

ENDOLIFE

REVISTA DIGITALA

**DR. CARLOS HENRIQUE
TRIPPIA**

Rolul investigațiilor
imagistice în diagnosticarea
endometriozei înainte de
intervenția chirurgicală

DR ALEXANDRA CRISTOFOR

Endometrioza și
adenomioza în perioada
perimenopauzală și
postmenopauzală

**DR. CUAUHEMOC
CANO AGUILAR**

Endometrioză
infiltrativă la
nivelul
ligamentelor
uterosacrale



Dr Gaby Moawad
Omul din spatele chirurgului

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!**

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.

Cuprins

- 5 Conferința Națională de Endometrioză – Ediția a II-a:**
Editorial
- 6 Dr Benedetto Mondelli**
Rezultatele reproductive după excizia chirurgicală a endometriozei
- 9 Poienar Alexandra Andreea**
Menopauza și endometrioza – cum găsim echilibrul?
- 11 Dr. med. Rasmus Schmaedecker**
Progrese în diagnosticul endometriozei – perspectiva unui clinician
- 13 Dr Gaby Mowad**
Omul din spatele chirurgului
- 19 Dr Alexandra Cristofor**
Endometrioza, adenomioza și menopauza: echilibrul fragil între controlul bolii și calitatea vieții
- 21 Dr Claudia Grigorov**
Estrogenii și endometrioza: Ce legătură există între hormoni și această afecțiune dureroasă?
- 23 Dr. Cuauhtemoc Cano Aguilar**
Endometrioză infiltrativă a ligamentelor uterosacrate
- 26 Dr. Ruxandra Pleșea**
De ce ajung pacientele cu endometrioză la nutriționist și cum le poate ajuta dieta?
- 29 Dr. Carlos Henrique Trippia**
Puterea imagisticii în diagnosticarea endometriozei înainte de intervenția chirurgicală



Conferința Națională de Endometrioză – Ediția a II-a:

Un eveniment dedicat progresului medical și sprijinului pentru pacientele din România

Pe data de 14 martie 2026, la prestigiosul Hotel Pullman din București, va avea loc cea de-a doua ediție a Conferinței Naționale de Endometrioză, un eveniment dedicat îmbunătățirii îngrijirii medicale, educației în domeniu și consolidării colaborării multidisciplinare în abordarea uneia dintre cele mai complexe afecțiuni ginecologice: endometrioza.

Evenimentul este organizat sub egida Asociației Persoanelor cu Endometrioză din România și reunește unii dintre cei mai apreciați specialiști din țară și din străinătate:

Pentru 2026, vom avea 250 de participanți, atât cadre medicale cât și paciente care își doresc informație validată și conexiune cu profesioniști din domeniu.

Conferința Națională de Endometrioză nu este doar un eveniment medical – este o platformă de solidaritate și acțiune. Vă invităm să vă alăturați acestui demers, să învățăm unii de la alții și să contribuim împreună la un viitor în care diagnosticul de endometrioză să nu mai însemne ani de suferință în tăcere.



**Prof Dr Elvira
Bratila**

*medic primar
obstetrica -ginecologie*



**Dr Voicu
Simedrea**

*medic primar
obstetrica -ginecologie*



**Dr Horatiu
Roman**

*medic primar
obstetrica -ginecologie*



**Dr Alin
Constantin**

*medic primar
obstetrica -ginecologie*



Rezultatele reproductive după excizia chirurgicală a endometriozei

Mr Benedetto Mondelli

Specialist endometrioza, UK

Endometrioza afectează până la jumătate dintre femeile care se confruntă cu infertilitate. Deși terapiile medicamentoase pot ameliora simptomele și reduce recurența după intervenția chirurgicală, excizia chirurgicală joacă un rol esențial în restabilirea anatomiei pelvine, îndepărtarea leziunilor endometrioze și îmbunătățirea calității vieții. Totuși, mecanismele exacte prin care endometrioza afectează fertilitatea rămân neclare, iar coexistența frecventă a altor factori precum adenomioza adaugă un grad suplimentar de complexitate în gestionarea cazurilor.

Rezultatele reproductive în endometrioza ușoară
Datele sugerează că excizia chirurgicală a endometriozei minime sau ușoară poate crește ratele de concepție spontană. De exemplu, o analiză Cochrane (2020) a demonstrat că îndepărtarea laparoscopică a leziunilor endometrioze a îmbunătățit ratele de sarcină comparativ cu laparoscopia diagnostică simplă (OR 1,64; IC 95% 1,05–2,57).

Bafort și colab. au raportat rezultate similare, cu un raport de șanse de 1,89 (IC 95% 1,25–2,86) pentru sarcini intrauterine viabile după tratamentul chirurgical comparativ cu laparoscopia diagnostică.

Pe baza acestor date, ghidul Societății Europene de Reproducere Umană și Embriologie (ESHRE, 2022) recomandă laparoscopia operativă ca opțiune de tratament pentru creșterea ratei de sarcină în cazurile de infertilitate asociată cu endometrioza ușoară.

Adenomioza, care coexistă frecvent cu endometrioza profund infiltrativă (DE), poate afecta suplimentar receptivitatea endometrială și funcția uterină, ceea ce face dificilă determinarea cauzei principale a infertilității. Atunci când se recurge la intervenția chirurgicală, abordarea ar trebui să prioritizeze ameliorarea simptomelor, conservarea anatomiei reproductive și optimizarea șanselor de concepție.

O meta-analiză realizată de Casals et al. a indicat că efectuarea intervenției chirurgicale înainte de reproducerea asistată (ART) a dus la o creștere de 1,84 ori a ratei de sarcină per pacientă și per ciclu. În mod similar, Ferrier et al. au constatat îmbunătățirea rezultatelor reproductive la pacientele care au fost operate înainte de ART, în analiza lor comparativă retrospectivă. Bafort et al. au raportat rate cumulate de sarcină apropiate de 60% în decurs de un an postoperator, în timp ce Ferrero et al. au documentat rate cumulative între 50% și 60%, chiar și fără utilizarea ART.

Pe de altă parte, alte studii sugerează că, deși endometriomele sau îndepărtarea lor chirurgicală pot reduce numărul de ovocite obținute, rezultatele procedurilor de reproducere asistată (ART), precum dezvoltarea embrionară și ratele de aneuploidie, rămân similare cu cele observate în alte diagnostice de infertilitate, indicând că intervenția chirurgicală pre-ART nu îmbunătățește uniform rezultatele. În cele din urmă, abordările centrate pe pacient, multidisciplinare și individualizate, bazate pe simptome, rezervă ovariană și riscurile chirurgicale, rămân esențiale.

Impactul exciziei endometriomului ovarian asupra fertilității Gestionarea endometriomelor ovariene este deosebit de controversată. Endometriomele sunt observate la până la 40% dintre femeile cu endometrioză și pot afecta negativ funcția ovariană. Endometriomele afectează funcția ovariană prin epuizarea rezervei ovariene, interferența cu dezvoltarea foliculilor și modificarea microambientului ovarian prin mecanisme precum stresul oxidativ, inflamația și fibroza.

Opțiunile chirurgicale includ chistectomia, ablația sau scleroterapia cu etanol, cu rate de sarcină similare între tehnici. Cu toate acestea, toate abordările sunt asociate cu scăderi postoperatorii ale nivelurilor hormonului anti-Müllerian (AMH), reflectând o rezervă ovariană diminuată, în special în cazurile bilaterale. Factori precum dimensiunea chistului, nivelul inițial de AMH și vârsta pacientei influențează, de asemenea, această scădere. În ciuda scăderii AMH, chistectomia laparoscopică nu reduce, în general, ratele de succes ale ART. Scleroterapia cu etanol a apărut ca o alternativă cu rezultate promițătoare în conservarea rezervei ovariene și rate de naștere comparabile.



În rezumat, strategiile de management personalizate, adaptate simptomelor individuale, obiectivelor reproductive și riscurilor chirurgicale, rămân esențiale pentru o planificare eficientă a tratamentului. Acest aspect este deosebit de important în cazul femeilor care urmează fertilizare in vitro (FIV), unde chistectomia poate să nu îmbunătățească rezultatele ART.

Concluzie În general, deciziile terapeutice ar trebui să echilibreze beneficiile reproductive potențiale ale intervenției chirurgicale cu riscurile acesteia, în special în ceea ce privește conservarea rezervei ovariene. La paciențele infertile, este esențială o evaluare atentă a vârstei, simptomelor, markerilor de rezervă ovariană, riscurilor chirurgicale și obiectivelor reproductive. Luarea deciziilor în colaborare cu pacienta este vitală pentru a cântări beneficiile potențiale ale concepției naturale sau ale rezultatelor ART în raport cu riscurile chirurgicale inerente.

Contribuția multidisciplinară este esențială pentru personalizarea strategiilor de tratament, fie că se urmărește concepția naturală, fie ART, asigurându-se că intervenția chirurgicală este aliniată cu circumstanțele individuale și planurile de fertilitate ale pacientei.

