Эндометриоз и бесплодие: ведение пациенток с позиции доказательной медицины

Проф. А.А. Попов
Московский областной НИИ
Акушерства и гинекологии
Gyn_endoscopy@mail.ru

Эндометриоз в цифрах

- 1 из 10 женщин репродуктивного возраста страдает от эндометриоза

  Rogers et al. Reprod.Sci 2009 16:335-346
- 1 761 687 000 женщин в возрасте 15 - 49 лет

  World Bank Population Protection Tables by Country and Group, 2010
- 176 млн. женщин сегодня болеют эндометриозом

Бесплодие и эндометриоз

- Наиболее частая причина бесплодия
- Эндометриоз как причина бесплодия регистрирован у 38% бесплодных пар
- Нет корреляции между степенью распространения эндометриоза и частотой нарушения фертильности
- Успех лечения не превышает 45-58%

Эндометриоз - одна из основных причин женского бесплодия.

- После хирургического и гормонального лечения беременность наступает у 30-52% больных
- Повторная лапароскопия в качестве метода восстановления фертильности – не эффективна

Koga K et al., Hum Reprod 2006, Ragni G et al., Am J Obstet Gynecol 2005, Кулаков В.А. соавт, 2002, Волков Н.И., 1996

Surgery for endometriosis-associated infertility: a pragmatic approach

P.Vercellini, E.Somigliana, P.Vigano, A.Abbiati, G.Barbara, P.G.Crosignani

Human Reproduction, Vol.24, N2, 2009

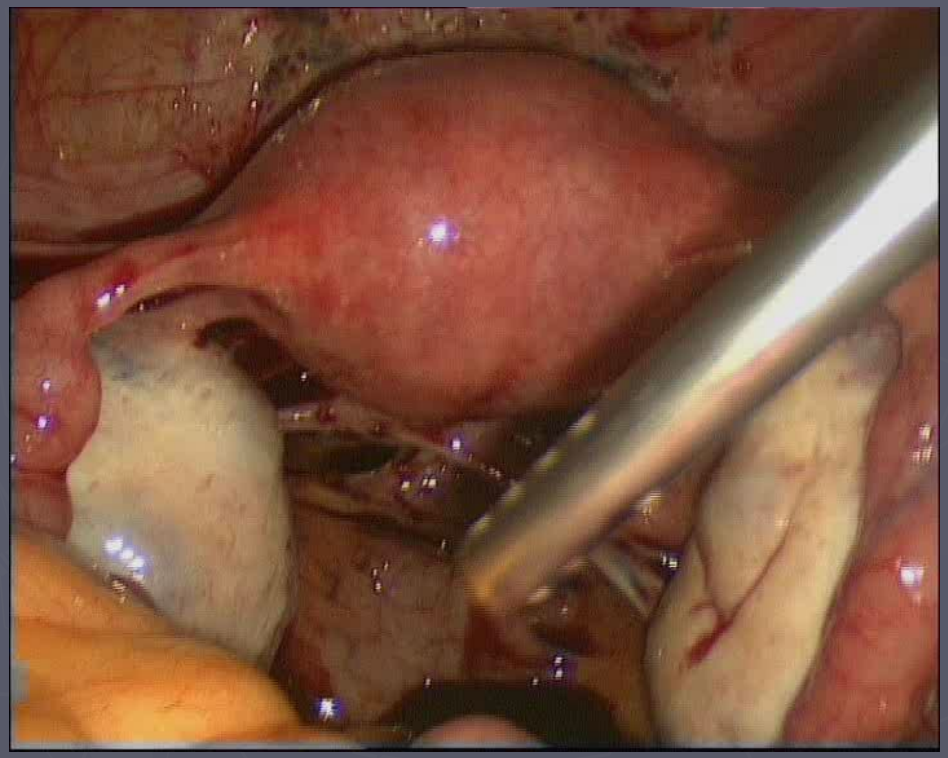
- Реальная частота наступления беременности при хирургическом лечении не превышает 25% и мало зависит от типа поражения.
- Эффективность операции для перитонеального эндометриоза также невелика. Результат иссечения ректовагинальных очагов поражения сомнителен и связан с большей частотой осложнений.

