

STUDIU RETROSPECTIV PRIVIND INCIDENTA SI TRATAMENTUL ENDOMETRIOZEI

RETROSPECTIVE STUDY REGARDING THE INCIDENCE AND TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS

Cristian Arvătescu, Oana Dimienescu, Carmen Martinescu, Silvia Moga, Nicusor Bigiu

Facultatea de Medicină, Universitatea Transilvania din Braşov

Autor corespondent: *Oana Dimienescu*, dimienescu.oana@gmail.com

Abstract:

Introduction: Endometriosis is a benign condition that affects a large number of women at fertile age. The most frequent localization of this ectopic tissue is the peritoneum. Clinically, it has a progressive evolution and is usually characterized by chronic pelvic pain, dysmenorrhea, dyspareunia and infertility.

Objectives: This paper aims to point out the prevalence and the general profile of the woman afflicted by endometriosis and also to evaluate the methods of diagnosis and therapeutic. *Material and methods:* The study was conducted during the period January 2009-december 2015, on 317 patients admitted to the Clinical Hospital of Obstetrics and Gynaecology "Dr.I.A. Sbarcea" Brasov.

Results: The most common found localization for endometriosis was in the peritoneum in 56.15% of cases and ovary in 43.85%. The pathology has a higher prevalence at women at fertile age (>25 years). Chronic pelvic pain was the main symptom for presenting to the hospital, followed by dysmenorrhea. The cases were treated mainly by laparoscopy; this intervention being considered the gold standard for this pathology.

Conclusions: Endometriosis has a profound impact on quality of life, and developing a therapy that also improves fertility remains a challenge for clinicians and basic scientists.

Key-words: *endometriosis, infertility, dysmenorrhea, pelvic pain, laparoscopy*

Introducere

Endometrioza este o afecţiune benignă, ce afectează numeroase femei aflate la vârsta reproductivă. Este definită clasic prin prezenta ectopică de ţesut endometrial funcţional (stromă şi glande) în afara cavităţii uterine [6]. Cea mai frecventă localizare este cea la nivelul peritoneului şi a viscerelor pelvine [7]. Prezintă o evoluţie progresivă, prin manifestările sale clinice: durere pelvină cronică, dismenoree, dispareunie, infertilitate [8].

Este întâlnită aproape exclusiv la femeia de vârstă reproductivă, cu o frecvenţă de aproximativ 15-20% din cazuri în intervalul de vârstă 25-44 ani şi de 25-50% la femeile infertile. Incidenta în populaţia feminină generală este necunoscută datorită dificultăţilor de diagnostic [11].

Etiologia endometriozei este incomplet elucidată. De-a lungul timpului s-au efectuat numeroase studii şi au fost propuse numeroase teorii, dintre care cele mai acceptabile în prezent sunt: teoria refluxului retrograd al sângelui menstrual, transportul pe cale hematogenă sau

limfatică a celulelor endometriale, teoria metaplaziei celomice, teoria imunologică şi teoria originii genetice [13,15].

Scopul studiului

Lucrarea are ca obiectiv studiul prevalenţei endometriozei la pacientele internate şi operate în Spitalul Clinic de Obstetrică şi Ginecologie „Dr. I. A. Sbarcea” din Braşov precum şi identificarea şi conturarea unui profil al pacientelor cu endometrioza.

Material şi metodă

Studiul de tip retrospectiv s-a desfăşurat la Spitalul Clinic de Obstetrică Ginecologie „Dr. I. A. Sbarcea” Braşov, pe un lot de 317 paciente investigate şi diagnosticate cu endometrioza, în perioada ianuarie 2009-decembrie 2015. S-au folosit resursele din dotarea instituţiei: registrele de internare, foile de observaţie, condicile de observaţie, condicile de operaţii. Informaţiile colectate au fost alcătuit o bază de date şi au fost analizate din punct de vedere matematico-statistic.

