

# Diagnostika a léčba endometriózy

## Doporučený postup Sekce pro léčbu endometriózy ČGPS ČLS JEP

Materiál je konsenzuálním stanoviskem Sekce pro léčbu endometriózy ČGPS ČLS JEP a vychází ze společného doporučeného postupu Německé gynekologicko-porodnické společnosti (DGKG), Rakouské gynekologicko-porodnické společnosti (OEGGG), Švýcarské gynekologicko-porodnické společnosti (SGGG) a České gynekologicko-porodnické společnosti (ČGPS) „Diagnostik und Therapie der Endometriose“, AWMF-Registernummer 015/045, Leitlinienklasse S2k, Stand Mai 2020, Version 1,0.

**Oponenti:** Výbor ČGPS ČLS JEP

### Stupně závažnosti doporučení (D)

- 1) Silně závazné doporučení – má být, nemá být
- 2) Středně závazné doporučení – měl by být, neměl by být
- 3) Nezávazné doporučení – může být, nemusí být

### Konsenzuální doporučení (D) a prohlášení (P)

Zakládá se na stupni shody autorů výchozích doporučených postupů, účastníků konsenzuálních dotazníkových akcí a konsenzuální konference

+++	Silný konsenzus	(shoda > 95 % autorů)
++	Konsenzus	(shoda > 75–95 %)
+	Slabý konsenzus	(shoda > 50–75 %)
–	Není konsenzus	(shoda < 51 %)

### 1 Epidemiologie, etiologie, morbidita, manifestace a klinické příznaky endometriózy

- 1.1 P1 – Spolehlivé údaje o prevalenci a incidenci endometriózy nejsou k dispozici. (+++)
- 1.2 P2 – Vzhledem k nejasné etiologii endometriózy není kauzální léčba možná. (+++)

### 2 Klasifikace endometriózy

- 2.1 D1 – V případě peroperačně diagnostikovaného podezření na endometriózu by mělo být provedeno histologické potvrzení diagnózy. (++)
- 2.2 D2 – Po operacích, u kterých je stanoveno podezření na endometriózu, má být stanoveno rASRM skóre (verze 1996). (++)
- 2.3 D3 – Po operacích, u kterých je stanoveno podezření na endomet-

riózu, má být také provedena klasifikace #Enzian (2021). (+++)

2.4 P3 – Klasifikace #Enzian ani rASRM skóre nezaznamenávají příznaky bolesti a sterility a také nevypovídají nic o průběhu onemocnění. (+++)

2.5 P4 – Endometrióza znamená přítomnost shluků buněk podobných endometriu sestávajících ze shluků endometroidních žlázyvých buněk a/nebo stromálních buněk mimo dutinu děložní. (++)

2.6 D4 – Primární histologická diagnóza endometriózy se stanoví barvením hematoxylinem a eosinem. V případě negativní histologické diagnózy makroskopicky předpokládané endometriózy by měla být provedena další vyšetření (např. doplňkové přířezy, barvení CD10 nebo hemosiderinu). (+++)

2.7 P5 – Endometrióza děložního těla (klinicky: adenomyóza nebo adenomyóza dělohy) je histopatologicky definována jako průkaz ložisek endometriózy v myometriu ve vzdálenosti středně velkého pole objektivu od hranice mezi endometriem a myometriem (100násobné zvětšení), což v metrickém systému odpovídá 2,5 mm. (+++)

2.8 D5 – V případě resekce střeva pro hlubokou infiltrující endometriózu má být u resekátu střeva histologicky vyšetřen a popsán stav resekčního okraje. (+++)

### 3 Symptomatika a základní principy diagnostiky endometriózy

- 3.1 D6 – Při odběru gynekologické anamnézy mají být zaznamenány hlavní příznaky specifické pro endometriózu (dysmenorea, dysurie,

- dyschézie, dyspareunie a sterilita), stejně jako nespecifické příznaky, jako jsou například bolesti v podbřišku. Odběr může probíhat s využitím specifického dotazníku pro endometriózu. (++)
- 3.2 D7 – V případě podezření na hlubokou infiltrující endometriózu nebo ovariální endometriózu musí být vždy provedena oboustranná sonografie ledvin k vyloučení dilatace kalichopánvičkového systému. (+++)
- 3.3 P6 – Laparoskopie s odběrem tkáně pro histologické vyšetření představuje zlatý diagnostický standard pro potvrzení endometriózy. (+++)
- 3.4 P7 – Biomarkery nejsou pro diagnostiku endometriózy vhodné. (+++)

