

Aprobat

Şef IMSP CS Edineţ

Oleg Gutan



Instituția Medico-Sanitară Publică

Centrul de Sănătate Edineț

ENDOMETRIOZA

Protocol clinic instituțional

PCI – 438

Edineț 2025

**INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
CENTRUL DE SĂNĂTATE EDINEȚ**

ORDIN

Nr. 90 .

“ 10 ” 11 2025

*“Despre îndeplinirea Ordinului MS al RM nr.192 din 24.02.25
cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Național
„Endometrioza“, în cadrul IMSP CS Edineț”*

Întru realizarea prevederilor Ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 192 din 24.02.2025 „Cu privire la aprobarea *Protocolului Clinic Național ”Endometrioza“*, elaborat în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în temeiul prevederilor Hotărârii Guvernului nr.148/2021 „Cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății“ și în scopul asigurării și îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale acordate pacienților în cadrul IMSP CS Edineț.

ORDON :

1. De implimentat în activitatea medicilor de familie IMSP CS Edineț Protocolul Clinic Național *”Endometrioza“*.
2. De monitorizat implementarea, respectarea și eficiența utilizării Protocolului Clinic Național *”Endometrioza“*. în cadrul IMSP CS Edineț de către grupul de audit medical intern.
3. De organizat asigurarea cu medicamente necesare, incluse în Protocolul Clinic Național *”Endometrioza“*.
4. De organizat participarea personalului medical la seminarele zonale ce vor fi organizate în scopul instruirii implementării PCN.
5. De elaborat Protocolul Clinic Instituțional în baza PCN *”Endometrioza“*. în cadrul IMSP CS Edineț.
6. Controlul executării prezentului ordin se atribuie Șefului Adjunct pe probleme medicale D-nei Lilia Negrea.

Șef IMSP CS Edineț



Lutian

Oleg Guțan



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

ORDIN
mun. Chișinău

Nr. 192

04.08.2025

Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Endometrioza”

În vederea asigurării calității serviciilor medicale acordate populației, în temeiul Hotărârii Guvernului nr.148/2021 cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății,

ORDON:

1. Se aprobă Protocolul clinic național „Endometrioza”, anexă.
2. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale vor organiza implementarea și monitorizarea aplicării în practică a Protocolului clinic național „Endometrioza”.
3. Conducătorul Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale va întreprinde măsurile necesare în vederea autorizării și înregistrării medicamentelor și dispozitivelor medicale incluse în Protocolul clinic național „Endometrioza”.
4. Conducătorul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină va organiza ghidarea angajaților din subordine de Protocolul clinic național „Endometrioza”, în procesul de executare a atribuțiilor funcționale, inclusiv în validarea volumului și calității serviciilor acordate de către prestatorii încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.
5. Conducătorul Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate va organiza evaluarea implementării Protocolului clinic național „Endometrioza”, în procesul de evaluare și acreditare a prestatorilor de servicii medicale.
6. Conducătorul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică va organiza controlul respectării cerințelor Protocolului clinic național „Endometrioza”, în contextul controlului activității instituțiilor prestatoare de servicii medicale.
7. Direcția managementul calității serviciilor de sănătate, de comun cu IMSP Institutul Mamei și Copilului, vor asigura suportul consultativ-metodic în implementarea Protocolului clinic național „Endometrioza”, în activitatea prestatorilor de servicii medicale.
8. Rectorul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, conducătorul Centrului de Excelență în Medicină și Farmacie „Raisa Pacalo” și conducătorii colegiilor de medicină vor organiza includerea Protocolului clinic național „Endometrioza”, în activitatea didactică a catedrelor respective.
9. Controlul executării prezentului ordin se atribuie Secretarilor de stat.

Ministru

Ala NEMERENCO

CUPRINS

<i>Sumarul recomandărilor</i>	4
<i>Abrevierile folosite în document</i>	5
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ.....	7
A.1 Definiție.....	7
A.2. Codul bolii (CIM-10):	8
A.3. Utilizatorii:.....	8
A.4. Obiectivele protocolului.....	8
A.5. Data elaborării protocolului: 2025	9
A.6. Data revizuirii protocolului: 2030.....	9
A.7 Informația epidemiologică.....	9
B. PARTEA GENERALĂ	10
<i>Nivelul de asistență medicală primară (medicina de familie)</i>	10
C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ.....	11
C1.1 Algoritmul conduitei ginecologice a pacientei cu suspecție la endometrioza	11
C 1.2 Algoritmul de conduita pacientei cu endometrioza în dependența de planurile reproductive	11
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	12
C.2.1. Conduita pacienților (standard/obligatoriu)	12
C.2.1.1. Factori de risc și prevenirea	12
C 2.1.2. Anamneza.....	13
C.2.2.5. Diagnosticul diferențiat (standard/obligatoriu).....	13
C.2.3. Tactica de conduită.....	14
C.2.3.1. Managementul pacienților cu endometrioză și infertilitate feminină	14
C.2.3.2. Managementul pacienților cu endometrioză și cancer.....	17
C.2.3.3. Managementul pacienților cu endometrioză în menopauză.....	18
C.2.3.4. Managementul adolescentelor cu endometrioză.....	19
C.2.3.5. Managementul și diagnosticul adenomiozei (compartiment FA după #Enzian).....	22
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	23
E.INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	24
ANEXE.....	26
<i>Examinări de linia a II și a III în evaluarea extensiei endometriozei</i>	26

<i>Anexa 7</i>	27
<i>Scara analog-vizuală</i>	27
<i>Anexa 8</i>	27
<i>Scorul B & B</i>	27
<i>Anexa 10</i>	29
<i>GHIDUL PENTRU PACIENTE CU ENDOMETRIOZĂ</i>	29
<i>Anexa 11</i>	32
<i>FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT PENTRU EVALUAREA IMPLEMENTĂRII</i>	32
<i>PROTOCOLULUI STANDARDIZAT DE ENDOMETRIOZA</i>	32
<i>Anexa 12</i>	36
<i>Niveluri ale dovezilor științifice și grade de recomandare</i>	36

Sumarul recomandărilor

1. Endometrioza este o afecțiune inflamatorie sistemică cronică, dependentă de ciclul menstrual, cu simptome caracteristice: durere pelvină cronică, dismenoree, dispareunie, dishezie, disurie și infertilitate.
2. Clasificările recomandate pentru evaluarea endometriozei sunt rASRM, EFI și #Enzian, utilizate pentru stadializarea patologiei și managementul reproductiv al pacientelor.
3. Metodele diagnostice de linia I includ examenul ginecologic bimanual și ecografia transvaginală. Investigațiile de linia a II-a sunt ecografia transvaginală realizată de un specialist în endometrioză și RMN pelvin. Metodele diagnostice de linia a III-a sunt necesare în cazurile de suspiciune a endometriozei profunde.
4. Endometrioza depistată prin metode imagistice nu necesită confirmarea laparoscopică a diagnosticului.
5. Tratamentul medicamentos și chirurgical al endometriozei nu sunt opuse, ci complementare.
6. Tratamentul hormonal de linia I: progestativele, dispozitivele intrauterine cu LNG sau contraceptivele combinate sunt recomandate pentru managementul simptomatic al endometriozei. Tratamentul medicamentos de linia a II-a: agonisții GnRH cu terapie add-back, antagoniști GnRH și inhibitori de aromatază, utilizate în combinație cu COC/progestogeni/agoniști GnRH/antagoniști GnRH, sunt recomandate la eșecul tratamentelor conservatoare sau chirurgicale.
7. Laparoscopia rămâne standardul de aur în tratamentul endometriozei, fiind esențială pentru managementul durerii și infertilității.
8. Aprecierea scorului EFI intraoperator este recomandată pentru stabilirea prognosticului reproductiv al pacientei.
9. În toate cazurile de endometrioză ovariană și endometrioză infiltrativă profundă, leziunilor tipice și atipice, biopsia este necesară pentru a exclude malignizarea. Identificarea laparoscopică a leziunilor endometriozei necesită confirmare histologică, dar histologia negativă nu exclude endometrioza.
10. Abordarea chirurgicală multidisciplinară în endometrioza este asociată cu îmbunătățirea calității vieții la paciente.
11. La femeile cu endometrioame recurente ce planifică sarcina cu scopul păstrării rezervei ovariene se recomandă scleroterapie cu etanol laparoscopică.
12. Tratamentul chirurgical radical este indicat pacientelor care au încheiat planurile reproductive, având ca scop îndepărtarea completă a leziunilor endometriale.
13. Tehnicile de reproducere asistată sunt o metodă eficientă pentru obținerea unei sarcini la femeile cu endometrioză, chiar și în cazurile de rezervă ovariană redusă și permeabilitate tubară compromisă, în cazul în care scorul EFI calculat este < 6 puncte. TRA nu pare să influențeze recurența endometriozei.
14. La femeile cu antecedente de endometrioză clinicienii pot lua în considerare THM combinată (indiferent de prezența sau lipsa uterului) sau tibolonum pentru tratamentul simptomelor postmenopauzei.
15. Endometriomele și formele de endometrioza profundă în progresie în perioada menopauzală necesită abordare chirurgicală și excluderea procesului oncologic.

16. La adolescente cu durere pelvină asociată endometriozei, medicii trebuie să prescrie progestative sau contraceptive combinate în regim continuum ca terapie hormonală de primă linie.
17. Tratamentul chirurgical este indicat numai la adolescentele cu sindrom de durere severă, care nu poate fi oprit prin terapia medicamentoasă, sau în prezența formațiunilor de volum în bazinul mic.
18. Adenomioza, ca o formă de endometrioză infiltrativă profundă, are un impact semnificativ asupra funcției menstruale, fertilității și pierderilor reproductive.

