

Az endometriózis és a meddőség

Világszerte feltehetően 180 milliónyi fogamzóképes korú nő él endometriózissal, a szakirodalom – pontos adat hiányában – tág határok közé (5-20%) teszi gyakoriságát. Hazánkban minden tizedik nő lehet érintett, számukat az EU-ban 16, az USA-ban 5,5 millióra becsülik. A panaszosok egy része talán soha nem kap helyes diagnózist, így megfelelő ellátás nélkül kínjaitól se szabadul meg. Pedig az időben kezdett gyógyszeres kezelés, a jókor elvégzett műtét hatékonyan segítheti nem csak a probléma megszüntetését, hanem a reprodukív korban lévők termékenységének megőrzését, vagy annak helyreállítását.

Tapasztalatok szerint, minél korábban jelentkezik a betegség, annál súlyosabb állapotot hoz létre. A fájdalmas alhasi panaszok miatt orvosi segítséget kereső nő, ha nem elég szerencsés, olykor akár 8 évet is várhat a pontos diagnózisra. Ezalatt 6 különböző szakembernél járhatott, s közben visszafordíthatatlan elváltozásai alakulhattak ki. Ez a betegség bárkinek előfordulhat, de leginkább a fogamzóképes korú nőknél (10-15%-ban), illetve azoknál, akik még nem szültek. A korcsoportban a kismencedei panaszok 15-20 százalékáért, a serdülők esetén 25-38%-áért ez felel. A meddő pároknál a nők 25-50 százaléka emiatt nem esik teherbe – holott e betegség, ha felismerik/kezelik, gyógyítható.

Az „Együtt könnyebb” Női Egészségért Alapítvány létrehozóinak célja az endometriózissal kapcsolatos tudás terjesztése, a szemléletformálás. Az átlagnépesség előtt kevéssé ismert (bár elég gyakori) nőgyógyászati betegségben a méh üregén kívül is megjelenik a „normál” körülmények között csak a méh belső felszínét borító nyálkahártya – s mivel sejtszintű „idegen” helyen is megtartják hormonérzékenységüket, menstruáció alatt kínzó hasi (menstruációs) fájdalom jelentkezik, ami meddőséghez vezethet.

A betegséggel foglalkozó (hazánkban e téren egyetlenként bejegyzett) közhasznú civil szervezet alapítói és működtetői maguk is érintettek. Tíz éve vállalják a tájékoztatás, nevelés (edukáció), a hozzájuk hasonló problémával élők felkarolása, támogatása mellett azt a feladatot is, hogy változást idézzenek elő a már diagnosztizált és a még fel nem ismert panaszosok helyzetében. Az alapítvány idén is csatlakozott a március 30-ai Endometriózis Világnap nemzetközi eseményéhez. Az alkalomból szervezett rendezvényen a betegség tünetei, a megelőzés, a jelenleg és a várhatóan elérhető kezelésekről szóló tájékoztatás mellett szakértők a kutatás újdonságairól, így a biomarker kereséséről is beszéltek, illetve bemutatták az endometriózis esetén is alkalmazott korszerű NOSE műtéti technikát.

„Eleinte kevés információ jutott el a laikusokhoz erről a maguk között csak „endo”-nak emlegetett betegségről – mondta Salamon Adrienn a kuratórium elnöke, hozzátéve, napjainkra eszköz, tudás, és némi harc árán kommunikációs fejlődést értek

el, ám további küzdelemre, erős kampányra van szükség ahhoz, hogy az orvosi ellátás is jól működjön.”

Hogy áll most az endometriózis kezelése hazánkban és mik a jövőbeni lehetőségek? Miben várható előrelépés, mi az, ami kecsegtető? – erre keresték a választ a sok érdeklődőt vonzó eseményen résztvevő szakértők.

