

ENDOLIFE

Revista digitala

Numar 3, Septembrie 2024

PROF HANS TINNEBERG

Principiile chirurgiei
excizionale în
endometrioză

DR ALINA DIMA

Endometrioza și
fibromialgia

MR THOMAS BAINTON

Endometrioza și
riscul de cancer

PROF HELDER FERREIRA

Chirurgia robotică
versus laparoscopia
în endometrioza

DR JOSE EUGENIO-COLON

Recidiva în
endometrioză

DR ABHISHEK MANGESHIKAR

Endometrioza
diafragmatică

DR ANCA IONESCU

Terapia durerii cronice

**Zahra
McDonald**

*Endometrioza mea este
constant debilitantă în
fiecare aspect al vieții mele*

ENDO*foodart*

in fiecare Miercuri, ora 19.00, pe Zoom

ANTRENAMENT SPORTIV
destinat femeilor diagnosticate cu **Endometrioza**

GRATUIT
ONLINE



INSCRIERI PE

WWW.ENDOFOODART.COM

sectiunea lucreaza cu noi/antrenamente sport



Folosind excizia ca metoda principala de tratament, centrul nostru, care se afla in Atena, este condus de Dr Konstantinos Kyriakopoulos, medic militar si specialist in chirurgia endometriozei.

Serviciile noastre



**Endometrioza
pelvina**



**Endometrioza
ovariana**



**Endometrioza
intestinala**



**Endometrioza
urinara**



**Endometrioza
toracica**



**Endometrioza
nervilor pelvini**



info@drkyriakopoulos.gr



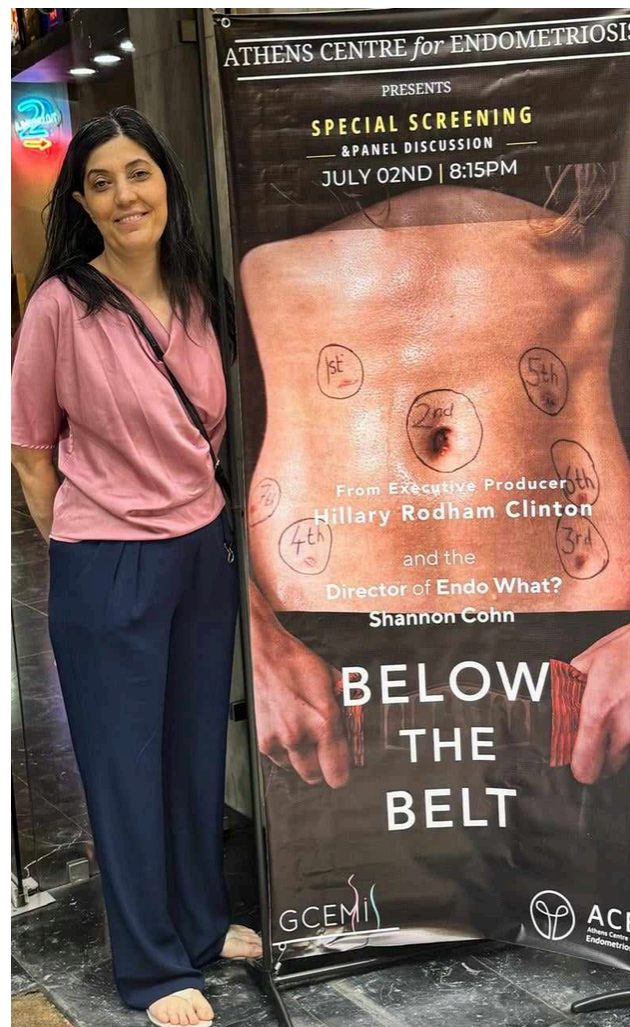
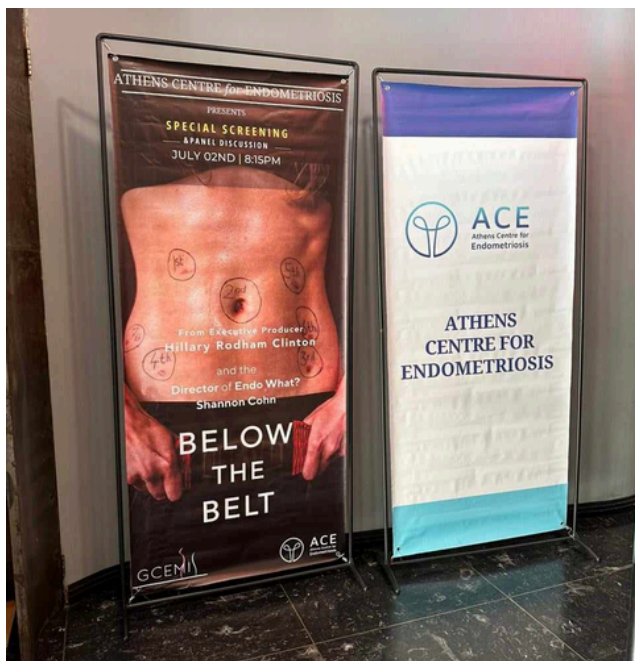
endometriosis-surgery.gr

Documentarul Below the Belt, în Atena

De-a lungul acestor ani, de când știu ce este endometrioza, am avut șansa să învăț un lucru sau două. Ca persoană de social media, muncă în principal, sunt familiarizată cu diverse evenimente, proiecte sau organisme profesionale care acoperă endometrioza și adenomioza. Unul dintre ele este proiectul Endowhat.

În iulie, am mers în Atena împreună cu soțul meu pentru a participa la proiecția documentarului *Below the Belt* în cinema. Organizat de Dr Konstantinos Kyriakopoulos de la Centrul de Endometrioza din Atena, am avut și eu un mic rol. Am fost, dacă pot să mă numesc așa, moderator al discuției de după screening.

Evenimentului a început cu băuturi și gustări, cu participanți din Grecia dar și pacienți ai Dr Kyriakopolous din străinătate. Shannon Cohn și familia ei au fost de asemenea prezenți. Am văzut câteva clipuri din documentar distribuite pe social media, așa că aveam o idee despre ce vom vedea. Este de la sine înțeles că a fost un eveniment destul de emoționant.



Educația este cu siguranță o modalitate de a schimba lumea.

Ascultând poveștile a celor 4 femei suferinde, m-a făcut să realizez încă o dată realitatea grea care vine cu diagnosticul de endometrioza. În martie scriam despre prietena mea Brenda, prima persoană de la care am auzit cuvântul endometrioza, care se luptă cu această boală. Brenda este din Chicago și ar putea să-mi fie mama, (am aproape 42 de ani), iar azi după 30-40 ani greutățile prin care ea a trecut încă sunt prezente, așa cum se vede în documentar.

În sala de cinema, am stat lângă o pacientă a doctorului Kyriakopolous, care avea endometrioza de la vârsta de 14 ani și abia la 46 de ani a avut prima operație de excizie. Pe toata durata documentarului, a plâns. Trăia pe viu durerea celor din documentar.



Proiecția a fost fără îndoială un succes. Și sperăm că va contribui la o mai bună îngrijire a femeilor cu endometrioză din Grecia. Deși nu s-au schimbat multe așa cum a spus cineva în documentar, lucrurile se îmbunătățesc încet, dar constant pentru cele care suferă de endometrioză. Cu toții am plecat spre case cu speranță și cu planuri. Discuția de după a fost, de asemenea, interesantă și a evidențiat multe probleme ale celor care suferă endometrioză din întreaga lume.

În ceea ce privește numărul curent al revistei noastre, veți găsi o altă serie interesantă de articole de la medici din multe, multe țări. Nu-mi vine să cred cât de repede trece timpul. Suntem în septembrie, înapoi la școală pentru mulți dintre noi, inclusiv pentru mine, cu un master la University Colleges din Londra. Sper să fie bine la câte am în program.

Mulțumesc tuturor celor care au luat parte la acest număr. Avem contribuții din Germania, România, Marea Britanie, India, SUA, Olanda, Australia, Portugalia, Malaezia și cred că Estonia. Puteți citi despre excizie, complicații ale intervenției chirurgicale, chirurgia minim invazivă, recidiva și diagnostic și tratament hormonal. Avem contribuții pe dietă, sindromul colonului iritabil și fibromialgie, precum și reproducerea umană asistată.

Toate articolele vor fi încărcate și pe site-ul nostru web, la fel și revista. Revista o puteți găsi și pe Academia și Google Books.

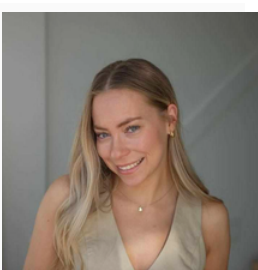
Suntem acum la numărul 3 și în decembrie va fi al 4-lea număr și ultimul din acest an.

Cu drag,
Camelia Serban
Asociația Persoanelor cu Endometrioza
e-mail: contact@endoromania.org
www.endoromania.org

Contribuitori



**Dr
Abhishek
Mangeshikar**



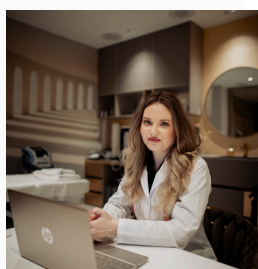
**Zahra
McDonald**



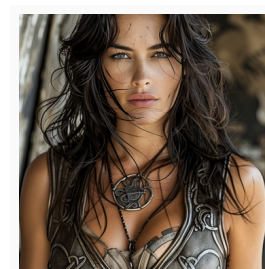
**Dr Jose
Colon**



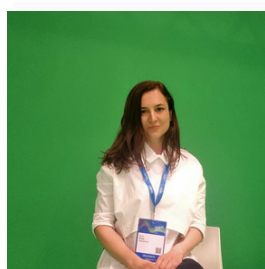
**Dr Alin
Constantin**



**Beatrix
Barbulov**



**Mike
Baker**



**Dr Alina
Dima**



**Mr Tom
Bainton**



**Dr Raluca
Oprea**



**Dr Anca
Ionescu**



**Surita
Mogan**



**Dr Jill
Ingenito**



**Dr Pille
Pargmae**



**Dr Helder
Ferreira**



**Mr Amer
Raza**



**Dr Noor
Paridaans**



**Prof Hans
Tinneberg**



**Dr Ioan
Boleac**

UNDE POTI AFLA MAI MULTE DESPRE NOI



**ASOCIATIA PERSOANELOR CU
ENDOMETRIOZA**



GLOBAL DAILY ENDO NEWS



www.endoromania.org

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.

Cuprins

- 9** **Endometrioza diafragmei**
Dr Abhisiek Mangeshikar
- 14** **Complicatiile laparoscopiei**
Mr Amer Raza
- 17** **Principiile chirurgiei excizionale**
Prof Hans Tinneberg
- 20** **Recidiva in endometrioza**
Dr Jose Eugenio Colon
- 24** **Endometrioza si fibromialgia**
Dr Alina Dima
- 27** **Chirurgia robotica vs laparoscopia**
Dr Hélder Ferreira
- 35** **Studiu nou: Risc de cancer in endometrioza**
Mr Tom Bainton
- 40** **Endometrioza si sindromul colonului iritabil**
Dr Raluca Oprea
- 43** **Endometrioza mea este constant debilitanta**
Zahra McDonald
- 50** **Tratamentul hormonal pentru endometrioza**
Dr Pille Pargmae
- 53** **Impactul dietei asupra inflamatiei in endometrioza**
Beatrix Barbulov
- 56** **Despre durerea cronica pelvina**
Dr Jill Ingenito
- 59** **Ecografia transvaginala in endometrioza**
Dr Noor Paridaans
- 62** **Tehnici de reproducere umana asistata si endometrioza**
Dr Ioan Boleac
- 66** **Clasificarea si stadializarea endometriozei**
Dr Alin Constantin
- 69** **Managementul dureri cronice**
Dr Anca Ionescu
- 72** **Constientizare in jurul lumii**
Surita Mogan





Endometrioza extrapelvină, diafragmă

Dr Abhishek Mangeshkar

Chirurg ginecolog

specialist în endometrioză

The Indian Centre for Endometriosis

Statisticile arată că endometrioza diafragmatică este rară. Pe baza experienței dvs, cât de frecvent este?

Endometrioza diafragmatică este o manifestare rară și adesea subrecunoscută a endometriozei. În ceea ce privește statisticile, se estimează că apare la aproximativ 1-1,5% dintre toate femeile cu endometrioză, deși unele studii sugerează că ar putea fi ușor mai mare din cauza afecțiunii fiind subdiagnosticată. Raritatea se datorează parțial că endometrioza diafragmatică este adesea asimptomatică sau prezintă simptome nespecifice, ceea ce duce la trecerea cu vederea sau diagnosticarea greșit.

În practica mea, care implică o atenție semnificativă asupra cazurilor avansate și atipice de endometrioză, întâlnesc endometrioza diafragmatică mai frecvent decât ar sugera estimarea generală. Acest lucru se datorează probabil experienței mele unde văd paciente care au endometrioza complexă sau severă.

Chiar și așa, rămâne una dintre formele mai rare de endometrioza pe care le tratez, majoritatea cazurilor fiind diagnosticate incidental în timpul intervenției chirurgicale laparoscopice pentru endometrioza pelvină. Ajungem să tratăm aproximativ un caz în fiecare lună de diafragmă sau endo toracic.

“**Strategia optimă de management pentru endometrioza diafragmei poate varia, iar în cazuri mai extinse poate fi necesară o abordare multidisciplinară care să implice chirurgia toracici.**”

Putem diagnostica endometrioza diafragmatică prin RMN, de exemplu, și cât de precis este?

Da, endometrioza diafragmatică poate fi diagnosticată prin studii imagistice, cum ar fi RMN, deși acuratețea și fiabilitatea acestor metode sunt în general mai scăzute în comparație cu endometrioza pelvină.

RMN-ul este un instrument util în evaluarea endometriozei diafragmatice, mai ales atunci când există o suspiciune ridicată bazată pe simptome clinice precum durerea ciclică toracică sau de umăr. Cu toate acestea, sensibilitatea și specificitatea RMN în diagnosticarea endometriozei diafragmatice sunt variabile.

Una dintre provocările RMN-ului în acest context este că leziunile diafragmatice pot fi mici sau subtile, ceea ce le face dificil de detectat. În plus, diafragma este în mișcare constantă din cauza respirației, ceea ce poate complica și mai mult imaginea. Leziunile pot să nu se distingă întotdeauna clar de alte posibile anomalii ale diafragmei sau țesuturilor înconjurătoare.

Din experiența mea, în timp ce RMN-ul poate sugera uneori prezența endometriozei diafragmatice, nu este definitiv și este adesea folosit ca instrument complementar, mai degrabă decât singura modalitate de diagnostic.

Endometrioza diafragmatică poate apărea independent fără prezența endometriozei pelvine, deși este mai frecvent întâlnită împreună cu boala pelvină. Am întâlnit cazuri în care diafragma abdominală era complet clară, dar pleura toracală avea endometrioză.

Ce se întâmplă atunci când endometrioza crește sau se răspândește în cavitatea toracică?

Când endometrioza se răspândește în cavitatea toracică, poate provoca o serie de simptome și complicații, adesea legate de ciclul menstrual. Manifestările cheie includ:

- Durere toracică ciclică: durere ascuțită, în piept sau umăr, care se agravează în timpul menstruației.
- Pneumotorax catamenial: colaps pulmonar în timpul menstruației, adesea din cauza leziunilor endometriotice de pe pleura sau diafragma.
- Hemotorax catamenial: Sângerare în spațiul pleural, ducând la durere în piept și dificultăți de respirație.
- Efuziune pleurală: Acumulare de lichid în jurul plămânilor, provocând dificultăți de respirație și disconfort toracic.
- Noduli pulmonari și hemoptizie: cazurile rare de endometrioză în țesutul pulmonar pot provoca tuse cu sânge în timpul menstruației.

O gaură în diafragmă, cum se întâmplă? Și în ceea ce privește intervenția chirurgicală, cum se remediază?

Fenestrațiile sau găurile din diafragmă asociate cu endometrioza se crede că apar din cauza procesului inflamator cronic cauzat de leziunile endometriotice. Aceste leziuni se pot eroda prin diafragmă, ducând la formarea de defecte sau găuri. Mecanismul exact nu este pe deplin înțeles, dar se crede că ciclurile repetate de sângerare și inflamație slăbesc țesutul diafragmatic în timp, făcându-l să se subțieze și în cele din urmă să formeze fenestrații.

Repararea chirurgicală a fenestrarilor diafragmatice

Sutura: În multe cazuri, micile fenestrări diafragmatice pot fi reparate folosind sutura directă. Chirurgul va aproxima marginile defectului și îl va închide cu suturi neresorbabile pentru a asigura o reparație puternică și de durată.

Folosirea plasei: pentru defecte mai mari sau când calitatea țesutului este slabă (de exemplu, din cauza endometriozei extinse sau a inflamației), poate fi necesară o plasă pentru a întări diafragma. Plasa este de obicei realizată dintr-un material biocompatibil, cum ar fi polipropilena, și este plasată peste defect, fie pe partea abdominală, fie pe partea toracică a diafragmei, și asigurată cu suturi sau prindere. Repararea cu plasă este de preferat atunci când defectul este mare sau există îngrijorarea că țesutul ar putea să nu țină bine suturile singur.

Considerații în reparația chirurgicală

- **Locația și dimensiunea:** Mărimea și locația fenestrării joacă un rol crucial în a decide dacă suturile sunt suficiente sau dacă este necesară întărirea plasei.
- **Calitatea țesuturilor:** Dacă diafragma este slăbită sau subțire semnificativ, plasa ar putea fi mai potrivită pentru a preveni reapariția defectului.
- **Experiența chirurgului:** Alegerea dintre suturi și plasă poate depinde și de experiența și preferințele chirurgului, precum și de specificul cazului pacientului.



Scopul intervenției chirurgicale este de a restabili integritatea diafragmei, de a preveni complicațiile viitoare (cum ar fi hernia conținutului abdominal în cavitatea toracică) și de a atenua orice simptome asociate.

Ce tipuri de leziuni întâlnim pe diafragmă?

Când avem de a face cu endometrioză pe diafragmă, pot fi întâlnite mai multe tipuri de leziuni, fiecare cu caracteristici distincte:

Leziuni superficiale: Acestea sunt leziuni mici, plate pe suprafața diafragmei. Ele pot apărea ca pete negre, albastre, roșii sau albe și sunt adesea similare ca aspect cu endometrioza pelvină superficială. Aceste leziuni sunt de obicei mai puțin invazive, dar pot provoca totuși simptome semnificative datorită sensibilității diafragmei.

- **Leziuni nodulare:** Acestea sunt leziuni mai ridicate, ferme, care pătrund mai adânc în țesutul diafragmatic. Leziunile nodulare sunt mai susceptibile de a provoca dureri semnificative și sunt adesea asociate cu o invazie mai profundă în stratul muscular al diafragmei.
- **Fenestrații sau perforații:** Acestea sunt găuri sau defecte reale ale diafragmei, care rezultă de obicei din eroziunea țesutului diafragmatic din cauza endometriozei. Fenestrațiile pot varia în dimensiune și pot duce la complicații precum hernia conținutului abdominal în cavitatea toracică.
- **Fibrotic sau țesut cicatricial:** În timp, leziunile endometriotice pot duce la fibroză sau formarea de țesut cicatricial pe diafragmă. Acest lucru poate provoca îngroșarea țesutului diafragmatic și poate contribui la durere și la limitarea mișcării diafragmei în timpul respirației.
- **Leziuni pleurale:** În timp ce din punct de vedere tehnic sunt pe partea toracică, leziunile pleurale pot fi văzute împreună cu endometrioza diafragmatică. Aceste leziuni pot provoca dureri pleuritice și pot fi asociate cu afecțiuni precum pneumotoraxul catamenial.
- **Leziuni hemoragice:** Acestea sunt leziuni care sângerează activ, adesea în timpul menstruației. Ele pot provoca sângerări localizate pe diafragmă sau în cavitatea pleurală, ducând la simptome precum hemotoraxul.

Care sunt cele mai evidente simptome ale endometriozei diafragmatice și cum le putem diferenția fața de endometrioza toracică?

Endometrioza diafragmatică și toracică se poate prezenta cu simptome suprapuse, dar există diferențe cheie care pot ajuta la diferențierea între cele două:



Simptome ale diafragmei



Simptome toracice

Simptomele endometriozei diafragmatice:

Durerea ciclică de umăr: Unul dintre simptomele caracteristice ale endometriozei diafragmatice este durerea la umăr, adesea referită la partea dreaptă, care apare ciclic în legătură cu ciclul menstrual. Acest lucru se datorează apropierii diafragmei de nervul frenic.

Dureri ciclice abdominale superioare sau toracice: Pacienții pot prezenta dureri abdominale superioare sau toracice inferioare care se agravează în timpul menstruației. Durerea este adesea ascuțită și poate radia spre spate sau laterale.

Durerea de referință: Durerea poate fi, de asemenea, referită la zone precum gâtul sau clavicula din cauza iritației diafragmatice.

Simptomele endometriozei toracice:

Pneumotorax catamenial: Acesta este un simptom clasic al endometriozei toracice, în care pacienta are un plămân prăbușit în timpul sau chiar înainte de menstruație. Simptomele includ durere bruscă în piept, dificultăți de respirație și posibil cianoză (piele albastruie din cauza lipsei de oxigen).

Hemotorax catamenial: endometrioza toracică poate provoca, de asemenea, sângerare în cavitatea pleurală în timpul menstruației, ducând la dureri în piept, dificultăți de respirație și, uneori, o scădere a tensiunii arteriale.

Dureri toracice ciclice: Similar endometriozei diafragmatice, endometrioza toracică poate provoca dureri toracice ciclice. Cu toate acestea, această durere este de obicei mai localizată pe piept și poate fi asociată cu dificultăți de respirație.

