

Endometriose

informatie voor patiënten

INLEIDING	3
WAT IS ENDOMETRIOSE?	4
HOE ONTSTAAT ENDOMETRIOSE?	5
WAAR KOMT ENDOMETRIOSE VOOR?	6
GRAAD VAN ENDOMETRIOSE	7
KLACHTEN	8
ONDERZOEKEN EN DIAGNOSE	9
BEHANDELING VAN ENDOMETRIOSE	12
VOORBEREIDING OP DE OPERATIE	14
Hormonale onderdrukking	
Voorbereiding van de darm	
OPERATIE	16
Laparoscopie	
Voordelen van het gebruik van een CO ₂ -laser bij laparoscopische endometriosechirurgie	
Multidisciplinair chirurgisch team	
Stoma?	
HET VERLOOP NA DE OPERATIE	19
Zwangerschapswens	
Opnieuw optreden van endometriose voorkomen	
HET LEUVENS UNIVERSITAIR ENDOMETRIOSECENTRUM	21
VEELGESTELDE VRAGEN	25
CONTACTGEGEVENS	28

In deze brochure krijgt u onder meer informatie over wat endometriose precies is, hoe dit ontstaat, wat de klachten zijn en hoe endometriose kan behandeld worden.

Mocht u na het lezen van de brochure nog vragen hebben, aarzel dan niet om ons te contacteren. De artsen en vroedvrouwen van het Leuvens universitair endometriosecentrum zijn graag bereid om meer uitleg te geven.

WAT IS ENDOMETRIOSE?

Endometriose is een gynaecologische aandoening waarbij cellen van het baarmoederslijmvlies (endometrium), die normaal de binnenkant van de baarmoeder bekleden, ook buiten de baarmoeder voorkomen, meestal in de buikholte, op het buikvlies en de organen in het bekken.

Naar schatting zou ongeveer één vrouw op de tien tussen 15 en 50 jaar in meerdere of mindere mate aan endometriose lijden. Vroegtijdige herkenning en diagnose is heel belangrijk voor een goede behandeling en het behouden van de vruchtbaarheid.

Vrouwen met endometriose kunnen buikpijn hebben tijdens de menstruatie, maar ook tijdens het vrijen, bij het urineren en het ontlasten.

Endometriose kan, als het niet behandeld wordt, ook leiden tot onvruchtbaarheid.



normale buikholte met baarmoeder, eierstokken, eileiders



endometrioseletsels op de eierstok

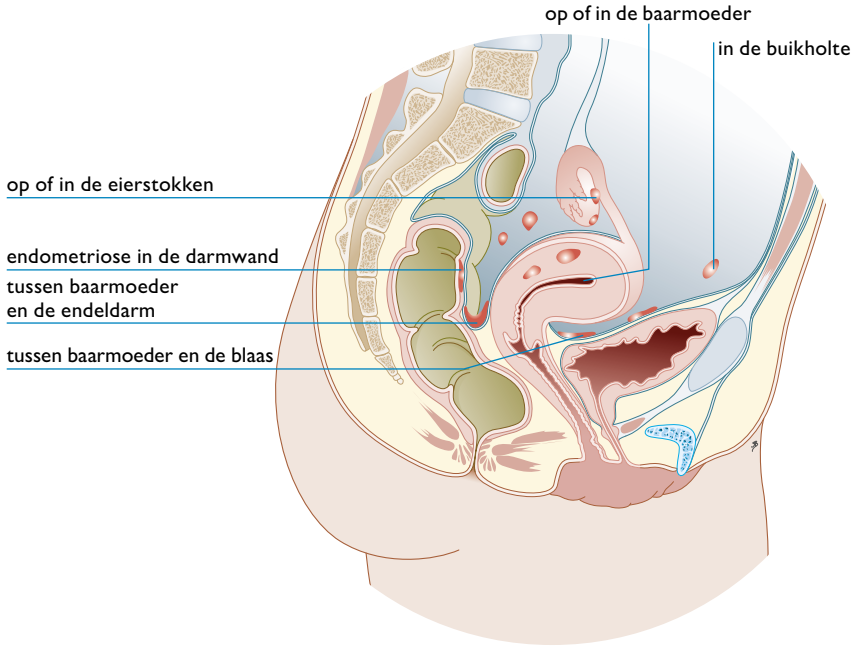
HOE ONTSTAAT ENDOMETRIOSE?