Rezultate

Sistematizarea cazurilor de endometrioză în funcție de localizare și anul de studiu este exemplificata in Figura 1. După cum se poate

observa, endometrioza pelvină a avut prevalența cea mai mare cu un total de 178 de cazuri, urmată de endometrioza ovariană cu 139 de cazuri.

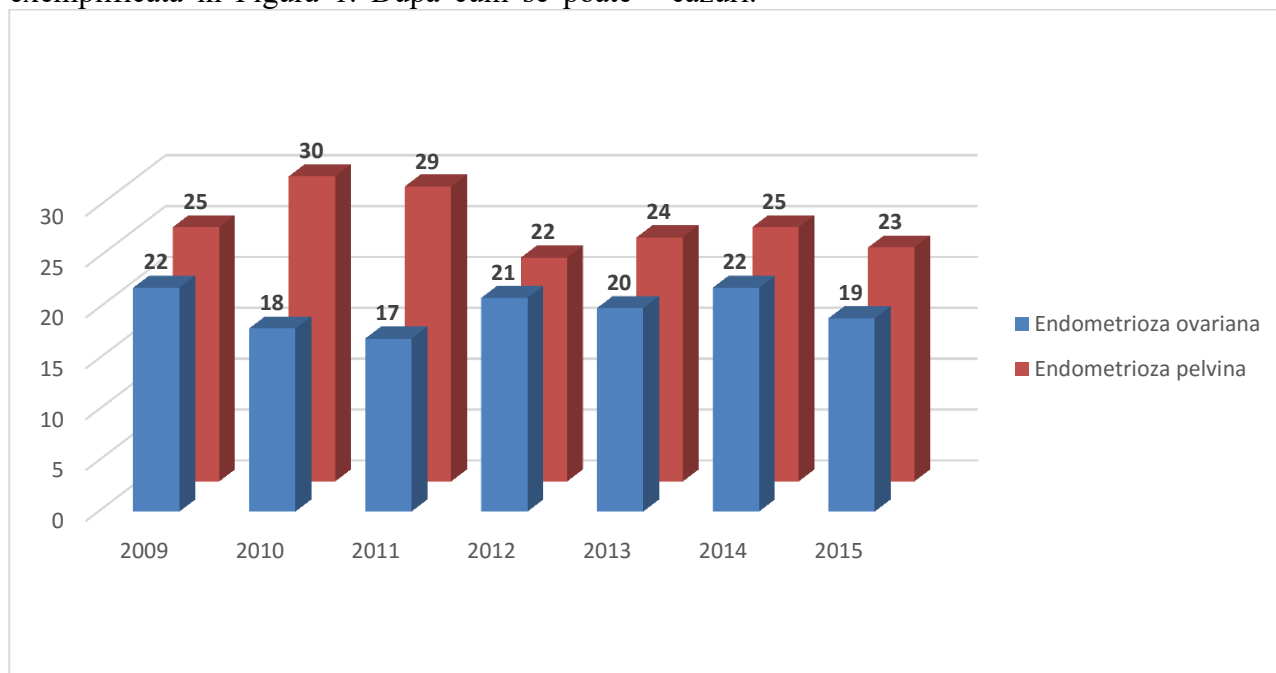


Figura 1. Distribuția endometriozei în funcție de anul de studiu și localizarea acesteia

Următorul aspect vizat a fost asocierea tipului de endometrioză cu vârsta pacienților pentru a observa dacă există o predilecție a sediului endometriozei în funcție de vârsta pacientei. În figura 2 se poate observa că

endometrioza pelvină a fost înregistrată cu o incidență mai mare decât cea ovariană, cele mai multe cazuri înregistrându-se la pacientele peste 25 de ani.