References

1. Impact of surgery on reproductive outcomes in women with deep endometriosis and proven presurgical infertility: Facts and controversies. Etrusco Andrea Chiantera Vito Serra Pietro Stabile Guglielmo Margioulas-Siarkou Chrysoula Della Corte Luigi Giampaolino Pierluigi Torok Peter Baldini Giorgio Maria Ghezzi Fabio D'Amato Antonio Lagana Antonio Simone. Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology 2024;96:102524.
2. Jacobson TZ, Duffy JM, Barlow D, Koninckx PR, Garry R, Jenkins BJ. Laparoscopic surgery for subfertility associated with endometriosis. Cochrane Database Syst Rev. 2020;1:CD001398
3. Bafort C, Beebejaun Y, Tomassetti C, Bosteels J, Duffy JMN. Laparoscopic surgery for
4. ESHRE Guideline Endometriosis. February 2022 endometriosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020
5. Pirtea P, de Ziegler D, Ayoubi JM. Endometrial receptivity in adenomyosis and/or endometriosis. Fertil Steril 2023;119:741–5. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.03.004>
6. Vercellini P, Viganò P, Bandini V, Buggio L, Berlanda N, Somigliana E. Association of endometriosis and adenomyosis with pregnancy and infertility. Fertil Steril 2023;119:727–40. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.03.018>
7. Casals G, Carrera M, Domínguez JA, Abrao MS, Carmona F. Impact of surgery for deep infiltrative endometriosis before in vitro fertilization: a systematic review and meta analysis. J Minim Invasive Gynecol 2021;28:1303–1312.e5.
8. Ferrier C, Hini JD, Gaillard T, Grynberg M, Kolanska K, Dabi Y, et al. First-line surgery vs first-line ART to manage infertility in women with deep endometriosis without bowel involvement: a multi-centric propensity-score matching comparison. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2023;280:184–90. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2022.11.013>
9. Bafort C, Beebejaun Y, Tomassetti C, Bosteels J, D'Hooghe T. Reproductive outcomes after laparoscopic excision of endometriosis: a systematic review and meta-analysis. J Minim Invasive Gynecol. 2020;27(2):299-311.
10. Ferrero S, Alessandri F, Racca A, Leone Roberti Maggiore U. Treatment of deep endometriosis and fertility: results from systematic review and meta-analysis. Fertil Steril. 2021;115(3):755-767.
11. Reproductive Outcomes in Infertile Women with Endometriosis Undergoing Assisted Reproductive Technology. Benlioglu Can Telek Savci Bekir Ata Baris. Gynecologic and obstetric investigation 2025; 1-7
12. Mechanisms of Endometrioma-Mediated Ovarian Damage: Myths and Facts Ozcan P. Varli B. Saridogan E. Oral E. Mabrouk M. Usta T. Constantin A.S. Journal of Clinical Medicine 2025;14(7): 2147
13. Comparison of Surgical Interventions for Endometrioma: A Systematic Review of Their Efficacy in Addressing Infertility Alexandra Ioannidou 1, Nikolaos Machairiotis 1,*, Sofoklis Stavros 1, Anastasios Potiris 1, Theodoros Karampitsakos 1, Athanasios G Pantelis 2, Petros Drakakis 1. Biomedicine. 2024 Dec 23;12(12):2930
14. Anh N.D., Ha N.T.T., Tri N.M., Huynh D.K., Dat D.T., Thuong P.T.H., Toan N.K., Duc T.A., Hinh N.D., Van Tong H. Long-Term Follow-Up of Anti-Müllerian Hormone Levels after Laparoscopic Endometrioma Cystectomy. Int. J. Med. Sci. 2022;19:651–658. doi: 10.7150/ijms.69830
15. Crestani A., Merlot B., Dennis T., Chanavaz-Lacheray I., Roman H. Impact of Laparoscopic Sclerotherapy for Ovarian Endometriomas on Ovarian Reserve. J. Minim. Invasive Gynecol. 2023;30:32–38. doi: 10.1016/j.jmig.2022.10.001



Menopauza și endometrioza – cum găsim echilibrul?

Poienar Alexandra Andreea

*Medic specialist obstetrica-ginecologie
Regina Maria, Endoinstitut Cluj-Napoca*

Menopauza reprezintă o etapă de tranziție în viața unei femei. Aceasta este caracterizată de modificări treptate ale funcției ovariene, până la instalarea unui nou status bine definit. Femeile cu endometrioza au tendința să privească menopauza ca un potențial punct final al bolii și privesc cu speranță spre această perioadă. Din păcate, menopauza poate fi însoțită de modificări agresive ale stării generale de sănătate, incluzând o pleiadă de disautonomii ce pot îngreuna desfășurarea activităților cotidiene. Până de curând, terapia de substituție hormonală a fost privită cu prudență, în special în rândul pacientelor diagnosticate cu endometrioza.

În ultimii ani, comunitatea medicală și-a intensificat preocupările privind efectele menopauzei asupra organismului feminin și a debutat o revoluție în abordarea acestei perioade. Accentul este pus tot mai mult pe asigurarea unei stări de bine a pacientei, acestea fiind îndemnate să se preocupe cu adevărat de simptomele lor și să le discute activ cu medicul ginecolog sau endocrinolog.

Deși în managementul menopauzei pacientelor fără endometrioza s-au înregistrat progrese semnificative, în rândul celor cu endometrioza nu a fost stabilit un consens clar.

Având în vedere caracterul estrogen-reactiv al endometriozei, există numeroase rețineri în prescrierea unei terapii de substituție hormonală (TSH) în rândul femeilor afectate de această afecțiune.

Chiar și în perioada menopauzei, pacienta cu endometrioza rămâne o pacientă care necesită o abordare terapeutică personalizată, decisă după o consiliere medicală atentă.

Evaluarea simptomelor de menopauză, precum și a modului în care se modifică manifestările endometriozei în această perioadă, reprezintă un element-cheie în stabilirea conduitei optime de tratament.

Există paciente care deja au o menopauză medicamentoasă indusă, la care tranziția se realizează foarte ușor. În aceste cazuri, se va monitoriza riscul de potențiale complicații ale menopauzei, precum osteoporoza sau bolile cardiovasculare, gestionând aceste situații cu medicamente țintite, fără a fi necesară administrarea de preparate cu estrogen.

În schimb, în cazul pacientelor care prezintă o intrare în menopauză cu simptomatologie intensă și zgomotoasă, este necesară o discuție atentă privind riscurile și beneficiile unei terapii de substituție hormonală.

Având în vedere reactivitatea hormonală a țesutului endometrial, orice femeie cu endometrioză prezintă un risc de progresie a bolii sub tratament cu estrogen. Din acest motiv, se recomandă ca orice pacientă afectată de această boală și care necesită TSH să primească estrogen în asociere cu progesteron, administrat în manieră continuă și nu ciclică.

Scopul acestui tip de tratament nu este mimarea unui ciclu hormonal normal, ci menținerea amenoreei, adică absența sângerării menstruale. În acest context, estrogenul ameliorează simptomele asociate menopauzei, în timp ce progesteronul exercită un efect inhibitor asupra țesutului endometrial.

Inclusiv în cazul pacientelor care au fost supuse unei histerectomii și nu mai au uter, în context de endometrioză, se recomandă utilizarea unei terapii de substituție hormonală în asociere estro-progestativă.

În cazul pacientelor care au suferit o intervenție chirurgicală pentru endometrioză și nu mai prezintă leziuni active, se menține un risc de recidivă.

Este important de reținut că un organism predispus la endometrioză își păstrează, de cele mai multe ori, această capacitate. În consecință, se recomandă menținerea terapiei asociate estro-progestative.

Dacă terapia estro-progestativă nu reprezintă o opțiune, se poate apela la tibolonă, un steroid sintetic cu proprietăți asemănătoare unui estrogen slab, unui progesteron și unui androgen. Tibolona este considerată una dintre cele mai apreciate alternative în terapia de substituție hormonală a pacientelor cu endometrioză.

Referitor la riscul de malignizare al leziunilor endometrioze, estimările globale indică o incidență de 2–3%. Trebuie menționat că aceste cifre sunt prezentate fără studii suplimentare în cazul pacientelor aflate sub TSH. Se estimează că acest risc ar putea crește în acest context, însă nu există date oficiale care să susțină această ipoteză.

Un număr considerabil de paciente preferă să apeleze la fitoterapie pentru managementul simptomelor, percepend această variantă ca fiind mai sigură. Totuși, aceste terapii pot declanșa, în cazul pacientelor cu endometrioză, reacții similare cu cele induse de terapia hormonală clasică și, din acest motiv, se recomandă prudență.

În concluzie, deși nu există un consens clar privind terapia de substituție hormonală la femeia cu endometrioză, aceasta trebuie luată în considerare ca opțiune terapeutică validă. Este important să nu se refuze accesul pacientelor la un management activ al simptomelor și să fie încurajate să privească fără teamă această etapă a vieții.

Monitorizarea pacientelor aflate sub terapie de substituție hormonală trebuie să fie activă și riguroasă, în special în contextul endometriozei. O stare de bine poate fi atinsă atunci când pacientele sunt corect informate, bine consiliate și urmărite atent, în funcție de particularitățile fiecăreia. Cazul fiecărei femei este unic, iar identificarea celei mai bune soluții necesită o abordare personalizată și colaborativă între pacientă și medic.



Progrese în diagnosticul endometriozei – perspectiva unui clinician

Dr. med. Rasmus Schmaedecker

Consultant Endometriosis Centre
GZO Spital Wetzikon, Switzerland

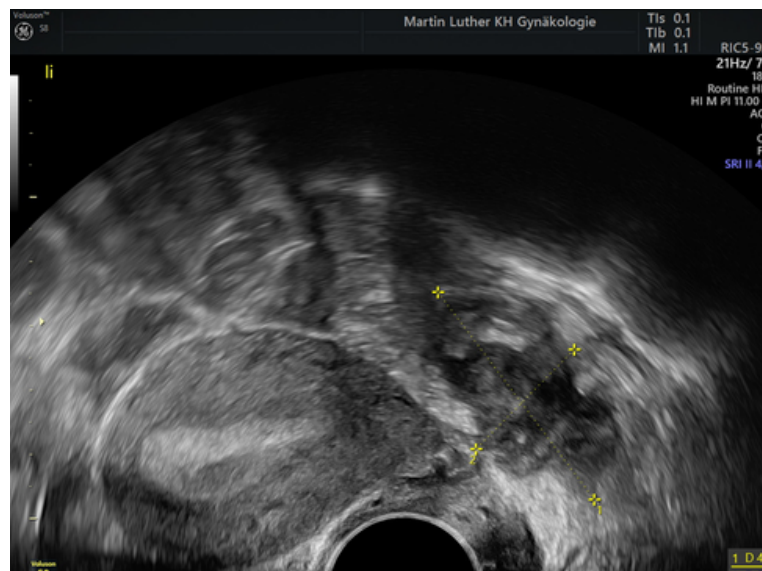
În ultimii zece ani, diagnosticul endometriozei s-a schimbat radical. Când mi-am început cariera, acum mai bine de cincisprezece ani, laparoscopia diagnostică era standardul de aur în diagnosticarea endometriozei. Astăzi, termenul „laparoscopie diagnostică” printre specialiștii în endometrioză nu doar că este rar folosit, ci este un termen care te descalifică instantaneu. În prezent, nimeni nu ar îndrăzni să efectueze o procedură invazivă doar pentru a diagnostica boala, fără a o trata în același timp. Pe atunci, multe paciente din centrele de referință, care fuseseră operate de mai multe ori, prezentau încă o boală extinsă – în principal endometrioză profundă – care fusese trecută cu vederea.

