

ENDOMETRIOZA, NJË ENIGMË NË RRIJJE



**Brikena Dacaj -
Elshani**

Profesor Asistent

*Specialist i Gjinekologjisë
dhe Obstetrikës*

Endometrioza është një çrregullim/sëmundje e diskutueshme ku indet të cilat normalisht ndodhen në endometër (brenda në mitër) rriten jashtë mitrës. Gjatë zhvillimit të sëmundjes indet endometriale vazhdojnë të sillen normalisht, pra fillimisht ato proliferojnë dhe më pas shkolliten dhe gjakosin gjatë çdo cikli menstrual. Duke qenë se nuk kanë hapësirë që të dalin jashtë trupit, ato grumbullohen në organin ku janë implantuar. Indet strehuese irritoehen, zhvillojnë aderenca dhe e gjithë kjo shkakton dhimbje, të forta, sidomos gjatë menstruacioneve.[1,2]

Disa lokalizime të endometriozeës përfshijnë:

- Tubat fallopian.
- Vezoret.
- Vagina.
- Peritoneum
- Ligament uterosakrale
- Hapësira vezikouterine /rektouterine
- Fshikëza dhe ureterit
- Zorrët / Rektumi
- Diafragma, pleurë, perikard
- Cikatriks të plagëve kirurgjikale

tur. Depozitimi i makrofagëve me hemosiderinë brenda murit të cistit për shkak të hemorragjisë është një tipar patologjik i endometriomës.

2. Endometrioza e thellë (infiltruese) mund të shkaktojë dhimbje të forta pelvike dhe infertilitet dhe përkufizohet në mënyrë klasike nga infiltrimi i indit endometrial 5 mm nën sipërfaqen peritoneale. Infiltrimet në rektosigmoid, kavitetin e Douglas-it, ligamentin uterosakral, rotund dhe septumin rektovaginal janë vendet më të shpeshta. Përfshirja ekstra-peritoneale e endometriozeës mund të shkaktojë ngushtim të ureterit duke rezultuar në hidronefroreter.

3. Endometrioza e zorrëve

Rektosigmoidi është vendi më i zakonshëm i ndjekur nga regjioni ileocekal dhe rektumi. Implantet endometriale ngjiten në serozën e zorrëve dhe infiltrojnë shtresat muskulore për rrjedhojë trashin murin e zorrëve.

4. Endometrioza abdominale/retroperitoneale/pelvike shpesh mund të përfshijë hapësirën retroperitoneale, kavitetin abdominal dhe zakonisht zhvillohet në lidhje me plagët e mëparshme kirurgjikale.

