

Dr n. med. Radosław Bernard Maksym, <https://orcid.org/0000-0003-2584-6734>

*Zakład Zdrowia Prokreacyjnego*

*Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego*

Lek. Hanna Ruta, <https://orcid.org/0000-0003-3117-492X>

*Szpital Specjalistyczny św. Zofii w Warszawie*

## Ośrodek kompleksowego leczenia endometriozy jako odpowiedź na problemy zdrowotne szczególnej grupy pacjentek

Center of comprehensive endometriosis treatment as a response  
to expectations of a particular group of patients

<https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.317>

**Abstrakt:** Endometrioza jest jednostką chorobową manifestującą się klinicznie jako złożony zespół objawów. Ze względu na różnorodny przebieg oraz zróżnicowane oczekiwania pacjentek wymaga kompleksowej i interdyscyplinarnej opieki medycznej. Stwierdzenie, że endometrioza to występowanie „tkanki zbliżonej do endometrium poza jamą macicy” nie oddaje złożonego charakteru i trudności terapeutycznych związanych ze schorzeniem. Brak w pełni skutecznych metod leczenia, częste nawroty i możliwe powikłania to jedynie niektóre napotykanne problemy. Stworzenie sieci referencyjnych ośrodków skoncentrowanych na leczeniu tej choroby jest uznanym sposobem na zapewnienie pacjentkom z endometriozą adekwatnej i efektywnej opieki. Udowodniono, że specyfika endometriozy sprawia, że ta wymagająca grupa pacjentek nie uzyskuje satysfakcjonujących wyników leczenia w oparciu o podstawową opiekę zdrowotną oraz lokalne ośrodki ginekologiczne. Natomiast ośrodki referencyjne dzięki wyszkoleniu kadr, wdrożeniu protokołów terapeutycznych i wytycznych umożliwiają zapewnienie opieki na najwyższym poziomie przy współpracy specjalistów z różnych dyscyplin medycznych. Bieżąca ewaluacja wyników terapeutycznych stwarza możliwość prowadzenia badań naukowych oraz opracowywania nowych, praktycznych strategii leczniczych najlepiej służących pacjentkom. Zapewnienie odpowiedniej opieki nad tą szczególną grupą pacjentek narzuca konieczność ustanowienia również nowych programów zdrowotnych zapewniających odpowiednie środki na walkę z chorobą.

**Słowa kluczowe:** centrum referencyjne, endometrioza, niepłodność, terapia kompleksowa, zespół bólowy miednicy mniejszej

**Abstract:** Endometriosis is a disease that manifests itself as a complex set of clinical symptoms. Due to the diverse course and different expectations of patients, it requires comprehensive and interdisciplinary medical care. The statement that “endometriosis is the occurrence of endometrial-like tissue outside the uterine cavity” does not reflect the complex nature and therapeutic difficulties associated with the disease. The lack of fully effective treatment options, frequent relapses, and possible complications are just some of the problems that can be encountered. Creating a network of reference centers focused on this disease is a recognized way to provide patients with endometriosis with adequate and effective care. Due to the specificity of endometriosis, primary and secondary health care is often associated with poor treatment results of this demanding group of patients. In contrast, the provision of care at the highest level in cooperation with specialists from various medical disciplines can be obtained in reference centers, thanks to the training of staff and the implementation of therapeutic protocols and guidelines. The ongoing evaluation of therapeutic outcomes lead to the opportunity of scientific research and novel, practical therapeutic strategies that serve best to patients.

Ensuring adequate care for this demanding group of patients also requires the establishment of new health programs that provide adequate resources to fight the disease.

**Key words:** comprehensive treatment, endometriosis, infertility, pelvic pain syndrome, center of excellence

### 1. Określenie problemu zdrowotnego

Zachorowalność na endometriozę dotyczy dużej grupy kobiet w wieku prokreacyjnym, jak również może się rozciągać na okres okołomenopauzalny. Obecność schorzenia stwierdzana jest nawet u 10 % kobiet miesiączkujących, a frakcja ta zwiększa się do nawet 50 % kobiet zmagających się z zaburzeniami płodności (Maksym i Baranowski, 2020). W praktyce często lekarz rodzinny lub ginekolog podstawowej opieki zdrowotnej mają do czynienia z pacjentkami zgłaszającymi objawy choroby. Liczne analizy pokazują, że w przypadku braku odpowiedniego wyszkolenia specjalistów nie ma szans na trafną, a zarazem szybko postawioną diagnozę. Wykazano, że nawet u 65 % kobiet z błędnie postawioną wstępną diagnozą opóźnienie ostatecznego rozpoznania przekracza 8 lat (Hummelshoj i in., 2006). Pomimo rosnącej roli diagnostyki obrazowej ostateczne rozpoznanie może zostać postawione dopiero w trakcie operacji laparoskopowej. Podczas oceny klinicznej i stratyfikacji ryzyka wystąpienia choroby należy uwzględnić czynniki środowiskowe, genetyczne oraz aspekty epidemiologiczne, takie jak wysoki status socjoekonomiczny, rodzinne występowanie, brak zawarcia stałego związku, nierództwo, wczesny wiek menarche, zaburzenia miesiączkowania, niską masę urodzeniową oraz profil biofizyczny pacjentek. (Maksym i Baranowski, 2020; Stępniewska i in., 2020).