Hemoptizie (tuse cu sânge): în cazuri rare, endometrioza toracică poate provoca tusea sângelui în timpul menstruației, mai ales dacă este implicat parenchimul pulmonar.

Diferențierea endometriozei diafragmatice de toracice:

Localizarea durerii: durerea de umăr indică mai mult endometrioza diafragmatică, în timp ce durerea toracică și simptomele respiratorii (cum ar fi pneumotoraxul sau hemotoraxul) sugerează mai mult endometrioza toracică.

- **Constatări imagistice:** studiile imagistice, cum ar fi scanările RMN sau CT, pot ajuta la diferențierea între cele două prin identificarea locației leziunilor. Leziunile diafragmatice pot apărea pe diafragmă sau în regiunea toracică inferioară, în timp ce leziunile toracice sunt mai probabil să apară în pleură, plămâni sau alte structuri toracice.
- **Constatări laparoscopice/toracoscopice:** Vizualizarea directă prin laparoscopie (pentru endometrioza diafragmatică) sau toracosopia (pentru endometrioza toracică) este standardul de aur pentru diferențierea acestor afecțiuni. În timpul acestor proceduri, chirurgul poate vedea direct leziunile și poate determina locația exactă a acestora.

Endometrioza diafragmatică poate fi operată folosind laparoscopia și chirurgia robotică?

Chirurgia robotică este deosebit de avantajoasă pentru endometrioza diafragmatică, mai ales atunci când excizam leziuni profunde. Simplifică sutura în timpul reconstrucției diafragmei, făcând procesul de reparare mai precis și mai eficient. În plus, precizia robotului permite îndepărtarea atentă a peritoneului în leziunile de grosime fără a deschide diafragma, păstrându-i integritatea. Acest nivel de control și precizie este deosebit de benefic în cazurile complexe în care manipularea precisă a țesuturilor este crucială.

Sunt pacienți cărora li s-a făcut ablația pe diafragmă, raționamentul a fost că ablația este mai potrivită pentru endometrioza superficială. Se poate exciza endometrioza superficială a diafragmei sau se poate folosi doar ablația?

Endometrioza superficială poate fi excizată cu ușurință în special cu robotul care este mult mai precis. În al doilea rând excizia este obligatorie deoarece uneori o leziune care apare superficială poate fi destul de profundă.

Când ablația este utilizată pe endometrioza superficială, boala este lăsată în urmă și în timp va progresa spre endometrioza profundă, provocând găuri în diafragmă.

Cum este recuperarea după intervenție chirurgicală și ce complicații pot apărea?

Recuperarea poate diferi semnificativ în funcție de faptul dacă endometrioza diafragmatică este excizată printr-un abord abdominal sau toracoscopic.

Recuperarea după excizia abdominală

Recuperarea după o abordare abdominală este în general mai rapidă, majoritatea pacienților revenind la activitățile normale în decurs de 2 până la 4 săptămâni.

Complicațiile potențiale includ infecția la locurile de incizie, aderențe și, în cazuri rare, leziuni ale organelor abdominale. Riscul de complicații respiratorii este mai mic comparativ cu abordarea toracoscopică.

Recuperarea după excizia toracoscopică:

Recuperarea după o abordare toracoscopică tinde să fie mai lungă și mai implicată. Pacienții pot avea nevoie de 4 până la 6 săptămâni pentru a se recupera complet, în funcție de amploarea intervenției chirurgicale.

Există un risc mai mare de complicații respiratorii, cum ar fi pneumotoraxul (plămânul colaps), lichid în cavitatea toracică sau atelectazia (colapsul parțial al plămânilor), din cauza apropierii intervenției chirurgicale de plămâni. Pacienții pot necesita tuburi toracice postoperator pentru a drena orice exces de lichid sau aer.

Complicațiile chirurgiei laparoscopice

Mr Amer Raza

Chirurg ginecolog și specialist în chirurgia robotică a endometriozei



Chirurgia laparoscopică, cunoscută și sub denumirea de chirurgie minim invazivă, implică incizii mai mici în comparație cu chirurgia deschisă tradițională și este, în general, asociată cu o recuperare mai rapidă și mai puțină durere postoperatorie. Cu toate acestea, ca orice procedură chirurgicală, prezintă anumite riscuri și complicații potențiale. Iată principalele complicații asociate cu chirurgia laparoscopică:

Sângerare și hemoragie: În timp ce chirurgia laparoscopică implică de obicei mai puține pierderi de sânge decât operația deschisă, există totuși riscul de sângerare, mai ales dacă un vas de sânge este tăiat sau rănit accidental în timpul procedurii.

Infecție: Deși riscul de infecție este mai mic cu operația laparoscopică în comparație cu operația deschisă, poate apărea totuși la locul inciziei sau intern.

Dr Raza este un distins ginecolog și chirurg la Spitalul Cromwell din Londra. Este fondatorul și CEO al Centrului Internațional pentru Endometrioză, unul dintre cele mai mari centre dedicate tratării endometriozei complexe. Dr. Raza este, de asemenea, lector onorific senior la Imperial College și investigator principal pentru mai multe proiecte de cercetare axate pe diagnosticul endometriozei. Dr Raza este si director al Centrului Chelsea pentru Ginecologie Minima Invazivă, care oferă cursuri naționale și internaționale de chirurgie laparoscopică și histeroscopică.

Leziuni ale organelor din jur: Există riscul de vătămare accidentală a organelor din apropiere, cum ar fi intestinele, vezica urinară, ficatul, splina sau vasele de sânge, în special în cazuri complexe sau de urgență.

Hernie la locul inciziei: O hernie se poate dezvolta la locul unei micii incizii făcute pentru instrumentele laparoscopice. Această complicație este mai frecventă dacă incizia este mai mare decât de obicei sau dacă pacientul are alți factori de risc, cum ar fi obezitatea sau vindecarea slabă a rănilor.

Complicații legate de anestezie: Printre riscurile asociate cu anestezia în sine se afla reacții alergice, probleme respiratorii și complicații cardiovasculare.

Leziuni ale nervilor: Există un risc mic de leziuni ale nervilor, în special în peretele abdominal, deoarece nervii mici nu pot fi văzuți.

Conversia la intervenția chirurgicală deschisă: Uneori, din cauza dificultăților sau complicațiilor neașteptate, o intervenție chirurgicală laparoscopică poate fi convertită într-o procedură deschisă. Acest lucru poate duce la o perioadă mai lungă de recuperare și la un risc crescut de infecție sau alte complicații asociate cu intervenția chirurgicală deschisă.

Tromboză venoasă profundă și embolie pulmonară: ca și în cazul oricărei intervenții chirurgicale, există riscul formării de cheaguri de sânge în vene, în special la nivelul picioarelor, ceea ce poate duce la tromboză venoasă profundă sau embolie pulmonară.

Durere și disconfort postoperator: În timp ce chirurgia laparoscopică este mai puțin invazivă și de obicei provoacă mai puțină durere postoperatorie decât operația deschisă, pacienții pot experimenta în continuare durere și disconfort din cauza inciziilor sau a efectelor insuflației.



Formarea de aderențe

Aderențele sunt benzi de țesut cicatricial care se pot forma în interiorul abdomenului după o intervenție chirurgicală, ceea ce poate duce la complicații precum obstrucția intestinală sau durerea cronică.

Complicații grave 2-3 la 1000 de cazuri

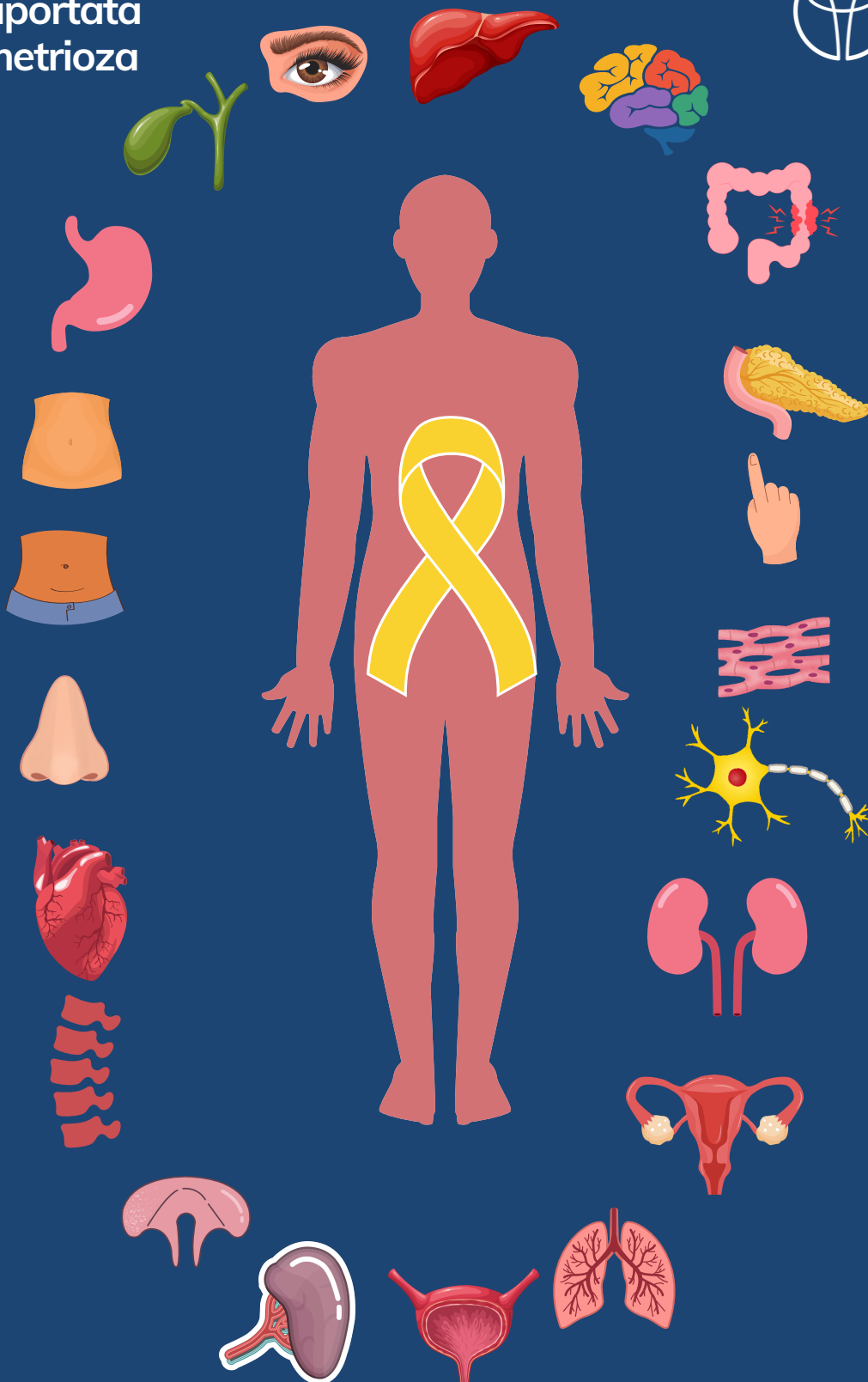


Pot apărea complicații mai grave, cum ar fi perforația intestinului, afectarea organelor sau leziuni vasculare semnificative, care necesită intervenție chirurgicală imediată. Deși aceste complicații reprezintă riscuri potențiale, profilul general de siguranță al chirurgiei laparoscopice este favorabil, mai ales în comparație cu chirurgia deschisă tradițională. Riscul de complicații variază în funcție de procedura specifică, de sănătatea pacientului și de experiența chirurgului. Este important ca pacienții să discute despre aceste riscuri cu medicul lor pentru a înțelege potențialele beneficii și riscuri pe baza cazului lor individual.

unele organe unde a fost raportată endometrioza



ACE
Athens Centre for
Endometriosis



Pericardic
Nervi somatici și vegetativi
Coloana vertebrală
Organe de reproducere
Rinichi, Ficat
Intestin

Creier
Pleoapa, Nas
Plămâni, diafragma
Vezica biliară
Stomac, apendice

Ombilic
Deget
Perete
abdominal
Muschi
Splina

Principiile chirurgiei excizionale în endometrioză

Excizia înseamnă în mod clar îndepărtarea completă a endometriozei. Ablatia depinde foarte mult de chirurg, precum și de starea implantului sau a tumorii. În multe cazuri, mici leziuni endometrioze pot fi lăsate în urmă, astfel încât recidiva trebuie luată în considerare.

Deoarece endometrioza poate implica diferite structuri, cu grade diferite de infiltrare, chirurgia endometriozei este considerată una dintre cele mai dificile intervenții chirurgicale din ginecologie. Având în vedere acest lucru, care este scopul intervenției chirurgicale în endometrioză?

Din păcate, terapia medicală pentru endometrioză, inclusiv durerea asociată endometriozei, este doar simptomatică și nu îndepărtează implanturile de endometrioză. Prin urmare, intervenția chirurgicală este încă în multe cazuri singura modalitate de a ajuta la oprirea suferinței femeilor afectate.

Știm că excizia este folosită în cancer, prin care o bucată de țesut cu margini este îndepărtată pentru a elimina complet boala. În endometrioză, cum se execută excizia? Avem și aici o marjă de siguranță?

Din fericire, endometrioza nu este o boală malignă, nu este necesar să existe o marjă de siguranță. Cu toate acestea, în multe cazuri endometrioza nu are circumferință clară și poate chiar să se infiltreze în țesutul sănătos din jur, astfel încât se recomandă o excizie largă.

Care este cea mai tânără și cea mai în vârstă pacientă pe care ați operat-o?

Cea mai tânără pacientă a fost o fată în vârstă de 16 ani cu antecedente familiale de endometrioză, unde mama ei știa de la început, când a auzit-o plângându-se de dureri menstruale severe că poate să fie endometrioză.



Hans-Rudolf Tinneberg
Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult
Gateway Clinics GmbH
www.gwclinics.com
e: info@gwclinics.com

Cea mai în vârstă pacientă era în mod clar în postmenopauză, probabil la sfârșitul anilor 50 sau începutul anilor 60. Înainte a avut endometrioză, care nu a fost complet îndepărtată și cum simptomele erau încă prezente, a venit pentru o intervenție chirurgicală finală.

Care este principiul exciziei? Este pentru a evita afectarea organelor sau pentru a salva organele de reproducere? Este pentru a elimina sursa durerii?

Probabil că cele mai importante motive sau indicații pentru operația de endometrioză este eliminarea sursei durerii, deoarece aceasta este uneori debilitantă pentru femeile afectate.



Gateway Clinics GmbH, Amelia-Mary-Earhart Straße 17, Frankfurt am Main, Germany

Photo source: courtesy of NSSU

De asemenea, structurile vitale din pelvis trebuie protejate împotriva deteriorării de endometrioză, deoarece, de exemplu, endometrioza poate strangula ureterul și, prin urmare, poate provoca probleme grave ale rinichilor, inclusiv insuficiența rinichilor. Desigur, la acele femei care nu și-au încheiat planificarea familială ar putea implica un compromis, deoarece păstrarea organelor de reproducere este de cea mai mare importanță.

Se spune că endometrioză nu are leac, alții spun că excizia vindecă. Când se face intervenția chirurgicală și se îndepărtează toată boala, este acea persoană vindecată?

Deoarece menstruația este în majoritatea cazurilor motivul endometriozei, o femeie de vârstă fertilă care dorește să rămână însărcinată și, prin urmare, are menstruație regulată, ar putea avea un stimul pentru reapariția endometriozei la fiecare menstruație, chiar dacă excizia a fost completă. Deci, în principiu, boala a fost vindecată, dar din cauza unei stări normale (adică menstruația) a fost reactivată.

În unele cazuri, în ciuda faptului că intervenția chirurgicală este executată corect, pacientele au puține îmbunătățiri sau deloc. Care poate fi cauza, sau ce explicație avem în acest caz?

Aceasta este cea mai dificilă întrebare, deoarece s-ar putea ca diagnosticul inițial să nu fi fost corect și durerea ar trebui să fie legată de alte motive decât endometrioza. Există multe diagnostice diferențiale, inclusiv cauze psihologice, cum ar fi tulburările post-traumatice. Prin urmare, diagnosticul pre-chirurgical trebuie executat cu mare atenție deoarece nu este ușor.

Având în vedere experiența dvs, la pacientele care au avut 10 sau mai multe intervenții chirurgicale, o altă intervenție le va ajuta sau nu le va aduce prea multe îmbunătățiri?

Din păcate, vedem paciente care au avut mai multe intervenții chirurgicale incomplete în care boala a fost îndepărtată doar superficial. În acele cazuri un diagnostic amănunțit cu imagistică excelentă și cartografiere precisă a durerii în urma descrierii pacientei sunt absolut obligatorii pentru a decide dacă pacienta va beneficia de o altă intervenție chirurgicală.

În ciuda faptului că o pacienta a fost operată corect sau, în unele cazuri, de către același medic, rezultatele sunt diferite. Unele paciente au o îmbunătățire mai mare a simptomelor, iar altele mult mai puțin. Care poate fi motivul?

În primul rând: durerea este destul de subiectivă, ceea ce ar putea explica deja diferențele. În plus, mai ales în cazul mai multor intervenții chirurgicale anterioare, efectele secundare ale acestor operații ar putea fi motivul durerii sau disconfortului continuu.



Endometrioza este o boală care implică mai multe discipline pe lângă ginecologie. În special în endometrioza cu infiltrare profundă, cel mai bine este ca chirurgul să aibă experiență în ginecologie, chirurgie intestinală, precum și în urologie. Dacă chirurgul se ferește să opereze într-o zonă de specialitate diferită, atunci îndepărtarea incompletă a țesutului bolnav este foarte frecventă, așa cum vedem în multe cazuri de ablație.



Bazinul are zone anatomice periculoase unde există riscul de a deteriora structurile subiacente. Când vine vorba de ablație, se spune că nu poate fi folosită în zonele menționate pentru a nu leza organelor afectate, de aceea excizia este mai bună. Care sunt principiile chirurgicale de bază folosite în excizie pentru a elimina complet boala și pentru a evita afectarea acestor organe?

După cum sa menționat mai sus, excizia înseamnă îndepărtarea completă a bolii. Chiar dacă endometrioza este apropiată sau implică structuri sau organe importante și vitale, trebuie efectuată excizia pentru a preveni distrugerea ulterioară a acelei regiuni. Acest lucru ar putea implica faptul ca, de ex. nervii autonomi pot fi distruși provocând disfuncția vezicii urinare. În cazurile ideale, diagnosticul preoperator este atât de precis încât acest caz poate fi suspectat și trebuie discutat cu pacienta. Atunci va fi decizia ei dacă țesutul nesănătos trebuie îndepărtat complet sau leziuni ar trebui lăsate în urmă, ceea ce poate cauza reapariția bolii deja după un interval scurt. Cred că este corect pentru pacientă să i se explice nu numai procedura, ci și limitările intervenției chirurgicale.

Avem limitări în excizie?

Dacă planificarea familială este o problemă vitală, îndepărtarea endometriozei oricărui organ de reproducere trebuie efectuată cu extremă atenție, ceea ce înseamnă că uneori țesutul endometriotic trebuie lăsat în urmă. De exemplu, endometrioza ovariană trebuie să se supună rezervei ovariene, astfel încât producția de ovocite să fie încă posibilă. Un alt exemplu ar putea fi endometrioza cerebrală (care, din fericire, este destul de rară) în care țesutul din jur trebuie protejat de intervenția chirurgicală radicală. În endometrioza vezicii urinare, implanturile în apropierea trigonului (adică acolo unde ureterele se termină în vezică) trebuie să fie rezecate cu atenție, deoarece altfel inervația vezicii urinare ar putea fi compromisă sau chiar funcția ureterului ar putea fi afectată.

Pentru mine, operația de excizie a însemnat să-mi recuperez viața. După 20 de ani de durere, de la o vârstă fragedă, și după mai multe ablații și intervenții chirurgicale incomplete, am avut în sfârșit o intervenție chirurgicală corectă efectuată de prof. Hans Tinneberg. Prima dată în ultimii ani când nu am dureri, în ciuda faptului că am avut o intervenție chirurgicală complexă care a necesitat o rezecție intestinală. Mulțumesc echipei medicale și profesorului Tinneberg pentru că m-au ajutat să trăiesc o viață fără durere”.



MARINA
ENDOMETRIOSIS
PATIENT

Recidiva în endometrioză

Există diverse definiții ale recurenței, fiecare prezentată diferit. Asadar, ce este mai exact recidiva endometriozei?

Recidiva endometriozei se referă la reapariția țesutului de tip endometrial după ce a fost complet îndepărtat chirurgical. Acest lucru se poate manifesta ca leziuni noi sau reapariția bolii excizate anterior. Adevărata recurență diferă de persistență, care rezultă atunci când endometrioza este lăsată în urmă și nu este efectiv excizată complet. Recidiva poate fi suspectată clinic pe baza simptomelor și poate fi confirmată prin imagistică sau prin descoperiri chirurgicale.

În afară de operație, există și alți factori de risc care pot duce la recidivă?

În afară de intervenția chirurgicală incompletă, unii factori pot contribui la reapariția endometriozei, incluzând dar fără a se limita la prezența altor ginecopatologii, cum ar fi adenomioza și/sau aderența concomitentă; stadiile superioare ale bolii; subtip de leziune, cum ar fi prezența leziunilor intestinale; și dacă terapia farmacologică este utilizată postoperator sau nu. Este esențial de menționat că recurența sau persistența durerii nu este întotdeauna sinonimă cu prezența endometriozei; pot fi adesea prezenți generatori secundari de durere.

Cum funcționează medicația hormonală ca metodă de prevenire a recurenței?

Medicația hormonală are scopul de a suprima stimularea țesutului de tip endometrial și de a inhiba creșterea acestuia în timpul terapiei. Este destinat să trateze durerea asociată endometriozei și, teoretic, poate suprima recurența în timpul utilizării. Medicamentele pentru tratarea durerii asociate endometriozei includ progestative sintetice, contraceptive hormonale combinate, analogi GnRH, inhibitori de aromatază, danazol, SERM și SPRM..



