

Endometrioosipotilaiden suolioireet ja kirurgian vaikutus niihin

JOHDANTO. Endometrioosi on sairaus, jossa kohdun limakalvon kaltaista kudosta esiintyy kohdun ulkopuolella. Se aiheuttaa kuukautiskipuja ja hedelmättömyyttä. Potilailla on lisäksi usein kroonisia vatsakipuja ja suolisto-oireita.

POTILAAT JA MENETELMÄT. Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää suolioireiden yleisyyttä endometrioosipotilailla ja tutkia endometriosisin kirurgisen hoidon vaikutusta niihin. Aineistoon kuuluvat 82 endometrioosipotilasta leikattiin Päijät-Hämeen keskussairaalassa vuosina 2006–2007 ja HYKS:n naistenklinikalla vuonna 2008 kivun tai lapsettomuuden vuoksi. Oirekysely tehtiin ennen leikkausta ja vuosi sen jälkeen.

TULOKSET. Tutkituista potilaista 74 %:lla oli jokin suoliston toimintaan liittyvä toiminnallinen oire, 73 %:lla ulostamiskipuja ja 49 %:lla kroonisia vatsakipuja. Endometriosisin kirurginen hoito vähensi ulostamiskipuja ja niiden voimakkuutta sekä kuukautisten aikana esiintyvää riipulia merkitsevästi.

PÄÄTELMÄT. Endometrioosipotilailla on muuta väestöä enemmän ulostamiskipuja, kroonisia vatsakipuja ja toiminnallisia suolioireita. Endometriosisin kirurginen poisto voi lievittää näitä oireita.

Endometrioosi on tavallinen nuorten naisten sairaus, joka aiheuttaa kroonista vatsakipua ja lapsettomuutta. Endometrioosilla tarkoitetaan kohdun limakalvon eli endometriumin rauhasten ja stroomasolujen muodostamia pesäkkeitä kohdun ulkopuolella. Taipumus pesäkkeiden muodostumiseen on ilmeisesti krooninen, ja tauti voi uusiutua hoidosta huolimatta. Endometriosisin tyyppioreet ovat kovet, jo muutamaa päivää ennen kuukautisvuotoa alkavat kuukautiskivut. Endometrioosipotilail-

la esiintyy myös muita kroonisia vatsakipuja, toiminnallisia vatsaoireita ja ulostamiskipuja, jotka voivat viivästyttää oikeaan diagnoosiin pääsemistä. Osa endometrioosipotilaista käyttää paljon terveydenhuollon palveluja, minkä vuoksi endometrioosia voidaan pitää yhteiskunnallisesti kalliina sairautena (1).

Endometrioosi sairautena

Endometriosisin diagnostiikka perustuu tyyppisiin oireisiin, mutta diagnoosi voidaan varmistaa vain vatsaontelon tähytysleikkauksessa, minkä vuoksi esiintyvyyttä koko väestössä ei tunneta (2). Hedelmällisessä iässä olevista naisista endometrioosia arvelaan esiintyvän 6–10 %:lla ja oireilevista potilaista (kipu, hedelmättömyys tai molemmat) 35–50 %:lla (3).

Endometriosisipesäkkeitä esiintyy eniten vatsaontelossa, mutta niitä voidaan todeta myös vatsaontelon ulkopuolella (3, 4). Pesäkkeet jaetaan kolmeen ryhmään: pinnalliset ja syvät pesäkkeet sekä munasarjojen kystat, eli endometrioomat (5). Suurimmalla osalla potilaista on useita ja erityyppisiä pesäkkeitä (6). Pinnalliset pesäkkeet ovat kooltaan muutaman millimetrin läpimittaisia ja kasvavat vatsakalvon pinnalla. Syvät pesäkkeet kasvavat vatsakalvonalaan ja ovat kooltaan 1–3 cm:n läpimittaisia. Niitä esiintyy tavallisimmin sakrouteriinisisä ligamenteissa, emättimen ja peräsuolen välissä (rektovaginaalisesti), suolessa ja virtsarakossa. Suolessa syvää endometrioosia todetaan yleisimmin peräsuolen ja sigmasuolen alueella ja toisinaan myös umpilisäkkeessä, umpisuoleessa tai ohutsuolessa. Suomalaisessa etenevässä tutkimuksessa syvää suoliendometrioosia havaittiin 18,4 %:lla leikkauksella hoidetuista potilaista (7).