„Intenzív alap kutatás zajlik, fiatal kutatók biomarker jelöltet vizsgálnak”, adta meg a reményre okot adó alaphangot **Dr. Bokor Attila** szülész-nőgyógyász laparoszkópos csoportvezető (SE Endometriózis Centrum, vezető). Elérendő célnak nevezte, hogy a tünetek megjelenése után rövidüljön a diagnosztikus idő, a gyors felismerés után mielőbb indulhasson a gondozás, kezelés. **Dr. Koppán Miklós** (PTE Klinikai Központ, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, igazgató) úgy látja, a kutatás és a napi gyakorlat, az elérhető kezelések között nagy a távolság. Példabeszéde szerint „tarthat a vándor, meg a fölötte elhúzó szupersonikus gép is azonos célállomásra, eredményük: ki mikor ér oda, nem mérhető össze”. A cél eléréséhez fontos feladat mind a betegeknek, mind az orvosoknak szóló edukáció fejlesztése.

„Sok nő 4-5 orvosnál is jár panaszaiával, eredmény nélkül, míg végül fölmerül az endometriózis lehetősége. Ez a városi helyzet, milyen reménnyel kereshet megoldást a kistéleplésen élő? Háziorvosa, a nővér ott, ismeri-e a fogalmat?” – sorjázta kérdései.

Dr. Bokor Attila válasza: „szerencsésnek mondható, aki 4-5 próbálkozás után eljut a megfelelő ellátóhoz. A statisztika szerint a kudarcos kitérők száma 7 is lehet.”

„Ezért is nagy jelentőségű a civilek kezdeményezése, hogy a figyelem fókuszába állítják az endometriózis ügyét”, tette hozzá **Dr. Szabó István** (SE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, igazgatóhelyettes). Vágyálma az a helyzet, amikor az orvosképzés és az alapellátás úgy fejlődik együtt, hogy már a terhességre készüléskor fölmerül az endometriózis léte.

„Ne feltétlenül operáljunk meg mindenkit. Sokszor szükséges a műtét, de többnyire az alapellátás szintjén dől el, eljut-e odáig a páciens.” Megemlíti a védőnők szerepét. „Ők tudják úgy kikérdezni a panaszost, hogy végül a megfelelő helyre lehet őt irányítani.”

Dr. Bokor Attila hozzátéveszi, „a szakmai protokoll megújítása is zajlik”.

A beszélgetésen részt vevő orvosok megfogalmazásában a legfőbb üzenet: „ismerjék fel a panasz okát minél előbb, hogy a kezelés indulásával megelőzhető legyen a meddőség.” – Az endometriózis diagnosztizálása után jöjjön gyorsan a gyerek, szögezik le, mert a kór előrehaladtával nő a meddővé válás valószínűsége. A terhesség átmeneti javulást eredményezhet, ez lehet a természetes védelem – igaz, kizárólag a várandósság és a szoptatás alatt, amíg nincs menzesz. Szülés után a panaszok visszatérhetnek. Meddőség esetén speciális kezelés, az összenövéses műtéti megszüntetése, majd mesterséges meg-

termékenyítés következhet. Végül a változó kor, a menstruáció elmaradása hozhat javulást, olykor a betegség megszűnését eredményezheti.

AZ ALAPÍTVÁNY SZEREPE

A civil szervezet a téma folyamatos előtérben tartásával a szakma előtt jár, összegezte Dr. Koppán Miklós, s hozzátette: „büszkéek lennének a szakma képviselői, ha ennyi érdeklődőt ide tudnának hozni egy hétféle rendezvényre. A civilek a betegek és a törvényhozó, a finanszírozó között közvetítenek. Ők érhetik el, hogy direkt, és többoldalú párbeszédre kerülhessen sor. Nekünk pedig addig is, nap, mint nap, szembe kell néznünk a páciensekkel.”

A civileknek szóló elismerés után **Dr. Fülöp István** (Róbert Károly Magánkórház, Meddőségi részleg, Endoszkópos Sebészeti Központ, részlegvezető) arra a szakmai kérdésre tért át, hogy valóban ilyen sok lehet-e az érintett. Úgy vélte, itt is tetten érhető a civilek aktivitása.

Megfelelő tájékoztatásuk nyomán többen ismerik fel, hogy ez lehet a bajuk. A látensek felbukkanása növeli a betegszámot.