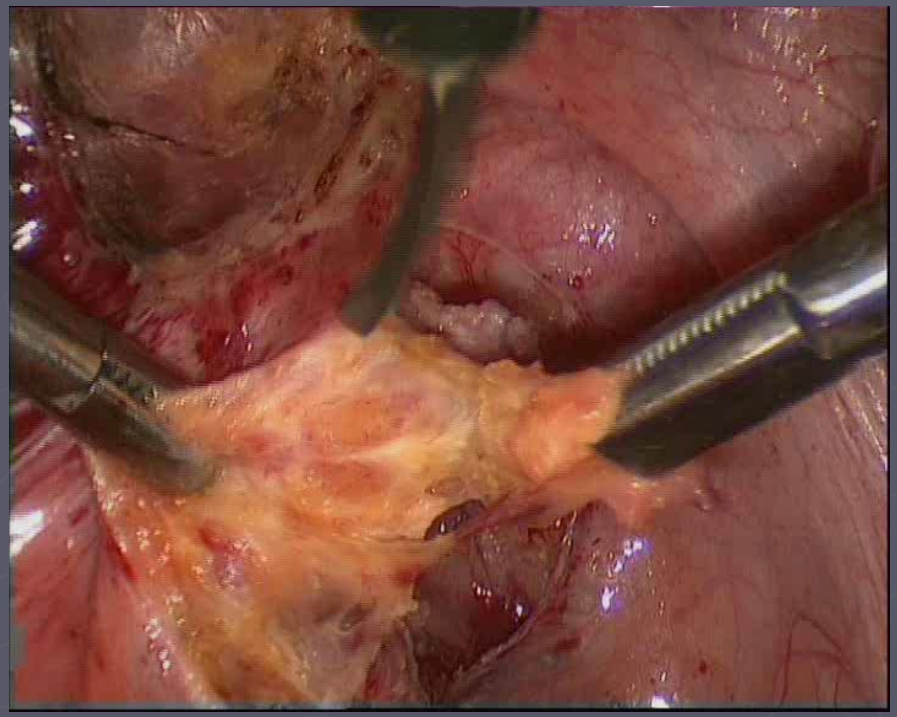
Рекомендации ESHRE по диагностике и лечению эндометриоза (2005)