Pesäkkeiden lisäksi endometriosisin vaikeampiin muotoihin liittyy kiinnikkeiden

muodostumista, mikä hankaloittaa endometriosisin kirurgista hoitoa ja voi vääristää pikkulantion anatomiaa merkittävästi.

Oireet

Vaikea kuukautiskipu on yleisin endometriosisiin liittyvä kipuoire. Endometriosisille on tunnusomaista, että aiemmin kivuttomat kuukautiset muuttuvat kivuliaiksi, kipu alkaa useita vuorokausia ennen kuukautisvuotoa ja reagoi huonosti kipulääkkeisiin (8).

Potilailla voi esiintyä myös kuukautiskierrosta riippumattomia lantion alueen kroonisia kipuja (9). Syvien pesäkkeiden tiedetään aiheuttavan kipua sijaintipaikassaan (10). Rektovaginaaliselle endometriosisille tyypillinen oire on yhdyntäkipu (11). Yhdyntäkipuja aiheuttavat myös syvät sakrouteriinisten ligamenttien pesäkkeet (10). Rektovaginaalisen endometriosisin ja suolen syvän endometriosisin on todettu aiheuttavan ulostamiskipua ja suolisto-oireita. Vakavampia, mutta onneksi harvinaisia seurauksia suolen syvästä endometriosisista ovat suolen ahtaumat, tukokset ja puhkeamat (12). Virtsarakon endometriosisi voi aiheuttaa virtsaamiseen liittyvää kipua ja verivirtsaisuutta (13). Oireiden on todettu heikentävän merkittävästi elämänlaatua ja työkykyä (1).

Löydökset ja diagnostiikka

Kansainvälisen monikeskustutkimuksen mukaan endometriosisidiagnoosiin pääseminen kestää keskimäärin 6,7 vuotta (1). Suurin viive syntyi siitä, että potilaita ei lähetetty gynekologin arvioon. Potilailla oli keskimäärin seitsemän lääkärisäkäyntiä ennen erikoissairaanhoidon lähettämistä. Toisessa tutkimuksessa 74,3 % potilaista oli saanut muun diagnoosin ennen endometriosisin löytymistä (14). Niiden, joiden oireet alkavat nuoruudessa, viive lääkäriin

hakeutumiseen on kolme kertaa pidempi kuin aikuisiässä oireilevien (9). Endometriosisilla ei ole mitään aivan selvää omaa, vain endometriosisipotilaille esiintyvää oiretta, mikä omalta osaltaan vaikeuttaa diagnostiikkaa.

Gynekologisessa tutkimuksessa aristus kohtua ympäröivien tukisiteiden ja lantionpohjan alueella on tyypillinen endometriosisiin viittaava löydös (14). Munasarjan endometrioomat, rektovaginaalinen endometriosisi sekä sakrouteriinisten ligamenttien syvät pesäkkeet voidaan todeta luotettavasti gynekologisessa tutkimuksessa, johon yhdistetään emättimen kautta tehty kaikukuvaus (14). Magneettikuvauksella (MK) löytyvät luotettavasti peräsuolta ylempänä sijaitsevat suoliston syvät pesäkkeet (15). Saatavuuden, hinnan ja kuvien vaativan tulkinnan vuoksi tutkimusta ei voi kuitenkaan pitää perustutkimuksena kaikille suolisto-oireisille endometriosisopotilaille. Niinpä ylempänä suolessa sijaitsevat syvät pesäkkeet löytyvätkin usein vasta leikkauksen yhteydessä (14).

Hoito

Endometriosisia hoidetaan kirurgisesti ja lääkkeillä (5). Hoitomuodon valintaan vaikuttavat löydökset, oireet, raskaustoive ja potilaan ikä. Kirurginen hoito on muuttunut kahdenkymmenen viime vuoden aikana merkittävästi. Diagnostisia laparoskopioita ei enää tehdä, vaan toimenpide pyritään suunnittelemaan mahdollisimman tarkasti, jotta kaikki endometriosisipesäkkeet saataisiin poistetuksi yhdellä leikkauksella. Lähes kaikki leikkaukset pystytään nykyisin tekemään tähytystekniikalla. Mini-invasiivinen leikkaustapa on mahdollistanut yhä useamman endometriosisopotilaan leikkauksen. Haasteita kirurgiselle hoidolle tuovat kiinnikkeet sekä syvät endometriosisipesäkkeet.

