

ENDO LIFE

REVISTĂ DIGITALĂ

DR CHARLES NAGY

Complicațiile
endometriozei intestinale
profund infiltrative

DR THIERS SOARES

Impactul afecțiunilor
uterine asupra fertilității

MR ANDREA BILLE

Pneumotorax
catamenial

Prof Dr Horațiu

ROMAN

20 ani în slujba
femeilor cu
ENDOMETRIOZĂ

KRYSTAL COOK

DIN CANADA ÎN GRECIA PENTRU A
SE OPERA DE ENDOMETRIOZĂ, ȘI
O VIAȚĂ FĂRĂ DURERI



P

DR SORIN PATRASCOIU

Medic primar urologie,
cu supraspecializare in
chirurgia robotica

PROGRAMARI

 dr.sorinpatarscoiu@gmail.com

 www.drсорinpatrascoiu.ro



Urolife Class Care
Clinic, Bucuresti

12.483 de vizualizări online din cele 6 numere publicate ale revistei EndoLife

Iată ce s-a întâmplat în ultimul an!

Bine v-am găsit la cel de-al patrulea număr al revistei EndoLife. Bucuroși că împărtășim încă odată articole de specialitate, ca parte a misiunii asociației noastre de a avea un impact pozitiv în comunitatea noastră, aducând într-un singur loc informații de la specialiști din întreaga lume.

În primul rând, aș dori să-mi exprim recunoștința față de toți cei care au contribuit până acum la revista noastră: generozitatea și dedicarea voastră de a educa oamenii despre endometrioză sunt apreciate. Doi la mână, suntem marcă înregistrată, atât revista cât și site-ul. Mai avem doar să primim certificatul.

În al treilea rând, privind în urmă, a fost un efort mare de a produce aceste 4 numere, în două limbi, dar a meritat. În ceea ce privește cifrele, cele 6 numere ale noastre care au fost publicate până acum, au fost citite pe Flipbook de 12.483 de ori. Aceste numere nu includ statistici Facebook, LinkedIn sau Instagram. Și iată-ne, prezentând al 4-lea număr al revistei EndoLife, unul care pot spune că îmi este aproape de suflet. Unul, pentru că este o onoare să-l avem pe copertă pe profesorul Horace Roman, iar în al doilea rând, pentru că avem cele mai multe povești publicate până acum, Krystal, Wendy, Lisa, Robyn și Karen.

Decembrie este o lună specială pentru mine: în 2009, pe 2 decembrie am aterizat pe Heathrow din Grecia, să locuiesc cu partenerul meu. Este și luna mea de naștere. Nu mi-am mai sărbătorit ziua de naștere de ani de zile, dar când voi împlini 50 de ani cu siguranță va fi o mare petrecere englezo-greco-română.

Anul acesta am început un master la Facultatea de Medicină de la University College din Londra, numit Health Professions Education. La finalul acestuia, voi putea preda/organiza cursuri pentru personalul medical.

Am fost la Congresul European de Endometrioză din București, am cunoscut câțiva dintre specialiștii în endometrioză, recunoscuți în întreagă lume. Am avut un mic rol în proiecția Below the Belt din Atena, organizată de doctorul Konstantinos Kyriakopoulos. 2024 a fost un an plin și aștept cu nerăbdare 2025. Sărbători fericite!

Camelia Șerban
Președinte și fondator
Asociația Persoanelor cu Endometrioză

Cu **Prof Dr Liselotte Mettler** și
Dr Gaby Moawad la Congresul European de Endometrioză din București



Cuprins și contribuitori

07

Progrese în diagnosticul imagistic al endometriozei

Dr Mauricio Abrao



10

Chirurgie robotică în endometrioză

Dr Tanushree Rao



12

Pneumothorax în endometrioză

Mr Andrea Bille



14

Endometrioza și fenomenul de gaslighting în sistemul medical

Oana Sidorencu-Ștefăniță



19

Impactul bolilor uterine asupra concepției și sarcinii

Dr Thiers Soares



21

20 ani în slujba femeilor cu endometrioză

Prof Dr Horace Roman



30

Discuțiile în echipe multidisciplinare pentru endometrioză

Dr Laurin Burla



33

Recuperarea după operația de endometrioză

Anneli Linnamägi, MD



35

Alimentația în timpul Sărbătorilor de Iarnă

Evelin Papp



38

Din Canada până în Grecia pentru o operație de endometrioză

Krystal Cook





43

Complicațiile endometriozei
infiltrante profunde ale intestinului

Dr Charles Nagy

46

Sciatica in endometrioza

Michael Adamczyk, MD



49

Insuficiența Ovariană
Prematură

Dr Virginia Lazăr

51

Spațiile pelvine și alte locații în
care poate fi detectată
endometrioza

Ezgi Darici Kurt



54

Efectul Endometriomelor asupra
Fertilității și Opțiuni Terapeutice

Dr Alina Bordea

56

Am avut 14 operații, cu diferite
grade de succes

Karen Louise



58

Adenomioza la adolescente

Dr Diana Mihai

60

Her Voice Project comunitate
din Irlanda, povestea lor

Lisa and Robyn



63

Endometrioza extrapelvină, o
formă frecventă, dar subestimată

Wendy Bingham, DPT

66

Oboseală cronică,
endometrioză și nutriție

Dr Conor Kerley



**WHERE YOU CAN KEEP UP WITH OUR WORK AND
NEWS ON OUR MAGAZINE:**



GLOBAL DAILY ENDO NEWS



GLOBAL DAILY ENDO NEWS



www.endodailynews.com

EndoLife digital magazine is an educational non-for-profit project of People with Endometriosis Association. The magazine will be published regularly.

This current edition contains articles written by doctors, endometriosis advocates and healthcare practitioners.

Concept: Camelia Serban

Copyrights: The People with Endometriosis Association

EndoLife magazine has taken all the necessary measures to ensure that all information provided herein are correct at the time of publication, however these do not substitute medical advice. The information provided herein is solely for educational purpose and not for diagnosing and/or treatment. EndoLife recommends seeing an endometriosis specialist if you suffer from endometriosis.

Contact:

Tel: 0044 7570097831

e-mail: contact@endormania.org





ARTICOL DE SPECIALITATE

MAURICIO ABRAO, MD

Fost președinte al AAGL și membru al facultății de Obstetrică și Ginecologie din cadrul Universității din Sao Paulo, Dr. Mauricio Abrao este un specialist renumit în endometrioză din Brazilia, care a contribuit la îmbunătățiri semnificative în îngrijirea și cercetarea endometriozei.

Contact:

www.drmauricioabrao.com

Instagram: [drmauricioabrao](https://www.instagram.com/drmauricioabrao)

PROGRESE ÎN DIAGNOSTICUL IMAGISTIC AL ENDOMETRIOZEI:

Impactul asupra tratamentului
și rezultatelor pacientei

Endometrioza, o afecțiune cronică și adesea debilitantă care afectează milioane de femei din întreaga lume, a pus mult timp provocări în diagnostic și management ca urmare a prezentării sale variate și progresie complexă. În ultimul deceniu, progresele în tehnologiile imagistice au revoluționat abordarea pentru diagnosticarea și tratarea acestei afecțiuni. Aceste inovații au îmbunătățit dramatic precizia diagnosticului preoperatoriu, permițând identificarea precisă a localizării leziunii și severitatea acesteia. În consecință, aceste evoluții au contribuit la rezultate chirurgicale mai bune, rate reduse de recurență și mai puține complicații, reprezentând o schimbare de paradigmă în managementul endometrioza.



Câteva dintre aceste studii de pionierat au fost efectuate de echipa noastră de cercetare aici, în São Paulo, subliniind importanța muncii bazată pe colaborare și dovezi pentru progresul cunoștințelor și tratamentul endometriozei.

Evoluția imagistică în diagnosticul endometriozei

Din punct de vedere istoric, diagnosticul endometriozei s-a bazat în mare măsură pe examenul clinic și pe procedurile laparoscopice invazive. În timp ce chirurgia laparoscopică a oferit vizualizarea directă și biopsia leziunilor endometriozeice, a fost limitată de caracterul invaziv, cost și accesibilitate, în special pentru identificarea endometriozei infiltrante profunde (DIE). Apariția modalităților imagistice non-invazive, cum ar fi ecografia transvaginală (TVUS) și imagistica prin rezonanță magnetică (RMN) a îmbunătățit semnificativ acuratețea diagnosticului.

Aceste instrumente oferă sensibilitate și specificitate ridicate, în special pentru detectarea prezentărilor complexe ale bolii. TVUS a devenit o piatră de temelie în diagnosticarea și cartografierea leziunilor endometriotice, în special cu progresele în tehnologiile imagistice tridimensionale (3D) și patrudimensionale (4D). RMN-ul, cu contrastul superior al țesuturilor moi și capacitățile multiplanare, completează TVUS, oferind o vizualizare îmbunătățită a adâncimii și extinderii leziunii.

Un studiu multicentric care a analizat concordanța dintre Clasificarea endometriozei AAGL 2021 și rezultatele imagistice preoperatorii a evidențiat fiabilitatea TVUS în identificarea cazurilor severe (stadiile III și IV). Acest lucru subliniază rolul critic al imagisticii în managementul modern al endometriozei, nu numai ca instrument de diagnostic, ci și ca ghid pentru planificarea chirurgicală.



Impactul mare asupra rezultatelor chirurgicale

Imagistica preoperatorie a revoluționat strategiile chirurgicale, permițând cartografierea precisă a leziunilor și evaluările pre-chirurgicale cuprinzătoare. Imagistica avansată permite intervenții chirurgicale mai direcționate, cum ar fi abordări personalizate pentru endometrioza intestinală, inclusiv shaving, rezecție discoidă sau rezecție segmentară a intestinului. Aceste proceduri personalizate reduc complicațiile și păstrează țesutul sănătos, îmbunătățind în cele din urmă calitatea vieții pacientei.

Prin identificarea locației exacte și a extinderii leziunilor, planificarea bazată pe imagistică reduce necesitatea intervențiilor chirurgicale exploratorii. Acest lucru este deosebit de important pentru gestionarea leziunilor infiltrante profunde care implică structuri critice, cum ar fi intestinul, vezica urinară și uretere. Reducerea surprizelor intraoperatorii prin imagini preoperatorii detaliate sporește atât precizia chirurgicală, cât și siguranța pacientului.

Reducerea recurenței și creșterea siguranței pacienților

Recidiva rămâne o provocare majoră în managementul endometriozei, boala reziduală contribuind adesea la simptome persistente și la diminuarea rezultatelor. Progresele în imagistică au abordat această problemă facilitând excizia completă a leziunii. Capacitatea de a mapa și îndepărta toate leziunile vizibile reduce semnificativ persistența și recurența bolii.

Mai mult, tehnologiile imagistice precum TVUS cu pregătirea intestinului și protocoalele avansate de RMN au îmbunătățit vizualizarea leziunilor, ajutând la planificarea chirurgicală precisă și minimizând riscurile. De exemplu, o vizualizare mai bună a leziunilor profunde reduce probabilitatea complicațiilor precum fistulele sau leziunile vasculare în timpul intervenției chirurgicale. Acest accent pe siguranță nu numai că scurtează timpii de recuperare, ci sporește și satisfacția generală a pacientului.

Tehnologii emergente și direcții viitoare

Viitorul diagnosticului și managementului endometriozei este promițător, cu tehnologiile emergente care vor transforma în continuare domeniul:

- **Endomicroscopie cu laser confocal:** Această tehnologie oferă imagini în timp real la nivel celular în timpul intervenției chirurgicale laparoscopice, permițând identificarea leziunilor subtile care altfel ar putea fi omise. Studiile timpurii au arătat potențialul său de a îmbunătăți acuratețea diagnosticului și de a reduce timpul dintre diagnostic și tratament.
- **Inteligență artificială:** algoritmi alimentați de AI sunt din ce în ce mai dezvoltați pentru a analiza datele de imagistică. Prin identificarea tiparelor în seturi vaste de date, aceste instrumente pot îmbunătăți precizia diagnosticului, standardiza interpretările și chiar pot prezice progresia bolii.
- **Image Fusion:** Integrarea datelor de la mai multe modalități de imagistică, cum ar fi TVUS și RMN, permite vizualizări de diagnostic mai cuprinzătoare. Această fuziune îmbunătățește caracterizarea leziunilor și îmbunătățește planificarea și rezultatele chirurgicale.
- **Biomarkeri neinvazivi:** Cercetarea biomarkerilor genetici și a proteinelor oferă o potențială completare a tehnologiilor imagistice pentru detectarea și monitorizarea precoce. Deși nu sunt încă implementate pe scară largă în practica clinică, aceste progrese ar putea transforma managementul endometriozei, permițând strategii de tratament mai personalizate.

Abordarea calității vieții

Dincolo de aspectele clinice, abordarea impactului endometriozei asupra calității vieții este primordială. Instrumente precum Scala Visual Analog (VAS) pentru evaluarea durerii au devenit esențiale pentru evaluarea severității simptomelor și pentru ghidarea intervențiilor țintite. Studiile evidențiază în mod constant corelația dintre durerea severă ($VAS \geq 7$) și calitatea redusă a vieții, subliniind necesitatea diagnosticării precoce și a îngrijirii cuprinzătoare.



Chirurgie robotică în endometrioză

Progrese, beneficii și echipa din spate



Tanushree Rao

MBBS, MS, MICOG, MROCG,
FRANZCOG, AGES trained

Tehnologia robotică permite o mai mare dexteritate și stabilitate, reducând riscul de deteriorare neintenționată a țesuturilor. Această precizie este deosebit de benefică în gestionarea leziunilor de endometrioză profundă în apropierea structurilor critice precum intestinul, vezica urinară și uretere.

Endometrioza este o afecțiune complexă care necesită adesea intervenție chirurgicală, mai ales în cazurile în care managementul medical este insuficient sau când boala este adânc înrădăcinată. În ultimii ani, chirurgia robotică a apărut ca o abordare de ultimă oră, oferind precizie și rezultate îmbunătățite pentru pacienți. Dar ce este mai exact chirurgia robotică și de ce devine o primă alegere?

Ce este chirurgia robotică?

Chirurgia robotică este o tehnică minim invazivă care utilizează sisteme robotice avansate pentru a ajuta chirurgii să efectueze proceduri complexe cu precizie, flexibilitate și control sporite. În timp ce termenul „robotic” poate evoca imagini ale roboților care efectuează operații în mod independent, este important să se clarifice faptul că chirurgul este întotdeauna în control.

Cel mai comun sistem utilizat este platforma robotică da Vinci, care traduce mișcările mâinii chirurgului în micro-mișcări precise ale instrumentelor. Aceste instrumente sunt introduse prin mici incizii și ghidate folosind imagini 3D de înaltă definiție, permițând chirurgilor să opereze pe zone complicate, cum ar fi endometrioza pelvină profundă, cu o precizie de neegalat.

Cum funcționează?

Într-o configurație de chirurgie robotică, sistemul cuprinde trei componente cheie:

- **Consola robotică:** Aceasta este stația de control la care stă chirurgul. Consola include vizualizare 3D, mărită de până la 10 ori, oferind o vedere clară și detaliată a câmpului operativ. Chirurgul manipulează comenzile, iar aceste mișcări sunt traduse în acțiuni precise de către brațele robotizate.
- **Cartul pacientului:** Această componentă găzduiește brațele robotizate care țin instrumentele chirurgicale și camera. Instrumentele au o gamă de mișcare mai mare decât încheietura mâinii umane, permițând disecții precise și suturi în zone greu accesibile afectate de endometrioză.
- **Sistemul de vedere:** Acest sistem oferă imagini vizuale de înaltă definiție în timp real, îmbunătățind percepția în profunzime și oferind o vedere foarte detaliată a țesuturilor și structurilor pe care se operează.



Beneficiile chirurgiei robotizate pentru endometrioză

Chirurgia robotică oferă mai multe beneficii cheie, inclusiv:

- **Precizie și control:** Vizualizarea îmbunătățită și capacitatea de a efectua mișcări fine permit disecția meticuloasă a leziunilor endometrioze fără a deteriora țesuturile din jur.
- **Abordare minim invazivă:** cu incizii mici, pacienții experimentează dureri postoperatorii reduse, spitalizare mai scurtă și timpi de recuperare mai rapid.
- **Ergonomie îmbunătățită a chirurgului:** chirurgul se așează confortabil la consolă, reducând oboseala în timpul procedurilor lungi și complexe.

Câți oameni sunt implicați în chirurgia robotică și ce roluri au?

O intervenție chirurgicală robotică de succes necesită o echipă bine coordonată de specialiști care lucrează împreună. Iată o detaliere a rolurilor cheie:

- **Chirurgul principal:** Chirurgul primar operează consola robotică, direcționând brațele robotice cu precizie. În operațiile de endometrioză, chirurgul principal trebuie să aibă o înțelegere profundă a anatomiei pelvine și a abilităților robotice pentru a exciza cu meticulozitate leziunile.
- **Chirurg asistent:** Poziționat de partea pacientului, chirurgul asistent este responsabil pentru schimbarea instrumentelor de pe brațele robotizate, aspirarea fluidelor și ajutarea la sarcini care necesită intervenție manuală, cum ar fi re poziționarea țesuturilor.
- **Tehnician robotic (sau asistent):** Tehnicianul sau asistenta este responsabilă pentru a se asigura că sistemul robotic funcționează fără probleme. Ei pregătesc instrumentele robotizate, andochează și poziționează brațele robotice și rezolvă orice probleme tehnice.
- **Anestezist:** Un anestezist monitorizează vitalele pacientului și asigură o anestezie optimă pe tot parcursul procedurii. Operațiile robotizate pot fi mai lungi, așa că monitorizarea atentă este esențială.
- **Asistente chirurgicale:** Asistenta care circulă și asistenta de scrub lucrează în tandem pentru a furniza proviziile necesare, pentru a menține sterilitatea și pentru a ajuta la poziționarea și pregătirea pacientului.



Când este recomandată chirurgia robotică pentru endometrioză?

Chirurgia robotică este deosebit de avantajoasă pentru cazurile care implică endometrioză cu infiltrare profundă, unde leziunile sunt situate în apropierea structurilor delicate precum intestinul, vezica urinară și vasele de sânge majore. De asemenea, este recomandată pacienților cu chisturi endometrioze mari sau multiple sau când intervențiile chirurgicale anterioare au dus la aderențe extinse.

În concluzie, chirurgia robotică a transformat gestionarea cazurilor complexe de endometrioză, oferind precizie, vizualizare mai bună și rezultate îmbunătățite pentru pacienți. Este nevoie de o echipă bine pregătită și coordonată, fiecare jucând un rol crucial pentru a asigura siguranța și succesul pacientului.

Gânduri finale

Dacă dumneavoastră sau cineva pe care îl cunoașteți luați în considerare opțiunile chirurgicale pentru endometrioză, este esențial să discutați despre beneficiile și riscurile cu un specialist. Chirurgia robotică poate să nu fie potrivită pentru fiecare pacient, dar a deschis noi căi pentru tratarea eficientă a cazurilor complexe și cu mai puține complicații.



Pneumothorax în endometrioză



Andrea Bille MD, PhD

Chirurg toracic
Guy's and St Thomas'
NHS Foundation Trust
Lector onorific clinic la Kings College
University, Londra.

Pneumotoraxul catamenial este de obicei asociat cu endometrioza și apare în 72 de ore de la începerea perioadei. De la 3% la 6% din cazurile de pneumotorax spontan (colaps pulmonar) îndeplinesc definiția pneumotoraxului catamenial. Vârsta medie de debut este de 32-35 de ani.

Endometrioza poate provoca mici găuri sau deschideri (fenestrații) în diafragmă, care ar permite aerului și lichidului să treacă în spațiul pleural. Multe paciente cu pneumotorax catamenial au și țesut endometriozic în plămâni, o afecțiune numită endometrioză toracică. O altă teorie care a fost propusă ca cauză a pneumotoraxului catamenial este ruptura spontană a bășicilor. Aceste bășici sunt vezicule sau pustule mici umplute cu lichid sau aer și care se pot dezvolta pe plămâni.

Unii cercetători speculează că modificările hormonale din timpul ciclului menstrual pot cauza spargerea acestora, care la rândul lor pot duce la pneumotorax.

Pneumotoraxul mare poate necesita inserarea unui tub toracic pentru a elibera aerul și/sau sângele prins, permițând astfel plămânilor să se reexpandeze.





Foto: fenestrari diafragmatice

Pacienții cu pneumotorax catamenial pot prezenta episoade lunare de dureri toracice care pot radia către omoplați, dificultăți de respirație (dispnee), amețeli, oboseală și tuse uscată. Unele femei au raportat un sunet ca un „pârâit” la inhalare în timpul unui episod. Un episod de pneumotorax mic poate fi tratat cu oxigen, urmat de monitorizare și odihnă.

Atât intervenția chirurgicală, cât și terapia hormonală, fie separat, fie în combinație, au fost utilizate pentru a trata femeile cu pneumotorax catamenial pentru a preveni recidiva. Operația poate fi efectuată pentru a îndepărta (exciza) toate zonele suspectate de țesut endometrioic din plămâni și spațiul pleural și pentru a repara orice deteriorare sau găuri din diafragmă.

Chirurgia poate fi folosită și pentru a îndepărta veziculele mici situate în partea superioară a plămânilor (bule apicale). Chirurgia se efectuează minim invaziv, în prezent chirurgia robotică ajută la realizarea unei rezecții mai radicale a tuturor endometriozei și permite repararea fenestrațiilor din diafragmă și plasarea plasei pentru a repara defectul dacă este mare.

