

Prof. Dr. Horace Roman, a primit titlul de Doctor Honoris Causa al UMF „Carol Davila” din București

Interviu cu Prof. Dr. Horace Roman

Centrul de Endometrioză, Clinica Tivoli Ducos din Bordeaux - Franța

106
MARTIE - APRILIE 2019

GINECOLOGIE

GINECOLOGIE GINECOLOGIE GINECOLOGIE GINECOLOGIE GINECOLOGIE GINECOLOGIE GINECOLOGIE GINECOLOGIE GINECOLOGIE

Prof. Dr. Horace Roman, medic român recunoscut pe plan mondial în tratamentul chirurgical și managementul endometriozei a primit în data de 6 februarie, titlul de Doctor Honoris Causa pentru activitatea sa profesională și de cercetare din partea Universității de Medicină și Farmacie „Carol Davila” din București, la propunerea domnului Prof. Dr. Nicolae Suci. În prezent lucrează ca medic primar chirurg la Clinica Tivoli Ducos din Bordeaux, Franța.



Domnule Profesor, pe data de 6 februarie, reprezentanții Universității de Medicină și Farmacie „Carol Davila” din București, v-au acordat titlul de Doctor Honoris Causa la propunerea domnului Prof. Dr. Nicolae Suci. Ce reprezintă această distincție pentru cariera dumneavoastră profesională?

Este o imensă onoare și o mare plăcere să revin la București, capitala patriei mele pentru a primi titlul de Doctor Honoris Causa. Acest titlu este o recunoaștere a muncii desfășurate atât pe plan clinic cât și pe plan științific dar și a rezultatelor obținute până acum în domeniul endometriozei.

De ce credeți că endometrioza este boala secolului XXI?

Endometrioza poate fi considerată din punctul meu de vedere boala secolului XXI prin prisma modificărilor care au apărut și apar în modul de viață al oamenilor care s-a schimbat masiv în ultimii 50 de ani. Astfel, ca și consecință observăm o creștere a prevalenței endometriozei. Trebuie să știm că endometrioza a fost pentru prima dată descrisă la mijlocul secolului XIX iar primele articole științifice pe această temă datează de la începutul secolului XX. La începutul secolului XX, endometrioza era operată în cadrul serviciilor de ginecologie sau chirurgie digestivă însă pionierii chirurgiei laparoscopice care au redescoperit endometrioza după ce chirurgia laparoscopică a fost introdusă pe scară largă au constatat că, numărul pacienților cu endometrioză care solicitau un tratament din cauza durerii sau din cauza scăderii calității vieții a explodat mai ales în ultimii 30 de ani. Trebuie să ne punem întrebarea dacă acest lucru nu este datorat faptului că endometrioza este mai frecvent diagnosticată astăzi și dacă nu cumva, acum 20-30 de ani pacientele care descriu simptome specifice en-

dometriozei erau considerate fragile psihologic astfel nefiind diagnosticate corect. Însă, trebuie să avem în vedere că endometrioza este o patologie cu substrat hormonal, care evoluează prin succesiunea menstruațiilor, și că în ultimii 50 ani au apărut modificări în societate și în modul de viață cotidian care a multiplicat numărul menstruațiilor pe care o femeie le va avea până la prima sarcină. Dacă ne gândim la modelul societății de acum 50 sau 100 de ani, femeile nășteau primul copil la vârsta de 17-18-19 ani și fiecare femeie avea mai multe sarcini. Existau astfel, perioade mult mai lungi de amenoree fiziologică datorate fie sarcinii fie perioadei de alăptare. În momentul de față prima sarcină apare în jurul vârstei de 30 de ani, deci o femeie care are o primă menstruație la vârsta de 11-12 ani au deja 18 ani de menstruație până la prima sarcină, deci până la prima perioadă de amenoree fiziologică. Astfel încât, este normal să avem un teren care favorizează mult dezvoltarea endometriozei datorită succesiunii neîntrerupte pe o perioadă mult mai lungă a menstruațiilor.

Este mediul în care trăim un alt factor care poate fi discutat?