Endometrioza klasycznie manifestuje się obniżeniem płodności, w skrajnym przypadku powodującym uniemożliwienie prokreacji, oraz z zespołem dolegliwości bólowych utrudniających codzienną aktywność oraz funkcjonowanie w społeczeństwie. Krańcowo nasilone formy choroby pojawiają się rzadko, lecz rosnąca społeczna świadomość problemu sprawia, że identyfikuje się coraz szerszą grupę pacjentek zgłaszających objawy ze spektrum endometriozy. Wystąpienie typowych objawów takich jak: wydłużone staranie się o ciążę (*subfertility*), bolesne miesiączkowanie (*dysmenorrhea*), niecykliczne bóle brzucha (*pevic pain*), bolesne współżycie płciowe (*dyspareunia*), uczucie permanentnego zmęczenia (*neurastenia*), może wskazywać na konieczność skierowania do ośrodka referencyjnego w celu pogłębionej diagnostyki i leczenia. Znajomość grupy schorzeń autoimmunologicznych, układowych i neurologicznych często współistniejących z endometriozą również pozwala na wykonanie wczesnej diagnostyki różnicowej w kierunku endometriozy (Maksym i Baranowski, 2020). Skierowanie do ośrodka wyspecjalizowanego w opiece nad pacjentkami z endometriozą pozwala na optymalizację i dopasowanie leczenia do indywidualnych potrzeb pacjentki. Objęcie kompleksową opieką pozwala, z jednej strony na wdrożenie efektywnej terapii, z drugiej strony umożliwia

uniknięcie nadmiernego, nieuzasadnionego eskalowania interwencji operacyjnych. Postępowanie lekarskie w tym przypadku powinno dążyć do poprawy jakości życia i chronić pacjentki przed groźnymi powikłaniami choroby i powikłaniami leczenia (Filipecka-Tyczka i in., 2020).

### 2. Znaczenie diagnostyki przedoperacyjnej

Należy podkreślić, że złotym standardem diagnostycznym pozwalającym na definitywne postawienie rozpoznania pozostaje ocena histopatologiczna próbek pobranych w trakcie laparoskopii diagnostyczno-terapeutycznej. Postawienie takiego rozpoznania wymaga jednak zastosowania interwencji inwazyjnej, która zasadniczo zarezerwowana jest dla odpowiednio przygotowanego zespołu operacyjnego pracującego w ośrodku referencyjnym. Od dłuższego czasu uważa się, że zastosowanie jedynie diagnostycznej laparoskopii i odroczenie właściwej operacji nie powinno mieć miejsca (Johnson i in., 2013; Dunselman i in., 2014). W związku z powyższym diagnostyka przedoperacyjna jest istotna dla wdrożenia leczenia przedoperacyjnego oraz odpowiedniego przygotowania pacjentki do operacji w ośrodku leczenia endometriozy. W razie stwierdzenia znacznego prawdopodobieństwa zajęcia okolicznych narządów przez zmiany głęboko naciekające pozwala również na skompletowanie interdyscyplinarnego zespołu specjalistów oraz zabezpieczenie odpowiedniej sali operacyjnej i sprzętu (Filipecka-Tyczka i in., 2019). W ostatnim okresie kładzie się zwiększony nacisk na rolę dynamicznego eksperckiego badania ultrasonograficznego (USG). Pomimo konieczności nabycia unikalnych umiejętności przez eksperta ultrasonografistę, dostrzega się przewagę w stosunku do badania rezonansu magnetycznego (MRI). Przede wszystkim dynamiczne USG pozwala na ocenę mobilności poszczególnych narządów i subiektywną odpowiedź pacjenta na ucisk sondą ultradźwiękową. Natomiast ze względu na niższe koszty i łatwiejszy dostęp do aparatów USG może być wykonywane wielokrotnie i służyć do monitorowania procesu leczenia. Rekomendacje z 2013 r. zespołu z European Society of Human Reproduction and Embriology (ESHRE) podkreślają istotną rolę jaką odgrywa USG eksperckie w procesie diagnostycznym. Spośród 13 zaleceń dotyczących rozpoznawania endometriozy trzy z nich mają najwyższy stopień rekomendacji a dwa z nich dotyczą USG (Dunselman i in., 2014). Jednak podstawowym warunkiem, aby dynamiczne USG zmian głębokich w endometriozie spełniało swoje zadanie jest wyszkolenie i wąskie wyspecjalizowanie odpowiednich diagnostów w tej dziedzinie. W praktyce ultrasonografista niewspółpracujący ściśle z ośrodkiem leczenia endometriozy ma małe szanse regularnego badania wystarczającej liczby pacjentek z ciężkim przebiegiem endometriozy oraz na nabycie wymaganego doświadczenia.