Dr Jose Eugenio-Colon

Dr. Jose D. Eugenio-Colón este un chirurg renumit la nivel mondial, cu un volum mare de operații, certificat în endometrioza, și profesor asistent în cadrul Departamentului de Obginecologie și Sănătatea Femeii din Divizia de Chirurgie Ginecologică Minim Invazivă de la Școala de Medicină a Universității Saint Louis. Dr. Eugenio este cunoscut în întreaga comunitate internațională de endometrioză pentru felul în care militează, compasiune, expertiza și dedicarea pentru îmbunătățirea vieții pacientelor sale. Este un medic implicat al cărui angajament se extinde dincolo de cabinet.

Instagram: @DrEndometriosis

În timp ce publicațiile mai recente indică rate reduse de reoperație pentru endometrioză la cele care sunt tratate cu hormoni în asociere cu intervenția chirurgicală, o revizuire Cochrane din 2020 care explorează eficacitatea supresiei hormonale înainte, după sau atât înainte, cât și după intervenția chirurgicală pentru endometrioză a determinat că „datele au fost neconcludente.” Totuși, există dovezi că supresia hormonală poate ajuta la prevenirea recidivelor postoperatorii, în special a endometrioamelor.

Care este rata de recurență a endometriozei după excizie și pentru ce perioadă de timp?

Ratele de recurență după intervenția chirurgicală pentru endometrioză variază foarte mult și sunt dependente de chirurg. Ratele sunt puternic influențate de factori precum amploarea bolii și completitatea exciziei chirurgicale. Ratele au fost raportate anterior între 20%-40% în decurs de 5 ani; cu toate acestea, mai multe date actuale publicate de centrele de expertiză dedicate indică rate generale de recurență mai mici de 10%.



Nu există un remediu universal, definitiv pentru endometrioză. Tratamentele multidisciplinare sunt direcționate către managementul simptomelor și îndepărtarea meticuloasă a bolii pentru a reduce recurența și pentru atenuarea simptomelor și îmbunătățirea calității vieții.



Prezența unui endometriom după intervenție chirurgicală este un semn de recidivă?

Endometrioamele au o rată mare de recurență/persistență, iar prezența lor după intervenție chirurgicală poate indica atât persistența, cât și reapariția adevărată a bolii.

De ce este rata de recurență mai mare la femeile sub 25 de ani sau puțin mai mari?

În timp ce predictorii de risc rămân în dezbatere, pacientele mai tinere pot avea rate mai mari de recurență din cauza activității hormonale crescute, adică niveluri mai mari de estrogen în plasmă, boală mai agresivă și subtip de boală pot fi asociate cu recurența endometriozei. În schimb, alte date indică faptul că cele din grupa de vârstă 35 + sunt asociate pozitiv cu recurența în comparație cu controalele, ceea ce duce la ea importanța îngrijirii centrate pe pacient, adaptată individului, pentru a aplica terapii personalizate pentru fiecare pacient.

Care este rata de recurență a endometriozei intestinale în funcție de procedura efectuată?

În timp ce rata de recurență după intervenția chirurgicală colorectală pentru endometrioză poate fi de până la 50% la 5 ani, la fel ca în cazul tuturor formelor de boală, aceasta poate varia în funcție de priceperea chirurgului și de tipul de intervenție chirurgicală. De exemplu, datele actuale sugerează că riscul de recidivă este mai mic atunci când se efectuează rezecția segmentară sau excizia discului decât atunci când se efectuează shaving rectal.

Care sunt semnele revenirii endometriozei?

Semnele clinice ale recurenței endometriozei pot fi aceleași sau pot include cele experimentate la debut primar, adică durere (de exemplu, durere pelvină persistentă sau nouă), modificări ale tiparelor menstruale, cum ar fi durere crescută sau sângerare abundentă, reapariția durerii în timpul sau după sex, disfuncție/durere a tractului gastro-intestinal sau urinar, balonare, oboseală și multe altele.

Ca și în cazul debutului inițial, diagnosticul în timp util și intervenția eficientă sunt cheia pentru izolarea și tratarea diagnosticului.

Unele dintre aceste simptome pot fi cauzate de aderențe?

Da, simptome precum durerea pelvină și disconfortul în timpul actului sexual pot fi cauzate și de aderențe, care sunt țesuturi cicatriciale care se pot forma după o intervenție chirurgicală sau din cauza inflamației cronice. Adeziunile pot provoca simptome similare endometriozei și pot complica diagnosticul și gestionarea, la fel ca o serie de alte afecțiuni, inclusiv, dar fără a se limita la, adenomioza, de exemplu.

Bibliografie

Magnani, L., Marchi, N., & Alvino, M. (2021). Genetic and epigenetic factors in endometriosis. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 19(1), 92.

Schippert C, Witte Y, Bartels J, Garcia-Rocha GJ, Jentschke M, Hillemanns P, Kundu S. Reproductive capacity and recurrence of disease after surgery for moderate and severe endometriosis - a retrospective single center analysis. *BMC Womens Health*. 2020 Jul 13;20(1):144.

Giudice LC, Oskotsky TT, Falako S, Opoku-Anane J, Sirota M. Endometriosis in the era of precision medicine and impact on sexual and reproductive health across the lifespan and in diverse populations. *FASEB J*. 2023 Sep;37(9):e23130.

Holdsworth-Carson SJ, Chung J, Machalek DA, Li R, Jun BK, Griffiths MJ, Churchill M, McCaughey T, Nisbet D, Dior U, Donoghue JF, Montgomery GW, Reddington C, Girling JE, Healey M, Rogers PAW. Predicting disease recurrence in patients with endometriosis: an observational study. *BMC Med*. 2024 Aug 7;22(1):320.

Chiu CC, Hsu TF, Jiang LY, Chan IS, Shih YC, Chang YH, Wang PH, Chen YJ. Maintenance Therapy for Preventing Endometrioma Recurrence after Endometriosis Resection Surgery - A Systematic Review and Network Meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol*. 2022 May;29(5):602-612.

Bendifallah S, Vesale E, Daraï E, Thomassin-Naggara I, Bazot M, Tuech JJ, Abo C, Roman H. Recurrence after Surgery for Colorectal Endometriosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol*. 2020 Feb;27(2):441-451.e2. Alborzi S, Roman H, Askary E, Poordast T, Shahraki MH, Alborzi S, Hesam Abadi AK, Najari Kolahi EH. Colorectal endometriosis: Diagnosis, surgical strategies and post-operative complications. *Front Surg*. 2022 Oct 4;9:978326.

Zakhari A, Delpero E, McKeown S, Tomlinson G, Bougie O, Murji A. Endometriosis recurrence following post-operative hormonal suppression: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2021 Jan 4;27(1):96-107.

Vercellini P, Bandini V, Viganò P, Di Stefano G, Merli CEM, Somigliana E. Proposal for targeted, neo-evolutionary-oriented, secondary prevention of early-onset endometriosis and adenomyosis. Part I: pathogenic aspects. *Hum Reprod*. 2024 Jan 5;39(1):1-17.

Vercellini P, Somigliana E, Viganò P, De Matteis S, Barbara G, Fedele L. Post-operative endometriosis recurrence: a plea for prevention based on pathogenetic, epidemiological and clinical evidence. *Reprod Biomed Online*. 2010 Aug;21(2):259-65.

Ceccaroni M, Clarizia R, Mussi EA, Stepniewska AK, De Mitri P, Ceccarello M, Ruffo G, Bruni F, Rettore L, Surico D. "The Sword in the Stone": radical excision of deep infiltrating endometriosis with bowel shaving-a single-centre experience on 703 consecutive patients. *Surg Endosc*. 2022 May;36(5):3418-3431.

Lv H, Liu B, Dai Y, Li F, Bellone S, Zhou Y, Mamillapalli R, Zhao D, Venkatachalapathy M, Hu Y, Carmichael GG, Li D, Taylor HS, Huang Y. TET3-overexpressing macrophages promote endometriosis. *J Clin Invest*. 2024 Aug 14:e181839.

Fallon L, Lau AYS, Ciccio D, Duckworth TJ, Pereira C, Kopp E, Perica V, Sherman KA. Perceived challenges in treatment decision-making for endometriosis: healthcare professional perspectives. *Health Psychol Behav Med*. 2024 Aug 1;12(1):2383469.

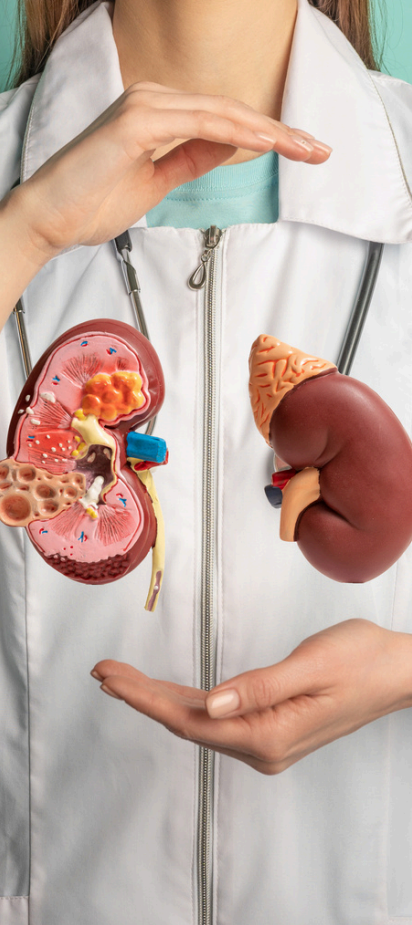
Holdsworth-Carson SJ, Chung J, Machalek DA, Li R, Jun BK, Griffiths MJ, Churchill M, McCaughey T, Nisbet D, Dior U, Donoghue JF, Montgomery GW, Reddington C, Girling JE, Healey M, Rogers PAW. Predicting disease recurrence in patients with endometriosis: an observational study. *BMC Med*. 2024 Aug 7;22(1):320.

Kikuchi I, Takeuchi H, Kitade M, Shimanuki H, Kumakiri J, Kinoshita K. Recurrence rate of endometriomas following a laparoscopic cystectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(9):1120-4.

Guo SW. Recurrence of endometriosis and its control. *Hum Reprod Update*. 2009 Jul-Aug;15(4):441-61.

Holdsworth-Carson SJ, Chung J, Machalek DA, Li R, Jun BK, Griffiths MJ, Churchill M, McCaughey T, Nisbet D, Dior U, Donoghue JF, Montgomery GW, Reddington C, Girling JE, Healey M, Rogers PAW. Predicting disease recurrence in patients with endometriosis: an observational study. *BMC Med*. 2024 Aug 7;22(1):320.

Martire FG, Piccione E, Exacoustos C, Zupi E. Endometriosis and Adolescence: The Impact of Dysmenorrhea. *J Clin Med*. 2023 Aug 29;12(17):5624.



DR SORIN PATRASCOIU

medic primar urolog



**Chirurgie
laparoscopica** 

**Chirurgie
robotica** 

Oncologie 

Urolife Class Care Clinic
Tel: +40 744 648 142

Endometrioza și fibromialgia

Se pare că femeile care suferă de endometrioză au un risc mai mare de fibromialgie. Care este legătura dintre endometrioză și fibromialgie, care să explice acest risc?

Ca și endometrioza, fibromialgia este una dintre cauzele importante de durere cronică la femei. În fibromialgie sindromul algic este nespecific și frecvent generalizat în întreg organismul, însoțit de oboseală severă și aparent neexplicată, tulburări de somn și somnolență diurnă, creșterea scorurilor de anxietate și depresie. În endometrioza este descrisă mai ales durere la nivelul regiunii pelvisului, dispaurenție și dismenoree, toate frecvent ritmate de ciclul menstrual. Prin urmare, avem această legătură clinică între cele două patologii, simptome dureroase cronice cu impact negativ asupra calității vieții la vârste tinere. Deși diagnosticul de fibromialgie este mai frecvent întâlnit la persoanele cu endometrioza comparativ cu populația generală și am putea astfel să spunem că există un risc mai mare, această relație este incomplet cunoscută. O ipoteză ar fi aceea că deși nu sunt boli cu transmitere genetică, poate exista o predispoziție familială comună. De altfel, niciuna dintre aceste două patologii nu are patogenie complet înțeleasă și de aceea nu există nici tratamente preventive.

Este endometrioza un factor predispozant pentru anumite afecțiuni autoimune? Și dacă da, care sunt acelea?

Da, diferite studii populaționale au arătat că persoanele care au endometrioza au un risc crescut să asocieze și alte boli cronice, inclusiv boli autoimune, comparativ cu femeile din aceeași grupă de vârstă care nu au această patologie. În plus, la determinări de laborator screening, s-a observat că pacienții cu endometrioza exprimă seric mai mulți anticorpi comparativ cu populația generală. Astfel, tiroidita autoimună cu hipotirodism, dermatita atopică, astmul bronșic, boala celiacă sunt mai frecvent întâlnite la persoanele cu endometrioza.



Dr Alina Dima

Medic primar reumatologie

Medic specialist

medicina interna



Dintre bolile autoimune sistemice, sunt argumente pentru asocierea cu endometrioza pentru lupusul eritematos sistemic, poliartrita reumatoidă, sindromul Sjogren, scleroza multiplă. De exemplu, riscul de apariție a sindromului Sjogren este crescut în special în primii 5 ani după diagnosticul de endometrioză.

Cred că ar fi important de menționat că femeile cu endometrioză care sunt diagnosticate și cu o boală autoimună sistemică au în general forme mai avansate de boală (stadiul IV) și simptome algice mai severe.

Cum se manifestă fibromialgia?

Persoanele care suferă de fibromialgie descriu în general un disconfort general, o senzație de oboseală permanentă neexplicată de efortul depus, însoțită de dureri musculoscheletale generalizate descrise "în întreg corpul", puțin sau deloc responsive la antialgicele clasice (paracetamol sau antiinflamatorii). În plus, pot apare cefalee cronică, tulburări de somn sau impresia de somn neodihnitor, senzație "brain fog", de gândire "încețoșată", precum și tulburări nespecifice ale gândirii și memoriei. În acest context, al unei afecțiuni cronice cu simptome fizice și disfuncții cognitive, se asociază frecvent în timp anxietate și depresie. Tabloul clinic este pleiomorf, fiind descrise multiple simptome sistemice posibil asociate fibromialgiei.

Fibromialgia este numită și „boala invizibilă” deoarece nu au fost încă identificate teste diagnostice imagistice sau de laborator specifice, diagnostice. Formularea diagnosticului este bazată pe un istoric medical detaliat, examen clinic atent și identificarea simptomelor somatice complementare.

Examinarea clinică a fost standardizată prin desemnarea unor arii cutanate în puncte specific desemnate (cum ar fi zona de la baza craniului, occiput, zona umerilor, coatele sau șoldurile), care pot fi dureroase la palpare.

În cazul femeilor care au endometrioză și fibromialgie, poate amplifica fibromialgia simptomele sau crizele de durere cauzate de endometrioză?

Durerea fibromialgică este difuză, afectând de obicei generalizat întreg corpul, nu este limitată la sau ritmată de perioadele ciclului menstrual, ci este reprodusă de aplicarea de presiune în mod specific în zonele desemnate pentru evaluare, iar aceasta independent de prezența endometriozei ectopice. Cu toate acestea, răspunsul este da, fibromialgia poate amplifica tabloul endometriozei în special la persoanele cu leziuni de endometrioză avansate.

Persoanele cu leziuni de endometrioză profunde, infiltrative sunt mai susceptibile să dezvolte fibromialgie comparativ cu cele cu endometrioame superficiale sau ovariene. Într-o analiză statistică a factorilor predispozanți pentru componenta fizică a scorurilor de afectarea a calității vieții, asocierea fibromialgiei a fost asociată semnificativ statistic cu scoruri mai scăzute. În aceste cazuri, când sindromul algic este amplificat patologic, sunt mecanisme neurogenice care ar putea explica sensibilitatea crescută.

Un dezechilibru al nociceptorilor cu mecanism de sensibilizare centrală. În fibromialgie, activarea persistentă a fibrelor nociceptive de tip C produce o eliberare constantă de substanță P, împreună cu aminoacizi cu rol de excitanți cum ar fi glutamatul și aspartatul. Eliberarea îndelungată și patologică de astfel de neurotransmițători face ca persoanele care suferă de fibromialgie să răspundă negativ la niveluri mai mici de stimuli dureroși (hiperalgezie) sau chiar să prezinte durere la stimuli care în mod obișnuiți sunt benigni (alodinie).





Endometrioza, în multe dintre cazuri, are un caracter ciclic, este cumva hormono-dependentă. Aceste aspecte le găsim și la fibromialgie?

Într-adevăr, și fibromialgia are unele caracteristici care pot fi încadrate ca fiind ciclice și hormono-dependente, dar legătura nu este la fel de evidentă sau bine caracterizată ca pentru endometrioza. În endometrioza simptomele sunt ritmate de ciclul menstrual ceea ce sugerează rolul important al hormonilor estrogeni. Deși în fibromialgie nu găsim același raport, multe paciente descriu o agravare a simptomelor cu schimbările hormonale asociate cu menstruația, sarcina sau menopauza.

Uneori simptomatologia din fibromialgie debutează după evenimente care afectează sever starea generală de sănătate, cum ar fi diverse traume, alte boli sau chiar afecțiuni psihiatrice. Multiple dezechilibre hormonale, unele cu variabilitate ciclică, au fost incriminate pentru agravarea sindromului algic sistemic din fibromialgie. Și anume, serotonină și/sau dopamină (nivelul scăzut poate fi corelat cu tulburările de somn, stările depresive și sensibilitatea crescută la durere), cortizolul (nivelul anormal poate contribui la astenia cronică), hormon de creștere (diminuat datorită tulburărilor de somn poate accentua senzația de slăbiciune musculară), estrogenii (fibromialgia fiind o patologie cu predominantă net feminină), substanța P (nivelul crescut poate explica sensibilitatea crescută la durere).

Pe lângă durerea larg răspândită, fibromialgia provoacă și puncte sensibile. Care sunt aceste puncte și cum putem ști dacă sunt cauzate de endometrioza sau fibromialgie?

Ariile de sensibilitate cuantificate pentru a putea aprecia diagnosticul de fibromialgie, cum ar fi regiunea de la baza craniului, umerilor, coatele sau soldurile, și care pot fi dureroase la palpare, ajută și la definirea caracterului generalizat al durerii prin prezența simultană de puncte dureroase în regiuni diferite ale corpului. Dintre zonele de sensibilitate caracteristice fibromialgiei, patru sunt în regiunea bazinului, și anume la nivel fesier și mare trohanter coapsa bilateral, se pot asocia cu durerea lombară, iar aceste simptome pot fi și dificil de diferențiat de cele ale endometriozei. Separat, durerea lombară cronică observată în endometrioza ar putea fi explicată de compresii nervoase, creșterea nivelului de prostaglandine local, prezența inflamației cronice.

Legat de fibromialgie, pacientele cu endometrioza pot prezenta durere cronică de pelvis și/ sau durere lombară neresponsivă la tratament chirurgical sau hormonal. Sunt probabil prezente în aceste situații leziuni endometriale ectopice care devin trigger pentru disfuncție miofascială, leziunile de endometrioza pot facilita remodelare de rețele neuronale ceea ce contribuie la sensibilizare și generare de puncte trigger miofasciale. Sacroilieta este inflamația articulației sacroiliace care produce durere în zona inferioară a spatelui și în regiunea fesieră, acestea putând fi de asemenea greu de diferențiat de cele din endometrioza.



Se pare că dieta joacă un rol în gestionarea simptomelor în endometrioză. Există o dietă specială și pentru fibromialgie?

O dietă adaptată, dar numai alături de un stil de viață sănătos și adaptat nevoilor specific asociate fibromialgiei, poate ameliora semnificativ simptomele sistemice musculo-scheletale. Nu sunt disponibile încă studii clinice care să fi demonstrat cert utilitatea dietei numită generic „dieta antiinflamatoare”, dar se pare că o dietă cu fructe și legume, cu pește bogat în grăsimi de tip omega-3, nuci și semințe este benefică. Există argumente că dieta vegetariană sau vegană bogată în antioxidanți poate îmbunătăți calitatea vieții persoanelor cu fibromialgie. De asemenea, scăderea cantității de grăsimi trans și dulciuri rafinate este propusă ca soluție pentru ameliorarea senzației de oboseală cronică.

Este recomandată corectarea deficiențelor de vitamine sau minerale (fier, calciu, magneziu) atunci când acestea sunt identificate. În cazul fibromialgiei, produsele cu aditivi alimentari ca aspartam sau glutamat de sodiu pot exacerba simptomatologia, în special astenia fizică și deficitul neurocognitive. Numai pentru persoanele cu fibromialgie care asociază boala celiacă, sensibilitate la gluten, o dietă fără gluten ar putea ameliora nu numai simptomele digestive, ci și pe cele sistemice, inclusiv dureroase fibromiofasciale.

La persoanele care asociază sindrom de intestin iritabil, renunțarea la carbohidrații fermentabili asociați acronimului FODMAP (fermentabil, oligozaharide, dizaharide, monozaharide, polioli), urmata de reintroducerea treptată și controlată a acestora, poate fi urmată de ameliorarea semnificativă a simptomatologiei. Un alt grup de persoane cu fibromialgie la care o dieta specifică ar putea funcționa, ar fi acela cu activitate scăzută a diaminooxidazei. Histamina poate contribui atât la creșterea inflamației cât și a sensibilității dureroase. În plus față de suplimentarea diaminooxidazei, ar trebui evitate în această situație alimentele care conduc la un nivel crescut al histaminei, cum ar fi brânzeturi fermentate, murături, carne procesată, fructe de mare, produse afumate, unele legume și fructe.

