

**SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA V BRATISLAVE
LEKÁRSKA FAKULTA**

ENDOMETRIÓZA

Diplomová práca

2017

Elvíra Pinkeová

10033

Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

LEKÁRSKA FAKULTA

ENDOMETRIÓZA

Diplomová práca

Študijný program: Všeobecné lekárstvo

Študijný obor: 7.1.1. Všeobecné lekárstvo

Vedúci záverečnej práce: Doc. MUDr. Igor Rusňák, CSc., mim.prof.

Bratislava 2017

Elvíra Pinkeová



SLOVENSKÁ ZDRAVOTNÍCKA UNIVERZITA v Bratislave

Lekárska fakulta

I.gynekologicko-pôrodnická klinika SZU a UNB

ZADANIE ZÁVEREČNEJ PRÁCE

Identifikačné číslo : 10033

Názov záverečnej práce :

Endometrióza

Autor záverečnej práce: Elvíra Pinkeová

Študijný odbor: 7.1.1. všeobecné lekárstvo

Študijný program: všeobecné lekárstvo

Typ záverečnej práce: Diplomová práca 1. a 2. st. MUDr

Akademický rok: 2016/2017

Vedúci záverečnej práce: Doc. MUDr. Igor Rusňák, CSc., mim. prof.

Dátum zadania záverečnej práce: 1.3.2016

Anotácia:

Cieľom teoretickej časti je popísať problematiku endometriózy, a praktickej časti venovať sa súboru pacientok s definovanými 8 parametrami, ktoré boli predmetom štúdie.

V Bratislave dňa: 23.5.2017

.....
Podpis študenta

.....
Podpis vedúceho záverečnej práce

ČESTNÉ VYHLÁSENIE

Vyhlasujem že predloženú diplomovú prácu Endometrióza som vypracovala samostatne.
Všetky použité zdroje literatúry som uviedla v zozname použitej literatúry.

V Bratislave dňa 14.05.2017

.....

Podpis študenta(autora)

POĎAKOVANIE

Touto cestou ďakujem školiteľovi Doc. MUDr.. Igorovi Rusňákovi, CSc., mim.prof za pomoc a odborné rady počas konzultácii pri písaní tejto diplomovej práce.

Ďakujem rodine za morálnu podporu, počas štúdia a počas písania diplomovej práce.

Abstrakt

PINKEOVÁ, Elvíra : Endometrióza. [Diplomová práca]. Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave. Lekárska fakulta. Školiteľ: Doc. MUDr. Igor Rusňák, CSc., mim. prof. Stupeň odbornej kvalifikácie: Doktor všeobecného lekárstva. Bratislava. 2017. Počet strán: 60.

Endometrióza je ochorenie typické pre fertílne obdobie. Práca je rozdelená na dve časti. Prvá teoretická a druhá praktická. Teoretická časť zahŕňa poznatky o etiopatogenéze, epidemiológii, patologicko-anatomickom obraze, klasifikácii, klinickom obraze, diagnostike a terapii ochorenia. Druhá praktická časť sa zaoberá otázkami ako vek pacientok, socio-ekonomický status, parita, patologicko-anatomická forma, lokalizácia, histológia, zhoda klinickej diagnózy a operačnej diagnózy, zhoda klinickej diagnózy a histológie. Súbor pacientok bol spracovaný na základe operačných kníh I.gynekologicko-pôrodnickej kliniky LF SZU, z roku 2015, 2016 až do apríl 2017.

Kľúčové slová: endometrióza, diagnostika, ochoreie, terapia, súbor pacientok.

Abstract

PINKEOVÁ, Elvira: Endometriosis. [Thesis]. Slovak Medical University in Bratislava. Faculty of Medicine. Lecturer: Doc. MUDr. Igor Rusňák, CSc., mim. prof. Qualification level: Doctor of Medicine. Bratislava. 2017. Number of pages: 60

Endometriosis is a typical illness of women in their fertile period. The thesis is divided into two sections. The first one is the theoretical, and the second one is the practical part. The theoretical part includes notes about etiopathogenesis, epidemiology, anatomic pathological view, classification, clinical facts/complete view, diagnostics and therapies of illness. The second, practical section answers questions regarding age, economic and social status, parity, localization, histology, identity of clinical and surgical diagnosis and the identity of clinical diagnosis and histology of the patients. The list of patients and data are sourced from surgery books/records of I.gynekologicko--pôrodnicej kliniky of SZU from the year 2015, 2016 till April 2017.

Key words: endometriosis, diagnosis, illness, therapy, list of patients.

Zoznam tabuliek :

Tabuľka č.1.: Revidovaná klasifikácia endometriózy podľa Americkej spoločnosti pre plodnosť (American Fertility Society, 1985)

Tabuľka č.2.: Histomorfologické formy endometriózy (Brosens, Nisolle,1997)

Tabuľka č.3.: Dynamicky sa meniace progresívne a regresívne zmeny

Tabuľka č.4.: Ultrazvuková a laparoskopická diagnostika pri endometrióze (Brosens, Nisolle,1997)

Tabuľka č. 5: Ultrazvuková charakteristika endometriómu.(Rusňák, Štencl, 1995)

Tabuľka č.6: Ultrazvuková a laparoskopická diagnostika cystického endometriómu (Brosens, Nisolle,1997)

Tabuľka č.7.: Dif.dg. cystického endometriómu (Rusňák, Štencl, 1995)

Tabuľka č.8.: Nešpecifické USG markery pre diagnostiku endometriózy (Rusňák, Čunderlík, Turkota, Hinšt, 2004)

Tabuľka č.9.: Možnosti liečby endometriózy

Tabuľka č. 10: Vekové zastúpenie v percentách

Tabuľka č.11.: Socio-ekonomický status

Tabuľka č.12.: Parita

Tabuľka č.13: Patologicko-anatomická forma

Tabuľka č.14: Lokalizácia ochorenia

Tabuľka č.15.: Histológia

Tabuľka č. 16.: Zhoda klinickej diagnózy s operačnou diagnózou

Tabuľka č. 17.: Zhoda klinickej diagnózy s histológiou.

Zoznam grafov:

Graf č.1A: Vekové zastúpenie v percentách

Graf č.1B: Vekové zastúpenie v percentách

Graf č.2A: Socio-ekonomický status

Graf č.2B: Socio-ekonomický status

Graf č.3A : Parita

Graf č.3B : Parita

Graf č.4A: Patologicko-anatomická forma

Graf č.4B: Patologicko-anatomická forma

Graf č.5A: Lokalizácia

Graf č.5B: Lokalizácia

Graf č.6A: Výsledok histológie

Graf č.6B: Výsledok histológie

Graf č.7A: Zhoda klinickej diagnózy s operačnou diagnózou

Graf č.7B: Zhoda klinickej diagnózy s operačnou diagnózou

Graf č.8A: Zhoda klinickej diagnózy s histológiou

Graf č.8B: Zhoda klinickej diagnózy s histológiou

Zoznam obrázkov:

Obrázok č.1: USG obraz cysty v cavum Douglasi

Obrázok č.2: USG obraz suspektnej hemoragickej cysty

Obrázok č.3: Laparoskopický obraz endometriotického ložiska

Obrázok č.4: Laparoskopický obraz endometriotických ložiska

Obrázok č.5: Laparskopický obraz hemoragickej cysty

Zoznam skratiek :

CO₂- oxid uhličitý

Dif.dg.- diferenciálna diagnóza

FSH- folikulostimulačný hormón

GnRH-gonadotropin releasing hormone, gonadoliberín

HSK-hysteroskopia

LH- luteinizačný hormón

LSK –laparoscopia

MHz- megahertz

MRI-magnetická rezonancia

RA-rodinná anamnéza

Resp.-respektíve

RTG- röntgenové vyšetrenie

Subj.-subjektívne

USG-ultrasonografia

Obsah:

Teoretická časť

Úvod.....	12
Etiopatogenéza.....	13
Fyziologická stavba endometria.....	14
Epidemiológia.....	15
Patologicko-anatomický obraz.....	16
Klasifikácie.....	17
Klinický obraz.....	20
Diagnostika endometriózy.....	21
Liečba endometriózy.....	29

Praktická časť

Cieľ práce.....	34
Metodika a metódy skúmania.....	35
Výsledky definovaných parametrov.....	38
Diskusia.....	54
Záver.....	54
Obrázky.....	55
Použitá literatúra.....	58

Teoretická část

Úvod

Prvýkrát použil termín endometrióza J. A. Sampson pred 100 rokmi, opísaná však bola už skôr pod iným názvom. Profesor C. Rokitanský v roku 1860 použil názov cystosarcoma adenoides uterinum. Okrem srdca a sleziny bola zistená vo všetkých tkanivách ľudského tela. Svojím chovaním sa často podobá malígnemu ochoreniu, malígný zvrät ochorenia je napriek tomu pomerne vzácne, približne 1%. Samotný patologický proces môže progredovať v čase, pričom má infiltratívny a invazívny charakter. Môže sa prejavovať ako prechodný stav počas fertílneho obdobia a následne sa vyhojiť. Druhá možnosť je závažnejšia forma, keď ochorenie progreduje do závažného stavu - postupne nastupujú charakteristické príznaky. Klinický priebeh zhoršuje aj tzv. fibroadhezívny proces. (Kučera, 2008)

"Endometrióza je definovaná ako prítomnosť štruktúr endometria mimo maternice."
(Mohan,2010, 758st.)

Endometriálne tkanivo je estrogén dependentný. Hlavným symptómom je chronická pelvická bolesť, ďalej dyspareunia (bolesti pri pohlavnom styku), dysmenorea (silné menštruačné bolesti) a sterilita. Patologicko-anatomická podstata ochorenia je prítomnosť funkčných endometriálnych žliaz spolu so strómou mimo ich fyziologického určenia-mimo maternice. Najčastejšia lokalizácia je v malej panve (ovária, tubae uterinae, peritoneum, rektovaginálne septum, sakrouterinné väzy). (Citterbart, 2001)

Etiopatogenéza

Príčina ektopickej lokalizácie nie je celkom jasná, napriek tomu literatúra spomína viaceré teórie vzniku.

- **Transplantačná – Sampsonova teória**
Predpokladá retrográdnú menštruáciu, pri ktorej dochádza k zavlečeniu kúskov aktívneho endometria. Kúsky sa dostanú cez tuba uterina do brušnej dutiny. V brušnej dutine sa následne implantujú na peritoneum.
- **Meyerova teória**
Vysvetľuje vznik ochorenia chronickým dráždením tkaniva mezenchýmu. Meyerovu teóriu podporuje výskyt ochorenia aj u žien s primárnou amenoreou.
- **Teória metastáz**
Predpokladom je šírenie buniek krvou a lymfou. Teória metastáz takto vysvetľuje výskyt vo vzdialených orgánoch ako napr. pľúca, oblička, lymfatická uzlina.
- **Teória neprasknutého luteinizovaného folikulu**
Je podložená častým operačným nálezom. Ovulačná dysfunkcia je spojená práve s nízkymi hladinami gestagénov a estrogénu v peritoneálnej dutine. Tento stav podporuje implantáciu endometriálnych buniek.
- **Imunologická teória**
Spomína spojitosť medzi endometriózou, a poruchou humorálnej a celulárnej imunity. (Šuška,2003)

Ochorenie nebolo diagnostikované u premenarcheálnych dievčat, pričom ojedinelé prípady u postmenopauzálnych žien sú zaznamenané. Predpokladá sa súvis s hormonálnou substitučnou liečbou, nakoľko ochorenie je závislé od aktivity steroidných hormónov ovária. (Turkota, Dedinská, Mikulaj, 1999)

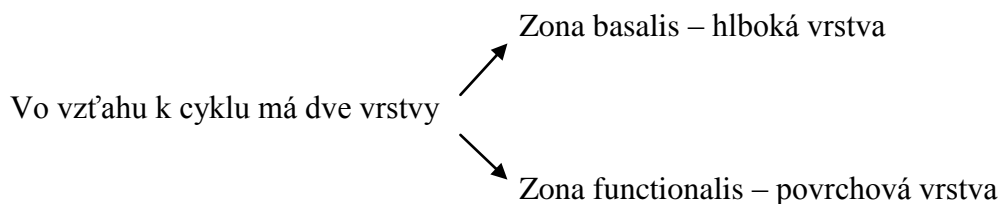
Fyziologická stavba endometria

Stenu maternice tvoria tri vrstvy: endometrium (sliznica)

myometrium (svalovina)

perimetrium – peritoneum (serózna vrstva).

