



Informații despre endometrioză

Prospect pentru pacient bazat pe Ghidul
ESHRE Endometrioza

Version 2022
www.eshre.eu/guidelines

Dezvoltat în
colaborare cu



Introducere

Această broșură este pentru tine dacă:

- Ai fost diagnosticată cu endometrioză
- Ai semne sau simptome de endometrioză și crezi că ai putea avea endometrioza

Această broșură este concepută pentru paciente, dar le poate fi utilă și membrilor familiilor lor, precum și îngrijitorilor lor.

Acest ghid, în conformitate cu cercetările, terminologia și discuțiile despre endometrioză, se concentrează pe femeile cisgen heterosexuale și menstruație. Creatorii ghidului recunosc că există multe persoane transsexuale care trăiesc cu endometrioza, care nu au menstruație, care nu au un uter și care nu se identifică cu termeni din literatură. În scopul prezentului ghid, vom folosi termenul "femei cu endometrioză", totuși, nu se intenționează izolarea, excluderea, sau diminuarea experienței vreunei persoane și nici discriminarea vreunui grup.

Această broșură își propune:

- Să crească nivelul de conștientizare cu privire la endometrioză;
- Să le ofere pacienților informații cu privire la tratamentele corespunzătoare pentru simptomele de endometrioză;
- Să le ofere pacienților mijloacele necesare pentru a discuta cu medicul despre opțiunile lor.

Sumar

Ce este endometrioza?	3
Simptome și diagnostic.....	5
Tratament pentru durerea cauzată de endometrioză.....	8
Endometrioza și infertilitatea	13
Dincolo de tratamentele clinice	16
Endometrioza la adolescent	17
Menopauza și endometrioza	18
Endometrioza și cancerul	19
Unde pot găsi mai multe informații sau asistență?.....	20
Despre această broșură.....	20
Glosar (explicația termenilor medicali sau de cercetare)	22
Documentul sursă	24

Această broșură și informațiile prezentate în ea se bazează în întregime pe Ghidul ESHRE cu privire la Endometrioza (2022). Toate informațiile și recomandările din acest ghid sunt fondate pe cele mai bune dovezi disponibile din cercetare. Acolo unde nu există suficiente dovezi din cercetare, un grup de experți a formulat recomandări bazate pe expertiza lor clinică. Aceștia au creat de asemenea zone de cercetare pentru a îmbunătăți cercetarea despre endometrioza.

Am adăugat următoarele simboluri pentru a arăta puterea recomandărilor și dacă sunt sau nu provenite din rezultatele studiilor.



Recommendation based on research evidence



Recommendation based on considered opinion of the guideline development group

Mai multe informații se regăsesc pe ultimele pagini ale acestei broșuri, incluzând lista termenilor medicali și științifici explicați.

Ghidul complet se găsește pe website-ul ESHRE (<https://www.eshre.eu/Endometriosis-guideline>)



Ce este endometrioza?

Endometrioza este definită ca prezența în afara uterului a țesutului asemănător celui endometrial. Endometrioza provoacă o reacție inflamatorie cronică cauzând durere și aderențe. Aderențele se dezvoltă atunci când țesutul cicatricial atașează împreună structuri sau organe separate. Activitatea și efectele datorate endometriozei pot varia în timpul ciclului menstrual deoarece nivelul de hormoni fluctuează. Prin urmare, simptomele se pot înrăutăți în anumite perioade ale ciclului, în particular înainte sau după menstră. În timp ce unele femei experimentează o durere pelviană severă, altele nu au niciun simptom sau privesc simptomele ca fiind “durerile menstruale normale”. În cazuri rare, durerea ciclică poate include și partea superioară a abdomenului ex: sub coaste sau piept.

Se estimează că între 2 și 10% din femeile de pe glob au endometrioză și că între 30%-50% din femeile infertile au endometrioză.

Femeile cu endometrioză experimentează adesea simptome severe și o calitate a vieții semnificativ redusă, inclusiv reducerea activităților normale, durere/disconfort și anxietate/depresie.

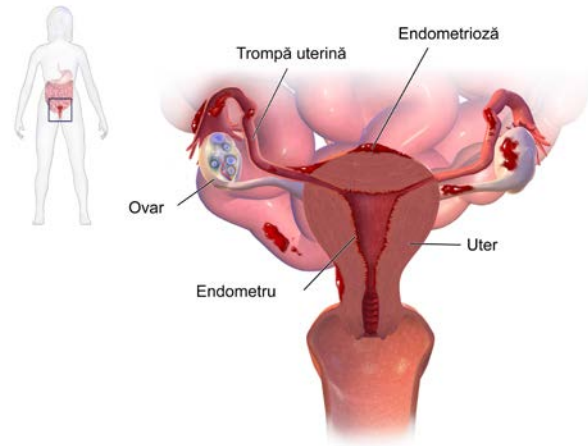


Figura 1. Endometrioza

Ciclul menstrual

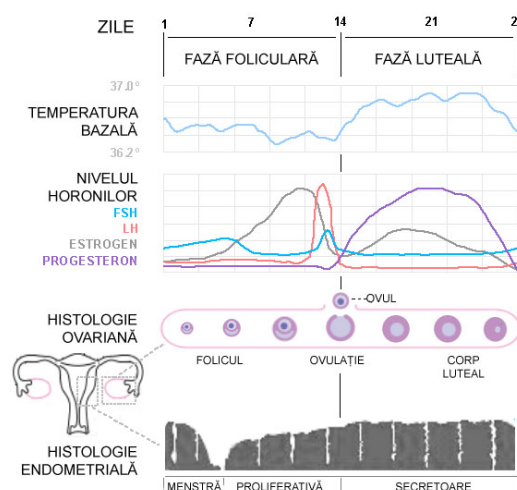


Figura 2. Ciclul menstrual

Procesele în timpul ciclului menstrual sunt regulate de hormoni incluzând hormonul de stimulare foliara (FSH), hormonul luteinizant (LH), estrogenul și progesteronul.

Când apare sarcina, hormonii se vor adapta, asigurându-se că stratul din uter va rămâne la locul lui, pentru ca embrionul să fie hrănit.

Când femeia ajunge la menopauza la sfârșitul fazei ei reproductive, estrogenul și progesteronul nu mai sunt produse, ceea ce induce o creștere FSH și LH. Nu va mai exista ovulație sau acumulare al stratului de endometru în uter, iar menstruația lunară se va opri. Efecte frecvente ale schimbărilor hormonale în timpul sau după menopauza sunt bufeurile și uscăciunea vaginală.



Ce cauzează endometrioza?

Cauza endometriozei rămâne necunoscută. Există câteva teorii, dar niciuna dintre ele nu a fost în totalitate demonstrată. Cea mai acceptată teorie este centrată pe cea așa-zisa menstruație retrogradă. În timpul menstruației, părți din endometru ajung în cavitatea abdominală prin trompele uterine, se lipesc de membrane peritoneală și se dezvoltă în leziuni endometrioze. Estrogenul este crucial în acest proces. Prin urmare majoritatea tratamentelor curente pentru endometrioza încearcă să scadă nivelul de estrogen produs de corpul femeii pentru a îi ușura simptomele.

S-a speculat că endometrioza este o boală genetică, din moment ce anumite familii au mai multe pacienți cu endometrioza decât celelalte. Totuși, este puțin probabil să existe "o genă a endometriozei". Alte sugestii ar fi ca răspunsul sistemului imunitar declanșează inflamația.

Endometrioza, adenomioza, fibromul uterin și polipi??

Adenomioza, fibromul uterin și polipii uterini sunt asociate cu simptome care sunt similare cu cele ale endometriozei. Aceste simptome includ ex: menstre dureroase, dureri la contactul sexual, durere pelviană, durere la mișcările intestinale.

În timp ce endometrioza este caracterizată prin prezența în afara uterului a țesutului asemănător celui endometrial, adenomioza este caracterizată prin endometrul prezent în interiorul pereților uterului.

Fibroamele uterine sunt creșteri musculare, anormale și benigne (non-canceroase) care se dezvoltă atașate de interiorul uterului.

Cum pot fi reduse șansele de a avea endometrioza?

Doctorii câteodată primesc întrebări de la rudele femeilor cu endometrioză despre cum pot preveni boala.

Studiile care au investigat dacă administrarea contraceptivelor orale sau exercițiul fizic regulat pot preveni endometrioza nu arată o relație cauzală clară și au anumite limitări. Astfel, este neclar dacă contraceptivele orale combinate sau exercițiul fizic vor preveni dezvoltarea endometriozei. Alte intervenții nu au fost studiate.

Până în acest moment, nu se cunosc cai de a reduce șansele de a avea endometrioză.

Deși nu există o relație directă de dezvoltare a endometriozei în viitor, poți ținti pentru un stil de viață sănătos și o dietă, cu un nivel redus de alcool și exerciții fizice regulate..



