

## BIP. INFECȚIILE APARATULUI GENITAL. ENDOMETRIOZA.

### Infecțiile aparatului genital

#### Vaginitele

##### Definiție:

- Vaginita: afectarea inflamatorie a vaginului.
- Vulvo-vaginita: vaginită însoțită de inflamația vulvei.

Inflamațiile vaginale se însoțesc frecvent de afectare inflamatorie a colului uterin, situație în care se preferă termenul de cervico-vaginită.

Manifestarea clinică a infecțiilor genitale joase este, în principal, reprezentată de scurgerile vaginale sau leucoree (scurgerea albicioasă sau gălbuie exteriorizată prin orificiul vaginal). Inflamațiile vaginale pot fi determinate de o multitudine de microorganisme, unele care se transmit pe cale sexuală, altele fără transmisie sexuală.

#### Fiziologie

Secreția vaginală fiziologică prezintă o origine dublă - vaginală și cervicală.

**Secreția vaginală.** Mediul vaginal la femeia în activitate genitală este acid. PH-ul de 3,8-4,6, conferă protecție mucoasei, față de majoritatea infecțiilor (excepție fac micozele). Aciditatea rezultă din transformarea glicogenului din celulele mucoasei, în acid lactic. Încărcarea glicogenică a celulelor mucoasei vaginale este estrogenodependentă, iar degradarea glicogenului este cauzată de bacilii Doderlëin.

Descuamarea vaginală intensă se manifestă sub forma unei leucorei puțin abundente, lăptoasă, opalescentă, neaerată. În frotiuri se regăsesc celulele stratului superficial al epiteliului vaginal, dar nu și polimorfonucleare.

*Flora vaginală normală* conține în mod obișnuit peste 50 de specii microbiene: germeni aerobi, micro-aerofili și strict anaerobi.

Microbii întâlniți cu cea mai mare frecvență sunt: Staphylococcus epidermidis, streptococi din grupa B și grupa D (Enterococcus), corinebacterii saprofite, bacili lactici (bacilul Doderlëin), anaerobi din grupele Bacteroides. Din punct de vedere cantitativ, flora anaerobă este dominantă (este de 10 - 10.000 de ori mai numeroasă!).

Flora vaginală normală reprezintă un ecosistem (biotop) dinamic. Există variații importante ale compoziției florei în raport cu vârsta femeii (etapa biologică) și există variații cotidiene în raport cu perioadele ciclului menstrual. Gradul de impregnare estrogenică și eventualele metode contraceptive folosite, se răsfrâng asupra structurii florei. Activitatea sexuală (rapoartele sexuale) influențează de asemenea compoziția florei vaginale.

**Glera cervicală.** Este secretată de către glandele epiteliului cilindric al endocolului.

Din ziua 8-a a ciclului menstrual, cantitatea glerei crește progresiv, până la ovulație.

Devine translucidă, asemănătoare albușului de ou crud și filantă. Pe lamă cristalizează sub formă de frunză de ferigă.

La ovulație glera poate fi destul de abundentă, încât să se exteriorizeze prin vagin și să păteze lenjeria.

Ea are rol esențial în blocarea ascensiunii germenilor, care colonizează vaginul (căile genitale superioare - reprezentate de cavitatea uterină, trompe, ovare - sunt în mod normal lipsite de floră microbială). Glera prezintă dublă acțiune:

- mecanică - ocluzia orificiului cervical, scurgere permanentă dinspre uter spre vagin;
- chimică - prin bogăția sa în enzime, imunoglobuline etc.
-

## **Tricomonaza vaginală**

**Etiologie:** Trichomonas vaginalis, parazit unicelular flagelat, mobil. În mod obișnuit, dar nu exclusiv, transmita are loc pe cale sexuală. Prezența parazitului poate rămâne asimptomatică la bărbat, eventualitate ce reprezintă aproape regula.