Abrevierile folosite în document

AAGL	American Association of Gynecologic Laparoscopists
AINS	Antiinflamatoare nesteroidiene
AMH	Hormonul anti-Mullerian
BIP	Boala inflamatorie pelvină
CA 125	Antigenul carbohidrat 125 asociat cancerului
COC	Contraceptive orale combinate
Colo-CT	Computer Tomograf Colon
CT	Tomografia computerizată
DIU	Dispozitiv intrauterin
DMO	Densitate osoasă minerală
DPC	Dureri pelvine cornice
E	Endometrioză
E₂	Estradiol
EE	Etinilestradiol
EER	Ecografia endorectală
EE_nR	Ecoendoscopie rectală
EP	Endometrioza profundă (infiltrativă)
ESGE	European Society of Gynecological Endoscopy (Societatea europeană de ginecologie endoscopică)
ESHRE	European Society of Human Reproduction and Embryology
FIV	Fertilizare in vitro
FIGO	Federation of Gynecology and Obstetrics (Federația Internațională de Obstetrică și Ginecologie)
FSH	Follicular-Stimulating Hormone (Hormon de stimulare foliculară)
aGnRH	Gonadotropin-Releasing Hormone Agonists (Agoniști de gonadotropin-releasing hormone)
anGnRH	Gonadotropin-Releasing Hormone Antagonists (Antagoniști de gonadotropin-releasing hormone)
ICSI	Injectie de spermă intracitoplasmatică
IUI	Inseminarea intrauterină (intrauterine insemination)
LNG-DIU	Levonorgestrel (dispozitiv intrauterin)
LH	Luteinizing hormone (Hormon luteinizant)

μg	Microgram
mg	Miligram
MRPS	Modulatori selectivi ai receptorilor de progesterone
Prl	Prolactina
RMN	Rezonanță Magnetică Nucleară
ROMA	Risk of Ovarian malignancy Algorithm (Algoritmul riscului de malignitate ovarian)
t°C	Temperatura corpului
SAV	Scală analog vizuală
SERM	Selective estrogen receptor modulator (Modulatori selectivi ai receptorilor estrogenici)
SOGR	Societatea de Obstetrică și Ginecologie Română
SPRM	Selective progestogen receptor modulator (Modulatori selectivi ai receptorilor de progesteron)
SUA	Sângerări uterine anormale
TA	Tensiunea arterială
TAB	Therapy add-back (Terapie suplimentară)
THM	Tratament hormonal în menopauză
TNF-α	Tumor necrosis factor-α (Factorul de necroză tumorală-α)
TRA	Tehnologii de reproducere asistată
TV	Tușeul vaginal
TVESG	Transvaginal elastography (Elastografie transvaginală)
USG	Ultrasonografie
USGTR	Ultrasonografie transrectală
USGTV	Ultrasonografie transvaginală
UI	Unități Internaționale

PREFAȚĂ

Protocolul clinic instituțional (PCI) a fost elaborat în baza: PCN-438 "Endometrioza", și Ordinul nr.429 din 21.11.2008 cu privire la modalitatea elaborării, aprobării și implementării protocoalelor clinice instituționale și a protocoalelor locului de lucru" de către grupul de lucru în componență:

Guțan Oleg – Șef IMSP CS Edineț;

Negrea Lilia – Șef adjunct pe probleme clinice;

Cara Cristina – Farmacist diriginte;

Lupu Angela – Medic de familie, Șef secție;

Postolachi Eleonora – Medic de familie;

Sorocan Ecaterina – Medic de familie;

Protocolul a fost discutat și aprobat la ședința medicală instituțională pentru aprobarea PCI.

Data elaborării protocolului: Noiembrie (Aprobat prin Ordinul directorului 90 din 10.11.2025)
în baza:

- PCN-438 "Endometrioza", Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.192 din 24.02.2025 Cu privire la aprobarea protocolului clinic național "Endometrioza".

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

Exemple de diagnostic clinic:

- Adenomioza. Sîngerări uterine abundente și prelungite. Anemie gr.II (N80.0)
- Endometrioza infiltrativă recto-vaginală. Dispareunie. (N80.4)
- Endometrioza profundă a peritoneului pelvian. Sindrom algic. (N80.3)
- Adenomioza Avort spontan în evoluție la 9-10 s.a. (N80.0)
- Endometrioza infiltrativă. Endometriom ovarului drept. Apendicită. Abdomen acut. (N80.1)
- Endometrioza superficială peritoneală. Proces aderentă pelvian. Infertilitatea I. (N80.3)

A.1. Definiție.

Definiția certă a endometriozei se stabilește histologic (în urma examenului histologic) și presupune prezența glandelor sau a stromei endometriale, care reprezintă o proliferare benignă a țesutului similară în proprietăți morfologice și funcționale cu endometrul în afara cavității uterine, care induce o reacție cronică, inflamatorie.

A.2. Codul bolii (CIM-10):

N80 Endometrioza

N80.0 Endometrioza uterului

N80.1 Endometrioza ovariană

N80.2 Endometrioza trompelor uterine

N80.3 Endometrioza peritoneului pelvian

N80.4 Endometrioza septului rectovaginal și a vaginului

N80.5 Endometrioza intestinală

N80.6 Endometrioza cicatricii cutanate

N80.8 Alte endometrioze

N80.9 Endometrioza, nespecificată

A.3. Utilizatorii:

- Prestatorii de servicii de asistență medicală primară (medic de familie, medic obstetrician-ginecolog, asistent medical/asistentă medicală de familie)

Notă: Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de către alți specialiști (medici specializați în reproducere asistată, chirurgie, imagistică, anatomie patologică, gastroenterologie, urologie etc.)

A.4. Obiectivele protocolului

Scopul protocolului. Îmbunătățirea calității managementului clinic (conduitei clinice): diagnosticului precoce, tratamentului eficient și calității vieții pacientelor cu endometrioza.

Obiectivele protocolului:

- Optimizarea diagnosticului clinic al endometriozei, bazat pe semne clinice, anamneză și ecografie, cu scopul de a reduce intervalul de timp de la apariția simptomelor până la stabilirea diagnosticului. Grupul țintă sunt adolescentele, pentru a permite profilaxia complicațiilor reproductive pe viitor.
- Implementarea scorului #Enzian în practica medicală a echipelor endoscopice specializate, precum și în activitatea medicilor imagiști, pentru a pregăti comunitatea medicală în vederea implementării unei conduite multidisciplinare.
- Implementarea scorului EFI și aprecierea rezervei ovariene pe baza AMH, datelor ecografice și spermatogramei la soț, pentru a identifica pacientele cu endometrioză care pot obține sarcină spontană, față de cele care necesită TRA.
- Evaluarea suplimentară la pacientele cu endometrioză profundă: pe lângă scorul EFI, se va lua în considerare gradul dispareuniei și frecvența relațiilor sexuale, pentru o conduită ulterioară corectă.
- Adoptarea unei atitudini față de endometrioză ca stil de viață, care să includă planificarea managementului medical, obținerea sarcinii, tratamentul hormonal, tratamentul chirurgical, conduita în menopauză, toate monitorizate de un Centru de excelență în endometrioză.

A.5. Data elaborării protocolului: 2025

A.6. Data revizuirii protocolului: 2030

A.7 Informația epidemiologică

Endometrioza este o patologie inflamatorie frecventă care afectează femeile, mai ales în perioada reproductivă.

Prevalența endometriozei este dificil de estimat în populația generală (7-15%). S-a estimat că peste 200 de milioane de femei din întreaga lume suferă de endometrioză.

Endometrioza poate fi și asimptomatică, dar simptomele asociate includ dureri hipogastrice periodice, dispareunie, disurie, dischezie și infertilitate.

Endometrioza nu numai că are un impact semnificativ asupra vieții a milioane de femei și a familiilor acestora, dar este asociată și cu o povară socio-economică enormă.

Prevalența endometriozei la femeile cu durere cronică pelvină variază de la 2 la 74%, iar la femeile cu durere pelvină acută este estimată la 33%. Întrucât endometrioza are o evoluție asimptomatică îndelungată, depistarea precoce și tratarea acesteia reprezintă o măsură eficientă de prevenire a formei profunde. Întrucât endometrioza are o lungă perioadă de evoluție sub forma unor leziuni fără repercusiuni clinice, depistarea și tratarea acestora reprezintă o măsură extrem de eficientă de prevenire a endometriozei profunde. Standardul de aur pentru tratamentul endometriozei este intervenția laparoscopică.

S-a demonstrat că femeile cu endometrioză diagnosticată chirurgical au raportat cea mai severă durere, asociată cu scăderea calității vieții în comparație cu femeile cu alte patologii ginecologice. Cu toate acestea, unele studii au observat corelația dintre localizarea și profunzimea leziunilor endometrioze.

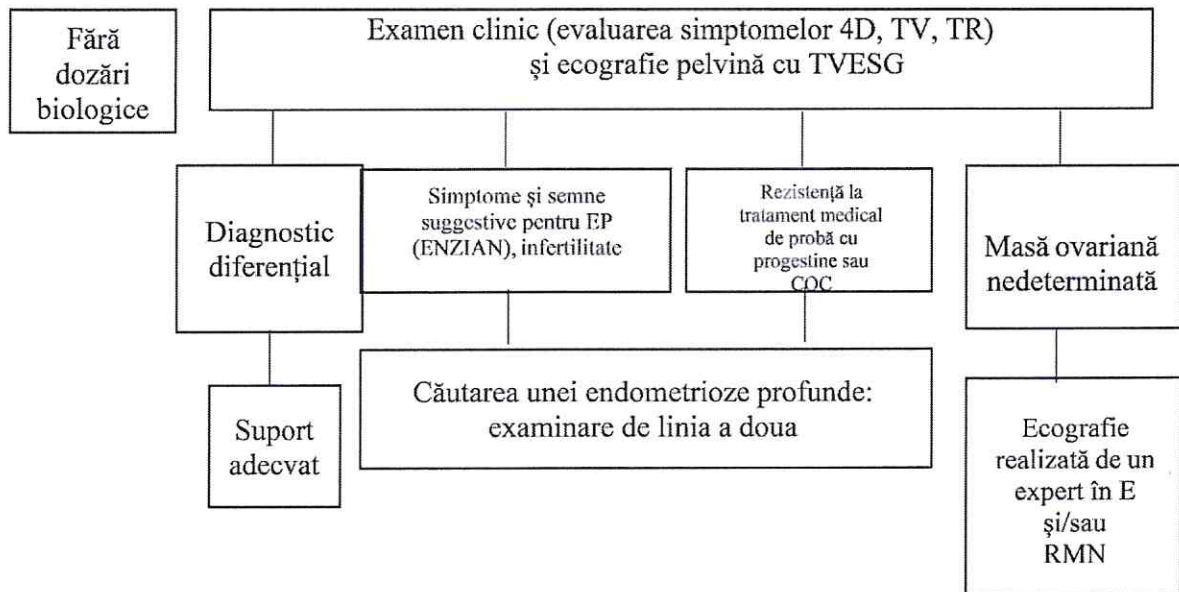
S-a demonstrat că intervenția chirurgicală îmbunătățește semnificativ simptomele asociate endometriozei comparativ cu tratamentul hormonal și analgezic. Eșecul tratamentului poate fi parțial atribuit heterogenității endometriozei și, în cazul intervenției chirurgicale, corelează direct cu factori precum experiența chirurgicală, complexitatea cazului clinic, localizarea anatomică.