În plus, pleurodeza chimică poate fi utilizată și pentru a trata femeile cu pneumotorax catamenial. Se pot folosi substanțe chimice sau medicamente pentru a provoca inflamarea celor două straturi ale pleurei, creând aderențe.

Terapia hormonală poate fi utilizată și pentru a trata femeile cu pneumotorax catamenial, de obicei ca adjuvant la terapia chirurgicală.

Intervenția chirurgicală pentru pneumotoraxul catamenial este bine tolerată, pleurodeza chimică poate provoca îngroșare pleurală și durere cronică și trebuie utilizată în cazul pneumotoraxelor recurente.





ENDOMETRIOZA ȘI FENOMENUL DE GASLIGHTING ÎN SISTEMUL MEDICAL

N

Neglijența medicală reprezintă un fenomen slab raportat, apărând atunci când profesioniștii din domeniul sănătății nu oferă îngrijirile corespunzătoare, ceea ce poate duce la întârzierea diagnosticării, agravarea simptomelor și chiar la daune fizice și psihologice pe termen lung. O formă de neglijență adesea trecută cu vederea este cea a minimizării simptomelor, care se transformă în diagnosticare greșită și, implicit, în consecințe ample privind calitatea vieții și starea de sănătate a pacienților.

Oana Sidorencu-Ștefăniță

Psihoterapeut cognitiv-comportamental



În cazul femeilor cu endometrioză, neglijența medicală se transpune în descurajare, respingere, invalidare, fiind vorba de un diagnostic care se acordă cu dificultate. Endometrioza este o afecțiune cronică care afectează aproximativ 10% dintre femeile din întreaga lume, cauzând dureri severe, menstruații abundente și probleme de fertilitate, toate interferând cu posibilitatea menținerii calității vieții în toate ariile, de la planul profesional, la cel de cuplu. Cu toate acestea, diagnosticarea poate dura în medie 7 până la 10 ani, deoarece simptomele sunt adesea ignorate sau minimizezate de profesioniștii din domeniul sănătății, prelungind suferința pacientelor.

“

Un factor agravant pentru femeile cu endometrioză este fenomenul de gaslighting medical, o formă de manipulare psihologică în care simptomele lor sunt respinse sau considerate doar în imaginația lor.

”

”

Gaslighting-ul face ca persoanele să se îndoiască de propriile percepții și să accepte interpretările medicului, chiar și atunci când acestea sunt greșite. Acest fenomen contribuie la întârzierea diagnosticării și la agravarea stării fizice și emoționale a pacientelor. De exemplu, acestea pot pleca din cabinetul medicului simțind că au exagerat, având o părere negativă de sine și crezând că dacă toate femeile suferă de dureri menstruale așa cum li se tot reamintește, ele ar trebui să-și accepte condiția și să suporte în tăcere dureri persistente. În felul acesta, multe femei își redefinesc percepția cu privire la ce reprezintă o durere normală și sunt private de tratament adecvat care să amelioreze simptomele severe.

Femeile care se confruntă cu gaslighting-ul în sistemul medical sunt nevoite să gestioneze consecințe emoționale precum anxietate, depresie și chiar sindrom de stres post-traumatic și comportament evitant asociat. Ele trec prin cicluri de frustrare și neputință, resimțind constant că durerea lor nu este recunoscută. De exemplu, pacientele pot fi diagnosticate greșit cu tulburări emoționale sau de anxietate, în loc să li se investigheze simptomele fizice reale. Această invalidare constantă le poate face să se îndoiască de propria lor sănătate mintală.

Un alt aspect dureros este dat de etichetele primite, precum „ipohondre”, „anxioase”, „sensibile”, „exagerate”, „victime”, „nu sunt femei adevărate”, „se dau deștepte”, „pretențioase”, „nu s-au maturizat” care avansează un amestec de sexism și lipsă de considerare pentru trăirile persoanelor, atât în cadrul sistemului medical, cât și în rândul apropiaților care nu înțeleg adecvat endometrioza. Femeile care insistă sunt catalogate ca „agresive” sau chiar „nebune”, fiecare etichetă punându-și amprenta negativ la nivelul imaginii de sine și a stării de bine.

Lipsa de empatie duce la retragere socială, lipsă de încredere, lipsă de speranță, senzație de abandon, de neputință și confuzie. Dacă pacientul are senzația că nicăieri nu găsește înțelegere, dezvoltă o stare de deznădejde, ducând la depresie și la erodarea relației cu cei apropiați, precum și a încrederii în sistemul medical. Pacienții pot ajunge să se autosaboteze în demersul de vindecare.

Profesioniștii din domeniul sănătății ar trebui să beneficieze de instruire constantă în recunoașterea și diagnosticarea afecțiunilor ginecologice precum endometrioza, dar mai ales, să aibă o abordare empatică, să valideze experiențele pacientelor și să asculte activ, permițându-le să descrie complet simptomele fără a fi întrerupte sau a li se minimaliza durerea.



Pentru a recunoaște dacă sunteți victima gaslighting-ului medical, există câteva semne de luat în calcul:

01. Ignoră simptomele

Un aspect frecvent este atunci când medicul ignoră simptomele pacientului sau bagatelizează durerea descrisă, refuzând să o ia în serios.

02. Întreruperea frecventă

De asemenea, un alt semn este întreruperea frecventă a pacientului, fără a i se permite să își exprime complet simptomele, ceea ce creează o senzație de frustrare și invalidare.

„Uneori, medicul poate adopta o atitudine disprețuitoare sau sarcastică, sugerând că totul este doar în mintea pacientului, un comportament clasic al gaslighting-ului.”

03. Lipsa de empatie

Lipsa de empatie din partea medicului, manifestată printr-o atitudine detașată sau de indiferență față de durerea pacientului, indică un mediu în care suferințele acestuia nu sunt recunoscute.

04. Atribuie simptomele unor cauze psihologice

Un alt semn de gaslighting este atunci când medicul atribuie simptomele unor cauze psihologice fără a face investigații medicale corespunzătoare.

În cazul unor situații de neglijență medicală, pacienții pot pune accent pe asertivitate la nivelul discuțiilor medicale. Asertivitatea presupune exprimarea fermă și clară a necesității de a primi investigații suplimentare, fără ca pacienții să se lase intimidați de atitudini indiferente, sarcastice sau de refuzul inițial al medicilor de a-i lua în serios. Pacienții au dreptul să ceară clarificări, să solicite teste sau o a doua opinie medicală atunci când simt că nu li se oferă suficientă atenție. Aceasta nu înseamnă a fi agresiv, ci a avea încredere în propria evaluare a stării de sănătate și a cere respectuos tratamente și investigații. Poate fi de ajutor o monitorizare structurată a simptomelor pentru a prezenta cât mai multe date și a le folosi ca sprijin pentru menținerea punctului de vedere în fața comportamentului expeditiv. Cultivarea unei atitudini asertive le poate ajuta pe pacientele cu endometrioză să își protejeze sănătatea fizică și mentală deopotrivă.



Gaslighting-ul medical nu este doar o barieră în calea obținerii unui diagnostic corect pentru femeile cu endometrioză, ci și o formă subtilă, dar profund dăunătoare, de subestimare a suferinței. Este necesar ca eforturile de educare să fie amplificate, atât în rândul pacienților, cât și al profesioniștilor din domeniul medical.

Pentru pacienți, educația nu înseamnă doar o mai bună cunoaștere a propriei afecțiuni, ci și dezvoltarea abilităților de a face față unui sistem medical care poate fi ostil sau nepăsător, în ciuda unor intenții pozitive. În cazul profesioniștilor din domeniul sănătății este nevoie de recunoașterea și corectarea prejudecăților care pot duce la respingerea simptomelor pacientelor, precum și de o abordare empatică și informată a sindroamelor ginecologice.

Discuțiile despre endometrioză și sănătatea menstruală nu mai pot fi considerate un subiect tabu. Prin creșterea gradului de sensibilizare publică, pacientele ar putea cere ajutor fără teama de a fi stigmatizate, iar acest lucru ar deschide drumul către o diagnosticare mai timpurie și o gestionare mai eficientă a bolii. În plus, consilierea psihologică poate sprijini femeile care se confruntă nu doar cu simptomele fizice ale endometriozei, ci și cu efectele psihologice ale întârzierilor în diagnosticare.

În terapie, pacientele pot fi susținute să își dezvolte mecanisme de coping, să își reconstruiască încrederea în sine și să obțină ajutor în reducerea anxietății, depresiei sau simptomelor de stres post-traumatic care pot apărea pe parcursul acestui proces dificil. Astfel, o abordare integrată, care îmbină tratamentul medical cu suportul psihologic, oferă resursele necesare pentru a face față atât bolii, cât și provocărilor aferente. Nu în ultimul rând, fiecare dintre noi poate fi un promotor al schimbării, prin empatie și deschidere față de aspectele sănătății menstruale.

lată câteva surse de unde poți afla mai multe detalii despre provocările persoanelor cu endometrioză în cadrul sistemului medical și gaslighting:

- Markovic, M., Manderson, L., & Warren, N. (2008). Endurance and contest: women's narratives of endometriosis. *Health an Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health Illness and Medicine*, 12(3), 349–367. <https://doi.org/10.1177/1363459308090053>
- Sodoma, K. A. (2022). Emotional gaslighting and affective empathy. *International Journal of Philosophical Studies*, 30(3), 320–338. <https://doi.org/10.1080/09672559.2022.2121894>
- Sweet, P. L. (2019). The Sociology of Gaslighting. *American Sociological Review*, 84(5), 851–875. <https://doi.org/10.1177/0003122419874843>
- Walkden, S. M. (2023). "So It's Like a Painful Period?" Living with Endometriosis: My Journey. *Health Communication*, 1–5. <https://doi.org/10.1080/10410236.2023.2296189>
- În media:
Endometriosis patients being failed and feel dismissed, new study shows | Manchester Metropolitan University. (2024, January 22). Manchester Metropolitan University. <https://www.mmu.ac.uk/news-and-events/news/story/endometriosis-patients-being-failed-and-feel-dismissed-new-study-shows>
- Elliott, T. (2023, February 3). Medical negligence often causes immediate damage to a patient, but it can also have long-term psychological effects. In such cases, a plaintiff may be able to claim compensation for the psychological consequences of medical negligence. — The UK Centre for Medico-Legal Studies. The UK Centre for Medico-Legal Studies. <https://www.ukcmls.co.uk/articles/tony-elliott/the-psychological-consequences-of-medical-negligence>
- Fearn, H. (2024, January 21). 'Gaslit by doctors': UK women with endometriosis told it is 'all in their head.' *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/society/2024/jan/21/gaslit-by-doctors-uk-women-with-endometriosis-told-it-is-all-in-their-head>



Dr Eduard Cernat

Medic primar ortoped



Studii și experiență

- Fellow of the European Board of Orthopedy and Traumatology
- Fellowship în chirurgia coloanei vertebrale
- A lucrat în Anglia, Irlanda și Belgia

Chirurgie

- Artroplastie de șold și genunchi
- Repararea meniscului
- Reparație LIA
- Umăr înghețat
- Artroscopia
- Infiltrații
- Oncologie ortopedică
- Fracturi

www.dreduardcernat.ro
e-mail: dr.cernateduard@gmail.com

Impactul bolilor uterine asupra concepției și sarcinii

Dr. Thiers Soares

specialist endometrioza

Președinte al Societății Braziliene de Chirurgie

Minim Invazivă și Robotică, Rio de Janeiro

Instagram: @thiers



Care sunt unele dintre cele mai comune boli ale uterului care pot afecta fertilitatea?

Cele mai frecvente afecțiuni uterine care pot impacta fertilitatea includ fibroamele, adenomioza, polipii și septul uterin, de exemplu. Fiecare poate influența capacitatea de a concepe în mod natural sau poate afecta rezultatele sarcinii.

Care este funcția uterului în concepție?

Uterul joacă un rol crucial în concepție, oferind un mediu bun pentru implantarea și dezvoltarea unui ovul fertilizat. Sprijină embrionul în timpul sarcinii, acomodând creșterea și permițând schimbul de nutrienți prin placentă.

Care este diferența dintre fibrom și adenomioză când vine vorba de concepție și impactul sarcinii?

Fibroamele pot distorsiona direct cavitatea uterină, afectând implantarea, în timp ce adenomioza poate afecta funcția musculară și poate crea un mediu mai inflamator.

Știm că fibroamele sunt de diferite tipuri. Care dintre ele afectează concepția, naturală sau prin reproducere umană asistată medical și cum?

Fibroamele pot fi de diferite tipuri, cum ar fi submucoase, intramurale sau subseroase. Fibroamele submucoase, care distorsionează cavitatea uterină internă, au mai multe șanse să afecteze concepția, în special prin metode de reproducere naturală sau asistată. Unele fibroame intramurale pot afecta și concepția, în principal dacă sunt prea aproape de cavitatea uterină.

Fibromul și adenomioza pot co-exista și, dacă da, care este cel mai bun curs de acțiune pentru cineva care vrea să rămână însărcinată?

Da, ambele afecțiuni pot apărea simultan, aproximativ 50% la sută dintre pacienții cu adenomioză au fibrom. Dacă o pacientă dorește să rămână gravidă, este esențial să se evalueze dimensiunea, locația și severitatea. Un medic chirurg ginecolog ar putea recomanda tratament sau monitorizare, în funcție de modul în care aceste condiții afectează cavitatea și funcția uterine.





Având în vedere că adenomioza nu obstrucționează cavitatea, ce riscuri prezintă pentru concepție?

Adenomioza nu obstrucționează cavitatea uterină, dar poate crea un mediu inflamator care poate afecta implantarea și sarcina. Prin urmare, poate prezenta un risc pentru concepție, dar nivelul de risc variază individual.

La o femeie gravidă care are fibrom și adenomioză, ce riscuri obstetrice există?

Aceste afecțiuni pot crește riscurile de travaliu prematur, avort spontan și anomalii placentare.

Va fi fătul afectat de fibrom?

Fibroamele mari sau care distorsionează cavitatea pot restricționa spațiul disponibil pentru făt, pot afecta creșterea și poziționarea. În unele cazuri, fibromul poate crește riscul de complicații, cum ar fi nașterea prematură.

Ce se întâmplă cu fibroamele și adenomioza în timpul sarcinii?

Fibromul poate crește uneori ca răspuns la hormonii sarcinii, în timp ce adenomioza s-ar putea să nu se schimbe semnificativ. Cu toate acestea, ambele afecțiuni pot contribui la creșterea disconfortului și pot necesita monitorizare în timpul sarcinii.

În cazul fibroamelor multiple de diferite dimensiuni care afectează peretele și cavitatea uterină, după intervenție chirurgicală, forma uterului va fi distorsionată și, dacă da, cum va afecta acest lucru concepția și sarcina?

Miomectomia poate afecta forma și integritatea uterului, ceea ce poate afecta sarcinile viitoare. Țesutul cicatricial din intervenția chirurgicală ar putea afecta implantarea sau crește riscul de ruptură uterină (deși rar) în timpul sarcinii, în funcție de numărul și profunzimea fibroamelor îndepărtate.

În funcție de particularitățile care sunt în fiecare țară, există câteva metode chirurgicale și nechirurgicale pentru adenomioză și fibrom. Opiniile cu privire la impactul lor asupra fertilității variază. Avem studii care arată unele rezultate pe termen lung pentru rezultate negative și pozitive?

Rezultatele tratamentului pot varia. Unele studii arată că tratamentele chirurgicale, cum ar fi miomectomia pentru fibrom, pot îmbunătăți fertilitatea la candidații potriviți, dar pot aduce și riscuri. Tratamentele non-chirurgicale sunt, în general, mai puțin eficiente pentru îmbunătățirea fertilității. Rezultatele depind de factori individuali, cum ar fi vârsta, severitatea și alte condiții de sănătate a reproducerii. O tehnică conservatoare, dar promițătoare pentru tratamentul fibroamelor și adenomiozei este ablația, fie prin radiofrecvență, fie prin microunde. Studiile inițiale arată rezultate bune, dar sunt necesare mai multe studii în viitor.





Prof Dr Horațiu Roman

Specialist în chirurgia endometriozei
Institutul Franco-European de Endometrioză

“Am descoperit endometrioza în urma unui stagiu de supraspecializare într-un centru de endometrioză din Franța, la Clermont Ferrand, în ultimul an de rezidențiat”

20 ANI ÎN SLUJBA FEMEILOR CU **ENDOMETRIOZĂ**

Pentru români, Horațiu, pentru străini, Horace, și pentru toți, Dr Roman, chirurgul cunoscut de lumea întreagă ca expert în endometrioză. Și-a pus bazele educației medicale în România, însă drumurile l-au dus în afara țării; în Franța, acolo unde în prezent conduce unul dintre cele mai mari centre de endometrioză ca activitate din Europa. Este cadru universitar, face cercetare și transmite live din blocul operator la diverse conferințe și congrese medicale. În ciuda carierei impresionate pe care o are, și a realizărilor în premieră națională, chirurgul Horațiu Roman este modest. Despre endometrioză spune că este afecțiunea care l-a cucerit, care îl împlinește, o pasiune pe care o împărtășește cu toți chirurgii care-i trec pragul. Mentor, coleg, prieten, chirurgul care aduce din nou culoare în viețile femeilor suferinde de endometrioză, Horațiu Roman este admirat și respectat de medici de peste tot din lume. 20 ani dedicați femeilor cu endometrioză, 20 ani de când bisturiul este arma cu care combate endometrioza, 20 ani de luptă împotriva suferinței.



De ce este endometrioza o boală atât de ignorată?

În momentul de față, endometrioza este mult mai puțin ignorată decât era în urmă cu 20-30 de ani. În anul 5 de rezidențiat nu aș fi fost capabil să pun un diagnostic de endometrioză.

În pregătirea rezidenților în Franța, la începutul anilor 2000, endometrioza era ignorată, aproape complet. Nu mai este cazul în 2024, pentru că în momentul de față există un subiect specific pentru examenul de internat, în Franța pe care chiar eu l-am redactat. Sunt 10 pagini pe care studenții la medicină trebuie să le învețe aproape pe de rost, astfel încât să poată fi capabili să diagnosticheze, să rezolve un dosar clinic de endometrioză la examenul de internat. Din punctul acesta de vedere, revoluția este extraordinară.

“Endometrioza a fost redescoperită în ultimii, să zicem 40 de ani, datorită a două fenomene, două revoluții care au avut loc în medicină”

Prima este introducerea laparoscopiei, care ne permite să vedem în cele mai ascunse colțuri ale abdomenului, se mărește foarte mult imaginea, și așa putem recunoaște mult mai bine leziunile endometriozei decât acum 30 de ani, când ne uitam cu ochiul liber în operațiile deschise.

A doua revoluție este RMN-ul, care ne-a permis să înțelegem cum arată nodulii de endometrioză profundă. Asemenea unui iceberg, nodulii de endometrioză profundă nu-i vedem foarte bine fiindcă sunt sub peritoneu, în afara cavității abdominale și, îmi închipui că acum 50 de ani chirurgii nu prea înțelegeau nici aspectul, nici limitele leziunilor de endometrioză profundă.

După părerea mea, asistăm la o creștere a prevalenței endometriozei în populația generală pentru că, cel puțin în țările avansate, femeile au mult mai multe menstruații comparativ cu toate generațiile precedente, de la apariția omului și până la sfârșitul secolului 20. Sarcinile sunt mult mai rare, prima sarcină este târzie, după vârsta de 30 de ani, se alăptează mult mai puțin. Practic, toate perioadele de amenoree fiziologică care înainte protejau oarecum femeile de dezvoltarea leziunilor de endometrioză, s-au redus considerabil. Prezența ubicuitară a perturbatorilor endocrinieni în jurul nostru poate de asemenea influența apariția și dezvoltarea leziunilor de endometrioză. Utilizarea mult mai frecventă a tratamentelor de infertilitate poate contribui, de asemenea, la creșterea leziunilor existente, în paralel cu o reținere tot mai frecventă față de utilizarea contraceptivelor hormonale.

În ceea ce privește tratamentul hormonal la o femeie cu endometrioză, balanța este clar dezechilibrată în favoarea beneficiului. Beneficiile tratamentului depășesc cu mult riscurile și severitatea efectelor secundare. Acest lucru privește și chirurgia. Însă reticența anumitor paciente este evidentă, iar dacă medicul nu insistă, nu își ia timp sau nu are răbdare să explice totul pacientei, să-i spună care sunt riscurile dacă ia medicația, dar și care sunt riscurile dacă nu o ia, atunci abandonul tratamentului e aproape automat.

“In medicină, oricare ar fi gestul pe care îl facem, că e chirurgical, că e medical, întotdeauna îl facem jonglând cu balanța între beneficiu și risc”





UN EXPERT ÎN ENDOMETRIOZĂ

- Se ocupă cel puțin o jumătate de timp de endometrioză;
- Stăpânește toate tehnicile chirurgicale în majoritatea localizărilor endometriozei;
- Contribuie la dezvoltarea cunoașterii și cercetării prin publicarea de articole interesante în reviste de bun nivel.



Ce înseamnă să fii specialist în endometrioză?

Cred că a fi specialist în endometrioză se poate măsura foarte simplu în procentajul de timp sau procentajul de paciente pe care le vezi. După părerea mea, un expert în endometrioză e cineva care se ocupă, cel puțin o jumătate din timp, de endometrioză, care stăpânește tehnicile chirurgicale în 90% din localizările endometriozei, care încearcă să aducă anumite contribuții la dezvoltarea cunoașterilor și a cercetării endometriozei publicand articole în reviste de bun nivel.