5. Endometrioza torakale është e rrallë dhe klasifikohet si endometriozeë pleurale ose parenki-

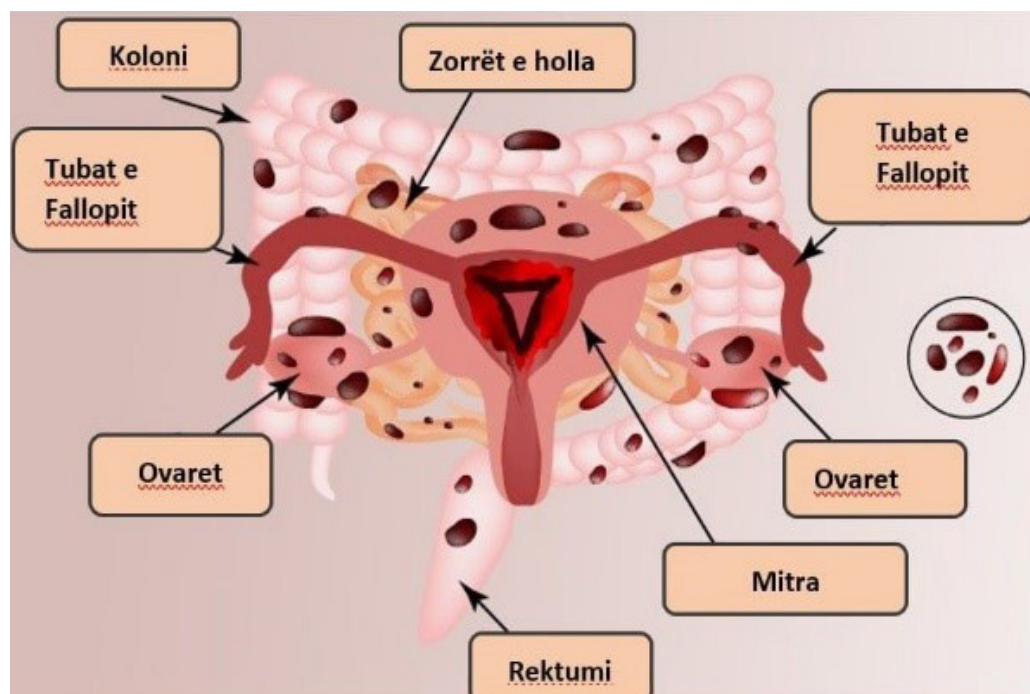


Figura 1. Lokalizimet më të shpeshta të endometriozeës (News and Research Portal /The Endometriosis Foundation of America).

Llojet e endometriozeës

1. Endometriomat ovariane (cistet endometriotike/ "cistet çokollatë") karakterizohen nga gjaku luminal si pasojë e hemorragjisë ciklike të përsëri-

male. Pacientët me endometriozeë pleurale ankohen për dhimbje gjoksi dhe dispne për shkak të pneumotoraksit ose hemotoraksit, ndërsa pacientët me endometriozeë parenkimale zakonisht ankohen për hemoptizi gjatë menstruacioneve. Fig.2.

6 Endometrioza polipoide është një variant i rrallë me karakteristika histologjike të ngjashme

Korrespondenca:
brikena.elshani@uni-pr.edu

ENDOMETRIOZA, NJË ENIGMË NË RITJE



Romina Rakipaj

Specialist i Gjinekologjisë dhe
Obstetrikës

me polipet endometriale. Prek gratë në menopauzë, faktorët hormonalë dhe terapia me estrogen ose përdorimi i tamoxifenit mund të luajnë një rol në patogjenezën e saj.

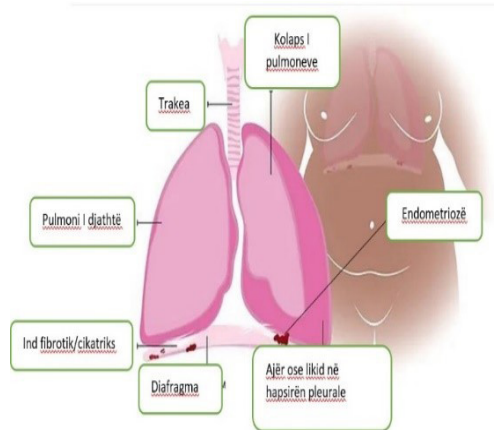


Figura 2. Endometrioza torakale. (The endometriosis foundation of America, CNBC, womenhealth.gov/endometriosis.org).

Shkaku i endometrioze është ende i panjohur por disa nga teoritë e sëmundjes mbeten:

1. Teoria e Sampsonit - menstruacioni retrograd gjatë të cilit gjaku menstrual me qeliza endometriale rrjedh nëpërmjet tubave të fallopit dhe përhapet në hapësirën pelvike dhe më tej.
2. Teoria Mayer - Metaplazia celomike: disa qeliza të peritoneumit shndërrohen në qeliza endometriale. Duke qenë se ovaret dhe duktuset mulleriane origjinojnë nga epiteli celomik metaplasia mund të shpjegojë endometriozen ovariale.
3. Çrregullime të sistemit imunitar: Paaftësia e organizmit për të shkatërruar indet endometriotike.
4. Teoria e diseminimit: qelizat endometriale migrojnë përmes rrugëve limfatike, të gjakut apo kirurgjikale dhe pasi arrijnë në inde dhe organe të tjera, implantoohen duke dhënë endometrioze.
5. Teoria e induksionit - faktorë të ndryshëm bikomik mund të indukojnë qelizat e padiferencuara embrionale për tu zhvilluar në ind embriotik.
6. Endometrioza premenarkale - si pasojë e mbetjeve embriotike mulleriane të shkaktuara nga gjakderdhjet uterine neonatale si pasojë e ekspozimeve hormonale maternale.[7]