Endometriose is een oestrogeenafhankelijke ziekte. Het ontstaan ervan is tot nu toe nog niet helemaal duidelijk, er bestaan verschillende mogelijke theorieën hierover.

Een daarvan beschrijft dat door retrograde menstruatie het bloed tijdens de menstruatie het lichaam niet enkel via de baarmoedershal verlaat, maar ook in de buikholte terechtkomt via de eileiders. Waarschijnlijk worden enkele cellen baarmoederslijmvlies niet opgeruimd door het immuunsysteem en planten ze zich in de buikholte in, waardoor een endometriosehaard ontstaat.

Waarom sommige vrouwen endometriose krijgen en andere vrouwen niet, is niet duidelijk. Genetische factoren en/of omgevingsfactoren zouden een rol kunnen spelen.

WAAR KOMT ENDOMETRIOSE VOOR?



Endometriose vinden we meestal terug in het kleine bekken: dit kan dan zowel op de buitenkant van de baarmoeder zijn, als op de eileiders, de eierstokken, de darmen, de blaas, de urineleiders of op het buikvlies. Er kunnen ook endometrioseletsels worden aangetroffen ter hoogte van de navel of op de buikzijde van het middenrif.

Endometriose heeft drie verschijningsvormen:

1. **Oppervlakkige endometriose:** geïsoleerde vlakke zones op het buikvlies
2. **Diep infiltrerende endometriose:** 'knobbels' (noduli) die kunnen ingroeien in omgevende organen zoals de blaas, de urinewegen, de darm en zelfs doorheen de wand van de vagina
3. **Endometriosecysten of endometrioma's:** cysten in de eierstok of tussen de eierstok en de bekkenwand

GRAAD VAN ENDOMETRIOSE

We gebruiken vier graden om de ernst van de endometriose te bepalen.

- **Graad I (minimaal):** < 3 cm² totale oppervlakte (oppervlakkige endometriose)
- **Graad II (mild):** > 3 cm² totale oppervlakte (oppervlakkige endometriose)
- **Graad III (matig):** één eierstok met endometriosecysten (soms in combinatie met oppervlakkige endometriose ter hoogte van het buikvlies)
- **Graad IV (ernstig):** elk van de twee eierstokken is aange-tast door endometriosecysten of er is diep infiltrerende endometriose aanwezig (soms in combinatie met oppervlakkige endometriose ter hoogte van het buikvlies)

KLACHTEN

Baarmoederslijmvliescellen kunnen overal in het kleine bekken voorkomen. Soms zijn het vlekjes op de organen, maar de cellen kunnen ook in de wand van de omliggende organen ingroeien. Tijdens de menstruatie zullen de weefselfragmentjes die door deze cellen worden gevormd ook bloeden en dit veroorzaakt een ontstekingsreactie. Zo ontstaan vergroeiingen. Deze ontstekingsreactie door het bloeden van de endometrioseletsels kan voor hevige pijn zorgen, meestal dus rond de periode van de menstruatie.

De pijn die endometriose kan veroorzaken, is hevige menstruatiepijn, pijn bij het plassen en stoelgang maken (vooral tijdens de menstruatie), pijn bij seksuele betrekkingen, chronische onderbuikpijn en uitgesproken vermoeidheid. De impact van de pijn op de levenskwaliteit kan groot zijn.

Opgelet: er zijn patiënten met ernstige endometriose die helemaal geen pijnklachten hebben, maar er zijn ook patiënten met minimale of milde endometriose die ernstige pijnklachten vertonen zodat zij zelfs niet meer normaal kunnen functioneren. Er is, met andere woorden, niet altijd een rechtstreeks verband tussen de uitgebreidheid van de endometriose en de ernst van de pijnklachten.

ONDERZOEKEN EN DIAGNOSE

Endometriose kan pas definitief vastgesteld worden tijdens een kijkbuisoperatie of laparoscopie. Aan de hand van verschillende onderzoeken kan wel al een duidelijk beeld verkregen worden van waar de endometriose zich bevindt en de uitgebreidheid ervan.

De eerste raadpleging biedt ruimte voor een uitgebreid gesprek. Ter voorbereiding van die eerste raadpleging moet u thuis een vragenlijst invullen. Tijdens het gesprek stelt de gespecialiseerde vroedvrouw of gynaecoloog gerichte vragen om zich een duidelijk beeld te kunnen vormen van de situatie.

