

# Liečba endometriózy u pacientok so sterilitou

P. Harbulák, Z. Behúňová

GYN-FIV – Centrum pre gynekológiu, urológiu a asistovanú reprodukciu  
Odborný zástupca pre reprodukčnú medicínu: MUDr. Peter Harbulák, PhD.

Slov. Gynek. Pôrod., 22, 2015, s. 64-65

## Úvod

Endometrióza je definovaná ako prítomnosť tkaniva podobného endometriu, ktoré sa nachádza mimo dutiny maternice. Toto ochorenie sa vyskytuje približne u 25 – 50% sterilných žien a, naopak, približne 30 až 50% žien s endometriózou má problémy s otehotnením.

Manažment endometriózy u pacientok s „pelvic pain“ a u pacientok so sterilitou sa významným spôsobom odlišuje. Tieto odporúčania sa týkajú liečby pacientok s endometriózou a so sterilitou zároveň. Podkladom pre tieto odporúčania sú základné dokumenty obsahujúce „guidelines“ vytvorené skupinami expertov na základe Evidence Based Medicine, predovšetkým Európskej spoločnosti pre humánnu reprodukciu a embryológiu (ESHRE).

## Liečba endometriózy u sterilných pacientok

Liečbu endometriózy u sterilných pacientok možno zjednodušiť rozdelením na medikamentóznú, chirurgickú a metódy asistovanej reprodukcie a ich kombinácie.

Výber liečby závisí aj od prítomnosti iných faktorov sterility.

### Medikamentózna liečba

Akákoľvek supresia ovariálnej funkcie (aplikáciou kombinovanej hormonálnej antikoncepcie, gestagérov, danazolu, GnRH analógov) ako samotnej liečby je z hľadiska spontánnej tehotnosti neefektívna – pravdepodobnosť otehotnenia sa nezvyšuje, čas do otehotnenia sa predlžuje. Predpisovanie spomenutých hormonálnych liekov je z toho dôvodu nevhodné.

### Chirurgická liečba

#### Endometrióza I. a II. stupňa

Diagnostická laparoskopia z hľadiska zvýšenia fertility nemá význam. Excízia, resp. ablácia, endometriotických ložísk a adheziolýza zvyšujú pravdepodobnosť spontánneho otehotnenia v porovnaní so samostatnou diagnostickou laparoskopiou.

#### Endometrióza III. a IV. stupňa

Konzervatívna chirurgická liečba zvyšuje pravdepodobnosť spontánneho otehotnenia v porovnaní s expektačným postupom.

Význam excízie ložísk hlbokšej infiltrujúcej endometriózy je z hľadiska samotného otehotnenia nejasný, naopak, môže mať na fertilitu negatívny vplyv.

#### Endometrióm

Exstirpácia kapsuly endometriómu zvyšuje pooperačnú pravdepodobnosť spontánneho otehotnenia v porovnaní s jeho drenážou a elektrokoaguláciou jeho steny.

Pacientku je potrebné pred operáciou informovať o riziku zníženia ovariálnej rezervy, prípadne až straty ovária a starostlivo zvážiť chirurgický výkon predovšetkým na ováriu už predtým operovanom a u pacientok s nízkou ovariálnou rezervou.

Medikamentózna liečba spôsobujúca supresiu ovariálnej funkcie pred chirurgickým výkonom, a rovnako ako po chirurgickom výkone je neefektívna a iba predlžuje čas do otehotnenia.

Vo všeobecnosti pre endometriózu v spojitosti so sterilitou platí, že ak po prvom operačnom výkone nedošlo k otehotneniu, ďalší operačný výkon veľmi zriedkavo zvyšuje pravdepodobnosť otehotnenia. Pacientke treba navrhnúť liečbu pomocou asistovanej reprodukcie.

## Liečba pomocou metód asistovanej reprodukcie

IUI (Intrauterinná inseminácia) je vhodná u pacientok s endometriózou I. II. stupňa a za neprítomnosti iných faktorov sterility. Úspešnosť IUI je najnižšia, ak sa vykonáva v spontánnom cykle. Pravdepodobnosť otehotnenia sa zvyšuje, ak sa IUI vykonáva po stimulácii ovulácie kломofencitrátom. Najvyššia pravdepodobnosť sa dosahuje vykonaním IUI po stimulácii ovulácie gonadotropínmi. V porovnaní s expektačným postupom je 5-krát účinnejšia.

### Kombinácia medikamentóznej liečby (s navodením supresie ovariálnej funkcie) a IUI

Pravdepodobnosť otehotnenia medikamentóznou liečbou pred IUI sa nezvyšuje, čas do otehotnenia sa tým iba predlžuje.