Dr. Bokor Attila, az Európai Humán Reprodukciós Társaságban megismert eredményeket próbálja itthoni körülmények közé áttemelni, még úgy is, hogy ennek magas az ára. Kulcskérdésnek tartja a középiskolásoknál indítandó felvilágosítást. „A tudást széles szakmai körben is terjeszteni kell. Kulcs a jövő szakorvosainak képzése! Nincs ráhatásunk, hogy mi és mikor kerül az irányelvekbe, de az orvostanhallgatóknak frissiben el kell mondani, másutt miként kezelik az endometriózist napjainkban” – tette hozzá Dr. Koppán Miklós.

Dr. Fülöp István mielőtt külföldre ment, csak annyit tudott, létezik az endometriózis, evvel nálunk vagy csinálnak valamit, vagy nem. „Gyógyszert adtunk rá, amitől a páciens fél évig szenvedett. A Németországban látott első műtéten, az operátor a lehetetlen helyen lévő „furcsa” szöveteket is kiszedte. Kérdeztem, miért. Mi otthon, bár látunk ilyet, hozzá se nyúlunk. A professzor különös arckifejezéssel így szólt: ezek okozzák a görcsöket, összenövéseket. S egyben, ez a meddőség egyik leggyakoribb oka!” – Hazatérve, asszisztálni ment a műtőbe. Láta ismét a „furcsa” szöveteket, s kérdezte a kollégát, azokat miért nem szedi ki? „Azok ott vannak, nem kell velük foglalkozni” – hangzott válasza. „Münchenben nagyon is foglalkoznak vele, eredményeik pedig kiválóak.” Kollégája csak legyintett, okoskodó kis kezdőnek tartva őt. Az eltelt évtizedben viszont már ez a szemlélet megváltozott.

A diagnózis felállításában a tapintásos vizsgálatot képző módszerek (ultrahang, CT, MR) egészítik ki, de biztos vélemény csak a szövettani eredményre alapozódhat. Ezért a laparoszkópos műtét során az operátor áttekinti a hasüreget, mintát vesz (biopszia), s el is távolítja a göböket. A panaszok, súlyosságuk, az életkor, a családtervezés figyelembevételével dönt a kezelésről az orvos. A különféle fájdalom-, gyulladáscsökkentők alkalmazása után jön a műtéti beavatkozás. A csomókat szerv-, szövetkímélő módon távolítják el, különös tekintettel arra, vállalna-e még gyermeket a nőbeteg. Az összenövések műtéti megszüntetésével javulhat a teherbeesés esélye. Olykor radi-

kális műtétre van szükség. Általános a gyógyszeres utókezelés. A hormonális (injekció, tableta) terápia legalább 6 hónapra gátolja a peteérést a terhesség utánzásával. A kombinált fogamzásgátlók alkalmazásával a rendellenes helyen lévő méhnyálkahártya-szigetek visszafejlődését, elsovadását akarják elérni, mert így a panaszok megszűnhetnek. Az új készítményeknél kevesebb a mellékhatás, s a megfelelő centrumban, egyetemi központban történő gyógyszerrendelés esetén van társadalombiztosítási támogatás is.

A hazai endoszkópos sebészet 10 éve még jóval a nyugati színvonal mögött járt. Nem volt elég pénz a technológiára, hiányoztak a képzett szakemberek. Szívesen maradt volna a német klinikán, de egy újonnan alakult fővárosi endoszkópos centrum fiatal szakorvosot kerestek, jelentkezett. Idejárt operálni egy német professzor, a hetente végzett 20 műtét kiváló tanulási lehetőséget nyújtott, ezt igazolták az eredmények. Amint megjelent az endoszkópia a meddőségterápiában, megugrott a sikerességi arány. A mióma göbök, a szövetszaporulat eltávolítása után teherbe estek a nők. Az endometriózis kezelésére szerte az országból ide küldték a pácienseket, s jöttek a kollégák továbbképzésre. A magánklinika megalakulása idején Dr. Fülöp István készen állt a meddőségi/endoszkópos centrum vezetésére. Üzleti modelljük az állami egészségügyi ellátás alternatívája, szakmai minőségben a versenytársa, mondja. Az évek során 80 kezelésről 400-ra jutottak úgy, hogy a finanszírozás egészében a páciens terhe. Speciális diagnosztikát, kezeléseket kínálnak (lézersebészet, autofluoreszcens diagnosztika, endometriózis fertilitási index).

