

REVISTĂ ENDOLIFE DIGITALĂ

Nr. 9 / Asociația Persoanelor cu Endometrioză

ANDREEA BERKHOUT

Viața cu endometrioza: între boală și carieră

DR DAVID MARICA

Sindrom de intestin
iritabil sau endometrioza?

DR THOMAS BANTON

Transformarea îngrijirii
endometriozei prin holograme
de realitate extinsă

DR MIHAELA BRAGA

Când impactul depășește
durerea menstruală

CORALIA CONSTANTIN

Izolarea socială și vinovăția:
trauma diagnosticului întârziat

DR. PÂRVULETU-ALI SAPHIA

Endometrioza dincolo de
bisturiu – memoria durerii

DR ISLAM GAMALELDIN

Dincolo de pelvis:
înțelegerea endometriozei
diafragmatice și toracice

PEA

ErbaVita
distribuit de CRIS HEALTHCARE

PLATINUM

Reduce DISCONFORTUL și DUREREA localizată.
Recomandat în ENDOMETRIOZĂ și DISMENOREE.

Comandă online:



Informații suplimentare:
info@crishealthcare.com



**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

Izolarea socială și vinovăția:
trauma diagnosticului întârziat

Coralia Constantin

21

Redefinirea intimității în
endometrioza:

Carolina Roldan

09

Sindrom de intestin iritabil sau
endometrioza?

Dr David Marica

23

Viața cu endometrioza: între
boală și carieră

Andreea Berkhout

11

Endometrioza și infertilitatea: când
și cum poate afecta șansa de a
obține o sarcină?

Dr Diana Popescu

32

Transformarea îngrijirii
endometriozei prin holograme
de realitate extinsă

Dr Thomas Baiton

14

Menstruațiile abundente nu sunt
ceva ce trebuie pur și simplu să
suporti

Dr Talat Uppal

36

Cum afectează calitatea
ovocitelor și ce se poate face?

Dr Elias Tsakos

16

Când impactul endometriozei
depășește durerea menstruală

Dr Mihaela Braga

38

Dincolo de pelvis: înțelegerea
endometriozei diafragmatice și
toracice

Dr Islam Gamaledin

18

Endometrioza dincolo de
bisturiu – memoria durerii

Dr. Pârvuletu-Ali Saphia

41

Radiologia intervențională în
tratamentul adenomiozei:

Dr Andrei Manu

Durerea care nu mai poate fi ignorată

Durerea cronică din endometrioză este discutată frecvent, dar rareori explicată corect. De cele mai multe ori, rămâne redusă la intensitate, la episoade sau la pragul de toleranță, fără să fie analizată ca mecanism complex. Această lipsă de claritate influențează modul în care este înțeleasă, evaluată și tratată.



Durerea cronică rămâne elementul central care definește experiența endometriozei, dar modul în care este înțeleasă continuă să fie incomplet. De cele mai multe ori, durerea este tratată ca un simptom izolat, nu ca un mecanism complex care implică inflamație, neuroplasticitate, sensibilizare centrală și impact funcțional. Această abordare limitată duce la confuzii, la explicații simplificate și la soluții care nu răspund realității clinice.

În practica medicală, durerea este adesea evaluată prin intensitate, deși intensitatea este doar o parte din problemă. Modul în care durerea se menține, se amplifică sau se transformă în timp este influențat de factori biologici, hormonal, neurologici și psihologici. Fără o înțelegere corectă a acestor mecanisme, pacientele primesc recomandări incomplete, iar tratamentul devine fragmentat.

Durerea cronică nu este un „simptom de tolerat”, ci un fenomen care trebuie explicat corect. În endometrioză, durerea nu dispare doar prin intervenții chirurgicale sau tratamente hormonale. Necesită abordare multidisciplinară, educație medicală corectă și recunoașterea faptului că sistemul nervos joacă un rol major în modul în care corpul percepe și procesează durerea.

Claritatea în comunicarea despre durere este esențială. Fără claritate, pacientele rămân cu impresia că durerea este „normală”, „de așteptat” sau „inevitabilă”. Fără claritate, se perpetuează ideea că durerea poate fi ignorată sau minimalizată. Fără claritate, se creează un spațiu în care informațiile incomplete devin reguli.

Izolarea socială și vinovăția: trauma diagnosticului întârziat

Cum procesăm furia și neîncrederea după ani în care durerile ne-au fost minimizate

Coralia Constantin

Psihoterapeut | EndoInstitute

Ponderas Academic Hospital | Rețeaua de sănătate

REGINA MARIA



Există o formă de singurătate pe care o cunosc bine femeile cu endometrioză, cu mult înainte de a avea un diagnostic pe hârtie. Nu e vorba despre a fi singură fizic, ci despre ceva mai greu de numit: singurătatea de a nu fi crezută.

An după an, o durere reală este întâmpinată cu fraze care o fac să pară mai mică decât este, "e normal, toate femeile au dureri", "mai exagerezi", "ia un calmant și treci peste". Statisticile internaționale arată că, în multe cazuri, între apariția primelor simptome și diagnosticul de endometrioză trec șapte, opt, uneori zece ani. Nu este doar un interval de așteptare. Este un interval plin de consultații în care durerea a fost pusă la îndoială, de discuții cu apropiați care nu au înțeles cât de mult doare de fapt, de zile de muncă sau de facultate în care a trebuit să pară totul în regulă, deși nu era.

Când nimeni nu te crede, înveți să nu te mai crezi nici tu.

Ceea ce se întâmplă în timp, dincolo de frustrarea evidentă, este ceva mai subtil și mai dureros: femeile ajung să se îndoiască de propriile senzații.

Dacă atâția oameni, inclusiv medici, au spus de-a lungul anilor că durerea nu e chiar așa gravă, e ușor să înceapă să creadă asta chiar ea, cea care o simte în fiecare lună. Multe femei povestesc că, la un moment dat, au învățat pur și simplu să "plece" din corp cât timp durerea era prezentă, să funcționeze pe pilot automat, să nu mai lase nimic să se vadă, ca să nu mai fie nevoite să explice, din nou, ceva ce nimeni nu părea să înțeleagă.

Tăcerea devine, în timp, o formă de auto-apărare. Dacă de fiecare dată când vorbeai despre durere primeai fie neîncredere, fie sfaturi nepotrivite, cel mai simplu devine să nu mai vorbești deloc. Numai că tăcerea are un cost: cei din jur înțeleg și mai puțin ce se întâmplă, iar lipsa lor de înțelegere pare să confirme, aparent, că într-adevăr nu era mare lucru de spus.



Vinovăția care nu-ți aparține de fapt

Multe femei cu endometrioza vorbesc despre un sentiment persistent de vinovăție. Vinovăție pentru planurile anulate, pentru zilele de concediu medical, pentru nevoia de a se odihni când ceilalți nu înțeleg de ce. Dar există și o vinovăție mai adâncă, mai greu de pus în cuvinte: teama de a fi "prea mult", prea multă durere, prea multe discuții despre analize și tratamente, prea multă nevoie de susținere.

Când nimeni din jur nu validează ce simți, mintea caută o explicație pentru suferința care pare să nu aibă sens pentru ceilalți. Iar explicația cea mai la îndemână devine, din păcate, cea îndreptată împotriva ta însăși: "poate exagerez", "poate nu e chiar așa grav cum cred eu". E important de spus limpede: această vinovăție nu are legătură cu un defect personal. E rezultatul firesc al unui mediu care, ani la rând, nu a oferit femeilor confirmarea de care aveau nevoie pentru o durere reală.

Furia, un semnal, nu o problemă

Când diagnosticul vine, în sfârșit, apare adesea un amestec de ușurare, "în sfârșit are un nume ce simt" și de revoltă "de ce a durat atât de mult?". Furia aceasta e uneori privită cu suspiciune, ca ceva ce trebuie depășit cât mai repede. Dar merită privită altfel: furia arată, de fapt, că ceva nu a fost în regulă în felul în care ai fost tratată de-a lungul timpului. Nu e un obstacol în calea vindecării, ci un semnal sănătos, care merită ascultat, nu grăbit spre uitare.

La fel se întâmplă și cu neîncrederea care rămâne în sistemul medical, în propriile senzații, uneori chiar și în oamenii apropiați. Nu e un defect de caracter, ci o urmă lăsată de ani în care încrederea a fost, de fiecare dată, dezamăgită.

Nu dispare peste noapte, și nici nu ar trebui forțată să dispară, are nevoie de timp și de experiențe noi, în care, în sfârșit, cineva o crede.

Ce poate oferi terapia

Ca psiholog, întâlnesc destul de des femei aflate exact în acest punct al drumului, fie chiar în perioada de așteptare a unui diagnostic, fie la scurt timp după ce, în sfârșit, l-au primit. Și, deși fiecare poveste e diferită, există câteva direcții de lucru terapeutic care revin constant și care chiar ajută.



Primul pas, de multe ori, este simplu în aparență, dar esențial: a avea, în sfârșit, un spațiu în care durerea este crezută necondiționat, fără să fie nevoie de argumente sau de dovezi. Multe femei ajung la primele ședințe povestind pentru prima dată, în detaliu, toți anii de negare și doar faptul de a fi ascultate, fără să fie întrerupte cu "dar nu e chiar așa de grav", are deja un efect vindecător.

Ceea ce face posibilă toată munca de mai jos este, de fapt, relația terapeutică în sine. Pentru femei care ani de zile au fost puse la îndoială, a construi din nou încredere într-o relație, chiar și una profesională, nu se întâmplă automat, ci se câștigă, ședință cu ședință, prin constanță și predictibilitate. Cabinetul devine, astfel, un cadru de siguranță: singurul loc, poate, în care nu trebuie să-și dovedească nimic, în care nu există riscul de a fi din nou minimize. Iar într-un asemenea cadru, toate emoțiile : furia, tristețea, rușinea, ușurarea, chiar și cele contradictorii au, în sfârșit, loc să existe, fără să fie grăbite spre "a trece peste" sau judecate ca fiind nepotrivite.



Al doilea pas ține de refacerea legăturii cu propriul corp. Ani de minimizare a durerii duc adesea la o formă de detașare de semnalele corporale: corpul ajunge să fie perceput ca un dușman, ca o sursă de probleme, nu ca parte din sine. Tehnici simple de conștientizare corporală, respirație, sau chiar jurnal al senzațiilor fizice pot ajuta la reconstruirea acestei relații, pas cu pas.

Al treilea pas presupune lucrul explicit cu furia și cu vinovăția. În loc să fie evitate sau grăbite spre "a trece peste", aceste emoții sunt explorate: de unde vin, cui îi aparțin de fapt, ce spun despre nevoile neîmplinite din anii de negare. Multe femei descoperă în cabinet, că furia lor, în loc să fie un semn de nerecunoștință sau de exagerare, este de fapt o resursă, le ajută să își apere mai bine nevoile de acum înainte, în relația cu medicii, cu familia, cu locul de muncă.



Un al patrulea aspect, adesea subestimat, este grupul de suport. Multe femei descriu un moment de cotitură atunci când, pentru prima dată, întâlnesc alte femei cu aceeași experiență, nu mai sunt singurele "prea sensibile" sau "exagerate". Recunoașterea reciprocă, chiar și în cadrul unui grup mic, reduce considerabil izolarea acumulată în ani de zile.

Nu în ultimul rând, procesul terapeutic poate oferi un sprijin concret în relația cu sistemul medical: exersarea felului de a comunica cu medicii, pregătirea pentru consultații, sau pur și simplu procesarea frustrării atunci când, din păcate, mai apar și acum experiențe de neîncredere din partea unor specialiști.

Spre reconectare

Integrarea diagnosticului, în acest context, nu înseamnă să uiți anii în care durerea a fost minimizată, ci să recunoști, în sfârșit, că a fost reală tot timpul, chiar dacă nimeni nu a văzut-o atunci. Înseamnă și să reînveți să asculți semnalele propriului corp, fără teama că vor fi respinse din nou.

Izolarea din jurul unui diagnostic întârziat nu se închide odată cu primirea unui răspuns medical. E un proces care are nevoie de timp, de oameni care, în sfârșit, ascultă, și uneori de sprijin specializat, pentru ca o durere care a fost tăcută prea mult timp să poată fi, în sfârșit, și auzită.

Sindrom de intestin iritabil sau endometrioza?

Cum diferențiem simptomele digestive



Dr David Marica

medic specialist gastroenterologie
coordonator departament gastroenterologie | Spitalul Monza

Balonare, crampe abdominale, constipație care alternează cu diareea, senzația că evacuarea nu este completă. Pentru multe femei, traseul începe cu o etichetă rapidă: „colon iritabil”. Uneori, aceasta este corectă. Dar atunci când simptomele digestive se accentuează în jurul menstruației, apar dureri pelvine, durere la defecație, durere în timpul contactului sexual sau dificultăți de a obține o sarcină, tabloul merită privit mai larg. În discuție intră endometrioza, inclusiv forma care poate afecta intestinul.

Sindromul de intestin iritabil

Sindromul de intestin iritabil este o tulburare a interacțiunii intestin-creier. Înseamnă simptome reale, uneori foarte supărătoare, fără o leziune care să poată fi obligatoriu văzută la colonoscopie sau la analize. Durerea abdominală se poate asocia cu modificarea tranzitului, balonare și scaune imprevizibile. Stresul poate amplifica simptomele, dar nu le inventează și nu explică singur totul.

Endometrioza

Endometrioza este o boală inflamatorie cronică în care țesut asemănător endometrului se dezvoltă în afara uterului.

În formele profunde, poate interesa peretele rectului sau al sigmoidului. De aici apar simptome care pot semăna perfect cu cele din intestinul iritabil: balonare, constipație, diaree, gaze, crampe, senzație de presiune rectală sau defecație dureroasă. Uneori se vorbește despre „endo belly”, dar termenul nu este un diagnostic și nu înlocuiește o evaluare medicală.

De ce se confundă atât de ușor?

Pentru că simptomele se suprapun, iar fiecare boală poate avea intensitate fluctuantă. O meta-analiză a găsit o asociere de aproximativ trei ori mai frecventă între endometrioza și criteriile de intestin iritabil. Asta nu demonstrează că una o provoacă pe cealaltă. Studiile sunt în mare parte observaționale și pot include erori de selecție. Mesajul corect este altul: cele două pot coexista. O pacientă poate avea endometrioza și, în același timp, o componentă de intestin iritabil care îi întreține balonarea sau alternanța de tranzit.



Și aici apare una dintre cele mai frecvente greșeli: fie toate simptomele sunt puse pe seama endometriozei deja cunoscute, fie durerea este încadrată ca „funcțională” înainte de a fi întrebată măcar legătura cu ciclul. Ambele scurtături pot prelungi drumul până la evaluarea corectă.

Ce ridică suspiciunea de endometrioză intestinală?

Nu există un singur simptom care pune diagnosticul. Contează tiparul. Durerea sau modificarea tranzitului legate de menstruație, defecația dureroasă mai ales în acea perioadă, durerea pelvină cronică, menstrele foarte dureroase, durerea profundă la contact sexual, infertilitatea sau sângele în scaun repetat ciclic merită discutate explicit cu medicul. Un jurnal al simptomelor pe câteva cicluri menstruale poate fi mult mai util decât răspunsul „mă balonez des”.

În paralel, gastroenterologul trebuie să caute și alte explicații pentru simptomele digestive: boală inflamatorie intestinală, boală celiacă, infecții, efecte medicamentoase sau alte afecțiuni. Analizele nu se fac toate „ca să fim siguri”, ci țintit, după simptome. În special la diaree cronică, calprotectina fecală și markerii inflamatori pot ajuta la separarea unui posibil intestin iritabil de o inflamație intestinală. Iar semnele de alarmă, cum sunt anemia, scăderea involuntară în greutate, sângerarea rectală, febra, simptomele nocturne, istoricul familial relevant sau debutul recent și persistent al simptomelor schimbă complet traseul investigațiilor.

Unde intră colonoscopia?

Colonoscopia este excelentă pentru a vedea mucoasa intestinului, a identifica inflamația, polipii, cancerul colorectal sau alte cauze de sângerare. Dar nu este testul care exclude endometrioza intestinală. Leziunile de endometrioză sunt adesea în peretele intestinal, dinspre exterior, fără să ajungă la mucoasa pe care o vede colonoscopia. Cu alte cuvinte, o colonoscopie normală poate fi foarte liniștitoare pentru anumite boli digestive, dar nu închide automat discuția despre endometrioză.

Evaluarea ginecologică este la fel de importantă. Ecografia transvaginală realizată de un medic cu experiență în endometrioză poate identifica endometrioamele și unele forme de endometrioză profundă, inclusiv pe cele cu interesare intestinală. În funcție de suspiciune, un RMN pelvin poate ajuta la cartografierea extinderii bolii. Un rezultat normal nu exclude complet endometrioza, mai ales forma superficială. Testele de sânge precum CA-125 nu sunt recomandate pentru a pune diagnosticul. Iar laparoscopia nu mai este o etapă obligatorie pentru fiecare pacientă înainte de a începe managementul, dar rămâne importantă în situațiile selectate, discutate individual.

Tratamentul nu se reduce la „un regim pentru colon” și nici la o singură intervenție. Dacă există suspiciune de endometrioză profundă cu afectare intestinală, evaluarea ar trebui făcută într-o echipă care include ginecolog cu experiență în endometrioză, gastroenterolog și, la nevoie, chirurg colorectal. Tratamentul hormonal, intervenția chirurgicală, controlul durerii și strategiile pentru simptome de tip intestin iritabil se aleg după localizarea bolii, severitatea simptomelor, fertilitate și prioritățile pacientei. O dietă poate ajuta o componentă de intestin iritabil, dar nu „topește” leziunile de endometrioză.

Concluzia este simplă: balonarea nu este o scurtătură spre un diagnostic. Pentru unele femei, explicația este intestinul iritabil. Pentru altele, endometrioza. Pentru o parte, sunt ambele. O consultație bună nu înseamnă să ceri toate analizele și investigațiile. Înseamnă să observi tiparul simptomelor, să cauți semnele care contează și să alegi investigațiile potrivite.



Când și cum poate afecta endometrioza șansa de a obține o sarcină?

Dr. Diana Popescu
Medic Specialist Obstetrică-Ginecologie
Doctor în Științe Medicale | Art Clinic



Endometrioza este una dintre afecțiunile ginecologice care ridică cele mai multe întrebări atunci când o femeie își dorește un copil. „Voi pune rămâne însărcinată”, „Trebuie să mă operez înainte să încerc”, „Îmi afectează rezerva ovariană”, „Am nevoie de fertilizare in vitro?” sunt întrebările cele mai frecvente pe care le au pacientele cu endometrioza.

Primul lucru pe care vreau să îl spun este că endometrioza nu este sinonimă cu infertilitatea. Multe femei cu endometrioza obțin spontan o sarcină. Dar în același timp boala poate reduce șansele de concepție și, în anumite situații, poate reprezenta un factor important de infertilitate; cât de mult influențează fertilitatea diferă însă foarte mult de la o pacientă la alta.

Se estimează că aproximativ 30-50% dintre femeile cu endometrioza pot întâmpina dificultăți în obținerea unei sarcini, iar endometrioza este identificată la aproximativ 10-30% dintre femeile investigate pentru infertilitate. Aceste procente trebuie însă interpretate cu prudență, deoarece variază în funcție de populația studiată și de criteriile utilizate pentru diagnostic.

De ce endometrioza poate să afecteze fertilitatea?

Endometrioza este o boală cronică în care țesutul endometrial se dezvoltă în afara cavității uterine. În timp poate determina apariția aderențelor, modificarea anatomiei pelvisului și afectarea funcției trompelor uterine. Inflamația cronică asociată endometriozei poate contribui, de asemenea, la modificarea mediului pelvin și a funcției reproductive. Atunci când trompele sunt deformate sau mobilitatea ovarului este redusă, întâlnirea dintre ovocit și spermatozoid poate deveni dificilă sau imposibilă.

Un alt mecanism important este reprezentat de endometrioza ovariană care poate fi asociată cu o rezervă ovariană redusă, iar intervențiile chirurgicale asupra ovarului pot contribui la rândul lor la diminuarea acesteia. De aceea, diagnosticul unui endometriom nu trebuie privit automat ca o indicație pentru operație. Decizia trebuie luată după evaluarea vârstei, rezervei ovariene, dimensiunii și aspectului chistului, simptomelor, istoricul chirurgical și planurilor reproductive ale pacientei.

Există și alte mecanisme precum modificări ale mediului inflamator pelvin, calității ovocitelor sau proceselor implicate în implantarea embrionului. Este important să nu transformăm ipoteze biologice în certitudini atunci când discutăm cu pacientele.

Stadiul endometriozei spune cât de fertilă este o femeie?

Nu și aceasta este una dintre cele mai importante nuanțe. Endometrioza este clasificată în stadii, însă stadiul bolii nu poate spune cu certitudine dacă pacienta va obține sau nu o sarcină. O pacientă cu boală extinsă poate obține o sarcină spontan, în timp ce o pacientă cu leziuni aparent limitate poate întâmpina dificultăți.

