

Informatie voor vrouwen met endometriose

Versie 2014
Nederlands

Patiënten versie van de
ESHRE richtlijn voor de
Behandeling van Vrouwen
met Endometriose

Inhoudsopgave

Over dit boekje	4
Deel 1: De menstruatiecyclus	6
Deel 2: Over endometriose	7
Wat is endometriose?	7
Wat zijn de symptomen van endometriose?	7
Wat is de oorzaak van het ontstaan van endometriose?.....	8
Endometriose, adenomyose, vleesbomen en poliepen?	9
Hoe kan endometriose geclassificeerd worden?	9
Hoe kun je de kans op het krijgen van endometriose te verminderen?.....	11
Deel 3: Endometriose bij tieners	12
Deel 4: Endometriose buiten het bekken	13
Komt endometriose voor buiten de buikholte?.....	13
Behandeling van endometriose buiten het bekken	13
Deel 5: Diagnose van endometriose	14
Moet mijn dokter een klinisch onderzoek uitvoeren?	14
Wat is een laparoscopie?	14
Moet ik een laparoscopie ondergaan voor een definitieve diagnose?.....	15
Kan echografie, MRI, CT-scan, of CA-125 worden gebruikt voor de diagnose van endometriose? .	15
Deel 6: Behandeling van pijn veroorzaakt door endometriose	17
Welke medicatie kan worden gebruikt voordat een definitieve diagnose van endometriose is gesteld?	17
Kan ik pijnstillers nemen voor pijn als gevolg van endometriose?	18
Wat zijn de opties voor de hormonale behandeling van pijn?	18
Hoe werkt hormonale behandeling?.....	19
Wat zijn de bijwerkingen van hormonale behandeling?.....	19
Hormonale anticonceptiva	19
Progestagenen en anti-progestagenen	20
GnRH-agonisten.....	21
Aromataseremmers.....	21
Is chirurgische behandeling een optie voor het verlichten van pijnklachten?	22
Deel 7: Endometriose en onvruchtbaarheid	24
Ben ik onvruchtbaar omdat ik endometriose heb?	24
Is chirurgische behandeling een optie voor het verbeteren van de kans op zwangerschap?	24

Is medisch geassisteerde voortplanting een optie voor het verbeteren van de kans om zwanger te worden?.....	25
Deel 8: Buiten de gebruikelijke behandeling om.....	28
Deel 9: Endometriose in de menopauze	29
Deel 10: Endometriose en kanker	30
Deel 11: Woordenboek.....	31
Deel 12: Vragen van vrouwen met endometriose	33
Deel 13: Meer informatie	35
Referenties	37
Disclaimer	38

Over dit boekje

De ESHRE richtlijn voor de behandeling van vrouwen met endometriose

Recentelijk heeft een groep klinische experts in endometriose een Europese richtlijn geschreven over endometriose met als doel de klinische praktijk en de kwaliteit van leven van vrouwen met endometriose te verbeteren. De richtlijn is getiteld “Behandeling van vrouwen met endometriose” (*ESHRE Guideline: Management of women with endometriosis*).

Waarom een versie voor patiënten?

Deze patiënten versie is een vertaling van de richtlijn in begrijpelijke taal. Deze versie is gericht op het betrekken van patiënten bij het verbeteren van de gezondheidszorg, ofwel door inzicht te krijgen in de huidige stand van zaken van de zorg, of door patiënten zelf in staat te stellen geïnformeerde beslissingen te nemen over hun gezondheid, ondersteund door het best beschikbare bewijsmateriaal.

Hoe is deze brochure ontwikkeld?

Een aantal belangrijke problemen zijn geselecteerd op basis van vragen van patiënten die zijn ontvangen door de Nederlandse patiëntenorganisatie (Endometriose Stichting). De vragen van patiënten zijn achterin deze brochure opgenomen.

Op basis van deze vragen is de richtlijn voor de behandeling van vrouwen met endometriose in begrijpelijke taal omgezet in adviezen en antwoorden voor patiënten.

Verdere achtergrondinformatie en antwoorden op de vragen die niet aan de orde komen in de richtlijn zijn toegevoegd in gele blokken. Moeilijke termen zijn vet gemarkeerd en worden uitgelegd in het woordenboek. Alle verstrekte informatie is beoordeeld op juistheid door de voorzitter van de richtlijngroep (GDG). Bovendien is de Engelstalige patiënten brochure beoordeeld door de richtlijngroep en nationale patiëntenorganisaties en aangepast op basis van hun commentaren.

Meer informatie

Meer gedetailleerde informatie over elk onderwerp in de versie voor patiënten is te vinden in de versie van de richtlijn voor artsen op de ESHRE website (www.eshre.eu/guidelines).

Contactgegevens voor de nationale patiëntenorganisaties binnen Europa zijn achterin deze brochure te vinden.

Wie heeft de ESHRE richtlijn voor de behandeling van vrouwen met endometriose ontwikkeld?

Deze brochure is gebaseerd op de richtlijn voor de behandeling van vrouwen met endometriose (voor artsen) die werd ontwikkeld door een richtlijngroep (Guideline Development Group of GDG) opgericht door de ESHRE Special Interest Group endometriose en endometrium. De richtlijngroep is samengesteld uit artsen met bijzondere interesse in vrouwen met endometriose, een methodologisch deskundige en een patiënten vertegenwoordiger.

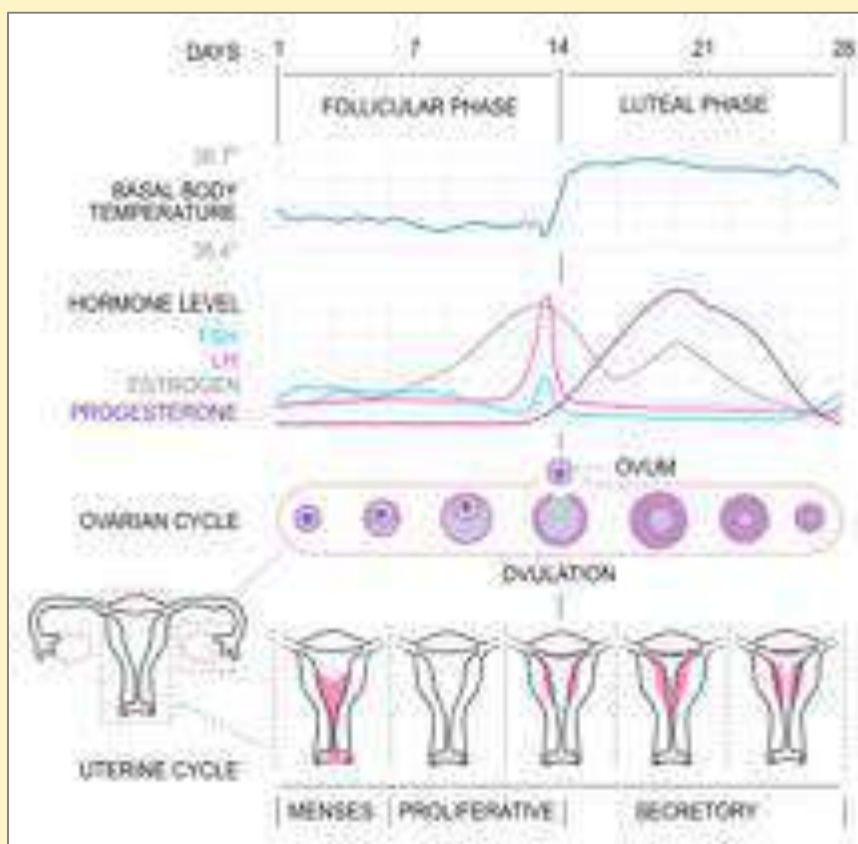
Dr. Gerard A.J. Dunselman	<i>Maastricht Universitair Medisch Centrum (Nederland)</i>
Dr. Christian Becker	<i>Nuffield Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Oxford (UK)</i>
Prof. Dr. Carlos Calhaz – Jorge	<i>Faculdade de Medicina de Lisboa (Portugal)</i>
Prof. Thomas D'Hooghe	<i>Universitaire Ziekenhuizen Gasthuisberg, Universiteit van Leuven (België)</i>
Dr. M. Oskari Heikinheimo	<i>Helsinki University Central Hospital (Finland)</i>
Dr. Andrew W. Horne	<i>MRC Centre for Reproductive Health – University of Edinburgh (UK)</i>
Prof. Dr. med. Ludwig Kiesel	<i>University Hospital of Münster (Germany)</i>
Dr. Annemiek Nap	<i>Rijnstate Arnhem (Nederland)</i>
Dr. Willianne Nelen	<i>Radboud Universitair Medisch Centrum (Nederland)</i>
Dr. Andrew Prentice	<i>University of Cambridge (UK)</i>
Dr. Ertan Saridogan	<i>University College London Hospital (UK)</i>
Dr. David Soriano	<i>Endometriosis Center - Sheba Medical Center, Tel-Hashomer (Israel)</i>
Mevr. Bianca De Bie	<i>Endometriose Stichting (Nederland)</i>
Dr. Nathalie Vermeulen	<i>European Society for Human Reproduction and Embryology</i>

De richtlijn voor behandeling van vrouwen met endometriose (voor artsen) is gepubliceerd op de website van ESHRE (www.eshre.eu/guidelines). Voor meer gedetailleerde informatie kunt u contact opnemen met een patiëntenorganisatie of uw arts.

Deel 1: De menstruatiecyclus

Tijdens de vruchtbare jaren bereidt het lichaam van een vrouw zich elke maand in twee fasen voor op een eventuele zwangerschap. In de eerste fase rijpen de eicellen in de follikels in de eierstok en maken zich klaar voor de eisprong. Daarnaast wordt het **endometrium** (baarmoederslijmvlies) opgebouwd in de baarmoeder in een reactie op **hormonen** (**oestrogeen** en **progesteron**) die worden geproduceerd door de follikels. Deze eerste fase eindigt met het vrijkomen van een eikel uit de eierstok. Als de eikel bevrucht is met een zaadcel kan een **embryo** zich ontwikkelen en na implantatie in het endometrium kan een zwangerschap ontstaan. In cycli waarbij geen zwangerschap ontstaat, zal het endometrium worden afgestoten met als resultaat de **menstruatie**.

De processen in de menstruatiecyclus worden geregeld door hormonen, meer bepaald het follikel stimulerend hormoon (FSH), het luteïniserend hormoon (LH), oestrogeen en progesteron.



The menstrual cycle Wikimedia Commons (GNU Free Documentation License)

Als een **zwangerschap** ontstaat, zullen de hormonen er voor zorgen dat de slijmvlieslaag binnen de baarmoeder blijft zitten en het embryo gevoed kan worden. Andere bekende effecten van de zwangerschap als gevolg van hormonale veranderingen zijn gewichtstoename en misselijkheid.

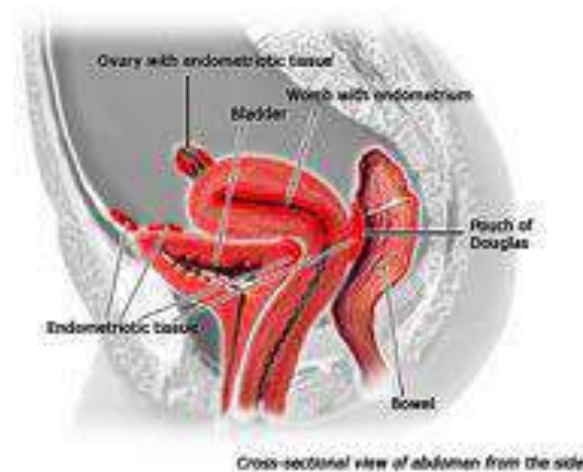
Wanneer een vrouw de **menopauze** bereikt, worden oestrogenen en progesteron niet meer geproduceerd waardoor er een constante stijging is van FSH en LH. Er zal geen eisprong meer zijn, geen opbouw van de slijmvlieslaag in de baarmoeder, en de maandelijkse menstruatie zal stoppen. Effecten van hormoonveranderingen tijdens de menopauze zijn bijvoorbeeld opvliegers en vaginale droogheid.

Deel 2: Over endometriose

Naar schatting 2 tot 10% van de vrouwen in de vruchtbare levensfase heeft endometriose. Dit percentage kan oplopen tot 50% bij vrouwen met **verminderde vruchtbaarheid**. Vrouwen met endometriose hebben vaak ernstige klachten en een aanzienlijk verminderde kwaliteit van leven, inclusief beperking van normale activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie.

