

Endometrioza este un punct dureros.● Tu ești un întreg univers.



Tot ce trebuie să știi despre
diagnosticul și tratamentul
endometriozei

Material informativ susținut de



ENDOMICARE
ACADEMY



Cuvânt înainte

În dialogurile antice între Platon și Socrate, cei doi filosofi descoperă retorica - arta de a vorbi bine și convingător - prin puterea întrebărilor, prin argumentație logică, prin discursuri ornamentale unice, ca apologie întru cunoaștere, în apărarea principiilor, credințelor și propriilor convingeri. În Apologia lui Socrate, Platon începe dialogurile cu acele cuvinte care indică ideea centrală a textului, proces de cunoaștere per se, care începe cu admiterea socratică a ignoranței - "Știu că nu știu nimic" - dar tocmai această asumare a prezumției denotă înțelepciunea și cunoașterea profundă a celor doi oratori, aducând în dialoguri puterea întrebărilor, arta argumentației și elocvența filosofică, în sprijinul judecății drepte, adevărului și virtuții.

Am ales această apologie socratică-platonică, în ideea de a susține argumentul acestei experiențe de cunoaștere profundă a endometriozei, pe care o aduce simplificat acest "Ghid practic despre ENDOMETRIOZĂ."

Am descoperit puterea întrebărilor, începând cu întrebarea "DE CE"?

Ne-am gândit de multe ori DE CE a fost etichetată ENDOMETRIOZA, de către societate și media ca acel "inamic tăcut", evident o etichetă disonantă cu manifestările bolii. Endometrioza nu este un inamic tăcut, o indispoziție temporară și izolată, este pentru multe femei acel inamic permanent, ofensiv și zgomotos, care vine cu răsunetul durerii cronice pelvine, cu efecte multiple asupra fertilității și procesului de reproducere. Toate acestea aduc, într-o manifestare congruentă, un impact profund la nivel fizic și psihic, invalidând și vulnerabilizând femeia în viața de cuplu, în viața profesională și în rolul social.

Ne-am pus întrebări legate de cauzele ENDOMETRIOZEI și am stăruit în cercetarea fundamentală a etiopatogeniei bolii, pornind bazal de la mecanismele și reacțiile biochimice care generează schimbări în geneza țesuturilor, iar cercetările de biochimie și metabolomică au adus date în plus cunoașterii acestei patologii. Ca orice cercetare științifică, întrebările au ridicat alte noi întrebări și ipoteze, pregătindu-ne pentru a investiga constant teza din spatele tezei.

Am fost întrebați adesea dacă ENDOMETRIOZA este o suferință oncologică. Răspunsul este evident: Nu. Am gândit însă, de multe ori, dacă sunt suficiente motive pentru ca percepția asupra bolii să fie similară unui diagnostic oncologic, prin efectele pe termen lung, prin recurență și prin impactul pe care endometrioza îl are asupra corpului femeii și asupra calității vieții ei, mai ales atunci când vorbim despre endometrioza profundă și forma profund infiltrativă a bolii, ce cointerețesează organele din jur (rect, colon și întreaga cavitate abdominală).

În medicină vezi doar ceea ce știi și cauți ceea ce cunoști

Poate mai mult decât în orice patologie, în ENDOMETRIOZĂ vezi doar ceea ce știi și cauți ceea ce cunoști. Ne confruntăm zi de zi cu noi întrebări, cu noi argumentații științifice, cu schimbări de paradigme pe care medicina le propune astăzi pentru soluționarea cazurilor complexe. Putem afirma, fără să greșim, că endometrioza este un labirint al întrebărilor și căutării de noi rute terapeutice, iar pacientele noastre, în căutare permanentă de informații și răspunsuri, sunt acei exploratori într-un proces terapeutic complex, recomandat a fi realizat într-o echipă multidisciplinară, antrenată și cunoscătoare a acestui labirint al durerii și infertilității.

Plecând de la diagnostic, la tratament medicamentos și chirurgie, procesul medical al endometriozei necesită multă cunoaștere din partea medicilor ginecologi care investighează, integrează și coordonează echipe multidisciplinare, devenind acei ghizi terapeutici care judecă din perspectivă 360 de grade fiecare caz în unicitatea lui, recomandând un parcurs clinic și terapeutic personalizat, ținând obiectivele care să asigure controlul durerii, gestionarea infertilității și calitatea vieții pacientei, înainte și după intervenția chirurgicală.

Ce importanță ridică LOCALIZAREA implantelor de endometrioză?

Din păcate, ENDOMETRIOZA este diagnosticată suboptimal, uneori trecând 5-10 ani de la primul control până la stabilirea diagnosticului. Punctul de plecare, cauză și efect pentru subdiagnosticare, este LOCALIZAREA leziunilor endometriozeice.

Deși tehnologia a evoluat, iar eforturile de pregătire și specializare în acest domeniu au înregistrat un progres, de asemenea, boala pare a surprinde încă, prin impredictibilitatea localizării implantelor, care apar și în alte zone decât ovarul.

Leziunile de endometrioză pot să apară pe ligamentele uterului, intestine, vezică, peritoneu, nefiind atât de evidente la examenul clinic sau ecografic. Cunoscând și dezvoltând în timp o profundă cunoaștere a patologiei, dobândind experiență în chirurgia cazurilor complexe de endometrioză profundă, poți, după ani de antrenament, să îți dai seama de localizarea leziunilor după examenul clinic și ecografie transvaginală. În cele mai multe cazuri, ecografia realizată de un medic specializat în diagnosticul și tratamentul endometriozei este absolut suficientă. Dacă datele pe care examenul clinic și ecografic nu sunt suficiente, medicul poate indica și examinarea imagistică prin IRM cu protocol de endometrioză, nefiind însă o condiție sine-qua-non. Cunoscând această patologie și trecând toate datele prin prisma "ochiului format" de anii și experiența acumulată, poți să oferi, ca expert, plus valoare investigațiilor imagistice, în corelație cu examinarea clinică, în vederea stabilirii unui diagnostic de certitudine.

Acest punct de plecare - localizarea leziunilor - poate asigura premisele pentru o atitudine terapeutică optimă, iar multidisciplinaritatea și ultraspecializarea în acest domeniu complex constituie cheia pentru optimizarea soluției terapeutice.





