
POSTĘPOWANIE REHABILITACYJNE W ENDOMETRIOZIE



Spis treści

Postępowanie rehabilitacyjne w endometriozie	5
Charakterystyka endometriozy	7
Epidemiologia endometriozy	8
Patogeneza i histopatogeneza	10
Klasyfikacja i podział anatomiczny	12
Niepłodność w endometriozie	16
Proces nowotworowy w endometriozie	17
Diagnostyka i leczenie endometriozy	19
<i>Piśmiennictwo</i>	27

Postępowanie rehabilitacyjne w endometriozie

Definicja endometriozy

Endometrioza (EM, gruczolistość zewnętrzna) jest jednym z najczęstszych schorzeń ginekologicznych w wieku rozrodczym, estrogenozależnym, powodujących ból menstruacyjny i miednicowy. Endometrioza (EM) jest zaburzeniem charakteryzującym się ektopową obecnością i wzrostem funkcjonalnej tkanki endometrium, gruczołów i zrębu poza macicą [1, 2, 3, 4]. Przyjmuje się, że od 5 do 15% kobiet w wieku rozrodczym oraz 30–50% kobiet (wg różnych źródeł) ze stwierdzoną niepłodnością choruje na endometriozę. Podaje się, że na endometriozę choruje ok. 80% kobiet z bolesnym miesiączkowaniem. Choroba ulega regresji po menopauzie, a okres aktywny przypada na pokwitanie [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9].

Endometriozę łączy się z zespołem przewlekłego bólu miednicy (do 25%), który powoduje duży dyskomfort u kobiet. Fakt rozpoznania przewlekłego bólu miednicy bardzo często nie wynika z określonej przyczyny, a samo postawienie rozpoznania, co do przyczyny bólu w przewlekłym bólu miednicy, opiera się na testach diagnostycznych, w tym także inwazyjnych. Aktualnie, wśród przyczyn rozwoju przewlekłego bólu miednicy wyróżnia się właśnie endometriozę, co wiąże się rozpadem homeostazy otrzewnowej i indukcją produkcji cytokin prozapalnych i proangiogennych, a w konsekwencji zmienione unerwienie i modulowanie ścieżek bólu u kobiet [4, 10].

Najważniejszym objawem przewlekłego bólu miednicy w endometriozie jest ból, który można scharakteryzować w postaci: bolesnego miesiączkowania, bólu podczas stosunku lub po, bolesnego wypróżniania (defekacje i mikcje) w trakcie miesiączki, przewlekłego bólu brzucha, podbrzusza, bólu mięśni miednicy i kręgosłupa (ból przerywany, cykliczny lub stały, jedno i dwustronny, z zajęciem splotu krzyżowego) [2, 3, 4, 11]. Dodatkowo mogą występować dolegliwości ze strony układu pokarmowego, jak wzdęcia, kolki, nudności, biegunka, zaparcia, zmęczenie, drobne plamienia między miesiączkami, nieregularne i bardzo obfite krwawienia. W wywiadzie stwierdza się niepłodność, ciążę pozamaciczną, poronienia [2].

Ogniska endometriotyczne można znaleźć w obszarze otrzewnej miednicy, obejmując jajniki, załamek pęcherzowo-maciczny, przegrodę odbytniczo-pęcherzową oraz jajowody [4, 9, 10]. Endometrioza występuje również w tkance bliznowatej po cięciu cesarskim, na przeponie, w jelitach, płucach i pęcherzu moczowym [4].

Endometrioza rzadko ulega złośliwej transformacji, ale wraz z nią rośnie ryzyko raka jajnika, piersi i innych nowotworów, a także zaburzeń autoimmunologicznych i atopowych [12]. Zmiany endometrium klasyfikują się różnorodnym charakterem. Ognistka wczesne, pojawiające się na powierzchni otrzewnej, mają charakter pęcherzyków zawierających przejrzysty płyn, który w trakcie rozwijającej się endometriozy przybiera barwę brązową. Zmiany późne są ciemne i zmarszczone, otoczone przez bliznę w kształcie gwiazdy [13, 14].

Rozpoznanie choroby odbywa się na podstawie bezpośredniej wizualizacji struktur endometrium i w badaniu histopatologicznym [15]. Podstawową procedurą w diagnostyce endometriozy jest badanie laparoskopowe wraz z badaniem podmiotowym i przedmiotowym [4].