Wat is endometriose?

Endometriose wordt gedefinieerd als de aanwezigheid van endometriumachtig weefsel buiten de baarmoeder (Kennedy *e.a.*, 2005). Endometriose veroorzaakt een chronische ontstekingsreactie die resulteert in pijn en **verklevingen**. **Verklevingen** ontstaan wanneer littekenweefsel verschillende structuren of organen met elkaar verbindt. De activiteit van endometriose en de klachten als gevolg van endometriose kunnen variëren tijdens de menstruatiecyclus van de vrouw omdat de hormoonspiegels fluctueren. Hierdoor worden symptomen in het algemeen ook erger op bepaalde perioden binnen de cyclus, vooral vlak voor en tijdens de menstruatie. Terwijl sommige vrouwen met endometriose heftige pijn in het bekken hebben, hebben andere helemaal geen symptomen of ervaren hun symptomen als simpelweg 'gewone menstruatiepijn'.



*Endometriose weefsel in de buik
NIH feitenbladwijzer: Endometriose (2011)*

Wat zijn de symptomen van endometriose?

Klassieke symptomen van endometriose zijn:

- **Dysmenorroe** of pijnlijke **menstruatie**
- Bekkenpijn
- **Dyspareunie** of pijnlijke geslachtsgemeenschap
- **Onvruchtbaarheid**
- Vermoeidheid
- Cyclische maagdarmlachten: periodiek opgeblazen gevoel, diarree of constipatie
- Cyclische **dyschezie**, pijnlijke of moeilijke stoelgang.
- Cyclische dysurie, pijn bij het urineren
- Cyclische hematurie, ofwel de aanwezigheid van bloed in de urine
- Cyclische rectale bloedingen
- Cyclische schouderpijn
- Andere cyclische symptomen

Cyclische symptomen zijn symptomen die zich ontwikkelen een paar dagen voor de **menstruatie** van de vrouw en verdwijnen een paar dagen nadat haar **menstruatie** is gestopt. De symptomen komen maand na maand terug, gelijk lopend met de menstruele cyclus.

Als u een of meer van deze symptomen ervaart en als u veel last hiervan heeft, zou u uw huisarts of specialist kunnen bezoeken en haar/hem vragen of de kans bestaat dat u endometriose heeft. De mate van pijn kan u afmeten aan het gegeven of u uw normale dagelijkse activiteiten nog kan ondernemen zonder het innemen van pijnmedicatie.

Aanbevelingen in de richtlijn:

De GDG beveelt aan dat artsen de diagnose van endometriose moeten overwegen bij de aanwezigheid van gynecologische symptomen zoals: dysmenorroe, non-cyclische pijn in de bekken, diepe dyspareunie, onvruchtbaarheid, of moeheid bij aanwezigheid van één van bovenstaande klachten. *(Bewezen in de praktijk)*

De GDG beveelt aan dat artsen de diagnose van endometriose moeten overwegen bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd met niet-gynecologische cyclische symptomen (dyschezie, dysurie, hematurie, rectale bloedingen, schouderpijn). *(Bewezen in de praktijk)*

Vrouwen met endometriose maken regelmatig melding van andere symptomen, waarvan het onduidelijk is of deze symptomen daadwerkelijk veroorzaakt worden door endometriose. Sommige van deze symptomen kunnen een indicatie zijn van andere aandoeningen of bijwerkingen van de behandeling, terwijl deze ook daadwerkelijk gerelateerd kunnen zijn aan endometriose (hoewel deze nog niet onderzocht zijn in klinische onderzoek). Deze symptomen zijn:

- Zware menstruatiebloedingen
- Migraine
- Vaginisme
- Gewichtstoename
- Schimmelinfecties
- Slapeloosheid
- Misselijkheid
- Hartritme stoornissen
- (Onder)rugpijn
- Uitstralende pijn
- Continu bekkenpijn buiten de menstruatieperiode
- Pijn tijdens ovulatie

Mocht u deze symptomen ervaren, noem ze alstublieft bij uw arts.

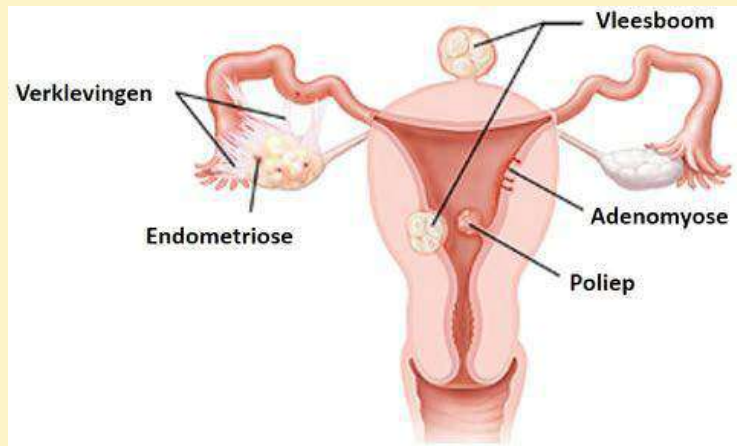
Wat is de oorzaak van het ontstaan van endometriose?

De oorzaak van endometriose blijft onbekend. Er zijn verschillende theorieën, maar geen van deze is volledig bewezen. De meest geaccepteerde theorie is gericht op de zogenaamde retrograde **menstruatie**. Tijdens de menstruatie komt, behalve bloed, ook baarmoederslijmvlies of **endometrium** via de eileiders in de buikholte. Het endometrium blijft plakken aan het buikvlies/peritoneum en kan zich ontwikkelen tot endometriose **laesies**. Het **hormoon oestrogeen** is cruciaal in dit proces. Daarom is de hormonale behandeling van endometriose gericht op het verlagen van de oestrogeen productie om de klachten te verlichten.

Endometriose lijkt een genetische component te hebben omdat in sommige families meerdere vrouwen voorkomen met endometriose. Ook het immuunsysteem kan betrokken zijn bij het ontstaan van endometriose.

Endometriose, adenomyose, vleesbomen en poliepen?

Adenomyose, vleesbomen en poliepen in de baarmoeder zijn aandoeningen met symptomen die overeenkomen met de symptomen van endometriose. Deze symptomen zijn bijvoorbeeld pijnlijke menstruatie, pijn bij het vrijen, pijn in het bekken, pijnlijke darmbewegingen.



Illustratie van endometriose, adenomyose, vleesbomen en poliepen van <http://www.fairview.org/healthlibrary/Article/85716>

Terwijl endometriose gekenmerkt wordt door de aanwezigheid van endometriumachtig weefsel buiten de baarmoeder, is bij adenomyose endometrium aanwezig in de spierwand van de baarmoeder.

Een vleesboom is een goedaardig gezwel van de spierlaag van de baarmoeder.

Baarmoederslijmvlies-poliepen zijn goedaardige gesteelde gezwellen in de baarmoederholte.

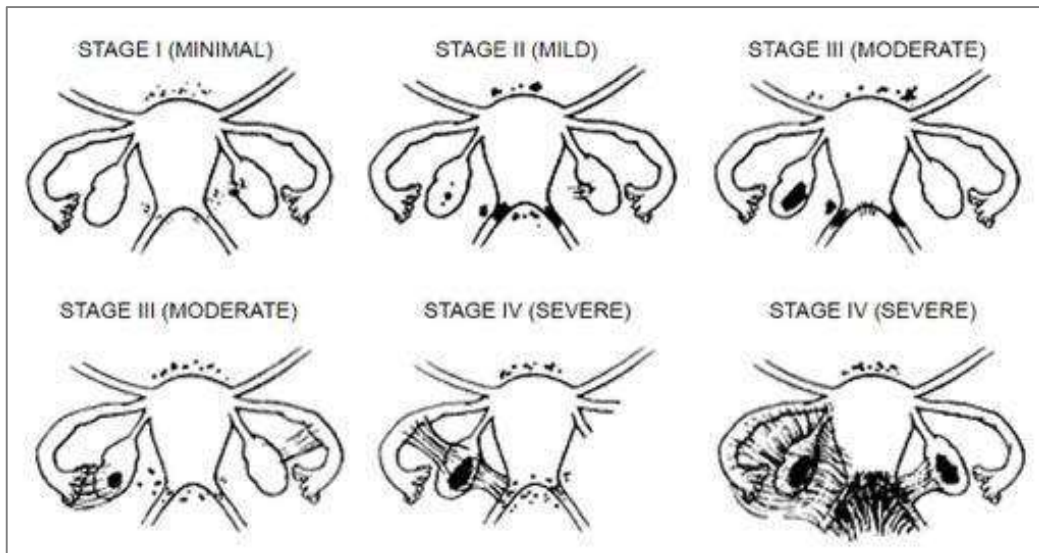
Hoe kan endometriose geclassificeerd worden?

De "American Society of Reproductive Medicine (ASRM)" heeft een classificatiesysteem ontwikkeld om endometriose en **verklevingen** veroorzaakt door endometriose te classificeren. Deze classificatie wordt vaak gebruikt door gynaecologen om de endometriose die tijdens een laparoscopie/kijkoperatie gezien worden te beschrijven. Hoewel een hoger stadium over het algemeen gezien wordt als aanduiding van een ernstigere vorm van de aandoening, voorspelt het classificatiesysteem noch de ernst van de pijn, noch de complexiteit van een eventuele operatie. De classificatie werd oorspronkelijk ontwikkeld om de mate van verminderde vruchtbaarheid te voorspellen en is daarom gericht op endometriose van het ovarium en op verklevingen. De vier stadia van het ASRM classificatiesysteem voor endometriose zijn als volgt:

Stadia 1 & 2 (minimale tot milde aandoening): Oppervlakkige endometriose van het buikvlies/peritoneum. Mogelijke aanwezigheid van kleine diepe **laesies**. Geen endometriose van de eierstokken/endometriomen. Geringe verklevingen.

Stadia 3 & 4 (matige tot ernstige aandoening): De aanwezigheid van oppervlakkige peritoneale endometriose, diep invasieve endometriose met matige tot uitgebreide verklevingen tussen de baarmoeder en darmen en/of endometriose van de eierstokken/**endometriomen** met matige tot uitgebreide **verklevingen** aan de eierstokken en de eileiders.

Het stadium volgens de ASRM classificatie geeft voor u als patiënte niet de ernst van uw symptomen weer en het geeft ook weinig steun in de keuze van de optimale behandeling.



Schematische classificatievoorbeelden van omvang en locatie van endometriose
Aangepast van de herziene classificatie van endometriose van de American Society for Reproductive Medicine (1996).

Naast het ASRM classificatiesysteem, kunnen er 3 types van endometriose onderscheiden worden op basis van lokalisatie: oppervlakkige peritoneale endometriose, cystische ovariële endometriose (**endometriomen** of 'chocolate cysten') en diepe endometriose (ook wel bekend als diep infiltrerende endometriose). De verschillende typen van de aandoening kunnen samen voorkomen (bijvoorbeeld, een patiënt kan meer dan één type van de aandoening hebben).

Oppervlakkige peritoneale endometriose: Het meest voorkomende type van endometriose waarbij de **laesies** zich bevinden op en onder het buikvlies. De **laesies** zijn vlak en dringen niet ver door onder het oppervlak van het buikvlies.

Cystische ovariële endometriose (endometriomen): Dit type waarbij cysten (**endometriomen**) in de eierstokken tot ontwikkeling komen, komt minder vaak voor dan peritoneale endometriose. De cysten zijn gevuld met oud bloed. Door de kleur van de cysten (bruin) worden deze ook wel "chocolate cysten" genoemd. De meeste vrouwen met **endometriomen** zullen ook oppervlakkige en/of diepe endometriose elders in het bekken hebben.

Diepe endometriose: Het minst voorkomende subtype van endometriose is diepe endometriose. Een endometriose laesie wordt gedefinieerd als diep als deze minstens 5 mm onder het oppervlak van het peritoneum is binnengedrongen. De diepe **laesies** liggen onder het buikvlies in de zogenaamde retroperitoneale ruimte.

Classificatiesystemen die in dit document gebruikt worden:

Omdat de wetenschappelijke literatuur gebruik maakt van verschillende classificatiesystemen, maar meestal het AFS en ASRM classificatiesysteem, besloot de richtlijn groep om de AFS/ASRM classificatie te gebruiken in de aanbevelingen. De AFS/ASRM classificatie van de versie voor klinici kan als volgt vertaald worden:

AFS/ASRM classificatie I/II endometriose = peritoneale endometriose

AFS/ASRM classificatie III/IV endometriose = diepe endometriose

Ovariële endometriomen wordt als zodanig vermeld in de aanbevelingen.