TAULUKKO 1. Toimenpiteet aineiston 82 endometriosispotilaan leikkauksessa.

Toimenpide	lukumäärä
Kiinnikkeiden irrotus	71
Vatsakalvon endometriosisin poisto	61
Syvän pesäkkeen poisto sakrouteerinisesta ligamentista tai ligamenteista	53
Ureterolyysi	49
Endometriooman poisto	37
Emättimen pohjan resektio ja rektovaginaalisen pesäkkeen poisto	20
Munanjohtimen poisto	19
Kohdunpoisto	16
Anteriorinen resektio	16
Munasarjan poisto	7
Umpilisäkkeen poisto	5
Sigmasuolen resektio	4
Rakkoresektio	3
Endometriosisin kuorinta peräsuolen pinnasta	2
Umpisuolen resektio	1
Virtsanjohtimen resektio ja molemminpuoliset anastomoosit	1

Endometriosisiin liittyvää lapsettomuutta hoidetaan ensisijaisesti lapsettomuushoidoilla, mutta leikkausta harkitaan, jos potilaalla on myös voimakkaita kipuoireita (5, 16).

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää etenevästi, kuinka suurella osalla kivun tai lapsettomuuden vuoksi leikkaushoitoon päätyneistä endometriosispotilaista esiintyy ulostamiseen liittyvää kipua sekä toiminnallisia suolivaivoja. Lisäksi tavoitteena oli selvittää leikkaushoidon vaikutusta suolioireisiin vuoden kuluttua leikkauksesta.

Potilaat ja menetelmät

Potilaat leikattiin Päijät-Hämeen keskussairaalassa vuosina 2006–2007 ja HYKS:n Nais-tenklinikassa vuonna 2008. Endometriosisin vuoksi leikattiin yhteensä 126 potilasta, ja leikkauksen tavoitteena oli poistaa kaikki endometriosisipesäkkeet. Potilaista 31 poistet-

tiin tutkimuksesta muun diagnosoidun suolistosairauden takia (laktoosi-intoleranssi 29, keliakia 1, haavainen koliitti 1). Jäljelle jäi 95 potilasta, joista tutkimukseen otettiin ne 82 potilasta, jotka vastasivat vuoden kuluttua leikkauksesta tehtyyn kyselyyn.

Potilailta kysyttiin samojen oireiden esiintymistä ennen leikkausta sekä vuosi leikkauksen jälkeen. Kysytyjä oireita olivat ulostamis-kipu, ripuli kuukautisten aikana ja muulloin, veren esiintyminen ulosteessa, ulosteenkarkailu, ilmanpidättämisongelmat, ulostamis-pakko sekä krooniset vatsakivut. Kroonisilla vatsakivuilla tarkoitettiin kuukautisista riippumattomia, vähintään kerran viikossa toistuvia vatsakipuja, jotka eivät liittyneet ulostamiseen, virtsaamiseen tai yhdyntään. Kysyttäessä ulostamiskipujen ja kroonisten vatsakipujen voimakkuutta käytettiin mittarina NRS-asteikkoa (numeral rating scale) nollassa (ei kipua) kymmeneen (pahin mahdollinen kipu). Lisäksi kysyttiin endometriosisille tyypillisten oireiden kuten kuukautiskipujen ja yhdyntäkipujen esiintymistä.

Potilaat olivat iältään 20–58-vuotiaita (keskiarvo 32 vuotta). Potilaiden painoindeksien vaihteluväli oli 17,8–40,6 kg/m² ja keskiarvo 23,3 kg/m². Noin joka kolmannelle (16/82, 32 %) potilaalle oli tehty aiemmin endometriosisleikkaus. Leikkaus tehtiin kivun vuoksi 57 (70 %) potilaalle, lapsettomuuden vuoksi seitsemälle (9 %) ja molempien syiden vuoksi 18 (22 %) potilaalle. Potilaista 24:llä (29 %) oli endometriosisin vuoksi käytössään hormonihoito.