Bij (een vermoeden van) endometriose plannen we een of meerdere van de volgende standaardonderzoeken. De onderzoeksfase zal meerdere maanden in beslag nemen.



- **Gynaecologische echografie**

Dit onderzoek toont doorsneden van het vrouwelijk bekken met behulp van geluidsgolven en geeft een gedetailleerd beeld van de baarmoeder en de eierstokken. Met een inwendige vaginale echografie kunnen endometrioseknobbels en endometriosecysten worden gezien. Om de mogelijke ingroei van endometriose in de blaas na te gaan, is het belangrijk dat uw blaas voldoende gevuld is op het moment van de echografie.

- **MRI**

Dit is een scan van het bekken met behulp van magneetgolven. Ook hier worden beelden van doorsneden van het vrouwelijk bekken gemaakt en kunnen endometrioseknobbels en endometriosecysten worden gezien.

Mogelijk moet u ter voorbereiding van dit onderzoek een aantal dagen een dieet volgen waardoor de productie van stoelgang sterk vermindert.

De avond voor het onderzoek moet u ook een soort lavement drinken zodat de darmen 'leeg' zijn.

Bij dit onderzoek wordt een infuus geplaatst waarbij een contrastvloeistof wordt ingespoten. Ook wordt er echogel vaginaal toegediend en wordt er anaal lauw water toegediend. Dit om endometrioseletsels die ingroeien in de wand van de vagina of de darm duidelijker in beeld te brengen.

Wanneer bovenstaande onderzoeken geen uitsluitsel geven, worden er bijkomende onderzoeken ingepland.

- **Radiografie van de dikke darm**

Om meer gedetailleerde informatie te krijgen over de ingroei van endometriose in de wand van het stuk van de dikke darm dat zich in het bekken bevindt, wordt een radiografie van de dikke darm uitgevoerd met behulp van contraststof. Ter voorbereiding van dit onderzoek moet u een aantal dagen een dieet volgen waardoor de productie van stoelgang sterk vermindert. De avond voor het onderzoek moet u ook een soort lavement drinken zodat de darmen 'leeg' zijn.

- **Radiografie van nieren en urinewegen**

Om meer gedetailleerde informatie te krijgen over de impact van endometriose op de urinewegen, wordt een radiografie van nieren en urinewegen uitgevoerd. Bij dit onderzoek wordt een infuus geplaatst waarbij een contrastvloeistof wordt ingespoten. Op het ogenblik dat deze contraststof wordt uitgescheiden via de nieren en de urinewegen naar de blaas, kunnen de urinewegen met X-stralen worden gefotografeerd.

BEHANDELING VAN ENDOMETRIOSE

Na het in kaart brengen van de uitgebreidheid van de endometriose zal de gynaecoloog-endometriosechirurg de resultaten van de onderzoeken met u overlopen.

HORMONALE THERAPIE

Endometriose is voor zijn ontwikkeling afhankelijk van oestrogeen, het vrouwelijk hormoon dat door de eierstokken wordt aangemaakt. Door de werking van de eierstokken stil te leggen, kan men de oestrogeenconcentratie doen dalen én bijgevolg de endometriose 'drogen'. De ontstekingsreactie rond de endometriosehaarden in de buik vermindert of verdwijnt en daarmee zal ook de pijn duidelijk verminderen (of verdwijnen).

Bij inname van producten om de eierstokken stil te leggen, treedt er echter geen eisprong meer op en kunt u dus niet zwanger worden. Wanneer u stopt met de hormonale medicatie, hernemen de eierstokken hun normale functie.

- een gewone **anticonceptiepil** onderdrukt de menstruele cyclus
- een **pil met alleen progesteron**: een hormoon dat ook geproduceerd wordt door het lichaam van de vrouw maar dat, als het dagelijks wordt toegediend, de werking van de eierstok stilligt, net zoals een gewone anticonceptiepil
- een **hormoonspiraal met het gebruik van een anticonceptiepil**: de combinatie hiervan onderdrukt de werking van de eierstokken en zorgt ervoor dat de baarmoeder niet meer bloedt.
- **maandelijkse injecties** die u in een soort van kunstmatige menopauze brengen voor de duur van de injecties

Als u reeds meerdere endometriose-ingrepen onderging, wordt in kader van symptoomtherapie zoals pijnbestrijding gestart met hormonale therapie. Daarvoor werken we samen met een gynaecoloog-endocrinoloog om een zo goed mogelijk hormonaal evenwicht te vinden. Redo-chirurgie geeft immers geen zekerheid op een verbetering van de pijnklachten.