Folosirea contraceptivelor pentru prevenție primară a endometriozei este nesigură.



În prezent, nu există niciun test genetic care să indice riscul de a dezvolta endometrioză în viitor. Astfel, testarea genetică pentru endometrioză ar trebui făcută într-un spațiu dedicat cercetării.



Simptome și diagnostic

Care sunt simptomele endometriozei?

Pentru că simptomele endometriozei nu sunt foarte specifice, diagnosticul de endometrioză nu poate fi pus doar pe baza simptomelor. Totuși simptomele pot da unui doctor un prim indiciu către diagnosticul de endometrioză.

Simptomele endometriozei sunt:

- Crampe menstruale dureroase (dismenoree)
- Durere pelviană non-menstruală sau în afara menstruii.
- Durere în timpul sau după actul sexual (dispareunie)
- Durere la golirea vezicii/Urinări dureroase (disurie)
- Scaune dureroase (dischezie)
- Scaune dureroase și cu sânge sau prezența sângelui în urină (hematurie)
- Durere în umăr
- Probleme pulmonare ciclice (pneumotorax)
- Tuse ciclică, durere în piept sau tuse cu sânge (hemoptizie)
- Inflamarea recurentă a cicatricilor și durere
- Oboseală
- Infertilitate
- Orice alt simptom ciclic



Simptomele ciclice sunt cele care se dezvoltă cu câteva zile înainte de menstruația unei femei și dispar la câteva zile după ce aceasta s-a oprit, ori care apar doar în timpul menstruației. Aceste simptome reapar luna următoare, urmând ciclul menstrual al femeii.

Durerea severă poate fi măsurată neputința efectuării activităților zilnice normale (fără a lua medicamente pentru durere).

Dacă experimentezi unul sau mai multe simptome care îți cauzează durere (severă), ar trebui să te adresezi medicului și să îi ceri să ia în considerare posibilitatea de a avea endometrioză..



Îți poate fi de ajutor să îți o evidență a simptomelor tale folosind un jurnal, chestionar sau aplicație.



Ar trebui ca doctorul meu să facă o examinare clinică?

Alături de simptome, examinarea clinică poate să îți confere doctorului informații adiționale. Totuși, există puține probe științifice care să arate valoarea anumitor semnale clinice pentru a se ajunge la diagnosticul de endometrioza.

În timpul examenului clinic vaginal doctorul va căuta semne de sensibilitate, noduli sau inflamație a peretelui vaginal în cel mai adânc punct al vaginului între partea inferioară a uterului și a rectului inspectând zona, folosind speculul și prin palpate cu degetele. La femeile cu endometrioza profundă sau ovariană examinarea poate oferi informații considerabile pentru un diagnostic propice, în timp ce în boala peritoneală examenul clinic este de cele mai multe ori normal.

Medicului îi este recomandat să facă un examen clinic și un examen vaginal deoarece poate ajuta la stabilirea unui diagnostic. Dacă examenul clinic este normal, ar trebui totuși să fie urmat de o ecografie sau un RMN cu protocol de endometrioză (instilare intravaginală și intercalată de gel steril).



Poate imagistica (Ecografia, RMN-ul sau CT-ul) fi folosită în diagnosticarea endometriozei?

Doctorii și cercetătorii au căutat și alte tehnici pentru a diagnostica endometrioza printr-o cale non-invazivă, adică cu durere și disconfort minim pentru pacienta. Ecografia transvaginală sau RMN-ul pot fi folosite cu scopul de a ajuta un diagnostic al endometriozei, dar aceste tehnici nu pot detecta întotdeauna leziunile endometriozei.

Imagistica (ecografia sau RMN-ul) ar trebui folosite în faza premergătoare a diagnosticului de endometrioză. Este important să știi că încă poți avea endometrioză (peritoneală), chiar dacă testele imagistice au fost negative.



Dacă leziunile endometriozei sunt detectate cu un ecograf sau RMN, se poate începe tratamentul pentru a ușura simptomele.

Chiar dacă nicio leziune endometriozei nu este detectată, tratamentul medical poate fi prescris pentru a vedea dacă ajută să îți reducă simptomele (acesta se numește tratament empiric sau tratament fără diagnostic confirmat).

Ar trebui să fac o laparoscopie pentru un diagnostic definitiv?

Un diagnostic definitiv de endometrioză era luat în considerare numai când doctorul vedea leziuni endometriozei în timpul laparoscopiei și confirma diagnosticul luând bucăți din țesut (biopsie) pentru examinarea microscopică (histologie). Între timp, cu tehnici îmbunătățite, s-a stabilit ca endometrioza poate fi diagnosticată fără laparoscopie, o laparoscopie pentru diagnoză și tratament a unei suspiciuni de endometrioză este încă recomandată dacă endometrioza nu a fost detectată prin ecograf sau RMN și tratamentul medical nu a rezolvat simptomele.

Dacă un tratament medical nu a funcționat și endometrioza nu a putut fi detectată imagistic este recomandată o laparoscopie pentru diagnostic și tratament pentru suspiciunea de endometrioză.



De asemenea, în cazul în care doctorul tău suspectează o endometrioză profundă, el/ea poate propune un tratament și să îți recomande un centru de specialitate pentru un diagnostic amănunțit și/sau operație.

Pot biomarkerii fi folosiți pentru diagnosticarea endometriozei?

Unele boli pot fi diagnosticate prin simple analize de sânge de detecție a biomarkerilor. Aceștia sunt molecule în mostrele de sânge sau urina ale unui pacient care pot fi găsite în timpul unei analize de laborator. Cercetătorii au căutat biomarkeri (de exemplu CA-125) pentru endometrioza în stratul endometrial, în menstră, sau în fluidele menstruale, plasmă, urina sau serum. Până acum, niciun biomarker nu s-a dovedit capabil să confirme diagnosticul de endometrioza. Totuși, doctorul tău poate sugera efectuarea unor analize de sânge din alte motive..

Măsurarea biomarkerilor (precum CA-125) în țesutul endometrial, sânge, menstră sau fluidul uterin nu este recomandată pentru diagnosticarea endometriozei.



Diagnosticul endometriozei în afara pelvisului

Deși endometrioza este o boală ginecologică, asociată cu ciclul menstrual, a fost găsit în aproape toate țesuturile corpului. Endometrioza poate fi găsită în orice organ din abdomen, dar în cazuri rare mai poate fi regăsită în plămâni, în piept, în diafragmă, într-o cicatrice provenită dintr-o operație trecută, în buric (ombilic) sau în zona inghinală. Simptomele asociate cu endometrioza aflată în afara pelvisului vor depinde de localizarea leziunilor dar sunt de obicei recurente.

Te rugăm consultă doctorul când experimentezi următoarele simptomele care au legătură cu endometrioza extrapelviană:

- Durere de umăr ciclică,
- Probleme ciclice spontane ale plămânilor (pneumothorax),
- Tuse ciclică,
- Noduli a căror dimensiune poate crește în timpul menstruației.



Clasificarea endometriozei

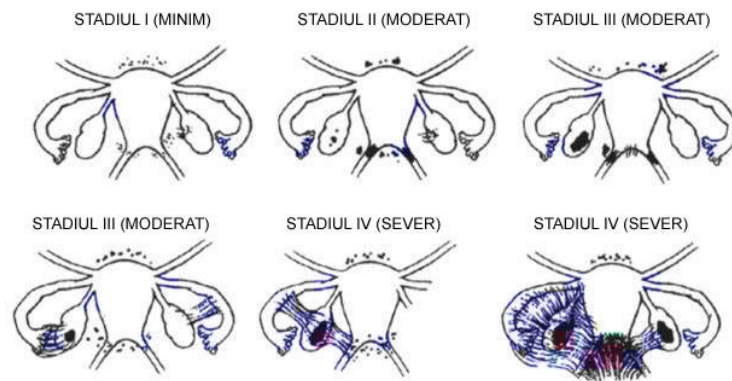
Un sistem de clasificare a fost dezvoltat de Societatea Americană de Medicină Reproductivă (SAMR) pentru a stadializa endometrioza și aderențele acesteia. Clasificarea este folosită des de ginecologi pentru a documenta orice cazuri de endometrioza și aderențele acestora care sunt vizualizate în timpul operației.

În timp ce un stadiu mai înalt denotă în general o formă mai extinsă a bolii, sistemul de clasificare nu prezice severitatea durerii sau complexitatea operației. Clasificarea a fost inițial concepută pentru a prezice afectarea fertilității și din acest motiv acesta se concentrează pe bolile ovariene și aderențele lor. Pacienții cu același stadiu pot avea diferite simptomatologii și tipuri. De asemenea, anumite forme severe de boala nu sunt incluse ex: bolile invazive ale intestinului gros, tractului urinar, și diafragmei. Cele patru nivele ale sistemului de stadiu SAMR pentru endometrioza sunt următoarele:

- **Stadiile 1 - 2 (boală la nivel minim spre mediu):** Endometrioza superficială peritoneală. Prezenta posibilă a unor leziuni mici și adânci. Niciun endometriom. Aderențe ușoare sub formă de peliculă, dacă sunt prezente.
- **Stadiile 3 - 4 (moderat până la severă):** Prezența unei endometrioze peritoneale superficiale, endometrioza adâncă invazivă cu aderențe moderate spre severe între uter și intestin gros și/sau chisturi endometriale cu aderențe extensive în ovare și trompe.