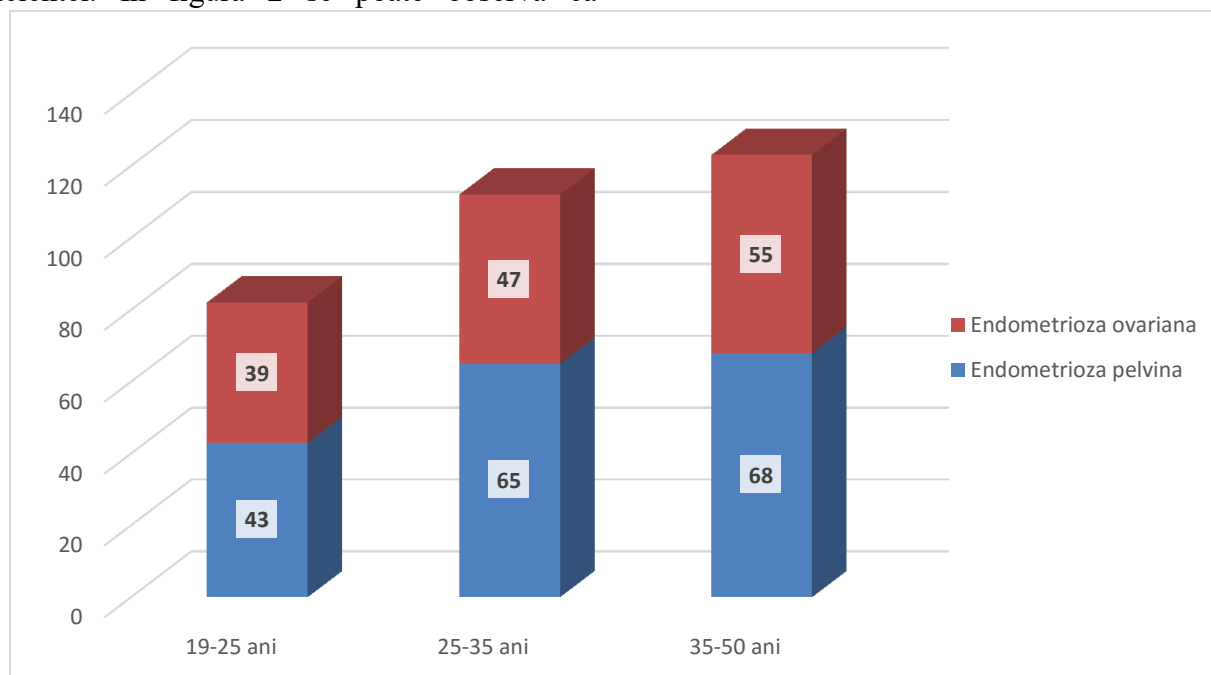


Figura 2. Distribuția cazurilor in funcție de vârsta pacientelor și localizarea leziunilor endometrioizice

Studiul a făcut referire și la câteva aspecte socio-demografice cum ar fi mediul de proveniență al pacientelor, starea civilă și nivelul socio-economic. Analiza realizată asupra lotului de 317 paciente arată că 238 (75,08%) din femei provin din mediu urban, iar 79 (24,92%) din mediul rural. Referitor la nivelul socio-economic al pacientelor s-a constatat că 220 (69,40%) de paciente prezintă venituri peste medie, iar 97 (30,60%) susțin că au venit minim. Din totalul de 317 paciente incluse în studiu, s-a observat că 189 sunt căsătorite, iar 119 sunt necăsătorite.

Analizând distribuția pacientelor în funcție de diagnosticul de internare s-a observat că 43,84% (139 cazuri) au fost diagnosticate cu chist ovarian, 18,29% (58 cazuri) dintre femei

au prezentat sterilitate primară, 10,09% (32 paciente) s-au prezentat pentru sterilitate secundară, 27,76% (88 cazuri) din femei au prezentat sindrom algic pelvin.

