

Actuele gegevens over endometriose

Dr. Charlotte Maillard[1-3], prof. dr. Jean Squifflet[1-2], dr. Pascale Jadoul[1-2], dr. Mathieu Luyckx[1-3]

1. Dienst gynaecologie en andrologie, Clin. Univ. St-Luc, Brussel
2. Pool onderzoek in gynaecologie, Institut de Recherche Expérimentale et Clinique, UCLouvain, Brussel
3. Groep TILS, Duve Instituut, UCLouvain, Brussel

Endometriose is een chronische goedaardige ziekte die wordt gedefinieerd als de aanwezigheid van epitheel dat gelijkt op endometrium en/of endometriaal stroma buiten het endometrium en het myometrium, wat over het algemeen gepaard gaat met een ontstekingsproces. Tot 10% van de vrouwen van vruchtbare leeftijd vertoont endometriose. Helaas duurt het nog altijd vrij lang voor de diagnose wordt gesteld. De belangrijkste theorie ter verklaring van endometriose is terugvloei van menstruatiebloed in de peritoneale holte, waar zich dan endometrioseletsels kunnen ontwikkelen. Er bestaan 3 klinisch-pathologische vormen van endometriose: oppervlakkige (peritoneale), ovariële en diepe. Sommige patiënten hebben geen symptomen, andere hebben klachten van dysmenorroe, diepe dyspareunie, dyschezie, dysurie en onvruchtbaarheid, die een negatieve invloed kunnen hebben op de levenskwaliteit. De diagnose wordt histologisch gesteld, maar stoelt ook op een anamnese, een klinisch onderzoek, een gynaecologische echografie en MRI van het bekken. Als een vrouw suggestieve symptomen vertoont, moet men die onderzoeken aanvragen. Er bestaat nog geen perfecte classificatie van endometriose in termen van de letsels of de prognose inzake pijn, vruchtbaarheid en recidief. De behandeling hangt af van de klacht. Als de patiënte hoofdzakelijk klaagt over pijn, bestaat de behandeling uit een pijnstiller, een hormoontherapie (in principe continu om amenorroe te bewerkstelligen) of chirurgie, afhankelijk van de ligging, de wens van de patiënte en de voorgeschiedenis. Als de patiënte zich aanmeldt wegens onvruchtbaarheid, hangt de behandeling af van de pijn en de resultaten van een vruchtbaarheidsonderzoek: medisch geassisteerde voortplanting of chirurgie (waarbij de ovariële reserve moet worden gevrijwaard). Een multidisciplinaire aanpak in expertisecentra is noodzakelijk.

MS14982N

Definitie en epidemiologie

Endometriose is een chronische goedaardige ziekte die wordt gedefinieerd als de aanwezigheid van epitheel dat gelijkt op endometrium en/of endometriaal stroma buiten het endometrium en het myometrium, wat over het algemeen gepaard gaat met een ontstekingsproces. Een internationale consensus heeft die definitie in 2021 aangepast en stelt een 'internationale' terminologie voor om de medische literatuur eenvormig te maken en te standaardiseren (1).

Tot 10% van de vrouwen van vruchtbare leeftijd en tot 50% van de onvruchtbare vrouwen hebben endometriose. Wereldwijd hebben meer dan 190 miljoen vrouwen endometriose (2). Bij adolescenten bedraagt de prevalentie 49% bij meisjes met chronische bekkenpijn en tot 75% bij meisjes bij wie de pijn niet vermindert met een medische behandeling (3). De juiste incidentie en prevalentie van endometriose zijn niet bekend, want er is een chirurgische diagnose vereist. Maar niet alle patiënten met endometriose ondergaan een heelkundige ingreep. Bovendien kan de klinische presentatie erg variëren, waardoor de tijd tussen de eerste symptomen en de diagnose toeneemt ('diagnostisch dwalen'), soms tot 5-10 jaar. Gemiddeld wordt de diagnose pas gesteld na 7 afspraken bij een arts (2, 4).