În evaluarea fertilității contează mai multe elemente precum vârsta, durata infertilității, antecedentele de sarcină, permeabilitatea trompelor, rezerva ovariană, factorul masculin, localizarea și extensia endometriozei. Scorul EFI (Endometriosis Fertility Index) încearcă să estimeze șansa de sarcină spontană după tratamentul chirurgical.

Când ar trebui evaluată fertilitatea?

O femeie cu endometrioză nu trebuie neapărat să aștepte un an de încercări înainte de a discuta cu un specialist în infertilitate. Vârsta este unul dintre cei mai importanți factori care influențează fertilitatea feminină și implicit șansa de succes a tratamentelor de reproducere asistată. În absența altor factori de risc, evaluarea infertilității este recomandată în general după 12 luni de încercări la femeile cu vârsta sub 35 de ani și după 6 luni la cele cu vârsta de 35 ani sau peste.

În cazul unei paciente cu endometrioză însă, evaluarea poate fi indicată mai devreme, fără a aștepta să treacă aceste intervale de timp, în funcție de severitatea bolii, rezerva ovariană, antecedentele chirurgicale și planurile reproductive. Evaluarea pacientei nu trebuie să însemne doar „analize hormonale”. Este important să privim cuplul ca întreg: ovulația, rezerva ovariană, anatomia uterului și a trompelor uterine și bineînțeles spermograma partenerului. Prezența endometriozei nu înseamnă că toate dificultățile de concepție sunt determinate de aceasta; infertilitatea poate avea cauze multiple, iar evaluarea partenerului este la fel de importantă.

Operația este întotdeauna primul pas?

Nu, iar aici este nevoie de o discuție individualizată. În anumite forme de endometrioză chirurgia poate crește șansa unei sarcini spontane, în special atunci când există aderențe sau leziuni care afectează anatomia pelvisului. Pe de altă parte însă, operația nu trebuie făcută de rutină doar pentru a crește șansele unei fertilizări in vitro.

Acest lucru este deosebit de important în cazul endometrioamelor ovariene. Dovezile actuale nu arată beneficiu clar al îndepărtării chirurgicale a endometriomului înainte de fertilizarea in vitro în ceea ce privește rata nașterilor vii, în timp ce intervenția în sine poate afecta rezerva ovariană. Intervenția chirurgicală poate fi însă justificată în anumite situații cum ar fi durerea importantă sau în situațiile în care endometriomul interferează cu accesul la foliculi.

Prin urmare, întrebarea corectă nu este „am endometrioză, deci trebuie să mă operez?”, ci „care este strategia care îmi oferă cea mai bună șansă de a avea un copil, cu cel mai mic risc pentru fertilitatea mea?”

Când intră în discuție fertilizarea in vitro?

Fertilizarea in vitro (FIV) poate fi o opțiune atunci când există factori care reduc semnificativ șansa de a concepe spontan, când infertilitatea persistă, când trompele uterine sunt afectate, când există și factor masculin sau atunci când vârsta și rezerva ovariană fac importantă evitarea unei perioade lungi de așteptare.

Un aspect important este că o rezervă ovariană scăzută, inclusiv atunci când este asociată endometriozei sau unor intervenții chirurgicale ovariene anterioare, nu înseamnă că fertilizarea in vitro nu mai este o opțiune. FIV poate reprezenta în continuare o strategie importantă, însă numărul de ovocite obținute poate fi mai mic, iar prognosticul trebuie discutat individual. În acest context, vârsta femeii rămâne unul dintre cei mai importanți factori predictivi ai succesului reproductiv, deoarece odată cu înaintarea în vârstă scade nu doar rezerva ovariană, ci și calitatea ovocitelor.

Rezultatele FIV la femeile cu endometrioza sunt, per ansamblu, bune, chiar dacă unele studii indică un număr mai mic de ovocite obținute și în anumite subgrupuri rezultate reproductive mai reduse. Prognosticul trebuie discutat individual, ținând cont în primul rând de vârsta pacientei, dar și de rezerva ovariană, istoricul chirurgical, severitatea bolii și caracteristicile cuplului.

Dar dacă pacienta nu își dorește încă o sarcină?

Pentru unele paciente discuția despre fertilitate trebuie purtată înainte de momentul în care există dorința de sarcină. Acest lucru este important mai ales în cazul endometriozei ovariene extinse sau al pacientelor care au trecut deja prin intervenții chirurgicale la nivelul ovarelor.

Crioconservarea ovocitelor poate reprezenta o opțiune de conservare a fertilității, decizia trebuie individualizată iar consilierea este cu atât mai importantă înaintea unei intervenții chirurgicale asupra ovarelor. Endometrioza și infertilitatea nu trebuie privite ca două diagnostice care urmează inevitabil unul pe celălalt. Uneori sarcina poate să apară spontan. Alteori este nevoie de chirurgie sau proceduri de reproducere umană asistată. Important este ca pacienta să nu piardă timp valoros și nici să nu fie supusă unor intervenții inutile.

În endometrioza tratamentul corect nu înseamnă doar să controlăm durerea sau să îndepărtăm leziunile. Pentru pacienta care își dorește un copil trebuie să avem în vedere și fertilitatea prezentă dar și fertilitatea viitoare. Cea mai bună decizie este, de cele mai multe ori, cea luată devreme, informat și individualizat.

Bibliografie

- 1 Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, Horne A, Jansen F, Kiesel L, King K, Kvaskoff M, Nap A, Petersen K, Saridogan E, Tomassetti C, van Hanegem N, Vulliamoz N, Vermeulen N; ESHRE Endometriosis Guideline Group. ESHRE guideline: endometriosis. Hum Reprod Open. 2022 Feb 26;2022(2):hoac009. doi: 10.1093/hropen/hoac009. PMID: 35350465; PMCID: PMC8951218.
- 2 Wei Y, Xiao X, Wu X, Xie C and Li T (2026) Association between endometriosis and adverse reproductive and perinatal outcomes in women undergoing assisted reproductive technology: a systematic review and meta-analysis. Front. Med. 13:1630529. doi: 10.3389/fmed.2026.1630529

- 3 La Marca A, Semprini M, Mastellari E, Donno V, Capuzzo M, Alboni C, Giulini S. Fertility preservation in women with endometriosis. Hum Reprod Open. 2025 Feb 28;2025(2):hoaf012. doi: 10.1093/hropen/hoaf012. PMID: 40123895; PMCID: PMC11930344.
- 4 Ata B, Somigliana E. Endometriosis, staging, infertility and assisted reproductive technology: time for a rethink. Reprod Biomed Online. 2024 Jul;49(1):103943. doi: 10.1016/j.rbmo.2024.103943. Epub 2024 Mar 12. PMID: 38733678.
- 5 Christina NLL, Tjahyadi D, Anwar R, Rachmawati A, Rafi MA. The Impact of Endometriosis on Ovarian Reserve: A Systematic Review. Int J Womens Health. 2026 May 26;18:604715. doi: 10.2147/IJWH.S604715. PMID: 42221426; PMCID: PMC13222006.
- 6 Gazzo I, Moffa F, Ferrero S. Fertility preservation in women with endometriosis: Oocyte cryopreservation and other techniques. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2024 Jul;95:102503. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2024.102503. Epub 2024 May 16. PMID: 38777734.
- 7 Mappa I, Page ZP, Di Mascio D, Patelli C, D'Antonio F, Giancotti A, Gebbia F, Mariani G, Cozzolino M, Muzii L, Rizzo G. The Effect of Endometriosis on In Vitro Fertilization Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. Healthcare (Basel). 2024 Dec 3;12(23):2435. doi: 10.3390/healthcare12232435. PMID: 39685057; PMCID: PMC11641477.
- 8 Alson S, Henic E, Jokubkiene L, Sladkevicius P. Endometriosis diagnosed by ultrasound is associated with lower live birth rates in women undergoing their first in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection treatment. Fertil Steril. 2024 May;121(5):832-841. doi: 10.1016/j.fertnstert.2024.01.023. Epub 2024 Jan 19. PMID: 38246403.
- 9 Mishra D, Shubham S, Malhotra N. Validation of Endometriosis Fertility Index for the Prediction of Non-Assisted Reproductive Technology (ART) Pregnancy in Women With Endometriosis-Associated Infertility: A Prospective Cohort Study. Cureus. 2026 Jun 19;18(6):e111159. doi: 10.7759/cureus.111159. PMID: 42473530; PMCID: PMC13380972.
- 10 Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Electronic address: asrm@asrm.org; Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertility evaluation of infertile women: a committee opinion. Fertil Steril. 2021 Nov;116(5):1255-1265. doi: 10.1016/j.fertnstert.2021.08.038. Epub 2021 Oct 2. PMID: 34607703.
- 11 Elizur SE, Mostafa J, Berkowitz E, Orvieto R. Endometriosis and infertility: pathophysiology, treatment strategies, and reproductive outcomes. Arch Gynecol Obstet. 2025 Oct;312(4):1037-1048. doi: 10.1007/s00404-025-08124-1. Epub 2025 Jul 21. PMID: 40689964; PMCID: PMC12414060.
- 12 Bourdon M, Peigné M, Maignien C, de Villardi de Montlaur D, Solignac C, Darné B, Languille S, Bendifallah S, Santulli P. Impact of Endometriosis Surgery on In Vitro Fertilization/Intracytoplasmic Sperm Injection Outcomes: a Systematic Review and Meta-analysis. Reprod Sci. 2024 Jun;31(6):1431-1455. doi: 10.1007/s43032-023-01421-7. Epub 2024 Jan 2. PMID: 38168857.
- 13 Liu S, Guo Y, Li F, Jin L. Influence of ovarian reserves on assisted reproductive and perinatal outcomes in patients with endometriosis: a retrospective study. Front Endocrinol (Lausanne). 2023 May 12;14:1084927. doi: 10.3389/fendo.2023.1084927. PMID: 37251679; PMCID: PMC10213621.
- 14 Lu R, Jiao W, Li X, Zeng C, Shang J, Xue Q. Ovarian endometriosis negatively impacts pregnancy outcomes in young infertile women undergoing IVF/ICSI treatment. Eur J Med Res. 2025 Jul 2;30(1):555. doi: 10.1186/s40001-025-02816-9. PMID: 40604864; PMCID: PMC12218940.
- 15 Paffoni A, Casalechi M, De Ziegler D, Cicinelli E, Somigliana E, Viganò P, Vitagliano A. Live Birth After Oocyte Donation In Vitro Fertilization Cycles in Women With Endometriosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Netw Open. 2024 Jan 2;7(1):e2354249. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.54249. PMID: 38294811; PMCID: PMC10831577.

Menstruațiile abundente nu sunt ceva ce trebuie pur și simplu să suporti.

“Luna mea are treizeci de zile. Minus cinci, acelea sunt doar zile de supraviețuire.”

Dr Talat Uppal
Medic obstetrician-ginecolog



Aud câte o variantă a acestei povești în fiecare săptămână, în cabinetul meu. O femeie stă în fața mea, epuizată, adesea anemică, uneori după ce a avut sângerări abundente timp de până la un deceniu ,și îmi spune că acesta este „pur și simplu” normalul ei. Că a fost mereu așa. Că a presupus că toate femeile sunt la fel.

Nu este singură. Menstruațiile abundente afectează până la una din patru femei aflate la vârsta reproductivă. Este o afecțiune ginecologică frecventă, care poate afecta orice grupă de vârstă, de la adolescență până la perimenopauză, deși este mai frecventă în aceste etape ale vieții. Și, din păcate, este insuficient tratată.

Dar ce înseamnă, de fapt, „menstruație abundentă”? Definiția tradițională, bazată pe cercetări, a sângerării menstruale abundente (HMB) este o pierdere de peste 80 ml de sânge pe ciclu. Dar, în viața reală, nimeni nu măsoară cantitatea de sânge în mililitri și nici noi, ca medici, nu evaluăm clinic situația în acest fel. Mult mai important este următorul lucru: sângerarea menstruală abundentă înseamnă orice cantitate de sânge pierdută care îți afectează viața, starea fizică, munca, relațiile, somnul, felul în care te simți cu tine însăși.

Întreabă-te sincer. Schimbi un absorbant sau un tampon la fiecare oră sau două? Folosești două metode în același timp, absorbant și tampon, doar ca să poți trece prin zi? Elimini cheaguri mai mari decât o monedă de 50 de cenți? Sângerezi atât de abundent încât pătezi hainele? Menstruația durează mai mult de 8 zile? Ți alegi hainele pentru serviciu, îți organizezi programul social sau rutina de exerciții fizice în funcție de menstruație? Te simți în mod regulat obosită, epuizată, fără energie, cu senzația că funcționezi pe rezervă?

Dacă răspunsul este da, te rog să continui să citești. Cercetările arată că 59% dintre femeile cu menstruații abundente se confruntă cu slăbiciune și oboseală semnificative; 34% au somnul perturbat în mod regulat; iar 30% spun că viața lor socială, profesională sau sportivă este afectată. Acesta este prețul de zi cu zi al unei afecțiuni pe care prea multe femei au ajuns pur și simplu să o accepte ca pe ceva ce trebuie gestionat, în loc să fie tratat.

Jumătate dintre femeile cu sângerări menstruale abundente au și o formă de durere pelvină asociată.

Deficitul de fier care apare în urma sângerărilor

Menstruațiile abundente și deficitul de fier merg mână în mână, iar deficitul de fier este, de asemenea, subdiagnosticat. Aproximativ două din trei femei cu sângerări menstruale abundente au deficit de fier, anemie sau ambele. Văd în mod regulat femei cărora medicul le-a spus că analizele de sânge sunt „normale”, iar când mă uit la rezultate, feritina lor se află abia în intervalul considerat normal, într-un spectru foarte larg. Rezerva de fier este aproape epuizată. Iar peste această rezervă deja scăzută, ele continuă să piardă sânge în fiecare lună, în mod repetat. Deficitul de fier fără anemie poate provoca în continuare oboseală, dificultăți de concentrare, senzație de lipsă de aer și o stare de spirit scăzută. Dacă ai menstruații abundente și ești constant epuizată, cere să îți fie verificat nivelul de fier, prin analiza feritinei.

De ce apar sângerările menstruale abundente?

Menstruațiile abundente pot avea numeroase cauze: fibroame, polipi, adenomioză, atunci când mucoasa uterină pătrunde în peretele muscular al uterului, endometrioză, dezechilibre hormonale, afecțiuni ale tiroidei și tulburări de coagulare, care merită luate în considerare în special în cazul femeilor tinere și al adolescentelor.

În aproximativ jumătate dintre cazurile de sângerare menstruală abundentă nu este identificată nicio cauză structurală specifică, chiar și după investigații amănunțite. Asta nu înseamnă că simptomele sunt mai puțin reale sau că nu pot fi tratate.

De ce atât de multe femei suferă în tăcere

Cifrele sunt îngrijorătoare. În Australia, 55% dintre femei nu au discutat niciodată cu un medic despre menstruațiile lor abundente. Aproape jumătate dintre femeile care au în mod constant sângerări abundente nu au urmat niciun fel de tratament.

Motivele sunt familiare: stigmatizarea, lipsa informațiilor despre existența tratamentelor, considerarea simptomelor ca fiind normale, punerea propriilor nevoi de sănătate pe un loc secundar, precum și accesul și costurile serviciilor medicale.

Vestea bună: există mai multe opțiuni decât crezi. Există mai multe opțiuni bune de tratament, iar obiectivul este să găsim varianta potrivită pentru tine, construind un plan în funcție de viața ta, preferințele tale, planurile tale privind fertilitatea și cauza care stă, de fapt, la baza sângerărilor.

Din punct de vedere medical, acidul tranexamic este adesea un bun punct de plecare. Nu este hormonal, se administrează în zilele cu cele mai abundente sângerări ale menstruației și poate reduce pierderea de sânge cu aproximativ 50%. Medicamentele antiinflamatoare, precum acidul mefenamic, administrate în timpul menstruației, ajută atât la reducerea cantității de sânge pierdute, cât și la ameliorarea durerii.

Dispozitivul intrauterin hormonal cu levonorgestrel, cunoscut cel mai adesea sub numele de Mirena, este cel mai eficient tratament medical pe care îl avem la dispoziție. Nu este doar un contraceptiv. Pentru femeile cu menstruații abundente, este un tratament de primă linie, reducând pierderea de sânge cu peste 90% la majoritatea femeilor în decurs de șase luni. Este, de asemenea, util în perimenopauză, împreună cu estrogenul administrat transdermic. Pilula contraceptivă și progesteronul, sub diferite forme, sunt și ele opțiuni utile, în special atunci când reglarea ciclului menstrual este, de asemenea, o prioritate.

În ceea ce privește procedurile, ablația endometrială este o procedură minim invazivă, efectuată într-o singură zi, care îndepărtează mucoasa uterină și reduce semnificativ sau oprește menstruațiile. Uterul este păstrat. Nu este o histerectomie și este potrivită pentru femeile care și-au încheiat planurile de a avea copii.

Histeroscopia, prin care se examinează interiorul cavității uterine, poate identifica și trata polipi sau fibroame de mici dimensiuni fără internare în spital. Fibroamele pot fi, de asemenea, tratate prin proceduri radiologice.

Histerectomia este potrivită pentru unele femei, de exemplu atunci când există un risc crescut de cancer uterin, la dorința pacientei, în cazul simptomelor provocate de presiune sau la cererea pacientei, printre alte situații.



Fertilitatea la femeia cu endometrioză

Când impactul depășește durerea menstruală

Dr. Mihaela Braga

Medic specialist obstetrică-ginecologie
Supraspecializare în infertilitate și tehnici de reproducere umană asistată



Fertilitatea este un semn de sănătate. Nu doar o unealtă prin care obținem un copil, ci o oglindă a felului în care funcționează corpul unei femei. Echilibrul din organism este necesar, indiferent dacă ne dorim sau nu o sarcină acum.

Endometrioza doare. Și doare din mai multe motive. Pe lângă menstruațiile atât de dureroase încât te țin la pat câteva zile pe lună, se adaugă o durere despre care se vorbește mai puțin: aceea de a-ți dori un copil și de a nu reuși.



Aproximativ 50% dintre pacientele cu endometrioză se confruntă cu infertilitate. Iar la femeile cu infertilitate inexplicabilă, endometrioza se regăsește în proporție de 30 până la 80%.

Endometrioza înseamnă inflamație, iar inflamația afectează reproducerea pe mai multe căi în același timp: receptivitate endometrială alterată, rezistență la progesteron, trompe nefuncționale, anatomie pelvină modificată prin aderențe și un mediu peritoneal ostil pentru ovocit, spermatozoid și embrion.

Un studiu pe 13.000 de cicluri de FIV a arătat rezultate similare cu ovocite proprii și cu ovocite donate la pacientele cu endometrioza, iar rata de euploidie – proporția embrionilor cu număr normal de cromozomi – nu este mai mică. În concepția naturală însă nu știm exact cât de mult afectează mediul inflamator pelvin ovocitul, spermatozoidul sau embrionul.

Și dispareunia (durerea la contactul sexual) scade per se șansa de sarcină: o femeie căreia îi este teamă de durere ajunge să evite intimitatea.

Un lucru contraintuitiv, dar bine documentat: stadiul endometriozei nu prezice șansa de sarcină. Am paciente cu leziuni minime și dificultăți mari de a obține o sarcină, și paciente cu boală extinsă care rămân însărcinate spontan. Mecanismele inflamatorii contează mai mult decât volumul leziunilor.

La congresul ESHRE 2026 s-a vorbit mult despre adenomioză — endometrioza localizată în peretele uterin. Ea nu înseamnă doar complicații obstetricale, ci afectează direct implantarea. La pacientele cu eșec repetat de implantare, rata de sarcină ar putea să fie mai mare dacă endometrul este pregătit două luni cu agonist de GnRH și inhibitor de aromatază înainte de transfer — semn că multe au, de fapt, endometrioză nediagnosticată (din studiu au fost excluse pacientele cu endometrioza).

Tocmai de aceea diagnosticul cântărește atât de mult. Este întotdeauna necesară o ecografie transvaginală efectuată de un medic specializat în diagnosticul endometriozei, pentru un mapping complet al leziunilor, în funcție de care stabilim conduita. Util este și scorul EFI (Endometriosis Fertility Index), care combină leziunile cu vârsta, durata infertilității și sarcinile anterioare: rata de sarcină spontană la trei ani urcă, în funcție de scor, de la 10% la 69%.

Dar dacă nu găsim endometrioza la ecografie sau la RMN, asta nu înseamnă că pacienta nu are leziuni. Un studiu din 2026 a arătat că, la o femeie cu dismenoree severă de peste trei ani, probabilitatea de endometrioză peritoneală superficială rămâne mare și cu imagistică normală. Simptomele pacientei sunt un instrument de diagnostic, nu o exagerare.