Ca pacientă, stadiul bolii tale nu îți indică simptomele și nici neapărat tratamentul optim care să controleze acele simptome. Totuși, subtipul (urile) bolii de care suferi pot fi foarte informative în procesul de alegere al unui tratament optim..

Figura 3. Exemple de clasificare schematică a extinderii și localizării endometriozei.



În afară de sistemul de clasificare clasic, 3 subtipuri de endometrioză se pot diferenția conform localizării: endometrioza superficială peritoneală, endometrioza ovariană chistică (endometrioame sau chisturi ciocolatii) și endometrioza profundă (cunoscută de asemenea ca endometrioză profund infiltrativă). Diferente tipuri de boală pot coexista (ex: o pacientă poate avea mai mult de un tip de boală prezentă în pelvis).

Endometrioza superficială peritoneală: Cel mai comun tip de endometrioză este cea peritoneală superficială. Leziuni aflate la nivel peritoneal, care este stratul subțire ce acoperă suprafața interioară a cavității pelviene. Leziunile sunt plate și superficiale și nu invadează spațiul de sub peritoneu.

Endometrioza chistică ovariană (endometrioza ovariană): Mai rar întâlnită, femeile cu endometrioza pot dezvolta un endometriom în ovare. Un endometriom este un chist al cărui perete conține țesut endometrial. Chistul este plin cu sânge vechi. Datorită culorii, chisturile mai sunt cunoscute drept "chisturi ciocolatii". Majoritatea femeilor cu chisturi endometriale au, de asemenea, boală la nivel superficial/adânc prezentă în alte zone ale pelvisului.

Endometrioza profundă: În cele din urmă, cel mai rar întâlnit subtip de endometrioză este endometrioza profundă. O leziune endometrială este definită ca profundă dacă a invadat cel puțin 5 mm dincolo de suprafața peritoneului. Ținând cont că peritoneul este foarte subțire, leziunile adânci includ întotdeauna țesuturi aflate sub peritoneu (spațiul retroperitoneal) sau organele pelviene.

Sisteme de clasificare utilizate în acest document:

Întrucât literatura științifică utilizează mai multe sisteme de clasificare, însă în principal sistemele AFS și SARM, creatorii grupului au decis să folosească "stadiul rASRM" în recomandări.

În textul explicativ al acestui document, se folosesc termenii "endometrioză peritoneală", "endometriom ovarian" și "endometrioză profundă".

Tratament pentru durerea cauzată de endometrioză

Endometrioza este o boală cronică. Astfel, nu există un leac pentru endometrioză, dar simptomele pot fi reduse prin tratamentul corect. Comunicarea este cheia prin care poți găsi tratamentul care ți se potrivește. Te rugăm să discuți despre opțiunile tale cu doctorul tău și să-i adresezi orice întrebare pe care o ai.

Femeile cu endometrioză fie au durere, probleme cu fertilitatea sau ambele. Tratamentul pentru endometrioză se concentrează pe rezolvarea sau reducerea durerii provocate de boală sau îmbunătățirea nivelului de fertilitate, deci o pacientă poate rămâne însărcinată natural sau prin tratamente de fertilitate.

Există diferite opțiuni pentru tratamentul simptomelor de endometrioză. 3 factori trebuie luați în considerare pentru a decide care opțiune este cea mai bună pentru tine:



Alegerea ta

Este posibil să ai o anumită preferință în modul în care vrei să procedezi cu tratamentul bazată pe informația pe care o primești despre diferitele opțiuni de tratament și ce intervenție este cea mai confortabilă pentru tine.

În luarea unei decizii sfatul doctorului ar trebui să fie un factor cheie. Roagă-ți medicul să îți explice opțiunile și sfaturile lui/ei.



Sfatul medicului

Acesta te va ruga să iei în considerare câțiva factori pentru a îți sugera un tratament:

- Simptomele durerii tale (severitate și tip)
- Dacă ai sau nu probleme cu fertilitatea
- Intențiile tale de a rămâne însărcinată imediat sau mai târziu, sau dacă dorești să apelezi la contracepție.
- Vârsta ta
- Eficacitatea diferitelor tratamente

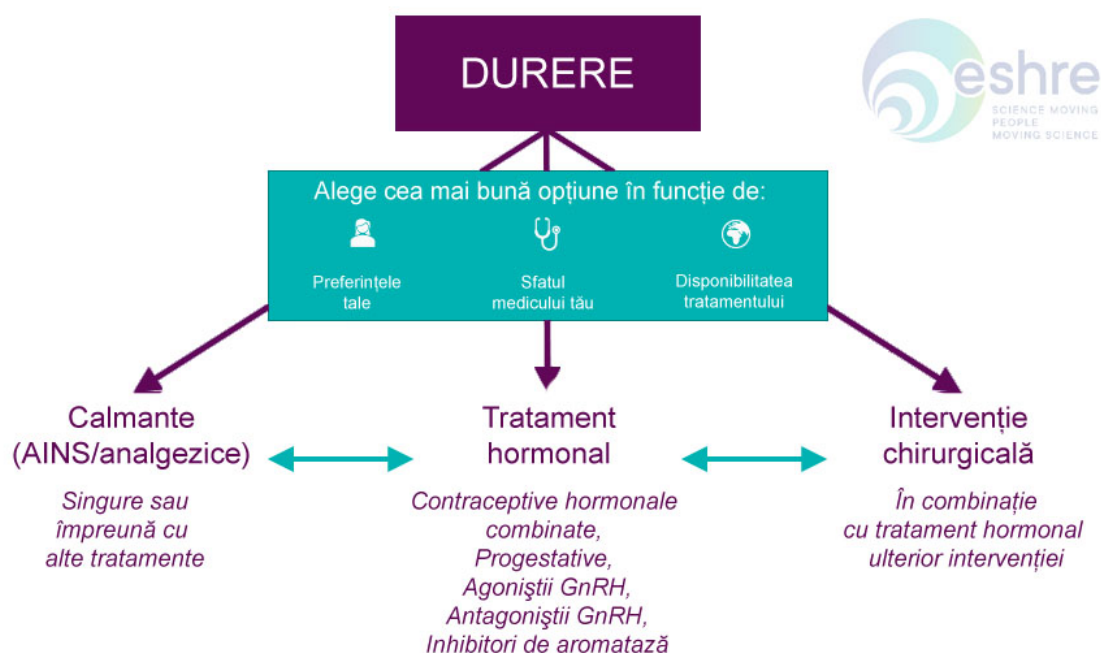


Ce este disponibil

În unele țări din Europa, unele tratamente nu sunt disponibile, sunt foarte scumpe sau nu sunt decontate de stat. De asemenea, anumite proceduri chirurgicale sunt executate mult mai bine în centrele specializate. Doctorul tău ar trebui să fie capabil să îți confere informațiile corecte în funcție de țară în care te afli și centrul de care aparții.

Asta înseamnă că două femei diferite care suferă de endometrioza pot primi tratamente diferite și chiar o singură femeie poate primi diferite tratamente în timp.

În următoarea secțiune, opțiunile pentru tratamentul medical și cel chirurgical vor fi explicate.



Pot lua analgezice (calmante) pentru durerea cauzată de endometrioză?

Tratamentele medicale pentru endometrioza includ terapia prin hormoni sau medicamentele pentru calmarea durerii (analgezice).

Analgezicele, precum medicamentele antiinflamatoare nesteroidiene (AINS), sunt terapii medicale care influențează felul în care corpul tău simte durerea. Aceste tratamente nu sunt specific durerii asociate cu endometrioza, și nu schimbă niciun mecanism al bolii din corp precum o fac tratamentele cu hormoni. Analgezicele pot avea puține efecte secundare, sunt ieftine, ușor accesibile și folosite la scară largă, dar foarte puține studii au investigat dacă reduc cu adevărat durerea asociată cu endometrioza. Folosirea pe termen lung a AINS-urilor poate fi asociată cu efecte adverse, precum problemele de stomac. Astfel, este recomandată protecția gastrică.



Figura 5. Medicație împotriva durerii

AINS-urile sau alte analgezice (fie ele singure sau în combinație cu alte tratamente) pot fi folosite pentru a reduce durerile asociate cu endometrioza.



Care sunt opțiunile de tratament hormonal împotriva durerii?