Considerând datele oferite de examinarea clinică, mijloacele de diagnostic de ultimă oră și studiile ce arăta că tratamentul chirurgical al endometriozei, indiferent de stadiu, este mult superior utilizării medicamentelor, am integrat soluției terapeutice noul standard de tratament al endometriozei: **chirurgie minim invazivă-laparoscopică sau robotică** - această schimbare de paradigmă medicală oferind o soluție ce îmbină standardizarea protocolului medical cu personalizarea metodei, punând în centrul procesului pacienta, în acord cu obiectivele de reducere a durerii, de control al procesului reproductiv și calității vieții post-intervenție.

Chirurgia endometriozei este de cele mai multe ori extensivă, o chirurgie de teritoriu, depășind stadiul intervenției asupra chistului ovarian clasic. Intraoperator, pacienta poate fi operată pentru un chist ovarian, când de fapt se întâmplă să aibă multiple determinări de endometrioză profundă, iar chirurgul să nu le recunoască. Pentru că leziunile pot să nu aibă un aspect tipic, pot să fie albe, fibroase, roșiatice, puncte închise la culoare, pot fi trecute cu vederea sau pot fi considerate determinări de endometrioză superficială. Această confuzie explică de ce intervențiile se fac incomplet.

Endometrioza este de multe ori suboptimal tratată, din necunoașterea localizării implantelor și din incapacitatea chirurgilor de a exciza toate leziunile. Nu este deloc greșit dacă acel chirurg recunoaște leziunile de endometrioza și nu poate să le excizeze, să scrie în biletul de externare toate aceste lucruri, să i le explice pacientei ca apoi, dacă simptomele persistă după operație, pacienta să fie astfel ghidată să se adreseze, conform ghidului național de diagnostic și tratament al endometriozei, unui expert de grad 2 sau 3, care să îi asigure excizia completă a leziunilor profunde, în echipe multidisciplinare.

Tratamentul pentru endometrioza superficială este diferit față de cel pentru endometrioza profundă. Iată de ce devine importantă stadializarea perfectă a endometriozei, care are la bază obținerea unui scor dependent de mai multe variabile: localizare, numărul leziunilor, adâncime, existența aderențelor, gradul afectării fundului de sac posterior.

O importanță aparte o are calcularea indexului de fertilitate în endometrioză (EFI), un scor folosit încă din 2010, pentru a oferi prognostic și predictibilitate femeilor aflate în perioada fertilă, care pot astfel planifica un viitor reproductiv după aplicarea unei metode terapeutice.

De ce o Academie de Endometrioză în România?

În acest spirit al interogării constante asupra posibilităților și limitelor abordării pacientei care suferă de endometrioză, a înțelegerii profunde a universului științific al patologiei, dar și universului femeilor afectate de această boală, am fondat alături de colegii semnatari ai acestui material de informare **Endomedicare Academy, o academie pe modelul Academiei lui Platon**, un spațiu de opinie și expertiză multidisciplinar, pentru a ne răspunde nouă înșine și pacienților noastre, la cele mai frecvente întrebări și temeri legate de endometrioză.

Pledăm pentru conservatorism. Am integrat procesului terapeutic un concept "one-stop-shop surgery", începând cu prima decizie chirurgicală, esențială pentru evoluția cazurilor complexe. Pentru o femeie aflată în perioada fertilă, să te gândești de două ori înainte de a proceda la o intervenție radicală, care să îi pună în pericol capacitatea de reproducere sau alte decizii care să îi pericliteze calitatea vieții, este un gest de responsabilitate și de umanitate.

Ovarul este oglinda chirurgului, iar profesia noastră este oglinda în care ne vom reflecta "ad integrum", ca profesioniști și ca oameni. Un chirurg bun își cunoaște virtuțile, la fel de bine cum își cunoaște limitele. În medicină este esențial să te consulți cu echipa și cu alți specialiști. Să ceri o părere unui coleg, când o situație excede limitele de competență, este vital. Să îți completezi tabloul informațional, prin consultarea medicilor de specialități conexe (chirurg generalist, specialist în infertilitate, imagist etc.) este un gest profesionist și fair-play. Toate acestea împreună imprimă actului terapeutic responsabilitate și etică, în spiritul profesionalismului și umanității acestei profesii dedicate sănătății și stării de bine, în calea spre vindecare pe care pacientele o așteaptă de la noi.

Ce rol are acest material de informare?

Veți găsi în materialul nostru un ghid practic de informare și înțelegere a bolii, dar și un îndrumător de soluții practice pentru optimizarea procesului terapeutic. Ne dorim să informăm corect și să facilităm experiența terapeutică, prin prezentarea pașilor care vă sunt necesari înainte de intervenția chirurgicală și perioperator.

Standardul actual pe care îl oferă chirurgia de înaltă precizie astăzi este chirurgia minim invazivă laparoscopică sau robotică - chirurgie de înaltă acuratețe, care vă poate reda posibilitatea unui nou start, prin recuperare rapidă, lipsită de durere și cu perspective bune în ceea ce privește fertilitatea și calitatea vieții.

În labirintul de alegeri pe care viața le va oferi în cale, poate cea mai importantă lecție este să asumăm că viața este schimbare-adaptare-transformare per se și este un perpetuum mobile. Vremurile pe care le traversăm ne-au oferit din plin lecția schimbării și adaptării la această nouă dinamică. Medicina este într-o continuă schimbare de optică și paradigmă, iar medicii trebuie să fie cu un pas înaintea vremurilor, pentru a anticipa de ce vor avea nevoie pacienții în viitor.

Mai avem zeci poate chiar sute de întrebări care nu au primit răspuns aici și care ne vor conduce pe alte coridoare în labirintul cunoașterii patologiei. Avem însă certitudinea că endometrioza nu este doar "o proastă dispoziție" și nicidecum "o invenție". O spun milioane de femei din lumea întreagă, pentru care poziția fetusului este o normalitate a zilelor menstruale, pentru care analgezicele sunt o rutină lunară și un cost pe care îl suportă lunar, pentru care chirurgia înseamnă durere, teritoriu invadat, sângerare și multe provocări la nivel mental și emoțional. Endometrioza devine o rutină zilnică, uneori o viață profesională ratată, un cuplu destrămat, un vis... rămas neîmplinit, acela de a deveni mamă.

Toate acestea portă un nume: ENDOMETRIOZA. Este reală. Nu trebuie să stigmatizeze! Are nevoie de cele mai bune soluții și de CEA MAI ÎNALTĂ EXPERTIZĂ! Este cu siguranță un PUNCT dureros, dar femeia este un întreg UNIVERS.