Un aspect important în recunoașterea și diagnosticarea rapidă a endometriozei, cu un impact semnificativ asupra calității vieții pacientei este reprezentat de simptomatologia caracteristică acestei patologii. Analizând simptomatologia prezentă la momentul internării s-a observat că durerea pelvină a fost principalul simptom pentru care s-au adresat pacientele în serviciul medical, cu un procent de 45,42% (144 cazuri) alături de dismenoree în 39,43% (125 cazuri). Alte simptome asociate endometriozei au fost dispareunia (32 cazuri) și metroragia (18 cazuri).

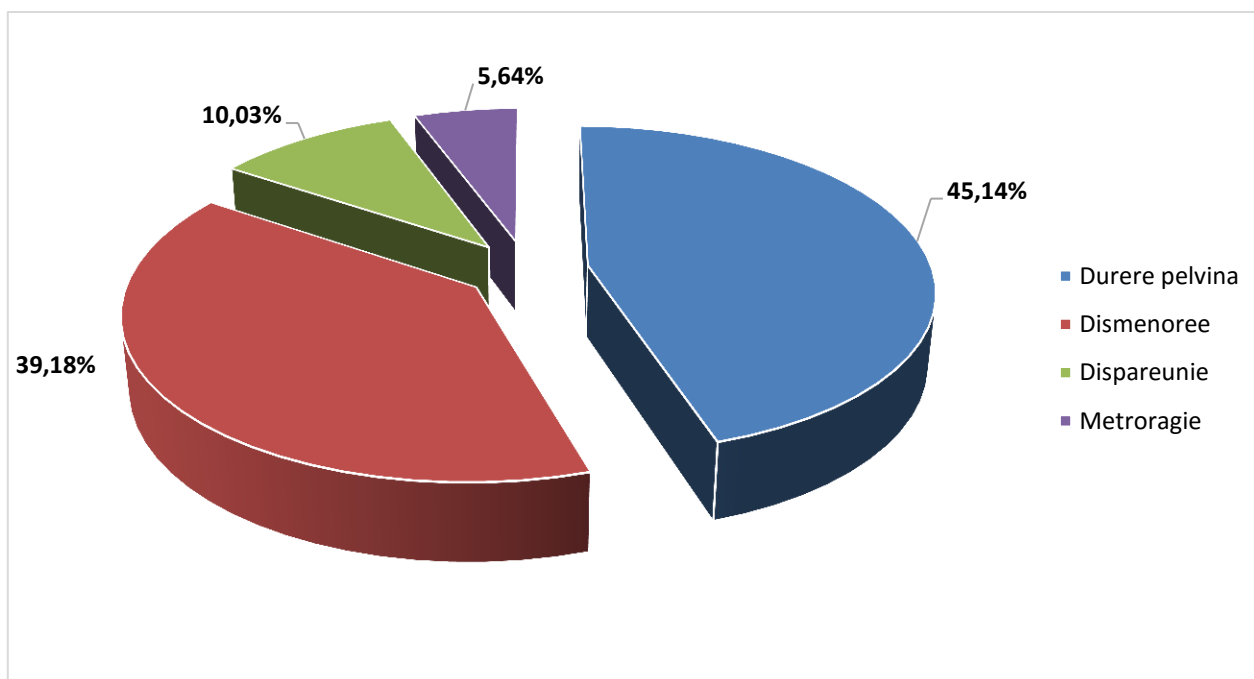


Figura 3. Distribuția pacientelor în funcție de simptomatologia prezentă la internare

Durerea pelvină cronică apărută în 45,42% din cazuri a îmbrăcat următoarele aspecte: permanentă, surdă, însoțită uneori de defecație dureroasă, exacerbată la menstrue,

însoțită de crampe abdominale sau meteorism, cea mai frecventă formă fiind durerea ciclică premenstruală.

