



UNIVERSITY OF HELSINKI



<https://helda.helsinki.fi>

Helda

Syvän endometrioosin hoidon haasteet

Tarjanne, Satu

Suomen lääkäriliitto
2017

Tarjanne, S & Härkki, P 2017, 'Syvän endometrioosin hoidon haasteet', Suomen lääkärilehti, Vuosikerta. 72, Nro 37, Sivut 2008-2012. <
<http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2017/SLL372017-2008.pdf> >

<http://hdl.handle.net/10138/298042>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

This is an electronic reprint of the original article.

This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.

Please cite the original version.

SATU TARJANNE

LT, osastonlääkäri
HYKS, Naistensairaala

PÄIVI HÄRKKI

dosentti, apulaisylilääkäri
HYKS, Naistensairaala

KIRJALLISUUTTA

- Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. Lancet 2004;364:1789–1799.
- Adamson GD ym. Creating solutions in endometriosis: global collaboration through the World Endometriosis Research Foundation. J of Endometriosis 2010;2:3–6.
- Koninckx PR, Ussia A, Adamyan L, Wattiez A, Donnez J. Deep endometriosis: definition, diagnosis, and treatment. Fertil Steril 2012;98:564–571.
- Chapron C, Santulli P, de Ziegler D, Noel JC, Anaf V, Streuli I ym. Ovarian endometrioma: severe pelvic pain is associated with deeply infiltrating endometriosis. Hum Reprod 2012;27:702–711.

Jos kuukautiskipu estää työssä tai koulussa käynnin, kyse voi olla endometriosisista.

- Staal AH, van der Zanden M, Nap AW. Diagnostic Delay of Endometriosis in the Netherlands. Gynecol Obstet Invest 2016;81:321–324.
- Chapron C, Dubuisson JB, Pansini V, Vieira M, Fauconnier A, Barakat H ym. Routine clinical examination is not sufficient for diagnosing and locating deeply infiltrating endometriosis. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2002;9:115–119.
- Ballard KD, Seaman HE, de Vries CS, Wright JT. Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case-control study – Part 1. BJOG 2008;115:1382–1391.

VERTAISARVIOITU



Syvän endometriosisin hoidon haasteet

- Syvää endometriosisia esiintyy noin 1 %:lla hedelmällisessä iässä olevista naisista.
- Yksi sen tavallisimmista esiintymispaikoista on emättimen pohjukan ja peräsuolen välinen tila, ja silloin taudista käytetään nimitystä rektovaginaalinen endometriosisi. Tauti voi ulottua myös suolen seinämään.
- Syvä endometriosisi aiheuttaa vaikeita kuukautiskipuja, yhdyntä- sekä vatsakipuja ja rektovaginaalinen muoto myös ulostuskipuja.
- Tautia hoidetaan ensisijaisesti yhdistelmäehkäisyvalmisteilla tai keltarauhashormoneilla. Mikäli ne eivät lievitä kipuja riittävästi, tarvitaan kirurgiaa.
- Kirurginen hoito parantaa merkittävästi potilaiden elämänlaatua. Se on kuitenkin vaativaa, ja myös vakavia komplikaatioita esiintyy.

Endometriosisi on yleinen gynekologinen sairaus. Sen esiintyvyys hedelmällisessä iässä olevilla naisilla on 6–10 % (1) ja siitä kärsiviä on arvioitu olevan maailmanlaajuisesti noin 176 miljoonaa. Endometriosisi on estrogeeniin riippuvainen sairaus, joten se väistyy vaihdevuosi-iässä estrogeenierityksen loppuessa (2).

Arviolta 10 %:lla potilaista on syvä endometriosisi (3). Se aiheuttaa lähes poikkeuksetta vaikeita, invalidisoivia kuukautiskipuja, jotka johtavat elämänlaadun heikkenemiseen ja runsaasiin sairauspoissaoloihin koulusta ja työpaikalta (4). Keskimääräinen viive ennen oikeaa diag-

noosia on 7–9 vuotta (5). Taudin tunnistaminen ja hoitaminen parantavat merkittävästi potilaan elämänlaatua.