Faktorët që rrisin rrezikun e endometrioze: [2,4]

- Menarka e hershme.
- Menopauza e vonshme.
- Polimenorrhea /Menometrorrhagia
- Nivelet e larta të estrogenit.
- Indeks të ulët të masës trupore.

• Anamnezë familjare për endometrioze.

• Infeksione pelvike të përsëritura.

• Çdo gjendje shëndetësore që pengon daljen e gjakut gjatë menstruacioneve, si dhe problemet e traktit riprodhues.

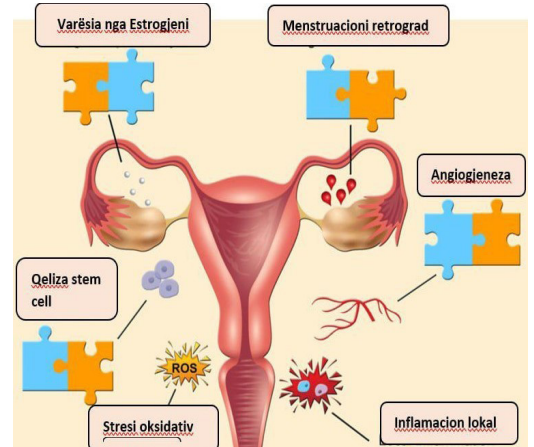


Figura 3. Patofiziologjia e endometrioze (Journal of Translational Medicine- article 311(2020)).

Simptomat e Endometrioze

Ka shumë simptoma që lidhen me endometriozen por kryesore është dhimbja, e cila zakonisht mund të ndjehet në bark, zonën pelvike dhe pjesën e poshtme të shpinës, por jo të gjithë pacientët përjetojnë simptoma. Ndonjëherë endometrioza zbulohet rastësisht gjatë ndonjë procedure tjetër apo testeve për infertilitet.[1,2,4]

• Menstruacione të dhimbshme (dysmenorrhea) - Dhimbjet pelvike dhe krampet mund të nisin përpara e të zgjatin disa ditë gjatë ciklit.

• Dispareunia - dhimbje gjatë marrëdhënieve seksuale.

• Gjakderdhje e shtuar gjatë ciklit ose njolla (spotting) ndërmjet cikleve.

• Infertilitet.

• Anomali endokrine si anovulacion, dëmtim i rritjes folikulare, hiperprolaktinemi, galaktorre, sindrom i folikulit luteal të paruptuar.

• Simptoma të tjera gjatë ciklit, zakonisht në lokalizimet ekstrapelvike të endometrioze, janë: lodhje, të përziera, diarre, kontipacion, distendim abdominal, hematuri, rektoragji, dizuri, si dhe hemoptizi apo hemotoraks.

Si diagnostikohet endometrioza

Në shumicën e rasteve, diagnostikimi i endometrioze fillon me tablon klinike. Menstruacionet e dhimbshme mund të jenë një arsye për t'u konsultuar me mjekun.[2,8,9,12]

• Ekzaminimi pelvik: ku vlerësohet prania e cistëve dhe adezioneve të organeve përreth mitrës.

Korrespondenca:
rominarakipaj@gmail.com

•Ekografia transabdominale, tranvaginale apo transrektale tregon për praninë e cisteve endometriotike.

• Të dhënat laboratorike: gjak komplet për ta diferencuar nga infeksione pelvike, markuesi CA125 me sensibilitet të ulët, markuesi CCR1 mRNA me sensibilitet më të lartë.

