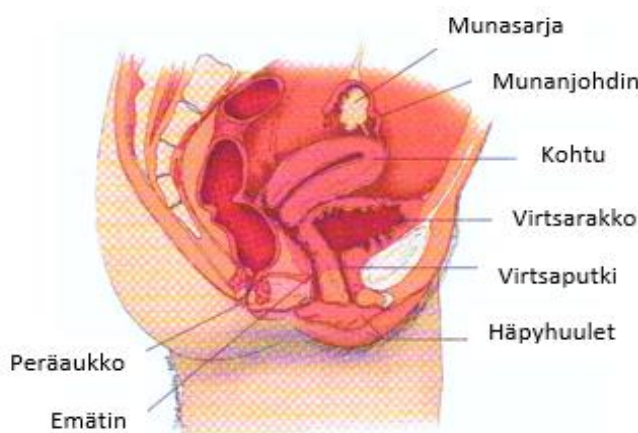


Endometrioosin leikkaushoito

Endometrioositaudissa kohdun limakalvon kaltaista kudosta esiintyy kohtuontelon ulkopuolella. Endometrioosipesäkkeitä on kolmen tyyppisiä: pinnallisia vatsakalvopesäkkeitä, munasarjan endometrioosikystoja ja syviä pesäkkeitä, eli yli 5mm syvyyteen kasvavia pesäkkeitä. Tavallisimmin endometrioosipesäkkeitä esiintyy vatsakalvon pinnalla pikkulantiossa, munasarjoissa tai kohdun kannatinsiteissä.



Endometrioosi voi sijaita myös:

- virtsarakon seinämässä
- suolistossa: paksusuolen, peräsuolen, ohutsuolen tai umpilisäkkeen pinnalla tai seinämässä
- palleassa
- kohdussa
- emättimen pohjukassa
- emättimen ja peräsuolen välisessä seinämässä (niin sanottu rektovaginaalisen septumin endometrioosi)
- vatsanpeitteiden leikkausarvissa

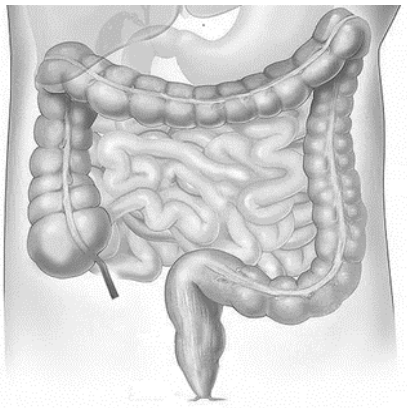
Endometrioosileikkauksen tavoitteet ja leikkausmenetelmät

Mikäli hormonilääkehoidolla ei saada riittävästi apua endometrioosin oireisiin, voidaan valita leikkaushoito. Endometrioosileikkauksen tarkoituksena on helpottaa endometrioosiin liittyviä kipuoireita ja tavoitteena on kaikkien endometrioosipesäkkeiden poisto. Leikkauksesta voi olla apua myös lapsettomuuteen, koska leikkaus voi parantaa spontaanin raskauden mahdollisuutta sekä lapsettomuushoitojen tuloksia. Jos raskaus ei enää ole ajankohtainen, voidaan endometrioosileikkauksen yhteydessä harkinnan mukaan poistaa myös kohtu ja munasarjat.

Leikkaus voidaan tehdä **tähystys-** (laparoskopia) **tai avoleikkauksena**. Molemmat leikkausmenetelmät vaativat nukutuksen. Tähystysleikkauksen etuna on nopea toipuminen, vähäiset leikkauksen jälkeiset kivut sekä lyhyt sairaalassaoloaika ja työstä poissaolo. Suurin osa leikkauksista tehdään tähystämällä, mutta jos kiinniketilanne on paha tai endometriosipesäkkeet sijaitsevat hankalassa paikassa, turvaututaan avoleikkaukseen. Endometrioosin vaikeusaste varmistuu lopullisesti vasta leikkauksen aikana ja joskus tähystämällä aloitettu leikkaus joudutaan muuttamaan avoleikkaukseksi leikkauksen aikana.