Svalovina maternice (myometrium) a sliznica (endometrium) sú pevne zrastené. Endometrium má šedoružové sfarbenie. Je tvorené z epitelu a slizničného väziva, pričom do väziva sú vnorené tubulózne žliazky. Epitel je tvorený jednou vrstvou cylindrických buniek, ktoré nasadajú na lamina basalis. Tvoria ju bunky s riasinkami a bunky sekréčné. Slizničné väzivo je riedke a bohaté na bunky. Glandulae uterinae sa skladajú z tubulov. Nietoré sú na konci rozvetvené a obsahujú podobné bunky ako povrchový epitel, s prevahou sekréčných buniek. Žliazky zasahujú hranicu svaloviny. V mieste squamokolumnárnej juncie je prechod do mnohvrstvého daždicového epitelu. Za normálnych okolností nie je vidieť endometrium. Po natrhnutí napríklad pri pôrode, môže byť viditeľný (farba viac do červena), avšak stále zostáva na svojej pôvodnej hranici. Posunutie hranice epitelu endometria je patologické. Endometrium podlieha cyklickým zmenám menštruačného cyklu. Cyklus začína byť pravidelný v puberte, medzi 13-14.rokom života. (Čihák, 2002)



Zona basalis je tenšia, prilieha k myometriu a tiež obsahuje žliazky. V priebehu cyklu sa nemení. Zona functionalis, hrubšia vrstva, ktorá v priebehu cyklu prechádza zmenami vo fázach, počas ktorých mení aj vzhľad aj funkciu. Cievy vyživujúce endometrium prichádzajú z myometria, aa.arcuatae, aa.radiales, aa.spirales. (Čihák,2002)

Epidemiológia

Niektoré štúdiá poukazujú na rasové rozdiely, u bielej rasy je výskyt vyšší v porovnaní s čiernou rasou. Incidencia u aziatok je podľa niektorých autorov ešte vyššia ako u belošíek. (Turkota, Dedinská, Mikulaj, 1999)

Prevalencia v populácii kolíše, v priemere sa udáva 7-10% žien. Čo sa týka stredoeurópskeho regiónu, odhaduje sa 15% žien, ktoré vo fertilnom veku trpia manifestným príznakom. Dávnejšia štúdiá z roku 1994 udáva incidencia endometriózy 1,3/1000 žien za rok. Vekové ohraničenie žien bolo 15 až 44 rokov. Rizikovým faktorom sa udáva : vek, rasa, genetika, menštruačné údaje, reprodukčné údaje, užívanie hormonálnej antikoncepcie, osobné návyky. Endometrióza je charakteristická pre reprodukčný vek. Pozitívna rodinná anamnéza, 3-7x vyššie riziko ak matka alebo sestra trpí týmto ochorením. Kohortové štúdie poukazujú na fakt, že užívanie hormonálnej antikoncepcie znižuje relatívne riziko výskytu endometriózy v porovnaní s pacientkami, ktoré neužívali hormonálne kontraceptíva. Zaujímavé je, že nikotinizmus (menej ako 20 cigariet za den) predstavuje vzhľadom k antiestrogénnemu účinku tabaku nižšie riziko ku vzniku endometriózy. (Kučera, 2008)

Patologicko-anatomický obraz

Uvádza sa súvis medzi endometriózou a adenomyózou (je endometrióza, ktorá postihuje myometrium). Adenomyóza sa tiež často označuje ako endometriosis interna. Dôležité je však pripomenúť, že obe formy sa odlišujú vekom, fertilitou pacientky a histogenézou. Makroskopický nález závisí od veľkosti ložiska a od lokalizácie. (Mohan, 2011)

Ložiská endometriózy sú obyčajne hnedočiernej alebo modrej farby tesne pod povrchom postihnutých tkanív. Tieto ložiská sú obyčajne ohraničené fibróznym tkanivom . Najčastejšie sú postihnuté endometriózou vaječníky. Choroba sa prejavuje často početnými cystami rôznej veľkosti, od 0,1 do 2,5 cm - ale aj 10-15 cm. Postihnuté bývajú oba vaječníky. Väčšie cysty, 3-5 cm v priemere, sú vyplnené staršími tmavohnedými krvnými hmotami (natrávená menštruačná krv) a tvoria čokoládové cysty vaječníkov. (Mohan, 2011)

Mikroskopicky sú prítomné: žliazky endometria a bunky strómy, čerstvá a staršia krv, siderofágy, fibrózne tkanivo, zápalové bunky. (Mohan,2011)

Klasifikácie

Klasifikácia podľa lokalizácie

Endometriosis genitalis interna – vnútorný genitál (malá panva), jedna z častých foriem. Vzniká v samotnom myometriu a v tuba uterina. V myometriu vytvára dutinky vyplnené krvou a takýmto spôsobom zväčšuje aj veľkosť maternice, predlžuje menštruáciu.

Endometriosis genitalis externa – vonkajší genitál, krčok maternice, vagina, vulva. ďalej postihuje peritoneum, retrocervikálny priestor, sakrouterinné väzy.

Endometriosis extragenitalis – takmer všetky orgány a tkanivá. Gastro intestinálny trakt, omentum, močový trakt, pľúca. Pri operačných jazvách ako sectio caesarea, epiziotomie. (Citterbart, 2001)

Podľa patologicko-anatomickej formy endometriózu môžeme deliť na:

Cystickú formu, adhezívnu formu a DIE (deep infiltrating endometriosis) - hlboko infiltrujúca endometrióza.

Podľa umiestnenia v organizme:

Ovariálna forma – ložiská provokujú lokálnu zápalovú reakciu. Najčastejšie sa jedná o pseudocysty s typickým sfarbením. Tzv.čokoládové cysty vyplnené menštruačnou krvou.(Kučera,2008)

Peritoneálna forma – implantované ložiská endometriálnej sliznice, ktoré podliehajú zmenám cyklu. Dochádza k lokálnemu zápalu, čo vedie ku vzniku fibrotických procesov, vznikajú hnedé lézie (prítomnosť hemosiderínu), ktoré časom menia farbu na biele jazvovité útvary a vznikajú zrasty. (Kořenek,2001)

Hlboko infiltrujúca forma (Deep infiltrating endometriosis)- menej frekventovaná forma, napriek tomu spojená s výrazným diskomfortom a alteráciou kvality života. Odlišnosť od ostatných foriem je histopatologická. Prevládajú myoproliferačné elementy glandulárne a stromálne tkanivo. Neopúzdrené lézie infiltrujú okolie a fibromuskulárne štruktúry. (Bielik,2006)

Adenomyóza- možno dokázať v 15-20% prípadov pri hysterektómii. Ako minimálna vzdialenosť medzi ložiskami endometria v myometriu a bazálnym endometriom musí byť viac ako 2-3mm. (Mohan, 2011)

Klasifikácia podľa stupňa závažnosti

V súčasnosti je akceptovaná revidovaná klasifikácia Americkej spoločnosti pre plodnosť rozlišujúci 4 kategórie závažnosti ochorenia. Založená na bodovom ohodnotení stupňa postihnutia peritonea, ovárií, vajčíkovodov. (Citterbart,2001)

Štádium :

- I. Lachké 1-5 bodov
- II. Mierne 6-15 bodov
- III. Ťažké 16-40 bodov
- IV. Pokročilé nad 40 bodov

Tabuľka č.1 : Revidovaná klasifikácia endometriózy podľa Americkej spoločnosti pre plodnosť (American Fertility Society, 1985)

	Endometrióza	<1cm	1-3cm	>3cm
Peritoneum	povrchová	1	2	4
	hlboká	2	4	6
Ovárioium	pravá povrchová	1	2	4
	pravá hlboká	4	16	20
	ľavá povrchová	1	2	4
	ľavá hlboká	4	16	20
Obliterácia cavi Douglasi	čiasočná		úplná	
	4		40	
	Adhézie	< ako 1/3 uzáver	1/3-2/3 uzáver	>ako 2/3 uzáver
Ovárioium	pravé jemné	1	2	4
	pravé pevné	4	8	16
	ľavé jemné	1	2	4
	ľavé pevné	4	8	16
Tuba	pravé jemné	1	2	4
	pravé pevné	4+	8+	16
	ľavé jemné	1	2	4
	ľavé pevné	4+	8+	16

+ pri úplnom uzávere fimbriálneho konca 16 bodov

Klinický obraz

Štúdie uvádzajú, že takmer 5-7% subjektívne a klinicky asymptomatických žien vo fertilnom veku (25-35 rokov) s negatívnym palpačným a UZV vyšetrením má niektorú z anatomicky definovaných foriem endometriózy. (Friedman, Vogelzang, Mendelson, 1985)

Uvádza sa tzv. triáda príznakov: dysmenorrhoe (silné menštruačné bolesti), dyspareunia (bolesti pri pohlavnom styku), a pelvic pain. Triáda príznakov býva prítomná iba približne u 40% žien, s diagnostikovanou endometriózou.

Zaujímavosťou je, že intenzita subjektívnych ťažkostí často nekoreluje so závažnosťou formy a stupňom pokročilosti ochorenia. (Plank, Hružik, Janko, Rusňák, 1997)

Pacientky s ľahkou a miernou formou ochorenia môžu mať aktívne ochorenie s výraznými subj. ťažkosťami. Naopak, pacientky s ťažkou a pokročilou formou môžu byť úplne bez ťažkostí. S dyspareuniou je spôsobená aj hĺbka infiltrácie sakrouterinných väzov a tiež rektovaginálneho septa. O postihnutí ureterov môže svedčiť bolestivosť v iliakálnej oblasti. (Turkota, Dedinská, Mikulaj, 1999)

Diagnostika endometriózy

Včasná, komplexná a exaktná diagnostika je základným predpokladom pre úspešnú liečbu. Diagnostika vychádza zo samotnej anamnézy, zameranej na klinické príznaky. Ďalej vaginálne vyšetrenie, palpačný nález, ultrazvuková (USG) diagnostika, nukleárna magnetická rezonancia, laparoscopia, biochemická diagnostika. (Rusňák, Čunderlík, Turkota, Hinšt, 2004)

"V súčasnosti má pre diagnostiku endometriózy a stanovenie rozsahu, resp. pokročilosti ochorenia (staging) rozhodujúci význam diagnostická laparoscopia s biopsiou tkaniva zo suspektného ložiska (tab.č.1). Diagnózu endometriózy potvrdzuje výlučne iba histologický dôkaz v bioptickom materiáli." (Rusňák, Čunderlík, Turkota, Hinšt, 2004)

Anamnéza

Je zrejmé, že genetika hrá dôležitú úlohu pri vzniku ochorenia, pozitívna rodinná anamnéza v spojení so sypťómami smeruje diagnostický proces týmto smerom. Odobratie rodinnej anamnézy práve preto je dôležité.. Ženy najčastejšie navštevujú gynekológa so sypťómom dysmenorey (silné menštruačné bolesti), bolesti pri pohlavnom styku (dyspareunia), chronická panvová bolesť (pelvic pain), poruchy plodnosti (sterilita).

Práve preto smerujeme otázky cielene:

Pri terajšom ochorení - kedy cítia bolesti (počas cyklu)? Akého charakteru sú bolesti?
Pri rodinnej anamnéze sa pýtame na matku, sestru. Či sa liečili na podobné ochorenie, alebo či bola u nich diagnostikovaná endometrióza..

Vaginálne vyšetrenie

Vaginálne vyšetrenie môže byť bolestivé, hlavne pred menštruáciou. Palpačný nález môže byť negatívny pri miernych formách.