Endometriosisin esiintymispaikat

Endometriosisissa kohdun limakalvon kaltaista kudosta kasvaa kohdun ulkopuolella, tavallisimmin vatsaontelon alueella (kuva 1). Tauti jaotellaan esiintymispaikan perusteella kolmeen muotoon; pinnalliseen vatsakalvon endometriosisiin, munasarjojen endometriosisiin (ns. endometrioomat) ja syvään endometriosisiin.

Syvä endometriosisi sijaitsee tavallisimmin pikkulantion pohjassa (fossa Douglasi), kohdun takakannattimissa (sakrouteriiniset ligamentit),

vaginan takaseinämässä sekä rektumin seinämässä ja joskus myös virtsateissä (tavallisimmin rakon seinämässä). Vaginan ja/tai rektumin seinämään ulottuessaan siitä käytetään nimitystä rektovaginaalinen endometriosisi. Pikkulantion sivuilla endometriosisikudos voi aiheuttaa virtsajohtimia.

Kliiniset löydökset

Gynekologisessa tutkimuksessa pinnalliset vatsakalvon pesäkkeet eivät välttämättä tunnu, mutta kohdun takaosa aristaa lähes kaikilla potilailla. Syvät endometriosisipesäkkeet voi usein tuntea aristavina kyhmyinä kohdun takakannattimien seudussa. Rektovaginaalista tautimuotoa sairastavista noin puolella oli tunnettavissa kyhmyjä kohdunkaulan ja peräsuolen välissä ja spekulatutkimuksessa n. 15 %:lla oli havaittavissa endometriosisin läpikasvua emättimen takapohjukassa (6). Kookkaat endometrioomat löytyvät yleensä joko huolellisessa sisätutkimuksessa tai kaikukuvauksessa.

Kliininen diagnostiikka vaatii kokemusta. Useimmiten taudin jäljille päästään tyyppisten oireiden perusteella.

Oireet

Endometriosisin tavallisimmat oireet ovat kuukautiskivut ja krooniset vatsakivut. Niitä esiintyy n. 70 %:lla potilaista (7). Oireiden ”epämääräisyys” ja yleisyys myös terveillä naisilla selittänee pitkää viivettä ennen diagnoosia. Endometriosisiin liittyvät kuukautiskivut kuitenkin alkavat tyyppillisesti jo useita päiviä ennen varsinaista vuotoa. Kuukautiskipu, joka estää työssä tai koulussa käynnin, ei kuulu normaali-

- 8 Setälä ML, Härkki P, Perheentupa A, Heikkinen A-M, Kauko M. Särky-lääke ei auta kuukautiskipuihin – epäile endometriooia. *Suom Lääkäri* 2009;48:4141–5.
- 9 Uotila R, Setälä ML, Härkki P, Kössi J, Lavonius M. Endometriosispotilaiden suolioireet ja kirurgian vaikutus niihin. *Duodecim* 2014;130:924–30.
- 10 Bulun SE. Endometriosis. *N Engl J Med* 2009;360:268–279.
- 11 Huhtinen K, Perheentupa A, Poutanen M, Heikinheimo O. Endometriosisin patogeneesistä. *Duodecim* 2011;127:1827–1835.
- 12 McKinnon BD, Bertschi D, Bersinger NA, Mueller MD. Inflammation and nerve fiber interaction in endometriotic pain. *Trends Endocrinol Metab* 2015;26:1–10.
- 13 Majarajaa S, Black K, Manconi F, Ng C, Hey-Cunningham A, Fraser I ym. An investigation of the relationship between pelvic pain and density of nerve fibers in peritoneal lesions of endometriosis. *J Endometr Pelvic Pain Disord* 2014;6:84–91.

liin elämään. Tällaista kipua on syytä epäillä endometriosisin aiheuttamaksi (8).

Myös epätavallisten kipuoireiden esiintyminen nimenomaan kuukautisvuodon aikana voi viitata tautiin. Tällaisia oireita ovat hartiakipu, mikä viittaa pallean endometriosisiin ja kipu sekä pullistuma nivusalueella, mikä viittaa nivuseudun endometriosisiin.

