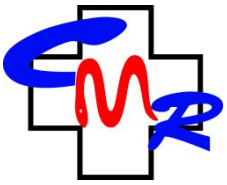
SOCIETATEA DE
OBSTETRICA SI GINECOLOGIE
DIN ROMANIA



Ministerul Sănătăţii

Comisia de Obstetrică şi Ginecologie

Colegiul Medicilor din România

Comisia de Obstetrică şi Ginecologie

Endometrioza

Publicat de Societatea de Obstetrică şi Ginecologie din România şi Colegiul Medicilor din România

Editor: Prof. Dr. Elvira Brătilă

© Societatea de Obstetrică şi Ginecologie din România; Colegiul Medicilor din România, 2019.

Grupul de Coordonare al procesului de elaborare a ghidurilor încurajează schimbul liber şi punerea la dispoziţie în comun a informaţiilor şi dovezilor cuprinse în acest ghid, precum şi adaptarea lor la condiţiile locale.

Orice parte din acest ghid poate fi copiată, reprodusă sau distribuită, fără permisiunea autorilor sau editorilor, cu respectarea următoarelor condiţii: (a) materialul să nu fie copiat, reprodus, distribuit sau adaptat în scopuri comerciale; (b) persoanele sau instituţiile care doresc să copieze, reproducă sau distribuie materialul, să informeze Societatea de Obstetrică şi Ginecologie din România și Colegiul Medicilor din România; şi (c) Societatea de Obstetrică şi Ginecologie din România și Colegiul Medicilor din România să fie menţionate ca sursă a acestor informaţii în toate copiile, reproducerile sau distribuţiile materialului.

Acest ghid a fost aprobat de Ministerul Sănătăţii prin Ordinul ..... cu modificările şi completările ulterioare şi avizat favorabil de Colegiul Medicilor din România şi de Societatea de Obstetrică şi Ginecologie din România.

PRECIZĂRI

Ghidurile clinice pentru Obstetrică şi Ginecologie sunt elaborate sistematic la nivel naţional cu scopul de a asista personalul medical pentru a lua decizii în îngrijirea pacientelor cu afecţiuni ginecologice şi obstetricale. Ele prezintă recomandări de bună practică medicală clinică bazate pe dovezi publicate, pentru a fi luate în considerare de către medicii obstetricieni/ginecologi şi de alte specialităţi, precum şi de cadrele medicale auxiliare implicate în îngrijirea pacientelor cu afecţiuni ginecologice şi obstetricale.

Deşi ghidurile reprezintă o fundamentare a bunei practici medicale bazate pe cele mai recente dovezi disponibile, ele nu intenţionează să înlocuiască raţionamentul practicianului în fiecare caz individual. Decizia medicală este un proces integrativ care trebuie să ia în considerare circumstanţele individuale şi opţiunea pacientei, precum şi resursele, caracterele specifice şi limitările instituţiilor de practică medicală. Este de așteptat ca fiecare practician care aplică recomandările în scopul diagnosticării, definirii unui plan terapeutic sau de urmărire, sau al efectuării unei proceduri clinice particulare să utilizeze propriul raţionament medical independent în contextul circumstanţial clinic individual, pentru a decide orice îngrijire sau tratament al pacientei în funcţie de particularităţile acesteia, opţiunile diagnostice şi curative disponibile.

Instituţiile şi persoanele care au elaborat acest ghid au depus eforturi pentru ca informaţia conţinută în ghid să fie corectă, redată cu acurateţe şi susţinută de dovezi. Dată fiind posibilitatea erorii umane şi/sau progresele cunoştinţelor medicale, ele nu pot şi nu garantează că informaţia conţinută în ghid este în totalitate corectă şi completă. Recomandările din acest ghid clinic sunt bazate pe un consens al autorilor privitor la abordările terapeutice acceptate în momentul actual. În absenţa dovezilor publicate, ele sunt bazate pe consensul experţilor din cadrul specialităţii. Totuşi, ele nu reprezintă în mod necesar punctele de vedere şi opiniile tuturor clinicienilor şi nu le reflectă în mod obligatoriu pe cele ale Grupului Coordonator.

Ghidurile clinice nu sunt gândite ca directive pentru un singur curs al diagnosticului, managementului, tratamentului sau urmăririi unui caz, sau ca o modalitate definitivă de îngrijire a pacientei. Variaţii ale practicii medicale pot fi necesare pe baza circumstanţelor individuale şi opţiunii pacientei, precum şi resurselor şi limitărilor specifice instituţiei sau tipului de practică medicală. Acolo unde recomandările acestor ghiduri sunt modificate, abaterile semnificative de la ghiduri trebuie documentate în întregime în protocoale şi documente medicale, iar motivele modificărilor trebuie justificate detaliat.

Instituţiile şi persoanele care au elaborat acest ghid îşi declină responsabilitatea legală pentru orice inacurateţe, informaţie percepută eronat, pentru eficacitatea clinică sau succesul oricărui regim terapeutic detaliat în acest ghid, pentru modalitatea de utilizare sau aplicare sau pentru deciziile finale ale personalului medical rezultate din utilizarea sau aplicarea lor. De asemenea, ele nu îşi asumă responsabilitatea nici pentru informaţiile referitoare la produsele farmaceutice menţionate în acest ghid. În fiecare caz specific, utilizatorii ghidurilor trebuie să verifice literatura de specialitate specifică prin intermediul surselor independente şi să confirme că informaţia conţinută în recomandări, în special dozele medicamentelor, este corectă.

Orice referire la un produs comercial, proces sau serviciu specific prin utilizarea numelui comercial, al mărcii sau al producătorului, nu constituie sau implică o promovare, recomandare sau favorizare din partea Grupului de Coordonare, a Grupului Tehnic de Elaborare, a coordonatorului sau editorului ghidului faţă de altele similare care nu sunt menţionate în document. Nici o recomandare din acest ghid nu poate fi utilizată în scop publicitar sau în scopul promovării unui produs.

Toate ghidurile clinice sunt supuse unui proces de revizuire şi actualizare continuă. Cea mai recentă versiune a acestui ghid poate fi accesată prin internet la adresa www.sogr.ro.

CUPRINS

1 Introducere....7
2 Scop....7
3 Metodologie de elaborare....8
3.1 Etapele procesului de elaborare....8
3.2 Principii....8
3.3 Data reviziei....9
4 Structură....9
5 Istoric natural al endometriozei. Evaluare şi diagnostic....9
5.1 Istoricul natural al endometriozei....9
5.1.1 Evoluția endometriozei....9
5.2 Diagnosticarea și evaluarea clinică a endometriozei....10
5.2.1 Durerea asociată cu endometrioza....10
5.2.2 Examinarea clinică și semne sugestive pentru endometrioză....11
5.3 Investigații complementare....11
5.3.1 Investigații de primă linie....11
5.3.2 Investigații de linia a doua și evaluarea bolii endometriozice....11
5.3.3 Investigații de linia a treia și evaluarea bolii endometriozice....13
5.3.3.1 Examinarea endometriozei cu localizare recto-sigmoidiană....13
5.3.3.2 Examinarea endometriozei urinare....15
6 Conduită....16
6.1 Laparoscopia....16
6.1.1 Laparoscopia diagnostică în endometrioză....16
6.1.2 Fertiloscopia....17
6.1.3 Rezumatul strategiei de diagnostic....18
6.1.4 Informarea pacientei....18
6.2 Tratamentul hormonal pentru simptomatologia dureroasă în endometrioză....19
6.2.1. Contracepția cu estroprogestative....19
6.2.2. Progestative....19
6.2.3. Agoniștii de GnRH (GnRHa)....20
6.3 Tratamentul hormonal înainte de tratamentul chirurgical al endometriozei....20
6.4 Tratamentul hormonal după tratamentul chirurgical al endometriozei....20
6.4.1 Contracepția prin estroprogestative (COC)....20
6.4.2 Progestativele....21
6.4.3 Agoniști de GnRH (GnRHa)....21
6.5 Locul “tratamentelor noi” în conduita terapeutică pentru endometrioză....21
6.6 Tratamentul hormonal al endometriozei dureroase la adolescente....22
6.7 Analgezice și alternative terapeutice non farmacologice....22
6.7.1 Terapii medicamentoase analgezice....22
6.7.2 Opțiuni terapeutice non-medicamentoase....23
6.8 Tratamentul chirurgical al endometriozei....23
6.8.1 Endometrioză pelvină minimă - ușoară....24
6.8.2 Endometriomul ovarian....24
6.8.3 Endometrioza profundă infiltrativă a vezicii urinare....25
6.8.4 Endometrioza profund infiltrativă ureterală....25

6.8.5 Endometrioza profund infiltrativă la nivelul colonului și rectului ... *26*
6.8.6 Indicația unei histerectomii conservative sau a unei anexectomii bilaterale ... *26*
6.8.7 Endometrioza extra-pelvină: parietală, diafragmatică, toracică ... *27*
6.8.8 Endometrioza rădăcinilor nervoase și a nervului sciatic ... *27*
6.8.9 Tehnici de conservare a nervilor în chirurgia profundă a endometriozei ... *27*
6.9 Strategii pentru managementul inferilității în contextul endometriozei ... 28
6.9.1 Principiile managementului FIV în endometrioză ... *28*
6.9.2 Strategia FIV și cazuri speciale ... *29*
6.9.2.1 Endometrioza superficială ... 29
6.9.2.2 Endometriomul ... 29
6.9.2.3 Endometrioza profundă ... 29
6.9.2.4 Adenomioză ... 30
6.9.2.5 Indicația de conservare a fertilității în caz de endometrioză ... 30
7 Urmărire şi monitorizare ... 30
8 Aspecte administrative ... 31
9 Bibliografie ... 32
10 Anexe ... 48
Anexa 1. Lista participanţilor la Reuniunea de Consens de la București, 29-30 martie 2019 ... 49
Anexa 2. Grade de recomandare şi nivele ale dovezilor ... 50
Anexa 3. Chestionar privind calitatea vieții la pacientele cu endometrioză ... 51
Anexa 4. Investigații de primă linie în endometrioză ... 64
Anexa 5. Examinări de linia a doua și a treia în evaluarea extensiei endometriozei ... 65
Anexa 6. Strategia de diagnostic pentru simptomele durerii pelvine cronice (dismenoree, dispareunie, durere non-menstruală) ... 66
Anexa 7. Sisteme de clasificare a endometriozei ... 67
Anexa 7.1. Clasificarea revizuită a endometriozei conform Societății Americane a Medicinei Reproductive (SAMR / rASRM) ... 67
Anexa 7.2. Clasificarea Enzian ... 68
Anexa 7.3. EFI (endometriosis fertility index/ index de fertilitate în endometrioză) ... 68
Anexa 8. Scala analog-vizuală ... 70

Grupul de Coordonare a Elaborării ghidurilor

Societatea de Obstetrică şi Ginecologie din România

Profesor Dr. Radu Vlădăreanu, preşedinte

Comisia de Obstetrică şi Ginecologie a Ministerului Sănătăţii

Profesor Dr. Nicolae Suciu, preşedinte

Comisia de Obstetrică şi Ginecologie a Colegiului Medicilor din România

Profesor Dr. Radu Vlădăreanu, preşedinte

Membrii Grupului Tehnic de Elaborare a ghidului

Coordonator

Profesor Dr. Elvira Brătilă

Scriitori

Profesor Dr. Elvira Brătilă

Dr. Bogdan Cătălin Coroleucă

Integrator

Dr. Alina-Gabriela Marin

Evaluatori externi

Profesor Dr. Claudia Mehedințu

Profesor Dr. Horace Roman

ABREVIERI

AINS	Antiinflamatoare non-steroidiene
ANMDM	Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale
AMH	Hormon anti-mullerian
Colo-CT	Computer Tomograf Colon
DMO	Densitate osoasă minerală
EE	Etinilestradiol
EER	Ecografia endorectală
EEnR	Ecoendoscopie rectală
EEV/ETV	Ecografie endovaginală/transvaginală
COC	Contraceptive orale combinate (estroprogestive)
FIGO	Federația Internațională de Obstetrică și Ginecologie
FIV	Fertilizare in vitro
GnRHa	Agoniști de GnRH
ICSI	Injecție de spermă intracitoplasmatică
IRM	Imagistica prin Rezonanță Magnetică
LNG	Levonorgestrel
µg	Microgram
mg	Miligram
SAV	Scală analog vizuală
SERM	Modulator selectiv de receptori de estrogen
DIU	Dispozitiv intrauterin
SOGR	Societatea de Obstetrică și Ginecologie Română
SPRM	Modulator selectiv de receptori de progesteron
TAB	Terapie add-back
THM	Tratament hormonal menopauză
TNF-α	Factorul de necroză tumorală-α
UI	Unități Internaționale
VPN	Valoare predictivă negativă
VPP	Valoare predictivă pozitivă

1 INTRODUCERE

Definiția endometriozei este histologică. Este definită prin prezența glandelor endometriale sau a stromei în afara uterului.

Din cauza acestei definiții histologice, prevalența endometriozei este dificil de estimat în populația generală. Prevalența endometriozei la femeile cu durere cronică pelvină variază de la 2 la 74% în funcție de studii, însă aceste studii rămân heterogene. Prevalența endometriozei la femeile cu durere pelvină acută este raportată a fi mai mare de 33%. O incidență anuală de aproximativ 0,1% a fost raportată la femeile cu vârste cuprinse între 15 și 49 de ani.

Întrucât endometrioza are o lungă perioadă de evoluţie sub forma unor leziuni fără repercusiuni clinice, depistarea şi tratarea acestora reprezintă o măsură extrem de eficientă de prevenire a endometriozei profunde.

Definiții:

- **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.
- **Endometrioză ovariană**: chistul endometriozic al ovarului.

2 SCOP

Scopul acestui ghid este de a standardiza diagnosticul şi tratamentul endometriozei pentru scăderea morbidității, a dismenoreei, a durerilor pelvine cronice și pentru a îmbunătăți rata de sarcini.

Prezentul ghid clinic pentru endometrioză se adresează personalului de specialitate obstetrică-ginecologie, dar şi personalului medical din alte specialităţi (medici obstetrică-ginecologie, medici chirurgie generală, medici radiologi, medici anatomie-patologică, medici specializați în reproducere umană asistată, ginecologi medicali, medici specializați în terapia durerii și asistenți medicali din domeniul sănătății primare, inclusiv medicii generaliști, medicină de familie, radiologie, gastroenterologie, urologie) ce se confruntă cu problematica endometriozei.

Prezentul ghid clinic pentru obstetrică şi ginecologie este elaborat pentru satisfacerea următoarelor deziderate:

- creşterea calităţii unui serviciu medical, a unei proceduri medicale
- referirea la o problemă cu mare impact pentru starea de sănătate sau pentru un indicator specific
- reducerea variaţiilor în practica medicală (cele care nu sunt necesare)
- reducerea unui risc sau eliminarea unei incertitudini terapeutice
- aplicarea evidenţelor în practica medicală; diseminarea unor noutăţi ştiinţifice
- integrarea unor servicii sau proceduri (chiar interdisciplinare)
- creşterea încrederii personalului medical în rezultatul unui act medical
- ghidul constituie un instrument de consens între clinicieni
- ghidul protejează practicianul din punctul de vedere al malpraxisului
- ghidul asigură continuitatea între serviciile oferite de medici şi de asistente
- ghidul permite structurarea documentaţiei medicale
- ghidul permite oferirea unei baze de informaţie pentru analize şi comparaţii
- armonizarea practicii medicale româneşti cu principiile medicale internaţional acceptate.

Acest ghid clinic pentru obstetrică şi ginecologie este conceput pentru aplicare la nivel naţional. Ghidul clinic precizează standardele, principiile şi aspectele fundamentale ale managementului particularizat unui caz concret clinic, care trebuie respectate de practicieni, indiferent de nivelul unităţii sanitare în care activează.

Se prevede ca acest ghid să fie adaptat la nivelul secţiilor de obstetrică şi ginecologie sub forma unor protocoale. Ghidurile clinice sunt mai rigide decât protocoalele, ele fiind realizate la nivel naţional de grupuri tehnice de elaborare respectând nivele de dovezi ştiinţifice, tărie a afirmaţiilor, grade de recomandare. Protocoalele reprezintă modalitatea de aplicare a ghidurilor clinice naţionale în context local şi specifică exact într-o situaţie

clinică anume ce anume trebuie făcut, de către cine şi când. Ele permit un grad mai mare de flexibilitate şi reflectă circumstanţele şi variaţiile locale datorate diferitelor tipuri de îngrijire clinică la un anumit nivel.

Obiectivul acestui ghid este de a a propune recomandări recente către comunitatea medicală (oraș, spital) care permite informarea și gestionarea optimă a pacienților în România.

Timp de 10 ani, practica clinică s-a schimbat, mediatizarea endometriozei devine foarte importantă, iar pacienții au devenit interlocutori foarte prezenți datorită numeroaselor asociații relevante. A fost important să se ia în considerare aceste schimbări, să se stabilească ceea ce este justificat de medicamente bazate pe dovezi și să se facă distincția între ceea ce se bazează pe temeri sau convingeri.

Scopul original și ideal al acestor recomandări, care nu avea să includă opinia experților, s-a dovedit a fi imposibil. Aceasta ar fi condus la lipsa de răspuns multor întrebări, lucru care ar fi fost dificil pentru recomandările care au devenit de referință în practica clinică. Cu toate acestea, aceste avize sau recomandări ale experților bazate pe niveluri scăzute de probe trebuie utilizate cu discreție, rolul medicului rămâne să adapteze regulile la problema reprezentată de fiecare pacient, să nu facă obligatorie returnarea fiecărui pacient într-un cadru ale cărui limite sunt cunoscute din cauza absenței unor informații foarte solide.

Aceste recomandări privesc diagnosticarea și gestionarea endometriozei peritoneale, ovariene și profunde. Tratamentul adenomiozelor nu a fost abordat. Multe întrebări au rămas fără răspuns. În special, niciun studiu nu compară pe termen lung beneficiile tratamentului medical și tratamentului chirurgical. Aceste limitări subliniază cât de important este rolul practicantului, atunci când se stabilește conduita terapeutică la un pacient, este esențial și de neînlocuit în tratamentul semnelor funcționale ale endometriozei.

3 METODOLOGIE DE ELABORARE

3.1 Etapele procesului de elaborare

În luna Februarie 2018, conducerea Societății de Obstetrică și Ginecologie (SOGR) a inițiat primii pași pentru revizia ghidurilor clinice pentru obstetrică și ginecologie, stabilindu-se o listă a revizorilor. În cadrul celui de al 17-lea Congres Național de Obstetrică-Ginecologie, din 20-22 Septembrie 2018, s-a luat decizia ca noua conducere să aibă ca prioritate revizia imediată a ghidurilor clinice, precum și elaborarea de noi ghiduri, cum este acesta.

Astfel, noua conducere a SOGR a definitivat și aprobat coordonatorii Grupului Tehnic de Revizie (GTR) și de Elaborare (GTE), pentru fiecare subiect. Pentru fiecare ghid, coordonatorul a nominalizat componenţa GTR și GTE, incluzând un scriitor şi o echipă de redactare, precum şi un număr de experţi externi pentru recenzia ghidului. Pentru facilitarea şi integrarea procesului de elaborare a tuturor ghidurilor, SOGR a contractat un integrator.

Ghidul elaborat, odată finalizat de coordonator, a fost trimis pentru revizia externă la 2 experţi selectaţi. De asemenea, ghidul a fost postată pentru transparență, propuneri și comentarii pe site-ul SOGR: *https://sogr.ro/ghiduri-clinice*. Coordonatorul a luat în considerare şi a încorporat după caz comentariile şi propunerile de modificare făcute de evaluatorii externi și de pe site şi au redactat versiunea finală a ghidului.

Pe parcursul ghidului, prin termenul de medic(ul) se va înţelege medicul de specialitate Obstetrică-Ginecologie, căruia îi este dedicat în principal ghidul clinic. Acolo unde s-a considerat necesar, specialitatea medicului a fost enunţată în clar, pentru a fi evitate confuziile de atribuire a responsabilităţii actului medical.

Această versiune a fost prezentată şi supusă discuţiei în cadrul unei Reuniuni de Consens care a avut loc la București, 29-30 martie 2019, organizată și finanțată de SOGR. Ghidul a fost dezbătut şi agreat prin consens din punct de vedere al conţinutului tehnic, gradării recomandărilor şi al formulării. Participanţii la Reuniunea de Consens sunt prezentaţi în Anexa 1.

Evaluarea finală a elaborării ghidului a fost efectuată utilizând instrumentul AGREE. Ghidul a fost aprobat formal de către Comisia de Obstetrică şi Ginecologie a Ministerului Sănătăţii, Comisia de Obstetrică şi Ginecologie a Colegiul Medicilor din România şi Societatea de Obstetrică şi Ginecologie din România, inițiatorul.

Acest ghid a fost aprobat de Ministerul Sănătăţii Publice prin Ordinul .....şi de Colegiul Medicilor prin documentul ..... şi de Societatea de Obstetrică şi Ginecologie din România în data de 30 Martie 2019.

3.2 Principii

Ghidul clinic pe tema „Endometrioza” a fost conceput cu respectarea principilor de elaborare a ghidurilor clinice pentru obstetrică şi ginecologie aprobate de Grupul de Coordonare a elaborării ghidurilor şi de Societatea de Obstetrică şi Ginecologie din România.

Fiecare recomandare s-a încercat a fi bazată pe dovezi ştiinţifice, iar pentru fiecare afirmaţie a fost furnizată o explicaţie bazată pe nivelul dovezilor şi a fost precizată puterea ştiinţifică (acolo unde există date). Pentru fiecare afirmaţie a fost precizată alături tăria afirmaţiei (Standard, Recomandare sau Opţiune) conform definiţiilor din Anexa 2.

3.3 Data reviziei

Acest ghid clinic va fi revizuit în 2022 sau în momentul în care apar dovezi ştiinţifice noi care modifică recomandările făcute.

4 STRUCTURĂ

Acest ghid clinic pentru obstetrică şi ginecologie este structurat în 4 capitole specifice temei abordate:

- Istoricul natural al endometriozei. Evaluare și diagnostic
- Conduita
- Urmărire și monitorizare
- Aspecte administrative.

5 ISTORIC NATURAL AL ENDOMETRIOZEI. EVALUARE ŞI DIAGNOSTIC

5.1 Istoricul natural al endometriozei

5.1.1 Evoluția endometriozei

Standard	Medicul trebuie să ia în considerare diagnosticul de endometrioză atunci când are repercusiuni funcționale (durere, infertilitate) sau când determină o afectare a funcționării unui organ.	**E**
Argumentare	Endometrioza are consecințe sistemice patologice și poate fi observată la femeile fără durere și fertile. Evoluția endometriozei este posibilă în forme cronice și dureroase. În cadrul mai multor studii a fost raportată o durată medie de stabilire a diagnosticului de endometrioză între 4 și 10 ani.	
Standard	În absența simptomelor, medicul trebuie să nu efectueze screening sistematic la populațiile cu risc crescut, indiferent dacă acestea sunt legate de factori genetici (endometrioză asociată) sau de factori de risc menstruali (creșterea volumului menstrual, cicluri scurte, menarha precoce).	**B**
Argumentare	Endometrioza este o boală multifactorială rezultată din acțiunea combinată a factorilor genetici și de mediu și a factorilor menstruali. Anumiți factori menstruali (menarha precoce, volum menstrual ridicat, cicluri scurte) sunt asociați cu prezența endometriozei. Riscul de a dezvolta endometrioză pentru rudele de gradul întâi este de cinci ori mai mare decât în populația generală. Cu toate acestea, nu există date care să ofere consultanță în prevenirea primară a bolii. Datele din literatură privind prevenirea primară a endometriozei sunt legate de administrarea de contraceptive orale combinate (COC) și activitate fizică. [1,2]	**IIa**
Standard	Medicul trebuie să nu indice o strategie de screening pentru cancerul ovarian la pacientele cu endometrioză.	**B**
Argumentare	Legătura de cauzalitate dintre endometrioză și cancerul ovarian nu este demonstrată. [3,4,5,6]	**IIb**
Standard	Medicul trebuie să nu efectueze screening-ul pentru endometrioză în populația generală.	**E**
Argumentare	Apariția simptomelor dureroase nu este obligatorie în cazul endometriozei. Prevalența endometriozei asimptomatice nu este cunoscută în populația generală. Nu există date care să motiveze sau să organizeze screening-ul pentru	

endometrioză în populația generală.

Durerea asociată cu endometrioza poate fi explicată prin nocicepție, hiperalgezie și sensibilizare centrală, care pot fi prezente și asociate în grade diferite la aceeași pacientă.

5.2 Diagnosticarea și evaluarea clinică a endometriozei

5.2.1 Durerea asociată cu endometrioza

Standard	În cazul în care pacienta este consultată pentru durere pelvină cronică sau suspiciune de endometrioză, medicul trebuie să evalueze durerea (intensitatea, repercusiunea) și să caute simptomele sugestive și localizate ale endometriozei.	**B**
Argumentare	Manifestarea simptomelor dureroase variază de la o femeie la alta. Rețineți că simptomele dureroase, cum ar fi dismenoreea intensă sau dispareunia profundă, sunt frecvente în populația generală și nu sunt în mod sistematic legate de endometrioză. Principalele simptome ale endometriozei sunt descrise în următorul paragraf. Raportarea de către pacientă a mai multe simptome sugestive pentru endometrioză este asociată cu o probabilitate mai mare de a stabili un diagnostic corect. [8,9,10,11]	**IIb**
Standard	Atunci când se evaluează intensitatea durerii sau se evaluează eficacitatea analgezică a unui tratament, medicul trebuie să utilizeze scala analog vizuală pentru măsurarea intensității durerii (vezi Anexa 8).	**A**
Argumentare	Principalele simptome sugestive și localizate ale endometriozei sunt: [12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28] − dismenoree intensă (evaluată cu intensitate 8 sau mai mare, absenteism frecvent sau rezistență la analgezice de nivelul 1) − dureri pelvi-abdominale − dispareunia profundă − durerea la defecație cu recrudescență catamenială − dischezie − semne funcționale urinare cu recrudescență catamenială − infertilitatea.	**Ia**
Standard	În cadrul managementului endometriozei simptomatice, se recomandă evaluarea calității vieții.	**C**
Argumentare	Endometrioza simptomatică este asociată cu afectarea calității vieții (NP3). Două chestionare specifice calității vieții dedicate pacienților ce suferă de endometrioză sunt disponibile și validate în limba română: Endometriosis Health Profile-30 (EHP-30) și chestionarul privind calitatea vieții SF-36 (vezi Anexa 3). [29,30]	**IV**
Recomandare	Se recomandă ca medicul să caute simptomele sugestive în funcție de localizarea anatomică la pacientele cu endometrioză dureroasă.	**B**
Argumentare	Sindromul de durere cronică la pacientele cu endometrioză poate fi responsabil pentru un impact semnificativ fizic, psihologic și social. [31,32,33,34,35,36]	**III**
Standard	În cazul prezenței durerilor la pacientele cu endometrioză, medicul trebuie să evalueze și să gestioneze simptomele dureroase în conformitate cu recomandările uzuale pentru toate durerile cronice.	**C**
Argumentare	Endometrioza poate fi asociată cu o modificare a pragurilor de durere cu disconfort anatomoclinic (fenomen de sensibilizare) care accentuează durerea și afectează dorința de a obține o sarcină. [37,38,39]	**IV**

Standard	În caz de dismenoree izolată, fără nici un alt simptom dureros sau dorința de a obține o sarcină, căutarea unei endometrioze nu este recomandată în cazul eficacității contracepției hormonale asupra dismenoreei.	**E**

5.2.2 Examinarea clinică și semne sugestive pentru endometrioză

Standard	În prezența simptomelor sugestive pentru endometrioză, medicul trebuie să efectueze, dacă este posibil, examinarea ginecologică ghidată, inclusiv examinarea fundului de sac vaginal posterior.	**C**
Argumentare	Vizualizarea leziunilor albastre la examinarea cu speculul vaginal, palparea nodulilor în ligamentele uterosacrate sau în fundul de sac Douglas, durere în ligamentele uterosacrale tensionate, uterul retrovers sau zonele anexiale cu mobilitate scăzută la tușeul vaginal sunt asociate cu existența endometriozei. Examinarea rectovaginală permite evaluarea septului rectovaginal. În anumite cazuri permite detectarea nodulilor de endometrioză și evaluarea formațiunilor de la nivel rectosigmoidian. (40,41,42,43,44,45,46)	**IV**