• CT/MRI përcakton më mirë përmasat dhe strategjinë trajtuese.[9,10]

Në këtë ekzaminim vihet re dhe shenja e puthjes së vezoreve ku dy vezoret mund të jenë duke prekur njëra-tjetrën në kavitetin Douglas për shkak të adhezioneve. Kjo lidhet me ashpërsinë e sëmundjes dhe infertilitetit. Ndërsa “shenja e gjethes së tërflilit”: formohet nga të paktën tre organe si vezoret, mitra ose rektumi, të bashkuara në qendër për shkak të adhezioneve.

•Laparoskopia si “Gold Standart” është e vetmja mënyrë për diagnozën përfundimtare të endometrioze dhe trajtimin e saj. Gjatë kësaj procedure mund të merret biopsi për të konfirmuar diagnozën histologjikisht.[10,4]

•Diagnoza rastësore gjatë procedurave të tjera mjekësore në personat jo simptomatik.

Klasifikimi

Klasifikimi i endometrioze mbetet ai i Shoqatës Amerikane të Fertilitetit që merr në konsideratë pamjen makroskopike, madhësinë dhe thellësinë e infiltrimit të implanteve peritoneale dhe ovariale, praninë e aderencave dhe prekjen e kavitetit Douglas.[5,8]

Nëpërmjet këtij klasifikimi vlerësohen 4 stadet e sëmundjes:

Stadi I - minimal: 1-5 pikë

Stadi II - I lehtë: 6-15 pikë

Stadi III - I moderuar:16-40 pikë

Stadi IV - I rëndë: > 40 pikë

Komplikimet

Komplikimi kryesor i endometrioze është infertiliteti. Afërsisht një e treta deri gjysma e femrave me endometrioze kanë vështirësi për të mbetur shtatzënë. Endometrioza me reaksionet indore mund të mbyll tubat e fallopit, të dëmtojë fimbriet, motilitetin, folikulogjenezën apo funksionin uterin gjë që sjell infertilitet. [3,4,11,12]

Ruptura e endometriomës mund të ndodhë në 3% të rasteve dhe të shkaktojë peritonit akut me dhimbje të forta abdominale.

Përdredhja e endometriomës është më pak e zakonshme se e masave të tjera

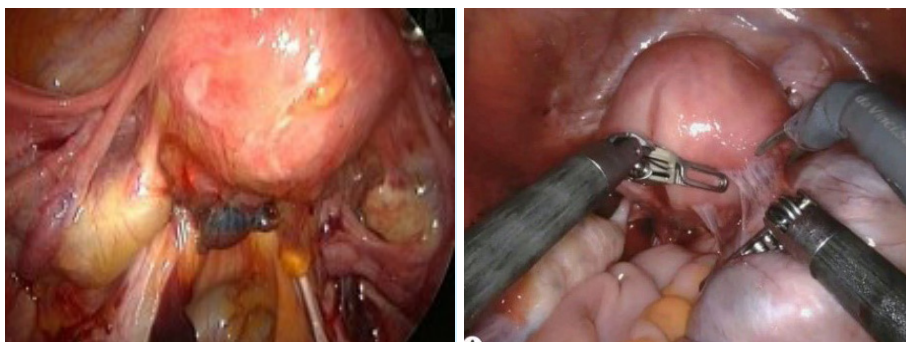


Figura 4. a) Pamje laparoskopike e endometrioze, b) adhezione të shumta midis endometriomës rektumit dhe peritoneumit në kavitetin Douglas (www.grsjournal.org/journal/view)

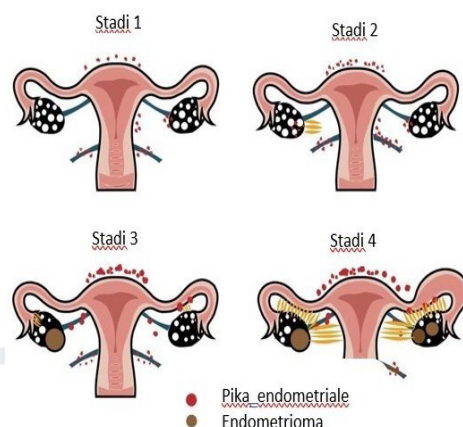


Figura 5. Stadet e Endometrioze (Endometriosis and Fertility - Bigfertility project 2023 Dr. Matt Prior).

