

LBRIS

We know
books

Marina Rășnoveanu

DRUMUL TĂU SPRE ECHILIBRU

ENDOMETRIOZA:

cum să îți înțelegi corpul, să reduci simptomele
și să îți recapeți calitatea vieții



NICULESCU

Cuprins

Cuvânt-înainte.	5
Introducere	7
PARTEA ÎNTÂI	
Înțelegerea medicală a endometriozei.	13
Capitolul 1	
Ce este endometrioza și de ce ea nu se limitează la menstruație	15
Capitolul 2	
Care sunt cauzele endometriozei	20
Capitolul 3	
Cum recunoști simptomele endometriozei	25
Capitolul 4	
Cercetarea medicală și endometrioza.	31
Capitolul 5	
Medicamente convenționale pentru tratarea endometriozei	36
Capitolul 6	
Opțiuni chirurgicale	40
Capitolul 7	
Endometrioza și infertilitatea	44
Capitolul 8	
Alegerea echipei medicale potrivite	51
Capitolul 9	
Experiența mea: diagnostic, RMN cu protocol pentru endometrioză, examinarea hidro-colono-CT și operațiile realizate.	56

Capitolul 10

Sănătatea generală în contextul endometriozei.

Ce trebuie să ai mereu în vedere 60

Capitolul 11

Când endometrioza persistă după menopauză 64

Interviu cu dr. Voicu Simedrea, medic primar

obstetrică-ginecologie, specialist în endometrioză 67

PARTEA A DOUA

Abordări integrative și naturale în endometrioză 75

Capitolul 1

Suplimentele naturale care ar putea fi de ajutor în endometrioză. 79

Capitolul 2

Alimentația și endometrioza. 111

Capitolul 3

Ceaiuri care pot fi benefice în endometrioză. 119

Capitolul 4

Dominanța estrogenică și efectele asupra femeilor cu endometrioză . . . 123

Capitolul 5

Disruptorii endocrini și efectele asupra femeilor cu endometrioză 129

Capitolul 6

Alcoolul și endometrioza. 134

Capitolul 7

Sportul și endometrioza 139

Capitolul 8

Cafeaua și endometrioza 145

Capitolul 9

Dincolo de bazele clasice – terapii alternative pentru endometrioză. 149

Capitolul 10

Abordări naturale pentru gestionarea

sângerărilor și a spottingului 156

Capitolul 11

Terapia durerii în endometrioză 161

Capitolul 12

Construirea propriului plan de management al endometriozei 165

Capitolul 13

Plan de alimentație pentru endometrioză.

15 zile de echilibru + rețete personale 170

Interviu cu dr. Cristina Toader, medic specialist în diabet,
nutriție și boli metabolice 175

PARTEA A TREIA

Echilibrul emoțional în endometrioză 181

Capitolul 1

Dimensiunea emoțională a endometriozei 183

Capitolul 2

Rugăciune, credință și mindset 187

Capitolul 3

Cu compasiune și prudență: reflecții pentru terapeuți și consilieri 190

Interviu cu Georgiana Cristina Grigore, psiholog,
facilitator de constelații familiale și sistemice 192

PARTEA A PATRA

Lecții de viață, curaj și vindecare 201

Interviuri cu femei care trăiesc cu endometrioză –
un capitol pentru paciente, medici și comunitate 203

În loc de încheiere 227

O scrisoare către adolescența/tânăra cu endometrioză 229

O scrisoare către cititoare 231

Întrebări frecvente (FAQ) 233

Interviuri utile realizate de mine cu o serie de specialiști în domeniu 237

Bibliografie generală 239

Rețetele mele din dieta pentru endometrioză 241

Capitolul 1

Ce este endometrioza și de ce ea nu se limitează la menstruație

Endometrioza este o afecțiune cronică inflamatorie, hormonodependentă, în care un țesut asemănător endometrului, mucoasa care căptușește interiorul uterului, crește în afara lui, acolo unde nu ar trebui să se afle. Din punct de vedere medical, este recunoscută ca o boală complexă, ale cărei efecte pot depăși sfera aparatului reproducător, afectând întregul organism.

Endometrioza nu este limitată la organele reproductive. Ea poate influența digestia, urinarea, funcția sexuală, fertilitatea, starea de spirit și calitatea vieții. Și nu este „doar o menstruație dureroasă”.