B. PARTEA GENERALĂ

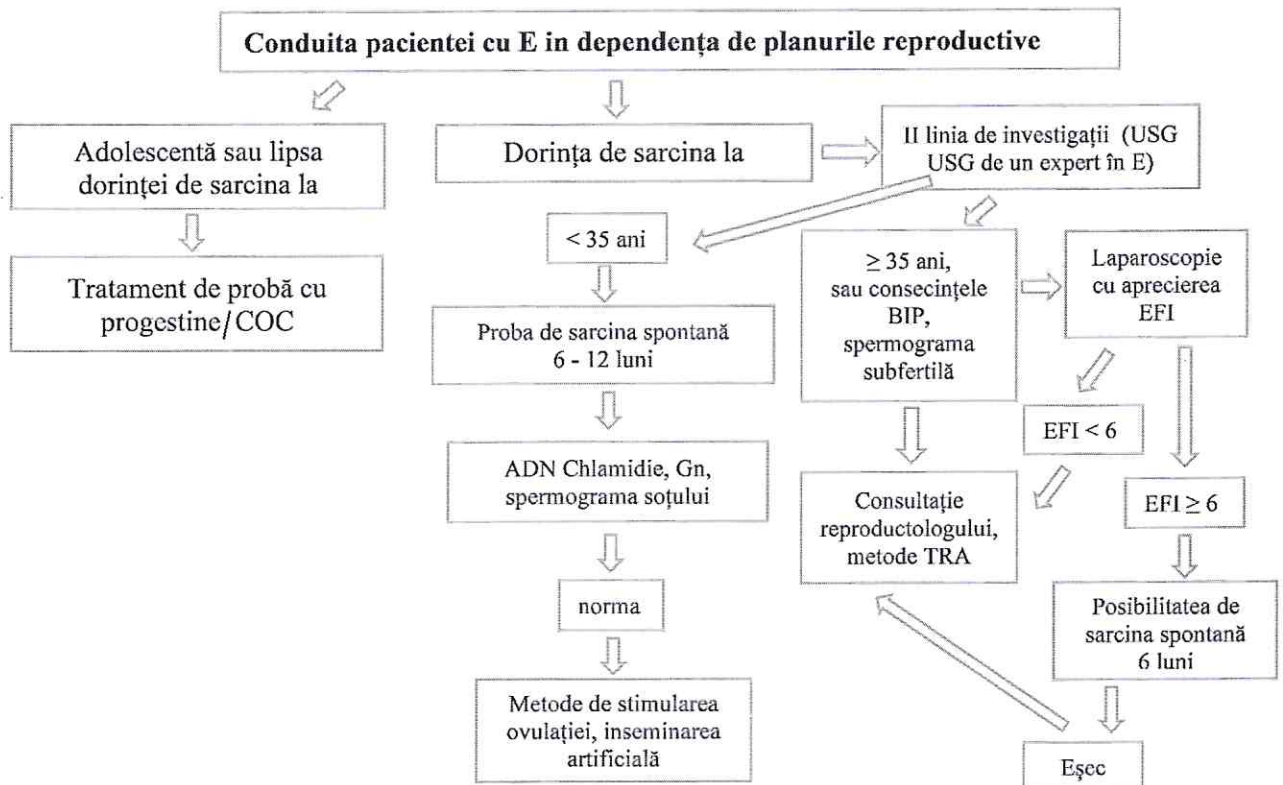
Nivelul de asistență medicală primară (medicina de familie)		
Descriere	Motive	Pași
1. Profilaxia	Profilaxia primară a endometriozei la pacientele expuse factorilor de risc va reduce incidența bolii (C.2.2.1.). Profilaxia secundară a endometriozei permite: • prevenirea recidivelor simptomatice • menținerea fertilității • îmbunătățirea calității vieții pacientelor cu endometrioza	Standard/Obligativ: • Consilierea pentru susținerea sarcinii și prevenirea avorturilor la cerere • Evaluarea anamneșticului familial. • La suspjecția endometriozei –consultația ginecologului.(Caseta 1)
2. Diagnostic	Stabilirea unui diagnostic preliminar de endometrioza în cazul dismenoreei apărute de la menarhă, durerilor pelvine / extrapelvine catameniale sau infertilității (în contextul unui anamneștic familial agravat) este esențială pentru inițierea unei conduite medicale adecvate și prevenirea complicațiilor.	Standard/Obligativ: • Referirea pentru diagnostic la medicul ginecolog • În menopauză, prezența maselor anexiale constatate la USG necesită referirea la medicul ginecolog
3. Tratament/conduita	Inițierea precoce a tratamentului permite: • prevenirea recidivelor simptomatice • reducerea riscului de progresie a bolii • menținerea fertilității • gestionarea complicațiilor asociate • îmbunătățirea calității vieții pacientelor cu endometrioza	Standard/Obligativ: • Tratamentul la medicul ginecolog • Opțional: ▪ Consultarea psiho-neurologului cu suport psihologic ▪ Consultarea sexopatologului

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C1.1 Algoritmul conduitei ginecologice a pacientei cu suspjecție la endometrioza



C 1.2 Algoritmul de conduita pacientei cu endometrioza in dependența de planurile reproductive



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Conduita pacientelor (standard/obligatoriu)

C.2.1.1. Factori de risc și prevenirea

Caseta 1.

Teoriile endometriozei:

- embrionară (Baskacov)
- transplantare – migrație (Sampson)
- metaplastică
- genetică și celulele stem
- imunologică
- de trauma chirurgicală
- insuficienței de testosteron în perioada embriogenezei

Factori ce măresc probabilitatea apariției

- **hormonali:** menarha precoce; hiperpolimenoree; nuliparitatea, dereglări ale ciclului menstrual cauzate de patologii endocrin-ginecologice, indice de masă corporală scăzut, nivelul jos de testosteron în perioada de embriogeneză;
- **imunologici:** suprimarea imunității celulare și umorale, stresul psihoemoțional de lungă durată;
- **traumatici:** deteriorarea mecanică a zonei de joncțiune a miometrului (nașteri multiple, nașteri prin cezariană, avorturi repetate, efectuate în special cu chiuretaj);
- **ereditari** predispoziție ereditară (teoria predispoziției genetice); antecedente familiale de endometrioza, riscul de a dezvolta endometrioza pentru rudele de gradul întâi este de cinci ori mai mare decât în populația generală; modificări epigenetice;
- **inflamatori** endometrită, anexită, salpingită, metroanexită, pelviperitonită și/sau abces tubo-ovarian, contribuind la aderența și invazia celulelor endometriale;
- **exogeni:** iradiere cu raze ultraviolete; folosirea în exces a alcoolului, fumatul.

În scopul prevenirii endometriozei și a complicațiilor ei se recomandă:

Standard/Obligativ:

- Planificarea funcției reproductive, încurajarea sarcinilor, prevenirea avorturilor la cerere.
- Aprecierea factorii de risc pentru apariția endometriozei și evaluarea anamnesticalui familial de endometrioza
- Consultația medicului ginecolog.

Recomandabil:

- COC (cu Dienogestum sau LNG DIU) între sarcini la pacientele din grupul de risc în cazul lipsei contraindicației sau ele au fost recomandate de ginecolog.
- Administrarea COC (regimul continuu) pot fi considerat ca măsuri de profilaxia primară a endometriozei (GCP)

- În cazul contracepției chirurgicale ireversibile preferabil de efectuat tubectomie cu scop de profilaxie a endometriozei pelvine și cancerului ovarian
- Evitarea sportului de performanță, sexului și tușeului vaginal în timpul menstruației
- Regimul de viață sănătos, activitatea fizică, alimentație rațională, eliminarea stresului cronic.

C 2.1.2. Anamneza

Caseta 2.

- Aprecierea factorilor de risc (hormonali, imunologici, traumatici, ereditari, inflamatori) ce măresc probabilitatea apariției endometriozei.
- Aprecierea funcției menstruale, sexuale și reproductive.
- Distanța anogenitală <2,5 cm.
- Aprecierea maladiilor concomitente, extragenitale.
- Determinarea antecedentelor chirurgicale
- Aprecierea factorilor de risc asociați cu o probabilitate mărită de apariție a cancerului ovarian ca: vârsta 50 ani, nuliparitate, menarhă precoce, menopauză tardivă, infertilitate, sindromul ovarelor polichistice

C.2.2.5. Diagnosticul diferențiat (standard/obligatoriu)

Caseta 3.

În perioada reproductivă endometrioza se formează la 10% dintre toate femeile.

La femei de vârstă reproductivă diagnosticul diferenciat se v-a efectua cu:

- Boală inflamatorie pelvină
- chist ovarian;
- Cr ovarian;
- teratoamele ovariene
- dereglări ale ciclului menstrual;
- hidrosalpinx;
- hematosalpinx;
- sarcina ectopică
- Sângerări uterine anormale (după algoritmul PALM-COEIN în cazul adenomiozei)
- tuberculoza endometriului și anexelor;
- cistită interstițială;
- sindrom de vezică urinară hiperactivă;
- urolitiază;
- ocluzie și subocluzie intestinală;
- tumorile rectosigmoidiene
- sindromului intestinului iritat
- lombalgie
- pneumotorax de origine TBC sau Cr.

C.2.3. Tactica de conduită

C.2.3.1. Managementul pacientelor cu endometrioză și infertilitate feminină

Caseta 4. Conduita pacientelor cu endometrioză și infertilitate feminină

Endometrioza este detectată la 58% dintre femeile supuse laparoscopiei ca etapă finală a examinării pentru infertilitate.

Managementul infertilității în contextul endometriozei trebuie să fie global, luând în considerare durerea, care poate fi asociată cu infertilitatea, și evaluarea pre-terapeutică a cuplului infertil (explorarea rezervei ovariene, starea trompelor uterine, EFI și spermograma) și fenotipul leziunilor endometriozeice. Managementul optim este efectuat în echipe multidisciplinare, inclusiv medici radiologi specializați în imagistică pelvină, chirurghi - ginecologi, medic ginecolog, medic urolog și chirurghi digestivi, medici specializați în domeniul de reproducere umană asistată, practicieni în durere și psihologi.