Ce s-a schimbat? În primul rând, endometrioza, și în special forma profund infiltrativă, a început să primească mai multă atenție. Lucrând eu însumi în centre mari de endometrioză de peste zece ani, percepția mea poate fi ușor distorsionată, dar simt un interes crescut din partea publicului, precum și a personalului medical și paramedical în acest domeniu. Dacă ne uităm la congrese și workshopuri, sesiunile dedicate endometriozei erau destul de restrânse acum zece ani, în timp ce în ultimii ani (mai ales de când Emmanuel Macron a anunțat planul său de acțiune în 2022), evenimentele au devenit mai mari și mai aglomerate. Aceasta reflectă doar schimbarea în gradul de conștientizare publică privind boala.

Îndepărtarea de laparoscopia diagnostică este, din perspectiva mea, determinată de trei factori principali:

Primul: natura endometriozei ca boală cronică, care necesită adesea tratament hormonal pe termen lung pentru un control simptomatic fiabil. Acest lucru a stârnit în noi, clinicienii, următoarea idee: dacă trebuie să tratez pacienta cu hormoni postoperator pentru a preveni recidiva, sau dacă dismenoreea este cauzată în principal de adenomioză (care, în multe cazuri, nu poate fi tratată chirurgical în mod adecvat fără a afecta uterul), de ce să nu încerc tratamentul hormonal înainte de intervenția chirurgicală și să văd cum răspunde pacienta? S-a dovedit că foarte multe paciente nu au avut nevoie de intervenție chirurgicală pentru a obține rezultate simptomatice foarte bune.

Fig 1: Transvaginal ultrasound of a large deep infiltrating nodule of the rectum



Al doilea motiv: ecografia transvaginală a devenit din ce în ce mai performantă în detectarea adenomiozei, endometriozei ovariene și profunde, precum și a aderențelor și — cu anumite limitări — a endometriozei peritoneale. Astfel, în mâinile unui expert, se poate obține o imagine foarte fiabilă și clară asupra extinderii bolii fără a recurge la proceduri invazive. Același lucru este valabil și pentru rolul RMN-ului în diagnosticul endometriozei; în final, expertiza diagnosticianului care interpretează imaginile este factorul cel mai important.

Al treilea motiv: în cele din urmă, numărul pur și simplu uriaș de paciente care ar trebui să fie supuse unei laparoscopii diagnostice a fost, probabil, un factor decisiv. Multe sisteme de sănătate nu sunt capabile să efectueze un număr atât de mare de proceduri în fiecare an. Gândiți-vă: aproximativ zece la sută din populația feminină aflată la vârsta reproductivă.

Așadar, din punctul meu de vedere, aceștia au fost cei mai importanți factori care au condus la schimbarea de paradigmă ce a caracterizat îngrijirea endometriozei în ultimii zece ani, dezvoltarea ecografiei transvaginale de specialitate jucând fără îndoială cel mai important rol în practica noastră clinică de zi cu zi. Celălalt factor major este ceea ce aș numi o atitudine pragmatică clinică: odată ce excluși alte cauze comune (de exemplu, fibromul uterin) sau rare (malformații congenitale) ale dismenoreei, chiar și în cazul unei ecografii vaginale care nu arată anomalii, endometrioza devine un diagnostic probabil. Și, în cele din urmă, în majoritatea cazurilor nu este un diagnostic pe care ar trebui să-l tratăm, ci simptomele pe care le are pacienta. Acesta este, pentru mine, motivul pentru care nu văd nicio aplicabilitate clinică a testului salivar pentru diagnosticul endometriozei în practica mea — în afară de dorința puternică a pacientei „de a ști dacă o are sau nu”.

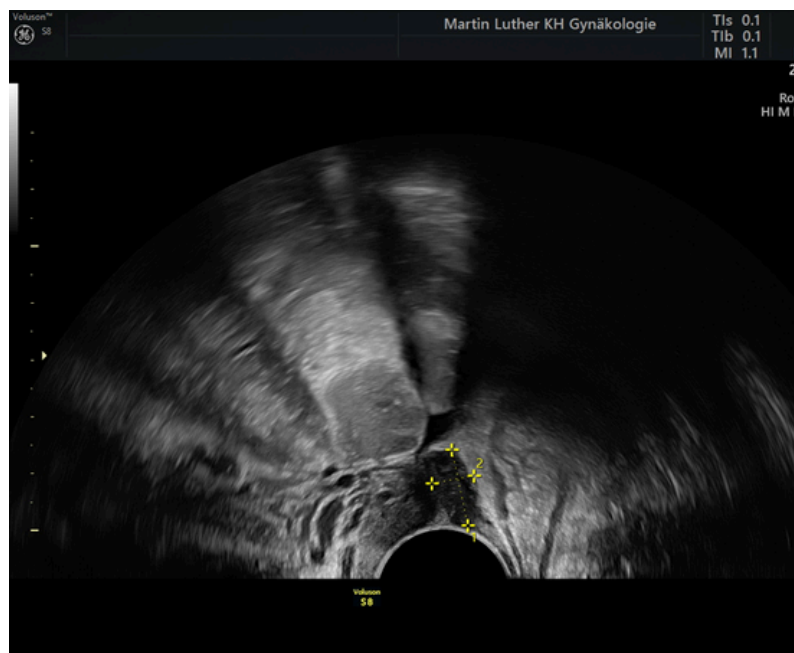


Fig 2: Transvaginal ultrasound of a nodule in the rectovaginal septum not infiltrating the rectum

Așadar, cele trei piloni simptomatici ai endometriozei — durerea, infertilitatea și distrugerea organelor — trebuie abordați, iar endometrioza ovariană trebuie exclusă, la fel ca și endometrioza profundă care afectează ureterul, prin efectuarea unei ecografii renale.

În opinia mea, această atitudine pragmatică clinică ar putea fi, în cele din urmă, chiar mai importantă decât orice progres în diagnostic. Se dovedește că nu avem nevoie de un diagnostic histologic pentru a trata fiecare pacientă. Avem nevoie doar de o evaluare clinică riguroasă pentru a exclude orice problemă care ar putea apărea în viitor și pentru a obține o imagine clară a bolii. Aici, progresele actuale în ecografia vaginală ne oferă, nouă, clinicienilor, siguranța de a trata pragmatic simptomele pacientei.



Dr. Gaby Moawad: Omul din spatele chirurgului

Drumul meu către medicină, și în special către ginecologie, a fost profund influențat de experiențele personale și de circumstanțele în care am crescut.

Crescând în timpul războiului din Liban, am fost martor direct la cât de mulți oameni se simțeau neputincioși și ignorați, ceea ce mi-a insuflat o dorință profundă de a face o diferență în viețile celorlalți. Am realizat că îmi doresc să ajut și să ofer sprijin celor care se simt vulnerabili și marginalizați.

După ce am fost împușcat și am trecut prin procesul de recuperare, am învățat o lecție profundă despre cât de esențiale sunt compasiunea, ascultarea și încrederea în sistemul medical. În acea perioadă dificilă, am simțit durerea de a fi ignorat și neînțeles de către medici, tocmai când aveam cea mai mare nevoie de atenția lor. Această experiență m-a făcut să înțeleg cât de vital este ca pacienții să se simtă ascultați și validați, mai ales atunci când sunt vulnerabili și în suferință.

Ginecologia m-a atras în mod special pentru că îmbină abilități chirurgicale complexe cu oportunitatea de a îmbunătăți calitatea vieții pacientelor tinere — un lucru extrem de motivant pentru mulți medici. Complexitatea sănătății reproductive feminine și relațiile semnificative cu pacientele m-au atras către această specialitate încă de la începutul carierei mele.

Când ati realizat că endometrioza va deveni centrul carierei dvs?

Ceea ce m-a atras a fost conștientizarea faptului că această boală necesită o abordare multifactorială — una care combină cercetarea de ultimă generație, îngrijirea empatică a pacientelor și tehnici chirurgicale inovatoare. Drumul dificil al fiecărei paciente care se confruntă cu o afecțiune adesea neînțeleasă sau subestimată m-a inspirat să aprofundez, să contribui la dezvoltarea unor instrumente de diagnostic mai bune și să perfecționez strategiile chirurgicale care pot cu adevărat îmbunătăți calitatea vieții. Este ca un puzzle pe care vrei să-l rezolvi, iar fiecare piesă este esențială pentru îngrijirea completă a pacientei. Endometrioza, cu diagnosticul său evaziv, gestionarea chirurgicală nuanțată și importanța crucială a îngrijirii postoperatorii meticuloase, exemplifică provocările cu care ne confruntăm zilnic — și toate acestea alimentează o pasiune extraordinară pentru acest domeniu.