Etiologie en risicofactoren

Endometriose is een multifactoriële aandoening waarbij complexe interacties en fenomenen meespelen: endocriene, pro-inflammatoire, proangiogene, immunologische en genetische (2).

Sinds 1920 zijn er meerdere theorieën naar voren geschoven, maar geen enkele kan alle vormen van endometriose verklaren. De theorie die het meest wordt gevolgd, is de theorie van reflux van menstruatiebloed: levensvatbare endometriumfragmenten komen via de eileiders in de buikholte tijdens de menstruatie en planten zich daar in (5). Die theorie verklaart de asymmetrische distributie van endometrioseletsels, die vooral voorkomen in de lager gelegen delen (achterste compartiment en links). Risicofactoren die de terugvloei van menstruatiebloed verhogen, verhogen ook het risico op ontwikkeling van endometriose. Maar niet alle vrouwen met reflux van menstruatiebloed ontwikkelen endometriose.

Andere theorieën zijn:

- Metaplasie van het coeloom: omzetting van coeloomepitheel in endometriumweefsel (wat diepe letsels zou kunnen verklaren).
- Lymfatische en vasculaire embolieën: bij ernstige vormen is aantasting van de lymfeklieren beschreven (6). Dat zou de extraperitoneale letsels kunnen verklaren.
- Inplanting van endometriale stamcellen en epitheelprogenitorcellen tijdens een neonatale baarmoederbloeding, met ontwikkeling van ectopische endometrioseletsels door hormonale stimulering vanaf de thelarche. Dat zou vroege vormen kunnen verklaren (7).

Risicofactoren die waarschijnlijk de ontwikkeling van endometriose in de hand werken, zijn een laag geboortegewicht, een vroege menarche, een lage bodymassindex, een korte menstruatiecyclus, menorragieën, het blanke en Aziatische ras, nulliparitas en obstructie van de müllergangen (2).

Ligging en klinische vormen

Endometriose is een complexe ziekte waarvan de presentatie heel uiteenlopend kan zijn, met aantasting van het bekken (tot 90% van de gevallen) of buiten het bekken (wand, huid, diafragma, longen, hersenen, zenuwstelsel enz.) (8).

Pelviene endometriose wordt in 3 klinisch-pathologische vormen ingedeeld, die vaak samen voorkomen (1, 2, 9):

- Oppervlakkige peritoneale endometriose: aanwezigheid van ectopische endometriumimplantaten op het oppervlak van het buikvlies. De kleur en het uitzicht van de letsels kunnen verschillen (wit, geel, rood, zwart, bruin, blauw).
- Ovariële endometriose of endometrioom: een endometriotische ovariumcyste met een dik, bruin vocht dat lijkt op gesmolten chocolade (menstruatiebloed in het ovarium geproduceerd door het ectopische endometrium). Het kan gaan om invaginatiecysten of echte cysten waarvan de wand een weefsel bevat dat lijkt op endometrium.
- Diepe endometriose: abdominale letsels op of onder het buikvlies, hoofdzakelijk noduli en fibrose. Die letsels kunnen in de aangrenzende structuren dringen. De initiële definitie van diepe endometriose beschreef letsels > 5mm onder het oppervlak van het buikvlies, maar dat criterium van 5mm is nu niet meer vereist.

Symptomen

De klinische presentatie van endometriose kan heel uiteenlopend zijn. Endometrioseletsels veroorzaken niet altijd klinische symptomen en de uitgebreidheid van de letsels

Tot 10% van de vrouwen van vruchtbare leeftijd vertoont endometriose.

correleert ook niet altijd met de ernst ervan. Sommige patiënten hebben geen symptomen, andere vertonen allerhande symptomen, met name pijn die al dan niet verergert tijdens de menstruatie, of zijn onvruchtbaar.

Mogelijke symptomen zijn dysmenorroe, niet-cyclische bekkenpijn, diepe dyspareunie, dyschezie, dysurie, hematurie, rectaal bloedverlies, catameniale pneumothorax, zwelling en cyclische cicatriciële pijn, onvruchtbaarheid en/of vermoeidheid (2).