Hoe kun je de kans op het krijgen van endometriose te verminderen?

Vrouwen met endometriose vragen zich soms af of en hoe endometriose kan worden voorkomen bijvoorbeeld bij hun kinderen of andere familieleden.

Er zijn studies uitgevoerd naar het effect van het nemen van de anticonceptiepil of regelmatige lichaamsbeweging op de ontwikkeling van endometriose, maar deze gaven geen duidelijke uitkomst. Daarom is het onzeker of het nemen van de orale anticonceptiepil of regelmatige lichaamsbeweging de ontwikkeling van endometriose zal voorkomen. Andere interventies zijn niet onderzocht.

Tot nu toe zijn er geen manieren gekend om de kans op endometriose te verminderen.

Aanbevelingen in de richtlijn:

Het nut van orale anticonceptiva voor de primaire preventie van endometriose is onzeker. (op basis van bewijsniveau C)

Het nut van lichaamsbeweging voor de primaire preventie van endometriose is onzeker. (op basis van bewijsniveau C)

Deel 3: Endometriose bij tieners

Endometriose is een aandoening van vrouwen in de vruchtbare leeftijd, tussen de menarche (de eerste menstruatie tijdens de puberteit) en de menopauze.

Sinds de introductie van de laparoscopie in de jaren 80 van de vorige eeuw is endometriose erkend als een aandoening die ook kan voorkomen bij tieners en jonge vrouwen, terwijl voorheen werd aangenomen dat endometriose bij tieners zeldzaam was.

Een recent wetenschappelijk verslag over dit onderwerp concludeerde dat:

- Het overheersende symptoom van endometriose bij tieners aanhoudende chronische bekkenpijn is ondanks medicamenteuze behandeling (hormonale anticonceptiva en/of pijnstillers).
- Tienermeisjes met diepe endometriose vaker afwezig waren van school tijdens de menstruatie en vaker, en voor langere tijd, orale contraceptiva gebruikten om ernstige primaire dysmenorroe te behandelen. Ernstige gastro-intestinale symptomen, waaronder constipatie, diarree, misselijkheid en braken werden ook gemeld bij tieners met endometriose.
- Bij ongeveer 60% van de volwassen patiënten met endometriose, symptomen begonnen voordat deze vrouwen 20 jaar oud waren.
- Endometriose bij tieners kan verschillen van endometriose bij volwassenen. Diepe laesies lijken zeldzaam te zijn bij tieners.
- Er geen bewijs is of het behandelen van endometriose bij tieners de progressie van de aandoening (meer ernstige endometriose op latere leeftijd) voorkomt.

Ondanks dat het moeilijk is conclusies te trekken uit beperkte en soms tegenstrijdige studies, wijzen recente bevindingen er op dat een vroeg begin van chronische bekkenpijn tijdens de menarche een risicofactor vormt voor ernstige endometriose tijdens de pubertijd. De kans bestaat ook dat onbehandelde endometriose tijdens de pubertijd zich verder ontwikkelt en leidt tot pijn en verminderde vruchtbaarheid op latere leeftijd. Bovendien heeft een meerderheid van de tienermeisjes met chronische bekkenpijn, die niet vermindert met conventionele medicamenteuze therapie, endometriose. Om al deze redenen kan een vroege diagnose van de aandoening behulpzaam zijn in het vertragen of voorkomen van het zich verder ontwikkelen van de endometriose.

Deel 4: Endometriose buiten het bekken

Komt endometriose voor buiten de buikholte?

Terwijl endometriose een gynecologische aandoening is, geassocieerd met de menstruele cyclus, wordt het in bijna elk orgaan van het lichaam gevonden.

Endometriose kan de darmen, blaas, nieren en holte van Douglas aantasten, vooral bij diepe endometriose.

In zeldzame gevallen kan endometriose ook worden gevonden in de longen, op het middenrif, in het litteken van een **laparotomie**, in de navel, en in de lies. Endometriose kan ook leiden tot symptomen bij vrouwen na verwijdering van de baarmoeder.

De symptomen die vrouwen ervaren zijn afhankelijk van de lokalisatie van de endometriose **laesies**, maar zijn typisch cyclisch. Cyclische schouderpijn kan wijzen op endometriose op het middenrif. Cyclische zwelling en soms bloeden vanuit de navel kan het gevolg zijn van endometriose in de navel, en soms fout gediagnosticeerd als een navelbreuk. Hetzelfde geldt voor een cyclische zwelling van de lies, soms als liesbreuk gediagnosticeerd in plaats van endometriose in de lies. Cyclische blaasproblemen kunnen wijzen op endometriose, en moeten niet automatisch leiden tot een behandeling met antibiotica. Kortom, alle symptomen die de menstruele fase van de cyclus volgen, moeten leiden tot een sterk vermoeden van de diagnose endometriose.

Behandeling van endometriose buiten het bekken

De beste behandeling voor pijn gerelateerd aan endometriose buiten het bekken (extragenitale endometriose) is grotendeels afhankelijk van de locatie van de endometriose. Indien mogelijk, kan uw arts chirurgische behandeling overwegen. Als chirurgische behandeling moeilijk is, kan hij/zij medicamenteuze behandeling adviseren.

Aanbevelingen in de richtlijn:

Artsen kunnen chirurgische verwijdering van symptomatische extragenitale endometriose overwegen, indien mogelijk, om de symptomen te verlichten. (Op basis van bewijsniveau D)

Als chirurgische behandeling moeilijk of onmogelijk is, kunnen artsen medische behandeling van extragenitale endometriose overwegen om symptomen te verlichten. (Op basis van bewijsniveau D)

Deel 5: Diagnose van endometriose

Omdat de symptomen van endometriose niet heel specifiek zijn, kan de diagnose niet alleen gesteld worden aan de hand van de symptomen. De symptomen kunnen een arts echter een eerste indicatie geven voor de diagnose van endometriose.

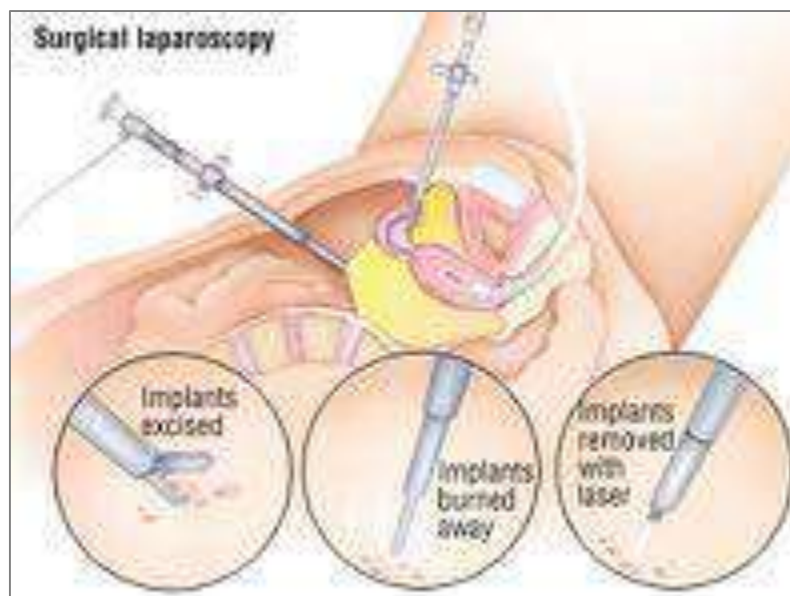
Moet mijn dokter een klinisch onderzoek uitvoeren?

In aanvulling op uw klachten, kan een klinisch onderzoek aanvullende informatie verstrekken aan de arts. Er is echter weinig wetenschappelijk bewijs voor de waarde van bepaalde klinische symptomen om te komen tot de diagnose endometriose.

Tijdens een vaginaal onderzoek, zoekt de arts naar pijnlijke knobbeltjes of zwellingen van de vaginawand, in het bijzonder in het diepste punt van de vagina tussen de achterkant van de baarmoeder en het rectum. Bij vrouwen met diepe endometriose, of endometriosis van de eierstokken, kan klinisch onderzoek leiden tot de juiste diagnose. Bij oppervlakkige endometriose van het buikvlies worden tijdens het klinisch onderzoek vaak geen afwijkingen gevonden.

Wat is een laparoscopie?

Een laparoscopie of een kijkoperatie, is een chirurgische techniek. De gynaecoloog maakt twee kleine incisies onder in de buikwand en vlakbij de navel, waar de laparoscoop met een camera in de buik wordt ingebracht. Via de camera kan de gynaecoloog de organen in het bekken zien en kan hij bepalen of er endometriose aanwezig is. Indien hij endometriose vindt, kan de gynaecoloog een biopt nemen van het weefsel voor onderzoek in het laboratorium (histologie genaamd).



Laparoscopie
Krames Information brochure on endometriosis

Van oudsher wordt een laparoscopie met een histologisch bevestiging door weefselonderzoek gezien als de gouden standaard voor de diagnose van endometriose. Er zijn echter geen onderzoeken die aantonen dat een positieve laparoscopie (waarbij de arts laesies kan zien tijdens een laparoscopie) de aanwezigheid van endometriose echt bewijst. De richtlijn groep adviseert gynaecologen om bipten te nemen tijdens de laparoscopie voor histologisch onderzoek. Als een ervaren gynaecoloog een laparoscopie uitvoert en hij of zij geen endometriose kan vaststellen, is het aannemelijk dat de vrouw geen endometriose heeft.

Moet ik een laparoscopie ondergaan voor een definitieve diagnose?

Een **definitieve diagnose** van endometriose wordt gesteld als de gynaecoloog endometriose heeft gevonden tijdens de **laparoscopie** en dit bevestigd wordt door een weefsel diagnose van de genomen biopten.

Voor een definitieve diagnose is laparoscopie noodzakelijk. Als uw gynaecoloog echter endometriose vermoedt op basis van uw symptomen, klinische onderzoeken en transvaginale echografie, kan hij of zij ook voorstellen om een behandeling met medicijnen te proberen om uw symptomen te verminderen, zonder eerst een definitieve diagnose via laparoscopie te stellen. Opties voor medicamenteuze behandeling zijn pijnstillers, hormonale anticonceptie of progestagenen. Indien een dergelijke behandeling uw klachten vermindert kunt u overwegen om geen laparoscopie te ondergaan. Indien deze behandelingen u niet helpen, kunt u nog steeds besluiten een laparoscopie te ondergaan.

Ook in het geval dat uw arts diepe endometriose vermoedt, kan hij of zij medicamenteuze behandeling voorstellen en u doorverwijzen naar een expertisecentrum voor verdere diagnose en/of operatie.

Aanbevelingen in de richtlijn:

De GDG beveelt artsen aan een laparoscopie uit te voeren om endometriose te diagnosticeren, hoewel bewijs ontbreekt dat een positieve laparoscopie *zonder histologie* de aanwezigheid van de aandoening bewijst. *(Bewezen in de praktijk)*

De GDG beveelt aan dat artsen een positieve laparoscopie door histologie bevestigen, aangezien positieve histologie de diagnose van endometriose bevestigt, hoewel negatieve histologie het niet uitsluit. *(Bewezen in de praktijk)*

De GDG beveelt aan dat artsen weefsel verkrijgen voor histologie bij vrouwen die een operatie ondergaan voor ovariële endometriomen en/of diep infiltrerende ziekte, om zeldzame gevallen van een kwaadaardige tumor uit te sluiten. *(Bewezen in de praktijk)*

Kan echografie, MRI, CT-scan, of CA-125 worden gebruikt voor de diagnose van endometriose?

Er is onderzoek gedaan naar andere technieken om endometriose te diagnosticeren op een niet-invasieve manier, met andere woorden, met minimale pijn of ongemak voor de patiënt.

Opties die zijn onderzocht zijn echografie, MRI, CT-scan, 3D echografie en biomarkers, zoals CA-125. Sommige van deze methoden worden momenteel gebruikt als endometriose wordt vermoed, aangezien deze methodes kunnen helpen bij het stellen van een diagnose of helpen om de omvang van de ziekte vast te stellen.