Prof. Dr. Elvira Brătilă

Fondator Endomedicare Academy

A informa corect înseamnă "a ști". A ajuta aceste paciente să cunoască acest inamic, să lupte cu armele și cu tehnologia modernă înseamnă "a putea". A aduce expertiza medicilor în tandem cu tehnologia, cu știința și cu arta chirurgicală înseamnă "a cunoaște". În medicină vezi doar ceea ce știi și cauți ceea ce cunoști.

Echipă multidisciplinară

OBSTETRICĂ GINECOLOGIE

Prof. Dr. Bratilă Elvira
Dr. Coroleucă Cătălin
Dr. Manu Andrei

CHIRURGIE GENERALĂ

Dr. Rubin Munteanu
Dr. Lidia Râpeanu
Dr. Anca Ichiman

ANATOMIE PATOLOGICĂ

Dr. Maria Olincă

IMAGISTICĂ

Dr. Irinel Oancea

ANESTEZIE TERAPIE INTENSIVĂ

Dr. Gabriela Zugravu



Ce este endometrioză?

Endometrioză este o boală cronică, benignă, de care suferă circa 10% - 15% din femeile aflate la vârsta de reproducere. Prevalența endometriozei la femeile cu durere pelvină acută este raportată a fi mai mare de 33%. Pentru foarte multe femei această boală reprezintă un factor major de stres psihic și fizic, mai ales că incidența endometriozei la pacientele cu dureri pelvine cronice trece de 60%.

În cazul acestei afecțiuni, mucoasa care acoperă cavitatea uterină se extinde și în afara uterului. Aceste celule endometriale apar cel mai frecvent pe ovare și la nivelul pelvisului, însă se pot manifesta și în alte părți ale corpului. Din moment ce aceste celule reacționează, la fel ca mucoasa din interiorul uterului, în perioada menstruației, pot apărea diferite simptome clinice.

Cum se manifestă endometrioză?

Simptomele cele mai frecvente, în cazul endometriozei, sunt dureri în abdomenul inferior sub formă de crampe, atât înainte cât și în timpul menstruației, însă aceste simptome pot apărea și independent de menstruație.

Endometrioză este cea mai frecventă cauză a infertilității, deoarece poate cauza chisturi ovariene care duc la scăderea rezervei ovariene, precum și aderențe pelvine sau obstrucția trompelor uterine.

Endometrioză este una dintre cele mai frecvente și, în același timp, una dintre cele mai frecvent nediate diagnosticate afecțiuni feminine, instaurate la vârsta reproductivă. **După apariția primelor simptome trec, de regulă, mai mulți ani (există studii care afirmă ca pot trece până la 7,5 ani) până când se pune un diagnostic corect** pentru această afecțiune și până se inițiază o terapie adecvată, personalizată pentru fiecare caz în parte.

Endometrioză este o patologie benignă, capabilă să inducă un dezechilibru al calității vieții cu răsunet asupra vieții profesionale și mai ales asupra planificării familiale.

Principalele simptome ale endometriozei sunt:



- Dureri menstruale intense - dismenoree
- Durere în timpul contactului sexual
- Dureri în timpul urinării și a scaunului
- Dureri cronice la nivelul abdomenului inferior – independent de ciclul menstrual
- Sângerarea menstruală devine din ce în ce mai lungă și mai dureroasă

Simptomatologia dată de endometrioză se caracterizează preponderent prin două mari acuze: **durerea pelvină** (dismenoree, durere pelvină non - ciclică sau dispareunia) și **infertilitatea**.

Cu scopul de a ne aprofunda cunoștințele legate de această patologie și a aprecia în mod obiectiv îmbunătățirea calității vieții pacientelor cu endometrioză profundă și superficială tratate prin tehnici conservatoare sau radicale minim invazive ***pacientele vor fi rugate să completeze un chestionarul pentru a observa calitatea vieții preoperator și postoperator*** pe care îl vor primi pe e-mail, cu un timp de completare de aproximativ 30 de minute. Pentru a observa ameliorarea calității vieții acest chestionar va fi transmis din nou la 6 luni, 1 an și 2 ani postoperator.

Evaluarea calității vieții la pacientele cu endometrioză profundă reprezintă o parte integrată din evaluarea preoperatorie cât și postoperator, cu scopul de a obiectiva beneficiul adus în urma intervenției chirurgicale.





Diagnosticul
endometriozei.
O știință.

Diagnosticul endometriozei

Mai întâi, facem o evaluare a istoricului medical al pacientei și o întrebăm dacă are dureri în timpul menstruației. În unele cazuri, durerile menstruale împiedică pacientele să meargă la școală sau la serviciu. Sau și mai grav, durerea este atât de puternică încât face dificilă eliminarea urinei sau a materiilor fecale.

Aceste situații sunt cauzate de focarele de endometrioză din țesutul peritoneal, intestinal sau în jurul uterului, acestea provocând dureri severe.

Pentru a evalua dismenoreea (durerea din timpul menstruației) folosim scala analog vizuală (SAV).



0
Fără
durere



2
Doare
puțin



4
Doare
mai mult



6
Doare și
mai mult



8
Doare mult
mai mult



10
Durere extrem
de puternică

De cele mai multe ori, aceste dureri se estompează după încheierea perioadei menstruale, însă în unele situații pot continua și după aceasta. De la caz la caz, durerile pot ceda dacă se iau medicamente. De asemenea, se pot aplica dispozitivele intrauterine pentru a gestiona durerea, dar nu funcționează în toate situațiile. Dacă durerea persistă, iar la ecografie descoperim anumite situații anormale, putem recurge la intervenție chirurgicală.

Prima etapă este întocmirea istoricului medical în care medicul pune anumite întrebări, acestea orientându-l către un diagnostic corect. Urmează examinarea pacientei, mai ales a unor zone speciale, cum ar fi noduli rectovaginali, nodulii de pe ligamentele uterosacratale, care la palpate pot da dureri. Multă lume crede că endometrioza afectează doar ovarele. E adevărat că majoritatea cazurilor apar la nivelul ovarelor, dar endometrioza poate apărea la nivelul structurilor pelvi-abdominale care trebuie atent investigate, precum intestinul gros sau rectul. În astfel de cazuri, pe lângă ecografiile, putem recomanda colonoscopia sau dacă se ridică suspiciunea unui nodul vezical, cistoscopie.