HEELKUNDIGE INGREEP

Het operatief verwijderen van endometriosehaarden in de buikholte gebeurt met een kijkbuisoperatie of laparoscopie, via een CO₂-laser en – als de endometriose uitbreidt naar de wand van darm, urinewegen of blaas – door een multidisciplinair chirurgisch team. De operatie zal plaatsvinden op een moment waarop de chirurgen die gespecialiseerd zijn in de organen die door de endometriose zijn aangetast, aanwezig zijn. Zo kan tijdens eenzelfde ingreep alle endometriose volledig verwijderd worden.



Op basis van de resultaten van de onderzoeken zal de arts de uitbreidheid van de operatie bepalen. De graad van de endometriose bepaalt de duur van uw ziekenhuisopname en de tijd die nodig zal zijn om na de operatie volledig te herstellen.

VOORBEREIDING OP DE OPERATIE

Als u een uitgebreide endometriose-ingreep moet ondergaan is een grondige voorbereiding nodig.

HORMONALE ONDERDRUKKING

Als voorbereiding op de operatie wordt u gevraagd om medicatie te nemen om de cyclus stil te leggen. Het vrouwelijk hormoon dat door de eierstokken geproduceerd wordt, stimuleert immers de endometriose. Het is technisch eenvoudiger om de aanwezige endometriose volledig te verwijderen wanneer de endometriose op voorhand 'gedroogd' is door het stilleggen van de menstruele cyclus, met andere woorden door ervoor te zorgen dat de eierstokken 'in rust' gebracht worden.

Bij een vermoeden van minimale tot milde endometriose zal het innemen van een anticonceptiepil voldoende zijn ter voorbereiding van uw ingreep.

Als de endometriosechirurg verwacht dat u matige tot ernstige endometriose hebt, wordt u gevraagd om in de drie maanden voor de operatie maandelijks injecties te laten inspuiten door uw huisarts zodat de buik 'zo droog mogelijk is'. Deze injecties brengen de eierstokken tijdelijk in rust en veroorzaken dus een 'kunstmatige menopauze'. Het is mogelijk dat u dan typische menopauzeklachten, zoals bijvoorbeeld nachtelijk zweten, of warmteopwellingen krijgt. Om deze klachten, te wijten aan de injecties, zo goed mogelijk op te vangen, krijgt u tabletten voorgeschreven die u kunt innemen zolang u de injecties toegediend krijgt.

VOORBEREIDING VAN DE DARM

U wordt gevraagd om een vijftal dagen vóór de geplande operatie een dieet te volgen dat ervoor zorgt dat u zo weinig mogelijk stoelgang produceert. Bovendien wordt u de dag vóór de operatie tegen de middag op de hospitalisatie-eenheid verwacht waar u een product moet drinken om uw darmen te reinigen.

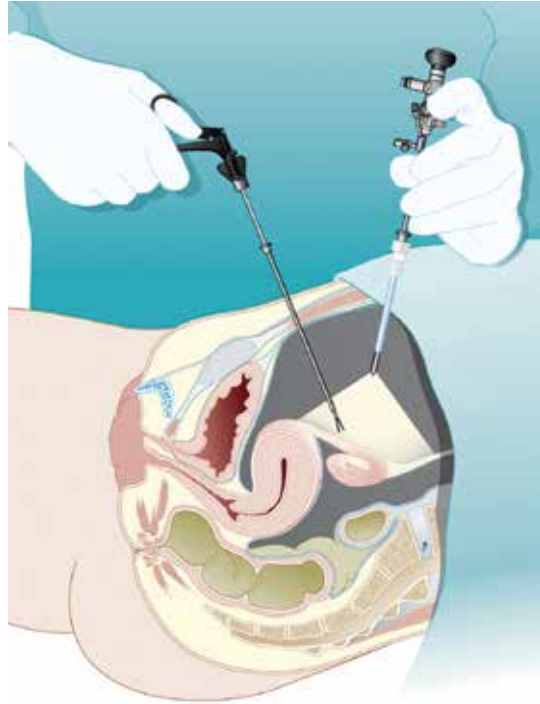
De dikdarm moet helemaal geledigd zijn door middel van een dieet en laxatieven. Darmen nemen immers in de buikholte heel wat plaats in. Als de endometriose ook nog ingroeit in de wand van de darm en de endometriosechirurg verwijdert deze endometriose, kan het gebeuren dat de darm wordt geopend. De darmchirurg zal vervolgens het stukje 'aangetaste' darm verwijderen en de darm opnieuw herstellen. Het is dus noodzakelijk dat er weinig of geen stoelgang aanwezig is in de darm.