Leikkauksessa endometriosisin vaikeusaste arvioitiin ASRM-luokituksen (American Society of Reproductive Medicine) mukaan neljään vaikeusasteeseen: I = minimaalinen, II = lievä, III = kohtalainen, IV = vakava (17). Syviä pesäkkeitä oli 56 (82 %) potilaalla, ja 27:llä (33 %) oli pesäkkeitä suoliston alueella. Kaikki näkyvä endometriosisi poistettiin. Potilaista 96 % (79) leikattiin laparoskooppisesti ja vain kolme avoimesti. Potilaille tehdyt toimenpiteet on esitetty tarkemmin **TAULUKOSSA 1**.

Tilastollinen analyysi tehtiin SPSS-ohjelmalla. Kategorisia muuttujia verrattiin McNemar-testillä ja numeerisia muuttujia Wilco-

TAULUKKO 2. 82 endometriosisipotilaan oireet ennen leikkausta ja vuoden kuluttua sen jälkeen.

Tutkittu oire	Ennen leikkausta		Vuosi leikkauksen jälkeen		
	lukumäärä	%	lukumäärä	%	p-arvo
Ulostamiskipu	60	73	28	34	< 0,001
Kuukautisten aikana	49	60	13	16	< 0,001
Muulloin	12	15	12	15	
Krooninen vatsakipu	40	49	16	20	< 0,001
Kuukautiset voimistavat kipuja	27	33	10	12	< 0,001
Ummetus	4	5	4	5	
Ripuli					
Kuukautisten aikana	37	45	17	21	< 0,001
Muulloin	16	20	12	15	
Verta ulosteessa	13	16	9	11	
Ulosteen karkailu	3	4	2	2	
Ei pysty pidättämään ilmaa	11	13	3	4	< 0,01
Ulostamispakko	39	48	29	35	

xonin testillä. Tulosta pidettiin tilastollisesti merkitseväenä, jos p-arvo oli pienempi kuin 0,05.

Tulokset

Ennen leikkausta endometriosisin tyyppioireita kuukautiskipua esiintyi 77:llä 82 potilaasta (94 %). Yhdyntäkipua oli 60:llä (73 %) ja virtsaamiseen liittyvää kipua 35:llä (43 %). Leikkauksessa 12 potilaalla (15 %) endometriosisin vaikeusasteeksi todettiin I, 14 potilaalla II, 20 potilaalla III ja 36 potilaalla (44 %) IV. Vuoden kuluttua leikkauksesta 19 potilasta (23 %) sai hormonihoitoa endometriosisin vuoksi.

Ulostamiskipua esiintyi 60 potilaalla ennen leikkausta (TAULUKKO 2). Yhdeksän potilasta (15 %) ilmoitti kärsineensä ulostamiskivusta aina, 44 yli vuoden ajan ja kuusi alle vuoden ajan. Kaikilla ulostamiskivuista kärsivillä potilailla oli vähintään yksi muukin kipuoire. Muiden kipujen esiintyminen potilailla, joilla oli ulostamiskipuja, on esitetty tarkemmin TAULUKOSSA 3. Koko potilasaineistossa ulostamiskivun keskimääräinen voimakkuus oli ennen leikkausta 5,1 (vaihteluväli 0–10) ja leikkauksen jälkeen 1,8 (vaihteluväli 0–10) ($p < 0,001$). Ennen leikkausta kuukautiset voimistivat ulostamiskipuja 55 potilaalla.

Kroonista vatsakipua esiintyi 40 potilaalla (49 %) ennen leikkausta (TAULUKKO 2). Näistä kaksi potilasta ilmoitti kärsineensä kroonisista vatsakivuista aina, 25 yli vuoden ajan ja 13 alle vuoden. Kroonisista vatsakivuista kärsivillä potilailla yhtä lukuun ottamatta oli vatsakivujen lisäksi vähintään yksi muu kipuoire (TAULUKKO 3). Koko potilasaineistossa kroonisen vatsakivun voimakkuus oli ennen leikkausta 3,6 (vaihteluväli 0–10) ja leikkauksen jälkeen 2,0 (vaihteluväli 1–10) ($p = 0,002$).