Tabela 1. Diagnoza diferenciale e Endometrioze

Diagnoza diferenciale e endometrioze	
Gjinekologjike	Jo Gjinekologjike
<p>Semundja Inflamatore pelvike Abcesi Tubo-ovarial Salpingiti Endometriti Cisiti hemoragjik ovarial Torsion Ovari Dysmenorea parësore Degjenerimi i leiomiomës</p>	<p>Cisti intersticial Infeksioni kronik i traktit urinar Kalkuloza renale Semundja inflamatorë e zorrës Divertikuliti Limfadeniti mezenterial Cregullimet muskulo-skeletike</p>

Tabela 2- Klasifikimi i endometrioze sipas AFS (The American Fertility Society)

Sipas vatrave të endometrioze		Perhapja e vatrës		
Lokalizimi si ind	Thellessia e vatrës	< 1 cm	1-3 cm	> 3 cm
PERITONEUMI	Sipërfaqësore	1	2	4
	E thelle	2	4	6
VEZORE	Dx Siperfaqësore	1	2	4
	E thelle	4	16	20
	Sin Siperfaqësore	1	2	4
	E thelle	4	16	20
Obliterimi i Duglasit		parcial 4	I plote 40	
ADERENCAT		PERHAPJA E VATRAVE		
		< 1/3 mbyllur	1/3-2/3 mbyllur	> 2/3
VEZORET	Te imta djathtas	1	2	4
	Te dendura Dx	4	8	16
	Te holla majtas	1	2	4
	Te dendura Sin	4	8	16
TUBAT	Te imta djathtas	1	2	4
	Te dendura dx	4x	8x	16
	Te imta majtas	1	2	4
	Te dendura Sin	4x	8x	16

adnexale për shkak të adezioneve shoqëruese. Paraqet dhimbje akute në pjesën e poshtme të barkut.

Sëmundja inflamatore pelvike (PID) mund të jetë ndërlëkim i endometriomave.

Karcinomat: Endometrioma klasifikohet si një lezion prekursor i karcinomave dhe në rastet e diagnostikuara me endometrioze vihet re një rritje e disa tipave të rrallë të kancerit të vezores. Tipat më të shpeshtë histologjik janë: endometrioid, borderline seromucinoz dhe carcinoma me qeliza të qarta.

Trajtimi

Krijimi i planit të trajtimit për endometriozen bazohet në disa faktorë:

- Stadin e endometrioze
- Planet për shtatzëni
- Mosha
- Gravitetin e simptomave

Për trajtimin e dhimbjeve mund të përdoret çdo antiinflamator josteroid të cilët duke frenuar prodhimin e prostaglandinave lehtësojnë dhimbjet, por edhe terapia hormonale shtesë është efektive.[3,5,12]

Kontraktivët kontrollojnë ndryshimet endometriale duke simuluar amenorrhen çka redukton menstruacionin retrograd duke ulur rrezikun për progres të sëmundjes, si dhe lehtëson dhimbjet. Por nuk ka të dhëna bindëse pasi implantet endometriale i rezistojnë atrofisë së induktuar dhe në shumicën e rasteve aktivizohen pas terapisë.

Gonadotropin-releasing hormone (Gn-RH) agonists/antagonists.

Këto medikamente frenojnë prodhimin e steroideve ovarial, ulin nivelin e estrogenit, çka çon në zvogëlim të implanatimeve endometriale dhe remision të sëmundjes gjatë kohës së përdorimit. Kjo në thelb vë në pritje sistemin riprodhues si një mënyrë për të lehtësuar dhimbjen dhe shkaktojnë një gjendje pseudomenopauze, ndaj shpesh herë japin efekte anësore si afshe, tharje vaginale, ndryshime në sjellje.

