

ENDOLIFE

DR JÓN ÍVAR EINARSSON

Chirurgia Endometriozei:
O Perspectivă
Chirurgicală Asupra
Rezultatelor Dovedite și
a Recidivei

DR TAMARA SAVA

Endometrioză vs
Adenomioză: Cum
putem face diferența?

DR SUSANNE JOHNSON

Utilizarea
ecografiei
transvaginale în
endometrioză

GRANT EDUCAȚIONAL DE LA ICAREBETTER

ELSIE WANDERA

*Vocea din spatele mișcării
pentru endometrioză din Kenya*

Învinge durerea. Redescoperă speranța.

Echipă multidisciplinară și soluțiile avansate
pentru tratarea endometriozei.

 PROF. DR. BRĂȚILĂ



- ✓ Tratament chirurgical al cazurilor complexe de endometrioză
- ✓ Diagnostic precis
- ✓ Gestionarea durerii
- ✓ Tratamente personalizate

**Programează-te acum
pentru o consultație!**

Sănătatea ta este
prioritatea noastră!

PARTENERIAT



ENDOMICARE
ACADEMY



EUROMATERNA



+0241 60 55 55



www.euromaterna.ro



Euromaterna



[spitaluleuromaterna](https://www.instagram.com/spitaluleuromaterna)



Str. Ștefăniță Vodă 32, Constanța

Cel mai înalt nivel
de certificare europeană



Cuprins

- 5 Grant educațional de la iCare Better**
Editorial
- 8 Jón Ívar Einarsson, MD, PhD, MPH**
Chirurgia endometriozei: o perspectivă chirurgicală asupra rezultatelor dovedite și recurenței
- 11 Juan Luis Gallardo M.D.**
Rolul suplimentelor alimentare în susținerea terapiei integrative a endometriozei
- 13 Dr. Georgios Grigoriadis, MD, MSc, MRCOG**
Complicații ale endometriozei profunde
- 15 Georgios Kolovos, MD**
Este histerectomia singura metodă de tratament pentru adenomioză?
- 18 Mr Islam Gamaleldin**
Chirurgia robotică pentru endometrioză: ce trebuie să știe pacienții
- 24 Yaniv M. Larish, M.D.**
Endometrioza tractului urinar
- 26 Dr Razvan Petrica**
Rolul chirurgiei robotice în tratamentul endometriozei profunde
- 29 Dr Susanne Johnson FRCOG**
Utilizarea ecografiei transvaginale în endometrioză



37 Kathy Phillips
Twenty-One Years to a Diagnosis: From Being Ignored to Supporting Others



- 32 Prof H.Roman, Dr I. Holt, Dr I. Iacoban**
Abordări actuale în tratamentul endometriozei ovariene
- 36 Drd. Diana Crișan,**
Despre durere și endometrioza
- 42 Dr Tamara Sava**
ENDOMETRIOZA VS ADENOMIOZA: CUM FACEM DIFERENȚA?
- 45 Camelia Petrut**
Yoga în recuperarea post-chirurgicală pentru endometrioză
- 47 Katy Philips**
Douăzeci și unu de ani până la diagnostic
- 50 Mr Benjamin P Jones**
Programul de transplant uterin din Marea Britanie: o soluție pentru infertilitate
- 53 Dr T. Uppal, Sophia Guinness**
Sângerarea menstruală abundentă ca semnal de alarmă clinică
- 56 Elsie Wandera**
Vocea din spatele mișcării pentru endometrioză din Kenya

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



GLOBAL DAILY ENDO NEWS



GLOBAL DAILY ENDO NEWS



www.endodailynews.com

EndoLife digital magazine is an educational non-for-profit project of People with Endometriosis Association. This present edition of the magazine contains no paid publicity. The magazine will be published regularly.

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

Concept: Camelia Serban

Copyrights: The People with Endometriosis Association

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

Fiecare gest contează: Grant educațional de la iCare Better

Educația este crucială în cazul endometriozei, deoarece poate reduce timpul dintre diagnosticarea întârziată și îngrijirea promptă și eficientă. Multe persoane trăiesc ani întregi cu simptome debilitante, adesea denumite ca „dureri menstruale normale”, din cauza lipsei de informare – atât în rândul publicului larg, cât și al profesioniștilor din domeniul medical. Prin promovarea educației, oferim pacienților puterea de a recunoaște semnele timpurii, de a căuta îngrijire specializată și de a deveni proprii lor avocați în sistemul de sănătate.

În Marea Britanie, există un lanț de supermarketuri bine cunoscut, care și-a construit reputația în jurul unui motto simplu, dar puternic: „Fiecare gest contează” (Every little helps). Această frază ne amintește că până și cel mai mic efort poate face o diferență semnificativă. Iar în cazul unei afecțiuni complexe și adesea greșit înțelese, precum endometrioza, fiecare pas înainte în educație contează – oricât de mic ar fi el.

Suntem mândri să anunțăm că am primit un grant educațional din partea iCare Better, o organizație dedicată îmbunătățirii cunoștințelor și conștientizării legate de afecțiuni precum endometrioza. Acest grant ne va permite să dezvoltăm și să oferim resurse educaționale esențiale pacienților, profesioniștilor din domeniul sănătății și comunității largi.

iCare Better a fost un susținător constant al misiunii noastre, sponsorizând anterior conferința recentă pe care am organizat-o, unde am reunit experți din domeniu. Angajamentul lor continuu, reflectat prin această bursă, subliniază importanța eforturilor colaborative în creșterea gradului de conștientizare și în îmbunătățirea educației.

Endometrioza afectează milioane de oameni din întreaga lume, însă nivelul de informare rămâne limitat, iar diagnosticul greșit este frecvent. Prin investiția în educație, putem oferi oamenilor puterea de a recunoaște simptomele mai devreme, de a căuta îngrijirea adecvată și, în cele din urmă, de a obține rezultate mai bune. Sprijinul oferit de iCare Better este o contribuție neprețuită pentru munca noastră și pentru milioanele de persoane care suferă de endometrioza și/sau adenomioză.



Conferința „Endometrioza, o boală multidisciplinară”, organizată de Asociația Persoanelor cu Endometrioză

Pe 15 martie, organizația noastră caritabilă a găzduit la București o conferință gratuită dedicată persoanelor care trăiesc cu endometrioză, familiilor acestora și tuturor celor care doresc să înțeleagă mai bine această afecțiune complexă. Evenimentul a reunit peste 150 de participanți, inclusiv pacienți, rude, studenți la medicină și profesioniști din domeniul sănătății, într-un cadru deschis și incluziv.

Conferința a evidențiat caracterul multidisciplinar al endometriozei, abordând aspecte esențiale precum diagnosticul precoce, opțiunile chirurgicale, nutriția, sănătatea mentală, infertilitatea și provocările asociate menopauzei. Prin prezentări susținute de experți și discuții deschise, evenimentul și-a propus să ofere pacienților cunoștințe utile, să reducă stigmatizarea și să încurajeze abordări integrate ale îngrijirii.

Speakerii noștri au fost profesioniști respectați dintr-o varietate de discipline, fiecare aducând perspective valoroase asupra provocărilor complexe ale endometriozei.

- **Prof. Dr. Elvira Brătilă** – Specialist în endometrioză
- **Dr. Voicu Simedrea** – Specialist în endometrioză
- **Dr. Rubin Munteanu** – Chirurg generalist
- **Dr. Andreea Veliscu** – Specialist în infertilitate
- **Dr. Cătălin Coreleucă** – Chirurg ginecolog
- **Dr. Mihail Bănac** – Chirurg ginecolog
- **Dr. Tamara Sava** – Ginecolog
- **Dr. Ioana Iordache** – Specialist în infertilitate
- **Ms. Oana Ștefăniță** – Psiholog
- **Ms. Ioana Petcu** – Nutriționist
- **Ms. Adela Bajan** – Psiholog

Moderator:

- **Andreea Berkhout** – Andreea Berkhout Academy





*Artesana

Artizanii laptelui

Mulțumiri sponsorilor noștri

Le adresăm mulțumiri sincere sponsorilor noștri, al căror sprijin generos a făcut posibil acest eveniment. Angajamentul lor pentru creșterea gradului de conștientizare și pentru îmbunătățirea vieții persoanelor afectate de endometrioză a avut un rol esențial în succesul conferinței noastre. Datorită contribuției lor, am putut oferi acces gratuit participanților, am reunit un panel multidisciplinar de experți și am creat un spațiu dedicat educației, empatiei și conectării. Împreună, contribuim la ruperea tăcerii în jurul endometriozei și facem un pas înainte spre o îngrijire și o înțelegere mai bune.



Chirurgia endometriozei: o perspectivă chirurgicală asupra rezultatelor dovedite și recurenței

Tratamentul chirurgical al endometriozei constă în principal în excizia (îndepărtarea leziunilor) sau ablarea (distrugerea leziunilor prin căldură/energie). Scopul este ameliorarea simptomelor prin eliminarea implanturilor endometrioze vizibile și refacerea anatomiei normale. Excizia oferă avantajul obținerii de țesut pentru confirmarea histologică a endometriozei, ceea ce poate reduce diagnosticele fals pozitive. Aceasta este deosebit de importantă în cazurile de boală cu infiltrare profundă, unde leziunile se extind sub suprafață; simpla ardere a suprafeței poate lăsa endometrioza activă. Ablarea (folosind tehnici precum electrocircuitul sau laserul) este, în general, mai rapidă și poate fi tehnic mai ușoară, oferind hemostază imediată, însă există riscul distrugerii incomplete dacă leziunile pătrund în țesuturile profunde. De asemenea, există potențialul existenței unor leziuni microscopice satelit ale endometriozei în jurul leziunii macroscopice, motiv pentru care excizia poate fi mai eficientă.

Adaptarea tratamentului: Cum aleg chirurgii cea mai bună metodă

În practică, chirurgii cu experiență adaptează adesea abordarea în funcție de extinderea bolii. Endometrioza peritoneală superficială (stadiile I–II) poate fi tratată eficient fie prin excizie, fie prin ablație, studiile randomizate sugerând diferențe mici pe termen scurt în ceea ce privește rezultatele privind durerea între aceste metode. În schimb, endometrioza infiltrativă profundă (stadiile III–IV sau leziunile care invadează organe precum intestinul sau vezica urinară) necesită, de obicei, excizia pentru a elimina întregul nodul, deoarece ablația poate să nu ajungă la tot țesutul afectat.

Consensul experților și ghidurile recomandă excizia în locul ablației pentru leziunile endometriozei profunde.



Jón Ívar Einarsson, MD, PhD, MPH

Expert în Chirurgia Ginecologică Minim Invazivă
Fost Președinte al AAGL

Dr. Jón Ívar Einarsson, MD, PhD, MPH, este un expert de renume în chirurgia ginecologică minim invazivă. Fost profesor la Harvard și fost președinte al AAGL, a fondat Divizia MIGS de la Spitalul Brigham and Women's. În 2021, a înființat cel mai mare centru de endometrioza din Islanda, la Centrul de Chirurgie Specializată din Reykjavík. A realizat mii de intervenții laparoscopice avansate și a publicat numeroase lucrări despre rezultatele chirurgicale. Pentru mai multe informații, vizitați www.gynsurgery.is.



joneinarssonmd

Chirurgii pot combina, de asemenea, tehnici – de exemplu, excizia implanturilor mai mari sau mai profunde, în timp ce ablazează leziuni mici, superficiale – pentru a echilibra tratamentul complet cu eficiența chirurgicală. Este important de menționat că „striparea peritoneală” excesiv de agresivă (resecția largă a peritoneului normal în stadiile incipiente ale bolii) nu este, în general, recomandată din cauza riscului de formare a aderentelor și a potențialelor complicații. În ansamblu, abordarea chirurgicală este individualizată pentru a maximiza eliminarea bolii, minimizând totodată riscurile.

Excizia vs. Ablatia: Ce spun studiile despre ameliorarea durerii

Datele timpurii din studii randomizate controlate (RCT) realizate de Wright și colaboratorii săi s-au concentrat pe paciente cu endometrioză minimă până la ușoară și durere pelvină cronică. La 6 luni postoperator, majoritatea pacientelor – indiferent dacă leziunile au fost excizate sau ablaze – au raportat o ameliorare semnificativă a simptomelor. Acest studiu nu a găsit diferențe semnificative pe termen scurt în ceea ce privește reducerea durerii între grupurile cu excizie și cele cu ablație, sugerând că pentru leziunile superficiale, ambele metode oferă un nivel similar de ameliorare în lunile imediate după intervenție. În mod similar, un alt studiu dublu-orb realizat de Healey și echipa sa nu a evidențiat diferențe semnificative în reducerea durerii la 12 luni, comparând excizia cu ablația. Aceste rezultate întăresc ideea că pe termen scurt, atât chirurgia excizională, cât și cea ablativă oferă o ameliorare substanțială și comparabilă a durerii asociate endometriozei.

Eficacitatea pe termen lung a tratamentului chirurgical al endometriozei

Totuși, diferențele dintre tehnici pot apărea pe termen mai lung sau în cazul unor simptome specifice de durere. În studiul cu urmărire extinsă pe 5 ani realizat de Healey și colaboratorii⁶, grupul care a beneficiat de excizie a demonstrat o ameliorare pe termen lung mai bună a dispareuniei profunde comparativ cu grupul de ablație. De asemenea, grupul de ablație a depins mai mult de terapia medicamentoasă în timp, sugerând o posibilă recurență mai frecventă a simptomelor.

Dincolo de scorurile durerii, calitatea vieții (QoL) și rezultatele funcționale reprezintă aspecte importante de luat în considerare. Un studiu recent amplu, bazat pe sondaje⁸, a adoptat o abordare centrată pe pacient, analizând experiențele pacientelor după ce au fost supuse atât ablatiei, cât și exciziei. Pacientele au raportat o ameliorare semnificativ mai bună a simptomelor și o calitate a vieții superioară după intervenția de excizie comparativ cu ablația. Mai precis, excizia a îmbunătățit toate domeniile simptomatice investigate, în timp ce ablația a fost asociată cu o ameliorare minimă sau chiar cu o înrăutățire în unele cazuri. Aceste rezultate subliniază faptul că multe femei percep excizia ca fiind o metodă mai definitivă de ameliorare a simptomelor endometriozei și de îmbunătățire a calității vieții.



Endometrioza este clar asociată cu subfertilitatea, iar îndepărtarea leziunilor poate îmbunătăți șansele de concepție.

Pentru femeile cu endometrioză care își doresc fertilitate, intervenția chirurgicală poate juca un rol important. Studiile randomizate de referință realizate de Marcoux și colaboratorii⁹, precum și Grupul Italian de Studiu al Endometriozei¹⁰, au oferit primele dovezi de nivel înalt. Rezultatele au arătat o creștere semnificativă a ratei sarcinilor ulterioare când endometrioza a fost tratată chirurgical comparativ cu menținerea implanturilor endometriozeice. Concluzia este că tratarea endometriozei vizibile în timpul laparoscopiei este benefică pentru fertilitate. Pentru endometrioza moderată până la severă, managementul chirurgical este, în general, considerat a îmbunătăți fertilitatea prin restabilirea anatomiei pelvine. Excizia endometriomelor ovariene și a leziunilor profunde este, în general, preferată. Date preliminare indică faptul că intervenția chirurgicală de primă linie pentru endometrioza profund infiltrativă poate fi mai eficientă decât tratamentul IVF de primă linie în aceste cazuri¹¹, însă sunt necesare studii randomizate suplimentare.

În ciuda managementului chirurgical optim, endometrioza are o tendință cronică de recurență. Recurența se poate manifesta prin reapariția simptomelor dureroase, revenirea leziunilor sau necesitatea unei intervenții chirurgicale repetate. Ratele de recurență raportate în literatură variază, fiind în general între 20–50% în decurs de cinci ani. Un studiu pe termen lung realizat de Shakiba și colaboratorii a urmărit femeile după intervenția chirurgicală pentru endometrioza avansată. Dintre femeile care au avut o excizie conservatoare, doar 53% au rămas fără reoperație la 5 ani. Cele care au suferit histerectomie au avut rate mult mai scăzute ale recurenței. Acest lucru evidențiază faptul că, atunci când uterul sau ovarele sunt păstrate, endometrioza poate persista sau recidiva.

**Chiar și atunci când
excizia este efectuată de
un specialist,
endometrioza poate
recidiva într-un procent
semnificativ de cazuri.**

Un studiu amplu pe o perioadă de 10 ani realizat de Roman și colaboratorii oferă date actuale despre rezultatele chirurgicale pe termen lung. Peste 1.000 de femei au fost supuse exciziei laparoscopice și au fost monitorizate timp de un deceniu. Probabilitatea cumulativă de a necesita o intervenție chirurgicală repetată a fost de aproximativ 28% la 10 ani. Majoritatea intervențiilor repetate au fost efectuate din cauza durerii persistente sau adenomiomiozei. Studiul a arătat că, chiar și în cazul exciziei realizate de un specialist, endometrioza poate recidiva într-un număr semnificativ de cazuri. În concluzie, atât excizia, cât și ablarea ameliorează durerea și pot îmbunătăți fertilitatea în endometrioza. Excizia poate oferi o ameliorare mai durabilă, în special pentru leziunile profunde. Cu toate acestea, recidiva este frecventă și trebuie anticipată. O abordare combinată, cu intervenție chirurgicală și suprimare hormonală postoperatorie, poate prelungi perioadele fără simptome.

References

1. Khaleque Newaz Khan, Akira Fujishita, Michio Kitajima, Koichi Hiraki, Masahiro Nakashima, Hideaki Masuzaki, Occult microscopic endometriosis: undetectable by laparoscopy in normal peritoneum, Human Reproduction. 2014;29(3):462–472.
2. Wright J, Lotfallah H, Jones K, Lovell D. A randomized trial of excision versus ablation for mild endometriosis. Fertil Steril. 2005 Jun;83(6):1830-6.
3. Healey M, Ang WC, Cheng C. Surgical treatment of endometriosis: a prospective randomized double-blinded trial comparing excision and ablation. Fertil Steril. 2010 Dec;94(7):2536-40.
4. Working group of ESGE, ESHRE, and WES, Joerg Keckstein, Christian M Becker, Michel Canis, Anis Feki, Grigoris F Grimbizis, Lone Hummelshoj, Michelle Nisolle, Horace Roman, Ertan Saridogan, Vasilios Tanos, Carla Tomassetti, Uwe A Ulrich, Nathalie Vermeulen, Rudy Leon De Wilde, Recommendations for the surgical treatment of endometriosis. Part 2: deep endometriosis, Human Reproduction Open, Volume 2020, Issue 1, 2020.
5. Shim JY, Laufer MR, King CR, Lee TTM, Einarsson JI, Tyson N. Evaluation and Management of Endometriosis in the Adolescent. Obstet Gynecol. 2024 Jan 1;143(1):44-51.
6. Healey M, Cheng C, Kaur H. To excise or ablate endometriosis? A prospective randomized double-blinded trial after 5-year follow-up. J Minim Invasive Gynecol. 2014 Nov-Dec;21(6):999-1004.
7. Riley KA, Benton AS, Deimling TA, Kunselman AR, Harkins GJ. Surgical Excision Versus Ablation for Superficial Endometriosis-Associated Pain: A Randomized Controlled Trial. J Minim Invasive Gynecol. 2019 Jan;26(1):71-77.
8. Isaac A, Kapetanakis T, Thibeault E, Chatburn L, Mackenzie M. Patient Perception and Experience of Laparoscopic Excision Versus Ablation of Endometriosis: A Crowd-Sourced Comparative Evaluation of Symptom and Quality of Life Outcomes. J Minim Invasive Gynecol. 2025 Mar;32(3):248-257.
9. Marcoux S, Maheux R, Bérubé S. Laparoscopic surgery in infertile women with minimal or mild endometriosis. Canadian Collaborative Group on Endometriosis. N Engl J Med. 1997 Jul 24;337(4):217-22.
10. Parazzini F. Ablation of lesions or no treatment in minimal-mild endometriosis in infertile women: a randomized trial. Gruppo Italiano per lo Studio dell'Endometriosis. Hum Reprod. 1999 May;14(5):1332-4.
11. Ferrier C, Hini JD, Gaillard T, Grynberg M, Kolanska K, Dabi Y, Nyangoh Timoh K, Lavoue V, Roman H, Darai E, Bendifallah S. 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 Jan;280:184-190.
12. Shakiba K, Bena JF, McGill KM, Minger J, Falcone T. Surgical treatment of endometriosis: a 7-year follow-up on the requirement for further surgery. Obstet Gynecol. 2008 Jun;111(6):1285-92.
13. Roman H, Chanavaz-Lacheray I, Hennetier C, Tuech JJ, Dennis T, Verspyck E, Merlot B. Long-term risk of repeated surgeries in women managed for endometriosis: a 1,092 patient-series. Fertil Steril. 2023 Oct;120(4):870-879.