5.3 Investigații complementare

5.3.1 Investigații de primă linie

Standard	Investigațiile de primă linie pentru endometrioză sunt examenul clinic (ginecologic dacă este posibil) și ecografia transvaginală (ETV) (vezi Anexa 4).	**E**
Argumentare	ETV este o tehnică cu sensibilitate și specificitate mare pentru confirmarea sau infirmarea diagnosticului de endometriom, în prezența unui aspect tipic. Diagnosticul endometriomului poate fi realizat de un ecografist nespecializat în endometrioză. Diagnosticul endometriomului trebuie făcut cu precauție după menopauză, pentru a exclude o tumoare malignă.	
Standard	În cazul unei formațiuni ovariene nedeterminate (aspect atipic endometriomului) pe ecografia transvaginală, se recomandă imagistică prin rezonanță magnetică (IRM) pelvin și / sau reevaluare ecografică de către un expert.	**B**
Argumentare	Ecografia pelvină și IRM pelvin au o performanță similară pentru diagnosticarea endometriozei ovariene tipice. Evaluarea de către un ecografist cu experiență este considerată o evaluare de linia a doua. (40,47,48)	**IIa**
Recomandare	La pacientele cu endometriom, incidența leziunilor de endometrioză profundă asociată este ridicată. În această situație, se recomandă identificarea și evaluarea leziunilor de endometrioză profundă.	**B**
Argumentare	A fost observat faptul că pacientele cu endometriom prezintă frecvent și alte leziuni de endometrioză profundă la nivel intestinal sau pelvic. În cazul în care o pacientă este diagnosticată cu chist ovarian endometriozic la ecografie transvaginală, examenul clinic și paraclinic trebuie să excludă și alte localizări de endometrioză profundă. Examenul clinic include examinarea regiunii rectovaginale și în cazul în care este necesar, investigații imagistice de tip IRM. (49)	**III**

5.3.2 Investigații de linia a doua și evaluarea bolii endometriozice

Standard	La pacientele cu durere pelvină cronică, medicul trebuie să evalueze leziunile de endometrioză profundă în cazul existenței unei dureri în timpul defecării, dismenoree, simptome catameniale ale tractului urinar, dispareunie profundă severă sau infertilitate asociată.	**B**
Argumentare	Prezența unei leziuni profunde de endometrioză descrisă cu ajutorul ecografiei, asociată cu semne sugestive (durere pelvină cronică, dismenoree, dispareunie, simptome catameniale ale tractului urinar sau infertilitate sugerează diagnosticul de	**IIb**

	endometrioză profundă). Absența unei leziuni vizibile cu ajutorul ultrasunetelor nu elimină diagnosticul de endometrioză profundă. [50,51,52,53,54,55,56,57]	
Standard	Investigațiile de linia a doua pentru endometrioză sunt examinări orientate la nivel pelvin și trebuie efectuate de către un examinator cu experiență: ecografie transvaginală efectuată de către un examinator cu experiență și IRM pelvin (vezi Anexa 5).	**E**
Argumentare	Performanța ecografiei pelvine în diagnosticul de endometrioză profundă crește odată cu experiența operatorului. ETV realizată de un examinator cu experiență în endometrioză este mai sensibilă decât IRM pentru diagnosticul de endometrioză a rectului și a joncțiunii rectosigmoidiene. Ecografia, precum și examenul IRM, permit detectarea leziunilor vezicale și a ureterohidronofrozei.	
Standard	Investigațiile de linia a doua sunt recomandate pentru evaluarea extensiei leziunilor de endometrioză, oferind îngrijire specializată, sau dacă există o discrepanță între simptomele sugestive sau localizate ale endometriozei și teste negative de primă linie.	**C**
Argumentare	Datorită dependenței de operator și faptului că în mai multe instituții europene clinicienii nu au experiență în efectuarea ETV pentru diagnosticul endometriozei rectale, nu se poate recomanda ETV pentru diagnosticul endometriozei rectale, dacă nu este efectuată de clinicieni cu experiență în ETV. [50,51,57] Examenul clinic, ETV, ecoendoscopia rectală (EEnR) și IRM au diagnosticat corect endometrioza ligamentului uterosacrat în, respectiv, 61/83 (73,5%), 65/83 (78,3%), 40/83 (48,2%) și 70/83 (84,3%) femei. Examenul clinic, ETV, EEnR și IRM au diagnosticat corect endometrioza colonului rectosigmoid în 29 / 63 (46%), 59/63 (93,7%), 56/63 (88,9%) și 55/63 (87,3%) femei. Examenul clinic, ETV, EEnR și IRM au diagnosticat corect endometrioza vaginală, respectiv 15/30 (50%), 14/30 (46,7%), 2/30 (6,7%) și 24/30 (80%) femei. Examenul clinic, ETV, EEnR și IRM au diagnosticat corect cu endometrioză septul rectovaginal în 2 / 11 (18,2%), 1/11 (9%), 2/11 (18,2%) și 6/11 (54,5%) femei.	**IV**
Standard	Ecografia pelviană și IRM furnizează informații diferite și complementare. Efectuarea acestor două investigații trebuie discutată în funcție de tipul de endometrioză suspectată, de strategia de tratament propusă și de informațiile care trebuie furnizate pacientului.	**E**
Argumentare	Ecografia transvaginală are rolul de a ghida alegerea tipului de investigație paraclinică complementară ulterioară, în funcție de localizarea anatomică afectată.	
Standard	În cazul endometriozei pelvine profunde, examenul IRM pelvin, interpretat de un radiolog cu experiență și / sau ecografia pelvină de a doua linie efectuată de un examinator cu experiență, sunt recomandate pentru a confirma diagnosticul și a prezice necesitatea unor posibile intervenții chirurgicale în sfera urologică sau digestivă.	**B**
Argumentare	Examenul IRM pelvin este mai sensibil și mai puțin specific decât ETV pentru diagnosticul leziunilor de la nivelul ligamentelor uterosacrate, vaginului și septului rectovaginal. IRM permite detectarea localizărilor specifice, cum ar fi afectarea parametrelor și localizările digestive extrapelvine. Abordarea multidisciplinară oferă rezultate superioare în ceea ce privește rezecția completă a leziunilor endometriozice și ameliorarea calității vieții la pacientele cu endometrioză profundă. [58,59,60,61,62,63]	**III**
Opțiune	Dacă examenul IRM pelvin este în discordanță cu examenul clinic sau ecografic, poate fi propusă o a doua interpretare IRM de către un radiolog cu experiență.	**E**

Argumentare	Examenul IRM și ecografia (transvaginală, transrectală, abdominală) trebuie luate în considerare în funcție de circumstanțele individuale pentru a evalua extensia endometriozei care poate fi multifocală. În cazul în care există discordanță între examenul clinic, ecografic și IRM, pacienta va fi îndrumată către un centru terțiar pentru reevaluare.	
Standard	În ceea ce privește criteriile de calitate pentru IRM pelvin, recomandările din organizațiile de profil se bazează pe secvențe multiplanare din T2 și T1 cu și fără saturația grăsimilor pentru a face diagnosticul de endometrioză pelvină. Utilizarea acestor secvențe este, prin urmare, necesară pentru diagnosticarea endometriozei.	**B**
Argumentare	Secvențele IRM T2 fără tehnica de supresie a grăsimii sunt cele mai bune secvențe pentru detectarea endometriozei pelvine. Cele mai multe studii IRM sunt efectuate folosind cel puțin două planuri ortogonale T2W. Secvențele axiale IRM 2D-T2W de la nivel renal până la osul pubian permit o vizualizare sistematică a rinichilor și analiza cavității abdominale (cec, apendice, intestin mic, intestin gros). Două secvențe IRM 2D-T2W (sagitale, axiale, oblice) sunt recomandate în evaluarea endometriozei profunde. Mai multe studii au subliniat faptul că secvența IRM T1W este standardul de aur pentru diagnosticarea chisturilor endometriozice. Datele preliminare sugerează că secvența T1 fără tehnica de supresie a grăsimilor este de valoare în diagnosticul endometriozei. Secvențele IRM T1W fără și cu supresie de grăsime sunt recomandate în evaluarea endometriozei de la nivel anexial. (64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74,75,76,77,78)	**IIb**
Opţiune	Pentru IRM, injectarea de gadoliniu este o opțiune, în special pentru a caracteriza o formațiune tumorală anexială complexă.	**C**
Argumentare	Sunt puține date disponibile cu privire la valoarea gadoliniului în evaluarea endometriozei. O distincție clară trebuie să se facă referitor la indicația pentru efectuarea examenului IRM (diagnostic/stadializarea endometriozei/caracterizarea unei formațiuni tumorale anexiale cu caracteristici ultrasonografice nedeterminate). Opacificarea vaginului sau a rectului este utilă în absența preparării digestive în prealabil. Nu este esențială în cazul preparării digestive anterioare, care ar fi uzuală. Se recomandă realizarea unei achiziții a vezicii urinare în semiplenitudine, pentru a nu afecta interpretarea. (64,79,80,81)	**IV**
Standard	Raportul examinărilor (IRM sau ecografic) trebuie să descrie dimensiunea leziunilor, precum și localizarea anatomică a leziunilor endometriozice vizibile la examinare.	**B**
Argumentare	Raportul examenului IRM sau buletinul ecografic trebuie să conțină o descriere adecvată a dimensiunii, localizării și numărului leziunilor endometriozice. (64,75,82,83)	**IIa**
Opțiune	Laparoscopia diagnostică poate fi indicată în cazurile de suspiciune clinică de endometrioză, în momentul în care examinarea preoperatorie a fost negativă.	**C**
Argumentare	Indicația de laparoscopie diagnostică cu scopul confirmării diagnosticului de endometrioză trebuie să facă parte dintr-o strategie de management pentru durere și infertilitate. (84,85)	**IV**

5.3.3 Investigații de linia a treia și evaluarea bolii endometriozice

Aceste investigații suplimentare linia a treia sunt solicitate de către medicul specialist în anumite situații specifice.

5.3.3.1 Examinarea endometriozei cu localizare recto-sigmoidiană

Standard	Înainte de efectuarea unei intervenții chirurgicale de exereză/de rezecție/excizională pentru endometrioză profundă cu suspiciune de afectare gastrointestinală, leziunea trebuie confirmată preoperator pentru a furniza pacienților informații și pentru a	**E**

	organiza, după caz, asistență multidisciplinară.	
Argumentare	Pentru diagnosticarea implicării musculare rectosigmoidine și pentru evaluarea distanței până la anus, ecografia endorectală (EER) are o performanță mai bună decât IRM-ul pelvin. Pentru diagnosticul implicării endometriozice a musculare rectosigmoide, performanța de diagnosticare a EER pare a fi cel puțin echivalentă cu cea a IRM. Pentru diagnosticul endometriozei pelvine digestive a rectosigmoidului și a segmentului ileocecal, colonoscopia virtuală (colo-CT) este o tehnică performantă.	
Opțiune	Pentru diagnosticarea implicării musculare rectosigmoidine și pentru evaluarea distanței până la anus, EEnR are o performanță mai bună decât IRM-ul pelvin. Pentru diagnosticul implicării endometriozice a musculare rectosigmoidiene, performanța de diagnosticare a EER pare a fi cel puțin echivalentă cu cea a IRM.	**E**
Argumentare	În tratamentul endometriozei profunde cu implicare digestivă, examinările preoperatorii ar trebui să furnizeze informații privind numărul de leziuni endometriozice digestive, înălțimea leziunilor în raport cu anusul, gradul de infiltrare și, în final, gradul de stenoză a intestinului infiltrat de leziunea endometriozică.	
Standard	Pentru a confirma implicarea gastrointestinală și pentru a specifica caracteristicile sale (multi- sau unifocale, diametrul leziunii, profunzimea infiltrării, înălțimea, circumferința, caracterul stenozant), medicul indică efectuarea unui examen ţintit care, în funcție de expertiză, dispunerea și localizarea leziunilor poate consta în: ETV efectuată de către un examinator cu experiență, IRM pelvin efectuat de către un examinator cu experiență, eco-endoscopie rectală sau colonoscopie virtuală.	**E**
Argumentare	În ceea ce privește diagnosticul implicării rectosigmoide musculare, eco-endoscopia rectală este mai eficientă decât IRM pelvin, la fel ca și evaluarea distanței marginale anale. Endoscopia ecografică rectală este un test puternic pentru diagnosticarea endometriozei rectosigmoide, cu o sensibilitate între 87 și 100% și o specificitate între 85 și 100%. Colo-scanerul (colo-CT) este o tehnică puternică pentru diagnosticarea endometriozei pelvine digestive de la nivel rectosigmoidian și ileocecal. Având în vedere caracterul său iradiant și lipsa relevanței pentru alte locații ale endometriozei pelvine, colo-CT poate fi utilizat în a treia linie pentru a căuta leziuni ale tractului digestiv.	
Standard	Atunci când examinările imagistice de a doua linie (ETV, IRM pelvin) sunt neconcludente în ceea ce privește gradul de invazie al leziunii de endometrioză profundă a colonului, investigațiile complementare recomandate de linia a treia sunt eco-endoscopia rectală pentru localizările rectale și sigmoidiene și colonoscopie virtuală pentru localizările colonice situate în amonte.	**C**
Argumentare	Examenul CT cu opacifiere colonică a fost evaluat printr-un studiu prospectiv efectuat pe un lot de 98 de pacienți, dintre care 40 au avut endometrioză digestivă și 36 au avut implicare digestivă superficială. Sensibilitatea colo-CT a fost de 99%, specificitatea de 100%, valoarea predictivă pozitivă (VPP) de 100% și valoarea predictivă negativă (VPN) de 96%. Alte studii au evaluat colo-CT cuplat cu o achiziție tardivă (la 5 minute) a uro-scanerului pentru a diagnostica atacurile digestive și ureterale. Un studiu prospectiv efectuat pe 103 pacienți a arătat că sensibilitatea și specificitatea acestei tehnici au fost 95% și 97% pentru tulburările gastrointestinale (prevalența 67/103, 22 cu o suprafață de atins) și 97% și 99% pentru încălcări ureteral (prevalență 34/206 uretere). Într-o altă serie de 64 de pacienți studiați retrospectiv, sensibilitatea și specificitatea acestei tehnici (colo-CT cuplat la un uro-scanner) a fost de 100% și 98% pentru tulburările gastrointestinale (prevalența 19/64) și 72% și 100% pentru tulburările ureterale (prevalența 18/64). Valoarea de diagnostic a CT cu opacifierea colonică a fost comparată cu cea a IRM cu opacifierea digestiv pe o serie retrospectivă a 260 pacienți cu endometrioză profund infiltrativă rectosigmoidiană. Nu s-a constatat o diferență semnificativă în performanță între cele două tehnici, cu performanțe diagnostice de 98% pentru CT și	**IV**

97% pentru IRM cu opacifiere.

O serie de 85 de pacienți cu diagnostic histopatologic de endometrioză a tractului digestiv a comparat IRM și colo-CT. Studiul a arătat o performanță de diagnostic mai bună a colo-CT în comparație cu alte studii care au demonstrat nicio diferență în comparație cu IRM pentru diagnosticul leziunilor multifocale sau multicentrice. (86,87,88)

Standard	Medicul trebuie să nu recomande colonoscopia dacă există suspiciuni de endometrioză rectosigmoidă.	**C**
Argumentare	Studiul realizat de Milone et al. publicat în 2015 este un studiu prospectiv nonrandomizat, cuprinzând 172 de pacienți, cu vârsta cuprinsă între 21 și 42 de ani, cu un diagnostic clinic și radiologic de endometrioză profundă. Obiectivul principal a fost evaluarea performanței diagnostice a colonoscopiei pentru predicția endometriozei profund infiltrative folosind laparoscopia și diagnosticul histopatologic ca referințe. Toți pacienții au beneficiat de colonoscopie. În timpul colonoscopiilor, nu s-a efectuat nicio biopsie, iar diagnosticul de endometrioză s-a bazat exclusiv pe criterii clinice (îngroșarea concentrică a peretelui cu sau fără noduli de suprafață și leziuni poliploide cu sau fără noduli de suprafață). Colonoscopiile au fost apoi urmate de o laparoscopie cu biopsii sau rezecții intestinale în timpul descoperirii endometriozei digestive. Diagnosticul final al endometriozei a fost efectuat prin studiul anatomopatologic al părților de rezecție. Au fost găsite 76 de endometrioză gastrointestinală (43,6%) prin laparoscopie. Colonoscopia și laparoscopia au fost concordante în 59,1% din cazuri . Colonoscopia a sugerat șapte invazii, sau 4% din cazuri (două leziuni poliploide, cinci îngroșări de pereți). Colonoscopia a permis diagnosticarea endometriozei în 100% din cazuri, dacă a fost mucoasă, în 37,5% din cazurile în care a fost submucoasă, iar în 2,6% în cazul în care a fost seroasă. În acest studiu, sensibilitatea colonoscopiei a fost de 7%, specificitatea de 98%, VPN-ul de 58% și VPP de 85%. (89,90,91)	**IV**

Opțiune	Colonoscopia poate fi utilă în eliminarea unui diagnostic diferențial.	**C**
Argumentare	Colonoscopia permite efectuarea unei biopsii și stabilirea diagnosticului de endometrioză în 29,6 % din cazuri. Colonoscopia este utilă pentru diagnosticul diferențial al leziunilor de la nivelul tractului digestive. (90,91,92,93,94,95)	**IV**

5.3.3.2 Examinarea endometriozei urinare

Standard	Medicul trebuie să evalueze dilatația uretero-pielocaliceală în cazul suspiciunii de endometrioză profund infiltrativă.	**B**
Argumentare	Dilatația sistemului pielocaliceal este prezentă în 50-60% din cazurile cu endometrioză urinară. Dilatația sistemului pielocaliceal este prezentă la 5% din cazurile cu endometrioză profund infiltrativă posterioară și până la 11% atunci când leziunile sunt > 3 cm. (96,97,98,99,100)	**IIb**

Standard	În cazul prezenței unei dilatații cu uretero-pielocaliceale, se impune avizul unui medic specializat pentru evaluarea repercursiunilor renale.	**E**
Argumentare	Endometrioza poate infiltra peritoneul, ligamentele uterosacrate, adventicea ureterală și țesutul conjunctiv înconjurător. În acest fel poate determina comprimarea extrinsecă a peretelui ureteral datorită răspunsului inflamator și fibrozei. Endometrioza ureterală intrinsecă, ce implică invazia musculară a ureterului, este mai puțin frecventă și reprezintă 20% din implicarea ureterală.	

Standard	În cazurile de durere pelvină cronică asociată cu simptome ale tractului urinar inferior și suspiciunea de endometrioză, examenul IRM sau ecografic este util pentru explorarea implicării vezicale sau ureterale a endometriozei și este recomandat de primă intenție.	**C**

Argumentare	Ecografia renală sau IRM cu secțiuni înalte la nivelul lojelor renale detectează în mod fezabil dilatația sistemului pielocaliceal. Dintre toți pacienții cu afectare urinară endometriozică, distribuția vezicii urinare, a ureterului și a afectării renale a fost de 40: 5: 1. Endometrioza profund infiltrativă de la nivelul vezicii urinare este definită prin prezența glandelor endometriale și a stromei în mușchiul detrusor, baza și domul vezicii urinare fiind cele mai frecvent afectate. Nici un studiu nu a comparat performanța cistoscopiei cu investigațiile imagistice în cazul endometriozei anterioare. Cistoscopia permite diagnosticarea vizuală a leziunilor endometriale prin descoperirea leziunilor tipice de tip nodular roșu sau albastru în jumătate din cazuri. [101,102]	**IV**

6 CONDUITĂ

6.1 Laparoscopia

6.1.1 Laparoscopia diagnostică în endometrioză

Standard	Laparoscopia este standardul de aur pentru tratamentul chirurgical al pacientelor cu endometrioză.	**B**
Argumentare	În momentul în care se decide tratamentul chirurgical, abordarea laparoscopică este asociată cu o rată redusă de complicații postoperator, durere postoperatorie, durată de spitalizare și cost comparativ cu laparotomia. [1,2,3,4,5,6]	**IIa**
Standard	Atunci când endometrioza este obiectivată imagistic pe baza unor elemente caracteristice și specifice (chisturi și/sau leziuni profunde) nu se recomandă efectuarea unei laparoscopii în scopul confirmării diagnosticului.	**B**
Argumentare	IRM și ecografia pelvină nu permit un diagnostic satisfăcător al leziunilor superficiale de endometrioză. Când elementele imagistice demonstrează endometrioză asupra caracteristicilor specifice și specifice (chisturi și / sau leziuni profunde), efectuarea unei laparoscopii numai pentru a confirma că diagnosticul nu este recomandat. [7,8,9]	**IIb**
Standard	Pentru a confirma diagnosticul de endometrioză, medicul trebuie să efectueze biopsii direcționate (cu examen histopatologic) pentru leziuni tipice sau atipice în timpul laparoscopiei diagnostice. Biopsiile peritoneale din țesut sănătos nu sunt recomandate.	**B**
Argumentare	Majoritatea studiilor care au evaluat diagnosticul de laparoscopie pentru suspiciunea de endometrioză au fost efectuate la paciente cu infertilitate sau durere. Laparoscopia diagnostică poate fi utilă la pacientele cu simptome sau infertilitate care prezintă simptomatologie sugestivă pentru endometrioză la care investigațiile preoperatorii nu au reușit să obiectiveze leziunile endometriozice. Performanța diagnostică a laparoscopiei în caz de endometrioză suspectată la pacientele simptomatice sau infertile este între 62 și 86%. Simpla vizualizare a leziunilor în timpul laparoscopiei nu este suficientă pentru a confirma diagnosticul de endometrioză. În cazul unor leziuni macroscopice suspecte de endometrioză în timpul laparoscopiei, confirmarea histologică variază între 52 și 75%. Laparoscopia poate determina suprastadializarea leziunilor. Leziunile superficiale, mici și atipice măresc riscul de fals pozitiv. Se recomandă să se efectueze biopsii în cazul unor leziuni tipice sau atipice în timpul unei laparoscopii diagnostice pentru a confirma diagnosticul de endometrioză. [7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17]	**IIa** **IIb**
Standard	În timpul unei laparoscopii efectuate pentru endometrioză, este medicul trebuie să includă în raport descrierea exhaustivă și precisă a cavității abdomino-pelvine, inclusiv a aderențelor și a diferitelor tipuri de leziuni, cu descrierea lor macroscopică, mărimea și localizarea acestora, în scopul corelării simptomatologiei cu leziunile observate și ghidarea conduitei terapeutice ulterioare.	**E**

Argumentare	Anumite leziuni endometriozice au un aspect caracteristic macroscopic, motiv pentru care vorbim de leziuni "tipice". Acestea sunt leziuni pigmentate, sub formă de mici granule milimetrice sau mici placarde de culoare albastră, maro sau neagră. Aceste leziuni sunt adesea asociate cu aderențe fibroase mici, mai mult sau mai puțin retractile. Acest aspect a fost recunoscut de mult timp ca fiind specific pentru endometrioză. În plus, existența așa-numitelor leziuni "atipice" a fost recunoscută ulterior. Aceste leziuni nepigmentate sunt de fapt mai frecvente decât leziunile descrie anterior, însă aspectul lor este heterogen și mult mai puțin caracteristic. Aceste leziuni apar macroscopic ca leziuni papulare, veziculare sau polipoide, de consistență moale, de culoare deschisă, mov, roșu sau de burgund. Ele pot fi, de asemenea, sub formă de leziuni inflamatorii, petesiale, înconjurate de o vascularizare foarte intensă vizibilă.	
Standard	Utilizarea clasificărilor pentru descrierea leziunilor trebuie utilizate cu scopul de a descrie amploarea leziunilor endometriozice și pentru a facilita schimburile de experiență interprofesionale. Clasificările utilizate pentru descrierea leziunilor endometriozice sunt rASRM, Enzian și EFI (vezi Anexele 7.1., 7.2. și 7.3.).	**E**
Argumentare	Clasificarea Societății Americane de Medicină Reproductivă (ASRM) este cea mai cunoscută și cea mai răspândită. Cele patru stadii sunt ușor de înțeles de către pacienți. Se pare că este puțin reproductibilă și slab corelată cu simptomele și fertilitatea. Se descriu numai leziunile și aderențele pelvi-peritoneale și ovariene. Cu toate acestea, partea retroperitoneală a endometriozei profunde nu este luată în considerare. Leziunile endometriozice intestinale, ale tractului urinar, vaginului și localizarea extrapelvină nu sunt incluse în clasificare. Clasificarea Enzian revizuită ia în considerare în plus față de clasificarea rASRM leziunile de endometrioză profundă. Se iau în considerare elementele retroperitoneale anterior (vagin și septul rectovaginal), lateral (ligamente uterosacrale, parametre și uretere) și posterior (colon, rect și sigmoid). Cu toate acestea, nu există date care să coreleze clasificarea Enzian cu simptome și fertilitate. În acest scop, scorul EFI (Endometriosis Fertility Index) poate fi utilizat.	
Standard	Când laparoscopia diagnostică nu dezvăluie leziuni macroscopice vizibile, cu condiția că aceasta a realizat o explorare satisfăcătoare a regiunii abdomino-pelvine, ea elimină diagnosticul de endometrioză.	**E**
Argumentare	O laparoscopie negativă pare a fi suficient de precisă pentru a exclude diagnosticul de endometrioză și a ajuta medicul în decizia sa terapeutică. Cu toate acestea, aceasta implică faptul că laparoscopia de diagnostic a fost efectuată în mod satisfăcător și a fost precedată de examinări preoperatorii adecvate. Explorarea detaliată laparoscopică abdominală și pelvină este similară cu recomandările emise pentru chirurgia oncologică (FIGO). Datorită leziunilor multifocale ale endometriozei, cartografierea trebuie să includă examinarea vizuală a firidelor parietocolice, cupolei diafragmatice, ficat, epiplon, tract digestiv, fundul de sac anterior, ligamente uterosacrate, fundul de sac Douglas, uter, trompe uterine, ovare, fosa ovariană, parametre și uretere.	

6.1.2 Fertiloscopia

Standard	Medicul trebuie să nu indice fertiloscopia pentru diagnosticarea endometriozei.	**C**
Argumentare	Există puține studii care au evaluat performanța de diagnostic a fertiloscopiei pentru endometrioză. Nu s-au găsit studii randomizate care să compare laparoscopia cu fertiloscopia endoscopică. Majoritatea studiilor au evaluat fertiloscopia pentru infertilitate de cauză idiopatică. În această situație, fertiloscopia este fezabilă, cu o rată de succes mai mare de 90% și o rată de complicații între 0,9% și 3%. Uterul retrovers este asociat cu un risc crescut de eșec al procedurii. Sensibilitatea fertiloscopiei pentru diagnosticul de endometrioză este mai mică decât cea a laparoscopiei. Endometrioza este subestimată prin fertiloscopie comparativ cu laparoscopia. [18,19,20,21,22,23,24,25]	**IV**

6.1.3 Rezumatul strategiei de diagnostic

Rezumatul Strategiei de Diagnostic – vezi Anexa 6.

6.1.4 Informarea pacientei

Standard	Elaborarea unui prospect informativ/broşuri informative care să conțină noţiuni esențiale pentru paciente și soții lor, validate de profesioniștii din domeniul sănătății, este încurajată, astfel încât acestea să fie furnizate și explicate în termeni adecvați pentru pacient în timpul consultării.	**E**
Argumentare	Diversitatea surselor de informare poate fi potrivită pentru unii pacienți cu endometrioză, dar poate provoca și anxietate. Calitatea informațiilor disponibile pe internet este foarte variabilă și adesea de relevanţă ştiinţifică insuficientă. Contactul cu alte femei cu endometrioză, prin asociațiile pacienților sau prin inițiative în cadrul serviciilor de îngrijire, este util pentru completarea informațiilor și combaterea izolării. Confruntate cu sentimentul lipsei de informații transmise de profesia medicală și confruntate cu informații de diferite calități oferite de noile moduri de comunicare (bloguri, forumuri etc.), profesioniștii din domeniul sănătății sunt încurajați să diversifice informațiile furnizate și să investească noile sisteme informatice pentru a aduce pacientelor informații din medicina bazată pe dovezi. Posibilul impact al endometriozei asupra calității vieții, a fertilității și a relațiilor este parte a informațiilor furnizate de către personalul medical (nivel moderat de dovezi). Cu toate acestea, aceste informații trebuie furnizate cu sensibilitate, adaptând modul în care acestea sunt exprimate, în funcție de cultura și alegerile de viață ale fiecărui pacient. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt încurajați să-și educe pacienții pe toate căile de a-și îmbunătăți calitatea vieții, nu doar tratamentele chirurgicale și medicamentoase, în special adaptarea stilului de viață și terapiile complementare	
Standard	La alegerea tratamentului, medicul trebuie să informeze pacienta cu privire la alternativele terapeutice, beneficiile și riscurile fiecărui tratament, riscul reapariției și luarea în considerare a așteptărilor și preferințelor pacientului. Înainte de operație, vor fi furnizate informații suplimentare privind progresul, scopul, dezavantajele și beneficiile așteptate, posibilele complicații, cicatricile, consecințele acesteia, precum și evoluția convalescenței.	**C**
Argumentare	Pacientele își exprimă dorința de a avea cât mai multe informații despre intervenția chirurgicală, despre consecințele acesteia înainte de a avea loc, în special în ceea ce privește durerile postoperatorii (tipul și nivelul durerilor) și timpul de recuperare după intervenție chirurgicală. De asemenea, pacienții au exprimat dorința de a fi mai bine informați despre laparoscopie, posibile complicații, anestezie, durata intervenției chirurgicale, gestionarea plăgilor și cicatricile (locație, număr și mărime). La întoarcerea acasă, zonele de interes ale pacienților sunt în principal durata întreruperii muncii și timpul de recuperare: starea lor de sănătate (durerile simțite, starea lor de oboseală), plagă și cicatricile (aspectul, infecțiile, sângerările)și activitățile zilnice (muncă sau școală, sexualitate, activitate fizică, asistență la domiciliu și îngrijire a copiilor, conducere auto). [26,27,28,29]	**IV**
Standard	În cazul endometriozei, medicul specialist trebuie să furnizeze informații susținute de datele științifice cu privire la fertilitate.	**E**
Argumentare	Evaluarea pacientelor cu endometrioză presupune evaluarea dimensiunilor simptomatologiei durerii și a contextului asociat cu definirea obiectivelor pacientului în termeni de fertilitate și durere. Aceste aspecte trebuie să conducă la o adaptare a tratamentelor și alegerea momentului oportun în care sunt propuse. Această necesitate a unei strategii cuprinzătoare de gestionare medicală, chirurgicală și complementară ar trebui propusă prin utilizarea centrelor de experți. Discuția cu pacientele despre decizia de a obține saude a amâna sarcina precum și impactul potențial asupra fertilității este deosebit de relevantă în contextul endometriozei.	

