

ENDOLIFE

ASOCIAȚIA
PERSOANELOR CU
ENDOMETRIOZĂ

— REVISTA DIGITALA

DR TAMARA SAVA

Endometrioza. Între
speranță și teamă

RACHEL BISHOP

Nu suntem titlul tău de știre

DR GEORGE KOLOVOS

Adenomioza: De ce sunt
importante conștientizarea
și diagnosticul timpuriu

DR ROXANA DUMITRIU-STAN

Echilibrul Hormonal și
Endometrioza

DR ALEJANDRO JALLER

Diagnosticul imagistic în
endometrioza: Ce ne spune
acesta?

DR MOHAMED OTIFY

Întrebarea care te ține trează
noaptea: poate endometrioza
să se transforme în cancer?

20 de ani DE LUPTĂ CU Endometrioza

AM TRECUT PRIN DIAGNOSTICE GREȘITE, OPERAȚII,
PIERDERI ȘI ANI DE DURERE CONTINUĂ, DAR UNDEVA,
ÎN TOT ACEST DRUM, AM ÎNVĂȚAT SĂ REZIST.

Adela Băjan

DIN TIMP PENTRU TINE

Grup de Facebook

EDUCAM



SPRIJINIM



AJUTAM



Parte din programul de prevenire si
imbunatatire a calitatii vietii la femeile
suferinde de endometrioza si
adenomioza

GASESTE-NE PE FACEBOOK

**UNDE PUTEȚI ȚINE PASUL CU ACTIVITATEA
NOASTRĂ ȘI CU NOÛTĂȚILE DIN REVISTA NOASTRĂ:**



**ASOCIATIA PERSOANELOR CU
ENDOMETRIOZA**



ENDOMETRIOZA ROMANIA



www.endoromania.org

Revista digitala EndoLife este un proiect educational non-profit al Asociatiei Persoanelor cu Endometrioza. Revista va fi publicata periodic.

Aceasta editie contine articole scrise de medici, sustinatori ai persoanelor cu endometrioza si profesionisti din domeniul sanatatii.

Concept: Camelia Serban

Drepturi de autor: Asociatia Persoanelor cu Endometrioza

Revista EndoLife a luat toate masurile necesare pentru a se asigura ca toate informatiile prezentate aici sunt corecte la momentul publicarii, insa acestea nu inlocuiesc sfatul medical. Informatiile furnizate au exclusiv scop educational si nu sunt destinate diagnosticarii si/sau tratamentului. EndoLife recomanda consultarea unui specialist in endometrioza daca suferiti de aceasta afectiune.

Cuprins

- 06** **Alejandro Jaller, MD**
Diagnosticul imagistic în endometrioză: Ce ne spune?
- 09** **Dr. med. Georgios Kolovos**
Adenomioza: De ce conștientizarea și diagnosticul precoce sunt importante
- 11** **Dr Mohamed Otify**
Întrebarea care te ține treaz noaptea: poate endometrioza să se transforme în cancer?
- 14** **Psih Adela Bajan**
Povestea Adelei: 20 ani de luptă cu endometrioza
- 18** **Dr Bogdan Șorop**
Rolul pacientei informate în drumul spre diagnostic și tratament
- 20** **Dr Tamara Sava**
Endometrioza: Între speranță și teamă
- 22** **Dr Roxana Stan**
Echilibrul Hormonal și Endometrioza
- 28** **Irina Cristina Foia**
Cum ne protejăm stomacul atunci când luăm multe medicamente?
- 30** **Dr Cristina Damian**
Adenomioza: Inamicul tăcut și indicatorul de severitate
- 34** **Dr Cristiana Odukoya**
Cum afectează schimbările hormonale simptomele endometriozei?
- 37** **Emad Mikhail, MD, FACOG, FACS**
Recidiva endometriozei
Factori de risc, prevenție și management pe termen lung
- 42** **Dr Anca Ionescu**
Endometrioza asociată durerii pelvine cronice: abordare multidisciplinară și intervențională în terapia durerii
- 45** **Dr Amer Raza**
Când ajută chirurgia — și când nu: luarea deciziei corecte în endometrioză
- 48** **Dr Denis Tsepov**
Tipuri de endometrioză și impactul lor
- 50** **Dr Wendeline VanBuren**
Revoluția în endometrioză: cum imagistica mai performantă ajută la scurtarea drumului până la diagnostic

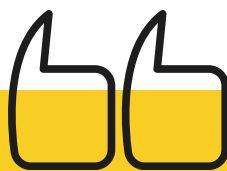
Bine ați venit la cea de-a 9-a ediție a revistei Endolife

După o pauză necesară, ne reluăm călătoria educațională și avem bucuria de a lansa încă un număr remarcabil, plin de informații oferite de specialiști din întreaga lume. Fiecare ediție continuă să crească datorită colaborării dintre clinicieni, cercetători și pacienți care împărtășesc același obiectiv de a îmbunătăți înțelegerea și îngrijirea în endometrioză.

Avem și vești importante de menționat. Din octombrie anul trecut suntem acum o organizație caritabilă înregistrată oficial în Regatul Unit, așa că bun venit Asociației pentru Persoanele cu Endometrioză. Acest pas marchează o etapă importantă pentru comunitatea noastră și ne consolidează capacitatea de a susține, educa și sprijini persoanele care trăiesc cu această afecțiune. În ceea ce privește activitățile noastre, continuăm să fim ocupați.

Anul acesta am organizat a doua conferință națională pentru pacienți, cu 300 de participanți și 21 de speakeri, creând un spațiu pentru învățare, discuții și conectare între pacienți și specialiști. Am lansat webinarii de prevenție, menite să crească gradul de conștientizare, recunoașterea timpurie a simptomelor și strategii de auto-gestionare care pot face o diferență reală în viața de zi cu zi.

De asemenea, am creat un grup dedicat pe Facebook axat pe prevenție și îmbunătățirea calității vieții, unde pacienții pot împărtăși experiențe, pot pune întrebări și pot găsi sprijin într-un mediu sigur și informat.



Privind înapoi, rămânem dedicați extinderii resurselor noastre educaționale, consolidării sprijinului comunității și continuării eforturilor pentru un diagnostic mai precoce și pentru căi de îngrijire mai bune pentru toate persoanele afectate de endometrioză.

Camelia Serban

Diagnosticul imagistic în endometrioză: Ce ne spune?

Alejandro Jaller, MD

Medic ginecolog | Expert în endometrioză
Specialist în imagistica endometriozei
EndoGyne Endometriosis Center
Barranquilla – Columbia



Există un anumit tip de durere cu care multe femei învață să trăiască înainte să afle cum se numește. Se ascunde în spatele unor expresii precum „menstruații dureroase” sau „digestie sensibilă”, modelând în tăcere viața de zi cu zi. Timp de mulți ani, endometrioza era o afecțiune care putea fi cu adevărat văzută doar în timpul intervenției chirurgicale. Astăzi, acest lucru se schimbă. Începem să o depistăm mai devreme, mai clar și—poate cel mai important—înainte să fure și mai mult timp.

Dacă te-ai întrebat vreodată cum „văd” medicii endometrioza fără intervenție chirurgicală, răspunsul stă în două instrumente puternice: ecografia și rezonanța magnetică (RMN). Aceste tehnici sunt adesea comparate, uneori chiar puse în competiție. În realitate, ele se află pe același nivel—simple modalități diferite de a privi aceeași boală.

Ecografia, în special ecografia transvaginală, este adesea primul contact cu diagnosticul. Este o investigație rapidă, dinamică și, în mâini experimentate, remarcabil de precisă. Însă nu este o simplă „privire rapidă”. O ecografie reală pentru endometrioza este o explorare atentă. Ea presupune înțelegerea modului în care organele sunt relaționate între ele, cum se mișcă și, uneori, cum nu se mai mișcă. Necesită pregătire, recunoașterea tiparelor și experiență acumulată în timp.

Una dintre cele mai frecvente descoperiri este endometriomul. Aceste chisturi ovariene, pline cu sânge vechi, au un aspect caracteristic de „sticlă mată” (ground glass). Ele reprezintă adesea primul semn vizibil al bolii. Pentru multe paciente, acesta este momentul în care simptomele capătă un nume. Totuși, endometrioza este rar limitată doar la ovare.

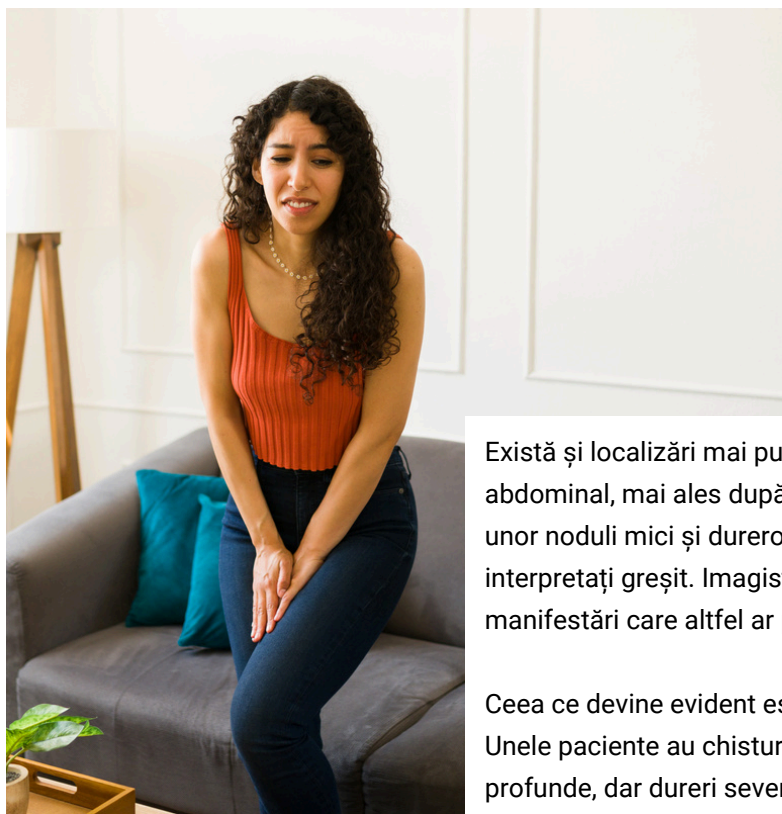
Formele mai complexe sunt, de obicei, mai profunde. Ele implică ligamentele din spatele uterului, intestinul și vezica urinară. La ecografie, aceste leziuni pot apărea ca mici noduli neregulați. Uneori sunt discrete. Alteori deformează anatomia sau limitează mobilitatea structurilor. Un element esențial este așa-numitul „sliding sign”. Într-un pelvis sănătos, organele alunecă ușor unele pe lângă altele. Când endometrioza este prezentă, această mișcare poate fi redusă sau absentă. Este un semn discret, care explică adesea dureri intense.

RMN-ul adaugă o altă perspectivă. Nu mai bună, nu superioară — ci complementară. Dacă ecografia este dinamică și în timp real, RMN-ul oferă o hartă anatomică mai amplă. Ne permite să explorăm zone care sunt mai greu de evaluat dinamic, oferind profunzime și context. Atunci când este realizat și interpretat de specialiști în imagistica endometriozei, RMN-ul confirmă și completează ceea ce ecografia a sugerat deja.

În multe cazuri, ambele tehnici descriu aceeași boală în moduri diferite. Ecografia poate identifica un ovar fixat sau un nodul dureros. RMN-ul poate arăta cât de departe se extinde acea leziune în structurile din jur. Împreună, ele creează o imagine mai completă. Separat, își păstrează totuși valoarea. Cheia nu este alegerea uneia în detrimentul celeilalte, ci asigurarea că metoda folosită este realizată corect.

Endometrioza intestinală ilustrează foarte clar acest lucru. Multe paciente trăiesc ani de zile cu simptome digestive înainte de a primi un diagnostic. Ecografia, atunci când este efectuată de un examinator experimentat, poate detecta noduli care afectează peretele intestinal și poate evalua comportamentul acestora în timpul examinării. RMN-ul completează această evaluare prin cartografierea extinderii și profunzimii infiltrației. Combinația celor două poate transforma incertitudinea în claritate.

„A vedea boala poate fi validant. Pentru multe paciente, acesta este primul moment în care durerea lor este transpusă în ceva vizibil.”



Tractul urinar este o altă zonă importantă. Endometrioza poate afecta vezica urinară, provocând durere la umplere sau la urinare, sau ureterele, uneori fără simptome evidente. Aici imagistica devine esențială nu doar pentru diagnostic, ci și pentru prevenirea complicațiilor. Depistarea precoce a acestor leziuni poate modifica semnificativ evoluția.

Există și localizări mai puțin așteptate. Endometrioza în cicatricile peretelui abdominal, mai ales după operații de cezariană, se poate manifesta sub forma unor noduli mici și dureroși. Aceștia sunt adesea trecuți cu vederea sau interpretați greșit. Imagistica leagă simptomele de cauză, oferind sens unor manifestări care altfel ar putea fi ignorate.

Ceea ce devine evident este faptul că endometrioza nu urmează un singur tipar. Unele paciente au chisturi mari și simptome ușoare. Altele au leziuni mici, profunde, dar dureri severe. Imagistica nu măsoară suferința, dar ne ajută să înțelegem distribuția bolii și impactul ei potențial.

Și aici expertiza devine decisivă. O examinare efectuată fără pregătire specifică în endometrioza poate părea complet normală. Aceeași investigație, realizată de un specialist, poate evidenția semne subtile, dar semnificative. A ști unde să cauți, cum să aplici presiune, cum să interpretezi mișcarea — acestea nu sunt detalii. Ele fac diferența dintre a vedea și a rata boala.

Astăzi, imagistica nu mai înseamnă doar confirmarea unui diagnostic. Ea ghidează deciziile. Ajută la definirea strategiilor de tratament, la anticiparea complexității chirurgicale și, uneori, la evitarea unor intervenții inutile. Permite o abordare mai individualizată.

Există și un alt aspect. A vedea boala poate fi validant. Pentru multe paciente, este primul moment în care durerea lor este transpusă în ceva vizibil. Ceva ce poate fi explicat. Nu mai suntem limitați la a descoperi endometrioza doar în sala de operație. Cu ajutorul ecografiei și RMN-ului, utilizate cu aceeași valoare și în mâini experimentate, o putem identifica mai devreme și o putem înțelege mai bine.

Și, uneori, această înțelegere este locul de unde începe adevărata schimbare.

„Nu aparatul contează, ci expertiza din spatele lui.”



Adenomioza: De ce conștientizarea și diagnosticul precoce sunt importante

Dr. med. Georgios Kolovos

Medic primar consultant în Obstetrică și Ginecologie
Spitalul Bürgerspital Solothurn
Solothurn, Elveția

Afilieri profesionale:

- Bürgerspital Solothurn, Solothurn
 - University Hospital of Bern, Berna, Elveția
- Membru al Societății de Endometrioză și Afecțiuni Uterine

LinkedIn: @Georgios Kolovos

Cât de frecventă este adenomioza?

Studii recente sugerează că adenomioza afectează aproximativ 15–20% dintre femei, în special pe cele aflate la vârsta reproductivă. Boala este chiar mai frecventă la femeile cu menstruații dureroase, sângerări menstruale abundente, infertilitate sau endometrioză. Aproximativ 40% dintre femeile cu endometrioză pot avea și adenomioză.



Simptome și impactul asupra vieții de zi cu zi

Cele mai frecvente simptome includ:

- Menstruații dureroase (dismenoree)
- Durere pelvină cronică
- Sângerări menstruale abundente sau prelungite
- Durere în timpul actului sexual
- Infertilitate

Cu toate acestea, aproximativ o treime dintre paciente pot să nu prezinte niciun simptom, ceea ce poate întârzia diagnosticul. Boala poate avea un impact semnificativ asupra calității vieții, ducând la oboseală, suferință emoțională, durere cronică, absenteism la locul de muncă, la școală și în activitățile zilnice.

Diferite tipuri de adenomioză

Studii recente sugerează că adenomioza nu este aceeași la toate pacientele. Diferite forme ale bolii pot provoca simptome diferite și pot răspunde diferit la tratament. Unele tipuri afectează partea internă a uterului, în timp ce altele afectează zonele externe și sunt mai puternic asociate cu endometrioza și infertilitatea.



