

ENDO LIFE

Asociația Persoanelor cu Endometrioza

DR HORAȚIU ROMAN

Endometrioza plexului sacrat și a nervului sciatic

DR STEVEN VASILEV

Chistul endometrioic

DR RAWIA MOHAMED

Diagnosticul histopatologic al endometriozei

MR FRANCESCO DI CHIARA

Endometrioza toracică

DR WENDALINE VANBUREN

RMN-ul în diagnosticul endometriozei

DR EMAD MIKHAIL

Endometrioza peretelui abdominal

DR ANA SIERRA

“Manipularea nervilor în operație nu este pentru cei slabi de inimă”

EDUCATIE IN ENDOMETRIOZA

Daca suferi de endometrioza si ai nevoie de sprijin, te asteptam in grupul nostru, pe facebook.



**Dacă suferi de
endometrioză
apelează la un
specialist!**

CAMELIA ȘERBAN

Am participat la al 7-lea Congres European al Endometriozei, în București



Educația este cea mai puternică armă pe care o poți folosi pentru a schimba lumea.” – Nelson Mandela.

Bun venit la cel de-al doilea număr al revistei **EndoLife**. Aș dori să încep prin a le mulțumi tuturor celor care au luat parte la acest număr și la numărul precedent. În acest număr veți găsi o mulțime de articole interesante care, sper, vor fi utile multora dintre voi. Pentru mine ultimele două luni au fost pline, dar într-un mod frumos, cu o recentă aventură din „little Cami’s world” la Congresul European de Endometrioză.

A fi pacient sau un reprezentant al vocilor pacienților, indiferent de boală, poate fi dificil. Lucrurile pot fi și mai complicate atunci când te confrunți cu o boală care, în ciuda incidenței sale mari și a problemelor severe pe care le poate cauza, primește mai puțină atenție decât merită. Să ai o boală cronică, să te lupți pentru îngrijire adecvată, poate afecta viața pe mai multe nivele.

Schimbările vin; încet dar sigur

Endometrioza poate să nu fie o prioritate pentru mulți medici sau profesioniști din domeniul sănătății, însă pentru cei care este, pot spune că sunt cu adevărat implicați. În cele 3 zile în care m-am cunoscut și am vorbit cu mulți specialiști în endometrioză sau ginecologi, am văzut o adevărată dorință de a ne ajuta, un adevărat interes pentru ceea ce se poate face pentru îmbunătățirea situației curente.

Al 7-lea Congres European de Endometrioză a fost un eveniment științific, cu specialiști de renume la nivel mondial care au urcat pe scenă și au împărtășit experiența lor cu participanții. Și totuși au un scop comun: să facă această boală mai puțin complicată decât este. Participanții au fost din multe țări din întreaga lume, iar vorbitori au venit din Kenya, China, India și așa mai departe.

În ultimele două săptămâni, după cum unii știu, au existat o mulțime de preocupări în rândul celor care suferă de endometrioză din cauza morții unei paciente cunoscute cu endometrioză, din Kenya. La congres m-am întâlnit cu Dr. Joe Njagi, un specialist în endometrioză și am discutat pe scurt despre tristul caz al lui Njambi Koikai. La masa rotundă din ultima zi a congresului a fost menționat pe scurt și acest caz.



Ma uitam la premiul dl dr Ertan Saridogan, University College London

Un suflet curajos a plecat din această lume, luptând împotriva unei forme severe de endometrioză și lăsând în urmă multe lucruri bune. Povestea ei ne-a atins pe mulți dintre noi și a cauzat și îngrijorări. Speram, așa cum spunea Dr. Nijagi, că guvernele vor începe să se uite la endometrioză și să creeze planuri naționale de asistență medicală.

Endometrioza este o boală multidisciplinară și comunitățile de pacienți ar trebui incluse

Tratarea endometriozei necesită, fără îndoială, un tratament multidisciplinar, iar zicala că toți suntem diferiți, nu ar putea fi mai adevărată. Discuțiile congresului au atins multe domenii ale diagnosticului și tratamentului endometriozei, inclusiv impactul asupra fertilității.



Prof Hans Tinneberg din Germania cu revista EndoLife.



De la specialiști în diverse forme de chirurgie până la psihologi și nutriționiști, toți joacă un rol important. Chirurgia robotică devine noua metodă chirurgicală minim invazivă și alte metode de diagnostic sunt în curs de desfășurare. Unul dintre ele este un test de salivă.

Deși a fost un eveniment cu ritm rapid, cu discuții care au avut loc în același timp, m-am și distrat. A fost primul eveniment medical la care am fost și am ales unul dintre cele mai mari ale anului. A contat și faptul că congresul a avut loc în România, în decizia mea de a participa. A fost o oportunitate bună de a socializa și de a împărtăși munca mea cu alții.

Trebuie să spun că toți cei cu care am vorbit au fost foarte drăguți, amabili și unii dintre ei m-au făcut să râd. Pentru mine, a fost fără îndoială un lucru mare. În prima zi, am dat peste Dr Harold Krentel și i-am spus că m-am rătăcit. Am avut o discuție minunată cu Prof Hans Tinneberg, care a fost impresionat de revista mea. I-am dat o copie și dansului și în ultima zi a congresului a arătat-o publicului. Am vorbit cu Dr Raza, cu Dr Naem, cu Dr Khazali, cu Dr Tspeov și Dr Moawad.

În prima zi, m-am dus direct la doctorul Keckstein care mi-a spus că în urmă cu ceva ani a făcut o intervenție chirurgicală live din România pentru un congres în SUA. Desigur, nu puteam să nu discut și cu Dr Roman și alți medici români. De asemenea, am cunoscut-o și pe Emma Cox de la Endometriosis UK și vom avea o discuție curând.

Care a fost concluzia mea de la participarea la acest congres? Suntem pe drumul cel bun, poate că nu este cel mai bun pentru fiecare țară, dar urmează schimbări. Am văzut prietenii adevărate între medici, am văzut o mulțime de medici tineri geniali dornici să învețe mai multe despre endometrioză. Am luat multe date de contact și am făcut planuri pentru câteva proiecte noi. Am descoperit că a face parte din două lumi și a intra în a treia: Grecia poate fi distractiv.

Mulțumesc organizatorilor și tuturor cu care am vorbit. Împreună, putem face schimbări pentru o mai bună înțelegere și tratare a endometriozei. Este o călătorie care are nevoie de parteneriat pentru rezultate mai bune.

Avem nevoie de o lume în care diagnosticul și tratamentul să fie accesibile, barierele în calea diagnosticului și îngrijirii corecte și în timp util să fie rupte, diversitatea să fie inclusă și fiecare pacient cu endometrioză să-și facă auzită vocea.

CONTRIBUTORI



Dr Horace Roman

Franta



Dr Attila Bokor

Ungaria



Dr Wendaline VanBuren

USA



Dr Razvan Betea

Romania



Dr Cindy Mosbrucker

USA



Dr Joanna Bubak

Polonia



Mr Francesco Di Chiara

UK



Dr George Diaconu

Romania



Trista Newvill

USA



Dr Elias Tsakos

Greece



Dr Emad Mikhail

USA



Dr Steven Vasilev

USA



Dr Rawia Mohamed

UAE



Dr Catalin Coroleuca

Romania



Dr Cristina Odukoya

Romania



Dr Radu Maftai

Romania



Dr Ana Sierra

Mexic



Dr Mihail Banacu

Romania



Ulrik Bak Kirk

Danemarca



Dr Antoine Naem

Germania



Faith Gichanga

Kenia



Abeesha Toussaint-Maximay

Trinidad&Tobago



Cameron Hardesty

USA



Andreea Popa-Stepanov

Romania

3	Camelia Serban: Editorial	40	Dr Steven Vasilev: Endometriomul ovarian
9	Dr Emad Mikhail: Endometrioza peretelui abdominal	44	Dr Elias Tsakos: Congelarea ovocitelor inainte de operatie
11	Cindy Mosbrucker, MD and Trista Newville, DO: Instrumente folosite in chirurgie	46	Abeesha Toussaint-Maximay: Advocacy pentru endometrioza
14	Strangere de fonduri	48	Dr Cristina Odukoya: Menopauza indusa la pacientele cu endometrioza
15	Mr Francesco Di Chiara: Endometrioza toracica	50	Prof Horace Roman: Endometrioza plexului sacrat si a nervului sciatic
17	Dr. Wendaline VanBuren: RMN-ul in endometrioza	58	Dr Razvan Betea: Incontinenta urinara si prolapsul uterin
20	Dr Mihail Banacu: Endometrioza la pacientele tinere	61	Dr Attila Bokor: Managementul endometriozei profund infiltrative
23	Dr Ana SIERRA: Viata unei femei chirurg in endometrioza	65	Dr Catalin COROLEUCĂ: Rolul chirurgiei in viata pacientelor cu endometrioza
27	Dr Joanna BUBAK : Diagnosticul endometriozei	73	Dr Radu Maftei: Fertilitatea la femeile dupa 40 ani
29	Dr George Diaconu: Fibromul uterin	76	Ulrik Bak KIRK: FEMaLe Project
34	Dr Antoine Naem: Ryeq pentru endometrioza	80	Al 7-lea Congres European de Endometrioza
36	Dr Rawia Mohamed: Diagnosticul histopatologic in endometrioza		

Revista EndoLife EndoLife Digital Magazine is linked to facebook page **Global Daily Endo News** and a website called **Gazeta de Endometrioza**
e-mail: contact@endoromania.org

UNDE POTI AFLA MAI MULTE DESPRE NOI



**ASOCIATIA PERSOANELOR CU
ENDOMETRIOZA**



GLOBAL DAILY ENDO NEWS



www.endoromania.ro

Concept: Camelia Șerban

Copyrights: Asociația Persoanelor cu Endometrioză

Revista digitală EndoLife este un proiect non-profit al Asociației Persoanelor cu Endometrioză.

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.



Endometrioza peretelui abdominal

Emad Mikhail, MD, FACOG, FACS

- Profesor Asistent Departamentul de Obstetrica și Ginecologie
- University of South Florida/Morsani College of Medicine

Ce este endometrioza peretelui abdominal si cum se formează?

Endometrioza peretelui abdominal este o boală în care celulele similare cu mucoasa uterului migrează în straturile peretelui abdominal. Nu suntem exact siguri cum se întâmplă acest lucru, dar una dintre cele mai frecvente teorii este contaminarea în timpul nașterii prin cezariană.

Poate fi confundată cu hernie?

Există caracteristici similare între endometrioza peretelui abdominal și o hernie, una dintre acestea este că ambele boli formează o umflătură a peretelui abdominal. Ambele sunt de obicei dureroase. Pe de altă parte, există factori care diferențiază între ele, inclusiv momentul în care durerea este sau nu ciclică, alți factori includ localizarea și consistența umflăturii.

Se crede că una dintre cauzele endometriozei peretelui abdominal este contaminarea în timpul nașterii prin cezariană. Ce măsuri pot fi luate pentru a evita contaminarea?

Este corect. Una dintre cele mai comune teorii din spatele dezvoltării endometriozei peretelui abdominal este contaminarea în timpul nașterii prin cezariană. Incidența cezarianelor este în creștere, reprezentând mai mult de 30% din toate nașterile din SUA chiar acum, pe de altă parte, incidența endometriozei peretelui abdominal este mult mai rară. Întrebarea este de ce anumite paciente dezvoltă endometrioza abdominală, în timp ce altele nu. Deoarece nu înțelegem încă acest lucru dezvoltarea unei măsuri profilactice pentru prevenirea contaminării este dificilă.

Majoritatea pacienților cu endometrioza a peretelui abdominal au și endometrioza pelvină.



„Complicațiile intervenției chirurgicale pot fi infecția, durerea, sângerarea și formarea herniei incizionale”

Care sunt simptomele endometriozei în peretele abdominal?

Majoritatea pacienților cu endometrioză a peretelui abdominal prezintă dureri abdominale care sunt în mare parte ciclice, de asemenea, masă abdominală sau o umflătură care este resimțită în peretele abdominal. Mai rar, cele cu endometrioză ombilicală prezintă sângerare ciclică din ombilic.

ENDOMETRIOZA PERETELUI ABDOMINAL ARE O INCIDENȚĂ RAPORTATĂ DE 0,03–3,5% LA FEMEILE DE VÂRSTĂ REPRODUCTIVĂ

Ce alți factori de risc mai există în afară de cezariană?

Cel mai frecvent, endometrioza peretelui abdominal se dezvoltă la locul unei incizii pentru cezariană, dar se poate dezvolta și la locul inciziei abdominale anterioare laparoscopice sau clasice, în special în cazurile în care a fost efectuată o intervenție chirurgicală de endometrioză și sau endometriomul a fost extras prin acea incizie. De aceea, majoritatea chirurgilor din zilele noastre, atunci când extrag țesutul de endometrioză sau peretele chistului endometriom, folosesc o pungă pentru a evita contaminarea.

Unde se dezvoltă de obicei leziunile de endometrioză?

Cel mai frecvent loc al endometriozei este cavitatea pelviană. Endometrioza extrapelvină a devenit mai răspândită, cred că datorită conștientizării noastre cu privire la această boală și una dintre cele mai frecvente locuri de endometrioză extrapelvină este endometrioza peretelui abdominal.

Cum este diagnosticată?

Diagnosticul clinic se realizează prin anamneză și examen fizic. Ecografia abdominală, CT și RMN pot fi, de asemenea, foarte utile în localizarea leziunii de endometrioză a peretelui abdominal, inclusiv dimensiuni prin anamneză și examen fizic.

Poate fi gestionată cu medicamente?

Cu siguranță paciențele pot încerca tratamentul medical dacă doresc, dar de obicei în endometrioza peretelui abdominal nu are succes pe termen lung și este necesară excizia chirurgicală.

Când este indicată intervenția chirurgicală, cum se efectuează?

Cea mai comună modalitate de excizie chirurgicală este printr-o incizie cutanată care se află deasupra leziunii de endometrioză. În cazurile în care nodulul endometriozic este mai adânc mai mult spre partea peritoneală a aceluși perete abdominal, se poate efectua o excizie laparoscopică sau robotică. Depinde de dimensiunea nodulului și defectul rezultat în stratul fascial al peretelui abdominal, o plasă poate fi folosită pentru a consolida repararea.

Instrumentele folosite în chirurgie, cât de importante sunt?



Cindy Mosbrucker, MD and Trista Newville, DO
Pacific Endometriosis and Pelvic Surgery
in Gig Harbor, WA



Ce instrumente pot fi folosite în chirurgia endometriozei?

Un chirurg trebuie să fie capabil să identifice toate tipurile de endometrioză, de la forma subtilă/juvenilă până la forma avansată/evidentă. Este vital să se vizualizeze peritoneul anormal care poate provoca durere sau poate reprezenta endometrioză subtilă. Dr. Redwine a numit tehnica de vizualizare a endometriozei subtile drept „near contact laparoscopy”. Unii susțin că există o lipsă a factorului palpator, cu toate acestea, vizual se poate vedea dacă țesutul este „moale” sau pare sănătos. Dr. Redwine și Yocum au detaliat acest lucru cu criterii de peritoneu normal:

- Suprafața peritoneală perfect netedă, fără neregularități ale texturii sau reflexii speculare de lumină;
- Fără modele vasculare anormale;
- Peritoneu transparent fără culoare asociată;
- Nicio sugestie de structuri chistice subperitoneale.
- Fără fibroză superficială;

Următorul instrument telescopul, care poate fi laparoscopic sau robotic care permite near contact laparoscopy. Laparotomia nu permite vizualizarea peritoneului la mai puțin de 1 cm distanță de țesut. Robotul are 2 lentile care permit o vedere tridimensională a suprafețelor peritoneale. Alături de instrumentele de vizualizare sunt instrumentele și energia utilizate pentru excizia endometriozei. De obicei, un chirurg va folosi surse de energie bipolare și monopolare sau lasere cu dioxid de carbon. Cu toate acestea, poate folosi și disecția ascuțită. Disecția ascuțită nu utilizează de obicei o sursă de energie și este completată cu foarfece, care pot fi, de asemenea, utilizate ca sursă de energie monopolară pentru coagulare. Tipul de instrumente utilizate în timpul intervenției chirurgicale depinde în mare măsură de experiența individuală a chirurgului și de tehnica pe care o practică.

Sunt aceleași pentru excizie și ablație?

Tratamentul Gold Standard al endometriozei este excizia. Excizia endometriozei poate fi efectuată folosind instrumentele menționate anterior.

Ablația endometriozei nu îndepărtează boala de la rădăcini și se realizează de obicei folosind surse de energie bipolare sau monopolare sau cu vaporizare cu laser cu dioxid de carbon.

Este laserul un instrument de evitat în operația de excizie?

Dacă un chirurg este competent în utilizarea laserului cu dioxid de carbon pentru excizia endometriozei, atunci nu trebuie evitat. Dacă laserul este utilizat pentru ablația endometriozei, atunci este un tratament substandard.

Dacă un chirurg ginecologic nu efectuează apendicectomii în mod regulat, atunci un chirurg general ar trebui să fie inclus în planul chirurgical. Este prudent să cunoaștem domeniul de activitate al fiecărui specialist și abilitățile acestuia de a efectua intervenții chirurgicale pe intestine în mod specific pentru endometrioză. Rezecția segmentară este de obicei necesară pentru boala intestinului subțire sau boala extinsă a intestinului gros. Endometrioza intestinală de grosime parțială sau de grosime totală poate fi excizată folosind disecția ascuțită (foarfece), energia de tăiere monopolară și/sau capsatorul gastrointestinal pentru o rezecție intestinală discoidă.

Ce complicații pot apărea din aceste instrumente?

Complicațiile de la utilizarea acestor instrumente implică de obicei răspândirea termică, traumatisme tisulare, sângerare sau tehnică chirurgicală deficitară. Răspândirea termică depinde de tipul de instrument utilizat, de setarea puterii și de timpul aplicat țesutului. Se pot forma aderențe, pot apărea sângerări și este posibilă deteriorarea țesutului înconjurător (intestin, vezică urinară, ureter, trompe uterine etc.). Acestea pot duce la complicații, inclusiv hematoame, abcese, reinternare în spital, necesitatea unor intervenții chirurgicale suplimentare și creșterea durerii.

Există zone, cum ar fi intestinul, în care pot fi folosite doar instrumente specifice?

Endometrioza intestinului variază de la superficială la adânc infiltrativă și poate implica intestinul subțire, intestinul gros sau apendicele. Instrumentele folosite depind de tipul, localizarea și extinderea bolii, dar sunt, în general, aceleași cu cele utilizate pentru chirurgia pelviană. Alți specialiști pot fi, de asemenea, necesari pentru rezecțiile intestinale segmentare.



Cum se oprește sângerarea?

Minimizarea sângerării și menținerea hemostazei implică o conștientizare globală a tuturor lucrurilor din domeniul chirurgical. Este important să existe o cunoaștere aprofundată a anatomiei pelvine, a diferitelor aspecte ale țesuturilor și să știe unde și când poate fi întâlnită sângerarea. Hemostaza se realizează prin cauterizare monopolară sau bipolară sau cu sutură în funcție de localizarea sângerării și a țesutului înconjurător.

Pentru endometrioză profundă a diafragmei ce suturi pot fi folosite?

Endometrioza diafragmatică poate fi superficială sau profundă. În mod obișnuit, leziunile superficiale ale diafragmei vor provoca durere sub omoplat, dar nu provoacă dificultăți de respirație, tuse cu sânge sau pneumotorax catamenial, pe care le provoacă leziunile cu grosimea completă. De obicei, închidem defectele de grosime completă ale diafragmei cu o sutură absorbabilă întârziată care își va menține rezistența timp de aproximativ 4-6 săptămâni și apoi se va dizolva. Uneori, dacă defectul diafragmei este prea mare pentru a se închide atunci trebuie utilizat un plastru. În mod normal, aceasta ar fi o plasă biologică făcută din piele de porc sau țesut intestinal față de PTFE sau Gore-Tex.

Pe endometriomul ovarian ce se poate folosi?

Endometrioza ovariană este cel mai bine tratată prin excizia peretelui chistului și stabilirea unei structuri ovariene normale prin închiderea spațiului mort rămas după îndepărtarea endometriomului. Acest lucru va ajuta, de asemenea, la oprirea oricărei sângerări. Uneori este necesară suspendarea/legarea ovarului de ligamentul rotund sau suspendarea temporară a ovarului de peretele abdominal pentru a preveni lipirea ovarului de intestin, ureter, uter etc. Este un tratament substandard să drenezi endometrioamele sau să îndepărtezi parțial endometriomul. Aceste acțiuni pot duce la reformarea endometriomului, peritonită, aderențe, deteriorarea trompelor uterine, reducerea rezervei ovariene și/sau creșterea durerii.

Îndepărtarea endometriomului poate fi efectuată folosind instrumentele menționate în partea 1. Suturele folosite pentru a restabili structura ovariană normală se vor dizolva în aproximativ 2 săptămâni. De obicei suspendăm ovarul pentru a împiedica suprafața brută de pe ovar să se lipească de suprafața brută de pe peretele lateral rămas după excizia endometriozei din această zonă. Pacienții care este puțin probabil să aibă nevoie de FIV sunt supuși unei suspensii a ligamentul rotund, iar la cei susceptibili de a avea nevoie de recoltare a ovocitelor se va face o suspendare temporară printr-o sutură prin peretele abdominal pe care o îndepărtăm în ziua se va face o suspendare temporară printr-o sutură prin peretele abdominal pe care o îndepărtăm în ziua 5 postoperatorie.

References:

1. Redwine DB: Age-related evolution in color appearance of endometriosis. *Fertil Steril* 1987;48:1062–1063.
2. Redwine DB: Is 'microscopic' peritoneal endometriosis invisible? *Fertil Steril* 1988;50: 665–666.
3. Redwine DB, Yocom L: A serial section study of visually normal peritoneum in patients with endometriosis. *Fertil Steril* 1990;54:648–651.
4. Redwine DB: Laparoscopic excision of endometriosis by sharp dissection. In *Laparoscopic Appearance of Endometriosis*. Edited by DC Martin. Memphis, Resurge Press, 1990, pp 9-19.
5. Garry, Ray: The Effectiveness of Laparoscopic Excision of Endometriosis. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 16(4):p 299-303, August 2004.
6. Hefermehl HJ, et al. Lateral Temperature Spread of Monopolar, Bipolar, and Ultrasonic Instruments for Robotic-assisted Laparoscopic Surgery. *BJU Int.* 2014 Aug;114(2):245-52. doi: 10.1111/bju.12498. Epub 2014 Jan 22.
7. Malzoni M, Di Giovanni A, Exacoustos C, et al. Feasibility and Safety of Laparoscopic-Assisted Bowel Segmental Resection for Deep Infiltrating Endometriosis: A Retrospective Cohort Study With Description of Technique. *J Minim Invasive Gynecol.* 2015 Oct 8. pii: S1553-4650(15) 01604-0.

Ajută-mă să câștig lupta cu fibroamele și endometrioza

Elena Dobre, Romania

FUNDRAISING

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



Elena este una dintre multele 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.



Endometrioza toracică

Francesco Di Chiara, MD, THOR (Hons), FEBTS

- Consultant Thoracic Surgeon at Oxford University Hospital
- Uniportal and Advanced VATS
- Thoracic Endometriosis and Thoracic Outlet Syndrome

Endometrioza toracică se caracterizează prin creșterea țesutului de tip endometrial în cavitatea toracică.

Acest țesut poate afecta diferite structuri toracice, cum ar fi plămânii, diafragma, căile respiratorii, pericardul și pleura, ceea ce duce la o serie de simptome și complicații care prezintă provocări de diagnostic și management. Considerată anterior rară, există acum o conștientizare crescândă că endometrioza toracică poate fi subdiagnosticată.

Simptomele care indică endometrioza toracică includ dureri în piept, dificultăți de respirație, tuse cu sânge sau probleme respiratorii recurente exacerbate în timpul menstruației sau ovulației, precum și dureri ciclice de umăr. Aceste simptome sunt adesea legate de fluctuațiile hormonale, declanșând inflamație și durere în regiunea toracică. Apelarea la un medic pentru simptome persistente sau de impact este crucială pentru un diagnostic precis și un management eficient.

Sindromul endometriozei toracice (TES) cuprinde diverse manifestări ale afecțiunii, cum ar fi:

- pneumotorax catamenial
- hemotoraxul catamenial
- hemoptizie
- noduli pulmonari.

Aceste afecțiuni prezintă adesea, dar nu neapărat, simptome ciclice aliniate cu ciclul menstrual din cauza efectelor hormonale asupra țesutului toracic asemănător endometrului.

Complicațiile endometriozei toracice, dacă nu sunt tratate, pot fi severe. Pneumotoraxul catamenial, de exemplu, rezultă din acumularea de aer în spațiul pleural, ceea ce duce la colaps pulmonar și dificultăți de respirație.

Hemotoraxul catamenial implică acumularea de sânge în cavitatea pleurală, provocând dureri în piept și detresă respiratorie. Hemoptizia apare din iritația țesutului pulmonar prin depuneri asemănătoare endometriului, ducând la tuse cu sânge. Nodulii pulmonari, creșterile anormale în țesutul pulmonar, pot duce la complicații suplimentare dacă se măresc.

În timp ce endometrioza pelviană este mai frecventă, endometrioza toracică izolată - fără implicare pelvină - este rară, dar posibilă, prezentând provocări distincte în diagnostic și tratament. Medicii ar trebui să ia în considerare endometrioza toracică la persoanele cu simptome toracice, chiar și în absența endometriozei pelvine.

Cele patru categorii de sindrom de endometrioză toracică includ:

Pneumotorax catamenial: colaps pulmonar recurent în timpul menstruației din cauza țesutului asemănător endometrului din cavitatea pleurală, ceea ce duce la dureri în piept și dificultăți de respirație. Adesea asociat cu implicarea diafragmatică și fenestrații.

Hemotorax catamenial: acumulare de sângerare menstruală în cavitatea pleurală care provoacă dureri în piept, dificultăți de respirație și anemie.

Hemoptizie: tuse cu sânge din cauza petelor pulmonare și/sau ale căilor respiratorii ale depozitelor de țesut asemănătoare endometrului.

Noduli pulmonari: creșteri anormale în plămâni asociate cu endometrioza toracică, care necesită o evaluare suplimentară.

În rezumat, endometrioza toracică prezintă provocări complexe, necesitând recunoașterea precoce a simptomelor, înțelegerea manifestărilor toracice și conștientizarea potențialelor complicații. Personalul medical joacă un rol crucial în diagnosticarea și gestionarea endometriozei toracice pentru a îmbunătăți calitatea vieții și rezultatele pentru persoanele afectate.



Dr Francesco Di Chiara
Instagram page

@FRANCESCO_THORACIC

RMN-ul in diagnosticul endometriozei

Dr. Wendaline VanBuren, MD

*Profesor Asistent și radiolog,
Președintele Secției Imagistică
Ginecologie, Divizia Imagistică Abdominală,
Ecografia și imagistica sanilor,
Clinica Mayo*



Diagnosticul endometriozei a fost inca de la inceput unul clinic, chirurgia fiind gold standard in evaluarea acesteia.