Yksittäisten toiminnallisten oireiden esiintyminen ennen leikkausta ja vuoden kuluttua leikkauksen jälkeen on esitetty TAULUKOSSA 2. Ennen leikkausta 61 potilaalla (74 %) oli ainakin yksi kysytyistä toiminnallisista oireista.

Kaikista 82 tutkimuspotilaasta 67:llä oli joko ulostamiskipua tai kroonista vatsakipua. Näistä 51:llä oli myös yksi tai useampi toiminnallinen oire. Joko ulostamiskipua tai vähintään yksi toiminnallinen oire oli 74 potilaalla. Vain viidellä potilaalla ei ollut ulostamiskipua, kroonista vatsakipua tai mitään kysytyistä toiminnallisista oireista.

Pohdinta

Aineistomme mukaan ulostamiskipu ja toiminnalliset oireet ovat endometriosisipotilail-

TAULUKKO 3. Potilaidemme oireyhdistelmät.

Tutkittu oireyhdistelmä	Ennen leikkausta	
	lukumäärä	%
Ulostamiskipu (n = 60) ja jokin seuraavista		
Kuukautiskipu	58	97
Yhdyntäkipu	46	77
Krooninen vatsan alueen kipu	33	55
Virtsaamiskipu	31	52
Ainakin yksi kysytyistä kipuoireista	60	100
Krooninen vatsakipu (n = 40) ja jokin seuraavista		
Kuukautiskipu	37	93
Ulostamiskipu	33	83
Yhdyntäkipu	25	63
Virtsaamiskipu	20	50
Ainakin yksi kysytyistä kipuoireista	39	98

la yleisiä. Ulostamiskipua tai vähintään yksi toiminnallinen suolioire oli 90 %:lla potilaista. Maroun ym. tutkivat suolisto-oireiden yleisyyttä 290 potilaalla, joilla oli histologisesti varmistettu endometriooosi (18). Heidän tutkimuspotilaistaan 81 %:lla esiintyi suolisto-oireita. Yleisin oire oli vatsan turvotus, jonka esiintymistä tutkimuksessamme ei kysytty. Tuloksemme suolioireiden yleisyydestä ovat muutoin yhteneväisiä heidän tulostensa kanssa.

Eri tyyppisistä endometriooosipesäkkeistä vain syvien pesäkkeiden on varmuudella todettu liittyvän kipuoireiden esiintymiseen (19). Syvien endometriooosipesäkkeiden on todettu infiltroituvan paksusuolen seinämään mieluiten hermoja pitkin (20). Tämä löydös saattaa selittää, miksi pesäkkeet aiheuttavat kipua. Suolen endometriooosipesäkkeiden infiltraatioisyvyyden ja suolioireiden vaikeusasteen välillä on myös todettu olevan yhteyttä (19). Mitä syvemmälle pesäkkeet olivat infiltroineet suolen seinämään, sitä vaikeampia suolioireet olivat. Kaikilla potilailla, joiden pesäkkeet kasvoivat suolen seroosan pinnan alle, oli suolioireita. Merkittävällä osalla potilaista oli lisäksi muita endometriooosille tavanomaisempina pidettyjä kipuja.

Aineistossamme ulostamiskipua esiintyi 73 %:lla potilaista, vaikka suolen syviä pesä-

keitä oli 33 %:lla. Endometriooosipotilaiden vatsaontelon nesteessä on havaittu suuria määriä sytokiineja, metalloproteiinaaseja ja kemokiineja (21). Niiden liikatuotanto pitää yllä kroonista tulehdusreaktiota, jonka oletetaan aiheuttavan suurimman osan potilaiden kokemista kipuoireista (21). Tämä selittää sen, miksi kipuoireita on paljon myös potilailla, joilla ei ole syviä pesäkkeitä. Lääkäriin kannattaakin muistaa endometriooosin mahdollisuus ulostamiskipuja valittavan naispotilaan kipujen aiheuttajana ja kysyä tältä myös kuukautiskivuista. Potilaiden lisäksi myös lääkärin voi olla vaikea ymmärtää suolioireiden johtuvan gynekologisesta sairaudesta (22).

