

Martie 2024

EndoLife

REVISTĂ DIGITALĂ

Asociația Persoanelor cu Endometrioză

Nancy Petersen

Tribut pentru
Dr Redwine

Dr Voicu Simedrea

Endometrioza
sistemului somatic

DR KYRIAKOPOULOS

Este timpul să
acționăm

De ce este
important ca tinerii
să știe despre
endometrioză?

Heather Guidone

Prof Dr Elvira Brătilă

Președinta celui de al 7-lea
Congres European al
Endometriozei

Dr Ioana Iordache

Endometrioza m-a ajutat să-mi
găsesc echilibrul și mi-a ajutat
pacientele, să le înțeleg mai bine



Ortopedie

Dr Eduard Cernat,
medic primar

Radiologie

Dr Cezar Betianu,
medic primar

Chirurgie generală

Dr Augustin Dima,
medic primar

CONTACT

0770 422 596
www.topdoctors.ro
Bucuresti, Romania

EndoLife, un proiect bilingv al Asociației Persoanelor cu Endometrioză, o organizație caritativă dedicată femeilor cu endometrioză din România

Bine ați venit la prima ediție a revistei EndoLife, o revistă digitală despre endometrioză în limba română și engleză. În acest număr veți găsi articole de specialitate, alimentație și informații generale, scrise de specialiști în endometrioză de renume, medici și persoane care suferă de endometrioză din România, Grecia, Anglia, Scoția, SUA, Italia și Mexic. Din câte știu, este primul proiect la nivel mondial de acest gen. EndoLife este o resursă educațională pentru persoanele suferinde de endometrioză, pe care am dorit să o fac de mult timp, însă din cauza lipsei de timp, am tot amânat-o. Și mă bucur că mi-a luat până acum, pentru că acum drumul este total diferit; este un drum care reunește cele două lumi ale mele – lumea în care m-am născut, România, și lumea care m-a modelat în persoana care sunt astăzi, Anglia, cu contribuții din Grecia, o țară dragă inimii mele.

Numele meu este Camelia, Cami pentru prieteni și familie, sau cum îmi spune soțul meu, Little Cami. Și aceasta este povestea mea și cum am devenit interesată de partea educațională pentru această afecțiune. Cami a crescut într-un mic sat, într-o familie tradițională în care nu se vorbea despre menstruație, sex sau ce ține de părțile intime. Nu-mi amintesc discuții exacte legate de menstruație, ca atare este clar că habar nu aveam pe atunci ce este normal și nu.

În perioada adolescenței nu-mi aduc aminte să fi avut dureri, sau dacă am avut, erau suportabile. Dacă memoria mea este slabă în ceea ce privește durerea, îmi amintesc foarte bine sângerările abundente și numeroasele accidente care au început pe la 16 ani.



„AM TRECUT DE LA DIFICULTATEA DE A PRONUNȚA ENDOMETRIOZA, LA A SCRIE O CARTE DE MEDICINĂ ȘI SUTE DE ARTICOLE DESPRE ACEASTĂ BOALĂ”.

Cine sunt eu? Am 41 ani, născută în ziua de Crăciun, împreună cu sora mea geamănă. Mai am un frate mai mic. Am două operații ginecologice și ceva experiență cu fertilizarea în vitro. Lucrez pentru University of Westminster, dar am lucrat și în NHS. Locuiesc în Londra de 14 ani, plecată din țară de 17 ani, vorbesc 4 limbi străine, am un Bachelor of Science în Sănătate, absolvit cu onoruri, și îmi place tehnologia. Mă pricep la networking și de 2 ani și ceva fac marketing medical și lucrez cu medici minunați.

Anii au trecut, am ajuns în Grecia, apoi în UK, și îmi amintesc un amestec de ceva durere și sângerare abundentă, dar fiind tânără, duceam simptomele fără să mă îngrijorez prea mult, deși se intensificau lunar. Cel îngrijorat era soțul meu; îmi spunea constant să merg la medic și eu îl ignorăm. Până într-o zi, când o migrenă urâtă m-a pus la pat. După 3 zile de stat în pat, soțului meu i-a fost teamă că poate am meningită, așa că m-a dus la camera de gardă, unde mi s-a spus că am anemie. Habar nu aveam. Am fost întrebată dacă am menstruații abundente și am spus da. M-a trimis apoi medicul de familie la ecografie și așa am fost introdusă în această lume a suferinței pentru milioane de femei.

Ca multe alte persoane am aflat despre endometrioză vorbind cu o prietenă de-ale mele, Brenda. Brenda era managerul unui magazin de caritate unde eram voluntar. În timpul uneia dintre multele noastre discuții personale, când i-am spus despre vizita mea la urgențe, Brenda mi-a spus despre lupta ei cu endometrioza. A fost prima dată când am auzit cuvântul endometrioză și, deși mi-a luat ceva timp să știu ce este și să-l pronunț, îmi amintesc că Brenda mi-a povestit despre multele ei operații, dureri, medicamente, infertilitate și așa mai departe. A fost o poveste care m-a marcat. Încă îmi răsună în cap traumele ei.

„DE LA BRENDA LA ENDOLIFE, UN PROIECT UNIC”

La 7 ani de când am auzit pentru prima dată cuvântul endometrioză, s-au întâmplat multe lucruri. Am vorbit și am ajutat sute de femei precum Brenda. Unele mi-au devenit prietene bune, pe una am pierdut-o din cauza cancerului. Am citit atâtea povești triste: durere, infertilitate, pierdere de organe, leziuni severe ale nervilor după operație, complicații, pierderea locului de muncă și chiar deces.

Am trecut de la dificultatea de a pronunța endometrioza la a lucra cu specialiști în endometrioză din Grecia, UK și India, pentru a crește gradul de conștientizare a acestei boli debilitante. Am scris sute de articole despre endometrioză, am scris un ghid medical oferit gratuit pacienților, am o organizație de caritate în România, deși locuiesc în Londra, am un site despre endometrioză scris în întregime de mine și multe alte proiecte.

Nu pot mai face ceva pentru Brenda, dar sper să fac ceva pentru noua generație și pentru nepoatele mele. De aceea am făcut această revistă. Pentru a aduce informații în afara comunităților de endometrioză, tinerilor și celor care suferă de endometrioză.

Atunci când ai un diagnostic nou, poate fi foarte greu să înțelegi elementele de bază, cu atât mai mult despre ce este endometrioza, cum se tratează și așa mai departe. EndoLife își propune să unească pacienți și medici, astfel încât să putem învăța unii de la alții. Publicată în mod regulat, va fi un spațiu desemnat pentru a crește gradul de conștientizare și a educa, a împărtăși experiențe și știri importante despre endometrioză.

O coaliție între medici și pacienți care formează o punte, o punte care duce de la suferință la vindecare. Mulțumesc mult tuturor celor care au participat. Sunt onorată să am atât de mulți medici care au acceptat să ia parte la proiectul meu. Menstruația nu doare! Endometrioza doare!

Cu căldură,
Camelia Serban
Președinte Asociația Persoanelor cu Endometrioză
www.endoromania.org
www.gazetadeendometrioza.ro
F: Asociația Persoanelor cu Endometrioză

CONTRIBUTORI



DIN CUPRINS

7	Programul Național de Endometrioză	33	Dr Ioana Iordache: Între profesie și experiența personală cu endometrioza
8	Dr Konstantinos Kyriakopoulos, Grecia: Este timpul să luăm măsuri	36	Dr Adelina Birceanu: Diagnosticul histopatologic al endometriozei
10	Dr Dan Martin, SUA: Originile endometriozei	40	Dr Ștefan Tucă: Excesul ponderal, legătură cauzală sau unul dintre efectele endometriozei?
12	Dr Shaheen Khazali, UK: Ce este un specialist în endometrioză?	43	Dr Raluca Enciu: Sarcina și endometrioza
14	Povestea Alexandrei: A învins endometrioza și infertilitatea după ani de suferință	46	Dr Ramiro CABRERA, Mexic: Aderențele postoperatorii
17	Dr Voicu Simedrea: Endometrioza nervilor somatici	48	Dr Mihaela Radu: Histeroscopia și rolul acesteia
21	Dr Denis Tsepov, UK: Chirurgia robotică în endometrioza	50	Dr Raul Chereches: Adenomioza, patologia uterului
25	Prof Dr Elvira Brătilă: Președinta celui de al 7-lea Congres European de Endometrioză	53	Prof Dr Antonio Lagana, Italia: Endometrioza la adolescenți
31	Strângere de fonduri pentru Elena	56	Raluca Zaharia: Dieta în Endometrioza
32	Mulțumim, domnule doctor David Redwine	60	Centre specializate în endometrioza din Romania
		62	Dubla acreditare EndoInstitute, Timisoara

Concept: Camelia Șerban
Redacție: Camelia Șerban, Irina Gache
Traducere: Camelia Șerban, Flori Stan
Copyrights: Asociația Persoanelor cu Endometrioză

Revista digitală EndoLife este un proiect non-profit al Asociației Persoanelor cu Endometrioză. Costurile asociate acestei ediții curente au fost acoperite integral de Camelia Șerban.

Revista EndoLife a luat toate măsurile necesare pentru a se asigura că toate informațiile furnizate aici sunt corecte la momentul publicării, însă acestea nu înlocuiesc sfatul medicului. Informațiile furnizate aici au doar scop educațional și nu înlocuiesc sfatul medicului, diagnosticul și/sau tratamentul. EndoLife vă recomandă să consultați un specialist în endometrioză dacă suspectați că suferiți de endometrioză.

Programul Național de Endometrioză, o șansă pentru femeile cu endometrioză

Vești bune pentru pacientele cu endometrioză din România. Începând cu luna Ianuarie, anul curent, s-a dat startul la programul național de endometrioză. Este cu siguranță una dintre cele mai bune vești ale anului, și un pas care va contribui la reducerea impactului acestei boli debilitante.

Cu ajutorul acestui program, femeile care suferă de endometrioză, vor avea posibilitatea să acceseze intervenții chirurgicale minim invazive, decontate parțial prin Casa Națională de Asigurări de Sănătate. Mai exact, în cadrul programului se vor deconta parțial costurile echipamentelor medicale pentru endometrioză de grad III și IV, inclusiv endometrioză intestinală. Pentru pacientele cu endometrioză acest program înseamnă o șansă la o viață fără dureri.

Endometrioza este una dintre cele mai dureroase afecțiuni, o boală complexă care de multe ori răpește șansa unei femei de a deveni mama. O boală cu mult sub diagnosticată peste tot în lume, și în același timp, o boala costisitoare.

La nivel mondial endometrioza reprezintă un interes mic pentru spitalele publice, iar în România printr-un cumul de factori endometrioza este tratată cel mai mult la privat, acolo unde o operație cu rezecție intestinală poate ajunge până la 8-9.000 euro. În ultimii ani s-au făcut multe adrese către Ministerul Sănătății, inclusiv o petiție care a strâns peste 10.000 de semnături.

Încet, încet, autoritățile au devenit conștiente de problemele pacientelor cu endometrioză, și astăzi mulțumită dnei prof Elvira Brătilă care a luptat pentru acest program, și a dl dr Voicu Simedrea, avem un program național de endometrioză. Astfel, pentru a sprijini pacientele cu endometrioză, conform Ord. CAS Nr. 1106/15.11.2023, CAS va deconta parțial intervențiile chirurgicale de endometrioză profundă cu afectare intestinală. Pentru a fi eligibile, pacientele trebuie să fie asigurate și să se încadreze în stadiile de boală III sau IV.

Până în prezent doar două centre de endometrioză din România fac parte din programul național de endometrioză. Este vorba de EndoInstitute, sub conducerea dl dr Voicu Simedrea și Endomedicare Academy, sub conducerea dnei prof dr Elvira Brătilă. La momentul publicării acestui material, o primă pacienta a beneficiat deja de programul național de endometrioză la Endomedicare Academy.

Pacienta a fost operată de echipa multidisciplinară formată din dna prof dr Elvira Brătilă și dl dr Rubin Munteanu, suferind o dublă rezecție intestinală. Datorită programului național de endometrioză, pacienta a beneficiat de o reducere de aproximativ 2500 euro.

Este un pas mic dar extrem de important. Încet dar sigur lucrurile se vor schimba și în România, iar endometrioza va avea atenția necesară unei astfel de boli.



**DR KONSTANTINOS
KYRIAKOPOULOS:**

Specialist în endometrioză,
Grecia

Este timpul să luăm măsuri”

Martie este luna conștientizării endometriozei. Este momentul anului când unii medici și persoanele suferinde de endometrioza își unesc forțele, pentru a aduce în atenția celorlalți ce este endometrioza și impactul acesteia.

Deși a fost descrisă în urma cu un secol de mai mulți cercetători, în prezent, endometrioza continuă să fie ignorată și înconjurată de mituri care prelungesc suferința și care expun pacienta la tratamente ineficiente. Endometrioza nu este o boală a organelor de reproducere; este o boală a întregului corp. Endometrioza nu este o boală care poate fi vindecată prin sarcină sau menopauză; este o boală care necesită tratament de specialitate. Endometrioza este o boală care provoacă dureri debilitante. Endometrioza nu este o boală a uterului; este o boală inflamatorie cronică în care țesuturi similare cu endometru se găsesc în afara acestuia.



ACE
Athens Centre for
Endometriosis

Este o boală care afectează pacienții, familiile lor și societatea. Afectează educația acestora, cariera, relațiile și statutul financiar. Este o boală cu costuri directe și indirecte și în același timp cu un impact sever și asupra serviciilor medicale. Numeroși medici, multiple vizite la urgențe și ani de agonie fac parte din viața pacienților cu endometrioză. Metode de tratament care se bazează pe o teorie; o teorie care nu are dovezi, și totuși este cea mai folosită și experimentată pe paciente. După ani de conștientizare, este timpul să luăm măsuri. Este timpul să aducem o schimbare pentru cele peste 200 de milioane de paciente cu endometrioza din întreaga lume. Este timpul să nu mai folosim o teorie care postulează tratamente care doar fac rău, fără impact asupra endometriozei. Pentru a putea avea un tratament corect, este timpul să începem prin a defini corect endometrioza, o definiție care va fi baza tratamentelor eficiente.

Este timpul sa acționăm! Pentru fiecare pacientă care suferă, este timpul să facem din endometrioză o prioritate în programele naționale de sănătate și cercetare.

**DR KONSTANTINOS
KYRIAKOPOULOS**

MARCH IS **ENDOMETRIOSIS**
AWARENESS MONTH

TIME FOR **ACTION**

G

Gynaecology
& Min



Dr Dan Martin: *Originile endometriozei*

Director științific, Endometriosis
Foundation of America, USA

Originile endometriozei includ multe concepte. Pentru mine, din 1970 până în 1992, întrebarea despre origine a avut un răspuns: diseminarea retrogradă a endometrului în timpul menstruației, implantarea când a existat momentul oportun și creșterea.

În 1992, a fost evident că pentru formarea anumitor tipuri de endometrioză, localizarea congenitală normală era necesară. Până în 2016, am folosit cinci concepte și teorii și ultima dată când am numărat, a fost nevoie de 23 de concepte și teorii pentru a începe o discuție și multe altele pentru a continua. În prezent, momentul oportun este cel mai mare la adolescenți. Se poate specula că ar putea fi ca acneea și ar putea avea de-a face cu maturizarea neuroimună. Există mai multe concepte, ipoteze, teorii și speculații decât constatări solide. Nu există un singur răspuns care să acopere toate întrebările.

Îată câteva dintre posibilități:

Un concept al origini endometriozei este despre originea recunoașterii semnelor și simptomelor. Nezhat și colab au scris despre simptomele pelvine raportate de egipteni în 1855 î.Hr. Revizuirea lui Knapp a celei de-a 17-a descrieri a „ulcerelor” pelvine cu simptome care sugerează endometrioza poate fi prima descriere anatomică. Prima descriere histologică a fost făcută de Rokitansky în 1860. Au existat multe nume timpurii pentru „endometrioza” înainte ca acest termen să fie sugerat de Sampson în 1925.

Un al doilea concept de origine se referă la celula sau substanța de origine. Celulele potențiale de origine au inclus endometrul, precursorii plasați greșit în timpul dezvoltării embrionare, peritoneul supus metaplaziei și celulele stem ale măduvei osoase. Pe lângă posibilele celule, pot exista substanțe care induc metaplazie în alte tipuri de celule. Aceste substanțe pot fi produse inflamatorii, cum ar fi citokinele, celulele Schwann, substanțele Levander sau factorul Merrill.

Un al treilea concept este modul în care endometrioza, o boală mulleriană, ajunge într-un loc în afara zonei în care ar trebui de fel să apară. Pentru endometru, asta înseamnă că țesutul de tip mullerian se află în afara cavității uterine. O boală similară, adenomioza, are acest tip de țesut în afara cavității, dar în peretele muscular uterin. Când țesut precum endometrul se găsește în afara uterului, se numește în mod obișnuit endometrioza. Cu toate acestea, Sampson a remarcat că endometrioza era diferită de endometru „atât ca structură, cât și ca funcție”. Definiția comună a „țesutului ectopic precum endometrul” nu include faptul că țesutul original și endometrioza au diferențe biochimice, imunologice, epigenetice și alte diferențe. Definițiile alternative includ considerații pentru inflamație, fibroză, modificări epigenetice, sângerare și alte caracteristici. Nu există o definiție unică care să satisfacă toți oamenii de știință, medicii sau pacienții.

Monografia mea „**Concepte și teorii ale endometriozei**” are peste 650 de referințe pentru cititorii interesați de cercetare sau de informații suplimentare.



GASTRIC SLEEVE

PREȚ PROMOȚIONAL

**18.350
LEI**

DR STEFAN TUCA

Medic primar chirurgie generală cu
supraspecializare în chirurgia bariatrică

București, Gral Medical

www.sleevegastric.ro

www.stefantuca.ro

**OPERAȚIE
SPITALIZARE
ANESTEZIE**



**Sleeve
Gastric**

0040 723 042 207



Dr Shaheen Khazali, specialist în endometrioză, UK:

Chirurgia endometriozei este complexă, deoarece boala poate afecta mai multe organe diferite și nu respectă nicio regulă”

Endometrioza este o boală care necesită tratament de specialitate, de la diagnostic până la intervenție chirurgicală. La nivel global multe femei suferă de endometrioză și, în ciuda acestui fapt, există o lipsă de specialiști care se ocupă în totalitate de endometrioză.

Pentru că nu există o specializare pentru endometrioză, chirurgii care operează endometrioza sunt obstetricieni-ginecologi, fiind cunoscuți ca specialiști în endometrioză. Ce este un specialist în endometrioză?

Un specialist în endometrioză este, de obicei, un chirurg ginecolog care și-a concentrat cariera în domeniul endometriozei, având abilități avansate în laparoscopie și lucrează cu o echipă de chirurghi din alte specialități.

De ce necesită endometrioza tratament de specialitate?

Deoarece endometrioza este o afecțiune dificilă, de la diagnostic la luarea deciziilor pentru tratament până la intervenție chirurgicală. Toate aceste etape au multe complexități. Sunt multe în joc. De exemplu, intervenția chirurgicală incompletă sau de calitate scăzută poate duce la consecințe grave pentru pacient.