### **Simptomatologie:**

Principala manifestare clinică a vaginitei tricomonazice o reprezintă scurgerea spumoasă, aerată, galben-verzuie, fetidă.

PH-ul secreției este în medie de 5,5.

În formele mai severe, pot apare leziuni ale mucoasei vaginale: hiperemie, leziuni papilare (vagin cu aspect "fragă" - strawberry vagina).

Semnele clinice subiective, când sunt prezente, sunt reprezentate de: senzația de prurit, usturimi, dispareunie superficială (la intromisiune).

**Diagnostic** este stabilit prin:

- examinarea la microscop a preparatului proaspăt - o picătură de secreție vaginală careia i se adaugă o picătură de ser fiziologic. Parazitul este recunoscut grație mobilității sale
- examenul microscopic al frotiurilor colorate
- culturi pe medii speciale.

Pe parcursul sarcinii, în 15% din infestările cu Trichomonas este depistată și Candida albicans, asociată.

### **Tratament**

- metronidazol sau tinidazol oral sau intravaginal (2g doză unică. 2x500 mg, sau 3x500 mg, 7 zile)

Tratarea partenerului în tricomoniaza vaginală este obligatorie.

## **Infecția gonococică a căilor genitale joase (Gonoreea)**

**Etiologie:** este produsă de diplococul gram-negativ Neisseria gonorrhoeae.

Este o boală cu transmisie sexuală cu o foarte largă răspândire.

Infecția interesează inițial colul uterin (cervicită) și/sau uretra, iar uneori glandele Bartholin.

### **Simptomatologie:**

- de regulă gonoreea este manifestă clinic la bărbat, dar în schimb este adeseori asimptomatică la femeie (până la 85% din cazuri);

- primele manifestări sunt simptomele uretrale - usturimi la urinat, micțiuni frecvente;

- prin exprimarea uretrei sau a glandelor lui Skene, poate să se obțină o secreție purulentă; uneori meatul este hiperemic, acoperit cu un exudat;

Infecția gonococică ascendentă poate să intereseze trompele, peritoneul. Sunt posibile și septicemia, asociată cu leziuni cutanate, artrite și chiar endocardită gonococică.

### **Diagnostic**

- examinarea frotiurilor diplococ gram-negativ, se prezintă sub forma a două boabe de cafea ce se privesc prin fețele lor concave aglomerate în grămezi intra și extracelulare. Localizarea intracelulară este o caracteristică prin care gonococul se diferențiază de germenii saprofit
- culturi pe medii special, însămânțate imediat după ce a fost făcută prelevarea.

Urmărirea eventualelor asocieri este necesară - în aproape 2/3 din cazuri, gonoreea se asociază cu alte afecțiuni cu transmisie sexuală: tricomoniază (35% din cazuri), chlamydia (30-50%), infecție HPV (20%), herpes genital (6%), sifilis (4%). AgHb este prezent la 3% din femeile cu gonococii.

## **Tratament**

- Penicilina, Cefalosporine, Chinolone  
Tratamentul partenerului este obligatoriu

## **Vaginita candidozică**

**Etiologie:** Candida albicans este o levură ce apare la examenul micro-scopic sub formă de spori și pseudomicelii.

**Incidență:** Candidozele vaginale se întâlnesc cu incidență crescută în o serie de circumstanțe în care este modificat echilibrul biotopului vaginal: administrare de antibiotice, de corticosteroizi sau de citostatice, contracepție orală cu estroprogestative, în sarcină sau diabet. În sarcină incidența este dublă.

**Simptomatologie:** poate fi asimptomatică.

În formele acute, semnele subiective sunt reprezentate de: prurit uneori intens, usturimi, dispareunie. Leucoreea este groasă, cremoasă sau grunjoasă, albicioasă și cu miros fad. La gravide poate fi deosebit de abundentă, formată din grunji albi, într-o secreție apoasă = aspect de "lapte brânzit"

## **Diagnostic**

- examinarea preparatului proaspăt, tratat cu hidroxid de potasiu 10%. Elementele celulare din secreție sunt distruse, devenind vizibile cu ușurință pseudomiceliile și sporii ciupercii;
- frotiuri colorate;
- culturi pe medii speciale - Saburaud, Nickerson.