- Nu se recomandă un tratament de supresie ovariană inclusiv postoperator pentru a îmbunătăți fertilitatea. - **GRADE++++**
- Femeilor care decid să nu conceapă 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. - **GRADE++++**
- Prescrierea unui tratament hormonal anti-gonadotropic nu face posibilă creșterea ratei sarcinii. Terapia antigonadotropică nu este recomandată pentru a crește șansele de sarcină, cu excepția FIV, inclusiv postoperator. **Ib, A**
- Laparoscopia operativă ar putea fi oferită ca opțiune de tratament pentru infertilitatea asociată endometriozei în endometrioză în stadiul I/II rASRM, deoarece îmbunătățește rata sarcinii, și pentru tratamentul infertilității asociate endometriomului, deoarece le poate crește șansele de sarcină naturală, deși nu există date din studii comparative. – **GRADE++**
- Evaluarea rezervei ovariene (controlul AMH și numărul foliculilor antrali) este necesară înainte de planificarea tratamentului chirurgical la pacientele cu endometrioame ovariene.
- Deși nu există dovezi convingătoare că laparoscopia operativă pentru EP îmbunătățește fertilitatea, laparoscopia operativă poate reprezenta o opțiune de tratament la pacientele cu durere, care doresc să conceapă. - **GRADE++**
- Decizia de a efectua o intervenție chirurgicală ar trebui să fie ghidată de prezența sau absența simptomelor durerii, vârsta și preferințele pacientei, istoricul intervenției chirurgicale anterioare, prezența altor factori de infertilitate, rezerva ovariană și EFI estimat. – **D**
- La o pacientă cu infertilitate se recomandă utilizarea EFI intraoperator pentru a ghida conduita terapeutică cu scopul de a obține o sarcină. - **C**
- Ca management postoperator non-FIV al endometriozei de grad ușor poate fi considerat stimularea ovariană, cu/fără inseminare intrauterină.
- Tratamentul non-FIV (stimulare ovariană, cu sau fără inseminare intrauterină) în cazul EP sau endometriomului este în studiere. **IV, C**

Endometrioza și TRA

- La femeile infertile cu endometrioză în stadiul I/II AFS/ASRM, clinicienii pot efectua inseminare intrauterină (IUI) cu stimulare ovariană, în loc de tratament expectant sau IUI singur, deoarece crește rata sarcinii. - **GRADE++**
- Dacă este efectuată IUI la femeile infertile cu endometrioza stadiul III/IV AFS/ASRM cu permeabilitate tubară incertă, ar putea fi luată în considerare utilizarea stimulării ovariene. – **GRADE++**
- Pacientelor cu EP, care prezintă dispareunie severă și abstenența sexuală, chiar și în cazul unor scoruri EFI favorabile pentru sarcină spontană (6-10 puncte), le este recomandată IUI cu spermă soțului sau procedura de FIV.
- TRA pot fi efectuate pentru infertilitate asociată cu endometrioză, dacă funcția tubară este compromisă, dacă există infertilitate cu factor masculin, în caz de EFI scăzut și / sau dacă alte tratamente au eșuat. - **GRADE++**
- Un protocol specific pentru TRA la femeile cu endometrioză nu poate fi recomandat.
- Femeile cu endometrioză și TRA au aceeași rată de recurență ca și cele fără TRA. Așadar, TRA în endometrioza este o metodă sigură. Stimularea ovulației în FIV nu agravează simptomele, nu accelerează evoluția și nu crește riscul de recidivă a endometriozei. – **GRADE++**
- Evaluarea rezervei ovariene (controlul AMH și numărul foliculilor antrali) este necesară înainte de planificarea tratamentului chirurgical la pacientele cu endometrioame ovariene.
- Endometriomul < 4 cm nu are impact asupra calității embrionului și asupra rezultatelor finale ale FIV. Datele pentru endometrioame > 6 cm nu există. **IIb**
- Îmbunătățirea rezultatelor FIV după puncție și drenare ghidată ecografic înaintea de stimulării ovariene nu a fost constatată.
- Nu este recomandată aspirație transvaginală sistematică sub control USG al endometrioamelor înainte de FIV pentru creșterea ratelor sarcinii. **IV, C**
- Rezultatele FIV nu sunt modificate la pacientele cu intervenții chirurgicale anterioare pentru endometriom, dar există o tendință spre scăderea rezervelor ovariene cu scăderea numărului de ovocite recoltate și a unor doze mai mari de gonadotropine necesare. **IV**
- La femeile cu endometriom, clinicienii pot utiliza profilaxia cu antibiotice în momentul recuperării ovocitelor, deși riscul formării de abcese ovariene în urma aspirației foliculare este scăzut. - **D**
- Nu este recomandată administrarea aGnRH înainte de tratamentul TRA pentru a îmbunătăți rata natalității la femeile infertile cu endometrioză, deoarece beneficiul este incert. – **GRADE++++**
- Blocarea ovariană de aGnRH sau de COC, înainte de stimularea pentru FIV, îmbunătățește șansele de sarcină. **III, B** Dar, nu există dovezi suficiente pentru a recomanda administrarea **prelungită** a COC/ progestogenilor ca pre-tratament la TRA pentru a crește rata natalității. – **GRADE++**

- Dydrogesteronum poate fi utilizat pre și post transfer de embrioni pentru îmbunătățirea fazei secretorii și menținerea sarcinii până la placentație, iar în cazul iminenței nașterii premature sau colului uterin scurt - până la 37 de săptămâni în combinație cu progesteron micronizat vaginal.
- Clinicienilor nu li se recomandă să efectueze o intervenție chirurgicală de rutină înainte de TRA pentru a îmbunătăți rata natalității la femeile cu endometrioză în stadiul I / II, deoarece beneficiile potențiale sunt neclare. - **GRADE++++**
- Clinicienilor nu li se recomandă să efectueze în mod obișnuit o intervenție chirurgicală pentru endometriomul ovarian înainte de TRA pentru a îmbunătăți rata natalității vii, deoarece dovezile actuale nu arată nici un beneficiu și este posibil că intervenția chirurgicală să aibă un impact negativ asupra rezervei ovariene. – **GRADE++++**
- Chirurgia pentru endometriom înainte de TRA poate fi considerată pentru a îmbunătăți durerea asociată endometriozei sau accesibilitatea foliculilor în cadrul puncției. - **D**
- Decizia de a oferi o excizie chirurgicală a leziunilor de endometrioză profundă înainte de TRA ar trebui să fie ghidată în principal de simptomele durerii și de preferința pacientei, deoarece eficacitatea sa asupra rezultatului reproductiv este incertă din cauza lipsei studiilor randomizate. – **GRADE++++**
- În ceea ce privește strategiile non-medicale privind infertilitatea, nu există dovezi clare că orice intervenție non-medicală pentru femeile cu endometrioză vor fi benefice pentru a crește șansele de sarcină. Nu se poate face nici o recomandare pentru a sprijini intervențiile non-medicale (nutriție, medicină chineză, electroterapie, acupunctură, fizioterapie, exerciții și intervenții psihologice) pentru a crește fertilitatea la femeile cu endometrioză. Beneficiile și prejudiciile potențiale sunt neclare.
- Clinicienii trebuie să discute avantajele și dezavantajele conservării fertilității la femeile cu endometrioză. Adevăratul beneficiu al conservării fertilității la femeile cu endometrioză rămâne necunoscut. - **GRADE++++**
- Severitatea endometriozei nu afectează frecvența sarcinii prin FIV. Cu toate, că în endometrioză severă numărul de ovocite recoltate este mai scăzut.
- Modul de fecundare (FIV sau ICSI) nu schimbă rata cumulativă a sarcinii. Endometrioza nu este o indicație pentru favorizarea ICSI față de clasicul FIV de primă linie. **E**

Impactul endometriozei în sarcină și rezultatele reproductive

- Pacientele nu trebuie sfătuite să rămână însărcinate cu singurul scop de a trata endometrioza, deoarece sarcina nu duce întotdeauna la ameliorarea simptomelor sau la reducerea progresiei bolii. – **GRADE++++**
- Endometrioamele se pot schimba în aspect în timpul sarcinii. În cazul găsirii unui endometriom atipic în timpul ultrasunetelor în timpul sarcinii, se recomandă trimiterea pacientei la un centru de expertiza adecvată. – **GRADE++++**

- Femeile cu endometrioză sunt în risc crescut de avort spontan în primul trimestru și sarcină ectopică. – **GRADE++++**
- Medicii trebuie să fie conștienți de complicațiile asociate endometriozei în timpul sarcinii, deși aceasta nu justifică o monitorizare prenatală crescută sau descurajarea femeilor să rămână însărcinate, totuși necesită luarea în considerație în special în EP. – **GRADE++++**

Indicația de crioconservare a ovocitelor în caz de endometrioză

Boala endometriozică ovariană este asociată cu o modificare a rezervei foliculare, iar intervenția chirurgicală, în special cea bilaterală sau iterativă, poate agrava această situație. Posibilitatea crioconservării ovocitelor ar trebui discutată cu pacienta înainte de efectuarea unei intervenții chirurgicale pentru endometriom ovarian.

C.2.3.2. Managementul pacientelor cu endometrioză și cancer

Caseta 5

Este necesară informarea femeilor că deși endometrioza este asociată cu un risc mai mare de cancer ovarian, mamă și tiroidian în special, creșterea riscului absolut în comparație cu femeile din populația generală este scăzută (+0,5% la +1,2%, figura 5). – **GRADE++++**

Legătura de cauzalitate dintre endometrioză și cancerul ovarian nu este demonstrată. **IIb.**

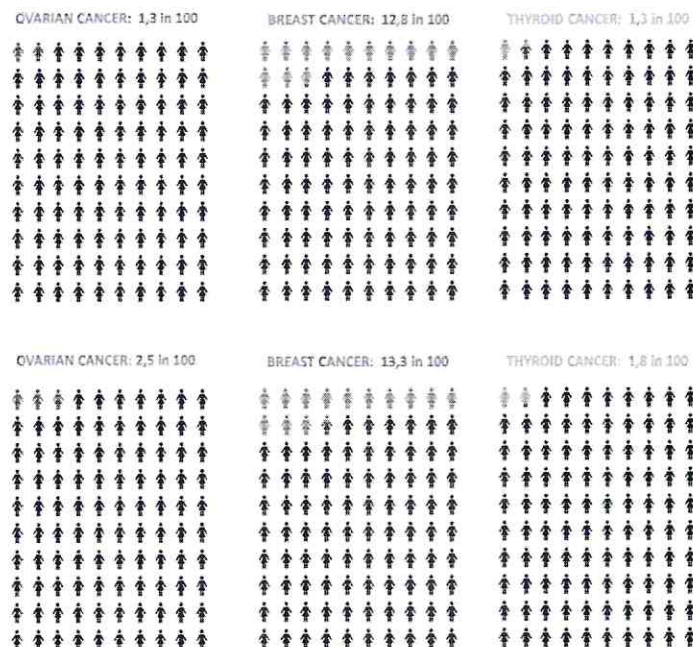


Figura 5. Creșterea riscului de cancer ovarian, mamă și tiroidian în endometrioză

GDG recomandă medicilor să explice femeilor cu endometrioză, că riscul de cancer are aceleași măsuri de prevenire ca în populația feminină generală (evitarea fumatului, menținerea unei greutate sănătoase, exerciții fizice regulate, o dietă echilibrată cu un aport ridicat de fructe și legume și consum redus de alcool și utilizarea protecției solare). – **D**

Utilizarea pilulei contraceptive orale la femeile cu endometrioză nu este asociat cu riscul de malignitate. – **GRADE++++**

La femeile cu endometrioză, clinicienii nu ar trebui să efectueze sistematic screeningul cancerului dincolo de ghidurile existente de screening pentru cancer la nivel populațional. - **GRADE++++**

Clinicienii pot lua în considerare screeningul cancerului în conformitate cu ghidurile locale la pacientele care au factori de risc suplimentari, de exemplu, istoric familial puternic, mutații specifice ale liniei germinale – **D**

Există date epidemiologice, în principal despre endometrioza ovariană, care arată că excizia completă a endometriozei vizibile poate reduce riscul de cancer ovarian (OR 0,29).