Rolul suplimentelor alimentare în susținerea terapiei integrative a endometriozei

Juan Luis Gallardo M.D.

Functional Medicine, Hormonal Health and Clinical Nutrition Specialist

Endometrioza este o afecțiune complexă, estrogen-dependentă, caracterizată prin inflamație și care depășește mult simpla durere pelvină. Aceasta implică disfuncții ale sistemului imunitar, stres oxidativ, dezechilibre hormonale și tulburări digestive. Ca practician în medicina funcțională, abordez endometrioza nu doar ca o problemă ginecologică locală, ci ca o afecțiune sistemică ce necesită o strategie multifactorială. Unul dintre cele mai promițătoare instrumente din arsenalul nostru clinic este suplimentarea țintită — realizată corect și susținută de dovezi științifice.

Mai jos prezint nutraceuticele cheie cu cea mai puternică evidență și relevanță clinică în îngrijirea pacienților cu endometrioză.

Acizii grași Omega-3: Modulatorii inflamației
Inflamația cronică reprezintă nucleul endometriozei. Acizii grași Omega-3, în special EPA și DHA, au demonstrat efecte antiinflamatoare semnificative prin reducerea producției de prostaglandine și citokine implicate în durerea pelvină și dezvoltarea leziunilor. Studiile au arătat că un aport crescut de Omega-3 este asociat cu un risc și o severitate mai mică a endometriozei.

Recomandare clinică: O doză zilnică de 2.000–3.000 mg combinat EPA+DHA poate contribui la reducerea durerii și la modularea inflamației.

Curcumina: Inhibitorul natural al COX-2

Derivată din turmeric, curcumina acționează ca un antiinflamator natural prin ținerea căilor NF-κB și COX-2, care sunt supraspecializate în endometrioza. Studiile in vitro și pe animale sugerează că curcumina poate inhiba proliferarea celulelor endometriale și angiogeneza, făcând-o un adjuvant promițător în controlul simptomelor.

Recomandare clinică: Se recomandă utilizarea unei forme cu biodisponibilitate ridicată (liposomală sau fitozomală) în doze de 500–1.000 mg pe zi, administrată împreună cu grăsimi pentru o absorbție optimă.

N-Acetilcisteina (NAC): Detoxifiere, Antioxidant și Suport pentru Fertilitate

NAC este un precursor al glutatationului, principalul antioxidant al organismului. Susține detoxifierea, reduce stresul oxidativ și îmbunătățește modularea imunitară — toate acestea având un rol important în endometrioza. Studiile au demonstrat că suplimentarea cu NAC poate reduce dimensiunea endometriomelor și durerile pelvine, diminuând astfel nevoia de intervenții chirurgicale.

Recomandare clinică: Dozele tipice variază între 600 și 1.800 mg pe zi, dar ajustarea trebuie făcută în funcție de toleranța individuală.

Magneziu: Mineralele anti-stres pentru echilibrul hormonal

Femeile cu endometrioza experimentează frecvent dismenoree, oboseală și anxietate — simptome asociate cu deficitul de magneziu. Magneziul susține relaxarea musculară, modulează percepția durerii, îmbunătățește somnul și favorizează detoxifierea estrogenului prin căile enzimatice COMT.

Recomandare clinică: Bisglicinatul sau citratul de magneziu (200–400 mg/zi) sunt bine absorbite și blânde cu tractul digestiv.

Vitex agnus-castus

Deși dovezile sunt încă în curs de evoluție, Vitex agnus-castus este utilizat tradițional pentru susținerea defectelor fazei luteale și a nivelurilor scăzute de progesteron, ambii factori recunoscuți ca fiind implicați în simptomele endometriozei. Mecanismul său principal implică modularea dopaminergică, reducând nivelurile de prolactină și ajutând la restabilirea echilibrului în axa hipotalamo-hipofizo-ovariană (HPO), care reglează ciclul menstrual și ovulația.

Recomandare clinică: Se utilizează cel mai bine în faza luteală, sub supravegherea unui specialist; doza uzuală este între 20 și 40 mg de extract standardizat.

Probiotice și susținerea digestiei: conexiunea cu estrobolomul

Un microbiom intestinal echilibrat este esențial pentru detoxifierea hormonilor, în special a estrogenului. Disbioza poate duce la o activitate crescută a β -glucuronidazei, ceea ce poate crește reabsorbția estrogenului și agrava endometrioza. Anumite tulpini probiotice (de exemplu, *Lactobacillus rhamnosus*, *L. reuteri*) au demonstrat efecte antiinflamatoare și pot ajuta la reducerea durerii pelvine.

Sfat clinic: Se recomandă rotirea tulpinilor probiotice și combinarea acestora cu prebiotice și suport digestiv pentru un efect sinergic.

DIM și Calciu-D-Glucarát: detoxifianți ai estrogenului.

Diindolilmetanul (DIM), derivat din legumele crucifere, sprijină detoxifierea hepatică de faza 1 prin promovarea metaboliților favorabili ai estrogenului (calea 2-OH în detrimentul căilor 4-OH sau 16-OH). Calciu-D-glucarátul susține detoxifierea de faza 2 prin inhibarea β -glucuronidazei, reducând recirculația estrogenului.

Sfat clinic: DIM (100–200 mg/zi) și calciu-D-glucarát (200–500 mg/zi) sunt frecvent utilizate în protocoale pentru excesul sau dominanța estrogenică.

Consideratii

Suplimentarea nu este „universal valabilă”. Deși fiecare compus are valoare, utilizarea lor trebuie ghidată de bioindividualitate. Trebuie luate în considerare interacțiunile medicamentoase, faza ciclului menstrual, comorbiditățile (de exemplu, Hashimoto, sindromul de colon iritabil) și obiectivele personale (fertilitate, controlul durerii, susținere post-chirurgicală). De asemenea, evitați supradozarea cu suplimente. Mai mult nu înseamnă întotdeauna mai bine, iar sinergia este adesea mai eficientă decât megadozele. Colaborați cu un specialist calificat care să personalizeze planul pe baza analizelor, simptomelor și cauzelor fundamentale.

Concluzii

Endometrioza este o afecțiune care necesită răbdare, o abordare profundă și bazată pe sisteme. Suplimentarea reprezintă un complement puternic — nu un înlocuitor — pentru schimbările de stil de viață, terapia medicală și, atunci când este necesar, intervenția chirurgicală. Atunci când sunt alese cu înțelepciune și personalizate corect, suplimentele pot reduce inflamația, echilibra hormonii, optimiza detoxifierea și pot ajuta femeile să-și recapete sănătatea.

În era medicinei funcționale și personalizate, nu mai tratăm endometrioza doar prin suprimarea simptomelor. Sprijinim femeia din spatele diagnosticului.

Complicații ale endometriozei profunde

Dr. Georgios Grigoriadis, MD, MSc, MRCOG



Dr. Georgios Grigoriadis este ginecolog specializat în chirurgie minim invazivă pentru afecțiuni ginecologice benigne, endometrioză și infertilitate. A finalizat un program avansat de pregătire chirurgicală în proceduri laparoscopice complexe la IFEMEndo din Bordeaux, dobândind expertiză în endometrioza infiltrativă profundă.

Endometrioza profundă (EP) este considerată cea mai severă formă de endometrioză. Se estimează că aproximativ 1 din 5 paciente cu endometrioză au EP [1]. Deși unele paciente cu EP pot fi asimptomatice, majoritatea prezintă simptome severe, iar EP poate provoca o serie de complicații potențial grave [2]. Să analizăm mai atent complicațiile care pot apărea din cauza leziunilor de EP.

Complicații urologice:

Vezica urinară și/sau ureterele pot fi infiltrate de leziunile EP. Dacă sunt simptomatice, paciente pot experimenta durere la urinare, urinare frecventă, hematurie (prezența sângelui în urină), dificultăți la golirea vezicii sau golire incompletă a vezicii (ce poate duce, în mod potențial, la infecții urinare recurente). În cazul EP la nivelul ureterelor (da, din păcate, ambele uretere pot fi afectate simultan!), boala poate cauza compresie și chiar obstrucție a ureterelor. Deoarece acest proces apare, de regulă, treptat, poate să nu dea niciun simptom, conducând la ceea ce numim „pierdere silențioasă a funcției renale”. De aceea, este evident că orice specialist care efectuează investigații imagistice la paciente cu EP confirmată sau suspectată trebuie să includă evaluarea ambilor rinichi. Infiltrarea ureterelor de către EP este considerată o indicație clară pentru tratament chirurgical de specialitate, în cadrul unei echipe multidisciplinare.

Complicații gastrointestinale:

EP poate afecta segmente ale colonului sau intestinului subțire, cauzând, de regulă, simptome severe care afectează negativ calitatea vieții pacientelor. Unele leziuni de EP pot invada foarte adânc peretele intestinal, provocând, în cazuri rare, obstrucție acută sau subacută. Această complicație rară este probabil mai frecventă la paciente infertile cu EP intestinală care urmează multiple încercări de fertilizare in vitro (FIV) [3,4], necesitând intervenție chirurgicală. Sângerarea din rect poate fi, de asemenea, cauzată de EP intestinală.

Complicații ale endometriomului ovarian (EO):

Deși OMA este considerat un alt tip („fenotip” în jargonul medical) de endometrioză, el coexistă frecvent cu EP [5]. Ruptura OMA, care duce la scurgerea lichidului și/sau sângerare internă, a fost raportată și este mai probabilă în cazul OMA mari [6,7], provocând durere acută ce necesită intervenție chirurgicală de urgență.

Complicații diafragmatice și toracice ale EP:

Deși localizările EP în afara pelvisului sunt rare, EP poate afecta diafragma, plămânii și pleura (țesutul subțire care acoperă plămânii și interiorul peretelui toracic), putând cauza episoade recurente de pneumotorax catamenial sau hemotorax (acumulare anormală de aer sau sânge în jurul plămânilor în timpul menstruației) și hemoptizie (tuse cu sânge).

Complicații legate de sarcină:

Diverse studii au sugerat că pacientele însărcinate cu endometrioză profundă pot avea un risc crescut de pierdere a sarcinii, naștere prematură, bebeluși cu greutate mică sau placentă joasă [8].

Complicațiile rare, dar potențial amenințătoare de viață, includ perforația intestinală sau hemoragia internă cauzate de decidualizarea leziunilor de endometrioză profundă (un proces în care celulele suferă modificări semnificative ca răspuns la hormonul progesteron) [9].

Complicații legate de intervenția chirurgicală pentru endometrioza profundă:

Este bine cunoscut faptul că excizia leziunilor de endometrioză profundă (prin chirurgie minim invazivă, fie laparoscopică sau robotică), atunci când este efectuată de clinicieni adecvat pregătiți, conduce la o îmbunătățire semnificativă a simptomelor cauzate de această afecțiune. Chirurgia de excizie a endometriozei profunde este complexă și tehnic dificilă, necesitând adesea colaborarea mai multor specialități. Totuși, din cauza complexității, pot apărea complicații, inclusiv fistule (conexiuni anormale între vezica urinară și vagin sau între intestin și vagin), fistule anastomotice (scurgere de fecale de la nivelul unei anastomoze intestinale), formarea de abcese (colecții de puroi în pelvis) și, eventual, necesitatea unei reintervenții chirurgicale. Cu toate acestea, aceste complicații sunt mai puțin frecvente în mâinile chirurgilor experți [10]. În plus, se pare că, din perspectiva fertilității, chiar și atunci când aceste complicații apar, ele nu au un efect negativ asupra rezultatelor reproductive, așa cum s-ar fi putut anticipa [11].

Alte complicații:

O preocupare frecventă exprimată de multe paciente este riscul apariției malignității în leziunile de endometrioză profundă. Deși au fost raportate astfel de cazuri, este important să ne amintim că acestea rămân, conform cunoștințelor actuale, extrem de rare.

Adenomioza, în special anumite tipuri, cum ar fi adenomioza difuză, este cunoscută pentru dificultățile pe care le ridică în tratamentul chirurgical atunci când pacienta dorește să își păstreze uterul. Un uter după excizia adenomiozei este expus riscului de ruptură în timpul sarcinilor viitoare.

În ansamblu, trebuie reținut că endometrioza profundă este cea mai severă formă de endometrioză și poate cauza, potențial, diverse complicații serioase. Totuși, aceste complicații apar la o minoritate dintre paciente cu DE. Excizia radicală a leziunilor DE de către chirurghi specializați îmbunătățește drastic calitatea vieții pacientelor și poate preveni apariția complicațiilor menționate anterior.

1. Nisolle M, Donnez J. Peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis, and adenomyotic nodules of the rectovaginal septum are three different entities. *Fertil Steril*. 1997;68(4):585–596. doi: 10.1016/s0015-0282(97)00191-x.
2. D'Alterio MN, D'Ancona G, Raslan M, Tinelli R, Daniilidis A, Angioni S. Management Challenges of Deep Infiltrating Endometriosis. *Int J Fertil Steril*. 2021 Apr;15(2):88-94. doi: 10.22074/IJFS.2020.134689.
3. Setúbal Antonio, Sidiropoulou Zacharoula, Torgal Mariana, Casal Ester, Lourenço Carlos, Koninckx Philippe. Bowel complications of deep endometriosis during pregnancy or in vitro fertilization. *Fertil Steril* 2014;101:442–6. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2013.11.001>.
4. Seyer-Hansen M, Egekvist A, Forman A, Riiskjaer M. Risk of bowel obstruction during in vitro fertilization treatment of patients with deep infiltrating endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2018 Jan;97(1):47–52. <https://doi.org/10.1111/aogs.13253>.
5. Chapron C, Santulli P, de Ziegler D, Noel JC, Anaf V, Streuli I, Foulot H, Souza C, Borghese B. Ovarian endometrioma: severe pelvic pain is associated with deeply infiltrating endometriosis. *Hum Reprod*. 2012 Mar;27(3):702-11. doi: 10.1093/humrep/der462.
6. Daniilidis A, Grigoriadis G, Papandreou P, Dalakoura D, Papanikolaou A. Large Haemoperitoneum Caused by a Ruptured Endometrioma: A Case Report. *Cureus*. 2022 Dec 29;14(12):e33113. doi: 10.7759/cureus.33113.
7. Kolovos, G.; Dedes, I.; Dragusha, S.; Vaineau, C.; Mueller, M. Spontaneous Endometrioma Rupture: A Retrospective Pilot Study and Literature Review of a Rare and Challenging Condition. *J. Clin. Med.* 2025, 14, 3387. <https://doi.org/10.3390/jcm14103387>.
8. Zullo F, Spagnolo E, Saccone G, Acunzo M, Xodo S, Ceccaroni M, Berghella V. Endometriosis and obstetrics complications: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril*. 2017 Oct;108(4):667-672.e5. doi: 10.1016/j.fertnstert.2017.07.019.
9. Leone Roberti Maggiore U, Inversetti A, Schimberni M, Viganò P, Giorgione V, Candiani M. Obstetrical complications of endometriosis, particularly deep endometriosis. *Fertil Steril*. 2017 Dec;108(6):895-912. doi: 10.1016/j.fertnstert.2017.10.035. Erratum in: *Fertil Steril*. 2018 May;109(5):942. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.02.005.
10. Roman H, FRIENDS group (French coloRectal Infiltrating ENDometriosis Study group). A national snapshot of the surgical management of deep infiltrating endometriosis of the rectum and colon in France in 2015: a multicenter series of 1135 cases. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* 2017;46:159–65. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2016.09.004>.
11. Grigoriadis G, Daniilidis A, Merlot B, Stratakis K, Dennis T, Crestani A, Chanavaz-Lacheray I, Roman H. Surgical treatment of deep endometriosis: Impact on spontaneous conception. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2024 Mar;93:102455. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2024.102455.

Este histerectomia singura metodă de tratament pentru adenomioză?

Adenomioza este o afecțiune frecventă, dar adesea neînțeleasă, care afectează multe femei, în special cele aflate la vârsta reproductivă. Caracterizată prin prezența unui țesut similar cu mucoasa uterină (țesut endometrial) care crește în peretele muscular al uterului, aceasta poate provoca cicluri menstruale dureroase, sângerări abundente și probleme de fertilitate. Până de curând, principalul tratament pentru adenomioză era îndepărtarea chirurgicală a adenomiozei sau histerectomia — intervenția chirurgicală de înlăturare a uterului. Însă pentru femeile care doresc să păstreze uterul sau să își mențină fertilitatea, chirurgia nu este întotdeauna o opțiune potrivită.



Adenomioza poate fi clasificată folosind diverse sisteme, cum ar fi în funcție de localizarea sa în interiorul uterului. Din punct de vedere al formei, este cel mai frecvent împărțită în „focală” (limitată la o zonă specifică) sau „difuză” (răspândită pe o arie largă în uter). De multe ori, este întâlnită la femeile care au și endometrioză sau fibroame. În trecut, adenomioza putea fi diagnosticată doar după histerectomie. Însă, cu ajutorul instrumentelor imagistice actuale, cum ar fi ecografia și RMN-ul, poate fi detectată mai devreme — chiar și la femeile tinere care încă își doresc copii. Din fericire, un val de tratamente inovatoare, non-chirurgicale, schimbă modul în care este gestionată adenomioza.



Georgios Kolovos, MD

*Department of Obstetrics & Gynecology,
University Hospital of Bern, Bern, Switzerland*

Affiliations:

- Endometriosis Center, University Hospital of Bern, Bern, Switzerland
- Society of Endometriosis and Uterine Disorders Member

LinkedIn : @Georgios Kolovos

De ce să luăm în considerare tratamentele non-chirurgicale?

Tratamentul chirurgical poate fi eficient, însă implică riscuri, inclusiv afectarea uterului și recurența simptomelor. În prezent, se dezvoltă și studiază abordări non-chirurgicale deoarece acestea oferă ameliorarea simptomelor cu riscuri mai mici, timp de recuperare mai scurt și posibilitatea de a păstra uterul și fertilitatea.

Tratamente medicale

Terapia hormonală este prima opțiune de tratament. Nu vindecă adenomioza, dar poate reduce durerea și sângerările.

- Sistemul intrauterin cu eliberare de levonorgestrel (LNG-IUS): un dispozitiv mic plasat în uter care eliberează treptat un hormon ce subțiază mucoasa uterină. Reduce semnificativ sângerările și durerile pentru multe femei și este considerat prima alegere în tratamentul de linia întâi.
- Alte opțiuni hormonale: includ pilulele contraceptive, progestativele precum dienogestul și medicamentele care scad nivelul de estrogen, cum sunt agoniștii sau antagoniștii GnRH. Aceste tratamente au ca scop controlul simptomelor, însă acestea reapar adesea după oprirea tratamentului.

Deși mai multe medicamente sunt utilizate off-label pentru gestionarea simptomelor adenomiozei, niciun medicament specific nu a fost aprobat oficial pentru această afecțiune în vreo țară. De aceea, este esențial ca ginecologul să explice în detaliu opțiunile și posibilele rezultate.