SZÖVETRÉSZEK VÁNDORÚTON

A meddők közel 40%-a e krónikus nőgyógyászati panasz miatt nem tud teherbe esni. Szakemberek az ún. retrográd menzeszt okolják, amikor a menstruációs folyadék nem a hüvely, hanem a hasüreg felé távozik. A hallgatóság nagy érdeklődéssel fogadta azt a kérdést, el lehet-e érni, hogy ne induljon meddőségi kezelés, amíg az endometriózist nem zárják ki. Dr. Fülöp István válasza megnyugtatóan hangzott: a protokoll szerint „lombik” kezelés előtt diagnosztikus céllal laparoszkópiát kell végezni, de erre nem mindig kerül sor. „Sikertelen lombikot követően – non-invazív, hematológiai teszt után – fölmerül a hasüregi, kismedencei vizsgálat. Lehet, automatikusan kellene laparoszkópiát csinálni, bár nem biztos, hogy az egyes stádiumú endometriózis meddőséget alakít ki, igaz, a kismedencei „endo” már oka lehet. Dr. Koppán Miklós hozzátette: „a nőgyógyászat a leghierarchikusabb szakma, bármilyen átalakítás óriási erőfeszítést igényel itt, s tán még úgy is sikertelen marad! A rendszer fölfelé nem változtatható, lefelé kell próbálkozni. Az eredményhez legalább 10-15 év kell. Úgy látom, a meddőség mögött magától értetődően az endometriózis keresendő.” A szakértők azt is megtárgyalták, hogy napjainkban a kedvezőtlen demográfiai trend megfordítását, a népszaporulat növelését is prioritásként fogalmazta meg a kormány, és ezt a nemes célt támogathatná, ha a meddőségi okok közül az endometriózist ki lehetne iktatni, segítve a gyermekre vágyó párokat. Ezért talán könnyebb lesz a betegség gyógyításához kormányzati segítséget kérni.

ENDOMETRIÓZIS ÉS ÉLETKOR

Az endometriózis felismerését nehezítheti az is, hogy sok serdülőnek fájdalmas a menzese, s azt hiszi, minden ciklikus panaszára ez a magyarázat. Ráadásul hallja, így volt ez anyjánál is, hát nem fordul orvoshoz. A legtöbb nő nincs avval tisztában, milyen az „optimális” ciklus. Mire kell figyelnie, mikor érdemes, sőt kell segítséget, terápiát keresni. A betegforgalmi adatokból kiolvasható, a nagy átlag 19 évesen megy először nőgyógyászhoz. Lehet, megemlíti alhasi panaszát, ám az orvosnak nincs UH-készüléke, olykor kórházi háttere se! Ezért avval nyugtatja páciensét, vérzés idején ez gyakori, majd idővel megváltozik. Ráadásul, eltérő az egyének fájdalomtűrése. Sok nő akkor se megy orvoshoz, ha erős fájdalmi miatt ágyba kényszerül. Ez oka lehet a késői diagnózisnak, de előfordulhat hamis diagnózis is. Tény, hogy az endometriózissal érintett nőbetegek között gyakoribb a tumor, elsősorban a petefészekrák. A szövetkárosodás és az állandósult fájdalom mértéke általában nincs arányban. Az USA-ban krónikus kismenedcei fájdalom miatt végzik a méheltávolítások (hiszterektómia) tizedét.

Ma a lányok egyre korábban menstruálnak, így előbb merülhet fel náluk is, hogy a fájdalmat akár „endo” okozza. Mi legyen egy 14-16 éves lány kezelése?

Dr. Bokor Attila véleménye a következő volt: „ez a panasz már a méhen belül kezdődik, endo-hajlammal együtt születik a baba. Mivel valós gond a serdülőkori megjelenés, operálásáról irányelv is szól.”

Evvél kapcsolatban is különvéleményt fogalmazott meg Dr. Koppán Miklós: „ne akarjuk mindenáron bizonyítani az „endot”, a 17 évest nem kell/szabad megoperálni. Egy kutatás kiderítette, hogy akiket fájdalmas menzesz miatt serdülőkorban fogamzásgátlóval kezelnek, annál nagyobb valószínűséggel alakul ki „endo”.”