**Tratament:** local sau oral.

Antifungicele utilizate sunt: - myconazol, clotrimazol, fluconazol, etc

Nu este socotită o boală cu transmitere sexuală, tratarea partenerului se face, dacă prezintă balanită candidozică.

## **Vaginoza bacteriană**

**Etiologie:** este o inflamație a mucoasei vaginale produsă de Gardnerella vaginalis (denumirea mai veche este de Haemophilus vaginalis). Este un cocobacil, facultativ gram-negativ sau gram-pozitiv;

**Simptomatologie:** adeseori prezența Gardnerellei în flora vaginală rămâne asimptomatică, se manifestă doar prin prezența unei leucorei abundente, gri-cenușie. Aspectul este comparat cu al unei paste subțiri de făină. Mirosul este fetid, de pește alterat, care se accentuează după contact sexual.

## **Diagnostic**

Examenul microscopic al preparatului proaspăt permite punerea în evidență a celulelor epiteliale vaginale scuamoase, acoperite de o mulțime de cocobacili. Celulele par a avea marginile "prăfuite" sau aspectul de ghem de ață - "clue cells".

Adăugarea de hidroxid de potasiu 10% picăturii de secreție vaginală aflată pe lamă accentuează mirosul de pește alterat.

## **Tratament**

- Metronidazol sau clindamicină oral sau intravaginal

Nu este socotită o boală cu transmitere sexuală, nu necesită tratarea partenerului

## **Infecția cu Chlamydia**

**Etiologie:** în patologia umană este implicată Chlamydia trachomatis. Agent cu transmisie sexuală și produce: uretrite la ambele sexe, conjunctivite, salpingite la femei și epididimite la bărbați. La nou-născuți determină conjunctivite și pneumonii.

### **Simptomatologie și forme anatomo-clinice:**

- formele inaparente clinic sunt frecvente
- cervicitele muco-purulente reprezintă jumătate din infecțiile cu Chlamydia trachomatis ale femeii. Se caracterizează prin secreție purulentă gălbuie și hiperemia mucoasei colului
- sindromul uretral acut se caracterizează prin polachiurie, disurie, leucociturie, în timp ce uroculturile rămân sterile
- boala inflamatorie pelviană acută și sindromul Fitz-Hugh-Curtis (perihepatită). Salpingitele cu Chlamydia sunt mai puțin zgomotoase clinic, dar obstrucția tubară survine cu o incidență crescută. Perihepatita produsă de Chlamydia (sau de către gonococ) se caracterizează clinic prin tulburări digestive, durere intensă în hipocondrul drept, semne de iritație peritoneală.

### **Diagnostic**

- culturi.
- examinare la microscop, pentru a pune în evidență incluziile celulare.
- determinare antigenul Chlamydia din secreție endocervicală
- determinare ARN Chlamydia din secreție endocervicală

### **Tratament**

- doxycyclina 100 mg de 2 ori/zi, 14 zile sau azitromicina.
- Tratarea partenerului este obligatorie.

## **Infecțiile cu mycoplasme**

**Etiologie:** Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum aparțin categoriei agenților cu transmisie sexuală, iar existența unor parteneri multipli amplifică riscul infecției. Mycoplasmele pot fi implicate și în infecții urinare.

**Simptomatologie:** Mycoplasma poate fi izolată în mod frecvent din vaginul femeilor, în lipsa oricărei simptomatologii. Poate fi identificată la femei cu vulvovaginite, în asociere, de regulă, cu alți germeni patogeni. Ureaplasma poate fi identificată la femei cu boală abortivă, putând fi implicate în infertilitate.