Cu toate acestea, din păcate, boala este foarte complexă și poate necesita o abordare pe mai multe zone in diagnostic și management. Majoritatea societăților medicale internaționale recomandă acum imagistica ca parte a evaluării diagnosticului. Una dintre componentele cheie ale acestui diagnostic este utilizarea RMN-ului.

Modalitatea de evaluare primara a pelvisului este ecografie. Ecografia este rentabilă și, în general, este accesibilă în întreaga lume. Majoritatea examenelor cu ultrasunete pelvine de rutină nu sunt adaptate pentru evaluarea endometriozei, dar vor evalua ovarele pentru chisturi numite endometrioame și vor evalua alte potențiale probleme. Un grup de experți din mai mulți specialiști în radiologie și ginecologie prin intermediul Societății Radiologilor în Ultrasunete recomandă o ecografie pelvină amplificată” cu câteva manevre suplimentare pentru a detecta semnele directe și indirecte de endometrioza.

In recomandări sunt incluse simptomele clinice care sunt esențiale pentru ghidarea îngrijirii pentru cei care ar trebui să treacă la ecografie sau RMN la nivel de expert. Acest tip de ultrasunete este, în esență, un instrument de triaj care va permite medicilor să pledeze pentru ca pacienții lor să primească imagistică avansată la nivel de experți (1).



Un RMN specific sau o ecografie pot fi decise pe baza resurselor disponibile într-o anumită țară și/sau a experienței unui medic



În acest articol vom discuta despre utilizarea RMN, care este un instrument de diagnostic excelent, dar este posibil să nu fie la fel de ușor disponibil, în funcție de resursele naționale. Un RMN pentru endometrioză este un protocol special care optimizează evaluarea nu doar pentru pelvisul feminin, ci și pentru boala în sine. Atât liniile directoare ale Consensului European, cât și cele americane recomandă protocoale care utilizează un câmp vizual mic și secvențe adaptate pentru evaluarea produselor sanguine (2).

Un alt aspect critic în majoritatea protocoalelor este administrarea unui agent anti-peristaltic pentru intestin, cum ar fi Glucagon sau Buscopan, pentru a reduce artefactul și a permite vizualizarea clară. Pregătirea intestinului și gelul rectal pot fi recomandate în funcție de preferințele de practică.

Invazia intestinală a endometriozei este destul de comună, iar delimitarea identificată la RMN este foarte utilă în consiliere și planificare chirurgicală. Gelul administrat în vagin este adesea recomandat și foarte util în evaluarea invaziei vaginale. Ureterele pot fi, de asemenea, evaluate dacă sunt cronometrate corespunzător. În cele din urmă, contrastul de gadolinu intravenos este adesea recomandat pentru evaluarea cancerului, precum și evaluarea altor constatări care pot fi prezente (cum ar fi fibroame, polipi sau alte procese).

Protocoalele de endometrioză pentru evaluarea pleurei (în jurul plămânilor), a diafragmei, a intestinului subțire (numit Enterografie RM) și a nervilor sunt adaptate în mod unic.

RMN-ul este modalitatea definitivă de alegere pentru evaluarea bolii extra-pelvine, precum și pentru oricine este preocupat de cancer, deoarece toți pacienții cu endometrioză prezintă un risc crescut.

Endometrioza are trei modele de bază: chisturi în ovare numite endometrioame, care sunt bine descrise la ecografie și RMN. Depozitele superficiale sunt leziuni mici de pe mucoasa abdomenului numite peritoneu. Aceste tipuri de depuneri pot fi observate pe RMN dacă au produse din sânge și pot fi descrise destul de sigur, totuși acestea reprezintă probabil doar 10-20% din depozitele superficiale. Dacă aceste leziuni au doar o îngroșare ușoară fără produse sanguine, se poate sugera că ar putea exista endometrioză superficială, dar constatarea este nespecifică.

Există date limitate cu privire la aceste tipuri de leziuni la RMN, dar, în general, această constatare este bine observată la intervenție chirurgicală și, deși cunoașterea lor este importantă, ele nu modifică abordarea chirurgicală. Zona în care RMN devine cu adevărat remarcabilă este identificarea bolii profunde.

Endometrioza profundă afectează cel puțin 20% dintre pacienții cu endometrioză și deseori duce la o complexitate chirurgicală crescută și poate necesita chirurghi specializați în intestin, vezică urinară, uretere, abdomen superior, nervi sau torace.

Mulți pacienți au două sau trei dintre aceste modele; iar cu boala avansată toate cele 3 modele sunt în mod obișnuit observate (3). Endometrioza este o boală de identificare a tipurilor. Este important să se observe locurile individuale ale bolii și să se descrie anatomia detaliată, dar aspectul general al pelvisului se poate schimba și el (4).

Deși aderențele pot să nu fie observate direct la RMN, de multe ori este prezentă o distorsiune a anatomiei pelvine, cum ar fi „kissing ovaries” atunci când ovarele se ating între ele și uterul, un uter retroflexat (pliat înapoi, tras de endometrioză), înclinarea uterului spre peretele lateral pelvin, obliterarea cul-de-sac posterior și legarea rectului spre uter.

Dacă aceste tipuri de constatări sunt observate pe orice modalitate de imagistică (ultrasunete, RMN, CT) ar trebui sugerată posibilitatea apariției endometriozei, deoarece aceste modele sunt foarte caracteristice. Ecografia poate oferi un adjuvant puternic la RMN pentru a efectua manevre dinamice și pentru a evalua mobilitatea.

RMN-ul pentru endometrioză este un instrument foarte important pentru evaluare, în special la cei suspecți de a avea boală avansată sau profundă. Pacienții pot beneficia de cunoașterea severității bolii pentru planificarea operativă sau pentru urmărire în cazul managementului medical sau conservator.

Pregătirea pentru citirea unui RMN pentru endometrioză necesită efort dedicat, prin volumul de cazuri și resurse educaționale specializate. Există progrese uriașe în adoptarea de protocoale dedicate, standarde de educație și raportare, iar RMN-ul pentru endometrioză devine din ce în ce mai disponibil.

- Young SW, Jha P, Chamie L, Rodgers S, Kho RM, Horrow MM, Glanc P, Feldman M, Groszmann Y, Khan Z, Young SL, Poder L, Burnett TL, Hu EM, Egan S, VanBuren W. Society of Radiologists in Ultrasound Consensus on Routine Pelvic US for Endometriosis. *Radiology*. 2024 Apr; 311 (1):e232191
2. Tong A, VanBuren WM, Chamie L, Feldman M, Hindman N, Huang C, Jha P, Kilcoyne A, Laifer-Narin S, Nicola R, Poder L, Sakala M, Shenoy-Bhangle AS, Taffel MT. Recommendations for MRI technique in the evaluation of pelvic endometriosis: consensus statement from the Society of Abdominal Radiology endometriosis disease-focused panel. *Abdom Radiol (NY)*. 2020 Jun; 45 (6):1569-1586
3. Jha P, Sakala M, Chamie LP, Feldman M, Hindman N, Huang C, Kilcoyne A, Laifer-Narin S, Nicola R, Poder L, Shenoy-Bhangle A, Tong A, VanBuren W, Taffel MT. Endometriosis MRI lexicon: consensus statement from the society of abdominal radiology endometriosis disease-focused panel. *Abdom Radiol (NY)*. 2020 Jun; 45 (6):1552-1568
4. Feldman MK, VanBuren WM, Barnard H, Taffel MT, Kho RM. Systematic interpretation and structured reporting for pelvic magnetic resonance imaging studies in patients with endometriosis: value added for improved patient care. *Abdom Radiol (NY)*. 2020 Jun; 45 (6):1608-1622

Dr Wendaline VanBuren social media accounts:



LinkedIn:

Dr Wendaline VanBuren, MD



Twitter:

@WendalineVB



Instagram:

@WendalineVB

Dr Mihail Bănac: “Este foarte important ca o pacientă să realizeze faptul că endometrioza nu este o boală ce se vindecă, indiferent de tratamentul efectuat”.

ENDOMETRIOZA LA FEMEILE TINERE



Din punct de vedere al simptomatologiei, în funcție și de stadiul de boală pe care o pacienta îl are în momentul diagnosticului, cele mai frecvente simptome includ: dureri menstruale, perioovulatorii, dispareunie (dureri în momentul actului sexual), dureri pelvine cronice, sângerări abundente, astenie și nu în ultimul rand, infertilitatea. Toate aceste simptome pot conduce la scăderea calității vieții prin limitarea activităților zilnice, famililale sau de serviciu.

“

Endometrioza este o boală cronică, progresivă care trebuie monitorizată mai frecvent prin multiple controale.

Nu toate pacientele cu endometrioză au simptome dar la toate pacientele cu endometrioză este important de menționat impactul cumulativ prin care le afectează viață; riscul de malignizare – deși se întâmplă rar este dublu față de populația generală; totodată este mai frecventă asocierea de boli metabolice și cardiovasculare la aceste paciente.

Considerăm că etiopatogenia bolii este una complexă și incomplet înțeleasă, și provine din dereglări ale sintezei și reglării hormonale, prin modificări ale neoforării de vase și de nervi în asociere cu un răspuns inflamator aberant; toate acestea pe un fond de imunitate scăzută ereditară sau dobândită.

Gândindu-ne la modul în care mediul înconjurător poate afecta o pacientă cu endometrioză, fumatul, noxele, dieta modernă care se bazează pe alimente procesate, consumul excesiv de carne roșie, produsele lactate în exces, glutenul, zaharurile pot contribui semnificativ la afectarea sistemului imun și astfel să favorizeze apariția sau progresia bolii.

lipsa activității fizice și a unui regim de viață exilibrat contribuie cu siguranță la incidență crescută a bolii.



Diagnosticul endometriozei

Diagnosticarea endometriozei este important să fie făcută cât mai precoce pentru un management mai puțin invaziv.

Recomandarea este ca primul consult să fie făcut la un medic ginecolog cu experiență în această boală. Limitările pe care le întâmpinăm ca medici în diagnosticul bolii sunt endometrioza în stadii incipiente în care leziunile din interiorul abdomenului sunt subtile și nu pot fi evidențiate prin consult sau imagistica, fiind sugerate numai prin simptomatologie; apoi leziunile extrapelvine (intestin subțire, țesut subcutanat, diafragm, rinichi, colon sigmoid, etc.) sunt dificil de palpat și evidențiat la un consult ginecologic.

Nu există o strategie de tratament standardizată pentru o pacientă diagnosticată cu endometrioză. Fiecare tip de tratament (fie el medicamentos sau chirurgical) va fi individualizat în funcție de stadiul de boală în care pacienta se află, de prezența simptomatologiei, de cât de debilitantă este aceasta pentru pacientă și nu în ultimul rând de dorință pe care aceasta o are de a obține o sarcină în viitorul apropiat.

Ce credem noi că este foarte important ca o pacientă să realizeze este faptul ca endometrioza nu este o boala ce se vindecă, indiferent de tratamentul efectuat. Simptomele pot fi ameliorate, infertilitatea poate fi combătută într-un procent destul de ridicat din cazuri, dar din păcate nu s-a găsit un tratament curativ până în momentul de față.

Modalități de gestionare

Există de asemenea o multitudine de metode complementare de tratament pe care pacientele la care pacientele pot recurge, cum ar fi: acupunctura, fiziokinetoterapia, modificări ale stilului de viață în special referindu-ne la regimul alimentar, tratament osteopatic, management chiropractic al simptomelor, toate acestea venind în completarea tratamentului pe care medicul curant îl consideră cel mai adecvat pentru pacientă.

Nu trebuie niciodată neglijate aspectele psihosociale pe care un diagnostic de endometrioză îl va avea asupra pacientelor. Acestea trebuie îndrumate către ajutor specializat dacă simt că au nevoie. Există psihologi și psihoterapeuți în momentul actual care lucrează preponderent cu paciente diagnosticate cu endometrioză și sunt pregătiți să ajute să-și înțeleagă boala nu doar din punct de vedere medical, cât și implicațiile pe care aceasta le are în viața de zi cu zi.

Ce ne dorim pentru pacientele noastre? Pe de o parte conștientizarea clinicienilor a frecvenței ridicate a aceste patologii în rândul tuturor femeilor și îndrumarea acestora către medici specializați pentru un diagnostic corect și complet și apoi accesul pe scară largă al pacientelor la centre/echipe multidisciplinare specializate în endometrioză. Până când studiile clinice vor ajunge la un consens privind cauzele și tratamentul cel mai bun al endometriozei, viitorul tratamentului în endometrioză trebuie să fie prevenția și depistare precoce.

Author: Dr Mihail Bănuț, medic specialist
obstetrica-ginecologie, chirurg endometrioză
Realizator: Flori Stan

ENDO*foodart*

Alături de tine în călătoria cu Endometrioza

Te susținem în atingerea stilului de viață
dorit, ghidându-te către specialiștii potriviți
pentru fiecare nevoie.

Webinarii lunare de Introducere în
Managementul Endometriozei

Cărți de rețete fără gluten,
lactoză & zahăr rafinat

Ghiduri gratuite de educație

Consiliere 1:1

Antrenamente Sportive

www.endofoodart.com



Dr Ana SIERRA: Viața unei femei chirurg specializată în endometrioză: abordarea nervilor

Putem argumenta că femeile chirurg sunt rare și pentru endometrioza sunt chiar mai rare.

Pentru afecțiunile nervilor, probabil că putem număra pe o mână femeile care operează. Nervii, după cum se știe sunt importanți și deservește funcții importante ale corpului. Abordarea afecțiunilor nervoase necesită experiență și cunoștințe solide. Printre aceste câteva femei care operează pe nervi se numără și Dr. Ana Sierra de la Institutul Doyenne din Mexic. În acest interviu exclusiv, Dr. Sierra vorbește despre chirurgia nervilor și calea riguroasă pentru a deveni specialist în chirurgia nervilor pelvieni.

Navigarea în zona complexă a chirurgiei endometriozei

Endometrioza este o afecțiune notoriu de complexă și adesea debilitantă, care afectează una din zece femei din întreaga lume (deși unele statistici sugerează chiar 1 din 7 în Mexic). Pentru cei care și-au dedicat cariera chirurgiei de excizie, în special cei specializați în implicarea nervilor, este atât o provocare, cât și o chemare. Fiind una dintre puținele femei chirurg în excizia endometriozei la nivel global – și suficient de norocoasă pentru a avea pregătire în neuropelveologie – călătoria mea a fost marcată de multă pregătire, învățare continuă (nu mă mulțumesc cu răspunsurile comune) și un angajament neclintit față de pacienții mei; de asemenea, mult sprijin din partea prietenilor și familiei mele.



Calea riguroasă pentru a deveni un specialist în nervi

Formarea mea a început cu o diplomă standard de medicină, urmată de un rezidențiat în ginecologie. Cu toate acestea, pentru a mă specializa în endometrioză și chirurgia nervilor, am urmat un master în repere anatomice, un master în managementul chirurgical al endometriozei profunde și Neuropelveologie. Acestea au inclus instruire practică cu mentori cu experiență, cursuri avansate de disecție a nervilor și nenumărate ore în laboratorul de cadavre și sala de operație, perfecționându-mi abilitățile. De asemenea, am avut ocazia să învăț de la alți specialiști care se ocupă zilnic de pacienți cu dureri pelvine cronice, deoarece fac parte dintr-o echipă multidisciplinară axată pe diagnosticul și tratamentul endometriozei cu sediul în Mexico City, denumită Instituto Doyenne.



Dr Ana Sierra

„Manevrarea nervilor în operație nu este pentru cei slabi de inimă. Necesită precizie meticuloasă, pregătire extinsă și o înțelegere profundă atât a anatomiei, cât și a nuanțelor endometriozei.”

Acolo nu numai că pot avea unii dintre cei mai buni chirurghi de endometrioză ca parte a echipei mele, ci și pot învăța de la kinetoterapeuți despre mușchii podelei pelvine; cum să-i explorez și care este legătura cu durerea din endometrioză, precum și un neurofiziolog care lucrează cu mine în timpul operațiilor pentru a păstra cât mai multă funcționare a nervilor.

Testarea nervilor în direct: O tehnică de ultimă oră

Unul dintre cele mai interesante aspecte ale chirurgiei nervoase pentru endometrioză este testarea nervilor vii pe care o efectuăm în timpul operațiilor. Această tehnică implică stimularea nervilor intraoperator pentru a se asigura că funcționează corect. Procedând astfel, putem marca căile nervoase și putem evita daune inutile. Deși această tehnică nu este încă o practică standard în toate centrele chirurgicale, este din ce în ce mai mult adoptată de instituțiile de vârf datorită eficienței sale în păstrarea funcției nervoase și îmbunătățirea rezultatelor pacientului.



Rolul nostru ca medici este să ajutăm pacientele să ia cea mai bună decizie bazată pe informații și pe cel mai bun diagnostic pre-chirurgical pe care îl putem oferi.



Importanța experienței în chirurgia nervilor

Consecințele leziunilor nervoase pot fi severe, ducând la durere cronică, pierderea funcției și alte complicații. Aceste complicații pot fi diagnosticate chiar înainte de operație, astfel încât să putem spune efectiv realitatea stării pacienților noștri și șansele de recuperare. Nu putem promite ceva ce nu putem susține. Vom oferi doar adevărul despre boala lor.

Diagnosticul endometriozei nervilor

Diagnosticarea endometriozei care implică nervii este deosebit de dificilă. Adesea necesită o combinație de istoric detaliat al pacientului, examinări fizice, studii imagistice și studii urodinamice.

O altă parte importantă a echipei noastre este neurourologul care ne ajută să diagnosticăm starea reflexului micțional al pacienților noștri înainte și la o lună după operație pentru a vedea îmbunătățirea funcției acestui reflex foarte important (precum și a reflexului de defecare).

Simptome precum durerea pelvină cronică, iradierea la nivelul picioarelor cu sau fără pierderea forței, sciatica ciclică (care devine și mai frecventă odată cu trecerea anilor), durerea în timpul actului sexual, imposibilitatea de a vă goli vezica urinară sau intestinul, pot indica nervi implicare.

Endometrioza este o boală centrată pe nervi care provoacă durere din 2 motive: răspunsul inflamator eliberează citokine care stimulează creșterea nervilor care inervează nodulul, iar nocicepția pelvină îmbunătățită poate contribui la facilitarea transmiterii semnalului durerii. De asemenea, importantă este compresia nervoasă cauzată de nodulii care în cele din urmă încep să deterioreze nervul și încep să-și piardă funcția.

Tehnicile avansate de imagistică, cum ar fi RMN, cu aparate speciale pentru nervii de interes exact, pot ajuta la vizualizarea nervilor afectați, dar adesea, diagnosticul definitiv este pus în timpul intervenției chirurgicale, când leziunile pot fi observate și excizate direct.

Decizia de a efectua sau nu o intervenție chirurgicală trebuie să se arate că oferim de fapt o șansă pacientului nostru să si îmbunătățească viața. Uneori, afectarea nervului este prea intensă și nu întotdeauna există ceva ce poate fi făcut prin intervenție chirurgicală, dar avem alte instrumente pentru a-i ajuta să obțină o viață cu mai puțină durere.

Bucuria de a face o diferență

Unul dintre cele mai pline de satisfacții ale muncii mele este să văd transformarea în viața pacienților mei. Multe femei vin la mine după ani, sau chiar zeci de ani, de suferință. A fi capabil să oferi alinare și să le îmbunătățești calitatea vieții este incredibil de împlinitor. Recunoștința și feedback-ul pozitiv din partea pacienților mei întăresc motivul pentru care am ales această cale și mă motivează să-mi dezvolt în continuare abilitățile și cunoștințele.

Empatie și înțelegere ca femeie chirurg

Ca femeie chirurg, am o perspectivă unică asupra a ceea ce suportă pacienții mei. Durerea fizică, impactul emoțional și adesea lupta pentru a fi luat în serios de către medici sunt toate aspectele pe care le înțeleg profund și cu care empatizez. Această empatie mă determină să pledez pentru pacienții mei, asigurându-mă că primesc îngrijirea și sprijinul complet de care au nevoie.

Abordarea celor mai dificile cazuri

Unul dintre cele mai provocatoare cazuri pe care le-am întâlnit a implicat un pacient cu endometrioză extinsă care afectează mai mulți nervi pelvieni. Operația a necesitat disecție precisă în jurul structurilor critice pentru a elimina endometrioza, păstrând în același timp funcția nervoasă. Complexitatea cazului și mizele implicate au făcut ca acesta să fie un moment descurajant și definitoriu în cariera mea. Navigarea cu succes în această intervenție chirurgicală și observarea recuperării ulterioare a pacientului a fost extrem de îmbucurătoare. Sprijinul echipei mele în timpul intervenției chirurgicale a făcut diferența (de la chirurgi pelvini calificați precum Dr Cabrera, până la Neurofiziologul nostru Dr. Ponce, fiecare intervenție chirurgicală este un efort de echipă).

Post-îngrijire chirurgicală: drumul către recuperare Înainte și după operația nervoasă, pacienții au nevoie de îngrijire cuprinzătoare pentru a-și ajuta recuperarea. Aceasta include adesea fizioterapie pentru restabilirea funcției și mobilității, strategii de gestionare a durerii și, uneori, tratamente suplimentare, cum ar fi blocurile nervoase sau neuromodularea.

Programările regulate de urmărire sunt esențiale pentru a monitoriza progresul și pentru a aborda cu promptitudine orice complicații. Îngrijirea multidisciplinară care implică terapeuți fizici, specialiști în durere și alți specialiști este esențială pentru a asigura recuperarea holistică. Endometrioza este o boală sistemică, trebuie să lucrăm în echipă (pacient cu mai mulți medici); uneori, afectarea nervilor este atât de mare încât poate dura până la 6-12 luni pentru ca creierul să uite de durere.

Chirurgia nerve sparing: o abordare critică

Chirurgia care "economisește" nervii este o tehnică care vizează îndepărtarea leziunilor de endometrioza, păstrând în același timp nervii din jur. Această abordare reduce riscul de afectare a nervilor și ajută la menținerea funcției normale. Necesită abilități chirurgicale avansate și o înțelegere aprofundată a anatomiei pelvine. Disecând cu atenție în jurul nervilor și folosind tehnici precum neuromonitorizarea în direct, minimizarea energiei de coagulare, putem obține rezultate optime pentru pacienții noștri, reducând durerea și îmbunătățindu-le calitatea vieții.

Concluzie

A fi o femeie chirurg în excizia endometriozei, în special una care este specializată în implicarea nervilor, este un rol care vine cu o responsabilitate și o recompensă imensă. Prin instruire riguroasă, învățare continuă și un angajament profund față de îngrijirea pacientului, mă străduiesc să fac o diferență în viața femeilor care suferă de această afecțiune provocatoare. Fiecare intervenție chirurgicală de succes, fiecare pacient care găsește alinare și fiecare poveste de recuperare este o dovadă a importanței îngrijirii specializate și pline de compasiune în lupta împotriva endometriozei.

Dr Joanna BUBAK: Din păcate, în Polonia, observ aceleași tendințe ca și în alte țări europene. Endometrioza este încă diagnosticată tardiv.



DIAGNOSTICUL ENDOMETRIOZEI

Cum se diagnostichează endometrioza?

Endometrioza se prezintă cu o varietate de simptome, motiv pentru care efectuarea unei amănunțite este crucială pentru diagnostic. Ginecologii ar trebui să recunoască atât simptomele comune, cât și cele rare. De exemplu, durerea de braț ar putea indica endometrioza diafragmatică, în timp ce durerea lombară care iriază către picior poate sugera implicarea nervului sciatic. În al doilea rând, examenul vaginal este esențial, deoarece nodulii endometriotici din pelvis pot fi palpați și uneori chiar vizibili în fornixul posterior. Ecografia vaginală, urmând protocoale standardizate, este de obicei următorul pas. Toți pașii menționați mai sus sunt adesea suficienți pentru diagnosticarea endometriozei.

Multe simptome ale endometriozei se găsesc și în alte boli. Cum putem face diferența între ele?

Uneori, diagnosticul de endometrioza poate fi dificil, deoarece simptomele pot fi nespecifice. În astfel de cazuri, dacă examinările și scanările ginecologice nu evidențiază anomalii, pacienta trebuie trimisă pentru alte consultații. De exemplu, un gastroenterolog ar putea verifica o pacienta pentru SIBO sau disbioză intestinală, un neurolog pentru fibromialgie sau sciatică și un urolog pentru cistita interstițială. Tratatamentul unei paciente cu endometrioza și boli concomitente trebuie să fie holistic, implicând medici din diverse specialități care lucrează împreună.

Cum se desfășoară o consultație pentru endometrioza?

Consultația pentru endometrioza ar trebui să semene cu o vizită ginecologică de rutină. Ar trebui să se desfășoare cu respect față de pacientă și ascultând cu atenție simptomele acesteia. Deoarece uneori poate fi dificil pentru o pacientă să discute detalii intime, cum ar fi scaunul sau actul sexual, medicul ar trebui să pună întrebări adecvate pentru a ajuta la diagnosticare. Toți pașii examinării vaginale, precum și ultrasunetele trebuie explicate de un medic. De asemenea, este important să ne amintim că atingerea unui nodul endometriotic în timpul examinării poate provoca disconfort sau durere, astfel încât comunicarea dintre pacient și medic este crucială pentru astfel de examinări.

Ce se poate face atunci când o pacientă nu are endometrioza vizibilă imagistic, dar are simptome?

Fiecare pacienta cu simptome de endometrioza ar trebui să fie sub supravegherea directă a unui specialist în endometrioza. Dacă scanările actuale nu arată endometrioza, nu exclude definitiv diagnosticul. Unele semne vizibile în scanări pot apărea luni sau chiar ani mai târziu după debutul endometriozei. Din acest motiv, examinarea clinică, precum și ecografiile trebuie repetate. Există, de asemenea, teste neinvazive disponibile, cum ar fi verificarea miRNA salivară sau BDNF seric, care ar putea fi de ajutor în astfel de situații, dar sunt necesare studii și analize suplimentare de cohortă mari. În unele cazuri, poate fi recomandată laparoscopia cu excizia leziunilor superficiale.

Când este indicat RMN-ul?

Protocoloalele pentru diagnosticarea endometriozei pot diferi ușor între centre. Unii specialiști aleg scanarea cu ultrasunete, în timp ce alții preferă examenele RMN. Cu toate acestea, există indicații clare pentru efectuarea RMN. Prima este endometrioza extrapelvină, cum ar fi endometrioza diafragmatică. Al doilea caz include pacienți cu suspiciune de endometrioza a intestinului subțire. RMN-ul este, de asemenea, necesar atunci când simptomele sugerează implicarea nervilor, cum ar fi endometrioza sciatică. În alte cazuri, diagnosticul poate fi pus fie pe ecografie, fie pe RMN, sau pe ambele metode atunci când sunt implicate structuri mai profunde.

„**În universitățile de medicină nu se vorbește prea multe despre această boală. Cu toate acestea, văd câteva schimbări pozitive. În ultimii mei ani în practică, întâlnesc mai multe femei mai tinere care vin în vizită pentru că sunt conștiente de endometrioza.**”

Ecografia transvaginală: cât de precisă este?

Precizia diagnosticului pentru endometrioza variază în funcție de diferite examene. De aceea au fost create criterii uniforme. Urmând pașii Analizei Internaționale a Endometriozei Profunde (IDEA), sensibilitatea poate ajunge la 92%, dar depinde de localizarea endometriozei. Cea mai scăzută sensibilitate se găsește în sept și vagin, în timp ce cea mai mare este în ovare și rect. RMN-ul arată o sensibilitate similară, rezultatele depind și de localizarea nodulului.