### 3. Kompleksowe leczenie w ośrodku leczenia endometriozy

Leczenie endometriozy zasadniczo musi być zawsze personalizowane ze względu na odmienną sytuację i różne cele leczenia u każdej pacjentki (Ebert i in., 2013). Dokładny wywiad i omówienie problemów związanych z prowadzeniem leczenia pozwala wspólnie z pacjentką podjąć kluczowe decyzje i uniknąć wtłaczania w sztywny schemat, co mogłoby prowadzić do błędów terapeutycznych i nieskuteczności procesu leczniczego. Postawa partnerska, edukacja zdrowotna i przejęcie odpowiedzialności przez pacjentkę jest niezmiernie istotne wobec długiego czasu opieki i konieczności ścisłej adhezji do zaleceń terapeutycznych (*compliance*). Wyróżnia się dwa klasyczne cele leczenia w endometriozie: opanowanie dolegliwości bólowych oraz poprawę warunków płodności (Johnson i in., 2013). W praktyce rzadko spotykane są inne wskazania obejmujące konieczność usunięcia ognisk ze względu na naciek powodujący uszkodzenie sąsiednich organów lub konieczność wycięcia zmian i postawienia diagnozy histopatologicznej w razie podejrzenia onkologicznego. Do najcięższych uszkodzeń wywoływanych przez endometriozę należą nacieki miednicznego odcinka moczowodów. Poprzez podstępny przebieg i niewielkie objawy może dochodzić do całkowitego zamknięcia odpływu moczu, wodonercza i w konsekwencji jedno lub obustronnej utraty nerek (Filipecka-Tyczka i in., 2020).

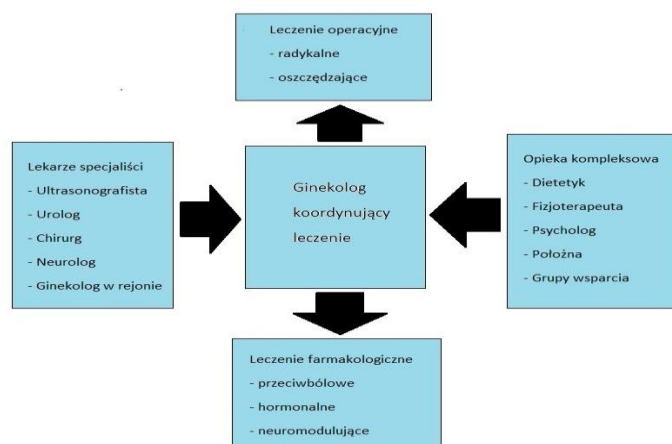
Istnieje szeroki konsensus, że leczenie zespołu bólowego powinno być rozpoczęte i zasadniczo prowadzone zachowawczo, a oszczędzające bądź radykalne leczenie operacyjne jest zarezerwowane dla pacjentek niereagujących na to leczenie. W leczeniu zachowawczym użyteczne są leki przeciwbólowe, neuromodulujące oraz leki o aktywności hormonalnej należące do różnych grup substancji. Nie bez znaczenia pozostaje uzupełnienie terapii o odpowiednią dietę, suplementację, włączenie aktywności ruchowej, ćwiczenia oddechowe oraz terapię psychologiczną obejmującą również pacjenckie grupy wsparcia (Johnson i in., 2013). Skuteczność i celowość leczenia komplementarnego jest przedmiotem szerokich dyskusji, lecz nie do rzadkości należą przypadki, w których pacjentka po wprowadzeniu modyfikacji diety i stylu życia obserwuje taką poprawę, że rezygnuje z innych elementów leczenia. W wypadku podjęcia leczenia operacyjnego, celem uniknięcia wznowy terapię należy również uzupełnić o leczenie hormonalne i inne nefarmakologiczne elementy.