Ultrazuková diagnostika

Najdôležitejšia z neinvazívnych metód na včasnú a diferenciálnu diagnostiku. Vyšetrenie s vysokofrekvenčnou (5-10 MHz) transvaginálnou sondou umožňuje vizualizovať orgánovú – tkanivovú príslušnosť, histomorfologický vzhl'ad a anatomický rozsah patologických lézií. Ultrazuková diagnostika je limitovaná veľkou lokoregionálnou a tiež morfológickou variabilitou ochorenia. Ložisko má variabilnú veľkosť a tvar, môže sa vyskytovať v rôznej, najčastejšie pluripotentnej, dynamicky sa meniacej patomorfologickej forme. Histomorfologické formy endometriózy sú bližšie uvedené v tabuľke č.2. (Rusňák, Čunderlík, Turkota, Hinšt, 2004)

Tabuľka č.2 : Histomorfologické formy endometriózy (Brosens, Nisolle,1997)

* Histomorfologické formy endometriózy
* Epiteliálny plaque
* Fibrotický plaque – retrahovaná jazva
* Pigmentový plaque-hemosiderín, powder burn
* Miliárna forma
* Vezikulárna forma
* Polypózna forma
* Glandulárna forma
* Adhezívna forma
* Cystická forma

Neštandardný a nestabilný vzhl'ad sledovaného patologického ložiska sťažuje USG diagnostiku, podobne ako diferenciálnu diagnostiku. Treba si uvedomiť, že implantát ektopického endometria sa dynamicky mení, či už progresívne alebo regresívne. Samotné

ložisko sa môže meniť: počnúc od epiteliálneho plaku cez cystický útvar s hemoragickým obsahom až po nešpecifický solidný tumor. (Rusňák, Čunderlík, Turkota, Hinšt, 2004)

Tabuľka č.3 : Dynamicky sa meniace progresívne a regresívne zmeny

<u>Progresívne zmeny</u>	Iniciované prítomnosťou receptorov na ovariálne steroidné hormóny, ktoré sa nachádzajú v aktívnych ektopických žliazkách a v stróme endometriálnej sliznice.
<u>Regresívne zmeny</u>	Ako dôsledok fyziologických degeneratívnych zmien, hemorágií a ložiskových nekróz v čase normálneho krvácania(menštruačného) s následou obrannou retrakciou postihnutého tkaniva-tvorbou okolitých zrastov, ako obrana voči diseminácii ochorenia.

Štúdie uvádzajú tabuľku všeobecne pre všetky formy a lokalizácie pomocou USG a laparoskopie.(Brosens, Nisolle,1997)

Tabuľka č.4: Ultrazvuková a laparoskopická diagnostika pri endometrióze (Brosens, Nisolle,1997)

	Ultrazvuk	Laparoskopia
Sensitivita	55-65%	85-87%
Špecificita	70-78%	92-95%
Presnosť	50-53%	85-88%

Priame (špecifické) a nepriame (nešpecifické) USG markery:

"Medzi priame ultrazvukové znaky pre diagnózu endometriózy patrí nález Sampsonovej „čokoládovej“ cysty, resp. „térovej“ cysty, ktorá predstavuje asi 24% všetkých foriem ovariálnych cýst a vyskytuje sa približne v 70% bilaterálne."(Fleischer AC, James AE, Millis JB, 1978)

Cystickú formu ochorenia (endometrióm) s charakteristickým jemným disperzným (hemoragickým) interným echom pokladáme za priamy (špecifický) USG marker. Vyznačuje sa pomerne veľkou polymorfiou v echodenzite i v morfológii. Charakteristické znaky endometriómu z hľadiska USG sú uvedené v tabuľke č.5. (Rusňák, Čunderlík, Turkota, Hinšt, 2004)

Tabuľka č. 5: Ultrazvuková charakteristika endometriómu.(Rusňák, Štencl, 1995)

USG charakteristika endometriómu
* Nepravidelný tvar rôznej veľkosti
* Cystický(46%), cystoidný(35%), solídny (19%) charakter
* Prevažne bilaterálny výskyt (70%)
* Typická unilokulárna, zriedkavejšie multilokulárna forma cysty
* Jemné, homogénne, disperzné vnútorné echo (hemoragický obsah)
* Hrubá a nehomogénna stena
* Nepravidelná vnútorná steny cysty (suspektné polypoidné masy)
* Nepravidelne hrubé septá s morfológicky suspetkným zakončením
* Neostré vonkajšie ohraničenie (adhézie)
* Fixácia s okolím(uterus) pevnými solídnymi masami (adhézie)
* Nepravidelné, komplexné, zmiešané echo(organizovaný obsah)
* <i>Negatívny USG nález nevylučuje prítomnosť niektorej formy endometriózy !</i>

Na základe opísaných priamych (špecifických) USG markerov pre diagnostiku endometriózy, vyskytujúcej sa v cystickej forme Brosens a kolektív uvádza údaje podľa tabuľky č.6. (Brosens, Nisolle,1997)

Tabuľka č.6: Ultrazvuková a laparoskopická diagnostika cystického endometriómu (Brosens, Nisolle,1997)

	Ultrazvuk	Laparoskopia
Senzitivita	92-95%	75-77%
Špecificita	56-59%	82-85%
Presnosť	74-77%	78-85%

Vzhľadom na pomerne variabilnú echografiu- denzitu a morfológiu-ovariálneho endometriómu častým problémom v klinickej praxi je náročná diferenciálna diagnostika. Tab.č.7.(Rusňák, Štencl, 1995)

Tabuľka č.7.: Dif.dg. cystického endometriómu (Rusňák, Štencl, 1995)

Diferenciálna diagnostika cystického endometriómu
* Dermoidálna cysta - teratóm
* Simplexná hemoragická cysta
* Hemoragická korpus – luteálna cysta
* Leiomyóm (leiomyosarkóm)
* Zápalový adnexálny tumor
* Tuboovariálny absces
* Pyovarium
* Hematosalpinx (sactosalpinx)
* Mucinózný cystadenóm (cystadenokarcinóm)
* Extrauterinná gravidita
* Hematometra (hematokolpos)
* Polycystické ovária

USG je najvhodnejšia na diagnostiku a dif.dg. ovariálnych cystických foriem ochorenia. Vyšetrenie okrem diagnostiky a dif.dg. umožňuje zhodnotiť objem zachovaného tkaniva ovária, čo je dôležité pre optimálnu stratégiu liečby. (Friedman, Vogelzang, Mendelson,1985)

Nepriame USG znaky predstavujú súbor nešpecifických a neštandardných zmien v echodenzite a morfológii malej panvy. Môžu byť rozdielne interpretované v závislosti od skúseností vyšetrujúceho lekára. Nepriame USG znaky v malej panve pre diagnostiku endometriózy sú uvedené v tabuľke č.8. (Rusňák, Čunderlík, Turkota, Hinšt, 2004)

Tabuľka č.8.: Nešpecifické USG markery pre diagnostiku endometriózy (Rusňák, Čunderlík, Turkota, Hinšt, 2004)

Nešpecifické USG markery pre diagnostiku endometriózy.
* Zmena základnej anatomickej lokalizácie orgánov v malej panve spôsobená pevnými väzivovými zrastmi: <ul style="list-style-type: none"> – fixovaná RVF maternice, – dislokácia vaječníkov, – fixácia vaječníkov na maternicu, na zadný list plica lata, – tuboovariálny adhezívny konvolút a iné.
* Voľná tekutina v cavum Douglasi – transsudát, hemoragický detritus
* Sakovaná tekutina v cavum Douglasi (transsudát, detritus + vzrasty)
* Sactosalpinx (hematosalpinx) z oklúzie vajíčka
* Sŕažená diferenciácia anatomických štruktúr v malej panve (zrasty)
* Obliterácia cavi Douglasi pevnými zrastmi
* „frozen pelvis“ zrastmi fixované orgány a tkanivá pri pokročilých štádiách torpídnych foriem endometriózy
* Generalizovaný vzostup echodenzity orgánov a tkanív malej panvy („high pelvic background echos“ spôsobený zvýšeným podielom avaskulárneho fibrotického tkaniva)
* Akcentovaná arteriálna pulzácia v malej panve pri dopplerovskom USG vyšetrení (CFM-Color Flow Mapping)

Nukleárna magnetická rezonancia a rtg vyšetrenie

MRI umožní zobrazit' potencionálne ložiská, resp. lokalizácie endometriózy so špecifitou 91,3% , presnosťou 90,8% a senzitivitou 90,2%. (Bazot, Darai, Houtani, 2004)

Prínos má MRI aj pri plánovanej laparoskopickej intervencii, keď sa stráca možnosť posúdiť palpačne rozsah infiltrácie. (Bielik, 2006)

RTG vyšetrenia s použitím kontrastných látok pomáha odhaliť skôr komplikácie pri metastázovaní. Jedná sa o negynekologické lokalizácie ochorenia (Slezák, Záhumenský,2000).

Laparoskopia

"Zlatým štandardom v diagnostike endometriózy stále zostáva laparoskopia, ktorá umožňuje nielen vizualizáciu a histologizáciu lézie, ale aj extirpáciu a deštrukciu ložísk pri jednej operácii." (Bielik, 2006)

Chirurgická intervencia predstavuje jednak diagnostický a tiež terapeutický prostriedok. Praktická skúsenosť zainteresovaných zabezpečí správnu interpretáciu výsledkov. Gynekológ vie najlepšie interpretovať výsledok z klinického vyšetrenia a zobrazovacích metód, spolu s ohľadom na praktickú skúsenosť z operatívy. (Bielik, 2006)

Biochemická diagnostika

Tumor-marker je proteín, ktorý je produkovaný nádorovými bunkami. Po objavení a zavedení do laboratórnej diagnostiky zavládol entuziazmus, že máme prostriedok odhaliť včas prítomnosť nádorového procesu už vo včasných štádiách. Výhodou vyšetrenia tumor – markerov v porovnaní s rozličnými zobrazovacími technikami je jeho relatívna jednoduchosť a neinvazívnosť. Odber krvi lepšie toleruje pacient ako napríklad endoskopické alebo bioptické vyšetrenie. (Turecký,2006)

CA 125 bol identifikovaný v roku 1981 pomocou monoklonálnej protilátky, získanej imunizáciou myši bunkami z bunkovej línie ktorá pochádzala z ascitickej tekutiny pacientky so seróznym papilárnym cystadenokarcinómom ovária. (Bast, Feeney, Lazarus et al, 1981)

Ukázalo sa že existuje viacero faktorov ktoré môžu ovplyvniť fyziologické hladiny CA 125 aj u zdravých žien:

- Vek – zdravé ženy pred menopauzou majú vyššie sérové hladiny CA 125 ako ženy po menopauze. (Bonfer, Korse, Verstraeten et al,1997)
- Menštruačný cyklus – hladina CA125 kolíše aj v závislosti od samotnej fáze cyklu. (Grover, Koh, Wiederman, Quinn, 1992)
- Gravidita – hladina sa zvyšuje aj v priebehu gravidity. Najvyššie hodnoty v I. trimestri. (Gocze, Szabo, Than et al.,1988)
- Rasové rozdiely – najvyššie hodnoty boli u kaukazskej rasy, nižšie hodnoty u ázijských žien, pričom najnižšie u afrických žien. (Pauler, Menon,McIntosh et al., 2001)
- Návykové látky – zistilo sa že fajčenie a konzumácia kofeínu znižovali hladiny CA 125. (Pauler, Menon,McIntosh et al., 2001)

CA125 nie je marker špecifický pre endometriózu. Jeho hladina býva zvýšená aj pri iných nádorových i nenádorových ochoreniach (benígnych, ale hlavne malígnych ochoreniach) Napríklad myóm uteru, akútna a chronická salpingitída. (Tuxen, Soletormos, Dombernowsky, 1995)

Negynekologické ochorenia ako cirhóza pečene, chronická aktívna hepatitída, akútna a chronická pankreatitída, ale aj niektoré pľúcne ochorenia,, keď sú kombinované s postihnutím pleury. (Tuxen, 2001)

Liečba endometriózy

Liečba musí byť dostatočne intenzívna, aby zasiahla aj mikroskopické ložiská, následne znížila možnosť recidívy. Dôraz sa kladie na komplexnosť a na individualizáciu na vek, rodinný stav, paritu, klinický prejav, štádium ochorenia, resp. predchádzajúcu liečbu. Jedinou formou liečby je chirurgická liečba kombinovaná s adjuvantnou, zriedkavejšie neoadjuvantnou medikamentóznou liečbou.