Profesorul Horace Roman a spus că este nevoie ca endometrioza să aibă propria sa specialitate.

Sunteți de acord cu această afirmație?

Nu există nicio îndoială că pregătirea pentru endometrioză la nivel de specialitate lipsește. În unele țări problema este mai mare decât în altele. Cred că fiecare sistem de pregătire trebuie să caute cele mai bune modalități de îmbunătățire a pregătirii în îngrijirea endometriozei. Nu există nicio îndoială că pregătirea pentru endometrioză la nivel de specialitate lipsește.

În unele țări problema este mai mare decât în altele. Cred că fiecare sistem de pregătire trebuie să caute cele mai bune modalități de îmbunătățire a pregătirii în îngrijirea endometriozei.

„Sugerez pacientelor să cerceteze din mai multe unghiuri și să nu se sfiască să pună întrebări directe cu privire la experiența, rezultatele și filozofia medicului”

Sunteți un specialist renumit în endometrioză, implicat și în formare medicilor și fondatorul unui centru de specialitate BSGE care vede și pacienți din afara Marii Britanii. Cum ați descrie activitatea dvs?

Echipa noastră are grijă de pacienți cu cele mai avansate forme de endometrioză. Multe călătoresc pentru operație, pentru că starea lor este foarte complexă și necesită o echipă multidisciplinară de chirurghi. Cu toate acestea, avem grijă de pacienți cu toate nivelurile de complexitate. Filozofia noastră este ca pacientul ar trebui să fie în centrul îngrijirii și, dacă se decide intervenția chirurgicală, aceasta ar trebui să fie completă. Având acces la cea mai recentă tehnologie robotică, ne-a permis să facem mai bine proceduri mai complexe. Cred că robotul poate face diferența în multe cazuri.

De ce este chirurgia endometriozei atât de complexă și de ce interesul medicilor pentru endometrioză este limitat?

Chirurgia este complexă deoarece endometrioza poate afecta mai multe organe diferite și nu respectă nicio regulă. Se comportă în moduri neobișnuite și, prin urmare, fiecare pacient este diferit. Anatomia pelvisului este complexă și efectuarea de proceduri avansate laparoscopice și robotice este o provocare din punct de vedere tehnic. A dedica o carieră unei afecțiuni complexe și provocatoare înseamnă multe sacrificii. De obicei este nevoie de ani de muncă, nopți nedormite și perseverență. Nu toată lumea este dispusă să facă aceste sacrificii.



**Alexandra
Filip-Catană**

“Acum, 6 ani mai târziu sunt mămica unui băiețel minunat de 3 ani extrem de energic și activ care mă ține în priză non-stop. Sunt fără recidivă, fără dureri, mă bucur de viața mea. Mulțumesc din tot sufletul întregii echipe medicale și mai ales dnei profesor Elvira Brătilă care m-a făcut din nou om”



Povestea Alexandrei: *A învins endometrioza și infertilitatea după ani de suferință*

La 6 ani de la ultima operație de endometrioză efectuată de dna prof Elvira Brătilă și dl dr Rubin Munteanu, Alexandra Filip Catană nu are recidivă și, cel mai important, a devenit mamă. Însă drumul până aici a fost foarte greu. Pavată cu lacrimi, durere, și operații incomplete, călătoria Alexandrei în lumea endometriozei și a infertilității a luat sfârșit odată cu operația din 2018. O poveste care ne arată în afară de binecunoscutele dificultăți ale endometriozei și infertilității, cât de important este ca operația să fie efectuată de un specialist în endometrioză.

S-a operat de chiste la 15 ani

A avut prima menstruație la 12 ani, iar doi ani mai târziu durerile erau atât de puternice încât leșina. Nu mai avea putere să se ridice din pat sau să meargă la școală. Prima operație de chiste a fost la 15 ani, în cadrul operației de apendicită, făcută de un chirurg pediatru în spital de copii.

Pe externare era scris un cuvânt greu de descifrat atunci. Ani mai târziu, Alexandra avea să înțeleagă că acolo era scris chisturi endometrioze. În urma operației durerile au încetat, a rămas însă cu stări de leșin, amețeli și crampe musculare. Au apărut și alte simptome digestive însă nu le-a asociat niciodată cu zona ginecologică.

La 20 ani leșinam în autobuz, pe stradă, la facultate de la dureri

Frumoasa vârstă de 20 de ani, i-a readus Alexandrei durerile de la 14, care erau și mai severe, dar și hemoragii severe la fiecare menstruație, și leșinuri. Leșina în autobuz, pe stradă, la facultate.

A început să meargă la frecvent la ginecolog, să facă diverse analize și ecografii, avea în permanență chisturi ovariene. Rezolvarea a fost să ia anticoncepționale. Pe care le-a luat timp de 5 ani. Au ajutat-o la simptomele ginecologice doar, cele digestive erau încă prezente.

Odată cu endometrioza a ajuns și infertilitatea

S-a căsătorit la 26 ani și a oprit anticoncepționalele pentru că își doreau un copil. Deși acesta întârzia să apară, medicii îi spuneau că nu are de ce să își facă griji, să meargă acasă, să facă sex mai des, și să stea cu picioarele pe pereți. Niciun medic nu le-a spus să își facă și partenerul analize.

Odată cu întreruperea anticoncepționalelor au reînceput durerile care în timp au devenit zilnice. Trecuseră deja 2 ani de când se căsătorise, iar copilul încă nu apăruse, și cei din jur nu încetau să-i întrebe când vor avea un copil.

Crizele de dureri erau însoțite de atacuri de panică. Zilnic. A mers la o mulțime de medici, și toți îi spuneau că este sănătoasă tun. Durerile erau atât de mari încât că să poată să stea pe scaun stătea cu un picior sub ea. Mersul la toaletă era crunt, nu de puține ori a leșinat stând pe wc.

Urmează ani de diagnostice greșite, neglijență, și diverse medicamente până când un imagist i-a pus suspiciunea de endometrioza și i-a recomandat un rmn de pelvis.

“Acasă nu mă mai credea nimeni, mi se spunea că sunt rea și puturoasă”



Toate aceste întâmplări și-au pus amprenta pe psihicul Alexandrei. Viața însemna serviciu și casa, iar acasă nu o mai credea nimeni când spunea că-i este rău. Era “rea și puturoasă” pentru că mulți medici îi spuneau că nu are nimic, iar ea o ținea pe a ei.

“În 2016 am aflat că am endometrioză de la o doctoriță după ce am fost dusă cu salvarea la spital”

Abia acum Alexandra avea să afle și ea mai multe informații despre endometrioză. Medicii i-au spus însă că este foarte grav ce are ea și că nu o pot opera. După 2 săptămâni o doctoriță și-a făcut curaj și a operat-o. A operat însă doar partea ginecologică, partea digestivă a rămas neatinsă, avea rectul și colonul foarte afectate, zona neputând fi curățată.

La 3 ani de la căsătorie, și după alte 5 luni de încercări, soțul Alexandrei își face și el analizele. Prima spermograma a ieșit cu 0 spermatozoizi. Totul s-a năruit în jurul lor. Au urmat încă 4 spermograme, toate pe 0. După mai multe vizite la medici, un diagnostic de varicocel bilateral și o operație programată, au mers la o clinică de fertilitate să mai facă o ultimă spermogramă, lucrată manual. Rezultatul normal de 20 de mil/ml, forme și motilitate mai reduse, însă în parametri pentru o sarcină naturală.

Operația de endometrioză cu rezecție de colon și rect a durat 7 ore

În iunie 2018 a urmat o altă operație de data această completă și corectă, făcută de dna profesor Elvira Brătilă, cu rezecție de colon și rect, operație grea și lungă de 7 ore, la finalul căreia avea să afle că singura metoda prin care poate deveni mama este prin fertilizare în vitro.

Alături de dna prof Elvira Brătilă, Alexandra a învins endometrioza și infertilitatea

Acum băiețelul Alexandrei este un năzdrăvan, iar endometrioza este de mult uitată. Alexandra duce o viață normală. Zilele când leșina de dureri sunt istoric, cicatricile fizice și sufletești au fost înlocuite de zâmbete și speranță pentru un viitor mai bun pentru pacientele cu endometrioză. Un prezent și viitor pentru care Alexandra îi este recunoscătoare dnei prof Elvira Brătilă, medicul și omul care a luptat alături de ea și a încurajat-o atunci când nu mai avea speranțe.

ATHENS ENDOMETRIOSIS CENTRE



For consultation and information
info@drkyriakopoulos.gr



acecentre.endometriosis-surgery.gr



ACE
Athens Centre for
Endometriosis



Dr Voicu Simedrea

ENDOMETRIOZA NERVOASĂ

“Un chirurg de endometrioză care abordează endometrioza nervoasă ar trebui să știe cum să efectueze un examen neurologic”

Endometrioza nervilor somatici așa cum îi spune numele afectează funcționalitatea nervilor somatici, adică a nervilor care inervează musculatura scheletală, mușchii sciatici scheletali, și în principiu afectează plexul presacrat.

Această structură este originea principalilor nervi somatici din pelvis, nervul sciatic, nervul obturator, nervul pudendal, nervul femural și nervul gluteal ramură a nervului sciatic.

Endometrioza nervilor sciatici este o entitate patologică dificil de tratat, deoarece așa cum spunea Prof Possover, pelvisul este un black box, adică este o zonă în care de fapt nicio specialitate nu se regăsește. Pentru că ginecologul nu are cunoștințele neurologice necesare, chiar dacă chirurgii ginecologi care practică chirurgia avansată au cunoștințele de anatomie a retroperitoneului ei nu au cunoștințe de neurologie.



Pelvisul este un black box

Neurochirurgii având cunoștințe de neurologie nu se adresează acestei zone a corpului, ei tratând eminamente afecțiunile cutiei craniene și a coloanei, mai puțin nervi periferici și niciodată nervi pelvieni. Și de aceea această entitate patologică a fost cumva neglijată de-a lungul timpului, și astfel pentru a umple acest gol a apărut neuropleveologia, care este o specialitate de sine stătătoare fondată și dezvoltată de Prof Marc Possover și care găsește din ce în ce mai mulți adepți.

În ceea ce privește endometrioza nervilor somatici, deci un capitol al neuropleveologiei, mai există și alte somități care au dezvoltat și-au susținut cercetări în acest domeniu Prof Horațiu Roman, Prof Rabischong, Prof Khazali, preocupările lor au luminat cumva calea chirurgiei nervilor somatici și-au făcut mai ușor accesul la tehnici care să dea satisfacție.

Funcțiile nervilor somatici

Nervii somatici au două funcții: una senzitorie și una motorie. Funcția senzitivă practic colectează stimulii de la nivelul structurilor musculare și tegumentare situate în teritoriul pe care nervul le deservește și le transmite creierului.

Funcția motorie realizează controlul conștient voluntar al respectivilor mușchi care pot realiza astfel deplasarea; mersul, alergatul sau funcții motorii mai fine cum ar fi erecția și controlul voluntar al vezicii urinare.



ÎN CEEA CE MĂ PRIVEȘTE AM O SERIE DE CEL PUTIN 35-40 DE CAZURI DE ENDOMETRIOZĂ NERVOASĂ LA NIVELUL TUTUROR NERVILOR

Voicu Simedrea

chirurg de excelență
în endometrioză

De aceea este foarte important ca chirurgul de endometrioză care se adresează acestei entități patologice să cunoască și examinarea neurologică complementarea examenului ginecologic usual.

În ceea ce privește stabilirea indicației chirurgicale trebuie să ținem cont de faptul că chirurgia endometriozei nervilor somatici este o chirurgie extrem de dificil și extrem de frustrantă. Pentru că, pe deoparte fiecare nerv somatic este greu de accesat, pe de altă parte orice distrucție a nervilor este ireversibilă, deci chirurgia trebuie să fie cât de parcimonioasă posibil, și în cele din urmă avem de a face de multe ori cu leziuni sechelare, cu fibroză perineurală consecutive operației, cu cicatrici postoperatorii care pot să afecteze nervul somatic și în consecință să genereze ulterior dureri similare cu cele inițiale date de afectarea endometriozei.

Așadar, cu alte cuvinte, chiar dacă noi stabilim un diagnostic corect, efectuăm o chirurgie corectă, se poate întâmpla ca ulterior chirurgiei noastre organismul pacientului să dezvolte un țesut cicatricial care să cuprindă traseul nervos, să realizeze un nerv entrapment (o prindere de nerv), și să genereze dureri similare cu durerile inițiale ceea ce ne anulează beneficiul actului chirurgical.

Tipul de durere nervoasă este o durere de punct fix sub formă de arsură, alodinia, și localizarea durerii este una exactă, și în funcție de localizarea durerii de tip neuropat noi știm care nerv este afectat.

Caracteristica durerii în endometrioza nervoasă este că această durere de tip neuropat este o durere ciclică care survine preponderent în timpul menstriei sau la ovulație, sau este o durere de tip cronic care se exacerbează în momentul menstriei și a ovulației.

Cunoașterea anatomiei funcționale a nervilor somatici, respectiv a teritoriilor pe care le deservește care se numesc dermatomere, pune diagnosticul suferinței unui respectiv nerv, orientează clinicianul și astfel stabilește până la urmă tratamentul propice.

În ceea ce mă privește am o serie de cel puțin 35-40 de cazuri de endometrioză nervoasă la nivelul tuturor nervilor descriși anterior, nerv sciatic, nerv obturator, nerv pudendal pe care le-am operat cele mai multe cu rezultate favorabile, dar chiar și așa încă consider că este o mare provocare această chirurgie și întotdeauna trebuie privită cu foarte multă seriozitate și chiar cu umilință din partea chirurgului aș putea spune.

De aceea echilibrul este foarte fin în ceea ce privește indicația operatorie pentru că trebuie să cumpănim între, cum vă spuneam, delicatețea operației, riscurile operatorii, complicațiile date de cicatricea postoperatorie, dar pe de altă parte trebuie să avem în vedere că endometrioza nervoasă încet, dar sigur distruge nervul implicat și fiecare mm din traseul nervos contează, și de fapt, aici este o altă particularitate a chirurgiei endometriozei nervoasei, și anume, avem de-a face cu un țesut care nu se regenerează, avem de-a face cu structuri extrem de fine, și este cu atât mai important. a se interveni la momentul absolut oportun.

Din punctul meu de vedere indicația operatorie în endometrioza nervilor somatici se pune pe o durere invalidantă, intratabilă, care nu cedează la nici un fel de analgezice și care practic face viața pacientei un calvar, și sau mai ales, dacă apar fenomene de defuncționalizare a nervului, respectiv fenomenul de nervare cu atrofii musculare în teritoriul deservit de respectivul nerv și cu afectări funcționale ale nervului deservit.

Se știe că nervul odată afectat de endometrioză după un anumit timp poate suferi fenomenul de degenerescență valeriană, adică în aval de leziunea endometrioică nervul începe să moară și acesta este momentul în care apare disfuncția motorie în teritoriul deservit și momentul în care suntem obligați să intervenim.



Odată ce am pus indicația operatorie chirurgia endometriozei nervilor somatici trebuie să fie extrem de exactă. Chirurgul trebuie să dețină temeinice cunoștințe de anatomia pelvisului, instrumentele cu care lucrează chirurgul în preajmă nervului trebuie să fie extrem de fine.

Se preferă întotdeauna instrumente reci, deci nu se folosesc energii în jurul nervului, pentru că practic afectăm ireversibil nervul și chirurgia de cele mai multe ori este bine să o facem într-o echipa multidisciplinară, însemnând că chiar dacă nu intra în operație, este foarte bine să cerem părerea unui neurochirurg în momentul în care facem o astfel de operație, pentru că cum vă spuneam, ei au cunoștințe neurologice temeinice.

După operația de endometrioză a nervilor somatici este foarte importantă recuperarea prin fizioterapie pentru că aceste terapii ajută la vindecarea nervului și ajută la prevenirea formării țesutului cicatricial perineural cum vă spuneam. Chirurgia nervilor somatici se desfășoară în puține centre din lume, în principiu ea devine din ce în ce mai cunoscută, dar eu susțin centralizarea acestor cazuri, pentru că cum vă spuneam, endometrioza nervilor somatici este extrem de rară, și atunci ar fi bine că aceste cazuri să fie direcționate către centre care deja au o experiență în acest domeniu, astfel încât pacienta să beneficieze de cea mai bună experiență și expertiză.

Apel pentru îmbunătățirea accesului la îngrijiri de specialitate pentru persoanele care suferă de endometrioză

Durerea poate fi dificil de explicat, deoarece este un lucru personal, fiind de multe ori greu de înțeles cât de mult poate sa doară, dacă nu ai trecut prin același lucru. Endometrioza este o boală care cauzează dureri debilitante. În 2018, NHS UK a inclus endometrioza în topul celor mai dureroase 20 de afecțiuni, alături de migrene și fractură osoasă.

Endometrioza, o boală care afectează femeile, dar care în cazuri rare poate afecta și bărbații, este o boală inflamatorie cronică, definită ca prezența țesuturilor asemănătoare endometrului în afara cavității uterine. La nivel global, endometrioza afectează 10% dintre femei și, potrivit statisticilor, poate dura până la 10 ani sau mai mult până la obținerea unui diagnostic, din momentul în care simptomele au debutat.

Numărul mare de persoane afectate de endometrioză și impactul socio-economic al acesteia arată necesitatea de a avea o specialitate dedicată endometriozei, și de a ne asigura că această problemă de sănătate severă și debilitantă este inclusă în programele naționale de sănătate și cercetare. Pentru ca femeile care suferă de aceasta

Întârzierea diagnosticul și tratamentului

În ciuda prevalenței mari a endometriozei și a impactului socio-economic al acesteia, durează în medie până la 10 ani pentru ca o femeie care suferă de endometrioză să fie diagnosticată și să primească tratament de specialitate. Lipsa centrelor publice dedicate face foarte greu pentru pacientele cu endometrioză să primească un tratament adecvat și multe nu au de ales decât să acopere costurile, de multe ori prin credit financiar.

Politicile de sănătate și finanțarea mai bune pot îmbunătăți în mod semnificativ serviciile medicale pentru endometrioză și pot reduce impactul acesteia.

Dificultăți financiare

Endometrioza nu este o boală a organelor de reproducere; este o boală care poate afecta mai multe zone ale corpului, cu consecințe grave. Fiind o boală cronică, care necesită vizite regulate la medic, medicamente, combinate cu dificultăți în a muncii, endometrioza este o boala foarte costisitoare. În fiecare lună, o pacientă cu endometrioză poate cheltui sute de euro pentru gestionarea simptomelor. Cercetările din Marea Britanie au arătat că endometrioza costă economia 8,2 miliarde de lire sterline pe an în tratament și costuri de asistență medicală. În SUA, în medie în fiecare an se cheltuie în jur de 12.118 USD în costuri directe și aproape 16.000 USD în costuri indirecte, pe pacient.