Asocierea dintre durerea cronică pelvină și dismenoree reprezintă un element cheie semnificativ în diagnosticul endometriozei. Dismenoreea s-a prezentat sub două forme: dismenoree secundară, progresivă și dismenoree primară. În cadrul studiului majoritatea pacientelor au prezentat dismenoree secundară, un număr foarte mic raportând dismenoree primară. Se poate afirma că dismenoreea secundară progresivă este aproape patognomonică în diagnosticul endometriozei. Analiza caracterelor dismenoreei și frecvența acesteia la pacientele cu endometrioză a relevat faptul că 47 dintre paciente au avut o dismenoree progresivă, cu intensificare pe parcursul menstruației. la 64 dintre paciente a apărut după câțiva ani de menstrre nedureroase, 7 paciente au susținut că durerea era rebelă la tratamentul analgezic obișnuit, iar dismenoreea cu debut tardiv în ziua 2-3 a menstruației a fost raportată la 7 paciente.

Referitor la sângerări anormale extra genitale, s-au prezentat 31 de paciente care au raportat hematurie, melenă și rectoragii după cum urmează: 11 paciente au avut hematurie, 13 au prezentat melenă și 7 au prezentat rectoragii.

Infertilitatea reprezintă unul din principalele simptome pentru care pacientele

s-au prezentat în serviciul medical, iar frecvența acesteia devine din ce în ce mai crescută. S-au investigat tipurile de infertilitate și frecvența acestora la pacientele cu endometrioză. S-a observat faptul că 58 (18,29%) dintre paciente au raportat infertilitate primară, și 32 (10,09%) infertilitate secundară.

Figura 6 oferă o imagine de ansamblu asupra tipurilor de intervenții efectuate la pacientele cu endometrioza. După cum se poate observa, laparoscopia a fost metoda preferată, fiind o intervenție minim invazivă. S-a efectuat în 59 (18,61%) de cazuri chistectomie per laparoscop, în 158 (49,84%) de cazuri s-a efectuat electrocoagularea focarelor endometrioze prin aceeași metodă. În cazurile în care s-a identificat intraoperator s-a efectuat adezioliza sau visceroliza (65 cazuri per laparoscop). Intervenția clasică prin laparotomie a fost preferată în cazul pacientelor care aveau contra-indicație pentru intervenția minim invazivă, sau în cazurile în care chistul endometrial era de dimensiuni mai mari de 12 cm. S-a practicat abord clasic pentru chistectomie în 80 (25,23%) cazuri și electrocoagularea focarelor endometrioze în 13 (4,10%) cazuri, însoțite de adezioliza în 36 de cazuri.