Tabuľka č.9.: Možnosti liečby endometriózy

Sledovanie
Paliatívna liečba
• Analgetiká
• Nesteroidné protizápalové látky
• Inhibítory syntézy prostaglandínov
• Tehotnosť
Endokrinná liečba
• Danazol
• GnRH agonisty a antagonisty
• Estrogén-progestagény
• Progestagény
• Androgény
Chirurgická liečba
• Konzervatívna chirurgia
• Analgetická chirurgia
• Radikálna chirurgia

Paliatívna liečba sa odporúča u pacientok s malým rozsahom ochorenia, a subjektívne i klinicky nezávažnou symptomatológiou. Používajú sa preparáty uvedené v tabuľke č.9. Význam má aj poučenie pacientky o podstate ochorenia. Počas amenorey a tehotenstva sa zlepšuje, môže i vymiznúť.

Na tomto sa zakladá **endokrinologická liečba**. Niektoré zdroje uvádzajú, že až v 80% prípadov sa normalizuje nález po endokrinnej terapii(okrem ovariálnej lokalizácie.).

Uvádza sa trojstupňová forma terapie:

1.stupeň – operačný vo forme endoskopickej diagnostiky s extirpáciou alebo deštrukciou ložísk a uvoľnení adhézií, ak sú prítomné.

2.stupeň-hormonálny, 3-9 mesačná hormonálna terapia. V priemere 6 mesiacov.

3.stupeň- operačný znova vo forme endoskopie, tzv.second-look laparoscopia, odstránenie zvyškových ložísk pomocou koagulácie a laseru.

Gestagény (napr. medroxyprogesterón acetát, nomegestrol acetát) sa podávajú kontinuálne, čo vedie k hypoestrogénnej amenorei, ďalej k atrofii ložísk endometriózy. Atrofia je reverzibilná čo sa týka zona basalis endometria v cavum uteri. Ako komplikácia sa uvádza nepravidelné krvácanie. Vhodné sú aj v dávke 5-10 mg denne v prvom roku.

Zablokovanie tvorby ovariálnych estrogénov navodzuje stav „pseudogravidity“ alebo „pseudoklimaktéria“, ktorý vedie k regresii. Vo forme analógov GnRH blokojú tvorbu steroidov. Pre časté nežiadúce účinky sa používajú menej (prírastok na hmotnosti, nevoľnosť, pigmentácia kože, zvyšovanie varikozity, poruchy látkovej výmeny, nepravidelné krvácania).

Danazol má priamy účinok na ovárium. Spôsobuje supresiu enzýmov steroidosyntézy, priamo účinkuje na endometrium ako androgénový, gestagénový a estrogénový antagonist.

Jeho podávanie spôsobí anovuláciu (lebo blokuje tvorbu steroidov), amenoreu s atrofiou a regresiu ektopických ložísk. Podáva sa kontinuálne 6-9 mesiacov, 200-800 mg denne. Po vysadení dochádza k obnoveniu cyklu. Nežiaduce účinky sú závislé od dávky (akné, hypertrichóza, zmena hlasu, seborea, potenie).

GnRH-agonisti dlhodobou väzbou na GnRH receptor spôsobujú supresiu hypofýzovo-ovariálnej osi. Dochádza k poklesu hladín FSH, LH, estrogénov a progesterónu. Toto má za následok atrofiu endometria, spolu s vyvolaním dočasnej reverzibilnej

pseudomenopauzy. Používa sa viacero preparátov ako buserelin, naferelin, goserelin, leuprolin, triptorelin.

GnRH-antagonisti potláčajú tvorbu gonadotropínov. Následkom je znižovanie produkcie estrogénov(hodiny po prvom podaní).

Antiprogestagény (Gestrinon) - pôvodne bol vyvinutý ako antikonceptívum, keď počas klinických skúšok sa zistilo, že spôsobuje atrofiu endometria. Viaže sa na androgénne a gestagénne receptory, inhibuje sekréciu FSH a LH. Jeho dlhodobý polčas rozpadu umožňuje dávkovanie 2x týždenne po 2,5-5 mg. Ako vedľajšie účinky sa uvádzajú zvýšenie hmotnosti, nervozita, návaly, akné, seborea, hirsutizmus. (Šuška, 2003)

Chirurgická liečba

Chirurgická liečba je základnou liečbou endometriózy. Chirurgická (fertilitu zachovávajúca), konzervatívna (miniinvaívna) liečba pri ovariálnej endometrióze odporúča endometriotické implantáty do 1 cm koagulovať. Koaguluje sa až do momentu, keď sú viditeľné folikuly s tekutinou. Pri peritoneálnej forme je potrebné všetky ložiská odstrániť až za hranicu lézie, do zdravého retroperitoneálneho tukového tkaniva. (Bartoš, 2000)

Pri tubárnej forme je dôležité zachovať funkčnosť vajcovodov. Cieľom je koagulácia ložísk, resp. totálna extirpácia postihnutej časti a následná adheziolýza. (Cibula, 2002)

Pri retroperitoneálnej forme chirurgická liečba je jedinou možnosťou. Ložiská nie sú presne ohraničené a striedajú jednotlivé anatomické vrstvy. Najdôležitejšia je kompletná excízia ložísk endometriotického tkaniva. Za účelom zachovania fertility je snaha previesť konzervatívny výkon so zachovaním uteru a adnex. Mnoho autorov uvádza používanie CO₂ laser vaporizácie postihnutých ložísk pri miernych formách ochorenia. (Bárdoš, 1979)

Paliatívna chirurgia nazývaná tiež symptomatická je opodstatnená u pacientok s hlavným príznakom pelvic pain. Najčastejšie sa používa tzv.LUNA-laparoskopická

uterinná nervová ablácia. Jej princíp spočíva v prerušení sakrouterinných alebo paracervikálnych ligamentov spolu s nervovými plexami. Táto metóda zmierňuje panvovú bolesť (pelvic pain) a tiež dysmenoreu. Často nenachádzame spojitosť medzi subj. ťažkosťami a štádiom ochorenia. (Kužel, 2002)

Radikálna chirurgia predstavuje hysterektómiu a adnexektómiu pri hlbkej infiltrácii oboch ovárií, ureterov, močového mechúra a čriev. Ložiská, ktoré sa nedajú úplne odstrániť nie je potrebné radikálne operovať, lebo po kastrácii (obojs stranej) rýchlo degenerujú. Postoperačne bolesť a dyspareunia ustupuje spolu s dyspareuniou. (Bárdoš, 1979)

Praktická část

Cieľ práce

Cieľom práce je zaoberať sa problematikou endometriózy na súbore pacientok, na I.gynekologicko-pôrodníckej klinike LF SZU v období od roku 2015 do apríl 2017 mali diagnostikovanú a operačne riešenú endometriózu. Sledované parametre boli vyhodnotené formou retrospektívnej analýzy.

Sledované parametre :

1. Vekové zastúpenie pacientok
2. Socio-ekonomický status
3. Parita
4. Patologicko –anatomická forma ochorenia
5. Lokalizácia endometriózy
6. Výsledok histológie
7. Zhoda klinickej diagnózy a operačnej diagnózy
8. Zhoda klinickej diagnózy a výsledok histológie

Metodika a metódy skúmania

Materiálom pre praktickú časť boli operačné knihy I.gynekologicko-pôrodníckej kliniky SZU a následne chorobopisy pacientok. Podľa operačných kníh sa spracoval súbor dostatočného množstva pacientok. Súbor sa vybral na základe indikácie operačného riešenia endometriózy, bližšie neurčenej ovariálnej cysty, pelvic pain, diagnostickej laparoskopie.

Sledovalo sa obdobie od roku 2015 do apríl 2017.

Pre analýzu sme zvolili 8 parametrov, ktoré sa zaznamenávali a následne vyhodnocovali.

Znaky :

1. Vekové zastúpenie. – podľa veku 15-20 rokov, 20-25r., 25-30r., 30-35r., 35- a viac.
Pre zistenie že ochorenie je typické pre fertillné obdobie, analyzovali sme vekové skupiny.
2. Socio-ekonomický status- dosiahnuté vzdelanie vysokoškolské, stredoškolské, základné.
Predpokladá sa, že ženy intelektuálky, s vyšším dosiahnutým vzdelaním, trpia častejšie týmto ochorením.
3. Parita – predpoklad že tehotenstvo má terapeutický účinok na endometriózu, sa sledovala parita a následne hodnotilo zastúpenie nulipár, primipár a multipár.
4. Patologicko-anatomická forma, či sa jedná o cystickú formu, adhezívnu formu alebo hlboko infiltrujúcu endometriózu.
5. Lokalizácia – podľa postihnutia anatomických štruktúr v malej panve.
6. Histológia – výsledok histológie po operačnom výkone
7. Zhoda klinickej diagnózy s operačnou diagnózou- klinická diagnóza na základe ktorej sa uskutočnila operácia, a operačná, ktorá sa zistila počas výkonu. Významná u diagnostických výkonoch, kde išlo o dôkaz predpokladanej diagnózy, resp. o vyvrátenie.
8. Zhoda klinickej diagnózy s histológiou.

Súbor tvorilo 80 pacientok. Pacientok s podobnou diagnózou bolo viac, pričom niektoré boli vyradené zo súboru na základe neuvedeného, alebo zle uvedeného socio-ekonomického statusu (znak č.2).

Výsledky definovaných parametrov

Vekové zastúpenie

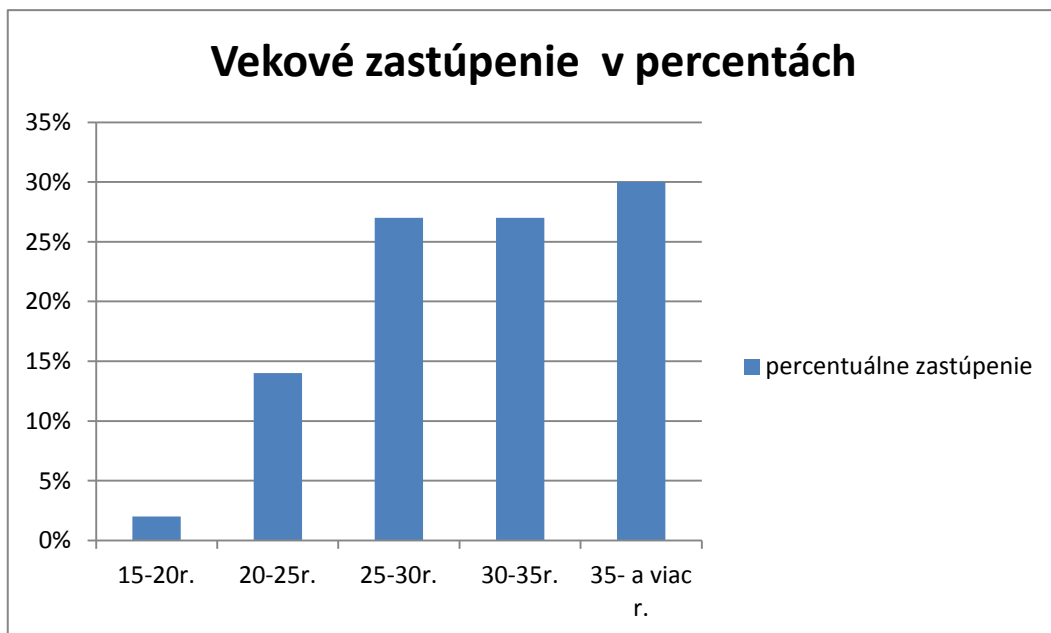
Endometrióza je ochorenie typické pre reprodukčné obdobie. Výnimočne pred menarché a po menopauze, maximá dosahuje počas reprodukčného obdobia.

Podľa vekových skupín 15-20 rokov, 20-25r., 25-30r., 30-35r., 35- a viac, sa zaradili a spracovali do tabuľky a grafov výsledky.