Transvaginale echografie kan worden uitgevoerd om ovariële endometriose of diepe endometriose vast te stellen. 3D echografie en MRI zijn niet geschikt om endometriose vast te stellen. Een MRI kan echter wel gebruikt worden om de uitgebreidheid van diepe endometriose vast te stellen.

Soms kunnen ziektes vastgesteld worden door een eenvoudige bloedtest door middel van biomarkers, moleculen in een bloed- of urinemonster die gedetecteerd kunnen worden tijdens de analyse in een laboratorium. Onderzoekers hebben gezocht naar biomarkers (bijvoorbeeld CA125) voor endometriose in endometriumweefsel, menstruatie- of baarmoedervloeistoffen, plasma, urine of serum. Tot nu toe zijn er geen biomarkers die bewezen hebben dat ze endometriose kunnen diagnosticeren en daarom beveelt de richtlijngroep aan om geen biomarkers te gebruiken om de diagnose van endometriose te bevestigen.

Aanbevelingen in de richtlijn:

Bij vrouwen met symptomen en tekenen van rectale endometriose, is transvaginale echografie nuttig voor het identificeren of het uitsluiten van rectale endometriose. *(op basis van bewijsniveau A)*

Het wordt artsen aanbevolen om een transvaginale echografie uit te voeren om endometriomen te diagnosticeren of uit te sluiten. *(op basis van bewijsniveau A)*

Artsen moeten zich ervan bewust zijn dat het nut van 3D-echografie om rectovaginale endometriose te diagnosticeren niet in voldoende mate is vastgesteld *(op basis van bewijsniveau D)*

Artsen moeten zich ervan bewust zijn dat het nut van Magnetic Resonance Imaging (MRI) om peritoneale endometriose te diagnosticeren niet in voldoende mate is vastgesteld. *(op basis van bewijsniveau D)*

Het wordt artsen aanbevolen om geen gebruik te maken van biomarkers bij endometriumweefsel, menstruatie- of baarmoedervloeistoffen, of immunologische biomarkers, waaronder CA-125, in plasma, urine of serum om endometriose te diagnosticeren. *(op basis van bewijsniveau A)*

Bij vrouwen met diepe endometriose kunnen er afwijkingen in andere organen en/of ernstige verklevingen voorkomen. Bij een vermoeden van diepe endometriose kan een Barium foto, een echografie en/of een MRI worden verricht om informatie over de uitgebreidheid van de ziekte te krijgen, alvorens een laparoscopie uit te voeren voor een definitieve diagnose, of te starten met een medicamenteuze behandeling.

Aanbevelingen in de richtlijn:

De GDG beveelt aan dat artsen de betrokkenheid van urineleider, blaas en darmen moeten beoordelen door aanvullende beeldvorming als er een vermoeden is van diepe endometriose gebaseerd op anamnese of lichamelijk onderzoek, in voorbereiding op verdere behandeling. *(Bewezen in de praktijk)*

Deel 6: Behandeling van pijn veroorzaakt door endometriose

Endometriose is een chronische ziekte. In die zin is er geen remedie voor endometriose, maar met de juiste aanpak kunnen de symptomen goed behandeld worden. Communicatie is de sleutel tot het vinden van een behandeling die bij u past. Bespreek uw mogelijkheden met uw arts en stel vragen indien u die heeft. Uw arts zal u graag de verschillende opties uitleggen en uw vragen beantwoorden.

Vrouwen met endometriose hebben pijn, vruchtbaarheidsproblemen, of beide. Behandeling van endometriose is gericht op het oplossen of verminderen van pijn of op het verbeteren van de vruchtbaarheid, zodat een patiënte op een natuurlijke manier zwanger kan worden of via vruchtbaarheidsbehandelingen. Voor de behandeling van endometriose kan de arts een medicamenteuze behandeling voorschrijven of een chirurgische behandeling adviseren. Beide zullen hier in detail worden besproken.

Uw arts zal rekening houden met een aantal factoren bij het voorschrijven van een medicamenteuze behandeling of bij het adviseren van een chirurgische behandeling. Enkele van deze factoren zijn:

- De voorkeur van de vrouw
- Het type van aandoening (endometrioom, peritoneale of diepe endometriose)
- De ernst en het type van de pijnklachten
- De wens om direct of in een later stadium zwanger te worden
- De kosten en bijwerkingen van de behandelingen
- De leeftijd van de vrouw
- De behandelingen die ze al heeft ondergaan
- De lokale situatie (dokter, land, expertise centrum)

Dit betekent dat twee vrouwen met endometriose verschillende behandelingen kunnen ondergaan en dat één vrouw verschillende behandelingen kan ondergaan in de loop van de tijd, afhankelijk van haar voorkeuren, haar leeftijd en haar wens om zwanger te worden.

Belangrijk is dat medicamenteuze behandeling alleen werkt wanneer deze wordt genomen zoals voorgeschreven. Stoppen van de medicamenteuze behandeling betekent vaak dat de symptomen weer terugkomen.

In de volgende paragraaf zullen opties voor medicamenteuze behandeling en chirurgische behandeling worden besproken en uitgelegd.

Welke medicatie kan worden gebruikt voordat een definitieve diagnose van endometriose is gesteld?

Als de arts vermoedt dat een vrouw endometriose gerelateerde pijn heeft, kunnen de patiënt en de arts besluiten dat zonder een definitieve diagnose (met behulp van een laparoscopie) de pijnklachten worden behandeld in de veronderstelling dat de patiënte endometriose heeft. Dit wordt empirische behandeling genoemd of behandeling zonder een definitieve diagnose.

Voor pijn die vermoedelijk veroorzaakt wordt door endometriose, zijn de volgende empirische behandelingen mogelijk: analgetica (pijnstillers), hormonale anticonceptie of progestagenen.

Omdat GnRH-analogen aanzienlijke bijwerkingen hebben en erg duur zijn, is het raadzaam dat deze geneesmiddelen niet worden gebruikt voor empirische behandeling.

Aanbevelingen in de richtlijn:

De GDG beveelt artsen aan om vrouwen met symptomen waarvan wordt verondersteld dat die worden veroorzaakt door endometriose te begeleiden, en om ze empirisch te behandelen met adequate pijnstilling, gecombineerde hormonale anticonceptiva of progestagenen. *(Bewezen in de praktijk)*

Kan ik pijnstillers nemen voor pijn als gevolg van endometriose?

Pijnstillers (analgetica), zoals Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAID's of ontstekingsremmende geneesmiddelen), zijn medicamenteuze therapieën die beïnvloeden hoe het lichaam pijn ervaart. Deze therapieën zijn niet specifiek voor endometriose-gerelateerde pijn, en zij hebben geen effect op de oorzaak van de pijn, zoals hormonale behandelingen. Pijnstillers hebben weinig bijwerkingen, ze zijn goedkoop, gemakkelijk te verkrijgen en worden op grote schaal gebruikt. Het is wel belangrijk te weten dat maar weinig studies hebben onderzocht of ze daadwerkelijk helpen bij endometriose-gerelateerde pijn. Bovendien kan langdurig gebruik van NSAID's leiden tot bijwerkingen voor de maag, en is bescherming van de maag aangeraden.

Hoe dan ook, vanuit klinische ervaring, beveelt de richtlijn groep aan dat artsen NSAID's of andere pijnstillers overwegen om endometriose-gerelateerde pijn te verminderen.

Aanbevelingen in de richtlijn:

De GDG beveelt aan dat artsen NSAID's of andere pijnstillers moeten overwegen om endometriose-gerelateerde pijn te verminderen. *(Bewezen in de praktijk)*

Wat zijn de opties voor de hormonale behandeling van pijn?

Medicamenteuze behandelingen voor pijn bij endometriose omvat, naast pijnmedicatie, ook hormonale behandelingen. Hormonale behandelingen in klinisch gebruik zijn:

- hormonale anticonceptiva (cyclisch gebruik of continu)
- progestagenen (als tablet of in de vorm van een spiraaltje)
- anti-progestagenen
- GnRH-agonisten/ GnRH-analogen
- aromataseremmers

In het algemeen kunnen medicamenteuze behandelingen helpen om pijnklachten te verminderen bij vrouwen met endometriose. Welk type medicatie het beste past bij een bepaalde patiënt is afhankelijk van de klachten, de werkzaamheid en bijwerkingen van de behandeling en de voorkeuren van de patiënt. Andere factoren zijn de kosten en de beschikbaarheid van een bepaalde behandeling. In sommige landen binnen Europa zijn sommige behandelingen niet beschikbaar, heel duur, of ze worden niet terugbetaald. Deze factoren kunnen ook invloed hebben op de keuze voor een bepaalde behandeling.

Aanbevelingen in de richtlijn:

Het wordt artsen aanbevolen om hormonale behandeling (hormonale anticonceptiva, progestagenen, anti-progestagenen of GnRH-agonisten) voor te schrijven als één van de opties, aangezien deze endometriose-gerelateerde pijn vermindert. *(Op basis van bewijsniveau A en B)*

De GDG beveelt aan dat artsen de voorkeuren van patiënten, bijwerkingen, effectiviteit, kosten en beschikbaarheid in overweging nemen bij het kiezen van hormonale behandeling voor endometriose-gerelateerde pijn. *(Bewezen in de praktijk)*

Hoe werkt hormonale behandeling?

Endometriose is gerelateerd aan de menstruatiecyclus van de vrouw en is afhankelijk van de activiteit van oestrogeen.

Het doel van hormonale behandeling bij pijnklachten bij vrouwen met endometriose is het verlagen van het niveau van de oestrogenen. Het is belangrijk te weten dat een hormonale behandeling endometriose niet geneest, maar de activiteit van de aandoening onderdrukt en daardoor de pijnklachten vermindert. Echter na het stoppen van de behandeling, komen de symptomen meestal terug. Bij welke patiënten de pijnklachten wel of niet terugkeren is niet bekend.

Wat zijn de bijwerkingen van hormonale behandeling?

Aangezien het doel van de behandeling bij endometriose-gerelateerde pijn het verlagen van het niveau van oestrogenen is, hebben de bijwerkingen te maken met een laag niveau van oestrogenen (bij hormonale anticonceptie, GnRH-analogen) of progesteron (bij hormonale anticonceptie, progestagenen).

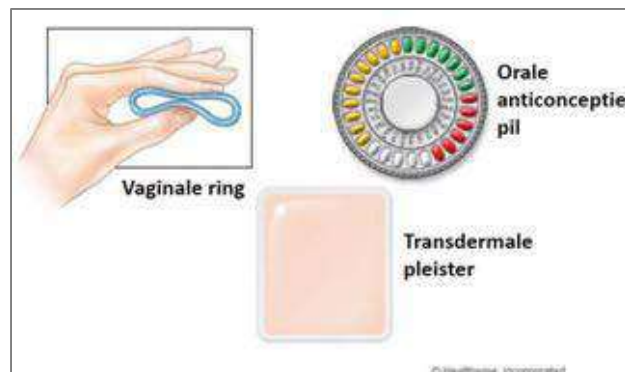
Voorbeelden van bijwerkingen van hormonale behandeling van pijn bij endometriose zijn hoofdpijn, acne, gewichtstoename, vaginaal bloedverlies, vermoeidheid en opvliegers.

Deze bijwerkingen verschillen sterk tussen de behandelingen en tussen patiënten. Hierdoor kan een bepaalde behandeling een goede optie zijn voor de ene vrouw, maar kan diezelfde behandeling ernstige bijwerkingen hebben bij de andere vrouw. Uw arts zal de bijwerkingen met u bespreken bij het voorschrijven van een hormonale behandeling.

Hormonale anticonceptiva

Hormonale anticonceptiva worden veel gebruikt voor anticonceptie en zijn algemeen aanvaard. Ze zijn gebaseerd op een lage dosis hormonen (oestrogeen en progesteron) en kunnen pijn gerelateerd aan endometriose verminderen door follikelgroei te stoppen en daardoor de productie en concentratie van oestrogenen te verminderen. Lage oestrogenen stoppen de activiteit van de groei van het endometrium in en buiten de baarmoeder, en onderdrukken hiermee endometriose. De progesteron in de pil vermindert rechtstreeks de activiteit van het endometrium. De bijwerkingen zijn beperkt en hormonale anticonceptiva zijn niet duur. Uw arts kan verschillende types van hormonale anticonceptiva voorschrijven:

- de orale anticonceptiepil (ingenomen met of zonder een maandelijkse pilvrije week),
- een contraceptieve vaginale ring, of
- een transdermale pleister.