OPERATIE

LAPAROSCOPIE

Bij een laparoscopie of kijkbuis-operatie wordt via de navel een kijkbuis aangebracht in de buikholte om de gynaecologische organen in het bekken te evalueren.

Als het beeld van het bekken afwijkt van de normale anatomie wordt, met behulp van de CO₂-laser, het abnormale weefsel uitgesneden om, in de mate van het mogelijke, de normale anatomie te herstellen.



VOORDELEN VAN HET GEBRUIK VAN EEN CO₂-LASER BIJ LAPAROSCOPISCHE ENDOMETRIOSECHIRURGIE

Een CO₂-laser produceert een energiestraal. Als die straal op een cel wordt gericht, gaat al het water uit die cel bijna onmiddellijk over naar damp. Damp heeft een groter volume dan water waardoor de cel 'openbarst' of 'verdampt'.

De energiestraal zelf wordt heel precies herleid tot een uiterst fijne straal. We kunnen dus als het ware enkele cellen 'verdampen' terwijl de omringende cellen hiervan zelfs geen weet hebben. Op die manier kan gezond van aangetast weefsel worden gescheiden, waarna het door endometriose aangetaste weefsel kan 'afgepeld' en volledig verwijderd worden.

MULTIDISCIPLINAIR CHIRURGISCH TEAM

Omdat endometriose ook de wand van de darm, de urinewegen en de blaas kan aantasten, wordt deze operatie bij uitgebreide vormen van endometriose uitgevoerd door een multidisciplinair chirurgisch team.

- ✓ Centraal staat een gynaecoloog die als taak heeft om alle endometrioseletsels te verwijderen en de normale anatomie van de voortplantingsorganen in het kleine bekken, in de mate van het mogelijke, te herstellen.
- ✓ Bij letsels op de darm wordt de gynaecoloog bijgestaan door een darmchirurg en bij letsels op de blaas of de urinewegen door een uroloog, beiden getraind in laparoscopische chirurgie.
- ✓ De anesthesist staat in voor de verdoving.
- ✓ Bij vermoeden van endometriose op het middenrif en/of de longvliezen zal een thoraxchirurg (een chirurg gespecialiseerd in operaties van de borstkast) in een aparte operatie de diagnose stellen én de endometriosehaarden verwijderen.



Door de samenwerking van chirurgen uit verschillende disciplines, kan uitgebreide endometriose radicaal verwijderd worden. Dit met een minimale kans op complicaties tijdens/na de operatie, een minimale kans op herval en met een maximale kans op het herstel van de vruchtbaarheid. Door het maximaal wegnemen van de endometriosehaarden wordt de pijn die ze eventueel veroorzaken, verminderd en dit zorgt voor een optimale postoperatieve levenskwaliteit.

STOMA?

Het gebeurt dat de darmchirurg, nadat hij een door endometriose aangetast stuk darm heeft verwijderd en de darm opnieuw helemaal heeft hersteld, van oordeel is dat hij dit stukje darm beter tijdelijk volledige rust gunt zodat het vlot kan genezen. Na 6 tot 12 weken wordt deze (tijdelijke) stoma vervolgens langs buiten gesloten zonder dat de chirurg in de buikholte komt.

HET VERLOOP NA DE OPERATIE

Na de ingreep blijft u in het ziekenhuis tot op het ogenblik dat uw behandelende arts, in samenspraak met u, van mening is dat u gerust thuis verder kunt herstellen.

Enkele weken na de operatie wordt een consultatie vastgelegd om het verder verloop met u verder te bespreken.

ZWANGERSCHAPSWENS

De aanwezigheid van endometriose verlaagt de zwangerschapskans. Door het operatief verwijderen van alle endometriose zullen uw kansen op een zwangerschap vergroten.