Tehnicile imagistice îmbunătățite, precum ecografia transvaginală și RMN-ul, ne ajută în practica zilnică să recunoaștem adenomioza mai devreme și mai precis decât în trecut.

Relația cu endometrioza

Adenomioza coexistă frecvent cu endometrioza, în special cu formele severe cunoscute sub numele de endometrioză profund infiltrativă. Atunci când ambele afecțiuni sunt prezente, simptomele sunt adesea mai severe și mai dificil de tratat. Pacientele cu adenomioză și endometrioză pot continua să resimtă durere chiar și după intervenție chirurgicală sau tratament hormonal adresat doar endometriozei. Acest lucru evidențiază importanța căutării adenomiozei la pacientele cu simptome persistente.

Fertilitate și sarcină

Adenomioza a fost asociată cu fertilitate redusă și cu rezultate mai puțin favorabile în timpul sarcinii. Studiile arată riscuri crescute de:

- Avort spontan
- Naștere prematură
- Preeclampsie
- Naștere prin cezariană
- Nou-născuți cu greutate mică pentru vârsta gestațională

Din acest motiv, monitorizarea atentă în timpul sarcinii este importantă pentru pacientele diagnosticate cu adenomioză.

Opțiuni actuale de tratament

În prezent nu există un medicament aprobat specific pentru adenomioză. Tratamentul este, de regulă, orientat către ameliorarea simptomelor și păstrarea fertilității atunci când acest lucru este dorit.

Tratamentele medicamentoase pot include:

- Contraceptive hormonale orale
- Progestative
- Dispozitiv intrauterin cu eliberare de levonorgestrel (LNG-IUD)
- Agoniști sau antagoniști de GnRH

Dintre acestea, dispozitivul intrauterin hormonal (DIU) pare a fi una dintre cele mai eficiente opțiuni pentru reducerea durerii și a sângerărilor menstruale abundente.

Pentru pacientele cu simptome severe care nu răspund adecvat la terapia medicamentoasă, pot fi luate în considerare proceduri minim invazive. Acestea includ ablația prin radiofrecvență (RFA), o tehnică promițătoare de preservare a uterului, utilizată în prezent off-label pentru tratamentul adenomiozei. În cazurile severe, histerectomia poate fi încă necesară, în special atunci când dorința de a avea copii nu mai există sau este completată.

De ce este nevoie de mai multă conștientizare?

În ciuda faptului că afectează milioane de femei la nivel global, adenomioza rămâne subdiagnosticată și mai puțin studiată comparativ cu alte afecțiuni ginecologice precum endometrioza. Multe paciente trec prin ani de simptome înainte de a primi un diagnostic. Ca specialiști, avem un rol esențial în creșterea gradului de conștientizare, recunoașterea precoce a simptomelor și oferirea unui diagnostic corect și la timp, pentru a îmbunătăți rezultatele și calitatea vieții pacientelor.

Întrebarea care te ține treaz noaptea: poate endometrioza să se transforme în cancer?

Dr Mohamed Otify

Medic ginecolog consultant și chirurg ginecologic oncolog, FRCOG

Este o întrebare care apare de obicei în orele liniștite ale nopții. Durerea revine, derulezi pe telefon căutând orice ar putea ajuta, iar undeva între un videoclip despre „seed cycling” și o postare de pe un forum din 2016, cineva menționează „cuvântul cu C”. Și apoi nu mai poți să nu-l vezi peste tot.

Sunt ginecolog specializat în chirurgie oncologică. Am grijă de femei cu endometrioză și am grijă de femei cu cancer ovarian, iar uneori — rar — de aceeași pacientă. Așa că vreau să stau de vorbă cu tine și să îți spun ce arată cu adevărat cercetările, pentru că meriți mai mult decât căutările de la 3 dimineața.

Iată varianta scurtă: da, există o legătură. Nu, nu înseamnă ceea ce te temi că înseamnă. Acum varianta mai lungă, pentru că cea scurtă nu este suficientă.

Legătura a fost observată pentru prima dată acum aproximativ o sută de ani de către un medic pe nume John Sampson, care a remarcat că unele cancere ovariene păreau să se dezvolte din chisturi de endometrioză. Timp de decenii, nimeni nu a fost sigur dacă avea dreptate. Apoi, în 2012, un studiu amplu — cu mii de femei din mai multe țări — a confirmat acest lucru. Femeile cu endometrioză au un risc mai mare de a dezvolta trei tipuri specifice de cancer ovarian: carcinom cu celule clare, carcinom endometrioid și carcinom seros de grad scăzut. Nu toate tipurile. Trei. Iar această creștere a riscului este reală.



Cum arată de fapt cifrele

Aici cifrele contează, pentru că cifrele fără context sunt doar combustibil pentru panică. În populația generală, aproximativ două dintr-o sută de femei vor dezvolta cancer ovarian la un moment dat în viață. La femeile cu endometrioză, acest risc crește la aproximativ trei dintr-o sută. Este mai mare. Nu este nimic de ignorat. Dar aproximativ nouăzeci și șapte dintr-o sută de femei cu endometrioză nu vor dezvolta niciodată cancer ovarian. Acesta este detaliul pe care titlurile alarmiste îl omit.

Este important și să fim preciși în legătură cu tipul de endometrioză despre care vorbim. Riscul discutat aici este asociat în principal cu endometrioza ovariană – chisturile, endometrioamele – mai degrabă decât cu leziunile de pe peritoneu sau cu boala profund infiltrativă din alte zone ale pelvisului. Dacă endometrioza nu a implicat niciodată ovarele, discuția arată din nou diferit.

De ce există această legătură, de fapt

Această parte este, într-un mod ciudat, liniștitoare odată ce o înțelegi. Un chist de endometrioză sângerează în interiorul său, în fiecare lună, timp de ani de zile. Sângele prins eliberează fier. Fierul, în concentrații mari, poate deteriora ADN-ul. Combină asta cu estrogenul de care endometrioza depinde deja, adaugă decenii de inflamație și obții condițiile în care – foarte rar – o celulă poate „derapa”.

Oamenii de știință au descoperit chiar și mutații de tip canceros în țesut de endometrioză care nu devine niciodată cancer. Deci mutațiile singure nu explică totul. Mai este nevoie de ceva care să „încline balanța”, iar pentru marea majoritate a femeilor, acest lucru nu se întâmplă niciodată.

O femeie în vârstă de treizeci și ceva de ani, cu un chist mic care se comportă „cuminte”, se află într-o situație foarte diferită de o femeie la sfârșitul de cincizeci de ani, al cărei chist a crescut, și-a schimbat forma sau a apărut după menopauză. Lucrurile pe care medicul tău le urmărește sunt specifice: un chist care crește în dimensiune, o ecografie care arată diferit față de data anterioară, o durere care își schimbă caracterul sau orice sângerare după menopauză dacă ai avut endometrioză. Acestea nu sunt lucruri obișnuite. Sunt motivul pentru care facem ecografii de monitorizare, nu un motiv să presupunem ce e mai rău.

Este important să cunoști și simptomele care ar trebui să te trimită la o discuție cu medicul de familie, indiferent de istoricul de endometrioză: balonare persistentă care nu apare și dispare, senzația de sațietate rapidă la masă, nevoia de a urina mai des sau mai urgent și dureri pelvine sau abdominale noi ori persistente. De cele mai multe ori, acestea se dovedesc a fi altceva. Dar merită menționate, pentru că sunt simptomele care chiar contează.

Singura situație diferită

Dacă ai făcut histerectomie pentru endometrioză și te gândești la terapie de substituție hormonală (HRT), vorbește cu cineva care cunoaște endometrioza. Estrogenul singur, fără un progestogen care să-l echilibreze, este situația în care devenim mai atenți – chiar dacă nu mai ai uter. Asta pentru că depozitele de endometrioză rămase în pelvis pot încă răspunde la estrogen și, foarte rar, aceste leziuni se pot modifica în timp. În majoritatea cazurilor, soluția simplă este HRT combinată – estrogen plus progestogen – în loc de estrogen singur, chiar și după histerectomie. Ai nevoie doar de un medic care știe să pună întrebarea potrivită.

Ce nu este susținut de dovezi

Ceea ce cercetările nu spun — și vreau să fie foarte clar aici, pentru că internetul va susține contrariul — este că ar trebui să îți fie îndepărtate ovarele „ca măsură de precauție”. Sau că fiecare chist de endometrioză este o bombă cu ceas. Sau că ai nevoie de o ecografie la fiecare câteva luni, pentru tot restul vieții. Nu este așa. Un astfel de sfat face mai mult rău decât previne și nu este susținut de dovezi.

Ceea ce este susținut de dovezi este următorul lucru: cunoaște-ți corpul. Cunoaște-ți boala. Găsește un ginecolog care te ascultă. Prezintă-te la controalele de monitorizare. Dacă ceva se schimbă — durere nouă, sângerare nouă, un chist care se comportă diferit — mergi la un control. Nu pentru că e probabil să fie ceva grav, ci tocmai pentru că cel mai probabil nu este, iar confirmarea acestui lucru merită câteva ore din timpul tău.



Dacă rămâi cu un singur lucru din acest articol, să fie acesta. Cuvântul „cancer” nu ar trebui șoptit în legătură cu endometrioza, dar nici strigat. Ar trebui numit, înțeles, pus în dimensiunea lui corectă și apoi lăsat la locul lui. Endometrioza ia deja suficient de la femeile care trăiesc cu ea. Liniștea ta interioară nu ar trebui să fie următorul lucru pe care îl ia.

Așadar, da — pune întrebarea. Pune-o cu voce tare, la lumina zilei, cuiva care îți poate răspunde. Și apoi întoarce-te la viața ta, pentru că șansele sunt covârșitor de mult de partea ta.



Povestea Adelei: 20 ani de luptă cu endometrioza

Câți ani poate trăi un om cu dureri care îi taie respirația? Câți ani poate suporta o suferință fără nume, fără explicații și, de multe ori, fără să fie crezut? Cum poate face față unei astfel de lupte o adolescentă de doar 15 ani, care tocmai își pierduse mama?



“Tu nu vei avea copii!”

Adela vorbește astăzi deschis despre aproape două decenii de suferință provocată de endometrioza. Douăzeci de ani în care durerea a devenit parte din viața ei. Douăzeci de ani până când a întâlnit medicul care avea să îi redea nu doar sănătatea, ci și liniștea.

În urma acestor ani au rămas cicatrici adânci, atât fizice, cât și sufletești. Cinci operații, tratamente de reproducere umană asistată, o sarcină pierdută și nenumărate momente în care corpul părea să cedeze.

Dar poate una dintre cele mai dureroase răni nu a fost provocată de boală, ci de o propoziție rostită de un medic unei tinere:

“Tu nu vei avea copii.”

Ani mai târziu, acea predicție avea să se adevărească. Adela nu a reușit să devină mamă biologică. Însă viața găsește uneori alte drumuri spre împlinire. Astăzi este mama adoptivă a Dariei, o fetiță cu ochi luminoși și curioși, pe care o numește cel mai frumos dar primit vreodată.

Povestea suferinței ei începe la 11 ani, odată cu prima menstruație. Câțiva ani mai târziu, într-o dimineață obișnuită, în drum spre liceu, o durere violentă, imposibil de descris, a pus-o la pământ și a trimis-o de urgență la spital. Nimeni nu știa atunci că acel moment marca începutul unei lupte cu o boală invizibilă care îți răpește tot: liniștea, corpul și ani din viață.

“Oare ai ovare?” Aceasta a fost una dintre întrebările primite de Adela în momentul în care a ajuns în camera de gardă, într-un tablou clinic atât de grav încât medicii încercau să înțeleagă sursa inflamației.

A intrat în operație cu suspiciune de apendicită. În timpul intervenției s-a descoperit un chist ovarian deja spart, iar restul chisturilor au fost sparte de medici în cadrul procedurii. A fost externată cu mai multe diagnostice pe care, la acea vârstă, nu le putea înțelege pe deplin: sindromul ovarelor polichistice, inflamație pelvină și un lanț de suspiciuni medicale fără o concluzie clară. Endometrioza a fost menționată doar ca o posibilitate, ridicată de bunicul ei, medic pensionar, dar rămasă la stadiul de ipoteză, fără confirmare.

Iar când părea că lucrurile nu pot deveni mai dificile, viața a lovit din nou: și-a pierdut mama din cauza cancerului.

La 16 ani urmează a doua operație. Și, odată cu ea, un alt diagnostic crunt: cancer ovarian. O adolescentă care își pierduse mama din cauza cancerului află atunci că și ea ar putea avea aceeași boală. În mintea ei, viitorul se contura deja prin aceeași suferință pe care o văzuse la mama ei: tratamente grele, teamă, fragilitate și lupta cu un diagnostic care schimbă totul.

La 16 ani află și că este sterilă. La o vârstă mult prea fragilă ca să poată înțelege pe deplin ce înseamnă, dar suficient de mare ca inima ei să înțeleagă că ceva se rupe.

„Tot atunci mi s-a spus că voi fi sterilă. Nu înțelegeam pe deplin ce înseamnă. Dar am simțit că ceva din mine se rupe.”

Au urmat ani de anticoncepționale, un tratament care a reușit doar să mascheze durerea, nu și boala. Endometrioza continua să evolueze în tăcere, în timp ce în exterior părea că lucrurile sunt sub control. În realitate începea un nou nivel al luptei, unul în care simptomele erau acoperite, dar boala își făcea în continuare drum prin corpul ei.

Ani și operații. Cam așa ar putea fi descrisă viața Adelei.

La 23 de ani are a treia operație. Clasică. Se descoperă un pelvis înghețat și multiple aderențe. Intervenția se încheie fără o rezolvare completă, iar ulterior este pusă pe tratament hormonal.

„M-au închis la loc... 4 luni de menopauză indusă. Corpul meu nu mai era al meu... Durerile au continuat. Ani...”

Ajunge și la a patra operație. De această dată, întâlnește un medic care cunoaște boala. Intervenția durează 6 ore. O operație complexă, dar care îi oferă, pentru prima dată după mult timp, câțiva ani fără dureri.

Căsătorită, împreună cu soțul ei, decide să facă un copil. Începe o nouă luptă, de data aceasta cu propriile traume. Urmează ani de tratamente și stimulări ovariene, proceduri fără rezultat și, în cele din urmă, o pierdere de sarcină la 12 săptămâni. Singura sarcină pe care avea să o obțină. O prăpastie care se deschide și pare fără sfârșit.



„Adela, de azi nu mai ai endometrioză”

O frază care părea greu de crezut pe
atunci, și totuși a devenit adevărată. În
prezent, sărbătoresc 5 ani fără durere.



La 32 de ani, durerea revine mai puternică și mai agresivă, însoțită de multiple simptome: constipație, probleme urinare și dureri lombare. Cu un bagaj deja de cunoștințe despre boală, Adela începe căutarea unor medici care să o înțeleagă cu adevărat, nu orice medici, ci specialiști în endometrioză. Șansa i-o scoate în față pe doamna profesor universitar doctor Elvira Brătilă, omul despre care Adela spune că i-a schimbat viața. Urmează o perioadă de încercări de a ține boala sub control și de a reduce simptomele, în speranța că, împreună cu soțul ei, vor putea deveni părinți biologici, însă endometrioza avea alte planuri: noduli pe intestin, trei la număr, multiple leziuni și un risc real de obstrucție intestinală și de pierdere a rinichiului.

Operația cu numărul 5, operația salvatoare

Pentru restul lumii începea pandemia, pentru Adela începea operația cu numărul 5, cea mai grea și cea mai complexă de până atunci, o intervenție realizată de o echipă multidisciplinară într-un context medical extrem de dificil, în care s-a intervenit cu rezecție de aproximativ 15 cm de intestin și cu îndepărtarea leziunilor de endometrioză, într-o încercare amplă de a opri evoluția bolii și complicațiile ei. Tot atunci a fost diagnosticată și cu adenomioză difuză.

