogy a terápia hatásos és nem káros a betegre. Addig azonban nincs megfelelő bizonyíték arra, hogy a kiegészítő és alternatív terápiák valóban segítenek endometriózisban szenvedő nőknek a fájdalom enyhítésében vagy a termékenység javításában. Mindazonáltal az irányelveket kidolgozó csoport elfogadja, hogy vannak kiegészítő és alternatív terápiákban résztvevő nők, akik úgy érzik, előnyükre szolgálnak, azaz javul az életminőségük és/vagy könnyebben küzdenek meg az endometriózis tüneteivel.

Fontos, hogy az orvos tudjon róla, ha a beteg kiegészítő vagy alternatív terápiát alkalmaz, hogy további tájékoztatást adhasson.

Ajánlás az irányelvekben:

A GDG nem ajánlja a táplálékkiegészítőket, kiegészítő vagy alternatív gyógyászati terápiákat az endometriózissal összefüggő fájdalom vagy meddőség kezelése során, mivel a lehetséges előnyök és/vagy kockázatok tisztázatlanok. Mindazonáltal a GDG elfogadja, hogy vannak olyan kiegészítő és alternatív gyógyászati terápiát igénybe vevő nők, akik úgy érzik, előnyükre szolgál. (*Good practice point*).

9. rész: Menopauza endometriózissal

A menopauza az az időpont, amelytől kezdve a nő nem menstruál. Ez egy természetes folyamat, általában 50 éves kor körül jelentkezik. A menopauza valakinek alig okoz problémát, mások jellegzetes tünetektől szenvednek, mint a hőhullámok, éjszakai izzadás, hüvelyi és húgyúti problémák, hangulatváltozások, csonttrikulás (csökken a csont sűrűsége). A tüneteket az alacsony ösztrogénszint okozza. A menopauzális tünetektől szenvedő nők számára léteznek kezelések, amelyek csökkentik az ilyenkor jelentkező tüneteket és diszkomfortot.

Az endometriózisban szenvedő nők hasonló menopauzára jellemző tüneteket tapasztalhatnak, mint az endometriózisban nem érintett nők. Az endometriózisban érintett nők esetében azonban az a probléma, hogy a menopauza tüneteinek és diszkomfort érzésének csökkentésére használt orvosi kezelések negatív hatással lehetnek az endometriózisra. Jelenleg nincs meggyőző bizonyítékunk arra, hogy a menopauzális tünetekre gyógyszereket szedő nők esetében a fájdalom vagy a betegség kiújul, de van rá lehetőség.

Az irányelveket összeállító csoport véleménye szerint a menopauzális tünetek orvosi kezelését (kombinált ösztrogén/progesztagén vagy tibolon) egyeztetni kell az endometriózisban és súlyos menopauzális tünetektől szenvedő nővel. Az orvosnak el kell magyarázni a gyógyszerek pozitív és negatív hatásait.

Ajánlás az irányelvekben:

Az endometriózis miatt sebészileg előidézett menopauzás nők esetében az ösztrogén/progesztagén terápia vagy a tibolon hatásos lehet a menopauzális tünetek kezelésére *(B szintű bizonyíték alapján)*.

A GDG szerint hiszterekтомиát követően posztmenopauzális nők esetében, akiknek volt endometriózisa, javasolt, hogy a szakorvos kerülje az ösztrogén önálló alkalmazását. Azonban a betegség-kiújulás és a visszamaradt betegség rosszindulatúvá válásának elkerüléséhez kötődő elméleti előnyöket mérlegelni kell a kombinált ösztrogén/progesztagén vagy tibolon megnövekedett rendszerszintű kockázatával *(Good Practice Point)*.

A GDG ajánlása szerint a szakorvosnak folytatnia kell a korábban endometriózissal rendelkező, sebészileg előidézett menopauzás nő kombinált ösztrogén/progesztagén vagy tibolon kezelését, legalább addig az életkorig, amikor elérné a természetes menopauzát *(Good Practice Point)*.

10. rész: Endometriózis és rákos megbetegedések

Sok endometriózisban szenvedő nő aggódik a rák kialakulásának kockázata miatt. Számos kutató vizsgálta, hogy az endometriózisban érintett nők esetében magasabb-e a rák kialakulásának kockázata az endometriózisban nem érintett nőkhöz képest.