Tratamentele hormonale clinice în folosință sunt:

- Contraceptive hormonale (ciclice sau de uz continuu)
- Progestative, incluzând device-urile intrauterine
- Agoniștii GnRH
- Antagoniștii GnRH

Deși sunt eficiente pentru tratarea durerii asociate endometriozei, tratamentele hormonale pot induce și efecte secundare, cum ar fi dureri de cap, acnee, creștere în greutate, spotting vaginal, oboseală și bufeuri. Efectele secundare diferă puternic între tratamente și pacienți. Drept urmare, un anumit tratament poate fi o opțiune bună pentru o femeie dar, același tratament, poate avea efecte secundare severe la o altă femeie. De asemenea, diferite medicamente din cadrul unuia dintre grupurile de hormoni pot funcționa diferit la indivizi, adică poate solicita ceva timp și răbdare pentru a găsi tratamentul potrivit pentru tine, care funcționează și nu provoacă efecte secundare. Medicul ar trebui să discute despre efectele secundare cu tine atunci când îți prescrie tratament hormonal.

Tratamentul hormonal (contraceptive hormonale combinate, progestative, agoniști GnRH sau antagoniști GnRH) ar trebui luat în considerare ca una dintre opțiunile de reducere a durerii asociate endometriozei.



Tratamentul hormonal nu trebuie luat în considerare pentru ameliorarea infertilității asociate endometriozei sau la femeile care încearcă în prezent să rămână însărcinate.



Pacienților li se recomandă să raporteze orice reacții adverse medicului lor și să discute opțiunile lor.

Este important de reținut că tratamentul medical funcționează numai atunci când sunt luate conform prescripției. Oprirea tratamentului medical înseamnă adesea că simptomele reapar.

Tratamente hormonale

Cum funcționează tratamentul hormonal?

Endometrioza este o problemă asociată cu ciclul menstrual și dependentă de activitatea estrogenilor.

Unul dintre obiectivele tratamentului hormonal pentru durerea la femeile cu endometrioza este scăderea nivelului de estrogen. Un alt scop este reducerea efectului estrogenului asupra țesutului endometrioic. Este important de știut că este probabil că tratamentul cu hormoni să nu vindece endometrioza. Tratamentul hormonal suprimă activitatea bolii și, prin urmare, simptomele durerii. Cu toate acestea, după întreruperea tratamentului, simptomele tind să reapară. Nu se știe care pacienți vor avea o recidivă a simptomelor dureroase.

Contraceptive hormonale combinate

Contraceptivele hormonale combinate sunt utilizate pe scară largă pentru contracepție și sunt în general acceptate ca tratament pentru simptomele asociate endometriozei. Conțin doze mici de hormoni (estrogen și progesteron) și pot reduce durerea asociată endometriozei prin oprirea creșterii foliculare și, prin urmare, reducând producția și concentrația de estrogeni. Un număr scăzut de estrogeni oprește activitatea de creștere a endometrului în și în afara uterului și, astfel, întrerupe endometrioza. Progesteronul din pilulă scade activitatea endometrului și a țesutului endometrioic în mod direct.

Efectele secundare sunt limitate, iar contraceptivele hormonale nu sunt scumpe. Există diferite opțiuni pentru contraceptivele hormonale: pilula contraceptivă orală (luată cu sau fără pauză de o săptămână pe lună), un inel contraceptiv vaginal sau un plastru transdermic.

Progestative

Progestagenii, care sunt substanțe foarte asemănătoare cu progesteronul din organism, pot fi utilizați sub diferite forme: oral, ca injecție la 3 luni, un sistem intrauterin care eliberează levonorgestrel sau un implant contraceptiv sub piele. Diferite tipuri de progestageni sunt acetatul de medroxiprogesteron (AMP), dienogest sau acetatul de ciproteronă. Progestogenii sunt, de asemenea, folosiți ca contraceptive, fie în combinație cu estrogen, fie singuri („minipilulă”). Progestativele sunt relativ ieftine. Diferitele tipuri de progestageni au efecte secundare diferite.

Un sistem intrauterin care eliberează levonorgestrel este un dispozitiv mic care este introdus în uter și eliberează niveluri scăzute de progesteron. Este frecvent utilizat pentru contracepție; are efecte secundare limitate și este ușor de utilizat. La femeile cu endometrioza este o opțiune pentru reducerea simptomelor durerii.

Un implant contraceptiv care este introdus sub piele, de obicei în braț, vă poate opri menstruația și poate ajuta la simptomele durerii asociate endometriozei

Agoniști GnRH / antagoniști GnRH

Agoniștii GnRH induc un nivel foarte mic de estrogen stopând complet creșterea foliculară în ovar. Agoniștii GnRH pot fi luați intranasal sau prin injecții subcutanate funcționând drept depozit timp de o lună sau trei. Cei mai cunoscuți agoniști GnRH sunt nafarelin, leuprolida, buserelină, goserelină și triptorelină.

Efectele secundare ale agoniștilor GnRH sunt corelate cu nivelul scăzut de estrogen și sunt comparabile cu consecințele menopauzei. Așa-numitele simptome hipo-estrogenice sunt bufeurile, uscăciunea vaginală, durere în timpul actului sexual, și influențe asupra sănătății mentale, ajungându-se până la depresie. Pe termen lung agoniștii GnRH sunt asociați cu osteoporoza. Pentru a reduce aceste simptome, doctorilor li se recomandă să prescrie terapie de recuperare pe bază de hormoni concomitent cu agoniștii GnRH. Unii medici vor începe terapia de recuperare la câteva săptămâni sau luni după prima doză de agoniști. Hormonul add-back înseamnă o combinație de estrogeni și progesteroni (contraceptive orale). Această terapie add-back elimină efectele adverse în vreme ce se menține efectul terapeutic. **Deoarece adolescentele și femeile tinere nu au ajuns la densitatea osoasă optimă, se recomandă să nu se utilizeze agoniști GnRH / antagoniști GnRH în cazul lor decât ca un tratament secundar dacă alte tratamente cu efecte secundare mai puțin severe nu au ajutat sau nu sunt tolerate.**



Inhibitori de aromatază

Inhibitorii de aromatază opresc o enzimă (aromataza) care este necesară în producerea de estrogeni în mai multe celule ale corpului. Rezultatul este un nivel foarte scăzut de estrogen. Aceste medicamente au fost folosite în alte boli, dar nu sunt încă bine studiate în endometrioză.

Datorită efectelor secundare (uscăciune vaginală, bufeuri, densitate minerală osoasă redusă), inhibitorii de aromatază trebuie prescriși numai femeilor care suferă de dureri severe după ce au încercat toate celelalte opțiuni de tratament medical și chirurgical.



Este tratamentul chirurgical o opțiune pentru ameliorarea simptomelor durerii?

Tratamentul chirurgical al endometriozei se concentrează pe eliminarea endometriozei peritoneale/endometriomului/endometriozei profunde și divizarea aderențelor.

În trecut chirurgia deschisă (laparotomia) era folosită de rutină. În zilele noastre, procedura chirurgicală minim invazivă (laparoscopia) este folosită frecvent și preferată deoarece, de obicei, are ca rezultat mai puțină durere, spitalizare mai scurtă, recuperare mai rapidă și o cicatrice mai mică.

Clinicienii ar trebui să ia în considerare tratamentul chirurgical (eliminarea leziunilor endometriozei) atunci când le văd în timpul laparoscopiei pentru diagnostic.

Tratamentul chirurgical trebuie considerat ca una dintre opțiunile de reducere a durerii asociate endometriozei.



Dacă se suspectează endometrioză profundă și aceste intervenții chirurgicale pot fi dificile, se recomandă medicilor să vă îndrume către un centru specializat.



Vi se poate oferi tratament hormonal după operație, deoarece ar putea îmbunătăți rezultatul imediat al intervenției chirurgicale în ceea ce privește durerea și ar putea preveni reparația bolii/simptomelor. Când doriți să rămâneți însărcinată, la scurt timp după operație, tratamentul hormonal trebuie evitat.



Deși intervenția chirurgicală este, în general, eficientă pentru ameliorarea simptomelor durerii, este posibil să nu îmbunătățească întotdeauna toate simptomele și să le atenueze doar parțial sau temporar. În prezent, nu există mijloace pentru clinicieni de a identifica femeile cu endometrioză care vor avea, cu siguranță, un beneficiu semnificativ al intervenției chirurgicale.

Histerectomia

În cazul în care considerați că familia voastră este completă și alte tratamente nu au funcționat, puteți lua în considerare îndepărtarea uterului (histerectomie) cu, sau fără, îndepărtarea ovarelor. Aceasta este o opțiune radicală și ireversibilă care are ca rezultat așa-numita menopauză chirurgicală și simptome de menopauză (bufeuri, etc.) dacă ovarele sunt îndepărtate în același timp. Trebuie să știți că histerectomia nu rezolvă întotdeauna problema, deoarece uneori endometrioza este lăsată în urmă din greșeală și, prin urmare, simptomele durerii rămân prezente. Histerectomia poate ajuta dacă simptomele dumneavoastră se datorează în mare parte adenomiozei și ar trebui luată în considerare dacă alte tratamente au eșuat.

