

# Występowanie dyspareunii u kobiet z endometriozą

The prevalence of dyspareunia in women with endometriosis

Dariusz Radomski<sup>1</sup>, Grażyna Jarząbek<sup>2</sup>, Michał Pawlaczyk<sup>2</sup>, Zbigniew Friebe<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej w Warszawie

<sup>2</sup>Klinika Ginekologii Katedry Perinatologii i Ginekologii Akademii Medycznej w Poznaniu

## Streszczenie

**Wstęp.** Dyspareunia jest jednym z częstszych zaburzeń seksualnych występujących u kobiet. Jedną z jej przyczyn może być endometrioza. Celem pracy była ocena wpływu postaci endometriozy (otrzewnowa vs. torbiel endometrioidalna jajnika) na częstość występowania dyspareunii.

**Materiał i metody.** Grupę badaną stanowiło 28 pacjentek z torbielą czekoladową bez rozsianych ognisk gruczolistości oraz 33 kobiety z rozpoznaną endometriozą otrzewnową. Grupa kontrolna składała się z 60 zdrowych ginekologicznie kobiet.

**Wyniki.** Przeprowadzona analiza wykazała 4-krotnie częstsze występowanie dyspareunii u kobiet z endometriozą w porównaniu z grupą kontrolną i towarzyszyła 5-krotnie częściej kobietom z endometriozą otrzewnową.

**Wnioski.** Diagnostyka przyczyn dyspareunii powinna obejmować również weryfikację występowania endometriozy otrzewnowej.

**Słowa kluczowe:** dyspareunia, endometrioza, zaburzenia seksualne

## Abstract

**Introduction.** Dyspareunia is one of common sexual disorders in women. One of dyspareunia causes is endometriosis. The aim of the study was to assessment influence of endometriosis type (peritoneal vs. endometrioid cysts) on the prevalence of dyspareunia.

**Material and methods.** The case group consisted of 28 women with endometrioid cysts and 33 patients with peritoneal endometriosis. The control group was 60 gynecological healthy women.

**Results.** Dyspareunia was observed 4-fold more frequent in women with endometriosis compared to healthy women. Moreover, the disease prevalence was 5-fold more frequent in women with peritoneal foci of endometriosis than in patients with endometrioid cysts.

**Conclusion.** Discerning diagnosis of dyspareunia, after rejecting other causes of the disease, should lead to peritoneal endometriosis seeking. The association between peritoneal endometriosis and dyspareunia suggests that a intercourse pain could stem from inflammatory mediators or adhesions connected with peritoneal endometriosis

**Key words:** dyspareunia, endometriosis, sexual dysfunctions

---

### Adres do korespondencji:

dr med. Dariusz Radomski  
 Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych  
 Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej w Warszawie  
 ul. Banacha 1, 02–097 Warszawa  
 Nadesłano: 15.09.2005      Przyjęto do druku: 20.12.2005

## Wstęp

Dyspareunia to dysfunkcja seksualna objawiająca się występowaniem bólów w obrębie narządu płciowego odczuwanych przed stosunkiem płciowym, podczas niego lub bezpośrednio po nim. Mimo że dolegliwość ta może występować u obydwu płci, jednak znacznie częściej spotyka się ją u kobiet. W przekrojowych badaniach epidemiologicznych wykonanych przez Danielssona i wsp. w populacji aktywnych seksualnie Szwedek wykazano, że dyspareunia występowała u 13% kobiet. Zauważono także, że dyspareunię 2-krotnie częściej zgłaszały młode kobiety (20–29 lat) w porównaniu z grupą kobiet starszych (50–60 lat) [1].

Etiopatogeneza dyspareunii jest wieloczynnikowa. Przyczynami jej występowania u kobiet mogą być zarówno dysfunkcje organiczne w obrębie narządu rodowego, jak i zaburzenia psychogenne. Do psychogennych czynników etiologicznych dyspareunii można zaliczyć: wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie, nadmierne poczucie wstydu lub winy podczas realizacji zbliżeń seksualnych, strach przed stosunkiem, a zwłaszcza przed defloracją oraz trudności w osiągnięciu zespołu gotowości płciowej. Do głównych, somatycznych przyczyn dyspareunii zalicza się: stany zapalne w obrębie narządu rodowego, pochwicę, przeculicę w obrębie warg sromowych oraz endometriozę [2].