În endometrioză există anumite crize de durere, numite flare-up, care apar din senin și sunt cauzate uneori de stres, oboseală. Le întâlnim și în fibromialgie și dacă da, cum le putem gestiona?

Deoarece nu se cunoaște etiopatogenia fibromialgiei, nu avem încă nici un tratament etiologic specific. În fibromialgie sunt foarte importante strategiile de management care implică modificări ale stilului de viață, exerciții fizice, și utilizarea de medicamente din clasele de antidepressive sau anticonvulsivante.

Din păcate, nu vorbim încă despre tratament curativ al fibromialgiei, ci numai ameliorare sau intrare în remisiune a simptomelor în această afecțiune, tratamentul induce ameliorarea simptomelor și intrarea în remisiune, perioade cu simptome mult diminuate ce pot fi urmate, în general cu debut brusc, de noi episoade cu durere severă, intensă numite “flare up”.

Aceste episoade de activitate și intensificare a durerii pot fi declanșate de factori ca stresul sau activitatea fizică excesivă. Tratamentul acutizărilor dureroase din fibromialgie necesită strategii adaptate individual, identificarea patologiilor coexistente fiind foarte importantă. Uneori un tratament eficient al acestora, cum ar fi în cazul acesta tratamentul endometriozei, contribuie și la ameliorarea durerii fibromialgice.



Chirurgia robotică vs chirurgia laparoscopică în endometrioză

Ce este endometrioza profundă și unde o găsim cel mai frecvent? Leziunile profunde joacă un rol în modul în care este efectuată intervenția chirurgicală?

Endometrioza cu infiltrare profundă (DIE) se referă la implanturile endometriotice care pătrund mai mult de 5 mm în țesuturile subiacente. Cele mai frecvente locații pentru DIE includ septul rectovaginal, care este frecvent afectat între rect și vagin; ligamentele uterosacrale, care sunt benzi fibroase care leagă uterul de sacru; rectul și colonul sigmoid, unde afectarea intestinului este frecventă și adesea duce la simptome gastrointestinale semnificative; și vezica urinară, unde implicarea poate provoca probleme urinare. Alte locații afectate pot include pereții laterali pelvieni și uretere.

DIE influențează semnificativ strategia chirurgicală. Planificarea preoperatorie cu imagini detaliate, cum ar fi RMN și TVUS, este crucială pentru cartografierea cu precizie a leziunilor. Este adesea necesară o abordare multidisciplinară, care implică ginecologi, chirurgi colorectali și urologi. Complexitatea afecțiunii necesită tehnici chirurgicale avansate, cum ar fi rezecția intestinului sau repararea vezicii urinare, în funcție de amploarea și localizarea bolii.

Care este scopul principal al chirurgiei endometriozei și ce necesită aceasta? Mai precis, aveți nevoie de abilități chirurgicale avansate, trebuie să cunoașteți destul de bine anatomia pelviană?

Scopul principal al intervenției chirurgicale asupra endometriozei este de a atenua durerea, de a îmbunătăți calitatea vieții și de a crește fertilitatea, dacă se dorește. Obiectivele specifice includ excizia completă a tuturor țesutului endometriotic identificabil, restabilirea anatomiei normale prin corectarea distorsiunilor cauzate de aderențe și reducerea durerii și a altor simptome legate de endometrioza.



Prof Hélder Ferreira
Chirurg ginecolog
specialist în chirurgia
robotică
Șeful secției de chirurgie
minim-invazivă
Centro Hospitalar
Universitario de Santo
Antonio Oporto, Portugal

Pentru a atinge aceste obiective, intervenția chirurgicală necesită abilități chirurgicale avansate, în special în tehnicile minim invazive. O cunoaștere expertă a anatomiei pelvine este crucială pentru a asigura proceduri precise și sigure. În plus, coordonarea multidisciplinară eficientă între specialiști este esențială atunci când se gestionează boala extinsă, permițând îngrijire cuprinzătoare și rezultate optimizate pentru pacient.

Unele dintre argumentele pro pentru utilizarea robotului în chirurgia endometriozei este o vizualizare mai bună. Dacă acesta este cazul, este corect să presupunem că în laparoscopie boala este lăsată în urmă din cauza unei vizibilități mai slabe?

Sistemele robotizate oferă vizualizare 3D de înaltă definiție, care poate îmbunătăți identificarea și îndepărtarea leziunilor. Cu toate acestea, ideea că laparoscopia lasă în mod inerent boala în urmă din cauza vizibilității mai slabe este mai nuanțată. În timp ce laparoscopia a fost în mod tradițional 2D, sistemele laparoscopice moderne și avansate oferă, de asemenea, imagini 3D de înaltă definiție, permițând chirurgilor calificați să efectueze intervenții chirurgicale eficiente. Studiile indică faptul că, atunci când sunt efectuate de chirurghi cu experiență, rezultatele intervențiilor chirurgicale atât robotice, cât și laparoscopice sunt comparabile, subliniind importanța expertizei chirurgicale față de tehnologia specifică utilizată.

În ceea ce privește aspectele tehnice, care sunt diferențele dintre laparoscopie și chirurgia robotică? Folosești același număr de incizii, aceleași instrumente?

În ceea ce privește inciziile, laparoscopia implică în mod obișnuit 3-5 incizii mici, în timp ce chirurgia robotică utilizează un număr similar de incizii care pot varia în dimensiune și plasare datorită configurației brațelor robotizate. În ceea ce privește instrumentele, laparoscopia folosește instrumente rigide controlate direct de chirurg, în timp ce chirurgia robotizată folosește instrumente la încheietură acționate de la o consola, oferind o dexteritate superioară.

Vizualizarea și ergonomia diferă și ele între cele două metode. Laparoscopia oferă vizualizare 2D sau 3D cu control manual direct de către chirurg. În schimb, chirurgia robotică oferă o vizualizare 3D îmbunătățită și o ergonomie superioară, ceea ce poate reduce semnificativ oboseala chirurgului.

Având în vedere organele și nervii care se află în pelvis, toate blocate într-un spațiu mic, laparoscopia este greu de învățat?

Spațiul pelvin restrâns necesită o navigare precisă, ceea ce face din limitările spațiale un obstacol semnificativ. Stăpânirea utilizării instrumentelor rigide cu control al mișcării inversate adaugă un alt strat de complexitate. În plus, chirurgii trebuie să se adapteze la operarea cu imagini 2D, deși sistemele moderne 3D au îmbunătățit acest aspect.

Chirurgia laparoscopica introduce mai multe provocări, cum ar fi accesul restricționat care limitează manevrabilitatea și poate complica procedurile de excizie. Cu toate acestea, progresele moderne în instrumentele laparoscopice și robotizate au atenuat multe dintre aceste dificultăți, făcând excizia precisă din ce în ce mai fezabilă. Cu toate acestea, abilitățile și experiența chirurgului rămân esențiale pentru a asigura îndepărtarea eficientă a bolii. Viziunea îmbunătățită și de înaltă definiție facilitează foarte mult identificarea și excizia implanturilor endometriotizice.



Chirurgia robotică reprezintă un progres semnificativ, deosebit de benefic în cazurile complexe de endometrioză infiltrativă profundă datorită vizualizării sale superioare și dexterității instrumentale. Este deosebit de avantajoasă în situațiile care implică aderențe extinse și implicarea mai multor organe, unde precizia este primordială.

Diferența de beneficii pentru pacient între operația deschisă și cea minim-invazivă este mare. În ceea ce privește înlăturarea bolii propriu-zise, în operația deschisă și minim-invazivă, cum funcționează?

În chirurgia deschisă, capacitatea de a vizualiza și accesa direct zona chirurgicală oferă feedback tactil, facilitând excizia amănunțită. Pe de altă parte, chirurgia minim invazivă oferă o vizualizare 3D îmbunătățită, în special în sistemele robotice, rezultând timpi de recuperare reduși și morbiditate postoperatorie mai scăzută.

Atunci când mai multe specialități sunt implicate în chirurgie, coordonarea este crucială pentru a asigura îndepărtarea completă a bolii. Combinarea modalităților robotice și laparoscopice, în care un chirurg folosește instrumente robotice și altul folosește laparoscopia, poate fi foarte eficientă. Această abordare, totuși, necesită o planificare atentă a strategiilor de incizie pentru a oferi acces optim pentru fiecare modalitate, asigurând cele mai bune rezultate pentru pacient.

Care este diferența dintre chirurgia laparoscopică și cea robotică?

În ceea ce privește controlul, laparoscopia se bazează pe manipularea manuală directă însoțită de feedback tactil, în timp ce chirurgia robotică se realizează de la distanță de la o consolă. Tehnologia de vizualizare diferă, de asemenea, laparoscopia oferă vederi 2D sau 3D, în timp ce chirurgia robotică oferă o perspectivă 3D îmbunătățită, de înaltă definiție. În laparoscopie, camera este de obicei gestionată de un asistent, în timp ce în chirurgia robotică, chirurgul are control direct asupra camerei.

În ceea ce privește dexteritatea, laparoscopia este constrânsă de instrumente rigide, în timp ce chirurgia robotică permite o precizie superioară prin utilizarea instrumentelor de la încheietură.

Având în vedere că în laparoscopie instrumentele sunt gestionate de mâinile chirurgului, în chirurgia robotică tremorul este redus?

În chirurgia robotică, utilizarea instrumentelor de la încheietura mâinii oferă o rază de acțiune superioară în comparație cu gamă mai limitată de mișcare în laparoscopie. În plus, chirurgia robotică are avantajul de a filtra tremorurile mâinilor, oferind astfel o mai mare precizie. În schimb, laparoscopia se bazează pe tehnica mâinii stabile a chirurgului pentru a obține rezultate precise.

Cine este cel mai potrivit candidat pentru chirurgia robotică?

Candidații ideali pentru chirurgia robotică sunt cei cu endometrioză complexă, cu infiltrare profundă, unde precizia este primordială. De această abordare beneficiază semnificativ și pacienții cu implicare de organe multiple, care necesită disecție delicată. În plus, persoanele cu anatomie dificilă, unde vizualizarea îmbunătățită și controlul precis al instrumentelor sunt cruciale, sunt potrivite pentru chirurgia robotică.

Cunoaștem beneficiile chirurgiei robotizate față de laparoscopie. Care este dezavantajul chirurgiei robotizate față de chirurgia laparoscopică standard?

Chirurgia robotică presupune mai multe dezavantaje în comparație cu laparoscopia. Costurile ridicate inițiale și continue pentru echipamente și întreținere pot fi prohibitive, limitând accesibilitatea în multe setări de asistență medicală. În plus, există o curbă de învățare abruptă; chirurgii au nevoie de pregătire specializată pentru a deveni competenți. Procedurile inițiale pot dura mai mult, deși timpul operațional tinde să scadă odată cu experiența.

DR EDUARD CERNAT

MEDIC ORTOPEDE



Top Doctors

CONTACT

0770 422 596

dr.cernateduard@gmail.com

Str Carol Davila, Nr 21a, Sector 5, Bucuresti

Art by Mike Baker

Experiența unui tată: pledând pentru conștientizarea endometriozei

Mike Baker



EndoDad76



Călătoria în lumea conștientizării endometriozei a început într-o noapte după ce am intrat literalmente în interior.

Fiica mea avea o criză teribilă și nu puteam face nimic pentru a o ajuta. Nu i-am putut îndepărta durerea și am fost devastat. După ce în cele din urmă a adormit, m-am trezit online, căutând cu disperare o un semn sau o modalitate prin care să pot face o diferență.



În căutarea mea, am dat peste câteva instrumente AI și am început să experimentez cu ele. Ceea ce au apărut au fost imagini frumoase ale zeițelor războinice. Așa vă vedem noi, ca familie, pe toate, EndoWarriors. Va vedem ducând bătălii în fiecare zi. Sunteți uimitoare, puternice, dar știu că atunci când sunteți jos, nu puteți vedea întotdeauna acel războinic din voi. Scopul meu a fost să creez aceste imagini războinice pentru persoanele cu endometrioza, astfel încât, în cele mai grele zile, să poată privi acele imagini și să-și amintească puterea lor.

Răspunsul a fost incredibil. Aceste imagini au rezonat profund cu mulți și mi-au deschis uși pentru a intra în legătură cu oameni din întreaga lume. Prin această călătorie, soția și fiica mea au avut șansa de a întâlni mulți alții care își împărtășesc luptele. S-au conectat, și-au împărtășit poveștile și au găsit o comunitate de sprijin și înțelegere.

A trăi cu endometrioza este o luptă zilnică, plină de durere, incertitudine și căutarea necruțătoare pentru înțelegere și ușurare. A fi martor la luptele soției și fiicei mele a aprins în mine o pasiune de a face diferența, nu doar pentru ele, ci și pentru toate cele afectate de această condiție adesea greșit înțeleasă și trecută cu vederea. Această pasiune a condus la crearea paginii mele de socializare, @EndoDad76.

Prin @EndoDad76, îmi propun să ofer doze zilnice de empatie, sprijin și informații celor afectați de endometrioza. Postările mele sunt inspirate din realitățile de zi cu zi de a trăi cu endometrioza, de la durerea fizică până la rata emoțională pe care o are. Împărtășesc povești, sfaturi pentru gestionarea simptomelor și cuvinte de încurajare, toate din perspectiva unui tată și a unui soț căruia îi pasă profund de bunăstarea celor care suferă.

Munca mea de advocacy are rădăcinile într-o credință simplă, dar profundă: fiecare persoană cu endometrioza merită să fie auzită, înțeleasă și susținută. Această afecțiune afectează milioane de oameni din întreaga lume, dar adesea rămâne în umbră, înțeleasă greșit și diagnosticată greșit. Împărtășind călătoria familiei mele, sper să fac lumină asupra realităților endometriozei și să promovez o comunitate de sprijin și solidaritate.

Unul dintre cele mai pline de satisfacții ale acestei călătorii a fost conectarea cu alții care împărtășesc experiențe similare. Mesajele de recunoștință și solidaritate de la oameni din întreaga lume întăresc importanța a ceea ce facem. Fiecare poveste împărtășită, fiecare mesaj de susținere și fiecare nou follower reprezintă un pas către o mai mare conștientizare și înțelegere.

În calitate de CEO al unei mari organizații de asistență medicală, lucrez pentru a instrui furnizorii noștri pentru a detecta endometrioza mai devreme. Prinderea acesteia la nivel de îngrijire primară înseamnă că o putem diagnostica mai repede și începe tratamentul mai devreme, ceea ce poate îmbunătăți semnificativ calitatea vieții celor afectați.

Privind în viitor, sunt încântat de viitorul advocacy pentru endometrioza. Cu conștientizarea continuă, cercetarea și sprijinul comunității, putem îmbunătăți viețile celor afectați de această afecțiune. Soția și fiica mea sunt inspirațiile mele zilnice, iar puterea lor alimentează dedicarea mea pentru această cauză.

Pentru toți cei care citesc asta, să știți că nu sunteți singuri. Există o comunitate de sprijin și înțelegere acolo și împreună, putem face față provocărilor endometriozei cu curaj și compasiune.

Asigurați-vă că mă urmăriți pe @EndoDad76 pe Instagram. Mi-ar plăcea să vă aud povestea sau să vă fac o imagine personalizată de războinic.

Studiu nou: Endometrioza si riscul de cancer

Un studiu publicat în urmă cu câteva luni arată că femeile cu endometrioză au un risc mai mare de a dezvolta anumite tipuri de cancer. Inutil să mai spunem că a provocat îngrijorări în rândul multor pacienți.

Mr Thomas Bainton Medic ginecolog

Studiul de cohortă de populație a concluzionat că riscul de cancer ovarian a fost mai mare la paciențele cu endometrioză care suferă de: endometriom ovarian și endometrioză infiltrativă profundă, comparativ cu cele fără endometrioză.

Cercetătorii au descoperit că la femeile cu endometrioză cu infiltrare profundă riscul de a dezvolta cancer ovarian în general a fost de aproximativ 18,8 ori mai mare, iar la femeile cu endometrioză infiltrată profundă împreună cu endometriomul ovarian a fost de aproximativ 13 ori mai mare.

Paciențele cu endometrioză au avut un risc de peste șapte ori mai mare de a dezvolta cancer ovarian de tip 1, care includea tipuri de cancer precum endometrioid, celule clare și mucinos. De asemenea, au fost de 2,7 ori mai expuse riscului de a dezvolta cancer ovarian de tip II, care poate fi mai agresiv.



Dr Thomas Bainton este chirurg ginecolog chirurg și medic cercetător cu un interes special în endometrioză, la spitalul Chelsea și Westminster din Londra. Pledând pentru un diagnostic mai rapid și mai bun, Dr Bainton este pasionat de creșterea gradului de conștientizare. Recunoscând impactul sever al endometriozei și dorind să contribuie la îmbunătățirea îngrijirii, efectuează cercetări de specialitate la Imperial College.

Ce părere aveți despre acest nou studiu care a arătat o creștere a riscului de cancer ovarian la persoanele cu endometrioză?

Știm de ceva timp că există un risc crescut de cancer ovarian cu endometrioză. Ori de câte ori vorbim despre risc, trebuie să ne gândim atât la riscul absolut, cât și la riscul relativ. Medicii au înțeles că persoanele cu endometrioză au un risc crescut de cancer de ceva timp. Cifrele se schimbă puțin, dar rămân incredibil de scăzute. Din studiu am mai înțeles că persoanele cu endometrioză au un risc crescut de cancer, dar era ceva ce se știa.

Cancerul pe care probabil l-am asociat cel mai mult timp cu endometrioza și despre știm că a crescut semnificativ riscul în comparație cu alte forme de cancer ovarian în contextul endometriozei este cancerul cu celulă clară. Multe tipuri de cancer cu celule clare apar la o persoană cu antecedente de endometrioză, în special endometriom ovarian.

Există, de asemenea, un risc crescut de carcinom endometrioid. Știm de ceva timp că este un risc crescut, deoarece endometrioza, prin natură, are țesuturi similare cu endometrul care crește în afara uterului.

Ceea ce a arătat acest studiu, și a arătat foarte bine pe un număr mare de oameni, este că riscurile, cel puțin în această cohortă, au fost puțin mai mari decât am crezut anterior. Și, în plus, este defalcăt după tipul de endometrioză și tipul de cancer pe care oamenii le dezvoltă ulterior.

Studiul a defalcăt tipul de endometrioză care a dus la anumite tipuri de cancer dezvoltat mai târziu în viață. Acesta a arătat că femeile cu endometrioză peritoneală superficială, care este cea mai frecventă formă, nu au avut un risc atât de semnificativ de a dezvolta cancer ovarian. Femeile cu endometrioame ovariane au un risc mai mare. Și femeile cu boală invazivă profundă aveau încă un risc mai mare.

Ați avut vreodată o pacientă cu endometrioză și cancer ovarian?

Da, am avut și, din păcate, mai mult de una. Cred că orice medic care are o practică semnificativă de endometrioză, care vede o mulțime de femei, în special cu boli profunde și endometrioame, probabil că are astfel de paciente.

În ceea ce privește semnele, există balonare abdominală, pot apărea complicații precum ascită, în care apare o acumulare de lichid în pelvis și chiar sângerare, ceea ce poate fi îngrijorător pentru cancer în fazele inițiale ale investigației, care poate fi incredibil de înfricoșător. De cele mai multe ori suntem capabili să asigurăm pacientele că aceste simptome și orice analiză de sânge, cum ar fi creșterea CA125, sunt cauzate de endometrioza mai degrabă decât de ceva mai sinistru.

De cele mai multe ori, când ne speriem în legătură cu cancerul, suntem de fapt capabili să liniștim pacienta și putem spune destul de încrezători pe baza, de obicei, a RMN-ului că nu, acesta nu este cancer, nu suntem îngrijorați din aceasta cauza. Dar încă trebuie să vă tratăm endometrioza și există o mulțime de moduri diferite de a face asta. Uneori însă, și aceasta este minoritatea extraordinară, nu suntem capabili să liniștim atât de mult pacientele în stadiile inițiale.



ENDOMETRIOSIS

Din păcate, în acest exemplu, pacienta era o femeie tânără care nu a avut încă copii - și-a dorit o sarcină viitoare, iar operația inițială a fost să obțină o biopsie foarte bună a zonei care a apărut îngrijorătoare pe baza RMN-ului. Am obținut o biopsie foarte bună a chistului și l-am putut privi la microscop în laborator pentru a confirma dacă este ceea ce credeam noi că este.

Înainte de operație, estimarea noastră a fost că existau aproximativ 20% șanse ca acesta să fie de fapt cancer. Foarte trist pentru ea, a ajuns să fie cancer ovarian.

Această doamnă apoi, ulterior, după consiliere, a avut o opțiune doar de a îndepărta ovarul, dar de fapt, având în vedere riscul foarte mic, dar nu nesemnificativ, de recidivă, a ales să aibă o intervenție chirurgicală completă care a fost îndepărtarea ambelor ovare, atât a trompelor uterine, cât și a uterului. Din punct de vedere histopatologic, cancerul s-a limitat la ovare, așa că ne-am fi așteptat ca cancerul să fie vindecat prin intervenție chirurgicală, dar a avut nevoie de o serie de chimioterapie și este sub urmărire continuă.

Am văzut și paciente care, din păcate, au avut cancer la endometrioza pelvina, după histerectomie. Am văzut paciente mai în vârstă care aveau depozite semnificative de endometrioza când erau mult mai tinere și au prezentat modificări maligne mai târziu, dar sunt tratate într-un mod specific, de multe ori necesită chimioterapie și este o intervenție chirurgicală destul de complexă din cauza poziției endometriozei.

Dar acestea sunt de obicei femei aflate în postmenopauză, la care riscul de cancer este mai mare.

Chiar dacă cifrele în sine nu ar trebui să sperie oamenii, deoarece riscul de cancer ovarian este încă scăzut în comparație cu alte tipuri de cancer, oamenii tind să intre în panică atunci când apar astfel de studii. Cum discutați cu pacienții dumneavoastră despre acest lucru și ce le recomandați persoanelor cu endometrioza să facă pentru a atenua acest val de panică?