Potilailla on usein myös ulostamiskipuja, ripulia, vatsan turvottelua ja toiminnallisia suolivaivoja (9). Oireet voivatkin joskus muistuttaa ärtyvän suolen oireyhtymää. Siksi endometriosisin mahdollisuus on pidettävä mielessä, mikäli epämääräisiä suolioireita ja ulostamiskipuja vallittavalla naispotilaalla on myös vaikeita kuukautiskipuja.

Syvien pesäkkeiden aiheuttamat oireet ovat riippuvaisia sijaintipaikasta. Rektovaginaalisessa endometriosisissa esiintyy kuukautiskipujen lisäksi ulostuskipuja etenkin kuukautisten aikana. Potilailla on usein myös kovia yhdyntäkipuja. Suolen seinämän sisään kasvaessaan syvä endometriosis voi aiheuttaa veriulosteita. Rak-

koendometriosisi taas aiheuttaa virtsavaivoja kuten dysuriaa ja rakon seinämän läpi kasvaessaan verivirtsaisuutta.

Joskus endometriosisi löytyy sattumalta infertilitietin taustalta. Täysin oireettomia on vain noin 5 % syvää endometriosisia sairastavista (3). Oireeton potilas ei tarvitse hoitoja.

Endometriosisikivun synty

Endometriosisin patofysiologiassa keskeistä on vatsaontelon tulehdustila (1). Makrofagit tuottavat peritoneaalineesteeseen tulehdusvälittäjäaineita kuten prostaglandiineja ja sytokiineja sekä hermo- ja verisuonikasvutekijöitä (1). Lisäksi endometriosisikudos ja potilaan kohdun limakalvo poikkeavat normaalista kohdun limakalvosta. Niissä esiintyy mm. aromataasi- ja COX-2-entsyymejä, joita terveellä kohdun limakalvolla ei tavallisesti ole (1). Aromataasi-entsyymin avulla kudos kykenee tuottamaan itsenäisesti estrogeeniä esiasteista, jotka ovat peräisin lisämunaaisista tai rasvakudoksesta, ja paikallisesti myös kolesterolista (10,11). Endometriosisikudos pystyy siis tuottamaan itselleen polttoainetta – estrogeenia – ja samalla kiihdyttämään vatsaontelon tulehdustilaa (kuvio 1). Pääosin endometriosisia ruokkiva estrogeeni on peräisin munasarjoista, mutta paikallinen synteesi saattaa selittää, miksi kivut jatkuvat osalla potilaista hormonihoidosta huolimatta.

Hiljattain on osoitettu, että vatsaontelon tulehdustila kiihdyttää hermokasvutekijä NGF:n lisääntyneen erityksen vuoksi myös hermosäikeiden muodostumista endometriosisikudoksessa (12). Lisääntynyt säiemäärä näyttäisi olevan endometriosisikivun osatekijä (13).

Syvän endometriosisin hormonaalinen hoito

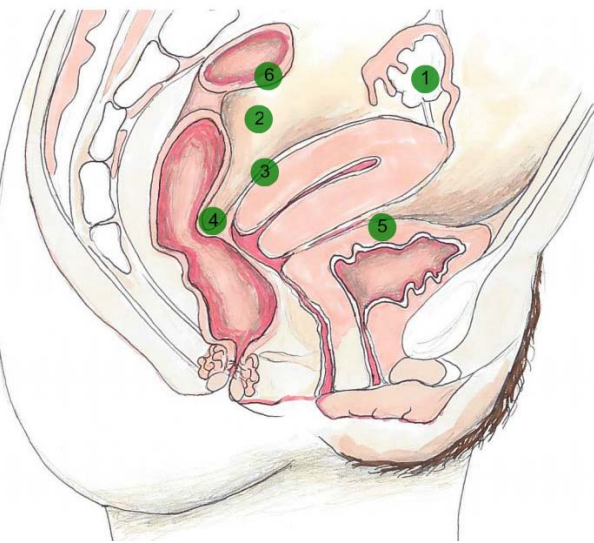
Endometriosisi on krooninen sairaus. Lähtökohdaisesti potilas tarvitsee hormonaalista hoitoa koko hedelmällisen iän ajan. Kun epäily endometriosisista syntyy, kivun hoito pitää aloittaa mahdollisimman pian kroonistumisen estämiseksi. Diagnoosin varmistavaa laparoskopiaa ei tarvitse tehdä ennen hoidon aloitusta.