La finalul operației, medicul i-a spus: „Adela, de azi nu mai ai endometrioză.” O frază care a șocat-o în acel moment, dar care, până astăzi, s-a dovedit adevărată, pentru că la cinci ani de la ultima și singura ei operație corectă, Adela zâmbește, are speranță și ajută alte femei aflate în aceeași situație. Durerile nu mai sunt, suferința a fost înlocuită de liniște și speranță, iar undeva în interiorul ei știe că acea fetiță traumatizată de odinioară este cea care a reușit să meargă mai departe și să-și reconstruiască viața.

“Legat de copii... da, acel medic a avut dreptate.

Nu am putut avea copii biologici, dar viața a avut alt plan pentru mine.

Astăzi sunt mamă, am adoptat o fetiță minunată, care are 11 ani.

Exact cât ar fi avut copilul meu...Și sunt împlinită”



Rolul pacientei informate în drumul spre diagnostic și tratament

As. Univ. Dr. Șorop Virgiliu-Bogdan
medic primar obstetrica-ginecologie

Deși afectează milioane de femei la nivel mondial, diagnosticul endometriozei rămâne adesea întârziat, iar impactul asupra calității vieții poate fi profund fizic, emoțional, social și profesional.

În acest context, conceptul de „pacientă informată” devine esențial. Pacienta informată nu înseamnă pacienta care își stabilește singură diagnosticul sau pacienta care substituie medicul, ci femeia care își înțelege boala, recunoaște simptomele sugestive, cunoaște opțiunile terapeutice și participă activ la procesul decizional alături de echipa medicală.

Endometrioza poate apărea în multiple forme și localizări. Poate fi superficială, limitată la peritoneu, profund infiltrativă – afectând rectul, vezica urinară, ureterele sau intestinul – ori ovariană, sub forma chisturilor endometrioze. Există și forme mai rare, precum endometrioza cicatricială după operații din sfera ginecologică sau localizări toracice și neurologice.

Simptomele sunt variate și adesea subestimate. Cele mai frecvente includ dismenoreea severă (durere puternică în timpul menstruației), durerea pelvină cronică, dispareunia profundă (durere în timpul contactului sexual), tulburările digestive sau urinare care se accentuează în perioada menstruației și infertilitatea. Durerea menstruală invalidantă nu trebuie considerată „normală”, iar persistența simptomelor necesită evaluare de specialitate.

Endometrioza poate afecta fertilitatea prin mai multe mecanisme complexe. Boala poate determina afectarea ovariană și scăderea rezervei ovariene, în special în prezența chisturilor endometrioze. Inflamația pelvină cronică modifică mediul necesar fertilizării și implantării embrionului, iar aderențele formate în jurul organelor pelvine pot distorsiona anatomia trompelor uterine sau pot produce obstrucția acestora.

Diagnosticul de endometrioza nu înseamnă automat infertilitate. Multe paciente pot obține o sarcină spontan sau cu ajutorul tratamentului adecvat

Managementul trebuie individualizat, în funcție de vârstă, severitatea bolii, simptome și dorința reproductivă. În anumite situații, colaborarea cu specialistul în infertilitate și utilizarea tehnicilor de reproducere asistată pot reprezenta soluții eficiente pentru obținerea unei sarcini.

Diagnosticul începe cu examenul clinic ginecologic și ecografia transvaginală. În cazurile complexe, sunt necesare investigații suplimentare precum ecografia transrectală sau IRM-ul (Imagistică prin rezonanță magnetică) pelvin cu protocol dedicat endometriozei. Acest tip de IRM presupune introducerea de gel steril vaginal și/sau rectal pentru separarea organelor pelvine și o mai bună vizualizare a leziunilor profunde. În anumite situații, pot fi necesare investigații suplimentare precum cistoscopia, colonoscopia sau eco-endoscopia rectală. Un aspect important este experiența echipei medicale și a medicului imagist. Endometrioza profundă este o boală complexă, iar evaluarea corectă influențează decisiv strategia terapeutică. De aceea, a doua opinie medicală data de către un specialist în endometrioza este mereu utilă și justificată.

Tratamentul endometriozei este multidisciplinar și adaptat fiecărei paciente. Opțiunile includ tratamentul hormonal, terapia durerii și tratamentul chirurgical. Terapia hormonală are rolul de a controla activitatea bolii și simptomele, fiind bazată pe contraceptive hormonale, dispozitive intrauterine cu levonorgestrel sau agoniști GnRH. Controlul durerii presupune antiinflamatoare, analgezice și metode non-farmacologice.

Tratamentul chirurgical este indicat în funcție de severitatea bolii și de obiectivele pacientei.

Majoritatea intervențiilor sunt realizate laparoscopic, prin incizii mici, cu recuperare rapidă și durere postoperatorie redusă.

Laparoscopia permite atât confirmarea diagnosticului, cât și tratamentul leziunilor în aceeași intervenție. În cazurile complexe, chirurgia robotică poate oferi avantaje importante: precizie crescută, vizualizare tridimensională și protecția structurilor nervoase și a organelor pelvine. Leziunile profunde pot necesita intervenții complexe asupra intestinului, vezicii urinare sau ureterelor, motiv pentru care abordarea multidisciplinară este esențială.

Alegerea medicului și a centrului de tratament trebuie făcută după criterii clare: existența unei echipe multidisciplinare, experiența chirurgicală, accesul la imagistică dedicată și îngrijirea centrată pe pacientă. În managementul endometriozei pot fi implicați ginecologi, radiologi, chirurghi generaliști, urologi, specialiști în infertilitate, psihoterapeuți, fizioterapeuți și anesteziști.

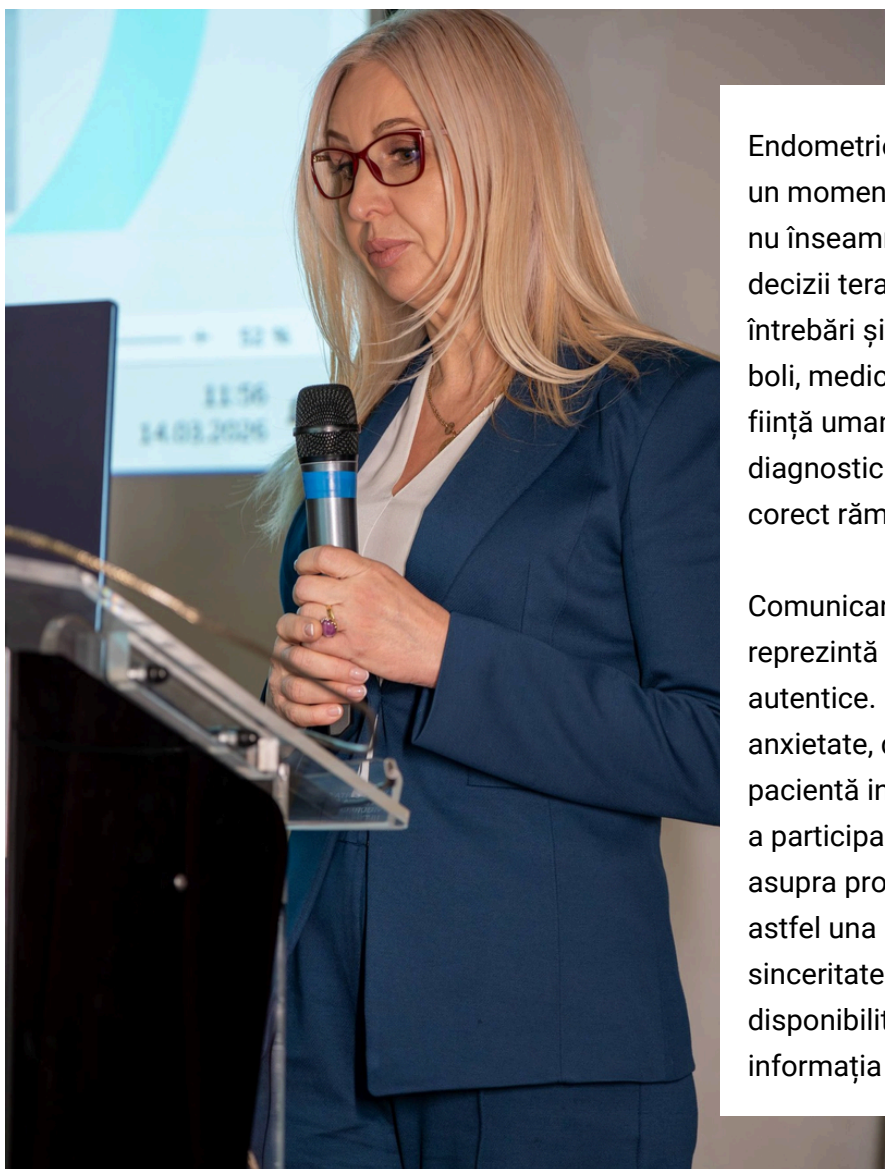
Endometrioza este o boală cronică și recidivantă. Informarea nu elimină boala și nu garantează absența recidivei, însă reduce întârzierea diagnostică, îmbunătățește aderența la tratament, optimizează deciziile terapeutice și scade anxietatea asociată bolii.

O pacientă informată este o pacientă care înțelege că nu este singură în acest proces și că managementul corect al endometriozei începe prin dialog, încredere și colaborare cu echipa medicală.

Endometrioza: Între speranță și teamă

Dr Tamara Sava

medic primar obstetrică-ginecologie



Endometrioza nu este doar un diagnostic medical, ci un moment profund emoțional în viața pacientei. Ea nu înseamnă doar leziuni, ecografii, protocoale sau decizii terapeutice, ci și teamă, nesiguranță, durere, întrebări și nevoia de a fi ascultată. În fața acestei boli, medicul nu întâlnește doar o patologie, ci o ființă umană aflată în suferință. De aceea, diagnosticul timpuriu este un ideal, însă diagnosticul corect rămâne o responsabilitate esențială.

Comunicarea sinceră dintre medic și pacientă reprezintă fundamentul unei relații terapeutice autentice. Uneori, adevărul medical poate provoca anxietate, dar tăcerea nu protejează cu adevărat. O pacientă informată are șansa de a înțelege boala, de a participa la decizii și de a-și recăpăta controlul asupra propriei sănătăți. Responsabilitatea devine astfel una partajată: medicul oferă rigoare, sinceritate și direcție, iar pacienta aduce disponibilitatea de a înțelege, de a procesa informația și de a merge mai departe.

Acceptarea diagnosticului este, de multe ori, un drum dificil. Negarea, furia, revolta, întrebarea „De ce eu?” și căutarea unor soluții alternative fac parte dintr-un proces psihologic firesc. În cele din urmă, acceptarea nu înseamnă resemnare, ci transformarea bolii dintr-un inamic invizibil într-o realitate care poate fi înțeleasă și gestionată.

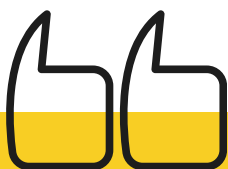
“

Medicul nu trebuie să fie un judecător, ci un însoțitor lucid, empatic și consecvent.

”

Diagnosticul modern al endometriozei se sprijină pe experiență clinică, pe anamneză atentă și pe instrumente imagistice performante. Ecografia, realizată după standarde riguroase, precum criteriile IDEA pentru endometrioza profundă, permite o evaluare tot mai precisă a leziunilor și o cartografiere utilă pentru planul terapeutic. Totuși, un rezultat imagistic negativ nu înseamnă întotdeauna absența bolii. Există forme incipiente, subtile sau greu vizibile, care pot sfida tehnologia actuală. De aceea, suspiciunea clinică, ascultarea pacientei și experiența medicului rămân indispensabile.

Un pericol major în parcursul pacientelor cu endometrioză este trivializarea durerii. Mesaje precum „nu ai nimic” sau „du-te acasă” pot produce traumă, pot întârzia diagnosticul și pot adânci neîncrederea pacientei în sistemul medical. Durerea cronică nu trebuie minimalizată, mai ales atunci când afectează viața de zi cu zi, relațiile, activitatea profesională sau dorința de maternitate.



Pacienta nu trebuie transformată într-un teren al opiniilor contradictorii și nici într-un instrument al conflictelor dintre specialiști. Ea are nevoie de claritate, respect și continuitate.

Etica autonomiei este esențială. Medicul nu este atotputernic, ci un ghid. Succesul nu înseamnă doar aplicarea unui protocol, ci adaptarea recomandărilor la obiectivele, temerile și valorile pacientei. Chiar și atunci când pacienta refuză o anumită recomandare, ușa cabinetului trebuie să rămână deschisă. Încrederea se construiește nu prin constrângere, ci prin dialog, răbdare și respect.

Endometrioza trebuie abordată holistic, deoarece nu afectează doar un organ, ci întreaga viață a pacientei. Durerea cronică, stresul, somnul, nutriția, activitatea fizică, sănătatea emoțională, viața intimă, postura, coloana vertebrală și funcția planșeului pelvin pot influența calitatea vieții. De aceea, tratamentul nu trebuie redus la medicamente sau chirurgie. O abordare completă poate include sprijin psihologic, consiliere sexuală, kinetoterapie, osteopatie, evaluare gastroenterologică sau urologică, în funcție de simptome și de nevoile fiecărei paciente.

Fertilitatea este unul dintre cele mai sensibile subiecte în endometrioză și trebuie discutată cu onestitate, dar fără cruzime. Afirmațiile categorice de tipul „nu vei avea niciodată copii” pot răni profund și nu reflectă întotdeauna realitatea medicală. Endometrioza poate reduce șansele reproductive și poate complica obținerea unei sarcini, însă nu anulează automat posibilitatea maternității. Sarcina spontană poate apărea chiar și în forme profunde, iar medicina reproductivă modernă oferă soluții valoroase. Evaluarea rezervei ovariene și crioconservarea pot fi opțiuni importante pentru protejarea viitorului reproductiv.

Onestitatea este necesară și în fața riscului oncologic. Posibilitatea malignizării unui endometriom este redusă statistic, dar reală. De aceea, monitorizarea ecografică periodică nu trebuie privită ca o simplă rutină, ci ca o formă de vigilență. Observarea modificărilor subtile poate permite intervenții la timp și poate oferi pacientei siguranță.

Povestea endometriozei a fost mult timp marcată de întârziere, suferință și cazuri pierdute. Astăzi, această poveste poate fi rescrisă prin diagnostic corect, empatie, expertiză și responsabilitate comună. Scopul final nu este doar controlul bolii, ci construirea unui viitor mai liniștit pentru fiecare femeie care caută ajutor, înțelegere și încredere.

Echilibrul Hormonal și Endometrioza

Dr Roxana-Ioana Dumitriu-Stan

Specialist in Endocrinology

Assistant Lecturer

'Carol Davila' University of Medicine and Pharmacy

'C. I. Parhon' National Institute of Endocrinology

Endometrioza este o afecțiune cronică, inflamatorie și estrogen-dependentă. Studiile și ghidurile internațional subliniază că fiziopatologia acestei boli este guvernată de către dezechilibrul dintre estrogeni și progesteron. Acest dezechilibru determina implantarea extrauterină și persistența focarelor ectopice endometrioze. Estradiolul este practic combustibilul care mentine leziunile de endometrioza, determinand cresterea, inflamatia. Principalele manifestari cuprind dismenoreea și infertilitatea.

Dacă vom face dozarea hormonilor (estradiol, progesteron) în cazul pacientelor diagnosticate cu această afecțiune, valorile acestora pot să nu difere de cele regăsite în cazul unor femei sănătoase.

Dominanta Estrogenică

În mod normal, endometrul (tesutul care căptușește uterul) nu produce estrogen singur, ci răspunde la estrogenul circulant produs de ovare. În endometrioză, acest mecanism este profund perturbat. Există o activitate crescută a receptorilor estrogenici cu producție locală de estrogen la nivelul leziunilor endometrioze. Această activitate crescută este însoțită de o scădere a activității receptorilor pentru progesteron. Studiile au demonstrat că leziunile endometrioze exprimă niveluri ridicate de aromatază, o enzimă care transformă androgenii în estrogeni. Spre deosebire de țesutul sănătos, leziunile de endometrioză își pot genera propriul estrogen, alimentându-și astfel creșterea și persistența.