Histerectomia poate fi efectuată dacă nu ați reușit să răspundeți la tratamente mai conservatoare și dacă nu mai doriți să rămâneți însărcinată. Cu toate acestea, ar trebui să știți că histerectomia nu va vindeca neapărat simptomele sau boala.



Tratamentul endometriozei în afara pelvisului

Alegerea tratamentului pentru durerea cauzată de endometrioză în afara pelvisului (endometrioza extrapelviană) depinde în mare măsură de localizarea endometriozei.

Pentru endometrioza extrapelviană abdominală:

Îndepărtarea chirurgicală este tratamentul preferat, atunci când este posibil, pentru ameliorarea simptomelor. Tratamentul hormonal poate fi, de asemenea, o opțiune atunci când intervenția chirurgicală nu este posibilă sau acceptabilă.



Pentru endometrioza toracică (în piept):

Se poate oferi tratament hormonal. Dacă este indicată o intervenție chirurgicală, aceasta trebuie efectuată implicând un chirurg toracic și/sau alți specialiști relevanți.



Endometrioza și infertilitatea

Sunt infertilă pentru că am endometrioză?

Probabil că nu, majoritatea femeilor diagnosticate cu endometrioză nu sunt toate infertile. În termeni medicali, infertilitatea este definită prin neobținerea unei sarcini după 1 an de contacte sexuale regulate. Se estimează că 60-70% dintre femeile cu endometrioză sunt fertile și pot rămâne însărcinate spontan și pot avea copii. Prin urmare, femeile care nu doresc să rămână însărcinate ar trebui să discute cu medicul lor opțiunile de contracepție.

O parte dintre femeile cu endometrioză vor avea probleme în a rămâne însărcinate. Pentru aceste femei, sunt disponibile opțiuni pentru a rămâne însărcinate.

Ar trebui să rămân însărcinată pentru a-mi vindeca endometrioza?

Sarcina nu duce întotdeauna la ameliorarea simptomelor endometriozei sau la reducerea progresiei bolii.

Ar trebui să încercați să rămâneți însărcinată dacă doriți să întemeiați o familie, dar nu pentru a vă trata endometrioza.



Este sigur pentru mine să rămân însărcinată?

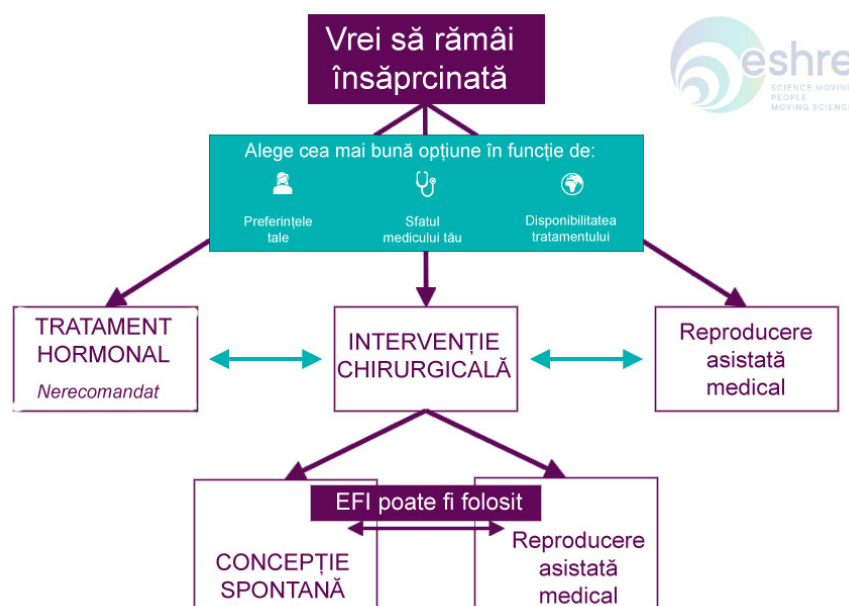
Complicațiile în timpul sarcinii sunt rare și este dificil de studiat dacă un anumit aspect al unei paciente are legătură cu o anumită complicație. Au existat unele studii privind complicațiile sarcinii la femeile cu endometrioză. Aceste studii au arătat că poate exista o frecvență crescută a avorturilor spontane sau a sarcinii extrauterine la femeile cu endometrioză, în comparație cu femeile fără endometrioză. Totuși, riscurile în general sunt scăzute și nu ar trebui să te împiedice să rămâi însărcinată.

Nu este nevoie de monitorizare prenatală suplimentară, dar informează-ți medicul sau moașa dacă ești însărcinată și ai un diagnostic de endometrioză.



Care sunt opțiunile pentru a-mi spori șansele de a rămâne însărcinată?

Nu există o opțiune mai bună decât altele pentru a ajuta femeile infertile cu endometrioză să rămână însărcinate. Pentru a decide care opțiune este cea mai bună pentru tine trebuie luate în considerare dorințele tale, sfatul medicului și disponibilitatea tratamentelor:



i Endometriosis Fertility Index (EFI) este un instrument pe care medicul tău îl poate folosi pentru a face o predicție a șanselor tale de a rămâne însărcinată fără tratamente de fertilitate.



Este tratamentul hormonal o opțiune pentru creșterea șanselor de a rămâne însărcinată?

Nu există dovezi că tratamentul hormonal crește șansa de sarcină spontană la femeile cu endometrioză.

Deși tratamentul hormonal nu rezolvă infertilitatea, dacă nu poți încerca să rămâi însărcinată sau decizi să nu rămâi însărcinată imediat după operație, poți utiliza tratamentul hormonal. Nu va afecta negativ fertilitatea și poate ajuta la gestionarea simptomelor durerii.



Este tratamentul chirurgical o opțiune pentru creșterea șanselor de a rămâne însărcinată?

Studiile au arătat că intervenția chirurgicală (cu îndepărtarea tuturor leziunilor endometrioze) poate crește șansa unei sarcini spontane.

Dacă ai o intervenție chirurgicală pentru un endometriom ovarian, ar trebui să fii conștientă de faptul că intervenția chirurgicală poate duce la deteriorarea ovarului. Medicul ar trebui să discute cu tine acest risc.

Operația poate fi o opțiune pentru tine dacă dorești să rămâi însărcinată, deoarece îți poate crește șansele unei sarcini naturale.



Deși nu există dovezi convingătoare că intervenția chirurgicală pentru endometrioza profundă îmbunătățește fertilitatea, poate fi o opțiune dacă ai simptome de durere care necesită tratament.



Acelor femei care nu pot încerca sau decid să nu rămână însărcinate imediat după operație ar trebui să li se ofere terapie hormonală, deoarece nu le afectează negativ fertilitatea și îmbunătățește rezultatul imediat al intervenției chirurgicale pentru durere.



Dacă suferi o intervenție chirurgicală, poți încerca ulterior să concepi spontan sau să treci la reproducerea asistată medical. Această decizie poate fi susținută de un instrument, numit Indicele de fertilitate în endometrioza sau EFI, care prezice șansele tale de a rămâne însărcinată spontan.

Nu există dovezi că administrarea de tratament hormonal înainte sau după operație ajută la creșterea șanselor de sarcină..

Este reproducerea umană asistată (RUA) o opțiune pentru creșterea șanselor de a rămâne însărcinată?

Pentru femeile cu probleme de fertilitate, reproducerea umană asistată poate fi o opțiune. Reproducerea umană asistată include o serie de proceduri cu scopul de a rămâne însărcinată, cum ar fi tehnologiile de reproducere umană asistată, inclusiv inseminarea intrauterină (IUI) și fertilizarea în vitro (FIV).

O proporție importantă de femei cu endometrioză moderată sau severă vor avea nevoie de tehnologii de reproducere umană asistată (RUA) cum ar fi IUI sau FIV atunci când decid să rămână însărcinate.

Nu există dovezi de creștere a ratei cumulate de recurență a endometriozei după stimularea ovariană pentru RUA la femeile cu endometrioză, ceea ce înseamnă că tratamentul cu RUA nu agravează neapărat endometrioza și ART (Tehnicile de Reproducere Umană Asistată) trebuie considerat sigure.

ART este o opțiune pentru a ajunge la sarcină.



În inseminarea intrauterină, sperma partenerului este injectată în uterul femeii în momentul în care un ovul este eliberat și gata pentru fertilizare. Momentul potrivit este determinat prin ecografie, prin măsurarea nivelului hormonal sau reglat prin injectarea de hormoni sintetici (stimulare ovariană).

În general, există foarte puține studii care investighează IUI la femeile cu endometrioză.