Antagonistët e progesteronit mund të frenojnë endometriozen në saje të efektit të tyre antiproliferativ mbi endometër pa rrezik për hipoestrogenizëm dhe osteoporozë.

Danazoli e frenon prodhimin e hormoneve ovarial duke ndaluar menstruacionin dhe lehtësuar simptomat e endometrioze, por nuk është zgjedhje e parë për shkak të efekteve anësore si akne, dhe rritje të qimeve në fytyrë.

Medroxyprogesterone - shkakton decidualizim të endometrit të shoqëruar me atrofi duke penguar rritjen e implanatimeve endometriale por ka efekte anësore si shtimi në peshë, ulje e prodhimit kockor dhe gjendje depressive.

Inhibitorët e aromatases - përdorimi i këtyre medikamenteve ndihmon në lehtësimin e dhimbjeve. Efekti i tyre realizohet nëpërmjet bllokimit të prodhimit të estrogenit dhe konvertimit të androstenedionit dhe testosteronit në estrogen. Për të ulur efektin e tyre në humbjen kockore dhe foli-

kulare duhen marr në kombinim me agonist GnRH ose kontraktiv estrogjen-progestativ.

Trajtimi kirurgjikal

Mund të jetë konservativ që synon në heqjen e vatrave të endometrioze, cisteve endometriotik, apo heqjen e aderencave të brendshme nëpërmjet laparoskopisë apo laparotomisë, duke ruajtur tërësinë e aparatit riprodhues dhe fertilitetit.[3,5,10]

•Laparoskopi: metoda më adekuate me rrezik të ulët për formim të aderencave postoperative.

•Laparotomi: rezervohet në statet e avancuara kur nuk mund të realizohet laparoscopia.

Lezionet sipërfaqësore ovariale mund të evaporizohen. Endometriomat e vogla ovariale (më pak se 3 cm) mund të aspirohen, irrigohen me cistoskopi ovariale. Endometriomat e mëdha (mbi 3 cm) duhet të aspirohen të ndjekura nga incizimi i mureve të cistit prej korteksit ovarial. Për të parandaluar rekurenat, duhet të hiqet muri i cistit të endometriomës, duke ruajtur indin ovarial normal.

•Ovarektomi/Histerekтоми: Metodrat radikale rezervohen në raste të rënda, në stadi të avancuara të endometrioze në varësi të moshës dhe dëshirës për riprodhim.

•Trajtimi hormonal pre/post-operator: Te pacientët me endometrioze të rëndë rekomandohet që trajtimi kirurgjikal të paraprihet nga një regjim medikamentoz për të reduktuar vaskularizimin dhe madhësinë e noduseve. Ndërkohë që pas operacionit terapia hormonale redukton recidivat endometriale.

Opsione terapeutike të tjera

•Modulatorët e citokinave: proteina lidhëse TNF alfa rekombinante, mund të reduktojë deri në 64% lezionet endometriotike peritoneale, duke frenuar zhvillimin e endometrioze dhe të aderencave të lidhura me të.

•Anti-inflamacioni: antagonistët e receptorëve të leukotrieneve mund të jenë të dobishëm në pacientët me endometrioze të cilët nuk i përgjigjen trajtimit me frenues të sintezës së prostaglandinave.

•Frenimi i metaloproteinazave të matriksit MMP: ngadalëson zhvillimin e lezioneve ektopike të endometrit (ende nuk ka raporte klinike).

•Skleroterapia - metodë jo kirurgjike për trajtimin e endometriomave ovariale.