Un chirurg care operează endometrioză, fibroame uterine, prolaps uterin, cancer ovarian, cancer uterin, cancer de col poate sa afirme ca este un bun chirurg, dar nu poate să spună că este expert în endometrioză.

Acesta este pentru mine definiția unui expert în endometrioză. Acum, în afară de experți în endometrioză, sunt foarte mulți chirurghi care sunt excelenți și polivalenți și care pot să opereze majoritatea formelor de endometrioză, cu foarte bune rezultate.

Când am început să mă ocup cu endometrioza acum 20 de ani, endometrioza reprezenta la început 50% din activitatea mea chirurgicală. În 2011, am oprit complet tratamentul prolapsului și altor patologii de uro-ginecologie, iar în 2013 am oprit și activitatea de cancerologie făcând o ultimă pelvectomie pentru cancer de col evoluat.

“Contrarul expertului este chirurgul polivalent, ceea ce este foarte bine în sine și foarte respectabil”

“Nu este posibil să fii în același timp expert în endometrioză, în ecografie, în cancer, în chirurgia fibroamelor, în medicină fetală și în uro-ginecologie”

Am hotărât să mă axez nu 50%, ci 100% pe endometrioză. Am făcut așa pentru că eu cred în faptul că ești mai bun dacă faci numai asta. Acum lucrez într-un centru de endometrioză unde suntem 5 chirurghi și condiția că să intri în centrul nostru este să faci numai endometrioză. Suntem 5 chirurghi care operăm doar endometrioză, de toate tipurile, toate localizarile și toate stadiile.

Cum este pacienta cu endometrioză?

Nu pot să descriu o pacientă-tip cu endometrioză pentru că pacientele sunt foarte diferite. Endometrioza e o boală foarte eterogenă, în care includem multe paciente care au foarte puține lucruri în comun.

Prima categorie este pacienta care are endometrioză și care are dureri pelviene cronice. Izolare socială, eșec profesional, probleme de cuplu, eventual infertilitate. Acestea sunt cazuri dezastruoase și de multe ori, în aceste cazuri, pacientele au fost operate de mai multe ori și practic, endometrioza care a fost găsită este foarte moderată.

Aceste paciente sunt etichetate cu endometrioză, dar principala lor problemă sunt durerile cronice care evoluează pe cont propriu chiar și în absența endometriozei. Această categorie de paciente este și cel mai dificil de tratat, după părerea mea, pentru că în cazul ăsta chirurgul nu poate face mare lucru.



A doua categorie de endometrioză sunt pacientele care au o endometrioză foarte severă, care au simptome foarte importante în timpul menstruației, dar care se simt relativ bine în afara menstruației. Au cel puțin o săptămână din lună în care trăiesc aproape normal, revin la viață. Aceste paciente pot avea leziuni foarte importante, digestive, urinare, diafragmatice sau de nervi pelvieni; în aceste cazuri, cu cât leziunile sunt mai mari cu atât chirurgia e mai eficace.

“Pacientelor cu endometrioză severă, chirurgia completa făcută de un expert le aduce un beneficiu enorm”.

Mai avem o altă categorie de paciente care ajung în consultație după faza de stupoare în care li se descoperă endometrioza. Ele au un parcurs de infertilitate, un parcurs de dureri, unde li s-a spus că n-au nimic, că totul este psihologic și în cazul cărora se descoperă în sfârșit endometrioza. O parte din ele sunt ușurate că în sfârșit s-a găsit ceva. O altă parte sunt revoltate pentru că au avut nevoie de foarte mult timp ca să li se diagnosticheze ceea ce putea fi de fapt descoperit cu ani înainte.

Există și paciente care sunt focalizate pe infertilitate astfel încât endometrioza apare doar ca un factor de infertilitate și vor să o rezolve, dar doar în măsura în care le-ar ajuta să devină mame. Sunt foarte multe tipologii de endometrioza, motiv pentru care sunt convins că în momentul în care aloci majoritatea timpului endometriozei, ajungi să înțelegi fiecare tipologie și ai un discurs diferit în fața fiecăreia. Pentru că ai toate șansele să înțelegi ce doresc și ce așteaptă de la tine, și atunci efectiv discursul merge în sensul dorinței lor, adică le acompaniem către ceea ce doresc să reușească, sarcină, dureri sau alte simptome.



Pe pacienta cu endometrioza și dureri pelviene cronice o recunosc din sala de așteptare. Este tristă, când se ridică vine aplecată, ai impresia că toată durerea lumii e pe umerii ei.

Care considerați că este cea mai mare încununare, reușită, de până acum?

E dificil să aleg o reușită, pentru că cariera unui medic este un drum lung care avansează în trepte. Prima treaptă a fost absolvirea Universității de Medicină din Cluj în 1993 ; eram mai mulți colegi cu rezultate identice, dar în urma votului am fost ales chef de promoție, ceea ce mi-a lăsat o amintire de neuitat. Alta treaptă decisivă a fost examenul de specialitate pe care l-am obținut la Ambasada Franței de la București în 1994 și care mi-a permis să încep o carieră de intern în neurochirurgie la Paris. O alta a fost examenul de internat care mi-a permis să devin intern de chirurgie în 1998. O nouă treaptă este poziția de asistent universitar sau șef de clinică în chirurgie ginecologică în serviciul pe care mi l-am dorit în 2004. Pentru mine a fost o treaptă suplimentară să fiu naturalizat în Franța în 2001, astfel încât să pot face o carieră în spitalele franceze pentru că în momentul în care eu am început, România nu făcea parte din comunitatea europeană. Am fost, așadar, obligat să devin francez să pot face cariera în Franța, ceea ce acum nu mai e cazul. Un alt pas foarte important a fost doctoratul în științe medicale în 2008. Apoi momentul în care am fost numit profesor în 2011.

“Din momentele pe care nu le voi uita niciodată se află prima chirurgie pe care am transmis-o live la un congres internațional”.

Sunt de asemenea momente pe care nu le voi uita niciodată, cum ar fi, de exemplu, prima chirurgie pe care am transmis-o live. Eram în blocul meu operator și am transmis live într-un congres internațional, trebuia să explic în engleză tot ce făceam, să răspund la întrebări, să fac o treabă corectă căci eram urmărit de sute de colegi. Momentul respectiv a avut loc la două săptămâni după nașterea ultimei mele fetițe, eram așadar și într-o stare de oboseală extraordinară, fiindcă nu dormeam noaptea. Știu că în momentul în care am intrat în legătură cu amfiteatrul unde era sala de conferințe, m-am trezit instantaneu.



Un alt moment foarte important e momentul în care am decis să părăsesc sistemul public și Centrul Universitar de la Rouen și să creez Institutul Franco-European Multidisciplinar de Endometrioză (IFEMEndo) de la Bordeaux, care efectiv a fost urmat de o explozie a volumului de activitate chirurgicală. Acum, sunt într-un sistem privat, nu mai am limitele administrației publice. Eu pun limitele, putem crește activitatea practic nelimitat, putem deschide un centru în alt oraș sau în altă țară, am deschis un centru în Abu Dhabi, putem considera că este posibil să deschidem un centru în România, putem deschide un centru în Maroc, deci totul e posibil atât timp cât avem sănătate și energie.

Cât de mult afectează ego-ul în medicină?

Cred că ego-ul nemăsurat sau exagerat în medicină sau în orice altă meserie, nu poate decât să afecteze. Medicina e un domeniu care este foarte dinamic, schimbările sunt importante, tehnicile chirurgicale se reinnoiesc tot timpul și în momentul în care nu ești conștient de acest lucru, poți fi depășit destul de rapid. De obicei în știință, unde se face cercetare, pleci întotdeauna de la ideea că probabil nu ai dreptate și încerci să dovedești contrariul.

În momentul de față am scris peste 230 de articole în diferite reviste cu comitet de lectură și majoritatea articolelor pleacă de la o întrebare pe care pacientele sau colegii mi-au pus-o, sau de la critica a unor colegi, la care eu încercam să răspund printr-un studiu în care verificăm dacă ceea ce fac e corect sau nu. Câteodată am demonstrat că tehnica mea este mai bună, altădată am constatat că nu făceam mai bine decât tehnica de referință.

“Cu cât avansezi în carieră, cu atât mai mult sunt cei din jurul tău, care din diverse motive, îți spun că ești teribil de bun, că ești formidabil, că ești cel mai minunat”.

Păreră mea e că am reușit să controlez până la vârsta asta, ego-ul. Nu pot să spun cum va fi în viitor, pentru că cu cât avansezi în carieră, cu atât mai mult sunt cei care în jurul tău, din diverse motive, îți spun că ești cel mai bun, că ești formidabil, că ești minunat. Este foarte ușor de pierdut simțul măsurii. Însă, după părerea mea, sunt foarte mulți medici care chiar în pragul pensionării au păstrat acest spirit autocritic și mai ales încearcă tot timpul să se autoevalueze și să dovedească că este corect ceea ce fac.

“Este foarte important să fii foarte receptiv la tot ceea ce faci, iar ego-ul te blochează în a fi receptiv”

Eu, personal, am schimbat strategia mea chirurgicală de mai multe ori. De exemplu, în endometrioza colorectală, am început prin a face rezecții colorectale prin anii 2004-2008, după aceea am încercat să demonstrez că shavingul e mai bun între anii 2009-2014.

Am realizat singurul studiu randomizat din literatură în care nu am reușit să demonstrez superioritatea shavingului, pentru că într-un final să dezvolt excizia discoidă astfel încât să am mai multe tehnici dintre care să o pot alege pe cea mai potrivită în funcție de pacientă.

Așadar n-am ezitat să schimb ceea ce făceam de mai multe ori în cursul carierei. Pentru chistele de endometrioza am început ca toată lumea cu chistectomia, după care am făcut vaporizări cu energia plasma, acum realizez frecvent și alcoolizarea. Cred că e foarte important să fii foarte receptiv la tot ceea ce se face în alte centre. Și bineînțeles, ego-ul te împiedică să fii receptiv și să te îndoiești de tine însuși. A adopta o tehnică introdusă de altcineva, înseamnă că inevitabil accepți că respectivul poate face mai bine decât ceea ce ai făcut până acum.

Cum au fost cei 20 de ani de experiență în materie de lecții, dar și ce greșeli ați făcut?

Prima lecție pe care am primit-o a fost când am descoperit endometrioza în centrul de la Clermont Ferrand. Fascinat de această boală, am afirmat tuturor că eu o să devin chirurg de endometrioza și o să mă concentrez exclusiv pe endometrioza.



Am început să scriu tuturor corespondenților că sunt gata să mă ocup de toate pacientele cu endometrioză. În acea vreme, în anii 2003-2004, nu exista nici un chirurg care să se ocupe exclusiv de endometrioză. Am urmat însă lecția primită de la un profesor de la Clermont-Ferrand care mi-a spus: *Fii atent, asta e o boală în care sunt foarte multe de făcut, sunt foarte multe de descoperit.*

A doua lecție a fost dată de directorul meu de teză științifică care mi-a spus: *Dacă vrei să sapi adânc, sapă într-un singur loc.* M-a sfătuit practic să mă concentrez pe o singură boală, și am ales endometrioza, ceea ce părea o idee destul de năstrușnică în anii 2000.

A treia lecție tot el mi-a dat-o. Mi-a spus: *Trebuie de la început să-ți creezi o bază de date în care să înregistrezi pacientele pe măsură ce le operezi. Pentru că în momentul în care vrei să faci un studiu și te duci înapoi la dosarele medicale, ai foarte multe informații care lipsesc și n-o să poți să faci nimic cu adevărat științific.*

Crearea bazei de date la început, și asta a fost întotdeauna unul dintre punctele mele forte. În momentul de față, la IFEMEndo avem o bază de date cu peste 5.000 de paciente operate și înregistrate. Ulterior am primit foarte multe lecții, de la colegi ginecologi, de la chirurghi digestivi sau urologi, și am înregistrat cât am putut de mult

Primesc lecții și de la paciente

Lecții primim în fiecare zi, inclusiv de la pacienți. Rolul alimentației și importanța ei în reducerea simptomelor și în starea de bine am învățat-o de la paciente. Până acum 2-3 ani nu se prea vorbea de alimentație în congresele de endometrioză. De fiecare dată când o pacientă îmi spune: *Am făcut asta și mă simt mult mai bine*, o întreb mai multe, îi cer informații, ca să pot da sfaturi la rândul meu. Practic în fiecare zi învăț câte ceva.

Decepțiile pe care le poți avea în chirurgie sunt foarte multe. Întotdeauna am afirmat că meseria noastră, chirurgia, este una periculoasă. Decepții sunt paciente care se complică, paciente care se simt agravate după chirurgie, în ciuda faptului că ai făcut un gest de care ești foarte încântat. Există câteva cazuri de genul ăsta, le cunosc pe de rost și pe nume. Chirurgia e o meserie destul de ingrătă pentru că chiar dacă la sfârșitul operației simți că ai făcut cea mai frumoasă intervenție din lume, rezultatele nu sunt pe măsură. Și din păcate, rezultatul poate fi destul de imprevizibil.

Eu fac întotdeauna aceleași gesturi cu aceeași atenție și pacientele nu au întotdeauna același rezultat. De exemplu, îmi amintesc în 2006 am câștigat un premiu național cu un film de rezecție colorectală și filmul era efectiv o intervenție foarte frumoasă. Surprinzător, rezultatul funcțional a fost mediocru, unul dintre cele mai severe eșecuri chirurgicale pe care le-am avut în vremea respectivă. O pacientă tânără la care tubul digestiv și vezica au fost ca paralizați, a avut 2-3 ani foarte complicați. Și n-am reușit niciodată să-mi explic în ce moment cele două organe au fost denervate.

Cum le faceți față?

Eșecurile sunt complicate, nu le trăiesc bine deloc. Încerc să fiu cât mai receptiv. Dacă pacienta dorește o consultație, o are imediat. Încerc să le ajut atât cât pot, să le trimit specialiștilor care pot să le aducă cea mai mica ameliorare, astfel încât viața lor să devină mai suportabilă. Medicina nu este matematică, iar chirurgia cu atât mai puțin. Există o parte de aleatoriu, de imprevizibil care e extrem de jenantă, în special când te lansezi pe chirurgii foarte complexe. Probabil că acesta e unul dintre motivele pentru care mulți chirurghi evită să se concentreze doar pe endometrioză. Țin minte în 2008 un specialist în endometrioză din Paris mă sfătuia : *Ocupă-te și alte patologii, căci altfel o să sfârșești nebun.*

Cum se face că sunteți atât de respectat de colegii de breaslă, deși în teorie sunteți într-o competiție?

Cred că sunt respectat din două motive. Întâi pentru ceea ce am făcut, pentru că am un volum de chirurgie și de publicații care este important.



În al doilea rând, prin faptul că am avut întotdeauna relații foarte bune cu toată lumea. Ușa blocului meu operator a fost întotdeauna deschisă oricui a putut să vină.

“Eu nu sunt în concurență cu nimeni. Și cred că nici ceilalți nu sunt în concurență cu mine”

Cred că e vorba de concurență în momentul în care am fi mai mulți chirurghi decât pacienți. Atunci concurența ar trebui să fie acerbă, pentru că inevitabil unul dintre chirurghi vă rămâne fără pacienți. Dar în endometrioza suntem în situația inversă, numărul de pacienți crește în fiecare an, în orice caz într-un ritm mai rapid decât numărul specialiștilor în endometrioza. Deci nu cred că suntem în concurență între noi.

La IFEMEndo în Bordeaux, am în permanență patru medici străini în training sau fellowship. Când unul dintre ei pleacă este înlocuit automat de altcineva din altă țară. Din 2018 până acum am primit peste 350 de chirurghi provenind de pe toate continentele, care apreciază foarte mult perioada pe care o petrec la Bordeaux. Toți subliniază faptul că echipa este foarte primitoare, chirurgiile complexe sunt practic cotidiene iar discuțiile sunt foarte relaxate.

“Încerc să am o viață foarte relaxată pentru simplu motiv că mie îmi place ce fac. În momentul în care-mi place ce fac, sunt relaxat. Și mă bucur că am ocazia să fac acesta meserie și mă bucur că am ocazia să primesc colegi din străinătate, și să văd că membrii echipei sunt mândri că suntem atât de vizitați. Am doar motive de satisfacție când vin la serviciu. În momentul în care meseria devine un hobby, nu mai ai impresia că lucrezi”.

Copiii vă calcă pe urme?

Nu. Am trei fiice de 15, 13 și 12 ani. Niciuna nu dorește să facă medicină. Toate sunt mai mult axate pe artă, sau pe creație. Toate cunosc bine endometrioza. Cele două mai mari au venit în stagiul la clinică, au fost în operații, m-au văzut operând. Acasă lucrez tot timpul la filme chirurgicale, iar pe mobil pozele intraoperatorii alternează cu cele ale familiei. Când fetele se uită peste umărul meu la ce lucrez, pot să vadă un film intraoperator. Toate sunt foarte la curent cu ce este endometrioza și cu ce mă ocup, și cred că sunt mândre.

Un moment memorabil este legat de fetița mea cea mai mică, care avea 8 ani și era la școală în clasa a treia. Într-o zi, învățătoarea zice soției mele: **Doamna Roman, vă spun ceva ce s-a întâmplat, m-a distrat foarte mult Violeta.** Învățătoarea ceruse copiilor să scrie numele unei persoane celebre. Copiii au scris Johnny Depp, președintele Macron, Kate Perry, doar fetița mea a ridicat două degete și a întrebat: **Pot să scriu numele tăticului meu?**

Învățătoarea i-a zis da, **dacă crezi că e celebru.** Și Violeta a răspuns: **da, da, este cel mai bun chirurg de endometrioza.** Chiar dacă este mândră de tatăl ei și știe ce este endometrioza, nu vrea nici ea să facă medicină, căci este pasionată de ecologie și reciclarea materialelor.

Dacă ar fi s-o luați de la zero, ce ați alege?

Același lucru. Eu, începând de la vârsta de 10 ani, n-am conceput să fac altă meserie decât cea de chirurg. La 10 ani am văzut filmul “Mere Roșii” cu Mircea Diaconu și am decis să fiu chirurg. Tot ce am făcut din momentul ăla încolo era cu un singur scop: să fac medicină și să devin chirurg.

“Toate vacanțele, toate weekendurile eram în blocul operator”



Am intrat prima dată într-un bloc operator în prima zi de vacanță de vară după anul 1. În acea vreme, sub Ceaușescu, nu erau rezidenți, căci atestările se făceau pe posturile libere. Blocul de la Spitalul din Dej, unde locuiam, era lipsit de rezidenți, și am avut șansa incredibilă să cunosc un personaj unic: doctorul Vaida, un chirurg desăvârșit, cu un umor teribil. I-am plăcut de la început și am devenit elevul sau. Din momentul acela, toate vacanțele, toate weekend-urile eram cu el în blocul operator. Părinții mei îmi ziceau: **Măi copile, dar du-te și fă și altceva, distrează-te!** Dar eu le răspundeam că acolo mă simțeam cel mai bine. Ce motiv aveam să stau ore întregi pe o terasă, să fumez și să beau bere dacă eu cel mai bine mă simțeam în sala de operații?

Când eram în România, eram foarte investit în chirurgia digestivă, bineînțeles începător, trăgeam de valve până nu mai îmi simțeam umerii, dar făceam și operații de apendicită, sau hernii. Când am venit în Franța, timp de 4 ani am făcut neurochirurgie, și am operat hematoame intracraniene, tumori cerebrale, anevrisme. După care am schimbat filiera spre ginecologie, și în final am descoperit endometrioza. În mod indiscutabil, endometrioza mi-a adus atât de multe satisfacții că n-am nici o intenție să mă ocup de altceva. Dacă aș lua-o de la început, tot acest drum aș urma.



“Endometrioza mi-a adus atât de multe satisfacții că n-am nici o intenție să fac altceva decât asta. Dacă aș lua-o de la început, tot asta aș face”

Ce vise neîmplinite aveți?

Aș fi vrut să ne dezvoltăm mai mult. Un vis ar fi fost să creez un lanț de clinici în toată lumea, clinicile IFEMendo, după modelul clinicilor IVI-RMA care există în fertilitate, care să fie considerate standard, printre cele mai bune din lume. Însă acest vis este foarte ambițios în ziua de astăzi, când chirurgia avansată este extrem de costisitoare, astfel încât n-am nici posibilități financiare să împlinesc acest vis, probabil nici timpul. Dar neîmplinirea acestui vis nu o trăiesc ca pe un eșec.

Ați spus de Abu Dhabi, aveți în plan și un centru IFEMendo în România?

Foarte recent, întâlnirea cu un fost coleg de promoție, Dr Ovidiu Gogu Cacuci, mi-a deschis o perspectivă neașteptată: înființarea unui centru IFEMendo în chiar orașul în care am studiat medicina, la Cluj Napoca. Modelul pe care l-am propus este similar cu cel al centrului IFEMendo-Middle East Clinic de la Abu Dhabi: crearea unei echipe locale de medici ginecologi care se consacră endometriozei, ajutați de chirurghi experți în chirurgia generală și urologică, și de alți colegi de alte specialități, care să vină la training la Bordeaux și care să aplice aceeași strategie de management al endometriozei. Rolul meu va fi de a îi ajuta, coordona prin intermediul unor staffuri online săptămânale, dar și prin prezența mea periodică la Cluj. Acest centru va fi deschis la Clinica Medicover din Cluj Napoca pe 16 martie 2025. Sunt foarte încrezător în reușita acestui proiect în care o să pun nu doar energia mea ci și mult suflet.



Discuțiile în echipe multidisciplinare pentru endometrioză

Laurin Burla, MD

Departamentul de Ginecologie, Spitalul Universitar din Zurich, Zurich, Elveția

De ce avem nevoie de îngrijire multidisciplinară în endometrioză?