Opties voor hormonale anticonceptiva

Aanbevelingen in de richtlijn:

Artsen kunnen overwegen om een gecombineerd hormonaal anticonceptiemiddel voor te schrijven, want het vermindert endometriose-gerelateerde dyspareunie (pijn bij het vrijen), dysmenorroe (optreden van pijn en/of krampen tijdens de menstruatie) en niet-menstruatiepijn. *(Op basis van bewijsniveau B)*

Artsen zouden het continue gebruik kunnen overwegen van een gecombineerde orale anticonceptiepil bij vrouwen die lijden aan endometriose-gerelateerde dysmenorroe. *(Op basis van bewijsniveau C)*

Artsen zouden het gebruik van een vaginale anticonceptivering of een transdermale (oestrogeen/progestageen) pleister kunnen overwegen om endometriose-gerelateerde dysmenorroe, dyspareunie en chronische bekkenpijn te verminderen. *(Op basis van bewijsniveau C)*

Progestagenen en anti-progestagenen

Progestagenen kunnen in verschillende vormen gebruikt worden: oraal, als een 3-maandelijkse injectie of als een levonorgestrel-afgevend spiraaltje. Verschillende soorten progestagenen zijn medroxyprogesteronacetaat (MPA), dienogest, cyproteronacetaat of danazol. Progesteragen worden ook gebruikt als anticonceptie, maar ze bevatten alleen progesteron, geen oestrogeen. Anti-progestagenen (gestrinone) hebben een gelijkaardige werking. Progesteragen zijn relatief goedkoop.

De verschillende soorten progestagenen en anti-progestagenen hebben verschillende bijwerkingen. Het wordt artsen aanbevolen om rekening te houden met de bijwerkingen bij het voorschrijven van dit soort medicatie en die te bespreken met de patiënt. Het wordt patiënten aanbevolen om eventuele bijwerkingen bij hun arts te melden en hun opties te bespreken.

Een levonorgestrel-afgevend spiraaltje wordt in de baarmoeder geplaatst en geeft lage niveaus van progesteron af. Een levonorgestrel-afgevend spiraaltje wordt gebruikt voor anticonceptie, het heeft beperkte bijwerkingen en is gebruiksvriendelijk. Bij vrouwen met endometriose is het levonorgestrel-afgevend spiraaltje een optie voor het verminderen van pijnklachten.



Een levonorgestrel-afgevend spiraaltje
<http://m.mirena.com/>

Aanbevelingen in de richtlijn:

Het wordt artsen aanbevolen om progestagenen [medroxyprogesteronacetaat (oraal of injectie), dienogest, cyproteronacetaat, norethisteronacetaat of danazol] of anti-progestagenen (gestrinone) te gebruiken als één van de opties, om endometriose-gerelateerde pijn te verminderen *(Op basis van bewijsniveau A)*

De GDG beveelt aan dat artsen rekening houden met de verschillende bijwerkingsprofielen van progestagenen en anti-progestagenen bij het voorschrijven van deze geneesmiddelen, met name onomkeerbare bijwerkingen (bijvoorbeeld trombose, androgene bijwerkingen) *(Bewezen in de praktijk)*

Artsen kunnen overwegen om een levonorgestrel-afgevend spiraaltje te schrijven als één van de opties om endometriose-gerelateerde pijn te verminderen. *(Op basis van bewijsniveau B)*

GnRH-agonisten

GnRH-agonisten leiden tot een zeer laag niveau van **oestrogenen** door het volledig stoppen van de folliculaire groei in de eierstok. GnRH-agonisten kunnen intranasaal toegediend worden of door subcutane injectie als een depotinjectie die of één of drie maanden werkzaam is. Enkele van de meest voorkomende GnRH-agonisten zijn nafareline, leuprolide, busereline, gosereline en triptoreline. GnRH-agonisten hebben meer bijwerkingen dan orale anticonceptiva en progestagenen en zijn duurder.

De bijwerkingen van GnRH-agonisten zijn gerelateerd aan het lage niveau van oestrogenen en zijn vergelijkbaar met de situatie na de overgang. Deze zogenaamde hypo-oestrogene symptomen zijn opvliegers en nachtelijk zweten, vaginale droogte en pijn tijdens geslachtsgemeenschap, en invloed op de geestelijke gezondheid tot en met depressieve gevoelens. Op de lange termijn worden GnRH-agonisten geassocieerd met osteoporose. Om deze symptomen te verminderen, wordt het arts aanbevolen om hormonale add-back therapie voor te schrijven zodra GnRH-agonisten worden voorgeschreven. Hormonale add-back betekent het toevoegen van een combinatie van oestrogenen en progesteron (orale anticonceptiva). Deze add-back therapie neemt de bijwerkingen weg terwijl het therapeutisch effect wordt gehandhaafd. Aangezien tieners en jonge vrouwen tot de leeftijd van 23 hun optimale botdichtheid niet bereikt hebben, is het raadzaam om GnRH-agonisten niet te gebruiken bij deze jonge vrouwen.

Aanbevelingen in de richtlijn:

Het wordt artsen aanbevolen om GnRH-agonisten (nafareline, leuprolide, busereline, gosereline of triptoreline) te gebruiken als één van de opties voor het verminderen van endometriose-gerelateerde pijn, hoewel het bewijs beperkt is wat betreft dosering of duur van de behandeling. *(Op basis van bewijsniveau A).*

Het wordt artsen aanbevolen om hormonale add-back therapie voor te schrijven die samenvalt met het begin van GnRH-agonisten therapie, om botverlies en hypo-estrogene symptomen tijdens de behandeling te voorkomen. Het is niet bekend dat het effect van behandeling van pijn vermindert. *(Op basis van bewijsniveau A).*

De GDG beveelt artsen aan om zorgvuldig om te gaan met het gebruik van GnRH-agonisten bij jonge vrouwen en tieners, omdat deze vrouwen nog niet de maximale botdichtheid bereikt hebben. *(Bewezen in de praktijk).*

Aromataseremmers

Aromataseremmers stoppen een enzym (aromatase) dat nodig is voor de productie van oestrogenen in verscheidene cellen van het lichaam. Het resultaat is een zeer laag niveau van oestrogenen. Deze medicatie werd al gebruikt bij andere aandoeningen, maar worden pas recentelijk gebruikt bij endometriose en is nog niet goed bestudeerd.

Vanwege de bijwerkingen (vaginale droogte, opvliegers, verminderde botdichtheid), mogen aromataseremmers alleen worden voorgeschreven aan vrouwen met ernstige pijn na het proberen van alle andere opties van medicamenteuze en chirurgische behandelingen.

Aromataseremmers zijn niet beschikbaar in een aantal Europese landen.

Aanbevelingen in de richtlijn:

Bij vrouwen met pijn van rectovaginale endometriose die ongevoelig zijn voor andere medische of chirurgische behandelingen, kunnen artsen overwegen om aromataseremmers voor te schrijven in combinatie met orale anticonceptiepillen, progestagenen of GnRH-analogen, omdat deze endometriose-gerelateerde pijn verminderen. *(Op basis van bewijsniveau B)*

Is chirurgische behandeling een optie voor het verlichten van pijnklachten?

Chirurgische behandeling van endometriose is gericht op het verwijderen van endometriose laesies, endometriomen en verklevingen/littekenweefsel.

In het verleden werd open chirurgie of laparotomie routinematig toegepast. Tegenwoordig wordt **laparoscopie** vaak gebruikt en heeft het de voorkeur omdat het meestal resulteert in minder pijn, kortere ziekenhuisopname, sneller herstel en kleinere littekens. Een laparotomie en een laparoscopie zijn echter even effectief bij de behandeling van pijnklachten bij vrouwen met endometriose.

Een laparoscopie is effectief voor het verminderen van pijn veroorzaakt door endometriose. Daarom moeten artsen chirurgische behandeling overwegen (verwijdering van endometriose laesies) als ze endometriose laesies zien tijdens een laparoscopie die wordt verricht om endometriose vast te stellen.

Als er een vermoeden is van diepe endometriose, wordt het artsen aanbevolen om hun patiënt door te verwijzen naar een expertisecentrum, aangezien operaties om diepe endometriose te behandelen gecompliceerd kunnen zijn.

Aanbevelingen in de richtlijn:

Als endometriose wordt geïdentificeerd bij laparoscopie, wordt het artsen aanbevolen om endometriose chirurgisch te behandelen, aangezien dit effectief is voor het verminderen van endometriose-gerelateerde pijn, dat wil zeggen 'zien en behandelen'. *(Op basis van bewijsniveau A).*

Artsen kunnen overwegen om chirurgische verwijdering van diepe endometriose uit te voeren, aangezien het endometriose-gerelateerde pijn vermindert en de kwaliteit van leven verbetert. *(Op basis van bewijsniveau B).*

De GDG beveelt aan dat artsen vrouwen met vermoedelijke of vastgestelde diepe endometriose doorverwijzen naar een expertisecentrum dat alle beschikbare behandelingen in een multidisciplinaire context biedt. *(Bewezen in de praktijk)*

Hysterectomie bij pijnklachten ten gevolge van endometriose

Als een vrouw geen kinderwens meer heeft en andere behandelingen werken niet, wordt het verwijderen van de eierstokken, met of zonder verwijdering van de baarmoeder (hysterectomie) beschouwd als een radicale oplossing van het probleem endometriose. Echter, verwijdering van de eierstokken resulteert in een zogenaamde chirurgische menopauze met de bijwerkingen van de menopauze zoals eerder beschreven. Hierbij moet worden opgemerkt dat een hysterectomie alleen niet altijd het probleem oplost, omdat endometriose meestal retroperitoneaal achterblijft en daarmee de pijnklachten aanwezig blijven.

Aanbevelingen in de richtlijn:

De GDG beveelt aan dat artsen hysterectomie met verwijdering van de eierstokken en alle zichtbare endometriose-laesies overwegen bij vrouwen die hun familie hebben voltooid en niet reageerden op meer conservatieve behandelingen. Vrouwen moeten worden geïnformeerd dat hysterectomie niet noodzakelijkerwijs de symptomen of de aandoening zullen genezen. *(Bewezen in de praktijk)*

Medicamenteuze behandeling voor of na chirurgie

De richtlijnsgroep raadt niet aan om hormonale behandelingen voor te schrijven voorafgaande aan de operatie met als doel de resultaten van de operatie te verbeteren. Uiteraard krijgen veel vrouwen met pijn een hormonale behandeling gedurende de wachtperiode voor de operatie.

Indien na de operatie begonnen wordt met een anticonceptiepil of een levonorgestrel-afgevend spiraaltje wordt geplaatst, kan het terugkeren van pijn uitgesteld worden voor de duur van deze behandeling.

Aanbevelingen in de richtlijn:

Artsen moeten geen preoperatieve hormonale behandeling voorschrijven om het resultaat van de operatie voor de pijn bij vrouwen met endometriose te verbeteren (*op basis van bewijsniveau A*).

Na cystectomie voor ovariële endometriomen bij vrouwen die niet meteen gericht zijn op bevruchting, wordt het artsanbevolen om hormonale contraceptiva voor te schrijven voor de secundaire preventie van endometriomen (*op basis van bewijsniveau A*).

Bij vrouwen die geopereerd zijn aan endometriose, wordt het artsanbevolen om postoperatief gebruik van een Levonorgestrel-afgevend spiraaltje voor te schrijven of een gecombineerd hormonaal anticonceptiemiddel voor ten minste 18-24 maanden, als één van de opties voor de secundaire preventie van endometriose-gerelateerde dysmenorroe, maar niet voor niet-menstruele bekkenpijn of dyspareunie (*op basis van bewijsniveau A*).

Deel 7: Endometriose en onvruchtbaarheid

Ben ik onvruchtbaar omdat ik endometriose heb?

Waarschijnlijk niet aangezien vrouwen met endometriose niet allemaal onvruchtbaar zijn. In medische termen spreekt men van onvruchtbaarheid of verminderde vruchtbaarheid wanneer er geen zwangerschap bereikt wordt na 1 jaar van regelmatige geslachtsgemeenschap. Geschat wordt dat 60-70% van de vrouwen met endometriose vruchtbaar zijn, spontaan zwanger kunnen worden en kinderen kunnen krijgen.