Ulostamiskivusta kärsivien potilaiden lukumäärä oli vuoden kuluttua leikkauksesta merkittävästi pienempi kuin ennen leikkausta. Erittäin kuukautisten aikainen ulostamiskipu väheni merkittävästi. Koska monilla ulostamiskipu hävisi endometriooosin kirurgisen poiston jälkeen, voidaan ajatella ulostamiskivun johtuneen endometriooosista. Samoin kroonisen vatsakivun esiintyminen väheni merkittävästi kaikkien pesäkkeiden poiston jälkeen.

Endometriooosikirurgian tavoite on poistaa kaikki endometriooosipesäkkeet, koska sen on osoitettu lievittävän kipuoireita, parantavan elämänlaatua ja vähentävän uusiutumista (23, 24). Tavoitteeseen pääsemiseksi potilaalle joudutaan usein tekemään useita toimenpiteitä samassa leikkauksessa. Suolen resektiot ovat näistä vaativimpia, ja niihin liittyy myös komplikaatoriski. Kipujen on todettu kuitenkin vähenevän ja elämänlaadun paranevan myös suoliresektion jälkeen (25). Leikkausta endometriooosin operatiiviseen hoitoon perehtyneessä yksikössä kannattaakin aina harkita hoidoksi voimakkaista kipuoireista kärsivälle potilaalle.

Leikkaushoidolla näyttää olevan vaikutusta myös toiminnallisiin oireisiin. Kuukautisten aikaista ripulia oli ennen leikkausta 37 potilaalla ja leikkauksen jälkeen 17 potilaalla. Kuukautisten aikaisen ripulin väheneminen endometriooosikirurgian jälkeen tukee endometriooosin ja ripulin yhteyttä, mistä on saatu viitteitä aiemmassakin tutkimuksessa (22). Kolmasosalla muuten terveistä naisista

esiintyy suolisto-oireita kuukautisten aikana. Kuukautisten aikaan kohdusta erittyvän prostaglandiinin on ajateltu aiheuttavan ripulia. Vatsan toiminta vaihtelee kuukautiskierron mukaan sekä terveillä että toiminnallisista vatsavaivoista kärsivillä naisilla (26). Onkin mahdollista, että osalla potilaistamme toiminnalliset oireet olivat fysiologisia eivätkä endometriosisista johtuvia.

Ilmanpidättämism vaikeudet vähenivät aineistossamme, joskin tästä ongelmasta kärsivien potilaiden pieni määrä estää johtopäätösten tekemisen. Kyvyttömyys pidättää ilmaa liittyyneen kipuun, mutta tutkimusnäyttö asiasta puuttuu.

Endometriosisin ja ärtyvän suolen oireyhtymän erottaminen toisistaan voi olla hankalaa samantyyppisten suolioireiden vuoksi. Ärtyvän suolen oireyhtymälle tyypillisiä ovat vatsakipu, joka helpottaa ulostamisen jälkeen sekä ilmavaivat ja vatsakivut, joihin liittyvät muutokset ulosteen koostumuksessa ja ulostamistiheydessä. Endometriosisissa ulostamisen ei sen sijaan ole todettu helpottavan vatsakipua (27). Ärtyvän suolen oireyhtymän esiintyvyys tavallisessa väestössä vaihtelee 0,8 %:n ja 28 %:n välillä (28). Aineistossamme ulostamiskipua esiintyi 75 %:lla, kroonisista vatsakipua 49 %:lla ja toiminnallisia oireita (yksi tai useampi) 74 %:lla potilaista. Edellä mainittujen oireiden esiintyminen on siis tutkimusjoukossamme selvästi yleisempää kuin tavallisessa väestössä. On kuitenkin epäselvää, ovatko endometriosisin suolioireet samankaltaisia kuin ärtyvän suolen oireyhtymässä esiintyvät vai onko tätä oireyhtymää enemmän endometriosisia sairastavilla. Seaman ym. päätyivät tutkimuksessaan jälkimmäiselle kannalle, mutta myös virheellisiä ärtyvän suolen oireyhtymän diagnooseja on luultavasti annettu endometriosisipotilaille (29). Virheelliset diagnoosit viivästyttävät endometriosisin toteamista, estävät potilasta saamasta parasta mahdollista hoitoa sekä lisäävät terveydenhuollon kustannuksia.