Suoliston alueen endometrioosin leikkaushoito

Suolistossa endometrioosia on tavallisimmin paksusuolen loppuosan ja peräsuolen alueella. Joskus endometriosipesäke saadaan kuorittua pois suolen pinnasta. Usein tarvitaan kuitenkin laajempi paksu- ja peräsuolen osapoisto (anteriorinen resektio), jonka tekee leikkauksessa mukana oleva suolikirurgi. Sairaalan suolenosan poistamisen jälkeen suolen päät yhdistetään toisiinsa uudelleen. Pienet endometriosipesäkkeet voidaan usein poistaa suolen seinämän osapoistolla (diskoidi resektio).



Endometrioosia saattaa löytyä myös ohutsuolesta, josta voidaan poistaa sairas osa. Jos umpilisäkkeestä löytyy endometrioosia, se poistetaan. Normaalia umpilisäkettä ei yleensä poisteta.

Yleensä suolisto paranee nopeasti leikkauksen jälkeen. Mikäli leikkauksessa on tehty suolisauma (anteriorinen tai diskoidi resektio) nautitaan ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä nestemäistä ruokaa. Tämän jälkeen siirrytään normaaliin ruokavalioon, mikäli toipuminen etenee odotetusti. Aluksi voi esiintyä toiminnallisia suolioireita, kuten suolen huono tai epätäydellinen tyhjeneminen, suolen toimiminen useita kertoja päivässä ja ummetus. Oireet yleensä helpottuvat ajan kuluessa.

Virtsateiden endometrioosin leikkaushoito

Virtsarakon seinämän endometrioosissa rakon seinämästä poistetaan sairas osa ja syntynyt reikä suljetaan ompelein. Virtsarakko toipuu yleensä erittäin hyvin, mutta haavan paranemisen vuoksi virtsarakon tulee aluksi pysyä tyhjänä. Siksi virtsakatetria pidetään leikkauksen jälkeen noin viikon ajan. Virtsakatetrin kanssa on mahdollista olla kotona.

Munuaisista virtsarakkoon johtavat virtsajohtimet kulkevat pikkulantion alueella kohdun kannatinsiteiden vieressä. Syvät endometrioosipesäkkeet sijaitsevat usein samalla alueella ja saattavat ahtauttaa virtsajohtimia aiheuttaen niin sanotun hydronefroosin (vesimunuainen). Leikkauksessa vapautetaan ahtautunut virtsajohdin tai poistetaan virtsanjohtimen vaurioitunut osa. Virtsajohtimeen asetetaan paranemisen ajaksi stentti (ohut muoviletku), jota pitkin virtsa pääsee munuaisesta virtsarakkoon. Stentti poistetaan virtsarakon tähystyksessä 1–3 kuukauden kuluttua leikkauksesta. Tämä toimenpide ei vaadi nukutusta.

Leikkaushoitoon liittyvät riskit

Tulehdukset

Erilaiset tulehdukset ovat yleisimpiä leikkaushoitoon liittyviä komplikaatioita. Jos leikkaukseen liittyy normaalia suurempi tulehdusriski (esimerkiksi suolitoimenpide, kohdunpoisto), annetaan ennaltaehkäisevät antibiootit jo leikkaussalissa.

Tavallisin tulehdus on virtsatietulehdus, jonka riski lisääntyy katetrihoidon myötä. Myös haavatulehdus on yleinen. Sen riski on tähystysleikkauksessa huomattavasti avoleikkausta pienempi. Mikäli haavatulehdus ei parane haavan suihkuttelulla ja puhdistuksella, hoidetaan tulehdus antibioottikuurilla.