O altă problemă critică identificată este deficiența enzimei 17 β -hidroxisteroid dehidrogenaza tip 2 (HSD17B2). Această enzimă are rolul de a inactiva estradiolul (cel mai potent estrogen) transformându-l în estronă (un estrogen mai slab). În endometrioză, lipsa acestei enzime duce la o acumulare de estradiol în interiorul leziunilor, menținând un mediu hiper-estrogenic.

Rezistența la Progesteron

Progesteronul este hormonul care, în mod normal, contracarează efectele proliferative ale estrogenului. În cazul endometriozei, studiile indică o „surzenie” a fesiului la semnalele Progesteronul este hormonul care, în mod normal, contracarează efectele proliferative ale estrogenului. În cazul endometriozei, studiile indică o „surzenie” a tesutului la semnalele progesteronului. Există practic un cerc vicios și datorită inflamației, endometrioza influențează și metabolismele din mai multe țesuturi – inclusiv ficatul și țesutul adipos. Inflamația sistemică stresul oxidativ și afectarea metabolismului energetic sunt de asemenea procese implicate în aceste modificări. De asemenea, studiile au identificat modificări și în metabolismul glucidic, lipidic. Din această cauză aceste paciente prezintă un risc crescut pentru a dezvolta comorbidități metabolice – dislipidemie, rezistență la insulină.

Recomandări de tratament

Ghidul oficial ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) din 2022 oferă recomandări clare bazate pe aceste dovezi hormonale pentru gestionarea simptomelor (în special durerea):

- 1. Terapia Hormonală ca Primă Linie:** Se recomandă utilizarea contraceptivelor orale combinate sau a progestativelor (ex: Dienogest) pentru a suprima funcția ovariană și a induce atrofia leziunilor.
- 2. Agoniștii și Antagoniștii GnRH:** Aceștia sunt utilizați pentru a reduce drastic nivelul de estrogen sistemic
- 3. Tratamentul Post-Operator:** Studiile confirmă că administrarea de tratament hormonal după intervenția chirurgicală reduce semnificativ riscul de recurență a leziunilor și a durerii.

Managementul endometriozei este unul pe viață, iar ținta este creșterea calității vieții, optimizarea terapiei și reducerea numărului de intervenții chirurgicale. De regulă progestativele sunt utilizate frecvent urmate fiind de analogii de GnRH sau antagoniștii orali de GnRH, practic se supresează menstruația și se induce o stare de menopauză artificială.

Aceste medicamente supresează axa hipotalamo-hipofizo-ovariană și induce această stare de amenoree, astfel inhibându-se stimularea ciclică hormonală repetată cu fiecare ciclu menstrual care menține leziunile de endometrioza.

Concluzii

Echilibrul hormonal în endometrioza nu este doar valori hormonale, ci mai ales de modul în care țesutul ectopic produce și procesează hormoni la nivel local. Rezistența la progesteron explică de ce unele paciente nu răspund la tratamentele standard, în timp ce producția autonomă de estrogen explică natura persistentă a bolii. Managementul acestei boli este unul multidisciplinar, personalizat care are ca scop final îmbunătățirea calității vieții și prevenția comorbidităților.

Ce pot face pacientele pentru a obține un echilibru?

- 1. Dietă antiinflamatoare.** Modelul cel mai des recomandat este apropiat de dieta mediteraneană: multe legume, fructe, pește gras, ulei de măsline, nuci și semințe, cereale integrale. Alimente considerate utile broccoli, conopidă, varză, spanac, kale, fructe de pădure, somon, sardine, macrou, semințe de in și chia, turmeric și ghimbir. Acestea sunt asociate cu: reducerea inflamației, eliminarea estrogenului prin digestie, reducerea prostaglandinelor inflamatorii.
- 2. Fibre.** Mai multe ghiduri nutriționale subliniază rolul benefic al fibrelor: Se recomandă: ovăz, legume, semințe, cereale integrale, leguminoase tolerate digestiv.
- 3. Stabilizarea glicemiei și insulinei.** Multe paciente cu endometrioza au și: rezistență la insulină, PCOS, inflamație metabolică. De aceea se recomandă: reducerea zahărului și alimentelor ultraprocesate, mese cu proteine + fibre, carbohidrați complecși, evitarea fluctuațiilor glicemice mari.
- 4. Mișcare.** Se recomandă: mers, antrenamente moderate, yoga, exerciții de mobilitate. Antrenamente de forță ușoară-moderată. Beneficii urmărite: sensibilitate mai bună la insulină, reducerea inflamației, reglarea cortizolului, reducerea durerii cronice. În endometrioza severă, exercițiile foarte intense pot agrava simptomele la unele persoane.
- 5. Somn suficient**
- 6. Scădere ponderală dacă este cazul.**



Învinge durerea. Redescoperă speranța.

*Echipă multidisciplinară și soluții avansate
pentru tratarea endometriozei*

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



EUROMATERNA
~ Dăm siguranță vieții ~

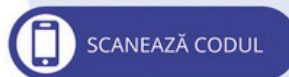
*Echipă medicală
de elită*

*Tehnologie
avansată*

*Îngrijire
personalizată*

Programează-te acum pentru o consultație!

Sănătatea ta este prioritatea noastră!



PARTENERIAT

Tel: 0241/60.55.55
www.euromaterna.ro
Str. Ștefăniță Vodă, nr. 32
Constanța



Noi nu suntem titlul vostru de presă

Rachel Bishop

*Pacientă și susținătoare a drepturilor
pacienților
Endo Geelong*



Pentru mulți pacienți cu endometrioză și pentru susținători, apare un sentiment puternic de teamă în fiecare an, când se apropie luna martie.

Luna de Conștientizare a Endometriozei aduce cu sine multe trăiri complicate. Deși în comunitatea pacienților este recunoscută nevoia urgentă de informare și înțelegere, există o lipsă evidentă de responsabilitate și asumare din partea practicienilor, a mass-mediei, organizațiilor și politicienilor atunci când vine vorba despre raportarea faptelor și a dovezilor.

Martie este o oportunitate principală pentru oameni de a se urca pe „valul” endometriozei, ceea ce adesea perpetuează ciclul de dezinformare și duce la un rău suplimentar în cadrul comunității de paciente.

Istoric, endometrioza a fost conceptualizată și documentată ca o boală care afectează în principal organele reproductive, peritoneul și regiunea pelvină a femeilor/persoanelor desemnate de sex feminin la naștere (AFAB). Totuși, dovezile contemporane au contestat fundamental această perspectivă restrânsă, existând dovezi consistente care arată că endometrioza nu este doar o boală inflamatorie care afectează întregul corp, implicând toate organele, sistemele și țesuturile majore, ci și că a fost documentată și diagnosticată la toate genurile, la fete nenăscuți și la animale.

În ciuda acestor dovezi, reprezentarea endometriozei în comunitatea largă și la nivel global rămâne limitată la perspectiva binară a afectării exclusiv a femeilor, cu imagini ale uterului și ovarelor prezente frecvent în materialele de marketing și promovare. Acest lucru face ca pacienții să fie nevoiți să își asume responsabilitatea de a educa nu doar pe cei care ar trebui să conducă aceste discuții deschise și incluzive, ci și alți pacienți care au preluat ceea ce li se prezintă ca adevăr absolut — și pe bună dreptate. Ne bazăm pe profesia medicală și pe organizațiile care susțin că acționează în interesul nostru să fie pionieri ai dovezilor, și totuși ne aflăm aici, luptând aceleași bătălii pe care mulți susținători și pacienți le-au purtat înaintea noastră — lupta de a fi auziți.

Dacă impactul emoțional al „lunii endometriozei” nu era suficient, evenimente recente legate de corupția și malpraxisul unui chirurg discreditat au generat traume suplimentare, nu doar pentru persoanele direct afectate de acțiunile sale, ci pentru întreaga comunitate; mulți pun acum sub semnul întrebării etica și conflictele de interese ale marilor spitale, practicienilor și organizațiilor. În plus, mass-media și unii practicieni confundă acum această problemă cu ideea că chirurgia este suprautilizată în tratamentul endometriozei.

Această recunoaștere mai largă a endometriozei ca boală sistemică, cu potențial de afectare multi-organ, are implicații importante pentru diagnosticul și managementul clinic. Managementul endometriozei reprezintă provocări clinice semnificative. Deși terapiile medicamentoase pot oferi controlul simptomelor, intervenția chirurgicală rămâne o piatră de temelie a tratamentului, în special pentru pacientele cu boală profund infiltrativă sau pentru cele care nu răspund la tratamentul medicamentos (Singh et al., 2020).

Deși este necesar să continuăm explorarea cauzelor bolii, a diagnosticului și a gestionării simptomelor, trebuie avută în vedere asemănarea dintre modul în care leziunile de endometrioză și cancerul există în corpul uman. În ambele cazuri, fără intervenție chirurgicală prin excizie, mulți pacienți ar continua să experimenteze extinderea bolii în organism și distrugerea organelor, sistemelor și țesuturilor. Limitarea accesului la chirurgie de excizie realizată de experți pune pacienții în pericol de leziuni grave și — așa cum se vede în cazuri extreme precum cel al „endo warrior”-ei Jahmby Koikai, care a murit la vârsta de 38 de ani — chiar deces.

Viziunea istorică și misogină asupra endometriozei, ca boală a ciclului menstrual al femeii, a dus la faptul că obstetricienii și ginecologii au devenit echipa principală de îngrijire în tratamentul și gestionarea simptomelor. Deși aceste specialități sunt esențiale pentru pacientele care prezintă semne și simptome de endometrioză la nivelul organelor reproductive și pelvine, nu mai este adecvat ca ele să stabilească singure ghidurile de tratament, având în vedere prevalența endometriozei extrapelvice și apariția bolii la toate genurile, inclusiv la bărbați cisgen.



Luând în considerare termenul „endometrioză”, se poate observa că denumirea în sine este improprie, deoarece se traduce direct prin „afecțiune a endometrului”. Denumirile bolilor sunt adesea în mod precis descriptive pentru a reflecta fiziopatologia; de exemplu, boala polichistică renală creează pur și simplu imaginea unui rinichi cu multiple chisturi. În mod similar, denumirea „endometrioză” tinde să definească automat boala în termeni legați de endometru, ceea ce reprezintă o simplificare înșelătoare, dacă nu chiar complet incorectă. Există dovezi concludente că denumirile medicale improprii pot crea prejudecăți inconștiente în mintea clinicienilor, influențând judecata și contribuind la un ciclu de dezinformare (Fatima O, Shams A. 2025).

Luând în considerare termenul „endometrioză”, se poate spune că denumirea în sine este improprie, deoarece se traduce direct prin „afecțiune a endometrului”. Denumirile bolilor sunt adesea în mod precis descriptive pentru a reflecta fiziopatologia; de exemplu, boala polichistică renală sugerează pur și simplu un rinichi cu mai multe chisturi. În mod similar, termenul „endometrioză” tinde să definească automat boala în raport cu endometrul, ceea ce reprezintă o simplificare înșelătoare, dacă nu chiar complet eronată. Există dovezi concludente că denumirile medicale improprii pot crea prejudecăți inconștiente în rândul clinicienilor, influențând judecata și contribuind la un ciclu de dezinformare (Fatima O, Shams A. 2025).

„Această afectare a judecății și ciclul de dezinformare dăunează direct pacienților în mai multe moduri.”

- Persoanele care caută un diagnostic așteaptă, în medie, 7–10 ani pentru a primi unul adecvat, experimentând respingere, invalidare și „gaslighting” și/sau fiind presate să ia medicamente care modifică hormonii, care servesc doar ca un „plasture” pentru simptome și nu au nicio influență asupra extinderii bolii — lucru de care pacienții sunt de obicei conștienți abia după întreruperea medicației, moment în care afecțiunea poate deveni aproape imposibil de gestionat.
- Limitările și ghidurile impuse de clinicieni, care restricționează endometrioza la regiunea pelvină și la organele reproductive ale femeii, pot afecta serios șansele unui pacient la recuperare și la o calitate mai bună a vieții. Deși modalități multidisciplinare precum yoga, fizioterapia pelvină și meditația pot fi utile în gestionarea simptomelor, problema rămâne — dacă leziunile nu sunt îndepărtate de un specialist în excizie, problema este departe de a fi rezolvată.
- Reprezentarea continuă greșită a bolii ca fiind exclusiv o „boală a femeilor” sau o „boală a menstruației” adesea pune pacienții unii împotriva altora, iar susținătorii informați devin frecvent ținte ale abuzului și criticilor chiar din interiorul comunității de pacienți, doar pentru că citează dovezi și cercetări care susțin o perspectivă mai incluzivă.

În cele din urmă, nu ar trebui să fie responsabilitatea pacienților deveniți susținători să îi educe în mod constant pe cei din comunitate, din profesie, din mass-media și din industrie. Suntem obosiți să fim contactați sau ascultați doar în perioadele de expunere mediatică intensă și obosiți de aceleași „figuri reprezentative” de pacienți dezinformați, afișate pe televiziune, pe rețelele sociale și în ziare, pentru că sunt mai ușor de acceptat de public decât adevărul.

În ciuda faptului că există acces la aceleași dovezi, nu am văzut încă nicio organizație majoră de „advocacy” sau clinicieni cu vizibilitate mare care să vorbească despre existența endometriozei la toate genurile sau despre amploarea reală a modului în care această boală afectează întregul organism. Ceea ce văd este o utilizare discutabilă a donațiilor pacienților, studii redundante, practici orientate spre interes propriu sau ego, precum și lipsa de inițiativă a celor care au timp și resurse suficiente pentru a cerceta în mod independent adevărul despre endometrioză. Ca pacientă care a avut o întârziere de 22 de ani în diagnostic, care încă suferă de această boală și care își petrece timpul liber, pe lângă un job full-time, răspunzând întrebărilor altor pacienți sperați după ajutor, sunt epuizată. Și nu sunt singura.

Cum ne protejăm stomacul atunci când luăm multe medicamente?

Irina Cristina Foia
Farmacist

Pentru multe femei cu endometrioză, antiinflamatoarele devin parte din rutină aproape fără să își dea seama. Un ibuprofen înainte de menstruație, un ketoprofen într-o zi mai grea sau încă o pastilă seara, „ca să pot dormi”...și este de înțeles.

Durerea din endometrioză nu este o simplă durere menstruală, ci una care obosește, consumă și afectează calitatea vieții. Tocmai de aceea, multe paciente ajung să folosească antiinflamatoare luni sau chiar ani la rând.

Doar că stomacul ține minte fiecare episod.

Ca farmacist, aud frecvent aceeași observație: „Cred că pastilele au început să îmi afecteze stomacul.” De cele mai multe ori, simptomele apar treptat — arsuri gastrice, greață după medicamente, balonare, reflux sau senzația de „stomac sensibil”. Sunt ușor de ignorat sau de pus pe seama stresului, cafelei sau alimentației, dar pot fi primele semne ale iritației gastrice.

- **De ce afectează unele medicamente stomacul?**

Cele mai utilizate medicamente pentru durere — ibuprofen, diclofenac, ketoprofen, naproxen sau aspirină — fac parte din clasa antiinflamatoarelor nesteroidiene (AINS).



Ele reduc durerea și inflamația, dar în același timp scad producția de prostaglandine, substanțe cu rol protector pentru stomac. Acestea susțin producția de mucus gastric și protejează mucoasa împotriva acidului. Când acest mecanism este afectat, stomacul devine mai vulnerabil la iritație.

De aici pot apărea gastrita, refluxul sau ulcerul gastric. Riscul este mai mare când medicamentele sunt luate frecvent, pe stomacul gol sau asociate cu alcool și fumat. Nu doar antiinflamatoarele pot da astfel de probleme. Și antibioticele, suplimentele cu fier sau combinațiile de mai multe medicamente pot crește disconfortul gastric, mai ales la persoanele sensibile.

- **Dar eu iau doar ibuprofen...**

Pentru că este disponibil fără rețetă, ibuprofenul este adesea perceput ca fiind complet sigur. În realitate, utilizarea repetată sau pe termen lung poate afecta stomacul și la persoane tinere, fără boli digestive cunoscute.