Proceduri minim invazive

1. Embolizarea arterei uterine (UAE)

Această procedură realizată în regim ambulatoriu constă în injectarea unor particule mici în vasele de sânge care alimentează uterul. Particulele blochează fluxul sanguin către țesutul adenomiozic, determinând reducerea acestuia și ameliorarea simptomelor. Totuși, procedura poate necesita repetare pe termen lung. Este o metodă preferată pentru uterele mărite sau cele care asociază adenomioză și fibroame. Cu toate acestea, nu este recomandată femeilor care doresc să rămână însărcinate, din cauza potențialului impact asupra fertilității.

2. Ultrasunete focalizate de înaltă intensitate (HIFU)

HIFU folosește unde de ultrasunete focalizate pentru a încălzi și distruge țesutul adenomiozic fără a tăia pielea. Este ghidat de imagistică (RMN sau ecografie) pentru a asigura o țintire precisă. Este utilizat în special pentru adenomioza focală situată în partea frontală a uterului, dar este mai puțin eficient pentru leziuni profunde sau mari. Deși există unele dovezi că femeii au rămas însărcinate după tratament, sunt necesare cercetări suplimentare pentru concluzii mai sigure.

3. Ablatie prin radiofrecvență (RFA)

RFA implică introducerea unei sonde în uter (prin colul uterin sau în timpul laparoscopiei) și utilizarea căldurii pentru a distruge țesutul adenomiozic. Grupul nostru de cercetare a demonstrat recent că tratamentul este foarte eficient în ameliorarea durerii și reducerea sângerărilor. Aceasta este o metodă consacrată pentru tratarea fibroamelor; cu toate acestea, utilizarea sa în tratamentul adenomiozei este off-label și în prezent este folosită în principal în context de cercetare. Deși există unele dovezi privind sarcini reușite după tratament, sunt necesare mai multe studii.

4. Ablatie percutanată cu microunde (PMWA)

Această tehnică utilizează o sondă asemănătoare unui ac pentru a transmite energie cu microunde în uter, încălzind și distrugând țesutul adenomiozic. Această metodă este mai puțin folosită, există date limitate privind sarcinile și este încă considerată experimentală în multe locuri.

Perspective

Deși opțiunile non-chirurgicale arată un mare potențial, sunt necesare mai multe cercetări – în special privind rezultatele pe termen lung și fertilitatea. Totuși, este clar că femeile au acum mai multe opțiuni ca niciodată pentru a gestiona adenomioza fără a recurge la intervenții chirurgicale majore.

Dacă te confrunți cu dureri menstruale sau sângerări abundente cauzate de adenomioză, discută cu ginecologul tău despre întreaga gamă de opțiuni de tratament. Poate că ameliorarea nu va necesita, după toate, să ajungi în sala de operații.

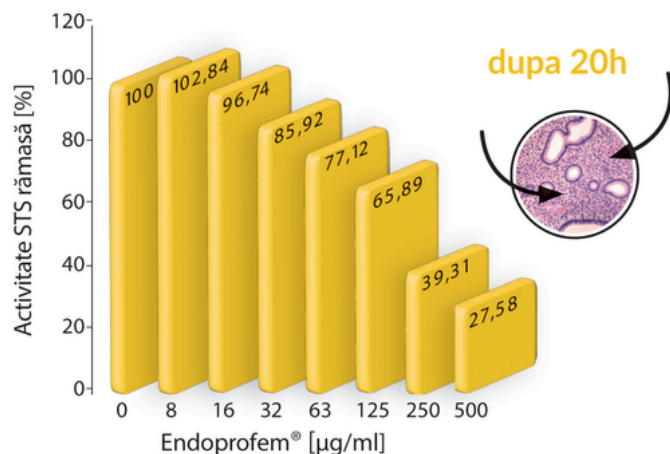
Terapie complementară în endometrioză, adenomioză, boală inflamatorie pelvină și infecții recurente ale tractului uro-genital

Mod de acțiune:

-  Inhibă activitatea STS (steroid sulfatază) în celulele endometriale
-  Reduce producția de estrogeni de la nivelul leziunilor endometriale
-  Limitează dezvoltarea leziunilor endometriale
-  Ameliorează simptomele endometriozei (durere, infertilitate, inflamație)



Studiu: Determinarea activității biologice a ENDOPROFEM® în ceea ce privește inhibarea enzimei steroid sulfatază. Departamentul de Biologie Moleculară, Institutul de Științe Biologice, Facultatea de Medicină, Universitatea Catolică din Lublin, 2024.



Inhibarea STS la diferite concentrații de Endoprofem. Sursa: Studiu

Inhibarea activității steroid sulfatazei (STS) contribuie la reducerea concentrației de estrogeni în leziunile endometriale, care inhibă proliferarea celulară, reduce reacția inflamatorie și simptomele asociate endometriozei, cum ar fi durerea sau infertilitatea.

Plic - dimineața		Capsulă - seara	
	Concentrație		Concentrație
EGCG (Epigallocatechin Galat)	150 mg	Lactobacillus gasseri	2 miliarde
N-acetil-L-cisteină	300 mg	Lactobacillus acidophilus	2 miliarde
Acizi grași omega-3	250 mg	Lactobacillus rhamnosus	2 miliarde
Acid alfa-lipoic	220 mg	Lactobacillus crispatus	2 miliarde
Quercetină	200 mg	Lactobacillus jensenii	2 miliarde
Resveratrol	100 mg	Lactobacillus iners	2 miliarde
Mio-Inozitol	2000 mg	Lactobacillus plantarum	2 miliarde
Vitamina C	120 mg	Lactobacillus fermentum	2 miliarde
Vitamina E	48 mg	Saccharomyces Boulardii	2 miliarde
Vitamina D	2000 UI	Bifidobacterium lactis	2 miliarde
		Bifidobacterium bifidum	2 miliarde

Chirurgia robotică pentru endometrioză:

ce trebuie să știe pacienții



Mr Islam Gamaleldin

Este o boală ginecologică cronică, inflamatorie, caracterizată prin prezența țesutului asemănător mucoasei uterine (țesut endometrial) în afara uterului, care la mulți pacienți este însoțită de simptome dureroase debilitante. Pacienții cu endometrioză au, de asemenea, un risc crescut de infertilitate, apariția oboselii, dureri în mai multe zone și alte comorbidități. Pe măsură ce înțelegerea endometriozei a evoluat, intervențiile chirurgicale menite să elimine leziunile de endometrioză și să refacă anatomia au devenit o componentă esențială a tratamentului, în special pentru femeile care experimentează dureri persistente în ciuda tratamentului medicamentos. Datorită structurii anatomice a organelor majore afectate de endometrioză și a naturii profund infiltrative a bolii, chirurgia endometriozei este adesea foarte complexă și tehnic dificilă.

Endometrioza afectează aproximativ 190 de milioane de femei și persoane assignate ca fiind de sex feminin la naștere la nivel mondial.

În special, endometrioza profund infiltrativă poate afecta multiple organe precum intestinul, vezica urinară, ureterele și diafragma, ceea ce face dificilă îndepărtarea completă. Dintre opțiunile chirurgicale disponibile, chirurgia laparoscopică asistată robotic (RALS) a câștigat popularitate. Acest articol va explora ce trebuie să știe pacienții despre RALS pentru endometrioză, evidențiind avantajele și dovezile susținute de literatura recentă.

Înțelegerea chirurgiei robotice

RALS este o tehnică chirurgicală minim invazivă, dezvoltată pentru prima dată la sfârșitul secolului al XX-lea. Aceasta utilizează sisteme robotice pentru a spori capacitățile chirurgului. Tehnica permite o precizie, flexibilitate și control mai mari comparativ cu chirurgia laparoscopică tradițională. Sistemul robotic constă într-o consolă unde chirurgul stă așezat pentru a manevra instrumentele din interiorul corpului pacientului, vizualizând în același timp o imagine 3D de înaltă definiție a zonei operatorii.

Avantajele chirurgiei robotice pentru endometrioză

1. Precizie și control sporite

Unul dintre avantajele majore ale RALS este precizia crescută pe care o oferă. Instrumentele robotice au o gamă mai largă de mișcare decât încheietura mâinii umane, permițând manevre mai complexe.

Dexteritate sporită este deosebit de utilă în navigarea structurilor anatomice complexe asociate cu endometrioza, mai ales în locații anatomice dificile precum endometrioza diafragmatică sau leziunile care implică plexul sacral sau nervii pelvieni.

Chirurgii pot diseca mai ușor adeziunile, pot îndepărta complet leziunile de endometrioză și pot păstra țesuturile sănătoase, ceea ce poate duce la rezultate chirurgicale mai bune.

Abordare minim invazivă

Chirurgia robotică se realizează prin incizii mici, de obicei între 1 și 2 centimetri. Această natură minim invazivă aduce multiple beneficii, inclusiv reducerea durerii postoperatorii, timp de recuperare mai scurt și cicatrici minime. Pacienții adesea revin mai rapid la activitățile normale comparativ cu chirurgia deschisă tradițională, care presupune incizii mai mari.

Vizualizare îmbunătățită

Sistemul robotic oferă o vizualizare 3D de înaltă definiție a câmpului operator, ceea ce este neprețuit în chirurgia endometriozei. Imaginile îmbunătățite ajută chirurgii să identifice și să trateze complet leziunile de endometrioză și țesuturile înconjurătoare cu o mai mare acuratețe. O vizualizare mai bună poate reduce riscul îndepărtării incomplete a leziunilor și a recurenței ulterioare, ceea ce poate conduce la rezultate pe termen lung mai bune pentru pacienți.

Reducerea oboselii chirurgului

Chirurgia robotică permite chirurgilor să opereze din poziție așezată la consolă, reducând astfel efortul fizic comparativ cu chirurgia laparoscopică tradițională.



Acest avantaj ergonomic este important în intervențiile lungi și complexe pentru endometrioză, unde menținerea concentrației și reducerea oboselii pot diminua riscul de erori, îmbunătăți performanța chirurgicală și rezultatele pentru pacient.

Dovezi din literatură

Avantajele chirurgiei robotice pentru endometrioză sunt susținute de un număr tot mai mare de studii. O revizuire Cochrane publicată în 2019, ce a inclus 12 studii randomizate controlate, precum și o meta-analiză a dovezilor actuale publicată în 2024 privind eficacitatea și siguranța RALS comparativ cu laparoscopia convențională au concluzionat că rata complicațiilor chirurgicale este comparabilă între cele două grupuri. Mai mult, mai multe studii retrospective au arătat că RALS îmbunătățește performanța chirurgicală fără a crește timpul operator, pierderile de sânge sau complicațiile intra- și postoperatorii, reducând în același timp rata de conversie la chirurgia deschisă.

În ciuda acestor avantaje, pacienții trebuie să fie conștienți și de posibilele dezavantaje. Una dintre limitările RALS este lipsa feedback-ului tactil, important pentru diferențierea țesuturilor fibroase în endometrioză. De asemenea, RALS poate fi asociată cu costuri mai mari din cauza tehnologiei și expertizei necesare, ceea ce înseamnă că nu toate centrele chirurgicale au acces la astfel de sisteme robotice.

Ce ar trebui să ia în considerare pacienții

Pacienții care iau în considerare chirurgia robotică pentru endometrioză ar trebui să consulte un medic specialist în această afecțiune. Este esențial să discute următoarele aspecte:

01

Experiența chirurgului:

Asigurați-vă că medicul are experiență semnificativă în proceduri asistate robotic pentru endometrioză.

02

Calitatea instituțională

Investigați acreditările și rezultatele centrului chirurgical în procedurile robotice.

03

Factori individuali de sănătate

Discutați factorii personali de sănătate și natura specifică și localizarea leziunilor de endometrioză, mai ales cele diafragmatice și nervoase, deoarece aceste leziuni sunt mai bine tratate prin RALS.

04

Îngrijirea postoperatorie

Înțelegeți ce implică perioada de recuperare și îngrijirea ulterioară, precum și eventualele modificări ale stilului de viață pentru gestionarea endometriozei.

05

Tratamente alternative

Luați în considerare toate opțiunile de tratament, inclusiv managementul medicamentos, schimbările în stilul de viață și alte abordări chirurgicale.

Concluzie

Chirurgia robotică reprezintă o abordare inovatoare în gestionarea endometriozei, oferind numeroase avantaje, printre care precizie sporită, tehnici minim invazive și rezultate potențial îmbunătățite pentru pacient. Având în vedere dovezile în creștere care susțin eficacitatea acesteia, pacienții pot beneficia de o discuție informată cu medicii lor. Ca în cazul oricărui tratament medical, deciziile bine informate duc la cele mai bune rezultate, asigurând că femeile cu endometrioză primesc îngrijire personalizată și eficientă.



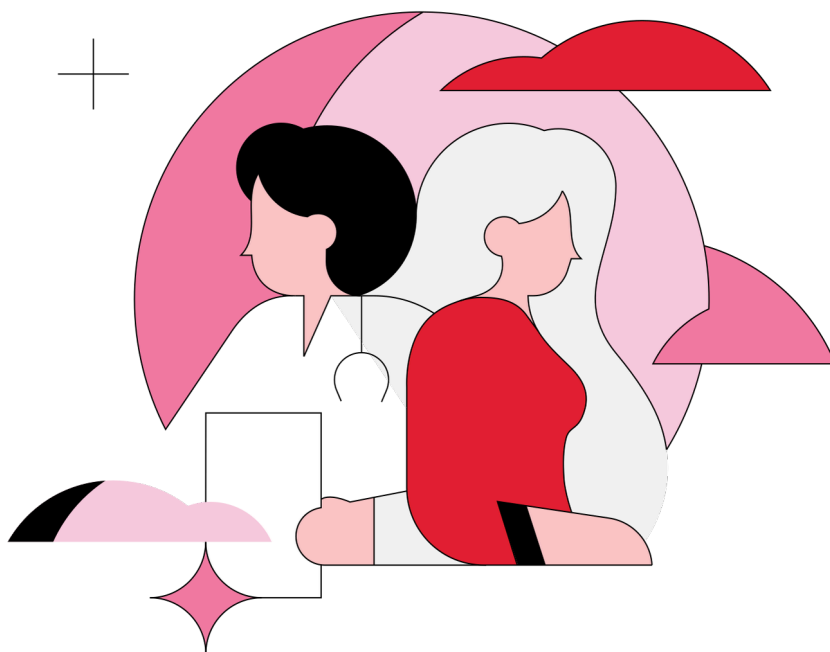
REGINA MARIA

REȚEAUA PRIVATĂ DE SĂNĂTATE

Tehnologia care privește în profunzime

END OTE ST®

Testul de salivă care depistează
endometrioza



Endometrioza, o boala subdiagnosticata, poate fi depistata printr-un test de saliva

Acest articol a fost realizat de Rețeaua Privată de Sănătate Regina Maria

Ce este Endotestul?

Testul Endotest, dezvoltat de compania Ziwig, se bazează pe analiza microARN-ului din saliva. MicroARN-urile sunt molecule mici care reglează expresia genelor și sunt implicate în diverse boli, inclusiv în endometrioza. Testul utilizează un algoritm complex de inteligență artificială pentru a identifica un profil specific de microARN asociat cu endometrioza.

Testul Endotest are o sensibilitate de 97,4% și o specificitate de 93,5% în detectarea endometriozei, ceea ce îl face un instrument de diagnostic foarte performant.

Cui se adresează Ziwig Endotest®?

Este important de menționat că Endotest nu este un test de screening și nu este recomandat pentru toate femeile. Testul este recomandat doar pentru femeile care prezintă simptome sugestive de endometrioza. Pot fi eligibile pentru acest test femeile care se regăsesc în aceste categorii:

- Paciente cu vârstă cuprinsă între 18 și 43 de ani
- Paciente cu simptome care sugerează endometrioza, cum ar fi durere pelvină cronică, durere în timpul menstruației, durere în timpul contactului sexual, infertilitate sau oboșală cronică.
- Ziwig Endotest® poate fi efectuat inclusiv de femeile aflate sub tratament hormonal.
- Ziwig Endotest® poate fi efectuat în orice moment al ciclului menstrual.

”

Un test inovator, neinvaziv, bazat pe analiza microARN-ului, promite să revoluționeze diagnosticarea endometriozei, o afecțiune complexă și subdiagnosticată, care afectează 10% dintre femeile aflate la vârstă fertilă.

Contraindicații pentru utilizarea Ziwig Endotest®:

Există și o serie de contraindicații ale acestui test, între care se numără:

- Sarcina în evoluție
- Antecedente medicale personale de cancer sau HIV
- Infecția la momentul colectării salivei
- Condiții improprietăți de prelevare, prezența de substanțe endogene (cum ar fi sângele sau secrețiile nazofaringiene sau de reziduuri exogene (alimente, pasta de dinți, ruj, tutun, guma de mestecat).

Cum functioneaza testul de saliva Endotest pentru detectarea endometriozei?

1. **Recoltarea probei de saliva:** Proba de saliva se recolteaza dimineata, pe stomacul gol, inainte de periaj sau consum de alimente. Pacienta trebuie sa nu prezinte semne de infectie, sa nu mestece guma, sa nu fumeze sau sa foloseasca rujul inainte de recoltare.
2. **Analiza moleculara:** Proba de saliva este trimisa la un laborator specializat, unde se extrag microARN-urile.
3. **Secventierea de noua generatie (NGS):** microARN-urile (ARNmi) sunt supuse unui proces de secventiere, o tehnologie avansata care permite identificarea si cuantificarea diferitelor tipuri de ARNmi prezente in proba.
4. **Analiza bioinformatica:** Datele obtinute prin secventiere sunt analizate cu ajutorul unui algoritm complex de inteligenta artificiala. Acest algoritm a fost antrenat pe un set mare de date, prin comparatia dintre profilul de ARNmi al unui numar mare de femei cu endometrioza si al unui grup de control fara endometrioza.
5. **Elaborarea rezultatului:** Rezultatul testului este generat de un software dedicat, care indica daca pacienta prezinta sau nu un profil de ARNmi specific pentru endometrioza.

Care sunt avantajele testului?

Neinvaziv

Spre deosebire de laparoscopie, o interventie chirurgicala invaziva, Endotest este simplu si nu necesita spitalizare.

Fiabil

Studiile clinice au aratat o sensibilitate si specificitate ridicate ale testului.

Rapid

Rezultatele sunt disponibile in cateva zile.

Accesibil

Testul poate fi efectuat in orice laborator medical din reseaua Regina Maria.

Beneficiile testului Endotest pentru medici:

- **Diagnosticarea neinvaziva a endometriozei:** Testul ofera o alternativa la laparoscopie, o procedura chirurgicala invaziva utilizata in mod traditional pentru a diagnostica endometrioza.
- **Diagnosticul precoce al endometriozei:** Testul poate ajuta la identificarea endometriozei intr-un stadiu incipient, ceea ce poate duce la un tratament mai eficient si la rezultate mai bune pentru pacienta.
- **Imbunatatirea managementului pacientei:** Rezultatele testului pot ajuta medicii sa ia decizii mai informate cu privire la tratamentul si monitorizarea pacientelor.

Beneficiile testului Endotest pentru paciente:

- **Reducerea timpului de diagnosticare:** Testul poate reduce timpul necesar pentru a obtine un diagnostic de endometrioza, ceea ce poate reduce anxietatea si incertitudinea pacientelor.
- **Evitarea procedurilor invazive:** Testul este neinvaziv si nu necesita o interventie chirurgicala, ceea ce reduce riscurile si disconfortul asociate cu laparoscopia.
- **Imbunatatirea calitatii vietii:** Un diagnostic precoce si un tratament eficient pot duce la o imbunatatire semnificativa a calitatii vietii pacientelor cu endometrioza.

Unde este disponibil testul?

Testul Endotest este disponibil in punctele de recoltare Regina Maria din Romania.





Endometrioza tractului urinar

Yaniv M. Larish, M.D.