Cred că este important să separăm ceea ce numim riscul absolut, care este riscul general de a dezvolta cancer ovarian și riscul relativ. Riscul absolut rămâne semnificativ scăzut. Marea majoritate a femeilor cu endometrioza nu vor dezvolta niciodată cancer ovarian și nu se vor apropia niciodată de el.

Și, important, cu tot felul de riscuri, trebuie să te uiți nu numai la factorul de risc care este introdus de endometrioza, ci și la ceilalți factori de risc pe care unii i-ar putea avea pentru cancer. Cea mai semnificativă este istoricul familiei. Dacă există un istoric familial foarte puternic de cancer ovarian sau de sân, atunci luați în considerare testarea pentru modificări genetice, cum ar fi gena BRCA.

Dacă nu exista alți factori de risc pentru cancerul ovarian în afară de endometrioză, riscul general rămâne incredibil de scăzut, mai ales dacă nu aveți boală profundă sau endometriom ovarian.

Ați recomanda să se îndepărteze totul prin intervenție chirurgicală pentru ca pacienat să se protejeze împotriva cancerului, dacă a născut deja sau are un mod alternativ de a concepe?

Vorbim despre eliminarea tuturor leziunilor endometrioze vizibile, pe care le vedem în chirurgie și la RMN și drenarea și îndepărtarea endometrioamelor. Acesta este principalul tratament chirurgical pentru femeile care suferă.

Când tratăm un endometriom ovarian, atunci cantitatea de intervenții chirurgicale pe care o facem ovarului trebuie să fie temperată pentru dorințele viitoare de fertilitate. Dacă cineva are 20 de ani și nu a avut încă copii, atunci trebuie să fim mai conservatori în privința endometriomului, deoarece dacă înlăturăm fiecare mică parte de endometrioză, putem de fapt provoca leziuni colaterale la ovar, așa că sunt adesea mai conservator. Dar chiar și cu o abordare agresivă, eliminând fiecare focar de endometrioză, există riscul de recidivă.

Cred că dacă cineva are 30 de ani și singurul factor de risc pentru cancer ovarian este endometrioza, fie că este o boală ovariană sau o boală profundă, atunci boala trebuie tratată, dar nu neapărat prin îndepărtarea ovarelor, ceea ce nu este potrivit pentru majoritatea femeilor.

Dezavantajul îndepărtării ovarelor este o menopauză mai timpurie. Dacă eliminăm ovarele, se va ajunge instantaneu la menopauză și știm că o menopauză timpurie oferă riscuri mai mari de apariție a diferitelor afecțiuni mai târziu în viață.

Nu doar cele evidente la care ne gândim în mod obișnuit, cum ar fi subțierea oaselor, ci și declinul cognitiv. De asemenea, este o șansă semnificativ mai mare de a muri din cauza bolilor de inimă, mai ales dacă nu se ia terapie de substituție cu hormoni estrogeni (HRT). Și știm că HRT este puțin mai complicată la femeile cu endometrioză, deoarece nu poți fi întotdeauna 100% sigur că ai eliminat absolut totul, ceea ce poate necesita terapia hormonală de substituție cu progesteron chiar și atunci când femeile au suferit o histerectomie.

Decizia este una care trebuie luată pe o bază foarte personală. Dacă acest risc este de 40%, așa cum poate fi în mutațiile BRCA, nu există absolut nicio îndoială, este un lucru foarte sensibil de făcut. Dacă este doar un caz de endometrioză, dacă nu afectează ovarul, atunci îndepărtarea ovarului poate să nu fie sensibilă. Dacă se practica histerectomia, îndepărtăm întotdeauna trompele uterine în același timp, deoarece trompele uterine sunt potențial acolo unde este de fapt originea multor cancere ovariene. În special cancerul seros de grad înalt, care este unul dintre aceste studii a arătat că este asociat cu endometrioza.

Extirparea trompelor uterine ar fi cu siguranță făcută dacă aveți o histerectomie, chiar dacă ovarele nu au fost îndepărtate. Dacă ai peste 40-45 de ani și faci o histerectomie, cu siguranță nu vei mai avea copii, atunci există o dificultate în extirparea și a ovarelor. Este o discuție pe care o avem cu pacientele, chiar dacă nu au un risc crescut statistic de cancer ovarian, pe care acum o putem avea cu mai multe dovezi la cele cu endometrioză severă cu privire la riscul lor general de a dezvolta cancer.

Dacă pacienta are peste 45 de ani sau se apropie de vârsta menopauzei (media este de 51 de ani), așa că ovarele vor încetini, indiferent, atunci ar trebui să eliminăm ovarele doar ca profilactic?

Desigur, ca va trece prin menopauză imediat, care ar putea fi cu unul sau doi ani mai devreme, dar vom reduce riscul de a dezvolta cancer ovarian mai târziu, care poate fi o boală destul de devastatoare.

Nu cred că îndepărtarea ovarelor la o vârstă mai fragedă ar fi un lucru sensibil de făcut. Acest lucru ar fi mult mai probabil să introducă riscuri suplimentare în viața ulterioară, cu povara suplimentară pe care o oferă o menopauză precoce și, potențial, riscul suplimentar pe care îl oferă terapia de substituție hormonală pe termen mai lung.

Cum credeți că va afecta acest nou studiu comunitatea endometriozei (atât pacienții, cât și medicii/cercetătorii)?

În primul rând, cred că va precipita o mulțime de consultări aprofundate, dar la un nivel foarte personalizat. Care este riscul specific al acelei persoane de a face cancer ovarian, unde se află ea în ceea ce privește călătoria pentru tratament, este doar o intervenție chirurgicală? Amintiți-vă că nu toate cazurile de endometrioza au nevoie de fapt de intervenție chirurgicală. Cazul ar putea fi gestionat medical, gestionat simptomatic și apoi să ne gândim la modul în care îl supraveghem prin monitorizare atentă cu ultrasunete, cu RMN și cu CA125 în unele cazuri.

Nu știm toate răspunsurile în acest moment, așa că tratarea acesteia la un nivel foarte personalizat este abordarea potrivită pentru început. Unii oameni vor fi mai sceptici în ceea ce privește intervenția chirurgicală pentru endometrioza, deoarece operația are dezavantaje uriașe. Un lucru pe care le spun tuturor pacientelor mele este că vă veți simți mai rău înainte să vă simțiți mai bine. Operația este un lucru important din care să vă recuperați. Dar, având în vedere considerații suplimentare cu privire la riscul de cancer ovarian de-a lungul vieții în contextul endometriozei, există și pacienți care ar putea alege intervenția chirurgicală pe baza echilibrului general de risc și beneficii.

Dacă endometrioza este suprimată pentru o perioadă mai lungă de timp cu management medical, de exemplu cu pilula contraceptivă combinată luată o perioadă mai lungă de timp fără pauza, există risc mai mic de cancer ovarian. Pilula contraceptivă poate reduce riscul de a dezvolta cancer ovarian, deoarece oprește ovulația și afectarea cumulativă a ovarului. Deci, pacientele ar putea fi mai înclinate să urmeze tratament medical pe termen lung, să înceapă tratamentul medical mai devreme și să aibă o perioadă mai lungă de tratament atunci când nu își doresc încă un copil.

Imperativ este să urmărim cu atenție endometrioza, să o tratăm mai devreme, să o tratăm potențial puțin mai agresiv pentru unii, având în vedere că știm că cancerul este un risc, dar mai ales, îngrijire personalizată pentru riscul specific și general al cuiva, conform dorințelor lor, după o discuție cuprinzătoare a dovezilor și unde tratamentul se potrivește cu viața și aspirațiile lor generale.

Endometrioza și sindromul de intestin iritabil

Dr Raluca Oprea
Medic Primar Medicină Internă și
Gastroenterologie,
Memorial, Baneasa



Endometrioza, boală frecventă, una dintre cele mai dureroase afecțiuni, care afectează calitatea vieții, extrem de complexă și din păcate subdiagnosticată peste tot în lume, poate apărea la 1 din 10 femei aflate la vârsta fertilă, la fel de prevalentă ca diabetul zaharat de tip II, ticătu cu boala de reflux gastroesofagian.

Datele din literatură precizează că diagnosticul endometriozei poate fi întârziat și aproximativ 12 ani, ca urmare a confuziei cu alte afecțiuni, fiind bine cunoscut faptul că pacientele cu endometrioză sunt diagnosticate greșit de-a lungul anilor, una dintre afecțiunile confundate cu endometrioza, fiind sindromul de intestin iritabil.

Un grup de cercetători din cadrul Universității din Queensland a evidențiat că endometrioza și sindromul de intestin iritabil au aceiași factori genetici de risc, aceasta explicând numărul mare de persoane care suferă de ambele afecțiuni. Femeile care prezintă endometrioză au o probabilitate de două ori mai mare de a suferi și de sindrom de intestin iritabil, comparative cu cele care nu suferă de endometrioză; în plus, acestea au un risc de 1,4 ori mai mare de a fi diagnosticate cu boală de reflux gastroesofagian.

Conform datelor din literatură, endometrioza și sindromul de intestin iritabil sunt asociate, simptomatologia gastrointestinală apărând în ambele afecțiuni.

Nu de puține ori, pacientele se adresează medicului specialist gastroenterolog, pentru dureri la nivelul etajului abdominal inferior, meteorism abdominal excesiv (endo belly) și uneori tulburări de tranzit agravate în timpul menstruelor. Totuși, cele 2 afecțiuni pot apărea împreună, mai ales că hipersensibilitatea viscerală este elementul cheie în ambele cazuri.

Surse recente din literatură arata că este dificil de diferențiat sursa durerii, ceea ce duce la confuzie și diagnosticare greșită, cu ani de întârziere a tratamentului, în tot acest timp endometrioza evoluând către forme severe.



Autorii studiilor atrag atenția despre suprapunerea acestor afecțiuni (endometrioză și sindrom de intestin iritabil): dacă o femeie se prezintă cu dureri abdominale și simptome gastrointestinale, după excluderea unui diagnostic gastroenterologic, endometrioza trebuie luată în considerare. Prevalența endometriozei colorectale a fost raportată la aproximativ 15% din cazuri, 90% dintre leziuni fiind observate la nivelul recto-sigmoidului. Termenul de endometrioză intestinală este utilizat atunci când glandele și stroma asemănătoare endometrului sunt răspândite în intestin. Chiar dacă simptomele pot coincide, diferența constă în frecvența și intensitatea durerii: o pacientă cu sindrom de intestin iritabil poate avea dureri de mai multe ori pe săptămână, pe parcursul a mai multor luni, în timp ce în cazul unei paciente cu endometrioză colorectala, durerea intensă apare în timpul ciclului menstrual.

În majoritatea cazurilor, endometrioza colorectala este asimptomatică, dar nu de puține ori poate fi confundată cu sindromul de intestin iritabil, pacientele prezentând: constipație, balonare excesivă, gaze, tenesme rectale, durere în etajul abdominal inferior cu iradiere în spate, dureri abdominale difuze, sângerare rectala în timpul menstruației. Deși rară, endometrioză intestinală poate fi cauza de ocluzie intestinală la pacientele tinere aflate la vârsta reproductivă, care se pot prezenta în urgență la camera de gardă cu: greață, vărsături, dureri abdominale colicative și distensie abdominală. Implicarea ileonului terminal este și mai rară, dar trebuie luată în discuție la diagnosticul diferențial al ocluziei intestinale la femeile fertile.

Prima etapă în diagnosticul endometriozei intestinale este examenul fizic ce poate implica tușeul rectal; sunt necesare investigații imagistice precum: ecografia abdominală, RMN pelvin cu protocol de endometrioză, colonoscopie, hidro-colo-CT, laparoscopia. Diagnosticarea acestei afecțiuni este multidisciplinară, urmărind localizarea nodulilor endometrioziici, dimensiunea și multifocalitatea acestora, astfel încât să decidă soluția optimă de tratament.





Dr Stefan Tuca

Medic primar chirurgie generala

Chirurgie colorectală
Chirurgie herniilor abdominale
Chirurgie oncologică
Chirurgie ginecologică
Chirurgie bariatrica
Acalazia
Litiaza biliară
Boala de reflux gastroesofagian

Tel: 0723 024 207

www.stefantuca.ro



Endometrioza mea este constant debilitantă

Zahra McDonald
endometriosis advocate
Australia

Se spune că endometrioza este o boală care afectează în principal femeile fertile. Într-unul dintre interviurile tale ai spus că 10 ani ți s-a spus că simptomele tale nu sunt reale. Câți ani ai acum și când au început simptomele?

În primul rând, aș dori să încep prin a spune că endometrioza nu este o boală a sistemelor de reproducere, în ciuda concepțiilor comune, eronate de altfel. Endometrioza poate afecta orice organ din organism și orice sex, dar este extrem de frecventă la femei, afectând în Australia 1 din 7 persoane care au menstruație. Deci, indiferent de prezența organelor de reproducere, femeile pot avea în continuare endometrioză, iar histerectomia nu o va vindeca.

Multer femeii li se spune că durerea în timpul menstruației este normală. Apropiati sau membri ai familiei ti-au spus la fel?

Da, în mod constant de-a lungul vieții mele mi s-a spus asta. De familie, prieteni și numeroși medici. Este extrem de îngrijorător faptul că menstruele dureroase sunt atât de normalizate în societate chiar și printre profesioniștii medicali, când de fapt nu este nimic normal. Nu este normal să ai menstruele dureroase!

“Am sângerat timp de un 1 an în fiecare zi până când am ajuns să fiu văzută de un medic, asta deoarece nu eram crezută.”

**„Simptomele mele au început la vârsta de
13/14 ani și abia anul trecut am fost
diagnosticată, iar acum am 23 de ani”.**





“În ultimii ani de școală, menstruația și durerea constantă m-au afectat cu adevărat. Menstrele mele au fost extrem de abundente, durau 2 săptămâni și le aveam la fiecare 2 săptămâni. Eram în continuă durere și anxietate. Eram stersată dacă voi putea ajunge la baie înainte de a sângera prin uniformă, încercând să ascund tampoanele enorme pe care trebuia să le folosesc, numărul mare de analgezice diferite pe care le luam pentru a încerca să controlez durerea. De fiecare dată când am menționat cât de greu imi este când eram la menstruație, prietenele mele de la școală, nu au putut relaționa niciodată cu mine, așa că a fost foarte izolant.



Ai spus în interviul tău pentru Daily Mail că acum 2 ani ai sângerat 1 an în fiecare zi până când ai văzut un medic. Personal nu-mi pot imagina cât de greu trebuie să fi fost pentru tine. Care a fost impactul asupra ta?

A afectat fiecare aspect al vieții mele, de la relații, la muncă, la universitate. Eram constant stresată, îndurerată și anxioasă. Am fost la atât de mulți medici cu acest aspect și unul nu a făcut nimic.

Când ai auzit prima dată de endometrioză și că s-ar putea să o ai?

Am auzit pentru prima dată despre endometrioză pe tiktok, destul de amuzant, dar nu am crezut deoarece fiecare test pe care îl făcusem îmi spunea că totul este normal. Nu știam că endometrioza apare rar la orice teste, inclusiv ultrasunete și RMN. Am auzit apoi despre asta la serviciu de la o colegă de-a mea care era pe cale să se opereze pentru a afla dacă are endometrioză. Atunci am discutat despre simptomele noastre similare și m-a recomandat să merg la același ginecolog ca ea.

Ce este endometrioza pentru tine și cum este viața ta cu endometrioza?

Pentru mine endometrioza este o boală extrem de crudă și debilitantă. A avut un impact negativ asupra vieții mele în nenumărate moduri. Cel mai mult, cât de puțin se știe despre ea și cât de puține cercetări s-au făcut asupra ei. Când am fost diagnosticată prima dată cu endometrioza, a fost un roller coaster de emoții. Am fost atât de fericită că am avut în sfârșit un răspuns pentru deceniul meu de durere și simptome, dar am fost și extrem de supărata cu toate minusurile care există; nu avem un tratament „adevărat” și nicio cauză cunoscută.

Din propria experiență, endometrioza este o dizabilitate?

Da, cu siguranță este o dizabilitate. Modul în care leziunile endometriozei pot ataca orice organ din organism poate fi extrem de debilitant. Am văzut o mulțime de femei care foloseau bastoane sau erau în scaune cu rotile din cauza amplitudinii endometriozei.

**Personal, când endometrioza mea este acută,
este foarte invalidantă. Uneori mă chinui să
stau în picioare fără să am durere extremă.**



Ce schimbări trebuie să facem pentru ca persoanele cu endometrioză să nu sufere la fel de mult?

Este nevoie de un efort enorm pentru a-i ajuta pe cei cu endometrioză. Facturile medicale, programările și medicamentele sunt extrem de scumpe. Și costă 10.000 de dolari pe an pentru cineva cu endometrioză. Trebuie făcut ceva cu privire la costurile medicale. Cercetările referitoare la endometrioza sunt extrem de slabe. Încă nu există o cauză cunoscută și nu există nici un tratament.



Majoritatea revistelor medicale au definiții greșite și informații medicale greșite, ceea ce face extrem de dificil pentru medici să ofere tratamentul adecvat.



Să vorbim despre susținere. Ce este Endo cu Zahra și ce te-a determinat să creezi acest cont?

Când am început să mă pregătesc pentru operația mea, am început să caut despre endometrioză și despre experiențele altor oameni. Nu am avut niciodată o intervenție chirurgicală și am fost extrem de nervoasă, dar spre surprinderea mea am găsit foarte puține informații. Apoi am fost pe tiktok și am văzut experiențele altora și din nou am găsit aproape deloc informații sau experiențe reale cu operația etc.

Apoi am decis că vreau să-mi documentez călătoria în întregime, pentru a acoperi lipsa de informații. Așa am început să fac bloguri zilnice după recuperare și am început să primesc o cantitate enormă de mesaje, comentarii și implicare cu videoclipurile mele..

M-a făcut să realizez cât de importante au fost aceste videoclipuri pentru toată lumea și toate mesajele primite m-au motivat mai mult să fac ceva în legătură cu această boală. Aveam deja un număr mic de urmăritori pe TikTok, dar nu am vrut să-mi bombardez întregul cont cu conținut de endometrioză, așa că am decis să fac o pagină de Instagram numai pentru endometrioză. Îmi place să desenez și mi-am dorit să pot posta imagini precum și videoclipuri care m-au condus la Instagram. De când am făcut @endoitwithzahra, a crescut incredibil de rapid, iar sprijinul celorlalți a fost imens. Am followers de pe fiecare continent și primesc atât de multe mesaje zilnic. Am fost în două articole de știri, un podcast și acum această revistă.

Uneori, rețelele de socializare pot fi destul de supărătoare; comentarii hate, multă muncă, povești triste și așa mai departe. Cum te asiguri că astfel de lucruri nu te afectează?

Postez pe rețelele de socializare de câțiva ani și am ajuns să învăț cum să o fac să funcționeze cu sănătatea mea mintală. Există multă ură pe rețelele de socializare, dar, din fericire, rareori primesc. Dacă o fac, este de la oameni needucați. Când am început să postez, am constatat că consumam mult conținut negativ care era destul de deprimant în jurul endometriozei. Încerc să postez mai mult conținut decât consum, dar încerc să fac și un conținut ușor. Îmi place cu adevărat să postez și să creez videoclipuri și desene și îmi place să educ pe alții despre endometrioză. Toate mesajele pozitive pe care le primesc zilnic de la femei tinere sau femei în vârstă care îmi mulțumesc pentru conținutul meu mă inspiră cu adevărat să continui să postez.

PATHOTEAM DIAGNOSTIC

Anatomie patologica si biologie moleculara

www.pathoteam.ro

e-mail: office@pathoteam.ro

Splaiul Independentei, 294, Cladirea O



Tratamentul hormonal pentru endometrioza

Endometrioza pare a fi conectată la ciclul menstrual, fiind o stare dependentă de estrogen. Prin urmare, tratamentul de primă linie în care se suspectează endometrioza înainte de tratamentul chirurgical, sau după intervenția chirurgicală din cauza persistenței bolii recurente, este în prezent suprimarea hormonală a ciclului menstrual. Se face prin medicamente care suprimă activitatea ovariană sau acționează direct asupra receptorilor steroizi și a enzimelor găsite în leziunile endometriozei.

Aceste medicamente includ contraceptive orale combinate (COC), progestative, anti-progestative, agoniști ai hormonului de eliberare a gonadotrofinelor (GnRH), antagoniști ai GnRH, danazol și inhibitori de aromatază. Toate arată, comparativ cu placebo, o reducere semnificativă a durerii. Până acum nu există date care să susțină o superioritate a unui tratament medical față de celălalt. De asemenea, se știu puține date despre efectul asupra recidivei sau progresiei bolii. În practica clinică, din păcate, găsirea unei terapii bune este adesea „încercare și eroare”, deoarece eficacitatea și efectul secundar sunt foarte individuale [1].

Contraceptive hormonale combinate (CHC)

CHC sunt medicamente care conțin o combinație de estrogen și progestativ. Tratamentul vine sub formă de pastile, dar există și un inel vaginal (Nuvaring) sau un plastru (Evra) care constau din aceiași hormoni, dar sunt eliberați prin vagin sau, respectiv, prin piele. CHC-urile opresc ovulația deoarece suprimă creșterea endometrului și induc decidualizarea și atrofia leziunilor. Ele nu vindecă boala, dar reduc simptomele în 80% din cazuri [2]. Cea mai recentă revizuire sistematică arată ca atât CHC, cât și contraceptivele progestative reduc semnificativ durerile menstruale, dar și durerile pelvine, durerile în timpul actului sexual și îmbunătățesc calitatea vieții.