Lipsă de fonduri

În ciuda prevalenței largi și a costurilor ridicate, îngrijirea endometriozei este mult sub finanțată. În 2022, o echipă de cercetare din Noua Zeelandă a scris despre subevaluarea endometriozei. Autorii notează că „finanțarea cercetării pentru endometrioză este limitată, finanțarea de la organizații precum National Institutes of Health (NIH) constituind doar 0,038% din bugetul de sănătate pentru 2022 – pentru o afecțiune care afectează 6,5 milioane de femei doar în SUA”. Asta înseamnă că au fost alocați doar 2,00 USD per pacient pe an.

Inegalitatea sexelor

Este bine cunoscut faptul că sănătatea femeilor primește mai puțină atenție decât sănătatea bărbaților. Diverse studii au descoperit o inegalitate de gen în domeniul sănătății în multe țări în care femeile beneficiază de îngrijiri medicale mai slabe decât bărbații. Organizația Mondială a Sănătății notează că inegalitatea de gen afectează în mod disproporționat femeile. Potrivit Institutului European pentru Egalitatea în Sănătate din UE-28 în 2013, 7,4% dintre femei au declarat că au nevoi nesatisfăcute în materie de examinări medicale, comparativ cu 6,4% dintre bărbați.

“Părerea mea este că chirurgia robotică va înlocui pe deplin laparoscopia tradițională”

MR DENIS TSEPOV

Specialist în endometrioza
și chirurgie robotică, UK



Chirurgia robotică a devenit o opțiune din ce în ce mai comună în tratamentul endometriozei oferind beneficii semnificative pacienților. Ce este chirurgia robotică?

Chirurgia robotică este cu siguranță în creștere, în special pentru intervenții chirurgicale complexe. Este important să înțelegem că o consolă robotică este doar un instrument chirurgical în intervenția chirurgicală efectuată de chirurg, acesta folosindu-și abilitățile chirurgicale, experiența, managementul riscurilor și criteriile de siguranță. Robotul chirurgical este un instrument chirurgical mult mai avansat în comparație cu ceva ce aveam anterior. Vorbesc despre chirurgia deschisă și laparoscopia tradițională. Chirurgia robotică oferă simplificarea sarcinilor chirurgicale complexe, oferind mai multă precizie, o mai bună vizualizare, un acces chirurgical mai bun și mult mai puțină solicitare fizică și mentală din partea chirurgului.

Acest lucru ne permite să efectuăm operații foarte complexe cu mai multă precizie, mai puțină oboseală și să obținem eliminarea completă a bolii, fără să lezăm nervii implicați în funcția intestinală, funcția vezicii urinare și funcția sexuală a pacientului.

Chirurgia robotică este asociată cu mai puține complicații, spitalizare mai scurtă, și cu o recuperare mai rapidă a pacientului. Când ați decis să vă specializați în chirurgie robotică?

Am efectuat primul meu caz robotic în ianuarie 2021 și nu am mai efectuat nicio laparoscopie tradițională de atunci. Acum am aproape 500 de cazuri de endometrioza robotică. Decizia de a trece complet la robotică a venit foarte ușor după ce am făcut primele cinci cazuri pe robotul DaVinci Xi. Nu numai că a fost semnificativ mai puțină solicitare fizică și mentală pentru mine, dar întreaga experiență a procedurii chirurgicale a devenit mai satisfăcătoare, mai elegantă și mai eficientă. Mi-am spus personal: pot opera mult mai bine, mult mai rapid și mult mai sigur pe robot.

Vă amintiți prima dvs operație robotică?

Întotdeauna îți amintești prima dată. Înainte de a începe chirurgia robotică, efectuam operații laparoscopice avansate, cu volum de muncă mare, fiind specializat în ginecologie benignă complexă. Modul în care a decurs primul meu caz robotic a fost foarte organizat și structurat.

Înainte de a opera pe pacienți reali, a trebuit să efectuez mai multe ore de practică de simulare robotică, care mi-au dat punctaje pentru fiecare exercițiu. După aceea, am mers să observ operații robotizate în direct în Europa și, în cele din urmă, am avut un antrenament final avansat pe robot într-unul dintre centrele de pregătire robotică. Pentru prima mea operație robotică, supraveghetorul din partea companiei robotice a fost invitat să-mi supravegheze operația. S-a întâmplat să fie un chirurg robotic de renume mondial, Tony Chalhoub, care acum este prietenul meu. Rolul lui a fost să-mi observe operația și să se asigure că nu am dificultăți în utilizarea echipamentelor chirurgicale noi.

Curba mea de învățare a fost foarte abruptă, deoarece nu a trebuit să învăț să operez, trebuia doar să mă obișnuiesc să folosesc robotul ca instrument laparoscopic nou. Acum sunt supraveghetor de chirurgie robotică, mergând în Marea Britanie și Europa pentru a supraveghea chirurgii care fac chirurgii robotică la începutul programului lor de pregătire profesională.

Care sunt cele mai importante beneficii ale chirurgiei robotizate pentru endometrioză pe care nu le putem obține cu laparoscopia?

Pentru mine nu există nicio îndoială: chirurgia robotică îmi permite să văd mai bine, să excizez mai multă endometrioză și să lezez mai puțin țesuturile sănătoase. Datorită abordării robotice, acum putem reduce substanțial rezecția intestinală pe lungime pentru endometrioza intestinală doar pentru că putem exciza radical boala cu robotul, fără a reforma rezecțiile segmentare. Beneficiile sunt binecunoscute și publicate: dureri postoperatorii și folosirea de opioide reduse, pierderi mai puține de sânge, precizie crescută pentru excizia mai precisă a endometriozei, recuperare mai rapidă, spitalizare mai scurtă, risc mai mic de infecție.

Adeziunile postoperatorii și durerea sunt cele mai frecvente plângeri ale pacienților. Chirurgia robotică reduce aceste probleme?

Evaluarea aderențelor postoperatorii este o sarcină de cercetare foarte dificilă, care în cele mai multe cazuri necesită intervenții chirurgicale repetate pentru a analiza apariția aderențelor. Nu am date de încredere care să susțină că chirurgia robotică cauzează mai puține aderențe și cicatrici. Cu toate acestea, părerea mea este că da, este așa cu siguranță deoarece folosim mult mai puțină energie chirurgicală în disecția tisulară în comparație cu chirurgia laparoscopică și, prin urmare, avem mai puține traumatisme chirurgicale ale țesuturilor, care pot influența formarea excesivă a cicatricilor și a aderențelor.

Profesorul Horace Roman și alții au raportat endometrioză microscopică. Chirurgia robotică poate elimina endometrioza microscopică?

Vederea robotizată este semnificativ mai bună în comparație cu laparoscopia tradițională, pur și simplu pentru că este o imagine video 3D de înaltă definiție. Nu merge la nivel de microscopie, dar putem vedea mici plasturi de endometrioza peritoneală mult mai bine în comparație cu laparoscopia convențională. Prin urmare, chirurgia robotică ne permite să vedem mai bine endometrioza și, prin urmare, să efectuăm o curățare mai radicală a acesteia.

Endometrioza este o boală complexă, iar intervenția chirurgicală poate fi foarte dificilă, mai ales când vine vorba de implicarea mai multor organe, cum ar fi nervii și intestinul. Este chirurgia robotică mai indicată pentru nerve sparing și rezecția intestinală?

Echipa noastră robotică multidisciplinară de specialitate în endometrioza oferă expertiză chirurgicală de top în opțiunile de tratament care salvează nervii și păstrează fertilitatea pentru endometrioza infiltrativă severă. Scopul nostru este de a evita mai multe operații chirurgicale pentru endometrioza profundă și de a elimina boala într-o singură procedură chirurgicală, chiar dacă boala afectează mai multe organe și zone. Pentru a realiza acest lucru, folosim principiile „radicalității conservatoare” descrise de Arnaud Wattiez, excizând boala în totalitate, minimizând în același timp afectarea rezervei ovariene, a altor organe pelvine, a nervilor și a vaselor de sânge. Pentru suspiciunea de endometrioza cu infiltrare profundă a intestinului, oferim o evaluare preoperatorie extinsă, inclusiv un RMN special pentru a evalua amploarea bolii înainte de intervenția chirurgicală. Dacă diagnosticul este confirmat, pacienților li se vor oferi o gamă de opțiuni de tratament, toate fiind efectuate prin operație robotică. Tehnicile noastre chirurgicale robotizate inovatoare includ rezecția intestinului discoid cu capsator, care ne permite să îndepărtăm endometrioza infiltrată profund a intestinului fără a îndepărta lungimea intestinului. Acest lucru are ca rezultat o rată mai mică de complicații, o rată scăzută de recurență și o recuperare mai rapidă.



PATHOTEAM DIAGNOSTIC

- **Histopathology**
- **Immunohistochemistry**
- **Molecular biology**
- **Citology**
- **Second opinion**

With Pathoteam Diagnostic you have the best anatomopathological diagnostic medical services, doctors with extensive experience, modern equipment, speed and the certainty of a correct result.

**Specialists in histopathology and
molecular biology**

CONTACT



+40 730 501 959

Bucharest, Romania

www.pathoteam.ro



Luptă pentru paciente, povestea Endo SOS, un ONG din Scoția

Aceasta este povestea prin care a luat naștere mica organizație caritabilă, Endo SoS, care este prima și singura organizație caritabilă înregistrată de sprijin și conștientizare, dedicată ajutorării celor afectați de endometrioză din sudul Scoției. În 2017, fondatoarea lor, Tao McCready, și-a dat seama de lipsa de sprijin local disponibil. În timp ce își investiga propria sănătate, a constatat că era o provocare să facă distincția între fapte și opinii individuale pe rețelele de socializare.

Pentru a aborda această problemă, Tao a petrecut doi ani învățând despre această afecțiune și întâlnindu-se cu specialiști din întreaga lume. În 2019, ea a creat un grup de sprijin pe rețelele de socializare, care inițial avea doar cinci membri. Mulțumită activității de advocacy a lui Tao, grupul a crescut odată cu aria noastră de acoperire, aceasta devenind reprezentantul pacienților pentru EXPPECT. Serviciul de endometrioză EXPPECT este alcătuit dintr-o echipă multidisciplinară care își propune să ofere un tratament de ultimă generație, de înaltă calitate, bazat pe dovezi și centrat pe pacient pentru gestionarea tuturor gradelor de endometrioză. Tao a vrut să facă mai mult pentru Scoția, dar știa că nu o poate face singură.

Astfel, un grup de persoane a început să se alăture echipei, pentru a sprijini membrii și pentru a crește gradul de conștientizare a acestei afecțiuni în cadrul comunității locale. Cu sprijinul extraordinar al echipei, în 2023, a fost lansat Endo SoS, o organizație caritabilă dedicată sprijinirii sudului Scoției. Scopul este de a oferi sprijin și informații concrete, relevante și actualizate pentru Scoția. Din asociație fac parte administratori, ambasadori și voluntari, inclusiv specialiști în endometrioză și pacienți cu experiență trăită în cadrul organizației noastre caritabile.

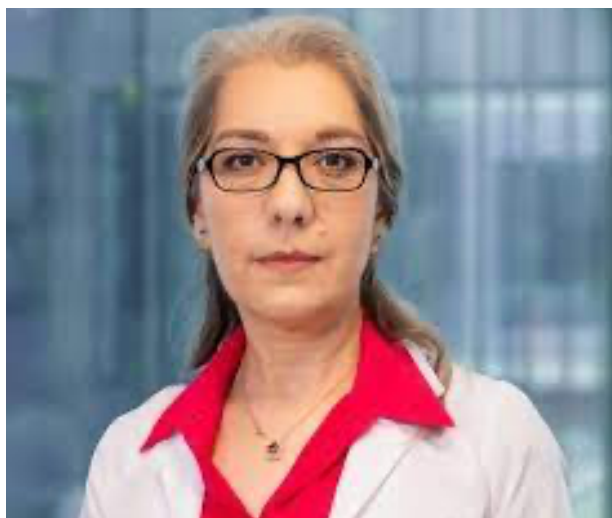
În ultimul an, Tao a vorbit cu studenții la medicină de la universitatea din Edinburgh, numărul susținătorilor au crescut, asociația a participat la evenimente medicale cu propriul stand, conferințe, mass-media, în parlament, creând totodată și relații cu guvernul scoțian. Toate acestea pentru a crește gradul de conștientizare și pentru a oferi sprijin celor care au nevoie

În acest an, asociația a reușit să obțină finanțare de la guvernul scoțian, ceea ce le-a permis să ofere informații bazate pe dovezi pe site-ul lor, sesiuni gratuite de yoga și de mindfulness pentru membrii lor și discuții informative despre endometrioză. Asociația crede cu tărie că, prin oferirea acestor resurse, îi poate ajuta pe membrii lor să își îmbunătățească bunăstarea mentală și fizică și să ducă o viață mai fericită și mai sănătoasă.

Site-ul lor oferă o multitudine de informații despre diverse aspecte legate de endometrioză, inclusiv despre gestionarea durerii, pregătirea pentru operație și tratamentele alternative, lucrând îndeaproape cu profesioniști în domeniul endometriozei pentru a se asigura că informațiile pe care le oferă sunt corecte și actualizate.

Recent, ambasadorul lor Jessica Knappett a apărut în binecunoscutul quiz show "Celebrity Mastermind", strângând 3.000 de lire sterline pentru Endo SoS. Suma a fost donată proiectului EXPPECT Endo1000, care are ca scop găsirea unor tratamente mai bune și a unui leac pentru endometrioză.

Voluntarii sunt coloana vertebrală pentru Endo SOS, și mulțumită finanțării din partea guvernului scoțian, unii dintre voluntarii au fost sponsorizați pentru a deveni practicieni de wellness pentru endometrioză, oferindu-le posibilitatea de a oferi îndrumare și sprijin valoros celor afectați de această afecțiune. Deși are sediul în Scoția, asociația sprijină toate persoanele afectate direct și indirect de endometrioză.

*chirurg de excelență*

PROF DR ELVIRA BRĂȚILĂ

**Președinta celui de al 7-lea Congres
European de Endometrioza**

*“Endomedicare Academy este centru multidisciplinar,
integrat în jurul celei mai experimentate echipe de chirurgie
din România”*

Luna martie este luna femeii. Este totodată și luna de conștientizare a endometriozei, o afecțiune pe care dumneavoastră o tratați cu succes în cadrul Endomedicare Academy. Cum este pentru dvs. pacienta cu endometrioză?

Pacienta cu endometrioză este, cu siguranță, o luptătoare, motiv pentru care apelativul “endowarrior”, în opinia mea, este cel care nu numai caracterizează un profil al pacientelor, dar onorează puterea femeii care se ridică zilnic după lupta cu durerea cronică, infertilitatea și celelalte efecte ale acestei boli, care chinuie și invalidează pacientele din toate rolurile, pe care cu fragilitate și putere, în egală măsură, le îndeplinesc în cuplu, în familiile lor și în societate.

*“Am știut că indiferent de
alegerea specialității, mă voi
dedica trup și suflet pacienților
și profesiei care m-a ales”*

Pacienta cu endometrioză este, cu siguranță, o luptătoare, motiv pentru care apelativul “endowarrior”, în opinia mea, este cel care nu numai caracterizează un profil al pacientelor, dar onorează puterea femeii care se ridică zilnic după lupta cu durerea cronică, infertilitatea și celelalte efecte ale acestei boli, care chinuie și invalidează pacientele din toate rolurile, pe care cu fragilitate și putere, în egală măsură, le îndeplinesc în cuplu, în familiile lor și în societate.

**Aveți o cariera profesională impresionantă.
Sunteți atât prin definiție cât și prin experiență un
chirurg de excelență. Când ați știut că vreți să
faceți chirurgie?**

Alegerea chirurgiei este o decizie asumată, fără jumătăți de măsură. Din dorința de a ajuta cât mai multe paciente, chirurgul petrece foarte mult dedicându-se studiului, antrenamentul abilităților chirurgicale presupune un timp preponderent în sala de chirurgie, iar procesul de training al echipei și altor chirurgi pe care îi formezi în chirurgia ginecologică minim invazivă cere efort și provocarea limitelor pe care chirurcii mai tineri le-au de depășit.



Prof Dr Elvira Brătilă

“Obiectivul este unul singur:
bucuria performanței noastre
este dedicată sănătății și stării
de bine a pacienților care au
nevoie de noi.”

Sunteți unul dintre cei mai renumiți chirurgi ginecologici la nivel mondial care abordează chirurgical o gamă largă de afecțiuni ginecologice și oncoginecologie, printre puținele femei care fac chirurgie minim-invazivă, la nivel de excelență. Este un nivel avansat, este dificil de atins această performanță? Ce se ascunde în spatele acestor realizări impresionate?

Mă onorează aceste calificative, care au în spate 20 de ani de formare profesională în spectrul vast al chirurgiei ginecologice, de la tratarea afecțiunilor benigne, endometriozei, adenomiozei, fibromului uterin, până la suferințe oncologice grave, cazuri dificile de cancer de col uterin, endometru sau cancer de ovar. Trecerea de la chirurgia clasică, la cea vaginală și apoi la chirurgie minim invazivă, laparoscopie sau robotică, toate aceste borne în formarea chirurgicală mi-au permis abordări diferențiate și m-au provocat în găsirea de noi soluții chirurgicale, care să ofere cea mai bună alternativă terapeutică pentru paciente. Tendința actuală în chirurgie este minim invazivitatea, este cel mai avansat standard de performanță, pe care îl putem pune în practică astăzi cu ajutorul noilor tehnologii.

“Endomedicare Academy este un centru one-stop-shop”

Ați pus bazele unei academii dedicate în totalitate endometriozei. Mai mult, sunteți deschizător de drumuri pentru tânăra generație de medici, dar și sursa de inspirație pentru colegii dvs. Care parte vă atrage cel mai mult, chirurgia sau partea academică?

Este o întrebare foarte bună, dar nu îmi pot exprima o “preferință”. Ambele roluri statuează expertiză, fiind perspectivele sale, una de ordin teoretic, cealaltă din perspectiva practicianului. Nu le pot vedea altfel decât complementare, iar expertiza este în esență consensuală între teorie și practică, raportat la utilitatea procesului medical formator.

Revenind la Endomedicare Academy, cum a luat naștere acest proiect și ce îl face unic?

Endomedicare Academy este centru multidisciplinar, integrat în jurul celei mai experimentate echipe de chirurgie din România, gândit să ofere “chirurgie one-stop-shop”, respectiv chirurgie de excizie a leziunilor de endometrioză, complet, corect și minim invaziv, de la prima intervenție chirurgicală. Acest obiectiv îl avem în vedere tot timpul, în ideea de a evita intervenții chirurgicale repetate sau riscul recidivei bolii. Suntem o echipă unită și consolidată în jurul pacientei cu endometrioză, oferind chirurgie minim invazivă, la standardul de calitate unanim acceptat la nivel internațional și validat de EuroEndoCert, într-o soluție terapeutică personalizată și unică, așa cum este fiecare pacientă. Conceptul “Endomedicare Academy” este construit în jurul verbului “to care”, care se declină astfel: îngrijire medicală de calitate a femeii cu endometrioză, 360 de grade în jurul pacientei, într-o abordare medicală și holistică, trup, minte, spirit. Fiecare caz este unic și complex, în esența sa.