Beneficiile potențiale trebuie cântărite în raport cu riscurile intervenției chirurgicale (morbidity, durere și rezerva ovariană) – **GRADE++++**.

În ciuda incidenței scăzute a detectării cancerului în endometrioză (mai puțin de 1%), relația dintre endometrioză și cancerul ovarian are o importanță clinică înaltă, în special în cazul carcinomului cu celule clare și endometrioidului. Efectuarea tratamentului chirurgical al endometriozei necesită biopsie țesutului endometrioid pentru a clarifica diagnosticul și a exclude un proces malign concomitent.

C.2.3.3. Managementul pacientelor cu endometrioză în menopauză

Caseta 6.

Incidența endometriozei la femeile în postmenopauză este de 2-5%. Cele mai importante întrebări în situația acesta sunt:

- riscul de malignitate (în special în formele infiltrative și prezența endometrioamelor)
- posibilitatea indicației de THM la necesitate.

La femeile aflate în postmenopauză mai des sunt diagnosticate leziunile intestinale și chisturile ovariene endometrioide (ca recidivă a endometriozei sau ca boală nedagnosticată anterior), deși, endometrioza în menopauză se poate dezvolta de novo.

- Clinicienii pot lua în considerare tratamentul chirurgical pentru femeile aflate la menopauză care prezintă semne de endometrioză și/sau durere pentru a permite confirmarea histologică a diagnosticului de endometrioză. - **GRADE++**

- GDG recomandă medicilor să recunoască riscul mai mare de malignitate la femeile aflate în postmenopauză. Dacă este detectată o masă pelvină, examinarea și tratamentul ar trebui efectuate în conformitate cu ghidurile naționale de oncologie– **D**
- Pentru femeile aflate în postmenopauză cu durere asociată endometriozei, clinicienii pot lua în considerare inhibitorii de aromatază ca opțiune de tratament, mai ales dacă intervenția chirurgicală nu este fezabilă. – **GRADE++**
- Clinicienii pot lua în considerare THM combinată sau tibolonum pentru tratamentul simptomelor postmenopauzei la femei (atât după menopauza naturală, cât și după menopauză chirurgicală) cu antecedente de endometrioză.
- Recurența și diagnosticarea de novo a endometriozei în postmenopauză este similară atât cu utilizarea, cât și fără utilizarea THM, însă utilizarea THM îmbunătățește indicatorii calității vieții. – **GRADE++**
- Medicii ar trebui să evite prescrierea de regimuri numai cu estrogeni pentru tratamentul simptomelor vasomotorii la femeile aflate în postmenopauză cu antecedente de endometrioză, deoarece aceste regimuri pot fi asociate cu un risc mai mare de transformare malignă. – **GRADE++++**
- Endometriomele și a formele de EP în menopauză necesită vigilență oncologică deosebită, întrucât riscul de malignitate crește odată cu vârsta, necesitând abordare chirurgicală urgentă. La pacientele postmenopauzale cu endometrioză de orice localizare se recomandă tratamentul chirurgical laparoscopic pentru excizia formațiunilor și excluderea procesului oncologic. **IV, C**
- Clinicienii trebuie să fie conștienți de faptul, că femeile cu endometrioză, care au suferit o salpingo-ooforectomie bilaterală precocă, ca parte a tratamentului lor, prezintă un risc crescut de osteoporoză, boli cardiovasculare și demență.
- GDG recomandă medicilor să continue să trateze femeile cu antecedente de endometrioză după menopauză chirurgicală cu combinație de estrogen/progestativ (Estradiolum +Dydrogesteronum) sau tibolonum, cel puțin până la vârsta menopauzei naturale, indiferent dacă a fost efectuată histerectomie. – **D, IIIb.**

C.2.3.4. Managementul adolescentelor cu endometrioză

Caseta 7.

Simptomele endometriozei apar adesea în vârstă fragedă.

Aproximativ 2/3 dintre femeile adulte cu endometrioză raportează simptome înainte de vârsta de 20 de ani.

Endometrioza severă și EP sunt frecvente în rândul adolescentelor. Aproape 50% de endometrioză, diagnosticată intraoperator la adolescente, prezintă forma severă. Cel mai frecvent sunt afectate ovarele, spațiul Douglas, foile posterioare ale ligamentelor lantum, ligamentele sacro-uterine.

Intervalul de timp de la debutul menarhei până la apariția endometriozei care necesită intervenție chirurgicală este de cel puțin 4 ani.

Simptomele principale ale endometriozei la adolescente sunt dismenoreea, pelvialgia (inclusiv durerea pelviană cronică) și dispareunia cu debutul vieții sexuale, și diferite forme de lumbalgii, dishezii, ce mimează maladii a coloanei vertebrale, pielonefrite sau colite cornice.

- La adolescente, clinicienii ar trebui să facă o anamneză atentă pentru a identifica posibili factori de risc pentru endometrioză, cum ar fi antecedentele familiale pozitive, atât constatarea la adolescente a malformațiilor genitale obstructive, prezența menarhei precoce sau ciclului menstrual scurt. – **GRADE++++**
- Clinicienii pot lua în considerare endometrioza la femeile tinere care prezintă absenteism (ciclic) de la studii sau cele ce utilizează analgetice și contraceptive orale pentru tratamentul dismenoreei. – **GRADE++**
- GDG recomandă ca înainte de a efectua examenul vaginal și/sau rectal la adolescente, acceptabilitatea să fie discutată cu adolescenta și îngrijitorul ei, ținând cont de vârsta și contextul cultural al pacientei. – **D**
- Ecografia transvaginală este recomandată la adolescente, dacă rezultatul este informativ, în special în diagnosticarea endometriozei ovariene. Dacă scanarea transvaginală nu este informativă pentru toate formele de EP, se poate lua în considerare scanarea RMN, USG transabdominală, transperineală sau transrectală, acolo unde este cazul. – **GRADE++++**
- Biomarkerii serici (de exemplu, CA-125) nu sunt recomandați pentru diagnosticarea sau excluderea endometriozei la adolescente, deși sunt utili în prognozarea eficacității tratamentului administrat. – **GRADE++++**
- La adolescente cu suspiciune de endometrioză la care imagistica este negativă și tratamentele medicale (cu AINS și/sau contraceptive orale) nu au avut succes, poate fi luată în considerare laparoscopia diagnostică. – **GRADE++**
- Dacă se efectuează o laparoscopie, clinicienii ar trebui să ia în considerare efectuarea de biopsii pentru a confirma diagnosticul histologic, deși histologia negativă nu exclude complet boala. – **GRADE++++**

Tratamentul conservator al endometriozei la adolescente.

- La adolescente cu durere, dismenoree severă (apreciată în baza SAV), asociată endometriozei, medicii trebuie să prescrie contraceptive orale sau progestative (sistemic sau prin LNG-DIU) ca terapie hormonală de primă linie, deoarece acestea pot fi eficiente și sigure. Cu toate acestea, este important de menționat că unii progestativi pot scădea densitatea minerală osoasă la adolescente și necesită suplimente de vit. D3 și altele. – **GRADE++++**
- AINS, contraceptivele combinate sau progestative (dienogestum, dydrogesteronum, LNG-DIU) sunt preparatele de I-ă intenție la adolescente cu endometrioză dureroasă - **IV, C**
- GDG recomandă clinicienilor să ia în considerare AINS ca tratament pentru durerea asociată endometriozei la adolescentele cu endometrioză (suspectată), mai ales dacă tratamentul hormonal de primă linie nu este o opțiune. – **D**
- La adolescentele cu endometrioză confirmată laparoscopic și durere asociată la care contraceptivele orale sau terapia cu progestativ au eșuat, clinicienii pot lua

în considerare prescrierea agoniștilor GnRH timp de până la 1 an (**contează vârsta adolescenței**), deoarece aceștia sunt eficienți și siguri atunci când sunt combinați cu terapia "add-back" și controlul nivelului metaboliților de calciu și vitamina D3 din serul sanguin, precum și densitatea osoasă, datorită posibilității pierderii osoasă. **IIa, B**

- GDG recomandă ca la femeile tinere, agoniștii GnRH să fie utilizați după o analiză atentă și discuții cu un medic într-un cadru de îngrijire secundară sau terțiară, luând în considerare efectele secundare potențiale și riscurile pe termen lung pentru sănătate. – **D**

Tratamentul chirurgical al endometriozei la adolescente.

Se recomandă utilizarea metodelor de tratament conservator, inclusiv empiric, în prezența simptomelor de endometrioza înaintea de a indica tratamentul chirurgical laparoscopic. Laparoscopia ca gold-standard în diagnostic a endometriozei nu are rol decisiv la adolescente, întrucât pe de o parte întâmpină rezistentă de la părinți și medici, ce duce la întârzierea diagnosticului pe 5-10 ani, pe de altă parte, rolul ei cu scopul excluderii malignității sau aprecierii scorului EFI nu este actual la pacientele pînă la 19 ani. Utilizarea unei noi paradigme diagnostice a endometriozei la adolescente, bazată nu pe laparoscopie, dar pe metode neinvazive, discutate în literatură, necesită studierea și implementarea în practica medicală.