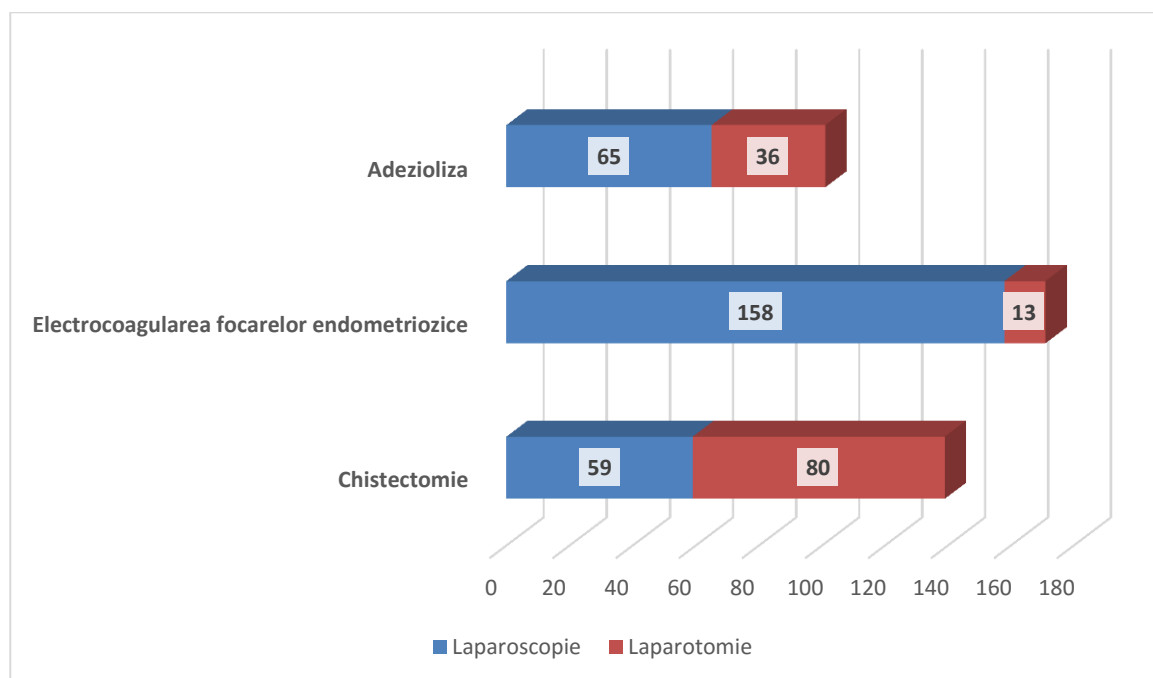


Figura 4. Distribuția cazurilor în raport cu tipul intervenției efectuate

Laparoscopia a fost metoda cea mai utilizată pentru diagnosticarea endometriozei. Este esențială pentru diagnostic, deoarece permite vizualizarea și biopsierea leziunilor.

În ceea ce privește tipurile leziunilor endometrioze ovariene prezente la pacientele din acest studiu, precum și frecvența cazurilor la care apar acestea, s-a putut observa că din lotul total de 317 paciente, 103 dintre acestea au prezentat chist unic vizualizat laparoscopic, iar 36 - chisturi multiple. Referitor la tipul de intervenție chirurgicală efectuată, s-a constatat că cel mai frecvent utilizată în cazul endometriozei a fost laparoscopia, 223 (70,34%) dintre paciente fiind tratate laparoscopic iar 94 prin laparotomie.

Figura 5 prezintă distribuția pacientelor în funcție de stadializarea endometriozei. Se poate observa că cele mai multe paciente au prezentat stadiul I și II. Din lotul de 317 paciente, 119 au prezentat endometrioza în stadiul I, minimal, cu câteva implante superficiale, 137 au prezentat endometrioza în stadiul II, cu mai multe implante la mică profunzime. Stadiul III al bolii a fost identificat la 38 de paciente cu endometrioame mici la unul sau ambele ovare, multe implante profunde și aderente. Stadiul IV, sever, cu endometrioame mari sau nivelul unui ovar sau a ambelor, cu numeroase aderente, cu numeroase implante profunde, a fost descoperit la 23 dintre paciente.