6.2 Tratamentul hormonal pentru simptomatologia dureroasă în endometrioză

Standard	Tratamentele hormonale de primă linie recomandate pentru tratamentul endometriozei dureroase sunt reprezentate de terapia contraceptivă estrogen / progesteron și levonorgestrel (LNG) 52 mg UI (vezi Subcapitolele 6.2.1, 6.2.2, 6.2.3).	**B**
Standard	Se recomandă să se ia în considerare contraindicațiile, efectele adverse potențiale, tratamentele anterioare și opinia pacientului cu scopul de a ghida alegerea tratamentului (vezi Subcapitolele 6.2.1, 6.2.2, 6.2.3).	**E**
Opțiune	Tratamentele hormonale recomandate pentru simptomatologia dureroasă în endometrioză sunt contraceptivele microprogestative cu desogestrel, levonorgestrel, agoniști de GnRH (GnRHa) în combinație cu terapia add-back (TAB) și dienogest (vezi Subcapitolele 6.2.1, 6.2.2, 6.2.3).	**C**
Opțiune	La o pacientă cu endometrioză asimptomatică, nu există indicație pentru a prescrie terapia hormonală cu excepția cazului în care aceasta este administrată pentru contracepție (vezi Subcapitolele 6.2.1, 6.2.2, 6.2.3).	**C**

6.2.1 Contracepția cu estroprogestative

Standard	La pacienții cu endometrioză dureroasă, contracepția ciclică cu estrogen/ progesteron reduce dismenoreea, dispareunia și durerea pelvină cronică. Doza de EE estrogen (echivalenți estrogen) (20 față de 35 µg) nu influențează eficacitatea asupra durerii. Datorită riscului tromboembolic, se recomandă respectarea regulilor de bună practică privind utilizarea COC.	**B**
Argumentare	COC ciclică cu estrogen/progesteron reduce dismenoreea (scăderea SAV cu 3 până la 9 puncte din 10), dispareunia și durerea pelvină cronică. Inelul vaginal (inelul contraceptiv) s-a dovedit a fi eficient pentru dismenoree, durere non-ciclică și dispareunia cu noduli rectovaginali. Literatura este insuficientă pentru a specifica beneficiul administrării continue (versus ciclică) a COC la pacientele fără infertilitate dar cu endometrioză dureroasă în afara contextului chirurgical și al dismenoreei severe. [1,2,3,4,5,6,7]	**IIa** **IIb**

6.2.2 Progestative

Standard	Dispozitivul intrauterin (DIU) cu levonorgestrel (LNG) și contracepția de desogestrel au demonstrat o eficacitate semnificativă în reducerea durerii în endometrioză.	**B**
Argumentare	Sistemul intrauterin cu 52 mg LNG permite reducerea scorului durerii (reducerea SAV cu aproximativ 6 puncte din 10) la pacienții cu endometrioză neoperată. Nu există date disponibile în ceea ce privește DIU de 13,5 mg cu LNG. Contracepția cu desogestrel s-a dovedit a fi eficientă în ceea ce privește satisfacția pacientului și scorurile durerii (scăderea SAV la 6 luni cu cel puțin 2 din 10 puncte) la pacienții cu afectarea septului recto-vaginal. [1,8,9,10,11,12]	**IIb** **III**
Standard	Tratamentul cu Dienogest ameliorează semnificativ durerea pelvină și dismenoreea.	**B**
Argumentare	Dienogest este bine evaluat la în endometrioză. Eficacitatea sa asupra durerii a fost demonstrată în comparație cu placebo, cu persistența reducerii scorurilor durerii pelvine la 12 luni după întreruperea tratamentului. Nu există nicio diferență în eficacitatea scorurilor de durere și a calității vieții între dienogest și GnRHa. [13,14,15,16,17,18,19,20,21]	**IIa** **IIb**

6.2.3 Agoniștii de GnRH (GnRHa)

Standard	Atunci când se prescrie GnRHa pentru endometrioză, se recomandă prescrierea unei TAB. Tratamentul suplimentar trebuie să includă estrogenul pentru a preveni densitatea minerală osoasă mai scăzută și pentru a îmbunătăți calitatea vieții pacienților.	**B**
Argumentare	GnRHa poate reduce dismenoreea și durerea la pacienții cu endometrioză dureroasă, cu o reducere a SAV totală de 3 până la 6 puncte la 10 luni. În timpul tratamentului cu GnRHa, TAB a unui macroprogestiv și estrogen reduce scăderea densității minerale osoase (DMO) la 12 luni și este superioară unui singur macroprogestativ. Terapia suplimentară cu estrogen îmbunătățește calitatea vieții pacienților tratați cu GnRHa. Nu există suficiente date științifice pentru a recomanda un anumit tip de TAB. [22,23,24,25,26,27,28,29,30,31]	**IIa**
Standard	TAB trebuie prescrisă înainte de a treia lună pentru a limita efectele secundare.	**E**
Argumentare	Utilizarea TAB nu reduce eficacitatea agoniștilor GnRHa pentru tratamentul durerii asociate endometriozei. Nici un studiu nu a evaluat beneficiul tratamentului cu GnRHa după 12 luni.	

6.3 Tratamentul hormonal înainte de tratamentul chirurgical al endometriozei

Standard	Înainte de intervenția chirurgicală, nu există dovezi care să recomande tratamentul hormonal preoperator în mod obișnuit, singurul scop fiind prevenirea riscului de complicații chirurgicale, facilitarea intervențiilor chirurgicale sau reducerea riscului de reapariție a endometriozei.	**E**
Argumentare	În ceea ce privește endometrioamele, s-au evaluat doar COC administrate ciclic. Acest tratament reduce volumul endometrioamelor cu aproximativ 50% la 6 luni.	

6.4 Tratamentul hormonal după tratamentul chirurgical al endometriozei

Standard	Postoperator, pacientele care au beneficiat de o intervenție chirurgicală cu scopul îndepărtării endometriozei, se recomandă contraceptive orale combinate sau DIU pe bază de LNG 52 mg - terapie de primă linie în absența dorinței obținerii unei sarcini.	**B**
Argumentare	În absența unei dorințe de sarcină, se recomandă prescrierea unei terapii hormonale postoperatorii pentru a reduce riscul de recurență dureroasă a endometriozei și pentru a îmbunătăți calitatea vieții pacienților. [1,2,3,5,6,7,8,9,10,11,12]	**IIa**

6.4.1 Contracepția prin estroprogestative (COC)

Standard	Pentru a preveni riscul de reapariție a endometrioamelor operate, în absența contraindicațiilor și a dorințelor de sarcină, se recomandă prescrierea unui COC postoperator.	**B**
Argumentare	COC ciclic reduce riscul de recurență a dismenoreei după intervenția chirurgicală cu 40% până la 69%. Există o disparitate a efectelor protectoare pe termen lung atunci când tratamentul este întrerupt. Efectul asupra durerii pelvine non-ciclice și dispareuniei este inconsecvent. COC reduce riscul de reapariție pe termen lung a endometrioamelor operate atâta timp cât terapia este continuată. Beneficiul nu se găsește pe termen lung atunci când COC este întrerupt după 6 luni de tratament. Rata de recurență a endometrioamelor pe termen lung este mai scăzută atunci când perioada de administrare a COC este mai lungă. [32,33,34]	**IIa** **IIb**
Standard	Se recomandă continuarea COC atâta timp cât toleranța tratamentului este bună și	**C**

	nu există nici o dorință pentru sarcină.	
Argumentare	Schemele de COC continue și ciclice sunt asociate cu o rată similară de satisfacție a pacienților, cu o rată de întrerupere aproape de trei ori mai frecventă a tratamentului și cu mai multe evenimente adverse in cazul pacienţilor cu schemă continuă. (34,35,36,37,38,39)	IV
Standard	Atunci când se prescrie un COC postoperator, se recomandă ca administrarea continuă să fie preferată în cazul în care pacienta prezintă dismenoree.	B
Argumentare	Administrare COC continuu reduce dismenoreea prin amenoreea indusă, dar nu pare a fi mai eficace decât modelul ciclic gestionarea durerii non-ciclice și a dispareuniei. (40,41)	IIa IIb

6.4.2 Progestativele

Standard	Dispozitivul intrauterin cu LNG de 52 mg reduce riscul de recurență dureroasă și îmbunătățește calitatea vieții pacienților în postoperator cu efect similar cu GnRHa.	C
Argumentare	Progestativele administrate postoperator sunt asociate cu scăderea riscului de recurență și ameliorează calitatea vieții. (42,43,44,45,46)	IV
Standard	Contracepția cu desogestrel prevede o reducere a durerii cu 3 puncte, măsurată de SAV total la 6 luni postoperator.	C
Argumentare	Administrarea de desogestrel postoperator permite reducerea durerii postoperator. (47)	IV

6.4.3 Agoniști de GnRH (GnRHa)

Standard	Atunci când se prescrie GnRHa într-un context de endometrioză, se recomandă prescrierea unei TAB. Tratamentul suplimentar trebuie să includă estrogenul pentru a preveni scăderea densității minerale osoase și pentru a îmbunătăți calitatea vieții pacienților.	B
Argumentare	GnRHa poate reduce dismenoreea și durerea la pacienții cu endometrioză dureroasă, cu o reducere a SAV totală de 3 până la 6 puncte la 10 luni. În timpul tratamentului cu GnRHa, terapia de combinație adițională/add-back a unui macroprogestiv și estrogen reduce scăderea DMO la 12 luni și este superioară unui singur macroprogestativ. Terapia suplimentară cu estrogen îmbunătățește calitatea vieții pacienților trataţi cu GnRHa. Nu există suficiente date științifice pentru a recomanda un anumit tip de TAB. Utilizarea terapiei add-back nu reduce eficacitatea agoniștilor GnRHa pentru tratamentul durerii asociate cu endometrioza. Nici un studiu nu a evaluat beneficiul tratamentului cu GnRHa după 12 luni. (48,49,50)	III

6.5 Locul "tratamentelor noi" în conduita terapeutică pentru endometrioză

Standard	Se recomandă să nu se prescrie modulatori selectivi pentru receptorii de estrogen (SERM) postoperator la pacientele cu endometrioză.	C
Argumentare	Datele din literatură sunt insuficiente pentru a furniza dovezi de interes în practica clinică a antiaromatazelor, SERM și modulatori selectivi pentru receptorii de progesteron (SPRM) pentru managementul endometriozei dureroase. Raloxifenul (SERM) pentru 6 luni după operația de rezecție endometriozică este asociat cu o recrudescență a simptomatologiei dureroase mai rapidă și mai frecventă în comparație cu placebo. (51,52)	IV
Standard	În absența unor date suficiente, antiaromatazele, SERM-urile, SPRM-urile și medicamentele anti-TNF-α nu sunt recomandate pentru tratamentul endometriozei	C

	dureroase.	
Argumentare	Utilizarea Infliximab (anti TNF-α) ca tratament preoperator nu aduce niciun beneficiu în ceea ce privește reducerea simptomelor dureroase sau reducerea volumului leziunilor la pacienții cu nodul al septului rectovaginal. Postoperator, Goserelin, utilizat ca monoterapie timp de 6 luni, este asociat cu o rată de recurență la 2 ani mai mare decât combinația Goserelin-Anastrazol. Aceste recomandări pot fi modificate pe baza rezultatelor studiilor actuale. [53,54]	**IV**

6.6 Tratamentul hormonal al endometriozei dureroase la adolescente

Standard	Se recomandă prescrierea contracepției estrogen / progestin sau microprogestative de primă intenție la adolescenți cu endometrioză dureroasă.	**E**
Argumentare	În absența contraindicațiilor, având în vedere eficiența lor asupra dismenoreei și durerii asociate cu endometrioza la adulți, precum și buna lor toleranță.	
Opțiune	În cazul eșecului strategiei de primă linie, se recomandă să consultați un expert pentru a adopta cea mai bună strategie de diagnostic și terapeutică.	**E**
Argumentare	Abordarea multidisciplinară este asociată cu îmbunătățirea calității vieții la pacientele adolescente cu endometrioză.	
Standard	Datorită riscului de demineralizare osoasă, nu se recomandă prescrierea de agoniști GnRH ca terapie de prima linie pentru adolescenți.	**B**
Argumentare	Locul terapiei cu GnRH se impune în cazul care terapie de primă linie nu este eficientă și după evaluarea de către un expert. [55,56,57]	**IIa**
Standard	La adolescenți, agoniștii GnRH nu trebuie prescriși înainte de vârsta de 18 ani conform ANM. Perioada de prescripție nu trebuie să depășească 12 luni. Agoniștii GnRH trebuie să fie asociați cu o terapie suplimentară care cuprinde cel puțin un estrogen pentru a preveni scăderea densității minerale osoase și pentru a îmbunătăți calitatea vieții.	**B**
Argumentare	Datorită riscului de demineralizare osoasă, nu se recomandă prescrierea de agoniști GnRH ca terapie de prima linie pentru adolescenți. [31,58]	**IIa**

6.7 Analgezice și alternative terapeutice non farmacologice

Aceste terapii se aplică tuturor pacientelor cu endometrioză dureroasă, după o evaluare globală a durerii și a repercusiunilor acesteia.

6.7.1 <u>Terapii medicamentoase analgezice</u>

Standard	Nu se recomandă prescrierea medicamentelor antiinflamatorii nesteroidiene (AINS) pe termen lung datorită efectelor adverse gastrice și renale semnificative.	**B**
Argumentare	Nu există date care să evalueze eficacitatea paracetamolului sau a opioizilor de rangul 2 și 3 în endometrioza dureroasă. [1,2,3,4,5,6,7]	**III**
Standard	Dacă se suspectează originea neuropată a durerii, se recomandă un tratament specific.	**C**

Argumentare	Gabapentina și Amitriptilina prezintă interes în tratamentul durerii pelvine cronice, dar nu au fost evaluate în mod specific în cazul endometriozei dureroase. Reapariția durerii asociate cu endometrioza face necesară examinarea acestor dureri ca un sindrom de durere cronică, susținut de mecanisme fiziopatologice inflamatorii și neuropatice. [8,9]	**IV**

6.7.2 Opțiuni terapeutice non-medicamentoase

Standard	Nu există date suficiente pentru a recomanda diete sau suplimente cu vitamine pentru endometrioza dureroasă.	**E**
Argumentare	Pentru evaluarea tratamentelor fizice, metoda "dublu orb" în studii este dificil de obținut. Noțiunea de placebo, atunci când este posibilă, este de asemenea complexă, iar valabilitatea acesteia este limitată.	

Standard	Managementul non-medicamentos care a demonstrat o îmbunătățire a calității vieții poate fi propus în plus față de managementul medical al endometriozei.	**E**
Argumentare	Utilizarea terapiilor alternative este frecventă la pacienții cu durere pelvină cronică. Unele terapii au fost evaluate doar în caz de dismenoree sau de durere pelvină cronică. Nu există date disponibile privind eficacitatea diferitelor diete. Plantele medicinale și aromoterapia nu au fost studiate în cazul endometriozei dureroase. Suplimentarea cu antioxidanți și vitamine rămâne slab evaluată. Acupunctura, osteopatia și yoga au arătat o îmbunătățire a calității vieții la pacienții cu durere asociată cu endometrioză. Neurostimularea transcutanată a manifestat interes pentru dismenoreea primară. Nu a fost evaluată în mod specific în endometrioză. Relaxarea Jacobson (contracția musculară-relaxare) a fost evaluată la pacientele chinezoaice cu endometrioză, cu beneficii pentru anxietate și calitatea vieții.	

Standard	În caz de durere cronică, se recomandă o evaluare interdisciplinară (ginecologi, chirurgie generală, algologi, sexologi, psihologi și asistenți sociali).	**E**
Argumentare	Managementul durerii cronice orientat pe pacient pare a fi benefic. Abordarea globală și multidisciplinară pare utilă în îngrijirea pacienților care suferă de endometrioză. O evaluare a intensității, a tipologiei, a repercusiunilor comportamentale, în ceea ce privește durerea este angajamentul unei atitudini terapeutice adaptate cu o eficiență crescută.	

6.8 Tratamentul chirurgical al endometriozei

Noțiuni pentru tratamentul chirurgical al endometriozei:

1. Tehnici chirurgicale de ablație – se recomandă în cazul leziunilor de endometrioză superficială;
2. Tehnici chirurgicale de excizie – se recomandă în cazul leziunilor de endometrioză profundă (infiltrare peritoneală mai mare de 5 mm).

Standard	Abordarea laparoscopică este recomandată pentru tratamentul chirurgical al endometriozei.	**B**
Argumentare	Alegerea între tratamentul medical și chirurgical este ghidată de așteptările femeii, de dorința unei viitoare sarcini, de eficacitatea și efectele adverse ale tratamentelor, de intensitatea și caracteristicele durerii, de severitatea și localizarea leziunilor endometriozice. [1,2,3,4,5,6]	**IIa**

Standard	În caz de eșec al tratamentului inițial, recidivă sau implicare multiplă a organelor cu	**E**

	endometrioză, se recomandă consult medico-chirurgical și multidisciplinar.	
Argumentare	Abordarea multidisciplinară este asociată cu îmbunătățirea calității vieții la pacientele diagnosticate cu endometrioză.	

6.8.1 Endometrioză pelvină minimă - ușoară

Standard	Se recomandă tratarea completă a leziunilor endometriozice pelvine când sunt descoperite în timpul unei laparoscopii.	**B**
Argumentare	Chirurgia pentru endometrioza pelvină minimă - ușoară reduce durerea pe termen scurt și mediu. Tehnicile de ablație au o eficiență comparabilă pentru ameliorarea durerii. La pacientele cu endometrioză pelvină minimă - ușoară (stadiul I și II ASRM)[2] și infertilitate, tratamentul leziunilor prin excizie asociat cu adezioliză permite o creștere a ratei de sarcini spontane. Utilizarea barierelor anti-aderențe permite o reducere a scorurilor de aderență postoperatorie; pe de altă parte, beneficiul clinic în ceea ce privește reducerea riscului de durere sau infertilitate nu a fost încă demonstrat de studiile clinice cu un nivel bun de evidență. [7,8,9,10,11,12,13]	**IIb**

6.8.2 Endometriomul ovarian

Standard	Chistectomia ovariană laparoscopică este tehnica recomandată pentru managementul chirurgical al endometriomelor cu diametru peste 4 cm.	**A**
Argumentare	Când se decide tratamentul chirurgical, abordarea laparoscopică este asociată cu o reducere a complicațiilor postoperatorii, a durerii postoperatorii, a duratei de spitalizare și a costului, comparativ cu laparotomia. [14,15,16,17,18,19,20]	**Ib**
Standard	O evaluare a rezervei ovariene (analiză AMH) poate fi utilă înainte de intervenția chirurgicală.	**B**
Argumentare	Tratamentul chirurgical al endometrioamelor ovariene poate reduce rezerva ovariană prin excizia sau distrugerea parenchimului ovarian din jurul chistului, cu posibile efecte negative asupra fertilității postoperatorii. Acest risc este crescut în cazul endometrioamelor mari, recurente sau bilaterale. [21,22,23]	**IIb**
Standard	În absența unui plan de clivaj, este preferabil să se renunțe la chistectomie dacă pacienta dorește să-și păstreze ovarul.	**E**
Argumentare	Metaplazia celulelor musculare netede din ovar poate fi derivată din celulele stromale endometriale sau din stratul ovarian. Celulele musculare pot fi active din punct de vedere funcțional și implicate în generarea sindromului dureros. În cazul în care acestea prezintă metaplazie musculară netedă, identificarea planului de clivaj poate fi dificilă.	
Standard	Cercetarea și tratamentul altor localizări pelvine de endometrioză se recomandă atunci când este descoperit sau în momentul intervenției chirurgicale pentru endometriom. Pentru reducerea riscului de recurență în momentul în care se efectuează cura chirurgicală a endometriomului, se recomandă excizia tuturor leziunilor de endometrioză. În cazul în care expertiza echipei operatorii nu permite acest lucru se recomandă documentarea amănunțită a leziunilor endometriozice restante în protocolul operator și în biletul de externare.	**C**
Argumentare	Endometriomul ovarian este foarte rar izolat. Riscul de recurență crește odată cu intervenția chirurgicală incompletă. Endometrioza ovariană este prezentă la 17-40% dintre pacienții cu endometrioză. Endometrioza ovariană este foarte rar izolată, fiind întâlnită în aproximativ 50% din cazurile asociate cu endometrioză pelvină profund infiltrativă. Endometrioza	**IV**

ovariană se întâlnește la 45% din pacienții cu durere pelvină. Este mai puțin responsabil de durere în comparație cu alte localizări pelvine profunde. Potrivit mai multor societăți și în opinia experților, orice tratament chirurgical al endometriomului în scopuri analgezice ar trebui asociat sistematic cu identificarea și tratamentul altor localizări pelvine. [24,25,26,27,28,29,30]

Standard	Nu este recomandată atitudinea expectativă sau puncția simplă ghidată ecografic ca tratament de primă intenție la pacientele care prezintă durere.	**C**
Argumentare	Datorită riscului de persistență sau recidivă rapidă a durerii sau a endometriomului. [31,32,33]	**IV**

Standard	Scleroterapia cu etanol poate fi propusă la pacienții cu endometrioame recurente.	**E**
Argumentare	Datorită unei rate reduse de recurență a chistului în comparație cu puncția simplă scleroterapia cu etanol poate fi utilizată la pacientele cu endometrioame recurente. Scleroterapia cu etanol prezintă o rată de recurență mai mică decât cea de puncție simplă și rămâne mai mică de 15%. Se utilizează, în principal, în tratamentul chisturilor endometriozice recurente mai mici de 7 cm sau înainte de efectuarea FIV. Nu există studii clinice randomizate în literatură care să le compare cu cistectomia.	

Standard	Tehnica ablativă prin coagularea bipolară a endometriomelor nu este recomandată.	**B**
Argumentare	Datorită rezultatelor mai slabe în ceea ce privește rata de obținere a unei sarcini postoperator și de recurență a endometrioamelor. [34,35,36,37]	**III**

6.8.3 Endometrioza profundă infiltrativă a vezicii urinare

Standard	Tratamentul chirurgical al endometriozei vezicii urinare prin cistectomie parțială poate fi propus la pacientele simptomatice.	**C**
Argumentare	Managementul chirurgical al leziunilor endometriozice vezicale prin cistectomie parțială este eficient pe termen lung în reducerea simptomelor durerii și a riscului de recurență cu o rată scăzută a complicațiilor severe. Eficacitatea tratamentului medical ca alternativă sau în combinație cu chirurgia vezicii urinare nu a fost studiată în mod specific. [38,39,40,41,42,43,44,45,46,47]	**IV**

Standard	Nu se recomandă rezecția unui nodul endometriozic al vezicii urinare numai pe cale transuretrală.	**C**
Argumentare	Această tehnică oferă abord doar la partea intravezicală a leziunii și nu la infiltrarea adiacentă a miometrului sau a ligamentelor rotunde și se expune astfel la o rată mai mare de recidivă. [48,49,50,51,52]	**IV**

6.8.4 Endometrioza profund infiltrativă ureterală

Standard	În cazurile de endometrioză ureterală ce necesită tehnici radicale (anastomoză, reimplantare), în funcție de experiența medicului ginecolog, se recomandă formarea unei echipe chirurgicale multidisciplinare (ginecologică și urologică). Având în vedere riscul de stenoză a anastomozei uretero-ureterale sau a locului de reimplantare ureterovezical și riscul de atrofie renală progresivă pauci-simptomatică, este justificată supravegherea imagistică postoperatorie.	**E**
Argumentare	Managementul chirurgical al leziunilor endometriozice ureterale prin conservare (ureteroliză) sau radicală (rezecția ureterală cu anastomoză uretero-ureterală termino-terminală sau rezecție ureterală și reimplantarea la nivel vezical) este eficientă în reducerea simptomelor durerii, dilatării tractului urinar și a riscului de recurență cu o rată scăzută de complicații severe.	

6.8.5 Endometrioza profund infiltrativă la nivelul colonului și rectului

Standard	Chirurgia pentru endometrioza colorectală poate fi propusă la pacienții simptomatici.	**C**
Argumentare	Datele din literatura de specialitate nu permit compararea tratamentului chirurgical cu terapia hormonală administrată preoperator, postoperator sau în locul tratamentului chirurgical. Tehnicile de shaving rectal, de rezecție anterioară discoidală și rezecție segmentară sunt cele trei tehnici utilizate pentru excizia chirurgicală a endometriozei colorectale. (53,54,55,56,57,58)	**IV**
Standard	Chirurgia pentru endometrioză colorectală supune pacientele unor complicații postoperatorii grave, de care pacientele trebuie atent informate preoperator.	**B**
Argumentare	Pentru pacientele cu endometrioză profund infiltrativă colorectală, abordarea laparoscopică este la fel de eficace ca laparotomia pentru ameliorarea durerii de defecare postoperatorie și a calității vieții. Abordarea laparoscopică (comparativ cu laparotomie) permite o reducere a consumului de opiacee, a pierderii de sânge, a complicațiilor postoperatorii grave, precum și rezultate îmbunătățite în ceea ce privește fertilitatea postoperatorie spontană. Chirurgia pentru endometrioza colorectală scade intensitatea simptomatologiei ginecologice, digestive, generale și îmbunătățește calitatea vieții. (59,60,61,62)	**IIa**
Standard	În cazul intervenției chirurgicale pentru endometrioză a rectului inferior, pentru a reduce complicațiile legate de apariție a unei fistule, trebuie să se discute efectuarea unui bypass digestiv temporar (ileostomie sau colostomie), iar pacienta trebuie informată și educată preoperator. Datorită lipsei de date cu un nivel bun de referință în ceea ce privește leziunile colorectale situate la nivel înalt, nu se poate face o recomandare mai bună pentru administrarea de stomă de rutină.	**E**
Argumentare	În cazul intervenției chirurgicale de endometrioză a rectului inferior (mai puțin de 5 cm de linia pectineală) prin rezecție discoidală sau segmentară, în special în cazul în care se asociază cu colpectomie, riscul de fistulă rectovaginală crește în raport cu localizările superioare.	
Standard	În cazurile de intervenție chirurgicală pentru endometrioză digestivă, se recomandă abordare multidisciplinară.	**E**
Argumentare	Abordarea multidisciplinară este asociată cu îmbunătățirea calității vieții la pacientele cu endometrioză.	
Standard	În cazurile de endometrioză profundă cu afectare colorectală, efectuarea unei intervenții chirurgicale incomplete care lasă leziunea digestivă pe loc crește rata de recurență a durerii postoperatorii și scade rata sarcinilor postoperatorii.	**C**
Argumentare	În momentul în care se decide tratamentul chirurgical, se recomandă rezecția leziunilor pelvine ale endometriozei cât mai complet posibil. (63,64,65,66)	**IV**
Standard	Nu se recomandă utilizarea barierelor anti-aderență în jurul anastomozei gastrointestinale după intervenția chirurgicală pentru endometrioza profundă.	**B**
Argumentare	Aplicarea barierelor anti-aderență în timpul intervențiilor chirurgicale abdominale și pelvine cu anastomoză gastrointestinală favorizează apariția complicațiilor postoperatorii grave în studii randomizate care nu includ în mod specific pacienții care suferă de endometrioză colorectală. (67,68)	**IIb**

6.8.6 Indicația unei histerectomii conservative sau a unei anexectomii

bilaterale

Standard	La femeile care nu doresc să obțină o sarcină, poate fi propusă histerectomie cu rezecție a leziunilor endometriozice, cu sau fără anexectomie bilaterală, pentru a reduce riscul de reapariție.	**E**
Argumentare	Histerectomia, cu sau fără anexectomie bilaterală, asociată cu rezecția leziunilor endometriozice, ar putea reduce rata de recurență și de reintervenție comparativ cu rezecția exclusiv a leziunilor endometriozice.	
Standard	Conservarea ovarelor trebuie discutată cu pacienta în caz de histerectomie pentru endometrioză profundă.	**C**
Argumentare	Având în vedere multiplele efecte adverse ale menopauzei timpurii asupra speranței și calității vieții. (69,70,71,72)	**IV**
Standard	Terapia hormonală menopauzală (THM) poate fi oferită femeilor aflate în postmenopauză cu endometrioză.	**C**
Argumentare	Utilizarea THM nu pare să crească simptomele endometriozei după sterilizare chirurgicală. (74)	**IV**

6.8.7 Endometrioza extra-pelvină: parietală, diafragmatică, toracică

Standard	Tratamentul chirurgical poate fi oferit la pacientele simptomatice cu endometrioză parietală, toracică sau diafragmatică.	**C**
Argumentare	Tratamentul chirurgical poate fi oferit datorită efectului favorabil asupra durerii. (74,75,76,77,78,79,80,81)	**IV**
Standard	Având în vedere prevalența implicării pelvine asociate (50-80%), se recomandă consultul cu un ginecolog în cazul endometriozei toracice.	**C**
Argumentare	Leziunile endometriozei parietale sunt cel mai adesea secundare intervenției chirurgicale la nivelul uterului (cezariene, histerectomii, miomectomii) sau pot apărea de novo (în ombilic, canalul inghinal). Datele din literatura de specialitate nu permit compararea tratamentului chirurgical cu terapia hormonală administrate înainte, după sau în locul tratamentului chirurgical. (82,83,84,85)	**IV**

6.8.8 Endometrioza rădăcinilor nervoase și a nervului sciatic

Standard	Unele serii de cazuri raportate de centrele de experți arată o eficacitate a intervenției chirurgicale asupra durerii.	**E**
Argumentare	Endometrioza profundă poate să comprime sau să infiltreze rădăcinile sacrate sau trunchiul nervului sciatic, rezultând în simptome somatice (pe traiectul nervilor sciatic sau pudendal) sau simptome vegetative (vezicale, colorectale sau vaginale) cu caracter ciclic. Datele din literatura de specialitate nu permit compararea tratamentului chirurgical cu terapia hormonală administrate înainte, după sau în locul tratamentului chirurgical.	