Dr. Fülöp István ezt nem tartotta megalapozottnak. „Ne okoljuk a fogamzásgátlót, hiszen az életminőség-javulást hozott a serdülő életében.”

Az egyre több páciens megjelenésének egyik okát a gyerekvállalást kitoló társadalmi változásokban látja Dr. Szabó István. Az élettani vérzésmentesség későn jön el. Az operált nők nagy része gyermektelen, még nem szült.

Ami pedig az örökletességet illeti, Dr. Bokor Attila szerint lehetséges a családi halmozódás, az elsőfokú rokonok kockázata nagy (bár tény, e téren a humángenom-szűrés nem hozott eredményt). Dr. Koppán Miklós úgy véli, a korábbi generációk női még nem tudtak betegsükről, ezért nehéz az anyák esetével való összevetés. Lehet genetikai faktor, de itt is csak a hajlam öröklődik. Lány-ikreknél azonban egyértelműnek látszik a bizonyítottság.

A kerekasztal következő kérdése, hogy amennyiben ideális (volna) a kiinduló állapot: azaz van pénz (megfelelő a finanszírozás), van orvos (az adott páciens a „megfelelő” orvos operálja, nem pedig az egyéni érdek dönt), és elérhető a megfelelő eszköz – akkor mi lenne a szakértők legfontosabb elvárása?

Dr. Bokor Attila a jól működő egészségügyben azt várná el, hogy „találjuk meg a betegség okát már holnap” (miért nem ma?

– kérdezheti az érintettek nevében a krónikás). „Már holnapután a gyógyszert, amivel kezelhetjük” (inkább már holnap). „Mindeközben az ellátórendszerben legyen elég kellően motivált orvos, nővér.”

További vágyakat is megfogalmaztak a szakértők. Mégpedig azt, hogy a civilek, az alapítvány képezze továbbra is a társadalmat. Minthogy a betegek egy része megbélyegzettnek érzi magát, kerüljön a megfelelő helyre ennek a kórnak az értékelése. Dr. Koppán Miklós úgy fogalmazott, „a jövőben a pénz jusson oda, ahová kellene, s legyen idő mind a betegre, mind egymásra a szakmán belüliek között.”

BIOMARKEREK

Az endometrióziist – a jól képzett orvosok hiányában – kevesen tudják jól diagnosztizálni, nehéz a leletezés, ráadásul az „endo” nincs mindenkinél hozzáférhető helyen, mondja **Dr. Brubel Réka** (SE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, MedEnd Intézet). A szülész-nőgyógyász arról számolt be, hogy egy 2 éve folyó vizsgálatban, amit mind a Semmelweis Egyetem, mind az MTA támogat, non-invazív biomarkert keresnek. Jelöltjük a szérum Galectin-9.

A galectinek az immunrendszer szabályozásában, sejtnövekedésben, elhalásukban, újonképződésükben, a sejtek egymáshoz tapadásában játszanak szerepet. A Galectin 9-et a méh nyálkahártyája termeli a ciklus második felében, a beágyazódásban van nagy szerepe. A vizsgálatban azt nézték, hogy a „normál” helyen (a méh nyálkahártyában) milyen mennyiségben fordul elő. Kiderült, endometriózisban emelkedett a Gal-9 szintje. Műtét közben vettek mintát csomóból, cisztából, petefészekből, bélből, a peritoneális folyadékból. A normál bélrészsel való összehasonlításból kiderült, az endometriotikus csomóknál emelkedettebb a szint. Úgy találták, hogy az érintettek vérében is magasabb, sőt, minél súlyosabb az endometriózis, annál magasabb a koncentrációja. Ez azért lényeges, mert csak az minősül igazi markernek, ami vérvétel során igazolható. Egyelőre az kijelenthető, hogy a Gal-9 diagnosztikus viselkedése a betegségben magas specificitású. Szérumban 6 hónapig stabil a Gal-9, ha a mintát ennél tovább tárolják, szintje lecsökken, ezért az analízist hamar el kell végezni. (Egy-egy minta költsége jelenleg még 300 ezer forint, csak kísérleti fázisban áll a kutatók rendelkezésére.) Dr. Brubel Réka a jelenlévőknek is ajánlotta a vizsgálatban való részvételt – mondván, az eredmény sokaknak jelent majd segítséget! Az Alapítvány elérhetősége: info@noiegeszsegert.hu.