Endometrioza este o afecțiune cronică larg răspândită, cu efecte variate. Pentru unii, endometrioza afectează semnificativ calitatea vieții, comparabil cu alte boli cronice. O abordare individualizată centrată pe pacient - luând în considerare factori precum vârsta, obiectivele de planificare familială, simptomele și istoricul clinic - a devenit o piatră de temelie a îngrijirii.

Progresele în diagnosticare, clasificare și tratament au condus la abordări din ce în ce mai personalizate. Endometrioza este acum înțeleasă ca o boală sistemică, nu doar o afecțiune localizată. Poate afecta mai multe organe, poate modifica percepția durerii și este asociată cu alte dureri cronice. Cazurile complexe, cum ar fi pacientele cu durere pelvină cronică, cele cu endometrioză profundă severă care implică ureterul și rectul sau cu infertilitate necesită adesea o planificare multidisciplinară pentru a obține rezultate optime.

Ca și în multe domenii ale medicinei, există o tendință în creștere spre specializare. Centrele certificate care se concentrează exclusiv pe endometrioză urmăresc să ofere îngrijire eficientă, în special pentru cazurile complexe. Chirurgia pune accent pe procedurile bine planificate pentru a minimiza intervențiile chirurgicale repetate. Numărul de astfel de centre continuă să crească, oferind îngrijire cuprinzătoare, adaptată nevoilor individuale. Întâlnirile multidisciplinare oferă o abordare concentrată și eficientă pentru cazurile selectate, permițând evaluărilor și tratamentelor să fie coordonate de o echipă consistentă de profesioniști din domeniul sănătății.



Medicina de astăzi este din ce în ce mai complexă; o singură persoană nu mai poate face dreptate tuturor specialităților. Întâlnirile multidisciplinare pot evita consultațiile fragmentate, în serie și pot oferi îngrijiri raționalizate, concentrate pe pacient. Mai mult, acestea subliniază importanța colaborării în abordarea naturii cu mai multe fațete a endometriozei și în asigurarea celor mai bune rezultate pentru pacienți.

Care este definiția echipei multidisciplinare?

Multidisciplinariatatea se referă la un grup de profesioniști din diverse domenii care colaborează pentru a oferi o terapie individualizată, bazată pe ghiduri, în cazuri complexe, utilizând expertiza lor concentrată pentru a oferi cea mai eficientă îngrijire conform celor mai recente standarde.



Abordarea multidisciplinară în endometrioză include medici din diferite domenii, precum și alți profesioniști din domeniul sănătății, cum ar fi kinetoterapeuți sau asistente medicale .

Care sunt beneficiile întâlnirilor de echipe multidisciplinare?

Nu fiecare pacient necesită o întâlnire multidisciplinară, o selecție atentă este esențială pentru a asigura beneficiile acesteia. Aceste discuții ar trebui rezervate pentru cazurile mai complexe în care problemele au mai multe fațete, iar mai mulți specialiști pot oferi în colaborare sprijin eficient pentru a oferi cea mai bună îngrijire posibilă. Scopul este de a spori eficiența și rezultatele tratamentului, de a minimiza schimbările frecvente ale furnizorilor de asistență medicală / clinici sau investigații sau terapii lungi, în serie și potențial inutile și să permită intervenții și sprijin în timp util. În plus, sperăm că un o discuție în echipă multidisciplinară poate crește gradul de conștientizare, ceea ce poate duce la diagnostice și trimeri mai devreme. Întâlnirile multidisciplinare pentru endometrioză, care ar trebui să includă și adenomioza, par promițătoare pe baza experiențelor din alte domenii medicale și a puținelor studii de până acum. Cu toate acestea, sunt necesare studii științifice pentru a valida eficacitatea lor în mod specific pentru endometrioză și adenomioză.

În afară de chirurghi, ce alte specialități mai sunt necesare?

Lucrarea noastră de consens publicată recent recomandă implicarea regulată a următoarelor discipline non-chirurgicale: ginecolog general, specialist în reproducere, radiolog, specialist în durere, asistent medical în endometrioză și fizioterapeut. La nevoie, în funcție de cazurile specifice, pot fi implicați specialiști suplimentari.

Care este evaluarea preoperatorie implicată în îngrijirea multidisciplinară a endometriozei?

Examenul preoperatoric inițial în îngrijirea multidisciplinară a endometriozei nu trebuie să difere de controlul de rutină în cazurile în care nu este necesară îngrijirea multidisciplinară. Aceasta implică un istoric medical detaliat, cu accent pe simptome și tratamente anterioare, urmat de un examen clinic de specialitate cu ultrasunete transvaginale (TVUS) și ecografie renală.

În funcție de constatări, cum ar fi endometrioza profundă care nu poate fi definită clar cu ultrasunete sau suspectate leziuni intestinale multiple, poate fi necesar un RMN. Pe baza acestor constatări, ar trebui efectuată o clasificare preoperatorică. Există diverse sisteme de clasificare; în munca noastră, grupul de consens a recomandat în primul rând clasificarea #Enzian, deși pot fi folosite și altele. O clasificare precisă a bolii ajută toate părțile implicate să înțeleagă rezultatele și creează un limbaj comun, de exemplu, între ginecologi și radiologi. Pe baza acestor constatări, ar trebui apoi să se stabilească dacă un tratament suplimentar ar trebui să aibă loc într-un centru specializat și dacă este necesară o discuție multidisciplinară a cazului, cum ar fi în cazurile de durere cronică, probleme complexe de fertilitate, implicare extinsă a ureterului sau a intestinului. În plus, pot fi luate în considerare evaluări suplimentare pentru cazul specific, dacă este necesar.

Întâlnirile multidisciplinare oferă o oportunitate de dezvoltare profesională și pot ajuta la întărirea coeziunii în cadrul echipei de tratament. Toți participanții se familiarizează cu orientările și procedurile interne. Aceste întâlniri pot sprijini și planificarea directă a tratamentelor. În plus, ar putea ajuta la asigurarea calității prin documentarea cazurilor într-o bază de date, care ar putea, la rândul său, să promoveze proiecte de cercetare.





Dr Stefan Tuca

Medic primar chirurgie generala

- Chirurgie colorectală
- Chirurgia herniei abdominale
- Chirurgie oncologică
- Chirurgie ginecologică
- Chirurgie bariatrică
- Acalazia
- Vezica biliară
- Boala de reflux gastroesofagian
- Fistula anala
- Vene varicoase
- Hemoroizi

**Supraspecializare
in chirurgia
bariatrica**

Tel: 0723 024 207

www.stefantuca.ro

RECUPERAREA DUPĂ OPERAȚIA DE ENDOMETRIOZĂ

Recuperarea după operația de endometrioză este un proces extrem de individualizat. Procedura chirurgicală, care vizează îndepărtarea sau ablația leziunilor endometrioizice, este un pas crucial către ameliorarea durerii și îmbunătățirea calității vieții. Experiența de recuperare variază foarte mult în funcție de localizarea și dimensiunea leziunilor excizate, complexitatea chirurgicală variind de la tehnici relativ simple până la tehnici foarte specializate, cum ar fi intervenții colorectale, urologice, toracice sau neurochirurgicale. Deoarece amploarea leziunilor endometrioizice nu se corelează în mod constant cu severitatea simptomelor, estimarea duratei recuperării și a timpului până la ameliorarea simptomelor poate fi o provocare, viteza de recuperare fiind influențată și de factori precum sensibilizarea centrală și condițiile comorbide. Recuperarea eficientă după intervenție chirurgicală s-a dovedit că depinde de pregătirea preoperatorie, cu o condiție fizică îmbunătățită înainte de operație, reducând șederea în spital și îmbunătățind performanța fizică postoperatorie.

Durere și disconfort postoperator

Durerea și disconfortul sunt de obicei parte din perioada imediat postoperatorie. Pacientele raportează frecvent dureri abdominale ușoare până la moderate, care pot fi exacerbate de retenția de gaz cauzată de dioxidul de carbon utilizat în timpul laparoscopiei. Acest lucru este de obicei gestionat cu o combinație de analgezice, inclusiv medicamente antiinflamatoare nesteroidiene, paracetamol și analgezice opiacee în timpul perioadei de recuperare timpurie. În cazurile în care se anticipează o durere postoperatorie semnificativă, blocarea plană laterală transversală abdominală intraoperatorie sau analgezia epidurală postoperatorie poate fi utilizată pentru a reduce nevoia de opioide. Metodele non-farmacologice, cum ar fi stimularea nervoasă electrică transcutanată și odihna adecvată, joacă, de asemenea, un rol de susținere în gestionarea durerii.

Monitorizarea Complicațiilor

Recunoașterea semnelor de avertizare în timpul recuperării este esențială.



Anneli Linnamägi, MD

The Wellbeing Services
County of South Ostrobothnia
Chief of Department of
Gynaecological Surgery
Vice President, International Society of
Gynaecologic Endoscopy

Durerea severă sau agravarea acesteia, febra mare, sângerarea excesivă sau semnele de infecție la locurile de incizie ar trebui să solicite asistență medicală imediată.

Oboseală și activitate fizică

Oboseala este un răspuns comun la efectele anesteziei și la procesul de vindecare al organismului. Deși o odihnă suficientă este esențială, inactivitatea prelungită poate întârzia recuperarea. Reluarea treptată a activităților fizice este, în general, recomandată, cu ridicarea greutăților și exercițiile fizice intense, de obicei evitate timp de patru până la șase săptămâni. Băile fierbinți și saunele trebuie evitate în timpul perioadei de recuperare din cauza riscului crescut de sângerare și tromboză.



Simptome digestive și nutriție

Problemele digestive, cum ar fi balonarea, constipația și greața și vărsăturile postoperatorii, sunt frecvent raportate după operație. Aceste simptome sunt în general de scurtă durată și pot fi gestionate cu ajustări alimentare și tratamente medicale adecvate. Hidratarea și nutriția adecvată sunt esențiale pentru a sprijini procesele de vindecare ale organismului și pentru a asigura o recuperare optimă. Pentru pacienții care au suferit tehnici chirurgicale colorectale, respectarea strictă a instrucțiunilor medicale pre- și postoperatorii este esențială pentru a minimiza complicațiile.

Îngrijirea inciziilor

Îngrijirea adecvată a inciziilor este vitală, în special atunci când sunt prezente drenaje, catetere vezicale de lungă durată sau stome. Menținerea curățeniei și respectarea instrucțiunilor de îngrijire sunt necesare pentru a preveni infecția și pentru a promova vindecarea. Pentru rănile vaginale, actul sexual este de obicei limitat timp de șase până la opt săptămâni pentru a permite o vindecare adecvată. Datele limitate împiedică stabilirea unor linii directe stricte pentru a evita dehiscenta plăgii vaginale.

Bunăstare emoțională

Faza de recuperare implică adesea disconfort și stres emoțional. Pacienții sunt încurajați să caute sprijin de la cei dragi și grupuri de sprijin, precum și să exploreze strategii de ameliorare a stresului, cum ar fi tehnicile de conștientizare și relaxare. Informarea pacientului cu o descriere completă a intervenției chirurgicale și așteptări clare pentru perioada de recuperare sporește încrederea dintre pacient și personalul medical și este esențială pentru reducerea anxietății.

Terapii complementare și pe termen lung

Pentru a evita reapariția simptomelor, se pot prescrie terapii hormonale, cum ar fi contraceptivele orale sau dispozitivele intrauterine hormonale. Dacă ambele ovare sunt îndepărtate, poate fi prescrisă terapia de substituție hormonală pentru a atenua simptomele menopauzei și pentru a sprijini recuperarea generală. Terapiile complementare, cum ar fi fizioterapie, acupunctura, yoga și ajustările dietetice (de exemplu, o dietă fără gluten), pot ajuta la tratarea durerii sau disconfortului rezidual. Modificările stilului de viață, cum ar fi exercițiile regulate, o dietă sănătoasă și un management eficient al stresului, sunt adesea recomandate ca parte a recuperării pe termen lung.

Cronologia de recuperare

Recuperarea are loc de obicei în etape. În primele două săptămâni se acordă prioritate odihnei, cu o creștere treptată a activităților ușoare. Până în a treia sau a patra săptămână, mulți pacienți raportează durere redusă și niveluri de energie îmbunătățite, permițând reluarea sarcinilor ușoare. Recuperarea completă variază în funcție de amploarea intervenției chirurgicale, procedurile mai extinse necesită timpi mai lungi de vindecare.

- Chmelo J, Chmelová I, Phillips AW. Prehabilitation, improving postoperative outcomes. *Rozhl Chir.* 2021;100(9):421-428. doi:10.33699/PIS.2021.100.9.421-428
- Niu L, Chen L, Luo Y, Huang W, Li Y. Oxycodone versus morphine for analgesia after laparoscopic endometriosis resection. *BMC Anesthesiol.* 2021;21(1):194. doi:10.1186/s12871-021-01417-3
 - Hamid HK, Emile SH, Saber AA, Ruiz-Tovar J, Minas V, Cataldo TE. Laparoscopic-Guided Transversus Abdominis Plane Block for Postoperative Pain Management in Minimally Invasive Surgery: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Coll Surg.* 2020;231(3):376-386.e15. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2020.05.020
 - Piasecki A, Ögren C, Thörn SE, et al. High-frequency, high-intensity transcutaneous electrical nerve stimulation compared with opioids for pain relief after gynecological surgery: a systematic review and meta-analysis. *Scand J Pain.* 2024;24(1). doi:10.1515/sjpain-2023-0068
 - Komann M, Dreiling J, Baumbach P, et al. Objectively measured activity is not associated with average pain intensity 1 week after surgery: A cross-sectional study. *Eur J Pain.* 2024;28(8):1330-1342. doi:10.1002/ejp.2260
 - Boldt LH, Fraszl W, Röcker L, et al. Changes in the haemostatic system after thermoneutral and hyperthermic water immersion. *Eur J Appl Physiol.* 2008;102(5):547-554. doi:10.1007/s00421-007-0620-7
 - Arena A, Degli Esposti E, Pazzaglia E, et al. Not All Bad Comes to Harm: Enhanced Recovery After Surgery for Rectosigmoid Endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2024;31(1):49-56. doi:10.1016/j.jmig.2023.10.011
 - Uccella S, Zorzato PC, Kho RM. Incidence and Prevention of Vaginal Cuff Dehiscence after Laparoscopic and Robotic Hysterectomy: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2021;28(3):710-720. doi:10.1016/j.jmig.2020.12.016
 - Mijatovic V, Vercellini P. Towards comprehensive management of symptomatic endometriosis: beyond the dichotomy of medical versus surgical treatment. *Hum Reprod.* 2024;39(3):464-477. doi:10.1093/humrep/dead262
 - Chen I, Veth VB, Choudhry AJ, et al. Pre- and postsurgical medical therapy for endometriosis surgery. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;11(11):CD003678. doi:10.1002/14651858.CD003678.pub3
 - Velho RV, Werner F, Mechsner S. Endo Belly: What Is It and Why Does It Happen?-A Narrative Review. *J Clin Med.* 2023;12(22). doi:10.3390/jcm12227176
 - Abril-Coello R, Correyero-León M, Ceballos-Laita L, Jiménez-Barrio S. Benefits of physical therapy in improving quality of life and pain associated with endometriosis: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet.* 2023;162(1):233-243. doi:10.1002/ijgo.14645
 - Mira TAA, Buen MM, Borges MG, Yela DA, Benetti-Pinto CL. Systematic review and meta-analysis of complementary treatments for women with symptomatic endometriosis. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;143(1):2-9. doi:10.1002/ijgo.12576
 - Lalla AT, Onyebuchi C, Jorgensen E, Clark N. Impact of lifestyle and dietary modifications for endometriosis development and symptom management. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2024;36(4):247-254. doi:10.1097/GCO.0000000000000969



Alimentația în timpul Sărbătorilor de Iarnă

Importanța Alimentației la Femeile cu Endometrioză și Adenomioză

Pasionată de tot ce se petrece în tractul nostru gastrointestinal și cum influențează aceasta sănătatea noastră, și cu o experiență de 4 ani în a ajuta oamenii să își obțină o digestie mai optimă, Evelin Papp este specializată în dieta low FODMAP de către Monash University și certificat de formare de la King's College London. Lucrează cu paciente cu endometrioză și alte afecțiuni ginecologice, endocrine, autoimune, gastrointestinale și tulburări de comportament alimentar.



Alimentația joacă un rol crucial în managementul endometriozei, deoarece poate influența inflamația, echilibrul hormonal, stresul oxidativ și sănătatea microbiomului intestinal, factori strâns legați de această afecțiune. S-au constatat asocieri între dietele bogate în fibre, antioxidanți, probiotice, prebiotice, curcumină, omega 3, magneziu și scăderea simptomelor la aceste femei. Adoptarea unei diete echilibrate, antiinflamatoare și bogate în nutrienți poate ameliora simptomele endometriozei și colaborarea cu un dietetician autorizat poate îmbunătăți calitatea vieții femeilor afectate.

Obstacole Alimentare Specifice de Sărbători

În perioada sărbătorilor, consumul de alimente tradiționale poate să includă multe ingrediente care contribuie apariția simptomelor digestive sau legate de menstruație, inflamație. Așa ar fi alimentele care au o concentrație mai crescută în zahăr (deserturi, produse de patiserie, creme), glutenul (cozonac, pâinea, produsele majoritare de patiserie), alimentele grase (cârnuri, caltaboș, sosuri), lactatele (laptele și alte derivate mai concentrate în lactoză), FODMAP-uri (carbohidrați fermentabili ca și lactoza, fructoza, fructooligozaharidele, galactooligozaharidele, polialcoolii, acestea accentuează balonarea, constipația sau diareea, durerea abdominală).

Evelin Papp

nutriționist-dietetician autorizat

e-mail: evelin.nutrition@gmail.com

Instagram: evelinpapp.dietitian

FODMAP-uri se găsesc în: grâu, orz, secară (alternative: pâine cu maia sau fără gluten pe bază de orez brun, hrișcă, mei), usturoi (ulei de măsline infuzat cu usturoi de la Zaliari), ceapă, cruciferoase, sfeclă, ciuperci (în afară de ciuperci pleurotus), leguminoase, mere, pere, struguri, prune, miere, caju, fistic, avocado, lactoza din lactate, mango, ananas.

Identificarea declanșatorilor alimentari

Ține un jurnal alimentar timp de câteva săptămâni, menționează cantitatea, prepararea alimentelor, ora consumului și simptomele observate după ingerarea acestora. Acest lucru te va ajuta să gestionezi triggerele alimentare mult mai bine în timpul Sărbătorilor.





Hidratarea și mișcarea

Puneți un accent mai mare pe consumul de apă, ceaiuri, apă infuzate cu fructe, turmeric latte (curcumina este puternic antiinflamatoare, adăugați piper, pentru că piperina ajută asimilarea curcuminei), astfel se poate reduce balonarea și constipația. Mișcarea, precum plimbările, yoga sau pilates poate ajuta să îmbunătățiți digestia voastră între mesele de Sărbătoare.

Mese organizate

Mesele organizate vă pot ajuta să reduceți disconfortul gastric, plenitudinea, senzațiile de arsură și problemele de tranzit. Evitați gustările între mese, consumați doar mesele principale, care să includă proteine, ½ de porție de fibre și o cantitate alimentară cu care sunteți confortabilă.

Mindful Eating

Mindful eating poate ajuta la reducerea stresului și a impulsurilor alimentare nesănătoase, îmbunătățind digestia și reducând simptomele endometriozei. Imaginează-ți înainte de fiecare masă Scala Foamei (The Hunger Scale), chiar și în timpul mesei sau după masa. Imaginează-ți un Score de la 1 la 10, încearcă să rămâi la un nivel de 5-6-7 în timpul Sărbătorilor. Stabilește nivelul de foame-sățietate actuală și încearcă să te prietenești cu asta, găsește-și echilibrul.

Încearcă să mesteci bine mâncare (25-30x ori), timp de 20-30 minute, nu te grăbi, pentru că aerofagia poate accentua balonarea.

Fibre alimentare

Persoanele cu hipersensibilitate intestinală să reducă cerealele integrale, datorită conținutului lor de fibre insolubile în apă, să se concentreze pe cartofi simpli, orez alb, tăiței din orez alb. Evident, dacă se tolerează hrișca, meiul, quinoa, orezul integral, se poate introduce. Recomand focalizarea asupra consumului de fibre solubile în apă, introducerea acestora treptată, precum: fulgi de ovăz, fructe de pădure, psyllium pentru reducerea problemelor de tranzit.

Cum să Arate Masa de Crăciun Sănătos

Pentru o masă de Crăciun sănătoasă, sunt recomandate alimente bogate în nutrienți antiinflamatori și antioxidanți, cum ar fi peștele bogat în omega-3, legumele verzi care susțin detoxifierea hepatică, nucile, și semințele.

Alimente bogate în omega 3

Alimentele antiinflamatoare, cum ar fi cele bogate în acizi grași omega-3 (de ex., peștele gras, semințele de in, semințele de chia, cânepă, dovleac, nuci de casă), pot contribui la reducerea inflamației



Susține estrobolomul

Femeile cu endometrioză prezintă adesea probleme gastrointestinale și dezechilibre ale microbiomului. Consumul de alimente bogate în probiotice și prebiotice poate susține sănătatea digestivă și poate reduce disbioza. Probioticele precum Kombucha, varza murată, kefirul, sunt bogate în lactobacili și bifidobacterii. Prebioticele precum ceaiul de pădărie, rodia, nectarinele, fenicul, cicoria, anghinarele, migdalele, alunele, spelta, amaranthul ajută în reglarea digestiei. O dietă bogată în lignani precum semințele de in contribuie la excretația excesului de estrogen. Două kiwi pe zi poate ajuta în combaterea constipației.