Cea mai bună metodă pentru diagnosticul endometriozei profunde este simpla **ecografie transvaginală** realizată de un medic cu experiență. La ecografie se pot vizualiza chisturile endometrioze de la nivelul ovarelor dar și nodulii de endometrioză de la nivel intestinal, vezical sau peritoneal.

În unele cazuri se recomandă și IRM (Imagistica prin rezonanță magnetică) cu protocol de endometrioză. Este foarte important însă ce medic calificat interpretează RMN-ul. În cadrul acestei investigații se injectează gel ultrasonografic în vagin și în rect pentru a facilita vizualizarea anumitor spații unde leziunile de endometrioză se regăsesc.

Clasificarea endometriozei

Endometrioza ar putea fi clasificată printr-o metodă simplă ca:

- **Endometrioza superficială:** endometrioza limitată la peritoneu.
- **Endometrioza profundă:** endometrioza care infiltrază spațiul retroperitoneal sau viscerele (rect, vagin, uter, vezică, ureter, intestin subțire etc.). Endometrioza profundă este definită ca o invazie peritoneală mai mare de 5 mm.
- **Endometrioză ovariană:** chistul endometrioic al ovarului.

Stadializarea are la bază obținerea unui scor dependent de mai multe variabile precum: localizare, numărul leziunilor, adâncime, existența aderențelor, gradul afectării fundului de sac posterior. S-a dorit obținerea unei stadializări cuprinzătoare, de aceea întâlnim o multitudine de propuneri de sisteme de clasificare.

Cele mai folosite sisteme de clasificare sunt: clasificarea **rASRM** (revizuită a Societății Americane a Medicinii Reproductive), scorul **EFI** (index de fertilitate în endometrioză) și scorul **#ENZIAN** pentru endometrioza profund infiltrativă. Astfel, în funcție de localizarea, extensia și profunzimea implanturilor, prezența și severitatea aderențelor, prezența endometrioamelor, stadiile sunt:

stadiu I (endometrioză minimă) 1-5,

stadiul II (endometrioză usoară) 6-15,

stadiul III (endometrioză moderată) 16-40,

stadiul IV (endometrioză severă) >41.

Stadiile I și II au o localizare superficială și aderențe minime, iar **stadiile III și IV** prezintă endometrioame și leziuni mult mai extinse.



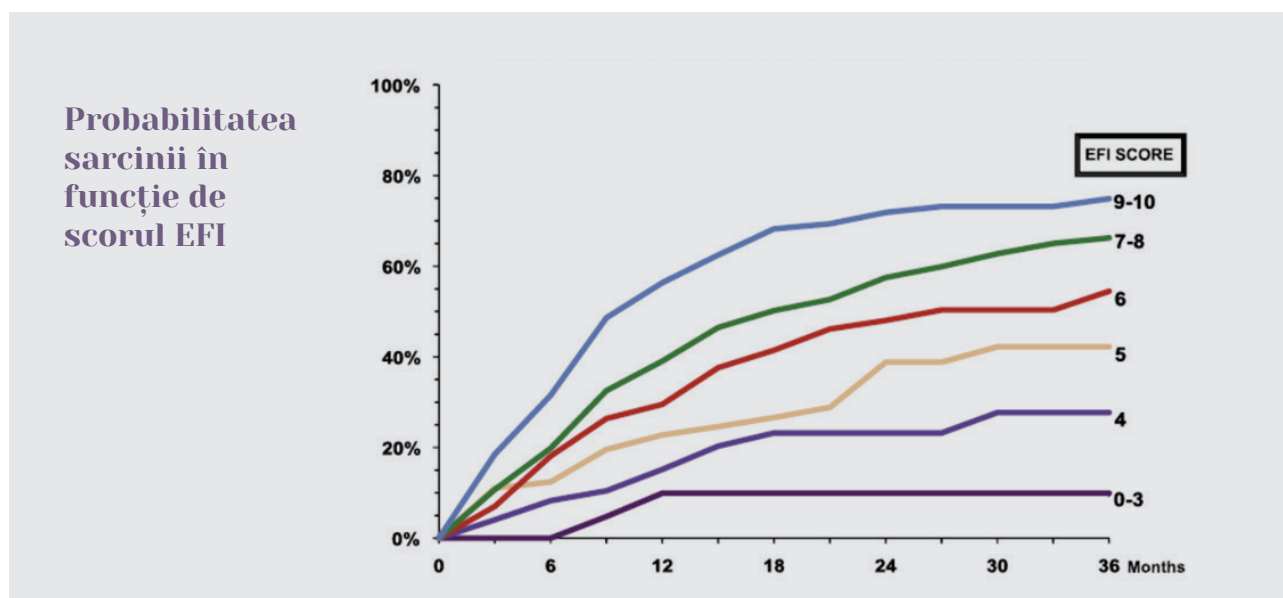
**METODA DE CALCUL A PUNCTELOR PENTRU A OBȚINE
STADIUL ENDOMETRIOZEI CONFORM
SOCIETĂȚII AMERICANE A MEDICINEI REPRODUCTIVE**

Localizare	Endometrioză	<1cm	1-3 cm	>3 cm
Peritoneu	Superficială	1	2	4
	Infiltrativă	2	4	6
Ovar	Drept - superficială	1	2	4
	Drept - infiltrativă	4	16	20
	Stâng - superficială	1	2	4
	Stâng - Infiltrativă	4	16	20
Obliterarea fundului de sac Douglas	parțială			completă
	4			40
Aderențe		Cuprind < 1/3	1/3 – 2/3	>2/3
Ovare				
Drept	Velamentoase	1	2	4
	Dense	4	8	16
Stâng	Velamentoase	1	2	4
	Dense	4	8	16
Trompe uterine				
Dreaptă	Velamentoase	1	2	4
	Dense	4*	8	16
Stângă	Velamentoase	1	2	4
	Dense	4*	8	16

Indexul de fertilitate în endometrioză (EFI) este un scor folosit din anul 2010 în special pentru femeile care își doresc păstrarea fertilității după aplicarea metodelor de tratament pentru endometrioză. EFI evaluează șansele de a obține o sarcină pe cale naturală după intervenția chirurgicală minim invazivă adaptată în funcție de caracteristicile pacientei și leziunile identificate intraoperator.

Scorul EFI se bazează pe antecedentele personale fiziologice și patologice ale pacientei (vârsta, durata infertilității, istoricul sarcinilor precedente) și pe factori chirurgicali (scorul funcționalității cea mai scăzute –least function score, scor rASRM, scor rASRM total).