Recunoașterea mea în chirurgia robotică de excizie pentru endometrioză nu este doar un titlu, ci reflectă un parcurs bazat pe un scop profund și susținut de un angajament neobosit față de excelență și speranță.



Ati devenit un nume recunoscut în chirurgia robotică de excizie pentru endometrioză. A fost aceasta o direcție conștientă sau s-a conturat în timp?

Pentru mine, parcursul a început întotdeauna cu o viziune. Ori de câte ori ai o viziune, începi să aspiři la a face o diferență reală în viețile pacienților. La început, această viziune era doar o scânteie, alimentată de dorința de a oferi îngrijire mai bună, de a împinge limitele a ceea ce este posibil și de a înțelege cu adevărat complexitatea endometriozei. De-a lungul drumului, alegerile pe care le-am făcut au devenit trepte către acea viziune. Una dintre deciziile esențiale a fost adoptarea platformelor robotice da Vinci — nu ca un scop în sine, ci ca un instrument puternic care mi-a rafinat abilitățile chirurgicale, mi-a crescut precizia și, în cele din urmă, a îmbunătățit rezultatele pentru pacienți. Robotica mi-a oferit o nouă perspectivă prin care am putut realiza chiar și cele mai complexe intervenții de excizie cu încredere și finețe. A devenit o oportunitate de a oferi pacientelor tratamentul optim pe care îl merită. Totodată, a devenit o platformă prin care pot susține alți chirurghi — împărțând cunoștințe, dezvoltând abilități și cultivând o comunitate dedicată excelenței.

A opera în public, mai ales în fața unui public numeros, este o provocare energizantă. Mă obligă să-mi perfecționez constant abilitățile, să fiu transparent în procesul meu și să inspir prin demonstrarea faptului că excelența este posibilă prin dedicare și muncă în echipă. Fiecare intervenție chirurgicală transmisă live devine o ocazie de a învăța, de a preda și de a ridica standardele domeniului nostru.

În cele din urmă, totul se reduce la conștientizarea faptului că acolo este un pacient, indiferent de public, și trebuie să-i oferi cele mai înalte standarde de îngrijire chirurgicală. Pacientul este în centrul atenției, iar tot restul vine din experiența și expertiza acumulată de-a lungul anilor. Când faci lucrurile într-un mod standardizat, fiecare zi devine o provocare, dar dacă folosești aceleași abordări, aceeași tehnică, totul va curge mai fluid decât dacă nu știi ce faci sau nu știi de unde să începi.



“

Pentru mine, adevărata inspirație constă în convingerea că ceea ce ofer poate da putere chirurgilor să opereze cu mai multă încredere, precizie și compasiune. Fie că este vorba de un spital aglomerat dintr-un oraș mare sau de o unitate regională mai mică, impactul educației devine un catalizator: transformând modul în care chirurgii abordează boli complexe precum endometrioza și conturând un viitor în care fiecare pacientă primește îngrijirea pe care o merită. Este o reamintire că schimbarea începe cu o singură abilitate, o singură lecție, și că aceste momente de învățare pot avea ecouri profunde, influențând vieți mult timp după ce intervențiile chirurgicale s-au încheiat.

Există o țară sau un context în care activitatea didactică a avut un impact deosebit asupra dumneavoastră sau asupra chirurgilor locali?

Deși a avut privilegiul de a predă și învăța în diverse medii, este important de recunoscut că impactul cel mai profund nu provine adesea dintr-o singură țară sau locație, ci din varietatea de spitale și instituții cu care a avut onoarea să colaboreze. Fiecare spital, fiecare echipă, reprezintă un microcosm unic de provocări și oportunități — un loc în care cunoașterea împărtășită poate transforma direct rezultatele și viețile pacienților.

Ceea ce face acest lucru deosebit de puternic este efectul de undă — atunci când predă într-un spital, abilitățile transmise pot ridica nivelul întregii echipe, pot îmbunătăți standardele chirurgicale și, în cele din urmă, pot aduce beneficii nenumăraților pacienți.

Cum reușiți să mențineți echilibrul între predare, intervenții chirurgicale, cercetare și îngrijirea pacienților?

Menținerea echilibrului între predare, intervenții chirurgicale, cercetare și îngrijirea pacienților este o coregrafie dinamică — un efort continuu de a armoniza fiecare element într-un mod care alimentează pasiunea și, în cele din urmă, aduce beneficii celor pe care îi servește. Este esențială identificarea priorităților. Este nevoie de o gestionare responsabilă a timpului, pentru a-l folosi cu înțelepciune și a avea grijă și de propria persoană.

Predarea îi stimulează curiozitatea și îl menține modest, reamintindu-i că este mereu și student, nu doar mentor. Chirurgia îi oferă experiența practică și stăpânirea abilităților necesare pentru a oferi îngrijire excepțională, ancorându-l în realitățile și complexitatea fiecărei călătorii a pacientului. Cercetarea îi alimentează dorința de a inova, împingând limitele a ceea ce știm și putem realiza, astfel încât progresul să devină parte din viitorul comun.

Este o triadă între personalitate, abilități chirurgicale și cunoștințe academice. Îngrijirea pacientului implică, de asemenea, personalitate. Trebuie să știi să ascuți și să fii empatic.

Dacă știi cum să comunici cu pacienții și ești un chirurg foarte bun, dar nu ești la curent cu cele mai recente cercetări științifice, există riscul să faci ceva dăunător pentru pacient. Iar dacă ești un chirurg excelent și ai grijă de pacienți cu dedicare, dar nu publici în mod academic, acest lucru te poate pune într-o poziție mai slabă în comunitatea profesională.

Care este partea din activitatea dumneavoastră care vi se pare cea mai esențială în acest moment și s-a schimbat aceasta în timp?

În prezent, consider că îngrijirea centrată pe pacient — ascultarea, înțelegerea și abordarea nevoilor individuale — este cea mai esențială. De-a lungul timpului, am trecut de la o concentrare exclusivă pe excelența tehnică la asigurarea faptului că îngrijirea se aliniază cu circumstanțele și obiectivele unice ale fiecărui pacient. Pentru că, atunci când suntem mai tineri, ne dorim să ne construim excelența tehnică, și de aceea, de multe ori, ne concentrăm pe volum. Pe măsură ce creștem și ne maturizăm, iar abilitățile chirurgicale devin solide, pacientul trebuie să fie întotdeauna în centrul îngrijirii.

În esență, cred că oferirea unui tratament chirurgical excepțional — mai ales pentru afecțiuni complexe precum endometrioza — rămâne fundamentul a tot ceea ce fac. Însă, în timp, acest scop s-a transformat; nu mai este vorba doar despre măiestria tehnică a chirurgiei. Este vorba despre a le oferi pacienților puterea cunoașterii, despre a le susține nevoile și despre a inspira o nouă generație de chirurghi să depășească limitele și să îmbrățișeze excelența.



Modelele noastre educaționale eșuează uneori în pregătirea clinicilor pentru recunoașterea precoce a bolii și pentru realizarea unor tratamente chirurgicale cuprinzătoare care pot modifica cu adevărat evoluția acesteia.



Care considerați că este cea mai mare lacună în modul în care endometrioza este tratată sau predată în prezent?

Cea mai mare lacună în tratamentul și predarea endometriozei constă în dificultatea persistentă de a aborda această afecțiune ca o boală complexă și multifactorială, și nu ca un simplu simptom sau o condiție izolată. Prea des, tratamentul se concentrează strict pe gestionarea simptomelor, în loc să vizeze cauzele profunde prin proceduri de excizie complete, bazate pe dovezi.

Este necesară ridicarea standardelor de formare, cultivarea unei înțelegeri mai profunde a complexității bolii și promovarea excelenței chirurgicale care pune accent pe excizia completă și pe ameliorarea durabilă a simptomelor. Doar prin avansarea cunoștințelor și rafinarea abordărilor putem închide cu adevărat acest gol și oferi pacientelor îngrijirea cuprinzătoare pe care o merită — transformând vieți prin fiecare intervenție, fiecare lecție și fiecare progres.

Care sunt cele mai complexe sau cu risc ridicat tipuri de cazuri de endometrioza pe care le operați în mod regulat și ce le face provocatoare?

Cele mai complexe și cu risc ridicat cazuri pe care le întâlnește în mod regulat implică endometrioza profund infiltrativă care se extinde către structuri vitale — precum intestinul, vezica urinară sau ureterul — și cazurile în care sunt afectate simultan mai multe organe. Aceste intervenții sunt deosebit de provocatoare deoarece necesită un echilibru meticulos: excizia completă pentru ameliorarea simptomelor și prevenirea recidivei, dar și conservarea funcției organelor și minimizarea riscului de complicații. Natura infiltrativă a bolii estompează adesea granițele dintre țesutul sănătos și cel afectat, ceea ce impune precizie chirurgicală, o înțelegere detaliată a anatomiei pelvine și capacitatea de a te adapta rapid. Fiecare intervenție devine un puzzle complex, în care succesul depinde de măiestria tehnică și de judecata atentă — lucruri care pot fi cultivate doar prin experiență, învățare continuă și un angajament profund față de siguranța pacientului.



Este unul dintre puținii chirurghi care operează endometrioza diafragmatică și toracică. Cum abordează boala multi-compartimentală?

În calitate de specialist în endometrioza diafragmatică și toracică, nu vede boala multi-compartimentală doar ca pe o provocare clinică, ci ca pe un apel la dedicare neclintită și precizie chirurgicală. Abordarea sa începe cu o evaluare și o cartografiere completă și meticuloasă — înțelegând că boala fiecărui pacient este unică și necesită o strategie personalizată, bazată pe cele mai recente dovezi și inovații chirurgicale.