Koska estrogeenilla on keskeinen rooli endometriosisikivun synnyssä, hoidossa on perinteisesti pyritty estämään ovulaatiota ja näin vähentämään estrogeenieritystä munasarjoista. Yhdistelmäehkäisyvalmisteet (tabletit, rengas ja laastari) ja keltarauhashormoni ovat käytetyim-

KUVA 1.

Endometriosisin tavallisimmat esiintymispaikat.

1. munasarja
2. vatsakalvo (peritoneum)
3. kohdun takakannattimet (sakrouteriiniset ligamentit)
4. rektovaginaalinen septum
5. rakon seinämä
6. suolen seinämä



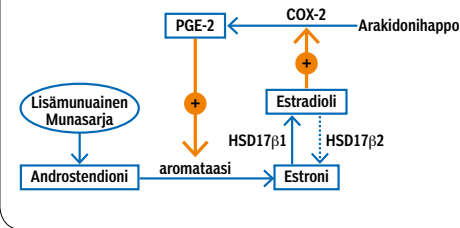
- 14 de Bastos M, Stegeman BH, Rosendaal FR, Van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Stijnen T ym. Combined oral contraceptives: venous thrombosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;3:CD010813.
- 15 Morotti M, Remorgida V, Venturini PL, Ferrero S. Progestogen-only contraceptive pill compared with combined oral contraceptive in the treatment of pain symptoms caused by endometriosis in patients with migraine without aura. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014;179:63–68.
- 16 Leone Roberti Maggiore U, Remorgida V, Scala C, Tafi E, Venturini PL, Ferrero S. Desogestrel-only contraceptive pill versus sequential contraceptive vaginal ring in the treatment of rectovaginal endometriosis infiltrating the rectum: a prospective open-label comparative study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014;93:239–247.
- 17 Morotti M, Sozzi F, Remorgida V, Venturini PL, Ferrero S. Dienogest in women with persistent endometriosis-related pelvic pain during norethisterone acetate treatment. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014;183:188–192.
- 18 Ferrero S, Camerini G, Ragni N, Venturini PL, Biscaldi E, Remorgida V. Norethisterone acetate in the treatment of colorectal endometriosis: a pilot study. *Hum Reprod* 2010;25:94–100.
- 19 Nilsson CG, Lahteenmaki PL, Luukkainen T, Robertson DN. Sustained intrauterine release of levonorgestrel over five years. *Fertil Steril* 1986;45:805–807.
- 20 Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Portuese A, Raffaelli R. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis. *Fertil Steril* 2001;75:485–488.
- 21 Tokushige N, Markham R, Russell P, Fraser IS. Effect of progestogens and combined oral contraceptives on nerve fibers in peritoneal endometriosis. *Fertil Steril* 2009;92:1234–1239.
- 22 Härkki P, Heikkinen A-M, Setälä ML. Endometriosisin nykyhoito. *Duodecim* 2011;127:1837–47.
- 23 Kössi J, Setälä M, Enholm B, Luostarinen M. The early outcome of laparoscopic sigmoid and rectal resection for endometriosis. *Colorectal Dis* 2010;12:232–235.
- 24 Fanfani F, Fagotti A, Gagliardi ML, Ruffo G, Ceccaroni M, Scambia G ym. Discoid or segmental rectosigmoid resection for deep infiltrating endometriosis: a case-control study. *Fertil Steril* 2010;94:444–449.

KUVIO 1.

Estrogeenisynteesin ja inflammaation noidankehä endometriosisissa.

Endometriosisikudos kykenee itsenäiseen estrogeenituotantoon. Estrogeeni lisää inflammaatiota stimuloimalla COX-2-entsyymiä (10).

PGE-2 = prostaglandiini E2, COX-2 = syklo-oxygenaasi2, HSD17β = hydroksisteroidi dehydrogenaasi 17β



mät hoitomuodot hyvän siedettävyyden ja suhteellisen edullisen hinnan vuoksi. Yhdistelmäehkäisyvalmisteiden aloituksessa on huomioitava samat vasta-aiheet kuin yleensäkin ehkäisyä aloitettaessa, erityisesti veritulppariskin lisääntyminen (14). Keltarauhashormonivalmisteisiin tällaista riskiä ei liity.