Astfel, EFI poate fi considerat primul scor care oferă un rezultat clinic după diagnosticarea și tratarea chirurgicală a endometriozei.



Indicele de fertilitate al endometriozei (EFI) oferă baza pentru prezicerea ratei de sarcină pe o perioadă de 3 ani și furnizarea unui grafic vizual simplu pentru educarea medicului și a pacientului. Pacienții cu infertilitate în care reproducerea asistată este o opțiune potențială de tratament, în general, ar trebui să înceapă reproducerea asistată până la 36 sau 37 de ani.

Durata în care pacienții cu fertilitate cauzată de endometrioză ar trebui să încerce să obțină o sarcină prin metode care nu țin de reproducere asistată (pe cale naturală) după intervenția chirurgicală pentru tratamentul endometriozei poate varia de la zero luni la 2 ani la pacienții cu vârstă sub 35 ani, așa cum arată scorul EFI. După doi ani de activitate sexuală neprotejată, conform Ghidului de practică al Infertilității realizat de Societatea De Obstetrică Ginecologie din România, Fertilizarea in Vitro este recomandată.

Tratamentul endometriozei. Știință și artă în chirurgia ginecologică.



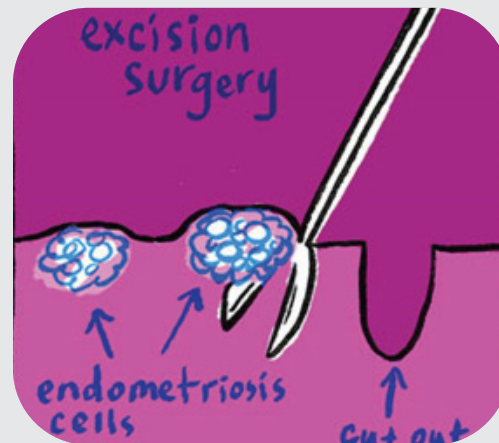
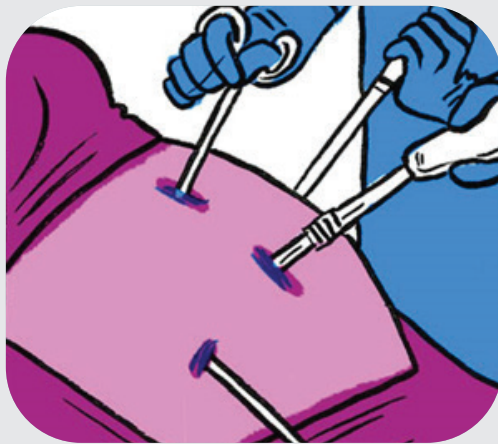
În ce constă intervenția chirurgicală pentru tratamentul endometriozei

Tratamentul chirurgical al endometriozei presupune internare în cadrul unui spital, bloc operator corespunzător dotat cu anestezie generală cu intubație orotraheală și spitalizare postoperatorie variabilă ca durată între 1 și 4 zile, în funcție de amploarea intervenției și de calea de abordare, laparoscopică sau robotică.

Calea recomandată de abordare este cea laparoscopică sau robotică pentru că oferă o vizualizare a leziunilor net superioară celei clasice, câmpul operator este mărit de 10 ori, disecții mult mai fine, traumatism operator diminuat, durere post operatorie diminuată, recuperare mai rapidă, reinsertie socio-profesională mai rapidă și rezultat estetic mai bun (4-5 incizii de 1 cm). Nu în ultimul rând, aderențele post operatorii sunt mai reduse în chirurgia minim invazivă, ceea ce oferă șanse mai bune pentru concepția spontană postoperatorie. Prin chirurgie minim invazivă medicul efectuează intervenția prin vizualizarea câmpului operator pe un ecran și nu se va deschide cavitatea abdominală.

Intervenția presupune în prima fază diagnosticul pentru tratamentul chirurgical al leziunilor. Tratamentul chirurgical al leziunilor are un caracter dual și anume: în cazul leziunilor ovariene, chisturile ovariene, atitudinea chirurgului trebuie să fie cât mai conservatoare, trebuie păstrat cât mai mult din țesutul ovarian sănătos, iar operația constă în îndepărtarea cămașii chistului.

În cazul leziunilor localizate în spațiul retroperitoneal precum și la nivelul intestinului, a ureterelor, a vezicii, atitudinea chirurgului trebuie să fie cât mai radicală. În acest caz chirurgia endometriozei se compară cu chirurgia oncologica. În cazul leziunilor la nivelul vezicii, dacă leziunea este penetrantă în peretele vezical se recomandă excizia peretelui vezical afectat, cu reconstrucția vezicii prin sutură, ceea ce poate antrena o cateterizare a vezicii ulterioară de până la o săptămână. În cazul leziunilor ureterale, de cele mai multe ori acestea sunt îndepărtate fără a interesa ureterul, dar există situații în care, în cazuri avansate, circa 3% din cazuri, ureterul este implicat în profunzimea peretelui lui și atunci este necesară rezecția segmentară de ureter și refacerea continuității ureterului prin sutura sau prin reimplantarea la nivelul vezicii.



Singurul tratament care a funcționat pentru mine a fost chirurgia laparoscopică în care un chirurg ginecolog cu experiență scoate leziunile de endometrioză de la rădăcină.

În cazul leziunilor intestinului gros și a rectului, dacă leziunea este superficială interesând doar straturile superficiale ale peretelui intestinal sunt preferate intervențiile conservatoare de tip shaving rectal și anume, leziunea este rasă de pe suprafața peretelui intestinal. Acest tip de intervenție, shavingul rectal, este o intervenție suboptimală prin care este îndepărtat țesutul endometrioic, dar nu este atât de agresivă cu intestinul. Dacă leziunea este penetrantă în straturile profunde ale peretelui intestinal, atunci chirurgul este obligat să recurgă la rezecția de intestin, ceea ce presupune îndepărtarea unui segment din intestin și la refacerea continuității intestinului. Dacă leziunile interesează filetele nervoase în spațiul retroperitoneal acestea se îndepărtează în întregime, uneori aceste filete fiind rezecate împreună cu nodulul endometrioic. Filetele nervoase înglobate în leziunea de endometrioză profundă sunt afectate de boala în sine nu de intervenția chirurgicală.

Intervențiile în cazul endometriozei variază ca și timp și complexitate în funcție de gradul bolii. Bineînțeles că intervenția chirurgicală, ca orice intervenție, poate fi însoțită de complicații. Aceste complicații apar într-un număr redus de cazuri, și ține de abilitatea chirurgului, de experiența lui, de pregătirea echipei operatorii ca aceste complicații să fie preîntampinate sau rezolvate în timp util.