- GDG recomandă ca, dacă tratamentul chirurgical este indicat la adolescentele cu endometrioză, acesta să fie efectuat laparoscopic de un chirurg cu experiență și, dacă este posibil, îndepărtarea completă laparoscopică a tuturor leziunilor prezente. – **D**
- Abordarea multidisciplinară este recomandată și asociată cu îmbunătățirea calității vieții la pacientele adolescente cu endometrioză.
- Tratamentul chirurgical este argumentat la adolescente cu sindrom de durere severă, care nu poate fi oprit prin terapia medicamentoasă, sau în prezența formațiunilor de volum în bazinul mic. **IV, C**
- Durerea acută în endometrioză poate fi motivul spitalizării de urgență și intervenții chirurgicale pentru apendicita acută suspectată, obstrucție intestinală sau sângerare intraabdominală, cauzate de endometrioza.
- La adolescentele cu endometrioză, clinicienii pot lua în considerare îndepărtarea chirurgicală a leziunilor endometriozei pentru a gestiona simptomele legate de endometrioză, cu toate acestea ratele de recurență a simptomelor pot fi considerabile, mai ales atunci când intervenția chirurgicală nu este urmată de tratament hormonal. – **GRADE++**
- Tratamentul chirurgical în ameliorarea durerii la adolescente este indicat în cazul malformațiilor genitale obstructive diagnosticate, care se asociază mai mult de 40% la adolescentele cu endometrioza și necesită diagnosticarea precoce (odată cu menarha).
- La adolescentele cu endometrioză, clinicienii ar trebui să ia în considerare terapia hormonală postoperatorie, deoarece aceasta poate suprima reapariția simptomelor. – **GRADE++++**

C.2.3.5. Managementul și diagnosticul adenomiozei (compartiment FA după #Enzian).

Caseta 8.

Clasificarea adenomiozei

Formele adenomiozei:

- difuză,
- nodulară,
- focală (chistică).

Clasificarea după Adamean:

- Stadiul I - procesul patologic este limitat la submucoasa corpului uterului;
- Stadiul II - procesul patologic trece la straturile musculare;
- Stadiul III - răspândirea procesului patologic pe întreaga grosime a miometrului până la seroasă;
- Stadiul IV - implicare în procesul patologic, pe lângă uter, peritoneul parietal al pelvisului mic și al organelor adiacente

Simptome sugestive pentru adenomioză:

- ✓ SUA sub formă de menometroragii sau spotting pre- și postmenstrual cu conținut maroniu;
- ✓ Dismenoree;
- ✓ Dispareunie;
- ✓ Disurie, dishezie, dureri cronice pelvine, care apar în stadiile avansate, când adenomioza pătrunde prin seroasa uterină și afectează organele adiacente;
- ✓ Infertilitatea de tip I și II;
- ✓ Pierderi reproductive (avorturi spontane, sarcini stagnante în evoluție).

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

Prestatori de servicii de AMP	Personal: • medic de familie • asistent medical/asistentă medicală de familie • medic obstetrician-ginecolog • medic în laborator Medicamente conform Normelor minime de dotare a trusei medicului de familie (Secțiunea 16, Anexă nr.1 „Norme de reglementare a Asistenței Medicale Primare din Republica Moldova” la Ordinul Ministerului Sănătății nr.695 din 13.10.2010).
--------------------------------------	---

* Produsele medicamentoase nu sunt înregistrate în Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor, dar recomandată de Ghidurile internaționale bazate pe dovezi.

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

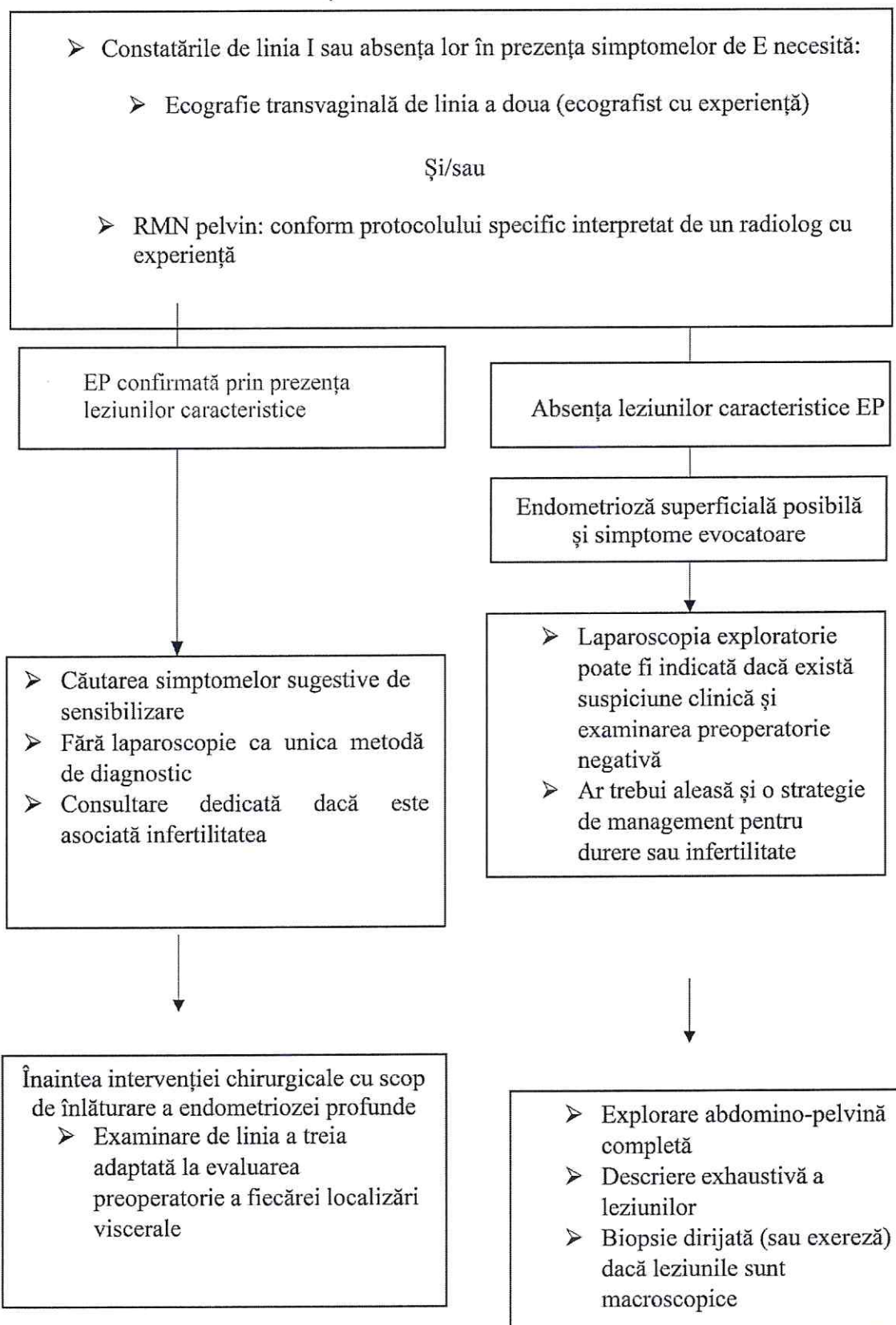
Nr	Obiectivul	Indicator	Metoda de calculare	
			Numărător	Numitor
1	Optimizarea diagnosticului clinic al endometriozei, bazat pe semne clinice, anamneză și ecografie, cu scopul de a reduce intervalul de timp de la apariția simptomelor până la stabilirea diagnosticului. Grupul țintă sunt adolescentele, pentru a permite profilaxia complicațiilor reproductive pe viitor.	Ponderea femeilor la care s-a stabilit apariția primelor simptome relevante și stabilirea diagnosticului de endometrioză, pe baza semnelor clinice, anamnestic și ecografice	Nr. total de femei cărora li s-a efectuat evaluarea riscului pentru endometrioză x 100%	Numărul total de paciente care au fost diagnosticate cu endometrioză, după evaluarea semnelor clinice, anamnestic și ecografice.
2	Implementarea scorului #Enzian în practica medicală a echipelor endoscopice specializate, precum și în activitatea medicilor imagiști, pentru a pregăti comunitatea medicală în vederea implementării unei conduite multidisciplinare	Ponderea cazurilor de endometrioză diagnosticate și tratate prin colaborarea medicilor imagiști și a echipelor endoscopice, utilizând scorul Enzian pentru clasificarea stadiului bolii.	Nr. cazurile de endometrioză în care scorul Enzian a fost aplicat corect atât de medicii imagiști, cât și de echipele endoscopice (aceste cazuri sunt cele pentru care au fost realizate atât evaluări imagistice, cât și endoscopice, folosindu-se scorul Enzian pentru stabilirea stadiului bolii) x100%	Nr. total de paciente cu endometrioză care au fost supuse evaluării imagistice și endoscopice, indiferent de utilizarea scorului Enzian.
3	Implementarea scorului EFI și aprecierea rezervei ovariene pe baza AMH, datelor ecografice și spermatoamei la soț, pentru a identifica pacientele cu endometrioză care pot obține sarcină spontană, față de cele care necesită TRA.	Ponderea de paciente infertile cu endometrioză care au reușit să obțină o sarcină dorită, fie spontan, fie prin TRA, în funcție de scorul EFI și rezerva ovariană.	Nr. de paciente infertile cu endometrioză care au obținut o sarcină dorită (spontan sau prin TRA) x100%	Nr total de paciente infertile cu endometrioză care au fost evaluate și care au un scor EFI și o rezervă ovariană documentate.

4	Evaluarea suplimentară la pacientele cu endometrioză profundă: pe lângă scorul EFI, se va lua în considerare gradul dispareuniei și frecvența relațiilor sexuale, pentru o conduită ulterioară corectă.	Ponderea de paciente infertile cu EP care au reușit să obțină o sarcină dorită, fie spontan, fie prin TRA, în funcție de scorul EFI, gradul dispareuniei și frecvența relațiilor sexuale.	Nr. de paciente infertile cu EP care au obținut o sarcină dorită (spontan sau prin TRA) x100%	Nr total de paciente infertile cu EP care au fost evaluate și care au un scor EFI și o evaluare gradului dispareuniei și frecvenței relațiilor sexuale.
5	Adoptarea unei atitudini față de endometrioză ca stil de viață, care să includă planificarea managementului medical, obținerea sarcinii, tratamentul hormonal, tratamentul chirurgical, conduita în menopauză, toate monitorizate de un Centru de excelență în endometrioză.	Ponderea pacientelor cu endometrioză gestionate conform unui plan integrat multidisciplinar coordonat de un Centru de Excelență	Nr. total al pacientelor cu endometrioză gestionate conform unui plan integrat care include: planificarea managementului medical (diagnostic, tratament medicamentos, hormonal, chirurgical); consilierea pentru obținerea sarcinii, dacă este cazul; tratament hormonal și conduită în menopauză, dacă este aplicabil; monitorizarea pacientelor la un Centru de Excelență în Endometrioză (inclusiv colaborarea multidisciplinară – ginecologi, endocrinologi, psihologi, nutriționiști).	Nr. total de paciente cu endometrioză diagnosticate și tratate în unitățile medicale care colaborează cu Centrul de Excelență, într-o perioadă de timp specificată.