### **Diagnostic**

- culturi din secreție cervicale.

### **Tratament**

- doxyciclină, clindamicină.
- Tratarea partenerului este obligatorie.

## **Boala inflamatorie pelvină**

**Definiție:** Boala inflamatorie pelviană (BIP) denumită și infecție genitală înaltă înglobează un spectru de entități patologice infecțioase care afectează, de cele mai multe ori concomitent uterul, trompele, ovarele, țesutul musculo-conjunctiv al ligamentelor largi (parametrele) și peritoneul pelvian.

**Incidență:** BIP este una dintre cele mai frecvente afecțiuni inflamatorii genitale specifică femeii în afara sarcinii.

Incidența maximă a BIP este raportată la femeia tânără, activă sexual. 10% - 15% din femeile aflate în perioada reproductivă prezintă în istoric un episod BIP

Ridică multiple probleme legate de diagnostic, tratament, consecințele pe termen lung (sechele și mai ales infertilitate) precum și de sănătate publică prin costurile legate de prevenție, tratament mortalitate și morbiditate

### **Forme anatomo-clinice**

- endometrita, miometrita
- salpingita
- abcesele: tubar (piosalpinx) abces tubo-ovarien
- parametrita
- peritonită.

### **Etiopatogenie**

BIP este determinată de ascensiunea germenilor de la nivelul tractului genital inferior la nivelul organelor genitale superioare și peritoneului.

Căile de răspândire a florei pot fi:

- cale de contiguitate colonizând mucoasele (endometrul, mucoasa trompelor, peritoneu)
- cale sanguină sau limfatică în sens centrifug de la nivelul mucoaselor (parametre, peritoneu visceral și vase pelviene).

### **Factori de risc:**

- manevre ginecologice, incluzând inserție de DIU
- modificări hormonale survenite pe parcursul menstruelor care au drept consecință modificarea barierei mucoase și pierderea capacității sale de protecție
- menstruația retrogradă ce favorizează pasajul transtubar și peritoneal al florei
- virulența individuală a germenilor

Flora implicată este în majoritatea cazurilor plurimicrobiană astfel încât în culturile din colul uterin nu se identifică decât rareori un singur germeni.

- o Germeni cu transmisie sexuală (Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma hominis)
- o Germeni care colonizează vaginul (Streptococcus grup B, Proteus, Klebsiella sp, Escherichia coli, Staphylococcus)
- o Alți germeni
  - anaerobi endogeni (Prevotella sp cunoscuți și ca Bacteroides fragilis, Peptostreptococcus sp),
  - Actinomyces israeli
  - Haemophilus influenzae

### **Tabloul clinic al BIP**

Cele mai frecvente simptome care însoțesc BIP sunt:

#### **Durerea**

- debutează precoce
- localizată la nivelul abdomenului inferior
- poate persista și după încetarea episodului acut
- poate fi absentă în 5% dintre cazurile diagnosticate

- intensitatea durerii este variabilă în funcție de asocierea iritației peritoneale dar nu este direct corelată cu gravitatea sau cu posibilele sechele.

**Leucoree:** mucopurulentă în 2/3 din cazurile de infecții cu Gonococ sau C. trachomatis,

**Metroragia** în 40% din cazuri datorată endometritei asociate.

**Febra** întâlnită în 60-80% din cazuri mai ales când există afectare peritoneală sau în infecțiile cu gonococ

**Semne mai rare:**

- tulburările micționale: la 15%. din paciente poate apare polachidisurie
- semnele de iritație peritoneală: grețuri, vărsături, tulburări ale tranzitului intestinal.