Spośród wymienionych chorób najwięcej trudności diagnostycznych sprawia endometrioza. Dane epidemiologiczne wskazują, że występuje ona u około 10% kobiet w wieku rozrodczym [3]. W piśmiennictwie dotyczącym etiopatogenezy endometriozy mówi się o istnieniu 3 postaci gruczolistości endometriozy otrzewnowej, endometriozy przegrody odbytniczo-pochwowej oraz torbieli endometrioidalnych jajnika, które mogą się różnić mechanizmami patofizjologicznymi [4]. Różnice te mogą także dotyczyć obrazów klinicznych charakteryzujących daną postać endometriozy.

Dlatego celem pracy była ocena związku między postacią gruczolistości a częstością występowania dyspareunii. W pracy tej autorzy ograniczyli się do 2 postaci: torbieli endometrioidalnych i endometriozy otrzewnowej.

## Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 61 kobiet w wieku 23–43 lat, u których zdiagnozowano endometriozę. Wszystkie kobiety były aktywne seksualnie. U 28 pacjentek (45%) stwierdzono torbiel endometrioidalną jajnika potwierdzoną w badaniu histopatologicznym, bez ognisk zlokalizowanych poza gonadą. U pozostałych 33 pacjentek występowały ogniska endometriozy roz-

siane w jamie otrzewnej, rozpoznane makroskopowo podczas laparoskopii. Stopień zaawansowania endometriozy otrzewnowej oceniano, stosując system Acosta. W grupie tej dominowały pacjentki z łagodnym zaawansowaniem choroby.

Grupę kontrolną stanowiło 60 kobiet w wieku 23–41 lat, wybranych losowo z populacji ogólnej, które regularnie odbywały kontrolne badania ginekologiczne. Obecność endometriozy wykluczono na podstawie pogłębionego wywiadu lekarskiego oraz badania klinicznego. Wszystkie kobiety zakwalifikowane do grupy kontrolnej były aktywne seksualnie.

Informacje o występowaniu dyspareunii uzyskiwano na podstawie wywiadu lekarskiego obejmującego pytania dotyczące jakości życia seksualnego pacjentki. Do oceny związku między występowaniem endometriozy a dyspareunią wykorzystano iloraz szans. Istotność statystyczną dla ilorazów szans obliczano za pomocą testu  $\chi^2$ , przy poziomie istotności  $\alpha = 0,05$ . Wartości ilorazów szans (OR, *odds ratio*) przedstawiono łącznie z 95-procentowym przedziałem ufności.

## Wyniki

W przeprowadzonej analizie wykazano, że występowanie endometriozy u kobiet jest istotnym czynnikiem ryzyka dla dyspareunii: OR = 6,22 (2,62–14,96). W grupie kobiet z dyspareunią endometriozę stwierdzano u co 4 pacjentki (tab. 1).

W analizie wpływu postaci endometriozy na występowanie dyspareunii wykazano bardzo znamiennej statystycznie zależność. Dyspareunia 5-krotnie częściej towarzyszyła endometriozie otrzewnowej niż torbielom endometrioidalnym jajnika (tab. 2).

Tabela 1. Związek między endometriozą a dyspareunią  
OR = 6,22 (2,62–14,96),  $p < 0,001$

Endometrioza	Dyspareunia	
	Obecna	Brak
Obecna	32 (78,05%)	29 (36,25%)
Brak	9 (21,85%)	51 (63,75%)

Tabela 2. Związek między postacią endometriozy a dyspareunią,  $p < 0,001$

Postać gruczolistości	Dyspareunia	
	Obecna	Brak
Endometrioza otrzewnowa	27 (84,38%)	6 (20,69%)
Torbiel endometrioidalna	5 (16,62%)	23 (79,31%)

## Dyskusja

Mimo że dyspareunia jest jednym z częstszych zaburzeń seksualnych kobiet, jej związek ze współistniejącymi chorobami ginekologicznymi rzadko jest przedmiotem badań. W przeprowadzonych badaniach autorzy niniejszej pracy wykazali, że dyspareunia jest silnym czynnikiem ryzyka, który może towarzyszyć endometriozie. Uzyskane wyniki są zgodne z obserwacjami innych autorów, na przykład Eskenazi i wsp. [5]. Badacze wykazali, że dodatnia wartość prognostyczna dla dyspareunii w rozpoznaniu endometriozy wynosi 40%.