Een deel van de vrouwen met endometriose en vruchtbaarheidsproblemen blijft onvrijwillig kinderloos, maar er zijn geen exacte gegevens over het aantal. Van de vrouwen met vruchtbaarheidsproblemen, zal een deel zwanger worden, maar pas na medische hulp, ofwel een operatie of **medisch geassisteerde voortplanting (IUI of IVF)**. Er is geen bewijs dat een hormonale behandeling of een alternatieve behandeling de kans op een spontane zwangerschap bij vrouwen met endometriose verbeteren.

Er is geen duidelijkheid wat de beste optie is om vrouwen met endometriose die problemen hebben om zwanger te worden te helpen. De keuze tussen chirurgie of medisch geassisteerde voortplanting, wordt gebaseerd op het type van de aandoening, de voorkeuren van de dokter en de voorkeuren van de patiënt.

Er is geen bewijs dat vrouwen met endometriose een hoger risico hebben op complicaties tijdens de zwangerschap (aangeboren afwijkingen, miskramen).

Is chirurgische behandeling een optie voor het verbeteren van de kans op zwangerschap?

Studies hebben aangetoond dat chirurgie (met het verwijderen van endometriose **laesies**) de kans op spontane zwangerschap bij vrouwen met peritoneale endometriose kan verbeteren.

Bij vrouwen met ovariële endometriomen, is chirurgie één van de opties om de kans op spontane zwangerschap te verhogen. Echter, een operatie bij vrouwen met ovariële endometriomen kan leiden tot schade aan de eierstok. Uw gynaecoloog zal dit risico met u bespreken.

Er is geen voldoende sterk bewijs dat een operatie de spontane zwangerschapskans bij vrouwen met diepe endometriose verbetert.

Aanbevelingen in de richtlijn:

Bij onvruchtbare vrouwen met AFS/ASRM stadium I/II endometriose moeten artsen operatieve laparoscopie (excisie of ablatie van de endometriose laesies) verrichten, waaronder adhesiolyse, in plaats van het uitvoeren van alleen diagnostische laparoscopie, met het doel om doorgaande zwangerschapscijfers te verhogen. *(Op basis van bewijsniveau A)*

Bij onvruchtbare vrouwen met ovariële endometriomen die een operatie ondergaan, moeten de endometriose cystes met kapsel en al worden verwijderd, in plaats van alleen drainage en coagulatie van de wand van de endometriose cystes met het doel de kans op spontane zwangerschap te verhogen. *(Op basis van bewijsniveau A)*

De GDG beveelt aan dat artsen vrouwen met endometriomen voorlichten over de risico's van een verminderde ovariële functie na de operatie en het mogelijke verlies van de eierstok. De beslissing om een operatie aan de eierstokken uit te voeren moet zorgvuldig worden overwogen als de vrouw al eerder ovariële chirurgie heeft gehad. *(Bewezen in de praktijk)*

Bij onvruchtbare vrouwen met AFS/ASRM stadium III/IV endometriose, kunnen artsen operatieve laparoscopie overwegen, in plaats van afwachtend beleid, om spontane zwangerschap te verhogen. *(Op basis van bewijsniveau B)*

Medicamenteuze behandeling voor of na chirurgie

Er is geen bewijs dat het ondergaan van een hormonale behandeling voor of na de operatie helpt bij het vergroten van de kans op zwangerschap bij vrouwen met endometriose-gerelateerde onvruchtbaarheid.

Aanbevelingen in de richtlijn:

Bij onvruchtbare vrouwen met endometriose, beveelt de GDG aan dat artsen geen adjuvante hormonale behandeling voorschrijven voor de operatie om spontane zwangerschap te verbeteren, omdat geschikt bewijs ontbreekt. (Bewezen in de praktijk)

Bij onvruchtbare vrouwen met endometriose, moeten artsen geen adjuvante hormonale behandeling voorschrijven na een operatie om spontane zwangerschap te verbeteren. (Op basis van bewijsniveau A)

Is medisch geassisteerde voortplanting een optie voor het verbeteren van de kans om zwanger te worden?

Hoewel vrouwen met endometriose spontaan zwanger kunnen worden, hebben sommige vrouwen te maken met **verminderde vruchtbaarheid**.

Voor vrouwen met vruchtbaarheidsproblemen, kan medisch geassisteerde voortplanting een optie zijn. Medisch geassisteerde voortplanting omvat een aantal procedures met de bedoeling om zwanger te raken, met inbegrip van **intra-uteriene inseminatie** en **in vitro fertilisatie** (reageerbuisbevruchting)

Intra-uteriene inseminatie

Bij intra-uteriene inseminatie (IUI) wordt het sperma van de partner geïnjecteerd in de baarmoeder van de vrouw vlak voor de eisprong. De juiste timing wordt bepaald door het uitvoeren van echografie, door het meten van hormoonspiegels of gereguleerd door injectie van synthetische hormonen (gecontroleerde ovariële stimulatie).

Als u een geringe vorm van endometriose heeft en een onvervulde kinderwens, kan uw arts u IUI met gecontroleerde ovariële stimulatie adviseren om de kans op zwangerschap te vergroten. Sommige studies hebben aangetoond dat het toepassen van IUI met gecontroleerde ovariële stimulatie binnen 6 maanden na de operatie de kans op zwangerschap kan verhogen.

Intra-uteriene inseminatie is ook een optie bij vrouwen met endometriomen of matige of ernstige endometriose, maar er zijn geen studies die dit hebben onderzocht.

Intra-uteriene inseminatie kan niet worden toegepast indien:

- er een probleem is met de eileiders, waardoor deze de eicel niet kunnen oppikken bij de eisprong
- de partner van de vrouw vruchtbaarheidsproblemen heeft (bv slechte zaadkwaliteit)

In deze gevallen kan in vitro fertilisatie toegepast worden.

Aanbevelingen in de richtlijn:

Bij onvruchtbare vrouwen met AFS/ASRM stadium I/II endometriose, kunnen artsen intra-uteriene inseminatie toepassen met gecontroleerde ovariële stimulatie, in plaats van afwachtend beleid, omdat het aantal levend geboren kinderen verhoogt. *(Op basis van bewijsniveau C)*

Bij onvruchtbare vrouwen met AFS/ASRM stadium I/II endometriose, kunnen artsen overwegen om intra-uteriene inseminatie met gecontroleerde ovariële stimulatie toe te passen binnen 6 maanden na de chirurgische behandeling, aangezien zwangerschapscijfers vergelijkbaar zijn met die die bereikt zijn bij onverklaarde onvruchtbaarheid. *(Op basis van bewijsniveau C)*

De GDG beveelt het gebruik van geassisteerde reproductieve technologieën aan voor onvruchtbaarheid geassocieerd met endometriose, vooral als de eileiders functie is gecompromitteerd of indien een mannelijke factor de oorzaak is van de onvruchtbaarheid, en/of andere behandelingen hebben gefaald. *(Bewezen in de praktijk)*

Geassisteerde voortplantingstechnieken of in vitro fertilisatie

Een belangrijk deel van de vrouwen met een matige of ernstige endometriose zal kunstmatige voortplantingstechnieken nodig hebben als ze zwanger willen worden.

Kunstmatige voortplantingstechnieken zijn procedures waarbij een eicel buiten het lichaam door een zaadcel wordt bevrucht. Na bevruchting wordt het embryo in de baarmoeder geplaatst. Deze procedure wordt in vitro fertilisatie of IVF genoemd.

Aanbevelingen in de richtlijn:

Bij onvruchtbare vrouwen met endometriose kunnen artsen behandeling voorstellen met kunstmatige voortplantingstechnieken na operatie, aangezien het cumulatieve herhaling van endometriose niet toeneemt na gecontroleerde ovariële stimulatie voor IVF/ICSI *(Op basis van bewijsniveau C)*.

Bij vrouwen met endometriomen, kunnen artsen antibiotica profylaxe gebruiken op het moment van de eicelpunctie, hoewel het risico van een ovarieel abces na een follikelaspiratie laag is *(Op basis van bewijsniveau D)*.

Medicamenteuze behandeling voorafgaand aan kunstmatige voortplantingstechnieken

Er zijn aanwijzingen dat het toedienen van een GnRH-agonist gedurende 3 tot 6 maanden voorafgaand aan behandeling met IVF de kans verbetert om zwanger te worden bij onvruchtbare vrouwen met endometriose.

Aanbevelingen in de richtlijn:

Artsen kunnen GnRH-agonisten voorschrijven voor een periode van 3 tot 6 maanden voorafgaand aan de behandeling met kunstmatige voortplantingstechnieken om klinische zwangerschapscijfers te verbeteren bij onvruchtbare vrouwen met endometriose *(Op basis van bewijsniveau B)*.

Operatie voorafgaand aan kunstmatige voortplantingstechnieken

Er zijn geen sterke aanwijzingen dat het uitvoeren van een operatie voordat gestart wordt met kunstmatige voortplantingstechnieken effectief is om de kans op een zwangerschap te vergroten. Er is echter ook geen bewijs dat een operatie de kans op een zwangerschap vermindert. Daarom kan uw arts een operatie adviseren als u aanzienlijke pijn heeft of als hij niet bij de eierstokken kan tijdens toepassing van de kunstmatige voortplantingstechnieken, in het geval van grote ovariële endometriomen.

Er is geen bewijs dat de ernst van endometriose toeneemt na ovariële stimulatie voor IVF/**ICSI** bij vrouwen met endometriose, wat betekent dat het ondergaan van kunstmatige voortplantingstechnieken niet noodzakelijkerwijs de klachten van de endometriose erger maakt.

Aanbevelingen in de richtlijn:

Bij onvruchtbare vrouwen met AFS/ASRM stadium I/II endometriose die laparoscopie ondergaan voorafgaand aan behandeling met kunstmatige voortplantingstechnieken, kunnen artsen volledige chirurgische verwijdering van endometriose overwegen om het geboortecijfer te verbeteren, hoewel het voordeel niet goed vastgesteld is (*Op basis van bewijsniveau C*).

Bij onvruchtbare vrouwen met endometriomen groter dan 3 cm is er geen bewijs dat cystectomie voorafgaand aan de behandeling met kunstmatige voortplantingstechnieken de zwangerschapscijfers verbetert (*Op basis van bewijsniveau A*).

Bij vrouwen met endometriomen groter dan 3 cm, beveelt de GDG artsen alleen cystectomie te overwegen voorafgaand aan kunstmatige voortplantingstechnieken om endometriose-gerelateerde pijn te verlichten of de toegankelijkheid van follikels te verbeteren (*Bewezen in de praktijk*).

De effectiviteit van chirurgische excisie van diepe nodulaire laesies vóór de behandeling met kunstmatige voortplantingstechnieken bij vrouwen met endometriose-gerelateerde onvruchtbaarheid is niet goed vastgesteld ten aanzien van de reproductieve uitkomst (*Op basis van bewijsniveau C*).

Deel 8: Buiten de gebruikelijke behandeling om

Medicamenteuze en chirurgische behandeling van endometriose zijn uitgebreid bestudeerd en worden in de klinische praktijk toegepast. Omdat deze behandelingen beperkingen hebben, geven sommige vrouwen er de voorkeur aan om andere mogelijkheden te onderzoeken.

U heeft misschien gehoord over aanvullende en alternatieve therapieën. Deze therapieën zijn populair onder patiënten maar worden vaak niet door artsen aangeboden. Voorbeelden hiervan zijn acupunctuur, gedragstherapie, voedingsprogramma's (inclusief voedingssupplementen, vitamines en mineralen), "expert patient" programma's, recreatieve drugs, reflexologie, homeopathie, psychotherapie, traditionele Chinese geneeskunde, kruidengeneeskunde en sport. Een aantal van deze therapieën worden door vrouwen met endometriose gebruikt om bekkenpijn en dysmenorroe te verminderen, de kans op zwangerschap te verbeteren en de kwaliteit van leven te verbeteren.

Alvorens een bepaalde behandeling tegen pijnklachten te adviseren zouden artsen graag een aantal objectieve gegevens uit een kwalitatief goed onderzoek (zoals **gerandomiseerde studies**) willen verzamelen, waaruit blijkt dat een bepaalde therapie effectief is en niet schadelijk voor de patiënt. Tot nu toe is er geen goed bewijs dat aanvullende en alternatieve therapieën echt helpen bij het verminderen van pijnklachten of het verbeteren van vruchtbaarheid bij vrouwen met endometriose. De richtlijnsgroep erkent dat sommige vrouwen die gebruik maken van deze behandelingen hier baat bij hebben, en dat ze een betere kwaliteit van leven hebben en/of beter om kunnen gaan met de symptomen van endometriose.