www.endometriosis.org/guidelines.html

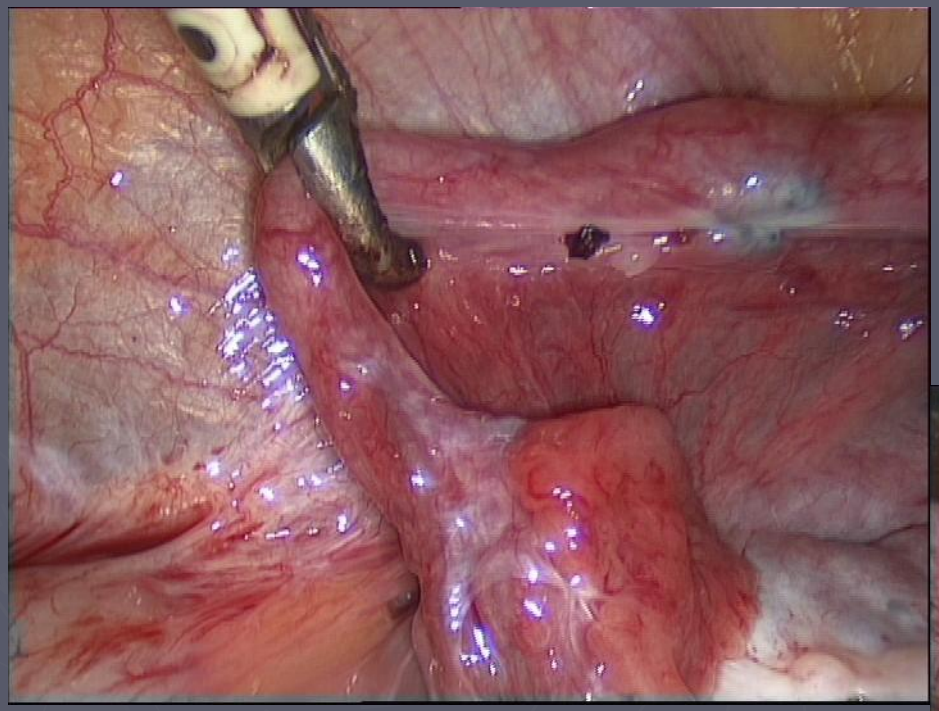
- Лапароскопия – «золотой стандарт» в диагностике и лечении эндометриоза.
- При минимальном эндометриозе только овариальная суппрессия не достаточно эффективна для восстановления ест. фертильности.
- Аблация гетеропопий и рассечение спаек более эффективно для восстановления ест.фертильности в сравнении с диагностической процедурой.
- Нет достаточных доказательств влияет ли хирургическая аблация при тяжелом эндометриозе на повышение частоты наступления беременности.
- ЭКО - лучшее лечение у пациенток, страдающих бесплодием, однако эффективность ЭКО у этих пациенток ниже, чем у пациенток с ТПБ.
- Лечение эндометриоза комплексное и должно проводиться в клиниках, где есть обширный опыт и возможности лечения данного заболевания.

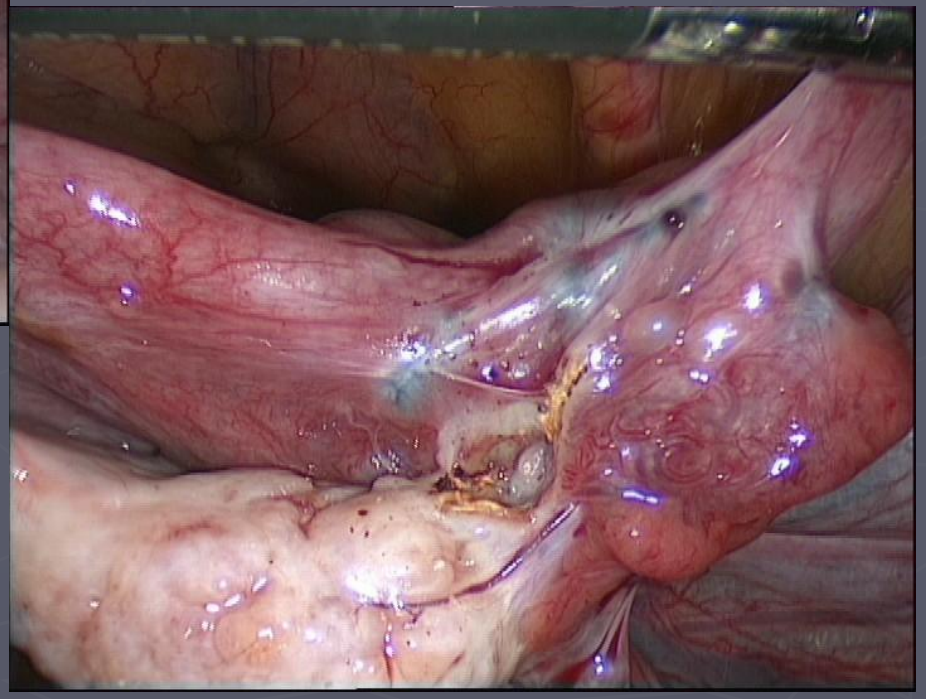
Абляция или иссечение эндометриоидных гетеротопий?



