

ZOL GENK

Campus Sint-Jan
Campus Sint-Barbara
Medisch Centrum André Dumont
ZOL MAAS EN KEMPEN



Endometriose

ZOL GENK

Campus Sint-Jan
Synaps Park 1
B 3600 Genk

Campus Sint-Barbara

Bessemmerstraat 478
B 3620 Lanaken

Medisch Centrum André Dumont

Stalenstraat 2a
B 3600 Genk

ZOL MAAS EN KEMPEN

Diestersteenweg 425
B 3680 Maaseik

ZOL GENK
tel. +32(0)89 80 80 80
ZOL MAAS EN KEMPEN
tel.+32(0)89 50 50 50
info@zol.be

Beste patiënt,
Deze brochure geeft u meer informatie over endometriose en tracht op een aantal veel gestelde vragen antwoord te geven.

Mocht u na het lezen van deze brochure nog vragen hebben, aarzel dan niet om ze te stellen. Uw behandelend arts en de verpleegkundigen zijn steeds bereid om op al uw vragen te antwoorden.

Inhoudsverantwoordelijke: dr. JC. Schobbens
(Gynaecoloog) | Juni 2023

INHOUDSTAFEL

1. Endometriose in het kort	3
2. Wat is endometriose?	4
3. Wat zijn de klachten bij endometriose?	5
4. Wat is de oorzaak van endometriose?	7
5. Wie krijgt endometriose?	8
6. Hoe wordt de diagnose gesteld?	8
7. Hoe wordt endometriose behandeld?	9
7.1 Afwachten	
7.2 Medicamenteuze behandeling	
7.3 Chirurgie	
7.4 Wat met de baarmoeder?	
8. Endometriose en infertiliteit	12
9. Contactgegevens	13
10. Tot slot	14

01 ENDOMETRIOSE IN HET KORT

Endometriose is een complexe, gynaecologische aandoening die een negatieve invloed heeft op het dagelijks functioneren van vele vrouwen. Het ZOL beschikt over een multidisciplinair team dat reeds vele jaren ervaring heeft in de behandeling van endometriose.

Endometriose kan effect hebben op de fysische, mentale en emotionele gezondheid van de patiënte. Zo kunnen er pijnlijke maandstonden optreden, aanhoudende bekkenpijn, pijn bij seksuele gemeenschap, pijn bij ontlasting en/of bij plassen en niet in het minst vruchtbaarheidsproblemen. De aandoening kan dus zeer invaliderend zijn, maar is nog steeds ondergediagnosticeerd. Dit maakt dat vele vrouwen in stilte lijden.

Endometriose is een chronische aandoening. De sleutel in de behandeling van endometriose is de volledige, meestal chirurgische verwijdering van alle zowel oppervlakkige als diep gelegen endometrioseletsels. Ook een hormonale aanpak is mogelijk.

Om de twee weken worden alle nieuwe gevallen van endometriose in het multidisciplinair team besproken en wordt in functie van de specifieke bevindingen bij een patiënt een behandelingsplan voorgesteld. Geef een beknopte toelichting over de aandoening.

02 WAT IS ENDOMETRIOSE?

Endometriose wordt beschreven als de aanwezigheid van weefsel buiten de baarmoeder dat normaal alleen voorkomt aan de binnenzijde van de baarmoederholte (endometrium of baarmoederslijmvlies). De meest frequente lokalisaties zijn alle organen in het vrouwelijke bekken zoals de baarmoeder, eileiders, eierstokken, blaas, dikke darm, buikvlies, maar ook achter het buikvlies zoals op de urineleiders (ureter), de bekkenzenuwen en diep tussen de vagina en de dikke darm. Zeer uitzonderlijk wordt endometriose teruggevonden in het bovenste deel van de buikholte, in de longen of zelfs in de hersenen.