De endometriosechirurg zal na de operatie met u bespreken hoe hoog uw kans is op een spontane zwangerschap en ook aangeven of een vruchtbaarheidsbehandeling aangewezen is en welke vruchtbaarheidsbehandeling u dan het beste krijgt.

OPNIEUW OPTREDEN VAN ENDOMETRIOSE VOORKOMEN

Als u na een (uitgebreide) laparoscopie voor het verwijderen van endometriose niet onmiddellijk of helemaal niet meer wilt zwanger worden, is het verstandig om uw menstruatie zo weinig mogelijk te laten doorkomen. Dit gebeurt door hormonale medicatie: de inname van een anticonceptiepil, het plaatsen van een hormoonspiraal of een combinatie van beiden. Deze medicatie kan stopgezet worden van zodra u in de menopauze bent.

Als u een gewone anticonceptiepil wordt voorgeschreven, krijgt u het advies om deze pil continu in te nemen. Als het niet mogelijk is om de pil door te nemen zonder bloedingen te krijgen, stopt u vijf dagen met de pil om dan opnieuw te herstarten.

Eventueel kan een anticonceptiepil gecombineerd worden met een hormoonspiraal. De combinatie van een hormoonspiraal en anticonceptiepil onderdrukt de werking van de eierstokken en zorgt ervoor dat de baarmoeder niet meer bloedt.

Daar waar een anticonceptiepil zowel oestrogeen als progesteron bevat, kan een pil bestaande uit progesteron alleen, natuurlijk ook. Deze pil moet dagelijks ingenomen worden op hetzelfde moment van de dag en dit zonder onderbrekingen.

HET LEUVENS UNIVERSITAIR ENDOMETRIOSECENTRUM

Via een hysteroscopie (kijken met een kijkbuis in de baarmoederholte) en een laparoscopie (kijken met een kijkbuis in de buikholte) worden de baarmoederholte en de voortplantingsorganen in het bekken nagekeken op afwijkingen die de vruchtbaarheid zouden kunnen verstoren. Via een operatieve hysteroscopie en een operatieve laparoscopie wordt de normale anatomie in de mate van het mogelijke hersteld om zo de spontane zwangerschapskans en de zwangerschapskans bij vruchtbaarheidsbehandelingen te optimaliseren.

Omdat bij meer dan de helft van de patiënten bij wie een laparoscopie werd uitgevoerd om de bekkenorganen te beoordelen omwille van vruchtbaarheidsproblemen, endometriose werd vastgesteld, startte [prof. dr. Christel Meuleman](#) een multidisciplinaire samenwerking met een darmchirurg en een uroloog om de endometriose volledig te kunnen verwijderen met, in de mate van het mogelijke, een herstel van de normale anatomie. Het bleek immers dat bij een derde van de patiënten met endometriose, de endometriose ingroeide in de wand van de darmen, de urinewegen of de blaas. Hiermee was de ‘multidisciplinaire radicale resectie van endometriose’ geboren.

Uit het doctoraatsonderzoek van prof. dr. Christel Meuleman bleek dat deze ‘radicale’ aanpak zorgde voor een verhoogde levenskwaliteit, een sterke vermindering tot het verdwijnen van pijn, weinig complicaties tijdens en na de operatie ondanks de vaak heel uitgebreide chirurgie, een lage kans dat de endometriose terugkomt en een hoge spontane zwangerschapskans (op voorwaarde dat er minstens één werkende eileider aanwezig is, een regelmatige cyclus met eisprong én aanvaardbare spermakwaliteit).

Intussen werd het multidisciplinair chirurgisch team uitgebreid met een tweede endometriosechirurg, [prof. dr. Carla Tomassetti](#). Voor haar doctoraatsproject onderzocht zij de vruchtbaarheid bij endometriosepatiënten.

De 'Endometriosis Fertility Index' (EFI) is een nieuw scoresysteem van 0 tot 10 punten. De score wordt berekend aan het einde van een chirurgische behandeling van endometrioseletsels, en voorspelt de kansen op zwangerschap zonder het gebruik van een ivf-behandeling.

Uit haar doctoraatsonderzoek bleek dat de voorspelde kansen op zwangerschap door het toekennen van de EFI-score betrouwbaar is voor klinisch gebruik.



prof. dr. Carla Tomassetti, prof. dr. Christel Meuleman en dr. Celine Bafort

Inseminatiebehandeling is een vruchtbaarheidsbehandeling die vaak gebruikt wordt bij vrouwen met mildere vormen van endometriose, hoewel het nut niet onomstotelijk aangetoond is. Onderzoek toont aan dat snel starten van een inseminatiebehandeling geen voordeel geeft op de zwangerschapskansen. Daarom durven we besluiten dat een chirurgische behandeling bij vrouwen met een hoge EFI-score in eerste instantie voldoende is.

