

v reprodukčním období, tedy více jak 200 milionů žen (1).

Mezi rizikové faktory patří zejména časný nástup menstruace, krátký menstruační cyklus a vzrůstající průměrný věk primigravid – více jak 30 let (2, 3).

Endometrióza má značný **socioekonomický dopad**. Chronické bolesti a únava vedou ke **snížení kvality života**, absencím v práci či ve škole a psychickým obtížím – deprese, úzkosti (1). Pacientky s endometriózou často trpí sníženou produktivitou – odhaduje se, že průměrná pacientka ztratí kvůli symptomům až 6,5 hodiny práce týdně (tzv. presenteeism) (4). **Ekonomické náklady** na léčbu a péči jsou srovnatelné s jinými chronickými onemocněními: např. v USA činí přímé náklady (léčba, operace, léky) průměrně 12 000 \$ na pacientku ročně a nepřímé náklady (ztracená produktivita) dosahují dalších cca 16 000 \$ ročně (4). Celospolečenský dopad endometriózy je tedy významný a odůvodňuje snahy o včasnou diagnostiku a účinnou léčbu.

## Způsoby léčby

Léčbu endometriózy můžeme rozdělit na **konzervativní, operační a alternativní** (2). Konzervativní léčba zahrnuje především farmakoterapii – podávání léků tlumících bolest a potlačujících aktivitu endometriotických ložisek. Cílem je zmírnění symptomů (především bolesti) a zástava progresu onemocnění pomocí hormonálního ovlivnění cyklu (5). Naproti tomu chirurgická (operační) léčba spočívá v odstranění nebo zničení ložisek endometriózy, srůstů a obnovení normální anatomie – nejčastěji laparoskopicky. Chirurgický přístup může být konzervativní (odstranění ložisek při zachování dělohy a vaječníků), nebo radikální (hysterektomie s odstraněním vaječníků u žen, které již neplánují graviditu, jako definitivní řešení těžké endometriózy). Alternativní, či podpůrné metody zahrnují nefarmakologické přístupy ke zmírnění obtíží – například fyzioterapii pánevního dna, jógu, akupunkturu či celkový holistický režim (dietní, pohybová a psychologická opatření). Tyto metody samy o sobě endometriózu nevyčlejí, mohou však pomoci zlepšit kvalitu života a zvládnutí chronické bolesti.

## Indikace ke konzervativní léčbě

Volba mezi konzervativní (farmakologickou) a chirurgickou terapií závisí na závažnosti obtíží, přáních pacientky (např. plánování těhotenství) a nálezu onemocnění. **Konzervativní léčba** je obvykle **první volbou** u žen s **mírnými až středně těžkými symptomy**, zejména pokud aktuálně neplánují těhotenství. Medikamentózní léčba dokáže u většiny patientek účinně tlumit pánevní bolest a dysmenoreu a je méně invazivní než operace, proto je preferována, pokud to klinická situace dovoluje (6). **Chirurgický zákrok** je vyhrazen spíše pro případy, kdy konzervativní postup vyčerpá své možnosti (přetrvávající silná bolest navzdory léčbě) nebo **v komplikovaných stavech** – např. přítomnost velkých endometriomů, obstrukce orgánů či podezření na hlubokou infiltrující endometriózu postihující střevo či močovody. Zvláštní situací je sterilita: u žen, které mají problémy s otěhotněním a je u nich prokázána endometrióza, může chirurgické odstranění ložisek zvýšit šanci na početí (6). Naopak u žen, které sice plánují v budoucnu těhotenství, ale aktuálně se snaží řešit především bolest, je výhodné zahájit léčbu konzervativně – tlumit symptomy farmaky a oddálit operaci do doby, kdy bude buď nezbytná, nebo až žena dokončí reprodukční plány. Konzervativní přístup je také vhodný u mladších patientek a dospívajících, u nichž chceme zabránit opakovaným chirurgickým zákrokům a možným komplikacím (jako jsou srůsty či snížení ovariální rezervy). Celkově platí, **že léčba má být individualizovaná** – zohledňuje symptomy, věk, reprodukční záměry a preference pacientky. Pokud konzervativní terapie zajistí přijatelnou kvalitu života, není nutné s operací spěchat. Na druhé straně při neúspěchu farmakoterapie či u závažných případech je indikováno odeslání k chirurgickému řešení.

## Možnosti konzervativní léčby

Konzervativní (farmakologická) léčba endometriózy zahrnuje **symptomatickou léčbu analgetiky a hormonální terapii** cílenou na potlačení menstruačního cyklu a ektopické endometriální tkáně. Hlavní skupiny používaných léčiv jsou (5):

- **Analgetika** – zejména nesteroidní anti-revmatika/antiflogistika (NSAIDs) k úlevě od bolesti.
- **Kombinovaná hormonální antikoncepce** (estrogen-gestagení) – v kontinuálním režimu.
- **Gestageny (progestiny)** – samotné progesteronové preparáty v různých formách (perorální, injekční, nitroděložní).
- **Analoga gonadoliberinu (GnRH agonisté)** – léky navozující hypoestrinní stav podobný menopauze.
- **Antagonisté gonadoliberinu (GnRH)** – novější léky blokující GnRH receptory, s podobným účinkem jako agonisté, avšak bez počáteční stimulace.

Tyto možnosti lze vzájemně kombinovat (např. analgetika s hormonální léčbou). Volba konkrétní terapie závisí na intenzitě bolesti, kontraindikacích, toleranci a cílech pacientky (především ohledně fertility). Konzervativní léčba nevede k vyléčení, ale k potlačení symptomů u aktivity choroby.

## Analgetika

**Analgetika**, hlavně **nesteroidní antiflogistika – NSAIDs (2)**, jsou základním lékem k **úlevě od menstruační bolesti** a pánevní bolesti spojené s endometriózou. NSAIDs snižují syntézu prostaglandinů inhibicí cyklooxygenázy, čímž tlumí zánět a děložní kontrakce odpovědné za bolest. U dysmenorey se doporučuje zahájit užívání NSAIDs několik dní před očekávanou menstruací, aby se zablokovala nadměrná tvorba prostaglandinů dříve než bolest nastoupí. Nejčastěji se podává ibuprofen, diklofenak, nimesulid, či naproxen během menses. Pokud jedno NSAID nezabírá, lze vyzkoušet jiné, protože individuální odpověď se liší (7).

**NSAIDs** jsou indikovány u mírných forem endometriózy a jako doplněk k hormonální léčbě téměř u všech patientek pro zvládnutí průlomové bolesti (7). Jsou také jedinou farmakologickou možností u žen, které chtějí otěhotnět, protože neovlivňují ovulaci ani plodnost. V těchto případech se analgetiky (případně v kombinaci s dalšími podpůrnými metodami) tlumí bolest, zatímco pacientka zkouší otěhotnět přirozeně. Limitací dlouhodobého užívání NSAID jsou možné nežádoucí