**Examenul clinic** poate evidenția:

- sensibilitate spontană și la palpare în etajul abdominal inferior însoțită sau nu de semne de iritație peritoneală (contractură, apărare musculară, semn Blumberg pozitiv) în caz de peritonită
- leucoree cu aspect purulent
- zone erozive la nivelul colului uterin, eventual scurgeri, aspectul modificat, purulent al mucusului cervical
- sensibilitate la palparea și mobilizarea corpului uterin
- sensibilitatea zonelor anexiale, eventual existența la acest nivel a unor formațiuni tumorale dureroase, slab delimitate

## **Diagnostic**

BIP acută poate îmbrăca multiple manifestări de la forme ușoare până la severe, în funcție de diferiți agenți etiologici. Au fost propuse pentru diagnosticul BIP criterii minime, cu sensibilitate redusă de numai 50 % și criterii suplimentare.

**Criteriile minime** trebuie să fie întrunite concomitent:

- sensibilitate la nivelul abdomenului inferior,
- sensibilitatea anexelor,
- sensibilitate la mobilizarea colului uterin.

**Criteriile suplimentare** sunt:

- temperatura de peste 38,2
- scurgeri vaginale sau cervicale purulente patologice
- leucocitoză peste 10.000/mm<sup>3</sup>.
- VSH crescut peste 15 mm/h
- valori crescute ale PCR
- examene de laborator pozitive pentru Gonoc sau Chlamydia

## **Diagnostic paraclinic și de laborator**

- biopsia de endometru care să evidențieze modificările histopatologice specifice
- ecografia transvaginală sau RMN care să evidențieze piosalpinxul sau prezența lichidului la nivelul fundului de sac Douglas
- laparoscopia este considerată gold standardul pentru diagnosticul BIP permițând evidențierea leziunilor tubare, ovariene, peritoneale și prelevarea de culturi pentru examenul bacteriologic.

## **Diagnosticul diferențial**

- abdomenul acut chirurgical: apendicita acută, sarcina extrauterină, chistul ovarian torsionat.
- Cu cauze medicale
  - o Ale organelor genitale: endometrioza, fibromiomul uterin degenerat sau torsionat, tumori ovariene

- Afecțiunile altor organe: colecistita, pielonefrita, enterocolita acută, diverticulita, sigmoidita

### **Evoluție și prognostic**

Depinde de:

- precocitatea diagnosticului și implicit a instituirii tratamentului,
- forma clinică
- etiologia BIP.

Diagnosticul precoce și tratamentul corect determină evoluție favorabilă în majoritatea cazurilor.

Tratamentul tardiv sau incomplet precum și virulența unor germeni determină evoluția spre agravare (pelvipерitonită, perihepatită, piosalpinx, abcese tubo-ovariene, peritonită).

**Sechelele** pot apare în 25% din cazuri chiar și în formele mai puțin severe:

- hidrosalpinx,
- ocluzii tubare
- aderențe pelviene
- infertilitate (între 6% până la 60 % din cazuri sunt datorate BIP)
- sarcini ectopice (50% din cazuri au la origini BIP)
- durerea cronică pelviană (20 % pacienți au avut un episod inflamator pelvin)

### **Tratament**

**Criterii de spitalizare** conform recomandărilor CDC

- forme clinice severe - febră, semne de deshidratare sau semnelor de iritație peritoneală - grețuri, vărsături, contractură abdominală;
- diagnosticul este incert nu pot fi excluse alte entități aparținând abdomenului acut chirurgical (apendicita acută, sarcina ectopică)
- forme clinice severe – abcese tuboovariene
- dubii asupra aplicării corecte a tratamentului, eșecul unui tratament anterior ambulatoriu;
- imposibilitatea monitorizării evoluției imediat după instituirea tratamentului

#### **Tratament parenteral:**

Cefalosporine de generația II-III

Cefotetan 2 g IV la 12 ore sau Cefoxitin 2 g IV la 6 ore

PLUS Doxycyclin 100 mg PO sau IV la 12 ore

Administrarea parenterală poate fi întreruptă după 24 de ore de ameliorare a simptomatologiei dar terapia orală cu Doxycyclin 100 mg de două ori pe zi trebuie continuată cel puțin 14 zile

#### **Tratament oral:**

Ceftriaxone 250 mg IM doză unică

PLUS Doxycycline 100 mg de două ori pe zi 14 zile

Cu sau fără Metronidazol 500 mg oral de două ori pe zi 14 zile

În cazul în care după 72 de ore de tratament oral simptomatologia nu se ameliorează este necesară reevaluarea și administrarea medicației.