După mulți ani și multe eforturi, avem în sfârșit un program național de endometrioză, un lucru extraordinar de bun pentru paciente. Personal, știu că vă datorăm acest lucru, știu că ați depus eforturi de ani de zile pentru a avea acest program, dar nu ați vrut să menționați acest lucru public. Ce înseamnă acest program și dacă ar trebuie să sperăm că într-un viitor apropiat vom avea operații decontate integrale?

Programul național de endometrioză este un prim pas către normalitate, așa zice și nădăjduiesc că vom putea regândi lucrurile pentru a da acces cât mai multor paciente la chirurgie de calitate, în centre specializate și multidisciplinare. Salut implicarea Ministerului Sănătății în implementarea acestui program. Nu mă îndoiesc că fiecare pas pe care îl parcurgem împreună în beneficiul pacientelor din România are ca fundament buna intenție și dorința de a ne implica fiecare dintre noi, ca parte a sistemului de sănătate, în evoluția lui, în interesul pacienților din România.



Contribuția în formarea unei școli de chirurgie minim invazivă în ginecologie a fost “visul omului”, îl consider un vis deja împlinit.

Cum este omul Elvira Brătilă?

Uitându-mă retrospectiv, mă consider un om împlinit și cu siguranță, determinat și dedicat oamenilor, pacienților, echipelor medicale pe care le-am format, colegilor pe care îi îndrum în parcursul lor profesional.

Endometrioza este o boală complexă care necesită tratament multidisciplinar. La Endomedicare Academy aveți lângă dumneavoastră o echipă excepțională, o parte din ea am cunoscut-o și eu ca pacientă. Aveți și un chirurg generalist de excepție, Dr Rubin Munteanu, cu cea mai mare experiență chirurgicală din România. Cât de important este să lucrezi cu chirurghi care sunt, așa cum spune o vorbă românească, ași în meserie?

Chirurgia nu este un “one-man-show”, este o contribuție a unei echipe care se aliază unui țel comun: mai binele pacienților noastre. Pentru a oferi pacientei cu endometrioza abordarea integrată, sub umbrela unui Centru de Excelență, condiția sine-qua-non este echipa ultraspecializată în tratarea acestei boli și necesităților formelor complexe, așa cum este endometrioza profund infiltrativă (DIE).

Dr Rubin Munteanu este într-adevăr as în chirurgia acestei forme dificil de gestionat, iar cazurile pe care le-am performat împreună și lipsa complicațiilor în experiența echipei noastre vin să confirme alegerea celei mai experimentate echipe de specialiști în endometrioza din România. Suntem de peste 6 ani împreună în această chimie și ne bucură performanța, într-o țară în care “toate-s vechi și nouă toate.”

Știu că aveți și multiple cursuri și stagii de pregătire profesională efectuate în Europa și SUA, alături de medici renumiți. Ce înseamnă pentru dvs., un specialist în endometrioza, cum poți deveni, în afara de a te “autodenumi”?

Medicina presupune educație și formare într-un proces continuu, care necesită atât cunoaștere teoretică, cât și punerea în practică a fiecărui progres. Prezența în cadrul congreselor, manifestărilor științifice, stagiilor de pregătire practică consolidează gradual profesionistul, care integrează toată această pregătire într-un cadru formal pe care îl numim educație. Am avut marea oportunitate de a îmi consolida pregătirea alături de reputați mentori, de la care am împrumutat atât cunoaștere, cât și valori profesionale și umane, pe care îmi doresc să le dau mai departe altor tineri chirurghi, aflați pe traseul către propria devenire.



Numele dvs este sinonim cu chirurgia robotică ginecologică. Primul chirurg ginecolog care a abordat în România robotic afecțiuni ginecologice. Ce este chirurgia robotică și cum se poate certifica un medic?

Chirurgia robotică oferă pacientelor cea mai avansată formă de chirurgie minim invazivă, permisă de tehnologia robotică daVinciXi. Fiind primul chirurg ginecolog care a introdus această nouă tehnologie în România, am avut oportunitatea de a o adresa în cazuri complexe, atent selecționate de la endometrioza la cancere ginecologice, cu bune rezultate pentru paciente în termeni de precizie a actului chirurgical și recuperare mult mai rapidă a pacientelor după chirurgie. Formarea în chirurgia robotică presupune o etapă de training specializat în mânăuarea tehnologiei, cu un proctorat în "Intuitive daVinci", urmată de practicarea unui număr de intervenții predefinite, care califică și certifică practicianul în chirurgia robotică. Bineînțeles că experiența se dobândește în timp, cu antrenament constant, lucru ce presupune o tranziție versatilă prin toate tipurile de chirurgie, pentru a deveni performant la acest nivel.

Sunteți unul dintre cei doi specialiști în endometrioza din România, care conduceți centre de endometrioza certificate EuroEndo Cert, în urma unui audit extern. Nu v-ați autodenumit Centru de Excelență, vi s-a acordat aceasta titlatură. Ce reprezintă această certificare și de ce nu orice centru o poate obține?

Endomedicare Academy a primit încă de acum 2 ani validarea EuroEndoCert și European Endometriosis League și titlatura de "Centru de Excelență în diagnosticul și tratamentul endometriozei". Certificarea centrelor specializate în endometrioza presupune respectarea unor criterii și standarde de calitate pe care auditorii externi, centre specializate în patologie, de asemenea, le solicită în procesul de certificare. Întrunirea acestor criterii și norme validează expertiza centrului și oferă garanția credibilității în raport cu serviciile medicale oferite pacienților. Această evaluare este reverificată anual, o garanție în plus și un semnal al transparenței deciziei de acreditare și de poziționare a centrului la exigența standardului de excelență.

În lunie toată lumea medicală va fi cu ochii pe dvs și pe România. Congresul European de Endometrioza al cărui președinte sunteți va avea loc în București. Ce ne puteți spune despre programul științific?

Desfășurat sub egida European Endometriosis League, Congresul European de Endometrioza va fi, cu siguranță, un eveniment de referință, în cadrul căruia și-au anunțat participarea renumiți specialiști din Europa și din lume. Programul științific acoperă spectrul larg al patologiei, iar manifestările Congresului vor aduce, cu siguranță, noi perspective și abordări inovatoare, într-o patologie care nu încetează să ne surprindă, prin complexitate, prin specificitatea cazurilor, prin multiplele fațete și forme de manifestare ale bolii.

Spicuiesc din programul științific anunțat: Endometriosis School, Curs de diagnostic ecografic al endometriozei, și bineînțeles, sesiunea de Live-surgery, care va aduce în atenția participanților la Congres 4 intervenții minim invazive pentru cazuri complexe de endometrioză, transmise din Spitalul Memorial din București și din Porto Spania. Intervențiile din București vor fi efectuate de mine, de Prof. Horace Roman și de Dr. Shaheen Khazali, iar intervenția din Porto va fi efectuată de Dr. Helder Ferreira.

**“Mă voi bucura să îi
întâmpin pe invitații
noștri în București,
România, în luna iunie”.**

**Aveți un mesaj pentru colegii dvs care vor vizita
România, ca punct de referință pe harta
endometriozei?**

Sunt onorată să găzduim în România această manifestare științifică de amploare, Congresul European de Endometrioză fiind un eveniment reper în acest domeniu, al cercetării și cunoașterii endometriozei, un bun prilej de a revedea în București colegi din Europa și din lume, reputați specialiști în această patologie. Faptul că România va deveni un punct de referință pe harta onorantă a expertizei în diagnosticul, tratamentul și chirurgia minim invazivă a endometriozei mă motivează în parcursul meu de a aduce în sinergie opinia experților relevanți la nivel mondial, într-o patologie care necesită supraspecializare. România a fost întotdeauna o destinație plăcută și o gazdă bineprimitoare. Mă voi bucura să îi întâmpin pe invitații noștri în București, România, în luna iunie.

7th EUROPEAN ENDOMETRIOSIS CONGRESS

6-8th
of June
2024

- EEC 2024 CONGRESS PRESIDENT
Prof. Elvira BRĂȚILĂ
- EEL PRESIDENT
Dr. Harald KRENTEL
- EEC 2024 HONORARY PRESIDENT
Prof. Jörg KECKSTEIN

Strângere de fonduri

Elena este una dintre multe femei care trăiește cu endometrioza și care, în această perioadă, are mare nevoie de ajutor financiar pentru a ajunge pe masa de operație. Pe lângă endometrioza profundă, Elena are și multiple fibroame uterine, care îi afectează și ele calitatea vieții.

Durerea, sângerările, oboseala cronică, problemele de fertilitate și multe altele au fost parte din viața ei de mai bine de 10 ani, dar acestea nu au împiedicat-o să-și păstreze bucuria de a trăi și zâmbetul pe buze. Simptomele acestea nu sunt doar o listă rece de cuvinte, așa e viața ei în fiecare zi.

A trecut deja printr-o miomectomie clasică în 2012 și un chiuretaj biopsic și hemostatic în 2023, dar bătălia încă nu s-a încheiat. Alte multe fibroame s-au dezvoltat care îi provoacă hemoragii și dureri. Diagnosticată și cu endometrioza profundă în 2021, dar cu simptome inexplicabile de foarte mulți ani, Elena a găsit un medic dispus să o opereze robotic pentru a elimina fibroamele și leziunile de endometrioza, fără a scoate uterul, o opțiune care i s-a tot sugerat până acum.



Operația robotică este destul de costisitoare, peste 10.000 de euro, de aceea, a pornit o campanie de crowdfunding pentru a strânge mai repede fondurile necesare.

Citește mai multe despre povestea Elenei și donează și tu:

<https://gogetfunding.com/makeelenahealthy/>

Fiecare donație contează și o va încuraja pe Elena să meargă cu încredere pe drumul către vindecare!

IBAN: RO94INGB0000999900097868

Nume Beneficiar: Elena Cornelia Dobre

Banca Beneficiar: ING Bank Bucuresti Centrala



Multumim, domnule doctor David Redwine!

**Născut pentru a îmbunătăți
viețile a milioane de pacienți**

În octombrie 2023, pacienții și medicii din întreaga lume care au auzit de Dr. Redwine, i-au citit lucrările, l-au cunoscut sau au avut norocul să lucreze cu el, au aflat că a decedat. O figură proeminentă printre specialiștii în endometrioza, Dr. Redwine a fost un pilon de forță și cunoștințe și pentru pacienți. Prin intermediul site-ului său Endopeadia, multe femei cu endometrioza au aflat informații utile. Mai mult, multe i-au solicitat ajutorul; un sfat cu privire la ce să facă până la a-i cere să revizuiască fotografiile lor chirurgicale. Cu un simț al umorului dezvoltat, Dr. Redwine a salvat multe femei cu endometrioza de la operații greșite.

Deși nu l-am întâlnit personal, eu Camelia, de-a lungul anilor de când am devenit parte a comunităților de endometrioza, am discutat cu dumnealui destul de des. De asemenea, am avut onoarea să-mi citească ghidul **Endometrioza de la A la Z**, și să-mi ofere și o revizuire acestuia. Fără să-i știe că citea munca unui pacient, doctorul Redwine s-a arătat încântat de calitatea informațiilor din ghidul mai sus numit. De asemenea, a scris și două articole pentru site-ul meu **endoro-online.org**.

Acest lucru l-a făcut să-i opereze el pentru a vedea ce se întâmplă. Ceea ce a găsit au fost semne de ablație, așa că a excizat zonele și le-a trimis medicului patolog. Această simplă curiozitate a dus în cele din urmă la schimbări uimitoare în îngrijirea endometriozei în întreaga lume. În plus față de semnele ablației, a găsit și țesuturi de endometrioza active.

Un om simplu, Dr Redwine se compara cu un ginecolog de la țară care locuiește la mii de km distanța de cea mai apropiată autostradă. De fapt, el a fost un om de știință plin de compasiune, dar și un ginecolog, care avea capacitatea de a asculta cu atenție pacienții, de a le urmări simptomele conducându-l la descoperiri uimitoare care nu reflecta ideile general acceptate. Capacitatea sa de a asculta a salvat calitatea vieții pacienților din întreaga lume, culminând cu medici care au început să pună în practica descoperirile sale despre simptome ale bolii, impactul acestora asupra vieții, cum arăta, unde a fost găsită și cum poate fi eliminată. A fost unul dintre noi.

Văzut de Nancy Petersen

Dr. David Redwine a început să aprofundeze endometrioza după ce a văzut-o pe prima soție luptându-se cu boala carea avea dificultăți în a găsi un tratament adecvat. În cele din urmă, un coleg a operat-o corect, schimbându-i cursul vieții.

În același timp, Dr Redwine a început să observe că pacienții săi cu endometrioza nu răspundeau eficient la standardele acceptate de tratament care includeau ablația leziunilor și anticoncepționale.



Dr Ioana Iordache:

Între profesie și experiența personală cu endometrioza

Endometrioza m-a ajutat pe mine să-mi găsesc echilibrul și mi-a ajutat pacientele, le inteleg, le consilies altfel, după ce am citit tot ce se putea despre dietă și stilul de viața în endometrioză



Bună, sunt Ioana, medic ginecolog cu supraspecializare în infertilitate și pacientă cu endometrioză. Ca noi toate, am crescut într-o societate în care imaginea doctorului trebuie să fie una impecabilă, de parcă halatul alb ar fi o armură în fața tuturor problemelor, ei bine, nu!

Țin minte reacția de mirare a unei colege cu care eram la consultații, atunci când i-am spus unei paciente cu endometrioză că știu prin ce trece, că sunt în aceeași situație, i s-a părut contrariant să recunosc că am și eu endometrioză.

Lupta mea cu endometrioza a început probabil în adolescență, atunci când un sindrom ovulator dureros i-a făcut pe ai mei să mă ducă de urgență la spital pentru o suspiciune de apendicită, atât de dureros era. Ulterior am fost bine, până în ultimii ani de rezidențiat, când într-o gardă, durerea puternică m-a trimis la o ecografie și am văzut leziunile de endometrioză. Am terminat garda și am plecat spre mare, aveam un weekend liber, am citit tot timpul despre cauze, stil de viață, tratament, nu înțelegeam de ce trec eu prin asta, ce trebuie să învăț?!

Trebuia să înveț că organismul funcționează după reguli, că nu este o baterie nepuizabilă și că totul la un moment dat se plătește, chiar și hormonal vorbind.



Cred că natura și organismul fiecăreia lucrează doar în favoarea noastră, că trebuie să îl ascultăm. Cred că endometrioza apare ca un semnal de alarmă, în urma căreia să înțelegi că nu ești bine, că trebuie să te recompu ca să fii în echilibru.

Noapțile nedormite, gărzile numeroase, mâncatul pe fugă, lipsa mișcării, cele 5-6 kg în plus se vedeau și pe fața mea, nu doar în interior. Toate astea m-au făcut să înțeleg că sunt într-un dezechilibru hormonal și că de acolo trebuie să încep. Nu există echilibru hormonal cu somn insuficient, cu mâncat haotic și stres cronic.

Lucram într-un spital unde se face chirurgie de excelență pentru endometrioza și unde vedeam multe paciente cu această problemă, care mi se adresau mie pentru tratamentul infertilității. Paciente care asociază endometrioza și infertilitate au fost mereu o provocare profesională pentru mine și mi s-a părut că trebuie să știu mai multe despre boala asta, dincolo de cărți și cursuri și așa a fost, a început totul ca o călătorie pentru mine dar și pentru paciente.

Motivul pentru care aleg să scriu și să fac publică experiența mea este să încurajez alte femei, să înțeleagă că orice lucru are rezolvare dacă știi cum să-l abordezi și unde să ceri ajutorul. Sigur, poate pentru că sunt ginecolog am reușit să înțeleg simptomele la timp, să nu ajung într-un stadiu în care chirurgia ar fi fost necesară.

Ce am făcut eu? Am ales să urmez un tratament medicamentos (nu este necesară momentan o intervenție chirurgicală), pe o durată de 16 luni (atât am rezistat eu și nu încurajez pe nimeni să o facă mai mult fără supraveghere atentă), am trecut pe rând prin toate stările date de inducerea medicamentoasă a menopauzei.

Am ales să am o rigoare și o disciplină de viață ca a unui soldat (da, la zece jumătate seara sunt în pat) și să îmi personalizez dieta după rațiuni simple, anti-inflamatorii (fără lactate, carne roșie, gluten – atât cât este posibil). Sunt sigură că orele de pilates mă ajută mult să controlez simptomatologia și la aproape 2 ani de la diagnosticarea bolii, leziunile sunt extrem de mult diminuate.

Sunt aici, în calitate de medic și femeie, am scris toate rândurile de mai sus ca să știți că sunt exact ca voi și că nu treceți singure prin experiența asta.



“Sunt aici, în calitate de medic și femeie, am scris toate rândurile de mai sus ca să știți că sunt exact ca voi și că nu treceți singure prin experiența asta”



Dr Adelina BIRCEANU: Diagnosticul histopatologic al endometriozei

ENDOMETRIOZA
ESTE FORMATĂ DIN
GLANDE ȘI STROMA

Dr Adelina Birceanu
medic primar
anatomie-patologica
Pathoteam Diagnostic

Din punct de vedere al diagnosticului histopatologic, endometrioza este o leziune alcătuită din glande de tip endometrial care se dispun într-o stroma fuziformă, endometrială. Diagnosticul histopatologic de endometrioza se pune de către un medic anatomopatolog și constă în examinarea microscopică și macroscopică a țesuturilor prelevate în timpul intervenției chirurgicale.

La finalul intervenției chirurgicale, anumite țesuturi endometrioze din diferite localizări precum ovare, trompe uterine, peritoneu, intestin sunt trimise către laborator în recipiente speciale. Odată ajunse în laborator, urmează procesul de prelucrare al acestora, care este format din mai multe etape, precum:

- Înregistrarea probei;
- Examinarea macroscopică și prelevarea fragmentelor tisulare necesare;
- Includerea în parafină (ceară);
- Microtomia și etalarea pe lamă;
- Colorarea și montarea pe lame;
- Examinarea microscopică a lamelor;
- Redactarea raportului histopatologic de către medicul anatomopatolog;
- Arhivarea probei.

Toate aceste etape se fac cu deosebită atenție, de către personal calificat, urmărind protocoalele în vigoare. La sfârșitul acestui proces, constatările medicului anatomopatolog vor fi incluse într-un raport histopatologic.

Ce este raportul histopatologic?

Raportul histopatologic este un document medical, elaborat de către un medic anatomopatolog în urma prelucrării și interpretării probelor prelevate în timpul intervenției chirurgicale. Raportul conține diagnosticul final, și care după caz, poate fi folosit în stabilirea tratamentului și a prognosticului afecțiunii.

Datele care sunt incluse în raportul histopatologic sunt:

- Datele pacientei
 - Diagnosticul de trimitere
 - Piese trimise: ovar, trompă uterină, nodul, uter, etc
 - Medicul trimițător
- În afară de aceste date, raportul conține obligatoriu și:
- descrierea macroscopică a piesei - ceea ce vede medicul specialist cu ochiul liber;
 - descrierea microscopică a piesei - ce vede medicul la microscop.