Zupełnie odmienna strategia postępowania obowiązuje w przypadku, gdy pierwszorzędnym celem leczenia jest poprawa płodności. Podstawą leczenia w takim przypadku jest jednoetapowa operacja polegająca na jednoczesnej diagnostyce i doszczętnym usunięciu ognisk endometriozy. Operacja powinna być przeprowadzona laparoskopowo w ośrodku dysponującym w razie potrzeby możliwością rozszerzenia zabiegu przy obecności konsultantów innych specjalizacji, w tym chirurga i urologa. Nie rekomenduje się w takich przypadkach leczenia hormonalnego zarówno przed jak i po

operacji, gdyż nie udowodniono korzyści z takiego postępowania. Leczenie operacyjne poprawia szansę na zajście w ciążę niezależnie od stadium zaawansowania choroby (Johnson i in., 2013; Dunselman i in., 2014). Po leczeniu operacyjnym szanse na spontaniczne zajście w ciążę mogą dochodzić nawet do 80% w okresie 3 lat. Prawidłowe przeprowadzenie pierwotnej operacji jest kluczowe, gdyż kolejne interwencje nie przynoszą tak wyraźnej poprawy. Skupienie się na perfekcyjności leczenia operacyjnego jest niezmiernie istotne, gdyż zastępcze leczenie farmakologiczne, czy też technik wspomaganego rozrodu nie są w stanie zrekompensować efektów operacji przeprowadzonej w niewłaściwy sposób. W związku z powyższym uważa się, że lekarz koordynujący leczenie powinien być nade wszystko chirurgiem reprodukcyjnym, a podnoszenie umiejętności operacyjnych jednym z głównych celów tworzenia ośrodków leczenia endometriozy (Koninckx i Ussia, 2010).

Dla każdej pacjentki na podstawie protokołu operacyjnego, uwzględniając stopień zaawansowania choroby, stan narządu płciowego i czynniki demograficzne, można w prosty sposób obliczyć szanse na osiągnięcie spontanicznej ciąży i umożliwić jej świadomą decyzję co do dalszych planów prokreacyjnych i metod leczenia (Adamson i in., 2010). Dla osiągnięcia sukcesu kluczowa jest również diagnostyka i leczenie innych zaburzeń zdrowotnych, które mogą współwystępować z endometriozą i wpływać na płodność pary, czasem nawet istotniejszy niż sama endometrioza. Tego typu całościowa optymalizacja potencjału płodności, nieograniczająca się jedynie do kobiety, powinna rozpocząć się już na długo przed przeprowadzeniem operacji (Maksym i in., 2019).

Niezależnie od głównych wskazań i zastosowanych metod leczenia, koncepcja referencyjnego ośrodka leczenia endometriozy daje możliwość wielopłaszczyznowego zajęcia się pacjentką i uzyskania niezbędnych konsultacji specjalistycznych (Ryc. 1 przedstawia koncepcję funkcjonowania ośrodka leczenia endometriozy).



Ryc. nr 1. Koncepcja funkcjonowania ośrodka leczenia endometriozy. Lekarz ginekolog koordynujący leczenie korzysta z pomocy innych profesjonalistów medycznych ustalając strategię i przeprowadzając leczenie endometriozy



Całość procesu leczniczego koordynowana jest przez specjalistę ginekologii operacyjnej, który wraz z pacjentką decyduje o strategii terapeutycznej a jednocześnie uzyskuje wsparcie lekarzy specjalistów jak i profesjonalistów medycznych nie będących lekarzami. Do podstawowych zadań ginekologa koordynującego należą zebranie wywiadu i badanie fizykalne pacjentki, zlecenie badań obrazowych, okresowa kontrola pacjentek, włączanie w proces terapeutyczny innych specjalistów, przeprowadzenie leczenia operacyjnego oraz komunikacja z ginekologiem prowadzącym w rejonie.

Wśród współpracujących specjalistów kluczowe znaczenie ma ekspert ultrasonografista wyspecjalizowany w badaniu endometriozy. W trakcie szczegółowego badania ultrasonografista w sposób sformalizowany ocenia narząd płciowy wykorzystując właściwe protokoły i klasyfikacje: IOTA, IDEA, IETA, MUSA, ESHRE-ESGE. Do innych istotnych aspektów badania należą ocena rezerwy jajnikowej oraz kontrola układu moczowego. Na etapie ambulatoryjnym wśród innych istotnych profesjonalistów należy wymienić dietetyka, psychologa, fizjoterapeutę, położną oraz endokrynologa reprodukcyjnego, specjalistę medycyny bólu, gastroenterologa i proktologa. W zależności od umiejętności operacyjnych ginekologa oraz zakresu zaawansowania choroby, w trakcie procedur operacyjnych mogą być potrzebni inni specjaliści. Poza sprawnym zespołem instrumentariuszek wsparcie może zaoferować chirurg ogólny, urolog, chirurg naczyniowy oraz anestezjolog przygotowany do prowadzenia znieczuleń do długich operacji laparoskopowych w pozycji Trendelenburga (Filipecka-Tyczka i in., 2019; Stępniewska i in., 2020).

