

Anamarija Hribar<sup>1</sup>

## Boleča želja po družini

*V ambulantno prihaja 30-letna bolnica zaradi bolečin v spodnjem predelu trebuha. Gospa naveda dalj časa trajajoče bolečine v spodnjem delu trebuha, ki se širijo v hrbet. Že več let ima boleče menstruacije (dismenoreja), občasno pa se bolečina pojavi tudi med spolnimi odnosi (disparevnija) in ob defekaciji. Zadnjo menstruacijo je imela pred desetimi dnevi. Zadnje tri leta ne uporablja kontracepcije, saj si želi zanositi. Pred dvema letoma je bila noseča, vendar je spontano splavila v šestem tednu nosečnosti. Ginekološko so tipni povečani jajčniki.*

### Vprašanja

1. Kakšna je vaša delovna diagnoza?
2. Kateri anamnestični podatki in najdbe ob kliničnem pregledu so skladni z vašo delovno diagnozo?
3. Katere so možne diferencialne diagnoze?
4. Kako bi postavili diagnozo bolezni?
5. Kakšna je etiopatogeneza bolezni?
6. Kakšne so možnosti zdravljenja?

Odgovore na vprašanja najdete na naslednji strani.

---

<sup>1</sup> Anamarija Hribar, štud. med., Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana; anamarija.hribar@medrazgl.si

## Odgovori

1. Endometrioza. Endometrioza je bolezen, za katero je značilno pojavljanje endometrijskega tkiva izven maternice. Takšno tkivo se odziva na hormonske spremembe, zaradi česar prihaja do krvavitev, ki vodijo v vnetni odziv. Ponavljajoče draženje z vnetjem in celjenjem sčasoma vodi v fibrozo in zarastline med sosednjimi organi, kar lahko povzroča bolečine in vodi v neplodnost. Tkivo se najpogosteje pojavlja v trebušni votlini (peritonealni) in včasih pa tudi v abdominalnih brazgotinah in plevralni votlini. Glede na mesto pojavljanja jo razdelimo v tri oblike. Pri peritonealni endometriozi so žarišča povrhnja in se pojavljajo na peritoneju. Ovarijska endometrioza se pojavlja na jajčnikih v obliki endometriomov, ki so zaradi mase tipni ob ginekološkem pregledu in vidni na transvaginalnem UZ. Tretja oblika je globoka infiltrativna endometrioza, ki vrašča več kot 5 mm globoko v peritonej in zaradi tega povzroča kronično bolečino. Endometrioza je pogosta bolezen, ki se pojavlja pri 10–15 % žensk v rodnem obdobju in pri 20–40 % neplodnih ženk (1).
2. Tipični simptomi, ki se pojavljajo pri endometriozi in so prisotni pri opisani bolnici, so bolečina v spodnjem delu trebuha, bolečine ob menstruaciji, spolnih odnosih in defekaciji, v kombinaciji s predhodno naštetimi simptomi pa tudi neplodnost. Ob kliničnem pregledu so bili tipni povečani jajčniki. Endometrioza se lahko kaže na različne načine, vendar je v 78,7 % prisotna dismenoreja in v 64,4 % bolečina v spodnjem delu trebuha. Drugi simptomi so redkejši – disparevnija se pojavlja pri 39,4 %, prebavne motnje pri 38,5 %, prebavne bolečine pri 30,8 %, neplodnost pri 30 %, spremembe na jajčnikih pa pri 29,4 % bolnic (2).
3. Glede na simptome, ki se pojavljajo pri določeni bolnici, so pomembne različne diferencialne diagnoze. Kadar ima bolnica dismenorejo, je ta lahko primarna (ta je zelo pogosta in se pojavlja pri 50 % žensk v rodnem obdobju) ali sekundarna (ta je lahko poleg endometrioze posledica miomov, adenomioze, Ashermanovega sindroma in pelvične vnetne bolezni – slednja se lahko kaže tudi kot bolečina v spodnjem delu trebuha). Takšno simptomatiko imajo tudi zarastline, endometritis, neoplazme, spolna zloraba in druge. Disparevnija je lahko posledica nezadostne navlažitve, infekcije ali mišično-skeletnih bolezni. Anovulacija, nepravilnosti lutealne faze, bolezni in vnetja jajcevodov pa lahko pripeljejo do neplodnosti. Izključiti je treba tudi nekatere bolezni gastrointestinalnega trakta, kot so kronična vnetna črevesna bolezen, zaprtje in bolezen urinarnega trakta (1).
4. Na endometriozo moramo posumiti pri ženskah (najpogosteje v rodnem obdobju), ki imajo enega ali več izmed simptomov ali znakov:
  - kronična bolečina v spodnjem delu trebuha,
  - dismenoreja, ki vpliva na dnevne aktivnosti in kakovost življenja,
  - bolečina med ali po spolnem odnosu,
  - gastrointestinalni simptomi,
  - simptomi urinarnega trakta (posebej prisotnost krvi v urinu ali boleče uriniranje),
  - neplodnost ob prisotnosti vsaj enega od zgoraj naštetih simptomov.