Primul lucru pe care îl recomand este scăderea inflamației din organism. Arată diferit pentru fiecare pacientă, dar înseamnă: somn odihnitor, 8 ore pe noapte, de preferat în prima parte a nopții; expunere la lumina soarelui dimineața; dietă antiinflamatorie și mese regulate; pauze pentru reglarea sistemului nervos; psihoterapie; mișcare; îndepărtarea, pe cât posibil, a disruptorilor endocrini.

Endometrioza fiind o boală estrogen-dependentă, tratamentele standard sunt hormonale (contraceptive combinate, progestative, antagonist de GnRH) și opresc ovulația — exact opusul a ceea ce ne dorim. De aceea, la o pacientă care își dorește un copil, scădem inflamația și începem în paralel investigațiile de infertilitate.

Dacă pacienta este tânără și are rezervă ovariană bună, luăm în considerare intervenția laparoscopică: șansa de sarcină este mai mare în primele luni după intervenția chirurgicală. Peste 35 de ani, cu rezervă ovariană scăzută sau la o pacientă deja operată, mergem direct către fertilizare in vitro. Vestea bună: pacientele cu endometrioză izolată au la FIV cele mai bune rate de naștere vie dintre toate cauzele de infertilitate. Asta nu diminuează însă povara lor, nici faptul că jumătate au nevoie de această procedură ca să devină mame.

Intervențiile repetate scad semnificativ rezerva ovariană. Am avut paciente cărora, la 30 de ani, a trebuit să le recomand FIV cu ovocite donate. O consiliere corectă, făcută la timp, face diferența. Femeia care își dorește un copil mai târziu trebuie și ea consiliată corespunzător. Congelarea de ovocite sau embrioni este o plasă de siguranță, nu o invitație de a amâna. În funcție de vârstă estimăm câte ovocite sunt necesare și câte punctii. Când am în față o pacientă de 40 de ani cu doi foliculi antrali, îi explic sincer rata mică de succes și de multe ori pastrează doar opțiunea de ovocite donate. Dar până la obținerea unei sarcini la aceste paciente, contează enorm să ținem sub control endometrioza și în special adenomioza, pentru ca trebuie să avem un uter funcțional, în care să se implanteze o sarcină și să ducă o sarcină la termen, fără complicații.

Drumul către maternitate nu arată mereu așa cum ni-l imaginăm. Majoritatea femeilor cu endometrioză reușesc însă să obțină o sarcină și să nască. Merită să avem grijă de fertilitatea lor — pentru că este, înainte de toate, un semn că sunt sănătoase.



Endometrioza dincolo de bisturiu – memoria durerii



Dr. Pârvuletu-Ali Saphia
Medic primar Obstetrică-Ginecologie

Endometrioza este o boală cronică, estrogen-dependentă, cu importantă componentă inflamatorie, cu prevalență estimată la 10% în rândul femeilor de vârstă reproductivă (1-3). Durerea asociată endometriozei este rezultatul interacțiunii dintre inflamația cronică, remodelarea sistemului nervos periferic și modificările produse la nivelul sistemului nervos central, explicând de ce durerea supraviețuiește leziunii (2,3).

Durerea nu este proporțională cu extensia bolii

Una dintre cele mai interesante observații clinice este absența unei relații liniare între extensia anatomică a endometriozei și intensitatea simptomelor, leziuni limitate pot produce dureri importante, în timp de forme extinse pot fi asimptomatice (2-4).

Paolo Vercellini și colab. într-o analiză a peste 1000 pacienți au demonstrat că durerea nu poate fi explicată exclusiv prin volumul bolii (4). Prin urmare, severitatea durerii nu trebuie folosită ca un substitut pentru stadializarea anatomică sau invers (2-4).

Review-ul JAMA 2025 confirmă această perspectivă și subliniază contribuția factorilor biologici, neurologici și psihosociali la simptomatologie (2).

Neuroinflamația – punctul de plecare al durerii cronice

Implanturile endometriozei generează un microambient inflamator activ, în care celulele imune eliberează mediatori precum IL-1 β , IL-6, TNF- α , Prostaglandina E2, NGF, VEGF, favorizând angiogeneza, neurogeneza și sensibilizarea nociceptivă (2,3,6).

Griffith și colaboratorii săi au evidențiat rolul interacțiunii dintre celulele imune, stromale și neuronale în perpetuarea inflamației și durerii (6). Conceptul de nerve-immune axis descrie comunicarea bidirecțională dintre sistemul imunitar și sistemul nervos, capabilă să mențină sensibilitatea la durere chiar și când activitatea leziunilor este limitată (7).

Sensibilizarea periferică și centrală – când sistemul nervos „învață” durerea

Expunerea repetată la mediatori inflamatori determină scăderea pragului de activare al nociceptorilor periferici, fenomen cunoscut drept sensibilizare periferică (2,6). Practic, fibrele nervoase devin hiperreactive, iar stimuli care anterior erau percepuți ca normali ajung să producă durere.

În timp, modificările nu mai rămân limitate la periferie. Semnalele dureroase persistente determină remodelarea circuitelor neuronale din măduva spinării și din structurile cerebrale implicate în procesarea durerii. Acest proces poartă denumirea de sensibilizare centrală și reprezintă unul dintre cele mai importante concepte moderne în fiziopatologia durerii asociate endometriozei (4,8).

Andrew Horne descrie sensibilizarea centrală ca pe un mecanism prin care sistemul nervos devine progresiv hiperreactiv, amplificând răspunsul la stimuli dureroși și chiar generând durere în absența unui stimul periferic semnificativ. Aceasta explică persistența simptomelor la unele paciente chiar și după excizia completă a leziunilor (4).

Studii de imagistică funcțională au demonstrat modificări ale activității cortexului insular, cortexului cingulat anterior, talamusului și amigdalei la pacientele cu durere pelvină cronică, susținând existența unei veritabile „memorii a durerii” (3,8).

Aceste descoperiri au dus la introducerea conceptului de durere nociplastică, definit ca durerea rezultată din alterarea procesării centrale a stimulilor nociceptivi, fără ca aceasta să fie explicată exclusiv prin afectarea tisulară sau neuropatică. Endometrioza reprezintă unul dintre cele mai relevante exemple clinice ale acestui mecanism.

Persistența durerii postoperator?



Chirurgia poate reduce semnificativ durerea, însă nu garantează dispariția acesteia (1): aproximativ 20–40% dintre paciente prezintă durere pelvină persistentă postoperator (4,5). Aceasta nu indică automat recidiva sau excizia incompletă.

Horne subliniază faptul că, odată instalată sensibilizarea centrală, îndepărtarea sursei periferice poate fi insuficientă pentru normalizarea procesării durerii (4), deci pacientele cu semne de sensibilizare centrală prezintă un risc mai mare de durere persistentă postoperator (18,19,20).

Green și colab. subliniază tocmai importanța sensibilizării centrale, a condițiilor asociate și a factorilor biopsihosociali în evaluarea durerii persistente (21).

În plus, numeroase paciente prezintă afecțiuni asociate care contribuie la persistența simptomelor, precum sindromul durerii miofasciale, disfuncția planșeului pelvin, sindromul vezicii dureroase, sindromul de intestin iritabil sau alte sindroame de sensibilizare centrală (1,4,5). Vercellini subliniază că reintervențiile repetate, în absența unei indicații clare, pot avea beneficii limitate și riscuri suplimentare, inclusiv aderențe și afectarea rezervei ovariene (10,11). Din acest motiv, decizia unei reintervenții trebuie individualizată și luată în context multidisciplinar (5).

Fizioterapie, psihoterapie și medicina durerii

Durerea cronică poate determina hipertonie și disfuncție a planșeului pelvin, acestea devenind surse independente de durere. Fizioterapia poate reduce componenta miofascială și îmbunătăți calitatea vieții, fiind utilă în special când există disfuncție a planșeului pelvin (1,12-14).

În același timp, intervențiile psihologice nu presupun că durerea este psihologică, ci urmăresc reducerea impactului acesteia asupra vieții și optimizarea mecanismelor de adaptare. Psihoterapia și medicina durerii, integrate alături de tratamentul hormonal, chirurgical sau fizioterapie, susțin astfel un model promovat de Andrew Horne – management multimodal, adaptat mecanismelor implicate (4,15-17).

Mesaje practice pentru medicul ginecolog

Înțelegerea mecanismelor neuroinflamației și ale sensibilizării centrale modifică considerabil abordarea clinică a pacientei cu endometrioză.

Câteva principii practice pot fi integrate în activitatea cotidiană:

- Durerea nu stadializează boala;
- Leziuni puține nu înseamnă durere puțină;
- Persistența durerii după chirurgie nu reprezintă automat un eșec terapeutic;
- Reintervensiile chirurgicale repetate trebuie evaluate cu prudență;
- Tratează pacienta, nu doar leziunea;
- Abordarea multidisciplinară trebuie inițiată precoce, nu doar după epuizarea opțiunilor terapeutice.

Aceste recomandări sunt în concordanță cu ghidurile internaționale actuale și reflectă trecerea de la o abordare exclusiv anatomică la una centrată pe mecanismele durerii și pe nevoile individuale ale pacientei (1,4).



În endometrioza, durerea spune câteodată o poveste mai complexă decât cea evidențiată imagistic sau intraoperator. Conceptul de „memorie a durerii” explică de ce unele paciente continuă să sufere chiar și după tratamente corect efectuate și evidențiază limitele unei abordări exclusiv chirurgicale.

Pentru medicul ginecolog, recunoașterea acestor mecanisme reprezintă un pas important către medicina personalizată. Obiectivul nu mai este doar îndepărtarea leziunilor, ci controlul durerii, prevenirea cronicizării acesteia și îmbunătățirea calității vieții printr-o colaborare multidisciplinară.

Poate că cea mai importantă schimbare este aceasta: să nu tratăm doar ce vedem, și să înțelegem ceea ce pacienta simte.

1. Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, et al. ESHRE guideline: endometriosis. *Hum Reprod Open*. 2022;2022(2):hoac009. doi:10.1093/hropen/hoac009.
2. As-Sanie S, Mackenzie SC, Morrison L, Schrepf A, Zondervan KT, Horne AW, Missmer SA. Endometriosis: A Review. *JAMA*. 2025;334(1):64-78. doi:10.1001/jama.2025.2975.
3. Saunders PTK, Horne AW. Endometriosis: Etiology, pathobiology, and therapeutic prospects. *Cell*. 2021;184(11):2807-2824. doi:10.1016/j.cell.2021.04.041.
4. Vercellini P, Fedele L, Aimi G, Pietropaolo G, Consonni D, Crosignani PG. Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1000 patients. *Hum Reprod*. 2007;22(1):266-271. doi:10.1093/humrep/del339.

5. Jørgensen H, Hill AS, Beste MT, et al. Peritoneal fluid cytokines related to endometriosis in patients evaluated for infertility. *Fertil Steril*. 2017;107(5):1191-1199.e2. doi:10.1016/j.fertnstert.2017.03.013. [Linda G. Griffith – coauthor].
6. Wu J, Xie H, Yao S, Liang Y. Macrophage and nerve interaction in endometriosis. *J Neuroinflammation*. 2017;14(1):53. doi:10.1186/s12974-017-0828-3.
7. Liang Y, Xie H, Wu J, Liu D, Yao S. Villainous role of estrogen in macrophage-nerve interaction in endometriosis. *Reprod Biol Endocrinol*. 2018;16(1):122. doi:10.1186/s12958-018-0441-z.
8. Li J, Wu Z, Li N, et al. Exploring macrophage and nerve interaction in endometriosis-associated pain: the inductive role of IL-33. *Inflamm Res*. 2025;74(1):42. doi:10.1007/s00011-025-02010-x.
9. As-Sanie S, Harris RE, Napadow V, et al. Changes in regional gray matter volume in women with chronic pelvic pain: a voxel-based morphometry study. *Pain*. 2012;153(5):1006-1014. doi:10.1016/j.pain.2012.01.032.
10. Vercellini P, Barbara G, Abbiati A, Somigliana E, Viganò P, Fedele L. Repetitive surgery for recurrent symptomatic endometriosis: what to do? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009;146(1):15-21. doi:10.1016/j.ejogrb.2009.05.007.
11. Vercellini P, Somigliana E, Viganò P, De Matteis S, Barbara G, Fedele L. The outcomes of repeat surgery for recurrent symptomatic endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2010. doi:10.1097/GCO.0b013e32833bea15.
12. Del Forno S, Arena A, Alessandrini M, et al. Assessment of levator hiatal area using 3D/4D transperineal ultrasound in women with deep infiltrating endometriosis and superficial dyspareunia treated with pelvic floor muscle physiotherapy: randomized controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2021. doi:10.1002/uog.23590.
13. Abriil-Coello R, Correyero-León M, Ceballos-Laita L, Jiménez-Barrio S. Benefits of physical therapy in improving quality of life and pain associated with endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *Int J Gynaecol Obstet*. 2023;162(1):233-243. doi:10.1002/ijgo.14645.
14. Gabrielsen R, Tellum T, Bø K, et al. Supervised exercise and pelvic floor muscle training eases current pelvic and genital pain but not worst pelvic and genital pain in women with endometriosis: a randomised trial. *J Physiother*. 2025;71(4):246-253. doi:10.1016/j.jphys.2025.09.012.
15. Donatti L, Malvezzi H, de Azevedo BC, Baracat EC, Podgaec S. Cognitive Behavioral Therapy in Endometriosis, Psychological Based Intervention: A Systematic Review. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2022;44(3):295-303. doi:10.1055/s-0042-1742406.
16. Samami E, Shahhosseini Z, Khani S, Elyasi F. Pain-focused psychological interventions in women with endometriosis: A systematic review. *Neuropsychopharmacol Rep*. 2023;43(3):310-319. doi:10.1002/npr2.12348.
17. Özcan H, Çuvadar A, Uzun S. The effect of psychotherapeutic interventions on pain and quality of life in endometriosis: a systematic review and meta-analysis study. *Ir J Med Sci*. 2025;194(4):1391-1400. doi:10.1007/s11845-025-03985-6.
18. Orr NL, Huang AJ, Liu YD, et al. Association of Central Sensitization Inventory Scores With Pain Outcomes After Endometriosis Surgery. *JAMA Netw Open*. 2023;6(2):e230780. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.0780.
19. The Impact of Targeted Endometriosis Treatment On Patients With Central Sensitization: Systematic Review and Meta Analysis Adriana Gomez-Llerena et al. *J Minim Invasive Gynecol*. 2026 Mar.
20. McNamara HC, Frawley HC, Donoghue JF, et al. Peripheral, Central, and Cross Sensitization in Endometriosis-Associated Pain and Comorbid Pain Syndromes. *Front Reprod Health*. 2021;3:729642. doi:10.3389/frph.2021.729642.
21. Green IC, Burnett T, Famuyide A. Persistent Pelvic Pain in Patients With Endometriosis. *Clin Obstet Gynecol*. 2022;65(4):775-785. doi:10.1097/GRF.0000000000000712



Redefinirea intimității în endometrioză:

O călătorie psihoeducatională și sistemică spre plăcere

Carolina Roldan

Sexolog, pacientă și activistă pentru drepturile persoanelor cu endometrioză

Trăirea sexualității după un diagnostic de endometrioză presupune să mergi dincolo de simpla absență a durerii și să construiești un sentiment real și conștient al plăcerii. Ca educator sexual, pacientă și activistă pentru drepturile persoanelor care trăiesc cu această afecțiune și pentru recunoașterea diversității experiențelor lor, observ zilnic cât de profund modifică endometrioza intimitatea.

Trebuie să înțelegem că nu este vorba doar despre o problemă ginecologică sau despre crampe menstruale. Endometrioza este o boală cronică, inflamatorie și sistemică. Impactul ei asupra corpurilor care trăiesc cu această afecțiune schimbă modul în care sunt trăite dorința, excitația și diferitele forme de exprimare erotică.

Planșeul pelvin joacă un rol esențial în răspunsul sexual. Această structură formată din mușchi și ligamente este indispensabilă atât pentru experimentarea orgasmului și a plăcerii, cât și pentru menținerea unei tensiuni reflexe atunci când apare amenințarea durerii.

Atunci când endometrioza provoacă procese inflamatorii recurente, mușchii planșeului pelvin tind să intre într-o stare de hipertonie defensivă sau spasm involuntar. Zona responsabilă de receptarea stimulării plăcute se transformă într-o armură rigidă care anticipează agresiunea.

Este rezultatul unor ani de durere nerezolvată: sistemul nervos central devine hiperreactiv, amplifică fiecare stimul și își pierde capacitatea de a face diferența între o atingere blândă și o agresiune. Astfel, impactul bolii depășește leziunile fizice; ceea ce rămâne este un sistem nervos antrenat să anticipeze pericolul și să reacționeze la acesta.

Mintea, corpul și capcana fricii

Este imposibil să separăm tensiunea planșeului pelvin de ceea ce se întâmplă în minte. Trăirea cu durere constantă afectează inevitabil sănătatea mintală și distruge complet încrederea erotică în propriul corp. Creierul învață să se teamă de intimitate, iar această „frică de revenire a durerii” pune corpul în stare de alertă înainte ca ceva să se întâmple.

Răspunsul fiziologic este imediat: nivelul de stres crește, fluxul de sânge către acea zonă scade, iar mușchii se încordează defensiv. Rezultatul este un cerc vicios în care simpla anticipare a durerii ajunge să o declanșeze.

Fără să își dea seama, oamenii sunt împinși într-o dinamică de izolare involuntară. Intimitatea încetează să mai fie un spațiu dorit sau să se simtă ca un refugiu sigur și se transformă într-un test în care trebuie să „performezi”, aducând cu sine un sentiment puternic de vinovăție față de partener și frustrare personală.

Construirea relației în cuplu: înțelegere pentru reconectare

Endometrioza este diagnosticată la nivel individual, dar dinamica și efectele ei se extind și asupra spațiului comun al cuplului. Partenerii trec adesea prin momente de nesiguranță sau frustrare în încercarea de a înțelege natura fluctuantă a acestei afecțiuni.

Fără instrumentele educaționale potrivite, distanța fizică firească în perioadele de acutizare a simptomelor poate fi interpretată greșit ca o răcire emoțională, când, în realitate, reflectă doar nevoia de a lua o pauză, de a se adapta și de a avea grijă de propriul corp.

Există un obstacol social incontestabil: lipsa cercetării și a unui dialog deschis despre sănătatea menstruală face ca endometrioza să fie profund neînțeleasă.

Să auzi că este „doar o menstruație abundentă” invalidează experiența persoanei care trăiește cu această afecțiune și denaturează perspectiva partenerului care îi este alături.

Partenerii ajung adesea să conștientizeze cu adevărat gravitatea situației abia atunci când asistă la crize care o incapacitează și văd impactul zilnic pe care simptomele îl au asupra calității vieții.

Atunci când educația sexuală își face loc în relație, sentimentul de vinovăție începe să dispară. Partenerii ajung să înțeleagă că zilele de acutizare sau intensificarea simptomelor sunt o realitate a corpului, fără nicio legătură cu lipsa interesului. Acest sprijin reciproc este posibil doar prin răbdare, disponibilitatea de a asculta și angajamentul comun de a renunța la așteptările tradiționale legate de plăcere.

Rescrierea hărții plăcerii:

Reconectarea cu plăcerea presupune schimbarea perspectivei. Coitocentrismul este acea perspectivă rigidă care reduce întâlnirile erotice exclusiv la actul sexual, tocmai elementul care devine adesea principalul obstacol atunci când pelvisul este afectat de durere sau inflamație.

Mergând mai departe împreună: partenerul ca rețea de sprijin, nu ca sursă de presiune

Această schimbare presupune un angajament comun. Atunci când partenerul se implică activ și înțelege realitatea endometriozei, sprijinul se transformă dintr-o povară într-o punte către empatie.

Învățarea împreună le permite ambilor parteneri să înțeleagă că o pauză sau extinderea repertoriului intim reprezintă o invitație de a proteja corpul și de a cultiva intimitatea, concentrându-se asupra modalităților care funcționează.

Menținerea intimității în contextul acestei afecțiuni presupune răbdare, comunicare deschisă și disponibilitatea ambilor parteneri de a renunța la tiparele tradiționale, pentru a construi un limbaj erotic propriu cuplului, în care amândoi să se simtă confortabil și conectați.

Un drum către vindecarea holistică

Recâștigarea vieții intime și emoționale este un proces care trebuie parcurs cu îndrumare și siguranță. Îngrijirea trebuie să fie întotdeauna interdisciplinară. Recomandarea mea principală este să apălați la centre specializate în endometrioza și durere pelvină, care dispun de echipe integrate formate din specialiști în ginecologie, fizioterapie a planșeului pelvin, nutriție, psihologie, psihiatrie și sexologie.

Printr-o astfel de abordare colaborativă, devine posibilă abordarea sănătății fizice, recalibrarea sistemului nervos și reconstruirea atât a plăcerii, cât și a încrederii în propriul corp.