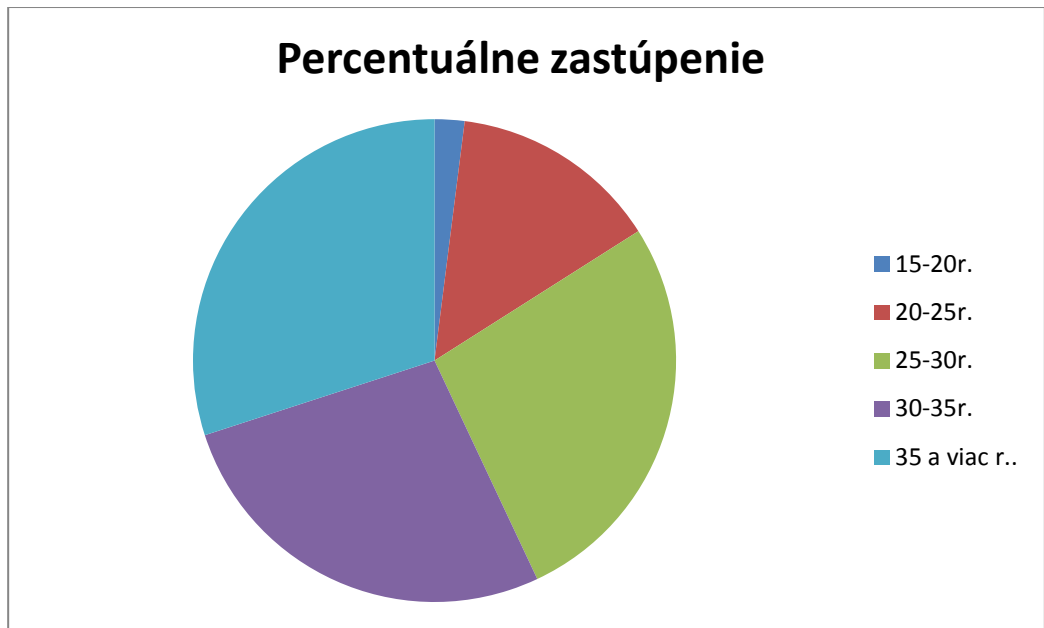
Tabuľka č. 10: Vekové zastúpenie v percentách

Vekové skupiny	15-20r.	20-25r.	25-30r.	30-35r.	35- a viac
Percentuálne zastúpenie	2%	14%	27%	27%	30%

Graf č.1A: Vekové zastúpenie v percentách



Graf č.1B.: Vekové zastúpenie v percentách



Graf č.1A a 1B uvádza vekové zastúpenie v percentách podľa tabuľky č.10. celej skupiny pacientok. Najnižšie hodnoty sme zaznamenali vo vekovej skupine 15-20r. Môže to byť spôsobené tým, že klinické prejavy ešte neboli až tak závažné u pacientok v takomto veku a jednoducho sa ešte nezdiagnostikovala u nich endometrióza. Tým pádom sa nedostali na oddelenie a neriešila sa choroba chirurgicky. Stupujúca tendencia sa však ukázala už od 20-25r. , pričom maximum dosahovala v kategógii 35- a viac ročnej skupine.

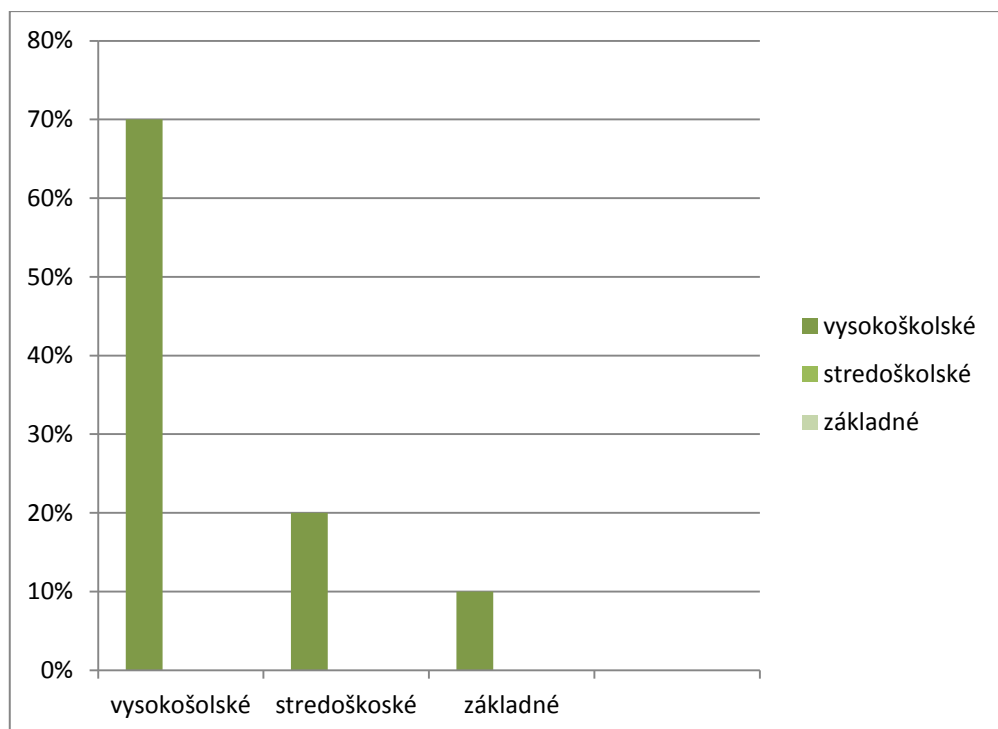
Socio-ekonomický status

Existuje predpoklad že ženy intelektuálky, s vyšším dosiahnutým vzdelaním, trpia častejšie týmto ochorením. Sledovala sa skupina podľa dosiahnutého vzdelania a to vysokoškolské, stredoškolské a základné vzdelanie.

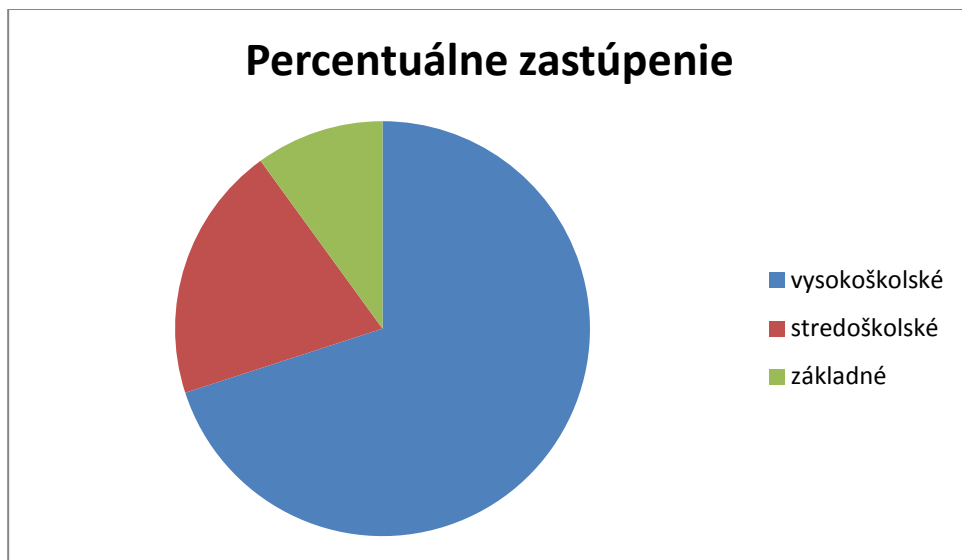
Tabuľka č.11: Socio-ekonomický status

	Vysokoškolské vzdelanie	Stredoškolské vzdelanie	Základné vzdelanie
Percentuálne zastúpenie	70%	20%	10%

Graf č.2 A: Socio-ekonomický status



Graf č.2B: Socio-ekonomický status



Graf č.2 A a B znázorňuje percentuálne zastúpenie dosiahnutého vzdelania. Potvrdili sme názor, že je istá korelácia medzi socio-ekonomickým statusom a nami sledovanou diagnózou.

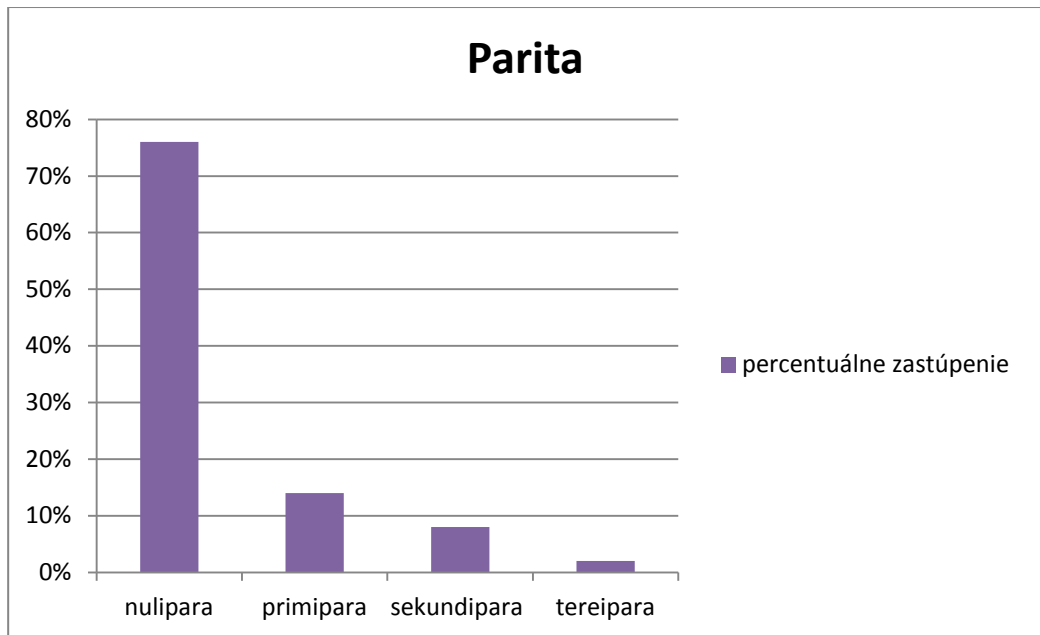
Parita

Za predpoladu že tehotenstvo má terapeutický účinok na endometriózu, sa sledovala parita a následne hodnotilo zastúpenie nulipár, primipár a multipár.

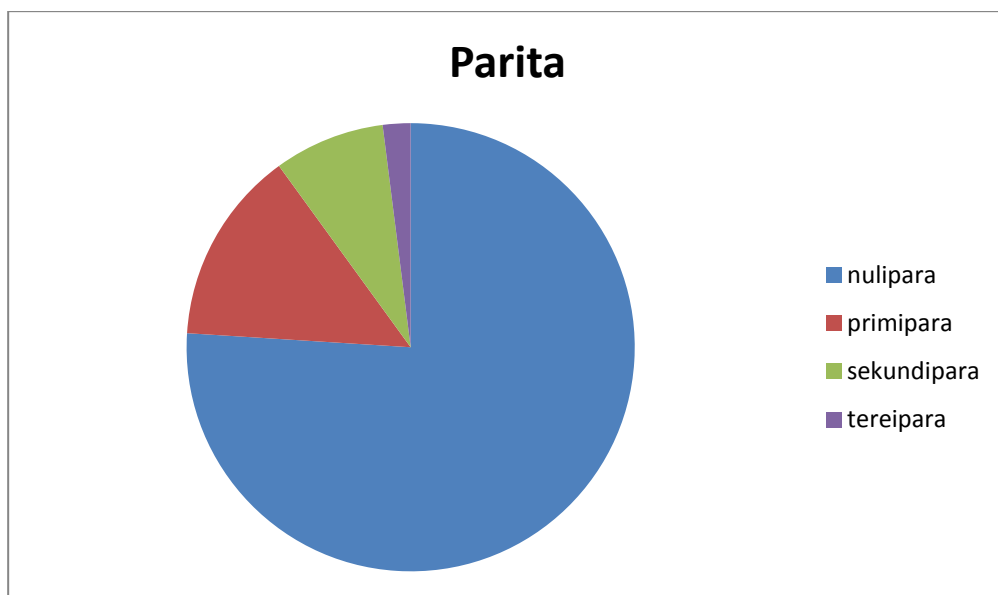
Tabuľka č.12: Parita

	Nulipara	Primipara	Sekundipara	Tereipara
Percentuálne zastúpenie	76%	14%	8%	2%

Graf č.3A : Parita



Graf č.3B : Parita



Z percentuálneho zastúpenie v jednotlivých kategóriách vyšlo, že najviac pacientok bolo zo skupiny nulipár. Potvrdili sme hypotézu že tehotenstvo, má terapeutický účinok na

sledované ochorenie, a doporučujeme pacientkám ak majú pozitívnu rodinnú anamnézu na endometriózu, aby nečakali so zakladaním rodiny.