In het begin treedt de pijn op of verergert ze tijdens de menstruaties. Endometriose is immers een aandoening die gepaard gaat met afschilfering van het endometrium. Na herhaalde pijnprikkels wordt de pijn vaak continu, van het type neuropathische pijn, als gevolg van een wisselende mate van nociceptie, hyperalgie en centrale sensibilisering, met een somato-sensorische versterking en een verandering van de pijndrempels (sensibilisering) (10).

Meerdere mechanismen kunnen de onvruchtbaarheid bij endometriose verklaren:

- in het bekken: plaatselijke en regionale ontstekingsverschijnselen die de bevruchting belemmeren;
- in de ovaria: de hoeveelheid en/of de kwaliteit van de eicellen;
- in de baarmoeder: een mechanisme dat de inplanting belemmert (6).

Gemiddeld wordt de diagnose pas gesteld na 7 afspraken bij een arts.

Die verschillende symptomen kunnen van invloed zijn op de levenskwaliteit, en wel op meerdere niveaus: seksueel, sociaal, professioneel en psychisch met angst en depressie als gevolg (11).

Diagnose

Het is niet makkelijk om een diagnose van endometriose te stellen. De aspecifieke klinische presentatie, het feit dat het publiek en de artsen onvoldoende bekend zijn met endometriose, de afwezigheid van gevoelige en specifieke biomarkers en de stigmatisering van chronische bekkenpijn bij jonge vrouwen bemoeilijken de diagnose van endometriose (2).

Op grond van klinische gegevens en beeldvormingsonderzoek kan men een diagnose stellen en de omvang van de letsels evalueren. De referentie bij het diagnosticeren van endometriose is evenwel een laparoscopie om de letsels in beeld te brengen (idealiter met een pathologisch-anatomisch onderzoek). Een zuiver diagnostische laparoscopie is echter niet meer nodig en is enkel geïndiceerd als er ook een behandeling voor is.

Men moet polsen naar suggestieve symptomen en symptomen die een idee geven over de ligging van de endometriose (12). De anamnese is primordiaal om die patiënten te verwijzen naar gespecialiseerde artsen of om aanvullende onderzoeken aan te vragen. Men moet de symptomen en de weerslag ervan op de levenskwaliteit minutieus evalueren. De pijn kan geraamd worden via een visuele analoge schaal (13). Er bestaan gevalideerde vragenlijsten over de met endometriose samenhangende levenskwaliteit (*Endometriosis Health Profile-30* [EHP-30 en EHP-5]), waarmee men de weerslag op de levenskwaliteit kan meten (14). In geval van een geïsoleerde dysmenorroe die verbetert met een hormoontherapie, zonder kinderwens, hoeft men geen aanvullende onderzoeken aan te vragen om endometriose op te sporen (15).

Bij een gynaecologisch onderzoek met een speculum, zo mogelijk, kan men blauwe letsels in de vagina zien. Met een vaginaal toucher kan men letsels van diepe endometriose in de douglasholte of achter de blaas diagnosticeren en kan men nagaan of de beweeglijkheid van de baarmoeder verminderd is en of er ovariumcysten zijn. Bij palpatie van een onregelmatigheid in de douglasholte moet aan een oppervlakkige endometriose gedacht worden.

Beeldvorming draagt weinig bij aan de diagnose van letsels van oppervlakkige endometriose van het peritoneum. Gynaecologische echografie en beeldvorming door magnetische kernspinresonantie (MRI) van het bekken hebben een sensitiviteit en een specificiteit van meer dan 90% bij het opsporen van endometriomen. Een echografie van het bekken uitgevoerd door een ervaren arts kan vergroeiingen of diepe endometriose in beeld brengen, maar een MRI van het bekken uitgevoerd en geïnterpreteerd door een radioloog met ervaring blijft de gouden standaard bij het diagnosticeren van diepe endometriose (sensitiviteit 94% en specificiteit 79%) (2). Wij raden een gynaecologische echografie of MRI van het bekken zonder ovariostase aan. Anders zouden er functionele cysten kunnen verschijnen die de interpretatie van de onderzoeken bemoeilijken.