6.8.9 Tehnici de conservare a nervilor în chirurgia profundă a endometriozei

Standard	În timpul intervențiilor chirurgicale pelvine pentru endometrioză, se recomandă păstrarea nervilor pelvini vegetativi ori de câte ori este posibil.	**E**
Argumentare	În absența invaziei sau afectării rădăcinilor nervoase prin endometrioză, tehnicile de conservare a nervilor pelvini vegetativi îmbunătățesc funcția de micțiune postoperatorie. În funcție de topografia implicării endometriozice și extensia acesteia, conservarea	

nu este întotdeauna fezabilă.

6.9 Strategii pentru managementul inferilității în contextul endometriozei

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

Standard — Nu se recomandă prescrierea terapiei hormonale antigonadotropice la o pacientă cu endometrioză și infertilitate pentru a crește șansele de sarcină cu excepția FIV, inclusiv postoperator. **A**

Argumentare — În cazul infertilității în contextul endometriozei, prescrierea unui tratament hormonal anti-gonadotropic nu face posibilă creșterea ratei sarcinii. [1,2] **Ib**

Standard — Pentru managementul non-FIV al endometriozei minime - ușoare (stadiile I și II ASRM) dovedită după laparoscopie, utilizarea stimulării ovariene, cu sau fără inseminare intrauterină, postoperator, poate fi considerate. **C**

Argumentare — Datele din literatura de specialitate nu sunt suficiente pentru a concluziona indicația tratamentelor non-FIV PMA (stimulare ovariană, cu sau fără inseminare intrauterină) în cazul endometriozei pelvine profunde sau endometriomului. [3,4,5,6,7,8,9,10,11,12] **IV**

Standard — În urma intervenției chirurgicale la o pacientă cu infertilitate, se recomandă utilizarea indicelui de fertilitate endometriozic (EFI) pentru a ghida conduita terapeutică cu scopul de a obține o sarcină (vezi Anexa 7.3). **C**

6.9.1 Principiile managementului FIV în endometrioză

Standard — Endometrioza nu este o indicație pentru favorizarea ICSI (injectare intracitoplasmatică a spermei) față de clasicul FIV (fecundare in vitro) de primă linie. **E**

Argumentare — În caz de infertilitate având ca și cauză endometrioza, rata de obținere a unei sarcini prin FIV nu pare afectată de endometrioză sau de severitatea acesteia. În caz de endometrioză, numărul de ovocite recoltate pare a fi mai scăzut, mai ales în endometrioza severă.

Studiile realizate asupra stimulării ovulației pentru FIV nu arată agravarea simptomelor endometriozei, nu accelerează evoluția acesteia, nici nu crește riscul de recidivă.

Specialiștii în medicină reproductivă care se ocupă cu managementul FIV afirmă ca modul în care are loc fecundarea (FIV sau ICSI) nu schimbă rata cumulativă a sarcinii.

Standard — Datele din literatura de specialitate nu recomandă alegerea unui protocol de agonist sau a unui protocol antagonist la pacienții cu endometrioză. **C**

Argumentare — În ceea ce privește modalitățile tehnice de management a FIV, nu există diferențe în rata de sarcini între un protocol agonist și un protocol antagonist la pacienții cu endometrioză. [13,14,15] **IV**

Standard — În contextul endometriozei, în cadrul protocolului FIV, se recomandă punerea în aplicare a unui pre-tratament înainte de stimulare cu agoniști ai GnRH sau contracepție estrogen / progesteron. **B**

Argumentare	Revizuirea datelor din literatură a evidențiat o îmbunătățire a șanselor de sarcină în cazul blocării ovariene, înainte de stimularea pentru FIV, de către un agonist de GnRH sau de contracepție estrogen / progesteron. (16,17,18,19,20,21,22)	**III**

6.9.2 Strategia FIV și cazuri speciale

6.9.2.1 Endometrioza superficială

Standard	Într-un context de endometrioză și infertilitate, nu se recomandă efectuarea unui tratament chirurgical al endometriozei superficiale cu singurul scop de a crește șansele de sarcină în FIV.	**C**
Argumentare	În prezent nu există dovezi privind efectul pozitiv sau negativ al intervenției chirurgicale pentru excizia leziunilor superficiale de endometrioză peritoneală asupra rezultatelor FIV. (23,24,25)	**IV**

6.9.2.2 Endometriomul

Standard	Nu este recomandat tratamentul chirurgical al endometrioamelor în scopul unic de a îmbunătăți rezultatele FIV.	**B**
Argumentare	Există mai multe sinteze ale literaturii de specialitate (tip review) care demonstrează că intervenția chirurgicală a endometriomului prin chistectomie înainte de administrarea FIV nu îmbunătățește ratele de sarcină. Endometriomul (mai mic de 4 centrimetri) nu are impact asupra calității embrionului și asupra rezultatelor finale ale FIV în ceea ce privește sarcina și ratele natalității, în ciuda unei posibile scăderi a numărului de ovocite recuperate și în ciuda dozei potențial mai mare de gonadotropine. Nu există date în literatură pentru endometrioame mai mari de 6 cm. (26,27,28,29,30,31,32,33,34)	**IIb**
Standard	Nu este recomandat să se efectueze aspirație transvaginală sistematică sub control ultrasonografic al endometrioamelor înainte de FIV pentru creșterea ratelor sarcinii.	**C**
Argumentare	Sinteza literaturii de specialitate (tip review) nu a constatat nicio îmbunătățire a rezultatelor FIV după puncție și drenare ghidată ecografic înaintea de stimulării ovariane. (35,36)	**IV**
Standard	În cazul endometriomului care poate interfera cu recoltarea ovocitelor, acesta poate fi evacuat vaginal, eco-ghidat cu sau fără distrugere locală (alcoolizare).	**C**
Argumentare	În cazul în care pacienta are în antecedente intervenții chirurgicale pentru endometriom, rezultatele managementului FIV (rata sarcinii și rata natalității) nu sunt modificate; cu toate acestea, există o tendință spre scăderea rezervelor ovariene cu scăderea numărului de ovocite recoltate și a unor doze mai mari de gonadotropine. (37,38,39,40)	**IV**

6.9.2.3 Endometrioza profundă

Standard	Utilizarea FIV poate fi propusă pentru creșterea ratei de obținerea a unei sarcinii și ratei natalității într-un context de infertilitate și endometrioză profundă.	**B**
Argumentare	Ratele de sarcină obținute (spontan și după consultul specialiștilor în medicină reproductivă) după intervenția chirurgicală pentru leziuni profunde ale endometriozei fără implicare colorectală variază de la 40 la 85%. După intervenția chirurgicală pentru leziunile endometriozei colorectale, ratele de sarcină sunt de 47 până la 59% ,conform studiilor, prin urmare, comparabile cu rezultatele obținute în cazurile de endometrioză profundă fără implicare colorectală. Ratele de sarcini spontane obținute după o intervenție chirurgicală pentru leziuni endometriozice colorectale, variază, în funcție de publicații și în funcție de durata urmăririi, între 27 și 41%. Ratele sarcinilor obținute prin FIV după intervenție chirurgicală pentru endometrioza profundă nu sunt diferite de ratele de sarcină obținută prin FIV în alte alte situații decât aceasta. (41,42,43,44,45,46,47,48)	**IIb**

Standard	Nu se recomandă efectuarea unui tratament chirurgical al endometriozei profund infiltrative înainte de a efectua FIV, cu unicul scop de a îmbunătăți rezultatele FIV.	**C**
Argumentare	Studiile care au comparat șansele obținerii unei sarcini prin FIV, precedată sau nu de o intervenție chirurgicală, nu au elaborat o concluzie care să demonstreze eficacitatea intervenției chirurgicale în tratamentul endometriozei profunde înaintea FIV, cu excepția simptomatologiei dureroase. Lipsa beneficiilor clare ale intervențiilor chirurgicale în ceea ce privește șansele de sarcină ar trebui cântărită împotriva riscului de complicații postoperatorii imediate ale intervenției chirurgicale, precum și riscul de afectare a rezervelor ovariene în cazul unei posibile intervenții chirurgicale a endometriomelor asociate cu leziuni endometriozice profunde. [49,50,51,52,53,54,55]	**IV**
Standard	În cazul eșecului uneia sau mai multor încercări de FIV în contextul endometriozei profunde, se recomandă consultarea medico-chirurgicală multidisciplinară pentru a discuta o intervenție chirurgicala pentru endometrioză.	**E**
Argumentare	Indicația de tratament chirurgical, în caz de eșec al mai multor tentative de FIV, a fost puțin studiată în literatură. Abordarea multidisciplinară este asociată cu posibilitatea creșterii șanselor de sarcină după intervenția chirurgicală la pacientele cu endometrioză profund infiltrativă.	

6.9.2.4 Adenomioză

Standard	Utilizarea agoniștilor GnRH pare să îmbunătățească rezultatele FIV în cazul adenomiozelor.	**E**
Argumentare	Deși diagnosticul de adenomioză rămâne greu de definit, adenomioza pare să aibă un efect negativ asupra ratelor sarcinii prin FIV. Ponderea adenomiozelor în ceea ce privește rata sarcinilor este dificil de evaluat la pacienții cu endometrioză asociată. Ratele de pierdere a sarcinii ar fi mai mari în cazul existenței adenomiozei în timpul sarcinii obținute prin FIV.	

6.9.2.5 Indicația de conservare a fertilității în caz de endometrioză

Standard	Posibilitățile de conservare a fertilității ar trebui discutate cu pacientul în cazul intervenției chirurgicale pentru endometriom ovarian.	**E**
Argumentare	Până în prezent, nu a fost publicat niciun studiu de cohortă în contextul specific al prezervării fertilității în endometrioză, ceea ce face dificilă elaborarea unei recomandări. Se pare că există o modificare a rezervei foliculare asociată cu boala endometriozică ovariană și că intervenția chirurgicală, mai ales atunci când este bilaterală sau iterativă, este de natură să agraveze această stare.	

7 URMĂRIRE ŞI MONITORIZARE

Standard	Medicul trebuie să urmărească pacientele tratate pentru endometrioză pe termen lung.	**B**
Argumentare	Urmărirea postoperatorie se va face în conformitate cu dorința pacientei de a obține sau nu o sarcină și pentru monitorizarea clinică și ecografică.	**IIa**
>Standard	Medicul trebuie să efectueze la fiecare control un examen ginecologic şi un examen clinic.	**B**
Argumentare	Examenul ginecologic are în vedere depistarea precoce a recidivelor.	**III**
>Standard	Evaluarea preoperatorie cu ajutorul chestionarului privind calitatea vieții.	**B**

Argumentare	Evaluarea pacientei cu ajutorul chestionarului privind calitatea vieții preoperator are rolul de a obține o imagine de ansamblu asupra tabloului clinic al pacientei. Evaluarea postoperatorie la 6 luni are rolul de a pune în evidență ameliorarea calității vieții după intervenția chirurgicală.	**IIb**
>Standard	Medicul trebuie să indice investigații clinice și paraclinice suplimentare în caz de suspiciune de recidivă (IRM, eco-endoscopie, colo-CT)	**B**
Argumentare	Investigațiile imagistice vor fi indicate în funcție de localizarea anatomică suspectată la examenul clinic și ecografia transvaginală.	**III**
Opțiune	Testele imagistice și de laborator vor fi recomandate pe baza simptomatologiei și rezultatelor examenului clinic.	**B**
Argumentare	Se recomandă utilizarea aceleiași metode imagistice de urmărire ca cea utilizată inițial. Se recomandă utilizarea IRM în cazurile cu suspiciune de recidivă pentru care se indică tratament curativ.	**III**

8 ASPECTE ADMINISTRATIVE

Recomandare	Se recomandă ca fiecare unitate medicală în care se efectuează tratamentul endometriozei, să îşi redacteze protocoale proprii bazate pe prezentele standarde.	**E**
Standard	Pentru tratamentul endometriozei profund infiltrative medicul trebuie să colaboreze interdisciplinar cu specialistul de chirurgie generală, urologie, şi anatomopatolog.	**E**
Opţiune	Medicul poate îndruma pre sau post-tratament către consiliere psihologică pacientele diagnosticate cu endometrioză, în cadrul spitalului sau extern.	**E**
Standard	Medicul ginecolog/medicul de chirurgie generală trebuie să trateze chirurgical pacientele diagnosticate cu endometrioză profund infiltrativă într-o manieră multidisciplinară.	**E**
Standard	În cazul în care în spitalul în care s-a practicat tratamentul chirurgical nu există posibilitatea efectuării FIV postoperator, medicul trebuie să îndrume pacienta cu endometrioză către un alt spital cu dotarea necesară, cu care spitalul are contract.	**E**

9 BIBLIOGRAFIE

5 Istoricul natural al endometriozei. Evaluare și diagnostic.

5.1 Istoricul natural al endometriozei

5.1.1 Evoluția endometriozei

1. Vercellini P, Eskenazi B, Consonni D, Somigliana E, Parazzini F, Abbiati A and Fedele L. Oral contraceptives and risk of endometriosis: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod Update 2011; 17:159–170.
2. Vitonis AF, Hankinson SE, Hornstein MD and Missmer SA. Adult physical activity and endometriosis risk. Epidemiology 2010; 21:16–23.
3. Melin A, Sparén P, Persson I and Bergqvist A. Endometriosis and the risk of cancer with special emphasis on ovarian cancer. Hum Reprod 2006; 21:1237–1242.
4. Munksgaard PS and Blaakaer J. The association between endometriosis and gynecological cancers and breast cancer: a review of epidemiological data. Gynecol Oncol 2011; 123:157–163.
5. Sayasneh A, Tsivos D and Crawford R. Endometriosis and ovarian cancer: a systematic review. ISRN Obstet Gynecol 2011; 2011:140310.
6. Somigliana E, Vigano P, Parazzini F, Stoppelli S, Giambattista E and Vercellini P. Association between endometriosis and cancer: a comprehensive review and a critical analysis of clinical and epidemiological evidence. Gynecol Oncol 2006; 101:331–341.
7.

5.2 Diagnostic și evaluare clinică

5.2.1 Durerea asociată cu endometrioza

8. Bellelis P, Dias JA, Jr., Podgaec S, Gonzales M, Baracat EC and Abrão MS. Epidemiological and clinical aspects of pelvic endometriosis—a case series. Rev Assoc Med Bras 2010; 56:467–471.
9. Lemaire GS. More than just menstrual cramps: symptoms and uncertainty among women with endometriosis. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2004; 33:71–79.
10. Luscombe GM, Markham R, Judio M, Grigoriu A and Fraser IS. Abdominal bloating: an under-recognized endometriosis symptom. J Obstet Gynaecol Can 2009; 31:1159–1171.
11. Davis GD, Thillet E and Lindemann J. Clinical characteristics of adolescent endometriosis. J Adolesc Health 1993; 14:362–368
12. Bourdel, N., Alves, J., Pickering, G., Ramilo, I., Roman, H. and Canis, M. (2014). Systematic review of endometriosis pain assessment: how to choose a scale?. Human Reproduction Update, 21(1), pp.136-152.
13. Fauconnier A, Chapron C. Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. Human reproduction update. 2005 Nov-Dec;11(6):595-606. PubMed PMID: 16172113.
14. Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson JB, Vieira M, Dousset B, Breart G. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. Fertility and sterility. 2002 Oct;78(4):719-26. PubMed PMID: 12372446.
15. Arruda MS, Petta CA, Abrao MS, Benetti-Pinto CL. Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women. Human reproduction. 2003 Apr;18(4):756-9. PubMed PMID: 12660267.
16. Chapron C, Fauconnier A, Dubuisson JB, Barakat H, Vieira M, Breart G. Deep infiltrating endometriosis: relation between severity of dysmenorrhoea and extent of disease. Human reproduction. 2003 Apr;18(4):760-6. PubMed PMID: 12660268.
17. De Graaff AA, D'Hooghe TM, Dunselman GA, Dirksen CD, Hummelshoj L, Consortium WE, *et al.* The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from an international cross-sectional survey. Human reproduction. 2013 Oct;28(10):2677-85. PubMed PMID: 23847114.
18. De Graaff AA, Van Lankveld J, Smits LJ, Van Beek JJ, Dunselman GA. Dyspareunia and depressive symptoms are associated with impaired sexual functioning in women with endometriosis, whereas sexual functioning in their male partners is not affected. Human reproduction. 2016 Nov;31(11):2577-86. PubMed PMID: 27619771.
19. Vercellini P, Somigliana E, Buggio L, Barbara G, Frattaruolo MP, Fedele L. "I can't get no satisfaction": deep dyspareunia and sexual functioning in women with rectovaginal endometriosis. Fertility and sterility. 2012 Dec;98(6):1503-11 e1. PubMed PMID: 22910685.
20. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Kennedy SH, Jenkinson C, Zondervan KT, World Endometriosis Research Foundation Women's Health Symptom Survey C. Developing symptom-based predictive models of endometriosis as a clinical screening tool: results from a multicenter study. Fertility and sterility. 2012 Sep;98(3):692-701 e5. PubMed PMID: 22657249. Pubmed Central PMCID: 3679490.
21. Fedele L, Bianchi S, Carmignani L, Berlanda N, Fontana E, Frontino G. Evaluation of a new questionnaire for the presurgical diagnosis of bladder endometriosis. Human reproduction. 2007 Oct;22(10):2698-701. PubMed PMID: 17704501.
22. Gabriel B, Nassif J, Trompoukis P, Barata S, Wattiez A. Prevalence and management of urinary tract

endometriosis: a clinical case series. Urology. 2011 Dec;78(6):1269-74. PubMed PMID: 21962747.
23. Panel P, Huchon C, Estrade-Huchon S, Le Tohic A, Fritel X, Fauconnier A. Bladder symptoms and urodynamic observations of patients with endometriosis confirmed by laparoscopy. International urogynecology journal. 2016 Mar;27(3):445-51. PubMed PMID: 26415858.
24. Warren JW, Meyer WA, Greenberg P, Horne L, Diggs C, Tracy JK. Using the International Continence Society's definition of painful bladder syndrome. Urology. 2006 Jun;67(6):1138-42; discussion 42-3. PubMed PMID: 16765165. Pubmed Central PMCID: 1618824.
25. Tirlapur SA, Kuhrt K, Chaliha C, Ball E, Meads C, Khan KS. The 'evil twin syndrome' in chronic pelvic pain: a systematic review of prevalence studies of bladder pain syndrome and endometriosis. International journal of surgery. 2013;11(3):233-7. PubMed PMID: 23419614.
26. Hsu AL, Sinaii N, Segars J, Nieman LK, Stratton P. Relating pelvic pain location to surgical findings of endometriosis. Obstet Gynecol. 2011 Aug;118(2 Pt 1):223-30. PubMed PMID: 21775836. Pubmed Central PMCID: PMC3155822.
27. Vercellini P, Fedele L, Aimi G, Pietropaolo G, Consonni D, Crosignani PG. Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1000 patients. Hum Reprod. 2007 Jan;22(1):266-71. PubMed PMID: 16936305.
28. Yosef A, Allaire C, Williams C, Ahmed AG, Al-Hussaini T, Abdellah MS, et al. Multifactorial contributors to the severity of chronic pelvic pain in women. Am J Obstet Gynecol. 2016 Dec;215(6):760 e1- e14. PubMed PMID: 27443813.
29. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, d'Hooghe T, de Cicco Nardone F, de Cicco Nardone C, Jenkinson C, Kennedy SH, Zondervan KT and World Endometriosis Research Foundation Global Study of Women's Health consortium. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. Fertil Steril 2011; 96:366–373.
30. https://eesei.eu/ro/chestionar-endometrioza
31. Bellelis P, Dias JA, Jr., Podgaec S, Gonzales M, Baracat EC and Abrão MS. Epidemiological and clinical aspects of pelvic endometriosis—a case series. Rev Assoc Med Bras 2010; 56:467–471.
32. Davis GD, Thillet E and Lindemann J. Clinical characteristics of adolescent endometriosis. J Adolesc Health 1993; 14:362–368.
33. Luscombe GM, Markham R, Judio M, Grigoriu A and Fraser IS. Abdominal bloating: an under-recognized endometriosis symptom. J Obstet Gynaecol Can 2009; 31:1159–1171.
34. Forman RG, Robinson JN, Mehta Z and Barlow DH. Patient history as a simple predictor of pelvic pathology in subfertile women. Hum Reprod 1993; 8:53–55.
35. Seracchioli R, Mabrouk M, Guerrini M, Manuzzi L, Savelli L, Frascà C and Venturoli S. Dyschezia and posterior deep infiltrating endometriosis: analysis of 360 cases. J Minim Invasive Gynecol 2008; 15:695–699.
36. Thomassin I, Bazot M, Detchev R, Barranger E, Cortez A and Darai E. Symptoms before and after surgical removal of colorectal endometriosis that are assessed by magnetic resonance imaging and rectal endoscopic sonography. Am J Obstet Gynecol 2004; 190:1264–1271.
37. Stratton P, Khachikyan I, Sinaii N, Ortiz R, Shah J. Association of chronic pelvic pain and endometriosis with signs of sensitization and myofascial pain. Obstet Gynecol. 2015 Mar;125(3):719-28. PubMed PMID: 25730237. Pubmed Central PMCID: PMC4347996.
38. Hoffman D. Central and peripheral pain generators in women with chronic pelvic pain: patient centered assessment and treatment. Curr Rheumatol Rev. 2015;11(2):146-66. PubMed PMID: 26088216.
39. Rigaud J, Delavierre D, Sibert L, Labat JJ. [Clinical interview and clinical examination of patients with chronic pelvic and perineal pain]. Progres en urologie : journal de l'Association francaise d'urologie et de la Societe francaise d'urologie. 2010 Nov;20(12):897-904. PubMed PMID: 21056363. Interrogatoire et examen clinique d'un patient ayant des douleurs pelviperineales chroniques.

5.2.2 Evaluarea clinică și semne sugestive pentru endometrioză

40. Bazot M, Lafont C, Rouzier R, Roseau G, Thomassin-Naggara I and Daraï E. Diagnostic accuracy of physical examination, transvaginal sonography, rectal endoscopic sonography, and magnetic resonance imaging to diagnose deep infiltrating endometriosis. Fertil Steril 2009; 92:1825–1833.
41. Chapron C, Dubuisson JB, Pansini V, Vieira M, Fauconnier A, Barakat H and Dousset B. Routine clinical examination is not sufficient for diagnosing and locating deeply infiltrating endometriosis. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2002; 9:115–119.
42. Condous G, Van Calster B, Van Huffel S and Lam A. What is the value of preoperative bimanual pelvic examination in women undergoing laparoscopic total hysterectomy? J Minim Invasive Gynecol 2007; 14:334–338.
43. Eskenazi B, Warner M, Bonsignore L, Olive D, Samuels S and Vercellini P. Validation study of nonsurgical diagnosis of endometriosis. Fertil Steril 2001; 76:929–935.
44. Hudelist G, Ballard K, English J, Wright J, Banerjee S, Mastoroudes H, Thomas A, Singer CF and Keckstein J. Transvaginal sonography vs. clinical examination in the preoperative diagnosis of deep infiltrating endometriosis. Ultrasound Obstet Gynecol 2011; 37:480–487.
45. Koninckx PR, Meuleman C, Oosterlynck D and Cornillie FJ. Diagnosis of deep endometriosis by clinical

examination during menstruation and plasma CA-125 concentration. Fertil Steril 1996; 65:280–287.
46. Ripps BA and Martin DC. Correlation of focal pelvic tenderness with implant dimension and stage of endometriosis. J Reprod Med 1992; 37:620–624.

5.3 Investigații complementare

5.3.1 Investigații de primă linie

47. Van Holsbeke C, Van Calster B, Guerriero S, Savelli L, Paladini D, Lissoni AA, Czekierdowski A, Fischerova D, Zhang J, Mestdagh G et al. Endometriomas: their ultrasound characteristics. Ultrasound Obstet Gynecol 2010; 35:730–740.
48. Moore J, Copley S, Morris J, Lindsell D, Golding S and Kennedy S. A systematic review of the accuracy of ultrasound in the diagnosis of endometriosis. Ultrasound Obstet Gynecol 2002; 20:630–634
49. Redwine DB. Ovarian endometriosis: a marker for more extensive pelvic and intestinal disease. Fertil Steril 1999; 72:310–315.