Ezen tanulmányok alapján az irányelveket kidolgozó csoport a következő ajánlásokat fogalmazta meg:

- nincs bizonyíték arra, hogy az endometriózis rákot okoz
- a rákos megbetegedésben szenvedő száma (minden ráktípus) hasonló az endometriózisban érintett és nem érintett nők csoportjában
- bizonyos ráktípusok (petefészekrák és non-Hodgkin limfóma) kis mértékben gyakoribbak az endometriózisban szenvedő nők esetében.

Klinikai tanulmányokban kutatók többek között olyan kifejezéseket használnak, mint incidencia arány, relatív kockázat, esélyhányados, hogy leírják az endometriózisban érintett nők rákos megbetegedésének kockázatát. Ha ezek az adatok nyomasztóan hatnak, kérdezze meg orvosát, hogy abszolút számértékben mit jelentenek. Például egy tanulmány az endometriózisban nem érintett nőkhöz képest az endometriózisban érintett nők esetében a petefészekrák kialakulásának incidencia arányszámát 1,5-re teszi. Ez annyit tesz, hogy a kutatók két csoportot vizsgáltak: 100 endometriózisban érintett nőt és 100 endometriózisban nem érintett nőt. Tizenkét év elteltével az endometriózisban érintett százfős csoportból három nőnél alakult ki petefészekrák, míg az endometriózisban nem érintett csoportban két nőnél.

Az irányelveket kidolgozó csoport másik fontos üzenete, hogy nincs információ arra nézve, hogyan csökkenthető a rák kialakulásának kockázata bármelyik csoportban.

Ajánlás az irányelvekben:

A GDG szerint a szakorvos tájékoztassa a rák kialakulásának kockázatáról érdeklődő endometriózisban érintett nőket, hogy 1) nincs bizonyíték arra, hogy az endometriózis rákot okoz, 2) az összes rákos megbetegedések tekintetében nincs növekedés az endometriózisban érintett nők esetében, illetve 3) bizonyos ráktípusok (petefészekrák és non-Hodgkin limfóma) kissé gyakoribbak az endometriózisban érintett nőknél (*Good Practice Point*).

A GDG szerint a szakorvos magyarázza el a bizonyos ráktípusok előfordulását endometriózisban érintett nőknél abszolút számokkal (*Good Practice Point*).

A GDG a rosszindulatúsággal kapcsolatos megfontolások miatt nem javasol változtatást az endometriózis jelenlegi általános kezelésében, mivel nincs klinikai adat arra nézve, hogy mennyivel alacsonyabb a kismértékben növekedett kockázat a petefészekrák vagy non-Hodgkin limfóma kialakulási aránya (*Good Practice Point*).

11. rész: Fogalomjegyzék

Abláció: Beteg vagy nemkívánt szövetek eltávolítása sebészi vagy egyéb módon.

Adhézió: Összenövések.

Asszisztált reprodukciós technológia (ART): Olyan kezelések összefoglaló neve, amelyek lehetővé teszik a teherbeesést szexuális aktus nélkül. Az asszisztált reprodukciós technikák: **intrauterin inszemináció (IUI)**, **in vitro fertilizáció (IVF)**, **intracitoplazmatikus spermiuminjekció (ICSI)**, donor inszemináció és petesejt adományozás.

Dyschezia: Fájdalmas vagy nehéz székletürítés.

Dysmenorrhea: Erős fájdalom az alhasi vagy alsó háti régióban, néha émelygés, depresszió és fejfájás kíséri, közvetlenül a **menstruáció** előtt és/vagy alatt.

Dyspareunia: Visszatérő vagy állandó nemi szerveket érintő fájdalom közvetlenül közösülés előtt, az alatt vagy röviddel utána.

Embrió: Megtermékenyített petesejt.

Endometrióma: Endometrikus ciszta, amely alvadt vért és **endometriumot** tartalmaz.

Endometrium: A méh belső felszínét borító szövetréteg. A menstruációs ciklus során az endometrium megvastagodik, vérerekben gazdag mirigyes szövetréteggé válik. Az endometrium legfontosabb feladata a megtermékenyített petesejt befogadása, hogy az beágyazódhasson, amikor a méhüregbe érkezik néhány nappal az ovulációt követően, majd táplálja az osztódó sejteket a terhesség korai szakaszában.

Erős menstruációs vérzés: Abnormálisan erős és hosszú **menstruáció** rendszeres időközönként.

Hormon: Molekula, amelyet adott szövet termel és a véráramon keresztül másik szövethez jut, hogy biológiai hatást váltson ki.