Pille Pargmae, MD
Consultant gynaecologist,
Specialist in Minimal
Invasive Surgery and
Endometriosis
Radboud University Medical
Centre, The Netherlands

Aceasta se bazează pe studii care arată o îmbunătățire semnificativă prin utilizarea continuă față de utilizarea ciclică a CHC pentru reducerea durerilor menstruale și, de asemenea, recurența endometriomului [3, 4]. Există puține studii efectuate despre recidiva sau stoparea bolii numai prin utilizarea tratamentului medical hormonal. Se fac mai multe studii privind recurența și reducerea durerii la femeile care primesc sau nu tratament medical înainte sau/și după operație. Poate exista o reducere a recurenței bolii în favoarea terapiei hormonale postchirurgicale, comparativ cu nicio terapie medicală postchirurgicală [1, 5].

Cu toate acestea, aceste studii sunt de calitate scăzută ca dovezi și se uită la recurența într-o perioadă de 12 luni [6]. CHC-urile sunt sigure și bine tolerate de majoritatea femeilor. De asemenea, oferă o contracepție fiabilă.

Progestagenii induc decidualizarea și atrofia implanturilor endometriale și scad inflamația [7]. Progestativele vin sub formă de tablete, dispozitiv intrauterin (Levonorgestrel realizând sistemul intrauterin LNG-IUS), injecții de depozit sau implanturi subcutanate.

În timp ce CHC-urile sunt utilizate ca contraceptive, este important să stim că nu toți progestagenii sunt recomandați pentru a fi utilizați în endometrioza. Revizuirea literaturii de specialitate arată că atât progestativele continue, cât și gestrinona continuă sunt terapii eficiente pentru tratamentul simptomelor dureroase asociate endometriozei [1].

De exemplu, noretisteronul este la fel de eficient ca contraceptivele orale combinate în ameliorarea durerii asociate endometriozei și a endometriozei cu infiltrare profundă până la o rată de satisfacție de 70% [8]. Dienogest a fost găsit în mai multe studii randomizate controlate tratament eficient pentru durerea asociată endometriozei, după cum a demonstrat reducerea leziunilor endometriotice [9] [10]. În același timp, progestativele sunt asociate cu cazuri crescute de reacții adverse care au inclus creșterea în greutate, acnee, edem, dureri de cap și neregularități ciclului [11].

Recurența simptomelor pe măsură ce boala a fost analizată în contextul postoperator, totuși, în mod înțeles, eterogenitatea uriașă datorată diferitelor forme de endometrioza, diferențelor între intervențiile chirurgicale și diferite agenții de tratament cu diverse regimuri și urmărire, face dificilă tragerea de concluzii generale.

ESHRE a concluzionat că, pentru reducerea simptomelor, clinicienii ar trebui să ia în considerare prescrierea sistemului intrauterin cu eliberare de levonorgestrel sau CHC ca prevenire secundară pentru mentrelle dureroase [1]. Aceasta se bazează pe metaanaliza în care LNG-IUS a fost eficient în scăderea durerii și/sau a ratei de recurență a bolii cu efect comparabil COC și danazol [12].

Agoniști ai hormonilor eliberatori de gonadotrofine

Agonistii GnRH sunt versiuni modificate ale hormonilor care apar în mod natural și sunt însărcinați cu controlul eliberării ovariene de hormoni, de aici și ciclul menstrual. Ele opresc producția de estrogen în ovare și plasează organismul într-o stare artificială de menopauză. Astfel, implanturile endometriale devin mai subțiri și inactive, dar nu vindecă endometrioza.

Numeroase studii clinice au arătat că aproximativ 85% dintre femeile cu durere asociată endometriozei tratate cu agoniști GnRH au ameliorarea durerii [11]. Cu toate acestea, rezultatele sugerează că GnRH este mai eficient decât placebo, dar inferior IUS-LNG sau danazolului oral [11]. Ca urmare a posibilelor efecte secundare adverse ale utilizării pe termen lung (> 6 luni), precum reducerea densității minerale osoase, simptomele menopauzei, se recomandă utilizarea terapiei „add-back” atunci când utilizați GnRH. Cercetările sugerează că previne pierderea osoasă și nu afectează eficacitatea [13]. O analiză de subgrup pentru agonistul GnRH a raportat o scădere semnificativă a riscului de recidivă a bolii în comparație cu martorii [5].

Antagoniști ai hormonilor eliberatori de gonadotrofine

Elagolix este primul antagonist oral non-peptidic al GnRH disponibil pentru tratamentul durerii moderate până la severe asociate endometriozei. Cercetarea a arătat îmbunătățiri semnificative statistice ale durerii asociate endometriozei comparativ cu placebo (75-78%); doza mai mare, de asemenea, reduce semnificativ statistic dispareunia (58-60%) [14].

Terapia combinată cu Relugolix (40 mg relugolix, 1 mg estradiol și 0,5 mg acetat de noretisteron) s-a dezvoltat ca tratament oral o dată pe zi pentru durerea asociată endometriozei sau fibroamele uterine simptomatice. Cel mai recent studiu randomizat controlat a arătat o reducere cu până la 95,3% a durerilor menstruale (NRS<1) și o reducere cu 70,5% a durerii pelvine non-menstruale (NRS<1) după 104 săptămâni de tratament. [15] Cele mai frecvente efecte adverse care au fost observate au fost cefaleea, rinofaringita și bufeurile. De asemenea, pierderea densității minerale osoase a fost raportată a fi <1%.

S-a raportat că aproximativ o treime dintre femeile tratate cu contraceptive hormonale nu răspund la terapie [16, 17]. Ipoteza este că acești pacienți pot fi cei care au contribuitori de durere, cum ar fi inflamația, sensibilizarea periferică și centrală, tulburările miofasciale și psihopatologice. condiții [18]. Sublinierea importanței centrelor de expertiză în endometrioză în cazul în care aceasta ar putea fi recunoscută și tratată. De asemenea, încă nu se știe dacă administrarea de estrogeni trebuie evitată complet sau poate fi permisă în doze mici la femeile cu endometrioză simptomatică; întrucât prezența unei componente de estrogen în doză mică poate reprezenta un avantaj în ceea ce privește controlul sângerării și aderența la terapie.

Ipoteza pragului de estrogen presupune că există un interval de estradiol eficient din punct de vedere terapeutic (30-45 pg/ml) la care semnele și simptomele endometriozei sau fibromului se ameliorează, reducând în același timp efectele adverse hipoestrogenice [19]. Există, de asemenea, alte potențiale terapeutice investigate ca modulatori selectivi ai receptorilor de progesteron și estrogeni (Mifepriston, Ulipristal, Bazedoxifene, Raloxifen). Tratamentul hormonal medical este sigur și ajută la reducerea simptomelor, dar necesită o abordare individuală atunci când alegeți și mai multe cercetări viitoare.

References

- Becker, C.M., et al., ESHRE guideline: endometriosis. Hum Reprod Open, 2022. 2022(2): p. hoac009.
- Grandi, G., et al., Hormonal contraception in women with endometriosis: a systematic review. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care, 2019. 24(1): p. 61-70.
- Muzii, L., et al., Continuous versus cyclic oral contraceptives after laparoscopic excision of ovarian endometriomas: a systematic review and metaanalysis. Am J Obstet Gynecol, 2016. 214(2): p. 203-211.
- Seracchioli, R., et al., Long-term cyclic and continuous oral contraceptive therapy and endometrioma recurrence: a randomized controlled trial. Fertil Steril, 2010. 93(1): p. 52-6.
- Zakhari, A., et al., Endometriosis recurrence following post-operative hormonal suppression: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod Update, 2021. 27(1): p. 96-107.
- Chen, I., et al., Pre- and postsurgical medical therapy for endometriosis surgery. Cochrane Database Syst Rev, 2020. 11(11): p. CD003678.
- Reis, F.M., F. Petraglia, and R.N. Taylor, Endometriosis: hormone regulation and clinical consequences of chemotaxis and apoptosis. Hum Reprod Update, 2013. 19(4): p. 406-18.
- Jeng, C.J., L. Chuang, and J. Shen, A comparison of progestogens or oral contraceptives and gonadotropin-releasing hormone agonists for the treatment of endometriosis: a systematic review. Expert Opin Pharmacother, 2014. 15(6): p. 767-73.
- Andres Mde, P., et al., Dienogest in the treatment of endometriosis: systematic review. Arch Gynecol Obstet, 2015. 292(3): p. 523-9.
- El Taha, L., et al., Efficacy of dienogest vs combined oral contraceptive on pain associated with endometriosis: Randomized clinical trial. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2021. 267: p. 205-212.
- Brown, J., S. Kives, and M. Akhtar, Progestagens and anti-progestagens for pain associated with endometriosis. Cochrane Database Syst Rev, 2012. 2012(3): p. CD002122.
- Song, S.Y., et al., Efficacy of levonorgestrel releasing intrauterine system as a postoperative maintenance therapy of endometriosis: A meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2018. 231: p. 85-92.
- Wu, D., et al., Clinical efficacy of add-back therapy in treatment of endometriosis: a meta-analysis. Arch Gynecol Obstet, 2014. 290(3): p. 513-23.
- Taylor, H.S., et al., Treatment of Endometriosis-Associated Pain with Elagolix, an Oral GnRH Antagonist. N Engl J Med, 2017. 377(1): p. 28-40.
- Becker, C.M., et al., Two-year efficacy and safety of relugolix combination therapy in women with endometriosis-associated pain: SPIRIT open-label extension study. Hum Reprod, 2024. 39(3): p. 526-537.
- Grandi, G., et al., Inflammation influences steroid hormone receptors targeted by progestins in endometrial stromal cells from women with endometriosis. J Reprod Immunol, 2016. 117: p. 30-8.
- Burney, R.O., et al., Gene expression analysis of endometrium reveals progesterone resistance and candidate susceptibility genes in women with endometriosis. Endocrinology, 2007. 148(8): p. 3814-26.
- Cetera, G.E., et al., Non-response to first-line hormonal treatment for symptomatic endometriosis: overcoming tunnel vision. A narrative review. BMC Womens Health, 2023. 23(1): p. 347.
- Barbieri, R.L., Hormone treatment of endometriosis: the estrogen threshold hypothesis. Am J Obstet Gynecol, 1992. 166(2): p. 740-5.

Impactul dietei asupra inflamației în endometrioză

Beatrice Barbulov
Nutriționist-dietician



Endometrioza este o afecțiune ginecologică cronică caracterizată prin prezența țesutului endometrial în afara cavității uterine. Aceasta afectează până la 10% dintre femeile aflate la vârsta reproductivă și este asociată cu dismenoree, tulburări digestive și infertilitate. Inflamația joacă un rol central în patogeneza endometriozei, contribuind la apariția și accentuarea simptomatologiei. În acest context, terapia medicală nutrițională poate avea un impact semnificativ asupra controlului inflamației, oferind astfel un potențial beneficiu terapeutic pentru pacientele cu endometrioză.

Inflamația

Inflamația este un răspuns fiziologic al organismului la factori de stres, infecții sau lezarea unor țesuturi. În endometrioză, inflamația cronică este dată de prezența țesutului ectopic, care eliberează citokine pro-inflamatorii. Aceste substanțe stimulează angiogeneza și proliferarea celulelor, creând un cerc vicios de inflamație cronică, durere și progresie a bolii. În mod special, citokinele precum IL-6, TNF- α și prostaglandinele sunt implicate în mecanismele patologice ale endometriozei, accentuând inflamația și simptomele asociate.

Există dovezi concludente că dieta poate influența nivelurile de inflamație sistemică, având astfel un impact puternic asupra simptomatologiei în endometrioză. Dieta poate fi un factor pro-inflamator sau antiinflamator, în funcție de compoziția sa. Astfel, există nutrienți specifici care pot modula răspunsurile inflamatorii prin diferite căi biochimice.

Componentele dietei pro-inflamatorii

O dietă pro-inflamatorie este caracterizată printr-un consum ridicat de grăsimi saturate, zaharuri rafinate, glucide simple și alimente ultraprocesate. Grăsimile saturate, găsite în carne roșie și produse lactate bogate în grăsimi, favorizează producția de eicosanoizi pro-inflamatorii precum prostaglandinele din seria 2 (PGE2). Consumul excesiv de zaharuri și alimente procesate crește nivelurile de insulină și stres oxidativ, amplificând inflamația. De asemenea, un raport dezechilibrat între acizii grași Omega-6 și Omega-3, în favoarea celor Omega-6, poate intensifica inflamația prin promovarea sintezei de leucotriene și prostaglandine pro-inflamatorii.

Pe de altă parte, o dietă antiinflamatorie este bogată în antioxidanți, fibre, acizi grași Omega-3 și fitonutrienți. Fructele (în special cele de pădure), legumele, nucile, semințele și peștele gras sunt surse importante de nutrienți care pot ajuta la reducerea inflamației.

Acizii grași Omega-3, prezenți în peștele gras (somon, sardine), au proprietăți antiinflamatorii prin inhibarea sintezei de eicosanoizi pro-inflamatorii și favorizarea sintezei de DHA și EPA, molecule cu efecte antiinflamatorii.

De asemenea, polifenolii din fructe și legume (de exemplu, resveratrolul din struguri și quercetina din ceapă) acționează ca inhibitori naturali ai citokinelor pro-inflamatorii, reducând astfel inflamația sistemică.

Pentru paciențele cu endometrioză, o abordare holistică ce include atât intervenții dietetice, cât și alte modificări ale stilului de viață, poate contribui la gestionarea eficientă a inflamației și la ameliorarea simptomelor neplăcute.

- Consumul regulat de alimente bogate în acizi grași omega-3, aceștia fiind esențiali pentru reducerea inflamației și se găsesc în peștele gras (somon, sardine, macrou), semințele de in, chia și nuci. Se recomandă consumul a două porții de pește gras pe săptămână sau integrarea suplimentelor cu Omega-3 (ulei de pește) sub supravegherea unui medic sau dietetician.
- Creșterea aportului de fibre deoarece acestea pot contribui la echilibrarea hormonilor prin scăderea reabsorbției estrogenului la nivel intestinal. Sursele bune de fibre includ legume (în mod deosebit cruciferele), fructe, leguminoase (linte, năut, fasole) și cereale integrale. Un aport de minimum 25-30g de fibre pe zi este recomandat pentru susținerea sănătății digestive și reducerea inflamației.

- Limitarea consumului de alimente procesate, chiar dacă multe dintre ele pot face parte din categorii precum gluten free sau lactose free așa cum sunt recomandate frecvent în această patologie.
- Consumul de alimente fermentate și probiotice pentru că un microbiom intestinal sănătos este esențial pentru reducerea inflamației și reglarea tranzitului intestinal. Alimentele fermentate precum iaurtul de capră, kefirul (în funcție de toleranță), varza murată și kimchi conțin probiotice care susțin echilibrul florei intestinale. Suplimentele probiotice pot fi, de asemenea, utile, dar trebuie alese cu atenție, de preferat sub îndrumarea unui specialist.
- Pentru unele paciențe cu endometrioză, dieta Low FODMAP poate fi potrivită pentru o perioadă determinată, urmată sub îndrumarea unui dietetician specializat.
- Evitarea alcoolului și a cofeinei în exces.
- Reducerea stresului și creșterea calității somnului: Stresul cronic și somnul de proastă calitate cresc nivelurile de cortizol și favorizează inflamația. Practici precum meditația, yoga, tehnicile de respirație și o rutină de somn pot ajuta la gestionarea stresului și la reducerea inflamației sistemice.
- Exerciții fizice moderate, practicate în mod regulat. Activitatea fizică moderată (mers pe jos, înot, yoga) are efecte antiinflamatorii și poate ameliora durerea pelvină asociată endometriozei. Exercițiile de mare intensitate (HIIT de exemplu) pot crește inflamația la unele persoane, astfel că este importantă personalizarea programului de exerciții fizice în funcție de toleranța individuală și experiență.

A portrait of Dr. Cezar Betianu, a man with a beard and short hair, wearing blue medical scrubs. He is standing in front of a large medical scanner, likely a CT scanner, with its circular gantry visible in the background. The scanner has a small digital display showing some technical information.

MEDIC PRIMAR RADIOLOGIE
DR CEZAR BETIANU

**SECOND
OPINION
IMAGISTICA**

**SECOND OPINION
IMAGISTICA**

EMAIL:
DR.CEZARBETIANU@GMAIL.COM

WWW.DRBETIANU.RO

Durerile cronice pelvine: Cauze, Diagnostic și Recuperare

Durerea pelvină cronică este o durere persistentă în abdomenul inferior sau regiunea pelviană care durează 3-6 luni sau mai mult.

Poate fi o afecțiune complexă cu diverse cauze și poate afecta atât bărbații, cât și femeile, deși este mai frecvent raportată la femei. Durerea poate fi constantă sau intermitentă, poate varia în intensitate și nu are legătură cu sarcina.

Există multe cauze ale durerii pelvine cronice și acestea pot varia de la factori ginecologici, musculo-scheletici, gastrointestinali, urologici, neurologici și psihologici.

- Probleme ginecologice: Afecțiuni precum endometrioza, adenomioza, fibroamele mari, boala inflamatorie pelvină (BIP) sau tumorile ovariene.
- Probleme musculo-scheletale: problemele cu mușchii planșeului pelvin sau articulațiile din partea inferioară a spatelui și șoldurilor pot duce la durere cronică.
- Probleme urologice: Problemele cu vezica urinară, cum ar fi cistita interstițială sau alte probleme ale tractului urinar pot provoca durere.
- Probleme gastrointestinale: Afecțiuni precum sindromul colonului iritabil (IBS), constipația sau boala inflamatorie a intestinului (IBD) pot contribui la durerea pelvină.
- Cauze neurologice: Leziunile nervoase sau afecțiuni precum nevralgia pudendală sau fibromialgia pot duce la dureri cronice în zona pelviană.
- Factori psihologici: Stresul, depresia și anxietatea pot contribui la percepția și severitatea durerii.

Diferențierea cauzelor de durere cronică pelvină la femei necesită o evaluare medicală amănunțită, deoarece multe afecțiuni pot prezenta simptome similare. De asemenea, este important să rețineți că multe femei au cauze multiple care duc la durere cronică pelvină.



**Jill Ingenito,
DO, FACOG**

În practica mea, folosesc o abordare în etape, iar aceasta începe cu formularul de evaluare a durerii pelvine. Acest formular este de la Societatea Internațională a Durerii Pelvine și este completat înainte de consult de către pacient și include întrebări cheie care pot oferi medicului informații detaliate despre ceea ce poate fi cauza principală a durerii. Încep prin a revizui formularul la consultația inițială și fac un examen fizic, inclusiv un examen abdominal și pelvin, precum și examenul planșeului pelvin.

Examenul pelvin include o examinare vizuală și manuală a organelor pelvine și a mușchilor planșeului pelvin. Poate identifica anomalii, cum ar fi mase, sensibilitate sau semne de infecție. Examenul podelei pelvine poate diagnostica disfuncția mușchilor podelei pelvine, care este cauza numărul unu pentru durerea cronică pelvină pentru femeile de toate vârstele. Este important de menționat că examenul planșeului pelvin nu este efectuat de toți medicii ginecologi. Este important să întrebați medicul curant dacă urmează să efectueze un examen al podelei pelvine și care sunt constatările examenului lor.

Examinările imagistice sunt, de asemenea, o parte importantă a diferențierii între diferitele cauze ale durerii pelvine.

Recuperarea după operația de endometrioză implică o combinație de mai mulți factori, printre care și nutriție adecvată. Primul lucru pe care îl puteți face pentru a vă pregăti și a vă recupera mai repede după intervenția chirurgicală laparoscopică a endometriozei este kinetoterapia pelvină.

Gestionarea durerii după intervenție chirurgicală ar trebui să includă terapia caldă/rece, anagezice și tylenol, precum și medicamente mai puternice pentru durere, cum ar fi utilizarea pe termen scurt a narcoticelor. Iată câteva sfaturi pe care le recomand pacienților mei pentru a accelera recuperarea și pentru a îmbunătăți confortul:

- **Creșterea treptată a activității:** Începeți cu mișcări blânde și creșteți treptat nivelul de activitate pe măsură ce vă simțiți confortabil. Mersul pe jos poate ajuta la prevenirea cheagurilor de sânge, la îmbunătățirea circulației, la reducerea inflamației și la reducerea riscului de aderențe. Evitați ridicarea greutăților, activitățile oboseitoare și exercițiile abdominale până la 4 săptămâni după operație.

- **Dietă sănătoasă și hidratare:** Consumați alimente antiinflamatoare și nu uitați să vă hidratați. Hidratarea ajută la digestie și va reduce constipația.
- **Evitați fumatul și limitați consumul de alcool.**
- **Odihnă și somn adecvate:** Asigurați-vă că aveți multă odihnă și somn pentru a sprijini procesul de vindecare al corpului. Creați un mediu confortabil de dormit și luați în considerare utilizarea pernelor pentru a vă susține abdomenul.
- **Gestionați gazul și balonarea:** după operația laparoscopică, gazul folosit pentru a umfla abdomenul poate provoca disconfort, în special la umărul drept. Mersul pe jos și mișcările blânde pot ajuta la dispersarea gazului. Evitați băuturile carbogazoase și alimentele care produc gaze.

Amintiți-vă, timpii de recuperare pot varia în funcție de individ și de amploarea intervenției chirurgicale. Este esențial să vă ascultați corpul și să nu grăbiți procesul de vindecare.

Aderențe, cauza a durerii pelvine cronice

Se pot produce aderențe după operație și pot provoca dureri pelvine. Prevenirea aderențelor după operația de endometrioză poate fi o provocare, deoarece acestea se pot forma ca parte a procesului natural de vindecare. Este important de reținut că nu toate aderențele provoacă durere. Adeziunile pot provoca durere atunci când organele se lipesc, nervii devin prinși, țesutul este supus stresului sau există deficiențe funcționale, cum ar fi o obstrucție intestinală.