În practică, apare des o schemă care pare inofensivă, dar nu este:

* ibuprofen dimineața

* ketoprofen la prânz

* diclofenac seara

Toate aparțin aceleiași clase de medicamente.

Alternarea lor nu crește neapărat eficiența, dar crește semnificativ riscul de reacții adverse digestive.

- **Cum ne protejăm stomacul?**

Protejarea stomacului nu înseamnă un singur medicament, ci mai multe obiceiuri corecte:

- Administrarea după masă.

Unul dintre cele mai simple gesturi este evitarea administrării antiinflamatoarelor pe stomacul gol.

Chiar o gustare ușoară poate reduce iritația gastrică.

- Evitarea combinațiilor inutile.

Mai multe antiinflamatoare nu înseamnă mai mult efect, ci mai mult risc pentru stomac și rinichi.

- !! Atenție la cafea, alcool și fumat !!

Acești factori pot crește aciditatea gastrică și pot accentua refluxul în perioadele cu tratament frecvent.

- **Medicamentele pentru protecția stomacului:**

Omeprazolul sau pantoprazolul sunt frecvent utilizate pentru protecția gastrică. Ele reduc secreția de acid și scad riscul de ulcer atunci când antiinflamatoarele sunt necesare pe termen mai lung. Totuși, utilizarea lor prelungită fără recomandare medicală poate duce la deficit de vitamina B12, deficit de magneziu și modificări ale microbiotei intestinale.

- **Suplimentele — ce este realist folosit?**

În practica din România, cele mai utilizate suplimente pentru susținerea digestiei sunt *probioticele*. Acestea ajută la echilibrarea florei intestinale, mai ales după antibiotice sau în perioade cu disconfort digestiv. Se găsesc sub formă de *Lactobacillus* și *Bifidobacterium*, în formule simple sau complexe.

Alte produse frecvent utilizate sunt:

extracte de mușețel și gălbenele, folosite pentru efect calmant digestiv

fibre solubile (psyllium, inulină), utile pentru tranzit intestinal și reducerea balonării

enzime digestive, folosite uneori în senzația de digestie lentă sau disconfort postprandial

Aceste suplimente pot susține confortul digestiv, dar nu protejează direct stomacul de efectele antiinflamatoarelor și nu înlocuiesc tratamentul medical.

- **Protejarea stomacului înseamnă și echilibru**

În endometrioza, durerea este complexă și nu răspunde întotdeauna doar la antiinflamatoare. De multe ori, pacienta observă ameliorări când tratamentul este combinat cu:

-somn suficient;

-reducerea stresului;

-fizioterapie pelvină;

-activitate fizică adaptată;

-alimentație mai blândă gastric.

Uneori, reducerea automedicației este la fel de importantă ca tratamentul în sine.

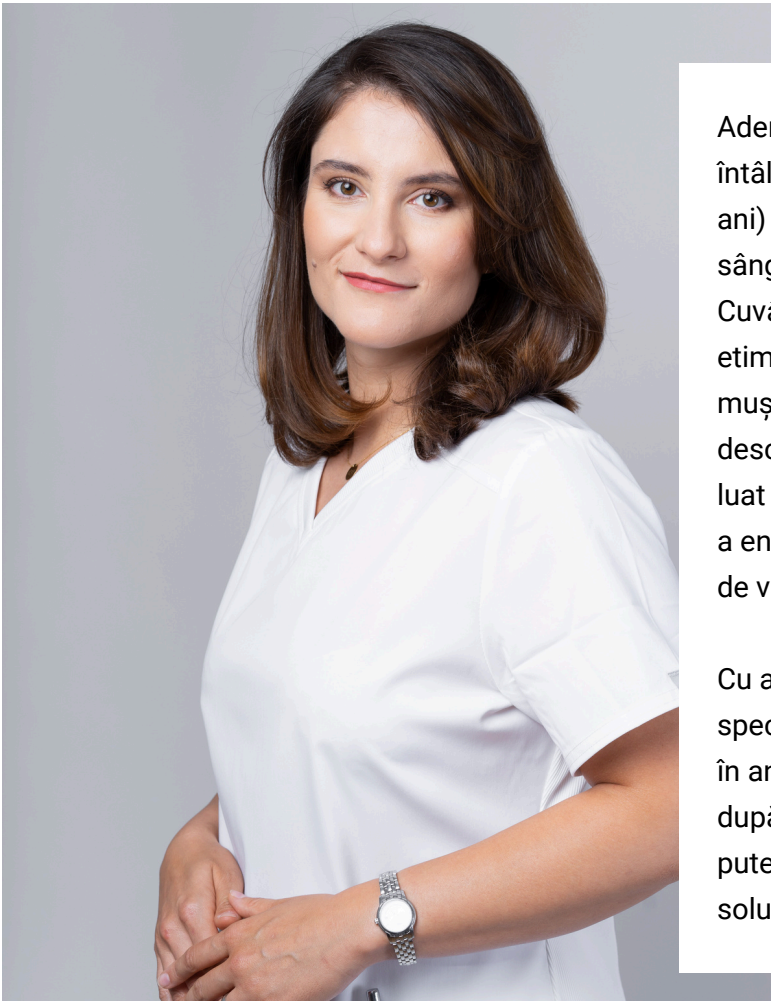
Durerea din endometrioza este reală și necesită tratament. Dar și stomacul are limitele lui. Arsurile, refluxul sau disconfortul gastric nu ar trebui ignorate sau considerate „normale” doar pentru că se folosesc frecvent antiinflamatoare. De cele mai multe ori, organismul transmite semnale înainte de apariția unor probleme mai serioase.

Ca farmacist, cred că protejarea stomacului nu înseamnă doar adăugarea unui alt medicament, ci mai ales utilizarea mai atentă și mai conștientă a celor pe care le folosim deja.

Adenomioza: Inamicul tăcut și indicatorul de severitate

Dr. Cristina Tănase Damian

medic primar obstetrică-ginecologie



Adenomioza – o boală benignă uterină, adesea întâlnită la pacientele de vârstă reproductivă (30-40 de ani) și responsabilă de dureri pelvine cronice, sângerări anormale de cauză uterină și infertilitate. Cuvântul adenomioză este un cuvânt compus, etimologic derivat din greacă: adenas = glandă, mis = mușchi, deci prezența unor glande în mușchi. Deși s-a descris pentru prima dată în 1925, definiția curentă a luat naștere abia în 1972 și presupune invazia benignă a endometrului în miometru, producând un uter mărit de volum.

Cu ani în urmă, adenomioza s-a crezut a fi o boală specifică femeilor peste 40 de ani, cu multiple nașteri în antecedente, diagnosticată de cele mai multe ori după operații de histerectomie totală. Însă astăzi, o putem diagnostica imagistic, fără să recurgem la soluții atât de drastice precum chirurgia pelvină.

În prezent, ecografia transvaginală (TVS) reprezintă metoda imagistică de primă linie pentru diagnosticul adenomiozei, îndeosebi ecografia transvaginală tridimensională (3D-TVS), instrument care îmbunătățește acuratețea diagnostică, deoarece permite vizualizarea modificărilor de la nivelul zonei de joncțiune endometru-miometru comparativ cu ecografia bidimensională (2D). În anul 2015, grupul internațional MUSA (Morphological Uterus Sonographic Assessment) a publicat un consens privind terminologia care trebuie utilizată în descrierea imaginilor ecografice ale adenomiozei

În 2019, grupul MUSA a sugerat un sistem uniform de clasificare și raportare pentru descrierea variațiilor morfologice ale adenomiozei și a extinderii acesteia la evaluarea ecografică, cel mai important să fie eliminat subiectivismul medical.

Într-o epocă a medicinei de precizie, standardizarea criteriilor ecografice 3D și recunoașterea timpurie a impactului adenomiozei sunt pași obligatorii pentru a transforma incertitudinea diagnostică în soluții clinice reale, oferind speranță pacientelor care își doresc să devină mame.

De asemenea putem diagnostica adenomioza prin rezonanță magnetică nucleară (RMN), dar putem vizualiza leziuni specifice și cu ajutorul histeroscopiei.

Astăzi știm că adenomioza este o boală estrogen dependentă, caracterizată de prezența țesutului endometrial cu o profunzime de cel puțin 2,5 mm în țesutul miometrial, ceea ce duce la distorsionarea anatomiei uterine, implicit anomaliile zonei de joncțiune (JZ) – vizibile excelent prin ecografie 3D ca linii neregulate sau întrerupte. Această zonă de joncțiune joacă un rol critic în reglarea peristaltismului uterin. Atunci când este prezentă, adenomioza poate sabota fertilitatea naturală prin multiple mecanisme: creșterea inflamației locale care perturbă decidualizarea, rezistența la progesteron și contracțiile uterine anormale care împiedică implantarea corectă, dar și anomalii de inserție placentară, cu prognostic fetal rezervat.

În funcție de distribuția leziunilor în structura miometrului (mușchiul uterin) poate fi focală, difuză sau chistică (adenomiomul) ceea ce face mai dificil și mai confuz diagnosticul, aceasta suprapunându-se de multe ori cu endometrioza sau fibroamele uterine.

Imaginile specifice ecografice sunt: îngroșarea asimetrică a pereților uterini, insule hiperplazice de țesut adenomiotic, distorsionarea joncțiunii endometru-miometru sau multiple lacune vasculare.

Cum o putem recunoaște clinic?

Pacientele descriu, de cele mai multe ori, dureri intense cronice în etajul pelvin, dureri în timpul contactului sexual, menstruații abundente și dureroase, sângerări anormale pe cale vaginală, infertilitate sau sunt complet asimptomatice.

Cum o putem trata?

Adenomioza a atras o atenție tot mai mare datorită prevalenței sale ridicate în rândul femeilor de vârstă reproductivă și a impactului semnificativ asupra rezultatelor sarcinii, chiar și pentru cele obținute prin tehnici de reproducere umană asistată. Cu toate acestea, patogeniza și etiologia sa rămân neclare. Terapiile convenționale se concentrează adesea pe gestionarea durerii sau pe intervenții chirurgicale, lăsând nevoile specifice de conservare a fertilității în mare parte neacoperite, ceea ce subliniază necesitatea unor cercetări suplimentare. Totuși tratamentul adenomiozei, ca și în cazul endometriozei, va ține cont de următorii factori:

- Vârsta pacientei
- Obiectivul său reproductiv
- Severitatea simptomatologiei
- Managementul durerii

Opțiunile de tratament includ:

- Preparate hormonale (analogi de GnRH, progestative, antagoniști de GnRH, modulatori selectivi de receptor al progesteronului, sterilet hormonal de tip Mirena) scopul fiind de a suprima temporar secreția de estrogen, de a diminua durerea și de a îmbunătăți fertilitatea.
- Antiinflamatoare de tip non-steroidian – pentru ameliorarea durerii, însă nu se pot utiliza pe termen lung. Histeroscopia operatorie cu posibilitatea rezecției unor anumite leziuni de adenomioză: chistică sau focală.
- Chirurgia pelvină de tip conservator (adenomiectomie) sau de tip radical (histerectomie). Nu toate formele de adenomioză se operează, iar indicația operatorie trebuie pusă judicios, având în vedere că este o boală ce recidivează, iar în urma intervențiilor avem de-a face cu testul cicatriceal. Doar intervenția cu indicație bine stabilită va fi în beneficiul pacientei. Histerectomia este o intervenție chirurgicală destinată doar pacientelor simptomatice ce nu mai doresc să procreze.

Adenomioza – implicații asupra fertilității și tratamentelor de reproducere umană asistată

Mecanismele principale prin care această boală ar împiedica o sarcină ar fi:

- Distorsionarea anatomiei mușchiului uterin, prin urmare uterul devine « neprietenos » cu o eventuală sarcină.
- Menstruațiile abundente – duc la instalarea anemiei feriprive, prin urmare oxigenarea insuficientă a țesuturilor, oboseală, paloarea tegumentelor și mucoaselor, slăbiciune.
- Durerile cronice pelvine – duc la o stare de iritabilitate, oboseală, depresie, anxietate, scăderea libidoului.
- Durerile din timpul contactului sexual – duc la o scădere a libidoului, prin urmare contacte sexuale rare, dificile.

Pe înțelesul tuturor, adenomioza este o boală complexă, multifactorială și este asociată cu un micromediu puternic inflamator și bogat în hormoni, care afectează fertilitatea naturală, dar și rata de succes în cadrul procesului FIV. Formarea leziunilor de adenomioză poate duce la o slabă vascularizație a țesuturilor (hipoxie), rezultând în producerea de citokine inflamatorii, precum și într-o sinteză locală crescută de estrogen.

Echilibrul dintre factorii inflamatori și hormonii sexuali este perturbat, ceea ce duce la o acumulare și o activitate aberantă a celulelor imunitare. Un sistem imunitar hiperactiv generează o supraîncărcare a acestuia și o „stare de imunosupresie” subsecventă, promovând fibroza și angiogeneza și afectând receptivitatea endometrială. Aceste evenimente pot fi induse și intensificate de estrogeni.

Pe lângă concentrațiile mari de estrogen, stresul oxidativ ar putea fi unul dintre principalii factori în mecanismele adenomiozei asociate cu disfuncția imunitară. Răspunsurile imunitare inadecvate sau activarea imunitară crescută în micromediul endometrial din adenomioză pot altera, în ambele situații, toleranța imunitară maternă. Toate aceste mecanisme nu doar că afectează receptivitatea endometrială, dar cresc și secreția locală de prostaglandină F2α (PGF2α), ducând la o creștere a contractilității miometrului. Se consideră că undele de contracție anormale și anomaliile ultrastructurale ale endometrului perturbă transportul gameților (ovocitelor și spermatozoizilor) și al embrionilor.

Stresul hipoxic și oxidativ poate, de asemenea, să afecteze angiogeneza endometrială, ducând la vase fragile, mai permeabile, cu o placentă defectuoasă, prin urmare un mediu nefavorabil pentru dezvoltarea embrionară și fetală.

Tratamentele actuale pentru adenomioză, cum ar fi agonistii GnRH (GnRHa), se concentrează pe supresia hormonală, însă incorporarea modulării imunitare ar putea îmbunătăți rezultatele prin abordarea atât a factorilor hormonal, cât și a celor imunitari. Aceste strategii sunt promițătoare pentru viitoarele aplicații clinice, deși sunt necesare investigații preclinice și clinice riguroase pentru a le valida eficacitatea și siguranța.

În concluzie, rolul adenomiozei în infertilitate este complex și multimodular. Explorarea continuă a tehnicilor de diagnostic și tratament este crucială. Înțelegerea fiziopatologiei cu atât mai mult. Dar cel mai important este detecția timpurie și recunoașterea leziunilor, ceea ce presupune aplicarea criteriilor ecografice stabilite internațional în fiecare cabinet medical.

ERBA VITA PEA PLATINUM

Descoperă RePea® – supliment cu PEA
pentru reducerea durerii în endometrioză

Palmitoiletanolamida

- 01 Se absoarbe rapid și oferă efect constant vizibil în 4–6 săptămâni.
- 02 Eficiență dovedită în managementul durerii, al inflamației și altele.
- 03 Efecte benefice în patologii ginecologice frecvente precum endometrioza și dismenoree.

Acest produs este un supliment alimentar. A nu se depăși doza indicată.



www.crishealthcare.com



60 de capsule



Cum afectează schimbările hormonale simptomele endometriozei?

Dr Cristiana Odukoya

Medic specialist obstetrică-ginecologie
Infertilitate și reproducere umană asistată
Peri/menopauză și terapie de substituție hormonală

Endometrioza este una dintre cele mai complexe afecțiuni ginecologice, afectând milioane de femei la nivel global. Deși este asociată în principal cu durerile menstruale severe și infertilitatea, cercetările recente arată că boala este mult mai mult decât atât. Endometrioza este influențată profund de fluctuațiile hormonale, în special de relația dintre estrogen, progesteron și inflamația din organism. Tocmai de aceea simptomele pot varia de la o lună la alta sau în diferite etape ale vieții.