Dla optymalizacji funkcjonowania istotne jest ściśle zdefiniowanie zadań i granic kompetencji dla poszczególnych specjalistów w procesie diagnostycznym i leczniczym. Zadaniem lekarza prowadzącego w rejonie jest postawienie wstępnego rozpoznania i przekierowanie pacjentki do ośrodka referencyjnego w celu potwierdzenia rozpoznania i ustalenia planu leczenia. Jeśli to wskazane powinien niezwłocznie włączyć leczenie pierwszego rzutu, czyli leki przeciwbólowe oraz leczenie hormonalne. Następnie jego zadaniem jest kontynuowanie i nadzorowanie terapii według zaleceń ośrodka referencyjnego (Stępniewska i in., 2020).

Zadaniem lekarza koordynującego w ośrodku referencyjnym jest zaangażowanie lekarzy innych specjalności i kierowanie pracą tak stworzonego zespołu. Jako osoba najlepiej zorientowana w historii leczenia pacjentki, wskazaniach, celach i możliwościach terapeutycznych, odgrywa kluczową rolę w podejmowaniu strategicznych decyzji co do planu leczenia i odpowiada za jego powodzenie.

Endokrynolog reprodukcyjny lub inny lekarz kompetentny w dziedzinie medycyny rozrodu jest kolejnym istotnym członkiem zespołu. Wiele kobiet z endometriozą będzie zmagać się z zaburzeniami płodności. Niezbędnym elementem procesu terapeutycznego jest

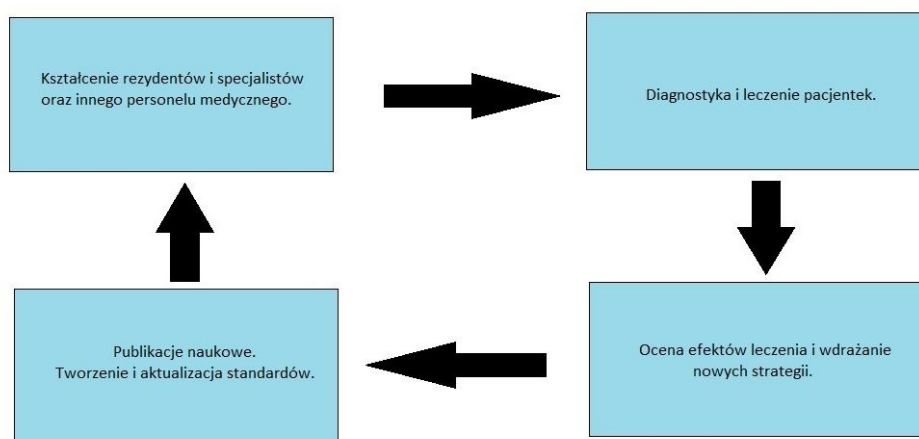
przedstawienie kobiecie rokowań co do szans na prokreację, bez względu na obecne plany i oczekiwania. Należy poinformować pacjentkę, iż w omawianej jednostce chorobowej może dochodzić do znacznego ograniczenia płodności jeśli plany prokreacyjne będą odsuwane w czasie. Należy jednak pamiętać, aby przedstawiać rzetelne dane, unikając narracji dyrektywnej i nadmiernych uproszczeń, pamiętając że wiele pacjentek z potwierdzoną endometriozą, które nie starały się wcześniej o dziecko, może zająć w ciążę bez istotnego czasu oczekiwania. Z drugiej strony rozpoznanie endometriozy u pacjentki niepełodnej, nie zwalnia z kompleksowej diagnostyki niepłodności i leczenia innych stwierdzonych przyczyn zaburzeń płodności (Maksym i in., 2019).