Gradul de complexitate al procedurii este concordant cu gravitatea bolii, o afecțiune avansată cu implante de endometrioză profundă extinse la mai multe organe pelvine impune o procedura complicata și inerent asumarea unui risc de complicații mai mare decât la o procedura simplă.

Din experiența echipei noastre - peste 250 de cazuri de endometrioză profundă realizate laparoscopic până în anul 2018 dintre care peste 100 de rezecții intestinale pentru endometrioză rectală – o singură pacientă a suferit fistulă intestinală post rezecție rectosigmoidiană. Întreaga noastră echipă medicală este implicată în îngrijirea pacientei, ceea ce explică și rata redusă de complicații postoperatorii. Deasemenea este importantă disponibilitatea echipei noastre medicale în a fi alături de pacientele care trec prin complicații- diagnosticul la timp al unei eventuale complicații și tratamentul prompt al acesteia.

Postoperator

După trezirea din anestezie, care se întâmplă în sala de operație, veți fi transferată pe secția de terapie intensivă. Acolo veți fi monitorizată și supravegheată constant pe parcursul primelor ore de la intervenție. Tratamentul va fi prescris de medicul anestezist și administrat conform unui grafic prestabilit. În funcție de starea dvs, din seara operației sau de a doua zi de dimineață, veți fi transferată pe secție. Din prima zi postoperator puteți începe mobilizarea – veți fi capabilă să vă ridicați din pat, să vă plimbați pe culoarul secției etc.

În prima zi de la operație parametrii clinici și paraclinici vor fi evaluați. Se urmărește cantitatea de lichid intraperitoneal – serosanghinolent, care se exteriorizează pe tubul de dren. Dacă drenajul nu depășește 100 ml va fi îndepărtat. Pe secție se va face zilnic toaleta plăgilor postoperatorii cu betadină și pudră cu antibiotic (Baneocin). Tratamentul prescris de medicul anestezist (antialgice, antiinflamatoare, anticoagulant) se va administra pe secție de către personalul medical (asistente).

Recuperarea postoperație laparoscopică este rapidă. Din momentul în care starea dumneavoastră de sănătate și parametrii clinici și paraclinici sunt în limite normale veți fi externată și veți putea merge acasă. Durata spitalizării este în funcție de complexitatea intervenției- 48 de ore în cazurile în care nu se realizează rezecții intestinale și 4-5 zile în cazurile complexe cu rezecții intestinale, vezicale sau ureterale.

În ceea ce privește îngrijirea corporală post operator, dușul zilnic este permis încă din prima zi de la operație. Puteți face duș folosind săpun/gel de duș obișnuit inclusiv la nivelul plăgilor. Acasă, puteți aplica, după duș, Betadină și Baneocin la nivelul plăgilor. Evitați baia în cadă, jacuzzi și baia în piscină în primele 4 săptămâni de la operație.

Puteți să vă reluați viața socială în parametrii normali la **2 săptămâni** postoperator - puteți conduce mașina, puteți să vă reîntoarceți la serviciu. Evitați însă efortul fizic mare timp de **30 de zile**, iar activitatea sportivă puteți să o reluați la **3-4 luni postoperator**.

Activitatea sexuală se poate relua la **30 de zile postoperator** sau după controlul postoperator la **45 zile** dacă au fost excizate și leziuni ale peretelui vaginal.

La **45 de zile de la operație** veți reveni la control postoperator unde se va efectua examen clinic, ecografie și se va discuta planul de urmărire/ tratament pentru viitor. Înainte de a efectua vizita de control veți ridica rezultatul de la anatomie patologică a pieselor extrase în timpul operației.

La **6 luni după intervenția chirurgicală**, pe lângă un control postoperator, veți primi prin intermediul e-mail ului, un chestionar (același ca preoperator) care va evalua calitatea vieții.

Analize preoperator și pregătirea preoperatorie

Lista de analize uzuale pe care trebuie să le efectuați înainte de operație:

1. hemoleucograma
2. coagulograma
3. glicemie
4. hemoglobina glicozilata
5. TGP
6. TGO
7. uree creatinina
8. feritina
9. sideremia
10. sumar urină
11. urocultură

Înainte de intervenția chirurgicală se va efectua consult preanestezic, în cadrul căreia medicul anestezist vă va consulta și vă va explica cum va decurge anestezia și posibilele complicații și reacții adverse.

Pentru pacientele diagnosticate cu endometrioză care vor să obțină o sarcină postoperator se recomandă efectuarea următoarelor investigații :

- AMH (hormon antimullerian) – pentru a evalua rezerva ovariană
- Spermogramă soț

Preoperator se va efectua pregătirea prin ingestia a FORTRANS 2 plicuri dizolvate în 2 litri de apă. Pentru internare pacientele se vor prezenta la spital fără a consuma alimente solide, lichide sau băuturi (inclusiv apă) cu o seară înainte.

La internare este nevoie să aduceți cu dumneavoastră dosarul medical (consulturile efectuate anterior, investigații efectuate preoperator, consult de la cardiologie, diabetologie etc).

Externare

La externare veți primi următoarele documente:

1. Bilet de externare – ce trebuie păstrat bine pentru că pe el va apărea stadializarea endometriozei dar și explicația pe scurt a intervenției chirurgicale, lucru important pentru dosarul dumneavoastră.
2. Scrisoare medicală – ce reproduce biletul de externare și este destinat, în principal, medicului de familie
3. Concediu medical – dacă solicitați; pentru acesta aveți nevoie de adeverință de la locul de muncă; maximul care poate fi acordat este de 21 de zile;
4. Rețetă medicală cu medicamentele pe care trebuie să le luați în perioada imediat următoare externării

Rețeta cuprinde următoarele medicamente

- Antibiotic (exemplu Ciprofloxacina 500 mg) care va fi administrat pe o perioadă de 5 zile, 1 comprimat la 12 ore; recomandat să se administreze după masă;
- Probiotic pentru refacerea florei intestinale. Se poate lua Levurin, Linex, Enterolactis;
- Antiinflamatoare supozitoare (exemplu Indometacin sup) care se vor administra 5 zile intrarectal, 1 supozitor pe zi;

Testimoniale



Pare povestea unei singure femei, o poveste despre durere, despre infertilitate, despre stigmatizare, despre întrebări rămase fără răspuns, despre drumuri la medici de toate specialitățile sau drumuri infinite între spitale. Este o poveste despre cărări bătătorite de atâtea ori...și de pași neîncredători în a mai căuta răspunsuri, cărări marcate de cele mai multe ori de teamă, de vinovăție și de neîncredere. Pacientele care suferă de endometrioză au primit de prea multe ori răspunsul: "Nu ai nimic. Durerea este doar în imaginația ta."