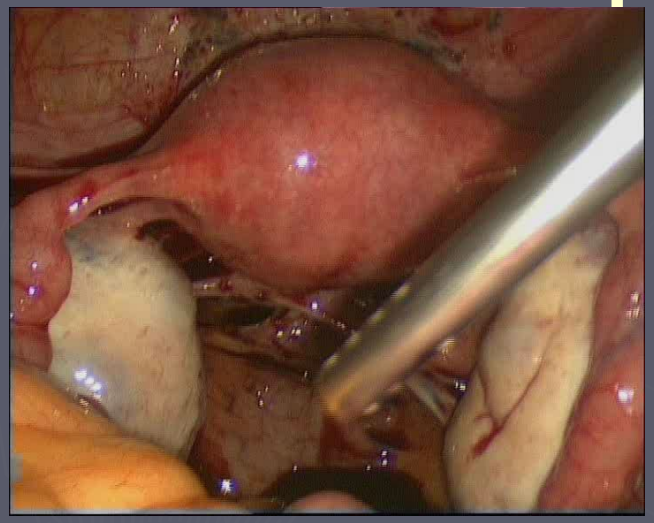


Генитальный эндометриоз и бесплодие





Перитонеальный эндометриоз I-II степени.



Лапароскопия

↓

Выжидательная тактика 6 мес.

↓

КИО (3-4 цикла)

↓

При отсутствии эффекта - ЭКО

Перитонеальный эндометриоз III-IV степени

Лапароскопия

Ожидание беременности 6 мес.

При отсутствии эффекта - ЭКО

Обоснование периоперационного применения гормонов.

1. Стойкая гипоэстрогения.
2. Уменьшение кровопотери во время операции.
3. Уменьшение размеров образований
4. Лечение анемии (исключение менструальных потерь).
5. Улучшение течения послеоперационного периода.
6. Снижение частоты рецидива эндометриоза.

Лауреаты NP (1977) за открытие GnRH R.Guillemin и A.Schally

Тактика при эндометриоидных кистах яичников

- Анамнез (наличие эндометриоза при оперативных вмешательствах)
- Размеры кисты (более или менее 4 см)
- Локализация (одно или двусторонние)
- Возраст женщины
- Состояние овариального резерва

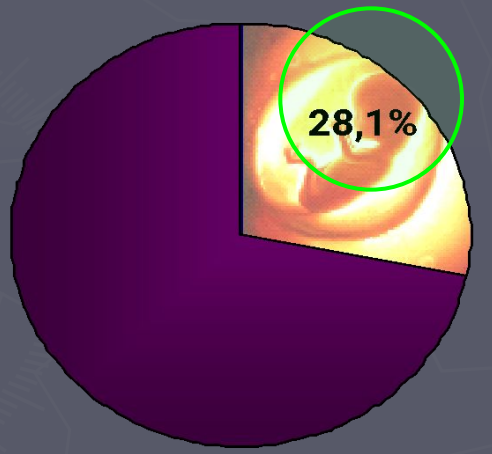
Любое яичниковое образование – онкологическая настороженность!

Влияние хирургии эндометрием на функцию яичника

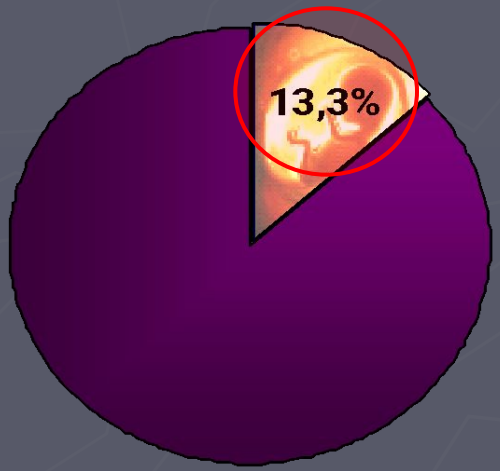
- Эндометриома – истинная опухоль яичника, требующая удаления и гистологической верификации
- Операция при обширном эндометриозе яичников дает наиболее благоприятный баланс соотношения эффективности и возможного вреда (P.Vercellini, 2009)
- Лапароскопическая операция – «золотой» стандарт
- Техника механического удаления псевдокапсулы кисты с последующим гемостазом (V.Cela, 2005, Н.Волков, 2004)