Lopuksi

Tutkimuksemme osoittaa, että leikkaushoitoon päätyvillä endometriosisia sairastavilla

YDINASIAT

- ▶ Endometriosisipotilaille esiintyy runsaasti toiminnallisia suolioireita, ulostamiskipuja ja kroonisia vatsakipuja.
- ▶ Endometriosisin kirurginen poisto voi lievittää ulostamiskipuja ja kroonisia vatsakipuja.
- ▶ Endometriosisin kirurginen hoito vähensi merkittävästi kuukautisten aikaisen ulostamiskivun esiintymistä.
- ▶ Endometriosisin kirurginen hoito vaikuttaa vähentävän myös toiminnallisia suolioireita.

naisilla on muuta väestöä enemmän ulostamiskipuja ja toiminnallisia suolioireita. Tutkimuksemme mukaan kirurginen hoito vähentää potilaan kokemia suolioireita. Fertiili-ikäisiltä naisilta, joilla on toiminnallisiksi tulkittuja vatsavaivoja, ulostamiseen liittyvää kipua tai kroonisia vatsakipuja tulisikin aina kysyä myös muista endometriosisille tyypillisistä oireista. ■

RIIKA UOTILA, LL, sairaalalääkäri
Forssan sairaala, naistentautien poliklinikka

MARJALEENA SETÄLÄ, LL, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, ylilääkäri
Päijät-Hämeen keskussairaala

PÄIVI HÄRKKI, dosentti, erikoislääkäri
HYKS, Naistentaudit ja synnytykset

JYRKI KÖSSI, dosentti, ylilääkäri
Päijät-Hämeen keskussairaala, gastroenterologinen kirurgia

MAIJA LAVONIUS, LT, gastroenterologisen kirurgian erikoislääkäri
TYKS

SIDONNAISUDET

Riika Uotila: Ei sidonnaisuuksia

Marjaleena Setälä: Koulutus/kongressikuluja yrityksen tuella (Olympus)

Päivi Härkki: Asiantuntijapalkkio (Bayer), luontopalkkio (Abbott, Bayer, Leiras)

Jyrki Kössi: Koulutus/kongressikuluja yrityksen tuella (Covidien, Endomed, Johnson & Johnson)

Maija Lavonius: Luontopalkkio (Leiras, MSD, Schering-Plough), koulutus/kongressikuluja yrityksen tuella (Pfizer)