Niestety, zgodnie z wiedzą autorów, nie istnieją w piśmiennictwie rzetelne dane, które oceniałyby związek między postacią endometriozy a dyspareunią. Próbę taką podjęła grupa badaczy z Włoch [6], ale ze względu na popełnione uchybienia we wnioskowaniu statystycznym nie znajdują one potwierdzenia w omówionych wyżej wynikach. Jednak przedstawione w niniejszej pracy wyniki również wskazują na większą częstość występowania dyspareunii u kobiet z endometriozą otrzewnową w stosunku do kobiet mających torbiele endometroidalne jajnika.

Pierwszą próbę oceny wybranych elementów jakości życia seksualnego u kobiet z endometriozą podjęli Ferraro i wsp. Wykazali oni, że najsilniejszą dyspareunię zgłaszały pacjentki z ogniskami zlokalizowanymi na więzadłach krzyżowo-macicznych [7].

Obecny stan wiedzy nie pozwala na jednoznaczne wyjaśnienie mechanizmów powstawania bólów u kobiet z endometriozą. Jedną z możliwych przyczyn dolegliwości są zrosty, często towarzyszące endometriozie, które mogą utrudniać fizjologiczną zmianę statyki narządu rodowego podczas stosunku płciowego. Sugeruje się również, że za powstawanie bólów towarzyszących endometriozie mogą być odpowiedzial-

ne mediatorzy stanu zapalnego, które stwierdza się w płynie otrzewnowym u kobiet z endometriozą [8]. Wydaje się, że synteza prozapalnych cytokin jest większa u kobiet z endometriozą otrzewnową niż u kobiet z torbielami czekoladowymi, co może tłumaczyć zaobserwowany związek między dyspareunią a postacią gruczolistości.

## Wnioski

Podsumowując, uzyskane w badaniach wyniki wskazują na potrzebę prowadzenia wnikliwej diagnozy w kierunku endometriozy u pacjentek, u których wykluczono inne czynniki etiologiczne dyspareunii. W przypadku endometriozy otrzewnowej można zalecić okresowe zmniejszenie częstości kontaktów seksualnych do czasu wyleczenia gruczolistości w celu uniknięcia rozwoju wtórnej, psychogennej pochwy.

## Piśmiennictwo

1. Danielsson I., Sjöberg I., Stenlund H., Wikman M. Prevalence and incidence of prolonged and severe dyspareunia in women: results from a population study. *Scand. J. Public. Health.* 2003; 31 (2): 113–118.
2. Morris E., Mukhophyay S. Dyspareunia in gynaecological practice. *Curr. Obstr. Gynec.* 2003; 13: 232–238.
3. Haghpeykar S.H., Poindexter A.N. Epidemiology of endometriosis among parous women. *Obstet. Gynec.* 1995; 85 (6): 983–992.
4. Nisolle M., Donnez J. Peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis, and adenomyotic nodules of the rectovaginal septum are three different entities. *Fertil. Steril.* 1997; 68 (4): 585–596.
5. Eskenazi B., Warner M., Bonsignore L. i wsp. Validation study of non-surgical diagnosis. *Fertil. Steril.* 2001; 76 (5): 929–935.
6. Gruppo Italiano per lo Studio dell'Endometriosi Relationship between stage, site and morphological characteristics of pelvic endometriosis and pain. *Hum. Reprod.* 2001; 16 (12): 2668–2671.
7. Ferrero S., Esposito F., Abbamonte L.H. i wsp. Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia. *Fertil. Steril.* 2005; 83 (3): 573–579.
8. Radomski D., Marcyniak M., Milewicz P. i wsp. Immunologiczne i genetyczne aspekty patofizjologii endometriozy. *Ginek. Pol.* 2002; 73 (1): 68–73.