Laskimotukos

Leikkaushoitoon liittyy aina myös riski laskimotukokseen ("veritulppaan"). Riskiä lisää ylipaino, tupakointi, ehkäisytablettien käyttö sekä perinnöllinen tukostaipumus. Leikkaushoidon yhteydessä arvioidaan yksilöllinen riski saada laskimotukos. Mikäli riski arvioidaan suurentuneeksi, aloitetaan leikkauksen jälkeen laskimotukoksia ehkäisevä pistoshoito 1–4 viikon ajaksi.

Verenvuoto

Leikkaustavasta riippumatta leikkaukseen liittyy aina verenvuotoriski. Mikäli tähystysleikkauksessa ilmenee runsasta vuotoa, joudutaan joskus leikkaustapa vaihtamaan avoleikkaukseksi. Vuoto korvataan tarvittaessa verensiirrolla. Toisinaan vuoto ilmenee vasta leikkauksen jälkeen heräämössä tai vuodeosastolla ja saattaa vaatia uusintaleikkauksen.

Kiinnikkeet

Endometrioosi aiheuttaa usein kiinnikkeitä, jotka voivat vaikeuttaa leikkaushoitoa. Myös leikkaushoito saattaa aiheuttaa kiinnikkeitä. Taipumus kiinnikkeiden muodostumiseen on yksilöllinen. Leikkauksessa kiinnikkeet yleensä avataan, mutta niiden uusiutumista on vaikea estää. Kiinnikkeiden ehkäisemiseksi voidaan leikkauksessa jättää vatsaonteloon niitä ehkäiseviä aineita. Useimmiten kiinnikkeet ovat vaarattomia, mutta ne saattavat aiheuttaa esimerkiksi kipuja ja suolitukoksia.

Avanne

Suolileikkaukseen liittyy pieni riski tilapäisen avanteen tarpeesta. Tilapäinen avanne suljetaan yleensä 2–3 kuukauden kuluttua leikkauksesta. Suolileikkaukseen liittyy myös vähäinen riski sauman aukeamisesta ja sen myötä vatsakalvon tulehduksesta. Suolisauman pettämiseen liittyvä vatsakalvontulehdus hoidetaan tilapäisellä avanteella.

Hermovaurio

Syvän endometrioosin leikkaushoidossa poistettavat pesäkkeet voivat sijaita alueilla, jossa kulkee muun muassa peräsuolta, lantionpohjaa, virtsarakkoa ja emätintä hermottavia hermoja. Leikkaushoito saattaa vaurioittaa näitä hermoja aiheuttaen ohimeneviä tai pysyviä suolen ja virtsarakon toimintahäiriöitä, kuten suolen tai rakon huonoa tyhjenemistä, tihtynyttä virtsaamistarvetta tai orgasmivaikeuksia. Toimintahäiriöt ovat harvinaisia ja harvoin pysyviä. Tavallisin ongelma on osittainen virtsaumpi eli vajaa rakon tyhjeneminen. Tällöin opetetaan itsekatetroinnilla tyhjentämään virtsarakko muutaman kerran päivässä, kunnes tilanne korjaantuu.

Tupakointi

Leikkauksen ja siitä toipumisen onnistumisen vuoksi suosittelemme tupakoinnin lopettamista hyvissä ajoin ennen leikkausta. Tupakointi vaikuttaa koko elimistöön verenkierron kautta, hidastaa paranemista ja toipumista ja lisää merkittävästi leikkaukskomplikaatioiden riskiä. Esimerkiksi haavojen ja suolisaumojen paraneminen hidastuu, koska tupakan savun sisältämä hiilimonoksidi eli häkä syrjäyttää tehokkaasti happea sitä kuljettavasta hemoglobiinista, mikä johtaa kudosten vähentyneeseen hapensaantiin. Samalla nikotiini supistaa verisuonia huonontaen edelleen kudosten hapensaantia. Tupakan savu aktivoi elimistön verenhiutelmien liimautumista ja lisää merkittävästi leikkauksen jälkeisen laskimotukoksen eli veritulpan riskiä. Tupakointi lisää kipujen riskiä, heikentää joidenkin kipulääkkeiden tehoa ja se voi vahvistaa riippuvuutta vahvoista kipulääkkeistä.