Pentru a descrie endometrioza, medicina folosește mai multe sisteme de clasificare. Cel mai cunoscut este sistemul Societății Americane de Medicină Reproductivă (rASRM). În clasificarea rASRM, endometrioza este împărțită în patru stadii: **stadiul I (minim)** – leziuni puține și superficiale; **stadiul II (ușor)** – leziuni mai numeroase, dar încă superficiale; **stadiul III (moderat)** – leziuni mai profunde, asociate cu chisturi ovariene (endometrioame) și aderențe; **stadiul IV (sever)** – forme extinse, cu leziuni profunde, endometrioame mari și aderențe dense, uneori până la aspectul de „pelvis înghețat”.

Totuși, un lucru esențial trebuie înțeles: stadiul bolii nu corespunde întotdeauna intensității simptomelor avute. O femeie cu endometrioză în stadiul I poate avea dureri severe, în timp ce o altă femeie, aflată în

stadiul IV, poate avea simptome puține sau chiar absente. Din acest motiv, clasificarea propusă mai înainte este utilă, dar nu spune întreaga poveste.

Pentru formele profunde ale bolii, medicii folosesc tot mai des și clasificarea ENZIAN, care descrie mai exact unde se află leziunile și cât de extinse sunt. Spre deosebire de sistemul rASRM, clasificarea ENZIAN nu se bazează în primul rând pe ideea de „stadiu” general, ci pe o hartă anatomică a bolii.

În acest sistem, endometrioza profundă este descrisă în funcție de mai multe compartimente:

- **A** – septul rectovaginal și vaginul;
- **B** – ligamentele uterosacrate, ligamentele cardinale și pereții laterali ai pelvisului;
- **C** – rectul și zona rectosigmoidiană.

În plus, clasificarea poate nota și alte localizări importante:

- **P** – peritoneu;
- **O** – ovare;
- **T** – aderențe tubo-ovariene;
- **F** – alte localizări, cum ar fi vezica urinară, ureterele, intestinul situat mai sus de rect, adenomioza sau alte zone extragenitale.

Pentru fiecare dintre aceste zone, extinderea leziunilor este apreciată prin grade de mărime:

- **gradul 1** – leziuni mici, sub 1 cm;
- **gradul 2** – leziuni între 1 și 3 cm;
- **gradul 3** – leziuni mai mari de 3 cm.

Astfel, clasificarea ENZIAN nu oferă doar o idee generală despre severitatea bolii, ci și o imagine mult mai precisă a localizării ei, lucru util mai ales pentru planificarea tratamentului și a intervenției chirurgicale.

Chiar și așa, niciun sistem de clasificare nu este perfect. În prezent, nu există un standard unic care să surprindă complet complexitatea endometriozei, relația dintre leziuni și durere sau impactul real asupra fertilității și a calității vieții. Cu alte cuvinte, endometrioza nu poate fi redusă la un simplu stadiu sau scor.

În practică, multe femei au combinații de forme ale bolii, iar ceea ce se vede la imagistică sau în timpul operației nu explică întotdeauna pe deplin ceea ce simt ele. Tocmai această lipsă de corespondență este unul dintre motivele pentru care endometrioza poate fi atât de greu de diagnosticat, înțeles și tratat.

De ce diagnosticul este adesea întârziat

Studiile au raportat frecvent întârzieri diagnostice de mai mulți ani, adesea în jur de 7-10 ani, deși valorile diferă între populații, precum și între studiile mai vechi și cele mai recente. Cel puțin acestea erau statisticele atunci când am fost eu diagnosticată cu această boală. Sper ca între timp datele să se mai fi schimbat.

Există mai multe motive pentru aceste întârzieri:

- **Normalizarea simptomelor:** Menstruațiile dureroase sunt adesea considerate „normale”, mai ales în cazul adolescentelor. Multora li se spune „să reziste”, „așa e să fii femeie”, „va fi mai bine după ce vei naște un copil”.
- **Lipsa de informare din rândul medicilor:** Nu toți ginecologii sunt instruiți să recunoască endometrioza, în special când simptomele nu sunt strict ginecologice (precum cele digestive sau urinare).
- **Suprapunerea cu alte afecțiuni:** Simptomele specifice endometriozei pot fi confundate cu sindromul de colon iritabil (IBS), cistita interstițială sau boala inflamatorie pelvină, iar uneori sunt atribuite greșit anxietății ori depresiei.
- **Limitările diagnostice:** Diagnosticul cert necesită adesea o intervenție laparoscopică – pe care mulți medici ezită să o recomande fără niște dovezi puternice.