În unele țări, RMN-ul este indicat ca modalitate de diagnosticare, iar în alte părți se spune că operația este cea mai bună opțiune. De ce aceasta diferență?

RMN-ul, precum și ultrasunetele, este o metodă de diagnostic complementară, ceea ce înseamnă că unele leziuni endometriotice pot să nu fie detectate în timpul diagnosticului preoperator. Acest lucru se aplică în special nodulilor localizați în intestinul subțire sau leziunilor superficiale ale peritoneului. În astfel de cazuri, intervenția chirurgicală ar putea fi cea mai bună opțiune pentru depistare. Cu toate acestea, cea mai bună practică este de a efectua orice test imagistic pentru a planifica amplitudinea procedurii chirurgicale, explicând și pacientului că acesta s-ar putea schimba în timpul intervenției chirurgicale.

În adolescenții care nu sunt activi sexual, cum putem diagnostica endometrioza?

Endometrioza adolescentului este o problemă dificilă. Studiile arată că înainte de un diagnostic final, adolescenții vor vizita cel puțin trei medici. Diagnosticul ar trebui să înceapă cu un istoric medical și familial detaliat. Al doilea pas ar trebui să fie un examen pelvin. Pentru adolescenții care nu sunt activi sexual, se recomandă sonografia transrectală. Cu toate acestea, din practica mea zilnică, aș sugera ca tânăra să fie pregătită pentru acest examen explicându-i la ce să se aștepte. Rezonanța magnetică este, de asemenea, o opțiune bună. Din păcate, în unele țări, costurile mari o fac mai puțin accesibilă.

Se poate folosi ecografia pentru a diagnostica adenomioza?

Adenomioza și endometrioza sunt strâns legate, deoarece fiziopatologia este extrem de asemănătoare. Ambele pot fi diagnosticate și prin ecografie. Diagnosticul adenomiozei este sistematizat prin criteriile MUSA (Morphological Uterus Sonographic Assessment), care descriu caracteristicile directe și indirecte ale adenomiozei.

Fibromul uterin; simptome, diagnostic și tratament

Dr George Diaconu

*Medic primar
obstetrică-ginecologie
supraspecializare în ginecologie oncologica
Royal Hospital, București*



Ce este fibromul uterin și care sunt cauzele de apariție?

Fibromul uterin, cunoscut și sub denumirea de miom uterin sau leiomiom, este o tumoare benignă (non-canceroasă) care se dezvoltă în mușchiul uterin. Acesta este cel mai comun tip de tumoră non-canceroasă la femei în timpul anilor de reproducere. Fibroamele uterine pot varia în dimensiune, de la mici noduli care nu produc simptome până la tumori mari care pot cauza complicații serioase.

Cauzele exacte ale fibroamelor uterine nu sunt pe deplin înțelese, dar există anumiți factori care pot influența dezvoltarea lor:

1. Hormonal:
2. Genetic:
3. Rasa:
4. Alți factori de mediu și stil de viață:

Cate tipuri de fibroame există și care dintre ele sunt cele care pot cauza complicații?

Există mai multe tipuri de fibroame uterine, care sunt clasificate în funcție de locația lor în uter și de modul în care afectează structura uterului. Cele trei tipuri principale sunt:

Subseros: Fibroamele subseroase cresc pe partea exterioară a uterului și se dezvoltă în direcția peritoneului, care este stratul exterior al uterului. Aceste fibroame rareori provoacă simptome și, de obicei, nu interferează cu funcționarea normală a uterului.

Fibroamele subseroase mari pot determina presiune asupra altor organe din jur și pot cauza disconfort.

Intramural: Fibroamele intramurale se dezvoltă în grosimea mușchiului uterin și reprezintă cel mai comun tip de fibrom uterin. Acestea pot crește în dimensiune și pot provoca simptome cum ar fi durerile menstruale crescute și sângerările menstruale abundente.

Fibroamele intramurale mari pot afecta structura uterului și pot interfera cu capacitatea sa de a se contracta corespunzător în timpul sarcinii.

Submucoase: Fibroamele submucoase se dezvoltă sub mucoasa uterină și pot crește în interiorul cavității uterine. Acestea pot provoca sângerări menstruale abundente, dureri pelvine și complicații în sarcină, cum ar fi avortul spontan sau creșterea riscului de naștere prematură. Fibroamele submucoase pot afecta, de asemenea, capacitatea uterului de a susține o sarcină, determinând dificultăți în concepție sau avorturi repetate.

Fibroamele submucoase sunt cele mai susceptibile să provoace complicații, mai ales în cazul în care sunt mari sau se află într-o poziție care afectează structura uterului sau interferează cu funcționarea acestuia. Totuși, fiecare tip de fibrom uterin poate cauza probleme în funcție de dimensiunea și locația sa, și pot apărea simptome care necesită tratament medical sau intervenție chirurgicală.

Fiind o afecțiune a uterului, cum poate fi diagnosticată mai exact? Se recomandă biopsie pentru diagnostic?

Diagnosticul fibroamelor uterine este făcut ecografic (2D sau 3D) în procentul cel mai mare. În anumite circumstanțe este necesar alt tip de investigație imagistică sau intervențională pentru a diagnostica raporturile acestei formațiuni tumorale cu țesuturile din jurul lui.

Imagistică medicală poate fi utilizată pentru a vizualiza structura uterului și pentru a detecta anomalii. Aceste imagini pot oferi informații detaliate despre dimensiunea, localizarea și caracteristicile tumorii.

Histeroscopia poate fi utilă în diagnosticarea și tratarea anumitor fibroamelor submucoase sau a altor anomalii uterine.

Pentru fibroamele uterine, biopsia nu este întotdeauna necesară, deoarece acestea sunt, în general, benigne. Cu toate acestea, în cazul în care există incertitudine cu privire la diagnostic sau în cazul unor simptome atipice, biopsia poate fi recomandată pentru a exclude alte tipuri de fibroame maligne (cum ar fi sarcomul).

În cazul unei sarcini obținută cu un uter fibromatos care sunt posibilele complicații?

Sarcina în cazul unui uter fibromatos poate fi asociată cu anumite complicații și riscuri, în funcție de dimensiunea, localizarea și numărul fibroamelor, precum și de alte caracteristici specifice ale fiecărui caz. Unele dintre complicațiile pot include:

Avort spontan: Fibroamele pot afecta implantarea și dezvoltarea embrionului în uter, crescând riscul de avort spontan, în special în cazul fibroamelor submucoase care cresc în interiorul cavității uterine.

Creșterea riscului de naștere prematură:

Fibroamele pot cauza modificări în structura uterului și pot afecta capacitatea acestuia de a se dilata corespunzător în timpul sarcinii, crescând riscul de naștere prematură.

Creșterea riscului de prezentare anormală a

fătului: Fibroamele uterine mari pot ocupa spațiul în uter și pot împiedica fătul să se poziționeze corect pentru naștere, crescând riscul de prezentare anormală a fătului, cum ar fi poziția pelviană sau transversală.

Creșterea riscului de complicații în timpul

travaliului și nașterii: Fibroamele pot afecta contractilitatea uterului și pot determina travaliul să fie mai lung sau mai dificil. Ele pot crește, de asemenea, riscul de complicații precum ruptură uterină sau sângerarea excesivă în timpul nașterii sau în anumite cazuri de a bloca calea de naștere (Fibromul Praevia).

Sângerări uterine anormale: Fibroamele pot fi asociate cu sângerări uterine anormale în timpul sarcinii, ceea ce poate necesita monitorizare și tratament medical.

Ce rol poate avea histeroscopia în cazul fibroamelor?

Histeroscopia este o procedură medicală utilizată pentru a diagnostica și a trata anumite patologii uterine. În cazul fibroamelor uterine, histeroscopia poate avea mai multe roluri importante:

1. Diagnostic: Histeroscopia poate ajuta la diagnosticarea fibroamelor submucoase, care cresc în interiorul cavității uterine și pot provoca simptome precum sângerări uterine anormale sau infertilitate. În timpul histeroscopiei, medicul poate vizualiza direct cavitățile uterine și poate identifica fibroamele sau alte anomalii uterine.

2. Evaluarea localizării și dimensiunii fibroamelor:

Histeroscopia poate oferi informații detaliate despre localizarea și dimensiunea fibroamelor submucoase. Aceste informații sunt importante pentru planificarea tratamentului adecvat și pentru determinarea dacă fibroamele sunt susceptibile de a cauza complicații în timpul sarcinii sau a nașterii.

3. Biopsie: În unele cazuri, histeroscopia poate fi folosită pentru a lua biopsii de țesut din interiorul cavității uterine. Aceasta poate fi utilă pentru a confirma diagnosticul de fibrom uterin sau pentru a exclude alte condiții, cum ar fi cancerul endometrial sau sarcomul uterin.

4. Tratament: În plus față de rolul său diagnostic, histeroscopia poate fi folosită și pentru tratamentul fibroamelor submucoase (toate tipurile din catalogarea FIGO de la 0 la 4). Procedurile terapeutice, cum ar fi miomectomia histeroscopică sau ablația endometrială, pot fi efectuate în timpul histeroscopiei pentru a îndepărta fibroamele sau pentru a trata sângerările uterine anormale asociate cu acestea.

Personal am o experiență mare în tratamentul fibroamelor submucoase pe cale histeroscopică fiind considerată histeroscopie avansată și recomand ca o pacienta care are acest tip de intervenție să fie efectuată doar de către medici cu experiență în acest tip de tratament.

Atunci când acestea coexistă cu alte afecțiuni precum endometrioza și adenomioza, cum putem diferenția între simptome?

Diferențierea simptomelor asociate cu fibroamele uterine, endometrioza și adenomioza poate fi dificilă, deoarece aceste afecțiuni pot avea suprapuneri semnificative în ceea ce privește simptomele pe care le cauzează.

Cu toate acestea, există câteva diferențe specifice care pot ajuta la identificarea fiecărei afecțiuni:

Fibroamele uterine:

- Simptomele tipice includ dureri pelvine sau presiune, sângerări menstruale abundente (menoragie), dureri în timpul actului sexual și senzație de plenitudine sau disconfort în abdomenul inferior.
- Fibroamele pot provoca, de asemenea, simptome legate de compresia organelor învecinate, cum ar fi vezica urinară (determinând nevoia frecventă de a urina) sau rectul (determinând constipație sau senzație de presiune rectală).
- Simptomele pot fi mai pronunțate în timpul menstruației sau în timpul sarcinii.

Endometrioza:

- Simptomele caracteristice includ dureri pelvine severe, adesea localizate în zona pelvină inferioară sau în spatele pelvisului, care pot fi prezente în timpul menstruației, înainte sau după actul sexual, sau în timpul mișcărilor intestinale sau urinare.
- Alte simptome pot include sângerări menstruale anormale, infertilitate, oboseală cronică și disconfort abdominal sau intestinal.

Adenomioza:

- Simptomele obișnuite includ dureri pelvine intense și crampe menstruale severe, care pot fi mai severe decât cele experimentate în mod normal în timpul menstruației.
- Adenomioza poate provoca, de asemenea, sângerări menstruale abundente (menoragie), dureri în timpul actului sexual și, uneori, presiune pelvină sau disconfort.
- Simptomele pot fi mai pronunțate în timpul menstruației și pot fi asociate cu modificări ale ciclului menstrual, cum ar fi prelungirea duratei menstruației sau sângerările intermenstruale.

Cum poate fi tratat fibromul uterin?

Tratamentul fibroamelor uterine poate varia în funcție de severitatea simptomelor, dimensiunea fibroamelor, vârsta pacientei și dorința acestuia de a rămâne gravidă. Unele opțiuni de tratament includ:

1. **Monitorizare activă**
2. **Medicație**
3. **Intervenție chirurgicală:** miomectomia sau histerectomia.
4. **Proceduri non-chirurgicale** cum ar fi:
 - Embolizarea arterelor uterine.
 - Mioliza prin radiofrecvență.
 - HIFU (terapia cu ultrasunete) High-intensity focused ultrasound (HIFU).

Procedurile non-chirurgicale nu sunt 100% recomandate pacientelor infertile sau care nu au copii.

Tratamentul fibroamelor uterine trebuie să fie individualizat în funcție de nevoile și preferințele fiecărui pacient, iar decizia cu privire la cel mai potrivit plan de tratament trebuie luată împreună cu un medic specialist.

Există riscul de transformare malignă?

Da, există un risc foarte mic ca fibroamele uterine să se transforme într-o formă de cancer numită leiomiosarcom uterin. Cu toate acestea, este important să subliniem că această transformare este extrem de rară. Leiomiosarcomul uterin reprezintă o formă rară de cancer uterin și este mult mai puțin frecvent decât fibroamele uterine benigne.

Majoritatea fibroamelor uterine sunt benigne și nu prezintă un risc semnificativ de a se transforma în cancer. Cu toate acestea, este important să monitorizați simptomele și să vă supuneți la controale regulate pentru a detecta orice schimbări suspecte în fibroame sau pentru a evalua riscul de cancer.

În cazul miomectomiei, se recomandă morcelarea acestora într-o pungă specială, pentru a împiedica răspândirea?

Da, în cazul miomectomiei laparoscopice, este recomandată morcelarea fibroamelor într-o pungă specială numită ENDOBAG pentru a minimiza riscul de răspândire a țesutului fibromatos în cavitatea abdominală și pentru a reduce riscul de formare a aderențelor postoperatorii.

Morcelarea fibroamelor în endobag previne contactul direct al țesutului cu peretele abdominal și organele adiacente, ceea ce poate reduce riscul de formare a aderențelor și de răspândire a celulelor tumorale în cavitatea abdominală pentru a reduce riscul diseminării în cavitatea abdominală în cazul în care acesta conține insule de celule sarcomizate.

Această tehnologie contribuie la îmbunătățirea siguranței și eficacității miomectomiei laparoscopice, reducând riscul de complicații postoperatorii și facilitând recuperarea pacientului.



Este important ca această tehnică să fie efectuată de către un chirurg experimentat și calificat în miomectomie laparoscopică pentru a asigura o procedură corectă și eficientă.

Ce se întâmplă cu fibromul uterin la menopauză?

În timpul menopauzei, nivelurile hormonale ale unei femei se schimbă semnificativ, iar acest lucru poate avea un impact asupra fibroamelor uterine. De obicei, fibroamele uterine tind să se micșoreze și să înceteze să provoace simptome în timpul și după menopauză. Acest lucru se datorează scăderii nivelurilor de estrogen și progesteron din corpul unei femei în timpul menopauzei.

Pe măsură ce nivelurile hormonale scad, fibroamele uterine, care sunt sensibile la estrogen și progesteron, pot începe să se atenueze și să se reducă în dimensiune. Simptomele asociate cu fibroamele, cum ar fi durerile pelvine sau sângerările menstruale abundente, pot de asemenea să scadă sau să dispară complet în timpul menopauzei.

Cu toate acestea, este important să subliniem că menopauza nu va afecta toate fibroamele uterine în același mod. Unele fibroame pot continua să crească sau să rămână neschimbate, chiar și după instalarea menopauzei. De asemenea, fibroamele pot reacționa diferit la schimbările hormonale și la efectele menopauzei în funcție de dimensiunea, localizarea și caracteristicile individuale ale fiecărui fibrom.

Este important ca femeile să continue să se monitorizeze și să discute cu medicul lor despre orice schimbări ale simptomelor sau dimensiunii fibroamelor în timpul și după menopauză. Chiar dacă fibroamele pot înceta să provoace simptome evidente, este important să se monitorizeze pentru a detecta orice complicații sau schimbări semnificative care ar putea necesita evaluare și gestionare medicală.

RYEQO PENTRU TRATAMENTUL DURERII ASOCIATE ENDOMETRIOZEI

*Dr Antoine Naem, M.D
Research Assistant
Bethesda Hospital, Duisburg*



Ryeqo este o terapie combinată recent introdusă pentru durerile menstruale cauzate de endometrioză, sau așa-numita „Dismenoree”. Termenul de dismenoree se referă la durerile abdominale inferioare – și într-o oarecare măsură de spate – care apar în timpul menstruației.

Pentru a înțelege perfect mecanismul de acțiune al Ryeqo, este fundamentală o bună înțelegere a fiziologiei endocrine feminine și a proceselor patogene ale endometriozei. În condiții normale de sănătate, funcția hormonală a ovarelor este reglată de glanda pituitară și de hipotalamus. Hipotalamusul este partea inferioară a creierului. Reglează funcția secretorie a glandei pituitare printr-un hormon numit: „Hormon de eliberare a gonadotropinei” abreviat „GnRH”. Odată ce GnRH ajunge la glanda pituitară, se leagă de receptorii specifici din ea și îi activează.

Acest proces stimulează glanda pituitară să elibereze doi hormoni în fluxul sanguin: Hormonul de stimulare foliculară (FSH) și Hormonul luteinizant (LH). FSH este eliberat în principal în prima fază a ciclului menstrual „faza foliculară”, iar LH este eliberat în ultimele 14 zile ale ciclului menstrual „faza luteală”. Odată ce FSH ajunge la ovare, provoacă la rândul său secreția de estrogen gonadal. Estrogenul induce proliferarea și creșterea endometrului (stratul cel mai interior al uterului) și endometrioza. Odată ce ciclul menstrual se încheie, nivelurile circulatorii ale estrogenului și progesteronului scad, ceea ce induce menstruația.

La nivelul endometriozei, aceasta induce sângerarea leziunilor într-un mod similar cu endometrul normal. Procesul menționat mai sus are loc lunar și se crede că provoacă simptomele ciclice intense ale endometriozei. În anii premenopauzei, producția ovariană de estrogen este scăzută treptat pentru a ajunge la cea mai scăzută concentrație sanguină în menopauză. Acest mediu hipoestrogenic în menopauză este considerat a fi principalul motiv pentru scăderea bruscă a endometriozei și a simptomelor asociate acesteia la pacienții în postmenopauză. Pe această bază, se crede că atingerea concentrațiilor de estrogen asemănătoare menopauzei din punct de vedere medical suprimă endometrioza și simptomele asociate acesteia. Această abordare terapeutică se numește „menopauză indusă medical” și ar putea fi realizată prin două grupe de medicamente: agonistii GnRH (imitatori) și antagoniștii GnRH (inhibitori). Deși mecanismul de acțiune al ambelor grupuri de medicamente este diferit, ambele medicamente, atunci când sunt administrate în doze corecte, reduc nivelurile circulatorii de estrogen la concentrații asemănătoare menopauzei.

Trebuie remarcat faptul că menopauza indusă medical nu este permanentă și ar putea fi inversată prin întreruperea medicației administrate.

Revenind la subiectul nostru principal, Ryeqo este un medicament relativ nou administrat oral o dată pe zi. Fiecare comprimat de Ryeqo conține trei substanțe farmacologice: Relugolix 40 mg, Estradiol 1 mg și acetat de noretindronă 0,5 mg. Perioada de administrare a Ryeqo nu este specificată și ar putea fi luat fără întrerupere.

Relugolix este principala substanță activă în Ryeqo și este clasificată ca un antagonist GnRH

Relugolix se leagă reversibil de receptorii GnRH de pe glanda pituitară și împiedică secreția hipofizară de FSH și LH. Acest lucru duce la o stare asemănătoare menopauzei datorită suprimării producției de estrogen ovarian. Cu toate acestea, pentru a preveni apariția simptomelor de menopauză, estrogen sintetic (estradiol 1 mg) și progesteron (acetat de noretindronă 0,5 mg) au fost încorporați în comprimate. Se crede că aceste doze de estradiol și acetat de noretindronă mențin nivelurile circulatorii de estrogen mai ridicate decât pragul care induce simptomele menopauzei și mai mici decât pragul care activează endometrioza. Eficiența și siguranța terapiei combinate Relugolix (sau Ryeqo, așa cum este comercializat în Europa) au fost investigate în două studii mari replicate numite SPIRIT 1 și 2. Studiile au inclus mai mult de o mie de pacienți cu endometrioză și au comparat administrarea de Ryeqo cu administrarea de placebo timp de 24 de săptămâni. La sfârșitul studiului, 75% dintre pacienții tratați cu Ryeqo au avut o scădere semnificativă a dismenoreei în comparație cu 27-30% dintre pacienții tratați cu placebo.

Intensitatea dismenoreei a fost redusă cu 73-75%, iar intensitatea durerii pelvine intermenstruale a fost redusă cu 49-50% la pacienții tratați cu Ryeqo. În studiile menționate mai sus, Ryeqo a oprit menstruația la majoritatea pacienților tratați. Cu toate acestea, la aproape o lună de la suspendarea Ryeqo, ciclul menstrual s-a reluat normal. Trebuie remarcat faptul că eficacitatea Ryeqo ca medicament contraceptiv este în prezent în curs de investigare.

Medicamentul a fost bine tolerat de către pacienți, iar cele mai frecvente efecte secundare au fost cefaleea (27-39% dintre pacienți), rinofaringita (6-14% dintre pacienți) și bufeurile (10-14% dintre pacienți). Efectul Ryeqo asupra densității minerale osoase a fost minim și ar putea fi descris ca „irelevant din punct de vedere clinic”.

Trebuie remarcat faptul că toate tratamentele hormonale pentru endometrioza sunt mai degrabă supresive decât „citoreductoare”. Aceasta înseamnă că tratamentele hormonale „opresc” endometrioza și simptomele asociate acesteia, dar nu îndepărtează leziunile endometriotice din interiorul corpului. Același lucru este valabil și pentru Ryeqo, deoarece suprimă endometrioza prin scăderea nivelurilor sanguine de estrogen, mai degrabă decât să acționeze asupra leziunilor endometriotice în sine. Prin urmare, reapariția durerii asociate endometriozei este foarte probabil să se întâmple odată ce aportul de Ryeqo este suspendat, așa cum este pentru toate terapiile hormonale disponibile.

Deși endometrioza este cunoscută de mai bine de 150 de ani, doar recent, boala a atras atenția și sunt publicate mai multe studii în domeniu. Pe de altă parte, lipsa unor teste de diagnostic precise și non-invasive îngreunează recrutarea pacienților în studiile clinice și studii observaționale. În plus, cercetările asupra durerii și infertilității legate de endometrioza durează mult timp și uneori este greu de urmărit cu pacienții. Aspectele etice sunt întotdeauna controversate ori de câte ori se efectuează cercetări asupra durerii și infertilității.

„Din perspectiva histopatologică, există mai multe diferențe între endometrioză și endometru”

DR RAWIA MOHAMED

Consultant Anatomopathology

Head of the Department

Burjeel Medical city, Abu Dhabi



Ce este histopatologia și de ce este importantă în diagnosticul endometriozei?

Histopatologia joacă un rol crucial în diagnosticul endometriozei. Aceasta implică examinarea microscopică a probelor de țesut pentru a identifica prezența trăsăturilor caracteristice asociate bolii. Endometrioza este o afecțiune ginecologică în care țesutul asemănător endometrului, similar cu mucoasa uterului, se găsește în afara cavității uterine. Histopatologia permite identificarea și confirmarea exactă a leziunilor endometriozei, permițând diagnosticarea adecvată și managementul ulterior.

Cum se pune diagnosticul histopatologic al endometriozei?

Pentru a pune un diagnostic histopatologic al endometriozei, probele de țesut sunt obținute în timpul intervenției chirurgicale, de obicei prin laparoscopie. Probele sunt apoi procesate, încorporate în parafină, tăiate subțiri în secțiuni și colorate pentru examinare microscopică. Histopatologul examinează aceste secțiuni la microscop pentru a identifica prezența glandelor endometriale și a stromei în afara uterului, care sunt caracteristicile definitorii ale endometriozei. Diagnosticul este confirmat atunci când aceste structuri caracteristice sunt observate în probele de țesut.

Dacă diagnosticul este neclar, ce alte teste se pot face?

În cazurile în care diagnosticul histopatologic al endometriozei este neclar sau dacă leziunile nu au una dintre componente (glande sau stromă), pot fi efectuate teste suplimentare pentru a ajuta diagnosticul. Aceste teste pot include imunohistochimia, care implică utilizarea anticorpilor specifici pentru a detecta markerii asociați cu endometrioza. Imunohistochimia poate ajuta la diferențierea endometriozei de alte afecțiuni care pot avea caracteristici microscopice similare.

“

Principala distincție între endometrioză și endometru constă în localizarea acestor țesuturi.

La microscop, endometrioza este formată din glande și stromă. În ce condiții aceste două componente pot fi modificate sau lipsi?

În anumite condiții, glandele și stroma din leziunile de endometrioza pot fi modificate sau chiar lipsi, ceea ce face diagnosticul dificil.

De exemplu, în cazurile de endometrioza de lungă durată, glandele pot deveni dilatate chistic sau umplute cu pigment hemosiderin, ceea ce duce la modificări ale aspectului lor. În unele cazuri, leziunile de endometrioza pot suferi fibroză sau cicatrici, unde stroma devine densă și colagenosă.

“ —

În ciuda acestor modificări, histopatologii cu experiență pot recunoaște adesea trăsăturile caracteristice ale endometriozei pe baza prezenței structurilor glandulare atipice sau a identificării altor caracteristici asociate.

Putem avea fals pozitiv sau fals negativ în endometrioza?

În evaluarea histopatologică a endometriozei, sunt posibile fals pozitiv și fals negativ, dar sunt relativ rare. Pot apărea rezultate fals pozitive atunci când stările benigne imită endometrioza histologic, subliniind importanța corelării constatărilor clinice și histopatologice. Pot apărea rezultate fals negative dacă probele obținute în timpul intervenției chirurgicale nu includ zone de endometrioza, mai ales în cazurile în care leziunile sunt mici sau localizate în locuri anatomice dificile.

Este imunochimia un test care poate fi utilizat în diagnosticul endometriozei?