De vele lokalisaties en de verschillende dieptes waarmee endometriose in de weefsels kan ingroeien, maakt dat de symptomen bij elke persoon verschillend kunnen zijn. Bovendien gaan endometrioseletsels bloeden, net zoals het baarmoederslijmvlies tijdens de maandstonden. De bloedingen rond de endometriose spots geven op zich weer aanleiding tot een reactie in de omliggende weefsels.

Door de weefselreactie ontstaat littekenvorming in de weefsels en vergroeiingen met omliggende structuren zoals darm- en buikvlies. Deze veranderingen in weefselstructuur veroorzaken de pijn van endometriose. Indien er endometrioseletsels aanwezig zijn in de eierstokken, gaat het bloed vanuit de endometriosehaarden zich opstapelen in de eierstok zelf. Zo worden de zogenaamde chocolade-cysten (endometrioma's) gevormd. Deze kunnen soms zo groot worden als een tennisbal.

Hoewel een endometrioseletsel gevormd wordt door goedaardig weefsel (baarmoederslijmvlies), kan het de omliggende weefsels toch 'ingroeien', net zoals kwaadaardig weefsel dit zou doen. Zo kunnen ze bijvoorbeeld de dikke darm of de blaas ingroeien en aanleiding geven tot bloedverlies via de ontlasting of het urineren.

Zeer uitgebreide endometriose kan soms zoveel vergroeiingen veroorzaken dat alle organen in het kleine bekken (zoals baarmoeder, eierstokken, darm, blaas, ...) aan elkaar vast komen te zitten. Dit noemt men een 'frozen pelvis'. Bewegingen van één van deze organen kan dan pijn uitlokken zoals ovulatie ter hoogte van de eierstok, zoals seksuele betrekkingen of zelfs bij passage van stoelgang door de dikke darm.



Figuur 1-4: Resectie van een diepe nodus van 4 tot 5 cm met doorgroei doorheen de blaaswand



Figuur 5: Status na hechting van het defect in de blaas

03 WAT ZIJN DE KLACHTEN BIJ ENDOMETRIOSE?

Het meest voorkomende symptoom is pijn. Het komt voor bij 80 percent van de endometriose patiënten. Meestal is de pijn evenredig met de ernst van de endometriose maar niet altijd. De graad van pijn wordt niet alleen bepaald door de uitgebreidheid van de endometriose maar ook door de specifieke plaats in het bekken waar de endometriose zich voordoet.

In de meeste gevallen zullen de pijnklachten het meest uitgesproken zijn tijdens de menstruaties (= dysmenorrhee). Tijdens deze periode kan de pijn ook optreden tijdens en na geslachtsgemeenschap (= dyspareunie); bij het maken van stoelgang (= dyschezie) of bij het plassen (=dysurie).

Als de endometrioseletsels tegen de darm aanliggen, kan dit problemen geven bij de ontlasting. Door irritatie van de darm kan dit een gevoel van aandrang tot ontlasting geven, terwijl er in de darm geen stoelgang aanwezig is. Endometriose kan ook ingroeien in de wand van de dikke darm. Hierdoor wordt de holte van de darm kleiner en geraakt de stoelgang er moeilijker door. Dit kan zorgen voor obstipatie en soms veel buikkrampen. Indien de endometriose volledig doorheen de wand van de dikke darm groeit, kan tijdens de menstruaties bloedverlies uit de anus optreden.

Gelijkaardige problemen kunnen optreden als de endometriose tegen de blaaswand aan groeit. Ook dan kunnen valse aandrang en blaaskrampen optreden maar ook bloedverlies tijdens het plassen als de letsels doorheen de blaaswand zijn gegroeid. Hou er rekening mee dat dezelfde blaasklachten meestal wijzen op een eenvoudige blaasinfectie. Andere symptomen die kunnen voorkomen (en alweer voornamelijk tijdens de menstruaties) zijn: hoofdpijn, diarree, zenuwpijnen, vermoeidheid, lage rugpijn, chronische onderbuikspijn, prikkelbaarheid, ...