Asta este ceea ce spun cele mai multe articole pe care le vei găsi online. Totuși, eu nu sunt de acord cu ele și dovada sunt multe cercetări în domeniu. În cadrul unor studii sau conferințe despre endometrioza, s-a afirmat clar că astăzi multe forme ale acestei boli, în special endometrioamele ovariene și endometrioza profund infiltrativă, pot fi identificate prin ecografie transvaginală efectuată de un

specialist cu experiență în endometrioză. Totuși, formele superficiale pot rămâne nedetectabile imagistic. Sunt convinsă că nu va mai dura mult timp până când consensul oficial și general se va modifica și el, dacă nu s-a schimbat deja oficial, dar nu este foarte cunoscut.

- **Prejudcățile de gen în medicină:** Durerea femeilor este adesea subestimată sau tratată superficial. Studiile au arătat că acestea sunt mai frecvent diagnosticate greșit, ignorate sau li se spune că simptomele lor sunt de natură psihologică.

Astfel de întârzieri pot avea asupra pacientelor cu endometrioză consecințe de durată: fizice, emoționale și reproductive.

NOTĂ PERSONALĂ

Informațiile prezentate în această secțiune au fost atent documentate și structurate, însă medicina este un domeniu într-o continuă evoluție. Între specialiști pot exista diferențe de abordare, iar unele informații pot fi actualizate în timp. De aceea, acest capitol (ca și cele care urmează) nu înlocuiește un consult medical, ci îți propune să ofere un cadru de înțelegere și de orientare.

Un material deosebit de valoros este și interviul realizat cu dr. Voicu Simedrea, unul dintre cei mai cunoscuți specialiști în endometrioză din România, pe care îl vei găsi la sfârșitul acestei părți a cărții.

Resurse și referințe:

American College of Obstetricians and Gynecologists („Colegiul American al Obstetricienilor și Ginecologilor”) (ACOG), <https://www.acog.org/>

„Dr. Voicu Simedrea: «E timpul ca România să nu mai negligeze endometrioza, o boală cronică foarte gravă!»”, <https://www.garbo.ro/articol/Sanatate/21058/dr-voicu-simedrea-endometrioza-o-boala-cronica-grava.html>

Endometriosis UK, <https://www.endometriosis-uk.org/>

Giudice, L.C., „Clinical practice: Endometriosis”, *New England Journal of Medicine*, 2010, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20573927/>

- Johnson, N.P., Hummelshoj, L., „Consensus on current management of endometriosis.”, *Human Reproduction*, 2013, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23528916/>
- Lee, S.-Y., Koo, Y.-J., Lee, D.-H., „Classification of endometriosis”, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7787892/>
- Mishra, A., Deepak Modi, D., „A Primer on Clinical Classification and Pathophysiology of Endometriosis”, <https://fertilityscienceresearch.org/a-primer-on-clinical-classification-and-pathophysiology-of-endometriosis/>
- Organizația Mondială a Sănătății (OMS), <https://www.who.int/>
- Petraglia, F., Vannuccini, S., Santulli, P., Marcellin, L., Chapron, C., „An update for endometriosis management: a position statement”, *ScienceDirect*, 2024, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2949838424000045>
- Sharma, M., Varma, A., Pandya, M., „The ENZIAN Classification: A Comprehensive Framework for Understanding Deep Endometriosis”, <https://crimsonpublishers.com/igrwh/pdf/IGRWH.000614.pdf>

Capitolul 2

Care sunt cauzele endometriozei

Unul dintre cele mai frustrante aspecte ale endometriozei este că, și după decenii de cercetare, tot nu se știu exact cauzele ei. Spre deosebire de alte boli care au origini clare, endometrioza rămâne o afecțiune complexă și misterioasă. Cercetătorii cred că o combinație de factori genetici, hormonal, imunologici și de mediu contribuie la apariția ei.

