

## Endometriosi: il diritto di non arrendersi al dolore

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica H. San Raffaele Resnati, Milano

“Ho 26 anni e soffro di forti dolori mestruali fin da quando ero una ragazzina. I medici mi hanno sempre detto che il dolore era “normale”. Un mese fa, però, avevo dei dolori ancora più intensi del solito, e sono andata in pronto soccorso. Risultato: mi hanno trovato un’endometriosi diffusa e hanno dovuto asportare un ovaio completamente compromesso. Come è possibile che a nessuno sia mai venuto in mente che quei dolori erano provocati da questa malattia? Mi aiuta a capire meglio che cosa ho e come posso curarmi?”.

Stefania L. (Bologna)

Cara Stefania, il suo caso purtroppo non è isolato. L’endometriosi colpisce ben il 7-10% delle donne in età fertile, ma è ancora poco diagnosticata. Il tempo medio fra l’inizio dei sintomi e la diagnosi è di oltre 9 anni: quasi cinque spesi dalla donna – e dalla sua famiglia! – prima di riconoscere che quel dolore non è normale e va affrontato, e i restanti impiegati dai medici per identificare la malattia. Di fronte a un ritardo diagnostico e terapeutico così pesante è indispensabile sia formare sempre meglio i medici, sia intensificare l’informazione rivolta alle donne.

Che cos’è esattamente l’endometriosi?

E’ una malattia estrogeno-dipendente caratterizzata dalla presenza di frammenti di endometrio, lo strato interno dell’utero, al di fuori della sua sede naturale: sulle ovaie, sulle tube, sul setto retto-vaginale, sui legamenti utero-sacrali, sul peritoneo, ma anche in altri organi pelvici, come l’intestino, la vescica o il retto, e a volte persino negli ureteri e nei polmoni.

Il tessuto ectopico risponde agli stimoli ormonali tipici dell’età fertile, come il normale endometrio: cresce durante la prima metà del ciclo, si arricchisce di sostanze nutritive durante la seconda, e poi si sfalda nelle strutture che lo ospitano, causando forte dolore e infiammazione cronica.

Quattro sono le ipotesi oggi più accreditate per spiegarne la comparsa: una migrazione “retrograda” del sangue mestruale attraverso le tube, con conseguente disseminazione di cellule endometriali nel peritoneo; la presenza di cellule indifferenziate (“totipotenti”) che a un certo punto si differenziano in cellule dell’endometrio; alterazioni del sistema immunitario; l’esposizione prolungata a sostanze tossiche. Nessuna di queste teorie, però, riesce a spiegare tutti i casi clinici osservati.

Come si cura?

Poiché le cause della malattia sono ancora sconosciute, non è possibile per ora attuare alcuna forma di prevenzione primaria. È invece possibile arrivare a una diagnosi precoce che permetta di controllare la progressione della patologia limitandone il più possibile le conseguenze.

Le opzioni farmacologiche sono tre: i progestinici e i contraccettivi ormonali in continua sono la prima scelta perché mantengono una concentrazione estrogenica plasmatica costante, garantendo nello stesso tempo all'organismo il giusto apporto di estrogeni; gli antinfiammatori non steroidei (FANS) possono arginare il dolore, ma nella maggior parte dei casi hanno un effetto limitato; i GnRH-analoghi mettono a riposo l'ovaio, riducendo la produzione di estrogeni. Questo determina la momentanea scomparsa delle mestruazioni e sintomi menopausali reversibili ma pesanti, che possono essere attenuati somministrando uno specifico ormone, come il tibolone, o una pillola a basso dosaggio senza pause (in continua). E' così possibile evitare il dolore, ridurre la progressione dell'endometriosi e proteggere la fertilità, fin quando non vorrà bambini.

---

---

Box - Quali sono i sintomi più frequenti di endometriosi?

- Sintomi relativi al dolore: dismenorrea, ossia il dolore mestruale intenso; dolore ovulatorio, che può comparire tra il 10° e il 16° giorno del ciclo, in un ciclo di circa 28 giorni; dispareunia profonda, che può interferire con tutta la funzione sessuale; dolore pelvico cronico, che può compromettere la vita quotidiana; dischezia, ossia la defecazione difficile e/o dolorosa;
- sintomi relativi all'infertilità, secondaria a lesione delle tube, sindrome aderenziale, precoce esaurimento ovarico, riduzione della frequenza dei rapporti a causa del dolore; infertilità temporanea "iatrogena" provocata dai farmaci che inibiscono l'ovulazione (contraccettivi ormonali, progestinici in continua, analoghi del GnRH);
- sintomi menopausali: l'asportazione ripetuta di cisti ovariche, o di un intero ovaio, predispone all'esaurimento del patrimonio follicolare, con menopausa precoce;
- altri sintomi: astenia, depressione, sindrome da colon irritabile, meteorismo, disuria (dolore alla minzione), ematuria (perdita di sangue nelle urine), urgenza e frequenza minzionale, dolore ipogastrico, dolore nella regione lombare, allergie e intolleranze alimentari.

Per maggiori informazioni sull'endometriosi, si veda il sito della Fondazione Alessandra Graziottin per la cura del dolore nella donna ([www.fondazionegraziottin.org](http://www.fondazionegraziottin.org)).

---

---

Link consigliati sul sito della Fondazione Alessandra Graziottin per la cura del dolore nella donna

Endometriosi - Prima parte: Che cos'è e perché causa dolore

Endometriosi - Seconda parte: Come arrivare a una diagnosi precoce

Endometriosi - Terza parte: Come si cura

Endometriosi - Quarta parte: L'impatto sulla sessualità

---