**Tratamentul chirurgical:** laparoscopia se practică în scop diagnostic, pentru inventarierea lezională și eventual efectuarea de culturi.

Laparotomia indicată în:

- salpingitele acute asociate cu persistența durerilor pentru o perioadă mai îndelungată sau în piosalpinxuri
- în abcese tuboovariene
- în cazul peritonitei acute difuze

# Endometrioza

**Definiție:** este o afecțiune caracterizată prin prezența glandelor endometriale și a stromei în afara uterului. Se întâlnește cel mai des la nivelul peritoneului din pelvis, dar fi localizată la nivelul ovarelor, septului rectovaginal, ureterelor și rareori vezicii urinare, pericardului și pleurei. Endometrioza este o afecțiune dependentă hormonal și întâlnită la femei în timpul vieții reproductive.

**Incidența:** este dificil de estimat în populația generală.

Prevalența endometriozei la femeile cu durere cronică pelvină variază de la 2 la 74%.

Prevalența endometriozei la femeile cu durere pelvină acută este raportată a fi mai mare de 33%.

**Etiologia:** nu este concret definită, există însă mai multe teorii cu dovezi notabile:

- Menstruații retrograde
- Diseminarea limfatică și vasculară
- Metaplazia celomică: celulele mezoteliale ce acoperă organele genitale interne, cavitatea peritoneală și viscerele suferă un proces de metaplazie endometrioidă;
- Teoria inducției este bazată pe asocierea celor două teorii anterioare. Endometrioza ia naștere de la nivelul celulelor-sușe de origine mezotelială celomică, sub influența anumitor factori de inducție eliberați de sângele menstrual și celulele endometriale distruse de macrofage.

**Factori de risc:**

- Istoric familial de endometrioza
- Menarha precoce
- Durata lungă a fluxului menstrual (> 7 zile)
- Cicluri menstruale scurte (< 27 zile)
- Sângerare abundentă în timpul menstruelor
- Malformații uterine sau ale tubelor

**Fiziopatologie:** aceste fragmente ectopice transplantate răspund la fluctuațiile hormonale ciclice, în același mod ca și endometru intrauterin, cu proliferare, activitate secretorie și eliminarea ciclică a materialului menstrual. Produsele acestei activități metabolice, inclusiv eliberarea concentrată și ciclica a citokinelor și prostaglandinelor, conduc la un răspuns inflamator modificat, caracterizat prin neovascularizație și formarea fibrozei. Unii cercetatori au putut demonstra o activitate anormală a celulelor T și B, depunere anormală a complementului și producerea alterată de IL-6, la femeile cu această boală. Durerea asociată, formarea bridelor și distorsiunea anatomică sunt responsabile pentru consecințele clinice ale acestei boli.

**Clasificarea și localizarea endometriozei.**

- **Endometrioza superficială:** endometrioza limitată la peritoneu.
- **Endometrioza profundă:** endometrioza care infiltrează 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.
- **Endometrioza ovariană:** chistul endometriozic al ovarului.