5.3.2 Investigații de linia a doua și evaluarea bolii endometriozice

50. Abrao MS, Goncalves MO, Dias JA, Jr., Podgaec S, Chamie LP and Blasbalg R. Comparison between clinical examination, transvaginal sonography and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep endometriosis. Hum Reprod 2007; 22:3092–3097.
51. Bazot M, Bornier C, Dubernard G, Roseau G, Cortez A and Darai E. Accuracy of magnetic resonance imaging and rectal endoscopic sonography for the prediction of location of deep pelvic endometriosis. Hum Reprod 2007; 22:1457–1463.
52. Bergamini V, Ghezzi F, Scarperi S, Raffaelli R, Cromi A and Franchi M. Preoperative assessment of intestinal endometriosis: A comparison of transvaginal sonography with water-contrast in the rectum, transrectal sonography, and barium enema. Abdom imaging 2010; 35:732–736.
53. Chapron C, Vieira M, Chopin N, Balleyguier C, Barakat H, Dumontier I, Roseau G, Fauconnier A, Foulot H and Dousset B. Accuracy of rectal endoscopic ultrasonography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of rectal involvement for patients presenting with deeply infiltrating endometriosis. Ultrasound Obstet Gynecol 2004; 24:175–179.
54. Ribeiro HS, Ribeiro PA, Rossini L, Rodrigues FC, Donadio N and Aoki T. Double-contrast barium enema and transrectal endoscopic ultrasonography in the diagnosis of intestinal deeply infiltrating endometriosis. J Minim Invasive Gynecol 2008; 15:315–320.
55. Savelli L, Manuzzi L, Coe M, Mabrouk M, Di Donato N, Venturoli S and Seracchioli R. Comparison of transvaginal sonography and double-contrast barium enema for diagnosing deep infiltrating endometriosis of the posterior compartment. Ultrasound Obstet Gynecol 2011; 38:466–471.
56. Savelli L, Manuzzi L, Pollastri P, Mabrouk M, Seracchioli R and Venturoli S. Diagnostic accuracy and potential limitations of transvaginal sonography for bladder endometriosis. Ultrasound Obstet Gynecol 2009; 34:595–600.
57. Bazot M, Lafont C, Rouzier R, Roseau G, Thomassin-Naggara I and Daraï E. Diagnostic accuracy of physical examination, transvaginal sonography, rectal endoscopic sonography, and magnetic resonance imaging to diagnose deep infiltrating endometriosis. Fertil Steril 2009; 92:1825–1833.
58. Daraï E, Dubernard G, Coutant C, Frey C, Rouzier R and Ballester M. Randomized trial of laparoscopically assisted versus open colorectal resection for endometriosis: morbidity, symptoms, quality of life, and fertility. Ann Surg 2010; 251:1018–1023.45
59. Daraï E, Lesieur B, Dubernard G, Rouzier R, Bazot M and Ballester M. Fertility after colorectal resection for endometriosis: results of a prospective study comparing laparoscopy with open surgery. Fertil Steril 2011; 95:1903–1908.
60. De Cicco C, Corona R, Schonman R, Mailova K, Ussia A and Koninckx P. Bowel resection for deep endometriosis: a systematic review. BJOG 2011; 118:285–291.
61. Kondo W, Bourdel N, Tamburro S, Cavoli D, Jardon K, Rabischong B, Botchorishvili R, Pouly J, Mage G and Canis M. Complications after surgery for deeply infiltrating pelvic endometriosis. BJOG 2011; 118:292–298.
62. Meuleman C, D'Hoore A, Van Cleynenbreugel B, Tomassetti C and D'Hooghe T. Why we need international agreement on terms and definitions to assess clinical outcome after endometriosis surgery. Hum Reprod 2011a; 26:1598–1599; comment on Donnez and Squifflet, 2010; author reply 1599–1600.
63. Meuleman C, Tomassetti C, D'Hoore A, Van Cleynenbreugel B, Penninckx F, Vergote I and D'Hooghe T. Surgical treatment of deeply infiltrating endometriosis with colorectal involvement. Hum Reprod Update 2011b; 17:311–326.
64. Bazot, M., Bharwani, N., Huchon, C., Kinkel, K., Cunha, T., Guerra, A., Manganaro, L., Buñesch, L., Kido, A., Togashi, K., Thomassin-Naggara, I. and Rockall, A. (2016). European society of urogenital radiology (ESUR) guidelines: MR imaging of pelvic endometriosis. European Radiology, 27(7), pp.2765-2775.
65. Hottat N, Larrousse C, Anaf V et al (2009) Endometriosis: contribution of 3.0-T pelvic MR imaging in preoperative assessment– initial results. Radiology 253(1):126–134
66. Manganaro L, Fierro F, Tomei A et al (2012) Feasibility of 3.0T pelvic MR imaging in the evaluation of endometriosis. Eur J Radiol 81(6): 1381–1387
67. Saba L, Guerriero S, Sulcis R et al (2012) MRI and "tenderness guided" transvaginal ultrasonography in the diagnosis of rectosigmoid endometriosis. J Magn Reson Imaging 35(2):352–360

68. Di Paola V, Manfredi R, Castelli F, Negrelli R, Mehrabi S, Pozzi Mucelli R (2015) Detection and localization of deep endometriosis by means of MRI and correlation with the ENZIAN score. Eur J Radiol 84(4):568–574
69. Roy C, Balzan C, Thoma V, Sauer B, Wattiez A, Leroy J (2009) Efficiency of MR imaging to orientate surgical treatment of posterior deep pelvic endometriosis. Abdom Imaging 34(2):251–259
70. Fiaschetti V, Crusco S, Meschini A et al (2012) Deeply infiltrating endometriosis: evaluation of retro-cervical space on MRI after vaginal opacification. Eur J Radiol 81(11):3638–3645
71. Bazot M, Darai E, Hourani R et al (2004) Deep pelvic endometriosis: MR imaging for diagnosis and prediction of extension of disease. Radiology 232(2):379–389
72. Bazot M, Stivalet A, Darai E, Coudray C, Thomassin-Naggara I, Poncelet E (2013) Comparison of 3D and 2D FSE T2-weighted MRI in the diagnosis of deep pelvic endometriosis: preliminary results. Clin Radiol 68(1):47–54
73. KrugerK, Behrendt K,Niedobitek-Kreuter G,Koltermann K, Ebert AD (2013) Location dependent value of pelvic MRI in the preoperative diagnosis of endometriosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 169(1):93–98
74. Scardapane A, Lorusso F, Scioscia M, Ferrante A, Stabile Ianora AA, Angelelli G (2014) Standard high-resolution pelvic MRI vs. Lowresolution pelvic MRI in the evaluation of deep infiltrating endometriosis. Eur Radiol 24(10):2590–2596
75. Togashi K, Nishimura K, Kimura I et al (1991) Endometrial cysts: diagnosis with MR imaging. Radiology 180(1):73–78
76. Cornfeld DM, Israel G, McCarthy SM, Weinreb JC (2008) Pelvic imaging using a T1W fat-suppressed three-dimensional dual echo Dixon technique at 3T. J Magn Reson Imaging 28(1):121–127
77. Ha HK, Lim YT, Kim HS, Suh TS, Song HH, Kim SJ (1994) Diagnosis of pelvic endometriosis: fat-suppressed T1-weighted vs conventional MR images. AJR Am J Roentgenol 163(1):127–131
78. Tanaka YO, Itai Y, Anno I, Matsumoto K, Ebihara R, Nishida M (1996) MR staging of pelvic endometriosis: role of fat-suppression T1-weighted images. Radiat Med 14(3):111–116
79. Bazot M, Gasner A, Lafont C, Ballester M, Darai E (2011) Deep pelvic endometriosis: limited additional diagnostic value of postcontrast in comparison with conventional MR images. Eur J Radiol. doi:10.1016/j.ejrad.2010.12.006
80. Onbas O, Kantarci M, Alper F et al (2007) Nodular endometriosis: dynamic MR imaging. Abdom Imaging 32(4):451–456
81. Scardapane A, Bettocchi S, Lorusso F et al (2011) Diagnosis of colorectal endometriosis: contribution of contrast enhanced MRcolonography. Eur Radiol. doi:10.1007/s00330-011-2079-5
82. Bazot M, Jarboui L, BallesterM, Touboul C, Thomassin-Naggara I, Darai E (2012) The value of MRI in assessing parametrial involvement in endometriosis. Hum Reprod 27(8):2352–2358
83. Bazot M, Darai E, Hourani R et al (2004) Deep pelvic endometriosis: MR imaging for diagnosis and prediction of extension of disease. Radiology 232(2):379–389
84. Golfier F, Sabra M. [Surgical management of endometriosis]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). avr 2007;36(2):162-72.
85. National Institute for health and Care Excellence. Endometriosis:diagnosis and management. Nice. 17 févr 2017;Clinical guideline.

5.3.3 Investigații de linia a treia și evaluarea bolii endometriozice

5.3.3.1 Examinarea endometriozei cu localizare recto-sigmoidiană

86. Biscaldi E, Ferrero S, Remorgida V, Rollandi GA. MDCT enteroclysis urography with split-bolus technique provides information on ureteral involvement in patients with suspected bowel endometriosis. AJR Am J Roentgenol. 2011 May;196(5):W635–40.
87. Iosca S, Lumia D, Bracchi E, Duka E, De Bon M, Lekaj M, et al. Multislice computed tomography with colon water distension (MSCT-c) in the study of intestinal and ureteral endometriosis. Clin Imaging. 2013 Dec;37(6):1061–8.
88. Belghiti J, Thomassin-Naggara I, Zacharopoulou C, Zilberman S, Jarboui L, Bazot M, et al. Contribution of Computed Tomography Enema and Magnetic Resonance Imaging to Diagnose Multifocal and Multicentric Bowel Lesions in Patients With Colorectal Endometriosis. J Minim Invasive Gynecol. 2015 Aug;22(5):776–84.
89. Milone M, Mollo A, Musella M, Maietta P, Sosa Fernandez LM, Shatalova O et al. Role of colonoscopy in the diagnostic work-up of bowel endometriosis. World journal of gastroenterology 2015;21:4997-5001.
90. Kaufman LC, Smyrk TC, Levy MJ, Enders FT, Oxentenko AS. Symptomatic intestinal endometriosis requiring surgical resection: clinical presentation and preoperative diagnosis. The American journal of gastroenterology 2011;106:1325-32.
91. Kim KJ, Jung SS, Yang SK, Yoon SM, Yang DH, Ye BD et al. Colonoscopic findings and histologic diagnostic yield of colorectal endometriosis. Journal of clinical gastroenterology 2011;45:536-41.
92. Milone M, Mollo A, Musella M, Maietta P, Sosa Fernandez LM, Shatalova O et al. Role of colonoscopy in the diagnostic work-up of bowel endometriosis. World journal of gastroenterology 2015;21:4997-5001.
93. Milone M, Mollo A, Musella M, Maietta P, Sosa Fernandez LM, Shatalova O et al. Role of colonoscopy in the

diagnostic work-up of bowel endometriosis. World journal of gastroenterology 2015;21:4997-5001.

94. Kaufman LC, Smyrk TC, Levy MJ, Enders FT, Oxentenko AS. Symptomatic intestinal endometriosis requiring surgical resection: clinical presentation and preoperative diagnosis. The American journal of gastroenterology 2011;106:1325-32.
95. Kim KJ, Jung SS, Yang SK, Yoon SM, Yang DH, Ye BD et al. Colonoscopic findings and histologic diagnostic yield of colorectal endometriosis. Journal of clinical gastroenterology 2011;45:536-41.

5.3.3.2 Examinarea endometriozei urinare

96. Gabriel B, Nassif J, Trompoukis P, Barata S, Wattiez A. Prevalence and Management of Urinary Tract Endometriosis: A Clinical Case Series. URL. Elsevier Inc; 2011 Dec 1;78(6):1269–74.
97. Knabben L, Imboden S, Fellmann B, Nirgianakis K, Kuhn A, Mueller MD. Urinary tract endometriosis in patients with deep infiltrating endometriosis: prevalence, symptoms, management, and proposal for a new clinical classification. Fertility and Sterility. 2015 Jan;103(1):147–52.
98. Chapron C, Fauconnier A, Vieira M, Barakat H, Dousset B, Pansini V, et al. Anatomical distribution of deeply infiltrating endometriosis: surgical implications and proposition for a classification. Hum Reprod. 2003 Jan 1;18(1):157–61.
99. Roman H, French coloRectal Infiltrating ENDometriosis Study group FG. A national snapshot of the surgical management of deep infiltrating endometriosis of the rectum and colon in France in 2015: A multicenter series of 1135 cases. Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction. Elsevier Masson SAS; 2017 Feb 9;:1–7.
100. Nezhat C, Falik R, McKinney S, King LP. Pathophysiology and management of urinary tract endometriosis. Nat Rev Urol. 2017 Jun;14(6):359–7
101. Nezhat C, Falik R, McKinney S, King LP. Pathophysiology and management of urinary tract endometriosis. Nat Rev Urol. 2017 Jun;14(6):359–72.
102. Leone Roberti Maggiore U, Ferrero S, Candiani M, Somigliana E, Viganò P, Vercellini P. Bladder Endometriosis: A Systematic Review of Pathogenesis, Diagnosis, Treatment, Impact on Fertility, and Risk of Malignant Transformation. European Urology. 2017 May;71(5):790–807.

6 Conduită

6.1 Laparoscopia

6.1.1 Laparoscopia diagnostică în endometrioză

1. Medeiros LR, Fachel JMG, Garry R, Stein AT, Furness S. Laparoscopy versus laparotomy for benign ovarian tumours. Cochrane Database Syst Rev. 20 juill 2005;(3):CD004751.
2. Mais V, Ajossa S, Guerriero S, Mascia M, Solla E, Melis GB. Laparoscopic versus abdominal myomectomy: a prospective, randomized trial to evaluate benefits in early outcome. Am J Obstet Gynecol. févr 1996;174(2):654-8.
3. Ferrero S, Anserini P, Abbamonte LH, Ragni N, Camerini G, Remorgida V. Fertility after bowel resection for endometriosis. Fertil Steril. juill 2009;92(1):41-6.
4. Golfier F, Sabra M. [Surgical management of endometriosis]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). avr 2007;36(2):162-72.
5. Yuen PM, Yu KM, Yip SK, Lau WC, Rogers MS, Chang A. A randomized prospective study of laparoscopy and laparotomy in the management of benign ovarian masses. Am J Obstet Gynecol. juill 1997;177(1):109-14.
6. Morgante G, Ditto A, la Marca A, Trotta V, De Leo V. Surgical treatment of ovarian dermoid cysts. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. oct 1998;81(1):47-50.
7. Nisolle M, Paindaveine B, Bourdon A, Berliere M, Casanas-Roux F, Donnez J. Histologic study of peritoneal endometriosis in infertile women. Fertility and sterility 1990;53:984-8.
8. Marchino GL, Gennarelli G, Enria R, Bongioanni F, Lipari G, Massobrio M. Diagnosis of pelvic endometriosis with use of macroscopic versus histologic findings. Fertility and sterility 2005;84:12-5.
9. Stratton P, Winkel CA, Sinaii N, Merino MJ, Zimmer C, Nieman LK. Location, color, size, depth, and volume may predict endometriosis in lesions resected at surgery. Fertility and sterility 2002;78:743-9.
10. Stratton P, Winkel C, Premkumar A, Chow C, Wilson J, Hearns-Stokes R et al. Diagnostic accuracy of laparoscopy, magnetic resonance imaging, and histopathologic examination for the detection of endometriosis. Fertility and sterility 2003;79:1078-85.
11. Walter AJ, Hentz JG, Magtibay PM, Cornella JL, Magrina JF. Endometriosis: correlation between histologic and visual findings at laparoscopy. American journal of obstetrics and gynecology 2001;184:1407-11; discussion 11-3.
12. Balasch J, Creus M, Fabregues F, Carmona F, Ordi J, Martinez-Roman S et al. Visible and non-visible

endometriosis at laparoscopy in fertile and infertile women and in patients with chronic pelvic pain: a prospective study. Human reproduction (Oxford, England) 1996;11:387-91.

13. Mettler L, Schollmeyer T, Lehmann-Willenbrock E, Schuppler U, Schmutzler A, Shukla D et al. Accuracy of laparoscopic diagnosis of endometriosis. Jsls 2003;7:15-8.
14. Fernando S, Soh PQ, Cooper M, Evans S, Reid G, Tsaltas J et al. Reliability of visual diagnosis of endometriosis. Journal of minimally invasive gynecology 2013;20:783-9.
15. Jansen RP, Russell P. Nonpigmented endometriosis: clinical, laparoscopic, and pathologic definition. American journal of obstetrics and gynecology 1986;155:1154-9.
16. Stegmann BJ, Funk MJ, Sinaii N, Hartmann KE, Segars J, Nieman LK et al. A logistic model for the prediction of endometriosis. Fertility and sterility 2009;91:51-5.
17. Almeida Filho DP, Oliveira LJ, Amaral VF. Accuracy of laparoscopy for assessing patients with endometriosis. Sao Paulo medical journal = Revista paulista de medicina 2008;126:305-8.

6.1.2 Fertiloscopia

18. Watrelot A, Nisolle M, Chelli H, Hocke C, Rongieres C, Racinet C. Is laparoscopy still the gold standard in infertility assessment? A comparison of fertiloscopy versus laparoscopy in infertility. Results of an international multicentre prospective trial: the 'FLY' (Fertiloscopy-LaparoscopY) study. Human reproduction (Oxford, England) 2003;18:834-9.
19. Brosens I, Gordts S, Campo R. Transvaginal hydrolaparoscopy but not standard laparoscopy reveals subtle endometriotic adhesions of the ovary. Fertility and sterility 2001;75:1009-12.
20. Casa A, Sesti F, Marziali M, Piccione E. Transvaginal hydrolaparoscopy vs. conventional laparoscopy for evaluating unexplained primary infertility in women. The Journal of reproductive medicine 2002;47:617-20.
21. Darai E, Dessolle L, Lecuru F, Soriano D. Transvaginal hydrolaparoscopy compared with laparoscopy for the evaluation of infertile women: a prospective comparative blind study. Human reproduction (Oxford, England) 2000;15:2379-82.
22. Dechaud H, Ali Ahmed SA, Aligier N, Vergnes C, Hedon B. Does transvaginal hydrolaparoscopy render standard diagnostic laparoscopy obsolete for unexplained infertility investigation? European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology 2001;94:97-102.
23. Nawroth F, Foth D, Schmidt T, Romer T. Results of a prospective comparative study of transvaginal hydrolaparoscopy and chromolaparoscopy in the diagnostics of infertility. Gynecologic and obstetric investigation 2001;52:184-8.
24. Abergel A, Rubod C, Merlot B, Petit E, Leroy M, Dewailly D et al. [Transvaginal hydrolaparoscopy for infertility investigation: a retrospective study, about 262 patients]. Gynecologie, obstetrique & fertilite 2014;42:97-103.
25. Zhang YX, Liu XQ, Du LR, Li GZ, Lu LH, Tian HY et al. Clinical analysis of transvaginal hydrolaparoscopy in infertile patients. European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology 2014;182:208-10.

6.1.3 Rezumatul strategiei de diagnostic – vezi Anexa 6

6.1.4 Informarea pacientei

26. Cox H, Henderson L, Andersen N, Cagliarini G, Ski C. Focus group study of endometriosis: struggle, loss and the medical merry-go-round. Int J Nurs Pract. 2003 Feb;9(1):2-9.
27. Cox H, Henderson L, Wood R, Cagliarini G. Learning to take charge: women's experiences of living with endometriosis. Complement Ther Nurs Midwifery. 2003 May;9(2):62-8.
28. Cox H, Ski CF, Wood R, Sheahan M. Endometriosis, an unknown entity: the consumer's perspective. International Journal of Consumer Studies. 2003;27(3):200-9.
29. Denny E. Women's experience of endometriosis. J Adv Nurs. 2004 Jun;46(6):641-8.
30. Markovic M, Manderson L, Warren N. Endurance and contest: women's narratives of endometriosis. Health (London). 2008 Jul;12(3):349-67.
31. Denny E. I never know from one day to another how I will feel: pain and uncertainty in women with endometriosis. Qual Health Res. 2009 Jul;19(7):985-95.
32. Culley L. Endometriosis: improving the wellbeing of couples. Summary report and recommendations. http://wwwdmuacuk/documents/research-documents/health-and-life-sciences/reproduction-research/endopart/endopart-study-summary-report-and-recommendationspdf. 2013
33. Cox H, Ski CF, Wood R, Sheahan M. Endometriosis, an unknown entity: the consumer's perspective. International Journal of Consumer Studies. 2003;27(3):200-9.
34. Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2004 Jun;25(2):123-33.
35. Strzempko Butt F, Chesla C. Relational patterns of couples living with chronic pelvic pain from

endometriosis. Qual Health Res. 2007 May;17(5):571-85.

6.2 Tratamentul hormonal pentru simptomatologia dureroasă în endometrioză

1. Leone Roberti Maggiore U, Remorgida V, Scala C, Tafi E, Venturini PL, Ferrero S. Desogestrel-only contraceptive pill versus sequential contraceptive vaginal ring in the treatment of rectovaginal endometriosis infiltrating the rectum: a prospective open-label comparative study. Acta Obstet Gynecol Scand I2014;93: 239-47.
2. Vercellini P, Trespidi L, Colombo A, Vendola N, Marchini M, Crosignani PG. A gonadotropin-releasing hormone agonist versus a low-dose oral contraceptive for pelvic pain associated with endometriosis. Fertil Steril I1993;60: 75-9.
3. Davis L, Kennedy SS, Moore J, Prentice A. Oral contraceptives for pain associated with endometriosis. Cochrane Database Syst Rev I2007: CD001019.
4. Harada T, Momoeda M, Taketani Y, Hoshiai H, Terakawa N. Low-dose oral contraceptive pill for dysmenorrhea associated with endometriosis: a placebo-controlled, double-blind, randomized trial. Fertil Steril I2008;90: 1583-8.
5. Taniguchi F, Enatsu A, Ota I, Toda T, Arata K, Harada T. Effects of low dose oral contraceptive pill containing drospirenone/ethinylestradiol in patients with endometrioma. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol I2015;191: 116-20.
6. Mabrouk M, Solfrini S, Frasca C, Del Forno S, Montanari G, Ferrini G, Paradisi R, Seracchioli R. A new oral contraceptive regimen for endometriosis management: preliminary experience with 24/4-day drospirenone/ethinylestradiol 3 mg/20 mcg. Gynecol Endocrinol I2012;28: 451-4.
7. Morotti M, Remorgida V, Venturini PL, Ferrero S. Progestogen-only contraceptive pill compared with combined oral contraceptive in the treatment of pain symptoms caused by endometriosis in patients with migraine without aura. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol I2014;179: 63-8.
8. Ferreira RA, Vieira CS, Rosa ESJC, Rosa-e-Silva AC, Nogueira AA, Ferriani RA. Effects of the levonorgestrel-releasing intrauterine system on cardiovascular risk markers in patients with endometriosis: a comparative study with the GnRH analogue. Contraception I2010;81: 117-22.
9. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Portuese A, Raffaelli R. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis. Fertil Steril I2001;75: 485-8.
10. Broome M, Clayton J, Fotherby K. Enlarged follicles in women using oral contraceptives. Contraception I1995;52: 13-6.
11. Bahamondes L, Hidalgo M, Petta CA, Diaz J, Espejo-Arce X, Monteiro-Dantas C. Enlarged ovarian follicles in users of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and contraceptive implant. J Reprod Med I2003;48: 637-40.
12. Inki P, Hurskainen R, Palo P, Ekholm E, Grenman S, Kivela A, Kujansuu E, Teperi J, Yliskoski M, Paavonen J. Comparison of ovarian cyst formation in women using the levonorgestrel-releasing intrauterine system vs. hysterectomy. Ultrasound Obstet Gynecol I2002;20: 381-5.
13. Andres M de P, Lopes LA, Baracat EC, Podgaec S. Dienogest in the treatment of endometriosis: systematic review. Arch Gynecol Obstet. 2015 Sep;292(3):523–9.
14. Ferrero S, Remorgida V, Venturini PL, Bizzarri N. Endometriosis: the effects of dienogest. BMJ Clin Evid. 2015 Jun 9;2015.
15. Strowitzki T, Faustmann T, Gerlinger C, Seitz C. Dienogest in the treatment of endometriosis-associated pelvic pain: a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010 Aug;151(2):193–8.
16. Petraglia F, Hornung D, Seitz C, Faustmann T, Gerlinger C, Luisi S, et al. Reduced pelvic pain in women with endometriosis: efficacy of long-term dienogest treatment. Arch Gynecol Obstet. 2012 Jan 1;285(1):167–73.
17. Strowitzki T, Faustmann T, Gerlinger C, Schumacher U, Ahlers C, Seitz C. Safety and tolerability of dienogest in endometriosis: pooled analysis from the European clinical study program. Int J Womens Health. 2015 Apr 15;7:393–401.
18. Momoeda M, Harada T, Terakawa N, Aso T, Fukunaga M, Hagino H, et al. Long-term use of dienogest for the treatment of endometriosis. J Obstet Gynaecol Res. 2009 Dec;35(6):1069–76.
19. Strowitzki T, Marr J, Gerlinger C, Faustmann T, Seitz C. Dienogest is as effective as leuprolide acetate in treating the painful symptoms of endometriosis: a 24-week, randomized, multicentre, open-label trial. Hum Reprod Oxf Engl. 2010 Mar;25(3):633–41.
20. Strowitzki T, Marr J, Gerlinger C, Faustmann T, Seitz C. Detailed analysis of a randomized, multicenter, comparative trial of dienogest versus leuprolide acetate in endometriosis. Int J Gynecol Obstet. 2012 Jun 1;117(3):228–33.

21. Harada T, Momoeda M, Taketani Y, Aso T, Fukunaga M, Hagino H, et al. Dienogest is as effective as intranasal buserelin acetate for the relief of pain symptoms associated with endometriosis--a randomized, double-blind, multicenter, controlled trial. Fertil Steril. 2009 Mar;91(3):675–81.
22. Fedele L, Bianchi S, Bocciolone L, Di Nola G, Franchi D. Buserelin acetate in the treatment of pelvic pain associated with minimal and mild endometriosis: a controlled study. Fertil Steril l1993;59: 516-21.
23. Hornstein MD, Yuzpe AA, Burry KA, Heinrichs LR, Buttram VL, Jr., Orwoll ES. Prospective randomized double-blind trial of 3 versus 6 months of nafarelin therapy for endometriosis associated pelvic pain. Fertil Steril l1995;63: 955-62.
24. Brown J, Pan A, Hart RJ. Gonadotrophin-releasing hormone analogues for pain associated with endometriosis. Cochrane Database Syst Rev l2010: CD008475.
25. Bergqvist A, Bergh T, Hogstrom L, Mattsson S, Nordenskjold F, Rasmussen C. Effects of triptorelin versus placebo on the symptoms of endometriosis. Fertil Steril l1998;69: 702-8.
26. Miller JD. Quantification of endometriosis-associated pain and quality of life during the stimulatory phase of gonadotropin-releasing hormone agonist therapy: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. Am J Obstet Gynecol l2000;182: 1483-8.
27. Agarwal SK, Hamrang C, Henzl MR, Judd HL. Nafarelin vs. leuprolide acetate depot for endometriosis. Changes in bone mineral density and vasomotor symptoms. Nafarelin Study Group. J Reprod Med l1997;42: 413-23.
28. Lemay A, Maheux R, Huot C, Blanchet J, Faure N. Efficacy of intranasal or subcutaneous luteinizing hormone-releasing hormone agonist inhibition of ovarian function in the treatment of endometriosis. Am J Obstet Gynecol l1988;158: 233-6.
29. Gallagher JS, Feldman HA, Stokes NA, Laufer MR, Hornstein MD, Gordon CM, et al. The Effects of GnRHa plus Add-back Therapy on Quality of Life for Adolescents with Endometriosis: A Randomized Controlled Trial. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016 Feb 26;
30. DiVasta AD, Feldman HA, Sadler Gallagher J, Stokes NA, Laufer MR, Hornstein MD, et al. Hormonal Add-back Therapy for Females Treated With Gonadotropin-Releasing Hormone Agonist for Endometriosis: A Randomized Controlled Trial. Obstet Gynecol. 2015 Sep;126(3):617–27.
31. Divasta AD, Laufer MR, Gordon CM. Bone density in adolescents treated with a GnRH agonist and add-back therapy for endometriosis. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2007 Oct;20(5):293–7.

6.3Tratamentul hormonal înainte de tratamentul chirurgical al endometriozei

6.4 Tratamentul hormonal după tratamentul chirurgical al endometriozei

6.4.1 Contracepția prin estroprogestative (COC)

32. Seracchioli R, Mabrouk M, Frasca C, Manuzzi L, Montanari G, Keramyda A, Venturoli S. Long-term cyclic and continuous oral contraceptive therapy and endometrioma recurrence: a randomized controlled trial. Fertil Steril l2010;93: 52-6.
33. Seracchioli R, Mabrouk M, Frasca C, Manuzzi L, Savelli L, Venturoli S. Long-term oral contraceptive pills and postoperative pain management after laparoscopic excision of ovarian endometrioma: a randomized controlled trial. Fertil Steril l2010;94: 464-71.
34. Vlahos N, Vlachos A, Triantafyllidou O, Vitoratos N, Creatsas G. Continuous versus cyclic use of oral contraceptives after surgery for symptomatic endometriosis: a prospective cohort study. Fertil Steril l2013;100: 1337-42.
35. Wu L, Wu Q, Liu L. Oral contraceptive pills for endometriosis after conservative surgery: a systematic review and meta-analysis. Gynecol Endocrinol l2013;29: 883-90.
36. Sesti F, Capozzolo T, Pietropolli A, Marziali M, Bollea MR, Piccione E. Recurrence rate of endometrioma after laparoscopic cystectomy: a comparative randomized trial between post-operative hormonal suppression treatment or dietary therapy vs. placebo. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol l2009;147: 72-7.
37. Seracchioli R, Mabrouk M, Manuzzi L, Vicenzi C, Frasca C, Elmakky A, Venturoli S. Post-operative use of oral contraceptive pills for prevention of anatomical relapse or symptom-recurrence after conservative surgery for endometriosis. Hum Reprod l2009;24: 2729-35.
38. Sesti F, Pietropolli A, Capozzolo T, Broccoli P, Pierangeli S, Bollea MR, Piccione E. Hormonal suppression treatment or dietary therapy versus placebo in the control of painful symptoms after conservative surgery for endometriosis stage III-IV. A randomized comparative trial. Fertil Steril l2007;88: 1541-7.
39. Vercellini P, Barbara G, Somigliana E, Bianchi S, Abbiati A, Fedele L. Comparison of contraceptive ring and patch for the treatment of symptomatic endometriosis. Fertil Steril l2010;93: 2150-61.
40. Vercellini P, Frontino G, De Giorgi O, Pietropaolo G, Pasin R, Crosignani PG. Continuous use of an oral contraceptive for endometriosis-associated recurrent dysmenorrhea that does not respond to a cyclic pill regimen. Fertil Steril l2003;80: 560-3.
41. Muzii L, Marana R, Caruana P, Catalano GF, Margutti F, Panici PB. Postoperative administration of monophasic combined oral contraceptives after laparoscopic treatment of ovarian endometriomas: a

prospective, randomized trial. Am J Obstet Gynecol l2000;183: 588-92.

6.4.2 Progestativele

42. Morelli M, Sacchinelli A, Venturella R, Mocciaro R, Zullo F. Postoperative administration of dienogest plus estradiol valerate versus levonorgestrel-releasing intrauterine device for prevention of pain relapse and disease recurrence in endometriosis patients. J Obstet Gynaecol Res l2013;39: 985-90.
43. Abou-Setta AM, Houston B, Al-Inany HG, Farquhar C. Levonorgestrel-releasing intrauterine device (LNG-IUD) for symptomatic endometriosis following surgery. Cochrane Database Syst Rev l2013: CD005072.
44. Lan S, Ling L, Jianhong Z, Xijing J, Lihui W. Analysis of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in women with endometriosis. J Int Med Res l2013;41: 548-58.
45. Bayoglu Tekin Y, Dilbaz B, Altinbas SK, Dilbaz S. Postoperative medical treatment of chronic pelvic pain related to severe endometriosis: levonorgestrel-releasing intrauterine system versus gonadotropin-releasing hormone analogue. Fertil Steril l2011;95: 492-6.
46. Tanmahasamut P, Rattanachaiyanont M, Angsuwathana S, Techatraisak K, Indhavivadhana S, Leerasiri P. Postoperative levonorgestrel-releasing intrauterine system for pelvic endometriosis-related pain: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol l2012;119: 519-26.
47. Razzi S, Luisi S, Ferretti C, Calonaci F, Gabbanini M, Mazzini M, Petraglia F. Use of a progestogen only preparation containing desogestrel in the treatment of recurrent pelvic pain after conservative surgery for endometriosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol l2007;135: 188-90.