Dezechilibrul hormonal care „alimentează” boala

Endometrioza este o afecțiune estrogen-dependentă. Cu alte cuvinte, estrogenul contribuie direct la dezvoltarea și întreținerea leziunilor endometriozeice. Țesutul similar endometrului se dezvoltă în afara uterului și continuă să reacționeze la hormonii ciclului menstrual. Mai mult decât atât, studiile recente arată că aceste leziuni pot produce local estrogen, ceea ce înseamnă că inflamația și durerea sunt alimentate constant, chiar și atunci când nivelurile hormonale generale nu sunt foarte ridicate. Acesta este unul dintre motivele pentru care multe femei observă agravarea simptomelor înainte și în timpul menstruației.

Dezechilibrul dintre estrogen și progesteron poate duce la:

- dureri pelvine intense;
- balonare și disconfort abdominal;
- sângerări abundente;
- oboseală accentuată;
- sensibilitate crescută la durere.

Specialiștii consideră astăzi că hormonii nu doar influențează boala, ci participă activ la progresia ei.

De ce unele tratamente hormonale nu funcționează întotdeauna

O altă temă intens discutată în cercetările actuale este rezistența la progesteron. Progesteronul este hormonul care, în mod normal, ajută la limitarea inflamației și stabilizează mucoasa uterină după ovulație. În cazul femeilor cu endometrioză, multe țesuturi afectate nu mai răspund corect la acest hormon. Acest fenomen explică de ce unele paciente continuă să aibă simptome severe chiar și atunci când urmează tratamente hormonale. Practic, organismul transmite „semnalul” hormonal, însă țesuturile nu îl mai recepționează eficient.

Rezistența la progesteron poate avea mai multe consecințe:

- inflamația persistă;
- durerile devin cronice;
- leziunile continuă să se dezvolte;
- tratamentele clasice au eficiență limitată.

Această descoperire schimbă modul în care medicii privesc endometrioza. În trecut, accentul era pus aproape exclusiv pe reducerea estrogenului. Astăzi, cercetătorii încearcă să înțeleagă și de ce organismul nu mai răspunde normal la progesteron.

Relația dintre hormoni și inflamație

Endometrioza este considerată din ce în ce mai mult o boală inflamatorie sistemică. Hormonii și sistemul imunitar se influențează reciproc într-un mod complex, iar această relație poate amplifica simptomele. Estrogenul stimulează producția unor substanțe inflamatorii din organism, iar inflamația determină, la rândul ei, creșterea producției locale de estrogen. Astfel se formează un cerc vicios biologic: mai mult estrogen înseamnă mai multă inflamație, iar mai multă inflamație înseamnă mai multă durere. Acest mecanism poate explica de ce multe femei cu endometrioza experimentează simptome care depășesc zona ginecologică:

- oboseală cronică;
- dureri intestinale;
- migrene;
- dureri lombare;
- sensibilitate accentuată la stres;
- senzația de „inflamație generalizată”.

Tot mai multe studii sugerează că endometrioza nu afectează doar pelvisul, ci întregul organism. De aceea, tratamentul modern începe să includă abordări mai complexe, care țin cont de inflamație, stil de viață și sănătatea metabolică.

Cum se schimbă simptomele în diferite etape ale vieții

Fluctuațiile hormonale naturale din timpul vieții pot influența puternic simptomele endometriozei. majore.

Multe femei observă că boala evoluează diferit în funcție de vârstă și de schimbările hormonale



În adolescență și în perioada reproductivă activă, nivelurile ridicate de estrogen sunt asociate frecvent cu simptome mai intense. Durerile menstruale severe încă de la primele cicluri sunt adesea unul dintre primele semne ale bolii. În timpul sarcinii, unele femei observă o ameliorare temporară a simptomelor. Acest lucru se întâmplă deoarece ovulația este oprită, iar nivelurile hormonale se modifică semnificativ. Totuși, ameliorarea nu este permanentă, iar simptomele pot reveni după naștere.

Perimenopauza reprezintă o perioadă imprevizibilă pentru multe paciente. Fluctuațiile hormonale pot provoca episoade alternate de ameliorare și agravare a durerii. Chiar dacă menopauza reduce de obicei activitatea bolii prin scăderea estrogenului, unele femei continuă să experimenteze dureri cronice și inflamație. Aceste variații arată cât de sensibilă este endometrioza la schimbările hormonale și de ce tratamentul trebuie adaptat fiecărei etape din viață.

Viitorul tratamentului: terapii personalizate

Cercetările recente schimbă treptat modul în care este tratată endometrioza. Dacă în trecut terapiile urmăreau aproape exclusiv blocarea estrogenului, astăzi accentul se mută spre tratamente personalizate. Oamenii de știință investighează:

- rolul geneticii;
- influența microbiomului intestinal;
- mecanismele inflamatorii;
- factorii care determină rezistența la progesteron.

Scopul este dezvoltarea unor terapii mai eficiente și mai bine adaptate fiecărei paciente. În viitor, tratamentul endometriozei ar putea include combinații între terapii hormonale, antiinflamatoare țintite și intervenții asupra stilului de viață.



Tot mai mulți specialiști consideră că endometrioza trebuie privită ca o boală endocrină, imunologică și inflamatorie complexă, nu doar ca o problemă legată de menstruație. Această schimbare de perspectivă oferă speranță pentru diagnostice mai rapide și tratamente mai eficiente în anii următori.



Recidiva endometriozei

Factori de risc, prevenție și management pe termen lung

Emad Mikhail, MD, FACOG, FACS

Profesor și Șef al Diviziei de Subspecialități
Ginecologice
Departamentul de Obstetrică și Ginecologie
University of South Florida Morsani College of
Medicine
Tampa

Endometrioza este o boală inflamatorie cronică ce afectează milioane de femei la nivel global. Deși progresele în tehnicile chirurgicale și terapiile medicamentoase au îmbunătățit controlul simptomelor, recidiva rămâne una dintre cele mai mari provocări în managementul pe termen lung al acestei afecțiuni.

Recidiva după tratament este frecventă și semnificativă din punct de vedere clinic. Studiile arată că aproximativ 40–45% dintre femei experimentează reapariția durerii după intervenția chirurgicală laparoscopică, în timp ce probabilitatea de a necesita o nouă intervenție chirurgicală ajunge la 15–20% în decurs de doi ani și poate crește până la aproape 50% în cinci până la șapte ani.



Mai mult, dintre femeile care sunt supuse unei histerectomii pentru endometrioză, aproape 25% continuă să experimenteze dureri pelvine recurente, iar aproximativ 10% necesită intervenții chirurgicale suplimentare. Există trei modalități importante, dar distincte, de a defini recidiva. Prima, recidiva simptomatică, se referă la reapariția simptomelor dureroase după o ameliorare inițială postoperatorie, incluzând dismenoree, durere pelvină cronică, dispareunie sau dischezie.

Această definiție este una clinică și bazată pe simptome și nu necesită confirmare imagistică sau histologică a bolii recurente. A doua, recidiva chirurgicală, se referă la recidiva suficient de severă încât să necesite o nouă intervenție chirurgicală; aceasta reprezintă un indicator mai relevant clinic, deoarece reflectă pacienții la care simptomele sau boala recurentă nu au putut fi gestionate conservator. A treia, recidiva endometriozei, se referă la reapariția obiectivă a leziunilor de endometrioza confirmată prin imagistică, intervenție chirurgicală sau examen histopatologic. Aceste distincții sunt importante deoarece cele trei categorii nu se suprapun întotdeauna.

Un pacient poate dezvolta durere recurentă fără a exista leziuni recurente vizibile, din cauza sensibilizării centrale, aderențelor, disfuncției planșeului pelvin sau a altor surse generatoare de durere. Invers, leziuni recurente pot fi identificate prin imagistică sau în timpul intervenției chirurgicale fără a produce simptome.

Tipare și rate ale recidivei

Ratele de recidivă variază în funcție de severitatea bolii, completitudinea intervenției chirurgicale, supresia hormonală postoperatorie și durata urmăririi. Endometrioza profund infiltrativă (DIE), considerată una dintre cele mai severe forme ale bolii, prezintă rate mai mici de recidivă timpurie, dar o posibilă progresie continuă în timp. Studiile de urmărire pe termen lung raportează o creștere cumulativă a recidivei de la 7,1% la șase ani până la 14,1% la doisprezece ani după excizia chirurgicală. DIE implică adesea intestinul, vezica urinară, ureterele sau nervii pelvini, ceea ce face intervenția chirurgicală mai dificilă, însă vestea bună este că ratele de recidivă în endometrioza profundă sunt, de obicei, mai mici decât cele asociate cu boala superficială sau cu endometrioamele ovariene.

Terapia hormonală suprimă eficient activitatea bolii; totuși, recidiva apare frecvent după întreruperea tratamentului. Aproximativ 25–34% dintre femei experimentează reapariția durerii pelvine în decurs de un an după oprirea supresiei hormonale. Acest fenomen evidențiază un concept important în îngrijirea endometriozei: multe dintre terapiile disponibile în prezent suprimă activitatea bolii, dar nu o elimină definitiv.

Fiziopatologia recidivei

Mecanismele care stau la baza recidivei sunt multifactoriale și încă nu sunt complet înțelese. La unele paciente, recidiva poate reprezenta boală reziduală care nu a fost vizibilă sau accesibilă în timpul intervenției chirurgicale. Leziuni microscopice pot persista chiar și după excizii extinse și ulterior pot deveni active hormonal în timp. În alte cazuri, recidiva poate reprezenta formarea de noi leziuni (de novo), determinată de factori inflamatori, hormonal, genetici și imunologici persistenți.

Endometrioza este din ce în ce mai recunoscută ca o boală inflamatorie sistemică, și nu doar o afecțiune localizată la nivel pelvin. Semnalizarea anormală a estrogenului, rezistența la progesteron, inflamația cronică, disfuncția imună, angiogeneza și fibroza contribuie toate la persistența și recidiva bolii. Predispoziția genetică și alterarea supravegherii imune pot permite țesutului endometrial ectopic să supraviețuiască și să prolifereze chiar și după îndepărtarea chirurgicală aparent completă.

În plus, intervențiile chirurgicale repetate pot contribui la formarea de aderențe și la modificări ale anatomiei pelvine, complicând și mai mult simptomele și managementul ulterior. Prin urmare, reducerea recidivei, concomitent cu diminuarea necesității intervențiilor chirurgicale repetate, a devenit un obiectiv central în îngrijirea modernă a endometriozei.



Unul dintre cei mai importanți factori care contribuie la recidiva simptomelor este prezența concomitentă a adenomiozei.

Factori de risc pentru recidivă

Mai mulți factori clinici și chirurgicali au fost asociați cu un risc crescut de recidivă. Cel mai important predictor al reapariției simptomelor de endometrioză este boala reziduală, în special în contextul unei intervenții chirurgicale incomplete. Una dintre problemele semnificative în îngrijirea endometriozei este efectuarea doar a unei părți din intervenția chirurgicală și lăsarea deliberată a leziunilor în urmă. Este preferabil să nu se înceapă disecția dacă există suspiciunea că excizia completă nu va putea fi realizată. Deși preservarea ovarelor este adesea de dorit la femeile aflate în premenopauză, din considerente de fertilitate și din cauza riscurilor menopauzei chirurgicale, aceasta poate contribui la recidivă la anumite paciente cu risc crescut.

Durata terapiei hormonale postoperatorii influențează, de asemenea, semnificativ riscul de recidivă. Studiile arată că pacientele care primesc mai puțin de 24 de luni de supresie hormonală postoperatorie prezintă rate de recidivă semnificativ mai mari comparativ cu cele menținute pe terapie de lungă durată. Aceste constatări susțin conceptul de supresie prelungită ca element central în prevenirea recidivei.

Modelele predictive recente care includ adenomioza și aderențele au demonstrat o acuratețe de predicție a recidivei de peste 95%. Factorii legați de vârstă sunt, de asemenea, importanți. Vârsta mai mică la menarhă și vârsta mai mică la momentul intervenției chirurgicale sunt asociate cu rate mai mari de recidivă, probabil din cauza expunerii mai îndelungate la estrogen pe parcursul vieții.

Prevenirea recidivei

Prevenirea recidivei este unul dintre cele mai importante aspecte ale managementului pe termen lung al endometriozei. Dovezile actuale susțin puternic supresia hormonală postoperatorie ca fiind cea mai eficientă strategie pentru reducerea recidivei bolii și îmbunătățirea durerii. Contraceptivele hormonale combinate (CHC) rămân o opțiune de primă linie postoperator, datorită accesibilității, costului redus și profilului favorabil de efecte secundare. Regimurile continue par a fi mai eficiente decât cele ciclice, în special în controlul dismenoreei.

Sistemul intrauterin cu eliberare de levonorgestrel (LNG-IUS) a devenit o terapie postoperatorie eficientă pentru prevenirea recidivei. Acesta poate oferi beneficii suplimentare la pacientele cu adenomioză sau sângerări menstruale abundente. Dienogestul, un progestativ oral selectiv, a demonstrat o eficacitate puternică în reducerea ratelor de recidivă, în special după intervenții chirurgicale pentru endometrioame ovariene.

Provocări în managementul pe termen lung

În ciuda progreselor terapeutice, endometrioza recurentă rămâne dificil de gestionat. Durerea cronică poate persista chiar și în absența unor leziuni recurente vizibile, din cauza sensibilizării centrale, disfuncției planșeului pelvin sau a unor sindroame dureroase suprapuse, precum sindromul de intestin iritabil și cistita interstițială. Prin urmare, intervențiile chirurgicale repetate trebuie abordate cu prudență. Fiecare operație ulterioară crește riscul de aderențe, leziuni de organ, reducerea rezervei ovariene și complicații chirurgicale. Considerentele legate de fertilitate sunt deosebit de importante la femeile tinere și la cele cu endometrioame ovariene.

Managementul chirurgical al recidivei

Atunci când tratamentul medicamentos eșuează sau reapare o boală anatomică semnificativă, poate fi indicată o nouă intervenție chirurgicală. Obiectivele chirurgiei includ ameliorarea simptomelor, restaurarea anatomiei, îmbunătățirea fertilității și excizia leziunilor active. Excizia completă a leziunilor profunde este preferată față de ablația superficială, deoarece tratamentul incomplet poate contribui la persistența simptomelor și la recidivă. La pacientele care și-au încheiat planurile de fertilitate și continuă să prezinte simptome severe în ciuda tratamentului conservator, se poate lua în considerare histerectomia cu excizia tuturor leziunilor vizibile. Totuși, chiar și histerectomia nu garantează dispariția simptomelor. Ori de câte ori este posibil, preservarea ovarelor este preferată la femeile tinere aflate în premenopauză, pentru a evita consecințele pe termen lung ale menopauzei chirurgicale.



ENROUSH

Îngrijire menstruală care pune confortul tău pe primul loc.

Absorbante și tampoane cu bumbac organic — pentru că
ceea ce îți atinge pielea, lună de lună, contează.



Bumbac 100% organic
în contact cu pielea



84% spun că iritațiile s-au
redus sau au dispărut după
trecerea la ENROUSH*



Testat dermatologic &
susținut de ginecologi

4,000+ recenzii de 5 ★

Peste 150.000 de femei
au ales deja ENROUSH



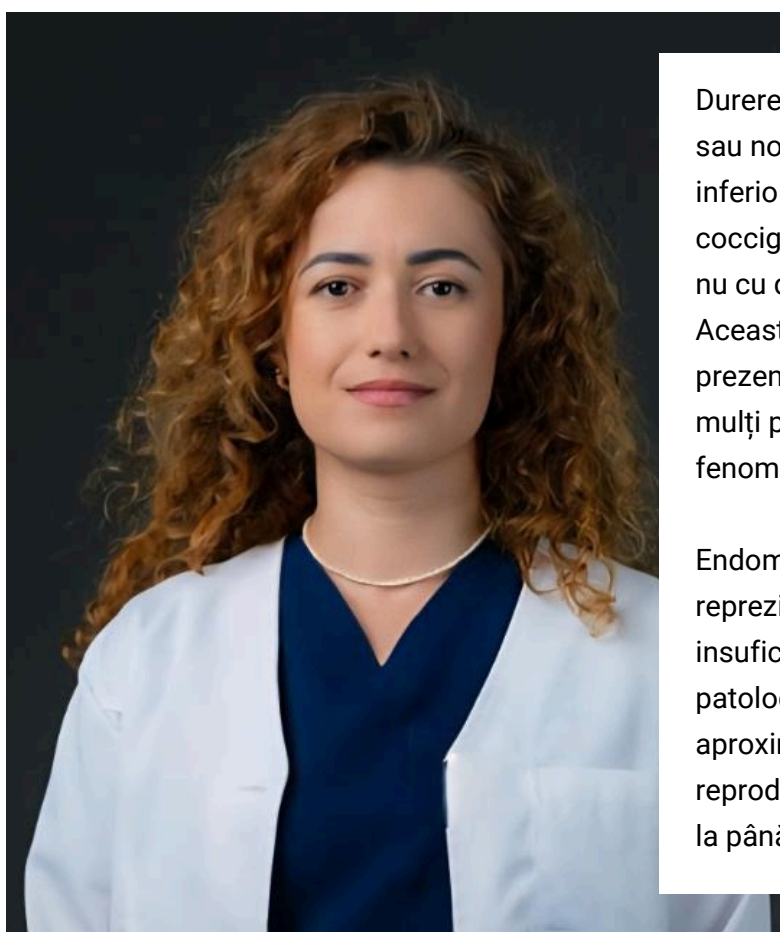
Descoperă mai multe pe
www.enroush.ro

*Date bazate pe un chestionar completat de 1.472 de cliente ENROUSH în perioada 1–3 aprilie 2025.