Această etapă este una foarte importantă, dependentă de experiența și cunoștințele medicului specialist anatomopatolog, cea în care se stabilește diagnosticul corect.

- concluzia diagnostică - pentru a pune diagnosticul de endometrioză, țesutul examinat trebuie să conțină atât glande cât și stromă.
- semnătura și parafa medicului anatomopatolog.

Este diagnosticul ușor de pus?

În examinarea microscopică, medicul specialist identifică cel puțin 2 caracteristici:

- Glande de tip endometrial formate din epiteliu de tip Müllerian. De asemenea, specialistul va analiza dacă glandele prezintă atipii degenerative sau metaplazie.
- Stroma de tip endometrial, conține, de obicei, o rețea capilară fină, poate suferi la rândul ei schimbări precum fibroză sau modificări deciduale.

Există și cazuri când singura componentă identificabilă la microscop este stroma și în acest caz avem de-a face cu un tip de endometrioză stromală. În principiu, diagnosticul histopatologic al endometriozei este ușor de pus; pot exista însă dificultăți care rezultă din modificări ale țesutului endometrioic de-a lungul timpului.

Aceste modificări pot consta în alterarea sau absența glandelor sau a stromei.

Componenta stromală poate fi alterată de fibroză, dar și de modificări mixoide și modificări deciduale. De asemenea, modificările inflamatorii și reactive care au loc în endometrioză pot complica rezultatele histologice.

O altă dificultate care poate apărea în diagnosticul histopatologic este atunci când focarele endometrioice se asociază cu o altă afecțiune, cum ar fi leiomiomatoza peritoneală sau gliomatoza, rezultând un aspect histologic potențial confuz.

Autorii unui studiu efectuat în Norvegia pentru a afla confirmarea histologică a endometriozei în diferite leziuni peritoneale, arată că din cele 152 de paciente, endometrioza formată din glande și stromă a fost diagnosticată doar la 78 de paciente. Dacă criteriul de diagnostic ar fi fost extins și ar fi cuprins și endometrioza stromală, atunci 82 de paciente ar fi fost diagnosticate cu endometrioză.

Imunohistochimia, un plus în diagnosticul endometriozei

În cazul specimenelor greu de evaluat cu ajutorul histologiei clasice, imunohistochimia poate fi folosită pentru a obține un diagnostic de certitudine. În astfel de cazuri examenul histopatologic va fi completat și de examenul imunohistochimic al țesutului prelucrat la parafină. Medicul anatomopatolog poate utiliza diferiți markeri imunohistochimici pentru confirmarea diagnosticului, precum CD10 – care va fi pozitiv în stroma endometrială și ER, PR și PAX2 – care vor fi pozitive în glandele endometriale și în stroma endometrială.



Ce Oferim:

Terapie Aba

Terapie de integrare senzoriala

Masgutova

Terapie Bowen

Logopedie și stimularea limbajului

Masaj logopedic și taping kinesiologic

Căști Forbrain

Sonde logopedice clasice și vibrationale

Consiliere psihologica

Evaluări psihologice

Consilierea și susținerea copiilor cu boala celiaca

Consilierea și susținerea cuplurilor infertile

Ateliere și seminarii pentru specialiști și părinți pe diverse teme educaționale



Tel contact : 0752338128

roxana_gabriela_macarii@yahoo.com

Mituri despre ENDOMETRIOZĂ

Există multe mituri despre endometrioză.

Endometrioza este o boală cronică care până acum nu are vindecare. O boală care a fost menționată în cărțile de medicină de sute de ani, semnele și simptomele ei fiind menționate și pe vremea lui Hipocrate. Care dintre aceste mituri sunt cele mai periculoase, este greu de spus, dar toate pot avea un impact negativ asupra vieții cuiva.

Sarcina poate vindeca endometrioza

Sampson și Meigs, două figuri proeminente, au contribuit la acest mit. În primul rând, Sampson prin teoria sa conform căreia endometrioza este cauzată de menstruația retrogradă și oprirea acesteia prin sarcină poate vindeca endometrioza, iar Meigs, care a susținut că creșterea incidenței endometriozei rezultă din căsătorii și nașterii întârziate. În realitate, multe femei cu endometrioză au născut, iar endometrioza era încă acolo.

Histerectomia vindeca endometrioza

Din nou, aceeași veche teorie a menstruației retrograde. Mucoasa uterului este cauza endometriozei, ca atare eliminând-o, scăpăm de menstruație, astfel endometrioza se vindecă. Endometrioza este o boală care prin definiție se găsește în afara uterului, ca atare extirparea unui organ care nu are legătura cu ea, nu o va vindeca, mai ales dacă leziunile nu sunt îndepărtate. Pe de altă parte, histerectomia este un remediu pentru adenomioză.

Menopauza vindeca endometrioza

Fie că este vorba de menopauza naturală sau de menopauză temporară, acesta este un alt mit al endometriozei furnizat de Sampson. Endometrioza este considerată a fi o boală dependentă de estrogen. Deoarece în timpul menopauzei nivelurile de estrogen sunt reduse, se crede că leziunile de endometrioză se vor micșora/nu mai provoca probleme. Leziunile endometriozei produc proprii estrogeni, plus ovarele nu sunt singura sursă de estrogeni, asta înseamnă că menopauza are un efect redus sau deloc asupra leziunilor de endometrioză. Leziunile pot continua să crească și pot duce la o formă severă de endometrioză.

Îndepărtarea ovarelor poate vindeca endometrioza

Deși această metodă ar putea fi mai puțin oferită persoanelor care suferă de endometrioză, din cauza impactului menopauzei precoce, este încă una dintre metodele considerate un remediu pentru endometrioză. De fapt, îndepărtarea ovarelor are zero impact asupra endometriozei, deoarece acestea nu sunt implicate în modul în apariția endometriozei. Îndepărtarea lor poate duce la probleme precum osteoporoza, bufeuri și alte probleme asociate menopauzei care pot afecta negativ sănătatea mintală

Tratamentul hormonal vindecă endometrioza

Aceasta este una dintre cele mai utilizate metode de tratament pentru endometrioză, din întreaga lume. Raționamentul din spatele acestui lucru este că endometrioza este cauzată de menstruația retrogradă, ca urmare o astfel de medicație hormonală va opri menstra, vindecând în schimb endometrioza.

Obezitatea are multiple implicații asupra sănătății în general, inclusiv pe partea ginecologică

Dr Ștefan Tucă: Excesul ponderal, legatura cauzală sau unul dintre efectele endometriozei?

Organizația Mondială a Sănătății definește obezitatea ca acumularea anormală sau excesivă de grăsime care prezintă un risc pentru sănătate.

Obezitatea este o afecțiune cronică care are un impact negativ asupra calității vieții și care crește riscul de comorbidități, unele dintre acestea destul de serioase. Între obezitate și endometrioză nu există o legătură sigură, însă există studii care menționează obezitatea ca unul dintre factorii de risc ai endometriozei. Printre acestea se află și studii potrivit cărora femeile cu endometrioză care sunt obeze au un grad sever de endometrioză.

Un astfel de studiu a fost efectuat în Australia pe un eșantion de 700 femei diagnosticate chirurgical cu endometrioză. Concluziile studiului au arătat că deși rata de incidență a endometriozei la femeile obeze este mai mică, comparativ cu cele normoponderale, acestea au un risc mai mare de a avea endometrioză severă.

Există însă și studii care sugerează că pentru fiecare 5 kg/m², riscul de a dezvolta endometrioză este redus cu 33%. Este vorba de o meta-analiză, inclusiv o investigație cantitativă a 11 studii, intitulată "Care este legătura dintre endometrioză și adipozitate?, și care a fost efectuată în Korea. Autorii studiului sugerează, totuși, că în cazul femeilor cu IMC mare este mai puțin probabil să li se recomande intervenția chirurgicală pentru durerea pelvină, reducând astfel șansele ca endometrioză să fie diagnosticată laparoscopic.



Dr Ștefan Tucă:

medic primar
chirurgie generală

Un alt studiu efectuat în Australia, publicat în 2022 în Obesity Research & Clinical Practice, pentru a vedea dacă există o legătură între indicele de masă corporală și diagnosticul endometriozei, care a analizat date de la 11.794 tinere femei, concluziile arată că persoanele cu exces ponderal au avut un risc mai mic de endometrioză confirmată în comparație cu femeile cu greutate stabilă. Pe de altă parte, riscul de endometrioză suspectată clinic a fost mai mare în rândul femeilor cu exces ponderal comparativ cu cele cu greutatea normală.

Deși o cauză exactă dintre obezitate și endometrioză nu a fost încă stabilită, anumite aspecte ale endometriozei pot duce la creșterea în greutate. Tratamentele hormonale care induc menopauza recomandate de multe ori în endometrioză pot avea ca efect secundar fie creșterea în greutate, fie pot face dificilă pierderea în greutate. Mai exact, în menopauză estradiolul, hormonul care ajută la reglarea metabolismului și a greutății corporale, scade. Nivelurile mai scăzute de estradiol pot duce la creșterea în greutate.

Riscurile obezității

Unul dintre riscurile obezității în cazul femeilor este afectarea fertilității. Excesul ponderal duce la dereglarea hormonală dar și la niveluri ridicate de androgeni, care combinate pot cauza o disfuncția secreției de hormoni gonadotropine hipotalamice, rezultând o reducere a numărului de foliculi, precum și a nivelului de progesteron.

Riscuri intra și postoperatorii

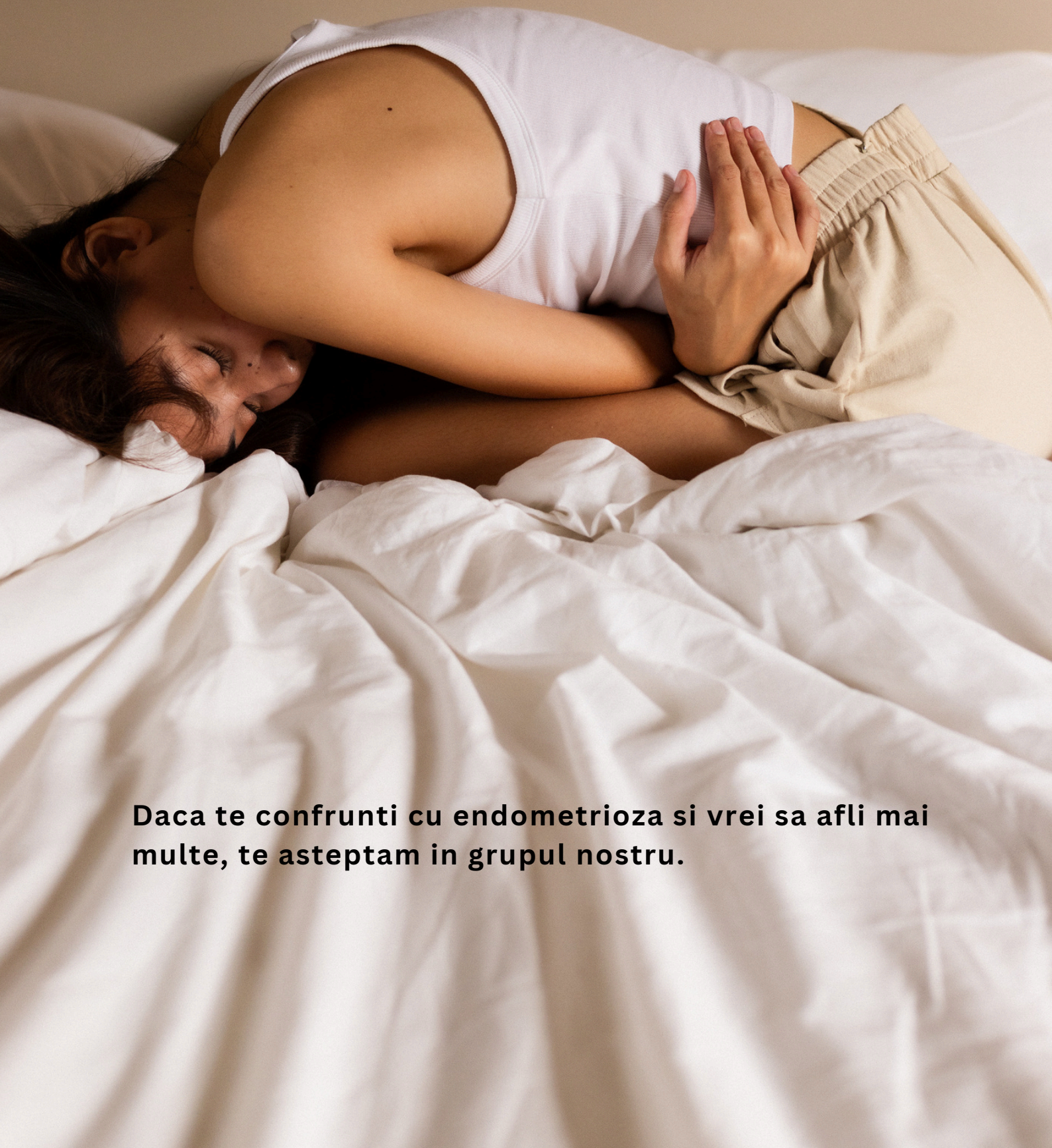
Excesul ponderal crește riscurile asociate intervenției chirurgicale necesare de multe ori în cazul endometriozei. Obezitatea este un factor de risc semnificativ pentru infecție plăgilor, pierdere de sânge și un timp mai lung de operație. Recuperarea poate fi mai dificilă și de lungă durată, iar spitalizarea și ea poate fi mai lungă.



www.sleevegastric.ro

www.stefantuca.ro

GRUP FACEBOOK EDUCATIE IN ENDOMETRIOZA



Daca te confrunti cu endometrioza si vrei sa afli mai multe, te asteptam in grupul nostru.

25% și 50% dintre femeile infertile au endometrioză și 30-50% dintre paciențele cu endometrioză sunt infertile

Dr Raluca ENCIU: “Chiar dacă uneori parcursul până la momentul magic în care să îți ții bebelușul în brațe poate fi lung și anevoios, noi medicii suntem alături de tine”

Endometrioza este o afecțiune cu impact negativ asupra fertilității, însă în anumite cazuri se poate obține o sarcină. Ce ar trebui să știe o femeie cu endometrioză care își dorește o sarcină?

Endometrioza este o patologie benignă, cronică, cu care paciențele se confruntă întreaga viață, de aceea diagnosticul timpuriu și managementul corect sunt esențiale. Endometrioza este o boala frecventă în rândul tinerelor, dar poate afecta femeile de orice vârstă. Se estimează că 1 din 10 femei suferă de endometrioză, în lume fiind aproximativ 176 milioane de femei cu acest diagnostic.

Datele actuale arată că între 25% și 50% dintre femeile infertile au endometrioză și că 30-50% dintre paciențele cu endometrioză sunt infertile. Un cuplu fără probleme de fertilitate are șanse într-o lună să obțină o sarcină de 15-20%, însă la paciențele cu endometrioză aceste șanse sunt reduse la 2-10%.

În cazul în care un cuplu care și dorește un copil nu reușește să conceapă, ce ar trebui să facă?

Rata lunară de obținere a unei sarcini la un cuplu normal din punct de vedere a fertilității este de 15-20% comparativ cu 2-10 % în cadrul unui cuplu cu parteneră ce suferă de endometrioză. Astfel, atitudinea expectativă este uneori în defavoarea pacientei.

Pentru paciențele cu endometrioză, ce au vârsta sub 35 de ani și contact sexual neprotejat de mai mult de 12 luni și pentru acelea cu vârstă peste 35 de ani și contact sexual neprotejat de mai mult de 6 luni se recomandă o atitudine activă în vederea obținerii unei sarcini.



Dr Raluca Enciu

**medic specialist
obstetrica-ginecologie**

Este bine să abordeze acest aspect cu medicul curant ginecolog și ulterior să se adreseze unui centru de reproducere umană asistată. Atunci când stabilim o strategie terapeutică trebuie să luăm în calcul o serie de factori: vârsta pacientei, durata infertilității, simptomatologia și stadiul endometriozei.

Pentru paciențele cu rezervă ovariană foarte redusă ($AMH < 0,5 \text{ ng/dl}$) se va urgenta procedura FIV, intervenția chirurgicală asupra ovarelor se va evita din cauza riscului de reducere a rezervei ovariene ce ar putea impune apelarea ulterioară la ovocite donate.

Procedura de fertilizare în vitro ar trebui luată în considerare la paciențele cu endometrioză și infertilitate atunci când:

o procedurile de inseminare artificială au eșuat timp de 6 luni

o endometrioză aflată în stadiile III-IV

o afectarea funcției tubare

o asocierea infertilității de cauză masculină

o alte tratamente pentru obținerea sarcinii au eșuat

Procedurile de reproducere umană asistată au crescut șansele pacientelor cu endometrioză de a obține o sarcină și reprezintă o soluție, uneori singura soluție pentru acele paciențe cu afectare severă, la care rata de obținere a unei sarcini spontane este extrem de redusă.

Care sunt stadiile endometriozei care impactează cel mai mult obținerea unei sarcini?

Am putea spune că endometrioza e o boală ciudată pentru că atunci când vine vorba de intensitatea durerii, studiile spun că nu se corelează cu severitatea bolii, însă în schimb atunci când analizăm infertilitatea știm că ea se corelează cu stadiul bolii, deci ne așteptăm ca paciențele cu stadii severe III-IV să asocieze mai frecvent infertilitatea.

Deși endometrioza afectează fertilitatea la multiple nivele, cu atât mai mult în stadiile III și IV, distorsiunea anatomiei pelvine poate reprezenta o cauză principală de infertilitate. Astfel restaurarea anatomiei pelvine printr-o intervenție chirurgicală corect efectuată ar putea reprezenta principalul beneficiu în vederea obținerii unei sarcini.

O cercetare efectuată în Royal Hospital for Women, Sydney asupra pacientelor cu endometrioza stadii severe III-IV, pentru care s-a intervenit chirurgical la nivelul ovarelor și pentru leziunile de endometrioza profundă a înregistrat o rată crescută de obținere a sarcinii, 73 %. Dintre acestea 63 % au obținut spontan sarcina și 37 % prin proceduri de reproducere umană asistată. H. Roman raportează de asemenea o rată mare de sarcină după intervenția chirurgicală chiar și la paciențe cu forme severe de endometrioza colorectală. Probabilitatea de a obține sarcina la 12 luni a fost 33,4 %, la 24 luni 60,6 %, la 36 luni 77 % și 86,8 % la 48 luni.

Odată obținută o sarcină, cum va decurge aceasta?

Paciențele ce suferă și de endometrioza, trebuie să știe că pe parcursul celor 9 luni de sarcină nu vor avea de efectuat teste suplimentare față de cele uzuale.

Rezultatele studiilor ce au evaluat rata complicațiilor în sarcină la paciențele cu endometrioza sunt contradictorii, unele dintre ele atestă o rată mai mare pentru avort spontan, placenta praevia, preeclampsia, sângerare pe parcursul sarcinii și naștere prematură, în timp ce alte numeroase studii au demonstrat că nu există nicio asociere între endometrioza și o sarcină cu risc.