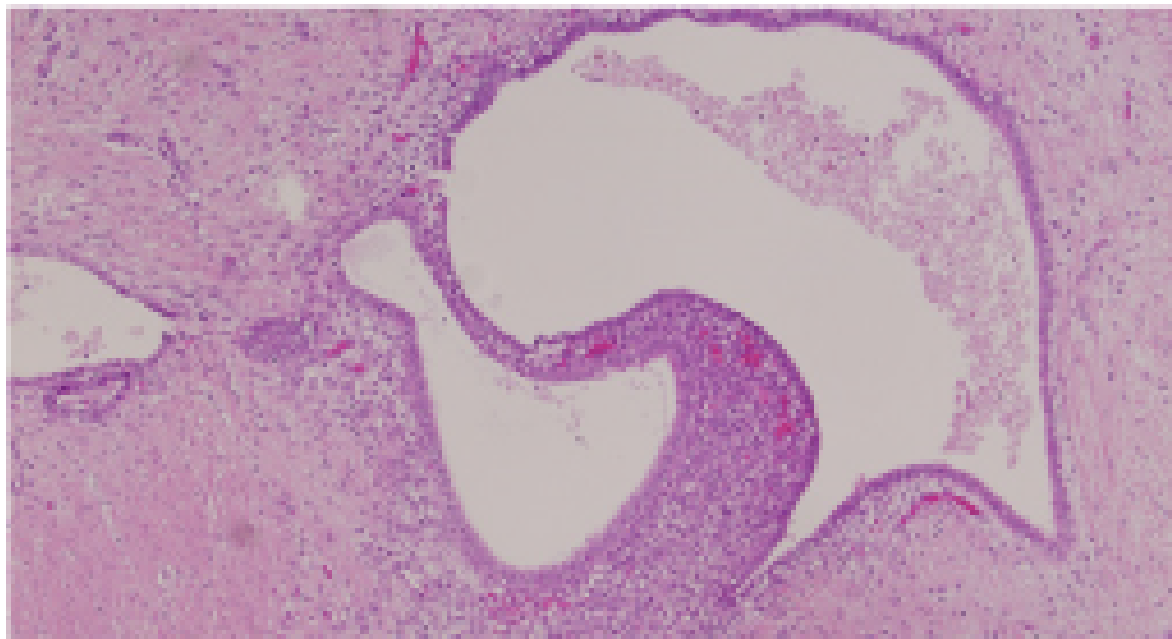
Imunohistochimia este un test adjuvant valoros în diagnosticul endometriozei. Aceasta implică utilizarea de anticorpi specifici pentru a detecta markeri asociați cu endometrioza, cum ar fi receptorii de estrogen și progesteron, CD10 și alții. Imunohistochimia poate ajuta la diferențierea endometriozei de alte afecțiuni și poate oferi dovezi suplimentare de susținere pentru diagnostic. Cu toate acestea, trebuie remarcat faptul că imunohistochimia nu este utilizată ca instrument de diagnostic de sine stătător, ci mai degrabă ca un supliment la examenul histopatologic.

Endometrioza este considerată a fi țesut endometrial în afara cavității uterine, deși diferite teste au arătat diferențe între cele două. Din punct de vedere histopatologic, care sunt principalele diferențe dintre endometrioza și endometru?

Din punct de vedere histopatologic, există mai multe diferențe între endometrioza și endometrul normal. Principala distincție constă în localizarea acestor țesuturi. Endometrul este căptușeala cavității uterine și prezintă modificări ciclice ca răspuns la fluctuațiile hormonale. În schimb, endometrioza se caracterizează prin prezența țesutului asemănător endometrialului în afara uterului, care nu răspunde la modificările hormonale în același mod ca și endometrul. În plus, leziunile de endometrioza pot prezenta o varietate de modificări structurale și celulare în comparație cu endometrul normal.

Endometrioamele ovariene sunt diagnosticate în același mod ca și alte tipuri de endometrioza?

Diagnosticul endometrioamelor ovariene, care sunt leziuni chistice umplute cu țesut endometriotic, urmează o abordare histopatologică similară ca și alte tipuri de endometrioza. Peretele chistului și conținutul său sunt examinate microscopic pentru a identifica trăsăturile caracteristice ale endometriozei, cum ar fi glandele și stroma. În unele cazuri, peretele chistului poate prezenta modificări suplimentare, cum ar fi fibroza sau inflamația, care pot fi observate în endometrioamele de lungă durată sau complicate.



Biopsy Specimen shows benign looking endometrial glands, stroma and adipose tissue within a background of connective tissue. Low power view (H&E staining x 10 magnification)
Source: EC Gynecology.

Care este diferența dintre examenul histologic intra-operator și post-operator? Care dintre ele este mai precis?

Examenul histologic intraoperator, cunoscut și sub denumirea de analiză a secțiunii înghețate, implică procesarea rapidă și evaluarea microscopică a probelor de țesut în timpul intervenției chirurgicale. Oferă feedback imediat chirurgului cu privire la prezența endometriozei sau a altor patologii, permițând luarea deciziilor în timp real. Cu toate acestea, analiza secțiunii înghețate are limitări, inclusiv artefacte potențiale și erori de eșantionare, care pot afecta acuratețea acesteia.

Examenul histologic postoperator, pe de altă parte, implică prelucrarea de rutină și examinarea amănunțită a probelor de țesut după fixarea cu formol. Permite o evaluare mai cuprinzătoare a întregului specimen, oferind un diagnostic detaliat. În general, examenul histologic postoperator este considerat mai precis decât analiza intraoperatorie datorită procesării și evaluării sale meticuloase.

Leziunile de endometrioză se modifică/schimbă în timp? De exemplu, la un pacient care a fost diagnosticat cu endometrioză la vârsta de 20 de ani, dar este supus unei intervenții chirurgicale 10 ani mai târziu, există diferențe notabile în țesuturile examinate?

Leziunile de endometrioză pot prezenta modificări în timp, în special ca răspuns la fluctuațiile hormonale și intervențiile terapeutice. În unele cazuri, leziunile pot regresa sau deveni mai puțin active, în timp ce în altele, pot crește sau dezvolta zone noi.

În plus, intervențiile chirurgicale, cum ar fi excizia sau ablația leziunilor de endometrioză, pot modifica aspectul țesutului. Prin urmare, atunci când un pacient este supus unei intervenții chirurgicale pentru endometrioză după un interval de timp semnificativ, pot exista diferențe notabile în țesuturile examinate față de diagnosticul inițial. Aceste diferențe pot include modificări ale dimensiunii, activității sau caracteristicilor arhitecturale ale leziunilor. Evaluarea histopatologică a probelor chirurgicale oferă informații valoroase despre starea actuală a bolii și ajută la ghidarea deciziilor de management ulterioare.

Eșantionarea atentă și luarea în considerare a informațiilor clinice sunt cruciale pentru a minimiza riscul de fals negativ.

Mulți pacienți au endometrioză în mai multe locații. Trebuie trimise toate la laborator sau rămâne la latitudinea chirurgului să decidă ce să trimită?

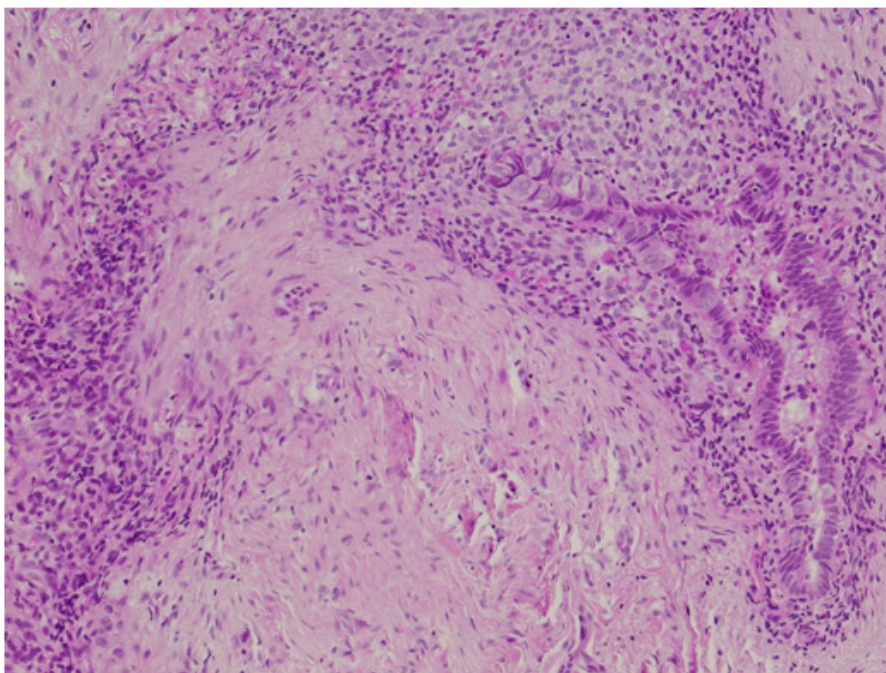
În cazurile în care în timpul intervenției chirurgicale sunt suspectate sau identificate mai multe localizări ale endometriozei, se recomandă, în general, trimiterea probelor reprezentative din fiecare leziune la laborator pentru examinarea histopatologică. Această abordare asigură o evaluare cuprinzătoare a extinderii bolii și ajută la confirmarea diagnosticului în diferite locuri anatomice. Prin examinarea leziunilor multiple, histopatologul poate evalua variabilitatea caracteristicilor morfologice și poate oferi informații importante cu privire la severitatea bolii, activitatea și constatările asociate.

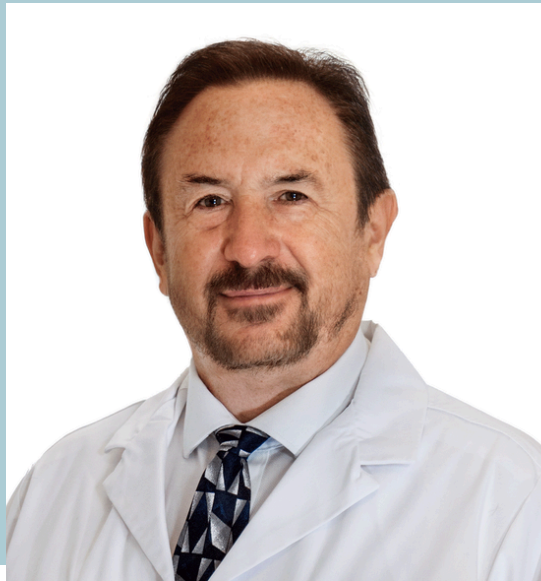
Poate intervenția chirurgicală să impacteze diagnosticul? De exemplu, utilizarea unui electrocauter.

Tehnicile chirurgicale, cum ar fi utilizarea electrocauterului, pot afecta diagnosticul histopatologic al endometriozei. Electrocauterizarea implică aplicarea de curent electric la țesut în scopuri de tăiere sau coagulare. Deși poate fi un instrument eficient în timpul intervenției chirurgicale, poate provoca artefacte termice și modificări tisulare care pot afecta interpretarea constatărilor histopatologice.

De exemplu, electrocauterizarea poate provoca necroza tisulară, carbonizarea sau alterarea morfologiei celulare, ceea ce face dificilă distingerea între structurile normale și cele patologice. Prin urmare, este important ca chirurgul să utilizeze prudent cauterizarea și ca histopatologul să fie conștient de potențialele artefacte asociate cu electrocauterizarea atunci când interpretează probele de țesut.

Biopsy Specimen shows unremarkable endometrial glands and stroma, adipose and fibrous tissue.
High power view (H&E staining x 20 magnification).
Source: EC Gynecology





Endometriomul ovarian: cauze, diagnostic și tratament

Steven A. Vasilev MD, MBA, FACOG, FACS, FACN, ABOIM, ABIHM

- Chief Medical Officer & Partner iCareBetter MSO / G.O. Institute
- Integrative Gynecologic Oncology and Robotic Complex Pelvic Surgery
- Professor, Gynecologic Oncology, Providence Saint John's Cancer Institute
- Clinical Professor, Gynecologic Oncology, Loma Linda University School of Medicine

Printre numeroasele manifestări ale endometriozei, endometrioamele ovariene, adesea denumite „chisturi de ciocolată” datorită conținutului lor sanguin întunecat și degradat, sunt deosebit de supărătoare. Sunt destul de frecvente, apar la 20-45% dintre femeile cu endometrioză și pot duce la creșterea durerii și un impact suplimentar asupra fertilității. Spre deosebire, endometrioamele extraovariene sunt foarte rare. Geneza endometrioamelor este strâns legată de starea mai largă a endometriozei.

Teorii de formare a endometriozei- Relația cu endometrioamele ovariene

Cauza exactă a endometriozei este puțin înțeleasă. Teoriile citate frecvent includ menstruația retrogradă, metaplazia celomică, Müllerianoza embriologică și răspândirea limfatică sau hematogenă.

Mai recent, începem să înțelegem influențele multi-gene asupra acestor procese și factorii multipli de mediu care activează și dezactivează genele relevante prin controale epigenetice. Rețineți că factorii de mediu nu sunt doar dieta, exerciții fizice și expunerea la toxine, ci și stresul și interacțiunile minte-corp.

Dezvoltarea endometrioamelor ovariene implică probabil mecanisme unice suplimentare, cum ar fi invaginarea cortexului ovarian după implantarea suprafeței celulelor endometriotice, agravată de sângerări repetate în aceste zone invaginate și care rezultă formarea chistului plin de sânge.

Endometrioamele mai profunde se pot datora altor mecanisme, cum ar fi translocarea limfatică a celulelor endometriozei în stroma ovariană.

Creșterea și localizarea endometrioamelor

Endometrioamele ovariene sunt căptușite de endometrioză activă și posibil celule stem înrudite, care pot crește numărul de celule active din chisturi. Sunt pline cu sânge degradat, deoarece celulele endometriozei continuă să sângereze în cavitatea chistului și nu există nicio scăpare pentru acest sânge. Astfel, dacă nu se scurg, ele continuă să crească în dimensiune. Deși endometrioamele sunt asociate în principal cu ovarele, endometrioza poate apărea oriunde în organism.

Aceasta include locații precum peretele abdominal, cavitatea toracică și chiar regiunea ombilicală. Endometrioamele se pot forma rareori în oricare dintre aceste zone, de obicei asociate cu endometrioză infiltrativă profundă care sângerează continuu în țesuturile din apropiere.

Simptome specifice endometrioamelor

Endometrioamele pot provoca dureri crescute dincolo de endometrioză, în special în timpul ciclurilor menstruale. Acest lucru se datorează faptului că prezența lor este adesea asociată cu o cantitate mai mare de boli și mai multe aderențe, ceea ce poate duce la creșterea iritației peritoneale, inflamației, fibrozei reactive și mai multă durere.

La un moment dat, endometrioamele se pot scurge și acest lichid poate agrava inflamația. Endometrioamele pot contribui, de asemenea, la durerea pelvină cronică non-ciclică, dispareunie și sunt asociate frecvent cu agravarea subfertilității.

Diagnosticul endometrioamelor ovariene

Ecografia este adesea primul test imagistic folosit pentru a căuta endometrioame. Este o procedură non-invazivă care utilizează unde sonore pentru a crea o imagine a ovarelor. La o ecografie, endometrioamele pot apărea ca chisturi pline cu lichid, cu un aspect distinctiv de „sticlă șlefuită”.

Cu cât sunt prezente mai multe structuri solide și cu cât există un flux sanguin semnificativ către aceste structuri, toate evaluabile cu ultrasunete, cu atât mai mult poate să nu fie un endometriom ci mai degrabă o tumoră, benignă sau malignă.

Dacă diagnosticul este încă neclar după o ecografie sau dacă sunt necesare imagini mai detaliate, se poate recomanda o scanare prin rezonanță magnetică (RMN). Un RMN oferă o imagine mult mai detaliată decât o ecografie și poate fi deosebit de util dacă se ia în considerare o intervenție chirurgicală.

Motivul este că poate căuta, de asemenea, descoperiri asociate, cum ar fi leziuni infiltrante profunde, adenomioză și detalii anatomice aferente pentru planificarea chirurgicală.

Dacă se comandă un RMN, în mod ideal ar trebui să fie un 3-Telsa (3-T) care să folosească ca magnet mai puternic și să rezulte imagini mai precise.

Clasificarea endometrioamelor ovariene

Endometrioza este, în general, clasificată după adâncimea, întinderea și locația implanturilor celulare de endometrioză.

Endometrioamele ovariene sunt clasificate suplimentar în funcție de dimensiunea lor, gradul de implanturi celulare de endometrioză și severitatea încapsulării fibrotice.

Această clasificare ajută la determinarea abordării chirurgicale și a potențialelor complicații în timpul intervenției chirurgicale. Cu cât chistul este mai mare, cu atât implanturile de endometrioză sunt mai invazive și cu cât este mai multă fibroză, cu atât este mai greu să le excizi complet fără distrugerea țesutului ovarian normal.



O categorie specială este cea a „kissing ovaries”, o constatare imagistică în care ovarele se ating între ele (adesea cu endometrioame multiple) adânc în pelvis. Aceasta nu este o clasificare oficială, dar prezintă probabil o endometrioză pelvină profundă extinsă. Practic, acest lucru ar trebui să servească drept avertisment că intervenția chirurgicală va fi probabil o provocare și că ar fi prudent să căutați un nivel mai înalt de expertiză.



Criteria de intervenție chirurgicală

Standardul de aur pentru diagnostic este chirurgia laparoscopică minim invazivă sau asistată robotic. Acest lucru se datorează faptului că intervenția chirurgicală permite un diagnostic patologic definitiv și permite intervenția de tratament concomitent, care se concentrează pe excizia tuturor leziunilor de endometrioză, inclusiv endometrioamele.

Cu cât intervenția chirurgicală este anticipată a fi mai complexă (poate fi destul de imprevizibilă), cu atât chirurgia robotică permite o precizie mai bună decât laparoscopia datorită opticii 3-D mărite superioare și instrumentelor de la încheietură (cum ar fi mâinile minuscule ale omului) care sunt mai delicate.

Intervenția chirurgicală pentru endometrioamele ovariene este de obicei luată în considerare atunci când provoacă dureri semnificative, sunt suspectate a fi maligne pe baza imagisticii, interferează cu fertilitatea sau când dimensiunea și dinamica lor de creștere sugerează creșterea potențialelor complicații. Decizia de a opera depinde și de factori specifici pacientului, inclusiv vârsta, simptomele, alte afecțiuni medicale și dorința de fertilitate.

Unele ghiduri sugerează intervenția chirurgicală pentru endometrioamele care au 6 cm sau mai mult. Cu toate acestea, acest lucru este controversat deoarece doar aproximativ două până la trei la sută dintre pacienții cu endometriom au o boală limitată la ovar. Cu alte cuvinte, mai mult de 40% au endometrioză extraovariană, inclusiv boală infiltrativă profundă. Toate aceste boli necesită atenție și, în general, continuă să crească, creează fibroză și provoacă simptome. Deci, îngrijirea trebuie să fie individualizată.

Gestionarea riscurilor chirurgicale

În primul rând, prezența unui endometriom semnalează o boală generală mai mare, care poate cauza alte organe și structuri precum intestinul, vezica urinară și ureterele să fie legate împreună în aderențe inflamatorii dense și fibroză sau cicatrici.

Aceasta înseamnă că este foarte probabil ca intervenția chirurgicală să fie complicată și riscul de complicații crește semnificativ, solicitând chirurghi experți care se pot ocupa de orice se găsește, inclusiv rezecția și repararea intestinului.

În timpul îndepărtării chirurgicale, este prudent să se prevină sau cel puțin să se reducă scurgerea conținutului de chist, care poate exacerba răspunsurile inflamatorii sau poate genera implanturi noi. Merită să repetăm faptul că lichidul din interiorul chisturilor nu este doar sânge vechi, ci celule active de endometrioză care pot crește în altă parte dacă scapă.



Tehnicile presupun excizia atentă a chistului și utilizarea drenajului controlat preventiv, și dacă se produce scurgeri, spălări pentru a minimiza riscul de diseminare.

Rezultate chirurgicale

Deși pot fi făcute declarații generale, rezultatele exacte la o persoană vor varia foarte mult. Depinde de ceea ce se găsește de fapt în timpul intervenției chirurgicale, de priceperea chirurgului, de echipamentul disponibil și de obiectiv. Rezultatele fertilității sunt în general îmbunătățite după rezecția endometriomului și durerea poate fi redusă semnificativ.

Totuși, ceea ce este îndepărtat (de exemplu, cât de mult țesut ovarian, dacă trompele uterine apropiate nu sunt afectate, dacă toata endometrioza vizibilă poate fi excizată sau nu) va afecta rezultatele dorite. În general, o măsură a rezervei ovariene este nivelul hormonului anti-mullerian (AMH). Nu este un test perfect, dar poate sugera cât de multă rezervă este disponibilă înainte de operație.



AMH va scădea aproape întotdeauna după intervenția chirurgicală, dar în majoritatea situațiilor se va normaliza la nivelurile preoperatorii după trei până la nouă luni. Recurența endometriomului va diferi în funcție de ceea ce se face, dar în următorii doi ani poate fi de până la 6% și crește la peste 30% după șapte până la opt ani.

Opțiuni nonchirurgicale

O evaluare individualizată este cu siguranță foarte importantă și intră în joc o mulțime de factori care ar putea duce la o abordare nechirurgicală cel puțin temporară. De remarcat, nu există metode medicale principale non-chirurgicale sau metode holistice alternative care să poată elimina endometrioamele.

Așteptarea atentă implică monitorizare regulată fără intervenție medicală sau chirurgicală imediată. Este adesea ales atunci când simptomele sunt ușoare sau atunci când intervenția chirurgicală nu este o opțiune din orice motiv, inclusiv afecțiuni medicale care pot expune pacientului un risc crescut de intervenție chirurgicală. Terapiile hormonale pot ajuta la controlul creșterii țesutului endometriozei și la atenuarea simptomelor, dar nu sunt potrivite celor care încearcă să rămână însărcinate și nu vor elimina endometrioza sau endometrioamele.

Gestionarea durerii, inclusiv utilizarea medicamentelor antiinflamatoare nesteroidiene (AINS), poate ajuta la gestionarea simptomelor. Desigur, există și alte tehnici de management al durerii, inclusiv kinetoterapie (cu măsuri de precauție pentru a nu rupe un endometriom mai mare), acupunctură, încălzire și unități de stimulare electrică. Cu toate acestea, toate acestea sunt doar măsuri temporare pe termen scurt care limitează în principal simptomele.

Frecvența examinărilor pentru endometrioame variază în funcție de factori individuali, cum ar fi istoricul tratamentului, simptomele și starea generală de sănătate. În general, ecografia la fiecare șase până la douăsprezece luni este prudentă, dar poate fi foarte variabilă.

Dacă fertilitatea este principala preocupare, este important să lucrați îndeaproape cu un specialist în fertilitate. Ei vă pot ajuta să înțelegeți potențialele provocări și să explorați opțiuni precum fertilizarea in vitro (FIV), dacă este necesar.

Endometrioza nu este încă pe deplin înțeleasă ca afecțiune și nici implicațiile ei pentru fertilitate. Ca urmare, managementul optim al pacientului cu endometrioză în contextul fertilității este încă în studiu.



Congelarea ovocitelor înainte de operația de endometrioză

Elias Tsakos MD, FRCOG

*Medical Director of Embryoclinic -
Assisted Reproduction Clinic in
Thessaloniki, Greece.*

Unul dintre mituri este că sarcina vindecă endometrioza. Ce se întâmplă cu endometrioza în timpul sarcinii?

Într-adevăr, acesta este un mit care a apărut din cauza unor observații pozitive inițiale, combinate cu lipsa unor opțiuni de tratament eficiente la momentul respectiv, ceea ce a dus la propagarea acestuia. Dovezile disponibile provin, din păcate, din puține studii, mici, proiectate în mod eterogen și au arătat un răspuns variabil al endometriozei la sarcină, de la exacerbare la regresie, cu probabilă recidivă a simptomelor după sarcină, ca să nu mai vorbim de mai multe riscuri de complicații obstetricale legate de endometrioză.

Endometrioza este o boală care poate afecta toate aspectele vieții. Ne puteți explica cum este afectată fertilitatea?

Endometrioza afectează negativ fertilitatea într-o multitudine de moduri. În primul rând, exercită un efect direct asupra funcției ovariene; provocând o dezvoltare foliculară mai lentă, dimensiunea foliculului dominant mai mică și creșterea indusă de inflamație a stresului oxidativ în ovar, ceea ce duce la degenerarea celulară și afectarea ovocitelor.

În al doilea rând, afectează funcția trompelor uterine prin efectele asupra funcției epitelului tubar și formării de aderență peri-tubară. În al treilea rând, afectează implantarea embrionului în endometru, afectând expresia proteinelor celulare necesare. În cele din urmă, s-a demonstrat chiar că afectează funcția și integritatea spermei în uter, afectând astfel concepția.

Atât endometrioza, cât și intervenția chirurgicală pot afecta fertilitatea. În ceea ce privește intervenția chirurgicală, care este impactul asupra fertilității?

Din păcate, din cauza spectrului larg de loci potențiali de endometrioză, severității și vitezei de progresie, un singur răspuns nu poate acoperi toate cazurile. Ghidurile de practică nu recomandă aplicarea de rutină a intervenției chirurgicale, deoarece cercetările nu au evidențiat un efect pozitiv consistent asupra fertilității, cu un potențial efect negativ asupra rezervei ovariene în cazul endometriomului ovarian, subliniind, totuși, efectul benefic al acestuia în cazuri selectate.

Din experiența dumneavoastră, când este recomandată congelarea ovulelor la femeile cu endometrioză?

Congelarea ovulelor poate fi efectuată în prezența endometriozei, în special a endometriomului ovarian, având în vedere impactul sever asupra rezervei de ovocite.

Sarcina nu ar trebui să fie răspunsul în îngrijirea modernă a endometriozei.

Când ovocitele sunt recoltate înainte de operație, ce este mai benefic pentru pacienta, înghețarea lor sau înghețarea embrionilor?

În general, embrionii sunt considerați mai rezistenți la stresul de îngheț și dezgheț, în comparație cu ovocitele. Apariția tehnologiei moderne de vitrificare a atenuat într-o anumită măsură aceste efecte, dar ele încă persistă, ca să nu mai vorbim de probabilitatea reînghețării embrionului rezultat din fecundarea ovocitului înghețat din diverse motive, crescând dramatic expunerea acestuia la stresul de îngheț. Prin urmare, atunci când un partener este disponibil, înghețarea embrionilor ar trebui să fie preferată față de ovocite.

După operație când pot fi începute procedurile?

Stimularea ovariană și recuperarea ovocitelor pot începe de îndată ce femeia și-a revenit complet după operație și când apare un ciclu menstrual cu parametri de bază promițători. Acest interval de timp depinde în mare măsură de stadiul endometriozei și de tipul intervenției chirurgicale efectuate, pe lângă prezența altor comorbidități și tulburări menstruale și poate varia de la 4 săptămâni la câteva luni. Este recomandată contribuția atât a chirurgului, cât și a specialistului în reproducere.

Se spune că stimularea hormonală poate exacerba endometrioza. Cât de adevărat este pe baza experienței dvs.?

Din păcate, așa cum este cazul majorității problemelor legate de endometrioză, acest lucru rămâne și el neclar, deoarece endometrioza are tendința de a progresa insidios, de a provoca simptome clinice disproporționate în funcție de severitatea sa și reapar chiar și în absența stimulării ovariene.

Cu toate acestea, dovezile disponibile limitate până acum sugerează că stimularea nu exacerbează simptomele și nici nu crește riscul de recidivă.

Din experiența dvs când este recomandată congelarea ovocitelor la femeile cu endometrioză?

Congelarea ovocitelor poate fi efectuată în prezența endometriozei, în special a endometriomului ovarian, având în vedere impactul sever asupra rezervei de ovocite. Dacă aceasta este cea mai bună opțiune pentru o femeie, depinde de severitatea afecțiunii de bază și de planul ei de familie. Pentru cazurile de endometrioză severă și în special pentru endometrioamele bilaterale, din cauza riscului crescut de insuficiență ovariană prematură, înghețarea ovocitelor trebuie luată în considerare dacă femeia dorește să întârzie nașterea în viitorul apropiat.

Dacă congelăm ovocitele la pacienta cu endometrioză care are endometrioame înainte de operație, va fi afectată calitatea lor?