In vitro fertilizáció (IVF): Olyan módszer, amely során kinyerik a nő testéből petesejteket, majd a férfi spermiumával megtermékenyítik testen kívül. Általában egy vagy két embrió fejlődik ki, amelyeket visszahelyeznek a méhbe. Ha valamelyik sikeresen beágyazódik, létrejön a terhesség.

Infertilitás: Olyan állapot, amely fennállása esetén a nő nem termékeny és nem tud teherbe esni. Az infertilitás klinikai definíciója: A reprodukzív rendszer olyan betegsége, amely esetén védekezés nélküli rendszeres szexuális együttlét mellett 12 hónap vagy annál hosszabb időtartamig nem alakul ki klinikai terhesség.

Intrauterin inszemináció (IUI): Olyan módszer, amely során a spermiumot a méhnyakon keresztül helyezik a nő méhébe.

Intracitoplazmatikus spermiuminjekció (ICSI): Az **IVF** egyik változata, amely során egyetlen spermiumot juttatnak a petesejtbe.

Kimetszés: Szövet sebészi eltávolítása (a reszekció szinonimája).

Laparoszkópia: „Kulcslyuk sebészet” vagy hastükrözés, olyan beavatkozás, amely során a sebész egy kis átmérőjű teleszkópos csövet tartalmazó eszköz, a laparoszkóp segítségével megvizsgálja vagy operációt végez a kismedencében. A beavatkozás általános érzéstelenítésben történik.

Laparotómia vagy nyílt sebészi beavatkozás: A hasüreg megnyitása szikével végzett bemetszéssel.

Léziók: Abnormális szövetek vagy sejtek.

Menstruáció: Havi rendszerességű kilökődés a méhből, a méh belső falát borító vért és **endometriumot** tartalmaz

Menorrhagia: Abnormálisan erős és hosszú **menstruáció** rendszeres időközönként. (Az **Erős menstruációs vérzés** szinonimája.)

Natív IVF ciklus: Az **IVF** eljárás során egy vagy több petesejtet gyűjtenek be a petefészkekből spontán menstruációs ciklus során, gyógyszerek használata nélkül.

Orvosilag asszisztált reprodukció (MAR): Ovuláció-indukció nyomán történő reprodukció, **szabályozott petefészekműködés-serkentés**, ovuláció elősegítés, asszisztált reprodukciós (ART) eljárások, illetve intrauterin, intracervikális és hüvelyi inszemináció a férj/partner vagy donor spermája által.

Ösztrogén: Női nemi **hormon**, amelyet a petefészekben érő petesejtek termelnek, a női nemi jegyek kialakulásáért felelősek.

Petefészek: A nő medencéjében található, petesejteket tartalmazó szerv.

Progeszteron: A **petefészek** által termelt **hormon**, de csak ha az ovuláció megtörtént (miután a petesejt kiszabadult). Feladata az **endometrium** felkészítése az embrió beágyazódására.

Randomizált kontrollvizsgálat (RCT): Az egyik kezelés relatív hatásosságának orvosi bizonyítása egy másik kezeléshez vagy kezelési nélküli állapothoz (placebo) képest. A legtöbb szempontból egymáshoz hasonló betegeket (mint az életkor, magasság, súly, a betegség időtartama és a betegség súlyossága) véletlenszerűen, randomizálva egyik vagy másik kezelési csoporthoz rendelik. A betegeken elvégzik a kezelést, majd meghatározott ideig figyelemmel kísérik őket, hogy van-e különbség a tanulmányozott kezelések eredményeiben.

Szabályozott petefészekműködés-serkentés (COS): ART esetében: gyógyszeres kezelés, amely során a nő stimulációt kap a többszörös follikulusérés érdekében, hogy a petesejt-leszívás során több petesejtet nyerjenek.

Termékenység zavar: Ha egy párnál 1 év rendszeres (legalább 2-3 naponta) és védekezés nélküli szexuális együttlét során nem alakul ki terhesség (ld. **Infertilitás**).

Ultraszhang: Magas frekvenciájú hanghullámokat alkalmaznak a testről, szövetekről és belső szervekről történő képalkotás céljából.

Végleges diagnózis: Diagnózis, amely teljes mértékben megerősítést nyert.

Visszaadagolás (add-back) terápia: Hormonterápia az **ösztrogént** elnyomó gyógyszerek (például leuprolid-acetát) mellékhatásainak minimumra csökkentése érdekében. A visszaadagolás terápia általában csökkenti a hőhullámokat és segít megakadályozni a csontállomány ritkulását.