Syvän endometriosisin hormonaalista hoitoa on viime vuosina tutkittu lisääntyvässä määrin. Keltarauhashormoneista (taulukko 1) desogestreeli on 75 µg:n vuorokausiannoksella osoitettu tehokkaaksi rektovaginaalista endometriosisia sairastavilla (15,16). Myös dienogesti (2 mg/vrk) samoin kuin noretisteroniasetaatti (2,5–5 mg/vrk) ovat tuottaneet hyviä hoitovasteita (17,18).

TAULUKKO 1.

Suomessa syvän endometriosisin hoidossa yleisimmin käytetyt keltarauhashormonivalmisteet.

Vaikuttava aine	Annos	Antoreitti
Desogestreeli	75 µg/vrk	suun kautta
Dienogesti	2 mg/vrk	suun kautta
Levonorgestreeeli	20 µg/vrk	lääkekieluriikka
Noretisteroni	2,5–20 mg/vrk	suun kautta
Lynestrenoli	5–20 mg/vrk	suun kautta
Medroksi-progesteroni-asettaatti	10–30 mg/vrk	suun kautta

Keltarauhashormoni voidaan annostella paikallisesti kohtuun hormonikierukalla (LNG-IUS). Siitä vapautuu levonorgestreelia 20 µg joka päivä vähintään viiden vuoden ajan, mikä seurauksena kohdun limakalvo ja endometriosisipesäkkeet atrofioituvat (19). Pienen pilottitutkimuksen perusteella hormonikierukka näyttäisi olevan tehokas syvässä endometriosisissa (20). Kliiniset kokemukset tukevat tätä havaintoa.

Vaikka hormonihoitojen vaikutus perustuu ensisijaisesti ovulaation estoon ja estrogeenisynteesin vähentymiseen, niillä on myös muita vaikutusmekanismeja. Hormonihoidot hillitsevät tulehdusta ja prostaglandiineista johtuvaa kohdun kivuliasta supistelua, koska estrogeenin vähentyessä myös COX-2-stimulaatio heikkenee (kuvio 1). Hoidoilla on myös antiangiogeneettisiä vaikutuksia, ja ne vähentävät kipuhermosäikeiden määrää (21). Kaikki hormonaaliset hoidot niukentavat niin ikään kuukautisvuotoa, jolloin myös vatsaontelon puolelle munanjohtimien kautta valuva vuoto – poikkeava kohdun limakalvo – vähenee. Tämä retrogradisen menstruaation esto on todennäköisesti luultua tärkeämpi vaikutusmekanismi. Endometriosisissa kannattaakin suosia hoitoja, jotka johtavat mahdollisimman vähäiseen vuotoon.

Kirurgisen hoidon haasteet

Endometriosisikirurgiaa tarvitaan, jos kivut jatkuvat hormonaalisista hoidoista huolimatta. Tällöin potilas on syytä ohjata erikoissairaanhoidon tilanteen arvioimiseksi. Mikäli oireiden ja kliinisen tutkimuksen (tai kaikukuvauksen) perusteella epäillään syvää endometriosisia, taudin laajuus selvitetään tarkasti ennen laparoskopiaa. Vaginaalinen kaikukuvaus on kokeneissa käsissä luotettava väline rektovaginaalisten, rektumin, sakrouteriinisten ligamenttien ja virtsarakon pesäkkeiden löytämiseksi. Myös magneettikuvaus soveltuu hyvin niiden toteamiseen. Menetelmän valinta on klinikkakohtainen. Tärkeintä on selvittää pesäkkeiden tarkka sijainti, jotta pystytään arvioimaan jo ennen leikkausta esimerkiksi suoli-toimenpiteiden tarve (kuva 2).

Kirurgisessa hoidossa pyritään poistamaan endometriosisipesäkkeet mahdollisimman tarkkaan heikentämättä kuitenkaan mahdollisuutta tulla raskaaksi (22). Valtaosa potilaista on nuria synnyttämättömiä naisia.