Sigur că da. Viața modernă, deși una confortabilă și ușoară, implică numeroase produse care conțin perturbatori endocri și care pot accelera apariția unei regiuni de endometrioză. Aceștia se pot găsi sub numeroase forme în multe din produsele de uz cotidian care ne înconjoară – de la alimentele consumate la obiecte de îmbrăcăminte și chiar în aer. Am discutat cu pionierii chirurgiei în domeniul endometriozei care acum au vârste între 75 și 80 de ani, aceștia rămânând surprinși de frecvența și gravitatea cazurilor care se operează astăzi în toate serviciile specializate din lume.



Prof. Dr. Horace Roman, a primit titlul de Doctor Honoris Causa al UMF „Carol Davila” din București

Interviu cu Prof. Dr. Horace Roman

Centrul de Endometrioză, Clinica Tivoli Ducos din Bordeaux - Franța

GINECOLOGIE

GINECOLOGIE GINECOLOGIE GINECOLOGIE GINECOLOGIE GINECOLOGIE GINECOLOGIE GINECOLOGIE GINECOLOGIE GINECOLOGIE

Care sunt noutățile în endometrioza profundă și cum putem ajuta pacientele cu endometrioza rectală?

Noutățile sunt legate de modul de utilizare al opțiunilor terapeutice deja existente în lupta împotriva endometriozei. În ultimii 10 ani, majoritatea chirurgilor care practică tratamentul chirurgical al endometriozei au devenit conștienți de consecințele tratamentelor chirurgicale oferite pacientelor cu endometrioza. Trebuie să clarificăm faptul că pentru o lungă perioadă de timp abordarea chirurgicală a endometriozei a fost inspirată de chirurgia oncologică, scopul chirurgilor fiind acela de a rezeca complet toate leziunile de endometrioza pentru a evita o ipotetică recidivă. Această paradigmă este identică cu cea a chirurgiei oncologice atunci când se realizează cura unei formațiuni tumorale. Problema apare deoarece speranța de viață a pacientelor cu endometrioza este mai mare decât cea a pacientelor oncologice, endometrioza fiind o boala benignă. În prezent, speranța de viață pentru femei oscilează între 80 și 90 de ani. De exemplu, o pacientă operată la vârsta de 30 de ani va mai avea încă 50 de ani de viață postoperator iar orice sechele care pot apărea postoperator vor avea un impact de lungă durată asupra calității vieții pacientei. S-a stabilit astfel, printre chirurgii care abordează această patologie a endometriozei, necesitatea de a avea tehnici care să evite cât mai mult sechelele postoperatorii, cum ar fi tehnica de "nerve sparing" – conservarea nervilor pelvini atunci când aceștia nu sunt infiltrați. De asemenea, s-au stabilit noi abordări în modul în care se iau deciziile terapeutice și anume, se evită acum excizia completă atunci când aceasta duce la denervarea ireversibilă a vezicii urinare sau a altor organe. Toate aceste schimbări au rolul de a centra abordarea terapeutică pe pacient și pe calitatea vieții, care acum are prioritate în fața riscului de recidivă.

Putem vorbi de un risc de recidivă?

Riscul de recidivă este un termen foarte vag și majoritatea celor care îl folosesc nu îl definesc corect atunci când vorbim de endometrioza. Recidiva în acest caz implică reapariția unei dureri după operație sau apariția unei leziuni. Dacă este vorba de durere postoperatorie trebuie să avem în vedere că durerea nu are neapărat legătură cu o recidivă a endometriozei ci poate fi legată și de alte cauze cum ar fi o iritație a nervilor pelvini. Când vorbim de recidivele de leziuni trebuie să înțelegem că nu toate leziunile recidivează la fel și că riscul de recidivă diferă între diferitele tipuri de leziuni de endometrioza. Din punctul meu de vedere, chisturile de endometrioza ovariene sunt leziunile care au cel mai mare risc de recidivă. Ele se pot forma în continuu, de fiecare dată când pacientele au menstruație apărând un chist nou chiar și pe ovarul contralateral. Din fericire, aceste chisturi nu au mereu expresie clinică de tip dureros. În schimb, endometrioza colorectală recidivează foarte rar după o rezecție colo-rectală corect realizată.