Endometrioza asociată durerii pelvine cronice: abordare multidisciplinară și intervențională în terapia durerii

Dr Anca Ionescu

Medic specialist Reumatologie, Terapia Durerii, Grupul Medical NORD



Durerea pelvină cronică este definită ca o durere ciclică sau non-ciclică localizată la nivelul abdomenului inferior, organelor genitale, perineului sau regiunii sacro-coccigiene, cu durată mai mare de 6 luni, asociată sau nu cu dismenoree, dispareunie, disurie sau dischezie. Aceasta nu este legată de sarcină și este considerată în prezent o formă de sindrom dureros regional cronic, mulți pacienți prezentând prag dureros scăzut și fenomene de sensibilizare centrală.

Endometrioza asociată durerii pelvine cronice reprezintă una dintre cele mai subdiagnosticate și insuficient tratate afecțiuni dureroase cronice din patologia feminină. Endometrioza afectează aproximativ 10% dintre femeile aflate la vârsta reproductivă, iar durerea pelvină cronică este prezentă la până la 70–80% dintre pacientele diagnosticate.

În ciuda progreselor terapeutice hormonale și chirurgicale, un număr important de paciente continuă să prezinte durere persistentă, limitare funcțională și afectarea severă a calității vieții. Prevalența durerii pelvine cronice în populația feminină este comparabilă cu cea a migrenei, astmului sau durerii lombare cronice și are frecvent evoluție nefavorabilă.

Întârzierea diagnosticului în endometrioză este estimată între 6 și 10 ani, contribuind semnificativ la cronicizarea durerii, distres psihologic, sensibilizare centrală și intervenții chirurgicale repetate. În plus, studiile arată că femeile cu antecedente de abuz sexual prezintă un risc semnificativ mai mare de dezvoltare a durerii pelvine cronice.

Durerea pelvină cronică poate avea etiologie multifactorială, incluzând cauze ginecologice, gastrointestinale, urologice, neurologice și musculoscheletale. Endometrioza coexistă frecvent cu sindromul de intestin iritabil, cistita interstițială, disfuncția articulației sacroiliace, sindromul piriform sau nevralgia de nerv pudendal, ceea ce face diagnosticul și tratamentul considerabil mai dificile.

În boala de lungă durată, mecanismele durerii evoluează frecvent de la durere predominant nociceptivă către un fenotip mixt nociceptiv-neuropatic-nociplastic, caracterizat prin hiperalgezie, alodinie, sensibilizare încrucișată între organele pelvine și alterarea procesării centrale a durerii. Persistența stimulilor nociceptivi poate determina apariția disfuncției planșeului pelvin, hipertonus muscular, puncte trigger miofasciale și tipare anormale de mișcare care perpetuează durerea chiar și după tratamentul leziunilor endometrioze.

În practica mea ca medic reumatolog și specialist în terapia durerii, cele mai frecvente diagnostice asociate durerii pelvine cronice sunt sindromul piriform, disfuncția sacroiliacă, coccidină și nevralgia pudendală.

Având în vedere multitudinea posibilităților generatori de durere, pacienta cu durere pelvină cronică trebuie evaluată multidisciplinar, de către ginecolog, urolog, gastroenterolog, neurolog, reumatolog, specialist în recuperare medicală și medic specializat în terapia durerii.

Nu există un protocol standardizat universal pentru evaluarea durerii pelvine cronice. Este esențială identificarea semnelor de alarmă precum sângerările în urma contactului intim sau în postmenopauză, scăderea ponderală inexplicabilă, hematuria sau prezența unei mase pelvine și excluderea unei patologii maligne.

Evaluarea clinică trebuie să includă caracterizarea detaliată a durerii - localizare, intensitate, durată, caracter, factori agravanți sau amelioratori - precum și relația cu menstruația, micțiunea, activitatea sexuală, tranzitul intestinal sau anumite poziții corporale. Examinarea fizică este adesea dificilă deoarece necesită evaluare ginecologică, abdominală și musculoscheletală completă. Investigațiile complementare pot include analize sanguine și urinare, ecografie, RMN, CT, explorări endoscopice digestive sau teste funcționale urologice și anorectale.

Tratamentul endometriozei și al durerii pelvine cronice trebuie să fie gradual, individualizat și multimodal. Terapia conservatoare reprezintă prima linie și include educația pacientei, terapie hormonală, antiinflamatoare, antialgice, anticonvulsivante, antidepresive, relaxante musculare, fizioterapie, suport psihologic și terapii moderne de neuromodulare noninvazivă precum infuziile cu ketamina, TMS (stimularea magnetică transcraniană) sau rTMS (stimularea magnetică transcraniană repetitivă).

Tratamentul chirurgical al endometriozei poate avea rezultate foarte bune în cazuri selecționate, însă excizia laparoscopică a leziunilor nu garantează întotdeauna dispariția durerii. Persistența simptomelor poate fi determinată de sensibilizarea periferică și centrală, de disfuncția miofascială pelvină, de aderențe postoperatorii sau de persistența unor generatori multipli de durere.

În aceste situații, terapia durerii intervenționale poate avea un rol esențial. Procedurile minim invazive ghidate imagistic au atât rol diagnostic, cât și terapeutic și permit identificarea și tratarea structurilor implicate în perpetuarea durerii. Procedurile intervenționale includ infiltrații nervoase, musculare, articulare sau epidurale utilizând antiinflamatoare, toxină botulinică sau terapii regenerative.

Țintele frecvente sunt nervul pudendal, nervul sciatic, nerviul ilioinghinal, plexul hipogastric superior, ganglionul impar, rădăcinile nervoase sacrale, articulațiile sacroiliace și musculatura profundă pelvină.

Neuromodularea prin radiofrecvență pulsată (PRF), stimulare nervoasă periferică (PNS) sau stimulare medulară (SCS) reprezintă opțiuni importante în cazurile cu componentă neuropată ce nu raspund la infiltratii si tratament farmacologic. Aceste tehnici reduc transmiterea semnalului nociceptiv fără afectarea funcției motorii.

Neuroliza este rezervată cazurilor selecționate, fiind utilizată mai ales în durerea oncologică sau în anumite forme severe de nevralgie pudendală unilaterală.

În concluzie, durerea pelvină cronică asociată endometriozei reprezintă o afecțiune complexă, multidimensională, care depășește sfera strict ginecologică. Managementul eficient necesită diagnostic precoce, identificarea corectă a mecanismelor de cronicizare a durerii și o abordare multidisciplinară personalizată. Procedurile intervenționale minim invazive reprezintă o opțiune sigură și eficientă pentru pacientele la care terapiile conservative sau intervențiile chirurgicale nu au reușit să controleze simptomatologia dureroasă.



Când ajută chirurgia — și când nu: luarea deciziei corecte în endometrioză

Dr. Amer Raza, medic consultant
chirurgie ginecologică și specialist în chirurgie
minim invazivă
Cromwell Hospital, Londra | Ovara Health UK.

În fiecare săptămână, în cabinetul meu, stau față în față cu paciente care trăiesc cu endometrioză de ani de zile — uneori de decenii. Vin epuizate, adesea după ce au încercat mai multe tratamente medicamentoase, și îmi pun aceeași întrebare: „Ar trebui să fac operație?” Este una dintre cele mai importante întrebări din sănătatea femeii și merită un răspuns sincer și bine cântărit. Nu un „da” general. Nu un „nu” reflex. Ci un răspuns atent, personalizat, care pune pacienta — simptomele ei, obiectivele ei, viața ei — în centrul deciziei. Adevărul este că intervenția chirurgicală pentru endometrioză poate schimba viața în mod real. Dar poate, de asemenea, dacă este făcută la momentul nepotrivit, în mod greșit sau de către mâini nepotrivite, să facă mai mult rău decât bine. Înțelegerea acestei diferențe este scopul acestui articol.

Ce ne spun dovezile

Endometrioza afectează aproximativ una din zece femei aflate la vârsta reproductivă, însă rămâne una dintre cele mai subtratate afecțiuni din medicina modernă. Ghidurile internaționale — inclusiv cele ale Societății Europene de Reproducere Umană și Embriologie (ESHRE 2022) și ale Institutului Național pentru Excelență în Sănătate și Îngrijire din Marea Britanie (NICE 2024) — sunt clare asupra unui punct fundamental: deciziile de tratament trebuie să fie ghidate de simptomele pacientei, prioritățile acesteia și obiectivele de fertilitate, nu doar de stadiul sau dimensiunea bolii observate la investigațiile imagistice.



Acest lucru contează enorm. O pacientă cu un mic endometriom observat la ecografie, dar cu simptome minime, poate fi mai bine gestionată prin monitorizare atentă și tratament hormonal. O pacientă cu durere pelvină severă, simptome intestinale și boală care implică ureterul are un tablou clinic foarte diferit — iar pentru ea, intervenția chirurgicală nu este doar adecvată, ci necesară.

Când chirurgia este alegerea potrivită

În experiența mea clinică, intervenția chirurgicală devine răspunsul corect în mai multe situații clare. Atunci când durerea este severă și nu a răspuns adecvat la tratamentul medicamentos — inclusiv contraceptive orale, progestative sau alte terapii hormonale — chirurgia oferă ceva ce medicația nu poate oferi: îndepărtarea fizică a bolii. La pacientele cu endometrioză profund infiltrativă, în special atunci când implică intestinul, vezica urinară sau ureterele, chirurgia laparoscopică excizională completă poate reduce dramatic durerea și poate restabili calitatea vieții într-un mod pe care nicio pastilă nu îl poate reproduce. Atunci când endometrioza provoacă probleme structurale — obstrucție intestinală sau a tractului urinar, deformarea anatomiei pelvine sau compresia unor structuri vitale — intervenția chirurgicală nu este opțională. Este esențială, iar amânarea ei implică riscuri reale.

La pacientele care își doresc să conceapă, chirurgia are de asemenea un rol important — însă cu o distincție esențială la care voi reveni imediat. În final, atunci când există incertitudine diagnostică sau suspiciune privind natura unei leziuni, chirurgia oferă ceva esențial: un diagnostic tisular definitiv.

Când chirurgia nu este alegerea potrivită

Chirurgia nu este răspunsul pentru fiecare pacientă cu endometrioză, iar recomandarea ei în mod nediferențiat poate face un rău real.

La pacientele cu simptome ușoare până la moderate, bine controlate prin terapie hormonală, riscurile intervenției chirurgicale — anestezia, sângerarea, infecția, lezarea structurilor din jur și, foarte important, reducerea rezervei ovariene — pot depăși beneficiile acesteia. În aceste cazuri, tratamentul medicamentos este complet adecvat și nu ar trebui privit ca o soluție inferioară. Pentru pacientele care plănuiesc FIV în viitorul apropiat, decizia este deosebit de nuanțată.

Îndepărtarea unui endometriom ovarian înainte de FIV va reduce numărul de ovocite disponibile — uneori în mod semnificativ. În acest context, a merge direct către FIV, fără intervenție chirurgicală prealabilă, este adesea alegerea mai înțeleaptă. Totuși — și aceasta este o distincție esențială — excizia laparoscopică a endometriozei peritoneale și a bolii intestinale optimizează mediul pelvin și poate îmbunătăți în mod real rezultatele FIV. Tipul intervenției și localizarea bolii contează enorm. Chirurgia repetată merită, de asemenea, o analiză atentă. În experiența mea, majoritatea pacientelor care ajung să aibă nevoie de o a doua intervenție o fac deoarece prima procedură a fost incompletă — ablație sau cauterizare a nodulilor fibroși, mai degrabă decât o excizie reală a bolii de la rădăcină. Atunci când prima intervenție este realizată corect, cu excizie completă, necesitatea unei noi operații este redusă semnificativ.

Prima intervenție trebuie să fie intervenția corectă

Acest lucru mă duce la ceea ce consider cel mai important mesaj din acest articol. Dacă intervenția chirurgicală este indicată, ea trebuie să fie completă. Chirurgia incompletă — în special ablația în prezența bolii fibroase profunde — nu doar că nu rezolvă simptomele, ci duce adesea la un ciclu de intervenții repetate, fiecare cu propriile riscuri și cu beneficii din ce în ce mai mici.

Excizia laparoscopică completă, urmată de supresie hormonală postoperatorie cu un progestativ, oferă pacientelor cele mai bune șanse de ameliorare pe termen lung a durerii și cel mai scăzut risc de recidivă. Studiul de referință PRE-EMPT, publicat în BMJ în 2024 și desfășurat în 34 de spitale din Marea Britanie, a demonstrat o îmbunătățire a durerii de aproximativ 40% la trei ani după intervenția chirurgicală combinată cu tratament hormonal — un rezultat semnificativ și relevant pentru pacientele care au suferit adesea ani întregi.

Decizia corectă necesită echipa potrivită

Endometrioza profundă nu este o afecțiune pentru practicieni generaliști. Ea necesită chirurghi specialiști care lucrează în echipe multidisciplinare – incluzând chirurghi colorectali, urologi, specialiști în durere și experți în fertilitate – capabili să abordeze întreaga complexitate a bolii într-un cadru unic și coordonat. Pentru pacientele cu boală severă sau complexă, accesul la îngrijire într-un centru acreditat de endometrioza nu este un lux. Este standardul de îngrijire pe care îl merită. Chirurgia pentru endometrioza nu este nici întotdeauna corectă, nici întotdeauna greșită. Este un instrument puternic – unul care, utilizat la momentul potrivit, în modul potrivit și de echipa potrivită, poate reda cu adevărat viața pacientelor.



Chirurgia incompletă – în special ablația în prezența bolii fibroase profunde – nu doar că nu rezolvă simptomele, ci duce adesea la un ciclu de intervenții repetate, fiecare purtând propriile riscuri.

Key References

1. Becker CM, et al. ESHRE guideline: endometriosis. Hum Reprod Open. 2022;(2):hoac009.
2. National Institute for Health and Care Excellence. Endometriosis: diagnosis and management. NICE guideline NG73. Updated 2024.
3. Cooper KG, et al. PRE-EMPT trial: long acting progestogens versus combined oral contraceptive pill for preventing recurrence of endometriosis related pain. BMJ. 2024;385:e079006.
4. Adamson GD, et al. Endometriosis Fertility Index: the new, validated endometriosis staging system. Fertil Steril. 2010;94(5):1609-15.
5. Keckstein JS, et al. Hybrid argon plasma coagulation versus sharp excision for the treatment of endometriosis. Arch Gynecol Obstet. 2023;307(1):187-194.



Tipuri de endometrioză și impactul lor

Endometrioza este adesea descrisă ca o singură afecțiune, însă în practica clinică ea se prezintă ca un spectru de boală, cu forme, comportamente și consecințe distincte. Pentru pacienți și clinicieni deopotrivă, înțelegerea acestor diferențe este esențială, nu doar pentru diagnostic, ci și pentru stabilirea celei mai potrivite strategii de tratament.