PR после ЭКО (n=104, данные ОР МОНИИАГ)

Сохраненный овариальный резерв



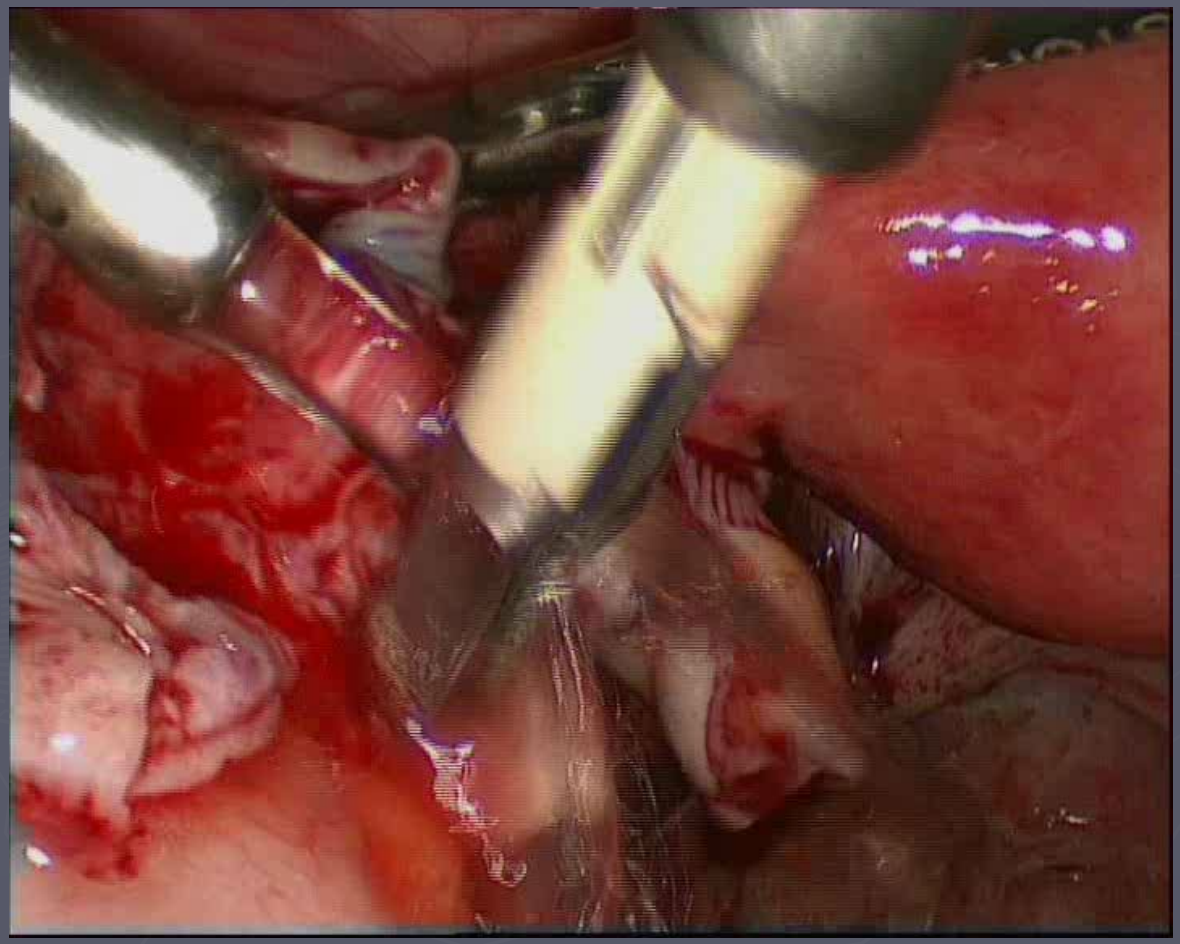
Редуцированный овариальный резерв

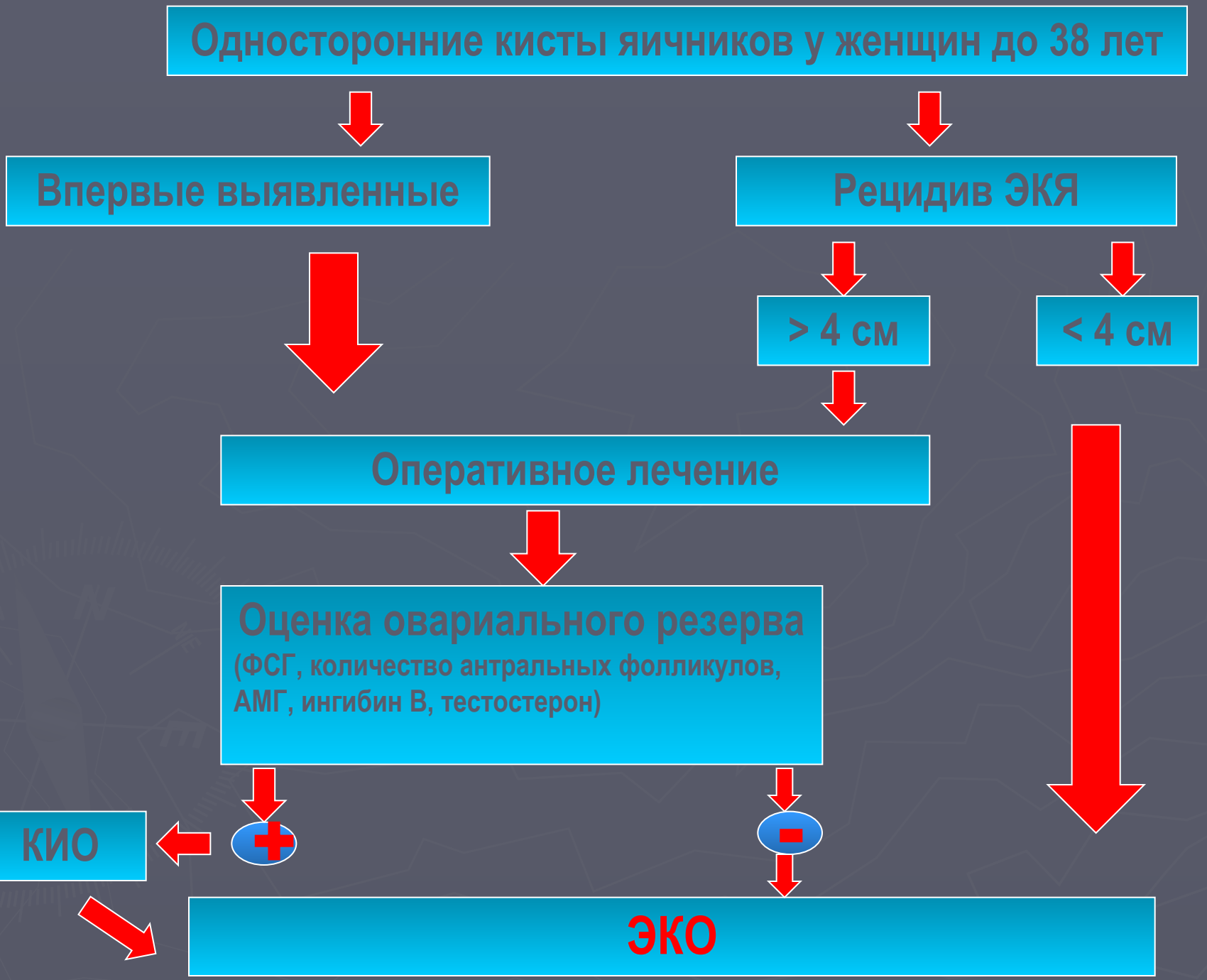


Пациентки с наступившей беременностью

Беременность не наступила

«Щадящий» гемостаз после удаления эндометриомы




Односторонние кисты яичников у женщин до 38 лет
Впервые выявленные
Рецидив ЭКЯ
> 4 см
< 4 см
Оперативное лечение
Оценка овариального резерва
(ФСГ, количество антральных фолликулов, АМГ, ингибин В, тестостерон)
КИО
+
-
ЭКО