Detoxifierea hepatică

Alimentele bogate în complexul de vitamine B contribuie la detoxifierea hepatică, precum: organele, ouăle, salatele, nucile, semințele, somonul, bananele, produse de carne. Alți nutrienți care contribuie sunt: magneziul (nuci, semințe, leguminoase), glutatión (spanac, căpșuni, portocale), fosfolipide (inozitol din ouă, colină, uleiuri, cereale integrale), flavonoide (antioxidanți, includeți câte 2-3 culori din legume/fructe la fiecare masă).

Reduce consumul de alcool

Acest obicei reglează sănătatea hormonală, microbiomul și reduce inflamația.

Găsește alternative hrânitoare pentru masa de Crăciun

Cunoaște-ți limitele, include mai multe grăsimi sănătoase: nuci, semințe, capere, măslina, pește. Prepară alimentele obișnuite de Crăciun fără ulei adăugat pentru a ușura digestia, gătește alimentele la cuptor sau la aburi. Gătește o cantitate mai mică de alimente, deoarece supraîncărcarea frigiderului și păstrarea alimentelor pe un termen mai lung poate declanșa toxiinfecții alimentare.

Dietă predominant bazată pe plante

În studiul „American Gut Project” – s-au luat mostre de scaun de la 10.000 de persoane și s-a observat că o floră intestinală mai diversă = sănătate mai înfloritoare. Indivizii care consumau mai mult de 30 de tipuri de alimente pe bază de plante aveau o microbiotă mai bogată și diversificată, decât cei care consumau doar 10 sau mai puțin.

Antioxidanții din plante (polifenoli: legume și fructe colorate în general) contribuie la echilibrarea estrogenului și reducerea stresului oxidativ.

Glutenul și zahărul

Femeile cu endometrioză au adesea sensibilități la gluten și zahăr, iar evitarea acestora poate ajuta la reducerea inflamației. Include cereale fără gluten mai des, concentrează-te pe diversificarea acestora nu pe liste de ce poți și ce nu poți mânca. Introduce orez, cartofi albi sau dulci, tăiței soba, arpacaș, hrișcă, mei, quinoa (după toleranța individuală a fiecăruia). Ca și îndulcitor poți folosi zahărul de cocos, stevia, curmale, fructe, ca și ciocolată recomand cea de la Kokowa, pentru că are un conținut mare de antioxidanți și vorbim și de producător local.

Cutler, W. J., & King, A. (2021). The Mediterranean diet and inflammatory markers in endometriosis: a review. *Reproductive Sciences*, 28(3), 669-678. Is gluten-free diet an effective therapy for endometriosis-associated symptoms? *Pain Medicine*, 18(12), 2396-2401.

ntioxidanți și vorbim și de producător local.

Parazzini, F., et al. (2013). Diet and endometriosis risk: a literature review. *Reproductive Biomedicine Online*, 26(4), 323-336.

Kabat-Zinn, J., & Hanh, T. N. (2021). Mindful eating and its impact on endometriosis-related symptoms. *Journal of Women's Health*, 30(4), 528-533.

Hansen, K. E., et al. (2019). Diet and Nutritional Approaches to Endometriosis. *Current Obstetrics and Gynecology Reports*, 8(2), 63-70.

Rocha, M. G., et al. (2022). Omega-3 fatty acids and inflammatory cytokines in endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *Fertility and Sterility*, 118(5), 1010-1021.

Ata, B., et al. (2019). The role of the gastrointestinal microbiota in endometriosis. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 31(3), 239-244.

Signorile, P. G., et al. (2019). Antioxidant treatment in endometriosis. *Gynecological Endocrinology*, 35(1), 1-6.



Din Canada până în Grecia pentru operația de endometrioză și o viață cu totul nouă fără durere

Pentru mine, endometrioza este o boală care îți elimină multe aspecte diferite ale vieții tale. Este o boală atât de feroce, încât se maschează în corpul tău într-un mod care este capabil să se ascundă de diverși medici și specialiști, făcându-te să te întrebi dacă chiar ai ceva. Această boală nu este doar despre fertilitate, ci una care ia multe fețe diferite. Această boală necesită medici cu cunoștințe și pregătire extinse pentru a o distruge, pentru a aduce înapoi aspectele vieții care ne-au fost luate din cauza ei.

Simptomele endometriozei mele au început în jurul vârstei de 16 ani. Îmi amintesc și astăzi că eram la cursul de matematică în timp ce suna clopoțelul și am avut această durere rectală îngrozitoare care m-a făcut să nu mă pot ridica câteva minute. Mi-a tăiat răsufierea. Mulți ani am fost la medicul meu de familie și mi s-a spus că este doar menstruația sau sindromul colonului iritabil. La început a început ca menstrue dureroase cu dureri rectale fulgerătoare în adolescența mea. Odată ce aveam 20 de ani, am început să am balonare, constipație, greață, oboseală și dureri ascuțite în abdomen în timpul menstruației.

Sarcina nu a îmbunătățit simptomele endometriozei

De asemenea, mi-a fost greu să rămân însărcinată. Din fericire, după multe încercări am reușit să rămân însărcinată și am născut un băiețel sănătos. La 6 luni postpartum, simptomele endometriozei au revenit mai rău decât înainte. M-am confruntat cu dureri la 5 zile după ce s-a terminat prima menstruație până în ultima zi a ciclului, care au devenit constante. Apoi, am început să vomit de la durere destul de frecvent.



KRYSTAL COOK





Krystal își ține copilul în brațe pentru prima dată

Mi s-au oferit medicamente până la 40 de ani și apoi să fac histerectomie

Vizitele la medicul de familie despre simptomele mele au fost o mare pierdere de timp. M-am simțit invizibilă, ignorată. În cele din urmă, i-am cerut ginecologul meu cu care am născut să mă ajute, să vadă de la ce am simptomele. Mi-a făcut câteva ecografii care au aratat adenomioză și mi-a sugerat să iau medicamente până la 40 de ani și să apoi să planific o histerectomie. Pentru endometrioza, de care eram doar suspectată, mi-a oferit ablație. Am cerut să fiu trimisă la un specialist în excizia endometriozei, deoarece simțeam că problema mea este mai mult decât un uter afectat. A fost de acord, a durat însă un an până când am fost văzută.

Am călătorit în SUA pentru a face un RMN pentru că în Canada am fost refuzată.

Am făcut o ecografie la unul dintre cei mai buni radiologi de aici pentru endometrioza și mi s-a spus că nu prezintă „semne semnificative” ale bolii și că o histerectomie este opțiunea corectă. Am solicitat un RMN pentru a avea o privire mai amănunțită asupra uterului meu înainte de a fi de acord cu soluția oferită și am fost refuzată. M-am programat la un RMN în Statele Unite, pe care mă bucur că l-am făcut pentru că mi-a arătat că problema mea nu era uterul și endometrioza, așa am putut ști mai multe.

Orilissa mi-a făcut degetele să se blocheze

Am fost pusă pe Orilissa pentru a-mi suprima simptomele. Am avut încredere în doctorul meu și încercam să duc o viață normală. Acest medicament a ajutat la durere, dar efectele secundare au fost îngrozitoare. Sunt igienist dentar și am observat după câteva luni că degetele mele încep să se blocheze. Singurul lucru care s-a schimbat în viața mea a fost medicația. Am căutat efectele secundare ale acestui medicament și l-am oprit imediat.

M-am confruntat cu multe limitări înainte de a fi operată în străinătate. Nu am avut niciun ajutor sau sprijin din partea medicilor din Canada. M-am simțit singură, rău și eram confuză de ce nu există o soluție la problemele mele medicale care îmi afectau viața zilnică. Într-o țară cu atât de mulți furnizori de servicii medicale care se mândrește cu asistența medicală, a fost șocant să văd nivelul de cunoștințe care lipsea cu privire la ceea ce mi se întâmpla.

În Canada, avem un sistem de asistență medicală gratuit, dar există în mod clar limitări ale finanțării pentru acest tip de boală. Asistența noastră medicală depinde mult de finanțare și, din păcate, mulți suferim. Nu avem educație pentru specialiști în endometrioza. Am fost în Grecia pentru a mă opera, după ce am citit despre boala și cum se tratează corect. Aveam nevoie de o echipă multidisciplinară, cu abilități și cunoștințe care să poată învinge boala. Îmi doream o viață. Mi-am dorit ca fiul meu să aibă o mamă prezentă în fiecare moment și soțul meu să aibă un partener care nu era în mod constant obosit și bolnav.

Având șanse mici să mă opereze la un specialist în Canada, am început să cercetez specialiști din străinătate. Cercetările mele m-au condus la Dr. Konstantinos Kyriakopoulos de la Centrul de Endometrioza din Atena din Grecia.



“

Am început să cercetez și am contactat câțiva specialiști în endometrioză. Am avut și câteva consultații. Dr Kyriakopoulos a fost primul specialist care m-a făcut să mă simt auzită. A nu fi auzită a fost cea mai grea parte a acestei boli pentru mine. Pe baza simptomelor, și dat seama că, cel mai probabil, am endometrioză. Este pro fertilitate și a spus că-mi va pastra uterul. Două aspecte importante care am simțit că îmi sunt luate în Canada, valabil și pentru câțiva dintre ceilalți specialiști din străinătate cu care am vorbit. După discuția cu Dr Dinos am avut imediat un sentiment de ușurare și am avut încredere în el. Are o echipă multidisciplinară uimitoare care este prezentă, o parte atât de importantă în tratarea necunoscutului acestei boli. În acele momente am știut că trebuie să merg să mă operez în Grecia.

”





“Țara mea natală nu a putut să-mi ofere îngrijiri pentru nevoile medicale”

Să mă programez la o intervenție chirurgicală în străinătate a fost mai ușor decât programarea unei ecografii aici, în Canada. Am avut contact direct cu doctorul Kyriakopoulos. Mi-a trimis un plan foarte detaliat a ceea ce se întâmplă de la consultarea inițială, imagistică, teste și intervenție chirurgicală. Aveam totul conturat cu date. A fost foarte organizat, ceea ce ne lipsește aici, în Canada, cu sistemul nostru de sănătate. M-a informat unde va avea loc operația, care se află într-o altă locație față de clinica lui. Am făcut parte dintr-un grup de Facebook dedicat persoanelor care plănuiau sau au avut deja o operație cu acest chirurg în Grecia. Acesta a fost un ajutor foarte util. Am decis să fac și o vacanță dacă to mergeam în Grecia. Am fost la Santorini cu o săptămână înainte și apoi am rămas în Atena după operație. A fost cea mai bună călătorie din viața mea, una care mi-a adus viața înapoi.

La câteva ore de la operație, m-am simțit ușurată. Niciodată nu mi-am dat seama cât de puternică era durerea mea până nu a dispărut. Am reușit să merg pe jos 5 km în Atena la cinci zile după operație. Viața mea a revenit. Nu mai lupt cu balonarea, constipația, durerile pelvine cronice, durerile rectale, oboseală și greață. Am o nouă perspectivă asupra vieții și viața nu a fost niciodată mai bună.

Primul meu gând după operație a fost „au găsit endometrioza sau au avut dreptate doctorii canadieni?”. Când m-am trezit, am întrebat-o imediat pe asistentă, iar ea a zâmbit și a spus da, dragă, ai avut-o și doctorul va veni să vorbească cu tine în curând. Eram atât de ușurată. Eram atât de fericită. Da, ești fericita odată ce știi ce e în neregulă cu tine.



Dr Charles Nagy

Complicațiile endometriozei infiltrante profunde ale intestinului

Endometrioza cu infiltrare profundă (DIE) este o afecțiune complexă și frecvent debilitantă care are un impact profund asupra calității vieții pentru multe femei. În timp ce endometrioza în sine este caracterizată prin creșterea țesuturilor asemănătoare endometrului în afara uterului, DIE se referă în mod specific la o formă mai severă care pătrunde mai adânc în țesuturile din jur, inclusiv intestinul. În acest articol, vom explora ce implică endometrioza intestinală, consecințele potențiale ale lăsării acesteia netratate, prezentările atipice și riscurile asociate de obstrucție intestinală și inflamație cronică. Înțelegerea acestor complicații este crucială pentru creșterea gradului de conștientizare și promovarea diagnosticului și tratamentului în timp util.

Înțelegerea endometriozei infiltrante profunde a intestinului

Endometrioza afectează aproximativ 10% dintre femeile de vârstă reproductivă, iar DIE este un stadiu mai avansat al acestei boli. Endometrioza cu infiltrare profundă a intestinului afectează în primul rând rectul și colonul sigmoid, dar poate infiltra și alte secțiuni ale tractului gastrointestinal. Spre deosebire de endometrioza superficială, care poate fi gestionată mai ușor, DIE implică o penetrare tisulară mai profundă și poate duce la simptome severe.



Dr. Charles Nagy este primul chirurg din Orientul Mijlociu și al doilea la nivel global, care a fost acreditat și recunoscut de SRC ca Master Chirurg în îngrijirea multidisciplinară a endometriozei.

În prezent, practică la Medcare Women & Children Hospital din Dubai, coordonator al unui centru multidisciplinar de endometrioză, dar a lucrat în spitale din întreaga lume. Dr Nagy are o listă lungă de acreditări impresionante și experiență de peste 20 de ani de specializare în endometrioză.

Este membru al Consiliului Medical General și al Asociației Americane a Laparoscopiștilor Ginecologici, al Societății Britanice de Endoscopie Ginecologică, al Societății Europene de Endoscopie Ginecologică și al Academiei Educatorilor Medicali.



Implicarea intestinală și simptome

Infiltrarea endometriozei în rect, colon sigmoid și alte secțiuni ale tractului gastrointestinal poate provoca o serie de simptome, inclusiv:

- **Dureri abdominale:** se agravează adesea în timpul menstruației sau după perioade prelungite de stat jos.
- **Modificări ale obiceiurilor intestinale:** constipație, diaree sau accese alternate ale ambelor, complicând diagnosticul și gestionarea.
- **Greață și vărsături:** în special în timpul episoadelor dureroase.
- **Obstrucția intestinală:** În cazurile severe, țesutul endometrial poate provoca obstrucție intestinală parțială sau completă, o urgență medicală care necesită intervenție imediată.
- **Sângerare rectală:** în foarte puține cazuri; poate fi alarmant și necesită o investigație amănunțită.

Aceste simptome imită adesea alte afecțiuni gastrointestinale, cum ar fi sindromul colonului iritabil (IBS) sau boala inflamatorie a intestinului (IBD), făcând diagnosticul dificil și necesitând adesea imagistică sau laparoscopie pentru confirmare.



Una dintre cele mai grave complicații ale endometriozei intestinale este obstrucția. Aceasta poate fi clasificată în două tipuri: obstrucție parțială și obstrucție completă.

Obstrucție parțială: Aceasta apare atunci când intestinul este îngustat, dar nu este complet blocat. Simptomele pot include dureri abdominale, balonare și obiceiuri intestinale neregulate. Obstrucția parțială poate fi gestionată cu opțiuni de tratament conservator, cum ar fi modificări ale dietei sau medicamente.

Obstrucție completă: Aceasta duce la incapacitatea completă de a trece scaun sau gaz. Simptomele cresc adesea la dureri abdominale severe, vărsături și abdomen umflat. Obstrucția completă este cea mai periculoasă dintre cele două tipuri și necesită, de obicei, o intervenție chirurgicală imediată.

Riscuri asociate cu obstrucția intestinală

Riscurile obstrucției intestinale sunt semnificative și includ:

- **Creșterea durerii:** pe măsură ce presiunea crește în intestin, durerea poate deveni chinuitoare.
- **Ischemie:** Obstrucția prelungită poate restricționa fluxul de sânge în zona afectată, ducând la ischemie, în care țesutul devine lipsit de oxigen.
- **Necroză:** dacă nu este tratată, țesutul intestinal afectat poate muri (necroză), necesitând îndepărtarea chirurgicală a secțiunii necrotice.
- **Perforație:** Cazurile severe pot duce la perforarea intestinului, o afecțiune care pune viața în pericol, care poate duce la **peritonită (inflamația cavității abdominale)**.

Inflamație cronică și risc de cancer

O altă complicație a endometriozei intestinale este inflamația cronică. Prezența țesutului endometrial în intestin poate duce la inflamație persistentă, care poate exacerba simptomele gastro-intestinale, poate perturba funcția normală a intestinului și poate contribui la probleme de sănătate pe termen lung legate de tulburările gastro-intestinale.



Endometrioza și riscul de cancer

Studii recente au indicat că femeile cu endometrioza pot avea un risc crescut de anumite tipuri de cancer, inclusiv cancerul ovarian. Deși legătura dintre endometrioza intestinală și cancer este încă în curs de investigare, există unele dovezi care sugerează că inflamația cronică și prezența endometriozei pot crește riscul de malignitate în țesuturile afectate. Cu toate acestea, sunt necesare mai multe cercetări pentru a clarifica această asociere și pentru a determina riscurile exacte implicate.

Strangulare și necroză

Strangularea poate apărea atunci când aderențele strânse formate de endometrioza compromit alimentarea cu sânge a intestinului afectat. Această afecțiune este mai gravă decât o simplă obstrucție:

- **Necroză:** Când alimentarea cu sânge este întreruptă, țesutul intestinal afectat poate deveni necrozat. Acest lucru necesită intervenție chirurgicală pentru a îndepărta secțiunea afectată a intestinului și pentru a preveni complicațiile ulterioare.
- **Obstrucție vs. strangulare:** În timp ce ambele condiții sunt critice, strangularea prezintă un risc mai mare de mortalitate și complicații severe, ceea ce o face o urgență.

Diagnostic și management

Diagnosticarea DIE a intestinului necesită adesea o combinație de istoric medical, studii imagistice și, uneori, explorare chirurgicală. Ecografia transvaginală și imagistica prin rezonanță magnetică (RMN) sunt instrumente de diagnostic obișnuite care ajută la vizualizarea leziunilor infiltrate profunde. Odată diagnosticate, opțiunile de tratament variază în funcție de severitatea bolii și de simptomele asociate. Managementul poate include medicamente, intervenție chirurgicală sau gestionarea durerii.

Concluzie

DIE a intestinului prezintă o serie complexă de provocări. Simptomele fizice, complicațiile potențiale și bilanțul emoțional subliniază importanța conștientizării și a intervenției în timp util. Înțelegând implicațiile acestei afecțiuni, putem promova un mediu de susținere și putem promova diagnosticarea precoce și îngrijirea cuprinzătoare care abordează atât aspectele fizice, cât și psihologice ale vieții cu endometrioza infiltrativă profundă. Femeile ar trebui să pledeze pentru sănătatea lor, să caute ajutor și să se conecteze cu alții care se confruntă cu provocări similare, în timp ce navighează în apele adesea perfide ale acestei afecțiuni debilitante.



Sciatica în endometrioză

Drerea lombară care iriază către fese și picior, adesea fără constatări neurologice specifice, este o plângere frecventă în populația generală. Abordarea diagnostică convențională se concentrează pe patologiile coloanei vertebrale, deoarece acestea sunt cele mai frecvente cauze de sciatică. Cu toate acestea, atunci când RMN-ul coloanei vertebrale nu arată umflături ale discului sau compresie a canalului spinal și nu este identificată nicio cauză specifică, tratamentul se limitează adesea la medicamente, fizioterapie, injecții sau, din păcate, intervenții psihiatrice. Ceea ce este adesea trecut cu vederea la aceste paciente sunt patologiile nervului pelvin care implică plexul sacral, trunchiul lombo-sacral sau nervul sciatic. Afecțiuni precum sindromul canalului Alcock (comprimarea nervului pudendal) sunt bine recunoscute, dar patologiile nervului pelvin supraleator rămân subdiagnosticate. Aceste afecțiuni necesită expertiză avansată în neuroanatomie și abilități chirurgicale. Dacă nu sunt tratate, acestea pot duce la dureri debilitante și, în unele cazuri, la leziuni nervoase ireversibile.

Înțelegerea durerii somatice și viscerale

Pentru a înțelege modul în care endometrioza contribuie la sciatică, este esențial să se facă distincția între durerea somatică și cea viscerală. Durerea somatică este de obicei cauzată de patologii ale plexului sacral sau ale ramurilor sale. Este o durere neuropatică, adesea descrisă ca arsură sau electrică. De exemplu, endometrioza cu infiltrare profundă care afectează rădăcinile nervoase sacrale (S1-S3) poate provoca dureri fesiere, în timp ce durerea lombară corespunde dermatomilor L5 și S1.



Michael Adamczyk, MD, MRCOG

Consultant Gynaecologist &
Endometriosis Surgeon

Affiliations:

- Centre for Endometriosis & Minimally Invasive Gynaecology (CEMIG) Ashford & St Peter's Hospital NHS
- Centre for Endometriosis & Minimally Invasive Gynaecology London (CEMIG London), HCA at The Lister Hospital, Chelsea, London
- British Society for Gynaecological Endoscopy Senior Council Member
- International Society of Neuropelveology Council Member for Young Surgeons Board
- LEJENDO Co-Chair
- HEKSS chronic pelvic pain preceptor

Patients enquiries:

Email: AdamczykPA@hcahealthcare.co.uk

Tel: 02078812059



Durerea perianală, genitală sau perineală este legată de implicarea S3 și S4 prin intermediul nervului pudendal. Durerea la nivelul coapselor anterioare și interioare corespunde nervilor femurali și obturatori. Durerea viscerală, pe de altă parte, este adesea vagă, prost localizată și asociată cu simptome autonome, cum ar fi greață, vărsături, paloare și tahicardie. Poate apărea din endometrioza superficială sau deteriorarea plexului hipogastric inferior (IHP), ducând la durere pelvină fantomă. Înțelegerea distincției dintre durerea somatică și cea viscerală este primul pas în realizarea unui diagnostic precis și a managementului eficient al sciaticii asociate endometriozei.