Consultant urologist, robotic specialist and endometriosis surgeon

Endometrioza este o afecțiune în care țesut similar mucoasei uterine crește în afara uterului. Deși mulți știu că endometrioza poate afecta ovarele sau trompele uterine, ea poate implica și sistemul urinar — inclusiv rinichii, ureterele (tuburile care leagă rinichii de vezica urinară) și chiar vezica urinară. Această formă se numește endometrioză a tractului urinar (ETU) și este mai rară, dar poate cauza probleme serioase dacă nu este diagnosticată și tratată din timp.

Cum poate afecta endometrioza tractului urinar?

La nivelul rinichilor și ureterelor (tractul urinar superior)

Endometrioza poate apăsa pe uretere sau poate invada aceste tuburi, blocând fluxul urinei de la rinichi către vezica urinară. Această obstrucție poate evolua silențios, fără simptome evidente, dar în timp poate deteriora rinichii și poate duce la pierderea permanentă a funcției renale. Semnele posibile includ:

- Durere în zona lombară sau o jenă surdă în spate sau pe lateral, deseori în jurul menstruației.
- Prezența sângelui în urină (mai rar).
- Umflarea rinichiului (hidronefroză), vizibilă doar la investigații imagistice.

La nivelul vezicii urinare (tractul urinar inferior) Endometrioza poate afecta și vezica urinară, provocând simptome asemănătoare infecțiilor urinare sau cistitei interstițiale:

- Durere sau senzație de arsură la urinare, adesea mai intensă în timpul menstruației.
- Nevoia frecventă sau urgentă de a urina, fără infecție.
- Sânge în urină, în special în perioada menstruației.
- Presiune sau disconfort în zona inferioară a abdomenului sau pelvisului.
- Senzația că vezica nu se golește complet.

Netratată, endometrioza vezicală poate provoca cicatrizare și rigiditate a peretelui vezicii, dificultând capacitatea acesteia de a reține urina și crescând riscul unor probleme renale ulterioare.

De ce apar aceste simptome?

Endometrioza nu doar presează organele, ci poate afecta și nervii care controlează vezica și intestinele. Nervul hipogastric (care ajută la relaxarea vezicii și la tonusul rectal) și rădăcinile nervilor sacrali (care controlează contracția vezicii și mișcările intestinului) pot fi înconjurați de endometrioză, cauzând iritație sau leziuni nervoase.

Aceasta poate produce simptome variate, precum:

- Dificultăți la golirea vezicii sau intestinelor.
- Nevoi bruște de urinare sau defecație.
- Constipație sau chiar pierdere involuntară de urină (incontinență).
-

Aceste efecte asupra nervilor pot fi imprevizibile, unele persoane manifestând simptome atât de tip „vezică hiperactivă”, cât și „vezică hiporeactivă”.

Cum se diagnostichează endometrioza tractului urinar înainte de operație?

Medicii folosesc mai multe investigații imagistice pentru a verifica implicarea sistemului urinar:

- Ecografie renală: o examinare simplă pentru a detecta umflarea rinichilor (hidronefroza).
- RMN (Rezonanță Magnetică Nucleară): oferă imagini detaliate ale pelvisului, inclusiv vezicii și zonelor din jurul ureterelor.
- Urografie CT: o investigație specializată care arată întregul tract urinar și poate identifica blocajele.
- Scintigrafie renală: testează funcția fiecărui rinichi și poate detecta pierderea funcției din cauza blocajului urinei.
- Cistoscopie: o investigație în care se introduce o cameră mică în vezică pentru a observa eventualele zone cu endometrioză.

WCe tratamente există?

Pasul cel mai important în tratarea endometriozei tractului urinar este îndepărtarea chirurgicală minuțioasă a țesutului endometrial. Operația urmărește eliminarea țesutului care blochează sau irită sistemul urinar și eliberarea nervilor prinși în țesut cicatricial.

Pentru persoanele care continuă să aibă simptome de vezică hiperactivă (urinări frecvente sau urgente) după operație, injecțiile cu Botox în vezică pot ajuta. Botoxul relaxează mușchiul vezicii și reduce aceste simptome.

Pentru cei cu probleme atât la vezică, cât și la intestin, precum urgență, incontinență sau constipație, neuromodularea sacrală poate fi o opțiune. Aceasta presupune implantarea unui mic dispozitiv care trimite impulsuri electrice blânde către nervii sacrali, ajutând la restabilirea semnalelor normale către vezică și intestin. Aceste tratamente — Botox și neuromodulare sacrală — sunt terapii adiționale aplicate după operație, atunci când simptomele persistă. Ele nu înlocuiesc necesitatea intervenției chirurgicale, dar pot îmbunătăți semnificativ calitatea vieții.

Mesaj de reținut

Endometrioza tractului urinar este o afecțiune rară, dar serioasă. Poate afecta silențios rinichii și vezica urinară și poate cauza probleme nervoase legate de urinare și tranzit intestinal. Diagnosticul precoce și tratamentul complet sunt esențiale pentru protejarea sănătății. Dacă aveți dureri pelvine, simptome urinare (mai ales în jurul menstruației) sau probleme vezicale și intestinale, discutați cu medicul despre posibilitatea endometriozei.

Tehnicile moderne de imagistică — ecografia, RMN-ul, urografia CT și scintigrafia renală — pot ajuta la depistarea afectării tractului urinar. Cu tratament chirurgical expert și, după caz, terapii precum Botoxul vezical și neuromodularea sacrală, multe persoane pot obține ameliorare pe termen lung și pot păstra funcția rinichilor și a vezicii urinare.

Rolul chirurgiei robotice în tratamentul endometriozei profunde

Ce este endometrioza profundă și cum se diagnostichează?

Endometrioza profundă este o afecțiune în cadrul căreia celulele endometriale ce se regăsesc doar la nivelul cavității uterine, se dezvoltă în afara uterului. Prezența acestor celule în afara uterului poate afecta multiple structuri pelvine (ligamente uterosacrate, sept rectovaginal, intestin, vezică, uretere).

Principalul simptom de manifestare al afecțiunii îl reprezintă durerea menstruală – dismenoreea. Dar aceasta poate fi însoțită și de alte manifestări clinice precum - dureri pelvine cronice, dispareunie (durerea la contact sexual), simptome digestive sau urinare (în funcție de organul implicat) și adesea infertilitate. Diagnosticul se realizează în principal imagistic: ecografia transvaginală și RMN-ul cu protocol de endometrioza - acestea pot detecta cu acuratețe leziunile profunde precum și extensia bolii. Laparoscopia diagnostică oferă confirmarea diagnosticului (vizual și histologic), dar fiind o metodă invazivă, la ora actuală stabilirea preoperatorie a diagnosticului se face prin metode neinvazive.

Pentru diagnosticul endometriozei se poate utiliza un test de salivă, un test miARN, care ne confirmă sau infirmă prezența acestei afecțiuni

Acest test nu ne aduce informații legate de localizarea bolii, de gradul de afectare a organelor. Cu toate acestea, utilizarea acestui test la persoanele care nu au acces la ecografie, RMN, sau consult ginecologic de specialitate, poate orienta pacientul către investigații suplimentare.

Cum poate chirurgia robotică să ajute în intervențiile chirurgicale pentru endometrioza profundă ?

Chirurgia robotică oferă chirurgului o vizualizare mult mai bună a leziunilor de endometrioza, a structurilor care sunt afectate și oferă posibilitatea unei excizii mult mai precise a acestora.



Dr. Răzvan Petrică

*Medic primar obstetrică-ginecologie
Specialist în chirurgia robotică, laparoscopie și tratamentul endometriozei*

Dr. Răzvan Petrică este medic primar în obstetrică-ginecologie și un reputat specialist în chirurgia minim invazivă, cu experiență solidă în laparoscopie avansată, histeroscopie intervențională și chirurgie robotică. Activează în cadrul Endo Institute Timișoara, unde este implicat direct în diagnosticarea și tratamentul complex al endometriozei, având acreditare în această patologie. De asemenea, are competențe în ecografie ginecologică și obstetricală.

Platforma robotică asigură o vedere tridimensională mărită de aproximativ 10 ore și instrumente articulate cu 7 grade de libertate. Astfel, chirurgul poate diseca mai precis focarele din zone dificil accesibile și un control sporit.

Utilizând robotul, chirurgul are 3 brațe pe care le poate folosi, cel de-al patrulea este utilizat pentru camera optică. Vederea tridimensională este net superioară chirurgiei laparoscopice sau chirurgiei clasice.

Care sunt avantajele chirurgiei robotice față de chirurgia clasică în cazurile de endometrioză profundă?

Comparativ cu chirurgia deschisă clasică, abordul robotic (ca și laparoscopia) aduce beneficiile unei intervenții minim invazive:

- durere postoperatorie redusă,
- recuperare mai rapidă,
- spitalizare mai scurtă
- risc diminuat de complicații ale plăgii operatorii.

Față de laparoscopia convențională, chirurgia robotică oferă avantaje tehnologice – vizualizare 3D HD cu percepția profunzimii, instrumente articulate cu rotație 360° și filtrarea tremorului – ceea ce sporește precizia actului chirurgical. Aceste atuuri permit excizia radicală a leziunilor endometrioze profunde cu traumatizare minimă a țesuturilor înconjurătoare.

Ce tipuri de complicații pot fi evitate prin utilizarea chirurgiei robotice în tratamentele pentru endometrioza profundă?

Chirurgia robotică nu elimină complet riscul complicațiilor, dar poate ajuta la evitarea unor leziuni iatrogene datorită preciziei superioare pe care o oferă.



De exemplu, într-un studiu pe endometrioză colorectală s-a observat o incidență mult mai mică a complicațiilor intraoperatorii în grupul robotic (2% vs 14% laparoscopic, Ferrier et al., 2022) și rezecții cu margini de rezecție negative semnificativ mai frecvente (91% vs 76%). Controlul îmbunătățit al instrumentelor permite disecția fină a focarelor de pe organe precum intestinul sau ureterele, reducând riscul de fistule, leziuni ureterale ori dehiscențe anastomotice comparativ cu un abord cu vizibilitate mai redusă. Așadar, utilizarea robotului conferă un plus de siguranță în cazurile avansate de endometrioză, prin scăderea incidenței complicațiilor chirurgicale.

Care sunt riscurile asociate cu chirurgia robotică în cazul endometriozei profunde?

Trebuie avut în vedere faptul că o mai bună vizualizare a structurilor anatomice, o precizie mult mai bună a disecțiilor, o libertate de mișcare mult mai bună a instrumentelor, asigură un confort operator sporit atât pentru chirurg cât și o scădere a complicațiilor pentru pacient.

Prin caracterul minim invaziv, chirurgia robotică asigură dureri postoperatorii mai mici și o recuperare mai rapidă comparativ cu o operație deschisă. Inciziile reduse și traumatismul tisular minim permit mobilizarea precoce a pacientei și reduc necesarul de analgezice după intervenție.

Chirurgia robotică contribuie și la reducerea durerii pelvine cronice prin excizia cat mai completă a focarelor endometrioze; de exemplu, s-a observat ameliorarea dismenoreei și creșterea calității vieții la 6 luni după rezecții robotice ale nodulilor intestinali endometriozi. Prin urmare, pacientele se recuperează mai repede și acuză dureri mai reduse comparativ cu chirurgia clasică.

Cum ajută chirurgia robotică la îndepărtarea țesutului endometrial din zone greu accesibile?

Chirurgia robotică este deosebit de utilă pentru excizia țesutului endometrioze din zone anatomice dificil abordabile prin tehnici convenționale. Brațele articulate și vederea augmentată permit chirurgului să lucreze eficient în spații înguste, de exemplu fundul de sac Douglas, unde laparoscopia are acces limitat. De pildă, leziuni localizate pe diafragmă sau aproape de plexul sacral – foarte greu de atins laparoscopic – pot fi rezecate în siguranță cu ajutorul robotului. Tehnologia robotică extinde aria de acțiune a chirurgiei minim invazive, făcând posibilă îndepărtarea completă a focarelor endometrioze chiar și din "colțurile" ascunse ale pelvisului și abdomenului. Suturele necesare pe parcursul intervenției chirurgicale sunt mult mai ușor de efectuat de către medicul chirurg, iar calitatea acestora este superioară chirurgiei laparoscopice.

Cât de eficientă este chirurgia robotică în îmbunătățirea șanselor de fertilitate pentru femeile cu endometrioza profundă?

Deși logic robotica ar trebui să ajute la creșterea șanselor de sarcină printr-o excizie optimizată a leziunilor, lipsesc dovezi clinice specifice în acest sens, iar decizia terapeutică trebuie individualizată. Datorită faptului ca această patologie afectează în special femeile tinere, ce își doresc obținerea unei sarcini, medical chirurg trebuie să aibă în vedere utilizarea unor tehnici care să conserve fertilitatea și chiar să o ajute. De aceea ne străduim să fim cât mai puțin invazivi în abordarea leziunilor ovariene practicând pe cât posibil alcoolizarea chisturilor sau diatermocoagularea superficială a peretelui chistic cu argon-plasmă.

Astfel, rezerva ovariană a pacientei este afectată cât mai puțin.

Cât durează recuperarea după o intervenție chirurgicală robotică pentru endometrioza profundă?

În funcție de gradul de afectare al endometriozei, precum și de complexitatea intervenției, durata acesteia poate fi de la 2 – 3 ore până la 5-6 ore. Intervențiile care necesită rezecții intestinale, uneori duble rezecții intestinale, rezecții de ureter cu reimplantare în vezica urinară, rezecții diafragmatice, rezecții vaginale, sunt operații consumatoare de timp, dar cel mai important lucru rămâne beneficiul pe care îl are pacienta la sfârșitul intervenției. La pacientele operate robotic, spitalizarea postoperatorie este de ~2–3 zile, iar recuperarea completă survine în circa 2 – 4 săptămâni – durată similară laparoscopiei și mult mai rapidă decât după o laparotomie clasică.

Durerea postoperatorie imediată este mult diminuată atât datorită utilizării metodei robotice, cât și datorită unei bune colaborări cu medicul anestezist. Necesarul de analgezice utilizat atât pe parcursul intervenției cât și pe perioada spitalizării este mult mai mic. La externare pacienta va fi îndrumată să utilizeze analgezice obișnuite, iar necesitatea acestora va fi mult mai redusă decât în cazul intervenției clasice.

Cum poate chirurgia robotică preveni daunele la organele adiacente în timpul intervenției pentru endometrioza profundă?

Chirurgia robotică oferă un nivel de finețe care ajută la protejarea organelor adiacente (intestin, vezică, uretere) în timpul exciziei focarelor endometrioze profunde. Vizualizarea 3D detaliată permite identificarea clară a delimitării dintre țesutul endometrioze și structurile sănătoase, iar chirurgul poate diseca precis, evitând lezarea organelor învecinate. Stabilitatea brațelor robotice și eliminarea tremorului permit gesturi fine în apropierea structurilor delicate, sporind siguranța intervenției.

Utilizarea ecografiei transvaginale în endometrioză

Dr Susanne Johnson FRCOG

Medic ginecolog specialist

Southampton, UK

Autoare a canalului YouTube @GynaecologyUltrasound



Este o tragedie faptul că diagnosticul endometriozei la femeile din întreaga lume întârzie în medie între 8 și 12 ani. Există multe motive pentru acest lucru, dar cel mai important, în opinia mea, este modul în care se efectuează ecografia pelvină.

Ecografia pelvină (sau „scanarea”) poate fi realizată prin examinarea organelor pelvine prin abdomen (prin apăsarea burții cu o sondă în timp ce vezica este plină) sau poate fi efectuată intern, prin ecografie transvaginală (TV-US), când sonda este introdusă ușor în vagin după ce vezica a fost golită. Vizualizarea organelor pelvine este mult mai clară folosind TV-US, deoarece sonda este mult mai aproape de uter, ovare, intestin și vezică.

Majoritatea persoanelor care efectuează astfel de ecografii au fost învățate că „nu se poate vedea endometrioza la ecografie”. Acest lucru nu mai este adevărat. Cercetările recente ne-au învățat tehnici pentru a recunoaște cu mare acuratețe adenomioza, chisturile endometrioze ovariene și endometrioza profundă.

“**Sliding Sign”) ne ajută să determinăm dacă acest lucru este prezent, iar acesta ar trebui să fie acum parte de rutină a oricărei ecografii pelvine.**”

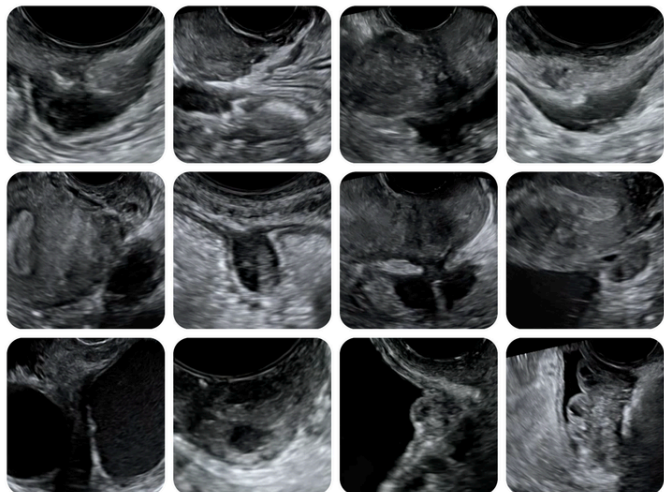
Pentru a vedea endometrioza, ecografia trebuie făcută intern (TV-US) și sonda trebuie înclinată înapoi, către coloana vertebrală (sacrum). Astfel, zona dintre uter și intestin poate fi vizualizată mult mai clar. Ovariele, adesea trase jos în pelvis de endometrioza, pot fi și ele examinate mai bine. De asemenea, poate fi evaluată mobilitatea generală a organelor pelvine, deoarece în multe cazuri acestea devin aderente, ceea ce poate duce la un „pelvis înghețat”.

După o pregătire specială (înclinarea sondei înapoi și învățarea să recunoști aspectul endometriozei profunde), sonografiștii, radiologii și ginecologii care realizează ecografii pentru endometrioza pot vizualiza endometrioza profundă. Există multe resurse de instruire disponibile, inclusiv canalul meu gratuit de YouTube (REF 1).

Endometrioza profundă apare adesea ca mici noduli sau formațiuni întunecate care ies în evidență pe fondul țesutului cicatricial alb (fibroză). Acești noduli se găsesc cel mai frecvent în ligamentele din spatele uterului (torusul și ligamentele uterosacrute), în stratul muscular al peretelui intestinal și în sau în apropierea peretelui vezicii urinare.

Endometrioza poate apărea și la nivelul ovarelor, cauzând chisturi pline cu sânge („chisturi cu ciocolată”), care sunt adesea lipite jos în pelvis de țesuturile înconjurătoare. La fiecare menstruație, mai mult sânge se acumulează în chist și acesta crește în dimensiuni.

Uterul poate fi afectat de o boală numită adenomioză, o „afecțiune înrudită” cu endometrioza. Aceasta apare când țesut similar mucoasei uterine (endometru) este găsit în mușchiul uterin. Acest țesut reacționează la hormoni și poate sângera în timpul menstruației, cauzând mărirea uterului și simptome precum menstruații abundente și dureroase. Adenomioza poate fi diagnosticată cu precizie prin TV-US, dar este nevoie de mai multă pregătire pentru profesioniștii din domeniul sănătății.



Nodules of Deep Endometriosis in various locations (vagina, ligaments, bowel, ovary, bladder)

Endometrioza poate fi prezentă și în alte zone ale corpului („extra-pelvine”), cum ar fi intestinul superior din abdomen (ex. intestinul subțire, apendice), buricul, cicatricile de cezariană, diafragma și plămânii. Diagnosticul în aceste zone poate fi dificil prin TV-US, necesitând adesea un RMN (rezonanță magnetică).

Unele spitale folosesc de rutină RMN în locul ecografiei pentru diagnosticul endometriozei. Ambele metode au o acuratețe similară, însă RMN-ul este foarte costisitor și nu toate paciente vor beneficia de această investigație.