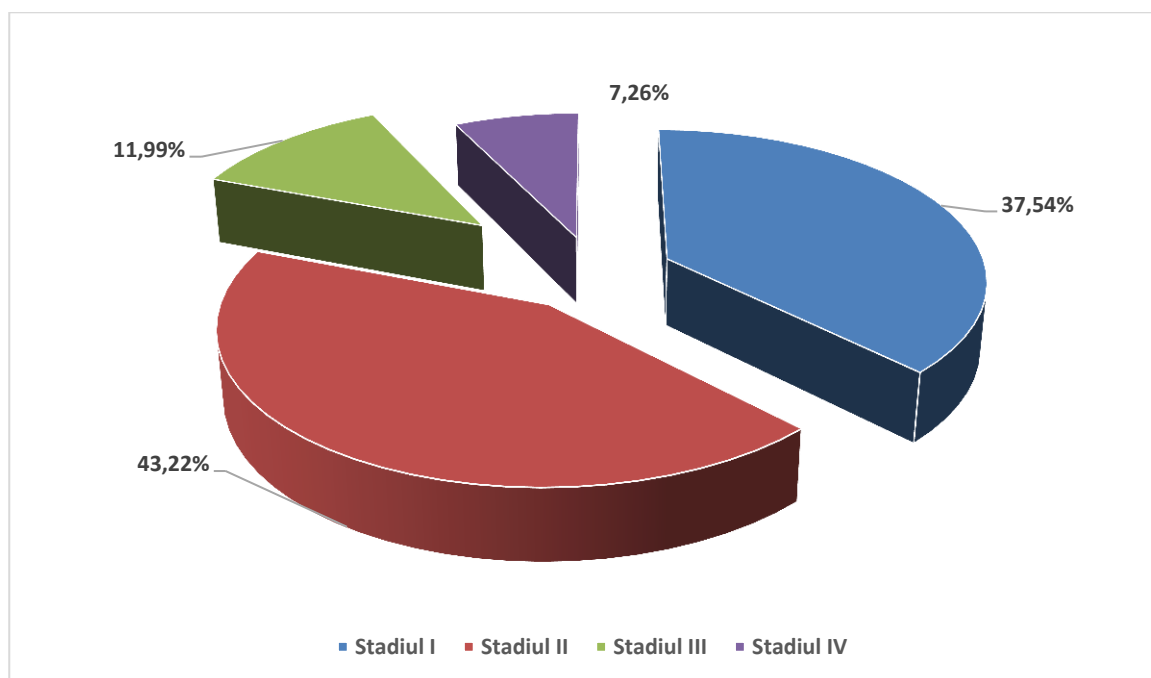


Figura 5. Distribuția pacienților în raport cu stadializarea endometriozei

Discuții

Literatura de specialitate a încercat să contureze profilul pacientei cu endometrioză, realizând astfel portretul femeii ce provine din mediul urban, cu un nivel socio-economic mediu, cu venituri peste medie și căsătorită [12].

Acest profil este regăsit și în studiul actual, 75% dintre paciente provin din mediul urban, au venituri peste medie și 62% sunt căsătorite. În ceea ce privește simptomatologia pentru care s-au adresat pacientele în serviciul medical și pentru care s-a realizat tratamentul chirurgical, majoritatea studiilor au invocat durerea pelvină și infertilitatea [9, 10,14,16]. Conform rezultatelor unor studii, mecanismul responsabil pentru durerea pelvină la femeile cu endometrioză implică creșterea fibrelor nervoase în implantele ectopice. [2, 3].

Cercetătorii americani au evaluat metodele de investigații folosite pentru diagnosticul endometriozei, tipul intervenției și

tipul de anestezie. Studiile acestora au demonstrat că laparoscopia rămâne gold standardul diagnosticului, deoarece permite vizualizarea și biopsierea leziunilor. Majoritatea pacienților sunt investigate prin laparoscopie în scop diagnostic cât și terapeutic [4]. Comparând studiul actual, există o concordanță cu literatura de specialitate. Woodward și colab. a evaluat frecvența diagnosticilor de internare a pacienților cu endometrioza. S-a evidențiat faptul că majoritatea pacienților cu vârste tinere au ca și diagnostic de internare endometriomul, urmat de sterilitate și sindrom algic pelvin [1, 17].

Numeroase studii, dar și experiențele pacienților diagnosticate cu endometrioză au demonstrat că o serie de metode profilactice ar avea un rol major în controlarea afecțiunii: alimentația corespunzătoare fără hormoni de creștere, fără produse intens procesate, fără aditivi alimentari fiind o măsură profilactică eficientă în unele cazuri. Alte metode de

profilaxie sunt: activitatea fizică și nașterea cât mai devreme a primului copil. Nu în ultimul rând trebuie abordată simptomatologia din punct de vedere psihic și emoțional, deoarece impactul psihologic asupra femeii la momentul diagnosticării este destul de mare [5].

Concluzii

Din punct de vedere al frecvenței endometriozei pe categorii de vârstă, studiul a demonstrat apariția predominantă a bolii la femeile din categoria 26-35 ani. Cea mai frecventă localizare a țesuturilor ectopice a fost la nivelul pelvisului.