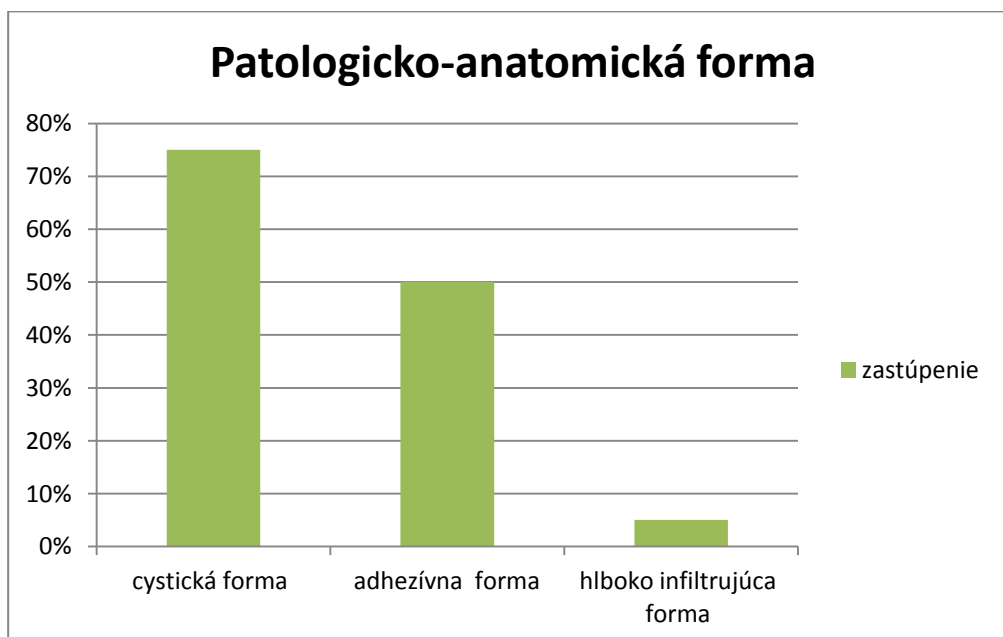
Patologicko-anatomická forma

Sledovali sme, či sa jedná o cystickú formu, adhezívnu formu alebo hlboko infiltrujúcu endometriózu.

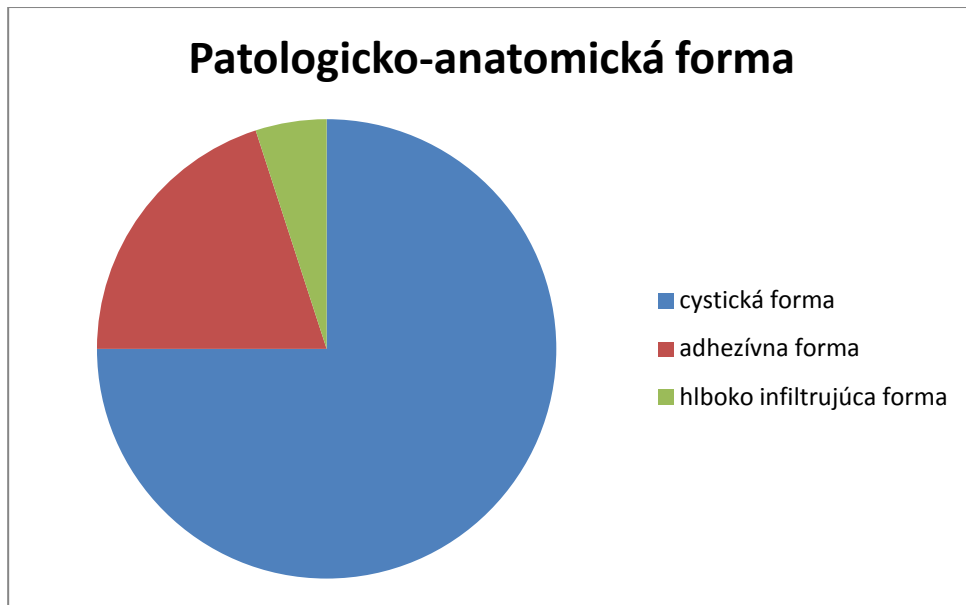
Tabuľka č.13: Patologicko-anatomická forma

	Cystická forma	Adhezívna forma	Hlboko infiltrujúca endometrióza
Percentuálne zastúpenie	75%	20%	5%

Graf č.4 A: Patologicko-anatomická forma



Graf č.4 B: Patologicko-anatomická forma



Hodnoty ukazujú, že v súbore sa najčastejšie vyskytovala cystická forma ochorenia. Predpokladáme, že je to dôsledok toho, že zobrazovacia technika USG, zabezpečí diagnostiku patológie v malej panve, tým pádom skôr sa môže zahájiť operačná liečba.

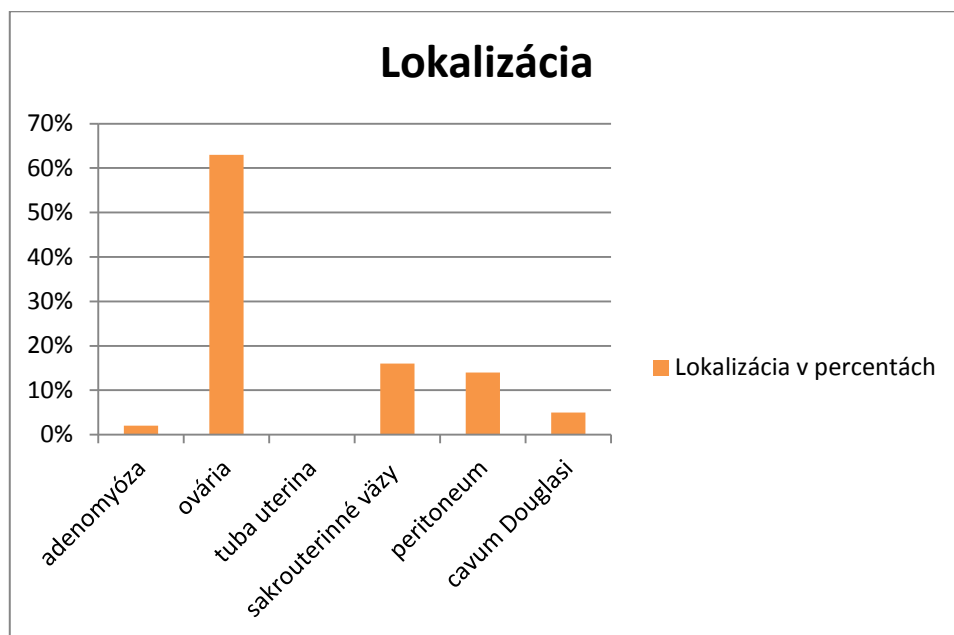
Lokalizácia

Sledujeme lokalizáciu podľa postihnutia anatomických štruktúr v malej panve.

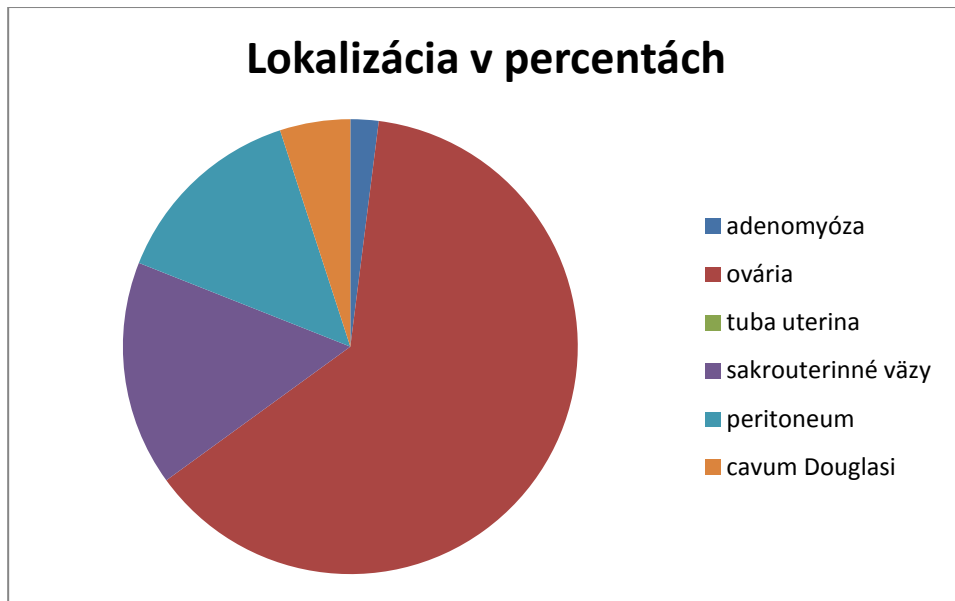
Tabuľka č.14: Lokalizácia ochorenia

	Adenomyóza	Ováriá	Tuba uterina	Sakrouterinné väzy	Peritoneum	Cavum Douglasi
Percentuálne zastúpenie	2%	63%	0%	16%	14%	5%

Graf č. 5 A: Lokalizácia



Graf č. 5 B: Lokalizácia



Ako najčastejšia lokalizácia ovárií, následne klesajúcou tendenciou sakrouterinné väzy, peritoneum, cavum Douglasi, adenomyóza, tuba uterina. Predpokladáme, že rádovo vyššie percento tubárnych foriém sa nachádza pri operačných riešeniach sterility, z dôvodu nepriechodnosti vajčkovodu. V našom súbore nebola pacientka s tubárnou lokalizáciou.

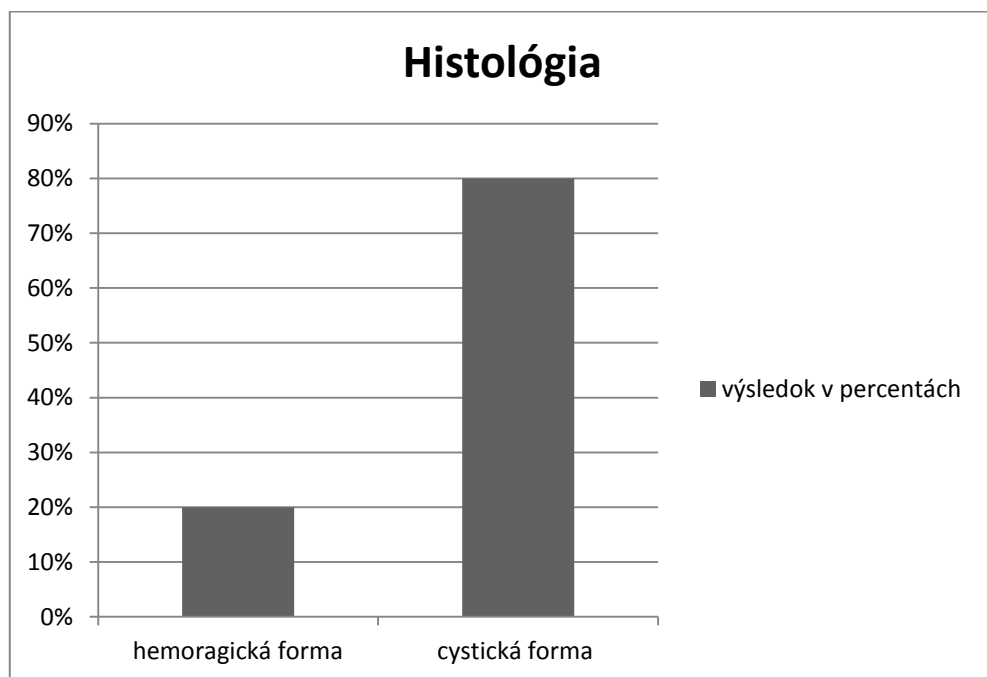
Histológia

Sledovanie výsledku histológie po operačnom výkone.