Actualul sistem de clasificare a Societății Americane pentru Medicina Reproductivă permite descrierea extensiei bolii, diferențierea dintre boala superficială sau invazivă, o mai bună



corelare a descoperirilor intraoperatorii cu consecințele clinice și descrierea leziunilor endometrioze din punct de vedere morfologic

- Stadiul I (minimal)
- Stadiul II (puțin sever)
- Stadiul III (moderat)
- Stadiul IV (sever)

## **Diagnostic**

### **Diagnostic clinic**

*Simptomatologie:* principalele simptome sugestive și localizate ale endometriozei sunt:

- dismenoree intensă (evaluată cu intensitate de 8 sau mai mare, absenteism frecvent sau rezistență la analgezice uzuale)
- dureri pelvi-abdominale
- dispareunia profundă
- durerea la defecație cu recrudescență catamenială
- dischezie
- semne funcționale urinare, simptome iritative ciclice și hematurie
- infertilitatea

*Examen clinic:* Inspecția este de obicei în limite normale, având în vedere că endometrioza este o boală cantonată în pelvis. Totuși, se pot întâlni uneori endometrioame la nivelul cicatricilor de epiziotomie sau de operație cezariană.

Examenul cu speculul vaginal este în majoritatea cazurilor normal, însă uneori s-au observat leziuni albastre sau roșii pe suprafața colului sau la nivelul fundului de sac posterior vaginal, ce pot sângera la microtraumatism.

Examinarea bimanuală poate detecta noduli infiltrativi la nivelul vaginului, ligamentelor utero-sacrate sau fundului de sac Douglas. Apariția durerii la consult este un element important.

O masă anexială chistică poate reprezenta un endometriom ovarian, mobil sau aderent la structurile pelvine.

Tușeul rectal este util în diagnosticul endometriozei recto-sigmoidiene

**Ecografia:** poate evidenția cu mare acuratețe chisturile ovariene endometrioze (endometrioamele), endometrioza profundă, localizată la nivelul ligamentelor utero-sacrate și a Douglas-ului, poate identifica unele complicații ale acestei, aderențe, ureterohidronefroza

**RMN:** are acuratețe foarte bună pentru diagnostic și stadializare preoperatorie, putând evalua interesarea intestinală.

**CA125:** a fost intens studiat pentru a fi folosit în diagnosticul endometriozei, dar nu a fost demonstrată o specificitate adecvată și nu este recomandat de rutină. Pare a fi un test bun eventual în diagnosticarea endometriozei în stadii avansate, III sau IV.

**Laparoscopia:** reprezintă principala modalitate de diagnostic a endometriozei. Descoperirile laparoscopice sunt variabile și pot îmbrăca diferite forme, de la leziuni discrete, endometrioame, la aderențe endometrioze. Leziunile au diferite culori, care pot include roșu, alb, galben-maroniu, negru. Pot fi denivelări fine, defecte pe suprafața peritoneului sau leziuni plate, stelate formate prin înglobarea țesutului cicatricial. Pot fi localizate superficial, sau pot invada în profunzime peritoneul sau organele pelvine.

### **Complicații**

- infertilitatea este una dintre complicațiile cele mai importante, endometrioza crescând de 10 ori riscul de apariție al infertilității secundare, se produce prin endometrioame, aderențe peritubare, sinteza de prostaglandine în implanturile endometrioze care interferează cu motilitatea tubară, ovulație, steroidogeneza

- sarcini ectopice prin aderențe peritubare cu obstrucție
- semne de iritație peritoneală prin fisura sau ruptura unui chist endometrioic
- uretero-hidro-nefroza prin reacție sclero-periuretrala
- hematurii, rectoragii, tulburări de tranzit
- durerea pelvină cronică cu afectarea severă a calității vieții

## Tratament

Are în vedere două aspecte: durerea și infertilitatea.

Este esențial dacă pacienta necesită tratament pentru infertilitate sau terapia durerii, deoarece acestea pot fi diferite.

Diagnosticul și tratamentul endometriozei depind de simptomatologia prezentă, severitatea acesteia, localizarea leziunilor endometrioze, scopul tratamentului și dorința de a păstra fertilitatea.

Dacă infertilitatea este vizată ca prim efect negativ, atunci este necesară păstrarea fertilității fără suprimarea ovulației.

Dacă pacienta prezintă dureri severe și are copii, chirurgia radicală poate fi justificată.