De cele mai multe ori sarcina va decurge fără complicații, cu toate acestea gravidele cu endometrioza pot avea câteva riscuri. Nu se cunoaște cu exactitate mecanismul responsabil de rata ușor mai mare a complicațiilor în timpul sarcinii la paciențele cu endometrioza. Se consideră că inflamația mai intensă, contractilitatea uterului și prezența țesutului endometrial în afara endometriului ar putea fi responsabile de apariția complicațiilor.



**Sarcina poate vindeca
endometrioza este un mit, din
păcate!**

Care este perioada sarcinii cu cel mai mare risc?

În ceea ce privește evoluția sarcinii, primul și ultimul trimestru sunt perioadele cu cel mai mare risc. În primul trimestru există un risc mai mare de avort spontan, iar în trimestrul trei pot apărea complicații precum sângerarea, preeclampsia, restricția de creștere fetală, uneori acestea ducând la naștere prematură.

În ceea ce privește endometrioza, literatura de specialitate ne indică a doua jumătate a sarcinii și travaliul ca fiind perioadele cu risc de complicații. La pacientele cu endometrioame poate apărea ruptura spontană a chistului sau torsiunea de ovar. Aceste complicații sunt deosebit de rare deoarece cămașă chisturilor endometrioizice este de consistență crescută, iar ovarele sunt fixate prin aderențe în pelvis. Au mai fost descrise cazuri de hemoragie spontană intraabdominală, ruptura uterina sau perforația intestinului la paciente cu forme severe.

**Cum naștem, natural sau prin cezariană?**

Nu există date în literatura care să impună nașterea prin operație cezariană la pacientele cu endometrioză. Cu toate acestea se constată o incidență ușor mai mare de naștere prin operație cezariană decât în populația generală. Medicul va lua în calcul toți factorii obstetricali și vă decide împreună cu pacienta modalitatea nașterii.

Pentru pacientele cu rezecții rectale joase, nașterea prin cezariană este de preferat pentru a evita posibile complicații la nivelul anastomozei.

Ce se întâmplă cu endometrioza pe durata sarcinii și alăptării?

Sarcina poate vindeca endometrioza este un mit, din păcate. Pacientele nu trebuie să considere sarcina ca o strategie pentru managementul sau tratamentul endometriozei. Conform studiilor, simptomele și evoluția endometriozei pot fi diferite de la pacientă la pacientă. Femeile ce suferau de durere intensă la menstruație, pe parcursul sarcinii prin lipsa menstruației pot constata o îmbunătățire a calității vieții.

Unul dintre medicamentele utilizate pentru diminuarea simptomelor asociate endometriozei și încetinirii vitezei de evoluție este progestinul, care este o variantă sintetică de progesteron. Pe parcursul sarcinii se sintetizează nivele crescute de progesteron, astfel se explică de ce boala nu evoluează de cele mai multe ori în aceasta perioadă.

Pe de altă parte un alt hormon aflat la cote maxime în sarcina este estrogenul, endometrioza fiind o boala estrogen dependentă, acest fenomen poate explica de ce unele paciente se confruntă totuși cu evoluția bolii în sarcină.

În special acele paciente care au durere cronică pelvină pot resimți intensificarea durerii dată de creșterea uterului, tracționarea ligamentelor care îl ancorează în pelvis și presiune suplimentară pe leziunile de endometrioză existente.

Cu toate acestea de cele mai multe ori pacientele cu endometrioză confirmă diminuarea simptomelor dureroase pe parcursul sarcinii și alăptării și din păcate reapariția simptomelor odată cu reluarea menstruațiilor. Chiar dacă uneori parcursul până la momentul magic în care să îți ții bebelușul în brațe poate fi lung și anevoios, nu uita că dacă îți dorești cu adevărat vei reuși, iar noi medicii suntem alături de tine!



Dr Ramiro CABRERA, specialist endometrioză, Mexic., Mexic:

Aderențele postoperatorii

Aderențele postoperatorii sunt benzi fibrotice care se formează între țesuturi și organe în urma procedurilor chirurgicale, în special în cavitățile abdominale și pelvine.

Aceste aderențe sunt o cauză majoră de morbiditate, ducând la complicații precum dureri. Fiziopatologia aderențelor postoperatorii implică o cascadă de evenimente reglate de diverși factori celulari și umorali, inclusiv capacitatea fibrinolitică peritoneală insuficientă. Formarea aderențelor postoperatorii este o consecință naturală a traumei și vindecării tisulare chirurgicale. Studiile pe animale au arătat că administrarea de TGF- β 1 în abdomenul postoperator îmbunătățește formarea de aderențe, în timp ce blocarea TGF- β 1 prin tratamentul cu anticorpi inhibitori scade formarea de aderențe.

Mai mult, s-a sugerat că capacitatea fibrinolitică peritoneală insuficientă este factorul principal în determinarea formării aderenței postoperatorii. În ciuda tehnicilor chirurgicale meticuloase, aderențele postoperatorii se dezvoltă la majoritatea pacienților supuși unei intervenții chirurgicale abdominopelviene.

Pentru a preveni formarea aderențelor postoperatorii, au fost propuse diverse strategii, inclusiv utilizarea materialelor bioabsorbabile, suspensie ovariană la paciențele supuse unei intervenții chirurgicale laparoscopice pentru endometrioză și agenți farmacologici precum antiinflamatorii, antiestrogenii și antioxidanții. În plus, utilizarea antagoniștilor receptorilor neurokininei-1 hidrogel de chitosan termosensibil încărcat cu nanoparticule de naproxen și medicina tradițională japoneză au fost, de asemenea, investigate pentru potențialul lor în prevenirea aderențelor postoperatorii.

Mai mult, a fost evaluată eficiența hialuronatului de sodiu, a uleiului de susan și a parafinei lichide în prevenirea formării aderenței chirurgicale postoperatorii. Alte studii au examinat utilizarea membranelor bioresorbabile de hialuronat-carboximetilceluloză, interferonul γ și inhibitorul activatorului de plasminogen ca posibile măsuri preventive.

În concluzie, prevenirea aderențelor postoperatorii este o problemă complexă și cu mai multe fațete și au fost explorate diverse abordări pentru a aborda această provocare. Cercetări suplimentare, inclusiv studii preclinice și clinice, sunt necesare pentru a evalua eficacitatea acestor strategii de prevenire și pentru a dezvolta linii directe cuprinzătoare pentru implementarea lor.

Chirurgie robotică urologică

Afecțiuni benigne și maligne

Cu peste 20 de ani de experiență și peste 10.000 de intervenții chirurgicale, Dr. Pătrașcoiu este un chirurg urologie de înaltă calificare, cu sediul în București, România.



Contact

e-mail:
dr.sorinpatrascoiu@gmail.com

Dr Sorin Pătrașcoiu
medic primar urologie

www.drсорinpatrascoiu.ro

Dr Mihaela Radu

Histeroscopia și rolul acesteia

Ce este histeroscopia?

Histeroscopul este un instrument medical utilizat pentru vizualizarea interiorului uterului. Presupune introducerea unui telescop cu o camera, care poate avea dimensiuni variabile în funcție de scopul histeroscopiei – mai subțire, doar vizualizare, atunci se numește histeroscopie diagnostică, sau pentru a trata o afecțiune, în acest caz instrumentul are un diametru mai mare și se numește histeroscopie operatorie.

În ce afecțiuni poate fi folosită?

Histeroscopia este o investigație frecvent folosită în Departamentul de Reproducere Umană Asistată și Fertilizare în Vitro, pentru pacientele cu infertilitate. Ea are un rol esențial în tratamentul sînechiilor, septurilor, anomaliilor de conformație a cavității uterine, excizia formațiunilor intracavitare cum ar fi polipi sau fibroame, dar este extrem de utilă și în oncologie pentru biopsiile țintite de endometru sau ablațiile de endometru. Pacientele tinere cu cancer de sân cu receptori de estrogen prezenți, vor urma timp de 5 sau 10 ani tratament hormonal.

Tamoxifenul are ca reacție adversă îngroșarea endometrului, formarea polipilor endouterini și ulterior poate să apară chiar cancerul endometrial. Pacientele în tratament cu Tamoxifen necesită o urmărire ecografică atentă a endometrului, chiar la 3-4 luni pentru a sesiza la timp atunci când apare o modificare. Histeroscopia este esențială în aceste cazuri, pentru că face diferență între îngroșarea endometrului, sau prezența unui polip și rezolvă și problema printr-o intervenție minimă invazivă după care pacienta pleacă acasă în aceeași zi.

“Mi se pare îngrozitoare ca boală și extrem de dificilă ca și complexitate a intervenției chirurgicale”



Când se poate realiza sub sedare?

Doar cele diagnostice se realizează de obicei fără sedare, pentru cele operatorii este nevoie de sedare din cauza disconfortului pentru pacientă. Dacă urmează o histeroscopie de lungă durată se poate efectua chiar și sub rahianestezie.

Poate fi folosită în cazul adenomiozei?

Da. Se pot vedea leziuni specifice de adenomioza, dar nu tratează adenomioza.

Cum se realizează?

În funcție de diametrul histeroscopului poate fi necesară dilatația colului înainte sau nu. Se pătrunde prin canalul cervical (prin colul uterin) în cavitatea uterină, se destinde cavitatea cu lichid (alegerea lichidului depinde de de tipul histeroscopiei, dacă necesită și folosirea electrochirurgiei sau nu) și cu ajutorul diferitelor instrumente, sub control vizual permanent, efectuăm intervenția chirurgicală.

Care sunt complicațiile acesteia?

Complicațiile pot să apară în diferite etape:

- la dilatația colului – crearea unei cai false și perforație.
- în timpul histeroscopiei propriu-zis: la excizia fibroamelor de mari dimensiuni care ajung până aproape de suprafața uterului, poate să apară perforația sau dacă durează mult timp intervenția, pot apărea complicații legate de intravazarea lichidului folosit. Sinechiile pot avea un nivel ridicat de dificultate și în general perforația rămâne cea mai frecventă complicație.

Complicațiile sunt însă foarte rare, mai rare decât în cazul curetajelor uterine, datorită faptului că totul se desfășoară sub control vizual, dar dacă apar, se tratează conservator, de obicei.

Cum ne pregătim pentru histeroscopie și cât durează?

Pregătirea poate necesita o medicație în prealabil pentru a facilita dilatația colului, dar în ziua intervenției se recomandă ca pacienta să nu se consume lichide sau mâncare dacă este nevoie de sedare.

Sunteți supraspecializată în oncologia ginecologică și faceți parte din echipa centrului de endometrioză Medcover. În literatura găsim cazuri de endometrioză care suferă transformare malignă. Ce ne puteți spune despre acest lucru?

Endometrioza este o boală destul de frecventă, dar din fericire sunt rare cazurile în care endometrioza se asociază cu malignitatea și acest lucru se întâmplă în cazul chisturilor ovariene endometrioze. Am întâlnit două cazuri până acum, iar confirmarea a venit în urma rezultatului histopatologic la parafină.

Cum vedeți dvs endometrioza ca femeie, dar și ca medic care participă la operațiile de endometrioză?

Mi se pare îngrozitoare ca boală și extrem de dificilă ca și complexitate a intervenției chirurgicale. Afectează femei tinere, la vârstă fertilă, care au menstruu extrem de dureroase, sau fluxuri abundente la menstruație, dureri la contact sexual, probleme de defecație sau la urinat și lista continuă. Aceste simptome pot fi invalidante, astfel încât pacientele cu endometrioza ajung să nu își mai poată desfășura activitățile obișnuite. Intervenții chirurgicale sunt laborioase și neapărat trebuie să fie realizate de chirurghi cu experiență în endometrioza, pentru că o intervenție incompletă, garantează recidiva rapid.

Ce ar trebui să știe o tânără care are dureri menstruale severe?

Unele femei au dureri menstruale importante toată viața, fără să fie neapărat legate de endometrioza, dar dacă acestea se accentuează sau se asociază și cu alte simptome ar trebui să se prezinte la un consult ginecologic la un medic specializat în diagnosticarea endometriozei. Oricum toate femeile trebuie să facă un consult ginecologic și senologic anual, pentru ca screeningul salvează vieți în oncologie.

“Oricum toate femeile trebuie să facă un consult ginecologic și senologic anual, pentru ca screeningul salvează vieți în oncologie.

Cum apare adenomioza?

➔ Teoria invaziei

Potrivit acestei teorii, țesutul endometrial migrează în mușchiul uterin prin rupturi în peretele uterin, cum ar fi cicatricile de la operații chirurgicale anterioare (cum ar fi cezariana) sau leziunile din cauza inflamațiilor.

➔ Teoria metaplaziei

Această teorie sugerează că celulele mușchiului uterin (miometrului) se transformă în celule asemănătoare endometrului sub influența unor factori hormonal sau de altă natură.

➔ Factori hormonal

Hormonii, în special estrogenul, par să joace un rol important în dezvoltarea adenomiozei. Nivelurile ridicate de estrogen, în uterul anumitor femei, favorizează creșterea și proliferarea țesutului endometrial.

➔ Factori inflamatori

Inflamația cronică a uterului sau a altor organe pelvine poate contribui la apariția adenomiozei. Aceasta poate fi cauzată de infecții repetate sau de alte afecțiuni inflamatorii pelvine.

➔ Factori genetici

Există unele dovezi care sugerează că predispoziția genetică poate juca un rol în dezvoltarea adenomiozei, dar acest aspect este încă în curs de cercetare și înțelegere.



ADENOMIOZA, PATOLOGIA UTERULUI

*Dr Raul Cherecheș, medic
specialist obsterica-ginecologie*

Adenomioza este o afecțiune în care țesutul similar endometrului, mucoasa care căptușește interiorul uterului, se dezvoltă în mușchiul gros al acestuia, numit miometru. Cauzele exacte ale adenomiozei nu sunt pe deplin înțelese, dar există mai multe teorii și factori care pot contribui la dezvoltarea acestei afecțiuni.

Este important să rețineți că aceste cauze pot interacționa între ele și pot varia de la o persoană la alta. Adenomioza este o afecțiune complexă și cercetările continuă pentru a înțelege mai bine mecanismele sale de dezvoltare. Simptomele adenomiozei pot include dureri pelviene cronice și intense, crampe menstruale severe, sângerări menstruale abundente și prelungite, dureri în timpul actului sexual, balonare și, uneori, infertilitate prin deformarea cavității uterine și scăderea ratei de implantare sau avort.

Există două tipuri principale de adenomioză: focală și difuză. Adenomioza focală se referă la prezența localizată a țesutului endometrial în mușchiul uterin, în timp ce adenomioza difuză implică o extindere mai largă a acestui țesut.

Cum poate fi diagnosticată?

Diagnosticul poate fi stabilit printr-o combinație între o anamneză amănunțită, examen clinic și examinări imagistice. Aceste paciente trebuiesc ascultate și crezute. Foarte mult timp – femeile au fost "convinse" că durerea la menstra e normală, că e absolut firesc să doară la contact. Realizăm un istoric clinic complet, examen ginecologic, dar diagnosticul se pune la ecografia transvaginală. Complementar -adenomioza se vede și la histeroscopia sau rezonanță magnetică nucleară (RMN).

Spre deosebire de endometrioză, în adenomioză singura opțiune chirurgicală care să vindece boala este histerectomia. Când se poate efectua histerectomia, mai ales la pacientele tinere?

Alegerea tipului de tratament pentru adenomioză trebuie personalizată și individualizată și depinde de o serie de factori:

- 1. Gravitatea simptomelor:** Dacă simptomele adenomiozei sunt moderate până la severe și afectează calitatea vieții pacientului, poate fi necesar un tratament mai radical.
- 2. Dorința de fertilitate:** Pentru femeile care doresc să rămână însărcinate în viitor, tratamentele care păstrează uterul și fertilitatea pot fi preferate. În acest caz, terapiile hormonale sau intervențiile chirurgicale care conservă uterul vor fi considerate.
- 3. Istoricul medical:** Istoricul medical al pacientei, inclusiv intervențiile chirurgicale anterioare sau alte afecțiuni medicale, poate influența opțiunile de tratament și riscurile asociate.
- 4. Reacția la tratamente anterioare:** Dacă pacienta a încercat anterior anumite tratamente și acestea nu au fost eficiente sau au fost asociate cu efecte secundare nedorite, acest lucru poate influența decizia de a încerca alte opțiuni terapeutice.
- 5. Preferințele pacientei:** Este important să luăm în considerare preferințele și valorile pacientei în procesul decizional. Unele femei pot prefera un tratament conservator care să păstreze uterul, în timp ce altele pot fi mai dispuse să opteze pentru histerectomie pentru a scăpa de simptome. De asemenea multe femei sunt împotriva tratamentelor hormonale, fie că sunt contraindicații reale fie că sunt dezinformate, fie de frica. Întotdeauna respectăm părerea pacientei.

6. Vârsta pacientei: Vârsta pacientei poate influența decizia de tratament. Pentru femeile mai în vârstă care nu mai doresc să rămână însărcinate, opțiunile care includ histerectomia pot fi luate în considerare mai devreme.

Histerectomia este considerată de mulți - singura opțiune curativă pentru adenomioză, deoarece îndepărtează complet uterul – organul unde este problema. Cu toate acestea, în cazul pacientelor tinere care doresc să păstreze fertilitatea, histerectomia poate fi rezervată pentru cazurile severe sau cele în care alte opțiuni de tratament nu au reușit să ofere ameliorare.

Tratamentul hormonal este o opțiune terapeutică recomandată în cazul multor femei care suferă de adenomioză. Care sunt aceste tratamente și ce beneficii și riscuri au?

Tratamentul hormonal – este folosit în managementul simptomatologiei din adenomioză. El nu are rol curativ. Acesta include contraceptive orale fie combinate fie doar progestative, dispozitive intrauterine cu eliberare de hormoni (cum ar fi Mirena), injecții cu hormoni, patch-uri sau implanturi hormonale.

Acestea funcționează prin modificarea echilibrului hormonal al organismului și prin controlul ciclului menstrual și anume:

- 1. Suprimarea ovulației:** Contraceptivele hormonale suprimă eliberarea de ovule din ovare, reducând astfel producția de estrogen în timpul ciclului menstrual. Deoarece nivelurile ridicate de estrogen sunt asociate cu dezvoltarea și creșterea țesutului endometrial, suprimarea ovulației poate ajuta la reducerea creșterii anormale a țesutului endometrial în mușchiul uterin în cazul adenomiozei.
- 2. Subțierea endometrului:** Toate preparatele hormonale pot determina subțierea endometrului. Acest lucru poate reduce sângerările menstruale abundente și durerea asociată cu adenomioza.
- 3. Împiedicarea formării și creșterii leziunilor endometriale:** Prin suprimarea ciclului menstrual și subțierea endometrului, terapia hormonală poate reduce formarea și creșterea de noi leziuni de adenomioză în mușchiul uterin.