- 25 Roman H, Moatassim-Drissa S, Marty N, Milles M, Vallee A, Desnyder E ym. Rectal shaving for deep endometriosis infiltrating the rectum: a 5-year continuous retrospective series. *Fertil Steril* 2016;106:1438–45.
- 26 De Cicco C, Corona R, Schonman R, Mailova K, Ussia A, Koninckx P. Bowel resection for deep endometriosis: a systematic review. *BJOG* 2011;118:285–291.
- 27 Tarjanne S, Heikinheimo O, Mentula M, Harkki P. Complications and long-term follow-up on colorectal resections in the treatment of deep infiltrating endometriosis extending to bowel wall. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015;94:72–79.
- 28 Meuleman C, Tomassetti C, D'Hoore A, Van Cleynebreugel B, Penninckx F, Vergote I ym. Surgical treatment of deeply infiltrating endometriosis with colorectal involvement. *Hum Reprod Update* 2011;17:311–326.
- 29 Carmona F, Martinez-Zamora A, Gonzalez X, Gines A, Bunesch L, Balasch J. Does the learning curve of conservative laparoscopic surgery in women with rectovaginal endometriosis impair the recurrence rate? *Fertil Steril* 2009;92:868–875.

Kookkaan, suolen lihaskerrokseen ulottuvan syvän endometriosisipesäkkeen poistamiseksi tarvitaan usein suolen segmenttiresektio. Se tehdään yleensä laparoskooppisesti yhteistyössä vatsaelinkirurgin kanssa. Endometriosisin vaurioittama suolen alue poistetaan ja anastomoosi tehdään rengassulkulaitteella (23).

Jos suolen seinämän pesäke on pieni (alle 3 cm), riittää, että se poistetaan paikallisesti. Kun vain pesäkkeen sisältävä suolen osa poistetaan laparoskooppisesti rengassulkulaitetta apuna käyttäen, lantion hermotus säilyy koskemattomana. Myöhemmät toiminnalliset suoli-ongelmat, kuten ummetus, ovat tällöin mahdollisesti vähäisempiä (24).

Mikäli suolen pesäke on hyvin pinnallinen, se voidaan poistaa kokonaan ns. höyläämällä, avaamatta suolen seinämää (25).

Virtsarakon pesäkkeen poiston yhteydessä virtsarakon seinämä useimmiten avataan ja lopuksi suljetaan ompelein. Virtsanjohtinta aiheuttava endometriosisi on ainoa tautimuoto, jo-

ka on oireettomanakin hoidettava kirurgisesti. Se voi edetessään johtaa hydronefroosiin ja pahimmassa tapauksessa munuaisen menetykseen. Hoitona on joko pelkkä endometriosisipesäkkeen poisto virtsanjohtimen ympäriltä tai tarvittaessa lisäksi virtsanjohtimen uudelleenkinnitys rakkoon ompelemalla (ureteronekystostomia). Uusiutuneessa endometriosisissa – mikäli lääkehoito ei tehoa – voidaan tarvita endometriosisikudoksen poiston lisäksi kohdun ja munasarjojen poisto.

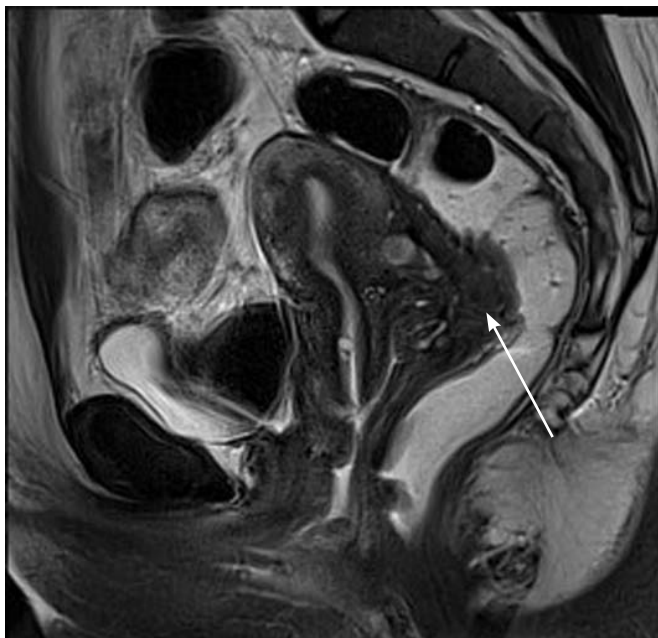
Endometriosisikirurgia on vaativaa ja siihen liittyy myös vakavien komplikaatioiden mahdollisuus. Potilaista, joille tehdään laparoskooppinen suoliresektio, vakavia komplikaatioita esiintyy 11–12 %:lla (26). Tulokset näyttäisivät parantuvan kokemuksen ja keskittämisen myötä (27).