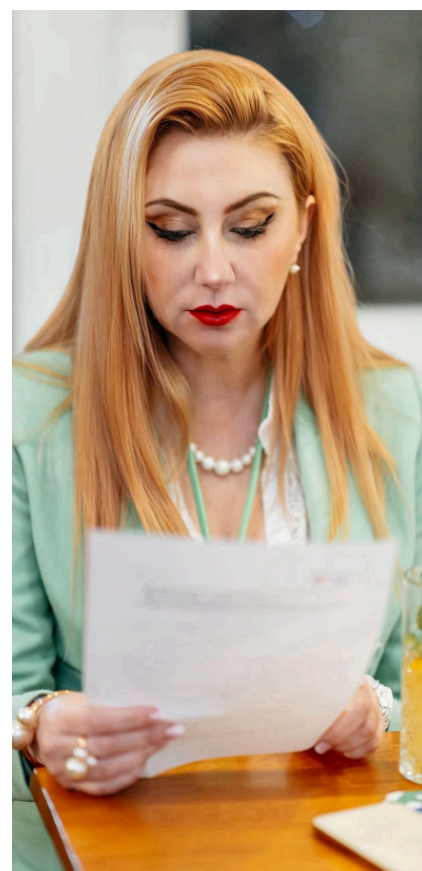
References

- Aredo, J. V., Heyrana, K. J., Karp, B. I., Shah, J. P., & Stratton, P. (2017). Relating chronic pelvic pain and endometriosis to central sensitization. *Pain Management*, 7(4), 257–271. <https://doi.org/10.2217/pmt-2017-0008>
- Brawn, J., Morotti, M., Zondervan, K. T., Becker, C. M., & Vincent, K. (2014). Central changes associated with chronic pelvic pain and endometriosis. *Human Reproduction Update*, 20(5), 737–747. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmu025>
- Howard, F. M. (2009). Endometriosis and mechanisms of pelvic pain. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 16(5), 540–550. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2009.06.017>
- Orr, N. L., Wahl, K. J., Noga, H., Allaire, C., Williams, C., Lisonkova, S., & Yong, P. J. (2020). Phenotyping sexual pain in endometriosis using the Central Sensitization Inventory. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(4), 738–749. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.01.001>
- Vercellini, P., Somigliana, E., Buggio, L., Barbara, G., Frattaruolo, M. P., & Fedele, L. (2012). "I can't get no satisfaction": Deep dyspareunia and sexual functioning in women with rectovaginal endometriosis. *Fertility and Sterility*, 98(6), 1503–1511. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.07.1129>

Viața cu endometrioza: între boală și carieră

Andreea Berkhout

Fondatoare Andreea Berkhout
Academy



Înainte de a vorbi despre endometrioză, cine erai tu profesional și personal? Ce ai construit până la momentul diagnosticului și cât de importantă era munca în viața ta?

Andreea de dinaintea operației de endometrioză avusese o carieră frumoasă în jurnalistică, apoi una minunată în învățământ și deschisese de puțin timp porțile Andreea Berkhout Academy, prima Academie internațională, online, de limbi străine din România. Lucas al meu avea 2 ani, iar eu tocmai renunțasem la titularizarea în învățământ, intrând în concediu fără plată.

Imediat ce mi-am depus cererea de concediu, am aflat că investigațiile mele imagistice reprezintă o mare necunoscută pentru chirurghi și că nu există altă cale de a afla ce se petrecea în interiorul meu, în afara unei intervenții chirurgicale, care avea, de altfel, să îmi schimbe viața.

Cum a început povestea ta cu endometrioza și cât a durat până ai primit diagnosticul?

La 9 luni după nașterea fiului meu, odată cu prima menstruație post-natală, m-am trezit ținută la pat de niște dureri crunte de colon și de stomac. Toată viața fusesem pe tratament pentru sindrom de intestin iritabil. La 3 luni după naștere, am trecut printr-o colonoscopie pentru dureri și simptome inexplicabile de colon.

După un an în care fiecare ciclu menstrual aducea cu sine teroarea unor dureri crunte în care și respirația simțeam că mă doare, m-am dus să fac o ecografie abdominală în locul mamei mele. Medicul nostru imagist este destul de greu de prins și nu am vrut să pierd această programare când mama n-a putut ajunge. Și mă gândesc cum am intrat în cabinet, încrezătoare că totul era bine și cum doctorul m-a întrebat „Dar parcă nu ați făcut de curând o colonoscopie?”

Ceva se vedea în neregulă pe monitor și nu putea să își dea seama ce anume se întâmpla în cadranul drept inferior al abdomenului meu.

Au urmat CT-uri, RMN-uri, consultații la profesori renumiți în chirurgia digestivă, dar nimeni nu putea să își explice poziționarea ciudată a organelor mele interne. Un singur medic s-a întrebat la un moment dat „Oare nu o fi endometrioză?”. Am intrat în operație cu suspiciune de mucocel sau tumoră neuroendocrină.

Domnul profesor a trebuit să dezlipească intestinele care se uniseră și să descopere apendicele care era invaginat în cec și pe care l-a trimis la extemporaneum pe loc, pentru a vedea cât trebuie să taie din colonul meu. În acest timp, am rămas deschisă pe masa de operație, iar rezultatul acestei prime biopsii nu a lămurit pe nimeni nimic pentru că din ea a reieșit... fibroză.

Intervenția chirurgicală a fost cruntă, recuperarea și mai și. Și cel mai greu dintre toate a fost să aștept rezultatul biopsiei timp de o lună de zile și să plâng cu ochii la copilul meu, înspăimântată că acel rezultat va fi o condamnare la moarte.

Când medicul rezident m-a sunat și mi-a spus: „La biopsie a ieșit endometrioză”, nu am știut dacă să râd sau să plâng. Și poate că cel mai rău pentru bolnave este că nici medicii lor nu știu dacă să râdă sau să plângă atunci când pun acest diagnostic.

Care a fost momentul în care ai realizat că endometrioza nu este doar o problemă medicală, ci una care îți influențează și viața de zi cu zi și cariera?

Viața de zi cu zi, cariera... am slăbit întâi până la 44 de kilograme, eu având 1,70 m. La două luni după operație, am început terapia hormonală pentru inducerea menopauzei.

Am fost într-o depresie cruntă, m-am aruncat, mai abitir decât înainte, în munca mea, ca să uit de durere, de frică și de sentimentul că nu o să mai fiu niciodată femeie. M-am îngrășat 20 de kilograme. M-am izolat social. Au fost luni, și poate ani, în care nu le-am răspuns prietenilor la telefon.

Cum este să fii antreprenoare atunci când există zile în care durerea, oboseala sau tratamentul îți schimbă complet ritmul? Ai avut momente în care a trebuit să alegi între ceea ce îți cerea corpul și ceea ce îți cerea businessul?

Au fost momente în care am plătit din greu excesul de zel. Într-o zi bună, din punct de vedere fizic, munceam ca nebuna ca să compensez o ulterioară dată în care nici nu mă puteam mișca din pat. Și de multe ori m-am învinovățit că nu pot să am grijă de copilul meu.

Ai construit Andreea Berkhout Academy, în paralel cu toate celelalte responsabilități pe care le ai. Ce este astăzi Academia, cui se adresează și cât de dificil este să faci să funcționeze un astfel de proiect în timp ce gestionezi și provocările pe care le aduce endometrioza?

Andreea Berkhout Academy este al doilea copil al meu și, de multe ori, mă gândesc cu vinovăție că i-am acordat mult mai mult timp din viață decât copilului-carne din carnea mea. Academia noastră este internațională, aduce excelență în studiul limbilor străine și pregătirea pentru examenele de top din lume: IELTS Academic, DELF, DALF, TOEFL, Goethe, CELI, DELE, CNaVT, Cambridge. Avem studenți de pe toate continentele, pe care îi pregătim online, pentru examene, admiterea la facultăți, masterate, doctorate, de la copii până la personalul medical, pe care îl învățăm limbi străine nișate pe acest domeniu. Cât de dificil a fost... nu mai dificil decât viața de zi cu zi a oricărei doamne sau domnișoare care are endometrioză. (Și cu asta am spus tot).



Pasiunea ta pentru educație nu s-a oprit la activitatea de profesor și la Andreea Berkhout Academy, ci s-a concretizat și în ONG-ul Teach for Change. Ce te-a determinat să faci acest pas, ce îți propui să schimbi prin acest proiect și care sunt planurile tale pentru el?

Academia mea face voluntariat de mulți ani, fie că vorbim de proiecte precum „Dăruiește Viață”, „Casa bună” și multe altele. Am fondat ONG-ul Teach for Change cu speranța că ni se vor alătura și alți oameni buni care să militeze alături de noi pentru conștientizarea endometriozei, HPV-ului, ș.a.m.d., pentru că una dintre ramurile foarte importante ale Asociației noastre este dedicată educației medicale în școli.

Tot alături de noi îi așteptăm pe cei doritori să ni se alăture în lupta împotriva adicțiilor, pornind de la droguri și încheind cu gaming, pentru că ONG-ul nostru este parte a Comitetului interministerial și intersectorial al ANPCDDA. Și nu în ultimul rând, ne luptăm împotriva bullying-ului și a violenței în mediul școlar.

Ai simțit vreodată nevoia să ascunzi faptul că ai endometrioză în mediul profesional, de teamă să nu fii percepută altfel?

Am stat luni și luni de-a rândul, poate chiar ani, până am avut puterea de a spune: „Da, eu, Andreea Berkhout, am endometrioză.” Cumva lumea antreprenoriatului este destul de masculină și deja simplul fapt că ești femeie face lucrurile dificile. Da, a trebuit să-mi adun tot curajul să recunosc public că, pe lângă faptul că sunt femeie(!), mai sunt și vulnerabilizată de o boală fără cauze cunoscute și tratament reușit garantat.

Ai fost profesor și ai rămas foarte implicată în educație, iar astăzi vorbești și despre educație medicală. Cum ți-a schimbat experiența cu endometrioza felul în care privești educația și accesul oamenilor la informație corectă?

În 2016, când au fost operația și biopsia mea, eu însămi habar n-aveam mare lucru despre endometrioză. Predam de mulți ani engleză medicală, dar, în materialele noastre, această boală era ca inexistentă. Pe vremea aceea, în România, existau foarte, foarte puțini medici care știau să diagnosticheze și să trateze chirurgical sau hormonal această boală.

Odată cu primirea acestui diagnostic, odată cu articolele pe care le-am citit cum că endometrioza este „boala femeilor ne iubite”, cum că se leagă strict de o menstruație retrogradă, cum că sarcina vindecă endometrioza – toate idei false, mi-am dat seama că este necesar să existe voci puternice care să aducă informații de la surse medicale și științifice acreditate, verificate și updatate.

Nu toți știm unde să căutăm informația cât mai aproape de corectitudinea științifică. Și nu toți avem acces la un număr mare de persoane cărora să le aducem, poate, o rază de speranță într-o mare de informații false.

Ce ai învățat despre tine în anii de când trăiești cu endometrioza?

Că poate ar fi fost, totuși, mai bine să nu fiu chiar atât de puternică 😊 și să mă sprijin mai mult pe cei dragi mie.

Există ceva ce ai fi vrut să știi despre endometrioză înainte să înceapă propriul tău parcurs medical? Și ce informație crezi că ar trebui să ajungă la fiecare femeie mult mai devreme?

Una singură: durerea cruntă la ciclu nu este Normală. Suntem o comunitate întreagă pe care te poți sprijini și te rog să îmi scrii dacă ai nevoie să ne sfătuim.





Educarea următoarei generații cu privire la endometrioză

Kathleen King si Cate O'Connor

Ceea ce a început ca un proiect bazat pe voluntariat s-a transformat într-un program de educație despre sănătatea menstruală și endometrioză, susținut de Health Service Executive (HSE) din Irlanda, destinat școlilor, cluburilor și locurilor de muncă din întreaga țară.

MISE a început cu două voluntare, o frustrare comună și o întrebare simplă: ce s-ar putea schimba dacă tinerii ar afla de la început că simptomele menstruale severe nu sunt ceva ce trebuie pur și simplu îndurat?

Împreună, aveam experiențe diferite, dar complementare. Kathleen este cercetător medical, activistă pentru conștientizarea endometriozei și pacientă, cu mulți ani de experiență în educație și sprijinirea pacienților.

Cate este profesoară calificată și activistă pentru conștientizarea endometriozei și lucrează de peste 20 de ani cu tineri. Amândouă am văzut consecințele unei educații deficitare despre sănătatea menstruală: durerea era considerată normală, simptomele erau ascunse, absențele de la școală erau acceptate, iar tinerii nu aveau cuvintele necesare pentru a explica ceea ce li se întâmpla

Prin intermediul prietenilor noastre și al activității în cadrul organizațiilor caritabile, am văzut, de asemenea, cum această normalizare timpurie a simptomelor poate afecta oamenii ani la rând, contribuind la întârzieri îndelungate în diagnosticarea endometriozei.

MISE este acronimul pentru „Menstrual Information, Specialising in Endometriosis” (Informații despre menstruație, cu specializare în endometrioză), iar „mise” înseamnă și „eu” în limba irlandeză.

Acest lucru reflecta esența programului: să ajutăm fiecare tânăr să își înțeleagă propriul corp și propria experiență, în loc să își compare durerea cu a altcuiva. Ne-am dorit, de asemenea, ca tinerii să se simtă încrezători să vorbească deschis despre sănătatea lor, să își susțină propriile nevoi și să îi sprijine pe ceilalți prin conversații deschise.

Ne-am inspirat din programele bine cunoscute și de lungă durată me® și What About Me® din Noua Zeelandă și am colaborat îndeaproape cu fondatoarea acestora, Deborah Bush, pentru a adapta conținutul pentru Irlanda.

Primul nostru proiect-pilot în școli a început în martie 2024. Am vizitat șase școli din diferite zone ale Irlandei și am primit feedback de la 606 elevi. În acea perioadă, desfășuram programul MISE voluntar, pe lângă celelalte activități profesionale. Ne luam zile libere, conduceam sute de kilometri, susțineam sesiunile și analizam fiecare răspuns primit.

MISE a fost conceput ca mai mult decât o simplă prezentare despre conștientizarea endometriozei. Explicăm ciclul menstrual și facem diferența între disconfortul obișnuit și simptomele care afectează școala, sportul, somnul sau viața de zi cu zi. Discutăm despre simptome care depășesc durerea menstruală, inclusiv oboseală, sângerări abundente, simptome digestive și urinare, greață și migrene.

Elevii pleacă de la sesiune cu pași practici pe care îi pot urma: să observe tiparele simptomelor, să le monitorizeze, să vorbească cu o persoană de încredere și să discute cu un cadru medical atunci când simptomele le afectează viața de zi cu zi. Aceste abilități contribuie la dezvoltarea capacității de a înțelege informațiile despre sănătate și de a-și susține propriile nevoi.

Elevii ne-au spus ce a însemnat acest lucru pentru ei. Unul dintre ei a spus: „M-a făcut să am mai multă încredere că durerea mea este reală și merită luată în serios.” Un altul ne-a spus: „A fost foarte util să învățăm despre menstruație, nu doar lucrurile pe care ni le-au predat la orele de științe.”

În perioada martie 2024 – mai 2026, MISE a colectat peste 3.600 de răspunsuri de la elevi din 31 de școli. Scorul mediu acordat pentru utilitatea sesiunilor a fost de 4,82 din 5, iar 97,3% dintre răspunsurile evaluate au acordat sesiunilor nota 4 sau 5.

Feedbackul a arătat, de asemenea, de ce este necesară această educație. 27% dintre elevi au declarat că au lipsit de la școală din cauza durerilor menstruale. Peste o treime au descris simptomele premenstruale sau schimbările de dispoziție ca fiind greu de suportat, iar aproape o treime au spus același lucru despre oboseală sau lipsa de energie. Cel mai important mesaj pe care elevii l-au reținut nu a fost un fapt medical. Acesta a devenit nucleul programului MISE. Informația este utilă doar dacă un tânăr știe ce să facă cu ea. Tinerii ar trebui să plece de la sesiune știind ce simptome să observe, la cine pot apela și cum pot începe această conversație.

Tinerii află, de asemenea, informații despre sănătatea menstruală și endometrioza prin intermediul rețelelor sociale, unde informațiile utile apar alături de mituri și afirmații comerciale.

MISE îi include, de asemenea, pe băieți și pe elevii care nu au menstruație, recunoscând rolul lor în reducerea stigmatizării și în sprijinirea celorlalți. În prezent, programul se desfășoară în școli mixte, în cadrul activităților sportive și la locul de muncă, precum și pentru profesori, părinți și alți adulți de încredere.



În 2026, MISE a ajuns într-un moment important al dezvoltării sale. Programul a fost recunoscut de ministrul sănătății din Irlanda și finanțat de HSE, iar Kathleen și Cate au fost numite responsabile naționale pentru educația în domeniul endometriozei.

Următoarea noastră provocare este să extindem accesul la program fără să pierdem conexiunea umană care face ca MISE să funcționeze. Dezvoltăm resurse suplimentare pentru elevii din ciclurile Junior și Senior. Endometrioza va rămâne în centrul programului, alături de sănătatea menstruală în sens mai larg și de afecțiunile asociate.

Suntem mândre de cifrele obținute, dar realizarea pe care o apreciem cel mai mult este mai greu de măsurat. Este elevul care își dă seama că absențele de la școală în fiecare lună merită atenție. Este tânărul care începe să își monitorizeze simptomele, prietenul care învață cum să asculte sau părintele care are acum cuvintele necesare pentru a începe o conversație.

Scopul nostru rămâne simplu: să le oferim tinerilor informații de încredere, încrederea de a recunoaște atunci când simptomele le afectează viața și îndrumarea clară pentru a vorbi despre ceea ce li se întâmplă și pentru a găsi ajutor.



Când invizibilul intră în cameră

Cum transformă FLARE poveștile despre endometrioza în dovezi de interes public prin artă, advocacy și comunitate

Chelsea Hardesty
Endometriosis advocate

În luna septembrie, o platformă culturală creată și coordonată de pacienți va reuni 33 de artiști din 13 țări într-un singur spațiu din New York. Pentru Chelsea Hardesty, FLARE este mai mult decât o expoziție. Este o provocare adresată sistemelor care le cer pacienților să demonstreze ceea ce propriul lor corp știe deja.

În activitatea de advocacy, persoanelor care trăiesc cu endometrioza li se cere constant să își traducă experiențele de viață. Transformăm ani de durere în mărturii de trei minute. Comprimăm experiențele de ignorare și negare a simptomelor de către cadrele medicale, pierderea locului de muncă, relațiile afectate, dificultățile financiare, intervențiile chirurgicale, suferința și lupta de a merge mai departe în statistici care să încapă într-un document de politici publice. Învățăm cum să facem vizibilă și ușor de înțeles o realitate invizibilă pentru oameni care nu au fost niciodată nevoiți să își apere propria experiență corporală.

Această traducere este importantă. Datele sunt importante. Cercetarea este importantă. Limbajul politicilor publice este important. Îmi petrec o mare parte din viață lucrând în aceste domenii. Dar există adevăruri care nu pot fi exprimate pe deplin printr-un grafic, un cod de diagnostic, un rezultat de cercetare sau un paragraf dintr-un raport al Congresului. Uneori, oamenii trebuie să stea față în față cu dovezile. Trebuie să simtă ce înseamnă să trăiești într-un corp a cărui realitate este atât de des pusă la îndoială.

Acesta este spațiul pe care îl creează FLARE.

Este, de asemenea, creat de oameni care trăiesc zi de zi realitatea pe care încercăm să o facem înțeleasă publicului. FLARE a prins contur în saloane de spital, în vizite la urgențe, în timpul investigațiilor medicale, la consultații pentru fertilitate, în mijlocul durerii cronice, în perioada de recuperare după intervenții chirurgicale și în mijlocul responsabilităților obișnuite ale vieții, care nu se opresc atunci când corpul este în criză.

Pe parcursul a trei zile, în luna septembrie, FLARE: Illuminating Endometriosis va reuni 33 de artiști din 13 țări la The Sixth Floor Loft, în apropiere de Union Square, în New York. Prin pictură, sculptură, ceramică, textile, fotografie, gravură, colaj, performance și conversații, expoziția va da formă unor experiențe pe care medicina și discursul public le reduc, le înțeleg greșit sau le ignoră prea des. Fac parte din FLARE în calitate de coordonatoare pentru Advocacy și Dezvoltare, co-organizatoare și artistă expozantă, cu lucrări de sculptură. Pentru mine, acest lucru nu reprezintă o îndepărtare de activitatea de advocacy. Este advocacy exprimat într-un alt limbaj.



La șase ani după diagnosticul oficial, în lunile care au precedat intervenția chirurgicală și complicațiile care aveau să inspire FLARE, Priscilla a început, în sfârșit, să creeze artă vizuală despre boala cu care se străduia să trăiască. Două dintre lucrările sale, pe care le numește „leziuni”, redau același chist care se afla în interiorul corpului său, prin două forme artistice diferite. Acestea marchează începutul procesului său de acceptare și vindecare prin exprimare personală și artă.

Într-o perioadă critică a pregătirilor, Priscilla a petrecut trei săptămâni în spital după ce aderențele și o obstrucție intestinală au dus la o intervenție chirurgicală de urgență. Fondatoarea FLARE contribuia la organizarea unei expoziții internaționale dintr-un pat de spital, în timp ce propriul corp îi cerea să primească îngrijiri medicale de urgență.