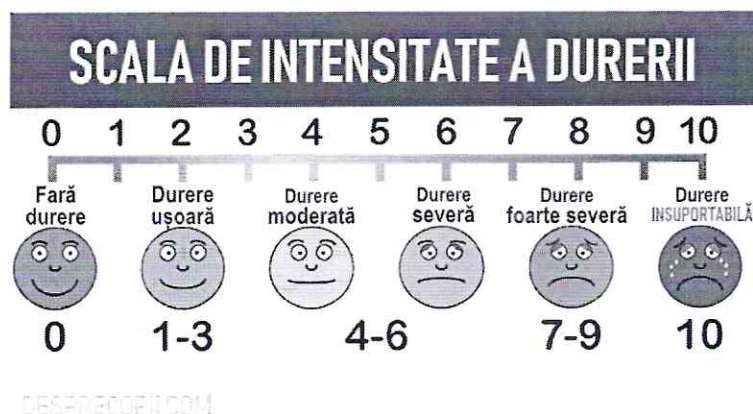
ANEXE

Anexa 1

Examinări de linia a II și a III în evaluarea extensiei endometriozei



Scara analog-vizuală



Scorul B & B

A. Durere pelvină

- Absentă 0
 Ușoară 1 - disconfort pelvian periodic
 Moderată 2 - Disconfort pentru cea mai mare parte a ciclului menstrual
 Severă 3 - Necesită analgezice puternice, dureri în timpul ciclului menstrual și în afara acestuia

B. Dismenoree (menstruațiile dureroase)

- Absentă 0
 Ușoară 1 - pierdere în eficiența muncii neînsemnată
 Moderată 2 - pierderea ocazională a eficienței muncii, necesitatea regimului de pat pentru o parte a zilei,
 Severă 3 - necesitatea regimului de pat pentru una sau mai multe zile incapacitate

C. Dispareunie (contactul sexual dureros)

- Absentă 0
 Ușoară 1 - Disconfort la contact sexual tolerat
 Moderată 2 - Raport sexual dureros până la interdicție
 Severă 3 - Evită contactul sexual din cauza durerii

Scorul total al durerii pelvine

Absentă 0	Ușoară 1-3	Moderată 4-6
Severă 7-9		

D. Sensibilitate pelvină

- Absentă 0
 Ușoară 1 - sensibilitate minimă la palpare

Moderată 2 - sensibilitate extinsă la palpare
Severă 3 - nu se poate palpa din cauza sensibilității

E. Indurație

Absentă 0
Ușoară 1 - uterul mobil, Douglas indurat
Moderată 2 - anexele îngroșate, Douglas indurat, mobilitate uterină redusă
Severă 3 - anexele nodulare, Douglas obliterated, uterul imobil

Scorul total al semnelor fizice dureroase (D - E)			
Absentă 0	Ușoară 1-2	Moderată 3-4	
Severă 5-6			

Scorul total al durerii (A + B + C + D + E)			
Absentă 0	Ușoară 1-2	Moderată 3-5	Severă
6-10	Foarte severă 11 - 15		

GHIDUL PENTRU PACIENTE CU ENDOMETRIOZĂ

Introducere

Aspecte actuale despre endometrioză: Ce este? Cât de frecvent apare?

Endometrioza este o afecțiune în care țesutul asemănător endometrului se găsește în afara uterului (pe ovare, intestine, vezica urinară și alte organe).

Endometrul este stratul mucos al uterului, care crește și suferă modificări pe parcursul ciclului menstrual, fiind eliminat în timpul menstruației.

Endometrioza poate afecta aproape toate organele, cu excepția inimii, oaselor și mușchilor. Conform studiilor, aproximativ 200 de milioane de femei din întreaga lume suferă de această afecțiune. Endometrioza afectează aproximativ 10% dintre femeile tinere. Printre femeile care întâmpină dificultăți în a concepe, este diagnosticată în 50% dintre cazuri, iar la adolescentele cu menstruații dureroase sau dureri abdominale inferioare, în 70% dintre cazuri.

De ce apare endometrioza?

Cauzele endometriozei nu sunt complet înțelese. Printre principalele teorii privind dezvoltarea sa se numără:

- Menstruația retrogradă: pătrunderea sângelui menstrual în cavitatea abdominală prin trompele uterine.
- Tulburări imunitare.
- Predispoziția genetică: boala este adesea transmisă ereditar de la mamă sau bunică.

Deocamdată nu există metode de prevenire a apariției endometriozei, însă sunt cunoscute metode de combatere a progresiei acesteia.

Manifestările endometriozei. Cum se poate recunoaște boala?

Endometrioza este o boală inflamatorie cronică sistemică, dependentă de ciclul menstrual. Principalele sale manifestări includ:

- Menstruații dureroase.
- Durere abdominală inferioară timp de peste 3 luni.
- Durere în timpul actului sexual.
- Dificultăți la urinare (mai ales în timpul menstruației).
- Dificultăți la defecație (mai ales în timpul menstruației).
- Probleme de concepție.

Dacă endometrioza depășește zona pelvisului, pot apărea alte simptome, care se agravează înainte de menstruație:

- Greață, vărsături, balonare abdominală.
- Constipație sau diaree.

- Sânge în scaun sau urină.
- Durere în zona lombară, umeri, sub coaste.
- Dificultăți de respirație, tuse cu sânge în spută.
- Crampe, amorțeală în diverse părți ale corpului.
- Durere în zona cicatricilor postoperatorii, mărirea acestora și sângerare.

Cum se diagnostichează endometrioza?

Diagnosticul endometriozei include mai mulți pași:

- Consultația cu un medic ginecolog: discutarea simptomelor, examinare fizică.
- Metode instrumentale: ecografie, RMN, precum și alte investigații în caz de afectare a organelor non-ginecologice.
- Laparoscopia: o intervenție chirurgicală utilizată pentru tratament, dar și pentru diagnostic în cazuri complexe (de exemplu, infertilitate).
- Tratamentul de probă: poate fi utilizat pentru confirmarea diagnosticului.

Cum se tratează endometrioza?

Vindecarea completă a endometriozei nu este posibilă, dar simptomele pot fi controlate.

Tratamentul medicamentos

- **Medicamente antiinflamatoare nesteroidiene:** ajută la ameliorarea durerii, dar eficiența lor este limitată.
- **Terapia hormonală**
 - ✓ Contraceptive hormonale combinate și progestative reduc activitatea endometriozei.
 - ✓ Agoniștii și antagoniștii GnRH suprimă producția de hormoni ovarieni, dar pot provoca efecte secundare (depresie, osteoporoză).
 - ✓ Inhibitorii de aromatază sunt utilizați în cazuri severe, când alte medicamente nu ajută.

Tratamentul chirurgical

- Îndepărtarea leziunilor de endometrioză (endometrioame, noduli profunzi).
- Secționarea aderențelor.
- Îndepărtarea uterului poate fi o opțiune la femeile care și-au încheiat planurile reproductive, dacă alte metode nu sunt eficiente.

Metode suplimentare

Abordările alternative (acupunctură, diete, sprijin psihologic) pot îmbunătăți calitatea vieții, dar nu au eficiență dovedită în tratarea endometriozei.

Endometrioza și infertilitatea

Endometrioza este diagnosticată la 60% dintre femeile cu infertilitate, însă majoritatea pacientelor își păstrează capacitatea de a concepe.

Metode de tratament pentru infertilitate:

- Tratament chirurgical: îndepărtarea leziunilor poate îmbunătăți șansele de sarcină.
 - Terapia hormonală: reduce progresia bolii înainte de planificarea concepției.
- Tehnologii de reproducere asistată (TRA): eficiente în cazurile severe de endometrioză.

Endometrioza se vindecă în timpul sarcinii?

Nu. În timpul sarcinii, boala se poate ameliora, dar la 30% dintre femei progresează, afectând organele învecinate.

Endometrioza la adolescente

La adolescente, endometrioza se manifestă prin menstruații dureroase și dureri abdominale inferioare, ceea ce poate duce la absențe școlare. Diagnosticul și tratamentul precoce sunt esențiale pentru a preveni formele severe ale bolii.

Endometrioza la menopauză

Endometrioza poate persista sau apărea pentru prima dată în menopauză, cauzând durere. Îndepărtarea chirurgicală a leziunilor este obligatorie pentru excluderea unui proces malign.

Endometrioza crește riscul de cancer?

Da, dar riscul este nesemnificativ. Femeilor cu endometrioză li se recomandă să adopte un stil de viață sănătos: să evite fumatul, să mențină o greutate normală și să urmeze o dietă echilibrată.

Concluzii

Endometrioza este o afecțiune complexă care necesită o abordare individualizată. Colaborarea dintre pacient și medic joacă un rol esențial în controlul bolii și îmbunătățirea calității vieții.

FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT PENTRU EVALUAREA IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI STANDARDIZAT DE ENDOMETRIOZA		
N R	Domenii/ parametri evaluați	Codificare
1.	Denumirea IMSP evaluată prin audit	denumirea oficială
2.	Persoana responsabilă de completarea fișei	nume, prenume, telefon de contact
3.	Ziua, luna, anul de naștere al pacientei	ZZ-LL-AAAA; necunoscut = 9
4.	Mediul de reședință	urban = 1; rural = 2
5.	Sunt măsurați și evaluați factorii de risc?	
a.	Consumul de alcool. Aplicarea testului AUDIT	ZZ-LL-AAAA; necunoscut = 9
b.	Consumul de tutun	ZZ-LL-AAAA; necunoscut = 9
c.	Regimul alimentar și activitatea fizică	ZZ-LL-AAAA; necunoscut = 9
6.	Datele antropometrice și semnele vitale	
a.	Tensiunea arterială	nu=0; da=1; necunoscut = 9
b.	Înălțimea	nu=0; da=1; necunoscut = 9
c.	Masa corpului	nu=0; da=1; necunoscut = 9
d.	Indicele de masă corporală	nu=0; da=1; necunoscut = 9
7.	DATELE ANAMNESTICE	
a.	Algodismenoree de la adolescență	nu=0; da=1; necunoscut = 9
b.	Dureri pelvine cronice	nu=0; da=1; necunoscut = 9
c.	Infertilitate	nu=0; primară=2; secundară=3; necunoscut = 9
d.	Anamnestical chirurgical agravat	nu=0; da=1; necunoscut = 9
e.	Anamnestical familial agravat	nu=0; da=1; necunoscut = 9
f.	Factorii de risc	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; factori hormonal = 2; indice de masă corporală scăzut = 3; factori imunologici = 4; factori traumatologici = 6; factori genetici și epigenetici = 7, factori inflamatori = 8; factori exogeni = 10
8.	ACUZELE PACIENTEI	
a.	Dismenoree	nu=0; da=1; necunoscut = 9
b.	Dispareunie	nu=0; da=1; necunoscut = 9
c.	Disurie	nu=0; da=1; necunoscut = 9

d.	Dishezie	nu=0; da=1; necunoscut = 9
e.	Infertilitate	nu=0; da=1; necunoscut = 9
f.	Semne catameniale	nu=0; necunoscut = 9; menometroragie = 1; simptome urinare (hematurie/ tenesme vezicale/ semne hidronefrozei / stentare a ureterului în timpul sarcinii) = 2; simptome gastro-intestinale (tenesme rectale/ tulburări de defecație/ semne subocluziei intestinale/ meteorism) = 3; simptome pulmonare (tuse/ hemoptizie) = 4; simptome cutanate (creștere/ sângerarea cicatricei postoperatorii) = 5; simptome sistemului nervos (dureri, paretezii catameniale) = 6; simptome diafragmale (sughitul/ sm. frenicus) = 7; simptome generale inflamatorii (sm. Benjamin/ slăbiciune) = 8.
9.	Simptome de durere sunt obiectivate după scorurile SAV și B&B?	nu=0; da=1
10.	Sunt scorurile SAV și B&B calculate corect?	nu=0; da=1
STABILIREA DIAGNOSTICULUI DE ENDOMETRIOZA		
11.	Data stabilirii diagnozei	data (ZZ: LL: AAAA); necunoscut = 9
12.	Modul de depistare a pacientei cu Endometrioza	depistare întâmplătoare = 2; adresare directă al pacientei=3; necunoscut = 9
13.	Data luării la evidența ginecologului de sector	data (ZZ: LL: AAAA); necunoscut = 9
14.	Timpul stabilirii diagnosticului de endometrioza de la apariția primelor simptome	până la 1 an = 2; între 1 și 5 ani = 3; între 5 și 10 ani = 4; după 10 ani = 6; necunoscut = 9
15.	Forma de endometrioza pelvină	Endometriomul ovarian = 2; endometrioza profundă = 3; endometrioza superficială = 4; necunoscut = 9 Dacă endometrioza profundă - de completat întrebările 16 (a-h)
16.	Endometrioza profundă după scorul #Enzian	
a.	Compartimentul A	nu=0; da=1; necunoscut = 9
b.	Compartimentul B	nu=0; da=1; necunoscut = 9
c.	Compartimentul C	nu=0; da=1; necunoscut = 9
d.	Compartimentul FA	nu=0; da=1; necunoscut = 9
e.	Compartimentul FB	nu=0; da=1; necunoscut = 9
f.	Compartimentul FU	nu=0; da=1; necunoscut = 9

g.	Compartimentul FI	nu=0; da=1; necunoscut = 9
h.	Compartimentul F(...)	nu=0; da=1; necunoscut = 9
17.	Supravegherea pacientei	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9; annual = 2; fiecare 6 luni = 3; fiecare 3 luni = 4
DIAGNOSTICUL ENDOMETRIOZEI		
18.	Investigații obligatorii de I linia	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9;
a.	examinarea ginecologică	nu=0; da=1; necunoscut = 9
b.	ecografie ginecologică	nu=0; da=1; necunoscut = 9
19.	Investigații obligatorii de linia a II	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9
a.	USG expertă	nu=0; da=1; necunoscut = 9
b.	RMN	nu=0; da=1; necunoscut = 9
20.	Management multidisciplinar neinvaziv	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9 urolog/nefrolog = 2; enterolog/proctolog = 3; chirurg general = 4; chirurg toracal = 6; neurolog = 7; alți specialiști = 8;
21.	Investigații paraclinice de III linia	nu=0; da=1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9
a.	ecografie sau RMN renală	nu=0; da=1; necunoscut = 9
b.	cistoscopie	nu=0; da=1; necunoscut = 9
c.	ecoendoscopie rectală	nu=0; da=1; necunoscut = 9
d.	colonoscopie virtuală	nu=0; da=1; necunoscut = 9
22.	Laparoscopie diagnostică	nu=0; da=1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9
23.	Complicații	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
24.	Maladii concomitente cronice	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
TRATAMENTUL ENDOMETRIOZEI		
25.	Tip de tratament	nu aplicat = 0; medicamentos = 2; chirurgical = 3; combinat = 4; necunoscut = 9
26.	Unde a fost inițiat tratamentul	AMP = 2; AMU = 3; secția consultativă = 4; spital = 5; instituție medicală privată = 6; alte instituții = 7; necunoscut = 9
27.	Când a fost inițiat tratamentul	data (ZZ: LL: AAAA); necunoscut = 9; pacienta a refuzat tratamentul = 2
28.	Tratamentul conservator aplicat	nu = 0; AINS = 2; medicamente de I linie = 3; medicamente de a II linie = 4; necunoscut = 9

29.	Tratamentul administrat în condiții de staționar /staționar de zi	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9; ginecologie = 2; nefrologie/urologie = 3; neurologie = 4; chirurgie = 6; alte secții = 7
30.	Modul de internare al pacientei pentru tratament în condiții de staționar	urgent = 2; planic = 3; de sine stătător = 4; necunoscut = 9
31.	Cauza spitalizării pacientei	sindromul durerilor pelvine = 2; infertilitate = 3; formațiuni de volum în bazinul mic = 4; simptomele catameniale extragenitale = 6; necunoscut = 9
32.	Tratamentul chirurgical aplicat	nu = 0; laparoscopic = 2; laparotomic = 3; vaginal = 4; altul acces = 6; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9; dacă aplicat – de completat întrebările 33-35
33.	Tip de tratament chirurgical aplicat	tehnici de ablație = 2; tehnici de excizie = 3; chistectomie = 4; scleroterapie = 6; necunoscut = 9
34.	Tratament chirurgical efectuat în echipa multidisciplinară	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9
35.	Intraoperator a fost evaluat scorul EFI	nu = 0; da = 1; nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9, dacă da - de completat întrebările 36, 37
36.	Este scorul EFI calculat corect?	nu = 0; da=1
37.	Puncte după EFI	≤ 5 puncte = 2; ≥ 6 puncte = 3
38.	Monitorizarea tratamentului înregistrată	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
39.	Efecte adverse înregistrate la tratamentul pentru Endometrioza	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
40.	Plan de management pentru pacienta cu endometrioză	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
41.	Consilierea pacientei documentată	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9 necesitatea medicației hormonale = 2; renunțare la fumat = 3; activitate fizică = 4; limitarea consumului de alcool = 6
42.	Rezultatele tratamentului	ameliorare (diminuarea sindromului dolor)= 2; fără schimbări = 3; progresare = 4; infertilitate = 6; complicații extragenitale = 7; necunoscut = 9

43.	Evaluarea indicilor calității vieții pe baza chestionarului standardizat (EIQ, SF-36, WHO-6)	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9
44.	Se respectă criteriile de referire din Protocolul de Endometrioza?	nu = 0; da = 1; necunoscut = 9

Anexa 12

Niveluri ale dovezilor științifice și grade de recomandare

Tabelul 1. Clasificarea nivelurilor de dovezi științifice

Nivelul Ia	Dovezi obținute din metaanaliza unor review-uri sistematice, studii randomizate și controlate.
Nivelul Ib	Dovezi obținute din cel puțin un studiu randomizat și controlat, bine conceput, cu metodologie riguroasă.
Nivelul IIa	Dovezi obținute din cel puțin un studiu clinic controlat, fără randomizare, bine conceput.
Nivelul IIb	Dovezi obținute din cel puțin un studiu experimental bine conceput, preferabil de la mai multe centre sau echipe de cercetare.
Nivelul III	Dovezi obținute din studii descriptive, bine concepute, cu metodologie riguroasă, studii comparative, de corelație și caz-control.
Nivelul IV	Dovezi obținute de la comitete de experți sau din experiență clinică a unor experți recunoscuți ca autoritate în domeniu.

Tabelul 2. Clasificarea puterii științifice a gradelor de recomandare

Gradul A	Necesită cel puțin un studiu randomizat și controlat ca parte a unei liste de studii de calitate publicate pe tema acestei recomandări (niveluri de dovezi Ia sau Ib)
Gradul B	Necesită existența unor studii clinice bine controlate, dar nu randomizate, publicate pe tema acestei recomandări (niveluri de dovezi IIa, IIb sau III).
Gradul C	Necesită dovezi obținute din rapoarte sau opinii ale unor comitete de experți sau din experiența clinică a unor experți recunoscuți ca autoritate în domeniu (nivelurile de dovezi IV). Indică lipsa unor studii clinice de bună calitate aplicabile direct acestei recomandări.
Gradul D	Punct de bună practică/recomandare de bună practică bazată pe experiența clinică a grupului tehnic de elaborare a ghidului/protocolului.

Tabelul 3. Clasificarea GRADE a nivelurilor de încredere în dovezi

Nivel înalt (GRADE ⊕⊕⊕⊕)	Este foarte puțin probabil ca cercetările ulterioare să schimbe încrederea în estimarea efectului.
Nivel moderat (GRADE ⊕⊕⊕○)	Este posibil ca cercetările ulterioare să aibă un impact important asupra încrederii în estimarea efectului și pot modifica estimarea.
Nivel scăzut (GRADE ⊕⊕○○)	Cercetările ulterioare sunt foarte probabil să aibă un impact important asupra încrederii în estimarea efectului și este probabil să schimbe estimarea.
Nivel foarte jos (GRADE ⊕○○○)	Orice estimare a efectului este foarte incertă.