Vakavia komplikaatioita ovat esimerkiksi suoliperforaatio, rektovaginaalinen fisteli ja virtsateiden vauriot. Osa niistä on potentiaalisesti henkeä uhkaavia, ja koska endometriosisipotilaat ovat

KUVA 2.

Suolen seinämään ulottuva endometriosisipesäke.

Vasemmalla magneettikuva, ja oikealla sama pesäke leikkauspreparaatissa.



Endometriosisin tuottama estrogeeni kiihdyttää tulehdusta.

- 30 Morotti M, Vincent K, Brawn J, Zondervan KT, Becker CM. Peripheral changes in endometriosis-associated pain. *Hum Reprod Update* 2014;20:717–736.
- 31 Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B ym. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod* 2014;29:400–412.
- 32 Setälä M, Harkki P, Matomäki J, Mäkinen J, Kossi J. Sexual functioning, quality of life and pelvic pain 12 months after endometriosis surgery including vaginal resection. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91:692–698.
- 33 Bassi MA, Podgaec S, Dias JA, Jr, D'Amico Filho N, Petta CA, Abrao MS. Quality of life after segmental resection of the rectosigmoid by laparoscopy in patients with deep infiltrating endometriosis with bowel involvement. *J Minim Invasive Gynecol* 2011;18:730–733.
- 34 Kossi J, Setälä M, Mäkinen J, Harkki P, Luostarinen M. Quality of life and sexual function 1 year after laparoscopic rectosigmoid resection for endometriosis. *Colorectal Dis* 2013;15:102–108.
- 35 Kent A, Shakir F, Rockall T, Haines P, Pearson C, Rae-Mitchell W ym. Laparoscopic surgery for severe recto-vaginal endometriosis compromising the bowel. A prospective cohort study. *J Minim Invasive Gynecol* 2016;23:526–34.
- 36 Marcoux S, Maheux R, Berube S. Laparoscopic surgery in infertile women with minimal or mild endometriosis. *Canadian Collaborative Group on Endometriosis. N Engl J Med* 1997;337:217–222.
- 37 Vercellini P, Pietropaolo G, De Giorgi O, Daguati R, Pasin R, Crosignani PG. Reproductive performance in infertile women with rectovaginal endometriosis: is surgery worthwhile? *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:1303–1310.
- 38 Stepniowska A, Pomini P, Bruni F, Mereu L, Ruffo G, Ceccaroni M ym. Laparoscopic treatment of bowel endometriosis in infertile women. *Hum Reprod* 2009;24:1619–1625.
- 39 Darai E, Cohen J, Ballester M. Colorectal endometriosis and fertility. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017;209:86–94.
- 40 Harkki P, Heikinheimo O, Tiitinen A. Endometriosis ja lapsettomuus – mitkä tekijät vaikuttavat hoidon valintaan? *Suom Lääkäril* 2015;70:221–6.

lähtökohtaisesti nuoria, terveitä naisia, leikkaukseen ei pidä ryhtyä, mikäli oireet ovat vähäisiä. Samasta syystä vaikeankin endometriosisin hoito tulee aina aloittaa hormonaalisilla valmisteilla.

Perinteisesti endometriosisikirurgian haaste ovat olleet suuret residiviluvut. Taudin esi-tetty uusiutuvan leikkauksen jälkeen 5–30 %:lla potilaista (3,26,28). Viime vuosina pyrkimykse-nä on ollut keskittää syvän endometriosisin hoi-toa suuriin yksiköihin, joissa on saatavilla osaa-mista riittävän laajaan toimenpiteeseen. Resi-diiviluvut näyttäsivätkin olevan huomattavasti pienempiä syvän endometriosisin perusteellisen poiston jälkeen (29). Keskittäminen pienentää myös toistuviin leikkauksiin liittyvää neuropaat-tisten kiputilojen kehittymisen riskiä (30).