După ce a trecut cu bine peste prima serie de complicații, Priscilla a știut că nu mai putea păstra tăcerea în privința acestei boli. Ceea ce începuse ca un mod personal de a face față situației și de a-și procesa experiențele s-a transformat într-o misiune de a-i invita și pe alții să folosească arta pentru a trece prin ceea ce îndură pacienții. Cele două lucrări păstrează propria ei luptă, dar simbolizează și poveștile trăite de nenumărați alți oameni. Ea le descrie ca fiind cele două „coperti” ale poveștii FLARE, iar ambele sunt incluse și în „Flourish Through the Fire”, o carte despre bunăstare prin creație, aflată în curs de dezvoltare, care îi invită pe cititori să se implice activ în proces.



În același timp, eu ajungeam la camera de gardă și făceam investigații funcționale anorectale, continuând în același timp activitatea de advocacy și responsabilitățile mele în cadrul FLARE. O colegă parcurgea etapele legate de fertilitate. O altă colegă încerca să gestioneze durerea cronică pe care atât de mulți dintre noi o cunoaștem. În diferite țări și fusuri orare, artiștii participanți treceau la rândul lor prin propriile simptome, tratamente, pierderi, recuperare și incertitudine, încredințându-ne lucrări create pornind din aceste experiențe.

Expoziția din septembrie este prima întâlnire fizică organizată de FLARE, însă FLARE nu este concepută să existe doar pe parcursul a trei zile. Este o platformă culturală centrată pe pacienți, în care artiștii sunt pe primul loc și care este construită în jurul comunității, aducând arta, experiențele de viață, educația și activitatea de advocacy în aceeași conversație.

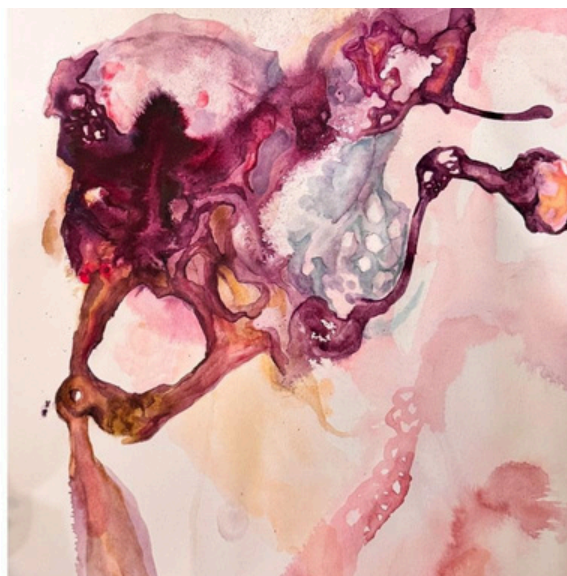
Activitatea sa se desfășoară deja prin FLARE Journal, podcastul și seria video Inside FLARE, precum și prin publicația despre bunăstare prin creație, Flourish Through the Fire, aflată în curs de dezvoltare. Un documentar artistic, regizat în colaborare de Priscilla și Amanda Fuller, urmărește oamenii, arta, munca și conversațiile din spatele evenimentului, creând o mărturie despre ceea ce se întâmplă înainte, în timpul și după weekendul expoziției.

Această structură mai amplă este importantă. Prea multe evenimente de conștientizare generează un val scurt de atenție, după care dispar. De asemenea, sunt construite după un model medical și de tip conferință. FLARE este conceput astfel încât poveștile să poată continua să circule și după ce luminile galeriei se sting și după încheierea discuțiilor din cadrul panelurilor.

O operă de artă poate începe ca încercarea intimă a unei persoane de a supraviețui sau de a înțelege ceea ce i s-a întâmplat. Odată ce ajunge într-un spațiu public, este documentată, discutată, publicată și conectată la educație și advocacy, ea devine parte dintr-o mărturie colectivă mai amplă. Prin urmare, expoziția nu prezintă pur și simplu lucrări despre o boală. Ea ridică întrebări despre cine are dreptul să modeleze memoria culturală a endometriozei, ale cui cunoștințe sunt considerate credibile și ce devine posibil atunci când pacienții nu mai sunt priviți doar ca subiecți ai medicinei, ci ca artiști, autori, educatori și creatori ai schimbării. Artă nu este un decor pentru știință

De ani de zile, construiesc punți între experiențele de viață, cercetare, educație și politici publice. De asemenea, am curatori și am prezentat lucrări de artă despre endometrioza în cadrul conferințelor, galeriilor, evenimentelor profesionale și în spații publice. Iar și iar, am văzut cum arta ajunge la oameni în moduri în care o prezentare medicală, de una singură, nu ar putea.

Artă poate transmite singurătatea de a nu fi crezut, violența de a fi ignorat, suferința unui corp schimbat de boală și tratament și reziliența aparte necesară pentru a continua să-ți reconstruiești viața în jurul incertitudinii.

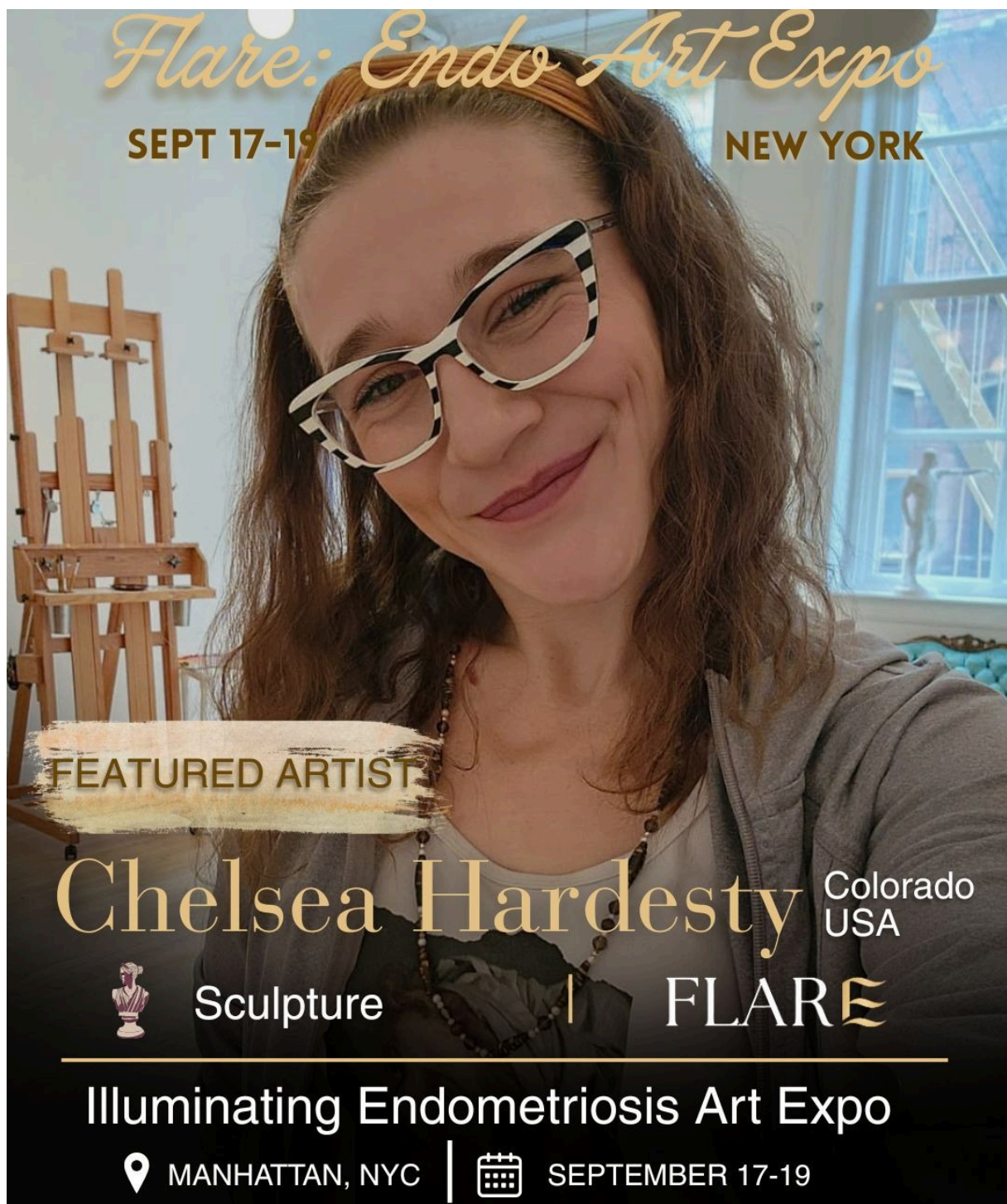


Acest lucru nu înseamnă că artă poate înlocui dovezile științifice. Înseamnă că artă poate fi o formă de mărturie care ne ajută să înțelegem ce înseamnă, de fapt, dovezile. Dacă cercetarea ne arată amploarea unei probleme, experiența de viață ne arată greutatea ei. Avem nevoie, fără îndoială, de ambele.

Această distincție este deosebit de importantă în cazul endometriozei, o boală cronică, sistemică și inflamatorie, care a fost mult timp redusă la o perspectivă excesiv de îngustă, centrată pe sistemul reproducător. Pacientele suportă consecințele acestei abordări limitate prin diagnostic întârziat, îngrijire medicală fragmentată, sprijin insuficient la locul de muncă, o acoperire necorespunzătoare prin sistemele de asigurări și așteptarea constantă din partea celor din jur de a minimaliza ceea ce li se întâmplă. FLARE readuce în prim-plan întreaga experiență umană.

Lucrările din expoziție trec prin teme precum durerea, ignorarea, memoria, negarea experienței pacientelor de către sistemul medical, suferința, supraviețuirea, identitatea, conexiunea și recâștigarea propriei voci. Nu sunt ilustrații medicale. Sunt memorie, peisaj, confruntare, emoție și mărturie.

Artistul din spatele activistului



Flare: Endo Art Expo
SEPT 17-19 NEW YORK

FEATURED ARTIST

Chelsea Hardesty Colorado USA

 Sculpture | **FLARE**

Illuminating Endometriosis Art Expo

📍 MANHATTAN, NYC | 📅 SEPTEMBER 17-19

Particip la FLARE nu doar în calitate de organizatoare și activistă, ci și ca artistă. Încă mă simt vulnerabilă când spun asta. Sculptura mea pentru expoziție este încă în lucru, ceea ce pare, într-un mod ciudat, potrivit pentru o lucrare despre un corp, o identitate și o viață care sunt, de asemenea, încă în devenire.

Pe măsură ce o construiesc, sculptura explorează corpul în fața unui zid de presiune, limbaj, așteptări și amintiri trăite. Straturi de imagini și cuvinte se adună pe diferite părți ale figurii și ale structurii din jur, în timp ce zone din cărămida neacoperită rămân vizibile. Lucrarea devine mai aglomerată și mai haotică decât ceea ce îmi dictează de obicei instinctul artistic.

Boala cronică este aglomerată. Își face loc în dosarele medicale, calendare, conversații de familie, situația financiară, planuri și gânduri intime. În același timp, duc lucrarea într-o direcție care vorbește despre creștere, prin mici semne de culoare și viață care apar din figură, fără să șteargă ceea ce a fost înainte.

Transformarea îngrijirii endometriozei prin holograme de realitate extinsă

Mr Thomas Bainton MRCOG

Medic ginecolog consultant și specialist în endometrioză,
Chelsea and Westminster Hospital, Londra



Endometrioza profund infiltrativă este una dintre cele mai complexe și dificile afecțiuni întâlnite în ginecologie. În ciuda progreselor în domeniul imagisticii medicale, al chirurgiei și al îngrijirii multidisciplinare, multe paciente se confruntă cu un obstacol important chiar înainte de începerea tratamentului: înțelegerea reală a bolii lor.

Pentru multe paciente, simptome precum durerea pelvină severă, durerile la defecație, simptomele urinare și fertilitatea redusă sunt dificil de corelat cu investigațiile imagistice convenționale sau cu reprezentările anatomice bidimensionale. În calitate de medici, le cerem adesea pacientelor să ia decizii importante cu privire la intervenții chirurgicale complexe, pe baza unor explicații despre anatomie care pot fi dificil de vizualizat și de înțeles pe deplin.

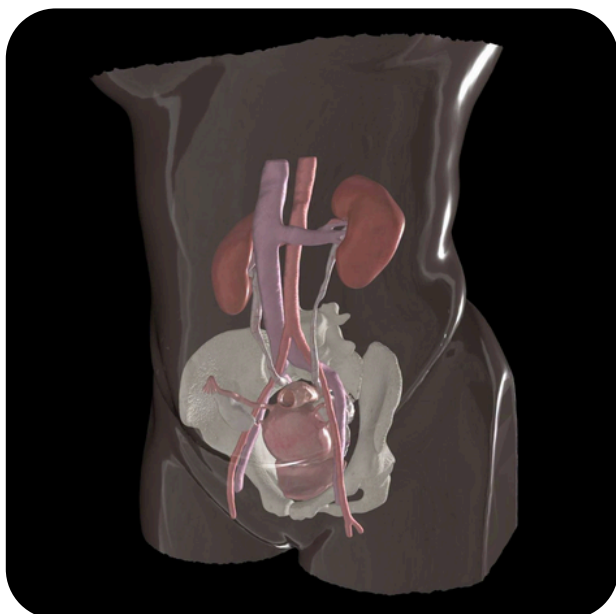
Pentru a răspunde acestei provocări, am dezvoltat un proiect inovator de realitate extinsă (XR) la Chelsea and Westminster Hospital, finanțat printr-o subvenție acordată de organizația noastră caritabilă, CW+, și de Friends of Chelsea and Westminster Hospital. În colaborare cu compania de tehnologie medicală Medical iSight, am creat holograme tridimensionale fotorealiste ale anatomiei pelvisului feminin, care pot fi vizualizate, manipulate și explorate împreună de medic și pacientă în timpul consultațiilor, folosind căști de realitate virtuală.

Proiectul a atras o atenție considerabilă ca exemplu al modului în care tehnologiile emergente pot transforma modul în care pacientele își înțeleg boala și se implică în propriul proces de îngrijire.

Conceptul din spatele proiectului a fost unul simplu. În loc să ne bazăm pe modele anatomice generale, ne-am dorit să creăm reprezentări foarte precise, obținute direct din imagini RMN și, uneori, CT. Folosind tehnici avansate de segmentare, datele imagistice sunt transformate în reconstrucții anatomice tridimensionale detaliate.

Pe lângă modelele care prezintă modificările patologice, am dezvoltat și un model de referință care prezintă anatomia pelvină normală a unei paciente fără simptome, oferind astfel un punct de referință important pentru înțelegerea modificărilor asociate bolii.

Modelul nostru principal dedicat endometriozei prezintă mai multe dintre modificările patologice întâlnite frecvent în formele avansate ale bolii. Holograma include un uter mare, afectat de adenomioză, un endometriom ovarian, aderențe pelvine extinse și un nodul de endometrioză profund infiltrativă care implică rectul.



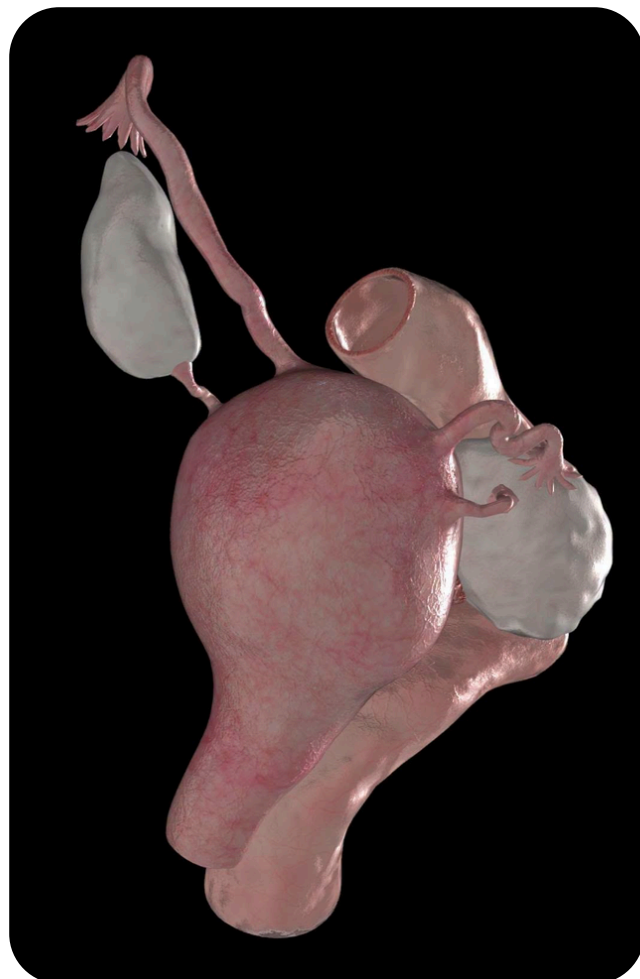
Este important de menționat că modelul nu se limitează doar la organele reproducătoare, ci include și tractul urinar, structurile vasculare, sistemul musculo-scheletic și structurile anatomice pelvine din jur. Astfel, pacientele pot înțelege nu doar localizarea bolii, ci și relația acesteia cu structurile învecinate importante, care pot influența simptomele, opțiunile de tratament și riscurile chirurgicale.

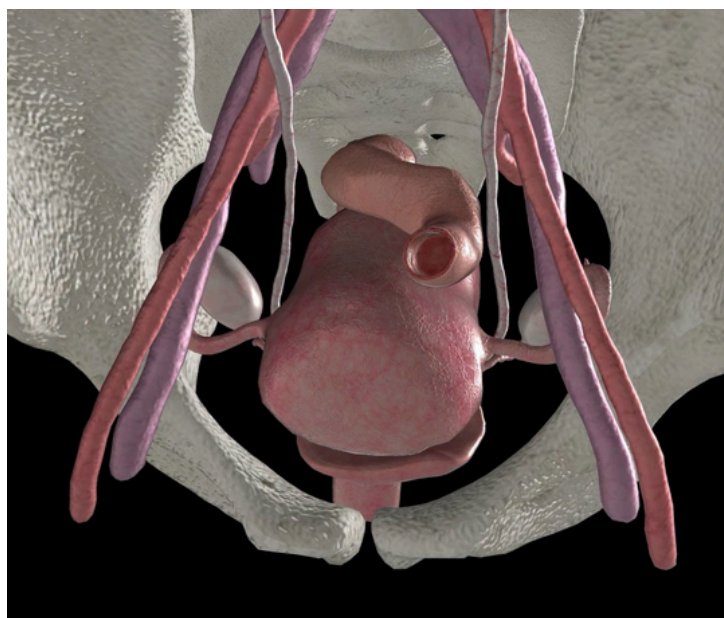
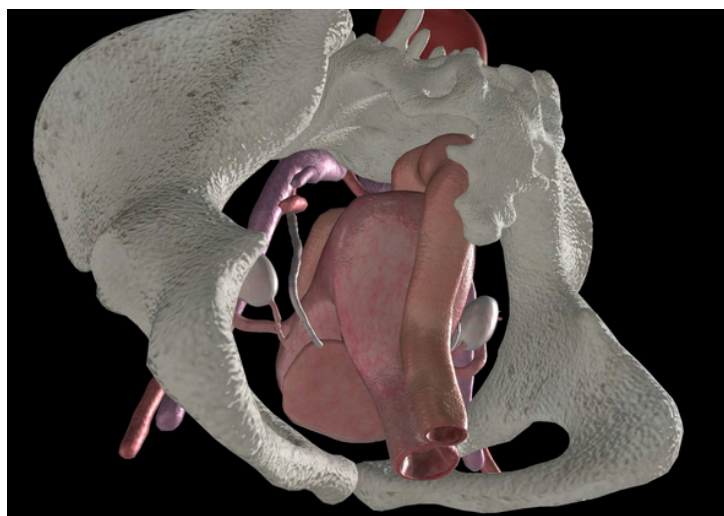
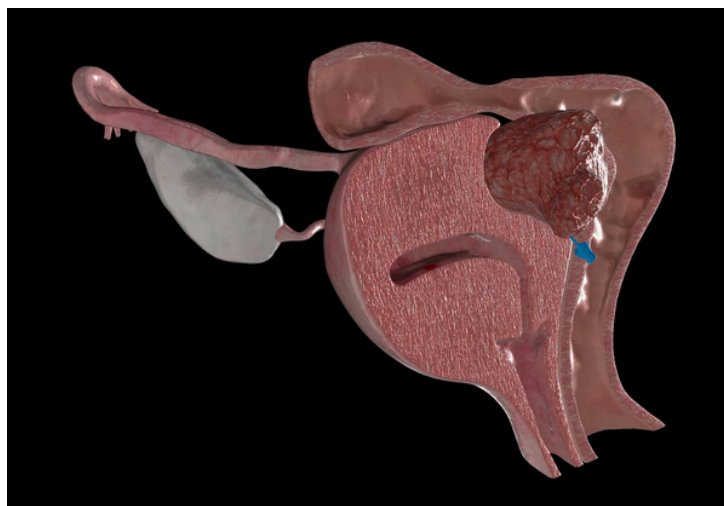
Unul dintre cele mai importante avantaje ale acestei tehnologii este caracterul său interactiv. Straturile anatomice pot fi eliminate selectiv, structurile pot fi mărite sau izolate, iar întregul model poate fi manipulat în timp real. Pacientele își pot explora anatomia împreună cu medicul, ceea ce creează o experiență de consultație mult mai captivantă și personalizată decât analiza tradițională a imaginilor medicale.