Door de vele en verschillende symptomen is endometriose soms moeilijk te herkennen. Het duurt dan ook soms jaren vooraleer de juiste diagnose gesteld wordt. Meestal komen de symptomen alleen voor tijdens de menstruaties. Bij gevorderde endometriose worden de klachten meer chronisch.

Het kan ook zijn dat een vrouw geen symptomen van endometriose ervaart en dat de diagnose pas vastgesteld wordt op het moment dat het niet lukt om zwanger te worden. Alhoewel het algemeen geweten is dat er een verband is tussen endometriose en infertiliteit (endometriose is in 6 % van de gevallen de oorzaak van verminderde vruchtbaarheid) is het juiste verband niet gekend. De oorzaak zou kunnen liggen aan de vele vergroeiingen die ontstaan in het vrouwelijk bekken. Meestal echter kan men geen duidelijke verklaring vinden waarom endometriose een verminderde fertiliteit veroorzaakt. Vermoedelijk is er een effect op zowat alle stappen van de bevruchting. Studies hebben aangetoond dat endometriose de vruchtbaarheid doet dalen bij een normale conceptie maar ook de kans op succes vermindert bij in vitro fertilisatie.

04 WAT IS DE OORZAAK VAN ENDOMETRIOSE?

De precieze oorzaak van endometriose is nog niet met zekerheid gekend en heel waarschijnlijk gaat het over een aandoening met meerdere oorzaken waaronder genetische, immunologische en omgevingsfactoren.

Eén van de verklaringen gaat ervan uit dat endometriose veroorzaakt wordt door terugvloeien van menstratiebloed doorheen de eileiders naar de buikholte en dus niet enkel via de vagina naar buiten (= retrograde menstruatie). Het bloed dat in de buik terechtkomt, wordt normaliter afgebroken en door het lichaam opgeruimd. Vermoedelijk lukt dat soms niet voldoende en kunnen resten van het slijmvlies zich op het buikvlies en op de organen in het kleine bekken gaan nestelen. Dat slijmvlies kan in de loop van de tijd verder uitgroeien tot wat men dan endometriose noemt. Dit is de theorie van Sampson.

Maar er moeten ook andere oorzaken bestaan. Onderzoek bij meisjes die nog geen menstruaties hadden, wees in sommige gevallen toch al op de aanwezigheid van endometriose. Voor de endometriose letsels die in de longen of hersenen worden teruggevonden, moet uiteraard ook een andere oorzaak gevonden worden.

05 WIE KRIJGT ENDOMETRIOSE?

Eén op 7 vrouwen krijgt in haar leven te maken met endometriose. Endometriose doet zich voor op alle leeftijden voor de menopauze en zowel bij vrouwen die geen kinderen hebben gekregen als bij vrouwen die wel kinderen hebben gehad. Zwangerschap doet het risico op terugval van symptomen wel verminderen met 50 %. Maandstonen op jonge leeftijd, obesitas en langdurige en hevige bloedingen zouden het risico doen toenemen.

06 HOE WORDT DE DIAGNOSE GESTELD?

De diagnose kan vermoed worden bij aanwezigheid van de vele, soms typische klachten. Ook het klinisch onderzoek bij de arts kan veel informatie verschaffen, zeker bij aanwezigheid van diepe endometriose.

De gouden regel voor het stellen van de diagnose is een kijkoperatie. Via een kijkoperatie heeft men rechtstreeks zicht op de letsels, kan en moet de diagnose met een biopsie bevestigd worden en kan de uitgebreidheid van de endometriose bepaald worden. In de literatuur worden de MRI en echografie vaak als onvoldoende gevoelig beschouwd om de diagnose te stellen. Wij hebben de ervaring dat met vaginale echografie wel een accurate diagnose van eierstokletsels en zogenaamde diepe endometrioseletsels gesteld kan worden. Het voordeel hierbij is dat we in vele van deze gevallen onmiddellijk, zonder voorafgaande kijkoperatie, definitieve chirurgie kunnen plannen.