Двухсторонние кисты яичников

Лапароскопия

Максимально бережное отношение к ткани яичника!

Ургентное ЭКО

Результаты хирургического лечения бесплодия при эндометриозе

ПЭ 1-2 **ПЭ 3-4** **ЭКЯ 1ст** **ЭКЯ 2ст**

- % пациенток с наступившей беременностью в течение 1 года

(после хирургического лечения)

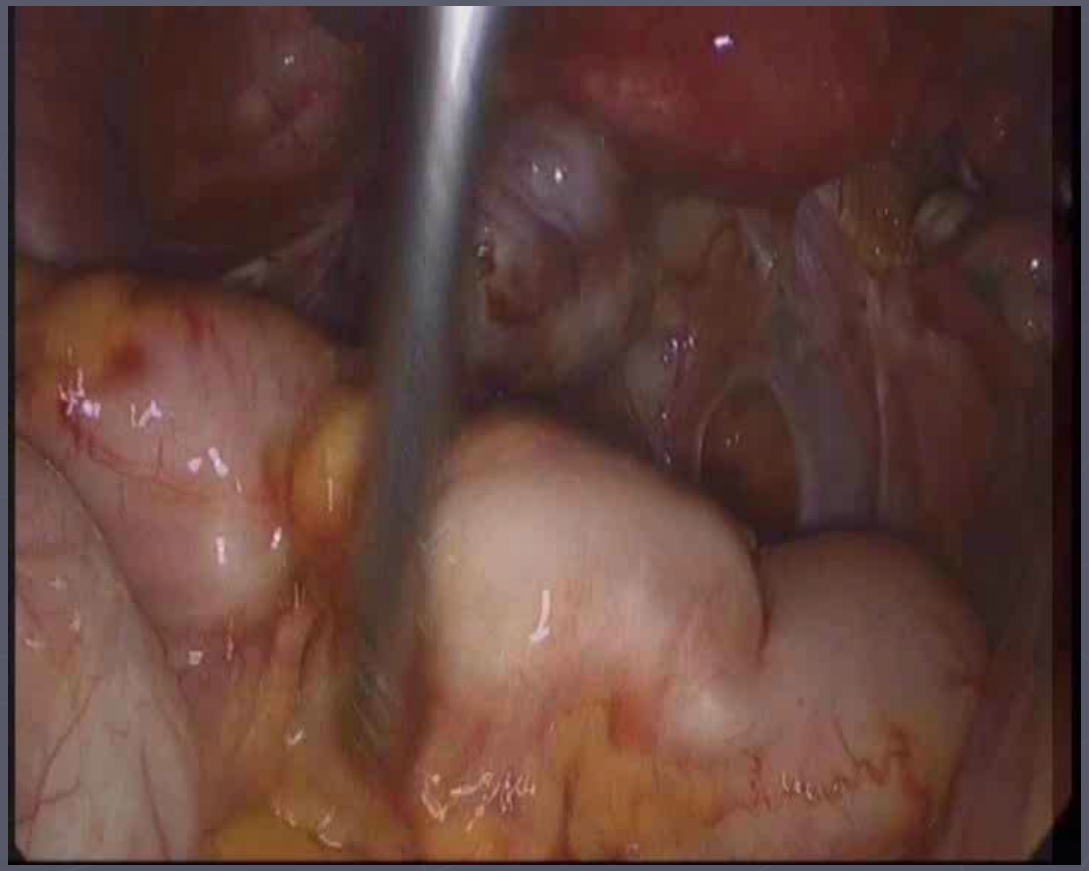
Инфильтративный эндометриоз

- Требует ли оперативного лечения «бессимптомный» инфильтративный эндометриоз?
- Целесообразность периоперационной гормонотерапии?
- Является ли причиной нарушения фертильности?
- Влияет ли на результаты ЭКО?
  V.Bianchi (2009) PR (IVF) 40 vs 22