Tehnologii care schimbă îngrijirea pacienților

Impactul asupra înțelegerii bolii de către paciente a fost remarcabil. Endometrioza este adesea o boală invizibilă. Pacientele pot trece prin ani de simptome înainte de a primi un diagnostic, ceea ce duce frecvent la frustrare, incertitudine și sentimentul că simptomele lor nu sunt pe deplin înțelese.

Prin vizualizarea modificărilor anatomice provocate de boală, pacientele își pot corela direct simptomele cu ceea ce văd. De exemplu, o femeie care se confruntă cu dureri severe la defecație poate observa nodulul de endometrioză care infiltrează rectul. O pacientă care suferă de durere pelvină cronică poate înțelege mai bine modul în care aderențele modifică anatomia normală a pelvisului. Pacientele care se confruntă cu probleme de fertilitate pot înțelege mai clar mecanismele prin care formele severe ale bolii pot afecta funcția reproductivă.





Hologramele au transformat, de asemenea, discuțiile privind tratamentul chirurgical. Excizia chirurgicală a endometriozei profund infiltrative implică adesea decizii complexe și o consiliere atentă cu privire atât la beneficiile așteptate, cât și la riscurile potențiale. Posibilitatea de a vizualiza extinderea bolii le permite pacienților să înțeleagă de ce este recomandată intervenția chirurgicală și să își formeze așteptări realiste cu privire la rezultate.

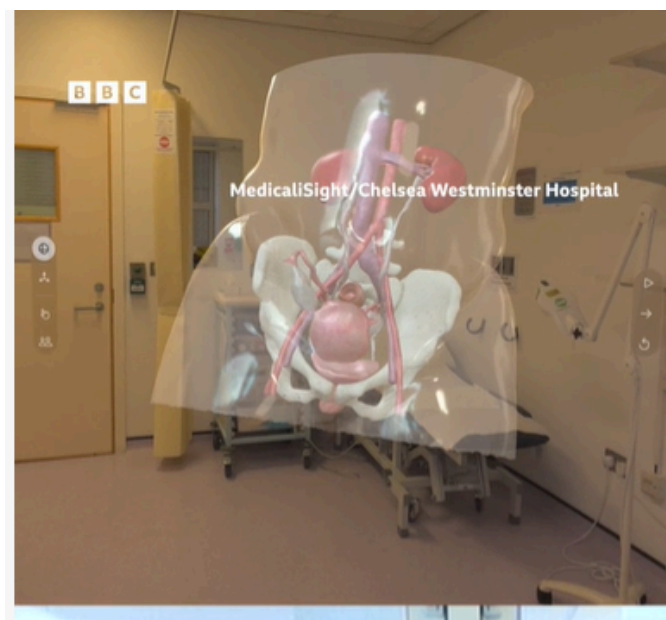
Acest lucru este deosebit de valoros în cazul endometriozei intestinale. Folosind holograma, pacientele pot observa profunzimea infiltrării în peretele intestinal și pot înțelege de ce pot fi recomandate diferite abordări chirurgicale, inclusiv shaving rectal, excizie discoidă sau rezecție segmentară a intestinului cu anastomoză.

În mod similar, relația dintre boală și tractul urinar poate fi evidențiată clar, ajutând pacientele să înțeleagă posibilitatea de a fi necesare ureteroliza, reconstrucția sau implicarea unei echipe chirurgicale multidisciplinare. Astfel de discuții sunt adesea dificile atunci când se bazează exclusiv pe rapoarte imagistice sau diagrame schematice, însă devin mult mai ușor de înțeles atunci când sunt prezentate într-un context anatomic tridimensional.

Pornind de la succesul modelului pentru endometrioza, am dezvoltat ulterior un al doilea model holografic care prezintă fibroamele uterine. Acest model le permite pacienților să înțeleagă modul în care localizarea fibromului influențează simptomele și deciziile privind tratamentul. Fibroamele submucoase pot fi prezentate deformând cavitatea endometrială și afectând fertilitatea sau provocând sângerări abundente, în timp ce fibroamele subseroase pot fi vizualizate ieșind în exteriorul uterului și contribuind la apariția simptomelor de presiune. La fel ca în cazul modelului pentru endometrioza, structurile pot fi segmentate, izolate și explorate interactiv.

Poate cel mai important aspect este că aceste holograme reprezintă o schimbare către o îngrijire medicală mai centrată pe pacientă. Ele le ajută pe paciente să devină participante active la consultații, îmbunătățind înțelegerea bolii, facilitând luarea deciziilor împreună cu medicul și contribuind la obținerea unui consimțământ informat.

Pentru afecțiuni atât de complexe și care pot schimba profund viața, precum endometrioza, acest lucru reprezintă un pas important înainte. Următoarea etapă a proiectului este și mai interesantă. În prezent, încercăm să dezvoltăm o platformă de învățare automată capabilă să genereze automat aceste modele anatomiche direct din imaginile RMN, eliminând necesitatea unei intervenții tehnice extinse și îmbunătățind considerabil posibilitatea de extindere a proiectului. Dacă va avea succes, această tehnologie are potențialul de a face anatomia holografică personalizată disponibilă unui număr mult mai mare de pacienți, transformând nu doar îngrijirea pacienților cu endometrioza, ci și modul în care sunt explicate, în domeniul medical, afecțiunile anatomiche complexe.



Pe măsură ce sistemul medical adoptă tot mai mult inovația digitală, cele mai mari oportunități nu constau doar în dezvoltarea unor tehnologii noi, ci și în utilizarea lor pentru a îmbunătăți comunicarea, înțelegerea și experiența pacienților. Prin intermediul hologramelor de realitate extinsă, începem să reducem distanța dintre imagistică și înțelegere, permițând pacienților să își vadă boala într-un mod care anterior nu era posibil. În acest fel, contribuim la transformarea anatomiei complexe într-o realitate vizibilă și ușor de înțeles și, în cele din urmă, facem ca experiența femeilor care trăiesc zi de zi cu aceste afecțiuni dificile să fie puțin mai puțin înfricoșătoare.

Într-un interviu acordat BBC, domnul Thomas Bainton a explicat modul în care acest instrument poate fi util din perspectiva chirurgicală, pentru a ilustra ceea ce urmează să fie realizat și pentru a înțelege mai bine potențialele riscuri și beneficii ale intervenției chirurgicale.



Endometrioza și fertilitatea:

Afectează calitatea ovocitelor și ce se poate face?



Dr Elias Tsakos

Expert în fertilitate, fertilizare in vitro , chirurgie ginecologică și chirurgie robotică; Fondator și Director, EmbryoClinic IVF

Endometrioza afectează aproximativ una din zece femei de vârstă reproductivă, iar pentru multe dintre ele, diagnosticul aduce imediat întrebarea: va afecta acest lucru capacitatea mea de a avea copii?

Relația dintre endometrioza și fertilitate este bine stabilită, însă problema specifică a calității ovocitelor este mai nuanțată și devine din ce în ce mai importantă, pe măsură ce tot mai multe femei amână momentul de a avea copii și apelează la tratamente de fertilitate.

Endometrioza afectează calitatea ovocitelor?

Răspunsul scurt este: adesea, da — deși nu în toate cazurile, iar gradul în care este afectată calitatea ovocitelor variază în funcție de severitatea bolii.

Endometrioza este o afecțiune în care un țesut similar endometrului crește în afara uterului, cel mai frecvent la nivelul ovarelor, trompelor uterine și al peritoneului pelvin. Acest țesut ectopic se comportă asemenea endometrului din interiorul uterului: se îngroașă, se desprinde și sângerează la fiecare ciclu menstrual. Însă, spre deosebire de endometru, acesta nu are unde să se elimine, ceea ce duce la inflamație, formarea de țesut cicatricial și apariția unor chisturi ovariene numite endometrioame.

Acest mediu inflamator cronic este punctul în care începe impactul asupra ovocitelor. Moleculele inflamatorii și stresul oxidativ din cavitatea pelvină și țesutul ovarian pot interfera cu maturarea normală a ovocitelor în timp ce acestea se dezvoltă în foliculii ovarieni. Studiile care folosesc rezultatele fertilizării in vitro (FIV) ca indicator indirect al calității ovocitelor au arătat în mod constant că femeile cu endometrioza, în special în stadiile moderate până la severe, tind să aibă mai puține ovocite recoltate, rate mai scăzute de fertilizare și rate mai mici de embrioni de bună calitate comparativ cu femeile fără această afecțiune.

Endometrioamele ovariene adaugă un al doilea motiv de îngrijorare. Aceste chisturi pot afecta rezerva ovariană — numărul de ovocite rămase — fie prin boala în sine, fie prin intervenția chirurgicală utilizată uneori pentru îndepărtarea lor, care poate afecta accidental și țesutul ovarian sănătos din jurul chistului. De aceea, specialiștii în fertilitate abordează cu prudență intervenția chirurgicală pentru endometrioame, cântărind beneficiile îndepărtării acestora în raport cu riscul de reducere a rezervei de ovocite.

Merită menționat că nu toate femeile cu endometrioză se confruntă cu o reducere a calității ovocitelor. Formele ușoare, superficiale ale bolii au adesea un efect redus, măsurabil, asupra fertilității. Impactul tinde să fie corelat cu stadiul bolii, prezența endometrioamelor și perioada de timp în care afecțiunea a rămas netratată.

De ce este important acest lucru pentru planificarea fertilității?

Deoarece endometrioza este adesea asimptomatică sau diagnosticată greșit drept o simplă durere menstruală, multe femei trăiesc cu această afecțiune ani de zile înainte de a primi un diagnostic – întârzierea medie este adesea estimată la șase până la zece ani. În acest timp, dacă boala este activă și progresează, afectarea cumulativă a țesutului ovarian și a calității ovocitelor poate continua fără să fie observată. Acesta este unul dintre cele mai importante argumente pentru un diagnostic mai timpuriu și, atunci când fertilitatea este o prioritate, pentru discuții mai timpurii despre planificarea unei familii.

Ce se poate face?

Vestea încurajatoare este că problemele de fertilitate asociate endometriozei pot fi gestionate și există mai multe opțiuni susținute de dovezi științifice.

Evaluarea și monitorizarea fertilității. Femeile diagnosticate cu endometrioză care își doresc copii, fie acum, fie în viitor, pot beneficia de o evaluare timpurie a rezervei ovariene – de obicei prin analize de sânge (AMH) și numărarea foliculilor antrali prin ecografie. Acest lucru ajută la stabilirea unei valori de referință și oferă informații utile pentru luarea deciziilor privind momentul potrivit.

Conservarea fertilității. Pentru femeile care nu sunt pregătite să conceapă, dar sunt îngrijorate de progresia bolii, congelarea ovocitelor sau a embrionilor oferă o modalitate de a păstra potențialul fertil la o vârstă mai tânără, înainte de acumularea unor eventuale leziuni inflamatorii suplimentare.

Tratamentul chirurgical, utilizat selectiv. Intervențiile laparoscopice și robotice pot îndepărta leziunile și chisturile endometriozeice, îmbunătățind uneori fertilitatea naturală și reducând durerea.

Cu toate acestea, deoarece intervenția chirurgicală prezintă propriul risc pentru rezerva ovariană, este în general recomandată în cazurile cu simptome importante, endometrioame de dimensiuni mari sau atunci când este probabil să îmbunătățească în mod semnificativ rezultatele – nu este efectuată automat în fiecare caz.

Fertilizarea in vitro (FIV). Pentru multe femei cu endometrioză moderată până la severă, în special pentru cele cu rezervă ovariană redusă sau infertilitate de lungă durată, FIV este adesea cea mai eficientă cale către obținerea unei sarcini. FIV ocolește unele dintre barierele mecanice și inflamatorii create de boală, iar protocoalele pot fi adaptate – de exemplu, prin ajustarea metodelor de stimulare sau prin stabilirea momentului tratamentului în funcție de activitatea bolii – pentru a optimiza numărul și calitatea ovocitelor recoltate.



Concluzia

Endometrioza poate afecta calitatea ovocitelor, în principal prin inflamația cronică și impactul fizic al endometrioamelor, însă gradul acestui efect variază considerabil de la o femeie la alta. Cel mai important factor nu este diagnosticul în sine, ci cât de devreme este recunoscută boala și cât de din timp este abordată fertilitatea după diagnostic. Cu o evaluare la timp, un plan de tratament personalizat și – atunci când este cazul – conservarea fertilității sau fertilizarea in vitro (FIV), multe femei cu endometrioză reușesc să își întemeieze familiile pe care și le-au dorit.



Dincolo de pelvis: înțelegerea endometriozei diafragmatice și toracice

Dr Islam Gamaleldin

Medic ginecolog consultant și specialist în endometrioză

Când ne gândim la endometrioză, ne gândim de obicei la pelvis: menstruații dureroase, durere pelvină, durere în timpul contactului sexual, chisturi ovariene sau probleme de fertilitate. Cu toate acestea, endometrioza nu rămâne întotdeauna limitată la pelvis.

Într-un grup mic, dar important, de paciente, aceasta poate afecta diafragma și structurile din interiorul toracelui, provocând simptome care pot părea complet fără legătură cu o afecțiune ginecologică. Acestea pot varia de la durere în vârful umărului sau la nivelul coastelor până la dificultăți de respirație sau, în unele cazuri, un plămân colabat în perioada menstruației.

Endometrioza diafragmatică

Diafragma este mușchiul mare care separă abdomenul de torace și este esențial pentru respirație. Endometrioza se poate dezvolta pe suprafața abdominală a diafragmei, cel mai frecvent pe partea dreaptă, deși poate apărea și pe partea stângă sau pe ambele părți.

Unele paciente nu prezintă simptome. Altele se confruntă cu durere sub coaste sau în partea superioară a abdomenului, durere la nivelul omoplatului sau în vârful umărului, disconfort toracic sau durere care iriază spre gât. Un indiciu deosebit de important este atunci când simptomele se agravează în mod repetat în perioada menstruației. Durerea de umăr apare deoarece iritarea diafragmei poate stimula nervul frenic.

Prin intermediul unor căi nervoase comune, această iritație poate fi percepută sub forma unei dureri la nivelul umărului – cunoscută drept durere iradiată. Cu toate acestea, simptomele nu urmează întotdeauna un tipar perfect ciclic și pot deveni mai persistente în cazul unei boli deja instalate.

Endometrioza toracică (endometrioza care afectează toracele)

Endometrioza toracică apare atunci când sunt afectate structurile din interiorul toracelui, inclusiv pleura care înconjoară plămânii și, mai rar, plămânul propriu-zis. Diferitele forme de manifestare sunt descrise împreună sub denumirea de sindrom de endometrioză toracică.

Cea mai bine recunoscută formă de manifestare este pneumotoraxul catamenial. Pneumotoraxul apare atunci când aerul pătrunde în spațiul din jurul plămânului, provocând colapsul parțial sau complet al acestuia. Atunci când episoadele apar în asociere cu menstruația, acestea sunt denumite pneumotorax catamenial. Simptomele includ durere toracică bruscă, dificultăți de respirație, durere de umăr și, uneori, tuse, iar în majoritatea cazurilor este afectată partea dreaptă.

Mai rar, endometrioza toracică poate provoca hemotorax catamenial, situație în care sângele se acumulează în jurul plămânului, provocând durere toracică și dificultăți de respirație.

Rare involvement of the lung itself can cause catamenial haemoptysis – coughing up blood around menstruation – or appear as pulmonary nodules on imaging.

Some patients experience cyclical chest pain without these more dramatic complications. This broad spectrum is one reason why thoracic endometriosis can be difficult to recognise.



Ar putea simptomele mele la nivelul umărului sau pieptului să fie cauzate de endometrioză?

Luați în considerare să discutați cu medicul dumneavoastră despre posibilitatea unei endometrioze diafragmatice sau toracice dacă aveți:

- dureri recurente în vârful umărului sau la nivelul omoplatului, în special pe partea dreaptă;
- dureri sub coaste sau în partea superioară a abdomenului, care se agravează în perioada menstruației;
- dureri toracice recurente sau dificultăți de respirație asociate menstruației;
- un plămân colabat spontan sau episoade recurente de pneumotorax;
- tuse cu sânge care apare în mod repetat în perioada menstruației.

Simptomele nu trebuie să apară exclusiv în timpul menstruației. Cu toate acestea, durerea toracică apărută brusc sau dificultățile semnificative de respirație necesită o evaluare medicală de urgență și nu trebuie presupuse pur și simplu ca fiind cauzate de endometrioză.

De ce este dificil diagnosticul?

Poate că cea mai mare provocare este, pur și simplu, luarea în considerare a acestui diagnostic. O persoană cu dureri de umăr poate ajunge inițial la un fizioterapeut sau la un medic ortoped, în timp ce o pacientă cu pneumotorax intră pe circuitul de pneumologie sau chirurgie toracică. Prin urmare, legătura cu endometrioza poate rămâne neidentificată. Monitorizarea simptomelor în raport cu ciclul menstrual poate fi extrem de utilă.

Investigațiile pot include radiografie toracică, CT sau RMN, în funcție de manifestări. RMN-ul poate fi deosebit de util atunci când se suspectează o afectare a diafragmei, deși rezultatele normale ale investigațiilor imagistice nu exclud endometrioza. În unele cazuri, diagnosticul este confirmat în cele din urmă în timpul laparoscopiei sau al chirurgiei toracoscopice asistate video.

Cum se tratează?

Tratamentul trebuie individualizat în funcție de simptome, tratamentele anterioare, dorința de a avea copii, extinderea bolii și prezența sau absența endometriozei pelvine. Supresia hormonală poate ameliora simptomele și poate include contraceptive hormonale combinate administrate continuu, progestative sau, în anumite cazuri, tratamente bazate pe GnRH.

În cazul endometriozei diafragmatice simptomatice care nu răspunde suficient la tratamentul medicamentos, poate fi luată în considerare intervenția chirurgicală. Leziunile superficiale pot fi excizate sau ablate laparoscopic, în timp ce formele mai profunde pot necesita îndepărtarea pe toată grosimea a porțiunii afectate a diafragmei, urmată de repararea acesteia. Chirurgia robotică are un rol important în endometrioza diafragmatică, în special atunci când este necesară o disecție precisă și reconstrucția diafragmei.

Afectarea toracică, în special pneumotoraxul recurent, poate necesita VATS, care îi permite chirurgului toracic să examineze plămânul, pleura și suprafața toracică a diafragmei. Leziunile vizibile pot fi îndepărtate, iar defectele diafragmei pot fi reparate. În anumite cazuri, pentru reducerea riscului de recurență, pot fi luate în considerare și pleurodeza sau pleurectomia.

Endometrioza diafragmatică și toracică ar trebui gestionată printr-o abordare multidisciplinară, care să reunească un chirurg specializat în endometrioză avansată, un chirurg specializat în chirurgie digestivă superioară / hepato-bilio-pancreatică și un chirurg toracic. Astfel, pot fi evaluate atât suprafața abdominală, cât și cea toracică a diafragmei, împreună cu eventualele leziuni de endometrioză pelvină.

În loc să tratăm endometrioza pelvină, diafragmatică și toracică drept probleme separate, trebuie să le considerăm tot mai mult ca manifestări diferite ale aceleiași boli.

Ce ne rezervă viitorul?

În ciuda creșterii gradului de conștientizare, rămân încă multe întrebări importante fără răspuns.

O prioritate este dezvoltarea unor trasee medicale multidisciplinare dedicate endometriozei toracice, care să implice chirurghi specializați în endometrioza, chirurghi toracici, radiologi specializați, medici pneumologi și asistenți medicali specializați. Pentru pacienți, acest lucru ar putea înlocui numeroase consultații separate și necoordonate cu un singur traseu medical coordonat.

Diagnosticul mai timpuriu reprezintă o altă prioritate importantă în cercetare. Protocoalele RMN îmbunătățite ar putea ajuta la identificarea formelor subtile de endometrioza diafragmatică înainte de intervenția chirurgicală, în timp ce inteligența artificială ar putea contribui la interpretarea imaginilor și la identificarea unor tipare care sunt dificil de recunoscut în mod constant.

Deoarece endometrioza toracică este relativ rară, registrele internaționale prospective vor fi, de asemenea, importante. Combinarea datelor provenite din centre specializate ar putea ajuta la stabilirea tratamentelor care oferă cel mai bun control al simptomelor, cea mai mică rată de recurență și cea mai mare îmbunătățire a calității vieții.