Ultimele ghiduri NICE (REF 2) recomandă ca oricărei paciente cu dureri pelvine să i se ofere o ecografie transvaginală.

Dar, important: dacă ecografia este considerată „negativă”, iar simptomele persistă, pacienta trebuie totuși să fie trimisă la ginecolog. Cel care face ecografia poate să nu fi fost instruit să diagnosticheze endometrioza, iar chiar și formele severe pot fi trecute cu vederea.

Ecografia pentru endometrioza poate dura mai mult decât o ecografie de rutină — poate dura între 30 și 40 de minute. Din cauza volumului mare de programări, multe departamente de imagistică nu pot alocă acest timp. La nivel global, societățile medicale specializate (REF 3) caută soluții pentru a facilita accesul profesioniștilor la pregătire suplimentară și pentru a permite sesiuni mai lungi, astfel crescând acuratețea diagnosticului.

Între timp, dacă ai simptome care ar putea indica endometrioza sau adenomioză, cum ar fi menstruații abundente și dureroase, dureri la contact sexual, dureri la defecație în timpul menstruației, dureri la urinare, dureri pelvine pe tot parcursul lunii, și mai ales dacă aceste simptome îți afectează viața, cere medicului tău de familie să te trimită la o ecografie pelvină.

Întreabă-l pe specialistul care face ecografia dacă este familiarizat cu diagnosticul endometriozei prin ecografie. Dacă răspunsul este „nu” și pelvisul este considerat „normal”, s-ar putea să nu fie corect. Dacă ecografia este „normală”, dar simptomele persistă, trebuie totuși să fii trimisă la un ginecolog pentru a exclude endometrioza și a identifica cauza durerii.

Sper ca în viitor tot mai multe paciente să fie diagnosticate TIMPURIU și că această întârziere îndelungată în diagnostic va deveni o amintire.

REFERENCES

YouTube: GynaecologyUltrasound

NICE:

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng73/chapter/Recommendations#diagnosis-and-referral-for-women-or-people-with-suspected-or-confirmed-endometriosis>

BMUS, <https://www.bmus.org/>
BSGE, <https://www.bsge.org.uk/>

Euromaterna și Endomedicare Academy: Parteneriat pentru excelență în tratarea endometriozei



Centrul Multidisciplinar de Endometrioză
Euromaterna and Endomedicare Academy

Spitalul Euromaterna se remarcă excelenței prin încheierea parteneriatului cu **Endomedicare Academy** - sub îndrumarea doamnei Prof. Dr. Elvira Brătilă, un nume de referință în tratarea endometriozei în România. Această colaborare are ca scop dezvoltarea continuă a **Centrului Multidisciplinar de Endometrioză la Constanta**, care oferă pacientelor un parcurs complet, de la diagnostic până la tratament și recuperare.

Prin acest parteneriat, Euromaterna și Endomedicare Academy își unesc forțele pentru a oferi:

- Consultații interdisciplinare coordonate – combinând ginecologia și chirurgia;
- Acces rapid la investigații avansate – inclusiv ecografie transvaginală, laparoscopie diagnostică și operatorie;
- Proceduri chirurgicale minim invazive, efectuate cu echipamente de ultimă generație, care asigură o recuperare rapidă și un disconfort postoperator minim;
- Îngrijire personalizată, axată pe nevoile reale ale pacientei.

O abordare modernă și coordonată

Endometrioza este o afecțiune care influențează profund viața pacientelor, nu doar prin durere fizică, ci și prin impactul asupra fertilității și stării emoționale.

Tehnologie modernă pentru rezultate durabile

La Euromaterna, intervențiile sunt realizate în salile operatorii de ultimă generație, dotate pentru chirurgie ginecologică de finețe. Aparatura performantă – inclusiv sisteme de laparoscopie 4K și electrocauterizare avansată – permite intervenții precise, minim invazive, cu durată redusă de spitalizare și risc scăzut de complicații. Investițiile continue ale Spitalului Euromaterna în aparatură medicală performantă transformă tratamentele în experiențe sigure, eficiente și minim traumatizante, ceea ce înseamnă:

- incizii mici,
- durere redusă postoperator,
- recuperare rapidă,
- externare precoce și revenire rapidă la activitățile cotidiene.

Sub îndrumarea Prof. Dr. Elvira Brătilă, Euromaterna își întărește angajamentul față de femeile care au nevoie de îngrijire reală, completă și fără întârziere în tratamentul endometriozei.

Pentru mai multe informații și programări,
accesati www.euromaterna.ro



Abordari actuale in tratamentul endometriozei ovariene



Prof Dr Horatiu Roman

*medic primar
obstetrica-ginecologie*



Dr Irina Holt

*medic specialist
obstetrica-ginecologie*



Dr Iuliana Iacoban

*medic specialist
obstetrica-ginecologie*

Endometrioza este o afecțiune ginecologică caracterizată prin prezența țesutului endometrial în afara cavității uterine. Când acest țesut se localizează la nivelul ovarelor, poate forma chisturi endometrioze sau endometrioame, asociate adesea cu durere pelvină cronică și infertilitate. Diagnosticul corect este esențial și presupune anamneză detaliată, examen clinic, ecografie transvaginală și examinarea IRM.

Tratamentul acestei entități presupune o evaluare individualizată, luând în considerare simptomatologia, impactul asupra fertilității, vârsta pacientei, severitatea afectării anatomice și răspunsul anterior la tratament. În acest articol sunt revizuite opțiunile terapeutice actuale, și direcțiile emergente în managementul acestei patologii.

Introducere:

Endometrioza afectează aproximativ 10% din femeile aflate la vârsta reproductivă la nivel mondial. Localizarea ovariană este una dintre cele mai frecvente forme, fiind prezentă la 17–44% dintre pacientele cu endometrioza.

Endometrioamele sunt chisturi cu conținut hematic („ciocolatiu”) rezultând din acumularea de sânge menstrual în focarele ectopice, în special în cortexul ovarian, și se asociază frecvent cu aderențe pelvine și disfuncție ovulatorie.

Mecanisme patogenetice și histologice implicate în endometrioza ovariană

Fiziopatologia endometriozei ovariene include multiple ipoteze: reflux menstrual, metaplazie celomică, diseminare limfovaculară și defecte imunologice. Endometrioamele se formează probabil prin metaplazie celomică a chisturilor ovulatorii. Spre deosebire de alte tipuri de chisturi benigne, endometrioamele au un punct de origine la suprafața ovarului, de unde chistul se invaginează în ovar. Acest punct de invaginare este de obicei (95%) aderent la organele vecine.

Peretele unui endometriom are două straturi distincte:

- **la interior:** strat subțire de celule endometriale, care, prin acumularea lichidului conținut în chist, este responsabil de progresia și reapariția acestuia.

- **la exterior:** strat mai gros (aprox 1 mm) de fibroză, care aderă puternic la țesutul ovarian subiacent.

Absența unui plan de clivaj și chiar a unei limite clare la microscopie înseamnă că țesutul ovarian sănătos poate fi afectat atunci când se exercită tracțiune asupra acestui strat de fibroză.

Strategii terapeutice:

Tratamentul medicamentos- terapia conservatoare este indicată inițial în formele ușoare sau moderate:

1. AINS (Ibuprofen, Acetaminofen, Celecoxib etc) asociate cu tratamentul hormonal pentru managementul durerii.
2. Terapia hormonală combinată (COC, Ryeqo, inel vaginal)
Contraceptivele orale combinate inhibă ovulația și induc un endometru atrofic. Studiile au arătat o reducere semnificativă a durerii și prevenirea recidivelor după chirurgie. Se preferă preparatele monofazice, administrate continuu.
3. Progestativele (comprimate orale, implant, sterilet LNG)
Dienogest (2 mg/zi) este considerat standardul terapeutic în multe ghiduri (ESGE, ESHRE), având efecte antiinflamatorii, antiproliferative și antiangiogenice.
3. Analogi GnRH și antagoniști- eficienți, dar cu efecte adverse importante, recomandându-se terapie „add-back”.

Tratamentul chirurgical

Decizia privind tipul de intervenție chirurgicală trebuie să fie personalizată, în funcție de:

- Vârsta și dorința de fertilitate: cu cât pacienta este mai tânără, cu atât mai puțin agresivă va fi chirurgia ovariană propusă, dând prioritate scleroterapiei și vaporizării.
- Simptomatologia și răspunsul la tratamentele anterioare
- Dimensiunea și bilateralitatea endometrioamelor; endometrioamele mari (>7cm) sunt cel mai bine tratate cu scleroterapie sau cu o combinație de scleroterapie și vaporizare.
- Rezerva ovariană și statusul hormonal: o rezervă ovariană satisfăcătoare permite utilizarea chistectomiei, în timp ce o rezervă ovariană deficitară recomandă un simplu drenaj.
- Istoricul anterior de intervenții chirurgicale.

Indicații chirurgicale

- tratarea durerilor în cazul chisturilor foarte mari
- chist voluminos înaintea procedurii FIV (pentru a facilita punctia)
- suspiciune de malignizare;
- simptome severe refractare la tratament;

Principii operatorii- tehnici chirurgicale

Se recomandă tehnici atraumatice, hemostază minimă și evaluare preoperatorie a AMH (evaluarea rezervei ovariene).

Chistectomia, presupune îndepărtarea peretelui chistului, adică a stratului fibros. Această procedura îndepărtează invariabil o parte din țesutul ovarian subiacent, ceea ce duce la o reducere variabilă a rezervei de foliculi din ovarul operat.

- Este recomandată în special pacienților tinere cu rezerva ovariană bună.
- Poate avea un impact asupra rezervei ovariene, mai ales în cazul endometrioamelor bilaterale.
- Prezintă un risc mai mic de recidivă comparativ cu alte metode, totuși riscul de reformare al chisturilor depinde de ovulație, fiind de cca 1% per ovulație. La 2 ani riscul de recidivă este de aproximativ 25%.



Ablația cu laser CO2/plasma sau vaporizarea, care implică distrugerea in situ a stratului de țesut endometrial, fără a încerca să desprindă stratul de țesut fibros. Ablația se realizează folosind energii (laser sau plasmă) care nu difuzează căldura în profunzime (protejând astfel țesutul ovarian subiacent).

- Se distruge peretele endometriomului fără excizie completă.
- Indicat la pacientele cu rezervă ovariană scăzută sau endometrioză severă.
- Are un risc mai mare de recidivă față de chistectomie.
- Procedura păstrează mai mult țesut ovarian funcțional.

Scleroterapia sau alcoolizarea este o altă variantă de ablație. Se instilează alcool 95° în interiorul chistului și se lasă timp de 10-15 minute, pentru a distruge stratul endometrial intern, fără a afecta țesutul ovarian subiacent.

Puncția-aspirativă sau drenajul simplu al endometrioamelor poate fi efectuată la femeile cu o rezervă ovariană deja afectată, atunci când chirurgul dorește să reducă la minimum impactul procedurilor chirurgicale asupra ovarelor. Această tehnică se realizează în general înainte de managementul postoperator pentru fertilizarea in vitro, pentru a facilita puncția ovocitelor.

-Este utilizată doar în cazuri selectate, mai ales la pacientele cu rezervă ovariană compromisă.

-Risc mare de recidivă, fiind considerată o soluție temporară.

Impactul asupra fertilității

Strategia de tratament depinde de vârstă, dorința de concepție și severitatea bolii:

- la femeile <35 ani, tratamentul conservator urmat de concepție naturală sau IUI este o opțiune fezabilă.
- la femeile >35 ani sau cu infertilitate persistentă, este recomandată procedura de FIV.
- crioprezervarea ovocitelor/embrionilor trebuie luată în considerare înainte de tratamentul chirurgical al chisturilor, la femeile singure cu o rezervă ovariană bună, cu un chist ovarian unilateral voluminos sau chisturi bilaterale.

Recidive și urmărire

- Rata de recidivă este frecventă (20-50% în primii 2 ani), fiind necesară monitorizare periodică.
- Tratamentul hormonal postoperator (Dienogest sau COC) reduce riscul recidivelor.
- Adoptarea unui stil de viață echilibrat sprijină controlul simptomelor.
- 75% dintre femeile operate de endometrioame prin vaporizare cu energie plasmatică sau chistectomie sunt însărcinate la 3 ani după operație.
- 50% din sarcini după o intervenție chirurgicală sunt obținute natural.

Perspective viitoare

Biomarkeri moleculari, terapii țintite antiinflamatorii, modulatori SPRM, terapia genică, manipularea microbiomului-cu scopul de a controla boala fără a compromite fertilitatea și calitatea vieții.

Concluzii

Abordarea endometriozei ovariene trebuie să fie individualizată și multidisciplinară. Implicarea activă a pacientei în deciziile terapeutice este esențială pentru un rezultat optim pe termen lung. Obiectivul tratamentului este dublu: prevenirea recidivelor și preservarea rezervei ovariene. În momentul actual, nu există nicio tehnică chirurgicală care să îndeplinească și să maximizeze ambele obiective.

Bibliografie:

1. ESHRE Guideline 2022 – Management of Endometriosis
2. Vercellini P et al. (2014). Fertil Steril.
3. Muzii L et al. (2011). Fertil Steril.
4. Chapron C et al. (2019). Hum Reprod Update.
5. Taylor HS et al. (2021). Nat Rev Endocrinol.
6. Roman H et al. (2014).
7. Marcellin L et al. (2019). Fertil. Steril.
8. Zhang Y et al. (2022). Fertil. Steril. ASRM
9. Stochino-Loi E et al. (2016), ASRM
10. Pais AS et al. (2021), Journal of Clinical Medicine
11. Carmona P. (2012)
12. Sereachioli R. 2010
13. Puscasiu L 2024

28.06.2025

CASA TINERETULUI TIMISOARA-SALA 214

ORELE 10-16

PUZZLE-UL SĂNĂTĂȚII PELVINE FEMININE



FIZIOTERAPEUT
SEBASTIAN MIRON

PHYSIOMED®
Technology for therapy



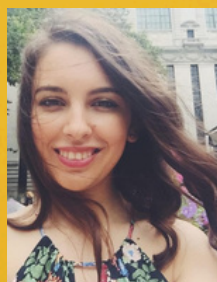
DR. ALEXANDRU
BONCULESCU



PSIHOTERAPEUT
CRISTINA POP



FIZIOTERAPEUT
CERASELA DĂIANU



FIZIOTERAPEUT
SANDRA STUART



FIZIOTERAPEUT
ADNANA APOSTOL

Despre durere și endometrioza



Endometrioza doare, dar doare atât de diferit. Și tocmai de aceea vreau să încep prin a vorbi despre blândețe în contextul unei patologii atât de invazive. Dincolo de fundamentul științific solid al intervenției dietetice în contextul endometriozei - care rămâne esențial, vreau să ne focusăm pe compasiune. Pentru că vorbim despre o boală care nu iartă, care vine peste noi din toate direcțiile, având o afectare multisistemică.

Uneori e mută, alteori este atât de zgomotoasă. Chiar dacă endometrioza este o afecțiune medicală cu baze științifice clare, suferința acestei boli trece de bariera fizică și ajunge în suflet.

Pentru că ne afectează fertilitatea. Doare pentru că pare că stă în calea fericirii și împlinirii tale cu o așa încăpățănare. Doare pentru că te simți neauzită, nevăzută, atât de singură și neputincioasă - în anul 2025. Endometrioza vine cu rușine, dezamăgire, regret, furie, confuzie, frică și ne fură parcă identitatea, relația cu sine, cu ceilalți, cu ideea de feminitate și împlinire personală.

Tocmai pentru că endometrioza este o boala a durerii vreau ca noi, cei care ghidăm pacientele spre vindecare să avem în gând compasiunea, răbdarea și empatia față de suferința lor, dincolo de adevărul științific, dar nu în lipsa lui. Blândețea este un act terapeutic în sine, este parte din vindecare.

Ce este de fapt ENDOMETRIOZA?

Endometrioza este definită, din punct de vedere medical și științific, ca o afecțiune cronică, inflamatorie, dependentă de estrogen, caracterizată prin prezența de țesut similar endometrului în afara uterului.

Extinderea bolii poate varia foarte mult, de la depozite peritoneale minime până la forme profunde care pot invada intestinul, vezica urinară și ureterul și, se pot răspândi în zone extrapelvine (1).



Drd. Diana Crișan,
Nutriționist-Dietetician

Dietetician autorizat cu peste 12 ani de experiență, doctorand în nutriție și vicepreședinte al Asociației Dieteticienilor din România. Abordează o gamă largă de afecțiuni prin nutriție clinică, printre care se numără și endometrioza, oferind sprijin nutrițional adaptat nevoilor fiecărei paciente.

Afectând aproximativ 10% dintre femeile aflate la vârsta reproductivă, endometrioza se manifestă printr-un spectru larg de simptome, inclusiv dureri pelvine, migrene, infertilitate, disconfort gastrointestinal, oboseală, tulburări de dispoziție și durere... multă durere.

Deși în trecut, era considerată o problemă ginecologică localizată, endometrioza este recunoscută astăzi ca o afecțiune a întregului corp, care implică sistemul ginecologic/ reproductiv, sistemul digestiv, sistemul hormonal, sistemul nervos, sistemul imunitar, sistemul musculo-scheletic și bineînțeles, are un impact profund negativ asupra calității vieții, afectând sănătatea psihosocială (2).

După această introducere, e momentul să privim și din perspectiva științifică: ce știm astăzi despre opțiunile de gestionare a endometriozei?

1. Opțiuni actuale de gestionare a endometriozei

După cum spuneam, endometrioza este o boală cronică, pentru care, în prezent, nu avem un tratament curativ. Cu toate acestea, simptomele pot fi ameliorate considerabil printr-o abordare terapeutică adecvată.

Durerea acută asociată endometriozei răspunde adesea, în primă fază, la administrarea antiinflamatoarelor nesteroidiene (AINS). Totuși, eficiența lor este adesea limitată, iar efectele secundare le pot restricționa utilizarea pe termen lung (3).

Tratamentul hormonal urmărește reducerea producției endogene de estrogen și include: progestative, contraceptive orale combinate, agoniști și antagoniști ai hormonului de eliberare a gonadotropinelor (GnRH), analogi ai testosteronului și inhibitori ai aromatazei (4).

Întreruperea terapiei hormonale este frecventă și, în majoritatea cazurilor, se datorează reacțiilor adverse, precum creșterea în greutate, greață, dureri de cap, instabilitate vasomotorie, scăderea libidoului sau modificări ale dispoziției (3). În formele severe sau atunci când tratamentul medicamentos nu dă rezultate, se recurge la intervenția chirurgicală – cel mai frecvent laparoscopie minim invazivă, pentru excizia sau ablația leziunilor endometrioze (3).

Intervenții asupra stilului de viață

Tot mai multe dovezi susțin beneficiile unei abordări holistice în gestionarea endometriozei. Modificările legate de alimentație, activitate fizică, reducerea stresului și igiena somnului pot avea un impact semnificativ asupra nivelului durerii și calității vieții (5).

2. Rolul dietei în inflamație și echilibru hormonal

Modul în care ne alimentăm influențează profund inflamația sistemică și metabolismul estrogenilor – doi factori-cheie în fiziopatologia endometriozei. Endometrioza este o afecțiune dependentă de estrogen. Tiparele alimentare bogate în fibre și sărace în grăsimi sunt asociate cu niveluri mai scăzute de estrogeni. Aportul crescut de fibre (fructe, legume, leguminoase, cereale integrale) favorizează eliminarea estrogenilor prin reducerea reabsorbției intestinale, iar reducerea grăsimilor alimentare poate limita producția de estrogeni (3,6).

În același timp, alimentația proinflamatoare – bogată în carne roșie și procesată, grăsimi saturate și trans, zaharuri adăugate – favorizează producerea de prostaglandine și citokine inflamatorii, implicate în durere și proliferarea leziunilor endometrioze (7,8).