Endometrioamele afectează foarte mult rezerva și calitatea ovocitelor de la sine, chiar și fără efectul potențial dăunător al intervenției chirurgicale. Prin urmare, numărul și calitatea ovocitelor pot fi mai scăzute în comparație cu femeile fără endometrioame. Cu toate acestea, datele din singurul studiu retrospectiv mare pe această temă de până în prezent au indicat că este o opțiune viabilă, cu rezultate reproductive acceptabile.

Cât de curând după intervenție chirurgicală poate avea loc transferul de embrioni?

În mod obișnuit, cu tehnicile chirurgicale moderne minim invazive, recuperarea completă poate fi obținută în 2 până la 4 săptămâni și, prin urmare, pregătirile pentru transferul embrionului pot începe cât mai curând. Cu toate acestea, ar trebui să se țină cont de variabilitatea severității endometriozei, care la rândul său afectează amploarea intervenției chirurgicale, ca să nu mai vorbim de impactul comorbidităților suplimentare pe care le poate avea pacientul, ducând în cele din urmă la prelungirea timpului necesar de recuperare în unele cazuri. .

“Ca mulți alții care pledează pentru schimbare, am experimentat endometrioza personal”

Advocacy



Milioane de femei din întreaga lume suferă de endometrioză. Unele dintre ele își folosesc experiența pentru a educa și a crește gradul de conștientizare. Abeesha Toussaint-Maximay, fondatorul Asociației de endometrioză din Trinidad și Tobago, este una dintre multele femei cu endometrioză care militează pentru schimbare.

Ești una dintre membrii comitetului director al Organizației Mondiale a Endometriozei. De ce este responsabil comitetul de conducere?

Am avut privilegiul să fac parte din comitetul de conducere timp de aproape trei ani. Am lucrat pentru promovarea misiunii organizației. Misiunea noastră a inclus încurajarea colaborării, cultivarea relațiilor cu părțile interesate și împărtășirea expertizei dar și contribuția la cercetarea endometriozei. Inițiative precum evenimentele Meet and Greet au fost folosite pentru a prezenta munca de impact a comunității globale. În special, implicarea noastră în proiecte precum Endometriosis Phenome and Biobanking Harmonization Project a evidențiat eforturile de colaborare dintre pacienți, clinicieni și cercetători în timpul mandatului meu.

“Dorința puternică de a umple golul existent în Trinidad și Tobago și de a îmbunătăți rezultatele sănătății pacientelor m-a obligat să iau măsuri”

Care este povestea ta și ce te-a determinat să-ți folosești vocea pentru a schimba situația curentă?

Călătoria mea către calitatea vieții de care mă bucur acum a fost lungă și provocatoare, dar am avut norocul să primesc îngrijiri eficiente de la un ginecolog cu experiență. Prin această experiență dureroasă, mi-am găsit un scop! Nu a fost ușor să militez pentru o schimbare, mai ales având în vedere natura mea introvertită. Cu toate acestea, cu mult sprijin și obiective clare, am rămas fermă în angajamentul meu de a contribui la schimbări pozitive pentru cele suferinde de această afecțiune, chiar și dincolo de funcția mea în Asociația de Endometrioză din Trinidad și Tobago (TTEA).

Cât de greu este să obții fonduri sau să lucrezi cu guverne care să facă din endometrioză o prioritate?

Aceasta rămâne o provocare! Spre deosebire de SUA, Franța și Australia, nu a existat nicio alocare pentru endometrioză în bugetul național al Trinidad și Tobago. Acest lucru este crucial, în special pentru obiectivele strategice naționale, cum ar fi schimbările sistemice, avansarea cercetării endometriozei și abordarea provocărilor asociate cu managementul clinic.

Cu toate acestea, în trecut, guvernul, printr-un număr de ministere, a colaborat cu și a sprijinit activitatea TTEA și, în unele cazuri, a fost sponsor la evenimente. În ciuda acestor provocări, sper că guvernul va acorda prioritate endometriozei.

Din experiența personală, care sunt unele dintre problemele speciale cu care se confruntă persoanele de culoare care suferă de endometrioză ?

Sincer, inițial am trecut cu vederea acest lucru până când am întâlnit studiile și poveștile din SUA despre modul în care rasa și etnia influențează îngrijirea pacientei cu endometrioză. Probleme comune, de la diagnosticarea întârziată până la tratament. Actualul președinte al TTEA vorbește sincer despre prevalența tratamentelor greșite pe care le primesc adesea pacientele. Cu toate acestea, nu cunosc niciun studiu în Trinidad și Tobago, care atribuie aceste experiențe rasei și etniei.

De ce este importantă conștientizarea endometriozei?

Conștientizarea endometriozei este esențială pentru confirmarea existenței afecțiunii, promovarea înțelegerii complexităților acesteia și a cerințelor pentru o îngrijire eficientă și la timp. Există paciente care nu cunosc cauza durerii lor și cred că este normal să doară, în timp ce altele nu pot accesa sau nu își permit o îngrijire eficientă. Creșterea gradului de conștientizare este crucială pentru diagnosticarea precoce, validarea experiențelor pacientelor, alocarea de resurse, precum și construirea de comunități de susținere. În cele din urmă, scopul este o mai bună calitate a vieții pentru cei afectați de endometrioză.

“Endometrioza ar trebui să aibă propriul plan național de asistență medicală”

Dacă ar exista un plan de acțiune pentru endometrioză, care ar fi primele probleme abordate?

Acest lucru este o provocare, având în vedere problemele ample care trebuie abordate. În loc să reinventăm roata, putem învăța din țări precum Australia, SUA și Franța, care au priorizat conștientizarea, educația, managementul clinic și cercetarea. Deși distincte, ele sunt interconectate și necesită atenție simultan. Cu toate acestea, dacă trebuie să selectez, aş acorda prioritate actualizării practicilor clinice pentru a îndeplini cele mai bune practici internaționale din cauza nevoilor urgente ale pacientelor cu endometrioză. De asemenea, aş acorda prioritate înființării unei unități și a unui plan național de cercetare a endometriozei, care va îmbunătăți înțelegerea bolii, oferind dovezile necesare pentru a genera schimbări de impact.

“Este esențial să abordăm disparitățile de sănătate și să pledăm pentru o îngrijire eficientă pentru toate pacientele cu endometrioză, indiferent de originea lor rasială sau etnică”

Crezi ca endometrioza ar trebui clasificată ca dizabilitate?

Clasificarea endometriozei drept dizabilitate necesită o evaluare cuprinzătoare, condusă de mai multe părți interesate, susținută de studii relevante pentru a avea acest statut. Impactul său variază, iar acțiunea eficientă asupra priorităților endometriozei poate reduce necesitatea unei astfel de clasificări. Cred că oferirea de sprijin ușor accesibil, inclusiv asistență financiară în perioadele când persoana nu poate lucra este esențială pentru cei care suferă de această boală. Cu siguranță salut angajamentul pe această temă în Trinidad și Tobago și alte țări din zonă.

Menopauza indusă la pacientele cu endometrioză

Endometrioza este o afecțiune ginecologică frecvent întâlnită la pacientele de vârstă reproductivă, însă este regăsită și la aproximativ 2-4% din pacientele în postmenopauză.

Este o boală estrogen-dependentă ceea ce face ca în mod fiziologic, perioada de tranziție către menopauză când nivelul de estrogen scade semnificativ să atenueze simptomele specifice, în principal durerea.

Așadar ținta tratamentelor medicamentoase administrate la o categorie selectată de paciente cu endometrioză să fie tocmai această supresie a activității ovariene și a ciclurilor menstruale ce apare în mod fiziologic la pacienta la menopauză. Astfel se induce o menopauză temporară.

Estrogenul este un hormon crucial pentru menținerea bunei funcționari a celor mai multe dintre organe și țesuturi, în special osul

Această strategie terapeutică este utilizată la pacientele care au urmat deja o procedură chirurgicală pentru endometrioză dar cu viză de preservarea a fertilității și funcției reproductive cu scopul de a inhiba țesutul endometrial restant care are activitate metabolică și ar putea crește riscul recurenței simptomatologiei.



Dr Cristina Odukoya
medic specialist
obstetrica-ginecologie

Acest lucru este posibil chiar și în urma unei intervenții chirurgicale corect și riguros efectuate de către un specialist în endometrioză.

Medicația în acest caz, vine în completarea conduitei chirurgicale. Dar medicația poate fi folosită și per primam la pacientă cu endometrioză care nu a urmat sau nu are indicație chirurgicală însă are simptomatologie intensă și cu impact semnificativ asupra calității vieții.



Există mai multe medicamente utilizate în acest scop precum agonistul hormonului eliberator de gonadotropine (GnRH-a) care este cel mai popular și se administrează pentru o perioadă de 3-6 luni, o singură injecție lunară intramuscular.

Alte medicamente folosite sunt progestogeni sub diferite formule de administrare care pot fi folosite pe termen mai lung. Cu cât durată administrării este mai lungă, bineînțeles și efectele secundare ale scăderii nivelului de estradiol sunt mai pregnante.

Dezavantajele principale ale acestor medicamente sunt simptome precum bufeuri, transpirații nocturne, scăderea libido-ului, uscăciune vaginală, tulburări de dispoziție, anxietate, brain-fog, dureri musculare, dureri articulare. Toate acestea apar prin scăderea nivelului de estrogen și secundar predispun la scăderea densității osoase și boală cardiovasculară la administrarea pe o perioadă mai îndelungată. Estrogenul este un hormon crucial pentru menținerea bunei funcționări a celor mai multe dintre organe și țesuturi, în special osul. Spre exemplu, după o cură de 6 luni de tratament cu agonist de GnRH, densitatea osoasă scade cu 4-6% și aproximativ 20% dintre paciente acuză dureri articulare și osoase.

Pentru a proteja pacienta de aceste efecte secundare dar simultan să menținem și efectul benefic terapeutic, se readaugă de la început sau după 3 luni de tratament cu GnRH-a doze foarte mici de hormoni estrogen și progesteron, numită terapie add-back.

La pacientele care utilizează GnRH-a pentru mai puțin de 3 luni, pot fi administrate doar suplimente pe bază de plante, vitamine, minerale ca adjuvanți în combaterea simptomelor asemănătoare menopauzei.

Comportamentul alimentar și stilul de viață sunt esențiale, dieta anti-inflamatorie, exercițiile fizice dar și programe alternative precum acupunctură, reflexoterapie, medicină tradițională chineză și terapie cognitiv-comportamentală.

Au apărut însă medicamente mai noi care combină ambele tipuri de preparate, cele cu rol de a reduce fluxul menstrual și durerea asociată endometriozei dar și cel restaurator hormonal pe bază de estrogen și progestativ. Astfel în această combinație este menținut efectul terapeutic și sunt combătute reacțiile adverse printr-un singur preparat, ușor de utilizat, sub forma unei capsule ce se ia o singură dată pe zi.

La pacientele care experimentează uscăciune vaginală sau dureri la contactul sexual se pot adăuga suplimentar preparate estrogenice sub formă de creme sau ovule vaginale, iar la pacientele cu libido redus, tibolona sau gelurile cu testosteron pot fi o opțiune.

Pacientele nu trebuie să fie temătoare cu privire la reactivarea focarelor restante de endometrioză în urma intervenției chirurgicale sau la reapariția simptomatologiei dacă li se adaugă terapia add-back la tratamentul de bază deoarece nivelul de estradiol este verificat de către medic pe parcursul tratamentului. Un nivel al estradiolului sub 40-50 pg/mL nu va duce la reactivarea endometriozei însă va fi suficient pentru prevenirea simptomelor perimenopauzale și a pierderii densității osoase. Astfel, este un câștig semnificativ pentru pacientă.

Toate pacientele cu endometrioză și menopauză indusă medicamentos ar trebui să beneficieze de terapie de substituție hormonală add-back, cu excepția celor care au o contraindicație specifică. Aceasta este importantă pentru protecția cardiovasculară și osoasă și crește complianța pacientei la tratament.

Atât specialistul în endometrioză cât și specialistul în ginecologie endocrinologică lucrează împreună pentru a oferi cele mai bune opțiuni de tratament pacientei cu endometrioză.



Endometrioza plexului sacral și a nervului sciatic

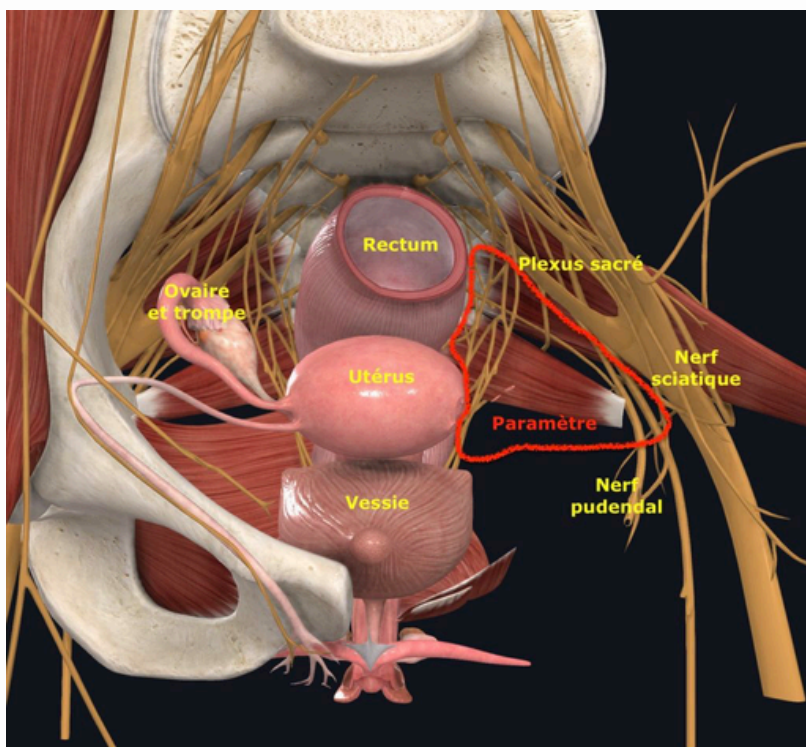
Dr Horace Roman

- Founder of Institut Franco-Européen Muntidisciplinaire d'Endométrieose
- Honorary Professor at Aarhus University Hospital, Denmark
- Master Surgeon in Multidisciplinary Endometriosis

Endometrioza profundă poate afecta plexurile sacrate, mai ales atunci când ocupă spațiu lateral vaginului și rectului, numit și parametru. Plexul sacrat este situat în partea laterală, externă și profundă a parametrului, în contact cu peretele pelvin. Endometrioza parametrului se infiltrează adesea nu numai în plexul sacrat, ci și în vagin, rect, uretere sau chiar în vezică.

Nodulii de endometrioză profundă ai parametrului pot comprima, înveli sau infiltra structuri nervoase cu diametru mare, cum ar fi rădăcinile sacrate, nervul sciatic, nervul obturator sau nervul pudendal, precum și structurile nervoase fine, cum ar fi nervii splanhnici, nervii hipogastrici, și plexurile hipogastrice inferioare și superioare. (Fig 1)

Un nodul de endometrioză pe plexul sacrat sau nervul sciatic este o localizare relativ rară!



Există 2 tipuri de noduli ai parametrului:

Tipul 1. Noduli mari care ocupă partea medială a parametrului, care comprimă sau se infiltrează în rădăcinile sacrate, dar și în rect și vagin. Acestea sunt cele mai frecvente afecțiuni ale plexurilor sacrate (85-90%). Acestea provoacă dureri în fese sau în perineu asociate cu tulburări urinare sau digestive. (Fig 2)

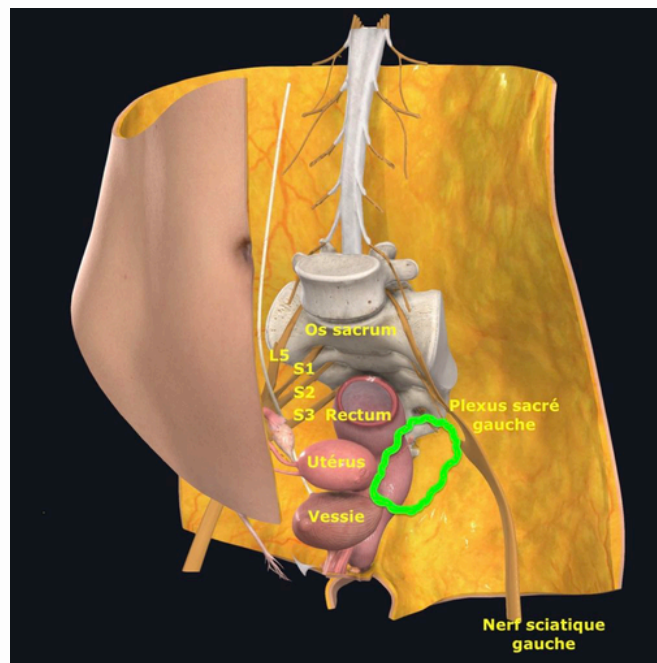


Fig 2

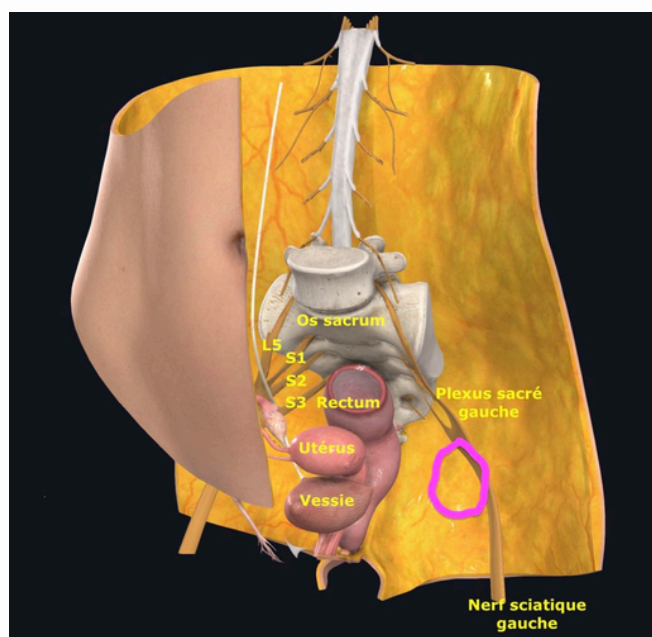


Fig 3

Tipul 2. Noduli mai laterali care comprimă sau se infiltrează în nervii sciatici, pudendali și obturatori. Acestea sunt leziuni mai rare (10-15%), manifestate prin durere sau tulburări motorii la nivelul fesei și membrului inferior. Pe de altă parte, tulburările digestive și urinare sunt mai rare. (Fig 3)

Nodulii de endometrioză profundă ai plexurilor sacrate pot fi responsabili de mai multe simptome specifice, în special în timpul menstruației:

- **Sciatică:** durere care începe la nivelul fesei, coborând pe suprafața posterioară a coapsei, până sub picior.
- **Nevralgia pudendală (pudendalgia):** durere datorată afectării nervului pudendal, care implică perineul, de la labia majora la clitoris și partea laterală a anusului.

- **Durere în regiunea nervului obturator:** durere pe suprafața medială a coapsei, până deasupra genunchiului.
- **Disfuncție vezicală sau rectală :** dificultate la golirea vezicii urinare, în special în timpul menstruației (paciente sunt forțate să împingă prin contractarea mușchilor abdominali, sau se apleacă înainte, pentru a comprima vezica urinară și a o ajuta să se golească) sau un tranzit lent și dificil la eliminarea scaunului.
- **Senzatia de uscăciune vaginală.**

Acest tip de prezentare clinică a endometriozei este rar și adesea necunoscut de către medici. Prin urmare, aceste simptome sunt inițial rareori atribuite endometriozei, ci mai degrabă unor cauze reumatologice, osteo-articulare sau musculare.

Anatomia parametrului și a plexului sacrat

Plexul sacrat este alcătuit din nervi senzoriali și motori. Unii nervi motori sunt numiți „somatici” deoarece gestionează răspunsul motor voluntar al fibrelor musculare scheletice, al membrelor inferioare, feselor sau bazinului. Alții sunt denumiți „vegetativi” deoarece sunt implicați în contracția autonomă (involuntară) a organelor pelvisului și abdomenului (rect, colon, vezică urinară), organelor erectile, glandelor genitale și cutanate sau a vaselor.

Inervația somatică (fig 4) a pelvisului provine din nervi sau rădăcini din măduva spinării, fie din zona lombară (notată cu L, de la 1 la 5), fie din zona sacrată (S, de la 1 la 4 sau 5). Rădăcinile ies din coloană prin găurile vertebrale și se interconectează în structuri ramificate, numite și „plexuri”: lombare și sacrate.

Plexul sacrat (fig. 5) este format din ultima rădăcină lombară (L5) și rădăcinile S1, S2, S3 și S4 sau S5. Aceste rădăcini nervoase includ fibre aferente (informații colectate la periferie și direcționate către măduva spinării și creier) și eferente (informațiile sunt trimise către mușchi), implicate în percepția senzorială și mișcările voluntare ale membrelor inferioare.

Fig 4

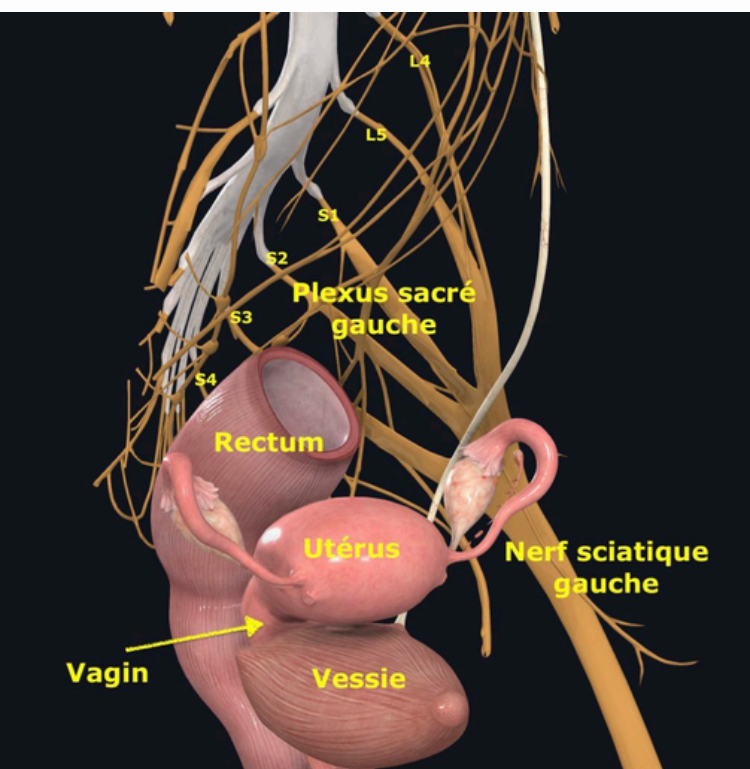
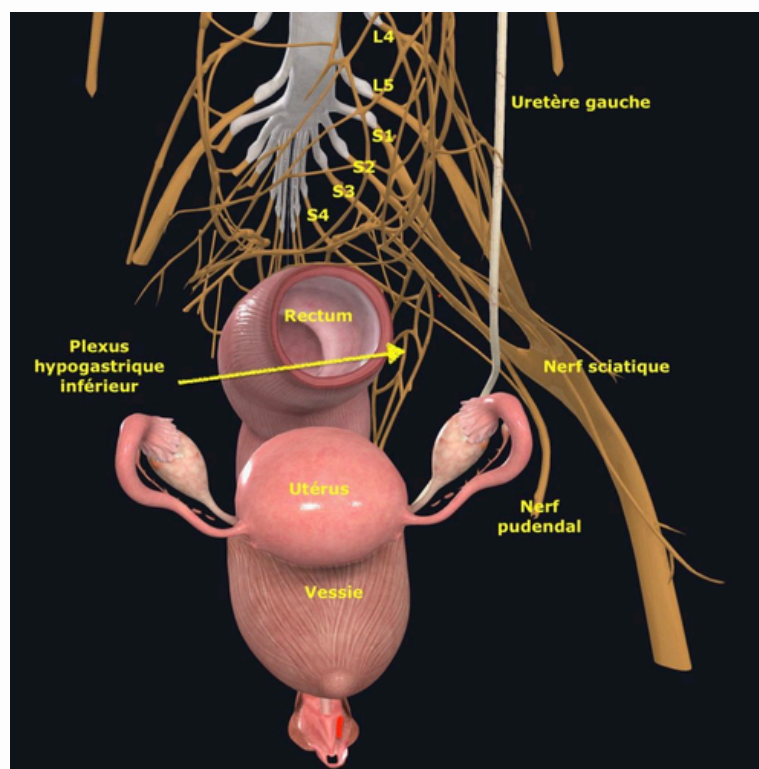
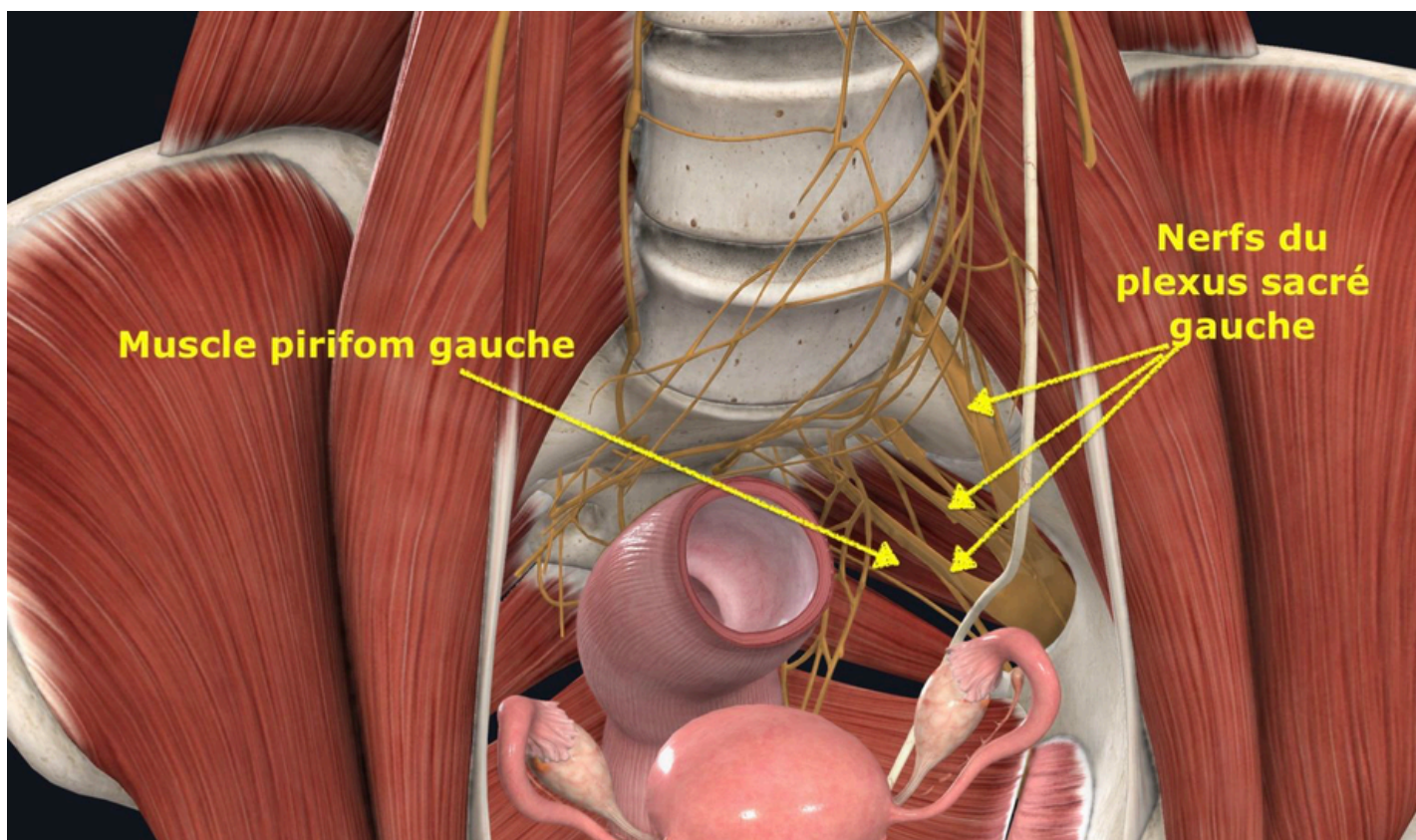


Fig 5





Rădăcinile sacrate sunt situate în partea posterioară a pelvisului, între sacrum și peretele lateral al pelvisului, în fața mușchiului piriform (Fig 6). Acestea converg și dau naștere nervilor de calibru mai mare (de la 4 mm la 1 cm):

Nervul sciatic (în principal cu fibre somatice de L5, S1 și S2), care părăsește pelvisul către suprafața posterioară a coapsei, unde ia un curs descendent spre gambă și picior. Este implicat în motilitatea gambei și piciorului și în sensibilitatea suprafeței posterioare a membrului inferior până la picior.