Endometrioza și afectarea nervului pelvin

Endometrioza este frecventă, dar este rareori recunoscută ca o cauză a radiculopatiei sacrale. Acestea fiind spuse, endometrioza care afectează nervii pelvieni nu este o descoperire nouă. Primul caz documentat de blocare a nervului intrapelvin din cauza endometriozei a fost raportat de Denton și Sherill în 1955, cu contribuții semnificative suplimentare ale lui Possover și colab. în 2011. Simptomele încep adesea ca de natură ciclică și progresează treptat spre durere constantă, debilitantă. Endometrioza trunchiului sciatic sau lombo-sacral (ISE) este o cauză rară, dar certă a sciaticii. Leziunile se găsesc în mod obișnuit în regiunea suprapiriformă, provocând simptome precum sciatică, dureri fesiere, atrofie musculară și, în unele cazuri, căderea piciorului.

Observarea atentă în timpul consultării poate oferi indicii de diagnostic critice. De exemplu, observarea modului în care un pacient merge sau stă și observarea dacă necesită o pernă specială, cum ar fi o pernă de tipul gogoasă, poate oferi informații valoroase. O altă formă de sciatică legată de endometrioza implică rădăcinile nervoase sacrale (SNRE). Aceste cazuri includ adesea sciatica alături de durerea pudendală și disfuncția organelor pelvine, deoarece nervii afectați alimentează mai multe regiuni ale corpului. De exemplu, leziunile care implică S3 și S4 pot duce la hipersensibilitate a vezicii urinare sau disfuncție sexuală. Aceste cazuri necesită o abordare chirurgicală meticuloasă datorită anatomiei complicate a nervilor sacrali.



Îmi exprim recunoștința față de mentorii mei, domnul Shaheen Khazali și profesorul Marc Possover, pentru îndrumarea lor în acest domeniu și contribuțiile lor neprețuite la Neuropelveologie și, cel mai important, pentru ajutorul oferit pacienților noștri.

Diagnosticul sciaticii în endometrioza

Diagnosticarea sciaticii cauzate de endometrioza poate fi o provocare din cauza complexității anatomiei nervului pelvin și a naturii suprapuse a simptomelor cu alte afecțiuni. O abordare amănunțită și sistematică este esențială, combinând istoricul clinic detaliat, examenul neuropelveologic fizic și imagistica avansată.





Primul pas în diagnosticare este să ascultați cu atenție simptomele pacientului. Pacienții pot raporta o combinație de simptome asemănătoare sciaticii (durere care iriază pe picior, durere fesieră) împreună cu dureri pelvine, potențial însoțite de semne neurologice, cum ar fi slăbiciune musculară sau căderea piciorului. În timpul examinării clinice, observarea atentă a posturii, a mersului și a confortului în șezut al pacientului poate oferi indicii de diagnostic importante.

Un examen neuropelveologic ar trebui să evalueze puterea motrică, reflexele, schimbările de temperatură în zona afectată, atrofia musculară și modificările senzoriale pentru a identifica implicarea nervilor. Imagistica avansată este esențială pentru a confirma diagnosticul și a mapa extinderea bolii. Imagistica prin rezonanță magnetică cu protocoale specifice pentru endometrioza rămâne standardul de aur.

În practica mea, folosim adesea neurografia RMN, care poate fi deosebit de utilă pentru diagnostic și planificare preoperatorie. Poate identifica endometrioza profundă infiltrantă care afectează plexul sacral, trunchiul lombo-sacral sau nervul sciatic.

În unele circumstanțe, ecografia transvaginală efectuată de un specialist instruit în imagistica endometriozei poate fi de asemenea utilă pentru evaluarea rădăcinilor sacrale, mai ales dacă există suspiciunea de conflict neurovascular. Este important de remarcat faptul că laparoscopia diagnostică poate să nu fie deosebit de utilă pentru diagnosticarea implicării nervilor. Leziunile profunde sunt adesea lipsite de caracteristici peritoneale evidente și, ocazional, se observă doar o mică gropiță în peritoneul pelvin, cea mai mare parte a bolii fiind localizată în întregime retroperitoneal. Acest lucru creează un „efect de aisberg” tipic. Disecția nervilor fără a planifica excizia bolii nu este recomandabilă, deoarece poate duce la complicații intraoperatorii semnificative și poate complica intervențiile chirurgicale ulterioare din cauza formării țesutului cicatricial.

Opțiuni de tratament

Standardul de aur pentru gestionarea sciaticii asociate endometriozei este chirurgia laparoscopică sau robotică. Excizia radicală a endometriozei și fibrozei este esențială și, în unele cazuri, poate fi necesară rezecția parțială a nervului. Cu toate acestea, succesul acestor proceduri depinde de o înțelegere aprofundată a anatomiei pelvine pentru a evita complicațiile. Excizia incompletă nu numai că riscă simptome persistente, dar poate face și intervențiile chirurgicale ulterioare extrem de dificile.



Insuficiența Ovariană Prematură:

O provocare pentru sănătatea femeilor tinere



Dr Virginia Lazăr

Medic Primar

Obstetrică și Ginecologie

Gral Medical

Pragul de vârstă la care are loc încetarea funcției ovariene, atât din punct de vedere endocrin cât și reproductiv este esențial, deoarece cu cât acest proces are loc mai devreme, cu atât cresc riscurile de a dezvolta diverse boli, atât pe termen scurt cât și pe termen lung. Bolile cardiovasculare, obezitatea, diabetul zaharat de tip II, tulburările neurocognitive, osteoporoza sunt doar o parte din provocările cu care se confruntă femeile cu menopauză precoce sau insuficiență ovariană prematură.

Totodată, femeile diagnosticate cu insuficiență ovariană prematură au de gestionat și dificultatea de a rămâne în sarcinate și tot ce decurge de aici, cu consecințe atât asupra sănătății fizice, cât și emoționale, situație ce le afectează nu numai pe ele, cât și pe partener și viața de cuplu.

De-a lungul vieții, femeile experimentează modificări hormonale marcante.

Fazele acestui proces încep cu debutul pubertații și prima menstruație și se termină cu menopauza, adică încetarea definitivă a menstruației și sfârșitul vieții reproductive. Menopauza implică absența sângerării menstruale timp de 12 luni consecutive, în lipsa unor cauze patologice, și poate să intervină natural sau poate fi indusă medical. Fiziologic, menopauza se instalează în jurul vârstei de 51 de ani pentru majoritatea femeilor. Instalarea acestui proces între vârstă de 40 și 45 de ani înseamnă menopauză precoce, iar mai devreme de 40 de ani înseamnă insuficiență ovariană prematură.

Nici menopauza precoce nici insuficiența ovariană prematură nu sunt considerate fiziologice, ambele necesitând intervenție medicală. Incidența menopauzei premature este de aproximativ 10% în populația generală, iar a insuficienței ovariene premature este de aproximativ 3,7% în grupa de vârstă 30-40 și de aproximativ 1/1000 în grupa de vârstă 20-30 de ani.

Vreau să subliniez totodată expresia **“dificultate în a rămâne însărcinate”**, deoarece atunci când vorbim despre această patologie, deși mică, există posibilitatea reluării intermitente a funcției ovariene, și, deci, ocazional poate exista ovulație.

Literatura medicală citează numeroși factori care influențează vârstă de instalare a menopauzei, precum factorii genetici, familiali, etnici, vârsta primei menstruații, istoricul reproductiv, indicele de masă corporală, consumul de alcool și fumatul, expunerea la substanțe poluante și disruptori endocrini, statusul socioeconomic. Cauzele insuficienței ovariene premature și a menopauzei precoce pot fi genetice, autoimune, metabolice, infecțioase ori iatrogene. Avem ghiduri “up to date” de investigații, dar, de cele mai multe ori, nu vom reuși să identificăm o cauză.



O categorie aparte de paciente este reprezentată de cele la care aceste două patologii sunt induse medical. Această categorie include supraviețuitoarele cancerelor din copilărie, care au o incidență a insuficienței ovariene premature între 2,1-82,2%, femeile tinere (sub 40 de ani) diagnosticate cu cancer mamar care au urmat sau urmează tratament oncologic și endocrin, care au o incidență a insuficienței ovariene premature între 35,5-63,3% și femeile care au suferit intervenții chirurgicale la nivelul ovarului, atât pentru endometrioza, cât și pentru alte chisturi, independent de cantitatea de țesut ovarian îndepărtat.

Diagnosticarea insuficienței ovariene premature implică o combinație de analize clinice și teste de laborator.

Poate la fel de importantă ca acestea, o reprezintă conștientizarea faptului că o femeie tânără se poate confrunta cu "menopauza" cu mult înainte de vreme. Acest lucru trebuie avut în vedere atât de medicii care se ocupă de sănătatea femeii, cât și de femei.

Simptomele insuficienței ovariene premature sunt variate și pot include: menstruații neregulate sau absența menstruației (amenoree) de cel puțin 4 luni, bufeuri, transpirații nocturne, tulburări de somn, fatigabilitate, lipsa de concentrare, tulburări de memorie, schimbări de dispoziție, scăderea libidoului, uscăciunea vaginală, infecții urinare recurente, infertilitate sau dificultăți în a concepe un copil. Printre cele mai comune investigații se numără evaluarea profilului hormonal, măsurarea nivelului de hormon foliculostimulant (FSH), nivelului de estrogen, evaluarea rezervei ovariene prin ecografie transvaginală și dozarea nivelului hormonul anti-Müllerian (AMH).

În concluzie, insuficiența ovariană prematură este o afecțiune complexă, care necesită o abordare personalizată, iar conștientizarea și accesul la informații sunt cruciale pentru diagnosticarea timpurie și adoptarea unui plan de tratament adecvat.

Nici insuficiența ovariană prematură, nici menopauza precoce nu pot fi vindecate, dar există strategii de ameliorare a simptomelor și impactului acestor patologii.

Terapia de înlocuire hormonală este esențială pentru restabilirea echilibrului hormonal și ameliorarea sau chiar abolirea simptomelor. Ideal, aceasta se va face până la vârsta medie de instalarea a menopauzei, adică 51 de ani, și implică administrarea hormonilor estrogeni, progesteron și testosteron în doze cât mai apropiate de fiziologia vârstei, diferită de exemplu la 30 de 40 de ani. În cazul femeilor care nu își doresc o sarcină, subliniem faptul că terapia de substituție nu este contraceptivă, au fost citate cazuri, rare, de sarcină la aceste femei. În această situație, se poate alege administrarea pilulelor contraceptive, ținând cont de vârstă și de cantitățile de estrogen și progestativ din pilule. O atenție deosebită vom acorda sănătății osului.

O atenție deosebită vom acorda sănătății osului. Evaluarea densității osoase – osteodensitometria este importantă pentru a ști care este nivelul de la care pornim, și dacă, de-a lungul timpului, strategia noastră de a gestiona hipoestrogenismul este eficientă. Sprijinul pentru fertilitate este asigurat de cele mai multe ori de fertilizarea în vitro, atunci când se poate cu propriile ovocite și că varianta secundară cu ovocite donate. Deși pare ultimul pe listă, stilul de viață are un impact semnificativ asupra sănătății. Alegerile alimentare și legate de mișcare pe care le facem zilnic au potențialul de a ameliora sau înrăutăți starea noastră de sănătate. Creșterea greutate nu este inevitabilă în această perioadă, dar este foarte frecventă. Studiile au demonstrat că riscul de a dezvolta obezitate abdominală crește de 5 ori postmenopauză, odată cu încetinirea ratei metabolismului. HIIT sau High Intensity Interval Training și ridicarea de greutăți, pilates și yoga par a fi activitățile fizice cu cel mai bun rezultat în pastrarea greutății, mobilității, flexibilității articulare și rezistenței osoase.



Spațiile pelvine și alte locații în care poate fi detectată endometrioza

Endometrioza este frecvent observată în pelvis, care este zona de corp între șolduri, de la ombilic până la vagin. De cele mai multe ori boala afectează organele ginecologice, cum ar fi ovarele și trompele uterine. Dacă endometrioza crește în zone mai îndepărtate de pelvis, acest termen se referă la endometrioza extrapelvină. Aceasta poate include zone precum plămâni, diafragma, intestinale, vezica urinară și, în cazuri rare, creierul sau alte organe.



Ezgi Darici Kurt, MD
Istanbul

Deși este mai puțin frecventă, endometrioza extrapelvină poate fi la fel de debilitantă ca endometrioza pelviană și poate duce la simptome severe care afectează diferite aspecte ale vieții de zi cu zi. Ca și în pelvis, aceste țesuturi sunt sensibile la hormoni, astfel încât în timpul perioadelor aceste țesuturi pot crește și se pot îngroșa și în cele din urmă se pot descompune provocând simptome în organele aferente. În unele cazuri, simptomele sunt ciclice, ceea ce înseamnă că pot se pot acutiza în timpul menstruației. Simptomele endometriozei extrapelvine sunt ca un puzzle, mimând adesea alte afecțiuni, făcând diagnosticul o adevărată provocare atât pentru pacienți, cât și pentru medici. Deoarece aceste simptome pot semăna cu cele ale altor afecțiuni, cum ar fi sindromul colonului iritabil, infecțiile respiratorii sau boala.

Endometrioza extrapelvină joacă adesea un joc de-a v-ați ascunselea în organism, ceea ce face și mai greu pentru pacienți să găsească răspunsuri și pentru medici să descopere cauza simptomelor.



Diagnosticarea bolii poate fi o provocare. Testele imagistice precum ultrasunetele, RMN și tomografiile pot arăta uneori semne ale bolii, dar singurul diagnostic definitiv vine de obicei prin laparoscopie sau biopsie. Aceasta implică îndepărtarea chirurgicală a unei mostre de țesut pentru examinare.

Cel mai frecvent loc al endometriozei extrapelvine este intestinul.

Prezența leziunilor poate provoca simptome persistente sau intermitente care se agravează odată cu menstruația. Durerea abdominală, balonarea, constipația, diareea și sângele în scaun sunt cele mai frecvente simptome. Endometrioza intestinală este adesea diagnosticată greșit ca sindrom de colon iritabil (SCI) din cauza prezenței durerii digestive sau gastrointestinale printre simptomele sale. Diferența dintre aceste două afecțiuni se poate face prin evaluarea frecvenței și severității durerii. Un pacient cu SCI sau majoritatea altor boli gastrointestinale poate avea disconfort de mai multe ori pe săptămână pe parcursul unei luni, în timp ce endometrioza intestinală produce dureri semnificative în timpul ciclului menstrual.

Al doilea cel mai frecvent tip de endometrioză extrapelvină este tractul urinar.

Poate afecta părți ale sistemului urinar, cum ar fi vezica urinară, ureterele, rinichii și uretra, provocând simptome precum durere în timpul urinării, urinare frecventă, sânge în urină și incontinență urinară. Un punct important de subliniat aici este pierderea silențioasă a rinichilor. Endometrioza poate distruge în tăcere funcția unuia sau ambilor rinichi. Dacă endometrioza se înfășoară în jurul unuia sau ambelor uretere, poate provoca edem la nivelul rinichilor și, dacă această situație este lăsată netratată, poate duce la insuficiență renală. Din 100.000 de pacienți cu endometrioză diagnosticați cu endometrioză ureterală, cercetătorii au prezis că 25-50% vor experimenta declinul funcției renale și un număr necunoscut va avea apoi pierderea rinichilor.

De asemenea, endometrioza toracică a atras multă atenție în rândul specialiștilor în endometrioză în ultimii ani. Una dintre provocările în diagnosticarea endometriozei toracice este determinarea dacă simptomele pacientului sunt sau nu legate de ciclul menstrual. Crizele de tuse, dificultăți de respirație și disconfort în piept sunt câteva dintre simptomele pe care o persoană le poate întâlni ocazional și, deoarece aceste simptome nu par a fi legate de menstruație, s-ar putea să nu ia în considerare posibila conexiune, astfel încât diagnosticul poate dura câțiva ani.

Tratamentul endometriozei extrapelvine este adesea adaptat simptomelor specifice și locației bolii. În multe cazuri, terapiile hormonale, cum ar fi pilulele contraceptive, agoniștii GnRH sau progestativele pot ajuta la suprimarea creșterii țesutului endometrial. Pentru femeile care prezintă simptome severe sau care nu răspund la medicamente, pot fi necesare opțiuni chirurgicale pentru a îndepărta țesutul afectat. Acest lucru este valabil mai ales atunci când afecțiunea afectează organe precum plămânii sau intestinul.

A trăi cu endometrioză extrapelvină nu este doar o povară fizică, ci și una emoțională, deoarece femeile sunt adesea lăsate să se simtă izolate, neînțelese și neauzite. În unele cazuri, boala poate recidiva și poate fi necesară o gestionare continuă. Pentru femeile cu endometrioză extrapelvină, fiecare respirație, fiecare mișcare poate fi o amintire a luptei invizibile cu care se confruntă. Îngrijirea multidisciplinară, inclusiv contribuția specialiștilor în chirurgie, pneumologie, gastroenterologie și managementul durerii, poate fi necesară pentru a aborda diferitele simptome ale endometriozei extrapelvine și pentru a îmbunătăți calitatea vieții.

În calitate de specialiști în endometrioză, trebuie să verificăm rinichii în timpul unei ecografii de rutină.



Pathoteam Diagnostic



Histopathology and molecular biology lab

What can WE OFFER?

- Histopathology
- Cytology
- Immunohistochemistry
- Genetic testing
- Second opinion
- Research assistance
- Molecular biology



Please contact Pathoteam Diagnostic on
e-mail: office@pathoteam.ro
Address: Bucharest, Romania
www.pathoteam.ro

Efectul Endometriomelor asupra Fertilității și Opțiuni Terapeutice: O Perspectivă Medicală Actualizată

Dr Alina Bordea

Specialist infertilitate și histeroscopie

Obstetrică și ginecologie

e-mail: dralinabordea@gmail.com

Social media: Dr. Alina Bordea



Endometrioza este o patologie ginecologică complexă, care afectează aproximativ 10-15% dintre femeile aflate în perioada reproductivă, este asociată frecvent cu formarea endometriomelor ovariene. Endometriomele sunt chisturi ovariene care influențează negativ fertilitatea prin mecanisme complexe, fiind asociate cu reducerea rezervei ovariene și crearea unui mediu inflamator nefavorabil concepției. Abordarea terapeutică trebuie să fie personalizată, având în vedere atât dorința pacientei de a obține o sarcină, cât și riscurile și beneficiile fiecărei metode.

Efectele Endometriomelor asupra Fertilității

Endometriomele ovariene afectează fertilitatea prin multiple mecanisme. Reducerea rezervei ovariene este una dintre cele mai importante consecințe. Nivelurile serice scăzute ale hormonului anti-Müllerian (AMH), un marker al rezervei ovariene, sunt frecvent observate la pacientele cu endometriome unilaterale sau bilaterale. De exemplu, un studiu amplu a demonstrat că nivelurile AMH sunt semnificativ mai mici în cazul femeilor cu endometriome comparativ cu cele fără endometrioză. În plus, mediul inflamator cauzat de endometriome contribuie la deteriorarea calității ovocitelor și reduce șansele de fertilizare.

Mediatorii proinflamatori eliberați local pot afecta de asemenea mobilitatea spermatozoizilor și capacitatea de implantare a embrionului, complicând procesul de concepție naturală.

Excizia Endometriomelor și Beneficii

Excizia chirurgicală a endometriomelor este o intervenție frecvent utilizată, având scopul de a ameliora simptomatologia și de a reduce dimensiunea formațiunilor chistice. Cu toate acestea, efectele asupra fertilității sunt controversate.

Un aspect esențial este impactul negativ al chirurgiei asupra rezervei ovariene. Studiile arată că excizia endometriomelor, în special a celor bilaterale, poate duce la o reducere substanțială a nivelului AMH. De exemplu, s-a observat o scădere de 39% pentru endometriomele unilaterale și de 57% pentru cele bilaterale la 9-12 luni după intervenție.

Pe lângă reducerea rezervei ovariene, chirurgia poate avea ca și consecințe formarea aderențelor pelvine și modificări anatomice, care pot afecta permeabilitatea trompelor uterine. Acestea sunt consecințe cu efecte pe termen lung asupra fertilității. Prin urmare, alegerea intervenției chirurgicale trebuie făcută cu o evaluare atentă a raportului risc-beneficiu.

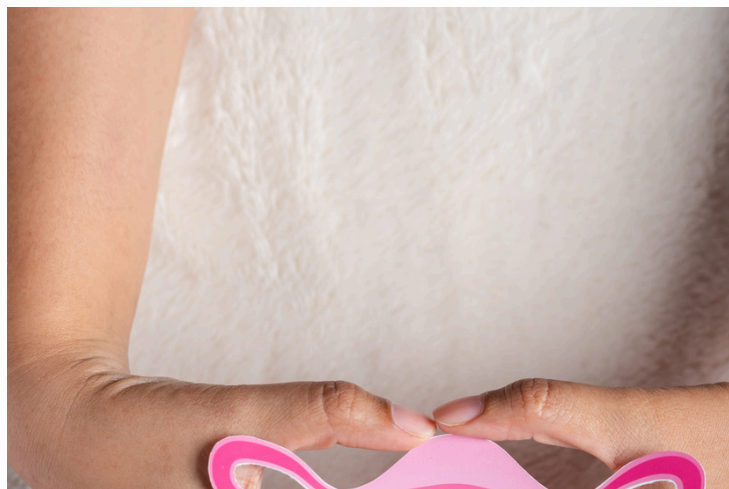


Tehnici Minim Invazive: Alcoolizarea Chistului Endometriozic

O alternativă conservatoare la tratamentul chirurgical este alcoolizarea chisturilor endometriozice. Această tehnică minim invazivă implică puncția ecoghidată a chistului și injectarea de alcool etilic pentru a induce scleroza pereților chistului. Procedura are avantajul de a reduce dimensiunea endometriomului, menținând totodată funcția ovariană .