„Jelenleg több száz biomarker-jelölttel folynak vizsgálatok, de még évtizedekbe telhet, mire megszülethet a diagnosztikus eljárás, – mondta Dr. Bokor Attila, hozzátéve, – ráadásul egyedül nem lesz elég ez a cukormolekula-jelölt.”

Az eszmecsere során elhangzott egy tapasztalatokra alapuló olyan vélemény is, hogy bizonyos autoimmun betegségek: az allergia, az ekcéma, a lupusz (szisztémás lupus erythematosus, SLE) hajlamosíthatnak az endometriózis kialakulására. Szinte minden nőnél előfordul, hogy menstruációs vérzése bejut a hasüregbe, mégse mindenkinél alakul ki a betegség. A hasüregben lehet olyan folyadék, ami nem odaváló, és ha a faló-

sejtek jól működnek, nincs gond. Megoldást adhatna az immunrendszer stimulálása, hogy felismerje a nem odavaló sejteket. A genetikai hajlamra épülve számos (környezeti) elem kiváltó ok (trigger) lehet, de feltehetően több dolog együttes fennállása esetén jön létre a betegség, ami egyeseknél akár a változó kor után ismét jelentkezhet, sőt, újonnan is kialakulhat.

A MŰTÉTI TECHNIKA FEJLŐDÉSE

Az endoszkópiában nagy változás történt az elmúlt 10-15 évben, állította Dr. Szabó István, az MNET elnöke. „Mégse lehet senkit „nullára” operálni, hiszen nem minden látszódik. Ezért fontos, hogy a műtétet korai stádiumban végezzék. Amúgy se tűnet, se kiterjedés alapján nem állíthatók fel a stádium beosztások. Minden helyzet egyéni. Időt kell nyerni, arra tekintettel, hogy az illető nő mikor szeretne szülni. Addig is pszichés felkészítésre is szüksége lehet.”

A rendezvényen megjelenő érintettek egyik fontos kérdése volt, hogy miért nem lehet minden göböt kivenni. A szakértő magyarázata összetett: hosszú folyamat megtanulni, miként lehet jól műteni. Hogy mit és mennyit vesz ki a szakértő operatőr (aki nem feltétlenül sebész), attól is függ, hány éves a páciens, akar-e még szülni. Adódik a kérdés, kik foglalkoznak „endo”-műtétekkel? Dr. Szabó István válasza lakonikus, de őszinte volt: „kvázi mindenki. Minden szülész-nőgyógyász úgy véli, hogy ért hozzá, holott többségükben indokolatlanul van meg ez az önbizalom!”

A helyzetet tovább bonyolítja, hogy a képalkotó vizsgálatok (UH, CT, MR) nem alkalmasak a teljes értékű vizsgálatra. A méhtükrözés az adenomiózis súlyos formáját tudja megmutatni. A petefészek, a méh falán lévő adenomiózis UH-val, a többi helyen viszont főleg csak laparoszkópiával mutatható ki. „Ha a kismedence vizsgálata negatív, még akkor is lehetnek endometriózis-göbök másutt” – véli Dr. Koppán Miklós, aki szerint az esetek 80%-ában azért kellően célzott kérdésekkel el lehet indítani a megfelelő fizikális vizsgálatokat. A fentiek alapján talán elfogadható az a feltevés, hogy minden második fájdalmas menzesz mögött a témánkat adó betegség áll.

Endometriózis esetén is alkalmazzák a NOSE műtéti technikát. A világnapi érdeklődőknek ezt **Dr. Lukovich Péter** (sebész, gasztroenterológus, János kórház Sebészeti osztály vezetője) és Dr. Bokor Attila be is mutatta. A NOSE kapcsán 1985-ben történt a nagy port kavaráó váratlan esemény, amikor az operatőr nőgyógyász a beteg epehólyagját (is) kivette egy