In een tweede fase kan men aanvullende onderzoeken aanvragen, zoals een RX colon en scintigrafie van de nieren, om een eventuele stenose van het sigmoïd op te sporen of de impact van letsels van diepe endometriose in de ureters op de nierfunctie te evalueren. Een colonoscopie wordt niet aanbevolen bij vermoeden van endometriose van het rectosigmoïd (15).

Als eerdere onderzoeken doen denken aan ovariële of diepe endometriose, hoeft men geen laparoscopie uit te voeren om de diagnose te bevestigen als er geen indicatie voor chirurgie is. Een diagnostische laparoscopie is echter wel geïndiceerd bij

een sterk klinisch vermoeden van endometriose als de preoperatieve onderzoeken negatieve uitkomsten hebben gegeven en als de letsels (en dus de pijn of de onvruchtbaarheid) tijdens diezelfde ingreep kunnen worden behandeld, en eventueel bij mislukken van een medische behandeling bij patiënten met een suggestieve symptomatologie (13).

De definitieve diagnose wordt gesteld met een pathologisch-anatomisch onderzoek.

Classificatie

Er zijn meer dan 20 classificaties van endometriose beschreven in de literatuur. Een van de meest gebruikte is de rASRM-classificatie (*revised American Society of Reproductive Medicine*) (16). Die onderscheidt 4 stadia: minimale (I), lichte (II), matige (III) en ernstige (IV) endometriose, gebaseerd op een peroperatieve beschrijving van de letsels. Er bestaat geen correlatie tussen het ziektestadium en de ernst van de symptomen, de respons op de behandeling en de prognose (2). De rASRM evalueert de latere vruchtbaarheid niet. De EFI-score (*Endometriosis Fertility Index*), die o.a. de rASRM-score omvat, voorspelt de kans op een spontane zwangerschap na de operatie. Op grond daarvan kunnen geopereerde patiënten al dan niet worden verwezen voor medisch geassisteerde voortplanting (17). De ENZIAN-classificatie, die is beschreven in 2012 voor diepe endometriose, is herzien in 2021 (#ENZIAN) om te kunnen worden gebruikt bij alle vormen van endometriose. Het is een complete, maar complexe score, die mede op grond van de gegevens van preoperatieve beeldvorming mogelijke postoperatieve complicaties voorspelt. Ze leert echter niets over de vruchtbaarheid (18).

Bij patiënten die risico op een vermindering van de ovariële reserve lopen, moet men cryopreservatie van eicellen overwegen.

Zoals al besproken, correleren de (heterogene) symptomen en het risico op recidief niet met de ernst van de letsels en de verschillende ziektestadia. Het is dan ook moeilijk alle aspecten van de endometriose te integreren in één classificatie. Er bestaat nog geen classificatie of score die rekening houdt met de symptomatologie, de evolutie van de letsels, de respons op de behandeling, het risico op recidief en de latere vruchtbaarheid (19).

Behandeling

Endometriose moet worden behandeld als er een functionele weerslag is (onvruchtbaarheid of pijn) of invloed op de werking van een orgaan (stenose van het spijsverteringskanaal of ureterstenose met weerslag op de nier). Bij een asymptomatische endometriose zonder functionele of organische weerslag volstaat bewaking (klinisch en/of beeldvorming) (20). Systematische controlebeeldvormingsonderzoeken worden niet aanbevolen bij asymptomatische patiënten met endometriose (13).

Men moet de patiënten duidelijk informatie geven over de verschillende therapeutische mogelijkheden, over de voordelen en risico's van de behandelingen, het risico op recidief en de vruchtbaarheid (13). Chirurgie wordt bij voorkeur uitgevoerd via laparoscopie.