Een ivf/icsi-behandeling is een ander type vruchtbaarheidsbehandeling die een onderdeel vormt van de aanpak van onvruchtbaarheid bij endometriose, vooral bij de meer uitgebreide vormen of bij aangetaste eileiders. We vermoeden ook dat voorafgaande chirurgische behandeling de ivf/icsi-kansen kan verbeteren.

Het endometriosecentrum hecht veel belang aan vernieuwende technieken en verbetering van de patiëntenzorg met een sterke wetenschappelijke onderbouwing. We ondersteunen dan ook wetenschappelijk onderzoek dat op termijn meer inzicht en mogelijk voordelen kan bieden voor jonge vrouwen met de diagnose van endometriose met (in de toekomst) mogelijk een kinderwens.

Dr. Celine Bafort zet het onderzoek binnen het multidisciplinair team verder met studies die zich richten op de diagnose van endometriose door middel van echografie en chirurgische studies waarbij de nadruk ligt op functionele uitkomsten postoperatief (levenskwiteit, evolutie van pijnklachten, darm/blaasfunctie, ovariële functie, zwangerschapskansen, herval ...). Door middel van die studies willen we bestaande (diagnostische en chirurgische) technieken evalueren en vervolgens een wetenschappelijk onderbouwd stappenplan ontwikkelen voor de chirurgische behandeling van verschillende types van endometriose.

Naast gynaecologen die gespecialiseerd zijn in laparoscopische vruchtbaarheidschirurgie, bestaat het multidisciplinair endometrioseteam dus uit darmchirurgen en urologen, die allen getraind zijn in het uitvoeren van laparoscopische operaties. Een thoraxchirurg legt zich toe op het chirurgisch behandelen van endometrioseletsels op het middenrif en de longvliezen.

Radiologen focussen zich op het visualiseren van de endometriose via X-stralen en magneetgolven. Het team heeft ook specialisten in gynaecologische echografie voor endometriose.

Vroedvrouwen, speciaal opgeleid in deze aandoening, informeren de patiënten. Onze casemanager bewaakt het vlot doorstromen van de patiënten tijdens de consultatie vanaf het moment van aanmelding via de website. Ze is de aanspreekpersoon van het endometriosecentrum. Tijdens de onderzoeksfase, de planning van de ingreep en de follow-up coördineert ze, samen met het endometrioseteam, uw dossier. Er zijn ook administratieve medewerkers die ervoor zorgen dat de dossiers en de verzekeringspapieren van patiënten – zeker wanneer de patiënten uit het buitenland komen – helemaal in orde zijn.

Er kan uiteraard ook een beroep gedaan worden op fertiliteitspsychologen, een psychomotorisch therapeute en op de pijnkliniek als, na het verwijderen van alle zichtbare endometriose, de patiënt toch pijn of ongemak blijft vertonen (meestal omwille van het feit dat na jaren van endometriose of na verschillende operaties het bekken ‘overgevoelig’ geworden is).



VEELGESTELDE VRAGEN

- **Wat als ik spotting of bloedverlies heb tijdens de inname van mijn anticonceptiepil?**

Wanneer u de pil langer dan één strip doorneemt, kan wat bloedverlies of bruinverlies optreden. Wanneer dit enkele dagen duurt, is het voldoende om uw pil vijf dagen niet in te nemen. Wanneer u na vijf dagen onderbreken, herstart met uw pil zou het bloedverlies moeten stoppen.
- **Wat als ik me niet goed voel bij mijn anticonceptiepil?**

Er bestaat geen pil waar iedereen zich goed bij voelt. In samenspraak met de chirurg wordt er gezocht naar een pil die het beste bij u past.