Endomedicare Academy este alături de aceste paciente, iar poveștile lor de viață merită împărtășite, tocmai pentru a sublinia ideea că nu sunt singure în această luptă cu boala, că sunt înțelese și ajutate, aducând în povestea de viață a acestor paciente o echipă dedicată diagnosticului și tratamentului acestei boli, care a reușit să aducă știință și expertiză, răspunzând pacientelor cu soluții adecvate într-un proces terapeutic complex.

Endometrioza nu este o poveste, dar povestea voastră face parte din povestea Endomedicare Academy. Am selectat fragmente de viață din spusele pacientelor noastre. Nu sunteți singure în acest labirint al durerii, infertilității și emoțiilor. Sperăm ca aceste povești să vă inspire și să vă recăpătați speranța, uneori pierdută.

Încă din adolescență, femeii i se spune că durerea face parte din viață, încă de la apariția ciclului menstrual.

O mama povestește drama fetei sale, de 21 de ani, care de la vârsta de 18 ani, a înlocuit călătoriile și ieșirile cu prietenele de aceeași vârstă...cu internările în spital. "A ajuns de zeci de ori de urgență la spital, în toiul nopții. Nu dormea nopți întregi în perioada ciclului menstrual, iar analgezicele nu își mai făceau efectul. A dezvoltat în timp o anxietate de durere, pentru că atunci când se apropia perioada menstruală începeau chinurile. Anul acesta am cunoscut-o pe Dna. Prof. Dr. Elvira Brătilă. Medicul a intervenit chirurgical și s-a aplecat cu mare dedicare cazului nostru. A devenit pentru fata mea "o a doua mamă". După intervenția chirurgicală, nu ne venea să credem că durerile nu mai revin. Fata mea trăiește încă anxietatea și teama că durerile ar putea

să reapară, atât de puternică este teama de durere. Sperăm ca intervenția chirurgicală să fi rezolvat problema și fata să își poată relua cursul firesc al vieții. Este studentă și merită să aibă o viață frumoasă, ca toți tinerii de vârsta ei. Noi o privim pe Dna. Prof. Elvira Brătilă ca pe un înger trimis pe Pământ să facă bine oamenilor." **(Mihaela B., mama pacientei de 21 de ani, endometrioză profundă).**

De la adolescență la maturitate, femeile care suferă de endometrioză trec printr-un "maraton al durerii", ajungând să treacă prin diferite etape de analgezie, până când nici un calmant nu le mai poate ajuta.

"Durerile au început la vârstă de 12 ani, iar din an în an, au început să se accentueze. Luam foarte multe pastile, calmante, antiinflamatoare, crescând numărul acestora pe toată durata ciclului menstrual. A fost dificil, aveam dureri și nimeni nu mă înțelegea. Am mers la consulturi repetate, dar inițial toți medicii se îndreptau către ceea ce era vizibil ecografic, niște chisturi pe ovare, drept urmare mai mulți ani am luat anticoncepționale. În perioada facultății abia, mi-a fost pus diagnosticul de endometrioză. Aveam un nodul în spațiul recto-vaginal, destul de micuț ca dimensiune, dar care îmi producea dureri greu de suportat. Au fost momente când nu reușeam să fac față durerii, astfel încât ajunsesem să schimb un calmant cu altul, în fiecare lună luam altceva, pastile sau supozitoare. Durerile nu dispăreau. Perioada în care trebuia să merg la facultate sau să lucrez...de cele mai multe ori lipseam. Ajunsesem să îmi planific, prin anticoncepționalele luate, perioada menstruală, astfel încât să pot sta liniștită acasă. Nici colegii și nici angajatorii nu îmi înțelegeau situația. După intervenția chirurgicală, realizată prin chirurgie robotică, viața mea s-a rescris pe cu totul alte coordonate: m-am recuperat ușor după intervenție, durerile nu au revenit, am reînceput să fac drumeții alături de soțul meu. Am reînceput să mă bucur de viață." **(Diana F, 33 de ani, endometrioză profundă).**

Endometrioza este descoperită de multe ori tangențial, atunci când femeia începe un protocol pentru infertilitate și în cadrul investigațiilor recomandate se descoperă endometrioza, o cauză a infertilității.

După 8 ani de încercări repetate de a rămâne însărcinată, pacienta își poartă în pânțece visul mult dorit. Este în 20 de săptămâni de sarcină și tot calvarul pare doar o amintire. Și totuși lacrimile îi sunt încă vii, atunci când vorbește despre diagnosticul său: endometrioză stadiul IV. A trecut prin 2 intervenții chirurgicale, ultima fiind

În februarie 2021, intervenție laparoscopică realizată în echipă multidisciplinară, coordonată de Dna. Prof. Dr. Elvira Brătilă și de Dr. Rubin Munteanu, pe care pacienta îi numește "o echipă salvatoare". Deși a trecut în repetate rânduri prin procese de fertilizare în vitro, visul său este acum pe cale de a deveni realitate. Pacienta mărturisește credința în Dumnezeu, ca fiind Cel care i-a adus în cale această echipă dedicată, care a făcut posibil ca visul familiei sale să prindă contur.

(Alina S., 36 de ani, endometrioză profundă.)

Infertilitatea nu-i o boală pe care o duci de unul singur, este o dramă a cuplului. Uneori, endometrioza vine în tandem cu alte suferințe, de pildă cu adenomioza, condiție care face dificilă obținerea și păstrarea unei sarcini. Toate acestea devin o traumă emoțională, pe care cuplul o poartă în doi sau nu. Uneori, partenerul de cuplu renunță la luptă.