Inseminarea intrauterină (IUI) ar putea fi o opțiune pentru a rămâne însărcinată. Șansele pot fi mai mari dacă stimularea ovariană este efectuată înainte de IUI.



Alte tehnologii de reproducere umană asistată includ proceduri în care ovulul și spermă sunt colectate din organism și puse împreună într-o eprubetă pentru a fi fertilizați. Ulterior, ovulul sau embrionul fertilizat este transferat în uter. Înainte ca ovulele, care trebuie să fie mature, să poată fi îndepărtate din corpul femeii, aceasta primește stimularea hormonală a foliculilor pentru a produce ouă mature. Aceasta este cunoscută și sub numele de fertilizare în vitro sau FIV. Injectarea intracitoplasmatică a spermatozoidilor sau ICSI este o tehnică similară, dar în laborator, un singur spermatozoid este injectat în ovul cu un ac în loc să pună ovulul cu multe spermatozoizi într-o eprubetă ca în FIV. ICSI se efectuează mai ales atunci când spermatozoidii sunt de calitate slabă.

FIV/ICSI ar trebui utilizat, mai degrabă decât IUI, în următoarele cazuri:

- Când aveți o problemă cu trompele uterine, ceea ce înseamnă că ovulul are probleme să ajungă în uter (funcția trompelor este compromisă)
- Când partenerul tău are probleme de fertilitate (de exemplu, număr scăzut de spermatozoizi, calitate redusă a spermei)
- Când a fost calculat un EFI scăzut (și, prin urmare, ar fi relevant să treceți direct la FIV)
- Când alte tratamente au eșuat

Dacă aveți un endometriom, utilizarea antibioticelor preventiv în momentul preluării ovocitelor pare rezonabilă pentru a evita infecțiile.



Nu există dovezi clare că tratamentul medical înainte de FIV/ICSI vă va îmbunătăți șansele de a rămâne însărcinată.

Nu există dovezi solide că intervenția chirurgicală înainte de începerea FIV/ICSI este eficientă pentru a vă crește șansele de sarcină. Cu toate acestea, nu există nicio dovadă că intervenția chirurgicală scade șansele de sarcină. Prin urmare, medicul dumneavoastră vă poate recomanda intervenția chirurgicală dacă aveți dureri semnificative sau dacă nu poate ajunge la ovare în timpul FIV/ICSI în cazul endometriomului ovarian mare.

Dacă sunteți supus FIV/ICSI, nu există niciun beneficiu clar al tratamentului medical sau chirurgical înainte de începerea FIV/ICSI. Totuși, intervenția chirurgicală poate fi recomandată în anumite situații.



Dincolo de tratamentele clinice

Tratamentul medical și chirurgical al endometriozei au fost studiate pe scară largă și sunt utilizate în practică clinică. Deoarece aceste tratamente au limitări, unele femei preferă să încerce alte opțiuni.

Poate că ați auzit despre terapii complementare și alternative. Aceste terapii sunt foarte populare, dar nu sunt adesea prescrise de medici. Exemple sunt acupunctură, terapia comportamentală, nutriția (inclusiv suplimente alimentare, vitamine și minerale), programe pentru pacienți experți, medicamente recreative, reflexoterapie, homeopatie, terapie psihologică, medicina tradițională chineză, medicina pe bază de plante, sport și exerciții fizice. Câteva dintre aceste terapii complementare și alternative sunt folosite de femeile cu endometrioză pentru a reduce durerea pelviană, perioadele menstruale dureroase (dismenoree), pentru a îmbunătăți șansele de sarcină și pentru a îmbunătăți calitatea vieții.

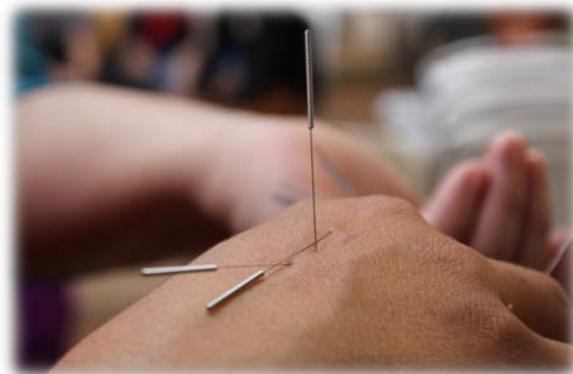


Figura 6. Acupunctură

Înainte de a recomanda un anumit tratament pentru durere, medicii ar dori să aibă câteva date obiective colectate într-un studiu de înaltă calitate care să arate că o anumită terapie este eficientă și nu dăunează pacientului. Până în prezent, nu există nicio dovadă decentă că tratamentele complementare și alternative ajută cu adevărat la reducerea durerii sau la îmbunătățirea fertilității la femeile cu endometrioză. Cu toate acestea, grupul de dezvoltare a ghidurilor recunoaște că unele femei care utilizează tratamente complementare și alternative se pot alege cu anumite beneficii, adică faptul că și-au îmbunătățit calitatea vieții și/sau pot face față mai bine simptomelor endometriozei.

Este important să spuneți medicului dumneavoastră dacă utilizați vreun tratament complementar sau alternativ, astfel încât acesta să vă poată oferi informații suplimentare..

Beneficiile și daunele potențiale ale acestor intervenții non-medicale sunt neclare.

Prin urmare, nu pot fi făcute recomandări pentru nicio intervenție specifică non-medicală (Medicina tradițională chineză, nutriție, electroterapie, acupunctură, fizioterapie, exerciții fizice și intervenții psihologice) pentru a reduce durerea, a îmbunătăți starea generală de bine sau a îmbunătăți șansele de a rămâne însărcinată. Puteți cere medicului dumneavoastră să vă ofere informații suplimentare despre aceste strategii non-medicale.



Endometrioza la adolescent

Endometrioza este în principal o boală a femeilor de vârstă reproductivă, care se află între menarhe (prima menstruație în timpul pubertății) și menopauză. În ultimii ani endometrioza la adolescenți a fost recunoscută ca o problemă dificilă în ginecologie.

Care sunt semnele și simptomele endometriozei la adolescenți?

Semnele și simptomele pot fi diferite la adolescenți în comparație cu femeile adulte.

La adolescenți, următoarele simptome pot indica endometrioza:

- simptome de durere pelviană cronică sau aciclică, în special combinată cu greață, perioade menstruale dureroase (dismenoree), dureri de golire a intestinului (dischezie) sau vezicii urinare (disurie), durere în timpul sau după actul sexual (dispareunie),
- dureri pelviene ciclice,
- absenteism (ciclic) de la școală

Dacă ai unul sau mai multe dintre aceste simptome și îți provoacă durere (severă), ar trebui să mergi la medic și să-i ceri să ia în considerare endometrioza. Durerea severă poate fi măsurată prin faptul că nu îți desfășori activitățile zilnice normale (fără a lua medicamente pentru durere).

Cum ar trebui diagnosticată endometrioza la adolescenți?

Calea de diagnosticare a endometriozei este similară la adolescenți în comparație cu adulții, cu excepția faptului că unele examinări și/sau teste nu sunt adecvate.

Medicul ar trebui să discute cu tine și cu aparținătorul tău despre acceptabilitatea examinării vaginale și/sau rectale. Te rugăm să informezi medicul dacă nu te simți confortabil pentru a continua examinarea.



Se recomanda ecografie transvaginală. Dacă scanarea transvaginală nu este adecvată (paciente virgine), se poate lua în considerare scanarea RMN, transabdominală, transperineală sau transrectală.



Cum ar trebui tratată endometrioza la adolescenți?

Pe baza eficacității și a efectelor secundare unele tratamente medicale pot fi mai adecvate la adolescenți.

Prima linie de tratament la adolescenții cu endometrioza sunt contraceptivele hormonale sau progestative. Dacă tratamentul de primă linie nu rezolvă simptomele, pot fi utilizați antiinflamatoare nesteroidiene sau agoniști GnRH. Chirurgia (și tratamentul postoperator) este și ea o opțiune la adolescenți, dar trebuie avut în vedere că simptomele/boala pot recidiva.



Menopauza și endometrioza

Menopauza este momentul în care femeile încetează să aibă menstruație. Este un proces natural la femeile de aproximativ 50 de ani.



Figura 7. Menopauza

Cum ar trebui tratată endometrioza la femeile aflate în postmenopauză?

Simptomele endometriozei pot exista în continuare, chiar și după menopauză. Au existat studii limitate privind tratamentul endometriozei după menopauză..

Dacă ai semne sau dureri de la endometrioza după menopauză, tratamentul chirurgical poate fi o opțiune. Dacă intervenția chirurgicală nu este fezabilă, inhibitorii de aromatază pot fi de ajutor.



Dacă ai semne sau dureri de la endometrioza după menopauză, tratamentul chirurgical poate fi o opțiune. Dacă intervenția chirurgicală nu este fezabilă, inhibitorii de aromatază pot fi de ajutor.?