Avem nevoie, de asemenea, de dovezi mai solide în ceea ce privește intervențiile chirurgicale: când ar trebui excizată endometrioza diafragmatică în loc să fie ablată? Ce pacienți au nevoie de o combinație între laparoscopie și VATS? Care este cea mai bună strategie pentru prevenirea pneumotoraxului recurent?

În cele din urmă, cercetarea viitoare trebuie să depășească întrebarea simplă: „Putem îndepărta boala?”

Ar trebui să ne întrebăm, în schimb: Care pacienți au nevoie de intervenție chirurgicală? Care este intervenția potrivită pentru fiecare pacientă? Cum putem diagnostica mai devreme endometrioza toracică, reduce recurențele și obține o calitate a vieții mai bună pe termen lung?

Privind dincolo de pelvis

Mesajul central este simplu: endometrioza nu este întotdeauna limitată la pelvis. Durerile recurente în vârful umărului, în partea superioară a abdomenului sau în piept, dificultățile de respirație, tusea cu sânge sau pneumotoraxul spontan – în special atunci când sunt asociate cu menstruația – necesită investigații suplimentare.

O mai bună conștientizare și o colaborare mai strânsă între ginecologie, radiologie, pneumologie și chirurgia toracică oferă posibilitatea unui diagnostic mai timpuriu și a unui tratament mai personalizat. Pentru că, uneori, pentru a înțelege pe deplin endometrioza, trebuie să privim dincolo de pelvis.





Radiologia intervențională în tratamentul adenomiozei:

locul ablației percutane cu radiofrecvență în raport cu embolizarea arterelor uterine, ultrasonografia focalizată de înaltă intensitate și adenomiectomia

Dr Andrei Manu
medic specialist obstetrica-ginecologie

Adenomioza este o afecțiune uterină benignă, tot mai frecvent diagnosticată la femei tinere care doresc conservarea fertilității, ceea ce a impulsat dezvoltarea unor alternative minim invazive la histerectomie. Radiologia intervențională oferă în prezent patru opțiuni conservatoare principale: embolizarea arterelor uterine (UAE), ablația cu ultrasunete focalizate de înaltă intensitate (HIFU), adenomiectomia chirurgicală și ablația percutană/transcervicală cu radiofrecvență (RFA). Această lucrare trece în revistă dovezile actuale privind eficacitatea, indicațiile diferențiate în funcție de tiparul lezional (focal versus difuz), impactul asupra fertilității și al sarcinii, precum și ratele de recidivă și reintervenție, cu accent particular pe RFA, o tehnică emergentă cu profil de siguranță favorabil și potențial de precizie superioară în leziunile focale.

1. Introducere

Adenomioza este definită prin prezența glandelor și a stromei endometriale ectopice în interiorul miometrului, cu hipertrofie și hiperplazie musculară netedă secundară, generând dismenoree, sângerare uterină anormală și, tot mai frecvent recunoscut, infertilitate sau pierderi de sarcină recurente^[3].

Deși istoric diagnosticul era stabilit exclusiv histopatologic pe piesa de histerectomie, introducerea ecografiei transvaginale de rezoluție înaltă și a imagisticii prin rezonanță magnetică a permis un diagnostic neinvaziv, cu recunoașterea unei prevalențe mult mai mari decât se credea anterior, inclusiv la femei nulipare cu dorință de sarcină^[3]. Histerectomia rămâne tratamentul definitiv, dar este inacceptabilă pentru pacientele care doresc conservarea uterului sau a fertilității. Acest fapt a determinat extinderea rapidă a opțiunilor de radiologie intervențională și chirurgie conservatoare, patru dintre acestea consolidându-se ca alternative principale: embolizarea arterelor uterine (UAE), ablația cu ultrasunete focalizate de înaltă intensitate (HIFU), adenomiectomia chirurgicală (laparoscopică sau laparotomică) și, mai recent, ablația percutană sau transcervicală cu radiofrecvență (RFA). Ghidul canadian SOGC nr. 437 (2023) privind diagnosticul și managementul adenomiozei recunoaște explicit rolul tot mai important al acestor tehnici uterine-conservatoare în algoritmul terapeutic^[1].

Obiectivul acestui review este de a analiza comparativ cele patru metode, cu accent pe RFA, urmărind în mod specific: (a) indicațiile diferențiate în funcție de tiparul lezional focal versus difuz; (b) impactul asupra fertilității și al evoluției sarcinilor ulterioare; (c) ratele de recidivă simptomatică; și (d) ratele de reintervenție, elemente cu relevanță clinică directă în selecția terapeutică individualizată.

2. Clasificare lezională și relevanța acesteia pentru alegerea terapiei

Distincția dintre adenomioza focală (adenomiomul) și cea difuză este esențială pentru selecția terapeutică, fiind reflectată sistematic în ghidurile de raportare ecografică ale grupului Morphological Uterus Sonographic Assessment (MUSA), care descriu semne directe (chisturi miometriale, insule hiperecogene, linii/muguri subendometriali) și indirecte (îngroșare asimetrică, umbrire în evantai, zonă joncțională neregulată sau întreruptă) ale bolii, cu clasificarea leziunii ca focală sau difuză, superficială (internă) sau profundă (externă)^[2]. Adenomioza difuză, cu zonă joncțională extins interesată și limite imprecise, se asociază cu rate mai mari de sângerare severă și un răspuns mai heterogen la tehnicile ablativă sau excizionale complete, în timp ce adenomioza focală, mai bine delimitată, permite o abordare ținută, cu potențial de excizie sau ablație mai completă și rezultate reproductive mai previzibile^[3,9].

3. Principii generale ale tratamentului conservator (uterine-sparing)

Toate cele patru tehnici discutate urmăresc reducerea volumului lezional și întreruperea mecanismelor fiziopatologice locale (hiperestrogenism local, hipervascularizație, hipercontractilitate miometrială) responsabile de durere și sângerare, cu conservarea, în măsură variabilă, a capacității reproductive. Alegerea metodei depinde de tiparul lezional (focal/difuz), localizare, dimensiune, dorința de sarcină, disponibilitatea tehnică locală și preferința pacientei, informată corespunzător asupra limitelor fiecărei tehnici^[1,9].

4. Embolizarea arterelor uterine (UAE)

UAE constă în cateterizarea selectivă a arterelor uterine și injectarea de particule embolizante, cu inducerea ischemiei și necrozei țesutului adenomiotic hipervascularizat. Este bine stabilită pentru fibroame și adenomioză, cu reduceri semnificative de volum uterin și ameliorare simptomatică documentate constant^[1].

Datele privind fertilitatea ulterioară rămân limitate și eterogene: serii mai vechi raportează sarcini reușite după UAE la paciente cu fibrom sau adenomioză, folosind particule de polivinil alcool^[6], însă ghidurile societăților de obstetrică-ginecologie recomandă prudență atunci când sarcina este dorită, spre deosebire de poziția mai permisivă a societăților de radiologie intervențională.

Rata de recidivă simptomatică raportată pentru UAE în adenomioză este printre cele mai ridicate dintre tehnicile conservatoare, situându-se între aproximativ 38% și 46% la 2–5 ani de urmărire, superioară recidivei descrise după ablația cu ultrasunete focalizate.

Un aspect obstetrical particular ține de sarcinile survenite după UAE efectuată anterior (inclusiv pentru hemoragie postpartum): meta-analize recente raportează rate crescute de spectru de placentă accretă, placentă praevia și hemoragie postpartum în sarcinile ulterioare, date relevante și pentru consilierea pacientelor cu adenomioză care optează pentru UAE și doresc ulterior o sarcină.

5. Ultrasunetele focalizate de înaltă intensitate (HIFU)

HIFU este o tehnică neinvazivă, extracorporeală, ghidată ecografic sau prin rezonanță magnetică, care induce necroză de coagulare prin efecte termice și de cavitație la nivelul țesutului-țintă, cu preservarea relativă a țesutului adiacent^[7]. Eficacitatea și rata de recidivă sunt strâns corelate cu tiparul lezional: leziunile focale răspund constant mai bine decât cele difuze, ale căror limite imprecise și volum mare limitează completitudinea ablației și cresc rata de recidivă și de reintervenție ulterioară^[8]. Asocierea cu agoniști GnRH înaintea sau după procedură reduce semnificativ rata de recidivă comparativ cu HIFU în monoterapie, sugerând un rol adjuvant relevant clinic.

Din perspectiva fertilității, serii dedicate raportează rate de sarcină variabile, în general superioare celor observate după UAE, dar rezultatele provin predominant din studii retrospective, cu selecție a pacientelor și fără randomizare directă între metode, ceea ce limitează comparabilitatea directă^[7].

Clasificarea adenomiozei

Reprezentare schematică proprie, cu scop didactic

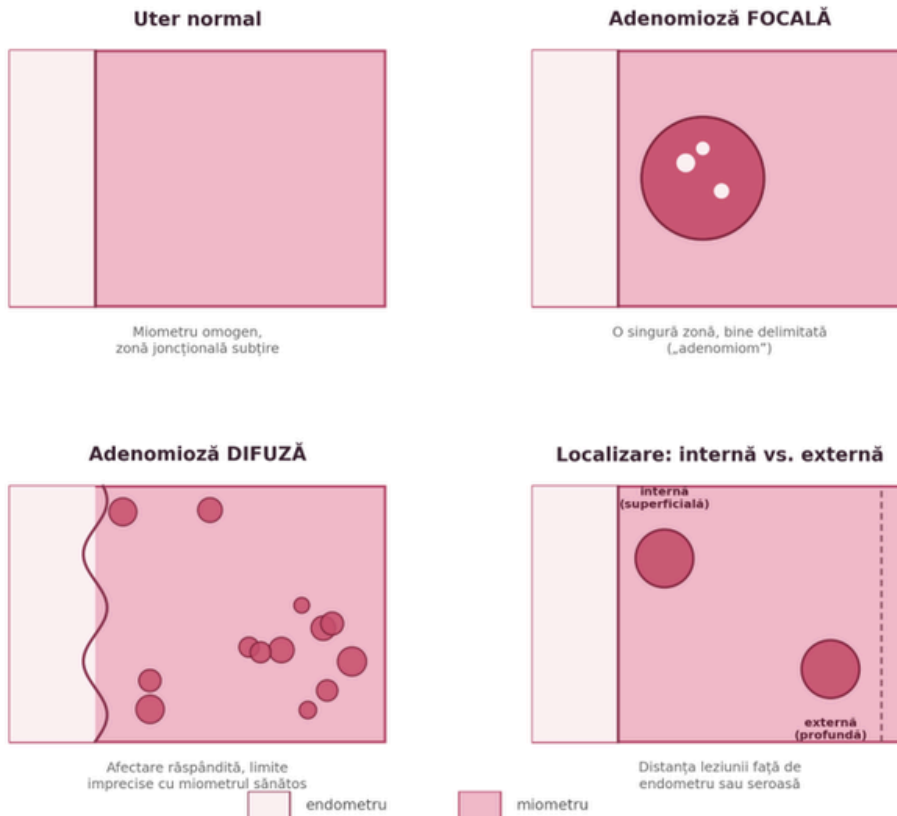


Figura 1. Clasificarea adenomiozei: uter normal, adenomioză focală, adenomioză difuză și localizare internă (superficială) vs. externă (profundă) (reprezentare schematică proprie).

Semnele ecografice MUSA ale adenomiozei

Reprezentare schematică proprie, cu scop didactic — inspirată de criteriile de consens Morphological Uterus Sonographic Assessment (MUSA)

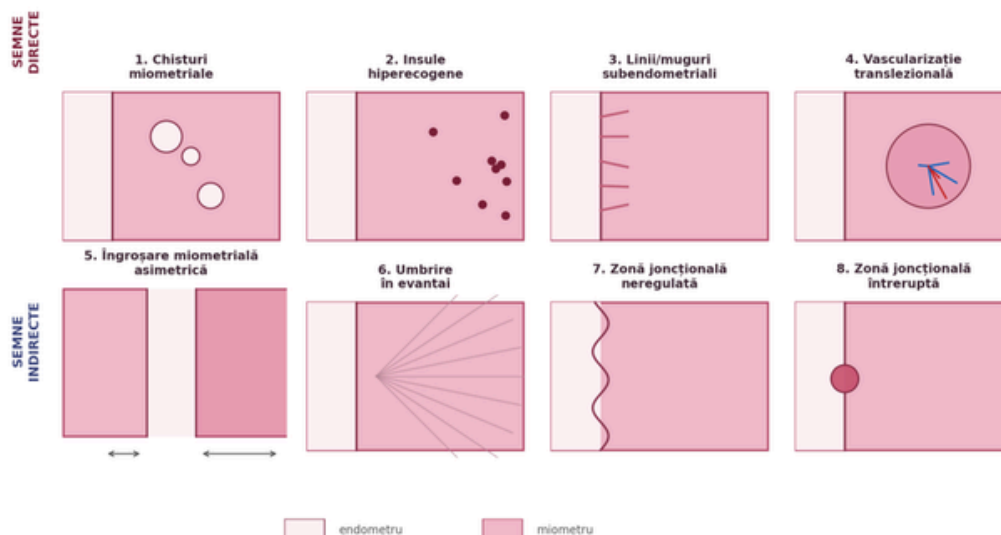


Figura 2. Semnele ecografice directe și indirecte ale adenomiozei, conform criteriilor de consens MUSA (reprezentare schematică proprie, în format grilă).

6. Adenomiectomia chirurgicală

Adenomiectomia, laparoscopică sau laparotomică, rămâne singura tehnică ce permite excizia macroscopică a țesutului patologic, cu variante tehnice adaptate tiparului lezional: excizie completă pentru leziunile focale bine delimitate și tehnici de excizie parțială cu reconstrucție (de exemplu metoda „double-flap”) pentru adenomioza difuză severă^[11]. Această diferențiere explică de ce, spre deosebire de metodele ablativă, chirurgia conservatoare este singura opțiune care poate fi aplicată și în forme difuze extinse, cu rezultate reproductive documentate: într-o serie de 137 de paciente cu adenomioză difuză tratate prin double-flap, 40,9% au obținut o sarcină, natural sau prin reproducere asistată^[13]. Un studiu comparativ direct laparotomie versus laparoscopie pentru adenomioza difuză severă nu a evidențiat diferențe semnificative în ameliorarea durerii sau în rata de recidivă între cele două aborduri, deși eficacitatea globală a tins să fie mai mare pentru abordul deschis^[12], iar coexistența endometriozei a fost identificată drept factor de risc independent pentru recidivă postoperatorie^[14].

Un review sistematic amplu asupra chirurgiei conservatoare pentru adenomioză (peste 1.398 paciente incluse, predominant studii observaționale retrospective) a raportat ameliorare a durerii la 50–94,7% dintre paciente și reducere a menoragiei la 25–80% în primul an^[9], cu heterogenitate mare între serii, explicată de diferențele tehnice și de extensia bolii. Rezultatele reproductive după chirurgia conservatoare pentru forme focale și difuze au fost sintetizate separat, arătând rate de sarcină și de naștere favorabile, dar cu risc documentat de ruptură uterină în sarcinile ulterioare, mai ales după excizii extinse^[10].

7. Ablatia percutană/transcervicală cu radiofrecvență (RFA) – tehnica în prim-plan

Ablatia cu radiofrecvență utilizează electrozi introduși direct în leziunea-țintă, sub ghidaj ecografic (transcervical, transvaginal sau transabdominal-percutan), care generează căldură printr-un curent electric alternativ de înaltă frecvență, inducând necroză de coagulare cu fixare termică și preservarea relativă a arhitecturii celulare din vecinătate.

Efectele secundare periferice contribuie la reducerea volumului uterin prin contracția și deshidratarea țesutului, iar la nivel celular au fost documentate scăderi ale expresiei receptorilor de estrogen și progesteron, cu modificări ale expresiei genetice a survivinei, mecanisme care ar putea contribui la efectul simptomatic susținut^[15].

Un review sistematic recent, realizat conform PRISMA și înregistrat PROSPERO, a evaluat rezultatele RFA la femei cu adenomioză simptomatică, raportând o scădere medie a scorurilor de dismenoree cu $-63,4\% \pm 9,0\%$ la 12 luni, fără complicații majore raportate în seriile incluse^[15]. Un al doilea review sistematic independent, realizat pe bazele Medline, EMBASE și Cochrane, a analizat șapte studii (patru cu RFA transcervicală, două transabdominale și unul de adenomioliză percutană), confirmând reduceri semnificative ale volumului uterin global și al volumului leziunii focale la 6 și 12 luni, cu o probabilitate scăzută de evenimente adverse severe; rata de reintervenție raportată a variat larg, între 1,6% și 39,5%, iar histerectomia ulterioară a fost necesară la 1,6–9,9% dintre paciente^[16].

Sistemul transcervical Sonata® a fost extins și în tratamentul adenomiozei focale: un studiu pilot pe 13 paciente cu 16 arii de adenomioză focală a raportat ameliorare simptomatică și reducere a dimensiunii leziunilor la 6 luni, fără evenimente adverse majore, sugerând fezabilitatea tehnică a abordului transcervical incizional-liber^[17]. O actualizare ulterioară a aceleiași echipe germane a confirmat aceste rezultate pe o cohortă extinsă, concluzionând că RFA transcervicală reprezintă o alternativă promițătoare la histerectomie și la excizia chirurgicală, în special pentru adenomioza focală, cu abord minim invaziv și conservare uterină^[18].

Din perspectiva rezultatelor reproductive, datele rămân încă limitate cantitativ, dar cresc constant: un review sistematic dedicat ablației termice ghidate imagistic (RFA, microunde, HIFU) a inclus explicit rezultate de sarcină, iar serii dedicate RFA transvaginale/transcervicale au raportat sarcini și ameliorare simptomatică susținută la pacientele cu dorință de fertilitate, fără raportarea unor complicații uterine majore specifice metodei^[19,20].

Asocierea RFA cu un sistem intrauterin cu levonorgestrel a fost investigată ca strategie adjuvantă pentru consolidarea răspunsului simptomatic pe termen mediu, cu rezultate favorabile la 3 ani de urmărire la pacientele fără dorință imediată de sarcină^[21].

Avantajele potențiale ale RFA față de celelalte trei tehnici derivă din combinația dintre precizia țintirii sub ghidaj ecografic în timp real, caracterul ambulatoriu sau minim invaziv al procedurii (fără incizie abdominală în varianta transcervicală), profilul de siguranță favorabil raportat până în prezent și posibilitatea repetării procedurii. Limitele majore rămân: absența unor date comparative directe, randomizate, cu UAE, HIFU sau adenomiectomia; heterogenitatea tehnicilor (transcervicală, transvaginală, transabdominală-percutană); și, mai ales, aplicabilitatea redusă în formele difuze extinse, unde delimitarea leziunii pentru o ablație completă rămâne dificilă, similar limitărilor descrise pentru HIFU în aceleași forme lezionale^[15,16].

8. Analiză comparativă: indicații, fertilitate, sarcină, recidivă și reintervenție

Tabelul de mai jos sintetizează diferențele clinice esențiale dintre cele patru tehnici, evidențiind faptul că discriminarea clinică reală se produce în funcție de tiparul lezional (focal versus difuz), de intenția reproductivă a pacientei și de toleranța la riscul de reintervenție.