De *European Society of Human Reproduction and Embryology*, ESHRE, heeft haar richtlijnen voor de behandeling van endometriose bijgewerkt in 2022 (20).

Behandeling van pijnlijke endometriose (2, 20)

Pijnstilling

Men kan een pijnstiller (niet-steroïdale ontstekingsremmer, paracetamol en/of Buscopan®) voorschrijven, al dan niet samen met een hormoontherapie en/of chirurgie.

Hormoontherapie

Endometriose is een chronische ziekte die gerelateerd is aan de menstruatie. Daarom geniet een behandeling die amenorroe bewerkstelligt, de voorkeur. De eerstelijnstherapie is een continue behandeling met een combinatie van oestrogenen en progestagenen (per os, vaginaal of transdermaal) of een progestageen (per os, intra-uterien of subcutaan). Progestagenen hebben een antioestrogene, apoptose-remmende, ontstekingswerende en antiproliferatieve werking. Ze verlichten de pijn in tot 90% van de gevallen. Het is belangrijk om de patiënten in te lichten over de bijwerkingen van bepaalde progestagenen op lange termijn, met name een hoger risico op meningioom bij patiënten die worden behandeld met cyproteron, nomegestrol of chloormadinon (alleen of in combinatie met een oestrogeen). Men moet de patiënte dan regelmatig volgen en letten op tekenen die zouden kunnen wijzen op een meningioom (Folia 2022). De tweedelijnstherapie bestaat uit GnRH-agonisten of -antagonisten gedurende hoogstens 6 maanden als er geen 'add-back'-therapie is om de symptomen en de risico's van een langdurige tekort aan oestrogenen te verminderen (daling van de botdichtheid en hoger cardiovasculair risico). Als de pijn niet reageert op andere behandelingen, kan een aromataseremmer als derdelijnstherapie worden voorgeschreven.

Ook een hormoontherapie moet worden overwogen na chirurgie.

Chirurgische behandeling

Een laparoscopie met resectie en vernietiging van de endometrioseletsels kan de pijn bij endometriose verminderen bij een aantal patiënten. Er is discussie over de chirurgische behandeling van oppervlakkige letsels. Endometriomen kunnen worden behandeld met chirurgie: resectie van cysten, vaporisatie (CO_2-laser of Plasmajet) of een combinatietherapie. De behandeling hangt mede af van de latere kinderwens en de mogelijke impact van chirurgie op de ovariële reserve. Het is wenselijk om eerst de concentratie van AMH (antimüllerseganghormoon) te bepalen. De chirurgische behandeling van diepe endometriose is complex en dient te worden uitgevoerd in expertisecentra met een hoog volume en een multidisciplinair team dat onderlegd is inzake endometriose. Er is discussie over de vraag hoe radicaal de behandeling moet zijn om een optimaal klinisch resultaat te verkrijgen (rectale shaving vs. discoïde resectie vs. rectale resectie). Het jaarlijkse aantal interventies dat het behandelende team uitvoert, heeft een invloed op de frequentie van optreden van postoperatieve complicaties (21, 22).

Aanvullende behandeling

Een multidisciplinaire aanpak is wenselijk om de patiënten een volledige zorg op maat en aangepast aan hun behoeften te geven. Follow-up door een psycholoog, een seksuoloog en een pijnspecialist kan bepaalde pijnen verlichten en zo de levenskwaliteit van patiënten met endometriose verbeteren (23). Patiëntenverenigingen kunnen steun bieden en de autonomie van de patiënten verhogen om zo isolement te vermijden. Isolement komt hun welzijn niet ten goede (24).

Behandeling van endometriose met onvruchtbaarheid

Een hormoontherapie is niet mogelijk als de patiënt op korte termijn zwanger wil worden of onvruchtbaar is. Bij onvruchtbare patiënten is het moeilijk om een keuze te maken tussen chirurgische behandeling en medisch geassisteerde voortplanting. Er is immers geen gerandomiseerde vergelijkende klinische studie naar uitgevoerd. De behandeling hangt dan af van de resultaten van het vruchtbaarheidsonderzoek, de ovariële reserve en de leeftijd van de patiënte. Overleg in een multidisciplinair team is essentieel.