6.4.3 Aginiști de GnRH (GnRHa)

48. Loverro G, Carriero C, Rossi AC, Putignano G, Nicolardi V, Selvaggi L. A randomized study comparing triptorelin or expectant management following conservative laparoscopic surgery for symptomatic stage III-IV endometriosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol l2006;136: 194-8.
49. Gong L, Zhang S, Han Y, Long Q, Zou S, Cao Y. Initiation of GnRH agonist treatment on 3-5 days postoperatively in endometriosis patients: a randomized controlled trial. J Clin Pharmacol l2015;55: 848-53.
50. Jee BC, Lee JY, Suh CS, Kim SH, Choi YM, Moon SY. Impact of GnRH agonist treatment on recurrence of ovarian endometriomas after conservative laparoscopic surgery. Fertil Steril l2009;91: 40-5

6.5 Locul tratamentelor "noi" în conduita terapeutică pentru endometrioza

51. Soares SR, Martínez-Varea A, Hidalgo-Mora JJ, Pellicer A. Pharmacologic therapies in endometriosis: a systematic review. Fertil Steril. 2012 Sep;98(3):529–55.
52. Stratton P, Sinaii N, Segars J, Koziol D, Wesley R, Zimmer C, et al. Return of chronic pelvic pain from endometriosis after raloxifene treatment: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2008 Jan;111(1):88–96.
53. Lu D, Song H, Shi G. Anti-TNF-α treatment for pelvic pain associated with endometriosis. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Mar 28;(3):CD008088.
54. Koninckx PR, Craessaerts M, Timmerman D, Cornillie F, Kennedy S. Anti-TNF-alpha treatment for deep endometriosis-associated pain: a randomized placebo-controlled trial. Hum Reprod Oxf Engl. 2008 Sep;23(9):2017–23.

6.6 Tratamentul hormonal al endometriozei dureroase la adolescente

55. Leyland N, Casper R, Laberge P, Singh SS, SOGC. Endometriosis: diagnosis and management. J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC. 2010 Jul;32(7 Suppl 2):S1–
56. Gallagher JS, Feldman HA, Stokes NA, Laufer MR, Hornstein MD, Gordon CM, et al. The Effects of GnRHa plus Add-back Therapy on Quality of Life for Adolescents with Endometriosis: A Randomized Controlled Trial. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016 Feb 26;
57. DiVasta AD, Feldman HA, Sadler Gallagher J, Stokes NA, Laufer MR, Hornstein MD, et al. Hormonal Add-back Therapy for Females Treated With Gonadotropin-Releasing Hormone Agonist for Endometriosis: A Randomized Controlled Trial. Obstet Gynecol. 2015 Sep;126(3):617–27.
58. DiVasta AD, Laufer MR. The use of gonadotropin releasing hormone analogues in adolescent and young patients with endometriosis. Curr Opin Obstet Gynecol. 2013 Aug;25(4):287–92.

6.7 Analgezice și alternative terapeutice non farmacologice

6.7.1 Terapii medicamentoase analgezice

1. Marjoribanks J, Ayeleke RO, Farquhar C, Proctor M. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. In: Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2015
2. Daniels S, Gitton X, Zhou W, Stricker K, Barton S. Efficacy and tolerability of lumiracoxib 200 mg once daily for treatment of primary dysmenorrhea: results from two randomized controlled trials. J Womens Health 2002. 2008 Apr;17(3):423–37.
3. Kauppila A, Rönnberg L. Naproxen sodium in dysmenorrhea secondary to endometriosis. Obstet Gynecol. 1985 Mar;65(3):379–83.
4. Allen C, Hopewell S, Prentice A, Gregory D. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with

endometriosis. In: Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2009

5. Cobellis L, Razzi S, De Simone S, Sartini A, Fava A, Danero S, et al. The treatment with a COX-2 specific inhibitor is effective in the management of pain related to endometriosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2004 Sep 10;116(1):100–2.
6. Duong M, Salvo F, Pariente A, Abouelfath A, Lassalle R, Droz C, et al. Usage patterns of "over-the-counter" vs. prescription-strength nonsteroidal anti-inflammatory drugs in France. Br J Clin Pharmacol. 2014 May;77(5):887–95.
7. Johnson NP, Hummelshoj L, Consortium for the WESM, Abrao MS, Adamson GD, Allaire C, et al. Consensus on current management of endometriosis. Hum Reprod. 2013 Jun 1;28(6):1552–68.
8. Kremer M, Salvat E, Muller A, Yalcin I, Barrot M. Antidepressants and gabapentinoids in neuropathic pain: Mechanistic insights. Neuroscience. 2016 Dec 3;338:183–206.
9. Sator-Katzenschlager SM, Scharbert G, Kress HG, Frickey N, Ellend A, Gleiss A, et al. Chronic pelvic pain treated with gabapentin and amitriptyline: a randomized controlled pilot study. Wien Klin Wochenschr. 2005 Nov;117(21–22):761–8.

6.7.2 Opțiuni terapeutice non-medicamentoase

6.8 Tratamentul chirurgical al endometriozei

1. Chapron C, Dubuisson JB, Morice P, Chavet X, Foulot H, Aubriot FX. [Celiosurgery in gynecology. Indications, benefits and risks]. Ann Chir. 1994;48(7):618-24.
2. Chapron C, Querleu D, Mage G, Madelenat P, Dubuisson JB, Audebert A, et al. [Complications of gynecologic laparoscopy. Multicentric study of 7,604 laparoscopies]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1992;21(2):207-13.
3. Wright J, Lotfallah H, Jones K, Lovell D. A randomized trial of excision versus ablation for mild endometriosis. Fertil Steril. 2005;83(6):1830-6.
4. Healey M, Ang WC, Cheng C. Surgical treatment of endometriosis: a prospective randomized double-blinded trial comparing excision and ablation. Fertil Steril. 2010;94(7):2536-40.
5. Healey M, Cheng C, Kaur H. To excise or ablate endometriosis? A prospective randomized double-blinded trial after 5-year follow-up. J Minim Invasive Gynecol. 2014;21(6):999-1004.
6. Bourdel N, Chauvet P, Roman H, Pereira B, Somcutian O, Dechelotte PJ, et al. Comparison between resection, bipolar coagulation and Plasmajet(R): A preliminary animal study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017;211:127-33.

6.8.1 Endometrioză pelvină minimă-ușoară

7. Jacobson TZ, Duffy JM, Barlow D, Koninckx PR, Garry R. Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis. Cochrane Database Syst Rev. 2009(4):CD001300.
8. Sutton CJ, Ewen SP, Whitelaw N, Haines P. Prospective, randomized, double-blind, controlled trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal, mild, and moderate endometriosis. Fertil Steril. 1994;62(4):696-700.
9. Abbott J, Hawe J, Hunter D, Holmes M, Finn P, Garry R. Laparoscopic excision of endometriosis: a randomized, placebo-controlled trial. Fertil Steril. 2004;82(4):878-84.
10. Jarrell J, Mohindra R, Ross S, Taenzer P, Brant R. Laparoscopy and reported pain among patients with endometriosis. J Obstet Gynaecol Can. 2005;27(5):477-85.
11. Tutunaru D, Vladareanu R, Dumitrascu M, Alexandru B. Placebo effect of diagnostic laparoscopy alone in mild endometriosis. Gynaecology and Obstetrics. 2006;2:144.
12. Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, D'Hooghe T, Dunselman G, Greb R, et al. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. Hum Reprod. 2005;20(10):2698-704.
13. Proctor ML, Latthe PM, Farquhar CM, Khan KS, Johnson NP. Surgical interruption of pelvic nerve pathways for primary and secondary dysmenorrhoea. Cochrane Database Syst Rev. 2005(4):CD001896.

6.8.2 Endometriomul ovarian

14. Borghese B, Marzouk P, Santulli P, de Ziegler D, Chapron C. [Surgical treatments of presumed benign ovarian tumors]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). déc 2013;42(8):786-93.
15. Medeiros LR, Fachel JMG, Garry R, Stein AT, Furness S. Laparoscopy versus laparotomy for benign ovarian tumours. Cochrane Database Syst Rev. 20 juill 2005;(3):CD004751.
16. Duffy JMN, Arambage K, Correa FJS, Olive D, Farquhar C, Garry R, et al. Laparoscopic surgery for endometriosis. Cochrane Database Syst Rev. 3 avr 2014;(4):CD011031.
17. Ahmad G, O'Flynn H, Duffy JMN, Phillips K, Watson A. Laparoscopic entry techniques. Cochrane Database Syst Rev. 15 févr 2012;(2):CD006583.

18. Marcoux S, Maheux R, Berube S. Laparoscopic surgery in infertile women with minimal or mild endometriosis. Canadian Collaborative Group on Endometriosis. N Engl J Med. 1997;337(4):217-22.
19. Parazzini F. Ablation of lesions or no treatment in minimal-mild endometriosis in infertile women: a randomized trial. Gruppo Italiano per lo Studio dell'Endometriosi. Hum Reprod. 1999;14(5):1332-4.
20. Adamson GD, Pasta DJ. Surgical treatment of endometriosis-associated infertility: meta-analysis compared with survival analysis. Am J Obstet Gynecol. 1994;171(6):1488-504; discussion 504-5.
21. Nowroozi K, Chase JS, Check JH, Wu CH. The importance of laparoscopic coagulation of mild endometriosis in infertile women. Int J Fertil. 1987;32(6):442-4.
22. Jin X, Ruiz Beguerie J. Laparoscopic surgery for subfertility related to endometriosis: a meta-analysis. Taiwan J Obstet Gynecol. 2014;53(3):303-8.
23. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, Calhaz-Jorge C, D'Hooghe T, De Bie B, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. Hum Reprod. 2014;29(3):400-12.
24. Redwine DB. Ovarian endometriosis: a marker for more extensive pelvic and intestinal disease. Fertil Steril. août 1999;72(2):310-5.
25. Abbas S, Ihle P, Köster I, Schubert I. Prevalence and incidence of diagnosed endometriosis and risk of endometriosis in patients with endometriosis-related symptoms: findings from a statutory health insurance-based cohort in Germany. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. janv 2012;160(1):79-83.
26. Somigliana E, Infantino M, Candiani M, Vignali M, Chiodini A, Busacca M, et al. Association rate between deep peritoneal endometriosis and other forms of the disease: pathogenetic implications. Hum Reprod Oxf Engl. janv 2004;19(1):168-71.
27. Hart RJ, Hickey M, Maouris P, Buckett W. Excisional surgery versus ablative surgery for ovarian endometriomata. Cochrane Database Syst Rev. 16 avr 2008;(2):CD004992.
28. Ferrero S, Alessandri F, Racca A, Leone Roberti Maggiore U. Treatment of pain associated with deep endometriosis: alternatives and evidence. Fertil Steril. oct 2015;104(4):771-92.
29. Roman H. [Guidelines for the management of painful endometriosis]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). avr 2007;36(2):141-50.
30. Jacobson TZ, Duffy JMN, Barlow DH, Koninckx PR, Garry R. WITHDRAWN: Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis. Cochrane Database Syst Rev. 18 août 2014;(8):CD001300.
31. Zanetta G, Lissoni A, Dalla Valle C, Trio D, Pittelli M, Rangoni G. Ultrasound-guided aspiration of endometriomas: possible applications and limitations. Fertil Steril. oct 1995;64(4):709-13.
32. Gonçalves FC, Andres MP, Passman LJ, Gonçalves MOC, Podgaec S. A systematic review of ultrasonography-guided transvaginal aspiration of recurrent ovarian endometrioma. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. juill 2016;134(1):3-7.
33. Guo Y, Lu N, Zhang Y, Su Y, Wang Y, Zhang Y, et al. Comparative study on the pregnancy outcomes of in vitro fertilization-embryo transfer between long-acting gonadotropin-releasing hormone agonist combined with transvaginal ultrasound-guided cyst aspiration and long-acting gonadotropin-releasing hormone agonist alone. Contemp Clin Trials. nov 2012;33(6):1206-10.
34. Beretta P, Franchi M, Ghezzi F, Busacca M, Zupi E, Bolis P. Randomized clinical trial of two laparoscopic treatments of endometriomas: cystectomy versus drainage and coagulation. Fertil Steril. déc 1998;70(6):1176 80.
35. Var T, Batioglu S, Tonguc E, Kahyaoglu I. The effect of laparoscopic ovarian cystectomy versus coagulation in bilateral endometriomas on ovarian reserve as determined by antral follicle count and ovarian volume: a prospective randomized study. Fertil Steril. juin 2011;95(7):2247 50.
36. Alborzi S, Momtahan M, Parsanezhad ME, Dehbashi S, Zolghadri J, Alborzi S. A prospective, randomized study comparing laparoscopic ovarian cystectomy versus fenestration and coagulation in patients with endometriomas. Fertil Steril. déc 2004;82(6):1633 7.
37. Nishida M, Watanabe K, Sato N, Ichikawa Y. Malignant transformation of ovarian endometriosis. Gynecol Obstet Invest. 2000;50 Suppl 1:18 25.

6.8.3 Endometrioza profund infiltrativă a vezicii urinare

38. Nezhat C, Nezhat F, Admon D, Seidman D, Nezhat C. Laparoscopic Management of Genitourinary Endometriosis. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 1994 Aug;1(4, Part 2):S25.
39. Chapron C, Dubuisson JB. Laparoscopic management of bladder endometriosis. Acta Obstet Gynecol Scand. 1999 Nov;78(10):887–90.
40. Seracchioli R, Mabrouk M, Montanari G, Manuzzi L, Concetti S, Venturoli S. Conservative laparoscopic management of urinary tract endometriosis (UTE): surgical outcome and long-term follow-up. Fertility and Sterility. 2010 Aug;94(3):856–61.

41. Chapron C, Bourret A, Chopin N, Dousset B, Leconte M, Amsellem-Ouazana D, et al. Surgery for bladder endometriosis: long-term results and concomitant management of associated posterior deep lesions. Hum Reprod. 2010 Mar 16;25(4):884–9.
42. Soriano D, Bouaziz J, Elizur S, Zolti M, Orvieto R, Seidman D, et al. Reproductive Outcome Is Favorable After Laparoscopic Resection of Bladder Endometriosis. Journal of Minimally Invasive Gynecology. Elsevier; 2016 Jul;23(5):781–6.
43. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Bergamini V, Berlanda N, Carmignani L. Long-term follow-up after conservative surgery for bladder endometriosis. Fertility and Sterility. 2005 Jun;83(6):1729–33.
44. Antonelli A, Simeone C, Zani D, Sacconi T, Minini G, Canossi E, et al. Clinical Aspects and Surgical Treatment of Urinary Tract Endometriosis: Our Experience with 31 Cases. European Urology. 2006 Jun;49(6):1093–8.
45. Pérez MPU, Bazán AA, Dorrego JMA, Hernández A, de Francisco MG, Hernández MM, et al. Urinary Tract Endometriosis: Clinical, Diagnostic, and Therapeutic Aspects. URL. Elsevier Inc. Elsevier Inc; 2009 Jan 1;73(1):47–51.
46. Chopin N, Vieira M, Borghese B, Foulot H, Dousset B, Coste J, et al. Operative management of deeply infiltrating endometriosis: results on pelvic pain symptoms according to a surgical classification. The Journal of Minimally Invasive Gynecology. 2005 Mar;12(2):106–12.
47. Fleisch MC, Xafis D, De Bruyne F, Hucke J, Bender HG, Dall P. Radical resection of invasive endometriosis with bowel or bladder involvement--long-term results. European Journal of Obstetrics and Gynecology. 2005 Dec 1;123(2):224–9.
48. Antonelli A, Simeone C, Zani D, Sacconi T, Minini G, Canossi E, et al. Clinical Aspects and Surgical Treatment of Urinary Tract Endometriosis: Our Experience with 31 Cases. European Urology. 2006 Jun;49(6):1093–8.
49. Pérez MPU, Bazán AA, Dorrego JMA, Hernández A, de Francisco MG, Hernández MM, et al. Urinary Tract Endometriosis: Clinical, Diagnostic, and Therapeutic Aspects. URL. Elsevier Inc. Elsevier Inc; 2009 Jan 1;73(1):47–51.
50. Fuentes Pastor J, Ballestero Diego R, Correas Gómez MÁ, Torres Díez E, Fernández Flórez A, Ballesteros Olmos G, et al. Bladder endometriosis and endocervicosis: presentation of 2 cases with endoscopic management and review of literature. Case Rep Urol. Hindawi Publishing Corporation; 2014;2014(4):296908–4.
51. Kumar S, Tiwari P, Sharma P, Goel A, Singh J, Vijay M, et al. Urinary tract endometriosis: Review of 19 cases. Urol Ann. 2012;4(1):6–8.
52. Donnez J, Spada F, Squifflet J, Nisolle M. Bladder endometriosis must be considered as bladder adenomyosis. Fertility and Sterility. 2000 Dec;74(6):1175–81.

6.8.4 Endometrioza profund infiltrativă ureterală

6.8.5 Endometrioza profund infiltrativă la nivelul colonului și rectului

53. Touboul C, Ballester M, Dubernard G, Zilberman S, Thomin A, Daraï E. Long-term symptoms, quality of life, and fertility after colorectal resection for endometriosis: extended analysis of a randomized controlled trial comparing laparoscopically assisted to open surgery. Surg Endosc. juill 2015;29(7):1879-87.
54. Roman H, FRIENDS group (French coloRectal Infiltrating ENDometriosis Study group). A national snapshot of the surgical management of deep infiltrating endometriosis of the rectum and colon in France in 2015: A multicenter series of 1135 cases. J Gynecol Obstet Hum Reprod. févr 2017;46(2):159-65.
55. Mohr C, Nezhat FR, Nezhat CH, Seidman DS, Nezhat CR. Fertility considerations in laparoscopic treatment of infiltrative bowel endometriosis. JSLS. mars 2005;9(1):16-24.
56. Abrão MS, Petraglia F, Falcone T, Keckstein J, Osuga Y, Chapron C. Deep endometriosis infiltrating the recto-sigmoid: critical factors to consider before management. Hum Reprod Update. juin 2015;21(3):329-39.
57. Roman H, Vassilieff M, Tuech JJ, Huet E, Savoye G, Marpeau L, et al. Postoperative digestive function after radical versus conservative surgical philosophy for deep endometriosis infiltrating the rectum. Fertil Steril. mai 2013;99(6):1695-704.
58. Roman H, Milles M, Vassilieff M, Resch B, Tuech J-J, Huet E, et al. Long-term functional outcomes following colorectal resection versus shaving for rectal endometriosis. Am J Obstet Gynecol. déc 2016;215(6):762.e1-762.e9.
59. Daraï E, Dubernard G, Coutant C, Frey C, Rouzier R, Ballester M. Randomized trial of laparoscopically assisted versus open colorectal resection for endometriosis: morbidity, symptoms, quality of life, and fertility. Ann Surg. juin 2010;251(6):1018-23.
60. Daraï E, Lesieur B, Dubernard G, Rouzier R, Bazot M, Ballester M. Fertility after colorectal resection for endometriosis: results of a prospective study comparing laparoscopy with open surgery. Fertil Steril. mai

2011;95(6):1903-8.

61. Meuleman C, Tomassetti C, Wolthuis A, Van Cleynenbreugel B, Laenen A, Penninckx F, et al. Clinical outcome after radical excision of moderate-severe endometriosis with or without bowel resection and reanastomosis: a prospective cohort study. Ann Surg. mars 2014;259(3):522-31.
62. Roman H, Abo C, Huet E, Bridoux V, Auber M, Oden S, et al. Full-Thickness Disc Excision in Deep Endometriotic Nodules of the Rectum: A Prospective Cohort. Dis Colon Rectum. oct 2015;58(10):957-66.
63. Carmona F, Martínez-Zamora A, González X, Ginés A, Buñesch L, Balasch J. Does the learning curve of conservative laparoscopic surgery in women with rectovaginal endometriosis impair the recurrence rate? Fertil Steril. sept 2009;92(3):868-75.
64. Stepniewska A, Pomini P, Bruni F, Mereu L, Ruffo G, Ceccaroni M, et al. Laparoscopic treatment of bowel endometriosis in infertile women. Hum Reprod Oxf Engl. juill 2009;24(7):1619-25.
65. Roman H, Moatassim-Drissa S, Marty N, Milles M, Vallée A, Desnyder E, et al. Rectal shaving for deep endometriosis infiltrating the rectum: a 5-year continuous retrospective series. Fertil Steril. nov 2016;106(6):1438-1445.e2.
66. Nirgianakis K, McKinnon B, Imboden S, Knabben L, Gloor B, Mueller MD. Laparoscopic management of bowel endometriosis: resection margins as a predictor of recurrence. Acta Obstet Gynecol Scand. déc 2014;93(12):1262-7.
67. Berdah SV, Mariette C, Denet C, Panis Y, Laurent C, Cotte E, et al. A multicentre, randomised, controlled trial to assess the safety, ease of use, and reliability of hyaluronic acid/carboxymethylcellulose powder adhesion barrier versus no barrier in colorectal laparoscopic surgery. Trials. 27 oct 2014;15:413.
68. Tang C-L, Jayne DG, Seow-Choen F, Ng Y-Y, Eu K-W, Mustapha N. A randomized controlled trial of 0.5% ferric hyaluronate gel (Intergel) in the prevention of adhesions following abdominal surgery. Ann Surg. avr 2006;243(4):449-55.

6.8.6 Indicația unei histerectomii conservatice sau a unei anexectomii bilaterale

69. Nathorst-Böös J, von Schoultz B. Psychological reactions and sexual life after hysterectomy with and without oophorectomy. Gynecol Obstet Invest. 1992;34(2):97-101.
70. Al Kadri H, Hassan S, Al-Fozan HM, Hajeer A. Hormone therapy for endometriosis and surgical menopause. Cochrane Database Syst Rev. 21 janv 2009;(1):CD005997.
71. Matorras R, Elorriaga MA, Pijoan JI, Ramón O, Rodríguez-Escudero FJ. Recurrence of endometriosis in women with bilateral adnexectomy (with or without total hysterectomy) who received hormone replacement therapy. Fertil Steril. févr 2002;77(2):303-8.
72. Parker WH, Feskanich D, Broder MS, Chang E, Shoupe D, Farquhar CM, et al. Long-term mortality associated with oophorectomy compared with ovarian conservation in the nurses' health study. Obstet Gynecol. avr 2013;121(4):709-16.
73. Anderson GL, Limacher M, Assaf AR, Bassford T, Beresford SAA, Black H, et al. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. JAMA. 14 avr 2004;291(14):1701-12.

6.8.7 Endometrioza extra-pelvină: parietală, diafragmatică, toracică

74. Emre, A., et al., Laparoscopic trocar port site endometriosis: a case report and brief literature review. Int Surg, 2012. 97(2): p. 135-9.
75. Bektas, H., et al., Abdominal wall endometrioma; a 10-year experience and brief review of the literature. J Surg Res, 2010. 164(1): p. e77-81.
76. Ding, Y. and J. Zhu, A retrospective review of abdominal wall endometriosis in Shanghai, China. Int J Gynaecol Obstet, 2013. 121(1): p. 41-4.
77. Rivlin, M.E., et al., Leuprolide acetate in the management of cesarean scar endometriosis. Obstet Gynecol, 1995. 85(5 Pt 2): p. 838-9.
78. Suwatanapongched, T., et al., Thoracic endometriosis with catamenial haemoptysis and pneumothorax: computed tomography findings and long-term follow-up after danazol treatment. Singapore Med J, 2015. 56(7): p. e120-3.
79. Yu, Z., et al., Catamenial hemoptysis and pulmonary endometriosis: a case report. Mt Sinai J Med, 2002. 69(4): p. 261-3.
80. Duyos, I., et al., Management of thoracic endometriosis: single institution experience. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2014. 178: p. 56-9.
81. Redwine, D.B., Diaphragmatic endometriosis: diagnosis, surgical management, and long-term results of treatment. Fertil Steril, 2002. 77(2): p. 288-96.
82. L'Huillier J, P. and J. Salat-Baroux, [A patient with pulmonary endometriosis]. Rev Pneumol Clin, 2002. 58(4

Pt 1): p. 233-6.

83. Ziedalski, T.M., V. Sankaranarayanan, and R.K. Chitkara, Thoracic endometriosis: a case report and literature review. J Thorac Cardiovasc Surg, 2004. 127(5): p. 1513-4.
84. Nezhat, C., D.S. Seidman, and F. Nezhat, Laparoscopic surgical management of diaphragmatic endometriosis. Fertil Steril, 1998. 69(6): p. 1048-55.
85. Nezhat, C., et al., Multidisciplinary treatment for thoracic and abdominopelvic endometriosis. JSLS, 2014. 18(3).

6.8.8 Endometrioza rădăcinilor nervoase și a nervului sciatic

6.8.9 Tehnici de conservare a nervilor în chirurgia profundă a endometriozei

6.9 Strategii pentru managementul infertilității în contextul endometriozei

1. Hughes E, Brown J, Collins JJ, Farquhar C, Fedorkow DM, Vandekerckhove P.Ovulation suppression for endometriosis. Cochrane Database Syst Rev 2007 18;(3):CD000155
2. Yap C, Furness S, Farquhar C. Pre and post operative medical therapy for endometriosis surgery. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(3):CD003678.
3. Akande VA, Hunt LP, Cahill DJ, Jenkins JM. Differences in time to natural conception between women with unexplained infertility and infertile women with minor endometriosis Hum Reprod. 2004 ;19:96-10
4. Prescott J, Farland LV, Tobias DK, Gaskins AJ, Spiegelman D, Chavarro JE, et al. A prospective cohort study of endometriosis and subsequent risk of infertility. Hum Reprod. 2016 Jul;31(7):1475-82
5. Kitajima M, Defrère S, Dolmans MM, Colette S, Squifflet J, Van Langendonckt A, Donnez J. Endometriomas as a possible cause of reduced ovarian reserve in women with endometriosis. Fertil Steril 2011 ;96:685-91.
6. Oxidative stress status in normal ovarian cortex surrounding ovarian endometriosis. Matsuzaki S, Schubert B. Fertil Steril. 2010 May 1;93(7):2431-2.
7. Sanchez AM, Somigliana E, Vercellini P, Pagliardini L, Candiani M, Vigano P. Endometriosis as a detrimental condition for granulosa cell steroidogenesis and development: From molecular alterations to clinical impact. J Steroid Biochem Mol Biol 2016;155:35–46
8. Donnez J, Thomas K. Incidence of the luteinized unruptured follicle syndrome in fertile women and in women with endometriosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 1982;14:187-90.
9. Moon CE, Bertero MC, Curry TE, London SN, Muse KN, Sharpe KL, et al. The presence of luteinized unruptured follicle syndrome and altered folliculogenesis in rats with surgically induced endometriosis. Am J Obstet Gynecol1993;169:676–82
10. Koninckx PR, Brosens IA. Clinical significance of the luteinized unruptured follicle syndrome as a cause of infertility. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1982;13:355-68.
11. Benaglia L, Somigliana E, Vercellini P, Abbiati A, Ragni G, Fedele L. Endometriotic ovarian cysts negatively affect the rate of spontaneous ovulation. Hum Reprod 2009;24:2183 6
12. Deaton JL, Gibson M, Blackmer KM, Nakajima ST, Badger GJ, Brumsted JR. A randomized, controlled trial of clomiphene citrate and intrauterine insemination in couples with unexplained infertility or surgically corrected endometriosis. Fertil Steril. 1990;54:1083-8

6.9.1 Principiile managementului FIV în endometrioză

13. Pabuccu R, Onalan G, Kaya C. GnRH agonist and antagonist protocols for stage I-II endometriosis and endometrioma in in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection cycles. Fertil Steril. oct 2007;88(4):832-9.
14. Ruggiero M, Araujo Viana G, Di Berardino OM, Simi G, Papini F, Genazzani AR, et al. Comparison between GnRH agonist and antagonist protocols for severe endometriosis in assisted reproductive cycles. J Endometr. 2012;4(1):42-7.
15. Rodriguez-Purata J, Coroleu B, Tur R, Carrasco B, Rodriguez I, Barri PN. Endometriosis and IVF: are agonists really better? Analysis of 1180 cycles with the propensity score matching. Gynecol Endocrinol Off J Int Soc Gynecol Endocrinol. sept 2013;29(9):859-62.
16. Rickes D, Nickel I, Kropf S, Kleinstein J. Increased pregnancy rates after ultralong postoperative therapy with gonadotropin-releasing hormone analogs in patients with endometriosis. Fertil Steril. oct 2002;78(4):757-62.
17. Surrey ES, Silverberg KM, Surrey MW, Schoolcraft WB. Effect of prolonged gonadotropin-releasing hormone agonist therapy on the outcome of in vitro fertilization-embryo transfer in patients with endometriosis. Fertil Steril. oct 2002;78(4):699-704.
18. Ma C, Qiao J, Liu P, Chen G. Ovarian suppression treatment prior to in-vitro fertilization and embryo transfer in Chinese women with stage III or IV endometriosis. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. févr 2008;100(2):167-70.