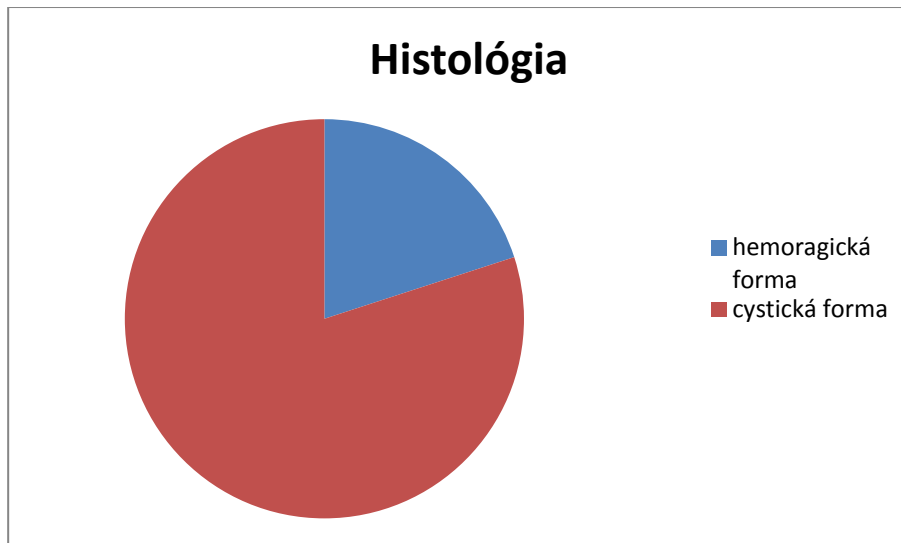
Tabuľka č.15: Histológia

	Hemoragická forma	Cystická forma
Percentuálne zastúpenie	20%	80%

Graf č.6 A: Histológia



Graf č.6 B: Histológia



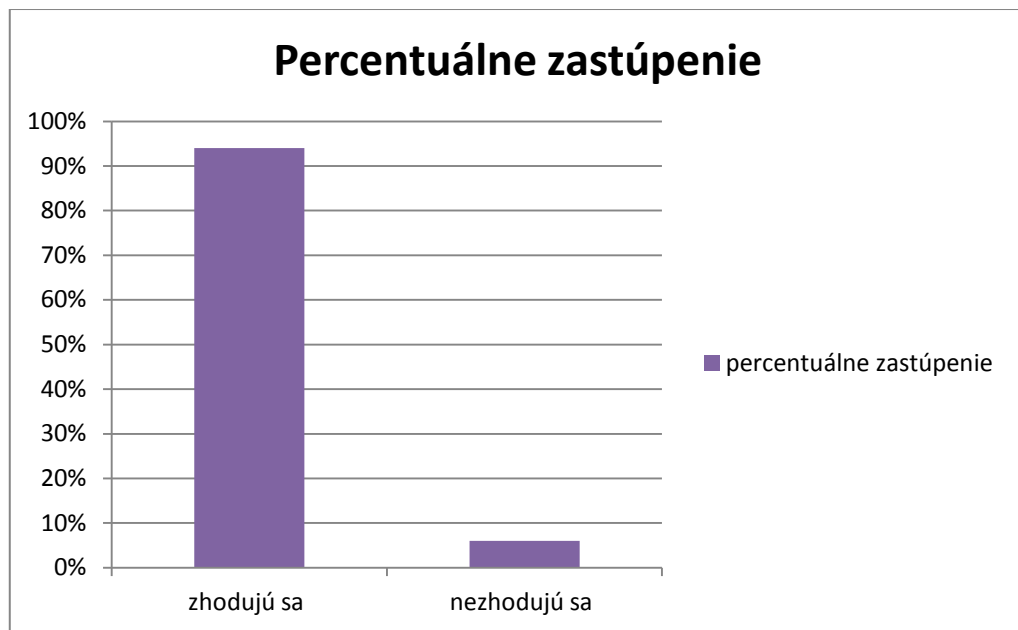
Zhoda klinickej diagnózy s operačnou diagnózou

Klinická diagnóza, na základe ktorej sa uskutočnila operácia, a operačná, ktorá sa zistila počas výkonu nie vždy sa zhodovali. Operačná diagnóza bola významná u diagnostických výkonoch, kde išlo o dôkaz predpokladanej diagnózy, resp. o vyvrátenie.

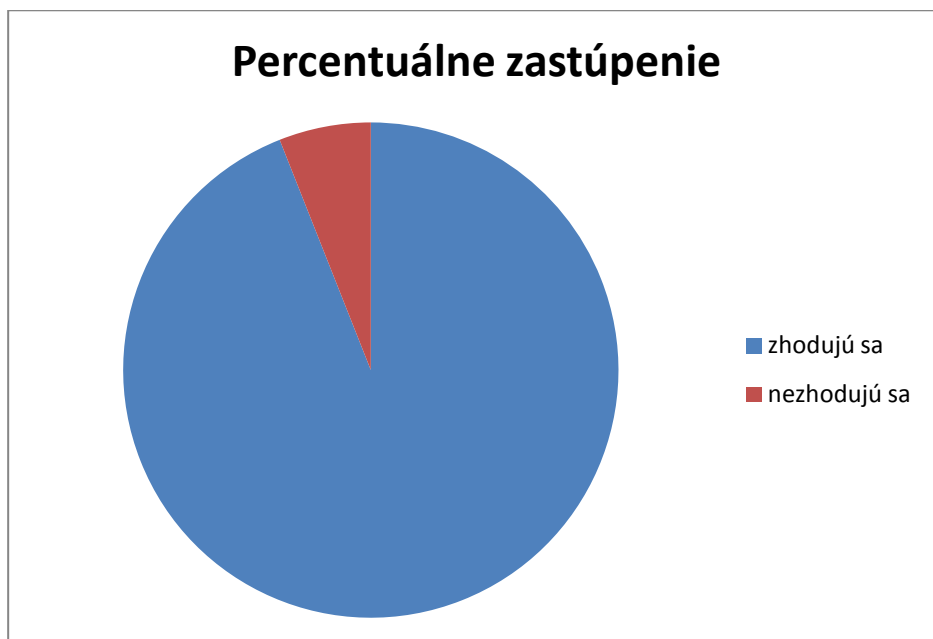
Tabuľka č. 16: Zhoda klinickej diagnózy s operačnou diagnózou

	Zhodujú sa	Nezhodujú sa
Percentuálne zastúpenie	94%	6%

Graf č.7 A: Zhoda klinickej diagnózy s operačnou diagnózou



Graf č 7 B :Zhoda klinickej diagnózy s operačnou diagnózou



V skupine, kde sa nezhodovalo operačné zistenie s klinickou diagnózou, išlo o diagnostickú operáciu. Cieľom operácie bolo zdiagnostikovať príčinu pelvic pain.

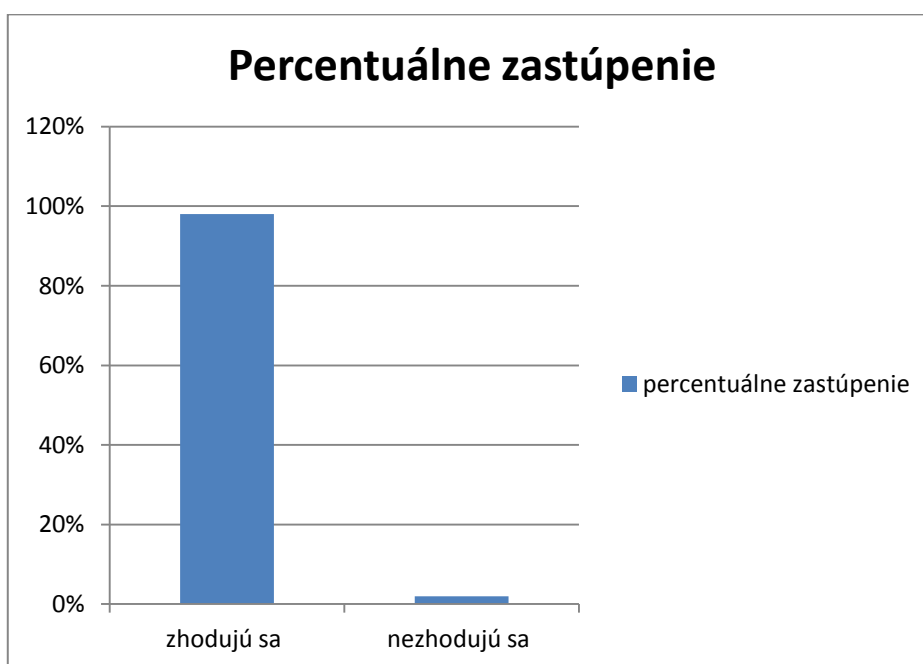
Počas operácie sa nezistili adhézie, hlboká infiltrácia a ani ložiská patologického charakteru v malej panve.

Zhoda klinickej diagnózy s histológiou.

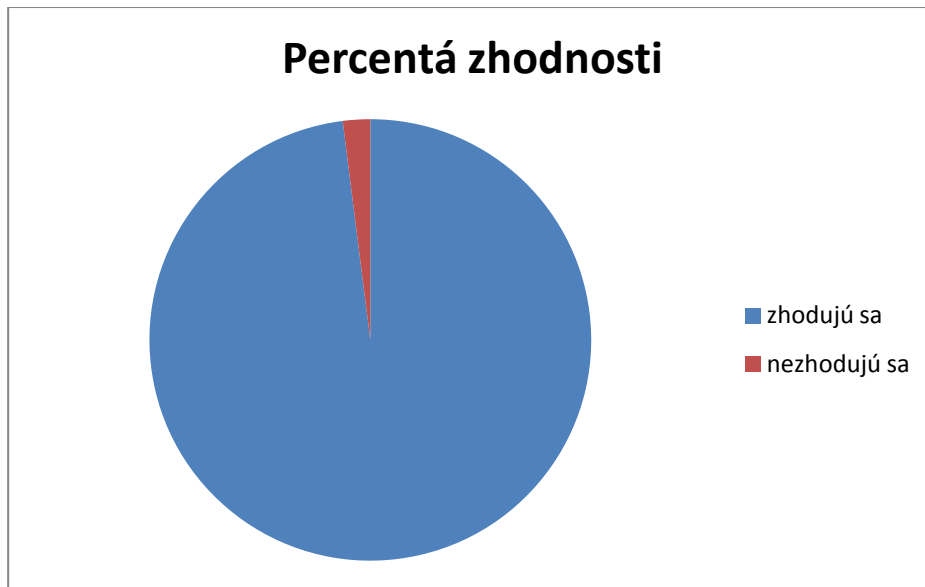
Tabuľka č. 17: Zhoda klinickej diagnózy s histológiou.

	Zhodujú sa	Nezhodujú sa
Percentuálne zastúpenie	98%	2%

Graf č.8A: Zhoda klinickej diagnózy s histológiou



Graf č.8B: Zhoda klinickej diagnózy s histológiou



V 98% prípadov histológia potvrdila diagnózu endometriózy. Vzorky, kde sa endometriotické ložiská nepotvrdili (2%), obsahovali fyziologické bunkové štruktúry tkaniva, z ktorého pochádzali.

Typická pacientka s diagnózou endometrióza :

Pacientka č.1

Dátum narodenia: 1995

Socio-ekonomický status: študentka

Parita: nulipara

To: pacientka odoslaná na operačné riešenie pre nález cysty ľavého ovária.

Epikríza: pacientka prijatá pre nález cystického útvaru na ľavom ováriu. Vykonaná LSK adnexeektómia . Vzorke poslaná na histologické vyšetrenie.

Histológia : cysticky zmenené ľavé ovárium – endometriosis ovarii.

Netypická pacientka s diagnózou endometrióza:

Pacientka č.2

Dátum narodenia: 1964

Socio-ekonomický status: zamestnaná, stredoškolské vzdelanie

Parita: sekundipara, spontánny pôrod

To: pacientka odoslaná na operačné riešenie pre nález cysty ľavého ovária a polypóznej sliznice v dutine uteru, subj.sa cíti dobre, bez ťažkostí.

Epikríza: pacientka prijatá pre nález cystického útvaru na ľavom ováriu a s nálezom polypu v dutine maternice. Bola vykonaná HSK dg s nálezom polypu v dutine maternice, následná ablácia polypu a kyretáž dutiny maternice. Ďalej vykonaná LSK adnexeektómia. Vzorke poslané na histologické vyšetrenie.

Histológia :

materiál z dutiny uteru-glandulárny polyp endometria

ľavá tuba – tuba uterina bez atypii

cysticky zmenené ľavé ovárium – endometriosis ovarii.

Diagnostická laparoscopia:

Pacientka č.3

Dátum narodenia: 1995

Socio-ekonomický status: zamestnaná, stredoškolské vzdelanie

Parita: nulipara

To: pacientka prijatá pre operačné riešenie pelvic pain, suspektná endometrióza.

Epikríza: vykonaná LSK diagnostika. Výkon prebehol bez komplikácií a diagnóza sa nepotvrdila.