Chirurgische behandeling

Onvruchtbare patiënten die pijn hebben en/of orgaanaantasting vertonen, moeten chirurgisch worden behandeld. Als het onderzoek wijst op een geïsoleerde endometriose (endometrioom of stadium I of II volgens de rASRM-classificatie), kan chirurgie de kansen op een spontane zwangerschap verhogen. Op grond van de EFI-score bepaalt men de behandeling na chirurgie (spontane poging of medisch geassisteerde voortplanting). Als medisch geassisteerde voortplanting mislukt, kan men chirurgie voorstellen. Chirurgie van de



Take-home messages

- Frequente aandoening waaraan men moet denken bij een patiënte met suggestieve symptomen zoals chronische bekkenpijn, zeker als de pijn verergert tijdens de menstruatie.
- Vaak kunnen de symptomen worden verlicht met een hormoontherapie die amenorroe bewerkstelligt.
- Een chirurgische behandeling is geïndiceerd bij letsels die invloed hebben op de functie van een orgaan of die symptomen veroorzaken ondanks een medische behandeling.
- De onvruchtbaarheid bij endometriose is een multifactorieel probleem. Bij de behandeling moet men rekening houden met het totale beeld. Er is een plaats voor chirurgie, zeker bij patiënten die ook hevige pijn hebben en bij patiënten bij wie daarna een spontane zwangerschap mogelijk is, afhankelijk van de resultaten van het vruchtbaarheidsonderzoek.
- Medisch geassisteerde voortplanting is belangrijk bij de behandeling van onvruchtbare patiënten met endometriose. De patiënte hoeft daartoe niet eerst te worden geopereerd.
- Bij patiënten die risico op een vermindering van de ovariële reserve lopen, moet men cryopreservatie van eicellen overwegen.
- Over een aantal weken zal de speekseltest in België te verkrijgen zijn. Wat de juiste waarde ervan is, weten we nog niet. Misschien kunnen we met die test de diagnose makkelijker stellen in moeilijke situaties (pijn die niet reageert op de medische behandeling en/of onverklaarde onvruchtbaarheid). Men mag echter niet stelselmatig een speekseltest aanvragen en de test kan een goede anamnese en zorgvuldig klinisch onderzoek niet vervangen.
- Een multidisciplinaire aanpak in expertisecentra is noodzakelijk.

ovaria kan een negatieve invloed hebben op de ovariële reserve en gebeurt dus het best voorzichtig in een expertisecentrum. Als de patiënte geen pijn heeft, is er geen reden om chirurgie uit te voeren vóór een medisch geassisteerde voortplanting (2).

Medisch geassisteerde voortplanting

Een medisch geassisteerde voortplanting verhoogt het risico op progressie of recidief van de endometrioseletsels niet. Endometriose is geen contra-indicatie voor intra-uteriene inseminatie. Medisch geassisteerde voortplanting kan geïndiceerd zijn bij onvruchtbaarheid door endometriose, bij aantasting van de eileiders, een gedaalde EFI-score, mannelijke onvruchtbaarheid en/of als andere behandelingen mislukken. Er bestaat geen specifiek protocol voor medisch geassisteerde voortplanting bij patiënten met endometriose (20).

Vrijwaren van de vruchtbaarheid bij patiënten met endometriose

Het vrijwaren van de vruchtbaarheid door invriezen van eicellen wordt in België nog niet terugbetaald bij patiënten met endometriose. Men kan dat echter stelselmatig voorstellen (1 tot 3 cycli) als de ovaria aangetast zijn met een risico op daling van de hoeveelheid follikels: recidiverende endometriomen, bilaterale endometriomen ongeacht het volume, groot unilateraal endometrioom (> 5cm) en herhaalde chirurgie. Bij een eerste operatie kan cryopreservatie van eicellen worden voorgesteld als de ovariële reserve laag is (25).