### Kombinácia chirurgickej liečby pred IUI

Na otázku, či stimulácia s následnou IUI je účinnejšia po chirurgickom odstránení ložísk endometriózy I. a II. stupňa alebo bez neho, zatiaľ neexistuje dostatočné množstvo dôkazov. V prípade chirurgickej liečby sa odporúča vykonať IUI následne do 6 mesiacov.

IVF (In vitro fertilizácia) je vhodná u pacientok s endometriózou v kombinácii s inými faktormi sterility, resp. pri neúspechu inej liečby.

Riadená hyperstimulácia ovárií nezvyšuje rekurenciu endometriózy.

### Kombinácia medikamentóznej liečby (s navodením supresie ovariálnej funkcie) pred IVF cyklom

Jedine pred cyklom IVF možno zvážiť liečbu GnRh analógmi na 3 až 6 mesiacov, pretože sa tým zvyšuje pravdepodobnosť otehotnenia.

### Kombinácia chirurgickej liečby pred IVF

Ak sa pred IVF cyklom vykonáva pacientke s endometriózou I. a II. stupňa laparoskopia, odporúča sa excízia, resp. ablácia, endometriotických ložísk, pretože sa tým zvyšuje pravdepodobnosť otehotnenia.

Excízia ložísk hlbokaj infiltrujúcej endometriózy sa pred cyklom IVF neodporúča, pretože pravdepodobnosť sa tým nezvyšuje.

Exstirpácia endometriómu s priemerom do 3 cm pred IVF sa neodporúča.

Exstirpácia endometriómu s priemerom nad 3 cm pred IVF cyklom pravdepodobnosť otehotnenia nezvyšuje.

Exstirpácia endometriómu s priemerom nad 3 cm pred IVF cyklom možno zväžiť iba v prípade súčasne prítomnej bolesti, alebo na dosiahnutie lepšieho prístupu k folikulu pri odbere oocytov. Pri zvažovaní exstirpácie endometriómu s priemerom nad 3 cm pred IVF cyklom je vždy nutné vziať do úvahy predchádzajúci chirurgický výkon na ováriu, resp. nízku ovariálnu rezervu.

#### Záver

V klinickej praxi pri liečbe endometriózy je potrebné vždy vziať do úvahy, že toto ochorenie je rekurentné. Každý chirurgický výkon na ováriách znižuje ich rezervu, preto je potrebné tieto výkony indikovať uvažene a snažiť sa o maximálne konzervatívny postup. Predoperačne je vhodné vyšetriť aktuálnu ovariálnu rezervu bežne dostupnými vyšetrovacími metódami (počet antrálnych folikulov pri transvaginálnom ultrazvukovom vyšetrení, AFC), hladina anti-Müllerovho hormónu (AMH), hladina folikuloestimulačného hormónu (FSH) – 3. deň cyklu. Odporúčania pre klinickú prax sú uvedené na **obrázku 1**.

#### Literatúra

1. ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Management of Endometriosis. 114, 2010.
2. DUNSELMAN, G.A.J., VERMEULEN, N., BECKER, C.: ESHRE guideline: management of women with endometriosis. Hum. Reprod. 29(3), 2014, 400-412.

#### Obrázok 1. Odporúčanie pre klinickú prax

##### 1. Predoperačne:

- Diagnostika
- Transvaginálna ultrasonografia
- AFC
- AMH
- FSH (3. deň cyklu)
- Zväžiť chirurgickú liečbu
- Myslieť na ovariálnu rezervu
- Informovať pacientku o charaktere ochorenia a prognóze

##### 2. Chirurgická liečba – šetrná stripping technika

##### 3. Pooperačne:

- Hormonálna antikoncepcia pre pacientky, ktoré zatiaľ neplánujú otehotnieť
- Gr. I – II: IUI, pri neúspech pokračovať v IVF
- Gr. III – IV: IVF ako 1. voľba

*Uvedené postupy navrhla a prerokovala sekcia asistovanej reprodukcie SGPS 10. 5. 2015.*

*Postupy boli vypracované na základe odporúčení citovaných v časti Literatúra.*

Adresa pre korešpondenciu:

MUDr. P. Harbulák, PhD.

GYN-FIV, Centrum pre gynekológiu, urológiu a asistovanú reprodukciu

Záhradnícka 42, 821 08 Bratislava

e-mail: peter.harbulak@gyn-fiv.sk

3. JOHNSON, N.P., HEMMELSHOJ, L.: for the World Endometriosis Society Montpellier Consortium: Consensus on current management of endometriosis. Human Reprod. 28(6), 2013, 1552-1568.

4. The practice Committee of ASRM: Endometriosis and infertility: a committee opinion. Fertil Steril, 98(3), 2012, 591-598.