Unele femei nu au probleme în timpul menopauzei, în timp ce altele suferă de simptome tipice ale menopauzei, cum ar fi bufeuri, transpirații nocturne, probleme vaginale și urinare, schimbări de dispoziție, osteoporoză (scăderea densității osoase). Aceste simptome sunt cauzate de un nivel scăzut de estrogen. Pentru femeile cu simptome de menopauză, există tratamente medicale (tratamentul hormonal de menopauză numit anterior terapie de substituție hormonală) pentru a reduce simptomele și disconfortul de la menopauză. Terapia numai cu estrogeni nu este recomandată dacă ai antecedente de endometrioza.

Problema femeilor cu endometrioza este că terapia de substituție hormonală ar putea avea un efect negativ asupra endometriozei. Nu există dovezi solide de durere sau reapariție a bolii la femeile cu endometrioza care iau medicamente pentru simptomele menopauzei, dar este o posibilitate..

Tratamentul cu hormoni de menopauză (THM) poate fi utilizat pentru ameliorarea simptomelor menopauzei.

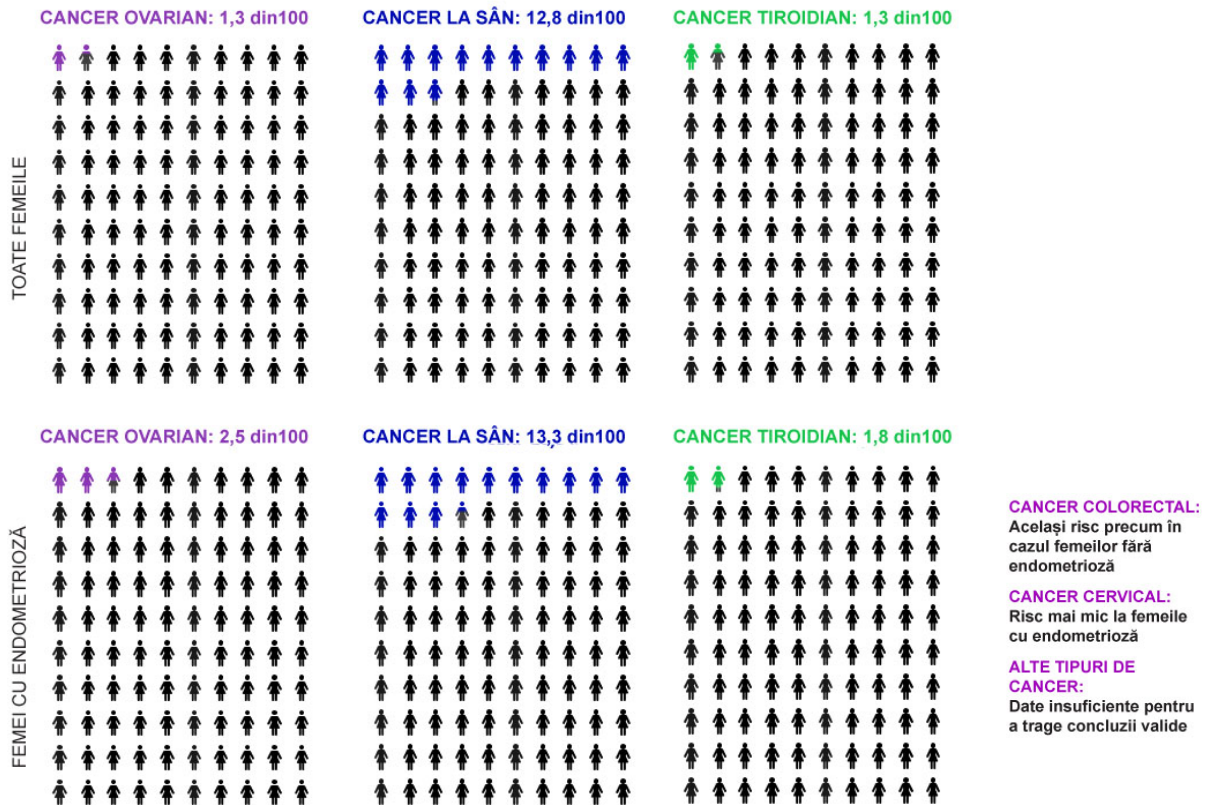


Endometrioza și cancerul

Multe femei cu endometrioză sunt îngrijorate de riscul lor de a dezvolta cancer. Mai mulți cercetători au investigat dacă femeile cu endometrioză au un risc crescut de a dezvolta cancer în comparație cu femeile fără endometrioză.

Rezultatele acestor studii pot fi rezumate după cum urmează:

Riscul unei femei de a face cancer de-a lungul întregii vieți



Din toate aceste studii, puteți fi liniștită cu privire la riscul de a dezvolta cancer.

Nu există informații despre cum să reduceți riscul de cancer la femeile cu endometrioză sau la femeile fără endometrioză, dar poți încerca să aplici câteva măsuri generale de prevenire a cancerului:

- evita fumatul
- menține o greutate sănătoasă
- fă sport regulat
- adoptă o dietă echilibrată cu aport mare de fructe și legume și aport redus de alcool
- folosește protecție solară



Nu este nevoie de screening sistemic pentru cancer, cu excepția cazului în care ai factori de risc suplimentari, cum ar fi antecedente familiale de cancer. Te rugăm să discuți cu medicul tău despre necesitatea screeningului cancerului.



Unde pot găsi mai multe informații sau asistență?

Informații mai detaliate despre fiecare dintre subiectele din această broșură pot fi găsite în ediția pentru clinicieni a ghidului de pe site-ul web ESHRE. (<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline>).

Pentru informații sau asistență mai detaliate, poți contacta medicul sau o organizație locală de pacienți ([Asociația Eu și Endometrioza](#)).

Pentru detaliile de contact ale organizațiilor naționale de pacienți pentru infertilitate, te poți adresa medicului tău sau contacta [Fertility Europe \(www.fertilityeurope.eu\)](http://www.fertilityeurope.eu)

Despre această broșură

Această broșură își propune să implice pacienții în îmbunătățirea asistenței medicale, asigurându-le informații cu privire la standardele actuale de îngrijire și permițându-le să ia decizii informate cu privire la sănătatea lor, susținute de cele mai bune dovezi disponibile.

Cum a fost elaborată această broșură

Această broșură a fost pregătită dintr-o versiune anterioară (2013) de către expertul metodologic ESHRE, președintele grupului de orientare și reprezentanții pacienților. Toate informațiile furnizate se bazează pe recomandările din ghidul ESHRE privind endometrioza, care este disponibil la adresa <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline>.

Traducerea în limba română a fost realizată cu ajutorul Asociației Eu și Endometrioza (Clarisa Iordache și Andreea Dima).

Cine a dezvoltat ghidul ESHRE?

Ghidul ESHRE privind endometrioza a fost elaborat de un grup multidisciplinar de dezvoltare a ghidurilor, care include ginecologi, chirurghi, specialiști în fertilitate și 2 reprezentanți ai pacienților.

Christian Becker	<i>Chair of Endometriosis Guideline Group; Endometriosis CaRe Centre Oxford, Nuffield Department of Women's and Reproductive Health, University of Oxford, UK</i>
Femke Jansen	<i>Patient representative; EndoHome – Endometriosis Association Belgium, Belgium</i>
Kathleen King	<i>Patient representative; Individual endometriosis advocate, Ireland</i>
Nathalie Vermeulen	<i>Methodological expert; European Society of Human Reproduction and Embryology, Belgium</i>
Attila Bokor	<i>Semmelweis University, Department of Obstetrics and Gynecology, Budapest, Hungary</i>
Oskari Heikinheimo	<i>Department of Obstetrics & Gynecology, University of Helsinki and Helsinki University Hospital, Helsinki, Finland</i>
Andrew Horne	<i>EXPPECT Centre for Endometriosis and Pelvic Pain, MRC Centre for Reproductive Health, University of Edinburgh, Edinburgh, UK</i>
Ludwig Kiesel	<i>Department of Gynecology and Obstetrics, University Hospital Muenster, Muenster, Germany</i>
Marina Kvaskoff	<i>Paris-Saclay University, UVSQ, Univ. Paris-Sud, Inserm, Gustave Roussy, "Exposome and Heredity" team, CESP, F-94805, Villejuif, France</i>
Annemiek Nap	<i>Department of Gynaecology and Obstetrics, Radboudumc, Nijmegen, The Netherlands</i>
Katrine Petersen	<i>Pain Management Centre, UCLH, London, UK</i>
Ertan Saridogan	<i>University College London Hospital, London, UK and Elizabeth Garrett Anderson Institute for Women's Health, University College London, London, UK</i>



Carla Tomassetti *University Hospitals Leuven, Dept. Obstetrics and Gynaecology, Leuven University Fertility Center, Belgium; KU Leuven, Faculty of Medicine, Dept. Development and Regeneration, LEERM (Lab of Endometrium, Endometriosis and Reproductive Medicine), Leuven, Belgium*

Nehalennia van Hanegem *University Medical Center Utrecht, The Netherlands*

Nicolas Vulliemoz *Fertility Medicine and Gynaecological Endocrinology, Department Woman Mother Child, Lausanne University Hospital, Lausanne, Switzerland*



Glosar (explicația termenilor medicali sau de cercetare)

Ablația - Îndepărtarea țesutului bolnav sau nedorit prin intervenție chirurgicală sau alte mijloace

Terapie suplimentară - Terapia hormonală pentru a minimiza efectele secundare ale medicamentelor care suprimă estrogenul (cum ar fi acetatul de leuprolidă); terapia suplimentară reduce de obicei bufeurile și ajută la prevenirea pierderii osoase.