#### 4 Základní principy léčby endometriózy

- 4.1 D8 – V rámci symptomatické medikamentózní léčby endometriózy by měl být lékem první volby zvolen vhodný gestagen (např. dienogest). (+++)
- 4.2 D9 – Jako léčba druhé volby mohou být použita kombinovaná orální kontraceptiva (++) , jiné gestageny včetně lokálního použití (+++) nebo analoga GnRH. (++)
- 4.3 D10 – Před zahájením léčby druhé volby by mělo být zváženo opětovné vyšetření v zařízení specializujícím se na péči o pacientky s endometriózou. (++)
- 4.3.1 D11 – Léčba analogy GnRH by měla být doplněna o add-back terapii s vhodnou kombinací estrogenu a gestagenu. Díky tomu je možné minimalizovat důsledky nedostatku estrogenu, aniž by tím byla ovlivněna terapeutická účinnost analogu GnRH. (+++)
- 4.4 P8 – Dlouhodobá, kontinuální hormonální léčba je účinná jak při

- léčbě obtíží asociovaných s endometriózou, tak pro prodloužení doby remise onemocnění. (+++)
- 4.5 D12 – U symptomatické pacientky s hlubokou infiltrující endometriózou by měla být snaha o kompletní chirurgické odstranění, pokud předpokládané přínosy spočívající ve zmírnění bolesti převládají nad rizikem komplikací (např. sexualita, funkce močového měchýře a střeva, poruchy citlivosti a motoriky). (+++)
- 4.6 D13 – Při recidivujících obtížích by měla být před další chirurgickou léčbou upřednostněna medikamentózní léčba s výjimkou případů, kdy pro operaci existují závažné důvody (např. destrukce orgánů). (+++)

#### 5 Zdravotnická zařízení pro pacientky s endometriózou

- 5.1 D14 – Pacientky s endometriózou by měly být v péči multidisciplinárního týmu. Tento tým by měl v rámci mezioborové spolupráce zahrnovat všechny nezbytné odbornosti. Tento postup je možné realizovat v rámci certifikovaných center (klinické či ambulantní centrum). (+++)

#### 6 Diagnostika a léčba jednotlivých typů endometriózy

- 6.1 Endometrióza dělohy
- 6.1.1 P9 – Podezření na adenomyózu je možné stanovit prostřednictvím transvaginální sonografie a/nebo MRI. Transvaginální sonografie by měla být diagnostickou metodou první linie a MRI pak druhé linie. Pokud jde o spolehlivost, jsou obě metody rovnocenné. (+++)
- 6.1.2 D15 – Vzhledem k omezené senzitivitě a specifitě biotického ověření adenomyózy dělohy by se k potvrzení dia-

- gnózy neměla biopsie rutinně provádět. (++)
- 6.1.3 P10 – Při léčbě obtíží asociovaných s adenomyózou jsou účinné všechny zavedené formy hormonální léčby (kombinovaná orální kontraceptiva, gestageny, vhodné gestageny IUD, analoga GnRH). Neexistují žádné důkazy, že by některá skupina přípravků byla účinnější než ostatní. (+++)
- 6.1.4 D16 – Intervenční léčebné možnosti, jako jsou vysokofrekvenční fokusovaný ultrazvuk (HIFU), embolizace, transcervikální elektroablace nebo perkutánní mikrovlnná ablace (PMWA), se mají pro léčbu adenomyózy dělohy využívat pouze v rámci studií. (+++)
- 6.1.5 D17 – U symptomatické cystické nebo fokální adenomyózy může být za účelem zmírnění bolesti a/nebo krvácení provedena chirurgická resekce. (+++)
- 6.1.6 D18 – V případě, že pacientka neplánuje další graviditu a trpí typickými příznaky, lze u adenomyózy doporučit hysterektomii. (+++)

- 6.2 Endometrióza děložních adnex
- 6.2.1 D19 – U ovariální endometriózy je možné před zvolením léčebné strategie stanovit hladinu antimüllerianského hormonu jakožto markeru ovariální rezervy. (++)
- 6.2.2 D20 – Při rozhodování o léčbě endometriomů by měla být zohledněna ovariální funkce. (+++)
- 6.2.3 P11 – U recidivujících endometrioidních ovariálních cyst hrozí při jejich odstranění zvýšené riziko předčasného ovariálního selhání. (+++)
- 6.2.4 P12 – Všechny známé chirurgické postupy při léčbě ova-