Pe de altă parte, alimentele bogate în compuși antiinflamatori – acizi grași Omega-3, antioxidanți și fitonutrienți – contribuie la reducerea inflamației. Un regim alimentar care include legume, fructe, nuci, semințe, pește gras și ulei de măsline poate reduce nivelurile de IL-6, TNF-α și stresul oxidativ (6,8).

2.1 Dieta mediteraneană

Dieta mediteraneană, apreciată pentru proprietățile sale antiinflamatoare, este una dintre cele mai studiate în contextul endometriozei. Aceasta pune accent pe alimente vegetale integrale, pește, ulei de măsline și evitarea produselor ultra-procesate. În studiile recente, femeile care au adoptat această dietă au raportat o reducere a durerii (inclusiv dismenoree și dispareunie), mai puțină oboseală și o capacitate crescută de a-și desfășura activitățile zilnice (6).

Unii cercetători consideră dieta mediteraneană o piatră de temelie în managementul non-farmacologic al durerii pelvine cronice. Deși sunt necesare studii randomizate de amploare, dovezile actuale susțin recomandarea acestei diete ca parte complementară în îngrijirea pacienților cu endometrioză.

2.2 Dietele de eliminare: când și pentru cine?

În contextul endometriozei, multe paciente încearcă modificări alimentare pentru a gestiona simptome precum durerea, oboseala sau disconfortul digestiv. Deși nu există o dietă universal valabilă pentru toate femeile cu endometrioză, anumite intervenții nutriționale – în special cele de tip eliminatoriu – sunt adesea testate în speranța că vor contribui la ameliorarea simptomelor și, în unele cazuri, la reducerea riscului de recidivă.

Peste 85% dintre femeile cu endometrioză prezintă simptome digestive – balonare, flatulență, tranzit intestinal modificat – adesea similare cu cele ale sindromului de intestin iritabil. În aceste cazuri, una dintre strategiile nutriționale investigate cu succes este dieta low-FODMAP.

Această dietă restricționează carbohidrații fermentabili care pot accentua disconfortul digestiv. Un studiu randomizat din 2025 (EndoFOD) a demonstrat că 60% dintre femeile cu endometrioză și simptome digestive au înregistrat o ameliorare semnificativă a durerilor abdominale și balonării după 4 săptămâni de dietă low-FODMAP, comparativ cu 26% în grupul de control (9).

De reținut: dieta low-FODMAP trebuie urmată doar temporar, sub îndrumarea unui dietetician.

Dieta fără gluten

Un alt tip de intervenție nutrițională adesea menționat de paciente este eliminarea glutenului. Deși nu toate femeile cu endometrioză au boală celiacă sau o sensibilitate non-celiacă diagnosticată, multe observă subiectiv o ameliorare a simptomelor digestive sau pelvine odată cu excluderea alimentelor care conțin grâu, orz și secară.

Un studiu observațional realizat de în Italia a inclus 207 femei cu endometrioză, dintre care 75% au raportat o reducere semnificativă a durerii după 12 luni de dietă fără gluten (10). De asemenea, s-au înregistrat îmbunătățiri ale calității vieții, iar în unele cazuri, s-a observat scăderea markerilor inflamatori (IFN- γ și IL-6). Este însă important de menționat că participantele făceau parte dintr-un subgrup care suspectau deja o legătură între gluten și simptomele lor.

Un sondaj internațional publicat în 2025 a confirmat interesul larg pentru această strategie de eliminare: peste 45% dintre persoanele cu endometrioză au încercat o dietă fără gluten, iar aproape jumătate dintre acestea (45,4%) au raportat o reducere a durerii (11). Cu toate acestea, percepția subiectivă a ameliorării nu echivalează cu dovadă științifică robustă.



Limitări importante în ceea ce privește limitarea glutenului:

Până în prezent, nu există studii clinice randomizate controlate care să investigheze efectele unei diete fără gluten la femei cu endometrioză care nu au boală celiacă. Astfel, eliminarea glutenului ar putea aduce beneficii doar pentru un subgrup de paciente – fie printr-o sensibilitate nediagnosticată, fie prin îmbunătățirea generală a calității alimentației odată cu reducerea produselor procesate.

În practică: se poate testa o perioadă de excludere (de 6–12 săptămâni), urmată de reintroducerea treptată a glutenului în absența unei ameliorări, pentru a evita restricțiile inutile și a menține varietatea alimentară.

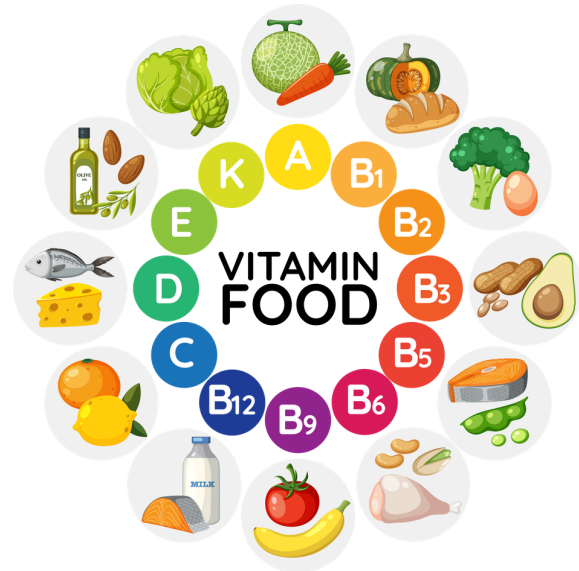
O observație esențială: în contextul endometriozei, tindem să ne concentrăm adesea pe eliminări – pe ceea ce trebuie scos din alimentație. Însă, un pas cu adevărat esențial este să ne întrebăm: *mănânc regulat? Mănânc suficient?*

Alimentația în endometrioză trebuie să pornească de la aceste baze – constantă și suficientă. Abia apoi are sens să discutăm despre ce putem ajusta în plus și în ce măsură excluderea glutenului, lactatelor sau a zahărului are rost și sprijin științific. Hrănirea reală a corpului contează mai mult decât o felie de pâine.

Și să nu uităm că somnul, mișcarea, evitarea fumatului și reducerea consumului de alcool și a stresului fac parte, de asemenea, din tratament.

3. Suplimentele în endometrioză

În ultimii ani, tot mai multe suplimente alimentare și nutraceutice au fost investigate pentru rolul lor adjuvant în gestionarea simptomelor endometriozei. Deși sunt necesare studii clinice suplimentare pentru a confirma eficiența și siguranța acestora pe termen lung, există deja suficiente dovezi pentru a le considera instrumente complementare utile în abordarea integrativă a bolii.



- **N-acetilcisteina (NAC):** cunoscută pentru efectul său antioxidant, NAC a demonstrat capacitatea de a reduce dimensiunea endometriomelor, nivelul markerilor inflamatori și intensitatea durerii. În plus, poate aduce beneficii în susținerea fertilității (12).
- **Acizi grași Omega-3:** studii in vitro și pe modele animale indică faptul că acizii grași Omega-3 pot reduce inflamația și proliferarea leziunilor. La om, efectele sunt mai evidente atunci când sunt combinați cu alți nutrienți precum quercetina, curcumina, vitamina B3 sau acid folic metilat (13,14).
- **Vitamina D:** deși studiile clinice nu au demonstrat o reducere semnificativă a durerii prin suplimentarea cu vitamina D comparativ cu placebo (15), multe paciente cu endometrioză prezintă deficit de vitamina D, ceea ce justifică evaluarea și corectarea nivelului (16).
- **Antioxidanți:** vitamina E, C, curcumină, quercetină, resveratrol
Acești compuși au efecte antiinflamatoare și antioxidante, investigate în studii preclinice și clinice. În unele cercetări, administrarea combinată de curcumină și quercetină a condus la reducerea semnificativă a durerii (14,17).
- **Magneziu:** este frecvent utilizat pentru susținerea relaxării musculare, a calității somnului și a reglării sistemului nervos. În context ginecologic, magneziul este asociat cu ameliorarea dismenoreei, migrenelor menstruale și simptomelor premenstruale sau perimenopauzale (18). De asemenea, poate contribui la scăderea nivelului de prostaglandine, implicate în durerea acută și cronică.

În loc de concluzii:

Diagnosticul de endometrioza stadiul 4 a venit peste mine ca o furtună – neașteptat, fără semne clare, dar cu o forță copleșitoare. A adus cu el o avalanșă de emoții, la început negative – de la durere, furie și dezamăgire – iar mai târziu, o reconectare neașteptată cu propriul corpul și conturarea treptată a unei vocații profesionale.

Această experiență m-a ajutat să înțeleg, dincolo de teorie, ce înseamnă cu adevărat să trăiești cu endometrioza. Și m-a condus firesc către dorința sinceră de a contribui la acest domeniu – nu doar ca dietetician, ci și ca om.

Endometrioza este o afecțiune complexă, dar chiar în această complexitate se ascunde și puterea noastră de a recâștiga controlul. Poate nu asupra bolii, dar asupra propriei noastre vieți.

Blândețea, compasiunea și știința pot coexista. Iar atunci când o faci, creează acel spațiu sigur în care te poți reconecta cu tine însăși – cu corpul tău, cu feminitatea ta, cu identitatea ta.

Bibliografie

1. Allaire, C., Bedaiwy, M. A., & Yong, P. J. (2023). Diagnosis and management of endometriosis. *Canadian Medical Association Journal*, 195(10), E363–E371.
2. Taylor, H. S., Kotlyar, A. M., & Flores, V. A. (2021). Endometriosis is a chronic systemic disease: clinical challenges and novel innovations. *The Lancet*, 397(10276), 839–852.
3. Barnard, N. D., Holtz, D. N., Schmidt, N., Kolipaka, S., Hata, E., Sutton, M., Znayenko-Miller, T., Hazen, N. D., & Cobb, C. (2023). Nutrition in the prevention and treatment of endometriosis: A review. *Frontiers in Nutrition*, 10, 1089891.
4. D'Alterio, M. N., D'Ancona, G., Raslan, M., Tinelli, R., Daniilidis, A., & Angioni, S. (2021). Management challenges of deep infiltrating endometriosis. *International Journal of Fertility & Sterility*, 15(2), 88–94.
5. Habib, N., Buzzaccarini, G., Centini, G., Moawad, G. N., Ceccaldi, P. F., Gitas, G., Alkatout, I., Gullo, G., Terzic, S., & Sleiman, Z. (2022). Impact of lifestyle and diet on endometriosis: a fresh look to a busy corner. *Przegląd Menopauzalny*, 21(2), 124–132.
6. Cirillo, M., Argento, F. R., Becatti, M., Fiorillo, C., Coccia, M. E., & Fatini, C. (2023). Mediterranean Diet and Oxidative Stress: A Relationship with Pain Perception in Endometriosis. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(19), 14601.
7. Arab, A., Karimi, E., Vingrys, K., Rezaei Kelishadi, M., Mehrabani, S., & Askari, G. (2022). Food groups and nutrients consumption and risk of endometriosis: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Nutrition Journal*, 21, 30.
8. Szczepanik, J., & Dłużewska, M. (2024). The Importance of Diet in the Treatment of Endometriosis. *Women*, 4(4), 453–468.

9. Varney, J. E., So, D., Gibson, P. R., Rhys-Jones, D., Lee, Y. S. J., Fisher, J., Moore, J. S., Ratner, R., Morrison, M., Burgell, R. E., & Muir, J. G. (2025). Effect of a 28-Day Low FODMAP Diet on Gastrointestinal Symptoms Associated With Endometriosis (EndoFOD): A Randomised, Controlled Crossover Feeding Study. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*.
10. Marziali, M., Venza, M., Lazzaro, S., Lazzaro, A., Micossi, C., & Stolfi, V. M. (2012). Gluten-free diet: a new strategy for management of painful endometriosis-related symptoms? *Minerva Chirurgica*, 67(6), 499–504.
11. Hearn-Yeates, F., Edgley, K., Horne, A. W., O'Mahony, S. M., & Saunders, P. T. K. (2025). Dietary modification and supplement use for endometriosis pain. *JAMA Network Open*, 8(4), e253152.
12. Anastasi, E., Scaramuzzino, S., Viscardi, M. F., Viggiani, V., Piccioni, M. G., Cacciamani, L., Merlino, L., Angeloni, A., Muzii, L., & Porpora, M. G. (2023). Efficacy of N-Acetylcysteine on Endometriosis-Related Pain, Size Reduction of Ovarian Endometriomas, and Fertility Outcomes. *Gynecological Endocrinology*, 39(1), 1–6.
13. Yalçın Bahat, P., Ayhan, I., Üreyen Özdemir, E., İnceboz, Ü., & Oral, E. (2023). Dietary supplements for treatment of endometriosis: A review. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 49(2), 456–464.
14. Signorile, P. G., Viceconte, R., & Baldi, A. (2023). Novel dietary supplement association reduces symptoms in endometriosis patients. *Gynecological Endocrinology*, 39(2), 123–129.
15. Nodler, J. L., DiVasta, A. D., Vitonis, A. F., Karevicius, S., Malsch, M., Sarda, V., Fadayomi, A., Harris, H. R., & Missmer, S. A. (2023). Supplementation with vitamin D or ω-3 fatty acids in adolescent girls and young women with endometriosis (SAGE): a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Fertility and Sterility*, 119(3), 456–464.
16. Jennings, B. S., & Hewison, M. (2023). Vitamin D and Endometriosis: Is There a Mechanistic Link? *Endocrine Reviews*, 44(1), 1–15.
17. Fadin, M., Nicoletti, M. C., Pellizzato, M., Accardi, M., Baietti, M. G., & Fratter, A. (2023). Effectiveness of the integration of quercetin, turmeric, and N-acetylcysteine in reducing inflammation and pain associated with endometriosis: In-vitro and in-vivo studies. *Journal of Inflammation Research*, 16, 123–134.
18. Parazzini, F., Di Martino, M., & Pellegrino, P. (2023). Magnesium in the gynecological practice: a literature review. *Gynecological Endocrinology*, 39(4), 345–350.

ENROUSH

Produse menstruale fără riscuri

Absorbante
și tampoane
cu bumbac
100% organic



Fără substanțe
toxice și
dăunătoare



Previn iritațiile și
alergiile în timpul
menstruației



Recomandate
de medicii
ginecologi

www.enroush.ro

Dr Tamara Sava

ENDOMETRIOZA VS ADENOMIOZA: CUM FACEM DIFERENȚA?

În drumul nostru spre infinitul cunoașterii, trebuie să comunicăm. Pacientul învață să asculte și să înțeleagă. Doar comunicând putem face medicina mai bună și sănătatea mai sigură. Vă felicit că sunteți aici, vă mulțumesc pentru oportunitatea de a vorbi unor femei informate și puternice. Mi se pare minunat să ne motivăm reciproc și să creștem împreună.



Dr. Tamara Sava este medic primar obstetrică-ginecologie, cu o experiență de peste 20 de ani în domeniu. Dr. Sava este specializată în ecografie obstetricală și ginecologică, utilizând un ecograf cu sondă 3D și 4D, cu pregătire în colposcopie, și diagnosticul ecografic al endometriozei profunde.

Adenomioza este și ea o formă de endometrioză.

Ce este endometrioza?

În realitate, totul este foarte simplu: endometrul este o foiță ce căptușește cavitatea uterină pe interior. Aname endometrul este țesutul de care se plantează sarcina atunci când femeia rămâne gravidă și tot endometrul este țesutul care, la menstruație, se desprinde de uter și determină sângerarea.

Endometrioza este situația în care endometrul se localizează în alte locuri decât cavitatea uterină. Sunt mai multe tipuri de endometrioză:

- Endometrioza internă sau adenomioza – când endometrul perforează mușchiul uterin și se localizează în grosimea acestuia.

- Endometrioza externă – când heterotopiile de endometru ajung în cavitatea peritoneală și se plantează acolo, în diverse locuri. Uneori, focarele sunt mici și stau doar pe suprafața peritoneului = endometrioză superficială. Alteori, focarele infiltrază peritoneul = endometrioză profundă.

Pe lângă peritoneu, endometrioza profundă poate cuprinde diverse organe precum intestinul, vezica urinară, ureterele, ligamentele. Focarele se mai pot localiza în rinichi, în cicatricile de la nivelul peretelui abdominal, plămâni, ochi sau în alte organe. Prin urmare, diferența dintre adenomioză și endometrioză este dată de localizarea bolii.

O altă formă a endometriozei externe este chistul endometriozic sau endometriomul, când în ovare se formează o cavitate tapetată de endometru și care pe durata ciclului menstrual proliferază la fel ca și endometrul din cavitatea uterină. La menstruație endometrul din cavitatea uterină se va elimina în vagin, iar endometrul din chistul endometriozic neavând unde să se elimine, se tot acumulează determinând creșterea aceluși chist.

Indiferent de localizare, focarele de endometrioză reacționează la hormonii ovarieni. Pe parcursul ciclului menstrual ele proliferază, iar la menstruație se desprind de țesutul de care s-au implantat și sângerează la fel ca și cavitatea uterină, rezultând niște mini-menstruații care se acumulează în diverse locuri din cavitatea peritoneală sau în grosimea mușchiului uterin în cazul adenomiozei.

În ceea ce privește simptomele, și în adenomioză și în endometrioză sunt anumite semne caracteristice afectării endometrioze a țesuturilor.

Însă în funcție de localizarea leziunilor, intensitatea unora sau altor semne poate fi diferită. De asemenea, intensitatea manifestărilor depinde de faza ciclului menstrual. Simptomele sunt mai puțin intense în prima fază a ciclului menstrual – și devin mai intense după ovulație.

Durerea este cel mai frecvent simptom al tuturor formelor de endometrioză, însă tabloul clinic poate fi completat de semne caracteristice pentru o anumită localizare a bolii. De multe ori cele două patologii evoluează concomitent.

Dacă ar fi să vorbim despre adenomioză simptomatică, aceasta frecvent se manifestă prin menstruații foarte dureroase, abundente, uneori pot fi scurgeri maronii înainte și după menstruație.



Asta se întâmplă pentru că acele tranșee endometriozeice săpate în mușchiul uterin încep să sângereze câte puțin chiar înainte de debutul menstruației, iar după menstruație ele se închid mai greu, determinând spotting-ul.

Menstruațiile aproape de fiecare dată sunt dureroase și durerea apare înainte să înceapă menstruația. Frecvent femeile simt durere la contactul sexual. Infertilitatea poate fi, dar cu o frecvență mai mică decât în endometrioza externă. Pentru endometrioza externă, adică endometrioza din cavitatea peritoneală, simptomul cel mai comun este durerea.

De ce? Pentru că, așa cum mai spus și mai sus, în aceste implanturi endometriozeice din cavitatea peritoneală de asemenea au loc mini-menstruații. Și pentru că sângele de la acele mini-menstruații care se acumulează în cavitatea peritoneală nu are unde să se elimine, apare inflamația. Organismul încearcă să repare modificările locale care rezultă și în urma acestui proces reparator apar aderențele.

Endometrioza externă se manifestă frecvent prin dureri pelvine cronice, senzația de tensiune, senzație de balonare, durere la contactul sexual, dureri mari la menstruație. Sângerarea din cavitatea peritoneală determină inflamația și iritația peritoneului, ceea ce poate provoca grețuri, vărsături, stare lipotimică.

În endometrioza cu afectarea vezicii urinare pot apărea urinări frecvente, hematii în urină, cistite frecvente după menstruație sau în preajma menstruației. Endometrioza rectului frecvent este însoțită de durere în rect la menstruație, durere atunci când pacienta stă în șezut, balonare, constipație, scaune frecvente/dureroase la menstruație.

Infertilitatea afectează aproximativ 50 % din femeile cu endometrioză. Aceeași localizare a bolii poate evolua diferit de la o pacientă la alta și trebuie să recunoaștem că nu se poate realiza diferențierea certă între adenomioză și endometrioză fără investigații imagistice. Metodele neinvazive de diagnostic sunt ecografia iar dacă medicul nu este sigur, poate recomanda și Rezonanța Magnetică Nucleară.