KIRJALLISUUTTA

1. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, ym. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertil Steril* 2011;96:366–73.
2. Ferrero S, Arena E, Morando A, Remorgida V. Prevalence of newly diagnosed endometriosis in women attending the general practitioner. *Int J Gynaecol Obstet* 2010;110:203–7.
3. Giudice L, Kao L. Endometriosis. *Lancet* 2004;364:1789–99.
4. Jokinen JJ, Sihvo E, Peräkylä T, Räsänen J, Salo JA. Kuukautisiin liittyvä spontaani ilmarinta – luultua yleisempi harvinaisuus? *Duodecim* 2008;124:410–3.
5. Härkki P, Heikkinen AM, Setälä M. Endometriosisin nykyhoito. *Duodecim* 2011;127:1837–47.
6. Redwine, D. Ovarian endometriosis: a marker for more extensive pelvic and intestinal disease. *Fertil Steril* 1999;72:310–5.
7. Setälä M, Savolainen H, Kössi J, Ranta T, Mäkinen J. Deeply infiltrating disease in surgically treated endometriosis patients. *Acta Obst Gyn Scand* 2011;90:468–72.
8. Setälä M, Härkki P, Perheentupa A, Heikkinen AM, Kauko M. Särkylääke ei auta kuukautiskipuihin – epäile endometriosisia. *Suom Lääkäril* 2009;64:4141–5.
9. Greene R, Stratton P, Cleary SD, Ballweg ML, Sinaii N. Diagnostic experience among 4,334 women reporting surgically diagnosed endometriosis. *Fertil Steril* 2009;91:32–9.
10. Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson JB, Vieira M, Dousset B, Breart G. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. *Fertil Steril* 2002;78:719–26.
11. Halis G, Mechsner S, Ebert AD. The diagnosis and treatment of deep infiltrating endometriosis. *Dtsch Arztebl Int* 2010;107:446–55.
12. Skoog S, Foxx-Orenstein A, Lewy M, Rajan E, Session D. Intestinal endometriosis: the great masquerader. *Curr Gastroenterol Rep* 2004;6:405–9.
13. Chapron C, Chopin N, Borghese B, ym. Deeply infiltrating endometriosis: pathogenetic implications of the anatomical distribution. *Hum Reprod* 2006;21:1839–45.
14. Hudelist G, Oberwinkler KH, Singer CF, ym. Combination of transvaginal sonography and clinical examination for preoperative diagnosis of pelvic endometriosis. *Hum Reprod* 2009;24:1018–24.
15. Bazot M, Darai E, Hourani R, ym. Deep pelvic endometriosis: MR imaging for diagnosis and prediction of extension of disease. *Radiology* 2004;232:379–89.
16. Setälä M, Hurskainen R, Kauko M, ym. Endometriosisin aiheuttaman kivun hoito. *FinOHTAn raportti* 19.2001.
17. American Society for Reproductive Medicine. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril* 1997;67:817–21.
18. Maroun P, Cooper MJ, Reid GD, Keirse MJ. Relevance of gastrointestinal symptoms in endometriosis. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2009;49:411–4.
19. Remorgida V, Ragni N, Ferrero S, Anserini P, Torelli P, Fulcheri E. The involvement of the interstitial Cajal cells and the enteric nervous system in bowel endometriosis. *Hum Reprod* 2005;20:264–71.
20. Anaf V, El Nakadi I, Simon P, ym. Preferential infiltration of large bowel endometriosis along the nerves of the colon. *Hum Reprod* 2004;19:996–1002.
21. Burney R, Giudice L. Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. *Fertil Steril* 2012;98:511–19.
22. Luscombe GM, Markham R, Judio M, Grigoriu A, Fraser IS. Abdominal bloating: an under-recognized endometriosis symptom. *J Obstet Gynaecol Can* 2009;31:1159–71.
23. Abbott JA, Hawe J, Clayton RD, Garry R. The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis: a prospective study with 2–5 year follow-up. *Hum Reprod* 2003;18:1922–7.
24. Vignali M, Bianchi S, Candiani M. Surgical treatment of deep endometriosis and risk of recurrence. *J Minim Invasive Gynecol* 2005;12:508–13.
25. Kössi J, Setälä M, Mäkinen J, Härkki P, Luostarinen M. Quality of life and sexual function 1 year after laparoscopic rectosigmoid resection for endometriosis. *Colorectal Dis* 2013;15:102–8.
26. Moore J, Barlow D, Jewell D, Kennedy D. Do gastrointestinal symptoms vary with the menstrual cycle? *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:1322–5.
27. Mathias JR, Franklin R, Quast DC, ym. Relation of endometriosis and neuromuscular disease of the gastrointestinal tract: new insights. *Fertil Steril* 1998;70:81–8.
28. Corazziari E. Definition and epidemiology of functional gastrointestinal disorders. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2004;18:613–31.
29. Seaman H, Ballard K, Wright J, de Vries C. Endometriosis and its coexistence with irritable bowel syndrome and pelvic inflammatory disease: findings from a national case-control study – Part 2. *BJOG* 2008;115:1392–6.

Summary

Endometriosis-associated bowel symptoms

BACKGROUND: In endometriosis endometrial tissue appears outside the uterine cavity causing dysmenorrhea, infertility, chronic abdominal pain and bowel symptoms.

MATERIAL AND METHODS: The prevalence of bowel symptoms and the influence of surgical treatment of endometriosis on them were studied in 82 patients. The data were collected from patient records and by questionnaires.

RESULTS: At least one bowel symptom was found in 74% of patients, 73% presented dyschezia and 49% chronic abdominal pain. Surgical removal of endometriosis reduced dyschezia and diarrhea significantly ($p < 0.001$).

CONCLUSIONS: Dyschezia, chronic abdominal pain and functional bowel symptoms are more common among patients suffering from endometriosis than in the general population. Surgery may relieve these symptoms.