Do ważnych zadań związanych z organizacją pracy na oddziale zabiegowym należy optymalizacja opieki nad pacjentką w tym włączanie elementów protokołu ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). ERAS to model planowej opieki okołoperacyjnej wprowadzany w celu zmniejszenia urazu, stresu i upośledzenia czynności narządów, dzięki czemu szybciej przebiega proces powrotu do zdrowia. Wiąże się to z krótszą hospitalizacją, mniejszą liczbą powikłań, rehospitalizacji i dni opuszczonych w pracy. Koncepcja zakłada odejście od tradycyjnych, opartych na przyzwyczajeniach protokołach i wprowadzenie zasad opartych na dowodach naukowych (EBM), które pomagają poprawić efekty zdrowotne i znacznie zmniejszyć koszty leczenia. Efekty są osiągnięte dzięki stworzeniu jasnych standardów i edukacji zdrowotnej pacjentek. Wśród ważnych modyfikacji można wymienić: przyjęcie do szpitala w dniu operacji, prowadzenie nawadniania doustnego do 2 godzin przed operacją, żywienie dojelitowe do 6 godzin przed operacją, unikanie przygotowania jelita (lewatywa stosowana jedynie w razie ewidentnych wskazań), unikanie sedacji i przewodnienia dożylnego, stosowanie przede wszystkim techniki laparoskopowej, unikanie tamponowania, zakładania drenów, unikanie hipotermii i zbędnego żywienia pozajelitowego. Wczesne uruchomienie i wypis do domu zakłada stały, zdalny kontakt z pacjentką, w tym możliwość całodobowych konsultacji telefonicznych we wczesnym okresie (Ferrari i in., 2020).

W obecnych realiach zebranie doświadczonych zespołu w jednej placówce może być znacznie utrudnione lub niepraktyczne. Realnym rozwiązaniem może być stworzenie multidyscyplinarnej sieci - wirtualnego centrum - w którym specjaliści pracują w różnych miejscach, ale dzięki współpracy prowadzą centralną, wspólną dokumentację medyczną dla każdego pacjenta, która jest utrzymywana i aktualizowana przy każdej przeprowadzonej konsultacji w centrum lub sieci. Jest mało prawdopodobne, aby tego typu sieci mogły efektywnie działać w skali międzynarodowej. Korzystne byłoby stworzenie sieci ośrodków na poziomie krajowym, które współpracowałyby między sobą na stopie organizacji i stowarzyszeń międzynarodowych (D'Hooghe i Hummelshoj, 2006).

#### 4. Działalność centrum leczenia endometriozy niezwiązana bezpośrednio z leczeniem

Ze względu na znaczenie endometriozy jako problemu zdrowotnego oraz tworzenie ośrodków leczenia endometriozy w oparciu o szpitale kliniczne i akademickie, na ośrodkach spoczywają też dodatkowe zadania. Społeczna odpowiedzialność wymaga zaangażowania w kształcenie lekarzy rezydentów i specjalistów, prace badawcze, popularyzatorskie, działania profilaktyczne, współpracę z organizacjami pacjentów i kształtowanie polityki zdrowotnej. Przykładowy schemat różnych etapów działalności ośrodka, które w rzeczywistości w dużej mierze się przeplatają przedstawia Ryc. 2.



Ryc. nr 2. Cykl pracy ośrodka leczenia endometriozy. Aby oferować leczenie na najwyższym poziomie ośrodek uczestniczy w pracach badawczych, kształceniu specjalistów i podnoszeniu świadomości społecznej na temat endometriom

Leczenie dużych grup pacjentek z zachowaniem najwyższych standardów terapeutycznych daje duże możliwości prowadzenia analiz naukowych i badań klinicznych. Dzięki dogłębnej diagnostyce i kompleksowej opiece badania mogą brać pod uwagę wszystkie objawy i aspekty, które są powiązane z przebiegiem endometriozy. W szczególności można uwzględnić nawroty oraz powikłania związane z leczeniem chirurgicznym. Wyniki obserwacji mogą umożliwić lepsze zrozumienie patogenezы choroby, jej rozwoju oraz możliwości nawrotu. Duża liczba pacjentek pozwala na wdrożenie najwyższej jakości badań randomizowanych oraz pozyskiwanie próbek biologicznych wraz z danymi klinicznymi, co jest niezbędne w postępie nauk podstawowych (D'Hooghe i Debrock, 2003). Należy podkreślić, że rzetelne badania kliniczne oraz badania podstawowe są jedynym sposobem na pozyskanie nowej wiedzy użytecznej do leczenia endometriozy.