Consideră că gestionarea eficientă depășește abilitățile tehnice; ea presupune empatie profundă față de experiența pacientului și un angajament ferm pentru restaurarea calității vieții. Prin adoptarea unei mentalități multidisciplinare, urmărește să abordeze fiecare compartiment implicat — pelvin, diafragmatic, toracic — ca părți interconectate ale unui întreg, asigurându-se că niciun aspect nu este neglijat. Scopul său este întotdeauna excizia completă, cu minimizarea riscurilor pentru pacient, adesea prin proceduri etapizate, dacă este necesar.



Endometrioza, adenomioza și menopauza: echilibrul fragil între controlul bolii și calitatea vieții

Dr Alexandra Cristofor
obstetrician-ginecolog

Endometrioza și adenomioza sunt afecțiuni estrogen-dependente, întâlnite frecvent la femeile de vârstă reproductivă. În mod tradițional, instalarea menopauzei este asociată cu regresia simptomelor și a leziunilor endometrioze. Totuși, datele recente arată că un procent semnificativ de femei continuă să prezinte manifestări chiar și după menopauză, fie naturală, fie indusă medical sau chirurgical. Mai mult, utilizarea terapiei hormonale la această categorie de paciente ridică probleme suplimentare de diagnostic și management.

Prevalența endometriozei postmenopauzale este estimată la 2–5% conform studiilor narative și retrospective. Un studiu de cohortă a raportat o prevalență de aproximativ 4% în rândul pacientelor postmenopauzale.

Deși incidența este redusă comparativ cu perioada fertilă, cazurile diagnosticate subliniază complexitatea mecanismelor etiopatogenice implicate.

Perioada de tranziție către menopauză reprezintă o etapă clinică aparte pentru pacientele cu endometrioză și adenomioză. Fluctuațiile hormonale specifice-caracterizate prin scăderea progresivă a progesteronului și persistența unor niveluri variabile de estrogen pot conduce la exacerbarea simptomelor dureroase și la sângerări uterine neregulate. Aceste manifestări sunt adesea confundate cu modificările fiziologice ale perimenopauzei, ceea ce determină întârzieri diagnostice sau chiar subdiagnosticare.

În cazul adenomiozei, sângerările abundente și dismenoreea se pot menține sau intensifica în această perioadă, fiind atribuite în mod eronat tulburărilor de ciclu perimenopauzal. De asemenea, deciziile terapeutice sunt dificile: pe de o parte, se poate anticipa ameliorarea naturală odată cu instalarea menopauzei definitive; pe de altă parte, persistența simptomelor severe necesită intervenții medicale sau chirurgicale, cu atenție la riscurile asociate vârstei și comorbidităților.

Astfel, perimenopauza trebuie privită ca o fereastră critică de evaluare și monitorizare a pacientelor cu endometrioză și adenomioză, pentru a preveni atât agravarea simptomelor, cât și reactivarea bolii prin eventualele terapii hormonale inițiate în această etapă.

Deși nivelurile estrogenice scad brusc după menopauză, endometrioza poate persista sau chiar progresa prin:

- producția locală de estrogen la nivelul leziunilor prin intermediul aromatazei și al altor enzime steroidogene;
- surse extraovariene de estrogen (țesut adipos, piele);
- utilizarea terapiei de substituție menopauzală (TSM), în special regimurile estrogen-only, care pot reactiva focarele reziduale.

Astfel, endometrioza postmenopauzală nu trebuie privită ca o entitate rară și irelevantă, ci ca o patologie reală, cu potențial de complicații. Atât terapia cu analogi GnRH, cât și ooforectomia bilaterală pot induce menopauză artificială, cu scăderea rapidă a nivelurilor estrogenice. Această strategie are efect benefic asupra simptomelor endometriozei și este adesea asociată cu ameliorarea durerii pelvine și a simptomelor ciclice, dar și cu apariția bruscă a simptomelor climacterice severe: bufeuri, insomnie, tulburări de dispoziție, atrofie vaginală, dispareunie, scăderea libidoului. Astfel, echilibrul între controlul bolii și calitatea vieții devine dificil de atins.

Datele privind adenomioza postclimax sunt și mai limitate. În general, se consideră că adenomioza regresează odată cu instalarea menopauzei, însă există cazuri documentate de persistență a simptomatologiei și chiar de descoperire incidentă la examen histopatologic. Adenomioza poate fi implicată și în tabloul durerii pelvine cronice postmenopauzale, alături de alte comorbidități.

Majoritatea cazurilor sunt diagnosticate incidental la examen histopatologic, însă atunci când simptomatologia persistă (sângerări uterine anormale, durere pelvină cronică), opțiunea terapeutică de elecție rămâne histerectomia totală. Aceasta este considerată tratament definitiv și curativ. În cazuri selectate, la paciente cu contraindicație chirurgicală majoră, se poate lua în considerare managementul conservator prin terapie simptomatică sau utilizarea de agenți hormonalți, însă datele privind eficiența lor după menopauză sunt foarte limitate.

Femeile cu menopauză indusă la vârste mai tinere sunt expuse riscului de osteoporoză și boli cardiovasculare, ceea ce face terapia de substituție menopauzală (TSM) esențială în majoritatea cazurilor, cu câteva principii de bază:

- TSM combinată continuu (estrogen + progesteron) este preferată la paciente cu uter dar chiar și după histerectomie, pentru a reduce riscul de reactivare sau transformare malignă;
- TSM tip estrogen-only se poate lua în considerare doar după câțiva ani, la femei histerectomizate și fără boală reziduală, dar decizia trebuie individualizată;
- regimuri cu tibolona sau combinație cu testosteron pot fi utile în cazul lipsei libidoului;
- preparatele vaginale cu estrogen sau DHEA pot ameliora simptomele urogenitale fără riscuri semnificative de reactivare.

Conceptul de *estrogen threshold theory* sugerează că există un nivel minim de estrogen seric suficient pentru a menține densitatea osoasă și a ameliora simptomele vasomotorii, dar insuficient pentru a stimula focarele de endometrioza reziduală. Deși pragul exact nu a fost stabilit în mod clar, majoritatea autorilor consideră că valori ale estradiolului similare celor din postmenopauza naturală (<20 pg/mL) se asociază cu un risc minim de recurență. În practica clinică, utilizarea terapiei hormonale combinate continue (estrogen + progestativ) este preferată în locul terapiei exclusiv estrogenice, tocmai pentru a menține acest echilibru.

Recomandarea este de a administra doza minimă eficientă de estrogen, având în vedere atât riscul de recurență al bolii, cât și necesitatea protecției osoase și cardiovasculare.

Cazurile de transformare malignă a endometriozei sau a focarelor de adenomioza postmenopauza sunt rare, dar raportate în literatură, mai ales la nivelul endometriomelor și a leziunilor chistice de adenomioza. Datele sugerează o asociere cu cancerul ovarian epitelial și, mai rar, cu alte tipuri de neoplazii ginecologice.

Astfel, la pacientele aflate deja la menopauza, cu istoric de endometrioza care dezvoltă o masă pelvină, protocolul de evaluare trebuie să urmeze ghidurile oncologice.

Tratamentul chirurgical rămâne prima opțiune pentru femeile postmenopauzale simptomatice, mai ales pentru confirmarea diagnosticului și excluderea malignității.

Opțiunile medicale sunt limitate, dar pot fi luate în considerare:

- analgezice și antiinflamatoare pentru control simptomatic;
- inhibitorii de aromatază (Als) – alternativa principală atunci când chirurgia nu este fezabilă. Deși datele sunt reduse la cazuri clinice, Als au demonstrat reducerea durerii și a dimensiunilor leziunilor.

Diagnosticul endometriozei postmenopauzale este adesea întârziat, deoarece simptomele pot fi nespecifice și se confundă cu alte patologii (cistite recurente, sindrom de intestin iritabil, patologie musculo-scheletală). La femeile cu masă pelvină, diferențierea de tumorile maligne reprezintă principala provocare.

Deși considerate boli ale vârstei fertile, adenomioza și endometrioza pot persista sau se pot reactiva și după menopauză, inclusiv în absența terapiei hormonale. Provocările clinice majore includ diagnosticul diferențial, riscul (chiar dacă mic) de transformare malignă și balanța fină între controlul bolii și menținerea calității vieții prin TSM.

În concluzie,

- Endometrioza postmenopauzală nu trebuie ignorată.
- Alegerea tratamentului trebuie individualizată, ținând cont de riscurile metabolice, osteoarticulare și oncologice.
- Comunicarea și educația pacientelor sunt esențiale, întrucât menopauza indusă sau naturală, asociată cu endometrioza, ridică probleme complexe care necesită o abordare multidisciplinară.





Estrogenii și endometrioza: Ce legătură există între hormoni și această afecțiune dureroasă?

Dr. Claudia Grigorov
medic endocrinolog

Endometrioza este o afecțiune ginecologică frecventă, dar adesea greșit înțeleasă sau diagnosticată cu întârziere.

Multe femei trăiesc ani la rând cu dureri menstruale intense, sângerări neregulate sau probleme de fertilitate, fără să primească un răspuns clar. Tot mai multe cercetări arată că în centrul acestei afecțiuni se află un dezechilibru hormonal important: excesul de estrogen.

Focarele de endometrioză din afara uterului ajung să producă estrogeni proprii, printr-o enzimă numită aromatază.

Estrogenii sunt hormonii feminini care stimulează creșterea țesutului endometrial. În mod normal, nivelul lor crește în prima parte a ciclului menstrual. Problema apare atunci când există prea mulți estrogeni în organism – sau atunci când țesuturile reacționează prea puternic la acești hormoni. În plus, aceste leziuni nu reușesc să „dezactiveze” estrogenii, ceea ce înseamnă că nivelul lor rămâne permanent crescut, chiar dacă în sânge analizele hormonale pot părea normale.

