

przez Ros Wood

tłum. Basia Kossakowska

Ogólnie rzecz biorąc, kobietom z endometriozą trudniej zajść w ciążę od innych kobiet. Jednak, niewiele badań zostało przeprowadzonych na ten temat, więc nie można dokładnie określić, jak silnie endometrioza wpływa na płodność.

Niemniej jednak badania wskazują, że kobietom z łagodną endometriozą zajście w ciążę zabiera więcej czasu i mają mniejsze szanse na ciążę niż inne kobiety. //

Wydaje się również, że im kobieta ma bardziej zaawansowaną endometriozę tym trudniej będzie jej zajść. Dlatego kobiety z średnio lub bardzo zaawansowaną endometriozą mają większe problemy z poczęciem niż kobiety z mało zaawansowaną endometriozą. Jednak trzeba pamiętać, że bycie chorym na endometriozę nie oznacza automatycznie byciem bezpłodnym. Raczej oznacza to, że z zajściem w ciążę mogą być trudności.

Wiele kobiet z endometriozą zachodzi w ciążę bez żadnych problemów i wiele z nich zachodzi w ciążę po jakimś czasie, ale stan niektórych z nich wymaga zabiegów chirurgicznych i/lub technik wspomaganego rozrodu.

(...)

W jednym z australijskich badań obejmującym 3895 kobiet z endometriozą, 54% kobiet, przez pierwsze 12 miesięcy starań w ciążę nie zaszło. Jednak 70% z nich w końcu miało przynajmniej jedno dziecko [1] (badanie to obejmowało kobiety, które próbowały zajść w 1970 roku lub wcześniej, kiedy to techniki wspomaganego rozrodu były mniej dostępne i dużo mniej skuteczne niż teraz, dlatego 70% może być niedoszacowane). Dla porównania w 1995 roku w USA było 10,2% niepłodnych kobiet.

PRZYCZYNY

W większości przypadków nie wiadomo dlaczego kobiecie z endometriozą jest trudniej zajść w ciążę.

Wyjątkiem od reguły jest sytuacja, kiedy endometrioza jest na tyle zaawansowana, aby spowodować uszkodzenia jednego lub więcej narządu niezbędnego do poczęcia. Na przykład, jeśli jajniki są pokryte grubą warstwą zrostów, jajeczko nie może uwolnić się z jajnika (niepękające pęcherzyki – przyp. tłum.) i być zapłodnione. Podobnie, jeśli jajnik lub jajowód utknie we zroście w jakimś nietypowym miejscu, jajeczko nie jest w stanie przedostać się z jajnika do ujścia jajowodu. Takie zniszczenia są zwykle znajdowane u kobiet ze średnio lub bardzo zaawansowaną endometriozą. [3].

Zostało zaproponowanych wiele teorii wyjaśniających, dlaczego kobietom z endometriozą jest trudniej zajść w ciążę. Jednak żadna nie została wsparta dowodami. Być może jest kilka różnych powodów, które mogą ujawnić się u konkretnej kobiety. Niektóre teorie to:

- jajeczka są słabej jakości
- substancje produkowane przez ogniska endometrialne hamują ruch komórki w dół jajowodu

- stan zapalny w jamie brzusznej powodowany endometriozą stymuluje produkcję komórek, które atakują nasienie lub zmniejszają jej żywotność
- jajeczka nie są uwalniane z jajników w każdym miesiącu

PORONIENIE

Brak dowodów na to, że endometrioza powoduje powtarzające się poronienia. Tak samo, nie ma dowodów na to, że leczenie endometriozy zmniejsza ryzyko poronienia.

LECZENIE HORMONALNE

Mało zaawansowana endometrioza

U kobiet z mało lub średnio zaawansowaną endometriozą leki hormonalne nie są efektywnym leczeniem zaburzeń płodności związanych z endometriozą. Ani też żaden z takich leków nie zwiększa prawdopodobieństwa ciąży.

Średnio i bardzo zaawansowana endometrioza

W przypadku kobiet z bardziej zaawansowaną endometriozą brakuje badań, które wykazałyby wpływ leczenia hormonalnego na płodność. Jednak zakłada się, że to leczenie jest nieskuteczne i nie zaleca się go w celu poprawy płodności.

LECZENIE OPERACYJNE

Cel

Leczenie operacyjne endometriozy związane z płodnością ma na celu usunięcie wszelkich ognisk endometrialnych oraz zrostów. Jeśli endometrioza uszkodziła lub unieruchomiła w nieprawidłowym miejscu jakiś narząd, chirurg będzie próbował naprawić uszkodzenie i/lub przywróci ułożenie narządów do stanu jak najbliższemu naturalnej anatomii.

Mało zaawansowana endometrioza

U kobiet z minimalną endometriozą, laparoscopia jest efektywnym leczeniem płodności. Odsetek ciąż jest większy u kobiet po laparoskopii z ingerencją niż tylko po laparoskopii diagnostycznej.

Średnio i bardzo zaawansowana endometrioza

W przypadku kobiet ze średnio i bardzo zaawansowaną endometriozą brakuje dobrze zaprojektowanych badań, które sprawdzałyby wpływ zabiegów chirurgicznych na płodność. Jednak trzy badania sugerują, że im bardziej zaawansowana endometrioza tym mniejszy odsetek ciąż po zabiegu operacyjnym [11, 12, 13]. Innymi słowy, wygląda na to, że odsetek ciąż po zabiegu operacyjnym jest większy u kobiet z mniej zaawansowaną endometriozą. Mimo to, część ginekologów uważa, że kobiety z najcięższą postacią endometriozy zwiększają dużo znacznie szanse na ciążę [14]. Innymi słowy, proporcjonalnie szanse na ciążę po operacji kobiet z zaawansowaną endometriozą zwiększają się bardziej niż kobiet z mniej zaawansowaną postacią tej choroby.