12. rész: Kérdések endometriózisban szenvedő nőktől

A hollandiai endometriózis-betegek szervezete, az Endometriose Stichting, saját platformmal rendelkezik, ahol a betegek feltehetnek bármilyen endometriózissal kapcsolatos kérdést. Az endometriózisban szenvedő nők kérdéseinek, aggodalmainak és információs igényeinek dokumentálása érdekében összegyűjtöttük és összefoglaltuk a 2012. májusa és 2013. májusa között feltett kérdéseket. A kérdések többségére a válasz megtalálható ebben a betegeknek szóló verzióban.

Kérdések az endometriózissal kapcsolatban:

- *Mi a különbség az endometriózis és az adenomyosis, méhmióma és polipok között?*
- *A súlyosság alapján milyen típusai vannak az endometriózisnak?*

Kérdések az endometriózis tüneteivel kapcsolatban:

- *A következő tünetek kapcsolatban állnak az endometriózissal? Erős menstruációs vérzés, gombás fertőzések, súlygyarapodás, émelygés, migrén, kisugárzó fájdalom, szívritmuszavarok, vaginizmus, fáradékonyság, inszomnia, háttáji fájdalom, medencetájéki fájdalom, tünetek a menstruációs időszakon kívül, folyamatos fájdalom, hólyagfájdalom, irritábilis bélszindróma (IBS), végbélvérzés, véres vizelet*

Kérdések az endometriózis diagnosztizálásával kapcsolatban:

- *Felállítható az endometriózis diagnózisa ultrahang vagy MRI vizsgálattal?*
- *Milyen következményei vannak a negatív diagnosztikus laparoszkópiának endometriózisra jellemző tünetek esetén?*
- *Használhatók GnRH agonisták (pl. Lupron/Lucrin és Zoladex) endometriózis diagnosztizálására?*

Kérdések az endometriózis hormonális kezelésével kapcsolatban:

- *Milyen hormonkezelés írható elő endometriózis esetén?*
- *A tapasztalat szerint mely hormonok írhatók elő?*
- *Hogyan hatnak ezek a hormonok?*
- *Milyen mellékhatások vannak?*

Kérdések az endometriózis alternatív kezelésével kapcsolatban:

- *Milyen alternatív gyógyászati lehetőségek állnak rendelkezésre?*
- *Segít az akupunktúra az endometriózis tüneteinek enyhítésében?*
- *Segít a homeopátia az endometriózis tüneteinek enyhítésében?*
- *Mi a helyzet a fizioterápiával?*

Kérdések az endometriózis sebészi kezelésével kapcsolatban:

- *Kell gyógyszert szednem a műtét után?*
- *Túl kockázatos az esetem? Lehet, hogy nem vagyok operálható?*
- *A hisztarektómia megoldás lehet, és szükséges hormonpótló terápia a beavatkozást követően?*
- *Mi a különbség az abláció és kimetszés között?*
- *Mi a különbség a laparotómia és a laparoszkópia között?*
- *Mi a különbség a hagyományos laparoszkópia és a robot laparoszkópia között?*

Kérdések a kisméretű petefészek cisztával kapcsolatban:

- *Szedjek hormonális fogamzásgátlót?*
- *Szükséges sebészi beavatkozásnak alávetnem magam? Milyen típusú sebészi beavatkozás szükséges?*
- *Meddig maradhat ott a ciszta?*
- *Az endometrióma „rombolja” a petefészeket?*
- *Ki fog durranni az endometriómám? Ha igen, sürgősségi esetnek számít?*
- *Melyik a legjobb opció, ha terhességet szeretnék és feltételezett endometriómám van, de nem okoz fájdalmat?*
- *Szükséges kezelni a tünetmentes endometriómát?*

Kérdések a meddőséggel és terhességgel kapcsolatban endometriózis esetén:

- *Hány endometriózisban szenvedő nő maradt akaratán kívül gyermektelen?*
- *Az endometriózis miért/hogyan befolyásolja hátrányosan a termékenységet?*
- *Az endometriózis miatt vagyok meddő?*
- *Mi a legjobb opció a teherbeesésre?*
- *Nagyobb kockázata van a terhességi komplikációnak, vetelésnek?*
- *A terhesség gyógyítja az endometriózist?*
- *Okos dolog terhességet tervezni?*
- *Szükséges IVF előtt sebészi beavatkozáson átesnem?*

Kérdések az extragenitális endometriózissal kapcsolatban:

- *Előfordulhat endometriózis a méhvel nem rendelkező nők esetében?*
- *Érintheti az endometriózis a következő helyeket: diafragma, tüdő, mellkas, vese, Douglas-üreg, belek, húgyhólyag?*

Kérdések a endometriózissal és a menopauzával kapcsolatban:

- *Szedjek Lucreint (Lupron > GnRH agonista)?*
- *A (pszeudo)menopauza gyógyítja az endometriózist?*

Kérdések az endometriózissal és a rákkal kapcsolatban:

- *Milyen hatása van a hormonkezeléseknek a rák kialakulásának kockázatára?*
- *Az endometriózis okoz rákot?*

Kérdések a lehetséges térítésekről endometriózis esetén:

- *Milyen térítéseket vehetnek igénybe endometriózisban szenvedő nők?*

13. rész: További információ

Endometriózisban szenvedő nők majdnem minden európai országban alakítottak országos betegségeket kifejezetten az endometriózisban szenvedő nők és hozzátartozóik támogatása és tájékoztatása céljából, illetve hogy ismertebbé tegyék a betegséget az egészségügyben dolgozó szakemberek, a munkaadók, az endometriózisban érintett nők és hozzátartozóik, valamint a közvélemény és a média számára.

A legtöbb betegségezet rendelkezik weboldallal, ahol található:

- információ az endometriózissal kapcsolatban
- élettörténetek leírása
- információ arról, hogyan veheti fel a kapcsolatot más endometriózisban szenvedő nővel
- információ az endometriózis kezeléséről és az adott országban található szakrendelésekről

Az európai endometriózis betegségezetek neve és elérhetőségük az alábbi listában található.

A listával kapcsolatban a Fertility Europe szervezettel veheti fel a kapcsolatot (www.fertilityeurope.eu).

Ausztria	EVA – Endometriose Vereinigung Austria	Honlap: www.eva-info.at E-mail: office@eva-info.at
Belgium	Endometriose Stichting	Honlap: www.endometriose.be E-mail: info@endometriose.be
Dánia	Endometriose Foreningen Denmark	Honlap: www.endo.dk E-mail: info@endo.dk
Finnország	Endometriosisyhdistys Finland	Honlap: www.endometriosisyhdistys.fi E-mail: endo@endometriosisyhdistys.fi
Franciaország	Association EndoFrance	Honlap: www.endofrance.org E-mail: contact@endofrance.org
Németország	Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V.	Honlap: www.endometriose-vereinigung.de E-mail: info@endometriose-vereinigung.de
Magyarország	Nők az endometriózisért alapítvány	Honlap: www.endometriozis.hu E-mail: info@endometriozis.hu
Izland	Samtök Kvenna með Endómetríósu	Honlap: www.endo.is E-mail: endo@endo.is
Írország	Endometriosis Association of Ireland	Honlap: www.endometriosis.ie E-mail: info@endo.ie
Izrael	Endi – Endometriosis Israel	Honlap: www.endi.org.il E-mail: info@endi.org.il
Olaszország	Associazione Italiana Endometriosi Onlus	Honlap: www.endoassoc.it E-mail: info@endoassoc.it
	Associazione Progetto Endometriosi Onlus	Honlap: www.apeonlus.com E-mail: info@apeonlus.com
Málta	Endo Support (Malta)	Honlap: nincs E-mail: endosupport@gmail.com
Hollandia	Endometriose Stichting	Honlap: www.endometriose.nl E-mail: info@endometriose.nl
Norvégia	Endometrioseforeningen	Honlap: www.endometriose.no E-mail: post@endometriose.no
Lengyel- ország	Polskie Stowarzyszenie Endometrioza	Honlap: www.pse.aid.pl E-mail: info@pse.aid.pl
	Stowarzyszenie Endometrioza	Honlap: www.endometrioza.aid.pl E-mail: info@endometrioza.aid.pl
	Pierwszy Polski Portal o Endometrioze	Honlap: www.endometrioza.org E-mail: redkcja@endoendo.pl
Portugália	Associação Portuguesa de Endometriose	Honlap: www.aspoendo.org E-mail: aspoendo@netcabo.pt
Spanyol- ország	Asociacion de Endometriosis España (AEE)	Honlap: www.endoinfo.org E-mail: info@endoinfo.org
	Asociacion de Afectadas de Endometriosis de Madrid (ADAEM)	Honlap: www.adaem.org.es E-mail: adaem@adaem.org.es
Svédország	Endometriosisföreningen Sverige	Honlap: www.endometriosisforeningen.com E-mail: info@endometriosisforeningen.com
Svájc	Groupe Endometriosis Suisse	Honlap: www.endosuisse.ch E-mail: laure@endosuisse.ch
	Association Suisse de Soutien Contre l'Endometriose	Honlap: www.assce.ch E-mail: info@assce.ch
Törökország	Turkish Society of Endometriosis and Adenomyosis	Honlap: www.endometriozisdernegi.com E-mail: info@endometriozisdernegi.com
Egyesült Királyság	Endometriosis UK	Honlap: www.endometriosis-uk.org E-mail: admin@endometriosis-uk.org
	Endometriosis SHE Trust UK	Honlap: www.shetrust.org.uk E-mail: shetrust@shetrust.org.uk