nőgyógyászati műtét során – hallhattuk most a gasztroenterológustól, aki nem kommentálja a szakmai rivalizálást. Inkább azt magyarázta el, hogy „a laparoszkópos műtét alatt, a képernyőn 2 dimenzióban jelenik meg a kép, nehéz így 3 dimenzióban operálni, de segít a robottechnika. Egészen finom apró mozdulatokat lehet tenni – az eszköz értéke miatt igen drágán, de mindez a betegnek igen előnyös. 2006-ban volt az emlékezetes kezdet, azóta természetes behatolási kapun át végzik az operációt. (Igaz, nem annyira váratlan, újszerű ez a fölfedezés, -teszi hozzá-, mert pár ezer éve Egyiptomban az elhunytak az orrán át vették ki az agyát, hogy a beavatkozásnak ne látszódjon nyoma, a koponya sértetlen maradjon.) Manapság a hüvely, a száj, a végbél az a nyílás, amin át a természetes testnyíláson keresztül laparoszkópos mintavétel (angolul natural orifice specimen extraction, röviden NOSE) műtétet lehet végezni. Persze, kell hozzá sebész, aki ezt vállalja, jegyzi meg az eredményeikre nagyon büszke gasztroenterológus.” Elmondja, és dián bemutatja, hogy a NOSE colectomia során hogyan emelik ki a végbélen át az eltávolítandó bélszakaszt. Nincs fájdalmasan gyógyuló hasmetszés, nincs heg, a szövődmény kevesebb, mint a hagyományos műtéteknél. Biztonságos, felgyorsítható az eljárás. Rövidebb a kórházi tartózkodás. Vastagbélpolip esetén az első NOSE beavatkozást 2014-ben mutatták be Budapesten. 2015-ben Bécs, egy évre rá Rouen és Bern következett (2016). Eddig összesen 107 ilyen műtétet végeztek. Még nem fordult elő varratelégtelenség (ha rosszul varrják össze a belet, sztóma, majd újabb műtetre van szükség). A hagyományos laparoszkópiával, pici bélszakasz eltávolításakor is sok eret vágnak át. A NOSE módszerrel jobb vérellátású bél marad a hasüregben (kismedencében). 2016-ban elindították a NOSE-életminőség pilot study-t. Ezután (2018-ban) jött a véletlen besorolású, majd hamarosan indul a nemzetközi multicentrikus vizsgálat, az eljárások közötti különbségek kiderítésére, igazolására.

„Nagy a fejlődés, – mondja Dr. Lukovich Péter és Dr. Bokor Attila, a két operatőr. 2009-ben tíznél kevesebb vastagbélműtétet végeztek, 2018-ban már 153-t (ezalatt Ausztriában összesen 60 történt). A jövő, hogy mesterkurzust indítanak, s továbbra is részt vesznek a nemzetközi endometriózis konferenciákon, így például idén decemberben, Prágában.”

Mivel összetett kórképről van szó, az egyik ok kezelése csak részleges javulást eredményez, ami csalódást jelenthet a beteg, az orvos számára egyaránt. Hogy ez ne így legyen a jövőben – figyelmeztetnek a szakértők –, továbbra is érdemes sokat beszélni az endometriózisról...

A betegséget a méhet bélelő hámszövetről (endometrium) nevezték el. Jellemzője, hogy a méhnyálkahártya nem marad eredeti helyén (a méhtest belső felszínén). Megjelenhet a hasüregben, a méhtest külsején, falában, a méhet rögzítő szalagokon, a petefészekben (ez a csokoládéciszta), a hashártyán, hólyagban, bélben, a körülöttük lévő redőkben, a húgyutak, a hüvely nyálkahártyáján, a külső nemi szervben, műtéti hegben, tüdőben, májban, agyban, szemben, ízületekben. Bárhol legyen is, súlyos komplikációt okoz. A szövetek mindenütt úgy viselkednek, mint a méh üregén belül. Minden menstruációs ciklusban megvastagszanak, majd vérezve leválnak, ám a váladék az adott helyről nem tud kiürülni. Az érintett szervben és a környezetében steril gyulladás alakul ki, erős görcsöket, fájdalmat okozva. Az állapot kezelés nélkül folyamatosan súlyosbodik, hosszútávon kialakuló szövődménye pedig a mind az egyén, mind a társadalom számára nagy terhet jelentő termékenységvesztés.

Fazekas Erzsébet