Beneficii:

- Păstrarea rezervei ovariene, esențială la femeile de vârstă fertilă.
- Timp scurt de recuperare în comparație cu chirurgia clasică.
- Reducerea durerii pelvine asociate cu endometrioza și ameliorarea calității vieții.



Alcoolizarea nu este lipsită de dezavantaje: recidiva chisturilor este o posibilitate (riscul de recidiva este similar cu riscul de recidiva post chistectomie), iar complicațiile precum infecțiile post-procedurale pot apărea în cazuri rare. Este esențial ca această metodă să fie efectuată de specialiști cu experiență, pentru a minimiza riscurile și a maximiza beneficiile.

Impactul endometriomelor asupra fertilității este semnificativ, iar alegerea tratamentului adecvat trebuie să fie personalizat în funcție de obiectivele pacientei în ceea ce privește rezervă ovariană și dorința de sarcină. Deși excizia chirurgicală a fost considerată mult timp standardul de aur, opțiunile conservatoare, precum alcoolizarea, oferă promisiuni pentru păstrarea rezervei ovariene, în special pentru femeile tinere care își doresc copii.

Adoptarea unui stil de viață sănătos, completat de intervenții minim invazive și sprijinul unui specialist în infertilitate, este crucială pentru optimizarea rezultatelor terapeutice și creșterea șanselor de concepție. Progrese continue în înțelegerea mecanismelor patologice și dezvoltarea de tehnici terapeutice personalizate promet să îmbunătățească managementul acestei afecțiuni complexe.

1. Nisolle, M., & Donnez, J. (1997). Endometriomas : an updated clinical and physiopathological perspective. *Human Reproduction Update*, 3(1), 45-53. DOI: 10.1093/humupd/3.1.45.
2. Moore, J. M., & Casillan, S. A. (2018). The impact of endometriosis and endometriomas on fertility: a review. *Fertility and Sterility*, 110(5), 738-747. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2018.08.029.
3. Clemons, J., & McFarland, M. (2020). Endometriosis and fertility: current concepts and interventions. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 32(3), 204-210. DOI: 10.1097/GCO.0000000000000633.
4. Liu, Y., & Zhang, W. (2019). Surgical and medical management of endometriomas: a review of current literature. *International Journal of Women's Health*, 11, 595-606. DOI: 10.2147/IJWH.S183300.
5. Zheng, H., & Li, C. (2021). The role of anti-Müllerian hormone in ovarian reserve: a comprehensive review. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 19(1), 1-11. DOI: 10.1186/s12958-021-00749-7.
6. Azziz, R., & Carrillo, J. (2020). The role of lifestyle modifications in the management of endometriosis: a systematic review. *Fertility and Sterility*, 113(3), 511-520. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2019.10.013.
7. D'Hooghe, T. M., & De Ziegler, D. (2009). Endometriosis and infertility: a review. *Fertility and Sterility*, 92(1), 20-30. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2008.01.005.
8. Vercellini, P., & Frattaruolo, M. P. (2014). Surgery for ovarian endometriomas: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 21(6), 913-924. DOI: 10.1016/j.jmig.2014.06.004.



Am avut 14 operații, cu diferite grade de succes

Am crezut că durerea pe care o simțeam este normală, că toate femeile au această durere

Karen Louise

Patient cu endometrioza
Grup de suport administrator
National Endometriosis Survivors Support



Povestea mea a început la câteva luni după ce am împlinit 10 ani.

Am fost îngrozită când am văzut ca mi-a venit menstruația, cu ani înaintea colegilor mei. Durerea a fost îngrozitoare, eram constant epuizată și fără energie, dar am crezut că așa eram eu de fel. Până la vârsta de 15 ani, menstruația m-a paralizat. Timp de 2 săptămâni pe lună, abia puteam face ceva. Am fost internată de mai multe ori la spital cu o suspiciune de apendicită, așa a fost amploarea durerii. Nu a fost găsit niciodată nimic, deoarece endometrioza nu poate fi detectată ecografic, cu excepția cazului în care a format chisturi mari, dar chiar și aceasta este o dezvoltare destul de recentă și nesigură.

Ocazional am fost certată de medici numindu-mă dramatică, ca mă prefac, pierdere de timp și insinuând că sunt leneșă. Am crezut că durerea pe care o simțeam este normală, că toate femeile aveau această durere, că să simți că ai gripă și că abia te poți ridica timp de 2 săptămâni înainte ca menstruația sa vină este normal. Am crezut că am doar un prag de durere scăzut, că nu sunt o persoană foarte motivată sau energică, că sunt leneșă. Acesta a fost impactul mental pe care l-a avut asupra mea ignorarea durerii mele de către medici. Am avut foarte puțină încredere în mine și am fost nefericită pentru o mare parte din viața mea.

Am primit în sfârșit un diagnostic la 28 de ani. Reușisem să continui, obținând cu succes notele și calificările de care aveam nevoie, la școală și universitate, pentru a deveni profesor de liceu. Predatul este o muncă grea, dar eram epuizată. Am luat fiecare infecție, răceală, gripă, insectă stomacală de la copii, deoarece endometrioza îți slăbește sistemul imunitar. Am început să văd un nou medic de familie și am decis să aduc din nou în discuție durerile de spate, abdominale, de picioare, pelvine, fiindcă am fost prea speriată să le spun medicilor de mult timp, de teamă să nu fiu marcată ca bolnav mintal și să pierd din nou timpul. Din fericire, un medic diligent a recunoscut simptomele ca endometrioză, dar singura modalitate de a diagnostica oficial acest lucru este printr-o procedură laparoscopică de diagnosticare. Am făcut asta și mi s-a spus că am endometrioză. Nici nu puteam să pronunț cuvântul, darămite să știu ce era. Mi-au spus să iau anticonceptionale, fără pauza obișnuită de o săptămână și asta ar trebui să mă ajute. Nu a fost așa, am continuat să sângerez și durerea s-a agravat. Din nou, am încercat să continui, încercând să-mi păstrez slujba, viața socială, să fiu o tânără normală de 20 de ani. Cu toate acestea, am ratat atât de multe, am avut atât de multe întâlniri cu cei de la resurse umane la școală despre absențele mele.



Mi-am pierdut prieteni, pentru că s-au săturat că anulez tot timpul, relațiile s-au rupt, pentru că timp de 2 săptămâni pe lună eram infirmă de durere și abia puteam face nimic.

Eram atât de obișnuită cu durerea, încât, atunci când am avut bilete pentru un concert la Kings of Leon, m-am dozat cu analgezice și am continuat mers pentru că așteptam cu nerăbdare evenimentul. Nu am vrut să ratez, m-am târât la serviciu a doua zi, iar apoi am fost dusă la spital de urgență. De fapt, am avut apendicită, dar durerea era asemănătoare cu durerea normală, încât pur și simplu nu am observat-o, până când s-a spart, făcându-mă incredibil de rău. Am învățat din asta că durerea de endometrioză se simte ca o apendicită.

Au văzut la acea operație că endometrioza îmi acoperise organele pelvine, dar pentru că era doar o intervenție chirurgicală de urgență și endometrioza necesită un chirurg specialist, mi-au rezolvat doar apendicita și m-au cusut înapoi, lăsându-mă cu mai multă durere decât înainte niciodată și fără niciun plan. Este atât de greu să găsești un chirurg bun pentru endometrioză în Marea Britanie. Am rămas luni de zile pe liste de așteptare, doar pentru a constata că operația va fi făcută de un alt chirurg, care nu ar reuși să opereze toată endometrioza, pentru că nu poate opera pe intestine, rinichi, vezică, unde se găsea endometrioza.

“

Am avut atât de multe operații pentru endometrioză, mi-am pierdut uterul, ovarele, mi s-a pus un stent între rinichi și vezică urinară, vezica urinară este deteriorată și îmi trece frecvent sânge în urină și este incredibil de dureros să-mi golesc vezica urinară, intestinele mele sunt cicatrice și lipite împreună cu aderențe.

”

Mă trezeam din anestezie, să mi se spună că o parte din endometrioza a fost scoasă și ar fi suficient pentru a simți unele îmbunătățiri, dar nu a fost niciodată așa. Țesutul cicatricial care se formează în jurul organelor noastre interne de la endometrioza care le acoperă va dura pentru totdeauna. Mi-am pierdut fertilitatea, deoarece trompele mele au fost distruse de endometrioza. Am trecut prin cicluri inutile și dureroase de FIV, până mi s-a spus că nu aş putea vreodată să am copii, deoarece corpul meu era atât de distrus de endometrioza.

Histerectomia nu a ajutat

Histerectomia mea a fost făcută prost. Am sângerat atât de mult încât am avut nevoie de transfuzie. Sângele nu a fost drenat și a format aderențe atât de mari încât nu am putut să mă ridic în picioare corect și fără durere timp de un an. Nu am putut folosi tratament hormonal, nu am avut nici un sprijin cu menopauza chirurgicală peste noapte, la 37 de ani. Endometrioza a crescut din nou. Nu am putut să mă întorc la slujba mea cu normă întreagă și căsnicia mea s-a rupt, deoarece soțul nu a putut să facă față persoanei care devenisem. A fost o perioadă cu adevărat dificilă în viața mea. Este frustrant și trist să vezi că nimic nu s-a schimbat, că femeile încă nu sunt crezute despre amploarea durerii și simptomelor lor.

Este frustrant și trist că ajutorul încă nu este disponibil pentru femeile care se confruntă cu aceste simptome. Simt că NHS este de așa natură încât toate, cu excepția celor mai grave, cazuri de urgență, nu sunt tratate. Cu intervenția timpurie, sprijinul și o serie de terapii care nu sunt oferite în prezent de NHS, femeile nu și-ar avea carierele, relațiile și sănătatea mintală atât de grav afectate cum sunt în mod clar în acest moment. Femeile sunt lăsate să navigheze într-un sistem cu adevărat confuz, sunt lăsate să pledeze pentru ele însele, ceea ce este atât de greu atunci când încearcă să muncească, încercând să se îngrijească de ele însele, în același timp scriu, sună, diferite locuri pentru a obține ajutorul de care au nevoie, găsind adesea medicii de familie, care ar trebui să-i susțină, cu adevărat inutili. În consecință, multe femei se confruntă cu dificultăți financiare considerabile.



Adenomioza la adolescente

Diagnosticul, Manifestările și Tratamentul



Dr Diana Mihai

Medic Primar

Obstetrică-Ginecologie

Specialist în Rejuvenare Vaginală și

Infertilitate

Ladies Excellence Clinic

“Dragile mele, nu este normal să aveți dureri severe la menstruație, să nu puteți merge la școală sau să ajungeți la spital din cauza lor. Multe dintre voi știu că vă simțiți neînțelese deoarece nu găsiți o soluție și cei din jur poate nu iau în serios aceste dureri menstruale sau sângerările abundente. Cunoscând că există această patologie numită “endometrioză” și “adenomioza”, vă recomand să căutați un specialist în acest domeniu și să mergeți la o consultație. Un diagnostic cât mai rapid vă ajută durerile dar și va încetini/stopa progresia patologiei și agravarea ei”.

Deși adenomioza este frecvent diagnosticată la femeile de vârstă medie, ea poate apărea și la adolescente. Simptomele adenomiozei pot afecta semnificativ calitatea vieții adolescentelor, provocând absențe școlare și o stare de anxietate. De asemenea, adenomioza poate fi asociată cu alte afecțiuni cum ar fi endometrioza.

Diagnosticarea adenomiozei la adolescente

Diagnosticarea adenomiozei la adolescente poate fi provocatoare, deoarece afecțiunea este mai puțin întâlnită la această grupă de vârstă, iar semnele pot fi nespecifice. Totuși, există mai multe metode de diagnostic care pot fi utilizate:

- **Evaluarea clinică:** Se realizează o anamneză detaliată pentru a identifica simptomele și istoricul medical al pacientei. La examenul fizic se poate detecta un uter mărit și sensibil la palpare, deși acest lucru este mai rar la adolescente.
- **Ecografia transvaginală** este o metodă non-invazivă și adesea prima linie de diagnostic pentru adenomioză. Cu toate acestea, identificarea acestei afecțiuni la adolescente poate fi dificilă, deoarece semnele ecografice pot fi nespecifice.

Pentru evaluarea ecografică a unei paciente cu dismenoree, inclusiv suspiciunea de adenomioză și endometrioză, se poate urma un protocol structurat în patru pași, după cum urmează:

1. **Evaluarea de rutină a uterului și anexelor.**
 - Evaluarea caracteristicilor ecografice pentru adenomioză (semne directe și indirecte, conform criteriilor MUSA).
 - Determinarea prezenței sau absenței chisturilor ovariene endometrioze.
2. **Evaluarea markerilor ecografici transvaginali „soft”.**
 - Mobilitatea ovariană: Se verifică dacă ovarele se mișcă liber sau sunt fixate de aderențe.
 - Prezența aderențelor: Aderențele pelvine pot indica endometrioza.
 - Sensibilitatea localizată: Palparea ecografică pentru a evalua punctele de durere specifică.



3. Evaluarea fundului de sac Douglas.

- Se utilizează opțiunea dinamică pentru a verifica semnul de „sliding sign”. Aceasta implică mobilitatea între uter, ovare și alte structuri pelvine, ceea ce ajută la evaluarea prezenței aderențelor și a endometriozei profunde.

4. Evaluarea focarelor de endometrioză profundă.

- Se evaluează ecografic focarele de endometrioză profundă din compartimentele anterioare și posterioare pelvine, cum ar fi vezica urinară, intestinul, septul rectovaginal și pereții vaginali.

Această evaluare ecografică detaliată poate ajuta la identificarea cauzelor durerilor menstruale severe, cum ar fi adenomioza și endometrioza, oferind o abordare structurată și precisă pentru un diagnostic corect.

În ceea ce privește strict adenomioza, semnele ecografice se împart în directe și indirecte:

Semne ecografice directe:

- Zone hipoecogene în miometru;
- Striații radiale ecogene;
- Chisturi miometriale;

Semne ecografice indirecte:

- Îngroșarea miometrului anterior sau posterior;
- Contur neregulat al joncțiunii dintre endometru și miometru;
- Mărirea uterului;
- Ecogenitatea neomogenă a miometrului;

În cadrul protocolului IDEA (International deep endometriosis analysis), adenomioza este inclusă ca parte a evaluării uterului, deoarece adenomioza și endometrioza sunt frecvent asociate.

Tipuri de adenomioză

Adenomioza poate fi clasificată în două tipuri:

- **Adenomioza focală:** Când țesutul endometrial invaziv este localizat într-o zonă specifică a uterului, putând forma noduli distinctivi.
- **Adenomioza difuză:** Când țesutul endometrial invaziv este distribuit uniform în perețele uterin.

Tratamentul adenomiozei în cazul adolescentelor

- **Tratamentul medicamentos:** Medicamentele antiinflamatoare nesteroidiene (AINS) pot ajuta la reducerea durerii. Există supozitoare, comprimate orale sau plasturi transdermici care reduc durerea.

Este important să înceapă să fie administrate zilnic cu 1-2 zile înainte ca menstruația și durerile să apară.

- **Diverse tipuri de contraceptive hormonale:** reduc durerea și fluxul menstrual și în majoritatea cazurilor stopează sau încetinesc progresia adenomiozei cât timp sunt administrate. Se recomandă să fie administrate continuu, sub monitorizare, până când pacienta își vă dori o sarcină. Atunci le poate opri și poate încerca obținerea sarcinii chiar din următoarea lună.
- **Tratamente folosite rar la adolescente:** dienogest, rilpivirina, danazol, acid tranexamic, agonisti de GnRH, inhibitori de aromataza, dispozitiv intrauterin hormonal.
- **Tratamentul chirurgical** cum ar fi ablația endometrială, embolizarea arterei uterine sau histerectomia: **nu se iau în considerare decât excepțional în cazul adolescentelor.** Aceste tratamente nu îi vor mai permite pacientei să obțină niciodată o sarcină.

Terapii alternative:

- **Curcumin (Turmeric):** Doza recomandată este de 1000 mg de două ori pe zi. Curcuminul este cunoscut pentru proprietățile sale antiinflamatorii și de reducere a durerii.
- **Zinc:** Ajută la repararea permeabilității intestinale, normalizează funcția imună și acționează ca antiinflamator. Doza zilnică recomandată este de 30 mg luată cu mâncare.
- **NAC (N-acetil cisteină):** Un aminoacid care funcționează ca antioxidant și modulator imun. Poate reduce inflamația și durerea, având rezultate promițătoare în studiile clinice. Doza recomandată este de 600 mg de trei ori pe zi.
- **Melatonina:** Un hormon implicat în reglarea ciclului somn/veghe, care are și un rol în susținerea sistemului imunitar și în reducerea inflamației.
- **DIM (Diindolilmetan):** Suport pentru faza inițială de excreție a estrogenului, important în echilibrul hormonal al femeilor cu adenomioză.



Lisa și Robyn din Irlanda, luptă împotriva endometriozei și ajută și alte femei să-și folosească vocea. Împreună sunt:



Her Voice Project

Se spune că dacă cauți simptomele pe Google nu este bine, deoarece nu știi niciodată ce vei întâlni. Dar, în cazul tău te-a ajutat să afli că simptomele tale au fost cauzate de endometrioza diafragmatică, aspect pe care niciun medic la care ai mers nu a reușit să îl identifice. Cum te-ai simțit când ai realizat că în sfârșit ai un răspuns?

L: Când mi-am dat seama că endometrioza diafragmatică era cauza simptomelor mele – în special durerea persistentă, inexplicabilă la umăr – am simțit un amestec de ușurare și validare. De atât de mult timp, m-am confruntat cu această durere confuză pe care nimeni nu părea în stare să o explice. Am văzut mai mulți medici, dar niciunul dintre ei nu a legat durerea de umăr de endometrioza, așa că m-am simțit pierdută și, uneori, chiar mă îndoiam de propria mea experiență.

Să aflu pe cont propriu a fost încurajator, dar și frustrant. Pe de o parte, am avut în sfârșit un răspuns; Nu îmi imaginam lucruri și exista un motiv real, specific pentru simptomele mele. M-am simțit ca și cum o greutate mi s-a ridicat de pe umeri știind că acum pot căuta modalități de a gestiona durerea care avea sens pentru starea mea reală.

Dar, pe de altă parte, m-am simțit puțin dezamăgita de proces - nu ar fi trebuit să dureze atât de mult sau atât de mult efort să-mi dau seama.

Ți s-a spus că poate ai un prag scăzut al durerii. O frază auzită des de mulți suferinzi. Cum te-a făcut să te simți?

R: M-a făcut să mă simt slabă și cel mai rău chiar am început să cred că poate era adevărat. Mă enervează acum că știu ce se întâmplă în corpul meu și că de fapt aveam un prag de durere foarte foarte mare!

Unul dintre medicii pe care i-ai văzut ți-a spus că ești prea tânără pentru a avea endometrioza. Câți ani aveai atunci și la ce vârstă au început simptomele?

L: Când am descoperit în sfârșit că endometrioza diafragmatică a fost cauza simptomelor mele, a fost o ușurare uriașă și, în același timp, un moment emoționant. Simptomele mele au început cu mult timp în urmă, când am avut prima menstruație – erau extrem de dureroase. Apoi, în 2015, am început să mă confrunt cu această durere ciudată de umăr, care s-a agravat de-a lungul anilor, răspândindu-se treptat pentru a acoperi zone mai mari.



Nimic nu avea sens și nici niciunul dintre medicii pe care i-am văzut nu a putut să le pună cap la cap. A fost frustrant și obositor să simți că ceva nu este în regulă fără a avea niciun răspuns.

În cele din urmă, am aflat că durerea de umăr era legată de endometrioza diafragmatică, am simțit că pot respira din nou. De atâta timp, m-am simțit respinsă și confuză, întrebându-mă dacă voi găsi vreodată motivul din spatele simptomelor. Să realizez că era o condiție reală și că există o explicație specifică pentru ceea ce trecusem a fost incredibil de validat. Am fost ușurată să știu că nu îmi imaginez lucruri și mulțumită că am avut suficientă încredere în mine pentru a continua să caut răspunsuri.

Știind ce provoacă simptomele mele îmi dă speranța că voi putea gestiona mai bine această afecțiune acum și mi-a dat încredere în a-mi susține sănătatea în viitor.

Durează ani de zile până când cineva primește un diagnostic și mulți medici vizitează. Cât timp ți-a luat?

R: Pentru mine a durat peste 10 ani să primesc un diagnostic oficial, deoarece fiecare medic mi-a explicat simptomele despre nivelul meu de fitness, dieta, nivelul de fier și, de asemenea, sănătatea mintală, pentru a numi câteva! Am fost făcut să cred că totul era în capul meu.

La cea mai recentă intervenție chirurgicală, ce au descoperit? Într-un interviu al tău, ai menționat endometrioza hepatică. Asta ai?