Nervul pudendal (în principal S2, S3 și S4) care merge spre perineu (zona dintre cele două coapse, conținând clitorisul, vulva și anusul) și către sfincterul extern al anusului.

În cele din urmă, fibre în principal vegetative, provenite de la S2, S3 și S4, de calibru mic (de ordinul a 1-2 mm) se interconectează pentru a forma o rețea de pânză de păianjen, situată în profunzimea parametrului, în lateralul rectului și sub ureter: plexul hipogastric inferior. Din această pânză de păianjen se nasc nervi foarte fini, care ajung la vezica urinară, la fundul vaginului și la rect: nervii splanhnici.

Fig 6

Nervii splanhnici controlează golirea voluntară a vezicii urinare, funcția sfincterului intern al uretrei, dar influențează și mobilitatea rectală, precum și funcțiile sexuale.

Plexul hipogastric inferior primește și nervii hipogastrici, al căror diametru este în jur de 1-2 mm, care sunt implicați, printre altele, în senzația de plenitudine vezicală.

În apropierea nervului sciatic trece nervul obturator, care provine din plexul lombar (L2, L3 și L4), care permite mișcarea mușchilor adductori ai coapsei care deplasează coapsa către linia mediană a corpului (apropierea coapselor), și asigură sensibilitatea suprafeței mediale a coapsei.

Anatomia nervilor pelvieni explică localizarea durerii, tulburări ale motilității și funcției organelor pelviene atunci când sunt afectați plexul sacrat sau nervii sciatici, obturatori și pudendali.

Chirurgia nodulilor de endometrioză ai plexului sacrat nu poate fi luată în considerare fără o evaluare atentă preoperatorie.

RMN este examenul de referință, esențial, obligatoriu, care permite chirurgului să vizualizeze în 3 dimensiuni localizarea, dimensiunile, limitele și volumul nodulului de endometrioză. Examenul evaluează afectarea organelor învecinate (rect, ureter, vezică urinară, vagin, mușchi piriform) și face posibilă planificarea unei intervenții, cu participarea unei echipe multidisciplinare. (Fig 7,8)

Excizia leziunilor de endometrioză profundă ale plexurilor sacrate și ale nervilor sciatici este realizată prin laparoscopie, cu sau fără asistenta robotica. Are loc într-un mod diferit pentru nodulii de tip 1 și 2. În ciuda complexității sale, pentru noi această intervenție este bine standardizată, urmând etape foarte standardizate, care permit atât efectuarea unei excizii complete a leziunilor, cât și reducerea riscului de hemoragie intraoperatorie și reducerea riscului de sechele funcționale postoperatorii.

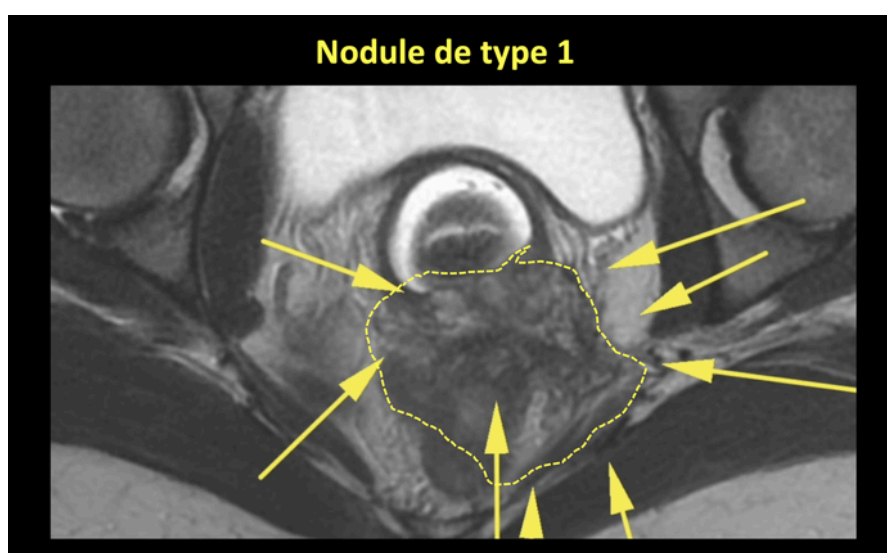


Fig 7

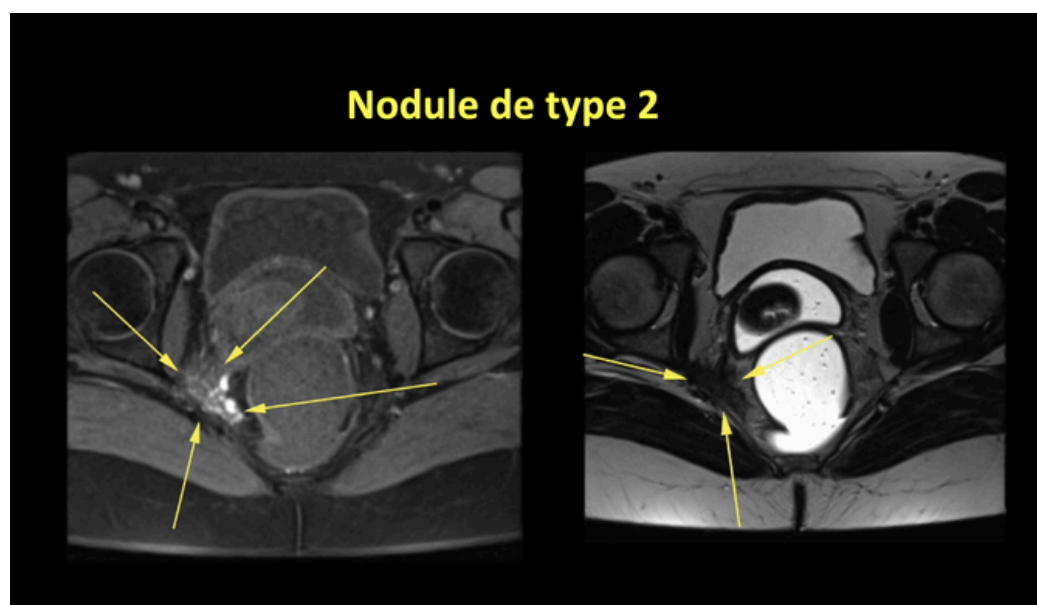


Fig 8

Durata intervenției chirurgicale depinde de complexitatea leziunilor profunde, în special de efectuarea mai multor proceduri suplimentare pe rect, ureter, vagin sau vezică urinară. O intervenție pentru endometrioză a plexurilor sacrate include, în timpul unei singure operații, mai multe intervenții, fiecare dintre acestea fiind de mare complexitate.

Durata unei astfel de intervenții chirurgicale poate varia de la 2 la 8 ore.

Este important să înțelegem că uneori este imposibil să se păstreze anumiți nervi în timpul exciziei nodulilor mari de endometrioză ai parametrelor, în special cei mai fini. Sacrificarea acestor nervi mici poate duce la tulburări, cel puțin temporare, ale funcției vezicale și rectale.

Cu toate acestea, în anumite cazuri, atunci când endometrioza privește ambele parametre, suntem obligați să efectuăm o rezecție completă pe partea în care boala pare cea mai agresivă și să efectuăm un act minimal pe partea mai puțin afectată, pentru a evita denervarea completă a vezicii urinare, rectului sau vaginului. În timp ce sacrificarea nervilor pelvini de calibrul mic poate fi considerată unilateral, intervenția chirurgicală pentru nervii de calibrul mare, cum ar fi nervul sciatic sau cel obturator, ar trebui să fie cât mai conservatoare posibil, pentru a evita apariția tulburărilor motorii sau senzoriale majore.

Durata spitalizării variază de la 3 la 7 zile, în funcție de tipul de intervenție chirurgicală efectuată și de rezultatele postoperatorii. Recuperarea este mai rapidă dacă intervenția chirurgicală nu implică sutura rectului sau a ureterelor.

Consecințele postoperatorii pot fi marcate de mai multe complicații imediate, care trebuie prezentate clar înainte de operație:

Atonia vezicală

Golirea voluntară a vezicii urinare se realizează printr-o comandă transmisă vezicii urinare de către nervii splanhnici. Nervii splanhnici sunt bilaterali, dar participarea (dominanța) lor poate fi dezechilibrată. Aceștia pot fi afectați atât de nodulul de endometrioză (infiltrare, compresie, iritare, în acest caz simptomele sunt prezente înaintea intervenției chirurgicale), precum și de procedura chirurgicală. În timpul intervenției chirurgicale, nervii splanhnici, foarte fragili, pot fi îndepărtați în bloc cu nodulul sau pot fi secționați.

Chiar și atunci când sunt conservați, nervii splanhnici pot fi afectați ca urmare a degajării de căldură din energiile utilizate pentru coagularea vaselor de sânge, sau chiar întinși în timpul disecției, ceea ce poate duce la neuropraxie. Termenul de neuropraxie este utilizat pentru a descrie leziuni nervoase moderate care au ca rezultat afectarea temporară a funcției nervoase și reprezintă o pierdere temporară a tecii de mielină a nervului, fără nici o leziune axonală asociată. Această demielinizare încetinește viteza de conducere a impulsului electric în interiorul nervului și, prin urmare, modifică transmiterea informațiilor prin nerv.

Prognosticul acestor afecțiuni este favorabil, cu recuperare completă cel mai adesea în câteva săptămâni sau luni, odată cu reformarea învelișului de mielină. Rezultatul clinic este dificultatea în golirea vezicii urinare, care reține în mod constant o cantitate variabilă de urină.

În cazul în care volumul de urină care rămâne în vezică la sfârșitul urinării (reziduu postmictional sau RPM) depășește 100 ml, pacientele trebuie să utilizeze catetere vezicale mici pentru a goli vezica de mai multe ori pe zi (de obicei de 5 sau 6 ori), la orele stabilite și după încercarea de urinare voluntară. Funcția vezicală se îmbunătățește treptat, în decurs de 4-6 săptămâni postoperator, iar auto-cateterizarea poate fi oprită atunci când RPM scade constant sub 100 ml.

Când auto-cateterizarea este indicată, aceasta se învață înainte de a părăsi clinica. Pacientele sunt rugate să noteze în mod regulat volumele evacuate prin cateterizare (calendar micțional) și să le comunice chirurgului.

Frecvența atoniei vezicale care necesită auto-cateterizare sistematică este de aproximativ 25% la externarea din clinică și scade la aproximativ 5% la un an după operație. Recuperarea funcției vezicale se explică prin regresia neuropraxiei, edemului și inflamației locale datorate intervenției chirurgicale.

Durere neuropatică, parestezie sau hiperestezie în regiunile nervilor sciatici, obturatori și pudendali

Aceste dureri sunt expresia clinică a iritației, edemului nervilor sau neuropraxiei nervilor somatici și se manifestă prin mini-descărcări electrice, furnicături sau senzații dureroase declanșate de stimulare minimă (contactul cu îmbrăcămintea).

Aceste simptome necesită un tratament specific, cu medicamente care interferează cu transmiterea nervoasă, cum ar fi pregabalina, amitriptilina, gabapentina, administrate timp de câteva săptămâni sau luni. Aceste simptome sunt prezente în aproximativ 17% din cazuri la un an după operație.

Datele pe termen lung sunt încurajatoare, atât în ceea ce privește îmbunătățirea clinică, cât și fertilitatea. Este important de reținut că femeile cu endometrioză profundă care implică plexul sacrat sau nervul sciatic prezintă mai rar afecțiuni ovariene sau tubare asociate. Acest lucru ar putea explica ratele foarte ridicate de sarcini (77%) și nașteri postoperator, cu concepții spontane în jumătate din cazuri.

Aceste informații ar trebui să încurajeze pacientele pentru o abordare chirurgicală, chiar și într-o situație când își doresc o sarcină. De fapt, datele științifice nu permit recomandarea de primă intenție a fertilizării in vitro în această situație, care ar putea amâna intervenția chirurgicală care devine astfel din punct de vedere tehnic mai complexă, datorită creșterii continue a leziunilor.





Asociația SOS Infertilitatea

FERTILITATE / INFERTILITATE | ADOPTIE | SARCINĂ | PARENTING

Str. Academiei nr. 35-37, Bloc Romarta, sc. A, et. 1, ap. 10,
interfon 14, sector 1, București (zona Universitate) | CIF: 26227202

www.sosinfertilitatea.ro | contact@vremcopii.ro

facebook.com/groups/sustinSOSInfertilitatea

SCHIMBĂM MENTALITĂȚI. SCHIMBĂM DESTINE.

Proiecte ale Asociației SOS Infertilitatea

Crearea **Subprogramului pentru Fertilizare in Vitro și Embriotransfer**, program de sprijin financiar pentru cuplurile hipofertile creat de Ministerul Sănătății în 2011, la inițiativa directă și cu participarea Asociației SOS Infertilitatea.

Advocacy activ pentru **Proiectul FIV al Ministerului Familiei** (din 2022) și **Proiectul „FIV - O Șansă pentru cuplurile infertile”** (2018-2021) al Primăriei Municipiului București / ASSMB, precum și desfășurarea de acțiuni de advocacy în vederea inițierii unor **programe locale** similare în alte localități din țară (Constanța, Craiova, Medgidia, Ștefănești).

Proiectul „O șansă pentru viață” (din 2016) – câte o procedura de fertilizare in vitro gratuită oferită de către fiecare dintre clinicile partenere în proiect. În primele șapte ediții s-au oferit, prin tragere la sorți, 104 de proceduri FIV gratuite, cu o valoare de piață de peste 460.000 de euro, în urma cărora s-au născut deja peste 50 de copii iar alte sarcini sunt în curs.

Revista (din 2019) și podcastul (din 2023) „Ce știi despre FERTILITATEA TA?”, instrumente care oferă educație despre fertilitate publicului larg.

Grantul memorial Eva și Clara Brunel (din 2021), grant în valoare de până la 6.000 de euro, oferit anual de către Asociația SOS Infertilitatea pentru efectuarea unei proceduri de fertilizare in vitro complet gratuite unui cuplu care a pierdut o sarcină avansată sau un copil la naștere.

Grantul memorial Jean-Pierre Brunel (din 2022), grant în valoare de până la 6.000 de euro, cu acces universal, oferit anual de către Asociația SOS Infertilitatea pentru efectuarea unei proceduri de fertilizare in vitro complet gratuite.

Săptămâna Națională de Conștientizare a fenomenului social și medical al infertilității în România – eveniment anual de awareness & advocacy (din 2012); din 2016, evenimentul național este parte a campaniei paneuropene European Fertility Week.

Expoziții itinerante, expuse în spații cu mare vizibilitate din București și din țară: „Infertilitatea există. Și doare”, „Incursiune în istoria fertilizării in vitro”, „Infertilitatea poate fi învinsă”.

Grupurile de suport SOS Infertilitatea – întâlniri ale persoanelor afectate de infertilitate, grup de suport psihologic, grup de suport nutriție sănătoasă și pierdere în greutate, sub coordonarea unor psihologi și nutriționiști calificați, seri de film având drept temă infertilitatea sau adopția, urmate de dezbateri.

Prezență activă și inițiative în proiectele Fertility Europe, federația paneuropeană a asociațiilor de pacienți hipofertili.

**Schimbăm mentalități.
Schimbăm destine.**



Incontinența urinară și prolapsul genital

Dr Răzvan Betea

medic primar

obstetrică-ginecologie

supraspecializare în uroginecologie

www.drbeta.ro

Prolapsul uterin și incontinența urinară sunt două probleme de sănătate cu care femeile se confruntă și care pot afecta semnificativ calitatea vieții. Mai multe informații despre aceste afecțiuni ne oferă Dr Răzvan Betea, medic ginecolog.

Incontinența urinară este caracterizată prin pierderea involuntară de urină. Există 2 situații întâlnite prin care se manifestă:

- incontinența urinară la efort, tuse, strănut
- incontinența urinară prin imperiozitate

Cauzele care duc la apariția acestora sunt distincte și o să le explic.

În cazul incontinenței urinare de efort sunt reprezentate de modificări la nivelul țesutului suburetral și modificarea unghiului dintre vezică și uretră determinate de:

- nașterea unui făt cu greutate mare,
- obezitatea,
- menopauza,
- efortul fizic prelungit,
- deficitul celular de la nivel local.

În situația de vezică hiperactivă apare o reacție prematură a musculaturii vezicii care se contractă pentru a goli vezica mai repede decât ar fi necesar rezultând urinării frecvente și caracterizate prin incapacitatea pacientei de a ajunge rapid la toaletă, moment în care are loc pierderea de urină.

Recomandări de prevenție ar fi următoarele:

- dieta corespunzătoare pentru a evita obezitatea și diabetul
- evitarea alimentelor care irită vezica: picante, băuturi carbogazoase, cafeaua, alcoolul;
- evitarea fumatului care duce la apariția tusei și prin urmare creșterea presiunii intraabdominale cu apariția incontinenței;
- evitarea efortului fizic puternic.

Soluții de tratament

- respectarea în primul rand a factorilor de prevenție
- efectuarea exercițiilor Kegel
- antrenamentul vezicii pentru a amâna cât mai mult momentul urinării
- golirea completă a vezicii în momentul urinării
- medicația anticolinergica după recomandarea medicului specialist
- stimularea electrică
- injecția cu toxina botulinică
- montarea unei bandetele suburetrale sau tratamente chirurgicale complexe laparoscopice sau clasice.

PROLAPSUL GENITAL

Prolapsul uterin - uter căzut/uter ieșit afară constă în coborârea uterului spre sau dincolo de introitus (intrarea în vagin). În funcție de gradul de coborâre, uterul prolabat se împarte în:

gradul I (la nivelul superior al vaginului);
gradul II (la nivelul introitusului);
gradul III sau total

Prolapsul vaginal (de gradul II sau III) este afecțiunea ce cauzează descensul vaginului sau a bontului vaginal după histerectomie. Prolapsul genital este cauzat de slăbirea mușchilor și a țesuturilor care susțin organele pelvine. Deplasarea organelor pelvine se produce atunci când organele nu mai pot fi ținute în poziție anatomică.

Cele mai frecvente cauze ale prolapsului vaginal și uterin sunt următoarele:

- nașterea: nașterea vaginală crește riscul de prolaps iar cu cât este mai mare un copil la naștere, cu atât riscul de prolaps este mai crescut;

- o intervenție chirurgicală, cum ar fi o histerectomie sau un tratament cu radiații în zona pelvină;
- menopauza
- îmbătrânire;
- activitate fizică extremă sau ridicarea obiectelor grele;
- orice afecțiune care exercită presiune asupra zonei abdominale, cum ar fi excesul de greutate, încordarea pentru a avea o mișcare intestinală sau o tuse intensă sau de lungă durată, cum este posibil în cazul fumătorilor sau a pacienților cu astm;
- factorii genetici sau ereditari.

Factori de risc

- una sau mai multe nașteri vaginale;
- nașterea unui copil cu greutate mare;
- vârstă înaintată;
- obezitate;
- chirurgie pelvină anterioară;
- constipație cronică sau încordare frecventă în timpul mișcărilor intestinale;
- istoric familial de slăbiciune în țesutul conjunctiv.

Simptomele prolapsului genital includ:

- o senzație de presiune și plenitudine vaginală;
- umflătură sau un nodul în zona vaginală;
- disconfort sau amorțeală în timpul actului sexual;
- dureri lombare;
- infecții ale vezicii urinare;
- dificultăți la introducerea tampoanelor;
- dificultăți la urinare – cum ar fi senzația că vezica nu se golește complet, nevoia de a merge mai des la toaletă sau scurgerea unei cantități mici de urină în timpul tusei, strănutului sau în timpul exercițiilor fizice (incontinență la efort).

La prolapsul de gradul I simptomatologia tinde să fie minimă. Pe de altă parte, în cazul prolapsurilor uterine de gradul II sau III sunt frecvente simptome de genul plenitudine și presiune, precum și senzația de coborâre a organelor genitale. Nu în ultimul rând, prolapsul uterin de gradul III se poate manifesta că o bombare sau o protruzie a cervixului sau a bontului, deși poate avea loc și o reducere spontană înainte ca pacientele să se prezinte la medic.

Mucoasa vaginală poate fi uscată, îngroșată, inflamată cronic, infectată și poate prezenta ulcerații, uneori dureroase sau care pot sângera, fiind confundate cu un cancer genital.

Simptomatologia prolapsului vaginal este similară. De obicei, se asociază prezența cistocelului și a rectocelului.

Diagnosticul se realizează în momentul examenului clinic la medicul specialist. În cazul în care pacienta prezintă incontinență severă, medicul poate recomanda teste pentru a măsura cât de bine funcționează vezica (test urodinamic).

Cum se tratează?

Prolapsul asimptomatic sau cel de gradul I sau II nu necesită tratament. Prolapsul simptomatic sau cel de gradul III poate fi tratat nechirurgical dacă perineul poate susține structural pesarul.

Dacă simptomele sunt severe sau persistente, este indicată intervenția chirurgicală, de obicei o histerectomie însoțită de reparație chirurgicală a structurilor pelvine de susținere (colporafie) și suspendarea vaginului (suturarea porțiunii superioare a vaginului de structură stabilă din proximitate). Intervenția chirurgicală este temporizată până la vindecarea tuturor ulcerațiilor.

Medicul specialist ginecolog poate recomanda și măsuri de autoîngrijire. Dacă prolapsul uterin cauzează simptome ușoare sau dacă este asimptomatic, simplele măsuri de autoîngrijire pot preveni agravarea prolapsului. Exercițiile Kegel pentru întărirea mușchilor pelvieni, pierderea în greutate și tratarea constipației sunt metode eficiente de tratament pentru întărirea uterului și a organelor din zonă.

Complicațiile prolapsului uterin

Prolapsul uterin este adesea asociat cu prolapsul altor organe pelvine:

prolaps anterior (cistocel): slăbirea țesutului conjunctiv care separă vezica și vaginul poate provoca deplasarea vezicii urinare în vagin.



- prolaps vaginal posterior (rectocel): slăbirea țesutului conjunctiv care separă rectul și vaginul poate determina rectul să se umfle în vagin, ceea ce conduce la dificultăți în mișcarea intestinului;
- prolapsul uterin sever poate înlocui o parte a mucoasei vaginale, determinând-o să iasă în afara corpului. Țesutul vaginal care se freacă de îmbrăcăminte poate duce la leziuni vaginale.

Cum putem preveni apariția lui?

Pentru a reduce riscul de prolaps uterin, există câteva metode eficiente de prevenție, mai ales dacă sunt aplicate în timp util:

- prevenirea constipației prin consum de alimente bogate în fibre și un aport corespunzător de lichide;
- evitarea ridicării de greutate prea mari;
- controlul tusei (evitarea fumatului și administrarea unui tratament pentru tuse cronică sau bronșită);
- evită creșterea în greutate.

Managementul endometriozei infiltrante profunde

Dr Attila Bokor

*Asistent Profesor Universitatea Semmelweis
Şeful Unităţii de Chirurgie Minim-invazivă
Coordonator al Centrului de Endometrioză,
Universitatea Semmelweis (Budapesta)
Membru Comitet executiv EEL*



Considerată o formă severă de endometrioză, endometrioza profundă poate afecta multe zone şi organe din organism.

Care sunt principalele tipuri de endometrioză?

Cele trei fenotipuri principale ale endometriozei sunt endometrioza peritoneală (superficială), endometrioza ovariană (endometriomul) şi endometrioza infiltrativă profundă (DIE).

Endometrioza superficială versus endometrioza infiltrativă profundă: unde le întâlnim de obicei?

Care zone/organe sunt cel mai mult afectate?

Endometrioza superficială se găseşte predominant pe peritoneul pelvin. Endometrioza infiltrativa profunda poate ajunge adanc in spatiul extraperitoneal si ocupa diverse organe pelvine precum vezica urinara, uretere, tractul gastrointestinal, ligamente sacro-uterine sau vagin.

Care sunt complicaţiile endometriozei infiltrativ profunde?

Endometrioza poate provoca formarea de ţesut cicatricial în interiorul pelvisului sau abdomenului şi pe organele din apropiere.

Acest lucru poate duce la aderenţe şi poate lega un organ de altul. În unele cazuri, pacienţii nu prezintă simptome vizibile, dar rareori pot apărea complicaţii care pun viaţa în pericol, cum ar fi sarcina ectopică sau blocajul intestinal.



La femeile cu endometrioză, se estimează că afectarea intestinală apare la 3,8-37% dintre pacienţi. Endometrioza intestinală afectează de obicei colonul rectosigmoid.



Leziunile care obstrucţionează fluxul de urină, cum ar fi endometrioza ureterală sau parametrială, pot provoca hidronefroză şi disfuncţie renală consecutivă sau hipertensiune arterială. Endometrioza care afectează nervii pelvieni poate provoca disfuncţii senzoriale sau motorii şi durere.

Ce este endometrioza rectovaginală profundă și poate afecta intestinul?

Endometrioza rectovaginală apare atunci când țesutul similar cu țesutul endometrial crește în afara uterului și în rect, vagin sau în structurile dintre ele. Poate interfera cu funcționarea intestinului. Simptomele endometriozei rectovaginale pot include sângerare din rect, mișcări dureroase ale intestinului, constipație etc.

Este endometrioza cu infiltrare profundă un stadiu 4?

Luând în considerare dimensiunea și numărul de aderențe și leziuni endometriotice, endometrioza poate fi clasificată în patru etape utilizând sistemul de notare revizuit al Societății Americane de Medicină Reproductivă (rASRM). Stadiul I-II înseamnă boală minimă sau ușoară cu implanturi superficiale sau puține profunde. Stadiul III este o boală moderată, cu multe implanturi profunde, chisturi ovariene și aderențe peliculoase. Stadiul IV înseamnă boală severă cu multe implanturi profunde, chisturi ovariene și aderențe dense sau implanturi extragenitale.