Aderențe - Benzi de țesut cicatricial fibros

Stimularea ovariană - Tratament farmacologic în care ovarele unei femei sunt stimulate pentru a induce dezvoltarea multiplilor foliculi ovarieni pentru a obține mai multe ovocite la aspirația foliculară.

Diagnostic cert - Un diagnostic care a fost absolut confirmat

Dischezia - Defecare dureroasă sau dificilă

Dismenoree - Durere severă în abdomenul inferior sau spate, uneori împreună cu greață, depresie și cefalee, direct înainte și/sau în timpul menstruației

Dispareunie - Dureri genitale recurente sau persistente direct înainte, în timpul sau la scurt timp după coit (raport sexual).

Embrion - Un ou fecundat.

Endometriom - Un chist endometrial care conține sânge vechi și endometru.

Endometru - Stratul de țesut care căptușește uterul. În timpul ciclului menstrual, endometrul crește până la un strat de țesut glandular gros, bogat în vase de sânge. Principala sarcină a endometrului este să accepte implantarea ovulului fertilizat care cade în cavitatea uterină la câteva zile după ovulație și să hrănească celulele care se divid în primele etape ale sarcinii.

Estrogen - Un hormon sexual feminin produs prin dezvoltarea ovulelor în ovare, care stimulează dezvoltarea caracteristicilor sexuale feminine.

Excizie - Îndepărtarea țesutului chirurgical. (sinonim al rezecției)

Problema de fertilitate - În cazul în care nu rezultă nicio sarcină pentru un cuplu după 2 ani de act sexual neprotejat obișnuit (cel puțin la fiecare 2 până la 3 zile).

Sângerări menstruale abundente - Menstruație anormal de grea și prelungită la intervale regulate.

Hormon - O moleculă care este produsă de un țesut și transportată în fluxul sanguin către alt țesut pentru a provoca un efect biologic.

Fertilizare în vitro (FIV) - O tehnică prin care ovulele sunt colectate de la o femeie și fertilizate cu spermatozoizii unui bărbat în afara corpului. De obicei, unul sau doi embrioni rezultați sunt apoi transferați în uter. Dacă una dintre ele se atașează cu succes, rezultă o sarcină.



Infertilitate - Starea de a nu fi fertil și de a nu putea rămâne însărcinată. Definiția clinică a infertilității: o boală a sistemului reproducător definită prin eșecul de a obține o sarcină clinică după 12 luni sau mai mult de act sexual regulat neprotejat

Inseminare intrauterină (IUI) - O tehnică de introducere a spermei în pântecul unei femei prin colul uterin

Injecția intracitoplasmatică a spermei (ICSI) - O variație a FIV în care un singur spermatozoid este injectat într-un ovul.

Laparoscopie - O operație „gaura cheii” în care chirurgul folosește un sistem telescopic cu diametru mic, numit laparoscop, pentru a examina sau opera o zonă din pelvisul unei femei. Realizat sub anestezie generală.

Laparotomie sau intervenție chirurgicală deschisă - Deschiderea cavității abdominale cu o incizie făcută cu bisturiul

Leziuni - Zone cu țesut anormal sau boală

Reproducerea umană asistată (RUA) - Denumirea tratamentelor care permit oamenilor să conceapă prin alte mijloace decât actul sexual. Tehnicile de reproducere umană asistată includ inseminarea intrauterină (IUI), fertilizarea în vitro (FIV), injecția intracitoplasmatică de spermă (ICSI), inseminarea la donator și donarea de ovule.

Menstruație - Secreția lunară din uter; este formată din sânge și endometru desprins din mucoasa uterului.

Menoragie - Menstruație anormal de grea și prelungită la intervale regulate. (Sinonim pentru sângerare menstruală abundentă)

Ciclu natural FIV - O procedură FIV în care unul sau mai multe ovocite sunt colectate din ovare în timpul unui ciclu menstrual spontan, fără consumul de droguri.

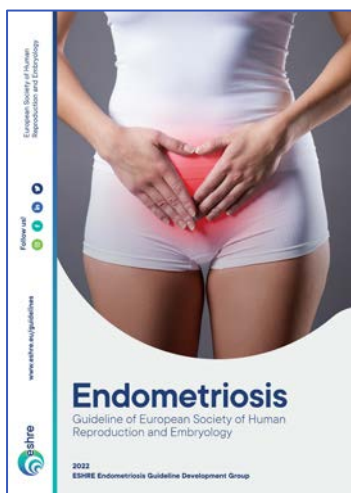
Ovar - Un organ din pelvisul femeilor care conține ouă.

Progesteron - Un hormon produs de ovar, dar numai dacă a avut loc ovulația (după ce ovulul este eliberat). Acțiunea sa este de a pregăti endometrul pentru implantarea embrionului.

Studii clinice randomizate - „Standardul de aur” al dovezii medicale a eficacității relative a unui tratament față de alt tratament sau a nu folosi nimic (placebo). Pacienții cu o boală și care sunt similari între ei în majoritatea celorlalte aspecte (cum ar fi vârsta, înălțimea, greutatea, durata bolii și severitatea bolii) sunt repartizați într-un grup de tratament sau altul prin randomizare. Pacienții sunt supuși unui tratament și sunt urmăriți o anumită perioadă de timp pentru a vedea dacă există vreo diferență în rezultatele tratamentelor studiate.

Ultrasunete - Unde sonore de înaltă frecvență utilizate pentru a furniza imagini ale corpului, țesuturilor și organelor interne.





Documentul sursă

ESHRE Guideline Endometriosis (2022).

<https://www.eshre.eu/Endometriosis-guideline>

Figuri

Figura 1. Endometrioza Blausen.com staff (2014). "Medical gallery of Blausen Medical 2014". Wiki Journal of Medicine 1 (2).DOI:10.15347/wjm/2014.010. ISSN 2002-4436

Figura 2. Ciclul menstrual MenstrualCycle3.png From Wikimedia Commons, the free media repository

Figura 3. Exemple de clasificare schematică a extinderii și localizării endometriozei, adaptată de la Revised American Society for Reproductive Medicine Classification of Endometriosis (1996).

Figura 4. Simptomele endometriozei

Figura 5. Medicație împotriva durerii. Imagine de Miguel Á. Padriñán from Pixabay

Figura 6. Acupunctură. Imagine de Jorge Paredes from Pixabay

Figura 7. Menopauză de Nick Youngson CC BY-SA 3.0 Pix4free

Disclaimer

The European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) developed the current information booklet for patients based on the clinical practice guideline. The aim of clinical practice guidelines is to aid healthcare professionals in everyday clinical decisions about appropriate and effective care of their patients.

This booklet is in no way intended to replace, dictate, or fully define evaluation and treatment by a qualified physician. It is intended solely as an aid for patients seeking general information on issues in reproductive medicine.

ESHRE makes no warranty, express or implied, regarding the clinical practice guidelines or patient information booklets and specifically excludes any warranties of merchantability and fitness for a particular use or purpose. ESHRE shall not be liable for direct, indirect, special, incidental, or consequential damages related to the use of the information contained herein. While ESHRE makes every effort to compile accurate information and to keep it up to date, it cannot, however, guarantee the correctness, completeness and accuracy of the guideline or this booklet in every respect.

The information provided in this document does not constitute business, medical or other professional advice, and is subject to change.

This version entails a translation of an original ESHRE® document – as fully referred to on the title page of this document. If any questions arise related to the accuracy of the information contained in the translation and/or its scientific value, please refer to the original ESHRE® document. Any discrepancies or differences created in the translation are not binding to ESHRE® and shall have no legal effect for compliance or enforcement purposes. The English version, being the language in which the original ESHRE® document is published, shall always prevail.

Copyright © European Society of Human Reproduction and Embryology - All rights reserved

The content of these ESHRE guidelines has been published for personal and educational use only. No commercial use is authorised. No part of the ESHRE guidelines may be translated or reproduced in any form without prior written permission of the ESHRE communications manager.