Dieta poate juca un rol în gestionarea durerii pelvine, în special atunci când durerea este asociată cu afecțiuni precum sindromul intestinului iritabil, cistita interstițială, endometrioza sau boala inflamatorie a intestinului. O dietă antiinflamatoare bogată în fructe, legume, cereale integrale, proteine slabe și grăsimi sănătoase (cum ar fi acizii grași omega-3 din pește sau semințele de in) poate ajuta la reducerea inflamației din organism. Dacă aveți simptome urinare, atunci evitați toți alimentele care irită vezica urinară. Iritanții obișnuiți includ cofeina, alcoolul, alimentele picante, alimentele acide (cum ar fi citricele și roșiile) și îndulcitorii artificiali.

Sensibilizarea centrală este o afecțiune în care sistemul nervos central, care include creierul și măduva spinării, devine hipersensibil la stimuli. Poate duce la o percepție crescută a durerii și a altor experiențe senzoriale. Această sensibilitate crescută poate apărea ca răspuns la durerea cronică sau la inflamație, unde stimulii normali care de obicei nu sunt dureroși devin dureroși (alodinie), iar stimulii dureroși devin mai intensi (hiperalgezie).

Sensibilizarea centrală este asociată cu endometrioza din cauza inflamației persistente și poate provoca răspândirea durerii dincolo de locul inițial al leziunii sau inflamației. De exemplu, durerea poate începe în pelvis, dar se poate extinde în alte zone, cum ar fi spatetele sau coapsele.

În rezumat, durerea pelvină cronică este durerea persistentă în abdomenul inferior sau regiunea pelviană care durează 3-6 luni sau mai mult. Poate proveni dintr-o varietate de cauze, inclusiv probleme ginecologice cum ar fi endometrioza sau fibroamele, probleme musculo-scheletice precum disfuncția mușchilor planșeului pelvin, afecțiuni urologice, tulburări gastrointestinale, cauze neurologice și factori psihologici. Diagnosticarea cauzelor care stau la baza necesită o evaluare medicală cuprinzătoare, inclusiv istoric detaliat, examen fizic, studii imagistice și, eventual, proceduri specializate, cum ar fi laparoscopia. Managementul poate implica o abordare multidisciplinară, inclusiv managementul durerii, kinetoterapie pelvină, ajustări ale dietei și sisteme de sprijin. Strategiile de recuperare postoperatorie includ creșterea treptată a activității, alimentația adecvată, odihnă adecvată și prevenirea aderențelor. Sensibilizarea centrală, o afecțiune în care sistemul nervos devine hipersensibil la stimuli, poate amplifica percepția durerii și poate complica durerea cronică pelvină, mai ales în cazurile care implică inflamație persistentă din afecțiuni precum endometrioza.

Ecografia transvaginală în diagnosticul endometriozei

Cum se desfășoară consultația pentru endometrioză?

O consultație pentru endometrioză este un proces cuprinzător care vizează diagnosticarea, evaluarea și gestionarea afecțiunii. Consultația implică de obicei mai multe etape, fiecare concentrându-se pe colectarea de informații, efectuarea de examinări și dezvoltarea unui plan de tratament.

În centrul nostru de expertiză „The Dutch Endometriosis Clinic”, trimitem un chestionar care implică întrebări despre istoricul medical, plângeri actuale, dar și impact asupra calității vieții (toate aspectele: muncă/relație/sexuală/socială etc.). Acest mod stimulează pacientele să se gândească cu adevărat la plângerile și impactul bolii și ne oferă informații nouă, profesioniștilor din domeniul sănătății, pentru a înțelege cu adevărat plângerile și impactul zilnic.

Prima consultație durează 60 de minute. Prima jumătate este cu o asistentă dedicată endometriozei care aprofundează chestionarul. A doua jumătate a consultației este cu un consultant dedicat endometriozei, care va efectua și un examen fizic. În funcție de vârstă, experiența anterioară (traumatică) și activitatea sexuală, acest examen constă în palpare și inspecție abdominală, examen pelvin și ecografie transvaginală extinsă (TVUS). Combinarea tuturor acestor informații are ca rezultat un diagnostic precis de 93% la prima întâlnire.

Odată ce examinarea și testele inițiale sunt finalizate, vom discuta rezultatele cu pacientul. Dacă endometrioza este diagnosticată, se va explica stadiul și amploarea bolii. Împreună cu pacientul vom realiza un plan de tratament personalizat.

Diagnosticul endometriozei pare a fi controversat. În unele țări, folosesc chirurgia, în altele folosesc imaginația. Care este consensul organizațiilor europene?

În Europa, a existat o schimbare către metode mai puțin invazive pentru diagnosticarea endometriozei, deși diagnosticul chirurgical rămâne un standard de aur în anumite situații. Ghidul ESHRE recomandă efectuarea laparoscopiei diagnostice la pacienții cu rezultate imagistice negative sau în care tratamentul empiric a fost nereușit sau inadecvat.



Noor Paridaans, MD
Consultant Gynecologist,
endometriosis specialist
co-founder and Board
member of the “Dutch
Endometriosis Clinic”
Reinier de Graaf Hospital
Delft

La Congresul European de Endometrioză s-au vorbit despre scanările transvaginale care reprezintă prima linie de examinare în cazurile suspecte. Cât de precisă este și ce zone pot fi vizualizate?

Dacă este efectuată de profesioniști cu înaltă calificare, TVUS este un instrument de diagnostic de primă linie extrem de precis și util în detectarea endometriozei profunde, endometriozei ovariene sau adenomiozei. Avansurile ecografice față de RMN sunt și opțiunea imagistică ghidată de sensibilitate și care arată prezența adeziunilor între organele pelvine (semn de alunecare). Ecografiile transvaginale sunt în mare parte limitate la pelvis. Dar uterul, ovarele, trompele, ligamentele uterine, rectosigmoid, septul rectovaginal și vezica urinară/parte inferioară a ureterelor pot fi vizualizate corect.

Ecografia transvaginală este relativ precis pentru a detecta implicarea intestinului, în special atunci când este efectuată de un profesionist calificat, specializat în endometrioză.

Studiile au arătat că TVUS poate avea o sensibilitate de 79-98% și o specificitate de 97-100% pentru diagnosticarea endometriozei intestinale. Poate fi limitată în detectarea endometriozei în alte părți ale intestinului, cum ar fi intestinul subțire, sau mai departe de la îndemâna sondei vaginale.

Endometrioza superficială este o formă de endometrioză greu de diagnosticat. Ecografia transvaginală este potrivită pentru acest tip de endometrioză?

Nu, până acum nu este potrivită. Deși publicațiile recente au arătat că pentru unele părți ale pelvisului (compartimentul posterior/sac fără sac) este posibil. În prezent, nu există o tehnică imagistică fiabilă pentru diagnosticarea endometriozei peritoneale, în afară de laparoscopie.

Unele studii arată că, în mâinile clinicienilor instruiți corespunzător, ecografia transvaginală pare a fi la fel de precisă precum RMN în diagnosticul și evaluarea endometriozei infiltrante profunde. Ecografia transvaginală poate înlocui RMN-ul?

În mâinile clinicienilor instruiți corespunzător, TVUS poate înlocui adesea RMN în diagnosticul și evaluarea endometriozei infiltrante profunde. Cu toate acestea, RMN-ul își păstrează importanța pentru evaluări mai cuprinzătoare, mai ales atunci când rezultatele TVUS sunt neconcludente sau atunci când evaluează zone dincolo de accesul scanării transvaginale.

În centrul nostru folosim RMN nu numai în scopuri de diagnostic, ci mai ales pentru consiliere și planificare preoperatorie.

Ce pregătiri sunt necesare pentru ecografie?

În centrul nostru de expertiză, preferăm ca femeile să aibă vezica urinară plină înainte de prima ecografie transvaginală pentru o vizualizare optimă a vezicii urinare. Știu că unele centre folosesc contrast vaginal sau rectal în timpul examenului. Acest lucru poate fi experimentat ca fiind inconfortabil și invaziv și acesta este motivul pentru care nu folosim aceste preparate. Dacă ecografia transvaginală este neconcludentă sau suboptimă, preferăm să facem un RMN.

Puteți obține stadiul endometriozei cu o ecografia transvaginală?

În centrul nostru de expertiză folosim clasificarea #Enzian pentru ecografie, RMN și clasificare perioperatorie. Folosim un instrument bazat pe web numit equsum pentru a colecta aceste date. După scanare putem informa pacienta despre prezența adenomiozei/endometriozei profunde și/sau endometriozei ovariene.

Clasificarea rASRM folosește „stadii” pentru a descrie amploarea bolii, dar nu mai încercăm să folosim acest termen deoarece îl considerăm incomplet. Deși profesioniștii din domeniul sănătății din întreaga lume discută să folosească aceeași clasificare, în prezent echipele/centrelor folosesc încă sisteme diferite.



Ce aspecte ar trebui să fie luate în considerare de medici atunci când folosesc ecografia transvaginală pentru a diagnostica endometrioza?

Examenul vaginal poate fi foarte dureros. La femeile cu o sarcină/disconfort mare (adolescente, din cauza religiei, examinării dureroase, abuz sexual în trecut, virgo intacta etc.) examenul vaginal și, prin urmare, scanarea transvaginală ar trebui în mod ideal înlocuite cu tratament empiric sau RMN.

Care sunt cele mai specifice semne ale endometriozei la ecografie?

Aceasta este o întrebare complexă, deoarece răspunsul ei este lung! Pentru a rezuma, aş spune că este specific de organ sau de loc. Pentru ovare aceasta ar însemna aspectul de sticlă şlefuită a chisturilor, iar pentru nodulii intestinali sau vezicii ar însemna zone hipoecogene. De asemenea, scanăm pentru aderente care au ca rezultat o mobilitate redusă a organelor pelvine, cu o lipsă de alunecare între structuri.

Poate fi diagnosticată adenomioza prin ecografie transvaginală?

Ecografia transvaginala este un instrument util si accesibil pentru diagnosticarea adenomiozei. Poate identifica în mod eficient trăsăturile caracteristice ale adenomiozei, în special atunci când este efectuată de un clinician cu experiență. Folosim criteriile MUSA care implică 7 caracteristici ecografice. S-a raportat că scanarea transvaginală tridimensională îmbunătățește acuratețea diagnosticului pentru adenomioză.

Tehnici de reproducere umană asistată și endometrioză

Dr Ioan Boleac

*medic primar obstetrica-ginecologie
specialist infertilitate*

e-mail: contact@ioanboleac.ro

www.ioanboleac.ro

Eterna întrebare: ce alegem pentru femeia infertilă cu endometrioză - tratament medicamentos, intervenție chirurgicală sau tehnici RUA?

În fața unei paciente infertile cu endometrioză, decizia asupra metodei terapeutice este multifactorială, ea ținând cont de vârstă pacientei, rezerva ei ovariană, durata infertilității, stadiul endometriozei, simptomele femeii, eventuale cauze de infertilitate asociate, și nu în ultimul rand, de dorința pacientei și a partenerului sau.

Studiile și metaanalizele din ultimii ani au analizat eficacitatea chirurgiei în vederea creșterii șansei de sarcină pe cale naturală la pacientele cu endometrioză. În cazul femeilor cu leziuni endometriozeice stadiile I/II rASRM, concluzia actuală este că intervenția chirurgicală crește rata de sarcină. Pentru chisturile endometriozeice laparoscopia operatorie poate crește șansă de sarcina pe cale naturală, desi dovezile științifice lipsesc. Ca și tehnică chirurgicală, rezultatele cele mai bune le are chistectomia laparoscopica, comparativ cu ablația chistului. Dacă ne referim la endometrioza profunda (cu interesarea intestinelor), nu avem dovezi că intervenția chirurgicală crește fertilitatea, astfel că ea reprezintă o opțiune în principal pentru pacientele simptomatice.

În scopul evaluării șanselor de a obține o sarcina pe cale naturală pentru pacientele ce au efectuat o intervenție chirurgicală, a fost elaborat în 2010 un sistem de punctare numit Endometriosis Fertility Index (EFI).



Ca și ginecolog cu supraspecializare în infertilitate și tehnici de reproducere umană asistată, știu că dacă îmi vor intra în cabinet 20 de paciente infertile, este posibil că până la 10 dintre ele să aibă endometrioză. Pentru că endometrioza este o patologie puternic intricată cu infertilitatea: până la 50% dintre femeile infertile au endometrioză, și invers, 30-50% dintre femeile ce suferă de endometrioză sunt infertile.

Scorul EFI ia în calcul factori ce țin de pacientă (vârstă, durata infertilității, istoricul de sarcini anterioare) și factori chirurgicali (funcționarea trompelor uterine și a ovarelor, leziunile endometrioze, și scorul total din stadializarea rASRM a endometriozei).

Astfel se generează un scor între 0 și 10, care poate fi folosit pentru a sfătui femeile privitor la opțiunile lor reproductive viitoare. EFI a fost deja validat de zeci de studii ulterioare.

Dacă ne referim la utilitatea inseminării intrauterine (IUI) la pacientele infertile cu endometrioză, studiile au arătat că IUI cu stimulare ovariană a dus la o creștere a ratei de naștere comparativ cu managementul expectativ sau cu IUI singură, în cazul femeilor cu endometrioză stadiu I sau II rASRM. În cazul pacientelor cu endometrioză avansată, stadiu III sau IV rASRM, folosirea IUI cu stimulare ovariană este discutabilă, întrucât beneficiile sunt neclare.

Majoritatea studiilor și metaanalizelor efectuate în ultimii 15 ani au evaluat fertilizarea în vitro (FIV) ca fiind eficientă în cazul pacientelor infertile cu endometrioză. Ea este indicată mai ales în cazul vârstei avansate a femeii, la cuplurile la care se adaugă și alți factori de infertilitate (afectarea tubară sau factorul masculin), sau la care alte tratamente au eșuat.

Datele pe care le avem în prezent au arătat că endometrioza scade numărul mediu de ovocite recoltate pe ciclu, rata de implantare și rata de sarcină clinică, și crește rata de anulare a ciclului de stimulare. Însă majoritatea studiilor au găsit că rata de naștere este similară pacientelor fără endometrioză.

Studiile care au aprofundat analiza, pe diferitele stadii de endometrioză ale pacientelor, au conchis că efectele negative cresc odată cu severitatea bolii. Astfel, la pacientele cu endometrioză stadiu I sau II rASRM ratele de sarcină clinică și naștere și numărul mediu de ovocite recoltate pe ciclu nu au fost diferite statistic față de pacientele fără endometrioză.

Dar la pacientele cu endometrioză severă, stadiu III sau IV rASRM, ratele de naștere și sarcina clinică și numărul mediu de ovocite recoltate au fost semnificativ scăzute.

Care este cel mai bun protocol de stimulare ovariană pentru endometrioză?

Au fost multe studii de-a lungul timpului care au evaluat diversele protocoale FIV la femeile cu endometrioză, în încercarea de a găsi un protocol superior celorlalte. Concluzia actuală este că nu poate fi recomandat un protocol FIV specific pentru pacientele cu endometrioză. Atât protocolul cu antagoniști de GnRH, cât și cel cu agonisti de GnRH, pot fi folosite, în funcție de preferințele medicului și pacientei, deoarece nu există diferențe în ceea ce privește ratele de sarcină clinică și naștere.

Protocolul ultra-long cu agonisti de GnRH se referă la un tratament pentru 3-6 luni cu agonisti de GnRH pentru pacienta cu endometrioză, înainte de ciclul FIV propriu-zis, pentru a repara leziunile endometrioze.

S-au publicat mai multe studii în anii '90 care au arătat o rata mai mare de sarcină clinică pentru protocolul ultra-long, culminând cu un review sistematic din 2006 care a ajuns la concluzia că acest protocol crește șansele de sarcină clinică de peste 4 ori în cazul pacientelor cu endometrioză.

Dar studiile și review-urile sistematice recente (2019, 2020) au contrazis aceste rezultate și au arătat că efectele protocolului de administrare extinsă a agonistilor de GnRH sunt incerte în ceea ce privește ratele de naștere, de sarcină clinică și de avort, ca și numărul mediu de ovocite și de embrioni obținuți. Așa că în prezent nu mai este recomandat protocolul ultra-long, datorită beneficiilor incerte.



***Ce riscuri există la
pacientele cu endometrioză
când se face recoltarea?***

În momentul în care efectuezi puncția ovariană la o pacienta cu leziuni severe de endometrioză, nu te poți abține să te gândești la riscul de perforare al intestinelor din cauza unor aderențe nedorite, ceea ce ar putea duce la formarea unor abcese ovariene sau pelvine. Din experiența mea, pot spune că am văzut două cazuri de abces pelvin în urma puncției ovariene, ceea ce a dus la antibioterapie puternică și chiar intervenție chirurgicală. O recomandare practică este folosirea antibioterapiei profilactice la puncția ovariană a pacientelor cu chisturi endometrioze. Tot referitor la riscurile FIV în cazul pacientelor cu endometrioză, studiile existente au arătat că stimularea ovariană din cadrul FIV nu crește riscul de recurențe și nu înrăutățește simptomele dureroase.



Pregătirea uterului pentru transfer

***În cazul transferului înghețat, care este pregătirea optimă a
uterului?***

În ceea ce privește tipul de pregătire a uterului pentru un embriotransfer cu embrioni congelați, nu avem date care să arate superioritatea unuia față de celelalte protocoale la pacientele cu endometrioză. Astfel că se poate folosi oricare dintre ciclul natural, ciclul natural modificat, ciclul artificial (cu substituție hormonală) sau ciclul cu stimulare ovariană ușoară, în funcție de particularitățile cuplului respectiv.

Vreau totuși să menționez că și în prezența endometriozei sunt preferate în ultimii ani ciclurile fără medicație de substituție hormonală, datorită metaanalizelor recente ce au arătat o asociere între această medicație și riscul crescut de patologie hipertensivă în sarcina ulterioară (hipertensiune gestatională, preeclampsie și eclampsie).

Integrated Pain Management Center *Centrul integrat de Terapia Durerii*

Non & Minimally Invasive Procedures for *Proceduri non și minim invazive pentru:*

-  **Back pain**
Dureri de spate
-  **Headaches**
Dureri de cap
-  **Joint pain**
Dureri articulare
-  **Neuropathies**
Neuropatii
-  **Oncologic pain**
Dureri asociate patologiilor oncologice
-  **Chronic pelvic pain**
Dureri cronice pelvine
-  **Visceral pain**
Dureri viscerale
-  **Pudendal Neuralgia (PN)**
Nevralgia Pudendală (NP)



NORD Pipera Hospital / Spitalul NORD Pipera

 Bd. Dimitrie Pompeiu nr. 9-9A, Clădirea 18, Sector 2, București

 +40373.760.522

 office@nord.ro

 nord.ro



Clasificarea și stadializarea endometriozei



Dr Alin Constantin

*Specialist in endometrioza
Coordonator al Centrului de
Endometrioză,
Universitatea Saarland, Medical Centre
Vice-președinte
Liga Europeană a Endometriozei
e-mail: alin.constantin@uks.eu*

Endometrioza este clasificată în mai multe moduri, în funcție de localizarea, extensia și severitatea leziunilor, iar clasificarea poate fi realizată atât prin metode non-invazive, cât și invazive.

Clasificarea invazivă și non-invazivă:

- **Metode non-invazive:** Imagistica poate fi utilizată pentru a evalua leziunile endometriale, chisturile și aderențele, oferind o clasificare non-invazivă a bolii. De exemplu, clasificarea #ENZIAN poate fi aplicată pe baza rezultatelor imagistice pentru a ghida planificarea tratamentului.
- **Metode invazive:** Laparoscopia este considerată standardul de aur pentru diagnosticarea și clasificarea endometriozei. Prin intervenție chirurgicală, leziunile și aderențele sunt vizualizate direct, permițând o evaluare precisă. Clasificările invazive includ sistemele rASRM și EFI, care se bazează pe observații chirurgicale directe.

Clasificarea #ENZIAN: Actualizată și extinsă, clasificarea #ENZIAN nu se mai limitează doar la endometrioza profund infiltrativă (DIE), ci acoperă și leziunile peritoneale, aderențele adnexelor (ovare și trompe uterine) și leziunile profunde extrapelvine, precum cele care implică diafragma sau alte organe din afara pelvisului. Sistemul împarte regiunea retroperitoneală în trei compartimente (A, B și C), iar severitatea este clasificată în funcție de dimensiunea și adâncimea leziunilor.

Clasificarea rASRM (Revised American Society for Reproductive Medicine): Acesta este cel mai utilizat sistem de clasificare a endometriozei și împarte boala în patru stadii, de la minim (I) la sever (IV), pe baza dimensiunii leziunilor și a aderențelor observate în timpul laparoscopiei.

Endometriosis Fertility Index (EFI): EFI este o metodă de evaluare care se concentrează pe fertilitate, prezicând șansele de sarcină la femeile cu endometrioza care au suferit intervenții chirurgicale.

Clasificarea AAGL (American Association of Gynecological Laparoscopists): Încă în dezvoltare, acest sistem atribuie punctaje diferitelor localizări și adâncimi ale leziunilor pentru a cuantifica severitatea bolii și dificultatea chirurgicală. Se dorește să ofere o evaluare mai completă a endometriozei în ceea ce privește durerea, fertilitatea și dificultatea intervențiilor chirurgicale.

Fiecare dintre aceste sisteme are avantaje și limitări, iar în prezent nu există un standard de aur unanim acceptat pentru clasificarea endometriozei.

În cele mai multe cazuri endometrioza este o boală dureroasă. Cum putem explica procesul de durere sau care sunt factorii care cauzează durere?)

Durerea asociată cu endometrioza poate fi explicată printr-un complex de mecanisme, care implică inflamație, modificări nervoase și sensibilizare centrală.

Inflamația cronică

Leziunile de endometrioza declanșează o reacție inflamatorie care include niveluri crescute de citokine proinflamatorii (IL-6, IL-8, TNF-α) și prostaglandine (PGE2). Acestea stimulează terminațiile nervoase din zonele afectate, ceea ce conduce la sensibilizarea nervilor și la percepția durerii.