Înțelegerea acestor teorii te poate ajuta să cunoști mai bine opțiunile de tratament, să pui întrebări informate și să realizezi că afecțiunea ta este reală.

Teorii privind originea bolii

Există mai multe teorii științifice care încearcă să explice modul în care se dezvoltă și apare în afara uterului țesutul asemănător endometrului. Niciuna însă nu explică toate cazurile, dar fiecare oferă o piesă din puzzle.

1. Menstruația retrogradă

Propusă pentru prima dată de dr. John Sampson în anii 1920, această teorie sugerează că sângele menstrual curge înapoi prin trompele uterine în cavitatea pelvină, în loc să iasă din corp. Unele dintre celulele sau fragmentele tisulare ajunse acolo ar putea contribui la formarea de leziuni asemănătoare endometrului.

Limitări: Menstruația retrogradă pare să fie frecventă la multe femei care au menstruație, însă doar un mic procent dezvoltă endometrioză. Așadar, această teorie nu poate explica tot ce se întâmplă.

2. Metaplazia celomică

Această teorie spune că unele celule din interiorul abdomenului, în special cele care căptușesc peritoneul (stratul subțire ce acoperă organele), se pot schimba și pot deveni celule asemănătoare mucoasei uterine. O asemenea transformare e posibil să apară atunci când există inflamație sau influențe hormonale. Celulele astfel modificate se comportă ca și cum ar fi endometru și pot duce la apariția endometriozei.

3. Teoria celulelor stem

Unii cercetători cred că endometrioza poate apărea din celulele stem, celule „de bază” ale corpului, care au capacitatea de a se transforma în diferite tipuri de țesut. Aceste celule ar putea proveni fie din măduva osoasă, fie chiar din mucoasa uterină (endometru). Ele pot circula prin sânge sau prin sistemul limfatic și, odată ajunse în alte părți ale corpului, se pot „lipi” acolo și transforma într-un țesut asemănător endometrului.

Această teorie ar putea explica de ce uneori endometrioza apare și în locuri neașteptate, aflate în afara zonei pelvine.

4. Disfuncția imunitară

Mulți experți cred astăzi că un sistem imunitar dereglat joacă un rol central. În mod normal, sistemul imunitar ar trebui să limiteze supraviețuirea și implantarea acestor celule sau a fragmentelor tisulare în locuri ectopice. La persoanele cu endometrioză, un asemenea proces poate eșua, permițând implantarea și dezvoltarea lor.

Unii cercetători consideră că endometrioza are trăsături imunologice care amintesc de bolile autoimune, fără ca aceasta să fie clasificată în prezent drept afecțiune autoimună.

5. Predispoziția genetică

Studiile sugerează că endometrioza apare mai frecvent în cadrul aceleiași familii. Dacă mama sau sora ta are această boală, riscul tău de a face

această boală crește semnificativ. Cercetătorii au identificat mai multe variații genetice asociate cu o probabilitate mai mare de a dezvolta endometrioză, deși harta genetică completă este încă în studiu.

6. Factorii de mediu

Există un interes tot mai mare față de modul în care substanțele chimice care dereglează sistemul endocrin, precum dioxinele, BPA-ul și anumite pesticide, au fost investigate ca posibili factori asociați cu un risc crescut de a suferi de endometrioză. Aceste substanțe pot perturba echilibrul hormonal, răspunsul imunitar și inflamația, toate implicate în această afecțiune.

Deși nu avem încă o imagine completă, se crede că expunerile de mediu joacă cel puțin un rol de sprijin în declanșarea sau agravarea bolii la persoanele cu predispoziție genetică.

Dezbateri științifice actuale

În ciuda deceniilor de cercetare, nu există încă o teorie unificatoare care să explice cauzele endometriozei, iar acest lucru influențează modul în care boala este înțeleasă și tratată.