19. Surrey ES. Endometriosis and assisted reproductive technologies: maximizing outcomes. Semin Reprod Med. mars 2013;31(2):154-63.
20. Tamura H, Takasaki A, Nakamura Y, Numa F, Sugino N. A pilot study to search possible mechanisms of ultralong gonadotropin-releasing hormone agonist therapy in IVF-ET patients with endometriosis. J Ovarian Res. 21 oct 2014;7(1):100.
21. Decleer W, Osmanagaoglu K, Verschueren K, Comhaire F, Devroey P. RCT to evaluate the influence of adjuvant medical treatment of peritoneal endometriosis on the outcome of IVF. Hum Reprod Oxf Engl. sept 2016;31(9):2017-23.
22. de Ziegler D, Gayet V, Aubriot FX, Fauque P, Streuli I, Wolf JP, et al. Use of oral contraceptives in women with endometriosis before assisted reproduction treatment improves outcomes. Fertil Steril. déc 2010;94(7):2796-9.

6.9.2 Strategii FIV și cazuri speciale

6.9.2.1 Endometrioza superficială

23. Polat M, Yaralı İ, Boynukalın K, Yaralı H. In vitro fertilization for endometriosis-associated infertility. Womens Health Lond Engl. août 2015;11(5):633-41.
24. Littman E, Giudice L, Lathi R, Berker B, Milki A, Nezhat C. Role of laparoscopic treatment of endometriosis in patients with failed in vitro fertilization cycles. Fertil Steril. déc 2005;84(6):1574-8.
25. Shahine LK, Burney RO, Behr B, Milki AA, Westphal LM, Lathi RB. Embryo quality before and after surgical treatment of endometriosis in infertile patients. J Assist Reprod Genet. mars 2009;26(2-3):69-73.

6.9.2.2 Endometriomul

26. Polat M, Yaralı İ, Boynukalın K, Yaralı H. In vitro fertilization for endometriosis-associated infertility. Womens Health Lond Engl. août 2015;11(5):633-41.
27. Surrey ES. Endometriosis-Related Infertility: The Role of the Assisted Reproductive Technologies. BioMed Res Int. 2015;2015:482959.
28. Soriano D, Adler I, Bouaziz J, Zolti M, Eisenberg VH, Goldenberg M, et al. Fertility outcome of laparoscopic treatment in patients with severe endometriosis and repeated in vitro fertilization failures. Fertil Steril. oct 2016;106(5):1264-9.
29. Benschop L, Farquhar C, van der Poel N, Heineman MJ. Interventions for women with endometrioma prior to assisted reproductive technology. Cochrane Data-base Syst Rev. 2010;(11):CD008571.
30. Keyhan S, Hughes C, Price T, Muasher S. An Update on Surgical versus Expectant Management of Ovarian Endometriomas in Infertile Women. BioMed Res Int. 2015;2015:204792.
31. Legendre G, Catala L, Morinière C, Lacoeuille C, Boussion F, Sentilhes L, et al. Relationship between ovarian cysts and infertility: what surgery and when? Fertil Steril. mars 2014;101(3):608-14.
32. Ruiz-Flores FJ, Garcia-Velasco JA. Is there a benefit for surgery in endometrioma-associated infertility? Curr Opin Obstet Gynecol. juin 2012;24(3):136-40.
33. Gelbaya TA, Gordts S, D'Hooghe TM, Gergolet M, Nardo LG. Management of endometrioma prior to IVF: compliance with ESHRE guidelines. Reprod Bi-omed Online. sept 2010;21(3):325-30.
34. Tsoumpou I, Kyrgiou M, Gelbaya TA, Nardo LG. The effect of surgical treatment for endometrioma on in vitro fertilization outcomes: a systematic review and meta-analysis. Fertil Steril. juill 2009;92(1):75-87.
35. Hamdan M, Dunselman G, Li TC, Cheong Y. The impact of endometrioma on IVF/ICSI outcomes: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod Update. 2015 Dec;21(6):809–25.
36. Guo Y, Lu N, Zhang Y, Su Y, Wang Y, Zhang Y, et al. Comparative study on the pregnancy outcomes of in vitro fertilization-embryo transfer between long-acting gonadotropin-releasing hormone agonist combined with transvaginal ultrasound-guided cyst aspiration and long-acting gonadotropin-releasing hormone ag-onist alone. Contemp Clin Trials. nov 2012;33(6):1206-10.
37. Benaglia L, Somigliana E, Vercellini P, Abbiati A, Ragni G, Fedele L. Endometriotic ovarian cysts nega-tively affect the rate of spontaneous ovulation. Hum Reprod Oxf Engl. sept 2009;24(9):2183-6.
38. Kitajima M, Defrère S, Dolmans M-M, Colette S, Squifflet J, Van Langendonckt A, et al. Endometrio-mas as a possible cause of reduced ovarian reserve in women with endometriosis. Fertil Steril. sept 2011;96(3):685-91.
39. Kitajima M, Dolmans M-M, Donnez O, Masuzaki H, Soares M, Donnez J. Enhanced follicular recruitment and atresia in cortex derived from ovaries with endo-metriomas. Fertil Steril. avr 2014;101(4):1031-7.
40. Ferrero S, Scala C, Racca A, Calanni L, Remorgida V, Venturini PL, et al. Second surgery for recurrent unilateral endometriomas and impact on ovarian re-serve: a case-control study. Fertil Steril. mai 2015;103(5):1236-43.

6.9.2.3 Endometrioza profundă

41. Barnhart K, Dunsmoor-Su R, Coutifaris C. Effect of endometriosis on in vitro fertilization. Fertil Steril. 2002 Jun;77(6):1148-55.
42. Opøien HK, Fedorcsak P, Omland AK, et al. In vitro fertilization is a successful treatment in endometriosis-associated infertility. Fertil Steril 2012;97:912–8.
43. Polat M, Boynukalın FK, Yaralı I, Esinler I, Yaralı H. Endometriosis is not associated with inferior pregnancy rates in in vitro fertilization: an analysis of 616 patients. Gynecol Obstet Invest. 2014;78(1):59-64.
44. Kawwass JF, Crawford S, Session DR, Kissin DM, Jamieson DJ; National ART Surveillance System Group. Endometriosis and assisted reproductive technology: United States trends and outcomes 2000-2011.Fertil Steril. 2015 Jun;103(6):1537-43.
45. Mathieu d'Argent E, Coutant C, Ballester M, et al. Results of first in vitro fertilization cycle in women with colorectal endometriosis compared with those with tubal or male factor infertility. Fertil Steril 2010;94:2441–3.
46. Ballester M, d'Argent EM, Morcel K, Belaisch-Allart J, Nisolle M, Daraı¨ E. Cumulative pregnancy rate after ICSI-IVF in patients with colorectal endome-triosis: re-sults of a multicentre study. Hum Reprod Oxf Engl 2012;27:1043–9.
47. Mounsambote L, Cohen J, Bendifallah S, d'Argent EM, Selleret L, Chabbert-Buffet N, Ballester M, Antoine JM, Daraï E. Deep infiltrative endometriosis without digestive involvement, what is the impact of surgery on in vitro fer-tilization outcomes? A retrospective study. Gynecol Ob-stet Fertil Senol. 2017 Jan;45(1):15-21.
48. Darai E, Cohen J, Ballester M. Colorectal endometriosis and fertility. Eur J Obstet Gynecol 2016 ; June 9.
49. Cohen J, Thomin A, Mathieu D'Argent E, et al. Fertility before and after surgery for deep infiltrating endometrio-sis with and without bowel involvement: a literature re-view. Minerva Ginecol 2014;66:575–87.
50. Vercellini P, Barbara G, Buggio L, Frattaruolo MP, Somigliana E, Fedele L. Effect of patient selection on es-timate of reproductive success after surgery for rectovag-inal endometriosis: literature review. Reprod Biomed Online 2012;24:389–95.
51. Donnez J, Squifflet J. Complications, pregnancy and recurrence in a prospective series of 500 patients oper-ated on by the shaving technique for deep recto-vaginal endometriotic nodules. Hum Reprod Oxf Engl 2010;25:1949–58.
52. Rossi AC, Prefumo F. The effects of surgery for endome-triosis on pregnancy outcomes following in vitro fertiliza-tion and embryo transfer: a systematic review and meta-analysis. Arch Gynecol Obstet. 2016 Sep;294(3):647-55.
53. Uccella S, Cromi A, Agosti M, Casarin J, Pinelli C, Marconi N, Bertoli F, Podesta'-Alluvion C, Ghezzi F. Fer-tility rates, course of pregnancy and perinatal outcomes after laparoscopic ureterolysis for deep endometriosis: A long-term follow-up study. J Obstet Gynaecol. 2016 Aug;36(6):800-805.
54. Ballester M, Roman H, Mathieu E, Touleimat S, Belghiti J, Daraï E. Prior colorectal surgery for endometriosis-associated infertility improves ICSI-IVF outcomes: results from two expert centres. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017 Feb;209:95-99.
55. Boujenah J, Hugues JN, Sifer C, Cedrin-Durnerin I, Bricou A, Poncelet C. Second live birth after undergoing assisted reproductive technology in women operated on for endometriosis. Fertil Steril. 2016 Jan;105(1):129-33

6.9.2.4 Adenomioză

6.9.2.5 Indicația de conservare a fertilității în caz de endometrioză

10 ANEXE

Anexa 1. Lista participanților la Reuniunea de Consens de la București, 29-30 Martie 2019

Anexa 2. Grade de recomandare şi nivele ale dovezilor

Anexa 3. Chestionar SF-36 privind calitatea vieții la pacientele cu endometrioză.

Anexa 4. Investigații de primă linie în endometrioză.

Anexa 5. Examinări de linia a doua și a treia în evaluarea extensiei endometriozei.

Anexa 6. Strategia de diagnostic pentru simptomele durerii pelvine cronice (dismenoree, dispareunie, durere non-menstruală).

Anexa 7. Sisteme de clasificare a endometriozei

- Anexa 7.1. Clasificarea revizuită a endometriozei conform Societății Americane a Medicinei Reproductive (SAMR / rASRM)
- Anexa 7.2. Clasificarea Enzian
- Anexa 7.3. EFI (endometriosis fertility index/ index de fertilitate în endometrioză)

Anexa 8. Scala analog-vizuală

Anexa 1. Lista participanţilor la Reuniunea de Consens de la Bucureşti, 29-30 martie 2019

Prof. Dr. Radu Vlădăreanu, București
Prof. Dr. Daniel Mureșan, Cluj-Napoca
Prof. Dr. Nicolae Suciu, Bucureşti
Prof. Dr. Gabriel Bănceanu, Bucureşti
Prof. Dr. Elvira Bratilă, București
Prof. Dr. Ștefan Bușureanu, Iaşi
Prof. Dr. Crîngu Ionescu, București
Prof. Dr. Claudiu Mărginean, Târgu Mureș
Prof. Dr. Claudia Mehedințu, Bucureşti
Prof. Dr. Dan Mihu, Cluj-Napoca
Prof. Dr. Marius Moga, Brașov
Prof. Dr. Mircea Onofriescu, Iași
Prof. Dr. Gheorghe Peltecu, București
Prof. Dr. Lucian Puşcaşiu, Târgu-Mureş
Prof. Dr. Liana Pleș, București
Prof. Dr. Manuela Russu, Bucureşti
Prof. Dr. Demetra Socolov, Iași
Prof. Dr. Răzvan Socolov, Iași
Prof. Dr. Florin Stamatian, Cluj-Napoca
Prof. Dr. Anca Stănescu, Bucureşti
Prof. Dr. Vlad Tica, Constanţa
Conf. Dr. Costin Berceanu, Craiova
Conf. Dr. Elena Bernad, Timișoara
Conf. Dr. Iuliana Ceaușu, Bucureşti
Conf. Dr. Radu Chicea, Sibiu
Conf. Dr. Alexandru Filipescu, București
Conf. Dr. Gheorghe Furău, Arad
Conf. Dr. Dominic Iliescu, Craiova
Conf. Dr. Laurentiu Pirtea, Timișoara
Conf. Dr. Ștefania Tudorache, Craiova
ȘL Dr. Șerban Nastasia, Bucureşti
Dr. Marius Calomfirescu, București
Asist. Univ. Dr. Mihaela Boț, București
Dr. Alina Marin, București

Anexa 2. Grade de recomandare şi nivele ale dovezilor

Tabel 1. Clasificarea tăriei aplicate gradelor de recomandare

Standard	Standardele sunt norme care trebuie aplicate rigid şi trebuie urmate în cvasitotalitatea cazurilor, excepţiile fiind rare şi greu de justificat.
Recomandare	Recomandările prezintă un grad scăzut de flexibilitate, nu au forţa Standardelor, iar atunci când nu sunt aplicate, acest lucru trebuie justificat raţional, logic şi documentat.
Opţiune	Opţiunile sunt neutre din punct de vedere a alegerii unei conduite, indicând faptul că mai multe tipuri de intervenţii sunt posibile şi că diferiţi medici pot lua decizii diferite. Ele pot contribui la procesul de instruire şi nu necesită justificare.

Tabel 2. Clasificarea puterii ştiinţifice gradelor de recomandare

Grad A	Necesită cel puţin un studiu randomizat şi controlat ca parte a unei liste de studii de calitate publicate pe tema acestei recomandări (nivele de dovezi Ia sau Ib).
Grad B	Necesită existenţa unor studii clinice bine controlate, dar nu randomizate, publicate pe tema acestei recomandări (nivele de dovezi IIa, IIb sau III).
Grad C	Necesită dovezi obţinute din rapoarte sau opinii ale unor comitete de experţi sau din experienţa clinică a unor experţi recunoscuţi ca autoritate în domeniu (nivele de dovezi IV). Indică lipsa unor studii clinice de bună calitate aplicabile direct acestei recomandări.
Grad E	Recomandări de bună practică bazate pe experienţa clinică a grupului tehnic de elaborare a acestui ghid.

Tabel 3. Clasificarea nivelelor de dovezi

Nivel Ia	Dovezi obţinute din meta-analiza unor studii randomizate şi controlate
Nivel Ib	Dovezi obţinute din cel puţin un studiu randomizat şi controlat, bine conceput
Nivel IIa	Dovezi obţinute din cel puţin un un studiu clinic controlat, fără randomizare, bine concepute
Nivel IIb	Dovezi obţinute din cel puţin un studiu quasi-experimental bine conceput, preferabil de la mai multe centre sau echipe de cercetare
Nivel III	Dovezi obţinute de la studii descriptive, bine concepute
Nivel IV	Dovezi obţinunte de la comitete de experţi sau experienţă clinică a unor experţi recunoscuţi ca autoritate în domeniu

Anexa 3. Chestionar privind calitatea vieții la pacientele cu endometrioză

Nume: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Prenume: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Data nașterii: ☐☐☐☐☐☐☐☐

Adresă completă actuală (cu majuscule)

.....

.....

COD POȘTAL.....ORAȘ.....

Adresă e-mail: .....

Număr de telefon: .....☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

.....☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Posibilă mutare de la adresa actuală planificată în lunile următoare: DA (1) NU (2) ..☐

În cazul în care răspunsul este DA, vă rugăm să precizați adresa .....

.....

.....

Numele medicului curant: .....

Data completării: ..... ☐☐☐☐☐☐☐☐

Preferința asupra modului de contactare la 1 an

☐Prin e-mail (formular pdf fără imprimare) la adresa .....@.....

☐Prin curier poștal

Întrebarea 1: Istoric

Mediu de viață zonă urbană (1) zonă rurală (2)……☐

Locuința situată în apropiere de: zonă industrială (1) altele (2).....☐

În acest caz (2), vă rugăm să specificați.....

.....

Activitate profesională Da (1), casnică (2), studentă (3), șomaj (4).....☐

În acest caz (1), vă rugăm să precizați sectorul în care vă desfășurați activitatea.....

.....

Vârsta la care au apărut ciclurile menstruale regulate.....

Greutatea actuală.....☐☐☐kg

Înălțimea.....☐☐☐cm

OBICEIURI TOXICE

- **Tabagism**

DA (1) NU(2)..... ☐

- **Ați fost expusă unui mediu toxic**

DA (1) NU(2)..... ☐

În cazul în care răspunsul este DA vă rugăm să precizați compusul toxic.....
.....

ISTORICUL BOLII

Diagnosticul în momentul spitalizării: .....
.....
Tratament medicamentos urmat în momentul intervenției chirurgicale ?

DA (1) NU(2) ..... ☐

În cazul în care răspunsul este DA:

Analogi (Decapeptil, Enantone) ☐ Durata:.....	Analogi + Terapie Add-back (Livial, Estreva) ☐ Durata:.....	Danazol ☐ Durata:.....
Progesteron (Androcur, Luteran,Lutenyl) ☐ Durata:.....	Sterilet ☐ Durata:.....	Sterilet MIRENA ☐ Durata:.....
Implant ☐ Durata:.....	Contraceptive orale combinate ☐ Durata:.....	Modulatori de receptori progesteronici (SPRM) (Esmya, etc.) ☐ Durata:.....

A fost efectuat un tratament de stimulare a ovulației în ultimele 6 luni ?

DA(1) NU(2)..... ☐

În cazul în care răspunsul este DA, vă rugăm să precizați:
Ce tratament ați primit ?.....
.....
Precizați pe durata câtor cicluri menstruale ați primit tratament.....

ANTECEDENTE

- **Tratamente medicamentoase/alte probleme de sănătate**

DA(1) NU(2)..... ☐

În cazul în care răspunsul este DA, vă rugăm să precizați.....

.....
.....
.....

- **Antecedente heredocolaterale/familiale**

Antecedente familiale de endometrioză? DA(1) NU(2)..... ☐

Antecedente familiale de cancer mamar ? DA(1) NU(2)..... ☐

Antecedente familiale de cancer de ovar ? DA(1) NU(2)..... ☐

Antecedente familiale de cancer uterin? DA(1) NU(2)..... ☐

	Mama	Bunica maternală	Bunica paternală	Soră 1 2	(Geamăn)
Vârstă	.....	.....	.....	1..... 2.....	.....
Endometrioză	.....	.....	.....	1..... 2.....	.....
Cancer ovarian	.....	.....	.....	1..... 2.....	.....
Cancer mamar	.....	.....	.....	1..... 2.....	.....
Cancer uterin	.....	.....	.....	1..... 2.....	.....

- **Antecedente chirurgicale**

DA(1) NU(2)..... ☐

- **Antecedente chirurgicale abdominale**

DA(1) NU(2)..... ☐

În cazul în care răspunsul este DA, vă rugăm să precizați numărul total al intervențiilor..... ☐
Precizați:

Excizia colecistului..... ☐ Aderențe..... ☐

Excizia unei porțiuni de intestin..... ☐ Drenajul unui abces..... ☐

Excizia unei porțiuni de colon..... ☐ Peritonită..... ☐

Excizia splinei..... ☐ Apendicectomie..... ☐

Excizia unui rinichi..... ☐ Altele..... ☐

- **Antecedente chirurgicale ginecologice**

Ați avut intervenții chirurgicale în sfera ginecologică ?

DA(1) NU(2)..... ☐

În cazul în care răspunsul este DA, vă rugăm să precizați

Numărul laparotomiile(incizie la nivelul peretelui abdominal)..... ☐☐

Numărul laparoscopiilor..... ☐☐

Lună, an.....

Indicația intervenției chirurgicale ginecologice

Dureri pelvine ☐ Infecții ginecologice ☐ Laparoscopie pentru infertilitate ☐

Formațiune pelvină ☐ Altele ☐

Antecedente chirurgicale ginecologice (bifați căsuțele corespunzătoare intervențiilor chirurgicale efectuate)

1. Excizia unui chist la nivelul ovarului drept	☐
2. Excizia unui chist la nivelul ovarului stâng	☐
3. Excizia completă a ovarului drept	☐
4. Excizia completă a ovarului stâng	☐
5. Excizia trompei drepte	☐
6. Excizia trompei stângi	☐
7. Excizia uterului	☐
8. Excizia aderențelor	☐
9. Excizia unuia sau a mai multor fibroame	☐
10. Conizație/ERAD/LLETZ	☐
11. Sterilizare chirurgicală/ligatura trompelor	☐
12. Repermeabilizare tubară	☐
13. Endometrioză pelvină	☐

Numărul intervențiilor chirurgicale a căror indicație principala a avut legătură cu leziunile endometriozice..... ☐☐

- **Antecedente fiziologice**

Aveți probleme psihice ? DA(1) NU(2)..... ☐
În cazul în care răspunsul este DA

Anxietate ☐ Depresie ☐ Tulburări de somn ☐ Crize de panică ☐

- **Antecedente obstetricale**

Ați fost gravidă ? DA(1) NU(2)..... ☐
În cazul în care răspunsul este DA

De câte ori ați rămas gravidă spontan ..... ☐

Numărul de nașteri pe cale vaginală.. ..... ☐

Numărul de nașteri prin operație cezariană..... ☐

Numărul de nou-născuți în viață ..... ☐

Numărul de avorturi spontane ..... ☐

Numărul de avorturi la cerere..... ..... ☐

Numărul de sarcini extrauterine..... ..... ☐

Numărul de avorturi terapeutice..... ☐

- **Antecedente de infertilitate**

Ați primit îngrijiri medicale pentru infertilitate ? DA(1) NU(2)..... ☐
În cazul în care răspunsul este DA, vă rugăm să precizați:

Pe ce perioadă de timp (completați răspunsul în luni) ..... ☐☐☐
Din acest motiv ați efectuat următoarele proceduri:

Proceduri de Reproducere Umană Asistată.....Număr..... ☐
În cazul în care răspunsul este DA, vă rugăm să precizați.....

FIV.....Număr..... ☐

ICSI (Injectare intracitoplasmatică a spermatozoizilor).....Număr..... ☐

Inseminare intrauterină.....Număr..... ☐

Cicluri de stimulare ovariană.....Număr..... ☐

Stimulare ovariană cu: Clomid ☐ Menopur, GonalF, Puregon ☐

Doriți în prezent o sarcină DA(1) NU(2)..... ☐

- **Antecedente ginecologice**

Ați folosit o metodă de contracepție înaintea intervenției chirurgicale pentru endometrioză.....

DA(1) NU(2)..... ☐

Spermicide	DA(1)	NU(2)	☐	Durata (luni)	☐☐☐
Pilule contraceptive	DA(1)	NU(2)	☐	Durata (luni)	☐☐☐
Sterilet	DA(1)	NU(2)	☐	Durata (luni)	☐☐☐
Prezervativ	DA(1)	NU(2)	☐	Durata (luni)	☐☐☐
Implant	DA(1)	NU(2)	☐	Durata (luni)	☐☐☐
Altele	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....

Întrebarea 2: Durere în timpul menstruației – dismenoree. ***Înaintea*** unei intervenții chirurgicale și ***Înaintea*** unui tratament hormonal

NA ***înseamnă că nu se aplică în cazul de față***

Data la care diagnosticul de endometrioză a fost invocat pentru prima dată .....

..... ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Aveți dureri în timpul menstruației DA(1) NU(2) NA(3)..... ☐

În cazul în care răspunsul este DA, vă rugăm să completați chestionarul în continuare
În cazul în care răspunsul este NU, vă rugăm să treceți la intrebarea nr 3

Durerea în timpul menstruației a apărut:

Odată cu prima menstruație ☐ Ulterior ☐, precizați vârsta..... ☐☐

Intensitatea durerii: Există vreo schimbare recentă în intensitatea durerii ?

Mai puțin intensă ☐ Aceeași intensitate ☐ Mai intensă ☐

De cât timp aveți aceste dureri ? ..... ☐☐ luni..... ☐☐ ani

Câte zile durează, în medie, aceste dureri ? ..... ☐☐ zile

Momentul în care are loc ***debutul*** durerii:

- Cu 1 zi sau 2 înainte de menstruație ☐
- Prima zi a menstruației ☐
- Ziua 2 sau 3 a menstruației ☐
- Cu 1 zi sau 2 după încetarea menstruației ☐

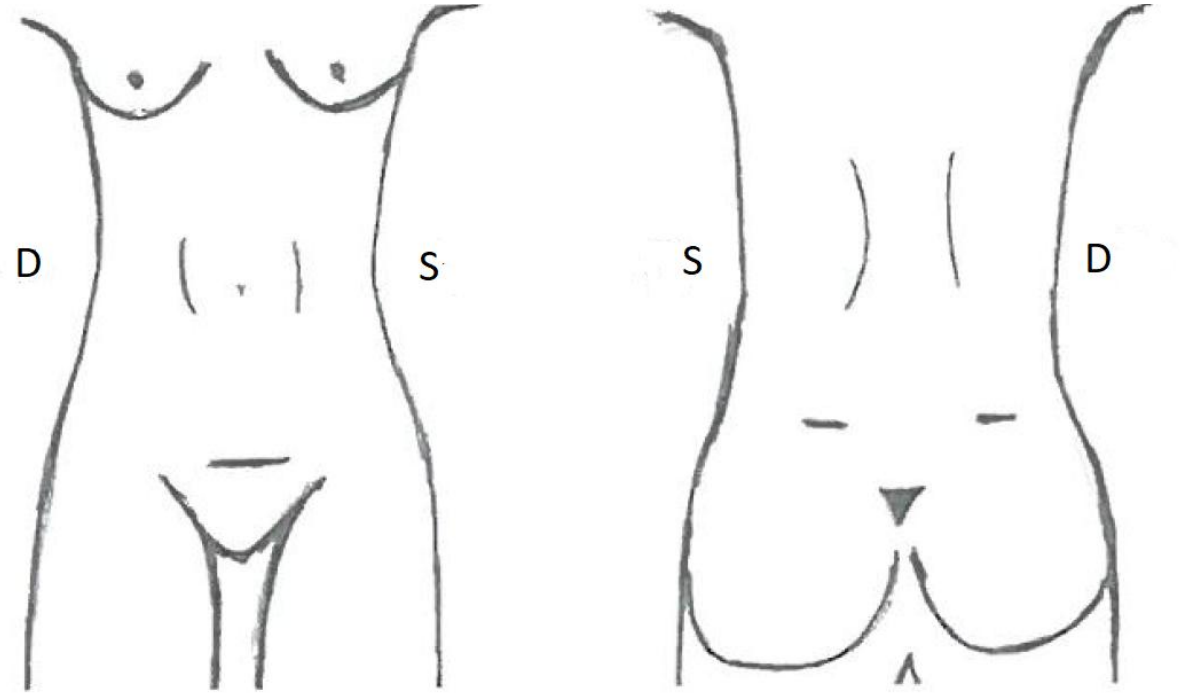
Aceste dureri se aseamănă cu:

Contracție uterină (spasm) ☐ Arsură ☐ Lovitură de cuțit ☐

Localizarea durerilor:

În mijlocul abdomenului	.....	☐
Abdomen inferior dreapta	.....	☐
Abdomen inferior stânga	.....	☐
Întreg abdomenul	.....	☐
Fața anterioară a coapsei/coapselor	.....	☐
Regiunea lombo-sacrată	.....	☐

Vă rugăm să indicați pe desenul de mai jos localizarea durerilor.



Numărul de medici care v-au consultat pentru aceste dureri .....☐☐

Vârsta la care ați fost consultată prima dată pentru aceste dureri.....☐☐

Durerea a apărut ca rezultat al unuia sau mai multor dintre următoarele evenimente ?

Naștere pe cale vaginală ☐ Naștere prin operație cezariană☐ IVG ☐ **NU** ☐

Avort ☐ Montarea unui sterilet ☐ Stres ☐ Nu știu ☐

Altele ☐ vă rugăm să precizați.....
.....
.....
.....

Durerile sunt agravate de prezența unuia sau mai multor dintre următorii factori:

Muncă fizică ☐ Stat în picioare ☐ Mers ☐ **NU** ☐

Stres ☐ Nu știu ☐

Altele ☐ vă rugăm să precizați.....
.....
.....
.....

Durerea din timpul menstruației este acompaniată de unul sau mai multe dintre următoarele simptome:

Durere în timpul defecației ☐ Greață ☐ Sânge în scaun ☐

Constipație ☐ Diaree ☐ Balonare ☐

Modificare a apetitului ☐ Oboseală ☐ Dureri de cap ☐ **NU** ☐

Aveți simptomatologie dureroasă în timpul urinării atunci când sunteți la menstruație (arsură, sângerare, urinare dureroasă) ?

DA(1) NU(2) ..... ☐

Vă rugăm să precizați.....

.....

.....

.....

Utilizați de regulă un tratament împotriva durerii ? DA(1) NU(2) ..... ☐

Numele tratamentului .....