Este important de menționat că stadiul bolii nu reflectă neapărat nivelul de durere sau prezența simptomelor.

În funcție de zona/organul afectat, ce simptome poate cauza?

Cele mai frecvente simptome ale endometriozei sunt menstruația dureroasă, infertilitatea, durerea pelvină cronică și durerea în timpul actului sexual. Leziunile care afectează tractul urinar pot provoca plângeri precum urinare dureroasă, hematurie (sânge în urină), în timp ce pacienții cu endometrioza a sistemului gastrointestinal pot prezenta simptome precum defecație dureroasă sau hematochezie (sânge în scaun), constipație, diaree sau senzație de golire incompletă.

“

Endometrioza este o boală în care țesutul care este similar cu endometrul crește în afara cavității uterine. Aceste pete fibrotice de țesut sunt numite „noduli”, „leziuni” sau „implanturi”.

Cum putem diagnostica endometrioza profundă?

Suspiciunea de endometrioza poate apărea pe baza plângerilor pacientului sau în timpul unei examinări fizice sau a unor teste imagistice (de exemplu, ultrasunete transvaginale, RMN), în cele din urmă, intervenția chirurgicală laparoscopică sau robotică cu sau fără examen histologic poate confirma prezența bolii.

Care este impactul endometriozei profund infiltrative asupra fertilității?

La femeile cu endometrioza profundă factorii cei mai afectați sunt migrația gameților și funcția tubară, care pot fi afectate de anatomia neregulată, aderențe intraabdominale extinse și mediul inflamator cronic care este caracteristic bolii. Nu există dovezi clare cu privire la impactul DIE asupra infertilității.

În ceea ce privește intervenția chirurgicală, când este recomandată?

Terapia de primă linie a endometriozei este tratamentul medical (hormonal sau analgezic) În caz de obstrucție intestinală sau urinară sau dacă durerea este severă și nu răspunde la tratamentul medical, se recomandă intervenția chirurgicală. Cel mai adecvat management al pacienților infertili cu endometrioza infiltrativă profundă, în special a celor asimptomatici cu intenție de sarcină, rămâne o dezbatere deschisă între aplicarea metodelor tehnologiei de reproducere artificială și tratamentul chirurgical al endometriozei. Deși nu există dovezi convingătoare că laparoscopia operativă pentru endometrioza profundă îmbunătățește fertilitatea, intervenția chirurgicală poate fi o alegere de tratament pentru pacientele simptomatice care doresc să rămână gravide.



“Am dovedit ca sunt mai puternica decât endometrioza, și acum sunt mamă”

La 36 ani, Geanina, din București, a trecut prin multe. O boală necruțătoare, care fura șansă de a deveni mamă la multe femei. Geaninei i-a furat și 25 cm din intestin.

Înainte de a deveni mamă, Geanina a trecut printr-o operație complexă, realizată de dna Prof Elvira Bratila și Dr Rubin Munteanu. Acum este soare și pe strada ei, și alături de puiul ei drag, Geanina, va zâmbi. Lacrimile au fost înlocuite de speranță.

În perioada 2019-2021 am intrat într-un studiu clinic cu pastile pentru endometrioza. Tratamentul a funcționat, pe moment, chisturile s-au retras dar apoi după nici 3 luni ele au reapărut în forță.

În 2022 împreună cu soțul meu am început să ne gândim că ne dorim un copil și am început investigațiile necesare obținerii unei sarcini, fiind-mi confirmat faptul că voi avea nevoie de fertilizare în vitro.

**Eu sunt Geanina, fata cu cicatrici
și acum mama cu cicatrici.
Povestea mea sper să inspire și
să ofere speranță.**

Lupta mea cu endometrioza a început în anul 2014 când la un control de rutină mi-a fost descoperit un chist de 7 cm. Mi s-a spus că trebuie în cel mai scurt timp posibil să mă operez. Asta am și făcut 2 luni mai târziu la un spital de stat la un medic ginecolog fără specializare în endometrioza. Eu neavând informații despre această boala la momentul acela, în plus nu aveam dureri, singură modificare era că menstruația venea la 40 de zile. După operație am ținut tratament 6 luni cu injecții pentru oprirea menstruației, totul a fost bine o perioadă însă apoi chisturile au reapărut

**A crezut că are doar un chist,
însă RMN-ul pentru
endometrioza a arătat o
situație devastatoare.
Endometrioza grad 4 cu
afectare intestinală.**

Am fost norocoși să aflăm la sfârșitul anului că suntem câștigătorii proiectului de Crăciun pentru un Fiv gratuit în cadrul asociației SOS Infertilitate. Cu acest prilej am ajuns la spitalul Panait Sârbu la doamna profesor Andreea Velișcu care după verificarea analizelor și a unei ecografii, mi-a fost recomandat să fac un RMN cu protocol de endometrioză. Primirea rezultatului a fost sfâșietor:

Am aflat că am endometrioză grad 4 și adenomioză, am fost îndrumată către doamna profesor Elvira Brătilă unde mi-a fost indicată operația.

“MI-AU REZECAT 25 CM DIN INTESTIN”

După operație la 3 luni a avut loc embriotransferul. În data de 21.09 la ora 2 dimineața am făcut testul de sarcină și fericire mare aveam 2 liniuțe, primele mele 2 liniuțe, soțul meu dormea l-am trezit și ne-am bucurat împreună adormind îmbrățișați.

La 6 săptămâni și 3 zile am fost la prima ecografie unde i am auzit și primele bătăi de inimă, fiind cele mai emoționante momente din viața mea de până atunci. La doar câteva zile diferență, la 7 săptămâni am avut primele sângerări, am crezut că pierd sarcina, dar a fost doar un hematom și după 2-3 zile el a dispărut.

La prima morfologie am aflat că am placenta previa deși am sperat că ea să se ridice din păcate asta nu s-a întâmplat, motivul fiind mai mult ca sigur adenomioza. La 24 de săptămâni am făcut și testul de toleranță la glucoză, iar rezultatele au arătat că am și diabet gestațional, pe care am reușit să îl țin sub control doar cu regim.

Acum eram mai aproape de visul nostru, știam exact pașii, aveam toate informațiile, aveam cea mai bună echipă de medici pentru noi. Și în Aprilie 2023 deja făceam stimularea și recoltarea ovocitelor, mi-au fost recoltate 7 ovocite și s-au fertilizat 4 embrioni. A venit și data operației, 29 Mai, ea a avut loc la spitalul Memorial, cu echipa multidisciplinară formată din doamna profesor Elvira Brătilă și doctor Rubin Munteanu.

Operația a avut succes, au fost îndepărtate toate focarele și rezecția de intestin de 25 de cm. Mi-am revenit foarte repede după intervenția chirurgicală, mobilizarea a fost rapidă, în 5 zile am fost acasă, iar după câteva zile deja eram refăcută 80%.

La 33 de săptămâni însă m-am internat în spital, din cauza sângerărilor cauzate de placentei previa, și la 2 săptămâni după internare a pornit hemoragia puternică. Am intrat de urgență în operația de cezariană și în nici 40 de minute de la debutul hemoragiei deja am auzit plânsetul bebelușului meu, Ares-Andreas, războinicul meu.

Din nefericire imediat după naștere el a trebuit mutat la terapie intensivă, plămânii lui nu erau suficient de dezvoltati, deși făcusem injecții pentru maturarea lor de la începutul internării în plus a făcut și bronhopneumonie și a fost necesară intubarea lui. Acum însă este bine. Dintr-o mamă puternică, doar un războinic se putea naște.

*Material realizat de Flori Stan.
Mulțumim mămicii și sănătate micuțului.*



Medic CĂTĂLIN-BOGDAN COROLEUCĂ: Rolul crucial al intervențiilor chirurgicale în diagnostic, tratament și gestionarea bolii, în îmbunătățirea calității vieții și a fertilității

Material realizat de Flori Stan

Endometrioza este o afecțiune complexă, cu un impact semnificativ asupra vieții pacientelor și a societății.

Există mai multe metode de tratament, fiecare cu eficacitatea sa. Dintre acestea chirurgia excizională s-a dovedit a fi cea mai benefică. Despre tratamentul chirurgical al endometriozei, doctor Catalin-Bogdan Coroleuca, medic specialist obstetrică și ginecologie și doctor în științe medicale, chirurg în endometrioză, spune că este important ca toate leziunile endometrioze să fie identificate corect pre-operator, pentru a permite alcătuirea unei echipe multidisciplinare, în cazul în care pacienta prezintă afectare intestinală.

“Cel mai important aspect în decizia tratamentului chirurgical este localizarea leziunilor”

Care sunt cele mai comune simptome ale endometriozei?

Unul dintre simptomele cardinale raportate de către pacientele cu endometrioză este reprezentat de către dismenoree sau durerea din timpul menstruației. Însă anamneza trebuie să fie amănunțită și să caute modul în care dismenoreea este influențată de consumul de produse hormonale sau antiinflamator. Alte simptome raportate frecvent sunt reprezentate de durerea la contactul sexual, durerea în afara menstruației și constipația sau accelerarea tranzitului intestinal.

“Chirurgia conservatoare se axează pe îndepărtarea leziunilor de endometrioză menținând organele reproducătoare, pentru a reduce simptomele și a păstra fertilitatea”.

Ce metode de diagnosticare sunt disponibile pentru endometrioză?

Investigațiile imagistice pentru diagnosticarea endometriozei trebuie să fie ghidate de anamneză (istoricul pacientei) și de examenul clinic. În multe cazuri, ecografia transvaginală este suficientă pentru stabilirea indicației terapeutice, chiar și în formele avansate cu afectare intestinală. Examenul RMN cu protocol de endometrioză este rezervat pentru cazurile în care există o discrepanță între examenul clinic, simptomele raportate de către pacientă și leziunile identificate la ecografia transvaginală.

Cum influențează gradul și localizarea endometriozei decizia privind tratamentul chirurgical?

Consider că cel mai important aspect în decizia tratamentului chirurgical este localizarea leziunilor. Identificarea corectă preoperator a tuturor leziunilor permite alcătuirea unei echipe multidisciplinare (implicarea chirurgului general) în cazurile complexe în care pacienta prezintă noduli cu afectare intestinală.

Care sunt beneficiile operației asupra fertilității și care sunt factorii care pot influența succesul în obținerea unei sarcini după intervenție?

Înainte de a discuta despre impactul chirurgiei asupra fertilității în endometrioză trebuie să ținem cont de faptul că prognosticul reproductiv al acestor paciente este modificat intrinsec prin prezența bolii. În primul rând, în practică observăm că aceste paciente au o rezervă ovariană mai scăzută (în comparație cu paciente fără endometrioză la aceeași vârstă). Acest aspect este rezultat probabil inflamației cronice care afectează în mod indirect și rezerva ovariană (chiar și în absența chistului de ovar). În al doilea rând, anatomia tubară poate să fie afectată. În acest caz discutăm despre prezența de leziuni endometrioizice la nivelul trompelor sau prin afectarea motilității și permeabilității tubare în urma aderențelor formate. Scopul chirurgiei este de a exciza leziunile de endometrioză pentru a restabili anatomia tubară sau de a efectua excizia sau cliparea trompelor (în cazul în care aceste sunt complet nefuncționale).

Care sunt recomandările postoperatorii pentru o recuperare rapidă și cum poate fi menținută durabilitatea efectelor benefice ale chirurgiei pe termen lung?

După intervenția chirurgicală pentru endometrioză, urmați aceste sfaturi:

- Odihniți-vă și luați medicamentele pentru durere conform prescripției.
- Fiți atente la semnele de complicații și contactați medicul dacă apare ceva neobișnuit
- Mâncați sănătos și beți multă apă.
- Reveniți treptat la activitățile obișnuite și urmați instrucțiunile medicului pentru îngrijirea plăgii.
- Nu ezitați să căutați sprijin emoțional dacă simțiți nevoia.

Tratamentul postoperator și pe termen lung la pacientele care au beneficiat de o intervenție chirurgicală cu excizia completă a leziunilor de endometrioză profundă trebuie să fie adaptat individual.

În luarea acestei decizii împreună cu pacienta trebuie să ținem cont de câteva aspecte: localizarea leziunilor, gradul endometriozei și dorința pacientei de a obține o sarcină.

Care sunt perspectivele viitoare pentru chirurgia în endometrioză și cum ar putea evolua tratamentele chirurgicale pentru a îmbunătăți rezultatele și experiența pacienților?

Perspectivile pe termen lung privind tratamentul chirurgical în endometrioză sunt promițătoare. Tratamentul chirurgical atât pentru endometrioză cât și pentru alte patologii este reprezentat de dezvoltarea unor soluții de eficiente pe cale minim invazivă. Tehnologia și instrumentele permit desfășurarea unor intervenții cu o precizie crescută și eficientă. Un bun exemplu în acest caz este reprezentat de chirurgia robotică.

“RECUPERAREA ESTE UN PROCES, IAR ATENȚIA LA NEVOILE DUMNEAVOASTRĂ ȘI RESPECTAREA SFATURILOR MEDICULUI POT CONTRIBUI LA O RECUPERARE MAI UȘOARĂ ȘI MAI EFICIENTĂ”

Aceste avantaje pot face ca chirurgia robotică să fie o opțiune atractivă pentru pacienții cu endometrioză, oferindu-le șanse mai bune de recuperare și de gestionare a simptomelor.

Colorația cu verde de indocianină (ICG): Această tehnică implică utilizarea unui colorant fluorescent, verde de indocianină, care este injectat în sângele pacientului. Sub lumina unei camere cu lumină apropiată de infraroșu, țesutul endometrioizic încărcat cu sânge vă emite fluorescență, făcându-l mai ușor de identificat în timpul intervenției chirurgicale. Această tehnică poate fi utilă în special în localizarea leziunilor mici sau în zonele cu o vascularizație crescută însă în momentul de față este în perioada de studiu clinic.

Care sunt riscurile și complicațiile asociate cu chirurgia pentru endometrioză și cum pot fi acestea gestionate?

Chirurgia pentru endometrioză poate fi eficientă, dar poate fi însoțită de anumite riscuri și complicații. Iată câteva dintre acestea și modalitățile de gestionare:

- **Sângerare excesivă în timpul sau după intervenție.** Pentru a gestiona acest lucru, medicul poate utiliza tehnici chirurgicale precise și poate monitoriza atent pacientul în timpul operației și în perioada postoperatorie.
- **Infecție:** Există un risc de infecție în zona intervenției chirurgicale. Pentru a minimiza acest risc, se utilizează tehnici aseptice și se administrează antibiotice înainte și/sau după intervenție.
- **Leziuni ale organelor adiacente:** În timpul operației, pot surveni leziuni ale altor organe din apropiere, cum ar fi intestinul sau vezica urinară. Pentru a preveni aceste situații, medicul trebuie să aibă grijă și să fie conștient de anatomia pacientului și să utilizeze tehnici chirurgicale precise.
- **Riscuri anestezice:** Anestezia utilizată în timpul intervenției chirurgicale poate prezenta unele riscuri, cum ar fi reacții alergice sau complicații respiratorii. Gestionarea acestor riscuri implică evaluarea atentă a stării de sănătate a pacientului înainte de intervenție și monitorizarea atentă în timpul anesteziei.

Este important ca pacientul să discute cu medicul despre toate riscurile și complicațiile asociate cu chirurgia pentru endometrioză și să fie conștient de acestea înainte de a lua o decizie. De asemenea, o pregătire adecvată înainte de intervenție și o urmărire atentă în perioada postoperatorie pot contribui la minimizarea acestor riscuri.

“Datele obținute la 6 luni, 1 an, 2 ani și 3 ani postoperator demonstrează o îmbunătățire a calității vieții atât pe scală de sănătate mintală cât și sănătate fizică”

Cum îmbunătățește operația calitatea vieții pacientei cu endometrioză?

Calitatea vieții la pacientele cu endometrioză este unul dintre subiectele mele preferate. Am studiat acest aspect longitudinal, pe termen lung, atât la paciente care au beneficiat de intervenții în sfera digestivă cât și la cele care au beneficiat doar de excizia leziunilor de endometrioză profundă. Fiecare scor este calculat pe baza a 7 itemi descriși amănunțit.

“Scopul chirurgiei este de a exciza leziunile de endometrioză pentru a restabili anatomia tubară sau de a efectua excizia sau cliparea trompelor (în cazul în care aceste sunt complet nefuncționale)”.



Ameliorarea psihologică dată de diagnostic de endometrioză: validarea durerii și depășirea ignorării

Faith Gichanga
Psiholog clinician



Endometrioza este o boală care afectează milioane de femei la nivel global și totuși rămâne larg neînțeleasă și adesea diagnosticată greșit.

Pentru multe paciente cu endometrioza, călătoria până la diagnosticul oficial poate fi dificilă și plină de ani de durere debilitantă, dispreț și o luptă constantă de validare. Ca persoană care trăiește cu endometrioză, înțeleg această luptă, mai ales ca mi-a luat 20 de la debutul simptomelor să fiu diagnosticată. Cu toate acestea, atunci când acest diagnostic vine în sfârșit, aduce cu el nu doar claritate medicală, ci și o ușurare psihologică profundă.

Experiența de a trăi cu endometrioză nediagnosticată este adesea marcată de sentimente de frustrare, confuzie și izolare. Imaginați-vă că îndurați o durere chinuitoare în fiecare lună în timpul ciclului menstrual - durere care se simte cu mult dincolo de tărâmul normalului, dar este în mod repetat ignorată de medici ca „e normal, esti femeie” sau „totul este în capul tau”. Această ingnorare nu numai că subminează suferința fizică, dar și erodează sentimentul de încredere în sine. Multe femei încep să-și pună la îndoială propriile experiențe, întrebându-se dacă exagerează sau își imaginează gravitatea simptomelor.

Cunoscutul gaslighting poate avea repercusiuni psihologice semnificative. Poate duce la sentimente de îndoială, anxietate și chiar depresie, deoarece femeile se luptă cu deconectarea dintre realitatea trăită și refuzul sistemului de sănătate de a le recunoaște suferința. Invalidarea constantă a acestor experiențe poate, de asemenea, să tensioneze relațiile, deoarece partenerii, membrii familiei și prietenii pot presupune, de asemenea, că își exagerează simptomele - izolând și mai mult femeia suferindă.

Lipsa unui diagnostic clar împiedică, de asemenea, accesul la tratament și sprijin adecvat. Fără o recunoaștere oficială a stării lor, femeile cu endometrioză pot avea tratamente sau medicamente ineficiente care oferă doar o ușurare temporară, exacerbandu-și și mai mult sentimentul de deznădejde și disperare.

„Merg de la un medic la altul sperând într-o soluție mai eficientă”



Cu toate acestea, atunci când o pacientă primește în sfârșit un diagnostic de endometrioză, acesta devine un punct de cotitură în călătoria ei. Nu este vorba doar de a avea un nume pentru starea ei; este vorba despre validarea durerii, a experiențelor și a perseverenței ei în a căuta răspunsuri, în ciuda faptului că a fost respinsă în repetate rânduri. Impactul psihologic al acestei validări nu poate fi exagerat.

În primul rând, un diagnostic aduce un sentiment de justificare. Confirmă că durerea a fost reală, că simptomele nu au fost imaginate și că suferința ei nu a fost în zadar. Această validare este crucială pentru refacerea încrederii în sine și în sistemul medical. Le permite femeilor să pledeze mai eficient pentru nevoile lor, fie că este vorba despre acces la îngrijire specializată, strategii de gestionare a durerii sau grupuri de sprijin în care se pot conecta cu alții care înțeleg călătoria lor.

În plus, un diagnostic deschide ușa către planuri de tratament personalizate care vizează cauza principală a durerii. Această abordare personalizată poate duce la un management mai bun al simptomelor și la îmbunătățirea calității vieții.

Mai mult, impactul psihologic al unui diagnostic se extinde dincolo de om la sistemul de sprijin al acestuia. Cei dragi care au fost sceptici sau disprețuitori în trecut experimentează adesea o schimbare în înțelegere și empatie.

În calitate de practician în sănătate mintală care lucrează cu pacienți endo, recunosc că primirea unui diagnostic nu este un leac pentru toate costurile emoționale ale vieții cu endometrioză. Călătoria către vindecare, atât fizic, cât și psihologic, este continuă și cu mai multe fațete. Poate implica terapie pentru a aborda traume și suferință emoțională, ajustări ale stilului de viață pentru a gestiona simptomele și susținere continuă pentru a crește gradul de conștientizare și a îmbunătăți rezultatele asistenței medicale pentru toate femeile cu endometrioză.

O călătorie conjugală prin endometrioză

Întreaga noastră viață nu a fost încă TRAITĂ, dar suferința pe care această boală a provocat-o familiei mele a început acum 8 ani. Înainte de asta, era o povară pe care doar soția mea o purta alături de mama ei. De-a lungul anilor în care am fost martor la numeroasele sușuri și coborâșuri care vin cu această boală, mi-am văzut soția suferind și mi-am petrecut mulți dintre cei 8 ani în spitale și în afara lor încercând să-i obțin ajutorul sau cel puțin să-mi dau seama de unde să încep. Cea mai tristă parte a acestei călătorii a fost să văd cum industria medicală mi-a sfâșiat soția, atât mental, cât și fizic și ai putea spune chiar și spiritual. Acest lucru este cauzat parțial de lipsa de înțelegere și cunoaștere a acestei boli în industria medicală, dar și lipsă de credință în luptele, durerile și afecțiunile de zi cu zi cu care se confrunta soția mea.

Vizitele voastre la medici sau la camera de urgență dau adesea de un medic care spune: „totul pare în regulă”. După ani și ani în care aceste cuvinte au fost rostite, cineva poate începe să creadă că înnebunește, continuând totodată să fie diagnosticat greșit. Înainte ca soția mea să-mi traverseze calea, acolo era exact, punând sub semnul întrebării dacă durerile ei chiar exista.

Nu cred că oamenii înțeleg cu adevărat nivelul de traumă emoțională pe care această călătorie îl poate avea asupra persoanei care suferă de endometrioză și, de asemenea, asupra familiei care îi este alături în această călătorie.

Vocea Partenerilor

“

De-a lungul anilor în care le-am explicat copiilor mei de ce mama lor plânge mereu, de ce este mereu obosită și doare, de ce nu putem merge mereu să facem diverse activități pentru că mai toate economiile noastre mergeau către facturile medicale care se adună. Cu toate acestea, fără răspunsuri clare, fără remedii și fără alinare, începi să-ți pierzi speranța. Începi să-ți pierzi credința. Devii amortit împreună cu partenera ta.

Dar, din fericire, cu dorința de a găsi o cale și de a nu renunța, am găsit în sfârșit răspunsul pe care îl căuta. Găsirea unui medic care să o creadă și să aibă pregătirea adecvată în această boală a fost cheia. Zile și nopți de cercetări pe care le-a făcut au condus-o la diagnosticul ei. Chiar și acum, la 5 ani după ce a primit un diagnostic, ea încă suferă, dar nu mai suferă în tăcere. Cu multe complicații ale bolii și intervenții chirurgicale reconstructive sau de îndepărtare a organelor, ea își gestionează continuu durerea, boala și sănătatea mintală.

Petrec mult timp gândindu-mă la călătoria noastră și la călătoriile prin care alte persoane cu această boală trec. Mă doare să știu că atât de mulți oameni suferă în tăcere, cu puține speranțe pentru răspunsurile pe care le caută și cu o mare probabilitate de a nu le găsi niciodată.



Cameron Hardesty
Board Member

Getting the Better of Endometriosis

Mă doare să știu că există parteneri, ca mine, care se luptă alături de partenerii nostri în această luptă. Sfatul meu este să păstrați comunicarea deschisă unul cu celălalt, nu vă închideți în voi. Mergeți la întâlniri. Puneți întrebări. Învățați împreună noi moduri de intimitate, care poate să nu fie la fel de dureroase, dar care totuși aduc conexiune. Acordați atenție factorilor care declanșează durerea și lucrați la ajustarea lucrurilor împreună. Acestea sunt doar câteva sfaturi de oferit soților sau partenerilor ca modalități de a sprijini și gestiona această boală, în cuplu. Sincer, este ceva de genul încercări și erori. Nu e ușor. Dar pentru persoana iubită merită până la capăt. Știu că ea ar face același lucru pentru mine.

Sper ca într-o zi, boala în sine și tot ceea ce i se aplică, să devină un subiect mai proeminent și actualizat în industria medicală și în mediile sociale. Până atunci vom continua să perseverăm și să ducem lupta bună împreună.

Menstruația este normală. Durerile menstruale invalidante:

NU

O femeie din zece suferă
de **endometrioză**.

Multe dintre ele
sunt afectate
de **infertilitate**.

Dacă ai dureri
menstruale severe,
investighează pista
ENDOMETRIOZEI
împreună cu medicul
tău ginecolog.

O campanie de conștientizare a **ASOCIAȚIEI SOS INFERTILITATEA**
www.sosinfertilitatea.ro



Fertilitatea la femeie dupa 40 de ani

Dr Radu Maftai

*medic specialist în obstetrică-ginecologie,
specializat în tratamentul infertilității și
endometriozei*

Motivul pentru care acest gen de articole ajung să fie din ce în ce mai frecvente este pentru că vârstă maternă avansată a devenit o problemă de sănătate publică critică la nivel global. Motivele pentru care s-a ajuns în acest punct sunt multiple și toate se "ascund" în spatele pretextului de a avea succes în carieră și a profita de oportunitățile ivite pentru carieră. În realitate însă, noi cu toții suntem supuși aceleiași unități de măsură: TIMPUL.

Cariera și succesul depind de importanța pe care le-o dăm fiecare dintre noi la un moment dat în viață, ceea ce contează la final sunt alte lucruri. Sunt niste studii făcute la pacienții internați în secții de paleatie, toți regretă în principal lucruri legate de familie și timpul petrecut cu cei dragi. Acum să înțelegem și de ce nu ar trebui amânată sarcina pentru vârste peste 35-40 de ani.

O capcană în care pică multe femei este aceea că pun egal între prezența ciclurilor menstruale și prezența fertilității.

Odată cu înaintarea în vârstă au loc două procese importante, ireversibile: scăderea rezervei ovariene și modificările integrității ADN-ului din ovocite. Fiecare femeie se naște cu un număr finit de foliculi iar numărul acestora scade până la pubertate când femeile rămân cu aproximativ 500.000 mii de foliculi (rezerva ovariană).



Apoi, cu fiecare ciclu menstrual se pierde un număr variabil de foliculi până când se epuizează întreaga rezervă și se instalează menopauza. În realitate, fertilitatea unei femei scade dramatic cu 10 ani înainte de instalarea menopauzei. Iar vârstă medie de instalare a menopauzei este în jur de 50 de ani.

Personal consider că ar trebui introduse campanii de conștientizare despre fertilitate așa cum avem despre consumul de tutun, sare, zahăr, grăsimi, etc. Astfel poate să reducă procentul de paciente de peste 40 de ani care ajung să aibă nevoie de proceduri de reproducere umană asistată.

De asemenea, pacientele trebuie să înțeleagă că la 40 de ani trebuie să se prezinte din start la medicul specialist în infertilitate, nu după un an de încercări. Se pot salva procente importante de reușită.