- riálních endometriomů snižují ovariální rezervu. (+++)
- 6.2.5 D21 – Při stanovení diagnózy ovariálního endometriomu by měla být zároveň vyloučena přítomnost hluboké infiltrující endometriózy. (+++)
- 6.2.6 D22 – Pro diagnostiku ovariální endometriózy má být použita transvaginální sonografie. (+++)
- 6.2.7 D23 – V případě sonograficky suspektního ovariálního nálezu má být provedeno chirurgické a histologické potvrzení diagnózy s ohledem na onkologickou bezpečnost. (+++)
- 6.2.8 D24 – Jako profylaxi recidivy endometriomů je možné dlouhodobě aplikovat systémovou hormonální léčbu (preferovány jsou v tomto případě orální kombinované monofázické preparáty v kontinuálním režimu). (+++)
- 6.2.9 P13 – V případě primární chirurgické léčby endometriomu zvyšuje jeho úplné odstranění (exstirpace) ve srovnání s pouhou fenestrací pravděpodobnost spontánního otěhotnění, a pokud jde o zmírnění bolesti a snížení četnosti recidiv, je výhodnější než medikamentózní léčba. (+++)
- 6.3 Peritoneální endometrióza
- 6.3.1 D25 – Při peroperačním zjištění peritoneální endometriózy u symptomatické pacientky by měla být snaha o její úplné odstranění. Plánovaná second-look laparoskopie s předchozí léčbou nebo bez se nemá provádět. (++)
- 6.3.2 P14 – Ablace a excize peritoneální endometriózy jsou, pokud jde o zmírnění bolesti, rovnocenné. (+++)
- 6.3.3 P15 – Chirurgické odstranění peritoneální endometriózy vede k výraznému snížení intenzity dysmenorey dle vizuální analogové škály (VAS). Pokud jde o chronické bolesti v podbřišku, dyschézii a dyspareunii, nebylo možné tento účinek při chirurgickém odstranění peritoneální endometriózy prokázat. (+++)
- 6.4 Endometrióza pochvy a rektovaginálního septa
- 6.4.1 D26 – V případě symptomatické endometriózy rektovaginálního septa a pochvy by měla být provedena funkčně uzpůsobená kompletní resekce. (+++)
- 6.4.2 D27 – Asymptomatickou endometriózu rektovaginálního septa a pochvy bez aktuálně pozorovaných klinicky relevantních sekundárních následků (jako např. obstrukční uropatie) není nutné léčit. (+++)
- 6.5 Endometrióza střeva
- 6.5.1 P16 – Pacientka s enteroragií má být diferencially diagnosticky vyšetřena. (+++)
- 6.5.2 P17 – Asymptomatická pacientka s endometriózou střeva nepotřebuje chirurgický zákrok. (+++)
- 6.5.3 D28 – Léčbu pacientky s endometriózou střeva má provádět mezioborový tým (pokud možno) v certifikovaném zařízení. (+++)
- 6.5.4 D29 – U pacientek s endometriózou střeva má být vždy provedena sonografie ledvin k vyloučení tiché hydronefrózy. (+++)
- 6.6 Endometrióza v kožních jizvách
- 6.6.1 P18 – Chirurgické odstranění ložisek hluboké endometriózy v jizvách vede k úlevě od bolesti a je metodou volby. (+++)
- 6.7 Endometrióza močového měchýře a močovodu
- 6.7.1 P19 – Endometrióza močového měchýře a/nebo močovodu může mít závažné důsledky, jako je například obstrukční uropatie s potenciální následnou ztrátou funkce ledvin. (++)
- 6.8 Vzácné extragenitální formy endometriózy
- 6.8.1 D30 – Symptomatická endometrióza břišní stěny nebo pupku by měla být chirurgicky odstraněna. (++)
- 6.8.2 D31 – V případě hrudní endometriózy a/nebo pneumotoraxu na podkladě endometriózy (včetně katamenálního pneumotoraxu) by měla být primárně nasazena konzervativní, medikamentózní léčba. Při jejím selhání nebo kontraindikacích je třeba provést chirurgický zákrok. (+++)

## 7 Specifické situace u endometriózy

- 7.1 Endometrióza u dospívajících dívek
- 7.1.1 P20 – Všechny formy chronické pánevní bolesti (dysmenorea, cyklické a acyklické bolesti v podbřišku) u adolescentek mohou být příznakem endometriózy. (+++)
- 7.1.2 D32 – V případě podezření na endometriózu v období adolescence by měla být první volbou medikamentózní léčba. (++)
- 7.1.3 D33 – V případě bolestí nereagujících na konzervativní léčbu by měla být provedena diagnostická laparoskopie a případná sanace ložisek endometriózy, pokud možno v rámci jednoho zákroku. (++)
- 7.2 Endometrióza a sterilita
- 7.2.1 D34 – Ženy s histologicky potvrzenou diagnózou endomet-