Alleen als er endometriose vermoed wordt buiten het kleine bekken of bij ernstige aantasting van blaas of dikke darm, zal mogelijks een bijkomende MRI aangevraagd worden.

07 HOE WORDT ENDOMETRIOSE BEHANDELD?

7.1 Afwachten

Als er weinig of geen pijnklachten aanwezig zijn of als er geen zwangerschapswens is, dan volgt er geen behandeling.

7.2 Medicamenteuze behandeling

- Pijnmedicatie: om de pijn te behandelen die voornamelijk tijdens de menstruatie voorkomt, kunnen anti-inflammatoire producten type Ibuprofen of Naproxen voorgeschreven worden. Indien de maximale dosis niet meer voldoende helpt, zal er voor een andere behandeling gekozen worden.
- Hormonale behandeling: gezien het de hormonale cyclus is die de endometriose-letsels doet toenemen en dus de pijn uitlokt, zal vaak een hormonale behandeling voorgeschreven worden om zo weinig mogelijk maandstonen uit te lokken.
- Anticonceptiepillen (-patches of -ring) en progesterone preparaten geven meestal zowel een vermindering van de hoeveelheid bloedverlies als een vermindering van de duur van het bloedverlies tijdens de maandstonen; zeker effectief als de medicatie continu wordt doorgegeven. Deze behandeling kan soms milde vormen van endometriose goed onder controle houden.
- GnRH (gonadotropine releasing hormones) analogen en antagonist blokkeren de productie van het ovarieel stimulerend hormoon en dus ook de volledige cyclus. Dit zorgt voor het inkrimpen van endometriaal weefsel. Na het stoppen van de behandeling kunnen deze dan ook maanden een vermindering van de klachten geven. Er wordt vaak geadviseerd om in deze periode te trachten om zwanger te worden. Vermits deze medicatie een artificiële menopauze creëert, zullen vaak klachten zoals warmteopwellingen, slapeloosheid en vaginale droogte optreden.

7.3 Chirurgie

De meest effectieve behandeling van endometriose is chirurgie, zeker bij die mensen waar een hormonale behandeling geen of onvoldoende effect heeft. Alhoewel in de literatuur nog regelmatig laparotomie 's (open-buikoperaties) worden uitgevoerd, wordt alle endometriosechirurgie in het ZOL uitgevoerd via kijkoperatie. Hierbij zal al de zichtbaar aanwezige endometriose verwijderd worden. Hoe uitgebreider de endometriose, hoe uitgebreider de chirurgie.

Indien er enkel letsels aanwezig zijn op het buikvlies kunnen deze vrij gemakkelijk verwijderd worden. Indien de endometriose zich in de eierstokken heeft genesteld en daar een zogenaamde chocolade-cyste heeft gevormd, zal tijdens de ingreep in principe de volledige cystewand verwijderd worden. We weten echter dat bij het volledig verwijderen van deze cystewand, een groot deel van de eicellen van deze eierstok ook worden weggenomen. In sommige gevallen, waar de fertiliteit in het gedrang zou kunnen komen, zal enkel gekozen worden voor het openen van de cyste en oppervlakkig de cystewand te verbranden met behulp van elektro-coagulatie.

Wanneer endometriose de dikke darm aantast, is het belangrijk te weten hoe diep de endometriose in de darmwand dringt. Indien dit oppervlakkig is, zal getracht worden de letsels van de darm af te schrapen. Dit wordt 'shaven' genoemd. Indien de endometriosehaard in de wand begint in te groeien, zal soms, om alles weg te krijgen, een stukje darmwand moeten worden weggenomen. De opening in de darmwand zal dan gehecht worden. Wanneer een groot letsel ingroeit in de darm, is het echter soms nodig om een segment van de zieke darm te verwijderen.

Wanneer vóór de chirurgische ingreep ingroei in de spierwand van de darm vermoed wordt, zal aan de patiënte gevraagd worden om vóór de operatie de abdominale chirurg te consulteren.