Trebuie notat că endometrioza este o boală cronică și de multe ori incurabilă, astfel încât tratamentele pot oferi o rezolvare parțială a simptomelor, care pot să reapară.

**Antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS)** - prima linie în tratamentul durerii este reprezentată de . Inhibitorii selectivi de COX2 s-au demonstrat a avea un rezultat net superior, însă trebuie utilizați cu precauție din cauza efectelor secundare asupra sistemelor cardiovascular și digestiv.

**Terapia hormonală** Endometrioza este considerată o patologie predominant estrogen-dependentă, astfel că terapia hormonală este o metodă atractivă de a o trata.

Contraceptivele orale combinate și-au dovedit eficacitatea în tratamentul durerii, atât prin inhibarea eliberării gonadotropinelor, scăderea fluxului menstrual și decidualizarea implantelor, cât și prin reducerea factorilor de creștere ai nervilor în leziunile endometrioze. Terapia hormonală combinată prezintă, de asemenea, beneficiul contracepției și al supresiei ovulației, precum și controlul ciclului menstrual.

Se recomandă prescrierea acesteia pentru a reduce dismenoreea, dispareunia, precum și durerea non-menstruală. Terapia se poate folosi atât intermitent, cât și continuu, în caz de simptomatologie severă. Se poate recomanda, ca alternativă la terapia hormonală orală combinată, și inelul vaginal contraceptiv sau plasurele transdermice.

**Progestinele** sunt cunoscute ca antagoniști ai efectelor estrogenice asupra endometrului, cauzând decidualizare inițială și atrofie endometrială ulterior. Asemănător contraceptivelor combinate, reduc densitatea fibrelor nervoase și expresia factorilor de creștere ai nervilor în leziunile endometrioze, reducând astfel sindromul dureros.

Pot fi administrate pe cale orală, intramuscular sau prin intermediul dispozitivului intrauterin (sterilet) cu eliberare de levonorgestrel.

**Analogii de Gn-RH** administrați în mod continuu determină o castrare chimică temporară având efecte benefice în controlul dismenoreei și a durerilor pelvine asociate endometriozei. Aceștia acționează la nivelul glandei hipofizare unde vor induce o desensibilizare a receptorilor de Gn-RH printr-un proces de down-regulation reușind astfel să suprimă secreția de FSH și LH. Astfel se realizează o stare de hipogonadism hipogonadotrop sau menopauză cu suspendare ovulației și ciclului menstrual formându-se astfel un mediu hipoestrogenic prin reducerea steroidogenezei ovariene reușindu-se astfel regresia sau atrofia țesutului endometrial din focarele ectopice de endometrioză.

**Terapia chirurgicală** Excizia sau ablația endometrioamelor se recomandă a se realiza în cazul descoperirii acestora în timpul intervenției chirurgicale diagnostice. Se recomandă calea de abord laparoscopică, datorită avantajelor de a fi asociată cu durere postoperatorie redusă,

spitalizare mai scurtă și timp operator mai redus. În cazul endometrioamelor ovariene, se recomandă chistectomia și nu drenajul și coagularea.

Histerectomia, ca opțiune terapeutică – împreună cu anexectomia bilaterală și excizia tuturor implanturilor endometrioze vizibile – se ia în considerare la paciențele care nu mai doresc copii și nu răspund la tratamentul conservator.

**Tratamentul infertilității** În cazurile de endometrioză asociate cu infertilitate, nu se va recurge la un tratament medical hormonal, deoarece acesta va induce o stare de amenoree prin supresia ovulației, astfel tratamentul de primă intenție va fi cel chirurgical alături de tehnicile de reproducere asistată. Numeroase studii au dovedit efectul benefic al intervenției chirurgicale cu extirparea endometrioamelor cu un diametru mai mare de 3 cm și refacerea anatomiei locale, cu scopul creșterii fertilității și șansele de a rămâne gravidă în urma manevrelor de reproducere asistată.