Leikkauksen jälkeen on syytä aloittaa hormo-naalinen hoito keltarauhashormoneilla tai yh-distelmäehkäisyvalmisteilla residiiviriskin pie-nentämiseksi (31). Mikäli kohtu ja munasarjat on jouduttu poistamaan, estrogeenikorvaushoi-don rinnalle suositellaan poikkeuksellisesti kel-tarauhashormonia estämään mahdollista tau-din uudelleen aktivoitumista (31).

Syvän endometriosisin leikkaushoito näyttäisi parantavan merkittävästi potilaiden elämänlaa-tua (32). Vuoden seurannassa laparoskooppisen suoliresektion jälkeen jopa 85 % potilaista koki kipujen helpottuneen ja elämänlaadun parantu-neen huomattavasti (33,34,35).

Syvä endometriosisi ja infertilitteetti

Hormonaaliset hoidot eivät sovi infertilitteetti-potilaiden endometriosisin hoitoon, koska ne

ehkäisevät aina myös raskautta. Lievästä endometriosisista kärsivällä infertilitteetti-potilaalla kirurginen hoito parantaa hedelmäl-lisyyttä (36). Syvän endometriosisin osalta tut-kimusten näyttö kirurgian vaikutuksista on ristirii-taista ja vertailevia tutkimuksia on vähän (31). Vercellinin ym. (37) tutkimuksessa 105 rekto-vaginaalista endometriosisia ja infertilitteettiä sairastavaa potilasta ohjattiin joko leikkausryh-mään (n = 44) tai seurantar ryhmään (n = 61). Ryhmien välillä ei ollut merkitsevää eroa ras-kaaksi tulleiden osuudessa (34 % vs. 36 %). Sen sijaan suoleen ulottuvalla endometriosisil-la on osoitettu olevan negatiivista vaikutusta hedelmällisyyteen. Laparoskooppinen suolire-sektio tällaisessa tilanteessa parantaa mahdol-lisesti myös hedelmällisyyttä (38,39).

Jos potilaan lapsettomuuden taustalta löytyy syvä endometriosisi, mutta potilas on muutoin oireeton, koeputkihedelmoitys on yleensä ensi-sijainen lapsettomuuden hoitomuoto. Mikäli hedelmöityshoidot ovat tuloksettomia, kirurgi-asta saattaa olla hyötyä. Toistuvat leikkaukset kuitenkin huonontavat hedelmällisyyttä (40). Infertilitteetistä kärsivien, syvää endometriosisia sairastavien potilaiden hoito vaatii aina yksilöl-listä suunnittelua kiputilan huomioiden. ●

SIDONNAISUDET

Satu Tarjanne: Luentopalkkiot (Gynekologisen kirurgian seura), matkakulut (Olympus).
Päivi Härkki: Asiantuntijalausunnat (Gedeon Richter), luentopalkkiot (Bayer, Gedeon Richter), matkakulut (Bayer, Olympus).

English summary | www.laakarilehti.fi | in english
Treatment of deep infiltrating endometriosis

SATU TARJANNE
M.D., Ph.D., Senior Physician
Department of Obstetrics and
Gynaecology, Helsinki University
Hospital

PÄIVI HÄRKKI

Treatment of deep infiltrating endometriosis

Endometriosis is a benign oestrogen-dependent disease affecting 6–10% of women of reproductive age. It is divided into three forms depending primarily on the location of the disease: ovarian endometriosis, superficial peritoneal endometriosis and deep infiltrating endometriosis (DIE). DIE is present in 10% of endometriosis cases. DIE located in the upper posterior vaginal wall behind the cervix is referred to as rectovaginal endometriosis (RVE). In 4–12% of RVE cases, DIE extends into the bowel wall.

Pain is the leading symptom in DIE. In RVE the most common symptoms are dysmenorrhoea, coital pain and pain during defecation.

The first-line treatment for DIE is hormone therapy using combined oral contraceptives or progestins. In DIE patients not responding to hormone therapy, surgery is needed. Surgical treatment of RVE may require bowel resection.

Surgical treatment of DIE is challenging and a multidisciplinary approach is often needed. Surgery for DIE seems to result in long-term symptom relief.