Este ca și cum aceste celule au propriul lor sistem de întreținere hormonală, independent de restul corpului. Ele devin mici „fabrici de estrogen” care alimentează boala din interior.

Simptome care pot ridica semne de întrebare

Dacă te confrunți cu oricare dintre următoarele simptome, este important să discuți cu un medic ginecolog sau endocrinolog:

- dureri menstruale intense, care nu cedează la calmante obișnuite,
- sângerări neregulate între menstruații,
- dureri în timpul contactului sexual,
- dureri pelvine cronice,
- dificultăți în a rămâne însărcinată.

Toate acestea pot fi semne că există un dezechilibru hormonal care întreține o posibilă endometrioză.

Pe lângă estrogen, un alt hormon important este progesteronul, care are rolul de a echilibra și de a tempera efectul estrogenilor. În endometrioză, apare adesea așa-numita rezistență la progesteron – adică celulele nu mai răspund normal la acest hormon. În lipsa acestui echilibru, estrogenii rămân „necontrolați”, ceea ce duce la agravarea bolii.

Este un cerc vicios: estrogenii stimulează focarele de endometrioză, iar inflamația produsă de aceste focare duce la producerea și mai multor estrogeni.

Cum putem interveni? Soluții hormonale și nu numai

Tratamentul endometriozei trebuie adaptat fiecărei paciente. În funcție de severitate, dorința de a avea copii și răspunsul la terapii, medicul poate recomanda:

- Tratamente hormonale care reduc nivelul estrogenilor sau blochează efectele lor (ex: anticoncepționale, agoniști/antagoniști de GnRH, progestative).
- Inhibitori de aromatază, care reduc producția locală de estrogeni (utilizați în cazurile mai severe sau recidivante).
- Intervenții chirurgicale, atunci când există chisturi mari sau aderențe severe.
- Terapie de susținere metabolică și antiinflamatoare, care poate ajuta la controlul durerii și inflamației.

Pe termen lung, echilibrul hormonal este esențial. Asta înseamnă inclusiv grijă pentru greutatea corporală, somn bun, gestionarea stresului și o alimentație cât mai naturală, cu evitarea expunerii la xenoestrogeni (substanțe cu efect estrogenic din mediu – precum cele din plastic sau cosmetice).

Concluzie: Ascultă-ți corpul și cere ajutor

Endometrioza nu este doar „o menstruație dureroasă”. Este o boală reală, influențată profund de hormoni, care poate afecta calitatea vieții și fertilitatea. Dacă bănuiești că te confrunți cu această problemă, cere părerea unui specialist. Cu tratamentul potrivit și o abordare personalizată, simptomele pot fi controlate, iar echilibrul hormonal poate fi recâștigat.





Endometrioză infiltrativă a ligamentelor uterosacrate.

Dr. Cuauhtemoc Cano Aguilar
specialist endometrioza

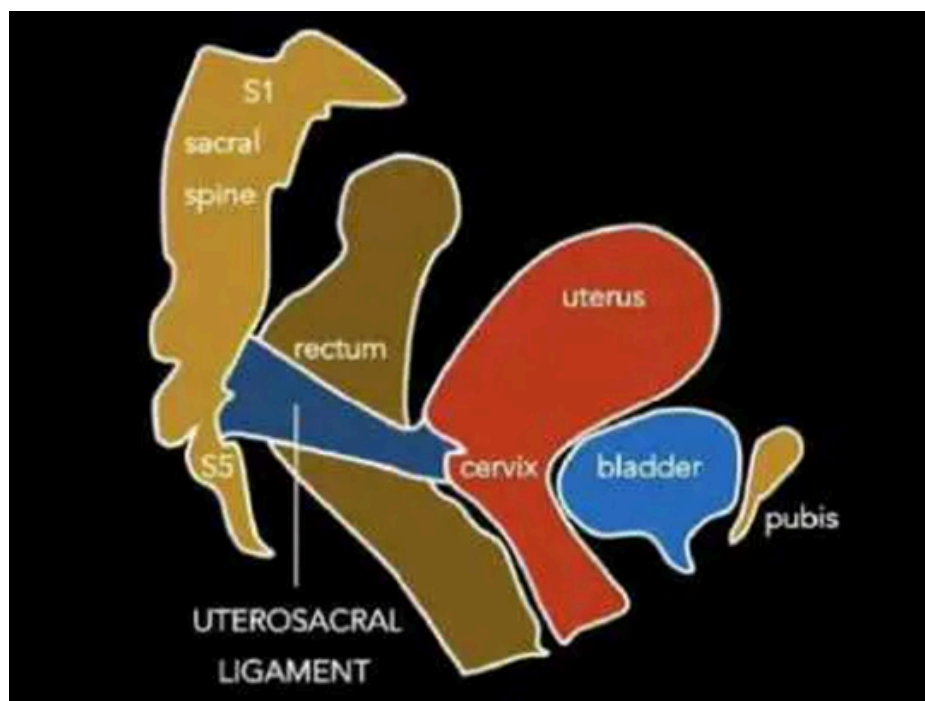
Ligamentele uterosacrate sunt una dintre țintele frecvente ale endometriozei pelvine, care este de obicei diagnosticată clinic, mai degrabă decât chirurgical.

Ligamentele uterosacrate pereche (USL), numite uneori ligamente sacrouterine sau rectouterine, sunt structuri de susținere importante ale uterului și ale vaginului apical. Ele se extind posterior de la colul uterin, definesc limitele laterale ale spațiilor rectouterin și rectovaginal și se atașează indirect de coloana sacrală, prin fascia presacrală.

USL-urile sunt compuse din collagen, mușchi neted, nervi autonomi, vase de sânge și canale limfatice. Endometrioza profund infiltrativă (DIE) a fost definită ca o leziune endometriozică ce infiltrază peritoneul și pătrunde în spațiul retroperitoneal sau în peretele organelor pelvine la o adâncime de cel puțin 5 mm (Koninckx și Martin, 1992). Aceasta apare la 15–30% dintre pacientele cu endometrioză (Yantiss et al., 2001). Cea mai frecventă localizare implicată a fost ligamentul uterosacrat — 69,2% (Chapron et al., 2003; Bazot et al., 2007), urmată de vagin (14,5%), vezică urinară (6,4%) și intestin (9,9%). Implicarea USL poate provoca numeroase simptome clinice, precum durere pelvină cronică și dispareunie profundă (Hummelshoj et al., 2014).

Când endometrioza invadează aceste ligamente, este ca și cum niște liane s-ar încolăci treptat peste niște piloni de susținere — provocând tensiune și deteriorare în timp. Acest proces poate duce la dureri semnificative, în special în profunzimea pelvisului și în zona lombară. Țesutul endometrial aflat în locuri greșite generează inflamație și fibroză, perturbând funcția normală a ligamentelor și provocând o durere persistentă, adesea debilitantă.

Există un decalaj semnificativ între apariția primelor simptome și diagnosticul clinic al endometriozei, iar acest interval este, de obicei, de aproximativ 7–10 ani (Matsuzaki et al., 2006; Hudelist et al., 2012). Această întârziere se datorează în mare parte sensibilității scăzute a ecografiei transvaginale (TVS) în detectarea endometriozei localizate la nivelul ligamentelor uterosacrate (USL) (Bazot et al., 2004; Vimercati et al., 2012; Holland et al., 2013). Cel mai recent meta-analiză (Guerriero et al., 2015) privind detectarea endometriozei la nivelul USL a demonstrat că sensibilitatea globală a ecografiei transvaginale (TVS) era de doar 53% (interval de încredere 95%, 35–70%).



Fiziopatologie:

Implanturile endometrioze: – ↑ Producția de mediatori inflamatori și algici → modificări anatomice (de exemplu, aderențe pelvine) → infertilitate – Disfuncție nervoasă

Similar altor forme de endometrioză, leziunile profunde pot provoca o varietate de simptome în funcție de localizare, precum: dismenoree (menstruație dureroasă), dispareunie (durere în timpul actului sexual), disurie (durere la urinare), dischezie (constipație), durere pelvină cronică și infertilitate.

Durerea este adesea mai intensă și poate iradia către zone care nu sunt în mod obișnuit asociate cu endometrioza, cum ar fi zona lombară și picioarele, din cauza apropierii ligamentelor de coloana vertebrală și nervul sciatic.

Această afecțiune este asemănătoare cu o presiune constantă, profundă în pelvis, însoțită de dureri ascuțite și fulgerătoare care apar imprevizibil. Simptomele sunt mai pronunțate în timpul activităților care implică aplecare, ridicare sau orice mișcare ce afectează abdomenul inferior și zona pelvină, deoarece aceste acțiuni pot intensifica iritația și inflamația țesuturilor afectate.

Sciatica provocată de endometrioza ligamentelor uterosacrate apare atunci când țesutul endometrial localizat pe aceste ligamente comprimă nervul sciatic. Nervul sciatic se întinde de la partea inferioară a spatelui până în fiecare picior, iar atunci când este iritat sau comprimat, poate provoca dureri și disconfort semnificative. Această formă specifică de sciatică este cauzată de răspunsul inflamator și de formarea de țesut cicatricial asociate cu endometrioza localizată pe ligamentele uterosacrate.

De asemenea, un nodul situat în ligamentul uterosacrat poate crește și exercita o presiune externă asupra ureterului de aceeași parte (ipsilateral), ducând la stricturi și la apariția hidroureterului sau a hidronefrozei proximale. Diagnostic: Ecografia transvaginală reprezintă un instrument de diagnostic non-invaziv pentru endometrioză, inclusiv pentru forma profundă (DE – deep endometriosis) localizată la nivelul ligamentelor uterosacrate (USL). Dacă pacienta este diagnosticată cu endometrioză profundă, examinarea ligamentelor uterosacrate este esențială, deoarece acestea sunt raportate ca fiind cea mai frecventă localizare a DE. În timpul examinării ecografice, clinicianul va căuta contururi neregulate și zone hipoecogene (întunecate), care corespund maselor sau nodulilor anormali.