Torbiele endometrialne

Endometrioza i niepłodność

Wpisany przez basia

Wtorek, 30 Grudzień 2008 21:41 - Zmieniony Niedziela, 21 Sierpień 2011 21:28

Istnieje poważna debata nad tym, jak duża ma być torbiel endometrialna, aby wymagała leczenia [9].

Są trzy sposoby leczenia torbieli:

- Odessanie zawartości torbieli
- Odessanie zawartości torbieli i skoagulowanie tego miejsca
- Wycięcie torbieli z jajnika

Kilka badań wykazało, że wycięcie torbieli większych niż 4 cm średnicy prowadzi do zwiększonej szansy na ciążę i zmniejsza ryzyko nawrotu porównując to z odessaniem z koagulacją [15, 16, 17, 18]

Usunięcie torbieli endometrialnej umożliwia zdiagnozowanie endometriozy, poprzez badanie histopatologiczne pobranego wycinka, może też zmniejszyć ból i dyskomfort i może też ułatwić pobranie komórek w przypadku zabiegu in vitro [9].

Jednak, usunięcie torbieli może też spowodować usunięcie części tkanek jajnika, w których znajdują się komórki jajowe (potencjalne jajeczka). To może pogorszyć pracę jajnika a nawet ją zakończyć, zwłaszcza u kobiet, których jajniki były już wcześniej operowane. [9].

Dlatego decyzja czy usunąć torbiel endometrialną, czy nie, musi być bardzo ostrożnie podejmowana i uzależniona od okoliczności [9].

[Niepłodność spowodowana endometriozą i techniki wspomaganego rozrodu \(ART\)](#)

Bibliografia:

Treloar SA, Martin NG, Kennedy SH and Montgomery GW. Characteristics and symptoms in 3895 women diagnosed with endometriosis in an Australian genetic epidemiological study. World Endometriosis Congress 2005 presentation.

Speroff L and Fritz M. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. United States of America: Lippincott Williams & Wilkins, 2005: pp1014.

American Society for Reproductive Medicine. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril* 1997;67:817-821.

Kennedy S. *The patient's essential guide to endometriosis*. United Kingdom: Alden, 2003:pp42.

Vercammen EE and D'Hooghe TM. Endometriosis and recurrent pregnancy loss. *Semin Reprod Med* 2000;18:363-368.

Marcoux S, Maheux R and 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.

Parazzini F. Ablation of lesions or no treatment in minimal-mild endometriosis in infertile women: a randomized trial. Gruppo Italiano per lo Studio dell'Endometriosi. *Hum Reprod* 1999;14:1332-1334.

Hughes E, Fedorkow D, Collins J and Vandekerckhove P. Ovulation suppression for endometriosis (Cochrane Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007; 3. Art. No.: CD000155. DOI: 10.1002/14651858.CD000155.pub2.

ESHRE Guidelines, 2007 – online at <http://guidelines.endometriosis.org>

Jacobson TZ, Barlow DH, Koninckx PR, Olive D and Farquhar C. Laparoscopic surgery for subfertility associated with endometriosis (Cochrane Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002;4. Art. No.: CD001398. DOI: 10.1002/14651858.CD001398.

Adamson GD, Hurd SJ, Pasta DJ and Rodriguez BD. Laparoscopic endometriosis treatment: is it better? *Fertil Steril* 1993;59:35-44.

Guzick DS, Silliman NP, Adamson GD, Buttram-VC J, Canis M, Malinak LR and Schenken RS. Prediction of pregnancy in infertile women based on the American Society for Reproductive Medicine's revised classification of endometriosis. *Fertil Steril* 1997;67:822-829.

Osuga Y, Koga K, Tsutsumi O, Yano T, Maruyama M, Kugu K, Momoeda M and Taketani Y. Role of laparoscopy in the treatment of endometriosis-associated infertility. *Gynecol Obstet Invest* 2002;53 Suppl 1:33-39.

Reid GD. Endometriosis and infertility. *e-Report* 2005;1:1-5.

Beretta P, Franchi M, Ghezzi F, Busacca M, Zupi E and Bolis P. Randomized clinical trial of two laparoscopic treatments of endometriomas: cystectomy versus drainage and coagulation. *Fertil Steril* 1998;70:1176-1180.

Chapron C, Vercellini P, Barakat H, Vieira M and Dubuisson JB. Management of ovarian endometriomas. *Hum Reprod Update* 2002;8:6-7.

Endometrioza i niepłodność

Wpisany przez basia

Wtorek, 30 Grudzień 2008 21:41 - Zmieniony Niedziela, 21 Sierpień 2011 21:28

Hart R, Hickey M, Maouris P, Buckett W, and Garry R. Excisional surgery versus ablative surgery for ovarian endometriomata: a Cochrane Review. Hum Reprod, 2005;20:3000-3007.

Vercellini P, Chapron C, De Giorgi O, Consonni D, Frontino G and Crosignani PG. Coagulation or excision of ovarian endometriomas? Am J Obstet Gynecol 2003b;188:606-610.

Dziękuję za recenzje do artykułu dokonane przed publikacją następującym osobom:

Juan Garcia Velaso, IVI Madrit, Hiszpania

Andrew Prentice, Consultant Gynaecologist, University of Cambridge, Wielka Brytania

Hugo C Verhoeven, Head of Reproductive Medicine, Med-Plus Krefeld, Niemcy

Źródło:

<http://www.endometriosis.org/infertility.html>

Dziękujemy za zgodę na tłumaczenie powyższego artykułu Lone Hummelshoj redaktorke endometriosis.org.