Unikalne doświadczenie, umiejętności praktyczne i wiedza zespołu dedykowanemu leczeniu pacjentek z endometriozą pozwala na opracowywanie nowych standardów leczenia i wdrażanie nowych rozwiązań terapeutycznych. Wysoki stopień kompetencji sprawia, że profesjonaliści są ekspertami w swoich dziedzinach i mogą być wykładowcami i praktycznymi instruktorami dla personelu medycznego w trakcie szkolenia. Wdrożenie nowoczesnych metod dydaktycznych wraz przejrzystą organizacją szkoleń i jasnym określeniem celów szkolenia, pozwala na maksymalne skrócenie krzywej uczenia i uzyskanie najwyższych kompetencji. Aby zapewnić wysoki poziom merytoryczny każdy z członków zespołu powinien nieustannie koncentrować się na leczeniu i diagnostyce endometriozy, uaktualniać wiedzę oraz stale doskonalić umiejętności (Stępniewska i in., 2020).

### 5. Ekonomiczny aspekt tworzenia ośrodków leczenia endometriozy

Endometrioza stanowi duże obciążenie nie tylko dla poszczególnych pacjentek, lecz również dla społeczeństwa jako całości. Objawy choroby odpowiadają za zaburzenie funkcjonowania społecznego i dotyczą głównie osoby młode – często mające plany prokreacyjne i zawodowe. Omówienie kosztów społecznych i finansowych leczenia niepłodności wykracza daleko poza ramy niniejszego opracowania. Koszty związane z absencją zawodową są również znaczne. Przykładowo w Wielkiej Brytanii wskazano, że znaczna większość objawowych kobiet z endometriozą traci średnio 5,3 dnia pracy w miesiącu z powodu jej objawów (Hummelshoj i in., 2006). W zależności od systemu ubezpieczeń społecznych wiąże się to z bezpośrednią utratą dochodu lub kosztami poniesionymi pośrednio przez społeczeństwo. Zmniejsza się również konkurencyjność poszczególnych chorych na rynku pracy, co redukuje szanse na samorealizację i karierę zawodową.

Pomimo istotnej wagi skutecznego leczenia endometriozy dla gospodarki narodowej, wdrożenie efektywnego leczenia endometriozy napotyka niestety również liczne przeszkody systemowe. W chwili obecnej struktura opieki zdrowotnej nie dysponuje racjonalnym mechanizmem refundowania leczenia ze środków publicznych i odpowiadającym realnym kosztom sposobem wyceny świadczeń medycznych dla pacjentek z endometriozą. Wieloaspektowy charakter endometriozy, obecność licznych chorób współistniejących (Maksym i Baranowski, 2020) oraz często ograniczone realizowanie zaleceń terapeutycznych (*low compliance*) sprawiają, że nawet ambulatoryjna opieka specjalistyczna jest dużym wyzwaniem dla systemu opieki zdrowotnej. Koszty konsultacji i farmakoterapii w praktyce znacznie przewyższają koszty rutynowego nadzoru ginekologicznego nad pacjentką nieobciążoną. Dysonans pogłębia się jeszcze bardziej jeśli weźmie się pod uwagę leczenie operacyjne. Porównywalne pod kątem rozległości

i możliwych powikłań procedury ginekologii onkologicznej są obecnie wycenione na poziomie zwykle odpowiadającym realnym kosztom poniesionym przez świadczeniodawców. Ubezpieczyciel publiczny podobne procedury wykonywane u pacjentek z endometriozą z powodów nieonkologicznych, często wycenia na kilkukrotnie niższym poziomie. Powoduje to nadmierne obciążenie świadczeniodawców oraz odpływ pacjentów do ośrodków zagranicznych i poza system publicznej służby zdrowia. Niezapewnienie adekwatnego sposobu realizacji świadczeń w ramach publicznej opieki zdrowotnej, wraz z coraz szerszym praktycznym wykorzystaniem dyrektywy o transgranicznej opiece medycznej, może w dłuższej perspektywie doprowadzić do eskalacji kosztów, które i tak ostatecznie będzie musiał ponieść krajowy system finansowania opieki medycznej. Nieobecność lokalnej sieci placówek może wiązać się również z niezapewnieniem leczenia kompleksowego i odpowiedniego nadzoru pooperacyjnego „na odległość”, wobec czego potrzeby zdrowotne tej grupy pacjentek i tak nie będą odpowiednio zabezpieczone.

### Podsumowanie

Stworzenie sieci ośrodków poświęconych kompleksowemu leczeniu endometriozy jest jednym z ważnych i aktualnych wyzwań medycyny. Wielokierunkowe wysiłki skoncentrowane na zapewnieniu leczenia endometriozy na najwyższym poziomie są istotne dla zdrowia dużej części populacji. Optymalizacja efektów leczenia pozwala ostatecznie na poprawę jakości życia pacjentek i uniknięcie bezpośrednich i pośrednich kosztów związanych z endometriozą. Dopasowanie leczenia do potrzeb pacjentek pozwala na najbardziej efektywne osiągnięcie celów związanych z redukcją dolegliwości bólowych i poprawy płodności. Referencyjne ośrodki leczenia endometriozy to uznane rozwiązanie mające na celu osiągnięcie wysokich standardów leczenia.

