

Endometriosi

Diagnosi precoce per cure più efficaci

a cura di Luigi Frigerio



Si manifesta in genere con forti dolori durante la mestruazione e l'ovulazione, anche se a volte può rimanere "silenziosa" per anni ed essere scoperta quasi per caso nel momento in cui la donna vuole avere un figlio e non ci riesce. Parliamo dell'endometriosi, patologia che riguarda circa il 6-10% delle donne in età fertile (con inizio dalla prima mestruazione e un picco tra i 30-40 anni) e rappresenta una tra le prime cause di infertilità femminile. Sebbene benigna, può però diventare anche molto invalidante e compromettere la qualità di vita di chi ne soffre, con un impatto pesante e non solo a livello fisico, ma anche psicologico.

Quando le cellule "migrano" fuori dall'utero

L'endometriosi è una malattia progressiva legata alla presenza di frustoli (agglomerati di cellule) nella mucosa uterina interna, cioè l'endometrio, che defluiscono al di fuori della cavità uterina, impiantandosi e creando focolai endometrioidici al di fuori dell'utero. In genere si depositano nella cavità peritoneale (ossia la cavità in cui sono contenuti i visceri addominali) a livello delle ovaie, dando origine a quelle che vengono comunemente

chiamate "cisti cioccolato". Alla lunga queste possono finire per occupare l'ovaio sano e sostituirsi ad esso, determinando una riduzione della riserva follicolare ovarica e quindi infertilità (nel 30-40% dei casi). La caratteristica di queste cellule è che subiscono le stesse modificazioni cicliche delle cellule "normali" dell'utero: provocano un'emorragia che non può defluire all'esterno come succede con la mestruazione, ma che si raccoglie nella cavità addominale, provocando disturbi come dolori, ma anche danni ai tessuti. Esistono anche alcuni casi (circa il 10%) in cui i frustoli possono arrivare, per via venosa, anche in altre parti del corpo (intestino, polmoni, cuore etc.).

Un'origine multifattoriale, ma del tutto certa

Le teorie su quali siano le cause di questa patologia sono diver-

UNA "SOFFERENZA" INSOPPORTABILE

La sintomatologia, che oltre al dolore pelvico comprende anche dolore nei rapporti sessuali, dolori addominali e lombari, addome gonfio e stanchezza, inizia qualche giorno prima della mestruazione e tende ad accentuarsi durante il flusso soprattutto verso la fine. Se però la malattia evolve il dolore non solo diventa più forte, ma tende anche a protrarsi anche dopo la fine del ciclo.

LA GRAVIDANZA? UN DESIDERIO A VOLTE "TERAPEUTICO"

Durante la gravidanza il livello di progesterone, che è lo stesso ormone usato nella terapia delle endometriosi di primo e secondo stadio, aumenta e spesso quindi diventare madri (in molti casi facendo ricorso a tecniche di fecondazione assistita) può avere anche un effetto terapeutico sulla malattia.

se. In particolare sembrerebbero giocare un ruolo nella sua insorgenza:

- una predisposizione genetica;
- una predisposizione familiare (chi ha una storia familiare di endometriosi e fibromi uterini è più a rischio);
- alterazioni del sistema endocrino, legate a una quantità eccessiva di estrogeni;
- alterazioni del sistema immunologico (si è visto che la patologia è più frequente in donne che abbiano seguito ad esempio una terapia immunosoppressiva dopo un trapianto);
- mestruazione retrograda, cioè una mestruazione nella quale una parte di sangue va verso l'interno dell'addome attraverso le tube.

Il ritardo nella diagnosi

Nonostante negli ultimi anni se ne parli sempre di più, ancora oggi l'endometriosi troppo

PROF. LUIGI FRIGERIO



Direttore USC Ginecologia e Ostetricia degli Ospedali Riuniti di Bergamo

spesso "paga" un ritardo di mesi e anche anni nella sua individuazione. Il primo passo della diagnosi è rappresentato dalla visita ginecologica classica, unita alla visita pelvica bimanuale, seguite da indagini di *imaging* (ecografia con sonda trans vaginale, risonanza, Tac) ed esami del sangue. La vera e propria diagnosi di endometriosi si ottiene però esclusivamente mediante esame istologico delle lesioni rimosse chirurgicamente. Nè i *markers* sierici (la malattia a volte può determinare l'aumento di alcuni antigeni sierici che possono risultare positivi) nè le indagini di *imaging* sono a tutt'oggi in grado di soppiantare la laparoscopia (cioè la chirurgia miniinvasiva) diagnostica. Si tratta però di un intervento chirurgico in anestesia generale. Questo può spiegare la sottostima diagnostica e talora il ritardo nell'adozione di terapie adeguate, che rende la malattia più difficile da curare.

Terapie su misura per ogni donna

La cura deve essere personalizzata il più possibile in base all'età della donna e alle sue aspettative, se vuole avere dei figli oppure ne ha già, oltre ovviamente allo stadio della patologia. Nel primo e secondo stadio, cioè quando la malattia è ancora in fase iniziale e superficiale, viene trattata senza chirurgia, con una terapia ormonale-endocrinologica, cioè con estrogeni progestinici, progesteroni e analoghi delle gonadotropine (ormoni in grado di stimolare gli organi riproduttivi). In questo modo si regolarizza il ciclo

e spesso si riesce a impedire la progressione della malattia e a ottenerne la regressione. Se poi la donna vuole un figlio si può ricorrere alla procreazione medicalmente assistita, che prevede cure ormonali che stimolano l'ovaio aumentando così la possibilità di concepimento. Nel terzo e nel quarto stadio, quando cioè l'endometriosi è profonda e ha intaccato gli organi peritoneali, è invece necessario ricorrere alla chirurgia che deve essere radicale, eliminando cioè tutti i focolai presenti, ma allo stesso tempo conservativa, "risparmiando" il più possibile le strutture genitali interne (utero, tube, ovaie), soprattutto nelle donne giovani che vogliono mettere al mondo dei figli. Solo nei casi più gravi si deve arrivare all'isterectomia (asportazione dell'utero) o alla annessiectomia (asportazione delle ovaie e tube). In conclusione possiamo dire che non per tutte le donne va bene la stessa terapia, ma deve essere scelta di volta in volta con grande attenzione, tenendo in assoluta considerazione i desideri e le aspettative della donna che si ha davanti.

LA TERAPIA DEL DOLORE

La rimozione chirurgica dei focolai di endometriosi ha un ruolo determinante per la risoluzione del dolore, eliminandone la causa stessa. In alcuni casi però da solo l'intervento non è sufficiente e diventa necessario un trattamento farmacologico mirato che deve essere pianificato dopo un'attenta valutazione (sintomi associati, intensità del dolore, localizzazione, andamento nel tempo) e deve essere personalizzato.