Clinicienii vor întreba, de asemenea, pacientele despre sensibilitatea localizată — adică dacă resimt durere la nivelul ligamentelor uterosacrate (USL) în timpul examinării. RMN-ul reprezintă, de asemenea, o metodă imagistică excelentă pentru evaluarea pacientelor cu endometrioză pelvină profundă, oferind o acuratețe ridicată în diagnostic și în estimarea extinderii bolii.

RMN-ul este, de asemenea, o metodă imagistică excelentă pentru evaluarea pacientelor cu endometrioză pelvină profundă, oferind o acuratețe ridicată în diagnostic și în estimarea extinderii bolii. Sensibilitatea RMN-ului pentru diagnosticul endometriozei profunde la nivelul torusului uterin a fost de 83%.

Tratament: Abordarea optimă a tratamentului este adesea individualizată, ținând cont de istoricul medical al pacientei, severitatea simptomelor și preferințele personale.

Abordarea multidisciplinară este esențială: Aceasta poate implica colaborarea între ginecologi specializați în endometrioză, specialiști în durere, nutriționiști și, eventual, profesioniști în sănătate mintală — mai ales în cazul pacientelor cu durere pelvină cronică.

Tratament medicamentos: Tratamentul medicamentos pentru endometrioză se concentrează pe modificarea hormonală a ciclului menstrual, cu scopul de a induce o pseudo-sarcină, pseudo-menopauză sau anovulație cronică. Se consideră că fiecare dintre aceste stări creează un mediu suboptim pentru creșterea și menținerea endometrului și, implicit, a implanturilor endometrioze. Exemple de medicamente utilizate includ: danazol, medicamente progestative, contraceptive orale, agoniști GnRH și analgezice precum antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS).

Fizioterapie: Practicarea exercițiilor de fizioterapie poate întări musculatura care susține zona lombară și pelvisul, contribuind la reducerea presiunii asupra nervului sciatic. Întinderile blânde și exercițiile cu impact redus, precum yoga, pot fi de asemenea benefice.

Tratament chirurgical: Este realizat de un chirurg laparoscopic cu înaltă calificare. Laparoscopia operativă (rezeția ligamentelor uterosacrate și excizia leziunilor endometrioze) s-a dovedit eficientă în tratarea simptomelor dureroase asociate cu endometrioza profundă infiltrativă a ligamentelor uterosacrate.

Risc de transformare malignă: Van Gorp et al. (2004) au menționat într-un articol de revizuire că incidența transformării maligne a endometriozei a fost estimată la 2,5%. De asemenea, au raportat că endometrioza atipică poate apărea în asociere spațială și cronologică cu cancerul ovarian. În plus, au citat faptul că au fost identificate modificări comune la nivel molecular între endometrioza și cancerul ovarian, sugerând că anumite tumori — în special carcinoamele endometrioide și cu celule clare — pot avea originea în leziunile endometrioze.





De ce ajung pacientele cu endometrioză la nutriționist și cum le poate ajuta dieta?

Dr. Ruxandra Pleșea

medic specialist
diabet zaharat, nutriție și boli metabolice

Vin oare pacientele cu această afecțiune direct la consultația de nutriție după ce primesc acest diagnostic? Răspunsul este... nu! Deși nutriția este o parte importantă în managementul acestei afecțiuni cronice și trebuie să fie luată în seamă încă de la început, lucrurile nu stau chiar așa.

Pacientele ajung să vină la medicul nutriționist încă de dinaintea primirii acestui diagnostic pentru... balonare intensă, dureroasă și deranjantă, asociată uneori cu creștere în greutate și, în acest mod, presupunând că există o problemă legată de mâncare, ajung, de fapt, în urma investigațiilor, să afle că se confruntă cu endometrioza. În continuare, după diagnosticarea corectă, ambele specialități trebuie să fie implicate, pentru că endometrioza nu se vindecă doar prin nutriție, ci și cu tratament ginecologic adecvat și, în mod cert, evoluția endometriozei și a simptomatologiei este mult îmbunătățită cu o nutriție adecvată.

Endometrioza este o afecțiune cronică, de tip inflamator, în care are loc o creștere a țesutului endometrial în afara uterului (în intestine, în torace etc.) și în care există dureri, uneori abdomen cu balonare intensă, crampe, dureri la contactul sexual.

Ce aspecte se pot îmbunătăți în endometrioză dacă urmăm anumite direcții nutriționale:

1. **Inflamația.** Atunci când inflamația scade, obținem o reducere a durerii și a simptomelor caracteristice.
2. **Modularea și scăderea nivelului de estrogen circulant.** Îmbunătățirea echilibrului dintre hormonii estrogen și progesteron. Este de dorit să scădem nivelul estrogenului, să eliminăm excesul (prin scaun) și să susținem nivelul de progesteron, deoarece acesta se va „opune” excesului de estrogen. Metabolismul estrogenului este strâns legat, la rândul său, de activitatea hepatică, de starea florei intestinale și a tranzitului intestinal, de rezistența la insulină. Dacă aceste aspecte nu sunt echilibrate, în final, predominanța estrogenică va crește și, consecutiv, crește inflamația și simptomele neplăcute. Așadar, pentru a avea un bun metabolism estrogenic trebuie să oferi nutrienți pentru funcția hepatică, trebuie să ai o dietă care îți hrănește flora intestinală benefică și nu îți sabotează universul microbian intestinal și, în același timp, să ai o dietă care să scadă rezistența la insulină.

Vom discuta, pe rând, toate aceste deziderate:

Dieta de tip antiinflamator:

Aici se urmăresc 2 capitole: prezența de nutrienți cu rol antiinflamator și reducerea alimentelor de tip „proinflamator”.

Alimente și nutrienți cu rol antiinflamator sunt: acizii grași de tip omega-3 din peștele gras sărac în metale grele (sardine!), nuci, semințe de in și de chia, grăsimi mononesaturate din avocado, ulei de măsline presat la rece. Alimentele bogate în polifenoli și antioxidanți, în special din regnul vegetal, sunt și acestea susținute de către studii, în dieta de tip antiinflamator. În această categorie intră fructele de pădure, mirodeniile, uleiul de măsline presat la rece, fructele și legumele proaspete.

Alimente cu rol proinflamator sunt: mâncare bogată în zahăr și carbohidrați simpli, aditivi în exces, mâncare bogată în grăsimi de tip trans și uleiuri industriale, mâncare intens procesată și lipsită de micronutrienți și fibre alimentare, carnea roșie, zahărul și, în general, grăsimea în cantitate mare. Alcoolul și cofeina par să fie în relație proastă cu endometrioza iar, pentru unele paciente, sunt de cercetat glutenul și lactatele în exces deoarece există ameliorare, chiar dacă nu pentru toate pacientele, atunci când acestea se evită.

Un exemplu foarte bun și apreciat de dietă de tip antiinflamator este dieta mediteraneană. Aceasta conține toate tipurile de alimente menționate, propune un consum scăzut de carne și aproape deloc de carne roșie, există ulei de măsline presat la rece bogat în polifenoli și vit. E, există plante aromatice, legume, fructe, leguminoase și cereale integrale care se consumă cu o frecvență crescută, chiar zilnic.

Faptul că nu se consumă alimente bogate în colesterol precum carne roșie, lactate grase, poate avea impact asupra scăderii sintezei de estradiol, din colesterol, la nivelul leziunilor de endometrioza. Dulciurile din dieta mediteraneană sunt cele preparate cu iaurt grecesc, miere și nuci sau constau în fructe uscate, cu consum rar de prăjituri (la sărbătoare, ca și carnea roșie).

În dieta mediteraneană se găsesc, din abundență, vitaminele C și E și chiar și vitamina D, iar acestea s-a demonstrat că pot ameliora durerea și pot scădea nivelele crescute de prostaglandine, citokine și chemokine inflamatorii.

Numărul de studii observaționale cu privire la intervențiile nutriționale din endometrioza a crescut foarte mult și, în special, cele legate de dietele de tip antiinflamator, însă cercetările sunt departe de a se fi încheiat.

La acest moment se susțin, prin studii, următoarele:

DESPRE GRĂSIMI ȘI FIBRELE ALIMENTARE:

Cantitatea și calitatea grăsimilor alimentare modulează anumiți factori în endometrioza; grăsimea animală duce la creșterea concentrației de estrogen circulant. Grăsimile de tip trans cresc riscul de apariție al endometriozei, în timp ce cantitatea totală de grăsime consumată nu aduce acest risc. Nu se știe dacă grăsimile animale față de grăsimile vegetale cresc mai mult riscul pentru endometrioza. Există și grăsimi cu rol protector, cele de tipul acizilor grași omega-3. S-a dovedit și că, dacă se scade aportul de grăsime și se crește concomitent aportul de fibre alimentare, este posibil ca estrogenul circulant să scadă cu 10 până la 25 de procente, iar acest lucru duce la ameliorarea simptomatologiei.

DESPRE CARNEA ROȘIE PROCESATĂ ȘI NEPROCESSATĂ

Studii prospective au demonstrat corelația dintre endometrioza și consumul de carne roșie atât procesată, cât și neprocesată. Un studiu (The Nurses' Health Study II) a arătat că femeile care consumă mai mult de două porții de carne roșie/zi au cu 56% mai mare riscul de a dezvolta această patologie în comparație cu femeile care consumau doar o porție pe săptămână. Carnea roșie a fost asociată cu nivele mai mari de estrogen (estradiol, estronă) și creșterea concentrației de steroizi cu rol inflamator.

DESPRE LACTATE:

Lactatele bogate în estradiol și acid palmitic sunt asociate cu creșterea riscului pentru endometrioză.