Uw lichaam moet wennen aan elke nieuwe pil die u opstart. U zult dus minstens twee strips moeten innemen om te weten hoe u zich voelt bij die pil.
- **Is er een link tussen de pijnklachten en de uitgebreidheid van de endometriose?**

Bij sommige patiënten treedt endometriose op zonder pijnklachten. Sommige patiënten hebben veel pijn met een beperkte graad van endometriose terwijl andere patiënten beperkte pijn hebben en toch erg uitgebreide endometriose hebben.
- **Kan ik op een eenpersoonskamer liggen?**

Als u de voorkeur geeft aan een éénpersoonskamer, meldt u dat tijdens de consultatie of bij de ontvangst van uw opnamebrief. Afhankelijk van de bezetting, wordt er een privékamer toegewezen.

- **Welke nevenwerkingen hebben de maandelijkse hormonale injecties?**

Soms hebben vrouwen bloedverlies na de eerste inspuiting.

Deze bloedingen kunnen hevig en pijnlijk zijn en kunnen tot een week duren. U kunt ook nevenwerkingen hebben van de kunstmatige menopauze die door de injecties wordt veroorzaakt.

Gekende nevenwerkingen zijn humeurschommelingen, hoofdpijn, vaginale droogte, nachtelijk zweten of warmteopwellingen. Hiervoor kunt u dagelijks tabletten innemen om deze bijwerkingen wat te onderdrukken.

- **Wanneer ken ik de operatiedatum?**

De operatiedatum is pas definitief wanneer u een opnamebrief per post ontvangt. U ontvangt deze een drietal maanden voor uw operatiedatum. In dit postpakket vindt u de praktische informatie over uw opname en de eventuele voorschriften van de medicatie die u ter voorbereiding van de operatie moet innemen.

- **Kan endometriose terugkomen na een ingreep?**

Het snel terugkeren van endometrioseklachten na een operatie is doorgaans te wijten aan onvolledige chirurgie.

Het ontstaan van nieuwe endometrioseletsels is helaas nooit uit te sluiten. Het risico op herval wordt verkleind door het innemen van de anticonceptiepil.

- **Is redo-chirurgie aangewezen?**

Blijven opereren is niet zinvol. De postoperatieve complicaties liggen hoger bij een heringreep.

Een radicale aanpak van de endometriose tijdens de eerste operatie is erg belangrijk.

- **Kan lifestyle-coaching helpen?**

Pijn kan een impact hebben op het dagelijks functioneren en welbevinden. Daarom is een gezonde levensstijl aan te raden zeker op het vlak van beweging en voeding. Ook kunnen therapieën zoals homeopathie, acupunctuur, kinesitherapie en ontspanningsoefeningen u helpen om te gaan met klachten en een evenwicht te vinden in uw algemeen welbevinden.

PRAKTISCHE INFORMATIE

Leuvens universitair endometriosecentrum
Leuvens universitair fertiliteitscentrum

Afspraken voor endometriosebehandeling, via de website:
www.uzleuven.be/nl/afspraak-aanvragen-endometriose

Casemanager: Julie Mellaerts
Email: endometriose@uzleuven.be
Administratieve vragen: +32 16 34 36 50

Urologie

Afspraken: +32 16 34 66 85

Abdominale heelkunde

Afspraken: +32 16 34 48 50

Thoraxchirurgie

Afspraken: +32 16 34 48 50

Interessante websites:

www.uzleuven.be/endometriose

www.uzleuven.be/kostenraming

Patiëntenverenigingen endometriose

België: EndoHome

EndoHome is een Belgische patiëntenvereniging die als doel heeft iedereen die getroffen is door endometriose te ondersteunen, raadplegen, informeren en vertegenwoordigen.

Website: www.endohome.be

E-mail: info@endometriose.be

Nederland: Endometriose Stichting

endometriose.nl

Frankrijk: EndoFrance

www.endofrance.org

Wetenschappelijke websites

endometriosis.org

endometriosisfoundation.org

© maart 2024 UZ Leuven

Overname van deze tekst en illustraties is enkel mogelijk na toestemming van de dienst communicatie UZ Leuven.

Ontwerp en realisatie

Deze tekst werd opgesteld door het Leuvens universitair fertiliteitscentrum in samenwerking met de dienst communicatie.

U vindt deze brochure ook op www.uzleuven.be/brochure/700870.

Opmerkingen of suggesties bij deze brochure kunt u bezorgen via communicatie@uzleuven.be.

Verantwoordelijke uitgever
UZ Leuven
Herestraat 49
3000 Leuven
tel. 016 33 22 11
www.uzleuven.be

 mynexuzhealth



Raadpleeg uw medisch dossier
via nexuzhealth.com
of download de app