În general, la pacientele tinere, histerectomia este ultima opțiune, când s-au epuizat toate celelalte. Luăm în considerare severitatea simptomelor și terminarea planningului familial. Dacă toți acești factori sunt aliniați ajungem la decizia de histerectomie, desigur cu păstrarea ovarelor – pentru a nu induce o menopauza precoce.

4. Controlul simptomelor: În final, după cum spuneam – Tratamentul hormonal are ca scop final -controlul simptomatologiei asociate cu adenomioza, cum ar fi durerile pelviene cronice și crampele menstruale severe, durerea la contact, sângerări menstruale prelungite sau chiar intermenstruale. Nu au efect totuși asupra infertilității.

Și deși am enumerat beneficii multiple, pot exista și riscuri asociate cu utilizarea acestor terapii, cum ar fi: modificări ale greutatei corporale, modificări ale stării de spirit, ale libidoului, creșterea riscului de formare a cheagurilor de sânge. Poate cel mai mare risc al terapiei hormonale este – inutilitatea. Nu funcționează la toate pacientele.

Adenomioza este o boala a uterului. Una dintre modalitățile terapeutice este steriletul. Ce este acest sterilet și cum acționează?

Steriletul Mirena este un dispozitiv intrauterin pe care îl introducem în uter și care eliberează un hormon numit levonorgestrel un derivat al progesteronului. Acesta acționează prin subțierea mucoasei uterine și reducerea sângerărilor menstruale și a durerii asociate cu adenomioza. Pe lângă asta, scade expresia aromatazei și a COX2 – 2 enzime absolut importante în formarea estrogenului local –hormonul principal în adenomioza.

Care sunt complicațiile care pot apărea?

Complicațiile asociate cu montarea unui sterilet Mirena pot include:

- Simptome de rejet – fiind un corp străin – la unele paciente uterul nu îl suporta – acest lucru manifestandu-se prin menometroragii (mici sângerări) cornice și crampe uterine. Primele 3 luni sunt decisive.
- perforarea uterină în timpul montării
- expulzia involuntară a dispozitivului – riscul fiind mai mare în primele 6 luni de la montare dar și la persoanele cu multe nașteri și utere mari
- infecții pelvine
- risc crescut de sarcină ectopică – progesteronul afectând motilitatea tubară – încetinind mișcările cililor din trompe și crescând riscul de sarcina extrauterine
- creștere ponderală – preponderant prin retenție hidrică.

Când se poate efectua procedura de plasare? Este necesar o anumită pregătire? Se face doar în anumite zile ale ciclului?

Procedura de plasare a steriletului poate fi efectuată în mod obișnuit în timpul unei vizite la cabinetul ginecologic. Deși se poate monta oricând în timpul ciclului menstrual – preferăm ca plasarea să fie efectuată în timpul menstruației, când cervixul este mai deschis – montarea fiind mai ușoară și pentru noi că ginecologi cât și pentru p51 aciente. Repet nu este obligatoriu. Nu este nevoie de o pregătire specială înainte de procedură, dar medicul poate recomanda administrarea unui analgezic înainte de plasare.

Este dureroasa inserarea acestuia și cum știi când este încă pe loc?

Inserarea steriletului poate fi ușor inconfortabilă și asociată cu crampe ușoare, dar nu este de obicei dureroasă și nu necesită anestezie generală, totuși ar trebui să se realizeze anestezie locală. Există un mic disconfort la montare – dar cam atât. Medicul va folosi un instrument numit speculum pentru a vedea colul uterin și va introduce apoi steriletul prin canalul cervical în cavitatea uterine. Totuși inserția poate fi dificilă la pacientele cu adenomioza severă – cavitatea uterine fiind foarte deformată.

Prof Dr Antonio Lagana, specialist endometrioză, Italia: Endometrioza la adolescenți

Multe paciente cu endometrioză au simptomele de la o vârstă fragedă. Care este cea mai tânără pacientă pe care ați văzut-o?

Cea mai tânără pacientă cu endometrioză pe care am văzut-o a fost, a fost o adolescentă de 15 ani, care a avut menarha cu cinci ani înainte de diagnostic. Este probabil ca, în acest caz, boala să fi progresat în cei 5 ani de la menarhă până la diagnostic.

Este endometrioza la adolescenți diferită de cea a adulților? Se comportă diferit?

Endometrioza se găsește de obicei în stadii mai puțin severe la începutul adolescenței în comparație cu femeile adulte. Acest lucru se poate datora, cel puțin parțial, faptului că, din păcate, există o întârziere de diagnosticare de mulți ani pentru a obține un diagnostic adecvat și, de obicei, în această perioadă boala progresează la fel cum fata trece de la adolescență la vârsta adultă.

Care este impactul endometriozei asupra adolescenților?

Impactul endometriozei asupra adolescenților poate fi sever, cu potențial absenteism de la școală în timpul ciclurilor menstruale dureroase, ceea ce poate duce (cel puțin parțial) la izolare socială și tulburări psihologice.

Ce ar trebui să știe părinții despre endometrioză și ce ar trebui să facă pentru a-și ajuta copiii?

Părinții trebuie să știe că incidența bolii este de aproximativ 10% la femeile de vârstă reproductivă (care include și adolescența), așa că ar trebui să solicite consultație în centrele de referință pentru managementul endometriozei pentru a confirma sau exclude diagnosticul, ori de câte ori se suspectează endometrioza (mai ales în caz de dismenoree severă).



De ce, în general, adolescenții nu sunt crezuți când se plâng de durerile menstruale?

De obicei, acest lucru se întâmplă atunci când adolescenții (sau părinții lor) ajung la medici care nu sunt experți în endometrioză și, prin urmare, nu sunt în măsură să excludă sau să confirme boala. Acest lucru a contribuit, cel puțin parțial, la stigmatizarea socială veche și greșită pentru care durerea din timpul menstruației ar trebui considerată normală.

Ce simptome vedem la această categorie de vârstă?

Principalele simptome ale endometriozei la adolescente sunt durerile pelvine cronice sau aciclice, în special combinate cu greață, dismenoree, dischezie, disurie, dispareunie.

Este rata de recurență după operație mai mare la adolescenți decât la persoanele în vârstă?

Până în prezent, nu există dovezi solide care să sugereze că rata de recurență după intervenție chirurgicală este diferită la adolescenți în comparație cu persoanele în vârstă. În ambele categorii de vârstă, rata de recidivă poate fi redusă folosind terapia hormonală după intervenție chirurgicală (când este posibil).

KONANBIO



Global Bioinformatics Services



Discover our comprehensive bioinformatics services and statistical data analysis solutions to help you transform lives and improve human health.

www.konanbio.com
info@konanbio.com

Care este cel mai sigur mod, dacă este posibil, de a gestiona simptomele la adolescenți?

La adolescenții cu dismenoree severă și/sau durere asociată endometriozei, medicii trebuie să prescrie contraceptive hormonale sau progestative ca terapie hormonală de primă linie, deoarece acestea sunt eficiente și sigure. În plus, pot fi luate în considerare medicamentele antiinflamatoare nesteroidiene (AINS) ca tratament pentru durerea asociată endometriozei.

Ce fel de simptome au și cum pot fi diferențiate între alte boli?

Endometrioza trebuie să între în diagnosticul diferențial cu alte cauze de durere abdominal-pelvină, precum bolile inflamatorii intestinale (boala Crohn și colita ulceroasă), bolile urologice (cistita interstițială, asociată adesea cu endometrioza), precum și durerile musculo-scheletice. Una dintre principalele diferențe dintre durerea cauzată de endometrioză și alte afecțiuni este că prima este tipică în timpul ciclului menstrual (dismenoree), cel puțin la adolescenți și în stadiile incipiente. Dacă nu este tratată, boala poate progresa și durerea poate deveni de la ciclică la cronică: atunci când durerea devine cronică (adică continuă între un ciclu menstrual și altul), este mai dificil de tratat și adesea nu răspunde corect/complet la farmacologie. /abordări chirurgicale.

Unde suntem în ceea ce privește cercetarea endometriozei la adolescenți?

Principalele eforturi în cercetarea pe această temă constă în găsirea unui biomarker neinvaziv, sau chiar mai bine a unei combinații a acestora, care să poată duce la diagnosticarea cu mare acuratețe cât mai curând posibil, permițând tratarea precoce a bolii și evitând progresia acesteia la nivel avansat.



Atunci când adolescenții (sau părinții lor) ajung la medici care nu sunt experți în endometrioză și, prin urmare, nu sunt în măsură să excludă sau să confirme boala, se ajunge, cel puțin parțial, la stigmatizarea socială veche și greșită pentru care durerea din timpul menstruației ar trebui considerată normală.



Raluca Zaharia, **Endofoodart: Dincolo** **de Restricții –** **Alimentația Conștientă** **ca Aliat pentru** **Managementul** **Endometriozei**

Adoptarea unui Stil de Viață Sănătos

Schimbarea perspectivei de la o dietă restrictivă la un stil de viață sănătos înseamnă să recunoaștem importanța echilibrului și a moderației în toate aspectele vieții noastre, inclusiv alimentația. În loc să eliminăm categorii întregi de alimente, scopul este să găsim un echilibru care funcționează pentru corpul nostru, adăugând alimente care hrănesc și susțin, în loc să ne priveze sau să ne pedepsească. Alimentele bogate în nutrienți, cum ar fi fructele, legumele, proteinele de calitate și grăsimile sănătoase, ar trebui să fie pilonii unei diete care promovează un mediu intern mai puțin inflamator.

Focalizarea pe Abundență, nu pe Restricție

Una dintre cele mai puternice schimbări de mentalitate este să ne îndreptăm atenția către abundența de alimente pe care le putem include în dieta noastră, nu spre cele pe care trebuie să le eliminăm. Acest lucru presupune să sărbătorim varietatea și complexitatea alimentelor care ne sunt disponibile și să le folosim pentru a construi mese pline de culoare, textură și aromă. Încurajarea consumului de alimente antiinflamatoare, adăugă valoare dietei noastre fără a simți nevoia de restricții severe.

Când vine vorba de dieta pentru endometrioză, este timpul să schimbăm perspectiva: să lăsăm la o parte ideea de restricții și să adoptăm un mod de viață sănătos, echilibrat și ușor de urmat pe termen lung. Este esențial să înțelegem că gestionarea simptomelor endometriozei prin alimentație nu se bazează pe restricții severe sau pe sentimentul de privațiune, ci mai degrabă pe îmbogățirea dietei cu o varietate de alimente care sprijină sănătatea și bunăstarea generală. În loc să ne concentrăm pe lista de alimente "interzise", putem pune accentul pe explorarea și incorporarea unei game largi de alimente antiinflamatoare care pot avea un impact pozitiv asupra simptomelor și calității vieții.

Integrând alimente bogate în nutrienți și proprietăți antiinflamatorii în dieta noastră, ne îndreptăm nu doar spre o abordare mai pozitivă a alimentației, ci și spre un stil de viață care susține sănătatea și bunăstarea generală. Este un pas către recunoașterea faptului că ceea ce alegem să punem pe farfurie are un impact semnificativ asupra modului în care ne simțim și gestionăm diverse condiții de sănătate, inclusiv endometrioza. Pe măsură ce ne focalizăm pe adăugarea acestor alimente valoroase, este important să ne amintim că echilibrul în tot ceea ce facem - de la tipurile de alimente pe care le consumăm, la modul în care gestionăm stresul și activitatea fizică - este cheia către o viață sănătoasă.

Trecând de la discuția despre nutrienți și alimente care susțin un stil de viață antiinflamator, este esențial să abordăm și un alt aspect fundamental al gestionării endometriozei: menținerea unei glicemii stabile. Menținerea unei glicemii stabile reprezintă un aspect important în gestionarea endometriozei, aceasta fiind o condiție care este influențată semnificativ de inflamație și dezechilibre hormonale. Fluctuațiile glicemice, sau variațiile rapide ale nivelurilor de zahăr din sânge, pot avea un impact profund asupra stării de inflamație din organism, pot influența echilibrul hormonal și pot afecta imunitatea. Controlul glicemiei prin alimentație nu numai că ajută la stabilizarea energiei și la prevenirea creșterii în greutate, dar poate juca și un rol vital în ameliorarea simptomelor asociate cu aceasta afecțiune.

Importanța menținerii unei glicemii stabile în Endometrioza - Impactul Variațiilor Glicemice asupra Inflamației

Când zahărul din sânge este volatil, cu creșteri rapide după consumul de alimente bogate în carbohidrați simpli și zaharuri rafinate, organismul răspunde prin eliberarea de insulină în cantități mari pentru a reduce nivelurile de glucoză. Această reacție poate stimula un răspuns inflamator și poate contribui la creșterea producției de anumiți hormoni, cum ar fi estrogenul.

Stabilizarea glicemiei poate fi efectuată prin:

- Consumul de carbohidrați complecși
- Echilibrarea meselor
- Evitarea zaharurilor adăugate și a alimentelor procesate
- Evitarea sucurilor de fructe
- Evitarea fructelor deshidratate.
- Mese regulate
- Ordinea consumului alimentelor

Adoptând aceste strategii, persoanele cu endometrioză pot experimenta o reducere semnificativă a inflamației și o îmbunătățire a simptomelor asociate cu această condiție.

Echilibrul și Personalizarea

Înțelegerea că fiecare persoană este unică și că ceea ce funcționează pentru o persoană poate să nu funcționeze pentru alta persoana este esențială în adoptarea acestui stil de viață. Personalizarea dietei în funcție de reacțiile propriului corp, preferințele alimentare și stilul de viață este crucială. Acest lucru poate însemna ajustarea graduală a dietei pentru a identifica alimentele care susțin cel mai bine gestionarea simptomelor endometriozei, în timp ce se menține o relație pozitivă și sănătoasă cu mâncarea.

Sustenabilitate și Bunăstare

A vedea alimentația ca pe un pilon al unui stil de viață sănătos, nu ca pe o dietă temporară sau restrictivă este cheia pentru sustenabilitate. Este despre a crea un plan de alimentație care poate fi susținut pe parcursul întregii vieți, nu doar pentru câteva săptămâni sau luni. Acest stil de viață nu numai că poate ajuta la gestionarea simptomelor endometriozei, dar promovează și o stare generală de bine, energie crescută și o dispoziție mai bună.



În concluzie, dieta antiinflamatoare reprezintă un pilon esențial în managementul endometriozei, oferind o strategie alimentară care poate ameliora simptomele asociate acestei afecțiuni. Prin includerea alimentelor bogate în antioxidanți, acizi grași Omega-3 și fibre, și prin evitarea celor procesate, cu zahăr adăugat și grăsimi nesănătoase, persoanele afectate de endometrioză pot experimenta o reducere semnificativă a inflamației și a durerii. Studiile științifice susțin beneficiile unei diete echilibrate în ameliorarea simptomelor endometriozei, subliniind importanța alegerilor alimentare în controlul acestei afecțiuni.

Totuși, este important de înțeles că succesul în managementul endometriozei nu se bazează exclusiv pe dieta urmată. Un management eficient al endometriozei necesită o abordare holistică, care include nu doar modificări dietetice, ci și tratamente medicale adecvate, intervenții chirurgicale când este necesar, un stil de viață activ și tehnici de gestionare a stresului.

Colaborarea strânsă cu specialiștii din domeniul sănătății, pentru a dezvolta un plan de tratament personalizat, este cheia spre atenuarea impactului endometriozei asupra vieții de zi cu zi. Prin îmbinarea tuturor acestor elemente, persoanele cu endometrioză pot spera la o îmbunătățire a stării lor de sănătate și la o reducere a disconfortului asociat cu această afecțiune complexă.

Adoptând această abordare holistică, nu numai că vom putea să gestionăm mai eficient simptomele endometriozei, dar vom contribui și la promovarea unei sănătăți generale îmbunătățite, ceea ce ne permite să trăim vieți mai pline și mai satisfăcătoare. În acest proces, este esențial să ne amintim să fim blânzi cu noi înșine, să facem alegeri alimentare conștiente și să căutăm sprijin atunci când este necesar, fie din partea unui profesionist în sănătate, fie a unei comunități care înțelege și susține endometrioza.



Un secol de la **teoria lui Sampson**, o teorie care încurajează îndepărtarea organelor de reproducere ca leac pentru o boală care nu are legătură cu ele

Până în prezent nu există o cauză exactă cunoscută a modului în care se formează endometrioza. Inutil să spunem că acest lucru îi face pe medici să folosească orice teorie cu care se identifică sau în care cred, ca bază pentru tratament.

În secolul al XIX-lea, John Sampson a descris mecanismele patogene ale endometriozei, o teorie în baza careia milioane de femei vor fi tratate. Până în prezent, mulți medici inclusiv ginecologi, bazându-se pe această teorie, cred că endometrioza poate fi vindecată prin oprirea menstruației.

În ultimii ani, multe cercetări au contribuit la teorii despre cum se formează endometrioza. Unul dintre cei mai influenți este John Sampson, un medic ginecolog din SUA. În 1916, după o intervenție chirurgicală pentru fibrom la o pacientă care avea menstruație în momentul intervenției chirurgicale, Sampson a făcut un experiment și a observat că unele părți din lichidul folosit pentru a umple cavitatea uterină scăpau în pelvis. După efectuarea a ceea ce medicina numește studii ample, Sampson susține că, la menstruație, unele bucăți din mucoasa uterină scapă prin trompele uterine și se plantează în pelvis.

În 1921 a publicat încă două articole referitoare la endometrioza, iar în 1924 a publicat un alt articol, numit *Implanturi endometriale benigne și maligne în cavitatea peritoneală și relația lor cu anumite tumori ovariene, în care descrie, după cum spune titlul, legătura dintre implanturile endometriale și chist ovarian.*

1925, anul în care Sampson își prezintă descoperirile la cea de-a cincizecea reuniune anuală a Societății Americane de Ginecologie.

Un an mai târziu, după această întâlnire, Sampson începe să folosească cuvântul endometrioza și după câțiva ani continuă să discute despre endometrioza și cum se formează. În 1940, 15 ani mai târziu după prezentarea sa Sampson a vorbit mai în detaliu despre munca sa din ultimii ani și despre interesul său deosebit pentru endometrioza peritoneală, deoarece este cea mai frecventă dintre toate tipurile și patogeneza ei este atrăgătoare și evazivă.

La mai bine de 100 de ani de când Sampson și-a inventat teoria, societatea medicală continuă să o accepte și să o folosească în ciuda minusurilor acestora și a altor descoperiri care oferă explicații mai corecte. În 2024, pacientelor cu endometrioza li se spune să ia medicamente hormonale pentru a vindeca endometrioza, adolescenților li se spune nu numai că durerea lor nu este reală, dar și să-și îndepărteze ovarele sau uterul sau să aibă un copil, în speranța că se vor vindeca.

Endometrioza este o boală care până acum nu are vindecare, iar excizia este singura metodă cunoscută pentru ameliorarea simptomelor și îndepărtarea țesuturilor endometriozei. De asemenea, este una mai puțin folosită, iar pacientele sunt lăsate să alerge de la medic la altul în speranța de a afla de ce îi doare atât de mult și ce să facă pentru a avea o viață care să nu fie controlată de durere.