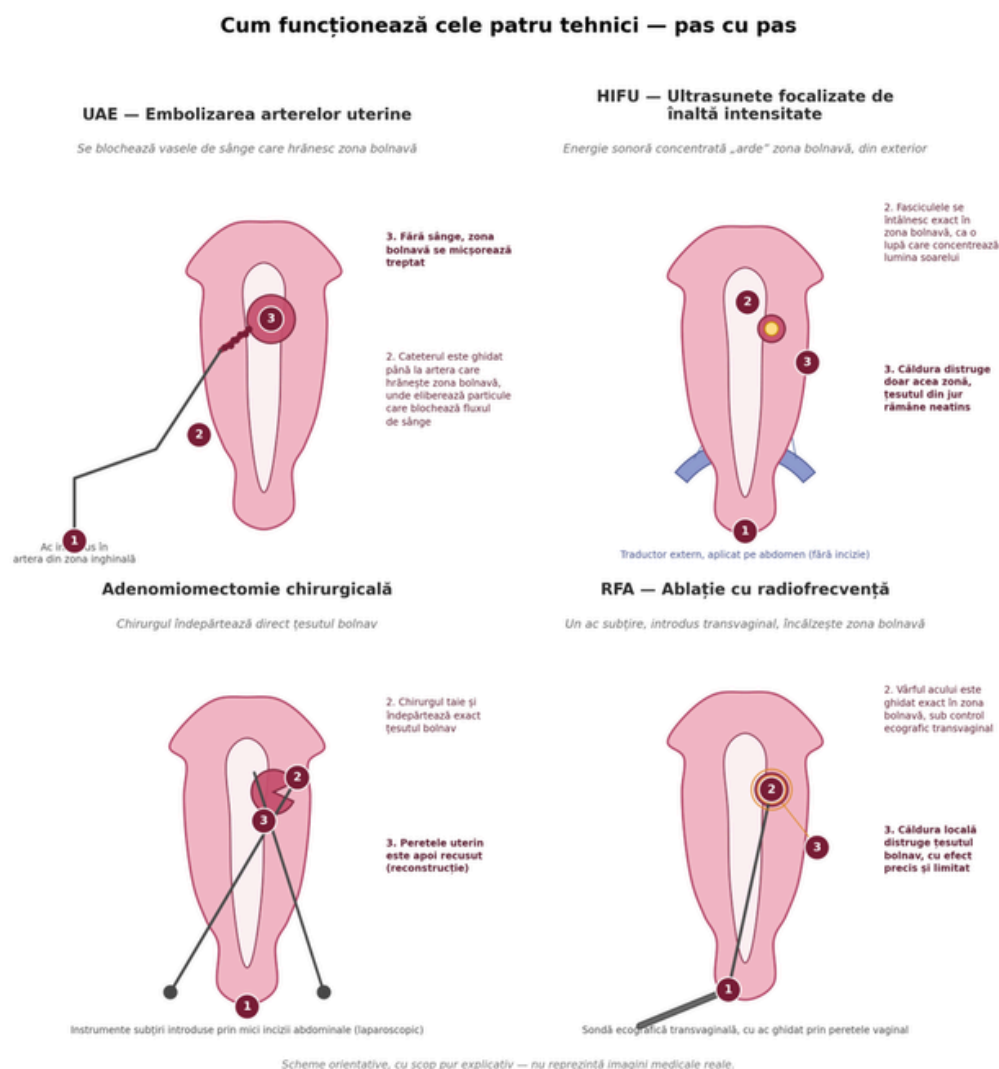


Figura 3. Principiul celor patru tehnici uterine-conservatoare, pas cu pas: UAE (acces inghinal), HIFU (traductor extern), adenomiectomie (laparoscopică) și RFA (abord transvaginal, ghidat ecografic) (reprezentare schematică proprie).

Parametru	UAE	HIFU	Adenomiomectomie	RFA (percutan/transcervical)
Indicație tip lezional	Difuz > focal; util în uter mare, coexistență cu fibrom	Focal > difuz; eficiență redusă în leziuni voluminoase, profunde sau	Focal (excizie completă) și difuz (tehnici de excizie parțială, ex. double-flap)	Focal, bine delimitat; difuz limitat, cu ablații multiple/etapizate
Abord	Endovascular, transfemural/transradial	Extracorporeal, neinvaziv (US-sau RM-ghidat)	Laparoscopic sau laparotomic	Transcervical sau percutan (transabdominal/transvaginal), ac ghidat ecografic
Reducere volum uterin/leziune	Semnificativă, documentată consistent	Semnificativă, dependentă de tipul MRI/ecografic al leziunii	Variabilă; depinde de completitudinea exciziei	Semnificativă la 6–12 luni, documentată pentru leziuni focale/difuze
Rata de recidivă simptomatică	~38–46% la 2–5 ani	Mai redusă când se asociază GnRH-a; mai mare în leziuni difuze/voluminoase	Variabilă (până la >30–40% pe termen lung), mai mare dacă endometrioza	Date pe termen scurt-mediu favorabile; urmărire >1 an încă limitată
Rata de reintervenție	Printre cele mai ridicate dintre metodele conservatoare	Intermediară; redusă prin terapie adjuvantă (GnRH-a)	Variabilă cu tehnica și extensia bolii	1,6–39,5% (variabilitate mare între studii, tehnici transcervicală/tra
Fertilitate/sarcină	Date reduse, controversate; ACOG recomandă prudență la dorința de	Rate de sarcină raportate ~30–52% în serii selectate, dependente de	Sarcini documentate în serii mari (ex. 40,9% după double-flap); risc	Date limitate dar în creștere; sarcini raportate după RFA focală, fără semnal de
Complicații majore	Rare; posibil sindrom postembolizare, risc teoretic de insuficiență	Rare; arsuri cutanate, complicații legate de fereastra acustică	Hemoragie, aderențe, risc de ruptură uterină în sarcină ulterioară	Rare; fără raportări de complicații majore în seriile publicate până
Nivel de evidență disponibil	Numeroase serii, meta-analize, ghiduri (NICE)	Serii de caz, meta-analize, RCT limitat comparativ cu UAE (miom)	Serii retrospective ample, sistematic review	Sistematic review-uri recente (2022–2023), serii pilot, în extindere

Din analiza comparativă reiese un algoritm decizional orientativ: (1) pentru adenomioza focală bine delimitată, cu dorință de fertilitate, RFA și adenomiectomia focală reprezintă opțiunile cu cel mai bun profil de precizie și de date reproductive disponibile^[9,15,17]; (2) pentru adenomioza difuză extinsă, mai ales asociată cu fibromatoză importantă și fără dorință de sarcină imediată, UAE rămâne o opțiune valabilă, cu conștientizarea ratei mai mari de recidivă^[1]; (3) pentru pacientele cu dorință fermă de sarcină și leziune difuză severă, adenomiectomia rămâne singura opțiune care permite o reducere semnificativă a volumului patologic, cu asumarea riscului de ruptură uterină în sarcina ulterioară și necesitatea nașterii prin operație cezariană^[10,13]; (4) HIFU reprezintă o alternativă neinvazivă valoroasă, în special pentru leziuni focale accesibile ferestrei acustice, cu potențare a răspunsului prin asociere cu GnRH-a^[7,8].

9. Concluzii

Cele patru tehnici de radiologie intervențională și chirurgie conservatoare disponibile pentru adenomioză nu sunt interschimbabile, ci complementare, cu indicații diferențiate în funcție de tiparul lezional, de intenția reproductivă și de profilul de risc acceptat de pacientă. Ablația percutană/transcervicală cu radiofrecvență se conturează ca o tehnică emergentă cu un profil favorabil de siguranță și eficacitate simptomatică, în special pentru leziunile focale, dar dovezile comparative directe cu UAE, HIFU și adenomiectomia rămân insuficiente, iar datele privind fertilitatea și evoluția sarcinii, deși în creștere, necesită confirmare prin studii prospective multicentrice, cu urmărire pe termen lung, pentru a defini cu precizie locul acestei tehnici în algoritmul terapeutic al adenomiozei.

Bibliografie

1. Dason ES, Maxim M, Sanders A, Papillon-Smith J, Ng D, Chan C, Sobel M. Guideline No. 437: Diagnosis and Management of Adenomyosis. *J Obstet Gynaecol Can.* 2023;45(6):417-429.
2. Harmsen MJ, Van den Bosch T, de Leeuw RA, Dueholm M, Exacoustos C, Valentin L, et al. Consensus on revised definitions of Morphological Uterus Sonographic Assessment (MUSA) features of adenomyosis: results of modified Delphi procedure. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2022;60(1):118-131.
3. Pados G, Gordts S, Sorrentino F, Nisolle M, Nappi L, Daniilidis A. Adenomyosis and infertility: a literature review. *Medicina (Kaunas).* 2023;59(9):1551.
4. Buggio L, Monti E, Gattei U, Drudi D, Vercellini P. Adenomyosis: fertility and obstetric outcome. A comprehensive literature review. *Minerva Ginecol.* 2018;70(3):295-302.
5. Bruun MR, Arendt LH, Forman A, Ramlau-Hansen CH. Endometriosis and adenomyosis are associated with increased risk of preterm delivery and a small-for-gestational-age child: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2018;97(9):1073-1090.
6. Kim MD, Kim NK, Kim HJ, Kim CS, Han H, Lee JT, et al. Pregnancy following uterine artery embolization with polyvinyl alcohol particles for patients with uterine fibroid or adenomyosis. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2005;28(5):611-615.
7. Lee JS, Hong GY, Park BJ, et al. Ultrasound-guided high-intensity focused ultrasound treatment for uterine fibroid & adenomyosis: a single center experience from the Republic of Korea. *Ultrason Sonochem.* 2015;27:682-687.
8. Shui L, Mao S, Wu Q, et al. High-intensity focused ultrasound (HIFU) for adenomyosis: two-year follow-up results. *Ultrason Sonochem.* 2015;27:677-681.
9. Younes G, Tulandi T. Conservative surgery for adenomyosis and results: a systematic review. *J Minim Invasive Gynecol.* 2018;25(2):265-276.
10. Tan J, Moriarty S, Taskin O, Allaire C, Williams C, Yong P, Bedaiwy MA. Reproductive outcomes after fertility-sparing surgery for focal and diffuse adenomyosis: a systematic review. *J Minim Invasive Gynecol.* 2018;25(4):608-621.
11. Huang X, Huang Q, Chen S, Zhang J, Lin K, Zhang X. Efficacy of laparoscopic adenomyomectomy using double-flap method for diffuse uterine adenomyosis. *BMC Womens Health.* 2015;15:24.
12. Zhu L, Chen S, Che X, Xu P, Huang X, Zhang X. Comparisons of the efficacy and recurrence of adenomyomectomy for severe uterine diffuse adenomyosis via laparotomy versus laparoscopy: a long-term result in a single institution. *J Pain Res.* 2019;12:1917-1924.
13. Zhou Y, Shen L, Wang Y, et al. Long-term pregnancy outcomes of patients with diffuse adenomyosis after double-flap adenomyomectomy. *J Clin Med.* 2022;11(12):3489.
14. Yu W, Liu G, Liu C, Zhang Z. Recurrence-associated factors of laparoscopic adenomyomectomy for severely symptomatic adenomyoma. *Oncol Lett.* 2018;16(3):3430-3438.
15. Dedes I, Kolovos G, Arrigo F, Toub D, Vaineau C, Lanz S, Imboden S, Feki A, Mueller M. Radiofrequency ablation for adenomyosis: a systematic review. *J Clin Med.* 2023;12(9):3069.
16. Lin E, Wang EB, Adam GP, Porter AE, Kho KA. Radiofrequency ablation for treatment of adenomyosis: a systematic review. *J Minim Invasive Gynecol.* 2022;29(11 Suppl):S29.
17. Piriyeve E, Schiermeier S, Römer T. Transcervical radiofrequency ablation of focal adenomyosis: pilot results. *Int J Hyperthermia.* 2023;40(1):2217366.
18. Piriyeve E, Dieter A, Schiermeier S, Renner S, Römer T. Could transcervical radiofrequency ablation become a therapy option for focal adenomyosis? *In Vivo.* 2025;39(2):961-968.
19. Liu L, Wang T, Lei B. Image-guided thermal ablation in the management of symptomatic adenomyosis: a systematic review and meta-analysis. *Int J Hyperthermia.* 2021;38(1):948-962.
20. Nam JH. Pregnancy and symptomatic relief following ultrasound-guided transvaginal radiofrequency ablation in patients with adenomyosis. *J Obstet Gynaecol Res.* 2020;46(1):124-132.
21. Hai N, Hou Q, Guo R. Ultrasound-guided transvaginal radiofrequency ablation combined with levonorgestrel-releasing intrauterine system for symptomatic uterine adenomyosis treatment. *Int J Hyperthermia.* 2021;38(1):65-69.

VEDETE NAȚIONALE ȘI INTERNATIONALE CARE SUFERĂ DE ENDOMETRIOZĂ

Endometrioza, o afecțiune dificilă și adesea neînțeleasă, afectează milioane de femei din întreaga lume, indiferent de vârstă, rasă și statut socio-economic.

Deși continuă să fie o luptă tăcută pentru multe, un număr tot mai mare de persoane curajoase își folosesc platformele pentru a face lumină asupra acestei afecțiuni debilitante.

Nici vedetele nu au scăpat de endometrioza și provocările cu care vine această boală la pachet. Deși foarte puține au vorbit public despre lupta lor, efortul lor ajută la nivel sistemic întreaga comunitate de femei cu endometrioza și nu numai. Faptul că au ales să-și împărtășească cu noi poveștile a contribuit la o narațiune puternică care crește gradul de conștientizare, risipește miturile și încurajează un sentiment de solidaritate în cadrul comunității globale.

Emma Roberts, celebra actriță de la Hollywood a fost diagnosticată cu endometrioza atunci când încercările de a rămâne însărcinată eșuaseră. În cele din urmă, Roberts și-a congelat ovulele, dar a simțit că dificultățile sale de fertilitate au fost din vina ei. „Când am aflat despre fertilitatea mea, am fost cumva uimită”, a spus ea. „Mi s-a părut atât de permanent și, în mod ciudat, m-am simțit ca și cum eu aș fi făcut ceva greșit.”

Pe Emma Roberts au ajutat-o discuțiile cu alte femei despre endometrioza, infertilitate, avorturi spontane și frica de a avea copii. „Am fost atât de recunoscătoare să aflu că nu sunt singură în asta. Până la urmă, n-am greșit cu nimic”, a declarat actrița în 2020 în revista Cosmopolitan, gravidă pe atunci cu primul ei copil.



***“Am fost atât de recunoscătoare să
aflu că nu sunt singură în asta”***

**“AM ASCUNS MULT TIMP
PRIN CE AM TRECUT ȘI
AM AUZIT DE MULTE
FEMEI CARE AU TRECUT
PRIN ACELAȘI PROCES”**

O altă actriță de la Hollywood, Jaime King, a povestit pentru mai multe publicații chinul prin care a trecut din cauza endometriozei, ca să ajute și alte femei. „Am ascuns mult timp prin ce am trecut și am auzit de multe femei care au trecut prin același proces”, a spus actrița pentru revista People.

„Când am fost diagnosticată cu endometrioză, mă îngrășasem 18 kilograme fiindcă hormonii o luaseră razna”, a declarat ea pentru The New York Post. „Mi se spunea: Producătorii vor să-ți ofere acest rol, dar vor să știe de ce te-ai îngrășat”, a continuat ea despre impactul pe care l-a avut boala asupra carierei sale.



În ceea ce privește fertilitatea, King a reușit să-l conceapă natural pe fiul său, James. Dar asta s-a întâmplat după un proces îndelungat și dureros care a implicat cinci avorturi spontane, cinci runde de fertilizare în vitro și 26 de runde de inseminare intrauterine.

În ultimii se spune că și celebra și regretata Marilyn Monroe ar fi suferit de endometrioză. Fotografiile cu ea în care i se vede abdomenul balonat ca la endo belly, problemele cu fertilitatea și lipsa de cunoștințe pe atunci despre această boală o indică pe Marilyn ca fiind probabil suferindă de endometrioză.

“Adică, cum poți să ai tu menstruație în plămâni?”

Nici vedetele din România nu sunt străine de provocările cu care vine la pachet endometrioza. Arhitecta de la „Visuri la cheie”, Cristina Joia a povestit la podcastul lui Cătălin Măruță despre cum a descoperit că suferă de endometrioză. După numeroase încercări nereușite de a rămâne însărcinată, la un consult medical doctorul i-a descoperit pneumotorax, o afecțiune pulmonară severă. Cristina a fost operată de urgență, iar plămânul său drept era perforat și atrofiat aproape complet.



CUM NE PREGĂTIM PENTRU OPERAȚIA DE ENDOMETRIOZĂ

După ani de suferință cu endometrioza, a venit în sfârșit și momentul când vei face operația mult așteptată. Intervențiile chirurgicale, deși necesare, ne sperie adesea pe multe dintre noi. Te poți simți speriată sau că pierzi controlul, lucruri care sunt absolut normale. Dar pasul pe care îl faci prin operație este unul de o importanță crucială, deoarece te va ajuta pe termen lung să ai o viață mai bună.

Dacă te pregătești pentru o intervenție chirurgicală de endometrioză, planificarea și pregătirea atentă pot contribui la o experiență mai ușoară și la o recuperare mai reușită. Iată câteva idei care îți pot face experiența mai ușoară, atât la nivel fizic, cât și la nivel emoțional.

1. Consultarea cu echipa medicală

Înainte de operație, vei avea o discuție cuprinzătoare cu echipa medicală. Te vor ghida pe tot parcursul procesului și-ți vor răspunde la întrebări. Iată câteva puncte cheie care trebuie abordate:

Detalii despre procedură: Este important să înțelegi detaliile specifice ale intervenției chirurgicale, inclusiv la ce să te aștepți în timpul și după operație.

Medicamente: Discută cu medicul despre ce medicamente folosești și dacă trebuie întrerupt tratamentul, în special cel cu anticoagulantele.

Fumatul: Dacă fumezi, ia în considerare renunțarea la fumat cu cel puțin trei săptămâni înainte de operație ca să-ți îmbunătățești capacitatea de vindecare.



2. Pregătirea locuinței

Asigură-te înainte de internare că locuința ta este pregătită pentru recuperarea postoperatorie.

Fă curat: Fă ordine și curat în locuință înainte de operație. O perioadă după externare, va trebui să te odihnești și să nu faci eforturi fizice solicitante.

Zona de odihnă: Amenajează-ți un loc confortabil unde te poți odihni. Să ai la îndemână păături, perne și tot ce ai nevoie pentru a te simți confortabil.

Cumpărături alimentare: După ce ai discutat cu medicul despre dieta postoperatorie, cumpără alimentele necesare ca să le ai disponibile când te externezi.

Comunicare: Dacă locuiești singură, vorbește cu cei dragi și creează-ți un sistem de suport care să te ajute după operație. Nu te teme să ceri ajutorul, te va ajuta inclusiv emoțional. Poți apela și la comunitățile online de femei care au trecut și trec prin aceeași luptă cu endometrioza ca și tine.

3. Pregătirea pentru internare

Înainte de internare este natural să fii copleșită emoțional, dar o pregătire detaliată te va ajuta să te ancorezi și te simți în control în această perioadă dificilă. Uite ce să pui pe lista de lucruri pe care să le iei cu tine la spital:

- Haine confortabile: Ia-ți cu tine pijamale și haine cât mai confortabile, în special în zona abdomenului. Ideal, alege haine realizate din bumbac.
- Divertisment: Ia cu tine cărți și căști ca să te ții ocupată până la externare.
- Pernă pentru mașină: Când vei fi externată e bine să ai cu tine o pernă când vei fi condusă acasă. Te va ajuta să eviți presiunea pe abdomen.
- Telefonul cu reportofon: Înregistrează conversațiile cu medicii înainte de operație și după pentru a avea disponibile și la îndemână sfaturile și indicațiile acestora.
- Ajutor pentru somn: O mască pentru ochi și dopurile pentru urechi te pot ajuta să ai un somn mai bun după intervenție.
- Lenjerie: Ia cu tine lenjerie intimă și pantaloni cu un număr mai mare. Te vor ajuta să te simți mai confortabil și nu vor pune niciun fel de presiune pe abdomenul tău.

De asemenea, nu uita că înainte de intervenție nu ai voie să mănânci. Nu mănca și nu bea nimic după miezul nopții, înainte de ziua operației.

4. Perioada postoperatorie

După externare, este important să urmezi indicațiile echipei medicale și să mergi la consult, conform protocolului dat de medic. Alte aspecte pe care să le iei în considerare sunt următoarele:

Medicație: Stabilește cu medicul ce antiinflamatoare și analgezice poți lua pentru a-ți ameliora durerile postoperatorii și pe cele de spate.

Primul duș: Roagă o persoană dragă să te ajute atunci când faci primul duș după externare. Asigură-te că apa nu este prea fierbinte și menține durată dușului mai scurtă.

Îngrijirea postoperatorie: Este important să-ți păstrezi rănila postoperatorii curate și să fii atentă la orice semne de infecție, inflamație sau durere. Dacă prezinți semne de infecție, adresează-te de urgență personalului medical cât mai rapid cu putință.

Somn: Pregătește-ți timpul în așa fel încât să dormi mai mult decât de obicei în primele săptămâni după intervenție. Astfel, vei ajuta organismul să se recupereze mai bine și mai rapid.

Hidratare: Acordă o atenție deosebită hidratării și vorbește cu medicul despre ce laxative ușoare sunt indicate pentru a combate constipația postoperatorie.

Dieta: Respectă indicațiile medicului în ceea ce privește dieta și oferă-i timp corpului tău pentru o recuperare cât mai ușoară.

Mișcare: Odihnește-te când simți nevoia, dar în ritmul propriu include zilnic și o plimbare ușoară în apropiere de casă, eventual însoțită pentru o mai bună siguranță. Nu ridică greutăți mai mari de 2 kilograme pentru cel puțin șase săptămâni.

Încredere și răbdare: Ține cont că recuperarea postoperatorie durează, în funcție de fiecare organism, și că vei avea perioade atât cu urcușuri, cât și cu coborâșuri. Ai încredere în capacitatea corpului tău de a se vindeca și ai răbdare cu tine.

Ține minte că ai făcut un pas important pentru sănătatea ta și că să te simți anxioasă înainte de operație este normal. Ține cont că nu ești singură și, cu o pregătire adecvată înainte de operație, poți naviga procesul cu mai multă încredere. Recuperare ușoară!





ENDORO ONLINE

Educational website

For More Information
www.endoro-online.org



Asociația
persoanelor cu
Endometrioză

Asociația Persoanelor cu Endometrioză

WWW.ENDOROMANIA.ORG