Iată câteva dintre întrebările și controversele aflate încă în dezbateri:

- **Este endometrioza o singură boală sau ea reprezintă mai multe afecțiuni?** Unii cercetători consideră că leziunile peritoneale superficiale, boala profund infiltrativă și endometrioamele pot avea cauze, evoluții și nevoi de tratament diferite.
- **Este o tulburare hormonală, imunologică sau ambele?** Modelul vechi vedea endometrioza ca o boală „alimentată” de estrogen. Teoriile mai recente sugerează că ar putea fi la fel de mult o afecțiune imunologică și inflamatorie și poate chiar una cu trăsături autoimune.
- **De ce unele persoane cu endometrioză nu au dureri?** Acest aspect este încă puțin înțeles. Durerea poate depinde nu doar de localizarea leziunilor, ci și de modul în care sistemul nervos răspunde,

de adâncimea invaziei țesutului și de particularitățile fiecărui individ în procesarea durerii.

- **Cum o putem preveni?** În prezent, nu există metode cunoscute de prevenție, în parte pentru că originea bolii este încă incertă. Totuși, înțelegerea factorilor de risc genetici și de mediu ar putea, în viitor, să ajute la identificarea mai timpurie a persoanelor predispușe să dezvolte această afecțiune.

În concluzie, endometrioza nu este cauzată de un singur factor. Cel mai probabil, ea rezultă din mai mulți factori suprapuși. Complexitatea acestei boli este reală, iar știința încă încearcă să țină pasul cu ea.

NOTĂ PERSONALĂ

Ce cred că a contribuit la apariția endometriozei în cazul meu

Privind înapoi la anii copilăriei, cred că mai mulți factori au contribuit la dezvoltarea endometriozei mele. În primul rând, mereu am simțit că sistemul meu imunitar a fost destul de slăbit încă de la început. În primii ani de viață, am avut neșansa de a locui într-un apartament cu o pată de igrasie. Am stat acolo până la vârsta de 7 ani și, în acel timp, am răcit frecvent. Mi s-au administrat antibiotice în mod repetat, nu pentru că mama și-ar fi dorit asta, ci fiindcă un medic a speriat-o la un moment dat spunându-i că, fără ele, starea mea s-ar putea complica serios. Este posibil ca antibioticele, luate în mod repetat, să fi influențat microbiota intestinală, deși nu pot ști dacă acest lucru a avut vreo legătură cu endometrioza mea.

În clasa a treia, când aveam în jur de 10 ani, am fost operată de apendicită. Chirurgul i-a spus atunci mamei mele că operația a fost mai complicată decât se aștepta, deoarece în cavitatea abdominală a găsit niște aderențe. La vremea aceea, mama nu l-a crezut, dar acum, ca urmare a ceea ce știu, mă întreb dacă acele aderențe nu ar fi putut avea vreo legătură cu un proces inflamator sau, poate, cu o formă timpurie de endometrioză. Asta se întâmpla cu un an înainte să am prima menstruație.

Un alt posibil factor a fost alimentația din copilărie. Apoi există și posibilitatea unui factor genetic. Bunica mea paternă avea simptome care, privind lucrurile retrospectiv, îmi sună a fi foarte similare cu cele ale endometriozei. Ciudat este că mama mea, bunica maternă sau surorile mamei nu au experimentat nimic asemănător.

În ciuda acestor aspecte, în afară de a fi fost diagnosticată cu endometrioză, am fost și sunt o persoană sănătoasă, care nu a avut probleme medicale majore. Așadar, acestea sunt elementele din istoria mea personală care cred că au contribuit, într-un fel sau altul, la apariția endometriozei.

Resurse și referințe:

- American Society for Reproductive Medicine („Societatea Americană de Medicină Reproductivă”) (ASRM) – Resurse despre endometrioză, <https://www.asrm.org/search/?q=endometriosis>
- Endometriosis Foundation of America, <https://www.endofound.org/>
- Endometriosis US, „Endometriosis: Learn More – What causes endometriosis?”, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279503/>
- Sampson, J.A., „Peritoneal Endometriosis Due to Menstrual Dissemination of Endometrial Tissue into the Peritoneal Cavity”, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1927, <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1764010>
- Sasson, I.E., Taylor, H.S. (2008), „Stem cells and the pathogenesis of endometriosis, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1127(1), 106–115, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18443337/>
- Viganò, P., Parazzini, F., Somigliana, E., Vercellini, P., „Endometriosis: epidemiology and aetiological factors”, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2004, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15157637/>
- Zondervan, K.T., Becker, C.M., Missmer, S.A., „Endometriosis”, *New England Journal of Medicine*, 2020, <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1810764>