Hivatkozások

A dokumentum törzse

The ESHRE guideline on management of women with endometriosis (2013).

Elérhető: www.eshre.eu/guidelines

Információ az endometriózisról kamaszokban

Brosens I, Gordts S, Benagiano G. Endometriosis in adolescents is a hidden, progressive and severe disease that deserves attention, not just compassion. Hum Reprod. 2013 Aug;28(8):2026-31. doi: 10.1093/humrep/det243. Epub 2013 Jun 5.

Fogalomjegyzék

Reproductive medicine. A textbook for paramedics. N. De Haan, M. Spelt, R. Göbel (eds), Elsevier gezondheidszorg, Amsterdam 2010.

100 questions and answers about endometriosis. David B. Redwine. Jones & Bartlett Learning, 2009

Mohammad Reza Razzaghi, Mohammad Mohsen Mazloomfard and Anahita Ansari Jafari (2012). Endometriosis, Endometriosis - Basic Concepts and Current Research Trends, Prof. Koel Chaudhury (Ed.), ISBN: 978-953-51-0524-4, InTech, DOI: 10.5772/32760. Elérhető: <http://www.intechopen.com/books/endometriosis-basic-concepts-and-current-research-trends/endometriosis-an-overview>

Illusztrációk

A menstruációs ciklus

Wikimedia Commons (GNU Free Documentation License)

Endometrikus szövet a hasüregben NIH tájékoztató: Endometriózis (2011)

Endometriózis, adenomyosis, méhmióma és polipok

Illusztráció forrása <http://www.fairview.org/healthlibrary/Article/85716> (Nincsenek szerzői jogi információk)

Példák az endometriózis kiterjedésének és helyének sematikus besorolására

A Revised American Society for Reproductive Medicine Classification of Endometriosis (1996) alapján.

Laparoszkópia

Krames információs füzet az endometriózisról

Levonorgesztrel-kibocsátó intrauterin rendszer

<http://m.mirena.com/>

Lehetőségek a hormonális fogamzásgátlók helyett

© 1995-2013 Healthwise, Incorporated. Healthwise, Healthwise for every health decision, valamint a Healthwise logó a Healthwise, Incorporated védjegye.

Jogi nyilatkozat

Az Európai Humán Reprodukciós és Embriológiai Társaság (European Society of Human Reproduction and Embryology, ESHRE) dolgozta ki ezt a betegeknek szóló információs füzetet a klinikai gyakorlat irányelvei alapján. A klinikai gyakorlatra vonatkozó irányelvek célja, hogy az egészségügyi szakembereknek segítséget nyújtsanak a mindennapi klinikai döntésekben betegek megfelelő és hatékony ellátásáról.

Ez a füzet semmilyen módon nem szándékozik helyettesíteni, előírni vagy teljes mértékben meghatározni a szakképzett orvos által végzett értékelést és kezelést. Kizárólag a reprodukzív orvoslással kapcsolatos általános tájékoztatást kereső betegek támogatására szolgál.

Az ESHRE semmilyen, kifejezett vagy hallgatólagos garanciát nem vállal a klinikai gyakorlatra vonatkozó irányelvek és a betegtájékoztató tekintetében, és kifejezetten kizárja az értékesíthetőségre és az adott felhasználásra vagy célra való alkalmasságra vonatkozó garanciákat. Az ESHRE nem vállal felelősséget az itt szereplő információk használatával kapcsolatos közvetlen, közvetett, különleges, véletlen vagy közvetett károkért. Az ESHRE mindent elkövet a pontos információk összeállítása és naprakészen tartása érdekében, azonban nem garantálja minden tekintetben az irányelvek vagy a füzet helyességét, teljességét és pontosságát.

A jelen dokumentumban megadott információ nem minősül üzleti, orvosi vagy egyéb szakmai tanácsadásnak, és változhat.