### Bibliografia:

- Adamson, G.D., Pasta D.J. (2010). Endometriosis fertility index: the new, validated endometriosis staging system. *Fertility and Sterility*, 94 (5), 1609-15. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.09.035>.
- D'Hooghe, T., Debrock S. (2003). Future directions in endometriosis research, *Obstetric Gynecology Clinical North America*, 30, 221-244. doi: 10.1016/s0889-8545(02)00063-3.
- D'Hooghe, T., Hummelshoj L. (2006). Multi-disciplinary centres/networks of excellence for endometriosis management and research: a proposal, *Human Reproduction*, 1-6. <https://doi.org/10.1093/humrep/del123>.
- Dunselman, G.A., Vermeulen, N., Becker, C., Calhaz-Jorge, C., D'Hooghe, T., De Bie, B., Heikinheimo, O., Horne, A.W., Kiesel, L., Nap, A., Prentice, A., Saridogan, E.,

- Soriano, D., Nelen, Wm .(2014). European Society of Human Reproduction and Embryology. ESHRE guideline: management of women with endometriosis, *Human Reproduction*, 29 (3), 400-12. <https://doi.org/10.1093/humrep/det457>.
- Ebert, A.D., Ulrich, U., Keckstein J., Müller, M., Schindler, A.E., Sillem, M., Tinneberg H.R., De Wilde R.L., Schweppe K.W.; Endometriosis Research Foundation, and the European Endometriosis League. (2013). Implementation of certified endometriosis centers: 5-year experience in German-speaking Europe, *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 76 (1), 4-9. <https://doi.org/10.1159/000346457>.
- Ferrari, F., Forte S., Sbalzer, N., Zizioli, V., Mauri, M., Maggi, C., Sartori, E., Odicino, F. (2020). Validation of an enhanced recovery after surgery protocol in gynecological surgery: an Italian randomized study. *American Journal Obstetrics and Gynecology*, 8:S0002-9378(20)30720-1. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.07.003>.
- Filipecka-Tyczka, D., Kajdy, A., Siekierski B.P., Stańczyk, M., Rogowski, A., Rabijewski M., Maksym, R.B. (2020). Deep infiltrating endometriosis as a cause of severe urogynecological complications despite invasive treatment – report of two cases from the center for endometriosis surgery, *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*, zaakceptowane do publikacji.
- Filipecka-Tyczka, D., Maksym, R.B., Kajurek, K., Rogowski, A., Rabijewski, M. (2019) Endometrioza głęboko naciekająca – jak ją rozpoznać? *Ginekologia po Dyplomie*, 21 (2), 60-65.
- Koninckx, P.R., Ussia, A. (2010). “Centers of excellence in endometriosis surgery” or “centers of excellence in endometriosis”, *Gynecological Surgery*, 7, 109–111. <https://doi.org/10.1007/s10397-009-0549-4>.
- Hummelshoj, L., Prentice, A., Groothuis, P. (2006). Update on endometriosis, *Womens Health*, 2, 53–56. <https://doi.org/10.2217/17455057.2.1.53>.
- Johnson, N.P., Hummelshoj, L., World Endometriosis Society Montpellier Consortium. (2013). Consensus on current management of endometriosis. *Human Reproduction*, 28 (6), 1552-68. <https://doi.org/10.1093/humrep/det050>.
- Maksym, R.B, Baranowski, W. (2020). Etiopatogeneza endometriozy – geny czy środowisko? (w:) W. Baranowski (red.), *Standardy diagnostyki i leczenia endometriozy - Monografia Ginekologia po Dyplomie*, 5-10, Warszawa: Medical Tribune Polska.
- Maksym R.B., Skibińska, M. (2019), Diagnostyka niepłodności kobiecej w oparciu o międzynarodowe wytyczne, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 3 (39), 30-43. <https://doi.org/10.34766/fetr.v3i39.118>.
- Stępniewska, A., Biela, M., Ceccaroni M. (2020). Organizacja opieki nad pacjentkami z endometriozą – rola ośrodka referencyjnego, (w:) W. Baranowski, (red.), *Standardy diagnostyki i leczenia endometriozy - Monografia Ginekologia po Dyplomie*, 46-60, Warszawa: Medical Tribune Polska.