Ook de blaas kan door endometriose aangetast worden. Ook hier zal ge-

tracht worden de endometriose van de blaaswand te 'shaven'. Indien een stuk van de blaaswand moet worden verwijderd, zal de patiënte gedurende een drietal weken na de operatie een blaassonde moeten dragen. Wanneer ze na enkele dagen voldoende hersteld is, kan ze naar huis met een speciaal blaaszakje dat rond het been wordt geplakt. De blaas is een orgaan dat zich meestal zeer goed herstelt. Soms worden de zogenaamde ureters ook in de endometriosehaard betrokken. Dit zijn de kanalen/buizen die de urine van de nieren naar de blaas brengen.

7.4 Wat met de baarmoeder?

Uiteraard zal bij een kinderwens de uterus altijd bewaard worden. Men weet echter dat het verwijderen van de baarmoeder de kans op herval sterk doet afnemen. Bij een voltooide kinderwens zal, indien mogelijk, voorgesteld worden om deze ook te verwijderen, zeker indien er ook aantasting is door de endometriose. Op jonge leeftijd zullen in principe nooit beide ovaria of eierstokken worden weggenomen. Dit zou immers betekenen dat de jonge patiënte in de menopauze terechtkomt.

08 ENDOMETRIOSE EN INFERTILITEIT

Endometriose is vaak geassocieerd met infertiliteit. Men vindt endometriose terug bij 30 % van de vrouwen met fertiliteitsproblemen. Endometriose kan op verschillende manieren de fertiliteit beïnvloeden. Bij beschadiging van de eileiders en de eierstokken zullen de eicellen en de spermacellen veel minder goed bij elkaar kunnen geraken. Hierdoor zal een spontane zwangerschap veel moeilijker tot stand kunnen komen. Maar ook zonder beschadiging van de eileiders en de eierstokken lijkt endometriose de beweeglijkheid van de spermacellen en de eicellen te verminderen, alsook de bevruchting en de innesteling te bemoeilijken.

Na de chirurgische behandeling van endometriose waarbij de normale anatomie kon hersteld worden, wordt meestal een periode van zes maanden aangeraden om spontaan zwanger te worden. Indien dit na zes maanden niet lukt, zullen we aanraden om over te gaan tot fertiliteitsbehandelingen zoals inseminaties en zelfs IVF.

Vele vrouwen hebben soms jarenlang symptomen vooraleer de diagnose van endometriose wordt gesteld. Vaak vernietigt deze endometriose geleidelijk aan de anatomie van het kleine bekken. Het is dan ook belangrijk dat jonge vrouwen met symptomen hulp zoeken. Hierdoor kunnen ze snel een laparoscopie krijgen en zo een behandeling van hun endometriose. Dit is de beste manier om hun fertiliteit langdurig te bewaren.

09 CONTACTGEGEVENS

Gynaecologie

Chirurgie: prof. dr. E. de Jonge, dr. J.C. Schobbens en dr. G. Mestdagh

Echografie: dr. C. Van Holsbeke

Abdominale heelkunde

dr. A. Dams

Verpleegafdeling gynaecologie: 089 32 76 06

Raadpleging gynaecologie: 089 32 75 21

Sociale dienst: 089 32 16 66

Psychologe: 089 32 56 83

10 TOT SLOT

Deze brochure is geen vervanging van de mondeling informatie, maar is bedoeld als aanvulling hierop. Hierdoor kunt u alles nog eens rustig doorlezen.

Het team staat steeds klaar om uw vragen zo snel en duidelijk mogelijk te beantwoorden.

Heeft u vragen, opmerkingen of suggesties, laat het ons weten.

Wij zijn er om u te helpen!

Heeft u opmerkingen bij deze brochure?

Geef ons gerust een seintje!

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



www.ZOL.be



www.twitter.com/ZOLziekenhuis



www.facebook.com/ZOLzh



www.youtube.com/user/ZOLziekenhuis

Schrijf u in op onze nieuwsbrief via www.zol.be

Raadpleeg online uw medisch dossier via www.mijnzol.be