Končno diagnozo je treba potrditi s pomočjo slikovnih preiskav. Kadar gre za prisotnost endometrioze na jajčnikih, nam lahko diagnozo poda že transvaginalni UZ, ki ga lahko

dopolni MRI, kadar gre za lezije, večje od 5 cm. Kadar kljub nepovednemu UZ in MRI ostaja sum na endometriozo, se lahko diagnostično izvede laparoskopija, ki je hkrati tudi metoda zdravljenja (1, 3).

5. Natančen mehanizem nastanka endometrioze ni poznan. Najširše sprejeta teorija pojasnjuje nastanek z retrogradnim tokom menstrualne tekočine. Med krvavitvijo naj bi celice in menstrualni izločki potovali preko jajcevodov v peritonealno votlino in sprožili nastanek kroničnega vnetja, hkrati pa naj bi se živeče celice začele deliti. Vendar pa je teorija nepopolna, saj je retrogradni tok menstrualne tekočine pogost pojav in ne vodi vedno v endometriozo, zaradi česar na razvoj verjetno pomembno vplivajo tudi genetski in imunološki dejavniki. Druga teorija pojasnjuje nastanek endometrijskih celic z diferenciacijo peritonealnih celic nazaj v njihovo primitivno obliko in nato s ponovno diferenciacijo v endometrijske celice. Obstaja tudi teorija, ki pojasnjuje, da pride do žilnega in limfatičnega metastaziranja celic (4).
6. Glavna cilja zdravljenja sta zmanjšanje bolečin in izboljšanje plodnosti. Kadar je poglaviti cilj zmanjšanje bolečin, je najpogosteje zdravljenje z zdravili. Uporabljajo se nesteroidni antirevmatiki (angl. *non-steroidal anti-inflammatory drugs*, NSAIDs) in hormonska terapija, v prvi vrsti kombinirani oralni kontraceptivi ali progestogeni, kadar uporaba kombiniranih oralnih kontraceptivov ni možna. Hormonska terapija se predpiše za obdobje šestih mesecev in je ob izboljšanju simptomatike tudi diagnostična. Kadar simptomi vztrajajo, lahko terapijo nadomesti danazol ali agonisti gonadolibarina (angl. *gonadotropins releasing hormone*, GnRH), vendar se po prenehanju zdravljenja simptomi pogosto hitro povrnejo. Kadar je namen zdravljenja izboljšanje plodnosti, se endometriozo najpogosteje zdravi kirurško, kjer se poleg povrnitve plodnosti pomembno zmanjšajo bolečine in tudi možnost za ponovitev bolezni. Zdravljenje je laparoskopsko, pri čemer se spremembe odstrani z izrezom ali elektrokoagulacijo. V hujših primerih, kadar ženska ne načrtuje več družine in ima močno izraženo simptomatiko, pa je možna tudi histerektomija in obojestranska salpingo-ooforektomija (1, 3, 4).

---

## LITERATURA

1. Mounsey A, Wilgus A, Slawson DC. Diagnosis and management of Endometriosis. *American Family Physician* [Internet]. 2006 [citirano 2021 Jul 10]; 74 (4): 594–600 Dosegljivo na: <https://www.aafp.org/afp/2006/0815/p594.html>
2. Sinaii N, Plumb K, Cotton L, et al. Differences in characteristics among 1,000 women with endometriosis based on extent of disease. *Fertil steril* [Internet]. 2008 [citirano 2021 Jul 10]. Dosegljivo na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2939902/>
3. Endometriosis overview [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence, 2021 [citirano 2021 Jul 10]. Dosegljivo na: <https://pathways.nice.org.uk/pathways/endometriosis>
4. Tsamantioti E, Mahdy H. Endometriosis. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [citirano 2021 Jul 10]. Dosegljivo na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567777/>