Care sunt principalele tipuri de endometrioză?

În linii mari, endometrioza este împărțită în trei tipuri principale. Primul, endometrioza peritoneală superficială, constă în leziuni mici localizate pe mucoasa care căptușește pelvisul. Aceste depozite pot părea subtile în timpul intervenției chirurgicale, uneori asemănându-se cu arsuri de praf sau chiar cu vezicule transparente, dar pot totuși provoca simptome semnificative. Al doilea tip, endometrioza ovariană, formează chisturi la nivelul ovarului, cunoscute sub numele de endometrioame. Aceste chisturi conțin sânge îngroșat și alterat și sunt adesea denumite „chisturi de ciocolată”. Al treilea și cel mai sever tip este endometrioza profund infiltrativă, în care leziunile pătrund adânc sub suprafață și invadează structuri din jur, precum ligamentele, intestinul sau vezica urinară.

Cum afectează fiecare tip organele din jur?

Fiecare tip de endometrioză afectează organismul în mod diferit. Endometrioza superficială tinde să irite peritoneul, declanșând inflamație fără a modifica neapărat anatomia normală a organelor. În schimb, endometrioamele pot perturba funcția normală a ovarelor, afectând ovulația și reducând rezerva ovariană, ceea ce poate avea implicații importante asupra fertilității. Endometrioza infiltrativă profundă are un comportament mai agresiv. Aceasta poate modifica anatomia pelvisului, poate determina formarea de aderențe care „lipesc” organele între ele și poate infiltra structuri precum rectul sau vezica urinară, provocând simptome mai complexe și adesea debilitante.

De ce provoacă endometrioza profundă mai multă durere?

Endometrioza profundă infiltrativă provoacă, de obicei, mai multă durere deoarece leziunile pătrund adânc în țesuturi și pot afecta structuri bogat inervate. În plus, inflamația cronică, formarea aderențelor și infiltrarea organelor precum rectul, vezica urinară sau ligamentele pelvine pot amplifica semnificativ durerea și pot afecta calitatea vieții.

Dr Denis Tsepov, MRCOG

*Obstetrică-ginecologie și chirurg robotic
Coordonator chirurgical al echipei multidisciplinare
pentru endometrioză și chirurgie pelvină avansată,
Londra.*



Aceasta poate modifica anatomia pelvisului, poate determina formarea de aderențe care „lipesc” organele între ele și poate infiltra țesuturi precum rectul sau vezica urinară, ducând la simptome mai complexe și adesea debilitante.

Ce complicații pot provoca endometrioamele ovariene?

Endometrioamele ovariene, deși uneori sunt mai puțin invazive decât endometrioza profund infiltrativă, prezintă propriile riscuri. Acestea pot afecta fertilitatea prin deteriorarea țesutului ovarian sănătos și pot duce la complicații precum torsiunea ovariană sau ruptura chistului, ambele reprezentând urgențe chirurgicale. Chiar și atunci când sunt asimptomatice, prezența lor poate complica tratamentele de fertilitate și planificarea intervențiilor chirurgicale.

Inflamația se află în centrul mecanismelor care stau la baza endometriozei și explică multe dintre simptomele acestei afecțiuni. Țesutul endometrial ectopic eliberează mediatori inflamatori, inclusiv prostaglandine și citokine, care nu doar provoacă durere, ci favorizează și formarea aderențelor. Acest mediu inflamator poate afecta organele din vecinătate și contribuie la caracterul cronic, adesea sistemic, al bolii. De asemenea, poate explica simptome precum oboseala persistentă, senzația generală de rău și dificultățile de concentrare raportate de multe paciente.

Care tipuri au un risc mai mare de recidivă după tratament?

Recidiva reprezintă un aspect important în managementul endometriozei. Endometrioza infiltrativă profundă și endometrioamele ovariene au o probabilitate mai mare de a reapărea după tratament, în special dacă leziunile nu sunt excizate complet. Endometrioza superficială, atunci când este îndepărtată în totalitate, tinde să aibă o rată mai scăzută de recidivă. Cu toate acestea, nicio formă de endometrioză nu poate fi considerată complet vindecabilă, având în vedere influența factorilor hormonal și inflamatori care stau la baza bolii.

Cum pot investigațiile imagistice și intervenția chirurgicală să evidențieze diferitele tipuri de endometrioză?

Tehnicile moderne de imagistică, în special ecografia și RMN-ul, au îmbunătățit semnificativ capacitatea de a detecta anumite forme de endometrioză. Endometrioamele ovariene și leziunile profunde pot fi adesea identificate prin investigații imagistice efectuate de specialiști cu experiență, în timp ce endometrioza superficială poate rămâne nedetectată. Din acest motiv, combinația dintre imagistica avansată și laparoscopie rămâne standardul de aur pentru diagnostic.

De ce este importantă identificarea tipului de endometrioză pentru alegerea tratamentului?

Recunoașterea tipului de endometrioză este esențială pentru un management clinic adecvat. Aceasta influențează interpretarea simptomelor, planificarea tratamentului chirurgical și consilierea privind fertilitatea. Endometrioza profund infiltrativă poate necesita o abordare multidisciplinară, implicând medici ginecologi alături de chirurghi colorectali sau urologi. În schimb, endometrioza ovariană ridică aspecte importante legate de conservarea fertilității și a rezervei ovariene.

Revoluția în endometrioză: cum imagistica mai performantă ajută la scurtarea drumului până la diagnostic

Dr Wendaline VanBuren

Profesor asociat în Radiologie

Mayo Clinic, SUA

Fondator și director al cursului internațional de imagistică pentru endometrioză

Deși s-au făcut progrese remarcabile în ultimul deceniu, întârzierea diagnosticului rămâne una dintre cele mai mari provocări în îngrijirea endometriozei. Motivele sunt complexe. Endometrioza se poate manifesta diferit de la o persoană la alta, simptomele se suprapun adesea cu cele ale altor afecțiuni, iar nivelul de conștientizare a bolii variază încă atât în rândul pacientelor, cât și al profesioniștilor din domeniul medical.



Pentru multe femei care trăiesc cu endometrioză, partea cea mai dificilă nu este neapărat boala în sine, ci incertitudinea care o însoțește adesea. Multe paciente petrec ani întregi căutând o explicație pentru simptome care le afectează aproape fiecare aspect al vieții. Pot consulta mai mulți specialiști, pot face numeroase investigații și pot primi diverse diagnostice înainte ca endometrioza să fie luată în considerare în final.

Până în momentul în care multe femei ajung la un specialist, ele poartă adesea nu doar povara fizică a simptomelor, ci și greutatea emoțională a anilor petrecuți întrebându-se de ce a fost atât de dificil să găsească răspunsuri. Din păcate, întâlnesc acest scenariu mult prea frecvent în practica mea, iar odată ce diagnosticul este stabilit, apare adesea un sentiment profund de durere și „doliu” împărtășit în fața a ceea ce a fost pierdut în tot acest timp.

La nivel global, o comunitate tot mai mare de clinicieni, cercetători, susținători ai pacienților, ecografiști, radiologi și chirurghi lucrează pentru a îmbunătăți modul în care endometrioza este recunoscută și diagnosticată. Una dintre cele mai importante evoluții din cadrul acestei mișcări a fost progresul remarcabil al metodelor imagistice.

Timp de mulți ani, pacienților li se spunea frecvent că investigațiile imagistice nu pot identifica în mod fiabil endometrioza și că diagnosticul cert poate fi stabilit doar prin intervenție chirurgicală. Deși chirurgia rămâne o parte importantă a îngrijirii pentru multe paciente, înțelegerea noastră asupra bolii — și capacitatea de a o vizualiza — s-a schimbat semnificativ.

În prezent, ecografiile specializate și investigațiile prin rezonanță magnetică ajută clinicienii să identifice numeroase forme de endometrioza înainte de intervenția chirurgicală, permițând pacienților și echipelor medicale să ia decizii mai informate privind tratamentul. În multe privințe, progresele din imagistică nu doar că schimbă modul în care diagnosticăm endometrioza, ci și modul în care înțelegem această boală.

Întârzierea diagnosticului începe cu mult înainte de imagistică.

Cu mult înainte ca o pacientă să efectueze o ecografie sau o examinare prin rezonanță magnetică, parcursul ei medical începe de obicei mult mai devreme. Apar simptome care pot părea inițial fără legătură între ele: menstruații dureroase, simptome intestinale, simptome urinare, infertilitate, oboseală cronică, durere la contact sexual sau durere pelvină persistentă.

Multe femei petrec ani încercând să înțeleagă dacă ceea ce experimentează este normal. Unele sunt liniștite cu ideea că durerile menstruale severe sunt pur și simplu „parte din a fi femeie”. Altele primesc tratamente pentru afecțiuni gastrointestinale, urologice sau musculo-scheletale înainte ca endometrioza să fie luată în considerare.

Una dintre cele mai importante lecții care reiese din comunitatea globală a endometriozei este că reducerea întârzierii diagnosticului începe cu ascultarea pacienților. Atunci când pacientele se simt în siguranță să își descrie simptomele, iar profesioniștii din sănătate abordează aceste simptome cu curiozitate și deschidere, apar oportunități pentru o recunoaștere mai timpurie a bolii.

Imagistica nu poate înlocui această conversație. Ea poate doar să o completeze.

De la o boală invizibilă la o boală vizibilă

Istoric, endometrioza a fost considerată adesea o afecțiune dificil sau chiar imposibil de identificat înainte de intervenția chirurgicală. Imagistica era asociată în principal cu detectarea endometrioamelor ovariene, în timp ce multe alte forme de manifestare ale bolii erau puțin înțelese. În timp, însă, clinicienii au început să recunoască faptul că endometrioza nu se limitează la nivelul ovarelor. Boala poate afecta intestinul, vezica urinară, pereții laterali ai pelvisului, ligamentele, diafragma, nervii și numeroase alte structuri din pelvis și abdomen. Pe măsură ce înțelegerea bolii a evoluat, s-a schimbat și abordarea imagistică.

În prezent, examinările specializate prin rezonanță magnetică și ecografie sunt concepute nu doar pentru a identifica leziuni evidente, ci și pentru a evalua relațiile complexe dintre organele pelvine și pentru a recunoaște modificări subtile care pot sugera prezența bolii. Fibroza, aderențele, deplasările organelor, distorsiunile arhitecturale și leziunile infiltrative profunde pot fi adesea evidențiate atunci când investigațiile sunt realizate și interpretate de specialiști cu experiență dedicată.

Această schimbare reprezintă mai mult decât un progres tehnologic. Reprezintă o schimbare de perspectivă conceptuală. În loc să se întrebe dacă boala este prezentă, specialiștii în imagistică se concentrează din ce în ce mai mult pe localizarea bolii, pe extensia acesteia, pe modul în care se corelează cu simptomele pacientei și pe opțiunile de tratament disponibile, inclusiv pe detalii de tip „cartografiere” utile pentru planificarea chirurgicală.



Fig. 1: Ecografist principal, Laura Sutton, ghidează un participant la cea de-a 2-a ediție a Congresului Internațional de Imagistică în Endometrioză, utilizând un simulator de ecografie transvaginală pentru exersarea tehnicilor practice de scanare dedicate ecografiei în endometrioză.

Una dintre cele mai frecvente concepții greșite despre imagistică este că aparatul de scanare determină, în sine, calitatea diagnosticului. În realitate, imagistica reprezintă un parteneriat între tehnologie și expertiză. Protocolul de examinare trebuie să fie atent conceput.

Imaginile trebuie achiziționate corect. Cel mai important, medicul care interpretează examinarea trebuie să înțeleagă modurile variabile și adesea subtile în care se poate manifesta endometrioza. Multe dintre modificări nu sunt evidente sau spectaculoase. Ele pot consta în mici zone de fibroză, ușoare distorsiuni ale anatomiei normale, aderențe fine între organe sau semne secundare care capătă semnificație doar atunci când sunt evaluate în contextul întregii examinări.

Din acest motiv, expertiza este esențială – nu pentru că specialiștii „caută mai mult”, ci pentru că experiența îi ajută să știe unde să privească și cum să recunoască tipare care altfel ar putea fi omise. Totodată, este important să nu se supraevalueze prezența bolii, deoarece acest lucru poate duce la tratamente inutile. Pelvisul feminin implică numeroase organe, iar o cunoaștere amplă a patologiilor pelvine, precum și utilizarea mai multor modalități imagistice (ecografie, CT, RMN, PET), sunt esențiale pentru a putea obține un diagnostic integrat.

Un efort global pentru îmbunătățirea diagnosticului

Poate cel mai încurajator aspect al îngrijirii endometriozei în prezent este spiritul tot mai puternic de colaborare internațională.

În întreaga Europă, America de Nord, America de Sud, Africa, Asia și Australia, profesioniștii din domeniul sănătății lucrează împreună pentru a îmbunătăți educația, a rafina protocoalele de imagistică, a standardiza terminologia și a împărtăși cunoștințe. Ceea ce odinioară era concentrat în câteva centre specializate este din ce în ce mai mult predat și diseminat la nivel global.

Această evoluție a făcut parte din parcursul meu profesional ca medic și a fost amplificată prin fondarea Congresului Internațional de Imagistică în Endometrioză.

Această abordare colaborativă reflectă o realitate importantă: reducerea întârzierii diagnosticului nu este responsabilitatea unei singure specialități. Ea necesită profesioniști din sănătate dispuși să asculte. Necesită chirurghi, ecografiști, radiologi, cercetători și educatori care lucrează împreună către un obiectiv comun. Cel mai important, necesită convingerea comună că paciențele merită răspunsuri mai rapide. Vocea persoanelor care susțin paciențele trebuie susținută, amplificată și recunoscută.

Viitorul îngrijirii endometriozei nu este definit de o singură tehnologie, de un singur medic sau de o singură instituție. El este modelat de un efort colectiv de a înțelege mai bine o boală complexă și de a îmbunătăți experiența milioanei de femei afectate de aceasta.



Progresele în imagistică reprezintă o parte importantă a acestei evoluții. Imagistica contribuie la identificarea mai timpurie a bolii, la o înțelegere mai completă a extensiei acesteia și la furnizarea de informații care pot ghida deciziile de tratament. Împreună cu o conștientizare în creștere, o educație medicală îmbunătățită și colaborarea multidisciplinară, aceste progrese oferă o oportunitate reală de a scurta parcursul diagnostic pe care multe femei l-au parcurs ani de zile.

Obiectivul final nu este doar diagnosticul mai precoce. Domeniul este într-o continuă evoluție, cu dezvoltarea constantă a protocoalelor, a standardizării rapoartelor, a secvențelor RMN, a trasorilor din medicina nucleară, a radiomicii, a inteligenței artificiale, a realității augmentate și a integrării cu progresele din știința genotipurilor, pentru a susține viitorul medicinei personalizate.

În esență, prin ascultarea pacientelor, parcursul diagnostic poate începe mai devreme, iar imagistica medicală poate oferi informații suplimentare relevante. Paciențele pot obține mai multă claritate, validare și posibilitatea de a merge mai departe cu încredere, opțiuni și speranță. Imagistica specializată este un instrument important care contribuie la reducerea distanței de comunicare dintre pacient și clinician, oferind un limbaj comun care poate îmbunătăți relația terapeutică.



REGINA MARIA
REȚEAUA PRIVATĂ DE SĂNĂTATE

„Trăiesc cu
DURERILE
de la 13 ani”

NU ^{Mi s-a spus} **“EȘTI FEMEIE,**
e normal
ESTE să ai dureri”
NORMAL!

“Nu m-am dat bătută,
am căutat echipa care
M-A ASCULTAT”

— Alina, pacientă Endo Institute —

Endo Institute

București • Timișoara • Cluj • Iași • Constanța • Craiova • Târgu Mureș

021 9268

ASOCIAȚIA PERSOANELOR CU ENDOMETRIOZA



Nu ești singură!

Asociația Persoanelor cu Endometrioză oferă informare, sprijin și îndrumare femeilor care se confruntă cu această afecțiune, contribuind la creșterea conștientizării și la facilitarea accesului la resurse și specialiști.

0044 7570097831

www.endoromania.org