DESPRE POLIFENOLI ȘI VITAMINA D:

Au activitate de tip antiinflamator.

DESPRE VITAMINELE C ȘI E:

Au activitate de tip antiinflamator și reduc simptomatologia.

DESPRE ALGELE MARINE:

Prezintă efecte de modulare a activității estrogenice.

DESPRE DIETELE VEGANE:

Sunt dovezi care arată că aceste diete au rol antiinflamator, conțin mai puțină grăsime, mai mulți polifenoli și compuși cu rol antioxidant și duc la scăderea concentrației plasmatice de SHBG (sex hormone binding globulin), o proteină ce va lega mai puțin estrogen. Aceste diete sunt susținute, însă este foarte important cum sunt construite pentru a nu produce carențe nutriționale și alte neajunsuri.

Susținerea metabolismului estrogenic la nivel intestinal:

Pentru o bună eliminare a estrogenului în exces, trebuie să se combată constipația, iar acest lucru ține de prezența fibrelor în alimentație (35 g fibre/zi), de hidratare și prezența mineralelor, de prezența alimentelor cu rol prebiotic (hrană pentru bacteriile bune), de prezența varietății alimentare ce va duce la varietate microbială și la o floră sănătoasă.

Doar o floră intestinală variată va fi o floră sănătoasă! Dacă există scaun zilnic, este deja un prim pas foarte important. La acest nivel, enzima numită glucuronidază va metaboliza și se va elimina prin scaun. În caz contrar, dacă există scaune mai rare, acest estrogen se va resorbi la nivel intestinal și va ajunge înapoi în circulație, contribuind la predominanța estrogenică. Alimentele bogate în fibre sunt legumele, leguminoasele, cerealele integrale, fructele, semințele și nucile. Să nu uităm că nu doar hrana influențează constipația, ci și nivelul de hidratare, odihna, starea sistemului nervos, alte patologii sau medicații.

N.B. Nivelul de fibre se crește gradual, se lasă timp de adaptare pentru că trecerea bruscă de la o dietă săracă în fibre la una bogată accentuează balonarea și disconfortul abdominal.

Alimente care scad durerile , balonarea si crampele

Dieta de tip LOW FODMAP si alimentele bogate in magneziu

Dieta care susține producția de progesteron

Este necesară prezența anumitor nutrienți implicați în sinteza acestui hormon: zincul va duce la reglarea ciclului menstrual, va susține ovulația generatoare de progesteron și se găsește în carne de pui, scoici, semințe de dovleac, ouă.

Dieta care scade rezistența la insulină

A scădea rezistența la insulină înseamnă în același timp a scădea inflamația, dar și a îmbunătăți echilibrul celorlalți hormoni și rapoartele hormonale. Pentru a scădea rezistența la insulină, este important atât orarul meselor, cât și conținutul acestora, indicele glicemic. Este ideal să existe mic dejun proteic în prima oră de la trezire, masă de prânz și cină nu mai târziu de ora 19. Pentru a obține mese cu indice glicemic scăzut, este necesar să asociem la aceeași masă proteine, fibre, grăsimi sănătoase în cantitate moderată și glucide cu absorbție lentă. Dacă mesele sunt prea bogate în glucide și fără proteine, dacă sunt prea bogate caloric, dacă există foarte multă grăsime alături de zahăr și prea puține fibre, obținem exact opusul. De exemplu, o porție de pește cu salată și un cartof mov copt induce un cu totul alt comportament insulenic și hormonal față de o porție de hamburger din porc, cu pâine albă, cartofi prăjiți și fără legume.

Se doresc mese cu indice glicemic scăzut deoarece, în acest mod, glicemiile nu cresc brusc și se evită acele „spike-uri” glicemice care duc, în final, la creșteri glicemice și rezistență la insulină. Atenție... nu doar glucidele duc la creșterea glicemiei, ci și proteinele sau grăsimile în exces. Chiar dacă aceste creșteri nu se întâmplă rapid, sunt totuși prezente la 5 ore după astfel de mese.

Văzând ceea ce este invizibil: Puterea imagisticii în diagnosticarea endometriozei înainte de intervenția chirurgicală



Dr. Carlos Henrique Trippia

Radiologist specializing in endometriosis

Endoglobal group

Instagram: Endomapping

Dr. Carlos Trippia este radiolog, cu expertiză specializată în imagistica pelvină și endometrioza. Este pasionat de perfecționarea strategiilor de diagnostic și de îmbunătățirea rezultatelor pentru femeile care suferă de afecțiuni pelvine complexe.

Endometrioza este o boală complexă și adesea greșit înțeleasă, care afectează aproximativ 1 din 10 femei aflate la vârsta reproductivă. Aceasta apare atunci când țesut similar cu mucoasa uterină (endometrul) crește în afara uterului, provocând frecvent durere, inflamație și infertilitate.

Deși impactul său poate fi devastator, diagnosticul de endometrioza este frecvent întârziat—în medie cu 7 până la 10 ani în țările dezvoltate—în mare parte din cauza naturii sale greu de detectat și a faptului că confirmarea definitivă se bazează pe intervenția chirurgicală.

Ca radiolog specializat în endometrioza, am fost martorul rolului transformator pe care tehnicile imagistice avansate—în special rezonanța magnetică (RMN) și ecografia transvaginală (TVUS)—îl pot avea în parcursul diagnosticării. Aceste instrumente nu ne arată doar ce se întâmplă în interiorul corpului; ele ne oferă o hartă pentru un tratament mai bun și mai eficient.

De ce este atât de dificil de diagnosticat

endometrioza? Una dintre cele mai mari provocări în diagnosticarea endometriozei este faptul că simptomele pot varia foarte mult și se pot suprapune cu alte afecțiuni, precum sindromul de colon iritabil sau boala inflamatorie pelvină. Unele femei experimentează dureri menstruale severe, oboseală, durere în timpul actului sexual sau simptome intestinale și urinare—în timp ce altele pot să nu aibă deloc simptome.

În trecut, metoda standard de diagnosticare a endometriozei era chirurgia laparoscopică, care presupune realizarea unor incizii mici pentru a introduce o cameră și a inspecta vizual eventualele leziuni. Deși eficientă în unele cazuri, această procedură este invazivă, implică riscuri și poate să nu detecteze boala profund infiltrativă sau ascunsă. Aici intervine rolul esențial al imagisticii avansate. Ce este cartografierea endometriozei? Cartografierea endometriozei este un proces imagistic specializat realizat înainte de intervenția chirurgicală pentru a localiza și evalua extinderea bolii. Este ca și cum am crea un sistem GPS pentru chirurg—o modalitate de a vizualiza unde se ascunde endometrioza, cât de profund a invadat și ce organe sunt afectate.

Prin identificarea locației exacte și a profunzimii leziunilor înainte de intrarea în sala de operație, cartografierea endometriozei îmbunătățește semnificativ rezultatele chirurgicale. Aceasta le permite chirurgilor să anticipeze complexitățile, să implice specialiști din mai multe discipline atunci când este necesar și să adapteze abordarea chirurgicală în funcție de anatomia și severitatea bolii fiecărei paciente. Pentru paciente, acest lucru înseamnă mai puține surprize în timpul intervenției, un risc redus de excizie incompletă și o probabilitate mai mare de ameliorare a simptomelor. În esență, cartografierea transformă ceea ce era odinioară o procedură „oarbă” într-o intervenție direcționată și informată—oferind putere atât medicilor, cât și pacienților în lupta împotriva endometriozei.

De ce este importantă cartografierea înainte de operație

Chirurgia pentru endometrioză nu este o procedură universală. De fapt, complexitatea intervenției poate varia considerabil în funcție de locația leziunilor și de cât de profund invadează țesuturile înconjurătoare. Imagistica preoperatorie ajută în mai multe moduri esențiale: Precizie: Chirurgii pot planifica abordarea exactă necesară—uneori implicând echipe multidisciplinare precum specialiști în chirurgie colorectală sau urologică. Siguranță: Cunoașterea implicării nervilor, vaselor de sânge sau intestinului reduce riscul de complicații. Eficiență: Îndepărtarea completă a leziunilor minimizează șansele de a necesita intervenții chirurgicale repetate. Informare: Pacientele intră în operație mai bine informate, cu așteptări mai realiste privind rezultatele și recuperarea.

Limitări și importanța expertizei

Este important de recunoscut că nu toate centrele de imagistică sunt echipate pentru a realiza cartografierea endometriozei. Atât RMN-ul, cât și ecografia necesită protocoale specializate și radiologi cu pregătire specifică în imagistica endometriozei. Fără această expertiză, leziunile pot fi omise, interpretate greșit sau subestimate.

Pacientele care solicită investigații imagistice pentru suspiciune de endometrioză ar trebui să întrebe dacă centrul urmează un protocol stabilit pentru endometrioză și dacă radiologul are experiență în identificarea bolii profund infiltrative.

O schimbare de paradigmă în îngrijire Intrăm într-o nouă eră în care imagistica nu mai este doar un instrument de sprijin, ci un pas esențial în diagnosticarea și tratarea endometriozei. Așa cum nu am face o intervenție chirurgicală pe inimă fără a realiza mai întâi o ecocardiogramă sau o angiogramă, nu ar trebui să abordăm o intervenție pelvină complexă fără a „vedea” mai întâi ce se află în interior.

Prin integrarea imagisticii avansate în îngrijirea de rutină a pacienților cu dureri pelvine sau suspiciune de endometrioză, putem oferi diagnostice mai timpurii, tratamente mai bine direcționate și, în cele din urmă, o calitate a vieții îmbunătățită. Prea mult timp, endometrioza a fost invizibilă—atât în medicină, cât și în societate.



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





Asociația
persoanelor cu
Endometrioză



EndoLife

Asociația Persoanelor cu Endometrioză

WWW.ENDOROMANIA.ORG