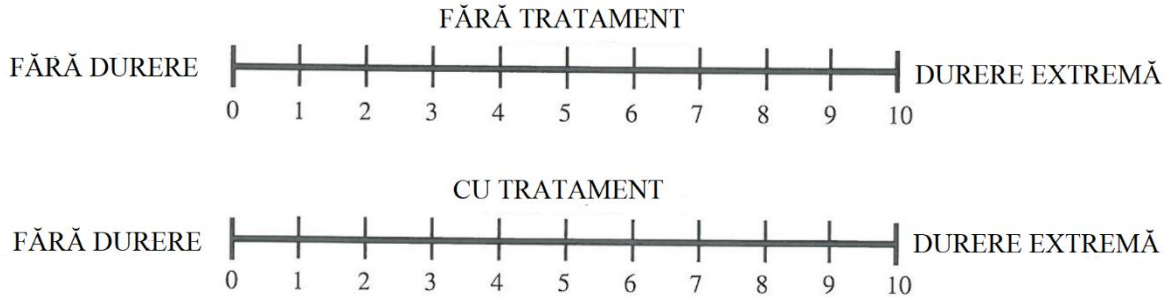
.....

De cât timp ..... ☐☐luni..... ☐☐ani

Posologie: .....comprimate/zi

- **<u>Evaluați durerea din timpul menstruației</u>**

  Estimați intensitatea durerilor din timpul menstruației pe o scală de la 0 la 10. Vă rugăm să trasați o linie verticală la nivelul scorului care corespunde durerilor cele mai intense.



Bifați <u>un singur răspuns</u> din următoarele 4:

1. **Nu am de obicei dureri în timpul menstruației ..... ☐**
2. **Simt o jenă ușoară însă îmi continui activitățile cotidiene..... ☐**
3. **Sunt obligată să mă odihnesc câteva ore pe zi în timpul menstruației..... ☐**
4. **Sunt obligată să mă odihnesc toată ziua în timpul menstruației..... ☐**

Întrebarea 3: Durere în timpul contactului sexual – dispareunie. ***Înaintea*** unei intervenții chirurgicale și ***Înaintea*** unui tratament hormonal

***NA** înseamnă că nu se aplică în cazul de față*

Aveți contact sexual în prezent ? DA(1) NU(2).....☐

Aveți dureri în timpul contactului sexual ? DA(1) NU(2).....☐

În cazul în care răspunsul este NU, vă rugăm să treceți la intrebarea nr 4
În cazul în care răspunsul este DA, vă rugăm să precizați
De cât timp aveți dureri în timpul contactului sexual ?

☐☐ zile ☐☐ luni ☐☐ ani

Aceste dureri apar în momentul în care:

La început, în momentul penetrării ☐ pe tot parcursul raportului sexual ☐

În timpul penetrării profunde ☐

Intensitatea durerilor este modificată odată cu modificarea poziției în timpul raportului sexual

DA(1) NU(2).....☐

Aceste dureri apar ca un rezultat a:

Primului raport sexual ☐ naștere pe cale vaginală ☐ naștere prin operație cezariană☐

Avort ☐ montarea unui sterilet ☐ stres ☐ nu știu ☐ **NU** ☐

Altele ☐ Vă rugăm să precizați.....
.....
.....

Durerile persistă după finalul contactului sexual DA(1) NU(2).....☐

În cazul în care răspunsul este DA, vă rugăm să precizați durata:

☐☐ minute ☐☐ ore ☐☐ zile

Durerile vă afectează viața sexuală.....☐

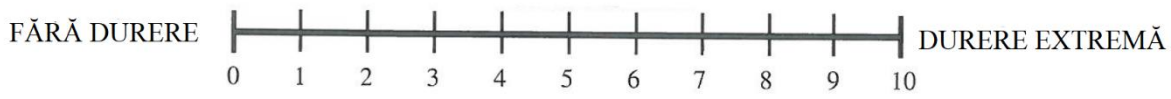
Nu vă influențează viața sexuală (1)
Vă limitați în mod voluntar numărul rapoartelor sexuale din cauza acestor dureri (2)
Vă întrerupeți raportul sexual din cauza acestor dureri (3)
Nu acceptați mereu din cauza acestor dureri (4)
Nu mai aveți raport sexual din cauza acestor dureri (5)

Aveți dureri moderate, însă nu sunteți obligată să opriți contactul sexual (6)

- **<u>Evaluați durerea din timpul contactului sexual</u>**

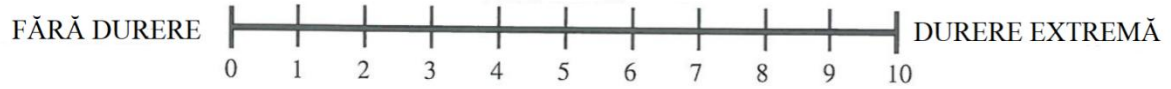
Estimați intensitatea durerilor din timpul menstruației pe o scală de la 0 la 10. Vă rugăm să trasați o linie verticală la nivelul scorului care corespunde durerilor cele mai intense.

FĂRĂ TRATAMENT



Utilizați medicamente pentru a ușura durerea ? DA(1) NU(2).....☐

CU TRATAMENT



Întrebarea 4: Durere în afara menstruației <u>SAU</u> orice durere abdomino-pelvină care o atribuiți endometriozei. ***<u>Înaintea</u>*** unei intervenții chirurgicale și ***<u>Înaintea</u>*** unui tratament hormonal

Aveți durerile descrise mai sus ? DA(1) NU(2).....☐

În cazul în care răspunsul este NU, vă rugăm să treceți peste aceasta intrebare
În cazul în care răspunsul este DA, vă rugăm să precizați:

Numărul de zile pe lună (în medie).....☐☐

Aceste dureri survin la mijlocul ciclului (1) fără o ordine cronologică precisă (2).....☐

Durerile sunt agravate de prezența unuia sau mai multor dintre următorii factori:

Muncă fizică ☐ Stat în picioare ☐ Mers ☐ **NU** ☐

Stres ☐ Nu știu ☐

Altele ☐ vă rugăm să precizați.....
.....
.....
.....

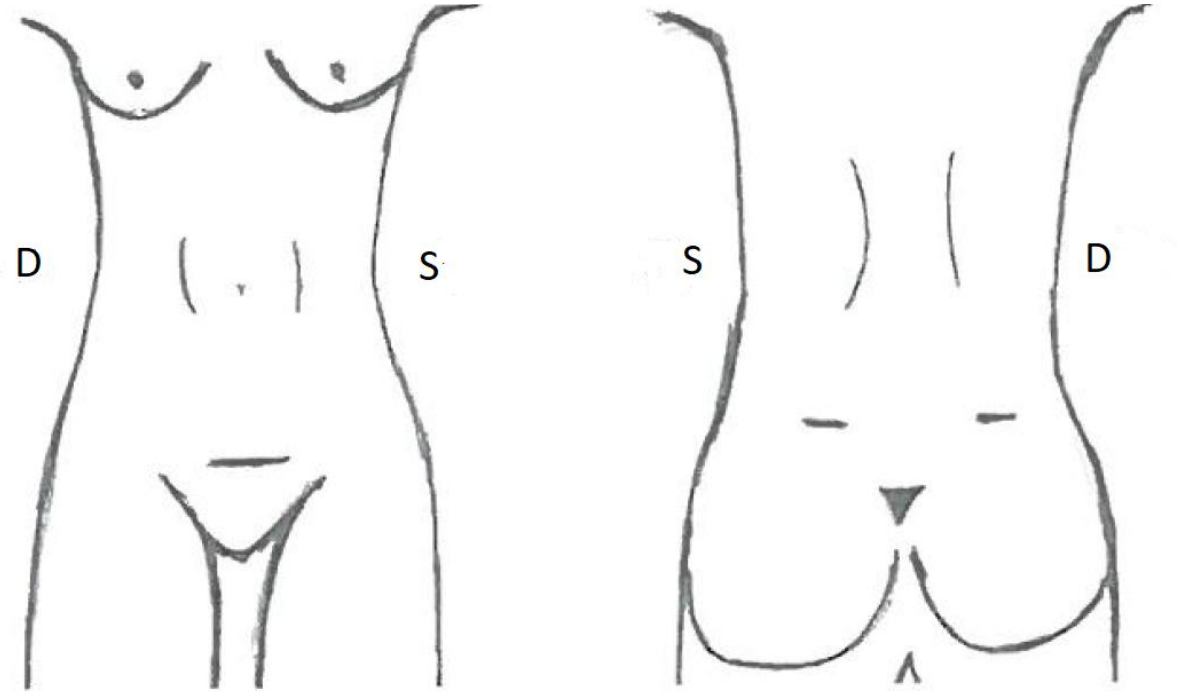
Utilizați de regulă un tratament împotriva durerii ? DA(1) NU(2) .....☐

Numele tratamentului .....
.....

De cât timp .....☐☐luni.....☐☐ani
Posologie: .....comprimate/zi
Localizarea durerilor:

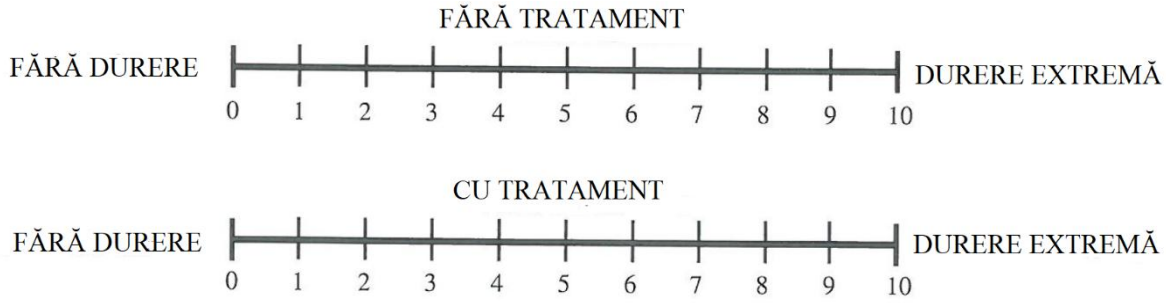
În mijlocul abdomenului	.....	☐
Abdomen inferior dreapta	.....	☐
Abdomen inferior stânga	.....	☐
Întreg abdomenul	.....	☐
Fața anterioară a coapsei/coapselor	.....	☐
Regiunea lombo-sacrată	.....	☐

Vă rugăm să indicați pe desenul de mai jos localizarea durerilor.



- **<u>Evaluați durerea din afara menstruației</u>**

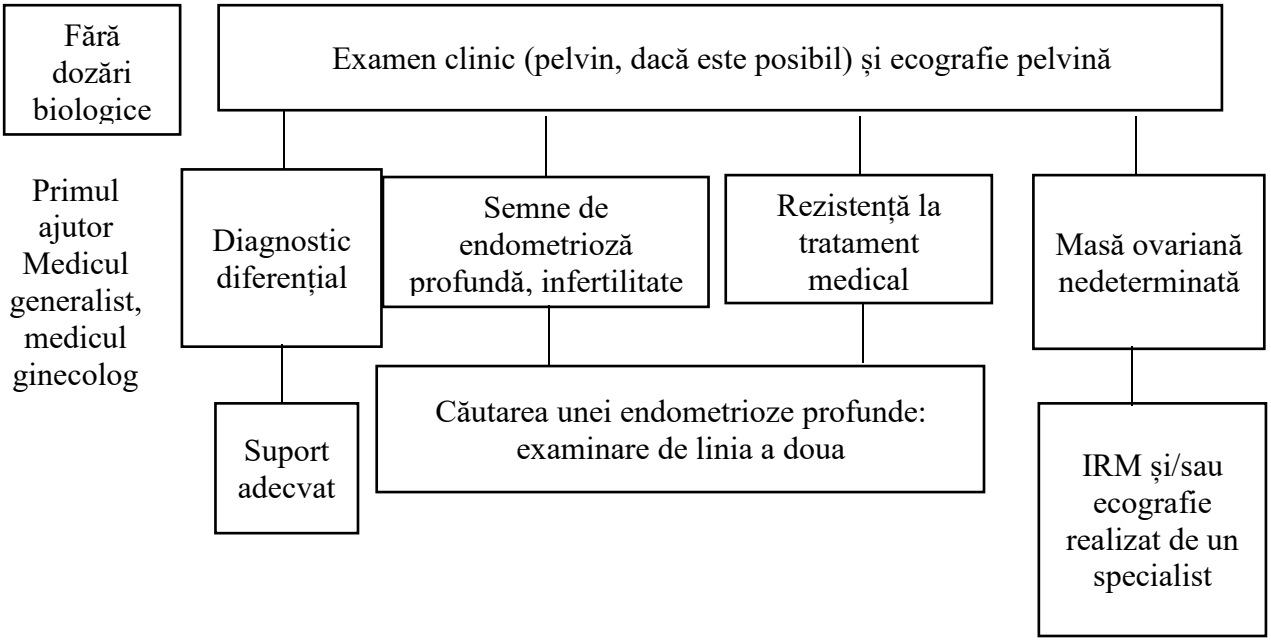
Estimați intensitatea durerilor din timpul menstruației pe o scală de la 0 la 10. Vă rugăm să trasați o linie verticală la nivelul scorului care corespunde durerilor cele mai intense.



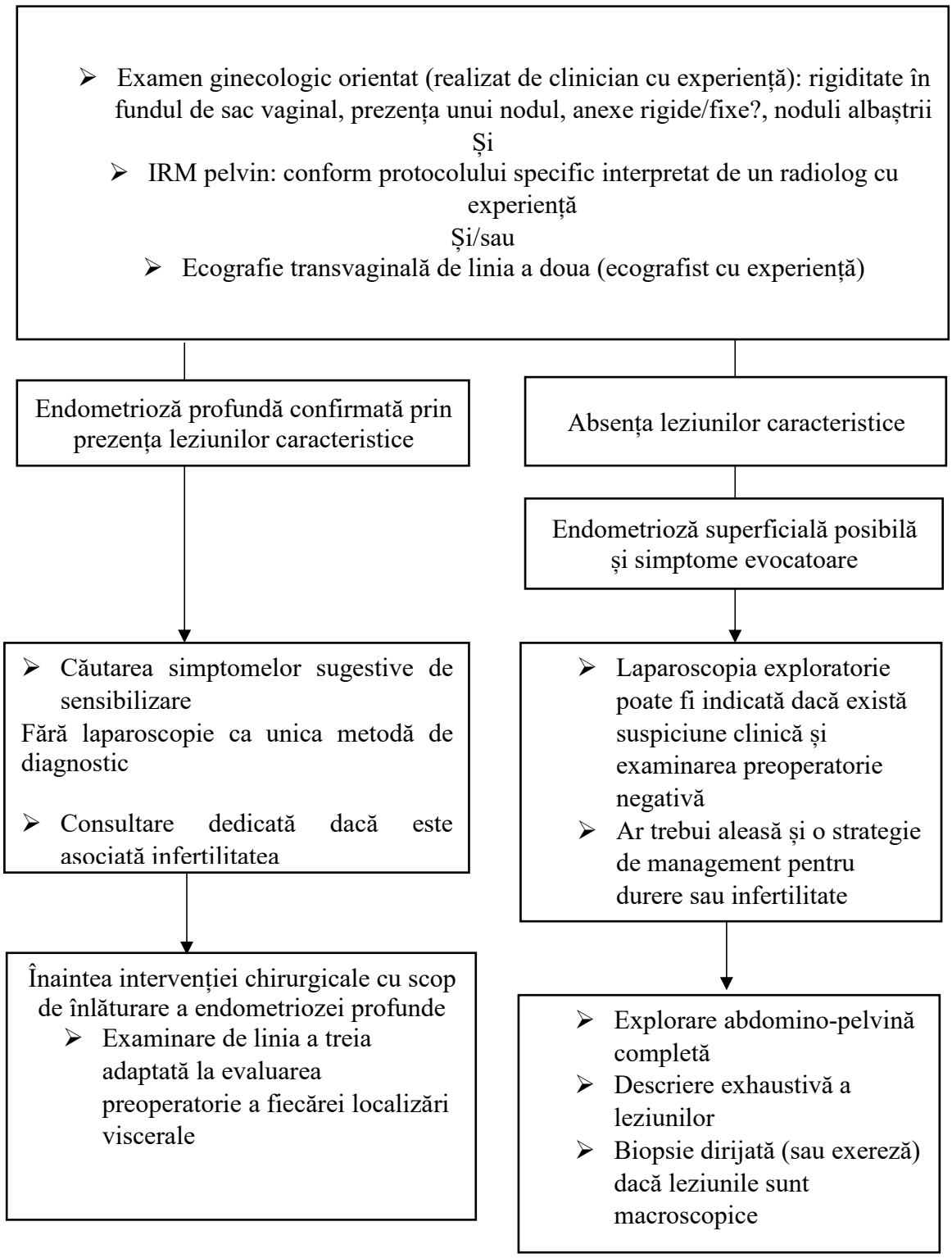
Bifați <u>un singur răspuns</u> din următoarele 4:

1. **Nu am de obicei dureri în afara menstruației** ..... ☐
2. **Simt ocazional dureri pelvine între menstruații**..... ☐
3. **Simt dureri pelvine între menstruații mai mult de 12 zile pe ciclu**..... ☐
4. **Simt dureri continuu care mă obligă în mod regulat să iau medicamente antialgice** ..... ☐

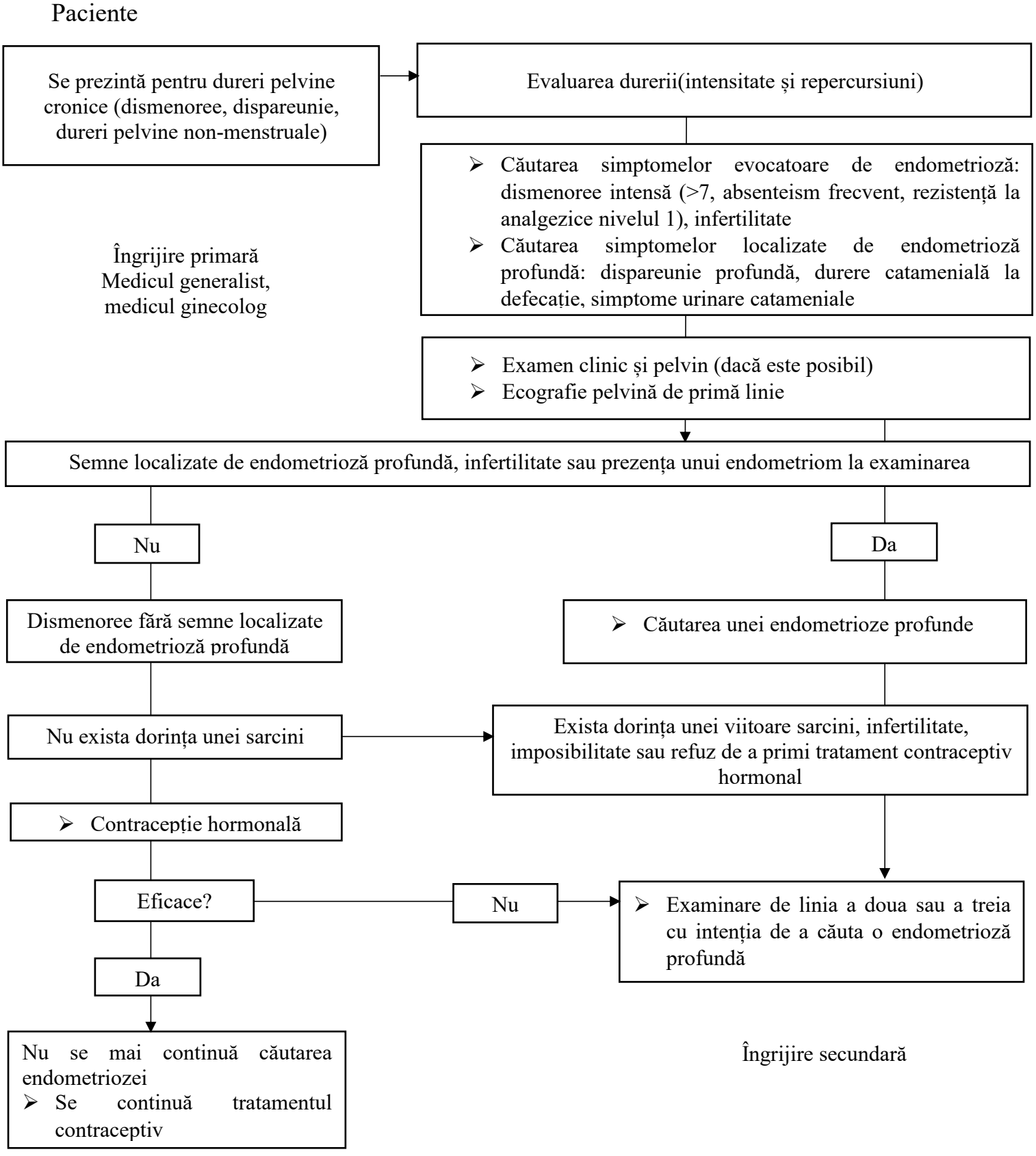
Anexa 4. Investigații de primă linie în endometrioză



Anexa 5. Examinări de linia a doua și a treia în evaluarea extensiei endometriozei



Anexa 6. Strategia de diagnostic pentru simptomele durerii pelvine cronice (dismenoree, dispareunie, durere non-menstruală)



Anexa 7. Sisteme de clasificare a endometriozei

Stadializarea are la bază obținerea unui scor dependent de mai multe variabile precum: localizare, numărul leziunilor, adâncime, existența aderențelor, gradul afectării fundului de sac posterior.S-a dorit obținerea unei stadializări cuprinzătoare, de aceea întâlnim o multitudine de propuneri de sisteme de clasificare. Cele mai folosite sisteme de clasificare sunt: clasificarea rASRM (revizuită a Societății Americane a Medicinei Reproductive), scorul EFI (index de fertilitate în endometrioză) și scorul ENZIAN pentru endometrioza profund infiltrativă.

Anexa 7.1. Clasificarea revizuită a endometriozei conform Societății Americane a Medicinei Reproductive (SAMR / rASRM)

Cele 4 stadii sunt, în concordanță cu Societatea Americană a Medicinei Reproductive (American Society for Reproductive Medicine):

- I (minimă);
- II (ușoară);
- III (moderată);
- IV (severă).

În 1996, Societatea Americană a Medicinei Reproductive a revizuit sistemul de clasificare pe baza unor noi informații descoperite în timpul intervențiilor chirurgicale, adăugând și criterii morfologice. Valorile sunt atribuite în funcție de localizarea leziunilor, folosind puncte care corespund mărimii acestora. La final, toate punctele vor fi adunate, iar rezultatele vor corespunde unui stadiu.

Astfel, în funcție de localizarea, extensia și profunzimea implanturilor, prezența și severitatea aderențelor, prezența endometrioamelor, stadiile sunt:

- stadiu I (endometrioză minimă) 1-5;
- stadiul II (endometrioză ușoară) 6-15;
- stadiul III (endometrioză moderată) 16-40;
- stadiul IV (endometrioză severă) >41.

Stadiile I și II au o localizare superficială și aderențe minime, iar stadiile III și IV prezintă endometrioame și aderențe mult mai extinse.

Localizare	Endometrioză	<1cm	1-3 cm	>3 cm
Peritoneu	Superficială	1	2	4
	Infiltrativă	2	4	6
Ovar	Drept - superficială	1	2	4
	Drept- infiltrativă	4	16	20
	Stâng- superficială	1	2	4
	Stâng- Infiltrativă	4	16	20
Obliterarea fundului de sac Douglas		parțială		completă
		4		40
Aderenţe		Cuprind <1/3	1/3 – 2/3	>2/3
Ovare				
Drept	Velamentoase	1	2	4
	Dense	4	8	16
Stâng	Velamentoase	1	2	4
	Dense	4	8	16
Trompe uterine				
Dreaptă	Velamentoase	1	2	4
	Dense	4*	8	16
Stângă	Velamentoase	1	2	4
	Dense	4*	8	16

*Dacă extremitatea fimbriată a trompei uterine este inclusă complet în aderențe, se va schimba valoarea cu 16

Tabel 1. Clasificarea revizuită a endometriozei conform Societății Americane a Medicinei Reproductive (rASRM)

Acestă clasificare nu poate oferi date prospective referitoare la progresia bolii, recidivă sau managementul infertilității. Un alt dezavantaj reprezintă faptul că leziunile endometriozice situate profund retroperioneal nu sunt cuantificate. De asemenea, nu există o corelație între extensia leziunilor și durere.

Anexa 7.2. Clasificarea Enzian

Clasificarea Enzian, deși nu este acceptat uniform la nivel internațional, aduce criterii în plus față de clasificarea revizuită conform Societății Americane a Medicinei Reproductive, luând în calcul și localizările retroperitoneale ale endometriozei. Clasificarea Enzian împarte structurile retroperitoneale în compartimente:

- compartimentul A - septul rectovaginal și vaginul;
- compartimentul B - ligamentul sacrouterin al peretelui pelvin (BB - bilateral);
- compartimentul C - rectul și colonul sigmoid.

Severitatea este cuantificată în același mod pentru toate compartimentele:

- gradul 1 - invazie < 1cm;
- gradul 2 - invazie 1-3 cm;
- gradul 3 - invazie >3 cm.

Invazia profundă a endometriozei ce trece de micul bazin, precum și invazia organelor adiacente este abordată separat:

- FA - adenomioză;
- FB - invazia vezicii urinare;
- FU - invazie intrinsecă a ureterului;
- FI - invazie intestinală cranială de joncțiunea recto-sigmoidiană;
- FO - alte localizări (perete abdominal).

Anexa 7.3. EFI (endometriosis fertility index/ index de fertilitate în endometrioză)

Clasificările discutate mai sus, în conformitate cu ghidurile Societății Americane a Medicinei Reproductive prezintă anumite limitări în aprecierea eficientă a ratei de obținere și păstrare a unei sarcini după intervențiachirurgicală în tratamentul endometriozei. Nu există un protocol terapeutic care să confirme o primă linie terapeutică în această boală din punctul de vedere al managementului infertilității, deși se preferă tehinicile de medicină reproductivă asistată (în special la pacientele cu complicații post-operatorii care îngreunează considerabil obținerea unei sarcini în mod natural).

Indexul de fertilitate în endometrioză (EFI) este un scor folosit din anul 2010 în special pentru femeile care își doresc păstrarea fertilității după aplicarea metodelor de tratament pentru endometrioză. Scorul EFI se bazează pe antecedentele personale fiziologice și patologice ale pacientei (vârsta, durata infertilității, istoricul sarcinilor precedente) și pe factori chirurgicali (scorul funcționalității cea mai scazute –least function score, scor AFS, scor AFS total). Astfel, EFI poate fi considerat primul scor care oferă un rezultat clinic după diagnosticarea și tratarea chirurgicală a endometriozei.

Scorul funcționalității cea mai scăzută (Least function – LF) la finalul intervenției

Scor Descriere

4 = Normal
3 = Disfuncție ușoară
2 = Disfuncție moderată
1 = Disfuncție severă
0 = Nefuncțional sau absent

	Stânga	Dreapta
Trompă uterină		
Fimbrii		
Ovar		

Pentru a calcula scorul LF adunați scorul cel mai mic pentru partea stângă cu scorul cel mai mic pentru partea dreapta. Dacă un ovar este absent pe o parte scorul LF se obține dublând scorul cel mai scăzut de pe partea cu ovarul restant.

Cel mai mic scor [ ] + [ ] = [ ]

Stânga Dreapta Scor LF

INDICELE DE FERTILITATE ASOCIATĂ ENDOMETRIOZEI (EFI)

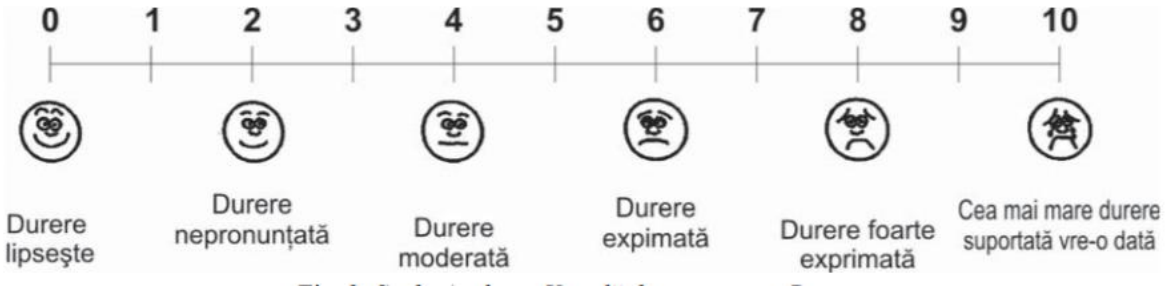
Factori ce țin de istoricul pacientei

Factor	Descriere	Punctaj
Vârsta		
	≤ 35 ani	2
	Între 36 și 39 de ani	1
	≥ 40 ani	0
Ani de fertilitate		
	≤ 3 ani	2
	> 3 ani	0
Sarcini anterioare		
	Sarcini în antecedente	1
	Fără sarcini in antecedente	0

Factori chirurgicali

Factor	Descriere	Punctaj
Scorul LF		
	Scor LF = 7-8 (scor ridicat)	3
	Scor LF = 4-6 (scor moderat)	2
	Scor LF = 1-3 (scor scăzut)	0
Scor AFS al leziunilor endometriozice		
	< 16	1
	≥ 16	0
Scor total AFS		
	< 71	1
	≥ 71	0

Total factori ce țin de istoric		Total factori chirurgicali	

EFI = total factori ce țin de istoric + total factori chirurgicali: [ ] [ ] [ ]

Anexa 8. Scala analog-vizuală