Amerykańskie Towarzystwo Płodności [6] sklasyfikowało stopnie endometriozy, na podstawie zabiegów chirurgicznych, gdzie każda zmiana chorobowa jest punktowana w zależności od jej wielkości i położenia [16].

Leczenie farmakologiczne

Postępowanie w endometriozie opiera się na leczeniu farmakologicznym, gdzie głównym celem postępowania jest zahamowanie owulacji i krwawienia miesięczkowego [17]. Hormonalna terapia zastępcza obejmuje doustne środki antykoncepcyjne, progestagenowe, gestrynon, danazol (pochodne androgenowe) i agonistów hormonu uwalniającego gonadotropinę (GnRH). Obecne badania oceniają również rolę antagonistów GnRH, receptora estrogenowego beta ($ER\beta$) temuiny, modulatorów receptora progesteronowego, inhibitorów angiogenezy, inhibitorów aromatazy, selektywnych inhibitorów COX-2 (cyklooksygenazy 2) i modulatorów immunologicznych [9].

Leczenie chirurgiczne przynosi lepsze wyniki w przypadku pojawiających się dużych guzów endometrium (powyżej 2 cm) i zrostów miednicy mniejszej [18]. Ostatecznym i radykalnym krokiem w leczeniu endometriozy jest wycięcie macicy z przydatkami [19, 20]. Dane z kliniki Cleveland [21] wykazały, że wskaźnik nawrotów endometriozy po leczeniu terapią hormonalną wahał się między 20 a 40% w ciągu pięciu lat po operacji zachowawczej, chyba że pacjenci osiągnęli menopauzę lub wykonano histerektomię.

Charakterystyka endometriozy

Endometrioza (EM) jest przewlekłym zaburzeniem zależnym od estrogenów i dlatego na ogół występuje, gdy tkanka endometrium rośnie nieprawidłowo [9].

Charakterystyka EM

Endometrioza jest chorobą, która polega na migracji, wzroście komórek oraz implantacji endometrium poza jamą macicy. Czynne gruczoły występują najczęściej w jajnikach, miednicy mniejszej i na powierzchni otrzewnej. Ogniska choroby pojawiają się rzadziej w pochwie, na powierzchni jajowodów, przewodzie pokarmowym i drogach moczowych [5, 22].

Endometrioza zwykle nie pojawia się przed pokwitaniem i w sposób charakterystyczny ulega regresji po menopauzie. Implanty są zdolne do rozrostu i tworzenia ognisk, które posiadają możliwość rozsiewu [6].

Torbiele endometrialne, zawierające krwistą treść, umiejscowione są najczęściej w jajniku i macicy mniejszej, rzadziej zmiany pojawiają się poza jamą brzuszną. Torbiele endometrialne w jajnikach mogą ulegać powiększeniu, co prowadzi do stopniowego niszczenia tkanki jajnikowej. Choroba pojawiająca się w otrzewnej związana jest z wpływem wstecznym w czasie menstruacji tkanek i komórek endometrium, które umiejscowione zostają na powierzchni otrzewnej i wywołują stan zapalny [4, 9, 15]. Angiogeneza, bliznowacenie oraz włóknienie są procesami towarzyszącym chorobie. Rozległe zmiany chorobowe i zrosty wskutek anatomicznych zniekształceń w miednicy mniejszej, mogą prowadzić do niepłodności [6, 13].

Cechą charakterystyczną dla endometriozy jest towarzyszący ból, nasilający się podczas miesiączki, ból podczas stosunku czy ból krzyża [3, 4, 23]. Najczęstszym miejscem choroby jest jajnik, a najczęstszym objawem – przewlekły ból miednicy, zwłaszcza bolesne miesiączkowanie, dyspareunia i bezpłodność, które mogą prowadzić do obniżenia jakości życia pacjenta [2, 3, 12].

Według Neis wsp [24], w prawie jednej trzeciej przypadków przyczyną przewlekłego bólu w miednicy jest endometrioza, a w jednej trzeciej zrosty. Inni autorzy stwierdzili, że istnieją cztery z bardziej powszechnych zaburzeń związanych z przewlekłym bólem miednicy: endometrioza, zrosty, zespół jelita drażliwego i śródmiąższowe zapalenie pęcherza [10].

Badania Howarda [25] oraz Vercellini i wsp. [za Howard 2003] potwierdzają, że ból może wynikać z mechanizmów nocycyptywnych, zapalnych lub neuropatycznych i prawdopodobnie wszystkie te trzy mechanizmy są związane z bólem miednicy związanym z endometriozą [10].