

“Ocena efektów leczenia operacyjnego endometriozy miednicy mniejszej z zastosowaniem lasera CO₂, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu leczenia na rezerwę jajnikową”

lek. Ewa Posadzka

Endometrioza to schorzenie estrogenozależne, dotyczące 2-10 % ogólnej populacji kobiet. Choroba ta może powodować silne dolegliwości bólowe o różnym charakterze i jest uznana za niezależną przyczynę niepłodności. Obecnie trwają poszukiwania optymalnej techniki operacyjnej leczenia endometriozy, która pozwoliłaby jednocześnie leczyć dolegliwości bólowe oraz odzyskać/zachować płodność kobiety.

Podstawowym celem prezentowanej pracy jest ocena efektów leczniczych technik ablacyjnych, w tym laseroablacji CO₂, w leczeniu endometriozy miednicy mniejszej i związanych z nią dolegliwości, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu takiego postępowania na rezerwę jajnikową.

Badaniami objęto pacjentki ze wstępnym rozpoznaniem endometriozy miednicy mniejszej zakwalifikowane do zabiegu laparoskopowego, u których oceniono rezerwę jajnikową oraz przeprowadzono ankietę oceniającą obecność i stopień nasilenia różnego rodzaju dolegliwości bólowych, mogących mieć powiązanie z endometriozą. Pacjentki te zoperowano z zastosowaniem różnych technik laparoskopowych. Część pacjentek zoperowano z użyciem lasera CO₂ lub elektroablacji. Po 3 i 6 miesiącach zbadano u nich zmiany w nasileniu dolegliwości bólowych. Kolejną grupę pacjentek zoperowano przy zastosowaniu kombinacji klasycznej laparoskopowej, chirurgicznej metody wyluszczenia w połączeniu ze wymienionymi wyżej technikami ablacyjnymi. U tych pacjentek również po 3 i 6 miesiącach badano zmiany w pooperacyjnej rezerwie jajnikowej.

W badaniach śródoperacyjnie oceniono stopień zaawansowania zmian endometriotycznych wg skali rASRM (revised Classification of Endometriosis of the American Society for Reproductive Medicine), dzięki czemu przeprowadzono analizę zależności pomiędzy stopniem zaawansowania endometriozy a wielkością początkowej rezerwy jajnikowej.

W pracy nr 1 i nr 3 oceniono rezerwę jajnikową posługując się parametrami biofizycznymi i biochemicznymi. W pracy nr 1 zanalizowano wstępną, przedzabiegową rezerwę jajnikową, czyli oszacowano AFC (antral follicle count) oraz oznaczono poziom FSH (follicle stimulating hormone) w 1-3 dniu cyklu. W pracy nr 3 - oprócz wymienionych parametrów - dodatkowo analizowano przed- i pozabiegowe BOV (basal ovarian volume) i obecność ewentualnych nawrotów w badaniu ultrasonograficznym.

W pracy nr 2 do analizy zmian w odczuwaniu różnych typów dolegliwości bólowych wykorzystano ankietę z 11 stopniową numeryczną skalą natężenia bólu (numerical rating scale-NRS). Badano poziom nasilenia dolegliwości dla: bólu w trakcie miesiączki (dysmenorrhea), bólu w trakcie współżycia seksualnego (dyspareunia), w trakcie mikcji (dysuria), bólu i zaburzeń defekacji (dyschezja) oraz bólu w obrębie miednicy mniejszej nie związanego z cyklem miesięcznym (pelvic pain syndrome-PPS).

Grupa badana w pracy nr 1 wynosiła 39 pacjentek, w pracy nr 2- 48, w pracy nr 3-58 pacjentek.

W badaniu nie stwierdzono statystycznie istotnej korelacji pomiędzy stopniem zaawansowania endometriozy według rASRM a poziomem rezerwy jajnikowej, szacowanej poprzez AFC i poziom FSH.