Het is belangrijk om uw arts te vertellen of u gebruik maakt van aanvullende of alternatieve therapieën, zodat hij/zij u meer informatie kan geven.

Aanbevelingen in de richtlijn:

De GDG beveelt het gebruik van voedingssupplementen, aanvullende of alternatieve geneeskunde in de behandeling van endometriose-gerelateerde pijn of onvruchtbaarheid niet aan, omdat de mogelijke voor- en/of nadelen onduidelijk zijn. Echter erkent de GDG dat sommige vrouwen die hier wel gebruik van maken zich er beter door voelen. (Bewezen in de praktijk)

Deel 9: Endometriose in de menopauze

De menopauze is het moment waarop vrouwen stoppen met menstrueren. Dit is een natuurlijk proces bij vrouwen rond de 50 jaar. Sommige vrouwen hebben nauwelijks klachten tijdens de menopauze, terwijl anderen last hebben van de typische overgangsklachten, zoals opvliegers, nachtelijk zweten, vaginale en urinewegproblemen, stemmingswisselingen en osteoporose (verminderde botdichtheid). Deze symptomen worden veroorzaakt door lage niveaus van **oestrogeen**. Voor vrouwen met overgangsklachten bestaan er medicamenteuze behandelingen om de symptomen en de ongemakken van de menopauze te verminderen

Vrouwen met endometriose kunnen dezelfde symptomen van de menopauze hebben als vrouwen zonder endometriose. Het probleem bij vrouwen met endometriose is dat de medicamenteuze behandelingen om de symptomen van de menopauze te verminderen, een negatief effect op de endometriose zou kunnen hebben. Tot nu toe zijn er geen sterke aanwijzingen dat de behandeling van menopauze-symptomen een terugkeer van pijn of klachten van endometriose veroorzaakt, maar het is een mogelijkheid.

De richtlijnsgroep vindt dat de medicamenteuze (gecombineerde oestrogeen/progestageen of tibolon) behandeling van symptomen van de menopauze bij vrouwen met endometriose moet besproken worden en dat artsen de positieve en negatieve effecten van deze medicatie moeten verduidelijken aan de patiënt.

Aanbevelingen in de richtlijn:

Bij vrouwen met chirurgisch geïnduceerde menopauze door endometriose kan oestrogeen/progestageen therapie of tibolon effectief zijn voor de behandeling van de symptomen van de menopauze (*Op basis van bewijsniveau B*).

De GDG beveelt aan dat bij postmenopauzale vrouwen na een hysterectomie en met een geschiedenis van endometriose, artsen oestrogeenbehandeling alleen moeten vermijden. Het theoretische voordeel van het vermijden van een reactivatie van de aandoening en een kwaadaardige transformatie van de nog aanwezige ziekte moet echter worden afgewogen tegen de verhoogde systemische risico's geassocieerd met gecombineerde oestrogeen/progesteron behandeling of tibolon (*Bewezen in de praktijk*).

De GDG beveelt aan dat artsen door blijven gaan met de behandeling van vrouwen met een voorgeschiedenis van endometriose na chirurgische menopauze met gecombineerde oestrogeen/progestageen of tibolon, ten minste tot de leeftijd van de natuurlijke menopauze (*Bewezen in de praktijk*).

Deel 10: Endometriose en kanker

Veel vrouwen met endometriose maken zich zorgen over hun risico op het ontwikkelen van kanker. Verschillende onderzoekers hebben onderzocht of vrouwen met endometriose een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van kanker, in vergelijking met vrouwen zonder endometriose.

Uit deze studies trekt de richtlijn groep de volgende conclusies:

- Er is geen bewijs dat endometriose kanker veroorzaakt.
- Het aantal vrouwen met kanker (alle types kanker) is even groot in een groep vrouwen met endometriose als een groep vrouwen zonder endometriose.
- Sommige types kanker (eierstokkanker en non-Hodgkin-lymfoom) komen iets vaker voor bij vrouwen met endometriose.

In klinische studies gebruiken onderzoekers termen als incidentieratio, relatief risico en odds ratio om het risico op kanker bij vrouwen met endometriose te verduidelijken. Als u zich zorgen maakt over deze cijfers, vraag dan uw arts om de resultaten van het wetenschappelijk onderzoek in absolute aantallen uit te leggen. Een voorbeeld hiervan is een onderzoek dat aangeeft dat de incidentie ratio van eierstokkanker bij vrouwen met endometriose in vergelijking met vrouwen zonder endometriose 1,5 is. Dit wil zeggen dat de onderzoekers hebben gekeken naar een groep van 100 vrouwen met endometriose en 100 vrouwen zonder endometriose. Na 12 jaar hadden drie vrouwen in de endometriose-groep eierstokkanker gekregen, in vergelijking met twee vrouwen in de niet-endometriose-groep (1,5 keer minder).

De richtlijn groep stelt ook dat er geen informatie beschikbaar is over het verlagen van het risico op kanker bij vrouwen met en vrouwen zonder endometriose.

Aanbevelingen in de richtlijn:

De GDG beveelt aan dat artsen vrouwen met endometriose informeren wanneer zij vragen hebben over hun risico op het ontwikkelen van kanker over de volgende punten; 1) er is geen bewijs dat endometriose kanker veroorzaakt, 2) er is geen toename in totale incidentie van kanker bij vrouwen met endometriose, en 3) sommige vormen van kanker (eierstokkanker en non-Hodgkin-lymfoom) komen iets vaker voor bij vrouwen met endometriose. *(Bewezen in de praktijk)*

De GDG beveelt aan dat artsen de incidentie van sommige vormen van kanker bij vrouwen met endometriose uitlegt in absolute aantallen. *(Bewezen in de praktijk)*

De GDG adviseert geen veranderingen in het huidige beleid van endometriose in relatie met kwaadaardige aandoeningen, aangezien er geen klinische gegevens zijn over hoe het licht verhoogde risico op eierstokkanker of non-Hodgkin-lymfoom bij vrouwen met endometriose te verlagen. *(Bewezen in de praktijk)*

Deel 11: Woordenboek

Ablatie: Verwijdering van ziek of ongewenst weefsel, operatief of anderszins.

Add-back therapie: Hormonale therapie om bijwerkingen van medicijnen die oestrogeen onderdrukken (zoals leuprolideacetaat) tot een minimum te beperken. Add-back therapie vermindert meestal opvliegers en voorkomt botverlies.

Definitieve diagnose: Een diagnose die bevestigd is.

Dyschezie: Pijnlijke of moeilijke stoelgang.

Dysmenorroe: Ernstige pijn in de onderbuik of rug, soms gepaard gaande met misselijkheid, en hoofdpijn, direct voor en/of tijdens de menstruatie.

Dyspareunie: Recidiverende of aanhoudende genitale pijn vlak voor, tijdens of kort na de coïtus (geslachtsgemeenschap).

Echoscopie (sonografie): Techniek waarbij hoogfrequente geluidsgolven gebruikt worden om weefsels en organen in het lichaam af te beelden.

Embryo: Een bevruchte eicel.

Endometrioom: Een cyste van de eierstok gevuld met oud bloed en met wand van endometriumweefsel.

Endometrium (baarmoederslijmvlies): De binnenste laag van de baarmoeder. Tijdens de menstruatiecyclus, groeit het endometrium tot een dikke, bloedvrijke laag. De belangrijkste functie van het endometrium is het mogelijk maken van de innesteling van het embryo.

Excisie (resectie): Chirurgisch verwijderen van weefsel.

Geassisteerde voortplantingstechnieken (Assisted reproductive technology, ART): Alle behandelingen die mensen in staat stellen om zwanger te worden - door andere manieren dan geslachtsgemeenschap- waarbij eicellen en zaadcellen in een reageerbuis gebracht worden. Geassisteerde voortplantingstechnieken zijn in vitro fertilisatie (IVF), intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI), donorinseminatie en eiceldonatie.

Gecontroleerde ovariële stimulatie (Controlled ovarian stimulation, COS): Hormonale behandeling waarbij de eierstokken worden gestimuleerd tot de groei van meerdere follikels (bv ter voorbereiding van intra-uteriene inseminatie).

Gerandomiseerd onderzoek met controlegroep (Randomized Controlled Trial, RCT): De "gouden standaard" van medisch bewijs van de relatieve effectiviteit van één behandeling ten opzichte van een andere, of ten opzichte van het gebruik van helemaal niets (placebo). Patiënten met een ziekte en die op elkaar lijken in de meeste andere opzichten (zoals leeftijd, lengte, gewicht, ziekte duur en ernst van de ziekte) worden door randomisatie toegewezen aan één behandelingsgroep of een andere. De patiënten ondergaan een behandeling en worden gedurende een bepaalde tijd gevolgd om te zien of er een verschil is in de resultaten van de onderzochte behandelingen.

Hormoon: Een molecuul dat wordt geproduceerd op één plaats in het lichaam, door de bloedbaan wordt vervoerd naar een andere plaats in het om daar een biologisch effect te veroorzaken.

Intra-cytoplasmatische sperma-injectie (ICSI): Een variatie van IVF waarbij de zaadcel direct wordt geïnjecteerd in de eicel.

Intra-uteriene inseminatie (IUI): Een techniek om zaadcellen via de baarmoederhals in de baarmoederholte te brengen.

In vitro fertilisatie (IVF, reageerbuisbevruchting): Het creëren van een embryo buiten het lichaam en het plaatsen van dit embryo in de baarmoeder met het doel een zwangerschap tot stand te brengen.

Het IVF traject omvat de volgende fases: het hormonaal stimuleren van follikels in de eierstokken, de punctie van de follikels om de eicellen te verkrijgen, het bevruchten in het laboratorium van de eicellen met de zaadcellen van de partner, de terugplaatsing van het embryo in de baarmoeder.

Laparoscopie (kijkbuis operatie): Een operatie waarbij de gynaecoloog via een kleine opening onder de navel een laparoscoop inbrengt om de buikholte te kunnen bekijken en een diagnose, zoals endometriose, te kunnen stellen en eventueel meteen te kunnen behandelen.

Laparotomie of open chirurgie: openen van de buikholte via een incisie door de hele buikwand.

Laesies: Gebieden van abnormaal weefsel of ziekte.

Medisch geassisteerde voortplanting (Medically Assisted Reproduction, MAR): Een verzamelnaam voor alle behandelingen die mensen in staat stellen om zwanger te worden - door andere manieren dan geslachtsgemeenschap, zowel geassisteerde voortplantingstechnieken (IVF/ICSI) waarbij de bevruchting gebeurt in een reageerbuis, als behandelingen waarbij de bevruchting in de baarmoeder gebeurt (zoals intra-uteriene inseminatie, ovariële stimulatie).

Menstruatie: het maandelijks afstoten van het baarmoederslijmvlies gepaard gaande met vaginaal bloedverlies en in meerdere of mindere mate buikpijn.

Menorragie: Abnormaal zware en langdurige menstruatie op regelmatige tijdstippen.

Oestrogeen: Een vrouwelijk geslachtshormoon geproduceerd door de follikels in de eierstok dat de groei en ontwikkeling van het endometrium stimuleert.

Progesteron: Een hormoon geproduceerd door het gele lichaam in de eierstok, dat ontstaat uit de follikel na de eisprong, Progesteron bereidt het endometrium voor op de innesteling van het embryo.

Verklevingen: Banden van vezelig littekenweefsel.

Verminderde vruchtbaarheid / onvruchtbaarheid: Het niet tot stand komen van een gewenste zwangerschap na een jaar op de voortplanting gerichte coïtus (geslachtsgemeenschap).

Deel 12: Vragen van vrouwen met endometriose

De Endometriose Stichting, de Nederlandse organisatie voor endometriosepatiënten, heeft een platform waar patiënten vragen die ze hebben over endometriose kunnen stellen. Om alle vragen, zorgen en behoefte aan informatie van vrouwen met endometriose in kaart te brengen, zijn de vragen die gesteld zijn tussen mei 2012 en mei 2013 verzameld en samengevat. De meeste van deze vragen zijn beantwoord in dit boekje.

Vragen over endometriose:

- *Wat is het verschil tussen endometriose, adenomyose, vleesbomen en poliepen?*
- *Wat zijn de verschillende types van endometriose, op basis van de ernst van de aandoening?*

Vragen over de symptomen van endometriose:

- *Worden de volgende symptomen in verband gebracht met endometriose?*

Zware menstruele bloedingen, schimmelinfecties, gewichtstoename, misselijkheid, migraine, uitstralende pijn, hartritmestoornissen, vaginisme, vermoeidheid, slapeloosheid, rugpijn, pijn in het bekken, symptomen buiten de menstruatieperiode, continue pijn, pijn in de blaas, prikkelbare darmsyndroom (Irritable bowel syndrome, IBS), rectaal bloeden, bloed in de urine.