Mulți ani endometrioza a fost o patologie ignorată. Dar astăzi noi știm că endometrioza poate fi foarte dureroasă, uneori invalidantă sau catastrofală pentru reproducere. În plus, înțelegerea și compasiunea atât din partea medicilor, cât și a celor apropiați, de multe ori lipsesc.

"Doctorul meu spune că sunt prea agitată și emotivă"

"Am impresia că lumea nici măcar nu mă mai ascultă"

"Doctorul consideră că pun accent pe nimicuri, mă trimite la psiholog"

"La 14 ani medicul mi-a spus că durerile menstruale sunt normale"

"El mi-a zis '...eu nu văd un viitor pentru noi... tu ești bolnavă... îmi doresc o femeie cu care să alerg, să schiez și să mă simt bine, dar tu nu poți...'"

Din păcate, endometrioza este una din bolile care scapă cel mai frecvent unui diagnostic corect, iar de la apariția primelor simptome până când pacienta primește diagnosticul corect poate dura între 5-10 ani. La unele femei boala evoluează asimptomatic, alte femei neagă sau ascund simptomele

“

Bătălia pentru un diagnostic corect și cât mai timpuriu este esențială, iar lumina victoriei va scoate pacienta din întuneric.

”

Yoga în recuperarea post-chirurgicală pentru endometrioză

Recuperarea post-operatorie la femeile cu endometrioză necesită mai mult decât vindecare fizică — este nevoie și de integrare emoțională și reglare a sistemului nervos. Yoga, practică abordată cu blândețe și conștientă, oferă un spațiu terapeutic sigur pentru reconectarea cu corpul, reducerea inflamației, calmarea sistemului nervos și refacerea treptată a mobilității. Yoga este mult mai mult decât exercițiu fizic sau întindere, fiind tot mai recunoscută în literatura științifică ca terapie suport pentru gestionarea simptomelor endometriozei și facilitarea recuperării postoperatorii.

Yoga este un instrument terapeutic susținut de cercetări tot mai numeroase. Un studiu controlat randomizat din 2017, publicat în *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, a demonstrat că un program de yoga de 12 săptămâni a redus semnificativ intensitatea durerii și a îmbunătățit calitatea vieții femeilor cu endometrioză. Un alt studiu din 2019, în *Frontiers in Psychology*, a arătat că mișcărilor lente, conștiente și respirația controlată scad nivelurile de cortizol, reduc inflamația și promovează echilibrul sistemului nervos — componente esențiale în vindecarea postoperatorie. Aceste concluzii nu sunt surprinzătoare pentru cei care au trăit experiența. După operație, sistemul nervos se află adesea într-o stare de hipervigilență. Corpul a fost sub anestezie, deschis, manipulat și plasat într-un mediu steril, nefamiliar. Pacienții au nevoie nu doar să reînceapă să se miște, ci să se simtă din nou în siguranță în propriul corp



Camelia Petrut

*instructor certificat de yoga
Endometrioză stadiul II*

Când și cum să începi?

Yoga trebuie reluată doar după ce ai primit acordul medicului, de obicei la câteva săptămâni după intervenție, în funcție de tipul și amploarea acesteia. În primele etape ale recuperării, este esențial să te concentrezi pe prezență, respirație și odihnă blândă, nu pe efort fizic. Abordarea trebuie să fie întotdeauna informată despre traume, lentă și susținătoare — fără presiune sau performanță.

Dacă mișcarea fizică pare prea intensă sau declanșează durere, asta nu este un semn să forțezi, ci un mesaj să te oprești. În astfel de momente, cea mai vindecătoare alegere poate fi să renunți temporar la practica fizică și să te întorci spre respirație.

În primele zile și săptămâni post-operator, mai ales după laparoscopie sau histerectomie, respirația în sine poate deveni întreaga practică de yoga. Mulți încep cu dirga pranayama, respirația în trei părți. Întins pe spate, cu o mână pe burtă și cealaltă pe piept, inspirația se îndreaptă blând spre abdomen, apoi coaste, apoi piept; expirația urmează același traseu invers.

Această practică, deși subtilă, susține o vindecare profundă. Ajută la reducerea anxietății postoperatorii, stimulează drenajul limfatic și reîncepe să trezească centrul corpului — care după operație poate părea distant sau fragil. Respirația este marele trezitor: restabilește circulația, reduce percepția durerii și calmează nervul vag. Doar 5–10 minute pe zi de respirație profundă abdominală pot face o diferență — și este, de obicei, sigur să începi la câteva zile după operație, cu aprobarea medicului.

Tehnica respirației 4-7-8 pentru reglarea sistemului nervos

- Inspiră pe nas timp de 4 secunde
- Ține respirația timp de 7 secunde
- Expiră pe gură lent timp de 8 secunde
- Repetă de 4–6 ori

Această tehnică activează sistemul nervos parasimpatic și poate fi făcută întinsă sau așezată, chiar și în zilele când mișcarea fizică nu este posibilă.



Practici blânde de yoga pentru vindecare
Mai jos sunt trei practici fundamentale, sigure și accesibile, care susțin recuperarea postoperatorie. Ele trebuie abordate cu grijă și pot fi modificate sau întrerupte dacă apar disconforturi.

Fluture restaurativ (Supta Baddha Konasana)

Accesorii: perne, blocuri sau pătri pliabile

- Întinde-te pe spate cu un suport sub coloana vertebrală
- Adu tălpile împreună, lăsând genunchii să cadă lateral, susținuți de accesorii
- Pune o mână pe inimă și una pe burtă
- Rămâi 5–10 minute, respirând profund și lent

Efecte: Deschide delicat zona pelviană, susține fluxul limfatic și facilitează eliberarea emoțională.
Precauție: Dacă simți tensiune în coapse sau abdomen, ridică genunchii mai sus cu perne. Nu forța niciodată deschiderea.

Poziția copilului susținută (Balasana)

Accesorii: perne pentru susținere

- Genuflexează cu degetele mari împreună și genunchii depărtați
- Îndoaie-te înainte și sprijină trunchiul pe o pernă
- Așază fruntea pe sol, brațele întinse sau pe lângă corp
- Efecte: Calmează sistemul nervos și reduce tensiunea din zona lombară.
- Precauție: Evită compresia abdomenului inferior sau pelvian. Folosește suport suplimentar dacă este necesar.

Respirația diafragmatică reclinată

- Întinde-te pe spate cu genunchii îndoiți sau picioarele susținute
- Pune o mână pe piept și una pe burtă
- Inspiră în burtă, lăsând-o să se ridice ușor
- Expiră încet, simțind cum burta coboară
- Efecte: Reglează sistemul nervos, stimulează circulația și reconectează respirația cu corpul.
- Precauție: Dacă respirația profundă este inconfortabilă, observă pur și simplu ritmul natural al respirației.

Începe cu 10–15 minute pe zi, chiar dacă practica este doar de respirație. Crește durata doar în ritmul în care te simți confortabil. Prioritatea este crearea unui sentiment de siguranță și conectare — nu atingerea unor performanțe fizice. Recuperarea nu este un proces liniar, iar yoga în această perioadă trebuie să reflecte asta, cu răbdare și compasiune.

Yoga în perioada postoperatorie nu este doar o practică a mișcării — este o practică a reconectării. În momentele liniștite după operație, când corpul pare străin și fragil, yoga oferă o cale sigură spre acasă, către sine. Prin respirație, prezență și conștientizare blândă, este posibil să reconstruiești încrederea în corp, să reglezi sistemul nervos și să susții o vindecare profundă și durabilă. Abordată cu compasiune și consecvență, yoga devine nu doar un suport în recuperare, ci o sursă de putere, reziliență și reînnoire interioară.

Douăzeci și unu de ani până la diagnostic: De la a fi ignorată la a oferi sprijin altora

Katy Phillips

Founder & Chief Kindness Officer
Endo Buddies CIO



Mi-a luat douăzeci și unu de ani să primesc un diagnostic de endometrioză. Serios, DOUĂZECI ȘI UNU DE ANI!

Douăzeci și unu de ani din viața mea în care nu am fost cu adevărat ascultată când spuneam că mă doare. Douăzeci și unu de ani în care mi s-a spus practic că nu e mare lucru. Douăzeci și unu de ani în care m-am simțit complet singură, în timp ce această boală îmi provoca daune ireparabile în interior. E mult timp să te simți respinsă, să nu fii luată în serios, să nu fii crezută, și sincer, asta mă înfurie.

lădul meu personal a început la 11 ani, când am avut prima menstruație. Nu a fost o intrare blândă în feminitate, cum poate mi-am imaginat naiv. A fost o lovitură brutală. A fost absolut groaznic. Tatăl meu a fost minunat, încercând să mă ajute, dar îmi amintesc doar acea senzație copleșitoare: „Ce mi se întâmplă?!”. De atunci, a fost o luptă continuă să conving pe cineva să mă asculte. Avansăm în timp până la 32 de ani, și singurul motiv pentru care am fost trimisă la un ginecolog a fost pentru că uterul meu nu coopera în încercarea de a face copii. Ca să vezi.

Simptomele mele nu erau subtile. Vorbim de dureri menstruale atât de puternice încât leșinam, plus o săptămână de dureri premenstruale, care erau practic încălzirea pentru „marea” durere (în anii 20 și 30 aveam doar o săptămână „bună” pe lună în care nu mă simțeam atât de rău). Mai era și sciatică – surpriză, nu era „în capul meu”, așa cum un doctor mi-a spus, ci endometrioza care afecta nervul sciatic. Am avut și sângerări nazale lunare, fix ca ceasul, de la 11 până la 39 de ani (se pare că era o coincidență, potrivit unora... bine, atunci?!). Picioare grele și dureroase, dureri de umăr și un sistem digestiv instabil – diagnosticată cu sindrom de colon iritabil, dar s-a dovedit că intestinalele erau răsucite și lipite din cauza endometriozei. Ah, și vezica urinară care funcționa încet și cu pauze. Adaugă la asta o oboseală zdrobitoare, inima frântă din cauza infertilității, și chiar ovulația se simțea ca o mică rebeliune internă. Nu e de mirare că anxietatea și o depresie serioasă au decis să se alăture „petrecerii”.



“ *Serios, endometrioză e cadoul care continuă să dea.*”

Prima mea vizită la ginecolog? Practic, mi s-a spus că nu crede că e ceva în neregulă, dar că tot va face o laparoscopie, ca o favoare. Câteva luni mai târziu, programarea a fost mutată la un specialist în endometrioză. Chiar și asistenta preoperatorie părea să știe situația, spunând că probabil voi reveni. Atunci nu înțelegeam pe deplin cât de cronică este această boală.

Apoi a venit operația. Ginecologul care nu credea că e ceva în neregulă? Mi-a spus că au găsit multă endometrioză. A zis că dacă ar fi făcut el operația, tot ar fi trebuit să revin la specialist pentru că era prea multă și din cauza situației cu intestinul. Deci, nu era în capul meu. În sfârșit, niște răspunsuri.

Am avut în total patru operații, inclusiv o histerectomie radicală la 39 de ani, după ce am încercat literalmente tot – da, am ținut diete, am făcut yoga, am mâncat kale, am băut suc de țelină, am meditat, am luat turmeric... orice ți-ai putea imagina, am încercat.

Deși o histerectomie nu e un leac, faptul că nu mai am dureri de ovulație și menstruație a fost o ușurare enormă, dar acum, după 6 ani, unele simptome revin. Și ghici ce? Chiar dacă am deja un diagnostic, încă trebuie să lupt să fiu luată în seamă din nou.

Și ce mi s-a spus în toți acești ani? Incredibil. „E în capul tău.” „Ești femeie, suportă.” „Probabil ești stresată.” Cel mai rău a fost când un ginecolog mi-a spus „trebuie să rămâi gravidă” după ce i-am spus despre cele 4 încercări eșuate de FIV. Serios? Acest nivel de respingere și insensibilitate te lovește puternic. Am fost supărată și anxioasă mult timp după, și sincer, încă mă afectează.

Până la sfârșitul lui 2018 am renunțat. Pur și simplu eram sătulă. Mi-am pierdut sensul vieții. Nu mai voiam să mai fiu aici. Din fericire, am avut niște prieteni minunați care m-au susținut după ce, în sfârșit, am început să vorbesc cu ei. După o vreme, am decis să folosesc experiența mea dificilă pentru a ajuta alți oameni.

Așa a început Endo Buddies și proiectul Pachetelor de Îngrijire după operație, în 2019. Pentru că am realizat că după operație nu exista... nimic. Nicio informație. Niciun sprijin. Nimic. Așa că am decis să schimb asta. Pachetele sunt o mică îmbrățișare în cutie, conțin lucruri practice precum măști de somn și ceai de mentă (durerea de gaze după laparoscopie nu e de glumă!), dar și lucruri pentru bunăstarea mentală – o jucărie antistres, carduri cu mesaje pozitive și un mini-kit anti-anxietate. Un obiect foarte popular este și un card cu întrebări pentru echipa medicală, pentru că cine își amintește tot ce e util când încă ești amețit după anestezie? Dar, mai important, pentru mulți pacienți, aceste pachete sunt prima dată când se simt susținuți și îngrijiți pe parcursul luptei cu endometrioză.

În 2023, Endo Buddies a devenit o organizație caritabilă înregistrată.

Am trimis deja peste 1000 de aceste cutii mici de sprijin, iar nevoia este încă mare. Pentru că adevărul este că, chiar și acum, ani după diagnostic, oamenii cu endometrioză sunt încă respinși și se simt singuri. Asta mă face să fiu hotărâtă să nu renunț niciodată să lupt pentru schimbare și pentru a oferi sprijin.

De asemenea, am făcut parteneriat cu Shout pentru a oferi servicii de suport pentru sănătatea mentală, pentru că știu ce înseamnă să ajungi la fundul prăpastiei și nu vreau ca nimeni să se simtă fără ieșire.

Am realizat un sondaj de sănătate mentală la finalul anului 2023 care a arătat că 97,5% dintre persoanele cu endometrioză spun că aceasta le-a afectat negativ sănătatea mentală, iar șocant, 53,6% au spus că au avut gânduri de suicid din cauza asta.



De asemenea, am făcut parteneriat cu Shout pentru a oferi servicii de suport pentru sănătatea mentală, pentru că știu ce înseamnă să ajungi la fundul prăpastiei și nu vreau ca nimeni să se simtă fără ieșire. Am realizat un sondaj de sănătate mentală la finalul anului 2023 care a arătat că 97,5% dintre persoanele cu endometrioză spun că aceasta le-a afectat negativ sănătatea mentală, iar șocant, 53,6% au spus că au avut gânduri de suicid din cauza asta.

www.endobuddies.com

Programul de transplant uterin din Marea Britanie: o soluție pentru infertilitate

Mr Benjamin P Jones MBChB BSc (Hons) MRCOG PhD

Consultant Gynaecologist and Fertility Specialist,
Honorary Consultant Gynaecologist,
Imperial College Healthcare NHS Trust
Honorary Clinical Lecturer, Faculty of Medicine,
Department of Metabolism, Digestion and
Reproduction, Imperial College London



Mai bine de 11 ani în urmă, m-am alăturat echipei de transplant uterin din Marea Britanie ca doctorand; curios, plin de speranță și puțin impresionat de ambiția care ne aștepta. Credeam că acest pas îndrăzneț poate transforma medicina reproductivă și, sper, viața multor femei. Am evaluat peste 200 de candidate și am început să aleg pe cele mai potrivite pentru procedură. Explicarea riscurilor unei intervenții chirurgicale majore și a imunodepresiei acestor femei era o realitate dură. Uneori mă întrebam: de ce să îți asumi astfel de riscuri când surogatul sau adopția sunt alte căi spre a deveni părinte? Dar aceste femei ascultau calm, dădeau din cap cu hotărâre și nu se clintiseră niciodată. Curajul lor era copleșitor; nimic din ce spuneam nu le putea descuraja.

În anii de cercetare am devenit și eu tată. Eu și soția mea am avut doi copii și am trăit magia sarcinii și a maternității pe propria piele. Le-am simțit mișcărilor, i-am ținut în brațe imediat după naștere și am trăit o iubire și o legătură care m-au schimbat pentru totdeauna. Atunci am înțeles pe deplin de ce pacienții noștri transplantați erau atât de hotărâți.

După ce am terminat doctoratul și am devenit consultant, m-am alăturat Clinicii de Fertilitate Lister, una dintre cele mai aglomerate și respectate clinici de fertilitate din Marea Britanie. În ultimul deceniu, am avut onoarea să o cunosc pe Grace, prima noastră pacientă cu transplant uterin. În cele din urmă, la 18 luni după transplant, Grace și soțul ei, Angus, au stat din nou în cabinetul meu, așa cum făcuseră cu aproape zece ani înainte, dar de data aceasta pentru transferul de embrioni. Multe lucruri se schimbaseră, însă speranța și încrederea lor erau la fel de puternice.

Ceea ce a început cu un simplu transfer de embrioni s-a încheiat cu lacrimi de bucurie și un bebeluș miracol – o dovadă a speranței, științei și a unei determinări neclintite.

Bebeluș „miracol” născut după ce mama a avut primul transplant de uter din Marea Britanie



PHOTO SOURCE METRO

Transferul de embrioni a fost simplu, aproape anticlimatic. Nouă zile mai târziu, m-am trezit devreme, plin de anticipare. Mesajul ei a luminat telefonul meu: un emoji cu față plângândă. Inima mi s-a strâns. Dar când am deschis mesajul, emoji-ul era sub o poză cu un test de sarcină care arăta „Sarcină, 1-2 săptămâni”. Lacrimile nu erau de tristețe, ci de bucurie! Două săptămâni mai târziu, i-am făcut prima ecografie, iar Grace și Angus au privit uimiți cum vedeau bebelușul pe care li s-a spus că nu îl vor avea niciodată. Dacă acel moment ar avea un emoji, ar fi trei fețe plângând de fericire; eram cu toții extaziați! Șapte luni mai târziu, Grace își ținea în brațe miracolul, pe Amy Isabel.

Dacă acel moment ar avea un emoji, ar fi trei fețe plângând; eram cu toții în extaz!

Șapte luni mai târziu, Grace își ținea în brațe miracolul, pe Amy Isabel.

Pe măsură ce munca noastră în transplantul uterin evoluează, la fel evoluează și îngrijirea femeilor cu alte complicații reproductive, cum ar fi endometrioza. Endometrioza nu înseamnă doar dureri menstruale. Este o afecțiune cronică, adesea neînțeleasă, care afectează până la 10% dintre femeile aflate la vârsta fertilă, dar până la 40% dintre cele care se confruntă cu infertilitatea. Endometrioza poate infiltra ovarele, trompele uterine, intestinul și alte structuri pelviene, provocând o gamă largă de simptome și, în multe cazuri, dificultăți în concepție.

Impactul endometriozei asupra fertilității este complex. Poate distorsiona anatomia pelviană, provoca inflamații, crea cicatrici care blochează sau deteriorează trompele uterine și poate chiar afecta calitatea ovulelor sau implantarea.

În ciuda acestor provocări, există speranță. Tratamentele hormonale pot gestiona durerea, dar nu îmbunătățesc fertilitatea și, ironic, pot întârzia planurile reproductive. Pentru cuplurile care încearcă să conceapă natural, excizia laparoscopică a leziunilor endometriozeice restabilește anatomia și poate îmbunătăți ratele de concepție. Totuși, chirurgia trebuie abordată cu grijă, mai ales când sunt implicate endometrioamele, deoarece îndepărtarea lor poate reduce rezervele ovariene, ceea ce poate afecta numărul de ovule colectate dacă ulterior este nevoie de fertilizare in vitro (FIV).

În cazurile cu endometrioame, mai ales bilaterale, se poate face conservarea fertilității prin congelarea ovulelor sau embrionilor, pentru a păstra opțiunile în cazul unei afectări a rezervelor ovariene după operație.