Endometrioza este o afecțiune benignă ce afectează aproape exclusiv femeile de vârstă reproductivă. Profilul clinic al pacientei cu endometrioza este conturat de următoarele caracteristici: nivel socio-economic peste medie, provenind din mediu urban și fiind căsătorite. Motivul adresării la medic a fost durerea pelvină, dismenoreea urmate de infertilitate, dispareunie și metroragie.

Laparoscopia a fost metoda cea mai utilizată de diagnosticare, însoțită de examenul histopatologic. Laparoscopia reprezintă gold standardul în diagnosticul endometriozei, deoarece permite atât vizualizarea cât și biopsierea leziunilor. Majoritatea pacientelor au prezentat un stadiu ușor al bolii. Aproximativ 80% au prezentat boala în stadiul I și II, cu câteva implante superficiale sau implante la mică profunzime.

Endometrioza este o afecțiune întâlnită din ce în ce mai des la femeile tinere, de vârstă

reproductivă. Prin manifestările sale clinice, prezintă o evoluție progresivă. Este o boală care lasă consecințe atât din punct de vedere emoțional cât și psihic, provocând, în unele cazuri infertilitate, de aceea este importantă recunoașterea și diagnosticarea cât mai precoce a aceste patologii.

Bibliografie:

- [1] Abrao, M. S., et al. Treatment of rectosigmoid endometriosis by laparoscopically assisted vaginal rectosigmoidectomy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2005, 91.1: 27-31.
- [2] Anaf V, et al. Relationship between endometriotic foci and nerves in rectovaginal endometriotic nodules. *Human Reproduction*, 2000, 15.8: 1744-1750.
- [3] Berkley KJ, et al. The pains of endometriosis. *Science*, 2005, 308.5728: 1587-1589.
- [4] Canis, M., et al Laparoscopic management of adnexal masses: a gold standard?. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 2002, 14.4: 423-428.
- [5] Giudice LC. et al Endometriosis. *New England Journal of Medicine*, 2010, 362.25: 2389-2398
- [6] Kennedy S et al. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Hum Reprod* 2005;20: 2698–704
- [7] Lousse, J. C., et al. Peritoneal endometriosis is an inflammatory disease. *Frontiers in bioscience (Elite edition)*, 2011, 4: 23-40
- [8] Nnoaham K.E et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertility and sterility*, 2011, 96.2: 366-373. e8.
- [9] Parazzini F et al. Adhesions and pain in women with first diagnosis of endometriosis: results from a cross-sectional study. *Journal of minimally invasive gynecology*, 2005, 13.1: 49-54.
- [10] Perper MM et al. Dysmenorrhea is related to the number of implants in endometriosis patients. *Fertility and sterility*, 1995, 63.3: 500-503.

- [11] Rogers PAW et al. Priorities for endometriosis research: recommendations from an international consensus workshop. *Reprod Sci* 2009;16:335-46
- [12] Sahu L et al. Laparoscopic management of endometriosis in infertile women and outcome. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2013;2:177-81
- [13] Schrager S. et al. Evaluation and treatment of endometriosis. *American family physician*, 2013, 87.2
- [14] Szendei G et al. Is there any correlation between stages of endometriosis and severity of chronic pelvic pain? Possibilities of treatment. *Gynecological endocrinology*, 2005, 21.2: 93-100.
- [15] Taylor RN et al. Pain and endometriosis: Etiology, impact, and therapeutics. *Middle East Fertility Society journal*, 2012, 17.4: 221-225
- [16] Vercellini P et al. Endometriosis and pelvic pain: relation to disease stage and localization. *Fertility and sterility*, 1996, 65.2: 299-304.
- [17] Woodward, et al. Endometriosis: Radiologic-Pathologic Correlation 1. *Radiographics*, 2001, 21.1: 193-216.