Leikkaushoidon vaikutus kipuun

Endometrioosi on krooninen sairaus, johon ei ole olemassa parantavaa hoitoa. Sekä hormonihoidoilla että leikkauksella saadaan kuitenkin usein hyvä apu kipuihin. Endometrioosin vaikeusaste ei aina ole yhteydessä kipujen voimakkuuteen. Hyvinkin lievä tautimuoto voi aiheuttaa hankalia kipuja ja toisaalta osa vaikeaa tautia sairastavista on oireettomia.

Kipuoireiden ensisijainen hoito on yleensä hormonaalinen lääkehoito. Hormonihoidon loputtua kipuoireet palaavat vuoden kuluessa 10–20 prosentilla potilaista ja viiden vuoden kuluessa jopa 75 prosentilla. Valtaosa hormonihoidoista soveltuu myös pitkäaikaiseen käyttöön. Kaikki hormonaaliset valmisteet ehkäisevät raskauden alkamisen, minkä vuoksi lääkehoito ei sovellu raskautta toivovalle.

Leikkaushoidoilla saadaan osalla potilaista kipuoireeseen pysyvämpi tulos kuin lääkehoidolla. Tutkimusten mukaan noin 80–90 prosentilla potilaista kivut helpottavat leikkauksen jälkeen.

Kolmen vuoden kuluessa kivut uusiutuvat noin joka neljännellä potilaalla ja uuteen leikkaushoitoon päätyy jopa puolet potilaista viiden vuoden kuluessa. Leikkauksen jälkeen lääkehoitoa voidaan jatkaa tai se voidaan aloittaa endometrioosin ja kipujen uusiutumisen ehkäisemiseksi. Erityisesti munasarjan endometrioosin uusiutumisriskiä voidaan pienentää leikkauksen jälkeisellä hormonihoitolla.

Leikkaushoito ja lapsettomuus

Lievän endometrioosin merkitystä naisen hedelmällisyyteen ei tarkkaan tiedetä. On viitteitä siitä, että lievän endometrioosin leikkaushoito parantaisi hedelmällisyyttä. Lievässä taudissa leikkaushoidon jälkeen voidaankin odotella muutamia kuukausia spontaanin raskauden alkamista. Jos raskaus ei ole alkanut, voidaan tämän jälkeen aloittaa hedelmöityshoidot. Endometrioosipotilailla hedelmöityshoitojen onnistumisen mahdollisuudet ovat verrattavissa endometrioosia sairastamattomien potilaiden hedelmöityshoitojen tuloksiin.

Keskivaikea tai vaikea endometrioosi heikentää yleensä selvästi hedelmällisyyttä. Tällöin parhaat raskaustulokset saavutetaan koeputkihedelmöityshoidolla. Lapsettomuuspotilailla leikkaushoitoa harkitaan ainoastaan, kun se kipuoireiden kannalta on välttämätöntä. Lisäksi kookkaat munasarjojen endometrioosikystat pyritään yleensä poistamaan ennen koeputkihedelmöityshoitoja, mikäli ne hankaloittavat hoidon toteuttamista. Leikkaushoidon jälkeen pyritään mahdollisimman nopeasti, muutaman kuukauden kuluessa aloittamaan koeputkihedelmöityshoito. Usein leikkauksen jälkeen käytetään hormonaalista lääkehoitoa ehkäisemään endometrioosin pahenemista koeputkihoitojen alkamiseen asti.

Lisätietoa endometrioosista voi lukea www.terveyskyla.fi /Naistalo ja www.korento.fi sivuilta.