Centre specializate în endometrioză din România

Endometrioza este o boală care necesită tratament de specialitate, tratament care se face de obicei în centre de specialitate cu o echipă multidisciplinară. Mulți medici care se ocupă de endometrioză au trecut prin ani de pregătire înainte de a deveni specialiști în endometrioză și de a forma un centru.

EndoInstitute și Endomedicare Academy

România are două centre specializate în endometrioză, unul în București și unul în Timișoara. Conduse de dr. Voicu Simedrea și prof. dr. Elvira Brătilă, centrele lor respective, EndoInstitute și Endomedicare Academy, sunt certificate de European Endometriosis League și Surgical Review Corporation.

Endomedicare Academy din București

Fondată de prof. dr. Elvira Brătilă, Endomedicare Academy este atât un centru de excelență în tratamentul endometriozei, cât și un centru de formare profesională pentru medici. Centrată în jurul nevoilor multidisciplinare ale pacienților cu endometrioză, Endomedicare Academy reunește specialiști în chirurgie minim invazivă, cu sediul la Memorial Băneasa.

EndoInstitute în Timișoara

Fondat de Dr. Voicu Simedrea, EndoInstitute este un centru multidisciplinar cu sediul în Timișoara, cu o rețea națională de centre în diverse orașe din România. Parte din Regina Maria, cel mai mare furnizor privat de asistență medicală din România, EndoInstitute deține o certificare dublă ca centru de excelență de la Centrul European de Endometrioză și de la Surgical Review Corporation.

Conduc de Dr. Voicu Simedrea, un chirurg de top în endometrioză cu o vastă experiență în cazuri complexe, inclusiv în endometrioză nervilor, EndoInstitute reunește diverși specialiști care oferă un tratament complet pacienților cu endometrioză. Folosind excizia ca modalitate de tratament, dr. Voicu Simedrea și-a dedicat cariera endometriozei când a observat lipsa de îngrijire pentru o afecțiune atât de dureroasă. Cu mii de operații de endometrioză efectuate la activ, Dr. Voicu Simedrea este lider în domeniu și singurul specialist în endometrioză din România, până acum, care deține acreditarea de Master în Chirurgie a Endometriozei de la SRC.



ACREDITARILE ENDOINSTITUTE

*Centru de Excelență în
chirurgia endometriozei*

Acreditările Endoinstitute este o acreditare la ora actuală dublă. Avem o acreditare internațională din partea Ligii Europene de Endometrioză, adică organismul care reglementează activitatea în ceea ce privește managementul endometriozei în Europa și o altă acreditare din partea Surgical Review Company care este o instituție non-profit din SUA care acreditează diverse unități medicale și care atestă un anumit standard de calitate dar ei acreditează multiple discipline, inclusiv managementul multidisciplinar al endometriozei.

În ceea ce privește acreditarea din partea Ligii Europene de Endometrioză, noi am obținut-o pentru prima oară în 2019 și ne-am reacreditat în 2023, așadar odată la 4 ani trebuie reacreditat. Condițiile minimale în ceea ce privește acreditarea unui centru de endometrioză de nivel 3 cum suntem noi înseamnă cel puțin 100 de cazuri complexe tratate chirurgical în respectiva instituție, înseamnă un management corect al datelor, înseamnă aplicarea unor protocoale stricte în ceea ce privește managementul endometriozei, înseamnă urmărire pe termen lung în ceea ce privește paciențele operate.

Criteriile sunt foarte stricte, nu am voie să operez mai mult de 25% din cazurile pe care le evaluez, trebuie să fac dovada că manageriez cazurile de stadiul 4 conservator, nechirurgical. Paciențele în proporție de peste 90% trebuie să aibă numărul de urgență al facilității, să aibă numărul chirurgului principal.





**Singurul chirurg din
România certificat de SRC
ca chirurg de excelență în
chirurgia multidisciplinară
a endometriozei**

*“trebuie să facem dovada că
avem o echipă
multidisciplinară antrenată
în tratamentul
multidisciplinar al
endometriozei”*



Trebuie să existe o echipă multidisciplinară, trebuie să existe un set-up potrivit operațiilor de endometrioză, adică dedicat chirurgiei complexe cu terapie intensivă de nivel 2. Așadar trebuie să existe un spital multidisciplinar cu servicii 24 din 24.

În ceea ce privește acreditarea SRC care este o acreditare de asemenea extrem de strictă și prestigioasă. Condițiile necesare pentru acreditarea SRC ar fi: În ceea ce privește experiența chirurgicală aplicantul trebuie să practice cel puțin 100 de cazuri de chirurgie complexe în ceea ce privește tratamentul endometriozei și să fi fost la cel puțin 125 de chirurgii de a lungul vieții sale chirurgicale mâna unu. Echipamentul și instrumentele trebuie să fie potrivite acestui tip de operații, deci să avem truse de laparoscopie avansată, să avem instrumente de sigilare vasculară, să avem vision 3D, să avem posibilitatea de a folosi marcarea cu hidrocanin, deci mappingul, să avem facilități pentru anestezie și pentru terapie intensivă complexă. În ceea ce privește chirurgul dedicat, trebuie să facă parte dintr-o echipă multidisciplinară și să aibă cel puțin 24 de ore de educație medicală continuă în fiecare an în domeniul endometriozei, deci să participe activ la evenimentele științifice în domeniu, să prezinte lucrări la congrese, să scrie lucrări, să publice, să dezvolte studii în domeniu.

De asemenea, este nevoie de procedură standardizată și protocoale clinice verificate în managementul endometriozei, la fel ca pentru acreditarea europeană și aici trebuie să facem dovada că fiecare chirurg aplicant practică operația chirurgicală în aceeași manieră standardizată după un anumit template. În ceea ce privește echipa chirurgicală și echipa de suport trebuie să facem dovada că avem o echipă multidisciplinară antrenată în tratamentul multidisciplinar al endometriozei.

În ceea ce privește educația pacientului, trebuie să facem dovada că centrul nostru se ocupă de awarnessul endo pacientelor prin diverse acțiuni fie independente, fie în colaborare cu asociațiile de pacienți cu endometrioză, și în ultima instanță, trebuie să facem dovadă că ne preocupă o evaluare continuă a calității clinicii noastre și aici fiecare aplicant, chiar după ce primește acreditarea trebuie să înainteze în fiecare an toate datele către organismul de acreditare, către SRC și o dată la 3 ani trebuie refăcută o reacreditare.

Deci în principiu ambele tipuri de acreditări funcționează cam după aceleași principii și de fapt ele consimțesc nivelul actului medical la care am ajuns noi ca și instituție, și pe de altă parte, ne forțează să păstrăm acest nivel care ne-a facilitat acreditarea prin auditarea permanentă anuală și prin reacreditările la 3 sau la 4 ani pe care le impun fiecare din aceste organisme.

Endometrioza primește mai puține fonduri pentru cercetare



Este un fapt bine cunoscut că sănătatea femeilor primește mult mai puțină finanțare pentru cercetare decât alte cercetări medicale sau afecțiuni care afectează bărbații. În ceea ce privește endometrioza, lipsa cercetărilor este deosebit de dezamăgitoare. O boală care afectează aproape 200 de milioane de femei din întreaga lume, o boală care afectează fertilitatea, o boală cu impact socio-economic mare primește finanțare disproporționat de scăzută pentru cercetare în comparație cu gravitatea acesteia.

Această afecțiune debilitantă care poate afecta viața de zi cu zi, educația, munca, sănătatea mintală și societatea, fără nici un tratament curativ până acum, este foarte puțin cercetată.

Un studiu recent publicat în ***Journal of Endometriosis and Uterine Disorders*** subliniază faptul că Uniunea Europeană a oferit investiții limitate pentru cercetarea bolii până acum.

Analizând bazele de date ale Serviciului Comunitar de Informare pentru Cercetare și Dezvoltare UE, pentru proiectele de cercetare globale, din cele 145.983 de articole găsite, proiectele legate de endometrioza au fost 27, dintre care doar 10 au fost legate direct de endometrioza. În ceea ce privește banii cheltuiți pentru cercetare, proiectele specifice endometriozei au primit fonduri totale de aproximativ 15 milioane de euro.

Uniunea Europeană nu este singura care nu oferă fonduri suficiente pentru endometrioza. Anul trecut, un articol din *Nature* a remarcat faptul că în SUA problemele de sănătate care afectează femeile primesc mai puține finanțări decât problemele de sănătate care afectează bărbații, Institutul Național de Sănătate alocând doar 0,038% din bugetul său de sănătate pentru 2022 pentru cercetarea endometriozei. Aceasta înseamnă că doar 16 milioane USD au fost alocați pentru cercetarea endometriozei, un echivalent a 2 USD per femeie cu endometrioza/an), în timp ce boala Crohn a primit 90 M USD (130 USD/persoană cu boala Crohn/an).

Deși în 2020, guvernul SUA a anunțat că finanțarea pentru cercetarea endometriozei va fi dublată la 26 de milioane de dolari anual, doi ani mai târziu, bugetul a fost așa cum s-a văzut mai sus, de 16 milioane de dolari. În comparație cu endometrioza, în 2020, cheltuielile de cercetare pentru diabet au fost de 1.156 milioane de dolari.

În Marea Britanie lucrurile stau cam la fel. În 5 ani din 2014, pe baza informațiilor prezentate de *Nature*, doar 96 de milioane de lire sterline au fost cheltuite pentru problemele de sănătate a femeilor. Colaborarea de cercetare din Marea Britanie afirmă că mai puțin de 2,5% din cercetarea finanțată din fonduri publice este dedicată sănătății ginecologice. Accentul pe cercetare pare să fie, în principal, pe afecțiunile masculine. De exemplu, statisticile arată că există de cinci ori mai multe cercetări cu privire la disfuncția erectilă, care afectează 19% dintre bărbați, decât la sindromul premenstrual, care afectează 90% dintre femei.

Informații importante despre **ENDOMETRIOZĂ**, o afecțiune de care suferă 200 de milioane de femei la nivel mondial

Endometrioza este o boală care poate afecta întregul organism. Întâlnită cel mai frecvent în pelvis, endometrioza poate afecta și alte zone precum cavitatea toracică sau în cazuri rare, creierul.

A fost descrisă în cărți antice, iar simptomele sale actuale au fost menționate în cărțile lui Hipocrate. În 1960, Daniel Scrohen a făcut prima descriere morfologică a stării, urmat de Cullen, Sampson și Meigs.

Din cauza teoriei lui Sampson, endometrioza este considerată a fi o boală a organelor de reproducere. În realitate însă, endometrioza nu are nimic de-a face cu organele reproducătoare.

Când se găsește în pelvis, endometrioza poate afecta organe și structuri precum ligamentele, intestinul, fundul de sac Douglas, ureterele și peritoneul. De asemenea, poate afecta ovarele, cunoscut sub numele de endometriom sau chisturi de ciocolată. Și în cazuri rare poate afecta nervii. În partea superioară a corpului, endometrioza poate afecta diafragma și plămânii.

Țesuturile endometriozei sunt formate din glande și stromă și sunt sub diferite dimensiuni și culori. De asemenea, endometrioza formează noduli. Leziunile sau țesuturile endometriozei sunt clasificate în tipice și atipice ca urmare a culorilor multiple.

În medie, durează până la 10 ani sau mai mult până când cineva primește un diagnostic. Multor bolnave de endometrioză li se spune că durerea este în capul lor. A fost găsită la fetoși, nou-născuți, bărbați și animale. Când endometrioza este simptomatică provoacă simptome multiple, cum ar fi:

- Dureri înainte, în timpul și după menstruație
- Durere în timpul actului sexual
- Mișcări intestinale dureroase
- Urinarea dureroasă
- Durere la ovulație
- Dureri lombare

Dacă se găsește pe diafragmă sau plămâni, poate provoca dificultăți de respirație, respirație dureroasă și dureri de gât și umăr. Endometrioza poate provoca, de asemenea, obstrucție intestinală și hidronefroză.

Diagnosticul endometriozei este greu de pus, dacă medicul nu știe ce este endometrioza. Multe paciente sunt diagnosticate cu sindromul colonului iritabil, cistită și alte probleme de sănătate. Diagnosticul de endometrioza poate fi clinic sau confirmat în urma intervenției chirurgicale. Suspiciunea de endometrioză poate fi făcută pe baza simptomelor și confirmată, în unele cazuri, cu ecografie și RMN. Chirurgia rămâne totuși metoda corectă de a obține un diagnostic.

Endometrioza este clasificată în stadii de la 1 la 4, cu toate acestea, severitatea simptomelor nu se corelează cu stadiul bolii. În ceea ce privește tratamentul, până acum singura metodă care înlătură boala este excizia. Cu toate acestea, este important să fie efectuată de un medic specialist și, de preferință, într-un centru specializat.

Diagnosticul endometriozei este greu de pus, dacă medicul nu știe ce este endometrioza. Multe paciente sunt diagnosticate cu sindromul colonului iritabil, cistită și alte probleme de sănătate.



Este greșit să-i spui cuiva că durerea menstruală este normală

Durerea menstruală nu este normală! Spunându-i cuiva că este normal să aibă dureri la menstruație pentru că este femeie, nu este acceptabil, și în plus îi poți face rău. Această afirmație ar putea face pe cineva care suferă de endometrioza să trăiască în durere și să nu caute îngrijiri medicale.

În multe țări și culturi, menstra este considerată tabu. De mici femeile sunt învățate că menstruația este ceva despre care nu ar trebui să vorbească. Așa că, atunci când au dureri în timpul menstruației, ele cred că este normal și sunt mai slabe în fața durerii decât altele, deoarece par a fi singurele care consideră menstruația dureroasă.

Există multe afecțiuni care pot cauza menstruație dureroasă, termen cunoscut din punct de vedere medical sub numele de dismenoree. Una dintre ele este endometrioza, o boală care afectează 1 din 10 femei. Majoritatea femeilor în timpul menstruației vor experimenta un fel de disconfort.

Acest disconfort este cauzat de contractarea uterului care are loc în timpul menstruației. Însă atunci când durerea este puternică și afectează activitățile zilnice, inclusiv școala, atunci nu mai vorbim de un lucru normal.

Dismenoreea este împărțită în două tipuri: primară și secundară. Colegiul American de Obstetricieni și Ginecologi definește dismenoreea primară ca fiind crampele dureroase care apar înainte sau în timpul menstruației. Motivul durerii sunt prostaglandinele care provoacă contractarea mușchilor și a vaselor de sânge ale uterului. Pentru că în prima zi a menstruației, nivelul de prostaglandine este ridicat, durerea este mai mare. Apoi, pe măsură ce sângerarea continuă, nivelul scade.

Dismenoreea secundară este cauzată de o problemă de sănătate. Durerea poate începe înainte de menstruație și poate dura până la sfârșitul acesteia. Tinde să se agraveze pe măsură ce menstra continuă și este posibil să nu dispară la sfârșitul acesteia. Endometrioza este o afecțiune care provoacă durere înainte, în timpul și după menstruație. Este o afecțiune care necesită îngrijire de specialitate ca urmare a posibilelor complicații. Deci, spunându-i cuiva că durerile la menstra sunt normale, poți de fapt să-i faci rău neintenționat acelei persoane, deoarece s-ar putea să te creadă și nu va căuta ajutor.

4 metode care te pot ajuta să gestionezi durerile în endometrioză

Durerile provocate de endometrioză afectează puternic viața persoanelor care suferă de această boală. Nivelul de durere este atât de debilitant încât endometrioza a fost inclusă de NHS în Topul 20 al celor mai dureroase boli, alocându-i locul 15.

Cercetările arată că cele mai frecvente simptome ale endometriozei în rândul femeilor afectate sunt durerile pelviene cronice (71,1%), dismenoree (69%), dureri de spate (54%), durere în timpul actului sexual (45,2%) și defecare dureroasă (36,5%), în timp ce doar 22,8% dintre femeile diagnosticate sunt asimptomatice.

În funcție de tipul de simptome și tipul de boală, există modalități prin care durerea poate fi ameliorată pentru a crește calitatea vieții în această luptă cu afecțiunea. Iată câteva dintre ele.

1. Terapia cu căldură

Terapia cu căldură este o metodă simplă, dar eficientă pentru a ușura intensitatea durerii cauzate de endometrioză. Aplicarea unui dispozitiv de încălzire sau a unei sticle cu apă caldă în partea inferioară a abdomenului poate ajuta la relaxarea mușchilor, la ameliorarea crampelor și la reducerea durerii.

Băile sau dușurile calde pot oferi, de asemenea, o alinare. Terapia prin căldură este o opțiune neinvazivă și accesibilă pe care o poți folosi în confortul casei tale ca să gestionezi durerea în timpul menstruației sau al crizelor dureroase.

2. Exerciții fizice

Exercițiile fizice adaptate pentru a aborda disfuncția podelei pelvine pot fi benefice pentru persoanele cu endometrioză. Exercițiile fizice pentru planșeul pelvian au ca scop îmbunătățirea funcției musculare, ameliorarea tensiunii și reducerea durerii în regiunea pelviană.

De asemenea, un fizioterapeut calificat te poate ghida prin exerciții și tehnici de întărire și relaxare a mușchilor planșeului pelvian, oferindu-ți o ameliorare a durerii legate de endometrioză. Această abordare este deosebit de valoroasă pentru persoanele care au dureri pelviene sau disconfort în timpul actului sexual.

Yoga este o altă practică benefică persoanelor cu endometrioză. Combinația de mișcare, controlul respirației și meditație poate ameliora simptomele de durere, dar și reducerea stresului și o mai bună gestionare a anxietății.

3. Modificări ale stilului de viață

Efectuarea anumitor schimbări în stilul de viață poate contribui la gestionarea durerii cauzate de endometrioză. Exercițiile fizice regulate, activitățile cu impact redus, cum ar fi mersul pe jos sau înotul, pot contribui la îmbunătățirea stării generale de bine și la reducerea durerii.

În plus, adoptarea unei diete echilibrate și nutritive poate contribui la reducerea inflamației și la susținerea sănătății generale. Unele persoane găsesc ameliorarea durerii prin încorporarea în dieta lor a unor alimente antiinflamatorii, cum ar fi fructele, legumele și acizii grași omega-3. Evitarea factorilor declanșatori, cum ar fi cofeina și alcoolul în timpul crizelor, poate ajuta, de asemenea, la gestionarea simptomelor.

4. Tehnici minte-corp

Tehnicile minte-corp, inclusiv mindfulness, meditația și exercițiile de respirație profundă, pot fi instrumente puternice în gestionarea durerii cauzate de endometrioză. Aceste practici se concentrează pe promovarea relaxării, reducerea stresului și îmbunătățirea bunăstării mentale generale.

Băile cu sare Epsom sunt una dintre tehnicile folosite cu succes la diminuarea durerilor și la relaxare. De asemenea, persoanele cu dureri cronice și un nivel de stres ridicat pot beneficia de pe urma masajelor regulate de relaxare.



ENDORO ONLINE

Educational website

For More Information
www.endoro-online.org



Asociația
persoanelor cu
Endometrioză

Asociația Persoanelor cu Endometrioză

WWW.ENDOROMANIA.ORG