Durerea viscerală și somatică

În funcție de localizarea leziunilor, durerea poate fi de tip visceral (spasmică, difuză) sau somatică (durere ascuțită, punctiformă). Organele afectate (uterul, vezica urinară, intestinul) au diferite tipuri de inervatie, ceea ce explica variațiile în modul de percepere a durerii.

Hipertrofia nervoasă și hiperinnervarea

Leziunile endometrioze sunt frecvent asociate cu o hiperinnervare a fibrelor senzoriale, în special la nivelul peritoneului. Se observă o creștere a factorului de creștere nervoasă (NGF) în peritoneul femeilor cu endometrioza, ceea ce duce la inflamarea neurogenică și sensibilizarea acută a acestor terminații nervoase, contribuind la durerea cronică.

Presiunea asupra nervilor și aderențele

Leziunile endometriale pot invada sau comprima nervii din pelvis, cum ar fi nervii sacro-uterini, ceea ce provoacă dureri severe. De asemenea, formarea aderențelor între organele pelvine poate tensiona structurile nervoase, amplificând durerea.

Sensibilizarea centrală

Durerea cronică netratată duce la dezvoltarea unei sensibilizări centrale, în care semnalele de durere sunt amplificate la nivelul măduvei spinării și al creierului. Acest proces poate cauza hiperalgie (percepția exagerată a durerii la stimuli minimi) și menține durerea chiar și în absența unor leziuni evidente.

Știm că în endometrioza stadiu 1 sau 2 poate să doară mai mult decât stadiu 4. Cum explicăm acest fenomen?

Corelația între gradul endometriozei și localizarea bolii este limitată, iar sistemul de clasificare rASRM (Revised American Society for Reproductive Medicine) are numeroase limitări, în special când vine vorba de corelarea simptomelor cu stadiul bolii. De exemplu, în stadiul 4, afectarea intestinală nu este întotdeauna prezentă, iar localizarea bolii nu este descrisă în detaliu de acest sistem. Sistemul rASRM nu ia în considerare complet prezența și severitatea leziunilor profunde, precum cele care afectează ligamentele uterosacrate, vezica urinară, vaginul sau intestinul.

Deși cul-de-sac-ul obliterat este evaluat în rASRM și indică un stadiu avansat (stadiul 4), acest lucru nu acoperă întotdeauna corect complexitatea bolii, iar multe leziuni profunde rămân nesemnificative în acest sistem. De exemplu, un pacient cu afectare intestinală, dar fără obliterarea cul-de-sac-ului, poate fi clasificat greșit într-un stadiu mai mic.

Studiile arată că rASRM are o corelație slabă cu simptomele.. De asemenea, rASRM nu corelează bine cu localizarea bolii, ceea ce face dificilă planificarea chirurgicală și gestionarea cazurilor de endometrioză profund infiltrativă.

Ce este scorul Enzian și cum ajută acest scor pacienta?

Clasificarea **#ENZIAN** este un sistem comprehensiv de descriere a endometriozei, folosit atât în diagnosticul non-invaziv (prin imagistică), cât și în evaluările chirurgicale. Aceasta a fost creată pentru a depăși limitările sistemelor anterioare, precum rASRM, oferind o evaluare detaliată a endometriozei, în special pentru cazurile de endometrioză profund infiltrativă (DE), dar și pentru a include leziunile peritoneale, ovariene și aderențele adnexelor.

Avantajele sistemului #ENZIAN:

Descriere detaliată și exactă a localizării leziunilor: #ENZIAN împarte pelvisul în compartimente (A pentru spațiul rectovaginal, B pentru ligamentele uterosacrate, C pentru rect), oferind o descriere clară a leziunilor din fiecare zonă. Acesta include și alte locații, cum ar fi vezica urinară, ureterele sau intestinul, oferind o hartă completă a endometriozei.

Extinderea clasificării: Sistemul #ENZIAN nu se limitează doar la evaluarea leziunilor profunde, ci acoperă acum și endometrioza peritoneală și endometrioamele ovariene, incluzând dimensiunea și severitatea acestor leziuni, ceea ce îl face aplicabil pentru toate tipurile de endometrioză. Este un mare avantaj față de sistemul rASRM, care nu descrie aderențele sau leziunile din afara cavității peritoneale.

Utilizarea pre- și post-operatorie:

Clasificarea poate fi aplicată atât în diagnoza non-invazivă (imagistică), cât și în chirurgie, oferind o continuitate în descrierea bolii de-a lungul întregului proces de tratament. Astfel, permite o corelare mai bună între stadiile preoperatorii și intervenția chirurgicală efectivă.

Utilitate în planificarea chirurgicală: Prin oferirea unei imagini clare asupra dimensiunii și localizării leziunilor, clasificarea #ENZIAN este de mare ajutor pentru planificarea intervențiilor chirurgicale. Studiile au arătat că această clasificare corelează bine cu complexitatea procedurilor chirurgicale și poate ghida echipa medicală în alegerea abordării corecte.

Prin includerea mai multor factori anatomici și clinici, sistemul #ENZIAN este considerat o îmbunătățire semnificativă față de alte clasificări, ajutând pacientele prin oferirea unei evaluări mai precise și personalizate a bolii.

Care este acuratețea modalităților imagistice de stadializare a bolii?

Acuratețea modalităților imagistice pentru stadializarea endometriozei depinde în mare măsură de nivelul de pregătire și experiența operatorului, dar și de tipul de tehnică utilizată. În general, ecografia transvaginală și RMN-ul sunt cele mai utile pentru detectarea endometriozei profunde, fiecare având avantaje și limitări specifice.

Ecografia transvaginală: TVS este foarte eficientă pentru detectarea DE în rect și vezica urinară, cu sensibilitate și specificitate ridicate. Cu toate acestea, TVS este mai puțin precisă în predicția leziunilor de la nivelul sigmoidului din cauza vizibilității limitate.

RMN: RMN oferă o imagine detaliată și este utilă pentru localizările mai dificile, cum ar fi rectosigmoidul, ligamentele uterosacrate și vezica urinară, având o acuratețe ridicată (peste 90% în multe cazuri). RMN-ul este adesea preferat pentru stadializarea preoperatorie a endometriozei profunde, mai ales pentru cazurile complexe.



Gestionarea durerii cronice

Dr Anca Ionescu

Medic specialist reumatologie

Specialist în terapia durerii

Centru Integrat al Durerii

Spitalul Nord, București

Durerea cronică afectează până la 24% din femeile cu vârsta cuprinsă între 18 și 50 de ani. Prevalența sa este similară cu migrenele, astmul și durerile cronice de spate și are un prognostic slab.

Durerea pelvină cronică este definită ca o durere ciclică sau neciclică în abdomenul inferior, organele genitale, perineu, zona sacro-coccigiană cu o durată mai mare de 6 luni, agravată sau nu de menstruație, urinare, evacuare sau activitate sexuală. Nu are legătură cu sarcina și este considerată o formă de sindrom de durere regională cronică, deoarece majoritatea pacienților au un prag de durere scăzut, ceea ce duce la sensibilizare centrală.

Durerea pelvină cronică poate avea o sursă inițială în multe sisteme de organe, cum ar fi:

- ginecologice (ex. endometrioza, sindromul de congestie pelvină, boala inflamatorie pelvină, adenomioza, hidrosalpinxul, boala de aderență pelvină, sindromul post ligatura tubara, chisturi ovariene recurente);
- gastrointestinale (ex. sindromul colonului iritabil, boala inflamatorie a intestinului, boala celiacă, herniile abdominale de lungă durată, cancerul colorectal);
- urologice (ex. sindrom uretral, prostatită cronică, cistita cronică recurentă, cistita interstițială, cistita de radiații, cancer de vezică urinară);
- neurologice (leziuni nervoase sau captive – ex. pudendalgie; leziune a măduvei spinării, neuropatie periferică);
- musculo-scheletice (ex. durere de centură pelviană, sindrom levator, coccidinie, mialgie de tensiune a planșeului pelvin, sindrom piriform, sindrom de gluteus maximus, bursită ischiogluteală, sindrom de obturator intern, osteită pubiană, disfuncție a articulației sacroiliace).



Este bine cunoscut faptul că există mai mulți factori biopsihosociali asociați cu durerea pelvină cronică, cum ar fi anxietatea, depresia sau experiențele traumatice (abuz sexual la vârsta adultă și copilărie). Mulți pacienți cu dureri de lungă durată pot avea un sindrom pelvin miofascial profund secundar, necesitând astfel un management și mai complex decât de obicei.

Având în vedere toate aceste posibile etiologii, este important ca pacientul cu durere pelvină cronică să fie evaluat și tratat de o echipă multidisciplinară – ginecolog, urolog, gastroenterolog, neurolog, reumatolog, specialist kinetoterapie.

Nu există un protocol standard pentru evaluarea pacientului cu durere pelvină cronică.

În primul rând, este important să se verifice semnele roșii: sângerare postcoitală, sângerare postmenopauză, scădere în greutate inexplicabilă, masa pelvină, hematurie și excluderea abdomenului acut și potențialele malignități. De aceea, fiecare pacient cu durere pelvină ar trebui să fie evaluat inițial de un ginecolog/urolog și de un chirurg generalist/gastroenterolog/proctolog și apoi îndrumat către un medic specialist în durere pentru proceduri sau specialist în kinetoterapie pentru reabilitare.

În timpul evaluării inițiale a unui pacient cu durere pelvină cronică, este, de asemenea, important să colectați cât mai multe informații posibil despre simptomele pacientului, de exemplu:

- localizarea durerii (profundă/superficială; bine localizată/răspândită);
- caracterizarea durerii (cum se simte – crampe/arsură/injunghiere/ ascuțită/surdă; intensitate, durată);
- factori de atenuare și precipitare (asocierea cu menstruația, urinarea, activitatea sexuală, mișcările intestinale, anumite mișcări sau poziții).

- tratamente anterioare,
- simptome asociate (gastrointestinale, sexuale, menstruale, neurologice).

Examenul fizic este cel mai problematic atunci când vine vorba de evaluarea pacientului cu dureri pelvine cronice deoarece ar trebui să implice cel puțin un examen ginecologic, unul abdominal și unul musculo-scheletic, de unde este nevoie de o echipă multidisciplinară pentru acest tip de pacient cu durere cronică.

Prelucrarea, în funcție de simptome, poate implica analize de sânge și urină, ultrasunete, radiografii, RMN sau CT sau, în unele cazuri, teste urodinamice, anuscopie/rectoscopie/colonoscopie, manometrie ano-rectală.

După stabilirea unui diagnostic, unele cazuri pot avea rezultate bune cu medicația sistemică, altele pot beneficia de o intervenție chirurgicală cu rezultate bune, dar alte cazuri pot fi îndrumate către un medic specialist în durere.



Din experiența mea, majoritatea pacienților se adresează unui specialist în durere după ce au încercat multe tratamente fără rezultate (pe termen lung). Este posibil să aibă sau să nu fi primit un diagnostic pentru simptomele lor de lungă durată. Unii dintre ei au suferit o intervenție chirurgicală care nu a ajutat. Durerea altora a început după o intervenție chirurgicală sau alte proceduri pelvine. Specialistul în terapia durerii poate ajuta la identificarea cauzei durerii și/sau la tratarea acesteia folosind proceduri minim invazive. Din păcate, tratarea sursei durerii nu înseamnă întotdeauna a face durerea să dispară. Acest lucru se poate datora unui fenomen neurologic complex numit sensibilizare centrală, care poate fi abordat separat prin terapii non-invazive.

Procedurile minim invazive pot avea rol diagnostic, prognostic sau terapeutic. Ele pot aduce doar ameliorarea parțială a durerii la unii pacienți, în funcție de intensitatea, durata durerii și patologia asociată. Sunt indicate în principal atunci când tratamentul conservator eșuează și sunt contraindicate la pacienții cu diateză sau infecții hemoragice.

Majoritatea procedurilor de durere se fac cu ace care pot fi introduse aproape oriunde în sistemul musculo-scheletic (coloana vertebrală - spațiu epidural, mușchi, articulații, în jurul articulațiilor, în jurul nervilor). Aceste ace sunt introduse sub anestezie locală, cu ghidaj cu ultrasunete sau cu raze X. Aceste proceduri pot fi injecții cu diferiți agenți (anestezice locale, corticosteroizi, agenți regeneratori, agenți neurolitici, toxină botulină), stimulare nervoasă, radiofrecvență pulsată, ablație cu radiofrecvență, crioablație.

Fiecare procedură și fiecare agent injectat are propriile indicații și pentru fiecare caz procedura este aleasă în funcție de diagnosticul pacientului (sau cel mai probabil diagnosticul) și istoricul bolii acestuia. Unii pacienți pot avea nevoie de mai mult de o procedură pentru a obține o ușurare de lungă durată. Majoritatea pacienților au nevoie de terapii combinate (proceduri, medicație, reabilitare, psihoterapie) pentru a obține ameliorarea durerii pe termen lung și o bună calitate a vieții, de unde, încă o dată, necesitatea unei echipe multidisciplinare sau a colaborării pentru managementul durerii pelvine cronice.



Centrul Integrat de Terapia Durerii

Când tratamentul conservator nu funcționează, iar pacientul are încă dureri, atunci terapia durerii poate fi o opțiune. Pacienții pot beneficia de un sistem integrat și complet de evaluare și un plan terapeutic.

Terapia durerii este o ramură medicală care reunește, sub aceeași umbrelă, medici din diferite specialități medicale, toți pregătiți să trateze simptomul comun numit DUREREA.

Terapia durerii înseamnă a identifica corect cauzele și apoi a le trata pentru a elimina definitiv sursa durerii persistente.

www.nord.ro



Conștientizare în întreaga lume, învățăm unul de la altul.

Surita Mogan
President
Endometriosis Association of Malaysia
(MyEndosis)



Endometrioza pune dificultăți pentru multe femei, cu toate acestea, femeile asiatice-africane par să aibă mai multe probleme. Din experiența ta, de ce aceste diferențe de îngrijire?

În opinia mea, disparitățile în tratamentul și experiența endometriozei în rândul femeilor asiatice și africane și omologilor lor occidentali pot fi atribuite unei varietăți de factori, inclusiv stigmatizarea și conștientizarea. În anumite societăți asiatice și africane, subiectele legate de sănătatea menstruației și bolile de reproducere pot fi considerate tabu. Un astfel de stigmat cultural poate împiedica femeile să caute asistență sau pur și simplu să se angajeze în discuții deschise despre problemele lor. Diferențele culturale în percepția și exprimarea durerii pot duce la subraportarea simptomelor. Femeile de origine asiatică și africană își pot minimiza simptomele pentru a se conforma standardelor culturale care evită să-și exprime nemulțumirile cu privire la suferința personală.

Mai mult, cercetările asupra femeilor din Asia și Africa lipsesc grav. Corpul existent de cercetare a endometriozei s-a concentrat în principal pe femeile caucaziene, ceea ce poate duce la prejudecăți atunci când încearcă să înțeleagă prezentarea bolii la femeile de origine asiatică și africană.

Multe dintre schimbările din întreaga lume vin de la pacienți. Ești unul dintre ei. Care este povestea ta cu endometrioza?

În anii 1990, mi s-a spus adesea că durerile menstruale pe care le-am experimentat în anii adolescenței ar trebui să facă parte din viața mea de tânără.

Oamenii din jurul meu, în special femeile membre ale familiei, mi-au ignorat durerile dureroase, spunându-mi constant că ar trebui să suport durerea ca toți ceilalți. Mă durea atât de mult încât vomitam constant și aveam mișcări intestinale incomode tot timpul. Pe măsură ce au trecut anii, am început să observ încet că durerea mea a crescut în intensitate și mi-a afectat rutina zilnică până la punctul în care nu am mai putut fi productivă.



Am suferit în tăcere, cu dureri de cele mai multe ori înainte, în timpul și chiar după menstruație. Chiar mi s-a spus de către un medic generalist că am o toleranță scăzută la durere. Eram într-o formă proastă fizic și psihic.



De când am fost diagnosticată, am trecut prin intervenții chirurgicale repetate, m-am confruntat cu provocări considerabile în concepere și am fost în mod constant pe analgezice și medicamente hormonale pentru a-mi gestiona simptomele. Mi s-a spus devreme că s-ar putea să nu pot concepe în mod natural. După prima mea operație, mi s-a dat GnRh timp de șase luni. După ce am terminat acest medicament, am rămas însărcinată natural. Cu toate acestea, copilul meu a murit când eram însărcinată în șapte luni. Nu s-au dat răspunsuri, iar după aceea am intrat în depresie. Totuși, nu mi-am pierdut speranța. Am conceput din nou în anul 2004 și anul 2010. Atât fiica, cât și fiul meu au fost bebeluși prematuri, deoarece nu pot duce sarcina la termen.

Care a fost impactul endometriozei asupra carierei tale?

Durerea mea insuportabilă și sângerarea excesivă mi-au afectat perspectivele de carieră, deoarece eram mereu în concediu medical. Angajatorii mei au crezut cu adevărat că îmi cream durerea pentru a evita responsabilitățile mele de serviciu. Am fost considerată leneșă și slabă. Uneori, mă forțam să merg la muncă, deși mă durea. Am luat o cantitate mare de analgezice pentru a-mi masca și ascunde durerea. Am dezvoltat o dependență puternică de analgezice. Desigur, există cazuri în care analgezicele sunt inefficiente, așa că nu sunt total dedicat domeniului meu de activitate.

Asociația de Endometrioză din Malaezia este o organizație caritabilă pe care ai fondat-o. Ce te-a determinat să mergi pe acest drum și cât de greu este ca organizație să primești fonduri?

MyEndosis a fost înființată în anul 2014. Obiectivul principal al MyEndosis este de a oferi asistență emoțională și informații exacte femeilor afectate de endometrioză din Malaezia. Rolul cel mai important este de a evidenția daunele pe termen lung pe care endometrioza le provoacă, fizic și mental.



Desigur, finanțarea nu a fost niciodată ușor de obținut atunci când am început inițial asociația. Pe măsură ce anii au trecut, am câștigat încrederea comunității noastre, care a crezut în eforturile noastre de a pune capăt dezinformării cu privire la endometrioza. Noi, cei de la MyEndosis, avem tendința de a colabora cu profesioniști din domeniul sănătății și instituții medicale care susțin pentru a organiza evenimente, iar acest lucru a făcut posibil să primim finanțare.

Crezi că endometrioza ar trebui clasificată ca dizabilitate?

Clasificarea endometriozei drept dizabilitate este un subiect de discuție continuă în rândul practicienilor din domeniul sănătății, și organizațiilor de interes public. Decizia de a clasifica o afecțiune drept dizabilitate depinde de obicei de cât de semnificativ afectează capacitatea unui individ de a efectua activități zilnice și de a menține o calitate normală a vieții.

Identificarea endometriozei ca o dizabilitate potențială pentru anumite persoane ar putea facilita promovarea ajustărilor esențiale la locul de muncă, cum ar fi programele de lucru flexibile sau opțiunea de a lucra de la distanță în timpul episoadelor de agravare a simptomelor. În plus, ar putea facilita implementarea adaptărilor în mediile educaționale, permițând elevilor afectați să obțină asistență esențială pentru a-și gestiona durerea în mod adecvat la școală și universități.

Cu toate acestea, cred că există și o îngrijorare cu privire la potențialul impact negativ al etichetării, care ar putea afecta imaginea de sine a unui individ și modul în care ceilalți le percep. Deci, trebuie să avem grijă să etichetăm pe cineva ca fiind cu dizabilități.

Povestește-ne puțin despre activitatea ta de caritate.

Obiectivul principal al MyEndosis este de a ajuta pe cei afectați de endometrioza prin creșterea gradului de conștientizare și lobby pentru îmbunătățirea îngrijirii și a cercetării.

Utilizăm platforme precum Facebook și Instagram pentru a răspândi conștientizarea, a împărtăși povești și a oferi actualizări despre eforturile de advocacy.

Oferim sprijin de la egal la egal pe:

- Site-ul web (myendosis.org)
- Pagina de Facebook (Endomarch Malaysia)
- grup Facebook (MyEndosis)
- Canalul YouTube MyEndosis.
- MyEndosis Instagram
- E-mail (endomarch.malaysia@gmail.com)

Ne angajăm în parteneriate cu profesioniști din domeniul sănătății, spitale și alte organizații pentru a îmbunătăți eficiența proceselor de tratament. Distribuim broșuri promoționale și alte resurse care oferă cunoștințe despre gestionarea endometriozei, intervenții terapeutice accesibile și experiența de a trăi cu boala.

Aceste măsuri sunt cruciale pentru îmbunătățirea calității vieții persoanelor afectate de endometrioza, creșterea gradului de conștientizare cu privire la afecțiune și promovarea unor schimbări transformatoare în sistemele de sănătate pentru a răspunde mai bine cerințelor pacienților.

Dacă ar fi un plan național/internațional de îngrijire a endometriozei, care sunt primele probleme care crezi că ar trebui abordate?

Cred că este nevoie să abordăm disparitățile legate de endometrioza în rândul publicului și al furnizorilor de asistență medicală, îmbunătățind infrastructura de asistență medicală și susținând schimbări de politică care să asigure un acces mai bun la îngrijire pentru toate femeile, indiferent de mediul lor etnic sau socioeconomic. Înțelegerea și abordarea acestor probleme cu mai multe fațete este crucială pentru îmbunătățirea îngrijirii și a rezultatelor pentru toate femeile cu endometrioza, în special pentru cele din populațiile defavorizate.

ENDORO-ONLINE

ENDOMETRIOZA, ADENOMIOZA SI FIBROM



ROMANA-ENGLEZA

Informatii din mai multe surse medicale

Endometrioza

Adenomioza

Fibrom

Infertilitate

JULY 2025

ISSUE 02

ASOCIATIA PERSOANELOR CU ENDOMETRIOZA

CONSTRUIM O LUME MAI BUNA