Una dintre principalele probleme ale endometriozei este riscul de afectare sau blocare a trompelor uterine. Dacă trompele sunt blocate, embrionul nu poate ajunge în uter pentru implantare. De aceea, evaluarea timpurie a trompelor, printr-un examen cu raze X numit histerosalpingogramă sau prin ecografie specializată, numită HyCoSy, este importantă. Interesant este că ratele de sarcină pot crește chiar în 3-6 luni după aceste proceduri, probabil datorită efectului mecanic de curățare a trompelor, deci există mai multe motive să le luăm în considerare.

La fel de important este să evaluăm fertilitatea partenerului masculin. Aproximativ 25% din cazurile de infertilitate au cauze masculine, așa că un simplu test de spermă efectuat devreme poate economisi timp și poate ghida acțiunile potrivite.

Dacă concepția naturală nu are succes, FIV poate depăși multe dintre obstacolele cauzate de endometrioză. În cazurile de afectare severă a trompelor, FIV este adesea singura cale viabilă. Când calitatea spermei este slabă, injectarea intracitoplasmatică a spermatozoizilor (ICSI) poate depăși problema. Este important de menționat că FIV nu crește riscul de recurență a endometriozei, oferind astfel liniște celor care trebuie să urmeze acest traseu.

Drumul reproducător prin endometrioză poate fi uneori incert și emoțional obositor. Aceste femei, la fel ca și cele care trec prin transplant de uter, sunt curajoase și inspiratoare. Rezistența pe care am văzut-o la pacienții mei cu transplant se reflectă în multe dintre pacientele mele care se luptă cu subfertilitatea legată de endometrioză: o hotărâre neclintită de a deveni mamă. Indiferent dacă fertilitatea este restabilită prin chirurgie, FIV, transplant sau doar prin primirea sfatului și a sprijinului potrivit la momentul potrivit, fiecare drum spre a deveni părinte contează.



Sângerarea menstruală abundentă ca semnal de alarmă clinică

De ce menstruațiile care îți perturbă viața merită o atenție mai serioasă

„Am crezut că am ghinion.”

Așa spun multe femei despre menstruațiile lor abundente. Ani de zile se adaptează – poartă haine de schimb, evită planurile sociale și își organizează programul de muncă în funcție de ciclul menstrual. Este o poveste comună: viața se învârtă în jurul menstruației, nu invers. Dar sângerarea menstruală abundentă (SMA) nu este doar un inconvenient. Este o afecțiune medicală – și poate fi un semnal de alarmă care merită o investigație adecvată.

Ce este sângerarea menstruală abundentă?

Sângerarea menstruală abundentă afectează până la 1 din 4 femei aflate la vârsta reproductivă și reprezintă una dintre principalele cauze de trimitere către servicii ginecologice. Totuși, uneori este ignorată sau gestionată necorespunzător. Din punct de vedere clinic, SMA se definește ca pierderea excesivă de sânge menstrual care interferează cu calitatea vieții unei femei – fizic, emoțional sau social. Semnele cheie includ:

- Schimbarea absorbantelor sau a tampoanelor la fiecare două ore sau mai des
- Nevoia de a folosi două metode de protecție simultan (absorbante și tampoane)
- Sângerări ce durează mai mult de 8 zile
- Eliminarea de cheaguri mari de sânge
- Trezirea noaptea pentru a schimba absorbantul
- Pătarea hainelor
- Oboseală, amețeli sau dificultăți de respirație (posibil anemie)



Dr. Talat Uppal



Sophia Guinness, MSc

Deși este o afecțiune frecventă, multe femei nu realizează că sângerarea lor este anormală, iar medicii nu pun întotdeauna întrebările potrivite pentru a identifica problema.

Sângerarea abundentă și endometrioza: o legătură ascunsă

Sângerarea abundentă nu este cel mai cunoscut simptom al endometriozei, o afecțiune în care țesut asemănător mucoasei uterine crește în afara uterului. Cu toate acestea, multe femei cu endometrioza experimentează SMA — mai ales dacă au și adenomioză, o condiție în care țesutul endometrial infiltrază peretele muscular al uterului și în care SMA este un simptom frecvent. Studiile estimează că aproximativ o treime din femeile cu endometrioza au și adenomioză.

SMA poate fi singurul simptom raportat sau cel trecut cu vederea în favoarea unor semne „mai clasice” precum durerea pelvină sau menstruațiile dureroase. Recunoscând SMA ca parte a spectrului endometriozei, putem reduce întârzierile în diagnostic și oferi o îngrijire mai completă.

Standardele clinice: ce ar trebui să aștepte pacientele

Standardul clinic pentru sângerarea menstruală abundentă, dezvoltat de Comisia Australiană pentru Siguranță și Calitate în Îngrijirea Sănătății, descrie cele mai bune practici pentru evaluare și tratament.

O evaluare completă trebuie să includă istoricul medical, examenul pelvin (când este cazul), testarea sarcinii și analiza fierului în sânge. Investigații suplimentare, precum ecografia pelvină (ideal între zilele 5-10 ale ciclului), pot fi necesare pentru a evalua mucoasa uterină și pentru a identifica cauze structurale.

Tratamentul medicamentos, inclusiv sistemul intrauterin cu levonorgestrel (LNG-IUS), trebuie oferit când este potrivit. Deciziile trebuie să fie luate împreună cu pacienta, care trebuie informată și respectată în alegerile sale. Trimiterea la un specialist este indicată dacă există suspiciuni de malignitate, patologii semnificative sau dacă simptomele persistă după șase luni de tratament.

Două povești, două rezultate

Într-un exemplu publicat de Comisia Australiană, Lin, în vârstă de 38 de ani, cu SMA de-a lungul vieții, a făcut mai multe ecografii și în final o histerectomie — fără a i se oferi opțiuni mai puțin invazive. A pierdut zile de muncă, a suportat costuri mari și s-a simțit neajutorată.

În schimb, verișoara ei Kathy a mers la un medic care a urmat Standardul de Îngrijire: a fost evaluată corect, i s-a oferit informație scrisă și i s-a prescris un tratament medicamentos în timp ce se făceau investigații. Kathy a ales ulterior un LNG-IUS și a raportat o îmbunătățire dramatică a calității vieții — totul fără intervenție chirurgicală.

Tratament: medical, radiologic și chirurgical

Nu există un tratament universal valabil, dar opțiunile trebuie discutate transparent:

- Tratamente medicamentoase: acid tranexamic, antiinflamatoare, contraceptive hormonale sau LNG-IUS
- Opțiuni chirurgicale minim invazive: ablarea endometrială, îndepărtarea polipilor sau fibroamelor histeroscopice
- Tratament radiologic: embolizarea arterei uterine
- Chirurgie: histerectomia poate fi potrivită dacă alte tratamente eșuează sau la preferința pacientei, dar nu trebuie să fie opțiunea de primă linie

Ziua Internațională a Sângerării Menstruale Abundente a fost stabilită pe 11 mai de către Dr. Talat Uppal și inițiativa Bleed Better. Această zi are ca scop creșterea gradului de conștientizare, combaterea stigmatului și încurajarea conversațiilor deschise despre sănătatea menstruală. De asemenea, își propune să încurajeze femeile să solicite sfaturi medicale la timp și să aibă acces la îngrijiri adecvate, inclusiv la investigații pentru afecțiuni de bază precum fibroamele, endometrioza sau tulburările de coagulare. Sănătatea menstruală este o parte esențială a stării generale de bine și nu ar trebui ignorată.

Un apel la acțiune: întreabă, susține, acționează

Sângerarea menstruală abundentă nu este ceva cu care trebuie să te obișnuiești. Este un semnal clinic – uneori al unor afecțiuni serioase – și merită o evaluare amănunțită și respectuoasă. Fie că ești pacientă sau medic, momentul să acționezi este acum.

Pentru paciente:

- Notează-ți simptomele
- Nu minimaliza impactul sângerării asupra vieții tale
- Întreabă medicul despre toate opțiunile de tratament

Pentru medici:

- Folosiți un instrument structurat pentru anamneză și evaluare
- Oferiți tratamente bazate pe dovezi, în conformitate cu Standardul Clinic
- Asigurați-vă că paciente sunt informate, au opțiuni și că decizia este luată împreună cu ele

Să schimbăm povestea. Sângerarea menstruală abundentă nu este doar o povară pentru femei – este o problemă de sănătate care are soluții reale. Cu mai multă conștientizare, îngrijire structurată și comunicare centrată pe pacientă, putem face în așa fel încât nimeni să nu mai sufere în tăcere.

References:

1. Fraser IS, Mansour D, Breyman C, Hoffman C, Mezzacasa A, Petraglia F. Prevalence of heavy menstrual bleeding and experiences of affected women in a european patient survey. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2015 Mar;128(3):196–200.
2. Habiba M, Guo S-W, Benagiano G. Are adenomyosis and endometriosis phenotypes of the same disease process? *Biomolecules*. 2023 Dec 25;14(1):32.
3. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Heavy Menstrual Bleeding Clinical Care Standard. Sydney: ACSQHC; 2024.



Vocea din spatele mișcării pentru endometrioză din Kenya

Elsie Wandera

Fondatoarea Fundației pentru Endometrioză din Kenya



Ne poți povesti despre parcursul tău personal cu endometrioza și când ai început să observi primele simptome?

Călătoria mea cu endometrioza a început cu mult timp înainte să știu ce este. La 16 ani, aveam dureri insuportabile, lipseam de la școală și mi se spunea că este „doar parte din a fi femeie.” Abia la 26 de ani am fost diagnosticată oficial, după ani de simptome inexplicabile și nenumărate vizite la medici. Până atunci, boala era deja într-un stadiu avansat. Am trecut prin patru intervenții chirurgicale, mi-am pierdut ovarele și trăiesc acum cu efectele menopauzei chirurgicale. Acea durere—nu doar fizică, ci și emoțională și invizibilă—m-a determinat să devin o voce activă pentru cei afectați.

Fiind o femeie de culoare care trăiește cu endometrioză, în ce mod au fost diferite experiențele tale și crezi că există provocări specifice în comunitatea de culoare în ceea ce privește diagnosticarea și conștientizarea acestei afecțiuni?

Absolut. Există o tăcere adânc înrădăcinată în multe comunități de culoare în ceea ce privește durerea menstruală. Suntem adesea învățați să îndurăm, să nu vorbim. Iar părtinirea medicală agravează situația—durerea femeilor de culoare este prea des ignorată sau minimizată. Ani de zile nu am fost crezută. Există o lipsă de reprezentare în cercetare, campanii de conștientizare și în modelele de îngrijire clinică.

Această invizibilitate întârzie diagnosticarea și tratamentul. Misiunea mea este să schimb asta—pentru că merităm să fim văzute, auzite și vindecate.

Ce te-a inspirat să fondezi Endometriosis Foundation of Kenya (EFK) și cum a contribuit fundația la creșterea conștientizării despre endometrioză în Kenya și dincolo de granițele ei?

Fundația a luat naștere din povestea mea personală—una care, din păcate, reflectă experiența multor alte femei. După ani de dureri inexplicabile, multiple intervenții chirurgicale, pierderea ovarelor și intrarea în menopauză chirurgicală, am realizat că tragedia cea mai mare nu este boala în sine, ci tăcerea din jurul ei. Nu puteam să țin acea durere doar pentru mine. Am vrut să-i dau un scop.

Am fondat Fundația pentru a crea ceea ce mi-a lipsit mie în tinerețe: un spațiu sigur, vizibil și informat pentru educație, sprijin și advocacy. Scopul nostru a fost mereu să normalizăm conversația și să „denormalizăm” durerea. În societățile africane, durerea menstruală este deseori minimalizată, iar tăcerea este considerată o formă de putere.



“

Am fondat Fundația pentru a crea ceea ce mi-aș fi dorit să am când eram mai tânără: un spațiu sigur, vizibil și informat pentru educație, sprijin și advocacy.

**Elsie
Wandera**

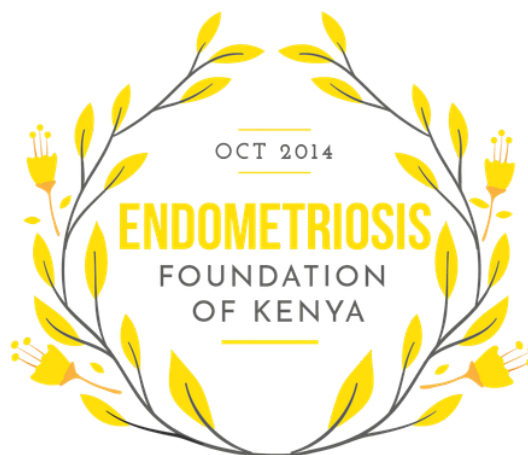
Una dintre cele mai importante inițiative ale noastre este campania #SpreadTheYellow. Galbenul este culoarea globală pentru conștientizarea endometriozei, iar prin această campanie am reușit să aducem oamenii împreună, să creștem vizibilitatea și să unificăm vocile comunității, atât online cât și offline. În fiecare martie, în timpul Lunii de Acțiune pentru Endometrioza, și nu numai, mobilizăm școli, locuri de muncă și chiar cadre medicale să poarte galben și să vorbească deschis.

Am organizat sesiuni de învățare, webinarii și întâlniri fizice care explică boala pe înțelesul tuturor. Am apărut în media națională și internațională, am vorbit la universități și conferințe, și am contribuit la publicații academice precum JEPP, unde am subliniat nevoia unei abordări multidisciplinare. De asemenea, am fost inclusă în cărți și campanii de storytelling care documentează realitatea femeilor cu endometrioza—pentru că poveștile vindecă, dar trag și sistemele la răspundere.

Folosim toate platformele disponibile—radio, TV, social media, presă scrisă—pentru a schimba percepția publică și pentru a oferi cunoștințe reale. Fie că educăm fete tinere, instruim consilieri școlari sau informăm jurnaliști, obiectivul nostru este să schimbăm cultura, politica și practica în același timp.

Fundația noastră nu este doar un răspuns la o problemă medicală—este un răspuns la un eșec sistemic. Suntem aici să spunem: Nu îți imaginezi. Nu ești singură. Există o comunitate care luptă pentru dreptul tău de a trăi fără durere. Acesta este motivul nostru. Este motivul meu.

„Nu am pornit în această misiune ca să învinovățim pe cineva. Am venit să umplem golul.”



Care a fost reacția inițială a comunității și a profesioniștilor din domeniul medical când ai început să militezi pentru o mai bună înțelegere și tratament al endometriozei în Kenya?

La început, a fost o luptă grea. Tăcerea în jurul endometriozei era asurzitoare, chiar și în rândul profesioniștilor din sănătate. Când am început să contactez ginecologi și alți specialiști pentru colaborări în campanii de conștientizare, mulți au refuzat sau s-au distanțat. Un răspuns comun era că „endometrioza nu are cauză cunoscută sau tratament,” iar unii chiar sugerau sfaturi învechite și dăunătoare precum „doar să rămâi însărcinată.” Era clar că nu doar că lipsea cunoașterea, dar și dorința de a confrunta ceea ce nu se înțelegea.

Mulți nu doreau să fie asociați cu Fundația pentru că a recunoaște problema public ar fi însemnat, poate, să admită că au ratat diagnostice în practica lor. Dar nu am pornit să învinuim pe nimeni—ci să umplem un gol. De aceea am investit intenționat în învățare, parteneriate cu specialiști și cercetare globală, rămânând în același timp ancorați în experiențele reale ale pacientelor.

Acum, lucrurile se schimbă treptat. Din ce în ce mai multe femei își împărtășesc curajos poveștile. Social media, în special în timpul lunii de acțiune, a devenit un instrument puternic. Vedem acum și medici care vorbesc deschis despre boală, ceea ce e esențial. Totuși, există o tensiune: unii specialiști se poziționează acum ca experți, deși anterior nu au susținut cauza. Dar noi nu suntem autoritatea care verifică competența în sănătate—rolul nostru este să capacitem comunitatea să pună întrebările corecte, să ceară îngrijire mai bună și să-și cunoască drepturile ca pacienți.

Chiar dacă am înregistrat progrese, nu confundăm vizibilitatea cu parteneriatul.



Colaborarea cere mai mult decât o postare—cere prezență constantă pentru pacient. Și asta vom continua să facem, cu sau fără aplauze.

Endometrioza este adesea neînțeleasă și subdiagnosticată, mai ales în comunitățile marginalizate. Care sunt schimbările esențiale pe care speri să le vezi în modul în care endometrioza este recunoscută și tratată în Kenya și alte țări africane?

Avem nevoie de programe de screening mai devreme, includerea obligatorie a endometriozei în pregătirea medicală și politici care să prioritizeze sănătatea menstruală și reproductivă.

Una dintre cele mai urgente priorități este formarea personalului medical aflat în prima linie—în special asistentele, care sunt adesea primul punct de contact pentru fetele și femeile care suferă. Acestea au nevoie de instrumentele necesare pentru a recunoaște semnele endometriozei din timp și pentru a răspunde cu empatie și precizie clinică.

De asemenea, avem nevoie de educație medicală continuă pentru medici, investiții în cercetare condusă de africani (pentru că datele ghidează politicile) și de modele de îngrijire centrate pe pacient care tratează endometrioza nu doar ca pe o afecțiune ginecologică, ci ca pe o problemă sistemică, bio-psiho-socială. Scopul este diagnosticarea precoce, tratamentul echitabil și demnitatea în îngrijire. y diagnosis, equitable treatment, and dignity in care.

Cum ți-a influențat experiența ca pacientă cu endometrioza abordarea în ceea ce privește sistemul de sănătate, atât personal cât și în activitatea de advocacy pentru alții?

M-a făcut profund compasivă și neînfricată. Înțeleg trauma care vine din faptul că nu ești crezută. De aceea susțin o îngrijire holistică, informată de traumă.

În mai 2025, am avut onoarea de a fi numită Co-Președintă a Organizațiilor Mondiale pentru Endometrioza—un moment de referință nu doar pentru mine, ci pentru Kenya și întregul continent african. Acest lucru s-a întâmplat în cadrul celui de-al 16-lea Congres Mondial despre Endometrioza, desfășurat la Sydney, Australia. Este un semnal clar că vocile noastre sunt în sfârșit recunoscute la nivel global.

Ce rol crezi că au credințele culturale sau normele sociale în stigmatizarea endometriozei și cum putem lucra împreună pentru a schimba această narațiune?

Normele culturale au un impact uriaș. În multe comunități, menstruația este un subiect tabu. Durerea este normalizată. Infertilitatea este stigmatizată. Această tăcere ucide—nu doar visuri, ci vieți. Pentru a schimba narațiunea, avem nevoie de educație la toate nivelurile, colaborare între lideri religioși, furnizori de servicii medicale și mass-media. Trebuie să ne spunem poveștile cu curaj și să-i includem pe bărbați în conversație—pentru că endometrioza nu este doar o problemă a femeilor, ci o problemă de drepturi ale omului.



Privind spre viitor, care sunt obiectivele pentru Endometriosis Foundation of Kenya (EFK) și cum poate comunitatea globală să sprijine eforturile voastre în susținerea pacienților cu endometrioză?

Obiectivele noastre sunt lansarea unui Centru de Resurse pentru Endometrioză, desfășurarea de programe de intervenție în zonele rurale și promovarea includerii endometriozei în politicile publice la nivelul Ministerului Sănătății.

În calitate mea de Co-Președintă a Organizațiilor Mondiale pentru Endometrioză, îmi propun, de asemenea, să întăresc parteneriatele globale și să mă asigur că Africa are un loc permanent la masa deciziilor.

Comunitatea internațională ne poate sprijini prin finanțarea cercetării, amplificarea vocilor pacientelor și colaborarea transfrontalieră. Avem nevoie de solidaritate, nu de caritate—de acțiune comună, nu de simpatie.



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!**



Asociația
persoanelor cu
Endometrioză

Asociația Persoanelor cu Endometrioză

WWW.ENDOROMANIA.ORG