Ce soluții avem pentru femeile care se confruntă cu această problemă și care își doresc o sarcină?

Femeile care se confruntă cu endometrioza profundă dar își doresc o sarcină pot beneficia de o intervenție chirurgicală sau o tehnică de fertilizare in vitro. Deși femeile care suferă de endometrioza profundă pot rămâne însărcinate și în mod spontan, fără

tratament probabilitatea unei sarcini este mult scăzută. Femeile cu endometrioza foarte severă, după ce au fost operate, în cazul în care chirurgul a putut să recupereze cel puțin o trompă uterină și să preserveze rezerva ovariană au șanse crescute pentru o sarcină fie naturală fie prin fertilizare in vitro. În seria pacientelor de la noi din clinică am constatat procentaje de sarcină postoperatorii foarte crescute de 70-80%. Dacă pacientele nu doresc să fie operate sau nu găsesc un serviciu chirurgical care să le poată oferi această opțiune ele pot beneficia de fertilizare in vitro care dă rezultate pozitive chiar și în formele cele mai severe de endometrioza. În această situație, se poate ajunge la un rezultat pozitiv chiar la 70% din cazuri cu condiția ca pacientele să accepte mai multe procedee de stimulare prin IVF. Este important de reținut că, endometrioza în multe cazuri afectează concepția naturală dar că există întotdeauna posibilități de a trata această infertilitate.

Ce ne puteți spune despre experiența dumneavoastră clinică?

Experiența mea clinică se concentrează pe endometrioza și în marea majoritate a cazurilor pe endometrioza profundă cu infiltrație colorectală, ureterală sau a nervilor pelvini. Aproape 80% din timpul meu de lucru este alocat tratamentului pacientelor (consultații și operații) și 20% este alocat cercetării clinice care se realizează cu ajutorul bazei de date pe care am construit-o în ultimii 10 ani. În această bază de date există în jur de 3000 de paciente operate pentru endometrioza, iar dintre acestea aproape 900 sunt operate pentru endometrioza colorectală. Această bază de date este una dintre cele mai mari din lume și constituie de asemenea un instrument valoros pentru urmărirea pacientelor de către personal specializat în managementul datelor și urmărirea pacienților. Este o bază de date fiabilă cu ajutorul căreia am putut publica numeroase articole, aproximativ 220, majoritatea fiind publicate în engleză, pe cohorte constituită din pacientele înrolate în baza de date și având ca temă centrală endometrioza. Din momentul în care am plecat de la Rouen la Bordeaux mi-am concentrat activitatea clinică pe tratamentul chirurgical a endometriozei profunde colorectale. Împreună cu asociatul meu, operăm aproximativ 300 paciente cu endometrioza colorectală pe an, un număr foarte mare față de alte centre franceze, care poziționează centrul nostru din Bordeaux între primele 3 centre europene din punct de vedere al volumului de activitate. Rezultatele acestor intervenții chirurgicale sunt bune dat fiind severitatea cazurilor pe care le abordăm și tratăm. Procentul și riscul de complicații sunt comparabile cu cele descrise în literatură. Fiecare localizare beneficiază de diferite tehnici și opțiuni operatorii pe care eu și colegii mei le aplicăm luând în considerare numeroși factori cum ar fi simptomatologia pacientei, caracteristicile leziunilor, vârsta dar și dorința acesteia de a avea ulterior o sarcină. Încercăm să aplicăm un tratament personalizat pentru fiecare pacient. Acest lucru implică consultații preoperatorii lungi, pentru o localizare colorectală a endometriozei, consultația preoperatorie poate dura chiar o oră, pentru a putea înțelege precis care sunt simptomele, care sunt așteptările pacientei și pentru a putea expune în detaliu procedura operatorie, riscul operator, riscul de recidivă și ce sperăm să obținem ca rezultat. De fapt, în marea majoritate a cazurilor avem o ameliorare clară a pacientelor după operație cu un prognostic foarte bun.