Diskusia

Paráca má charakter retrospektívnej analýzy klinického materiálu I.gynekologicko-pôrodníckej kliniky LF SZU.

Práca má 2 časti, teoretická časť a praktická časť.

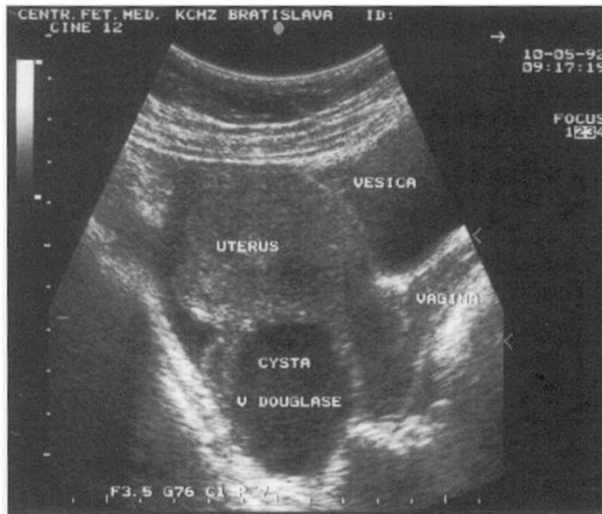
V teoretickej časti sme sa venovali problematike endometriózy vo všeobecnosti. Zhrnuli sme poznatky o etiopatogenéze, epidemiológii, patologicko-anatomickom obraze, klasifikácii, klinickom obraze, diagnostike a terapii ochorenia.

V praktickej časti sme sa venovali pacientkám. Bolo definovaných 8 parametrov, ktoré boli predmetom štúdie. Parametre sa sledovali na súbore pacientok, spracovali do tabuliek a grafov.

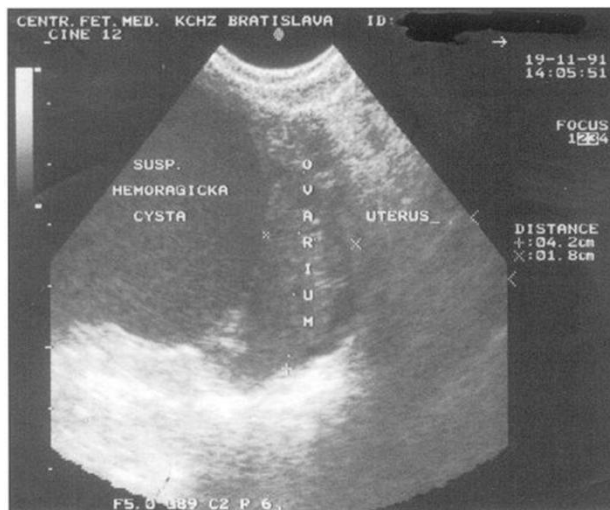
Záver

Endometrióza ako „benígne“ ochorenie fertílneho veku, spôsobuje často „non-benígne“ príznaky, ktoré sťažujú život žien bolesťou, spôsobujú diskomfort a v neposlednom rade môžu mať vplyv na fertilitu ženy. Tieto prejavy ochorenia či už samé, alebo spoločne sú dôkazom toho, že sa stretávame so závažným medicínskym ale aj spoločenským problémom v obraze tohto ochorenia. Napriek možnosti USG diagnostiky, CA125 onkomarkeru, sledovaniu pozitívnej RA, pacientok stále pribúda. Možno je to spôsobené multifaktoriálnou etiopatogenézou, alebo životným štýlom žien podľa socio-ekonomického statusu spojenou s nulovou paritou. Nevieme presne povedať, sú to len odhady ktoré vyvodzujeme z tabuliek a grafov.

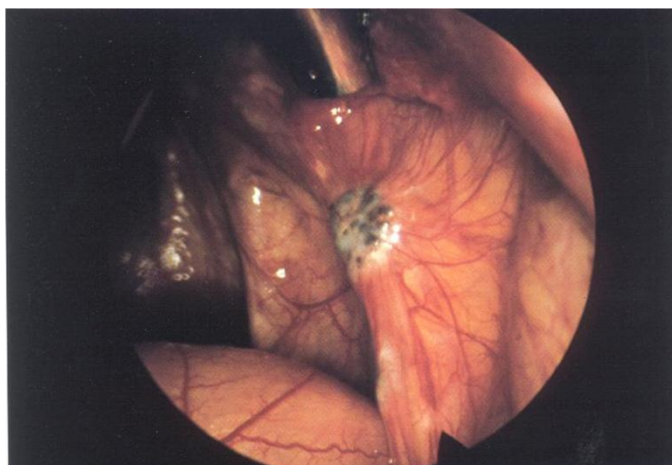
Obrázky :



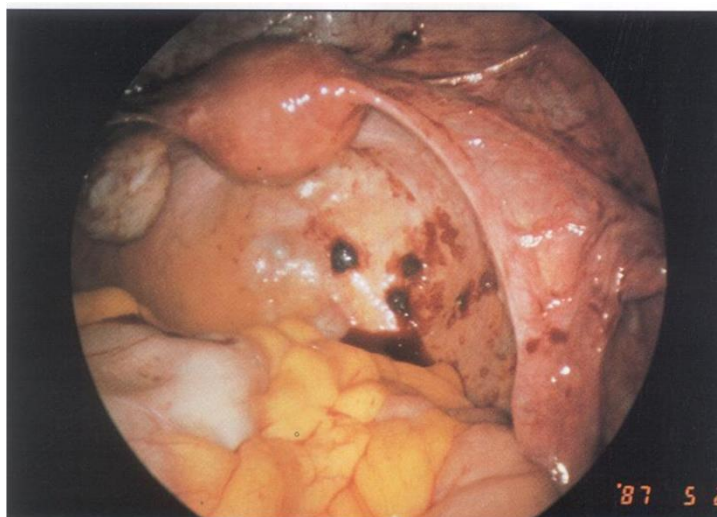
Obrázok č.1: USG obraz cysty v cavum Douglasi



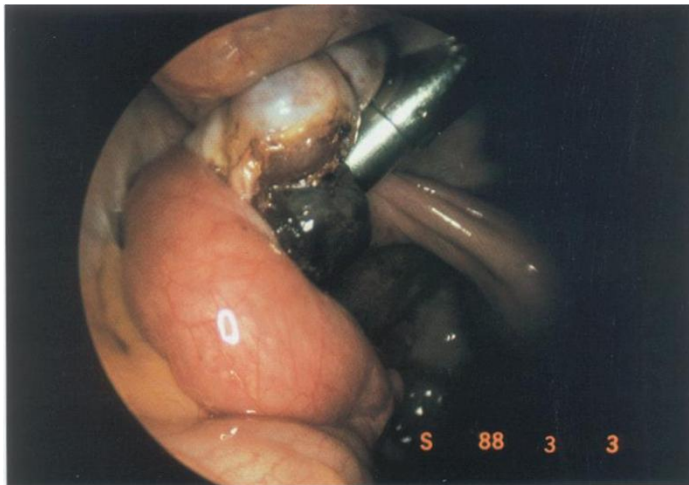
Obrázok č.2: USG obraz suspektnej hemoragickej cysty.



Obrázok č.3: Laparoskopický obraz endometriotického ložiska



Obrázok č.4: Laparoskopická obraz endometriotických ložísk na



Obrázok č.5: Laparskopický obraz hemoragickej cysty

Obrázky použité s povolením I.gynekologicko-pôrodnickej kliniky SZU.

Použitá literatura:

Bárdoš, A. et al: Endometrióza; Gynekológia a pôrodnictvo; 4, Osveta 1979,s.356-64

Bartoš, P.: Racionální přístup k chirurgick léčbě endometriózy, Česká gynekologie, 65, 2000, s.103-107

Bast RC, Feeney M, Lazarus H et al.: Reactivity of a monoclonal antibody with human ovarian carcinoma. J Clin Invest 1981; 68;1331-1337

Bazot, M., Darai, E., Houtani,R.,et al.: Deep pelvic endometriosis : MR imaging for diagnosis and prediction of extension of disease. Radiology 2004; 232:379-389

Bielik, T.,: Hlboko infiltrujúca endometrióza a adenomyóza, Gynnekol.prax 2006; 4(4):223-230.

Bonfrer JMG, Korse CM, Verstraeten RA et al: Clinical evaluation of the Byk LIA-mat CA 125 II assay; discussion of a reference value. Clin Chem 1997;43:6143-6148

Brosens I, Nisolle M, Diagnosis of endometriosis., Semin.Reprod Endokrinol 1997;15:229-33

Cibula, D.: Endometrióza a sterilita, Moderní gynekol.a porodnictví; 11., 2002, s.539-545

Citterbart, K. et al.: Gynekologie, První vydání, dotisk, Galén, 2001, ISBN 80-7262-094-0, str.121-125.

Čihák,R.: Anatomie 2, Druhé, upravené a doplněné vydání, Grada Publishing,a.s., 2002, ISBN 978-80-247-0143-1, str.351-352,354

Fleischer AC, James AE, Milis JB. Differentila diagnosis of pelvic masses by scale sonography. Am J Roentg 1978; 131:469-476

Friedman H, Vogelzang RL, Mendelson EB. Endometriosis detection by US with laparoscopic corelation. Radiology 1985; 157: 217-20

- Gocze PM, Szabo DG, Than GN, et al: Occurrence of CA125 and CA19-9 tumor associated antigens in sera of patients with gynaecologic, trophoblastic and colorectal tumors. *Gynecol Obstet Invest* 1988;25:268-272
- Grover S, Koh H, Weideman P, Quinn MA : The effect of the menstrual cycle on serum CA 125 levels, a population study. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 1379-1381
- Kořenek, A.: Endometrióza a poruchy fertility. *Gynekológ* 2001; 10(6):261-265
- Kučera, E.: Endometrióza, Průvodca ošetřujícího lékaře, JESSENIUS MAXDORF, 2008, ISBN 978-80-7345-144-8, s13-23.
- Kužel, D.: Minimálně invazivní chirurgie v operační léčbě endometriózy. *Moderní gynekol.a porodnictví*, 11.,2002,s.358-9.
- Mohan,H.: Patológia, Slovenské vydanie 2011: BALNEOTHERMA s.r.o, ISBN 978-80-970165-6-4, str.758
- Pauler DK, Menon U, McIntosh M et al: Factors influencing serum CA125 II levels in healthy postmenopausal women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2001; 10: 489-493
- Plank K, Hružik P, Janko P, Rusňák I, Pelvic pain. The value of laparoscopy in diagnostic algorithm. *World Congress of Gynaecol. Endoscopy, Rome, June 18-221997, Abstract book.*
- Rusňák I, Štencl J. *Ultrazvuková diagnostika ovariálnych nádorov*, Bratislava, Nadácia Vznik a zdravý vývoj plodu,1995
- Rusňák, I., Čunderlík, A., Turkota, L.: Súčasná možnosti ultrazvukovej diagnostiky endometriózy, *Prakt. Gyn* 2004;1:23-25
- Slezák, P., Záhumenský,J., : Rádiografická diagnostika endometriózy vajíčkovodov – Význam USG pre gynekologickú diagnostiku. In: *Prakt.gyn.*, 2000, str.49-51
- Šuška, P., a kolektív: *Vybrané kapitoly z gynekológie*, 2003, Univerzita Komenského Bratislava, ISBN 80-223-1818-3, str. 108-113

Turecký, L.,: CA 125 a význam jeho vyšetovania v gynekológii, Praktická gynekológia 2006; 13(4):39-45

Turkota L, Dedinská E, Mikulaj V, Nov pohľady na epidemiológiu, patogenézu, diagnostiku, klasifikáciu a terapiu endometriózy. Slov Gynek Pôrod 1999; 6(1):20-25

Turkota, Ľ., Dedinská, E.,Mikulaj, V.: Nové pohľady na epidemiológiu, patogenézu, diagnostiku, klasifikáciu a terapiu endometriózy.Slov.Gynek.Pôrod., 6(1), 1991, str.20-25

Tuxen MK, Soletormos G, Dombernowsky P., Tumor markers in the management of patients with ovarian cancer . Cancer Treat Rew 1995; 21:215-245

Tuxen MK.: Tumor marker CA125 in ovarian cancer. J Tumor Markers Oncol 2001;16:49-68