"Simptomatic, am simțit că aveam probleme de acum 10 ani. Avem o menstruație abundentă, însoțită de o durere care mă sfâșia. Am ajuns de două ori în urgență la medic. Analgezicele erau la ordinea zilei, pe durata unui ciclu menstrual și de jumătate de lună. Spuneam mereu la consulturi. Mi s-a spus inițial că sufăr de adenomioză. Nimeni nu vedea mai departe. Atunci când am ajuns la urgență cu hemoragie, răspunsul a fost același. Pentru că nu puteam rămâne însărcinată, medicul curant m-a sfătuit să consult un specialist în infertilitate. Mi-au fost recomandate analize, examene imagistice și am intrat încet-încet în protocoale de reproducere asistată. Au urmat inseminări artificiale și fertilizări în vitro. Fără succes. Am pierdut sarcinile până în săptămâna a 12-a de sarcină. Mă aflăm într-o permanentă luptă cu mine, pentru a face față și a redeveni om normal. Infertilitatea nu-i o boală pe care o duci de unul singur, este o dramă a cuplului. Afectează dincolo de tine, o întregă viață de cuplu, viața sexuală și rutina zilnică. Sunt zile întregi când din cauza durerilor mă simțeam rău și eram extrem de indispusă. Este important ca omul de lângă tine să îți înțeleagă durerile. Am auzit că unele cupluri s-au destrămat dintr-o așa suferință. Pe noi însă ne-a unit, iar astăzi suntem părinții unei fete de 3 ani, care ne amintește în primul rând gustul victoriei în luptă cu boala și cu infertilitatea.

(Elena V., 37 de ani, adenomioză, endometrioză, infertilitate)

Endometrioza rămâne un mare semn de întrebare, uneori o stigma socială.

Deși inițial îi fusese descoperit un mic chist endometriozic, simptomele acuzate erau extrem de supărătoare: dureri înfiorătoare, metroragii (sângerări în afară perioadei menstruale), simptomatologie digestivă și dereglări ale tranzitului intestinal. "O situație extrem de jenantă", iată cum descrie o altă pacientă acest mod de a se simți în permanență, o situație în care simțea să se scuze pentru neplăcerile ei, pentru durerile ei, pentru absențele repetate de la muncă sau din societate. A perceput tot acest calvar ca pe o stigmă, pentru că nu putea explica oricui această stare de fapt, din jenă sau din frica de a nu fi înțeleasă. După 6 ani de la diagnosticare și mai multe intervenții chirurgicale, astăzi își ține în brațe băiețelul de 2 săptămâni și tot vacarmul pare a fi fost menit să existe cu sensul ca această familie să aprecieze șansa primită, la justa valoare. "Am să încerc să mă bucur de tot ceea ce mi-a dat Dumnezeu și am să fiu recunoscătoare echipei chirurgicale care a apărut în calea mea la momentul potrivit. O mare binecuvântare este acest băiețel pentru familia noastră." **(Carina P., 31 de ani, endometrioză profundă).**



În loc de încheiere:



Prof. Dr. Elvira Brătilă, fondator al Endomedicare Academy, prima academie de endometrioză din România:

Alături de echipa mea, mă întâlnesc zilnic cu paciente care suferă de endometrioză, le încurajez să nu își piardă speranța și să accepte ajutorul echipei medicale în găsirea celor mai potrivite soluții terapeutice, într-un proces terapeutic prin excelență personalizat. Ne străduim să le asigurăm că vom fi acei medici, acei chirurghi, acea echipă care le va însoți pe femeile afectate de boală poate mulți ani, atât cât vor avea nevoie de sprijinul nostru. Ajutăm pacientele să obțină o sarcină, obiectiv dorit de majoritatea femeilor aflate la vârstă fertilă. Uneori leziunile revin după ani buni de la intervenția chirurgicală putând fi prezente chiar și simptome atipice. Există și cazuri în care femeia anxioasă din cauza durerilor somatizează și apar dureri de novo în zone pe care medicina le consideră „atipice”. Se poate vorbi și în endometrioză despre “memoria durerii”.

Medicina caută în permanență abordări și noi soluții terapeutice, dar în lipsa unor studii științifice care să treacă proba timpului, acceptă destul de greu rezultatele terapiilor alternative. Nu excludem posibilitatea ca aceste terapii să își dovedească eficiența în timp. Sunt destul de noi studiile în domeniul practicării terapiilor „mindfulness”, care aduc o viziune foarte interesantă asupra conștientizării diferitelor forme de durere, anxietate și traumă psihologică, prin conștientizarea momentului și experimentarea prezentului.

Cu siguranță, în această boală, suportul psihologic ar trebui să completeze arsenalul terapeutic. Boala ar trebui conștientizată cu toată experiența pe care o aduce ca lecție de viață, cum spunea un specialist în Mindfulness, Ed Halliwell: „În loc să ne facem reproșuri, putem alege să vedem totul ca pe o parte din dansul vieții. Scutiți de nevoia de a ține totul sub control, suntem liberi să ne bucurăm de călătorie pe măsură ce se întâmplă.”

Suntem liberi atâta vreme cât acceptăm diversitatea între oameni și unicitatea fiecăruia dintre noi. Endometrioza este, fără dubiu, un model de „graniță” între protocolul standard și personalizarea actului medical. Aș dori să acceptăm această abordare și să conștientizăm un lucru esențial: poate bolile ni se întâmplă într-o viață tocmai pentru a fi mai conștiente de noi, de vulnerabilitatea noastră, dar mai ales de puterea de a ne ridica atunci când credem că suntem fragile.



Endometrioza nu este o iluzie, este o realitate: o boală complexă. Și unică. Așa cum este și ea, FEMEIA.

Pornind de la acest mindset, mi-aș dori pentru pacientele mele să considere această boală ca pe o etapă a vieții pe care o vom parcurge împreună, cu o privire și o filozofie optimistă, având credința că femeia este mai mult decât boala de care suferă, mai mult decât un punct nevralgic, este un întreg univers.

Îndemn către modelarea stilului de viață, către activități relaxante, ieșiri în aer liber, practicarea mindfulness și sportului, în speță yoga sau găsirea alternativelor de nutriție și propriului echilibru fizic și mental. Formele de expresie în literatură, muzică, pictură duc la o canalizare pozitivă a sensibilității acestor femei. Este cât se poate de benefic să cultivi dintr-o durere sau dintr-o traumă o formă de artă. Bucurați-vă de voi!

Contact

Clinica Elginmed
Str. Frederic Chopin nr.16, Sector 1, București
Telefon: +4 0726 73 08 15
office@drbratila.ro

www.drbratila.ro

[facebook/drelvirabratila](https://www.facebook.com/drelvirabratila)

[linkedin/Prof. Dr. Elvira Brătilă](https://www.linkedin.com/company/Prof.-Dr.-Elvira-Bratila)