- riózy by měly být informovány o možném snížení šancí na otěhotnění. (+++)
- 7.2.2 P21 – U pacientky trpící sterilitou a endometriomy by měl být léčebný postup stanoven interdisciplinárně ve spolupráci s centrem asistované reprodukce. (++)
- 7.3 Endometrióza a těhotenství a porod
- 7.3.1 P22 – Léčená ani neléčená hluboká infiltrující endometrióza nepředstavuje kontraindikaci pro spontánní porod. (++)
- 7.3.2 D35 – V případě endometriózy rekta, operované ani neoperované, není možné jednoznačně stanovit doporučení ke způsobu vedení porodu (tj. spontánní porod versus císařský řez). V případě operace endometriózy rektosigmatu by měl operatér zapsat do operačního protokolu své doporučení ohledně způsobu vedení porodu v budoucnu. (+++)
- 7.3.3 P23 – Chirurgická léčba hluboké infiltrující endometriózy v oblasti sigmatu, apendixu/céka, ilea nebo tračnicku nepředstavuje indikaci pro primární sectio caesarea. (+++)
- 7.4 Endometrióza a bolest
- 7.4.1 D36 – U pacientek s endometriózou a chronickými bolestmi v podbřišku nereagujícími na léčbu je třeba odebrat strukturovanou anamnézu bolesti. (+++)
- 7.4.2 D37 – U pacientek s chronickými bolestmi v podbřišku je možné zvážit symptomatickou léčbu bolesti v následujících případech: (++)
- 7.4.3 Nedostačující zmírnění bolesti a/nebo
- 7.4.4 Nesnášenlivost a/nebo
- 7.4.5 Kontraindikace pro chirurgickou nebo hormonální léčbu.
- 7.5 Endometrióza a karcinom
- 7.5.1 D38 – V případě karcinomu asociovaného s endometriózou má být terminologie a morfoloická diagnostika vždy založena na platné verzi WHO – klasifikace. (+++)
- 7.5.2 P24 – Rozhodování o způsobu chirurgické léčby endometriózy u žen v premenopauze by nemělo být ovlivněno mírně zvýšeným rizikem karcinomu ovaria. (+++)
- 7.6 Psychosomatické aspekty endometriózy
- 7.6.1 D39 – U pacientek s endometriózou by měl být proveden primární psychologický screening na přítomnost úzkosti a deprese v rámci základní psychosomatické péče. (+++)
- 7.6.2 D40 – Pacientkám s endometriózou a psychologickými příznaky by měla být nabídnuta psychoterapie, nejlépe v rámci multimodální terapie bolesti. (++)
- 7.6.3 P25 – Endometrióza může být asociována s psychickými poruchami, jako je například častější úzkost a/nebo deprese. (+++)
- 7.7 Endometrióza a souvislost s jinými nemocemi
- 7.7.1 P26 – Endometrióza může být spojena s dalšími chronickými bolestivými syndromy (např. syndrom dráždivého tračnicku, syndrom bolestivého močového měchýře, fibromyalgický syndrom). (+++)
- 7.7.2 D41 – Pacientky s endometriózou a chronickými bolestmi v podbřišku by měly být vyšetřeny, zda netrpí dalšími chronickými bolestivými syndromy. (+++)
- 7.7.3 D42 – Při gynekologickém vyšetření je třeba dbát na lokální (myofasciální trigger pointy) a generalizovanou hyperalgezii a zvýšenou citlivost vůči bolesti (alodynii) jako na známky centrální senzitivace. (++)
- 7.7.4 D43 – U pacientek s endometriózou a asociovanými bolestivými syndromy mají být možnosti léčby prodiskutovány s terapeutky specializovanými na bolest a odbornými lékaři se specializací na psychosomatickou medicínu a psychoterapii nebo psychology zabývajících se psychoterapií. (+++)

## 8 Rehabilitace, následná péče a svépomoc

- 8.1.1 D44 – Rehabilitace / následná léčebná péče pro ženy s endometriózou by měla probíhat na rehabilitační klinice certifikované pro toto onemocnění či alespoň se zkušenostmi s ním. (+++)
- 8.1.2 D45 – Pacientky mají být v souvislosti se zvládnutím tělesných i duševních problémů souvisejících s endometriózou informovány o nabídkách v oblasti svépomoci a patientských skupin. (+++)
- 8.1.3 D46 – Ženy s endometriózou by měly být podporovány v tom, aby navštěvovaly strukturovaná školení nebo informační setkání. (+++)

## 9 Alternativní a doplňková léčba endometriózy

- 9.1.1 D47 – Pacientky s endometriózou by měly být dotazovány na využívání komplementární medicíny a alternativních postupů a v případě potřeby by jim mělo být v tomto smyslu poskytnuto poradenství. (++)
- 9.1.2 D48 – Pacientky, které tyto postupy používají, mají být upozorněny na možná rizika a na případné interakce se standardní léčbou. (+++)