МОНИИАГ+МЦ «Москворечье» 2004-2010 г.г.

- Инфильтративный эндометриоз 123+1
- Иссечение инфильтрата 63
- Сегментарная резекция 8
- Циркулярная резекция 7+1
- Уретеролизис 24
- Резекция мочевого пузыря 1
- Уретероцистоанастомоз 1+1

Циркулярная резекция



Ректо-вагинальный эндометриоз – прогрессирующее заболевание?

- Только 6 из 88 женщин (6,8%) отметили прогрессирование заболевания при сроках наблюдения более 68 мес.

  Fedele at al, Am.J.Obstet.Gynecology, 2004

Инфильтративный эндометриоз

- Требует ли оперативного лечения «бессимптомный» инфильтративный эндометриоз?
- Целесообразность периоперационной гормонотерапии?
- Является ли причиной нарушения фертильности?
- Влияет ли на результаты ЭКО?
  V.Bianchi (2009) PR (IVF) 40 vs 22

Фертильность при инфильтративном эндометриозе: частота спонтанных беременностей после хирургии

Vircellini at al. 2006	15/44	34%	20-50
Landi at al. 2008	11/44	25%	13-40
Stepniewska at al.2009	43/133	32%	24-41
Darai at al. 2010	12/39	31%	17-48
Совокупно		31%	26-37

Инфильтративный эндометриоз

- Требует ли оперативного лечения «бессимптомный» инфильтративный эндометриоз?
- Целесообразность периоперационной гормонотерапии?
- Является ли причиной нарушения фертильности?
- Влияет ли на результаты ЭКО?
  V.Bianchi (2009) PR (IVF) 40 vs 22

Осложнения лапароскопии при ректо-вагинальном эндометриозе

Дисфункция мочевого пузыря	4-10%
Ректо-вагинальный свищ	2-10%
Кровотечение	2-6%
Абсцесс малого таза	1-2%
Илеостома	0,5-1,5%
Повреждение мочеточника	0,5-1%
Мочевой свищ	0,5-1%
Стеноз кишечного анастомоза	0,5-1%
Стеноз мочеточника	0,5-1%

Vircellini at al., Human Reprod., 2009

Как лечить инфильтративный эндометриоз.

- Адекватная дооперационная диагностика (МРТ, ФКС, цистоскопия)
- Адекватная интраоперационная диагностика
- Адекватное оперативное вмешательство
- Как альтернатива:

диагностическая Ls>экспертное отделение

Основные положения лечебной тактики наружно-внутреннего эндометриоза.

1. Гормональная терапия длительными курсами в течение длительного времени не оказывает эффекта и приводит к запущенным распространенным формам.
2. Назначение длительного курса гормонотерапии при изначально тяжелых формах эндометриоза без последующего хирургического лечения неэффективно.
3. Хирургическое вмешательство является основным методом лечения эндометриоза.

Основные положения лечебной тактики наружно-внутреннего эндометриоза.

4. При отсутствии выраженного спаечного процесса, поражения кишечника и мочевой системы предпочтительно хирургическое вмешательство лапароскопическим доступом.

Основные положения лечебной тактики наружно-внутреннего эндометриоза.

5. Основа профилактики – ранняя диагностика легких и средне-тяжелых форм эндометриоза и активная комбинированная тактика (хирургия + медикаментозная терапия). Выполнение реконструктивных операций на фоне периоперационного применения гормонов.