Un prim pas important este verificarea rezervei ovariene iar lucrul acesta se realizează foarte simplu printr-o analiză de sânge numită Anti-mullerian hormone (AMH). Acesta ne arată rezerva ovariană însă nu și calitatea ovocitelor. Cel mai bun factor de predicție pentru calitatea ovocitelor rămâne vârsta pacientei. Există câteva studii care arată că la pacientele în vârstă, prezența unei valori scăzute a AMH-ului se asociază cu o rată mai mare de aneuploidii embrionare și rată mică de sarcini.

O altă preconcepție pe care o întâlnesc des la pacientele mele este aceea că o valoarea bună a AMH-ului peste 40 de ani înseamnă că are o șansă foarte mare de reușită.

Le zic mereu că prefer o pacientă tânără cu rezervă ovariană scăzută de la care reușesc să recoltez 5-6 ovocite decât o pacientă de 41 de ani de la care recoltez 12 ovocite. Motivul pentru care calitatea ovocitelor scade odată cu vârstă este efectul negativ cumulativ a factorilor de mediu și comportamentali asupra ovarelor și mediul folicular suboptimal rezultat. Acest lucru determină anomalii genetice la nivelul ovocitelor, lucru confirmat de studii care au arătat că peste 75% din anomaliiile genetice prezente la sarcinile avortate sunt de origine ovocitară.

"DNA damage theory" explică cel mai bine scăderea calității ovocitare: la nivelul structurii ADN-ului se acumulează în timp mici rupturi ce nu se mai repara. Odată cu înaintarea în vârstă procesele de reparare a structurii ADN-ului devin din ce în ce mai deficitare și acumularea distrucțiilor ADN duc la calitatea slabă a ovocitelor.

Un efect negativ important asupra integrității ADN-ului ovocitar îl are și concentrația crescută de radicali liberi de oxigen. Așa că o dietă bogată în antioxidanți (dar nu de scurtă durată ci ca stil de viață) și suplimentele bogate în antioxidanți pot avea un efect benefic în unele cazuri.

Fertilitatea nu este doar despre șansă de a obține o sarcină ci și despre șansă de a naște un copil sănătos, la termen și cu un grad scăzut de riscuri maternofetale. Odată cu înaintarea în vârstă frecvența unor patologii benigne uterine (fibrom, adenomioza) și implicit și maligne crește. Aceste patologii pot afecta șansă de a obține o sarcină cât și evoluția acesteia.

Spun pacientelor mele că sarcina reprezintă o condiție fiziologică pentru organism însă aceasta implică modificări semnificative la nivel hormonal, cardiovascular, metabolic și imunologic de aceea cu cât organismul este mai îmbătrânit cu atât adaptabilitatea acestuia scade și riscurile de avorturi, naștere prematură, hipertensiune gestațională, diabet gestational și anomalii genetice ne crește.

Populația europeană îmbătrânește accelerat și rata de reînnoire a populației scade prin două mecanisme: scăderea numărului de copii per familie și vârstă din ce în ce mai înaintată pentru primul copil. Deși există suficiente date clinice care atestă o legătură directă între vârstă avansată și scăderea fertilității și creșterea riscului de anomalii genetice, gradul de conștientizare despre aceste riscuri în rândul femeilor cu vârstă avansată este încă destul de scăzut, de aceea mi se par extrem de importante aceste încercări de conștientizare a populației.

Actul Endometriosis CARE fost reintrodus în SUA

Vești grozave din SUA. Un efort comun al pacienților, medicilor și organizațiilor de pacienți a condus la reintroducerea Legii de îngrijire a endometriozei la Capitoliu. O parte din minunata echipă care a reușit acest lucru au fost Shannon Cohn și Dr. Dan Martin.

Dr. Dan Martin, nou-numitul director executiv și medical al Fundației pentru Endometrioză din America, ne-a împărtășit câteva fapte despre Act.

Legea bipartizană privind îngrijirea endometriozei (acoperire, conștientizare, cercetare și educație), reintrodusă pe 23 mai 2024, propune investiții anuale pe cinci ani, inclusiv 50 de milioane de dolari pentru cercetare pentru a îmbunătăți opțiunile de tratament și a dezvolta un remediu pentru endometrioză. În plus, actul alocă 2 milioane de dolari pentru educația publică despre endometrioză, 2 milioane de dolari pentru diseminarea informațiilor către furnizorii de servicii medicale și 500.000 de dolari pentru un studiu privind disparitățile endometriozei.

Această inițiativă își propune să crească gradul de conștientizare și să îmbunătățească îngrijirea pentru peste 10 milioane de persoane diagnosticate cu endometrioză în Statele Unite. Un grup și mai mare rămâne nediagnosticat din cauza inegalităților în îngrijire, a lipsei de educație, a lipsei de acces, a normalizării durerii și a altor bariere în calea unui tratament adecvat. La nivel global, se estimează că peste 230 de milioane de oameni suferă de durere, infertilitate, umflare, sângerare sau alte probleme legate de endometrioză.

Este timpul să abordăm crampele menstruale care interferează cu activitățile zilnice la adolescenți și adulții tineri ca o problemă semnificativă. Tratamentul inițial pentru durerile pelvine menstruale este același ca și pentru endometrioză.

Diferența apare atunci când managementul conservator eșuează sau când progresia este sugerată de modificări la examen sau imagistică. Cu o conștientizare și acces adecvat la îngrijire, amploarea endometriozei a fost limitată. Creșterea cercetării este esențială pentru cele cinci grupuri generale diagnosticate cu sau preocupate de endometrioză. Din punct de vedere terapeutic, sunt necesare răspunsuri mai bune pentru cele două grupuri cele mai provocatoare: cei care nu au răspuns sau au răspuns doar moderat la tratamentul medical sau chirurgical al durerii sau infertilității. Cercetările sunt, de asemenea, necesare pentru următoarele două grupuri: cei cu un răspuns bun la tratament medical sau chirurgical și cei constatați că au endometrioză accidental în timpul examenelor sau intervențiilor chirurgicale din alte motive. Înțelegerea de ce acestor grupuri se descurcă mai bine poate ajuta la îmbunătățirea rezultatelor pentru mai mulți bolnavi. Al cincilea grup include cei suspectați de endometrioză din cauza simptomelor sau a antecedentelor familiale. Îngrijirea proactivă, așa cum este folosită în Knox și colab., poate ajuta la limitarea problemelor acestora. Viitoare teste de diagnostic non-invasive, utile în general ObGyn, medicina de familie sau camerele de urgență, ar putea îmbunătăți cercetarea și îngrijirea clinică.



Ulrik Bak KIRK: Endometrioza este înconjurată de probleme majore de gen și norme sociale care au condus la crearea de mituri și concepții greșite, cu impact asupra serviciilor de îngrijire a sănătății și a sprijinului politic necesar.

FEMaLe Project



Ce este FEMaLe?

Proiectul Finding Endometriosis using Machine Learning (FEMaLe), finanțat de UE, lucrează la o platformă multi-omică de învățare automată care poate analiza diverse date și poate traduce informațiile într-un model predictiv personalizat. Obiectivul principal al proiectului este de a îmbunătăți intervenția pentru persoanele cu endometrioza prin conceperea de instrumente digitale care pot îmbunătăți gestionarea bolii și pot sprijini furnizarea de medicamente de precizie.

Care sunt unele dintre cele mai mari proiecte la care ați lucrat sau la care lucrați?

FEMaLe va proiecta și valida un model cuprinzător pentru detectarea și gestionarea persoanelor cu endometrioza pentru a facilita luarea deciziilor partajate între pacient și medic, pentru a permite furnizarea de medicamente de precizie și pentru a conduce noi descoperiri în tratamentul endometriozei pentru a oferi terapii noi și a îmbunătăți calitatea vieții pentru pacienți. Mai mult, FEMaLe construiește punți între specialități și sectoare pentru a traduce cunoștințele genetice și epidemiologice în instrumente clinice care sprijină luarea deciziilor în ceea ce privește diagnosticul și îngrijirea, care vizează atât clinicile de medicină generală, cât și clinicile de endometrioza înalt specializate - toate prin învățarea automată și inteligența artificială.

Cât de benefică este tehnologia în îmbunătățirea îngrijirii persoanelor care suferă de endometrioza?

FEMaLe se bazează pe procese participative, științe informatice avansate, genetică, tehnologii de ultimă oră și date partajate de pacienți pentru a oferi o aplicație de sănătate mobilă pentru persoanele cu endometrioza (aplicația Lucy), precum și un instrument software bazat pe viziunea computerizată, pentru chirurgia endometriozei ghidată de realitate augmentată în timp real (SurgAR).

Prin colectarea datelor raportate de pacient cu privire la simptome într-un eșantion mare aleatoriu de persoane în vârstă de reproducere folosind aplicația Lucy, FEMaLe va obține estimări actualizate cu privire la amploarea și distribuția geografică a durerii pelvine debilitante în acest grup. Prin legarea acestor informații cu datele existente privind diagnosticul de endometrioza, va fi posibil atât obținerea unei estimări a consecințelor legate de sănătate și sociale ale întârzierii diagnosticului, dar și elaborarea unei descrieri a persoanelor cu endometrioza care să fie utilizată pentru a realiza un diagnostic și tratament precoce al endometriozei cu dureri pelvine.

Ce planuri de viitor aveți?

Problemele societale din jurul endometriozei depășesc granițele. Anunțul unui Plan național de acțiune pentru endometrioza în Franța în 2022 este un progres. Cu toate acestea, nicio altă națiune din Europa nu a decis să abordeze problemele societale ale endometriozei la nivel politic, cu strategii și finanțare dedicată. Având în vedere implicațiile de anvergură ale bolii, acest lucru este inacceptabil.

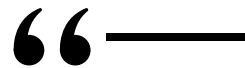


Este important ca fiecare țară membră a Uniunii Europene să recunoască severitatea endometriozei, să recunoască problemele societale care rezultă din această boală și să mărească calitatea vieții pacienților în mod strategic prin politici naționale și internaționale.



Din experiența voastră, care este cea mai mare provocare cu care se confruntă pacienții?

Cei cu endometrioza sunt expuși unui risc mai mare de infertilitate, dureri multiple și alte comorbidități. Persistența și reapariția simptomelor sunt frecvente, indiferent de tratamentele disponibile. FEMaLe urmărește să combată efectele negative ale bolii asupra pacienților, în special impactul puternic asupra muncii, relațiilor și vieții sexuale a persoanelor cu endometrioza, precum și provocările pentru furnizorii de asistență medicală în îngrijirea primară și secundară. Vom permite pacienților și furnizorilor de asistență medicală să efectueze luarea de decizii în comun pentru a îmbunătăți deciziile informate, siguranța pacienților și regimurile de tratament personalizate.



Imaginați-vă dacă endometrioza ar putea fi diagnosticată și tratată mai devreme pentru a reduce această povară – nu numai pentru cei afectați de endometrioza, ci și pentru societate în general.

Care este scopul FEMaLe?

FEMaLe aduce o înțelegere mai profundă a bolilor complexe, nu doar a endometriozei. Vom crea instrumente digitale împreună cu pacienții și furnizorii de servicii medicale pentru a ajuta la stratificarea pacienților pentru un diagnostic mult mai precis și pentru a personaliza selecția celor mai bune medicamente.

Costul anual estimat al endometriozei per persoană afectată este de 9.500 EUR, din cauza pierderii productivității și a costurilor directe de îngrijire a sănătății, similare cu diabetul, boala Crohn și artrita reumatoidă. Acțiunile preventive receptive la persoanele care suferă de boli, inclusiv endometrioza, vor optimiza foarte mult calitatea vieții și, de asemenea, vor reduce costurile de asistență medicală, de exemplu, prin numărul redus de intervenții chirurgicale, spitalizări și programe de reabilitare. Pe baza estimărilor organizațiilor de întreținere a sănătății, FEMaLe poate reduce costul total al tratamentului endometriozei cu cel puțin 20% pe termen lung.

Ulrik Bak Kirk

Chief Consultant and FEMaLe Coordinator (ID: 101017562).

PhD Fellow studying video consultations in general practice.

Importanța consilierii psihologice la paciențele cu endometrioză

Endometrioza este o afecțiune cronică care are un impact negativ asupra vieții unei persoane suferinde, inclusiv asupra carierei. Femeile care suferă de endometrioză au, în general, parte de abuzuri medicale și sociale, care se răsfrâng și asupra stării lor emoționale. În afara de durerile atroce, femeile cu endometrioză au de-a face și cu medicii care nu le cred și care le spun că durerile sunt în capul lor. Despre importanța consilierii psihologice a femeii cu endometrioză ne explică mai multe dna **Andreea Popa Stepanov, psiholog clinician.**

Endometrioza este o afecțiune care necesită atenția unei echipe medicale multidisciplinare, din care face parte și psihologul.

Rolul acestuia este esențial, mai ales în pregătirea psihoemoțională înainte de operație, pentru reducerea anxietății și a stresului asociate intervenției chirurgicale.

Consilierea psihologică înainte de operația de endometrioză este o resursă esențială în managerierea gândurilor și emoțiilor negative.



Andreea Popa-Stepanov

Psiholog clinician
Psihoterapeut de orientare psihodinamică
Specializare în psihologia muncii și organizațională
Business&Life Coach
Practician NLP, Time Line Therapy™, Hipnoză

Primul obiectiv pe care îl am în vedere în întâlnirile cu paciențele este de a le ajuta să privească intervenția chirurgicală ca pe o soluție, să aibă încredere în echipa medicală și în tot acest parcurs al vindecării.

O altă etapă a consilierii psihologice este înțelegerea faptului că psihicul interacționează constant cu corpul. Astfel, succesul intervenției și recuperarea postoperatorie depind în mare măsură de echilibrul psihoemoțional al pacientei.

Un alt obiectiv pe care îl urmăresc împreună cu paciențele este evaluarea nivelului acestora de anxietate și identificarea gândurilor automate specifice contextului în care se află.



Cele mai comune temeri ale pacienților care urmează să fie supuse operației de endometrioză sunt: succesul operației, durerea resimțită după operație, cât timp va dura recuperarea și când vor putea reveni la activitatea cotidiană normală. Cea mai frecventă teamă este cea legată de recidiva bolii. De aceea, este esențial ca pacientele să primească toate informațiile necesare despre procedura chirurgicală.

Cunoașterea detaliilor despre ce se va întâmpla în timpul operației și ce presupune perioada postoperatorie ajută la reducerea incertitudinii și la diminuarea fricii.

E necesar ca pacientele să înțeleagă că nu intervenția chirurgicală în sine le cauzează emoțiile și comportamentul, ci propriile lor gânduri, sau, mai exact, modul în care ele interpretează evenimentul. Pentru a conștientiza legătura dintre evenimentul activator, gânduri și consecințele emoționale, comportamentale și fiziologice, folosesc modelul ABC cognitiv-comportamental. Restructurarea cognitivă este tehnica prin care gândurile dezadaptative și disfuncționale sunt înlocuite cu gânduri funcționale și adaptative, care vor da naștere unor emoții funcționale, esențiale în procesul vindecării.

Din categoria exercițiilor de relaxare, tehnica de respirație este foarte utilă pacienților, fiind ușor de învățat și de pus în practică atât în faza preoperatorie, cât și în cea postoperatorie.

Alături de susținerea medicală, intervenția psihologică reprezintă o componentă de bază a tratamentului endometriozei. Cele două maniere de abordare a pacientei aflate în suferință sunt complementare, fără să se substituie una pe cealaltă. Consilierea psihologică sau psihoterapia tratează aspectele emoționale, cognitive, comportamentale și sociale care apar din cauza bolii și care contribuie la disfuncțiile legate de durere.

Psihoterapia permite o mai bună adaptare psihologică la intervenția chirurgicală și la întreg procesul vindecării, iar psihologul poate susține pacienta pe parcursul acestor încercări, oferindu-i instrumentele necesare pentru gestionarea gândurilor, emoțiilor, comportamentelor.

Material realizat de Flori Stan
Nota introductivă adăugată de redacție

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

www.eec2024.com

AL 7-LEA CONGRES EUROPEAN DE ENDOMETRIOZĂ

Desfășurat într-un centru nou dezvoltat din București, Nord Event Center by Globalworth, cel de-al 7-lea Congres European de Endometrioza a avut loc pentru prima dată în România. Cu scopul de a împărtăși cele mai recente informații despre endometrioza, respectivul congres a avut totul: intervenții chirurgicale live, discuții ample, simpozioane, ecografii live și, desigur, o petrecere.

Congresul a fost organizat de dna prof. dr. Elvira Bratila, și dr. Harald Krentel, președintele Ligii Europene de Endometrioza și a început cu 3 cursuri interesante: diagnosticul ecografic al endometriozei și adenomiozei, sesiunea ASEA privind infertilitatea asociată endometriozei, și școala de endometrioza EEL. Ziua s-a încheiat cu o sesiune de informare despre modul în care un centru se poate acredita ca centru specializat în endometrioza.

A doua zi a congresului a început în stil mare. S-au adresat sutelor de participanți președintele EEL, dr. Harald Krentel și prof. Elvira Bratila.

În zorii zilei, așa cum ar putea spune unii, trei paciente cu endometrioza își începeau călătoria, sperăm, spre o viață fără durere. Transmis în direct de la Memorial Hospital, au avut loc 3 intervenții chirurgicale complexe la paciente cu endometrioza infiltrativă profundă. Două dintre ele au fost realizate laparoscopic de prof. dr. Elvira Bratila și dr. Shaheen Khazali, iar al treilea a fost realizat robotic de prof. Horace Roman. A 4-a intervenție chirurgicală transmisă în direct, din Portugalia și a fost efectuată de dr. Helder Ferreira.

Intervențiile chirurgicale au fost transmise în două părți, fiecare chirurg cu propriul timp pentru a explica ce face. Precum în multe astfel de ocazii, a existat și un panel de discuție, compus din chirurghi renumiți în endometrioză care au împărtășit gânduri și experiențe despre efectuarea unei intervenții chirurgicale complexe care necesită rezecție intestinală.

Desigur, atenția tuturor a fost pe ecran și membrii panelului au făcut o treabă grozavă punând întrebări și extragând informații utile pentru participanți.

În cealaltă sală, la etajul 1, au avut loc două ședințe diferite, ambele la fel de importante: endometriomul ovarian și optimizarea rezultatelor fertilității. Medici din Franța, Spania, Maroc, Turcia, Marea Britanie și România, au ținut participanții captivați cu prezentări despre scleroterapia cu etanol în endometriomul ovarian, stripping ovarian și evitarea aderențelor ovariene după intervenția chirurgicală pentru endometrioză.

Pentru discuția despre fertilitate, noul președinte al EEL, domnul Mohamed Mabrouk a atins un subiect important: **O singură intervenție chirurgicală în durata de viață a pacientului, când este momentul optim?**

Deoarece endometrioza afectează fertilitatea, a ști când să operezi o pacientă care dorește să rămână însărcinată, poate fi, în unele cazuri, crucial pentru persoana în cauză. A urmat o pauză de networking și masă, cu două simpozioane sponsorizate: relugolix în tratamentul endometriozei și centre specializate în endometrioză. Cea din urmă a fost o discuție despre singurele două centre de specialitate din România: EndoInstitute fondată de Dr. Voicu Simedrea și Endomedicare Academy fondată de prof. Elvira Brătîla și prezentată de Dr. Cătălin Coroleuca, un membru al echipei ei.

Restul zilei a continuat cu prezentări ale celor mai bune videoclipuri și rezumate și imagistica în diagnostic, precum și clasificarea endometriozei. Printre cei care au vorbit au fost Dr. Vimee Bindra, Dr. Shaheen Khazli și Dr. Jörg Keckstein.

În general, informațiile împărtășite în a doua zi au fost multe și adaptate pentru orice domeniu de interes. Deși întreaga zi a fost în ritm rapid, a fost una cu multe fețe familiare și specialiști renumiți. Au fost făcute multe fotografii și sunt sigur că au fost schimbate multe detalii de contact.

Live surgery panel discussion, 7th June



“Horace, a fool with a tool is still a fool” Dr Hudelist

Profesorul Horace Roman a efectuat o intervenție chirurgicală robotică, iar membrii grupului au discutat despre diferența și beneficiile dintre laparoscopie și chirurgia robotică.



Ultima zi a congresului a fost ca și ziua precedentă cu două sesiuni consecutive: una pe tema adenomiozei, aducând în discuție unele dintre cele mai frecvente întrebări ale pacienților: tipuri de adenomioză, opțiuni chirurgicale și non-chirurgicale. Deși opțiunile non-chirurgicale sunt destul de puține, dr. Rudy De Wilde, a menționat că la pacientele care doresc să-și păstreze fertilitatea ar trebui să se acorde o atenție mai mare. Dr. De Wilde a subliniat, de asemenea, faptul că adenomioza este o boală COMUNA.

În cealaltă sală, zona de interes a fost reprezentată de utilizarea noii tehnologii. De la utilizarea inteligenței artificiale pentru a diagnostica endometrioza, aplicații precum Lucy și utilizarea datelor voluminoase pentru a diagnostica endometrioza până la beneficiile și limitările chirurgiei robotizate și scorul Enzian.

Sesiunea de dimineață s-a încheiat cu impactul rețelelor sociale cu participanți precum Emma Cox, CEO-ul Endometriosis UK și, Pille Pargmae împărtășind gândurile pe rețelele de socializare.

La scurt timp după pauză de socializare, a doua parte a sesiunii de dimineață a început cu discuții despre endometrioza intestinală și informații despre gestionarea eșecului tratamentului în endometrioză. Sala aceea era plină, arătând câți medici doresc să înțeleagă mai bine tratamentele pentru endometrioza.

În timpul pauzei de prânz au avut loc două simpozioane simultane: chirurgia robotică cu Davinci moderat de Dr. Moawad, unde Dr. Tsepov și Dr. Khazali, pe rând, au împărtășit din experiența lor în chirurgia robotică. Celălalt simpozion a fost un test salivar folosit pentru diagnosticul endometriozei, care pare să aibă o eficiență de 95%.





După pauza de prânz, ne-am întors la sesiuni științifice cu minunata prof Liselotte Mettler, vorbind despre secretele evidente ale endometriozei, acordandu-se și premiile congresului. Profesorul Horace Roman a câștigat premiul pentru cel mai bun videoclip, în timp ce dr Ertan Saridogan a adus înapoi în Marea Britanie premiul pentru cel mai bun rezumat.



Ziua a continuat cu o discuție la masa rotundă cu nu mai puțin de 11 specialiști în endometrioză din întreaga lume. Fiecare dintre ei a avut ceva unic de spus despre cât de departe am ajuns în endometrioză, pe baza experienței lor, dar și despre ce ne rezervă viitorul. Ziua s-a încheiat cu sesiuni pe teme precum endometrioza diafragmatică, riscul transformării maligne, utilizarea plaselor în endometrioza peretelui abdominal și utilizarea robotului în ureteroliză.



Dacă cu o zi înainte am văzut 4 operații în direct, de data aceasta am văzut ecografii live. Discuțiile finale ale congresului au atins informații despre nervii pelvieni și tratamentul medical în endometrioză. Congresul s-a încheiat cu o fotografie de grup cu medici care împărtășesc aceeași pasiune.



Nu a fost doar muncă, a fost și distractiv. Participanții au avut parte vineri seară de o cină de gală la unul dintre cele mai elegante restaurante/cluburi din București, Fratelli. A început cu cina, urmat de o rundă de dans cu cântece populare din toate timpurile. Dansând toată noaptea, multi medici si-au arătat talente pe ringul de dans, iar minunata Liselotte Mettler fiind fără îndoială vedeta nopții.

A fost anunțat noul consiliu executiv al EEL și Dr Gaby Moawad i s-a cântat la mulți ani. La urma urmei, a împlini 20 de ani este un pas mare. Am avut ocazia să vorbesc cu dansul și pot spune că este o persoană foarte drăguță, amuzantă și foarte umilă.

Ca la fiecare congres, au existat o mulțime de expozanți la acest congres, precum echipamente medicale, medicamente și tehnologie. Standurile au fost răspândite la parter și etajul 1, cu o mulțime de participanți vizitându-le. Parterul a fost dedicat echipamentelor medicale și medicamentelor.



DuxM pharma solution

Un stand impresionant al celor de la DuxM a avut informații despre un supliment utilizat pentru îmbunătățirea fertilității la bărbați și femei. A fost vizitat frecvent de participanți, iar pliantele și broșura lor au fost văzute în multe mâini. Endometrioza și infertilitatea uneori pot merge mână în mână, așa că nu este surprinzător faptul că standul DuxM a reprezentat un interes pentru participanți.

Meditrina

O companie farmaceutică din România, Meditrina a avut un stand interesant cu 3 angajați drăguți: 2 doamne și un domn, care în mod surprinzător era dornic să afle despre endometrioza. Standul lor prezenta varietate de pliante informative pentru suplimente utilizate pentru gestionarea infecțiilor urinare, precum și suplimente alimentare în special pentru femeile care suferă de PCOS.



Medfusion

Administrat de două doamne drăguțe, standul Medfusion a adus în atenția participanților unul dintre noile lor suplimente pentru managementul endometriozei și alte probleme de sănătate ginecologică.



Merck

O companie medicală globală, Merck a avut propriul stand cu informații despre utilizarea medicamentelor hormonale în FIV. O veste grozavă pentru pacienții români este reluarea programului național de FIV, proiect care va oferi vouchere pentru cuplurile care urmează proceduri asistate de fertilitate.

Samsung

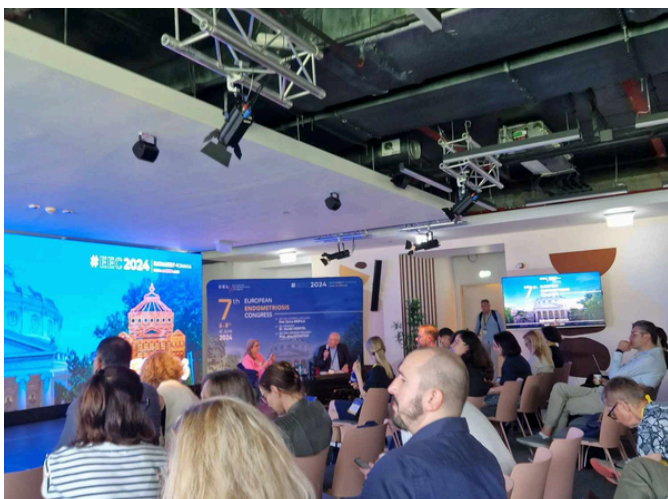
La intrare era un stand Samsung, furnizor de ecografii. Administrat de o domnișoara draguță, standul a avut expuse cateva ecografii precum: Hera W9 si Hera W10.



DaVinci

O tehnologie revoluționară în chirurgia minim invazivă, cunoscuta companie a avut propriul stand la parter, participanții putând să încerce robotul și să afle beneficiile acestuia. Davinci a fost, de asemenea, unul dintre sponsorii simpozionului de chirurgie robotică moderat de Dr. Gaby Moawad, Dr Khazali și Dr Tsepov împărtășindu-și experiența.









ENDORO ONLINE

Educational website

For More Information
www.endoro-online.org



Asociația
persoanelor cu
Endometrioză



EndoLife

Asociația Persoanelor cu Endometrioza

WWW.ENDOROMANIA.ORG