Vragen over de diagnose van endometriose:

- *Kan de diagnose van endometriose wordt vastgesteld door echografie of MRI?*
- *Wat zijn de gevolgen van een negatieve diagnostische laparoscopie waarbij er wel symptomen van endometriose zijn?*
- *Kunnen GnRH-agonisten (bijvoorbeeld Lupron/Lucrin en Zoladex) worden gebruikt om endometriose te diagnosticeren?*

Vragen over hormonale behandeling voor endometriose:

- *Welke hormonale behandeling kan worden voorgeschreven bij endometriose?*
- *Welke hormonen kunnen empirisch worden voorgeschreven?*
- *Hoe werken deze hormonen?*
- *Wat zijn de bijwerkingen?*

Vragen over alternatieve behandeling voor endometriose:

- *Wat zijn de mogelijkheden binnen de alternatieve geneeskunde?*
- *Werkt acupunctuur bij het verlichten van de symptomen van endometriose?*
- *Kan homeopathie helpen bij het verlichten van de symptomen van endometriose?*
- *Hoe zit het met fysiotherapie?*

Vragen over chirurgische behandeling van endometriose:

- *Moet ik medicijnen innemen na de operatie?*
- *Is mijn geval te riskant? Ben ik niet te opereren?*
- *Is een baarmoederverwijdering de oplossing en moet ik dan hormoonvervangende therapie na de operatie?*
- *Wat is het verschil tussen ablatie en excisie?*
- *Wat is het verschil tussen laparotomie en laparoscopie?*
- *Wat is het verschil tussen de traditionele laparoscopie en robot-laparoscopie?*

Vragen over kleine cysten:

- *Moet ik hormonale anticonceptiva innemen?*

- *Moet ik een operatie ondergaan? Welk type van operatie?*
- *Hoe lang kan de cyste blijven zitten?*
- *Is een endometrioom 'schadelijk' voor de eierstok?*
- *Kan mijn endometrioom scheuren? Is het een noodgeval?*
- *Wat is de beste optie als ik zwanger wil worden en mijn mogelijke endometrioom veroorzaakt geen pijnklachten?*
- *Moet een asymptomatische endometrioom worden behandeld?*

Vragen over onvruchtbaarheid en zwangerschap bij endometriose:

- *Hoeveel vrouwen met endometriose blijven onvrijwillig kinderloos?*
- *Waarom/hoe kan endometriose mijn vruchtbaarheid beïnvloeden?*
- *Ben ik onvruchtbaar omdat ik endometriose heb?*
- *Wat is de beste manier om zwanger te raken?*
- *Heb ik een verhoogd risico op zwangerschapscomplicaties of een miskraam?*
- *Zal een zwangerschap mijn endometriose genezen?*
- *Is het verstandig eerder aan een zwangerschap te beginnen?*
- *Moet ik een operatie ondergaan voorafgaand aan IVF?*

Vragen over extragenitale endometriose:

- *Kan endometriose voorkomen bij vrouwen zonder baarmoeder?*
- *Kan endometriose invloed hebben op de volgende plekken: het middenrif, longen, borst, nier, holte van Douglas, darm of blaas?*

Vragen over de menopauze bij endometriose:

- *Moet ik Lucrin gebruiken?*
- *Kan de (pseudo) menopauze endometriose genezen?*

Vragen over endometriose en kanker:

- *Wat is het effect van de hormonale behandelingen op het risico op kanker?*
- *Kan endometriose kanker veroorzaken?*

Vragen over vergoedingen bij endometriose:

- *Welke behandelingen worden vergoed voor vrouwen met endometriose?*

Deel 13: Meer informatie

Voor Nederland – België

Voor meer informatie kan u terecht bij de Endometriose Stichting (Nederland) en Endometriosis Association Belgium (België). Op de website van deze patiëntenorganisaties kan u terecht voor:

- Informatie over endometriose
- Ervaringsverhalen
- Informatie over hoe in contact te komen met andere vrouwen met endometriose
- Specifieke informatie over de behandeling van endometriose en informatie over gespecialiseerde klinieken in uw eigen land

U kan de patiëntenorganisaties contacteren via email of de website.

België	Endometriosis Association Belgium	Website: www.endometriose.be E-mail: info@endometriose.be
Nederland	Endometriose Stichting	Website: www.endometriose.nl E-mail: info@endometriose.nl

Voor andere landen:

In bijna alle Europese landen worden patiëntenorganisaties opgericht om vrouwen met endometriose en hun gezinnen te ondersteunen en informatie te verstrekken. Een ander doel is het vergroten van de bewustwording van de aandoening onder professionals in de gezondheidszorg, werkgevers, publiek en media.

De meeste van deze patiëntenorganisaties hebben een website waar u specifieke informatie kunt vinden. U vindt de lijst van Europese endometriose patiëntenorganisaties en hun contactgegevens hieronder.

In het geval dat uw land niet in de lijst voorkomt, kunt u contact opnemen met Fertility Europe die u kan adviseren over de vruchtbaarheidsorganisaties in uw land. (www.fertilityeurope.eu)

Sommige vragen zijn niet beschreven in deze patiënten versie, omdat het niet relevant is om deze te bespreken in een Europese context.

Nationale patiëntenorganisaties worden aangemoedigd om aanvullende nationaal relevante informatie aan te leveren over de volgende onderwerpen:

- Beschikbaarheid van hormonale behandelingen
- Vergoeding van verschillende hormonale behandelingen
- Vergoeding van medisch geassisteerde voortplantingstechnieken voor vrouwen met endometriose

Denemarken	Endometriose Foreningen Denmark	Website: www.endo.dk E-mail: info@endo.dk
Duitslands	Endometriose-Vereinigung Deutschland e.V.	Website: www.endometriose-vereinigung.de E-mail: info@endometriose-vereinigung.de
Finland	Endometriosisyhdistys Finland	Website: www.endometriosisyhdistys.fi E-mail: endo@endometriosisyhdistys.fi
Frankrijk	Association EndoFrance	Website: www.endofrance.org E-mail: contact@endofrance.org
Hongarije	Nok az endometriózisért alapítvány	Website: www.endometriozis.hu E-mail: info@endometriozis.hu
Ierland	Endometriosis Association of Ireland	Website: www.endo.ie E-mail: info@endo.ie
IJsland	Samtök Kvenna með Endómetríósu	Website: www.endo.is E-mail: endo@endo.is
Israël	Endi – Endometriosis Israel	Website: www.endi.org.il E-mail: info@endi.org.il
Italië	Associazione Italiana Endometriosi Onlus	Website: www.endoassoc.it E-mail: info@endoassoc.it
	Associazione Progetto Endometriosi Onlus	Website: www.apeonlus.com E-mail: info@apeonlus.com
Malta	Endo Support (Malta)	Website: no website E-mail: endosupport@gmail.com
Noorwegen	Endometrioseforeningen	Website: www.endometriose.no E-mail: post@endometriose.no
Oostenrijk	EVA – Endometriose Vereinigung Austria	Website: www.eva-info.at E-mail: office@eva-info.at
Polen	Polskie Stowarzyszenie Endometrioza	Website: www.pse.aid.pl E-mail: info@pse.aid.pl
	Stowarzyszenie Endometrioza	Website: www.endometrioza.aid.pl E-mail: info@endometrioza.aid.pl
	Pierwszy Polski Portal o Endometriozie	Website: www.endometrioza.org E-mail: redkcja@endoendo.pl
Portugal	Associação Portuguesa de Endometriose	Website: www.aspoendo.org E-mail: aspoendo@netcabo.pt
Spanje	Asociacion de Endometriosis España (AEE)	Website: www.endoinfo.org E-mail: info@endoinfo.org
	Asociacion de Afectadas de Endometriosis de Madrid (ADAEM)	Website: www.adaem.org.es E-mail: adaem@adaem.org.es
Turkije	Turkish Society of Endometriosis and Adenomyosis	Website: www.endometriozisdernegi.com E-mail: info@endometriozisdernegi.com
Verenigd Koninkrijk	Endometriosis UK	Website: www.endometriosis-uk.org E-mail: admin@endometriosis-uk.org
	Endometriosis SHE Trust UK	Website: www.shetrust.org.uk E-mail: shetrust@shetrust.org.uk
Zweden	Endometriosföreningen Sverige	Website: www.endometriosforeningen.com E-mail: info@endometriosforeningen.com
Zwitserland	Groupe Endometriosis Suisse	Website: www.endosuisse.ch E-mail: laure@endosuisse.ch
	Association Suisse de Soutien Contre l'Endometriose	Website: www.assce.ch E-mail: info@assce.ch

Referenties

De inhoud van dit document

De ESHRE guideline: Management of women with endometriosis (2013)

Te vinden op www.eshre.eu/guidelines

Informatie over endometriose bij tieners

Brosens I, Gordts S, Benagiano G. Endometriosis in adolescents is a hidden, progressive and severe disease that deserves attention, not just compassion. Hum Reprod. 2013 Aug;28(8):2026-31. doi: 10.1093/humrep/det243. Epub 2013 Jun 5.

Woordenboek

Reproductive medicine. A textbook for paramedics. N. De Haan, M. Spelt, R. Göbel (eds), Elsevier gezondheidszorg, Amsterdam 2010.

100 questions and answers about endometriosis. David B. Redwine. Jones & Bartlett Learning, 2009

Mohammad Reza Razzaghi, Mohammad Mohsen Mazloomfard and Anahita Ansari Jafari (2012). Endometriosis, Endometriosis - Basic Concepts and Current Research Trends, Prof. Koel Chaudhury (Ed.), ISBN: 978-953-51-0524-4, InTech, DOI: 10.5772/32760. Te vinden op: <http://www.intechopen.com/books/endometriosis-basic-concepts-and-current-research-trends/endometriosis-an-overview>

Illustraties

The menstrual cycle Wikimedia Commons (GNU Free Documentation License)

Endometriotic tissue in the abdomen - NIH feitenbladwijzer: Endometriose (2011)

Illustratie van endometriose, adenomyose, vleesbomen en poliepen van <http://www.fairview.org/healthlibrary/Article/85716> (No copyright information)

Schematische klassificatievoorbeelden van de mate en locatie van endometriose. Aangepast van de herziene classificatie van endometriose van de American Society for Reproductive Medicine (1996).

Chirurgische laparoscopie - Krames Information brochure on endometriosis

Een levonorgestrel-afgevend intra-uterien systeem - <http://m.mirena.com/>

Opties voor hormonale anticonceptiva

© 1995-2013 Healthwise, Incorporated. Healthwise, Healthwise for every health decision, and the Healthwise logo are trademarks of Healthwise, Incorporated.

Disclaimer

De European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) heeft dit informatieboekje voor patiënten ontwikkeld op basis van de praktijkrichtlijn. Het doel van klinische richtlijnen is om professionals in de gezondheidszorg te helpen in de dagelijkse klinische besluitvorming over passende en effectieve zorg voor hun patiënten.

Dit boekje is in geen geval bedoeld als vervanging, dictaat of definiëring van een evaluatie en behandeling door een gekwalificeerde arts. Het is uitsluitend bedoeld als hulpmiddel voor patiënten die algemene informatie zoeken over onderwerpen in de reproductieve geneeskunde.

ESHRE geeft geen garanties, expliciet of impliciet, met betrekking tot de klinische praktijkrichtlijnen of patiënt informatieboekjes en sluit specifiek alle garanties van verkoopbaarheid en geschiktheid voor een bepaald gebruik of doel uit. ESHRE is niet aansprakelijk voor directe, indirecte, bijzondere, incidentele of gevolgschade gerelateerd aan het gebruik van de hierin opgenomen informatie. Terwijl ESHRE zich inspant om accurate informatie te verzamelen en om deze up-to-date te houden, kan het echter niet instaan voor de juistheid en volledigheid in alle opzichten van de richtlijn of dit boekje.

De informatie in dit document vormt geen zakelijke, medische of ander professioneel advies, en is onderhevig aan verandering.

ESHRE is niet verantwoordelijk voor de correctheid van de vertaling van de ESHRE Guideline “Management of women with endometriosis” naar het huidige document.