L: La operația mea recentă, au descoperit că endometrioza mea a progresat la stadiul 4, afectând mai multe zone dincolo de organele mele reproducătoare. Boala se răspândise semnificativ, atașându-mi intestinul de peretele abdominal, infiltrându-mi ficatul și afectându-mi profund diafragma. A fost atât șocant, cât și validator să văd cât de extins devenise, explicând atât de multe dintre simptomele cu care mă confruntasem de ani de zile. Da, endometrioza hepatică a fost confirmată, împreună cu implicarea diafragmatică pe care o bănuiam de mult timp, ceea ce a ajutat la explicarea durerii mele de umăr și gât.

După operație, am trecut prin menopauză indusă pentru a ajuta la gestionarea simptomelor, dar, din păcate, prima mea menstruație după operație în octombrie 2024, a adus cu ea și durerile de umăr și gât. A fost o realizare dificilă că mai sunt mai multe de rezolvat, dar acum sunt programată pentru două intervenții chirurgicale suplimentare cu un specialist toracic din Oxford pentru a-mi examina diafragma mai îndeaproape și pentru a-mi evalua plămânii pentru orice implicare ulterioară. A fost o călătorie provocatoare, dar cunoașterea întregii dimensiuni a afecțiunii mi-a oferit o cale mai clară înainte, chiar dacă înseamnă mai multe operații înainte.

De la începutul simptomelor până la operație, cum a fost călătoria ta medicală?

R: După ani de suferință, am avut o intervenție chirurgicală de diagnosticare care s-a transformat într-o intervenție chirurgicală corectă. Se pare că pragul scăzut al durerii a fost de fapt etapa 4 a endometriozei. Ori dacă asta nu e validare, atunci ce este? Validarea a fost amară - am fost atât de fericită să am validarea și un răspuns după 10 ani, dar realitatea a fost scufundată în faptul că va trebui să mă confrunt cu această boală pentru tot restul vieții și asta a fost înfricoșător

Nu ești doar o femeie cu endometrioză, ți-ai folosit experiența pentru a crea un spațiu pentru femei. Ce te-a determinat să faci asta?

L: Crearea unui spațiu pentru femeile cu endometrioză și alte afecțiuni ginecologice complexe a devenit o misiune pentru mine, deoarece știam cât de izolatoare și copleșitoare este acest traseu. Ani de zile, m-am luptat cu simptome inexplicabile, trecând de la medic la medic care nu putea să-mi dea răspunsuri, și să mă confrunt cu durerea care era adesea respinsă. M-am simțit singură în experiența mea și a fost un moment în care mi-am dat seama că atâtea alte femei trec prin exact același lucru.

Ceea ce m-a împins să acționez a fost conștientizarea că, dincolo de tratamentul medical, avem nevoie de sprijin, înțelegere și un sentiment de comunitate. Poate fi incredibil de încurajator să auzi de la alții care înțeleg prin ce treci, să împărtășești cunoștințe care depășesc jargonul medical și să creezi un spațiu în care femeile se simt văzute și auzite.



CONSULTANT RADIOLOGIST
DR CEZAR BETIANU

**BUCHAREST,
ROMANIA**

- **SECOND OPINION FOR MRI AND CT**
- **NEEDLE BIOPSY**
- **ABLATION FOR CANCER**
- **INTERVENTIONAL RADIOLOGY**

EMAIL:
DR.CEZARBETIANU@GMAIL.COM

WWW.DRBETIANU.RO



Endometrioza extrapelvină, o formă frecventă, dar subestimată

Wendy Bingham, DPT
Executive Director
Extrapelvic Not Rare (501 c3)

Endometrioza este vinovată pentru multe boli pe care le-am îndurat, care au fost negate, subapreciate și diagnosticate ca fiind sindrom de colon iritabil, sau alte boli. Consider endometrioza ca fiind una dintre, dacă nu, cele mai denaturate și nerespectate boli care pot fi experimentate.

Impresia mea este că leziunile sunt doar o trăsătură a bolii, iar inflamația este o parte inerentă a bolii; nu se limitează la a fi ca răspuns la sau între acesta și leziunile de endometrioză. Este o boală care poate apărea oriunde în corp, deși cel mai frecvent în abdomenul inferior și pelvis. Este o boală care perturbă direct și indirect funcția organelor și a sistemelor lor prin infiltrare, dezvoltarea aderențelor și inflamație la nivel local și sistemic.



Din experiența ta, ca persoană cu endometrioză și interacționând cu alte femei, având în vedere că există mai multe boli cronice care pot afecta viața cuiva, de ce avem mai puține facilități pentru endometrioză? Este pentru că este considerată o boală ginecologică? Crezi că a spune că provoacă dureri menstruale abundente poate fi un minus în modul în care o percep unii?

Percepția se dezvoltă din observații, experiențe și concluzii acumulate. Dogma se stabilește prin întăriri ale aceleiași percepții. Percepția se poate schimba, dar necesită disponibilitatea de a lua în considerare informații noi și alte puncte de vedere fără părtinire. Progresele în tehnologia de cercetare, accesibilitatea sporită a literaturii și vocile persoanelor cu endometrioză sunt noile informații și opinii; catalizatorul pentru a schimba perspectiva. Dorința de a se îndepărta de dogme și de a investi în noi căi de cercetare și de a explora noi căi de tratament și acces la acestea. În ciuda acumulării de dovezi care o contestă, endometrioza este încă clasificată ca o boală benignă și limitată la structurile ginecologice.

Pentru majoritatea oamenilor, endometrioza este o „boală benignă”. Cu toate acestea, un istoric de endometrioză crește riscul de cancer ginecologic. Endometrioza pelviană, care implică în special ovarele, are un risc mic de conversie malignă. S-a documentat transformarea leziunilor la locațiile extrapelvine (adică diafragma, colonul ascendent, corpul hepatic), dar probabilitățile de risc nu au fost stabilite.

Menstruațiile dureroase și abundente nu sunt exclusiv sau reprezentate tuturor celor care au endometrioză. Unele femei au simptome „normalizate”, altele nu au niciun simptom. Leziunile nu trebuie să fie în contact direct cu un țesut sau un organ pentru a le afecta funcția, pentru a crea simptome (și complicații). La fel ca endometrioza pelviană, leziunile dintre alte țesuturi și organe (extrapelvine) pot fi sau nu simptomatice.

Pentru a schimba percepția de la o boală benignă, ginecologică, necesită recunoașterea faptului că clasificarea actuală este o reprezentare exactă (locații și eterogenitatea simptomelor, complicații și boli sistemice). Trebuie strânse date noi din instrumente valide care identifică aspectele despre boală care susțin o schimbare a percepției. Unul dintre aceste instrumente este Clasificarea Internațională a Bolilor (ICD), dezvoltată și monitorizată de Organizația Mondială a Sănătății (OMS). OMS și alte agenții (de exemplu, Centrul pentru Controlul Bolilor) monitorizează ratele de deces, boli și răni. Datele colectate de pe platforma ICD sunt folosite pentru a crea și monitoriza planuri de acțiune pentru reducerea morbidității și mortalității. Este cel mai comun sistem de raportare folosit de țări din întreaga lume. Majoritatea țărilor folosesc a 10-a versiune.

Înainte de majoritatea revizuirilor, locațiile disponibile pentru raportare la momentul fiecărui incident (1 persoană=1 incident) aproape limitate exclusiv la organele de reproducere sunt zonele din apropiere. Au fost adăugate câteva dintre cele mai frecvente locații extrapelvine și sunt disponibile pentru raportare în unele țări, dar nu în toate (de exemplu vezică urinară, ureter). Versiunile a 11-a au extins și mai mult locațiile detaliate ale bolii și adună informații pentru analiști pentru a identifica relațiile dintre prezența leziunilor, locațiile și complicațiile (adică endometrioza ureterului = hidronefroză; peretele toracic = pneumotorax spontan; endometrioza intestinală = obstrucție).



Am identificat probleme mele pulmonare recurente ca fiind „catameniale”. După ani de suferință și multiple probleme, în cele din urmă, am fost diagnosticată cu endometrioza de către un medic ginecolog local la vârsta de 46 de ani. La 48 de ani am fost operată de endometrioza care afecta diafragma pe partea dreaptă și zona pericardică a tendonului central și a toracelui stâng.

Extrapelvic Not Rare este o organizație non-profit pe care ai fondat-o. Ce te-a determinat să-ți dedici timpul unei astfel de activități?

La mai puțin de un an de la o intervenție chirurgicală care mi-a schimbat viața la un centru de excelență, am participat la o conferință despre endometrioza. Am vrut să-mi aprofundez cunoștințele despre boală. De asemenea, am sperat să identific o zonă în care să pot avea un impact pozitiv din experiența și interesul meu personal, în beneficiul altora care nu se potrivesc profilului de boală stabilit. Știam existența, iar experiența mea cu endometrioza extrapelvină nu a fost rară. Până la sfârșitul acelei conferințe, identificasem nișa și scopul meu în care educația, experiența mea ca furnizor de asistență medicală și persoană cu boală ar putea avea un impact. Ar trebui să treacă câțiva ani până când Extrapelvic Not Rare să treacă dintr-un #hashtag, pe canale de social media și grup FB, într-o organizație nonprofit 501 c3.

Unul dintre proiectele tale recente este o carte cu locuri unde a fost găsită endometrioza. Ce ne poți spune despre acest proiect?

În acest moment, cartea este disponibilă în engleză, spaniolă, franceză și germană. Mă angajez să generez mai multe versiuni traduse ale cărții. Nu a fost stabilită nicio cronologie sau limită predeterminată în traduceri. Am primit feedback pozitiv din partea pacienților și a specialiștilor medicali cu privire la aspect, imagini, conținut și ușurință de citire cu fonturi supradimensionate și limbaj simplificat. Căutăm voluntari care vorbesc fluent o altă limbă decât engleza, care ar dori să asiste în mod voluntar la traduceri. Toate versiunile lingvistice pot fi accesate gratuit prin intermediul site-ului nostru web. Scopul nostru este să obținem finanțare pentru a acoperi costurile asociate cu o companie de editură care vizează bibliotecile publice comunitare și institutele academice, începând cu versiunea în limba engleză.



Ce alte proiecte ai mai făcut?

Vara trecută, EPNR a găzduit un doctor în terapie ocupațională la Universitatea din Pacific, care făcea un proiect, Capstone. Studenta noastră a intervievat medici și pacienți. Ea a prezentat a.) un webinar online (2 părți) pentru persoanele cu endometrioza, b) a oferit un curs de lucru studenților, facultăților și cei în terapie ocupațională și c) a creat o schiță de conținut pentru dezvoltarea unui curs de formare continuă post-profesională. Datele din interviuri și sondaje au fost prezentate la Asociația de Terapie Ocupațională din California 2024 în noiembrie. EPNR a colaborat, de asemenea, cu un liceu pentru finalizarea proiectului lor de seniori. Endometrioza Edu-Walk a făcut parte din proiectul ei. Studenta a contribuit la dezvoltarea display-urilor, marketingul, achiziționarea de premii la tombolă și managementul evenimentelor. Proiectele în derulare includ reprezentarea EPNR la evenimente publice. Suntem dedicați participării la o serie de evenimente și publicul țintă al acestora pentru a aduce conștientizarea oamenilor cu privire la boală, indiferent de poziția lor socioeconomică. În 2025, vom extinde participarea la evenimente de la Washington și Oregon până la California de Nord și Connecticut, SUA.



Oboseală cronică, endometrioză și nutriție

Legătura dintre ele și rolul nutriției în endometrioză și oboseală



Dr. Conor Kerley

PhD, BSc, H. Dip

Endometriosis nutrition expert
Doctor of nutrition, award winning
nutrition researcher, leading dietitian
and patient (with MS + asthma).

Founder at Phytaphix

Instagram: conorkerley.nutrition

Sindromul de oboseală cronică este o problemă gravă, invalidantă. Oboseala poate afecta viața de zi cu zi, cum ar fi educația, munca, pasiunile, viața de familie și multe altele. Un studiu din 2011 a constatat că durerea pelvină cronică a fost de peste 10 ori mai frecventă la femeile cu sindrom de oboseală cronică decât la grupul de control care nu aveau sindromul de oboseală cronică.

Un studiu mai recent din 2019 a raportat că aproape 40% dintre femeile cu sindrom de oboseală cronică au avut și endometrioză. Un studiu din 2002 din SUA a raportat că femeile cu endometrioză aveau o rata de 15 ori mare de sindrom de oboseală cronică decât alte femei.

Oboseală generală și endometrioză

Sindromul de oboseală cronică (SOC) este o problemă medicală separată în sine. După cum putem vedea mai sus, multe persoane cu SOC au și endometrioză. Cu toate acestea, oboseala generală poate fi o problemă majoră pentru mulți cu endometrioză, chiar și în absența SOC.

Un studiu spaniol din 2020 a constatat că 50% dintre femeile chestionate cu endometrioză aveau oboseală severă, în timp ce 33% aveau oboseală moderată. Prin urmare, doar 17% au avut oboseală minoră sau deloc, ceea ce înseamnă că oboseala a fost o problemă majoră pentru 8 din 10 femei cu endometrioză.

Un mic studiu din 2020 a raportat că la femeile cu oboseală cauzată de endometrioză a crescut masa de grăsime și deconținerea fizică, inclusiv scăderea forței, flexibilității, echilibrului și a capacității funcționale generale. Studii separate din 2022 și 2023 au constatat că oboseala este cel mai frecvent simptom raportat de femeile cu endometrioză. Un studiu din 2018 din Elveția, Germania și Austria a studiat peste 1.000 de femei, dintre care peste 500 aveau endometrioză. Acest studiu a raportat că oboseala legată de endometrioză NU a fost legată de:

- Vârsta;
- De când a primit diagnosticul de endometrioză ;
- Stadiul bolii.



Cu alte cuvinte, oboseala poate afecta pe cele cu endometrioză, indiferent de vârsta lor, de cât timp au endometrioză sau de cât de severă este boala.

Cauzele oboselii cronice în endometrioză

În ciuda faptului că este o problemă foarte comună într-o boală foarte comună, există relativ puține informații în literatura științifică despre oboseală și endometrioză.

Prin urmare, cauzele exacte ale oboselii și endometriozei nu sunt pe deplin înțelese. Cu toate acestea, un studiu spaniol din 2020 a constatat că, în endometrioză, oboseala a fost asociată cu:

- anxietate și depresie mai mari
- calitate mai slabă a somnului
- sănătatea gastrointestinală mai proastă
- scoruri mai mari de furie/ostilitate
- calitate mai scăzută a vieții

Un studiu al femeilor cu endometrioză din 2024 a raportat că frica de progresie a fost asociată atât cu o oboseală mai gravă, cât și cu o insomnie mai gravă.

Cum să gestionezi oboseală cronică în endometrioză prin dietă

Scăderea apetitului

Scăderea poftei de mâncare este frecventă la cele cu endometrioză și pare a fi legată de durere, greață și oboseală. Problema este că scăderea apetitului duce la scăderea aportului de energie, ceea ce duce la scăderea energiei.

Dacă cineva se luptă cu apetit slab, consumul de mese și gustări mai mici, dar mai regulate, poate ajuta. De exemplu, un mic dejun mic, o gustare de dimineață, prânz mic, gustare de după-amiază, cină mică și o gustare de seară.

Vitaminele B

Există opt vitamine B, inclusiv vitamina B9 care este acid folic în alimente sau acid folic sub formă de supliment sintetic. Toate vitaminele B sunt importante, pentru ca toată lumea să le consume ca parte a dietei zilnice.

Vitamina B9

Vitamina B9 (folatul sau acidul folic este deosebit de important pentru femeile de vârstă fertilă. Acest lucru se datorează faptului că vitamina B9 ajută la protejarea împotriva defectelor tubului neural și a altor complicații ale sarcinii.

Surse excelente de vitamina B9: broccoli, varza de Bruxelles, varza, varza kale, spanac, precum și năut (fasole garbanzo) și fasole. Acestea sunt alimente foarte sănătoase, pentru toți și este o idee bună să consumi aceste alimente în fiecare zi – indiferent dacă aveți sau nu endometrioză sau oboseală. Recomandările pentru femeile de vârstă fertilă sunt să ia un supliment care să conțină 400 de micrograme de acid folic pe zi.

La om, acidul folic trebuie transformat în forma activă de folat, numită 5-metiltetrahydrofolat (5MTHF) printr-o serie de reacții enzimatice. Există dovezi din 4 studii separate de cercetare pe oameni că metabolismul folicului și acidului folic poate fi defectuos în endometrioză.

Într-adevăr, un studiu din 2018 a raportat că un supliment care conține 5MTHF ar putea ajuta la reducerea simptomelor endometriozei. Prin urmare, forma activă de folat, 5MTHF, merită luată în considerare. 5MTHF este mai scump decât acidul folic standard și se găsește doar în unele suplimente premium, cum ar fi EndoHormone Phix.

Vitamina B12

Vitamina B12 este absolut crucială pentru producerea de energie la toți oamenii, inclusiv la cei cu endometrioză. Vitamina B12 nu este produsă de oameni sau de animale, ci de microorganismele din sol și din intestinalele mamiferelor. Se găsește în toate produsele de origine animală, inclusiv în carne roșie, pasăre, lactate și ouă. Unele femei cu endometrioză pot alege să evite aceste alimente, deoarece conțin grăsimi saturate și colesterol alimentar și au fost asociate cu inflamația generală, precum și cu agravarea simptomelor endometriozei. O altă sursă bună de vitamina B12 sunt alimentele fortificate: laptele vegetal, pâinea și cerealele, precum și suplimentele.



Vitamina D

Vitamina D este cunoscută drept vitamina soarelui, deoarece putem absorbi vitamina D în pielea atunci când suntem expuși la iradierea ultravioletă B (UV-B), în principal de la soare. De fapt, vitamina D este unică ca vitamină, deoarece majoritatea oamenilor obțin cea mai mare parte a vitaminei D de la soare, spre deosebire de dietă.

Problema este că petrecem mai puțin timp în aer liber la soare, purtăm protecție solară și poate trăim în climate mai reci. Prin urmare, se estimează că peste 1 miliard de oameni au deficit de vitamina D. Într-adevăr, există dovezi că deficitul de vitamina D este frecvent în endometrioză.

O analiză din 2020 care a reunit rezultatele cercetărilor existente în endometrioză a raportat că:

- Femeile cu endometrioză au avut niveluri mai scăzute de vitamina D în comparație cu femeile fără endometrioză.
- Niveluri mai mari de vitamina D au însemnat simptome de endometrioză mai scăzute, în timp ce vitamina D mai scăzută a însemnat simptome de endometrioză mai mari.

Acest lucru este important deoarece vitamina D a fost legată de oboseala generală, precum și de oboseala asociată bolilor. În plus, vitamina D este relativ rară în alimente, singurele alimente care conțin niveluri decente de vitamina D fiind peștele gras, cum ar fi somonul, sardinele, macroul etc.

Având în vedere acest lucru, poate fi o idee bună să luați un supliment care conține vitamina D3 și să vă asigurați că luați orice supliment de vitamina D în timpul mesei (vitamina D este solubilă în grăsimi, așa că dacă o luați pe stomacul gol, nu veți absorbi eficient).

Fier

Fierul este un mineral important care are multe funcții, inclusiv transportul oxigenului în sânge. Fierul și transportul său de oxigen în sânge sunt cruciale pentru energie. Deficiența de fier este frecventă în endometrioză și este legată de menstruații abundente (sângele conține fier, mai multe pierderi de sânge înseamnă mai multe pierderi de fier). Există două tipuri principale de fier alimentar; fier hem și fier non-hem. Fierul hem este mai bine absorbit și se găsește în carnea roșie. Unele femei cu endometrioză pot alege să evite aceste alimente, deoarece conțin grăsimi saturate și colesterol alimentar și au fost asociate cu inflamația generală, precum și cu simptomele endometriozei. Fierul non-hem se găsește în nuci, semințe, leguminoase și legume cu frunze verzi, cum ar fi spanacul, precum și în alimente fortificate cu fier, cum ar fi cerealele. Deși fierul non-hem nu este la fel de bine absorbit ca fierul hem, consumul de vitamina C împreună cu alimente bogate în fier non-hem crește absorbția acestuia. De exemplu, luați fructe de pădure, un kiwi sau o portocală cu nuci ca gustare sau faceți ardei gras prăjit cu spanac și leguminoase.

Din fericire, vitamina C, care este un antioxidant puternic, s-a raportat că are beneficii directe și pentru endometrioză. Fierul este un mineral crucial, dar prea mult fier este rău pentru oricine. Înainte de a lua un supliment de fier, este o idee bună să vă asigurați că consumați alimente bogate în fier. Chiar și atunci, luați în considerare efectuarea unui test de sânge. Dacă aveți menstruații abundente și oboseală, adresați-vă medicului dumneavoastră pentru un test de sânge care să includă:

- nivelurile serice de fier – care măsoară cantitatea de fier din sânge dar și și mai important.
- hemoleucogramă completă, care include hemoglobina (proteina care transportă oxigenul din celulele roșii din sânge) și hematocritul (cantitatea de globule roșii din sânge).
- feritină măsoară cât de mult fier este stocat în organism.

Capacitatea totală de legare a fierului (TIBC) - măsoară cât de bine se atașează fierul de transferină și alte proteine din sânge. Saturația transferinei – transferina este o proteină care mișcă fierul în tot organismul.



JULY 2025

ISSUE 08

ASOCIATIA PERSOANELOR CU ENDOMETRIOZA



email: contact@endoromania.org

ENDORO-ONLINE

**WEBSITE CU INFORMATII STIINTIFICE
ENDOMETRIOZA, ADENOMIOZA, FIBROM**



WWW.ENDORO-ONLINE.ORG