Trajtimi i inertilitetit

Trajtimi i infertilitetit të lidhur me endometriozen është në varësi të moshës, kohëzgjatjes së infertilitetit, stadi të endometrioze, përfshirjes së ovarëve dhe/ose tubave në procesin patologjik, terapisë së mëparshme, simptomave shoqëruese si dhe në varësi të prioriteteve të pacientes, duke marrë në konsideratë edhe kostot e trajtimit dhe rezultatet e pritshme. Trajtimi kirurgjikal indikohet nëse endometrioza shkakton distorsion mekanik të arkitekturës pelvike dhe kryhet nëse është i mundshëm rikonstruksioni i anatomisë pelvike. Trajtimi medikamentoz preoperator mund të jetë i dobishëm në reduktimin e endometrioze ndërkohë që ai postoperator indikohet rrallë sepse nuk ka treguar efikasitet dhe nuk lejon arritjen e shtatzënisë.[6,7,12]

Teknikat e riprodhimit të asistuar: Inseminimi intrauterin, fekondimi artificial, transferimi intrafalopian i gametëve, injektimi intracitoplazmatik i spermatozoidit (IUI, IVF, GIFT, ICSI) konsiderohen si opsione për trajtimin e infertilitetit ndaj rikonstruksionit kirurgjikal dhe menaxhimit pritës. Nëse dëmtimi i anatomisë tubo-ovariale kundërshton përdorimin e IUI ose GIFT, IVF është metoda e preferuar. Mendohet se përdorimi i danazolit ose i agonistëve të GnRH para IVF përmirëson përqindjen e shtatzënisë.[6]

Rekurencat

Endometrioza konsiderohet një sëmundje kronike me tendencë për rishfaqje sidomos nëse

nuk është realizuar terapia definitive. Përqindja e rekurencës është në varësi të stadi të sëmundjes, kohëzgjatjes dhe kirurgjisë së mëparshme. Pacientet lehtësohen nga dhimbja pas operacionit, por simptomat mund të kthehen brenda pak vitesh. Dhimbja rishfaqet pas 5 vitesh në rreth 20% të pacienteve të trajtuara me rezeksion të vatrave endometriotike.[12]

Referencat:

1 International working group of AAGL, ESGE, ESHRE and EES, Tomassetti C, Johnson NP, et al. An international terminology for endometriosis, 2021. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2021;28:1849

2 Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. *N Engl J Med*. 2020;26(382):1244-56.

3 Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, Fedele L. Endometriosis: Pathogenesis and treatment. *Nature Reviews Endocrinology*. 2014;10:261

4 Shafir AL, Farland LV, Shah DK, Harris HR, Kvaskoff M, Zondervan K, et al. Risk for and consequences of endometriosis: A critical epidemiologic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018;51:1-15.

5 Saunders PTK, Horne AE. Endometriosis: Etiology, pathobiology, and therapeutic prospects. *Cell*. 2021;27(184):2807-24

6 Canis M, Donnez JG, Guzik DS, Halme JK, Rock JA, Schenken RS, Vernon ME. Revised american society for reproductive medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril*. 1997;67(5):817-21. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(97\)81391-X](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(97)81391-X)

7 Marsh EE, Laufer MR. Endometriosis in premenarcheal girls who do not have an associated obstructive anomaly. *Fertility and Sterility*. 2005;83:758

8 Johnson NP, Hummelshoj L, Adamson GD, Keckstein J, Taylor HS, Abrao MS, et al. World Endometriosis Society consensus on the classification of endometriosis. *Hum Reprod*. 2017;32:315-24

9 Burla L, Scheiner D, Samartzis EP, Seidel S, Eberhard M, Fink D, et al. The ENZIAN score as a preoperative MRI-based classification instrument for deep infiltrating endometriosis. *Arch Gynecol Obstet*. 2019;300:109-16.

10 Thomassin-Naggara I, Lamrabet S, Crestani A, Bekhouche A, Ehab CA, Kermarrec E, et al. Magnetic resonance imaging classification of deep pelvic endometriosis: description and impact on surgical management. *Hum Reprod*. 2020;35:1589-600.

11 Lee HJ, Park YM, Jee BC, et al. Various anatomic locations of surgically proven endometriosis: A single-center experience. *Obstetrics & Gynecology Science*. 2015;58:53

Tabela 3. Pasqyra përmbledhëse e Endometrioze (The endometriosis foundation of America, CNBC, womenshealth.gov/endometriosis.org).