Multidisciplinair overleg en expertisecentra

Endometriose kan meerdere orgaanstelsels (gynaecologisch, urologisch, spijsverteringsstelsel) aantasten. Daarom moet men de patiënten een multidisciplinair beleid op maat voorstellen. Tijdens een multidisciplinair overleg kunnen complexe gevallen worden besproken en op grond daarvan kan dan snel een geschikte behandeling op maat worden voorgesteld (26).

In België zijn er endometrioseklinieken, ook al zijn die nog niet officieel (wettelijk of medisch) geaccrediteerd. Er bestaan ook geen criteria om die klinieken officieel te valideren. Er zijn al Europese of internationale accrediteringen (bv. COEMEC vs. *European Endometriosis League*), maar er is nog geen Franstalig ziekenhuis in België geaccrediteerd.

Endometriose en kanker

Vrouwen met endometriose lopen een hoger risico op ovariumkanker (RR = 1,93 [endometroïde of heldercellige ovariumkanker: RR = 2,56], schildklierkanker (RR = 1,39) en borstkanker (RR = 1,04, net niet significant). Het risico op colorectale kanker is hetzelfde en het risico op baarmoederhalskanker is lager (RR = 0,68), waarschijnlijk doordat die patiënten zeer goed worden gevolgd (20, 27). Er is geen reden voor een speciale kankerscreening bij vrouwen met endometriose. Wel moet men de patiënten geruststellen over het kankerrisico (dat bestaat, maar is kleiner) en over de behandeling. Een complete excisie van endometrioseletsels kan het kankerrisico verkleinen. Bij gemenopauzeerde patiënten met een of meer endometriomen verdient het dan ook aanbeveling om een bilaterale adnexectomie uit te voeren, gezien het risico op verkankering van die letsels als ze ter plaatse worden gelaten.

Perspectieven en onderzoek

De speekseltest is een belangrijke diagnostische aanwinst, waarmee jaren van 'diagnostisch dwalen' kunnen worden vermeden. Het is een niet-invasieve test die gebaseerd is op sequencing van micro-RNA's (die de expressie van de genen regelen) in het speeksel. Door bio-informatica heeft men 109 micro-RNA's ontdekt die interessant zijn bij endometriose, en heeft men een diagnostische signatuur opgesteld. De test heeft een gevoeligheid van bijna 98% en het resultaat kan bekend zijn in 10 dagen. De test wordt in België niet terugbetaald en is er ook niet te verkrijgen buiten het kader van klinische studies (28).

Volgens tal van recente studies verbeteren GnRH-antagonisten met een 'add-back'-therapie significant de dysmenorroe en de niet-menstruele bekkenpijn bij patiënten met endometriose. GnRH-antagonisten onderdrukken de afgifte van gonadotrofines onmiddellijk en kunnen theoretisch een sneller therapeutisch effect hebben zonder initiële verergering van de symptomen zoals bij behandeling met GnRH-agonisten. Een ander voordeel is dat ze per os worden toegediend. Met de 'add-back'-therapie (kleine doses oestrogeen en progesteron) kan men bijwerkingen als gevolg van de menopauze die door de behandeling veroorzaakt is, voorkomen. Dat zou een langetermijnbehandeling mogelijk maken (29, 30).

Conclusies

Endometriose is een frequente, goedaardige en complexe ziekte die soms moeilijk te diagnosticeren is en die een aanzienlijke invloed kan hebben op de levenskwaliteit. In geval van suggestieve symptomen van endometriose is aanvullend onderzoek vereist. De behandeling hangt af van de klacht (pijn of onvruchtbaarheid). In geval van een heelkundige ingreep moet men erover waken dat de vruchtbaarheid gevrijwaard blijft. Een multidisciplinaire behandeling in expertisecentra is noodzakelijk. ■

Referenties op www.medi-sfeer.be