W leczeniu dolegliwości bólowych związanych z endometriozą, dla żadnej z zastosowanych technik ablacyjnych nie wykazano ustąpienia dolegliwości bólowych, i to niezależnie od rodzaju bólu. Zadowalające wyniki dla obu metod uzyskano w leczeniu bólu w trakcie

miesiączki (p-0,025 dla laseroablacji CO₂ oraz p-0,004 dla elektroablacji) w kontroli po 6 miesiącach. Laseroablację CO₂ uznano za nieskuteczną w długoterminowym leczeniu dyschezji (nasilenie dolegliwości po 6 miesiącach p-0,018) i dyspareunii (p-0,016 w kontroli po 6 miesiącach, pomimo początkowej poprawy po 3 miesiącach-p-0,035). Wzrost natężenia dyschezji w tej grupie był skorelowany z pojawieniem się ultrasonograficznych nawrotów endometriozy w badaniu kontrolnym po 6 miesiącach (p-0,002).

Nasilenie dyspareunii po 6 miesiącach odnotowano również w grupie po elektroablacji (p-0,032).

Laseroablacja CO₂ i elektroablacja w kombinacji z wyluszczeniem laparoskopowym, chirurgicznym endometriozy jajnikowej (excisional capsule-EC) okazały się skuteczne w zachowaniu AFC. Istotnie obniżył się poziom BOV w grupie leczonej EC/elektroablacja (p-0,0012 po 3 miesiącach i p-0,001 po 6 miesiącach). Poziom FSH istotnie zmniejszył się po 3 miesiącach tylko w grupie EC/elektroablacja (p-0,023).

Po 6 miesiącach w badaniu ultrasonograficznym odnotowano wysoki odsetek nawrotów dla grupy leczonej EC/laseroablacją CO₂-39%, natomiast w grupie poddanej EC/elektroablacji odsetek nawrotów wynosił 17%.

Dowiedziano, że techniki ablacyjne przyniosły zamierzony efekt terapeutyczny w leczeniu tylko niektórych typów bólu związanych z endometriozą miednicy mniejszej. Zasadniczo obie badane techniki nie przyniosły długofalowego efektu terapeutycznego dla bólu związanego z DIE (deep infiltrating endometriosis), co oznacza, że mała inwazyjność wymienionych metod ablacyjnych jest w leczeniu głęboko naciekającej endometriozy nieskuteczna i nie powinna być standardowo stosowana. Stwierdzenie to w szczególności dotyczy metody laseroablacji CO₂, po zastosowaniu której stwierdzono wysoki odsetek nawrotów ultrasonograficznych endometriozy, jak również wykazano korelację pomiędzy ich pojawieniem się a nasileniem dolegliwości o typie dyschezji. Do rozważenia zostaje zastosowanie wymienionych technik w leczeniu bólu związanego z miesiączką, który kojarzony jest przede wszystkim z występowaniem endometriozy powierzchniowej oraz ewentualnie - jajnikowej.

Techniki laseroablacji CO₂ oraz elektroablacji znajdują natomiast zastosowanie w leczeniu endometriozy jajnikowej pod kątem zachowania rezerwy jajnikowej. Połączenie metod ablacyjnych z klasyczną, zalecaną techniką wyluszczenia torbieli spowodowało zachowanie AFC, czyli najważniejszego wskaźnika rezerwy jajnikowej, na niezmiennym poziomie.

W wyniku zastosowania każdej z metod nie stwierdzono wzrostu poziomu FSH mogącego świadczyć o zmniejszeniu rezerwy jajnikowej. Dowiedziano, że zastosowanie techniki EC/elektroablacji powoduje obniżenie BOV. Natomiast technika EC/laseroablacja CO₂ skutkuje wysokim odsetkiem nawrotów w badaniu ultrasonograficznym i niższym odsetkiem ciąży. Zastosowany w badaniu poziom mocy prądu dla elektroablacji bipolarnej (60-70 Wat) jest prawdopodobnie za wysoki i powoduje większe uszkodzenie tkanki jajnikowej niż laseroablacja CO₂. Z kolei moc użytej wiązki laserowej (10-20 Wat) pozwala co prawda na większą precyzję i mniejsze uszkodzenie kory jajnika, jednak możliwe, że jest zbyt słaba na całkowite usunięcie tkanki torbieli endometrialnej, co skutkuje wysokim odsetkiem nawrotów choroby. Wydaje się zatem celowe zmodyfikowanie parametrów użytych technik ablacyjnych dla zachowania rezerwy jajnikowej i zmniejszenia odsetka nawrotów.

Wyniki te prowadzą do konkluzji, iż żadna z badanych metod nie może być uznana za optymalną, a stosowanie którejkolwiek z nich powinno być dobierane indywidualnie.