

Endometriosi: ascoltiamo i sintomi, prima di tutto

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica

H. San Raffaele Resnati, Milano

L'enorme sviluppo delle tecniche diagnostiche "per immagini" – ecografia, radiografia, risonanza magnetica nucleare (RMN), tomografia assiale computerizzata (TAC), più tutte le "scopie" oggi disponibili – hanno reso i medici come san Tommaso. Non crediamo (ai sintomi), se non vediamo "lesioni obiettive". Ne conseguono errori e ritardi diagnostici clamorosi, perché sono stati trascurati aspetti essenziali.

Il primo aspetto è che il corpo ci parla attraverso i sintomi, molto prima che le lesioni diventino visibili con gli attuali mezzi di indagine. Sintomi che sono espressione di un'inflammatione, ossia di un incendio biologico tissutale, microscopico ma non per questo meno pericoloso per la salute, che altera prima la funzione e poi la stessa microanatomia dei tessuti. Il secondo aspetto è la passiva e pericolosa attesa che intercorre fra sintomi già suggestivi di una patologia e la diagnosi corretta basata sulle immagini tipiche di specifiche lesioni: in questo intervallo di tempo la patologia progredisce, il quadro infiammatorio e distruttivo nei tessuti peggiora, si aggravano i sintomi e le comorbilità, mentre la curabilità si riduce drasticamente.

L'esempio più tragico riguarda l'endometriosi, una patologia seria e dolorosa che colpisce circa il 15 per cento delle donne in età fertile. E' dovuta alla presenza di endometrio, la mucosa interna dell'utero, fuori posto ("ectopico"): dentro il muscolo della parete uterina (adenomiosi), sulle ovaie, nelle tube, sul peritoneo, nell'intestino, in vescica, lungo il decorso dei nervi, più raramente perfino nel polmone. Questo endometrio va incontro alle stesse modificazioni dell'endometrio in utero e si sfalda con la mestruazione: purtroppo il sangue liberato nei tessuti è un potente fattore di infiammazione, di distruzione tissutale e di dolore. Le donne che ne sono affette hanno proprio questo sintomo: dolore durante il ciclo (dismenorrea), dolore all'ovulazione, dolore durante la defecazione nella settimana mestruale (dischezia), dolore durante la penetrazione profonda. Il punto critico è questo: tutti gli esami "visivi" (ecografia pelvica, RMN, laparoscopia) possono evidenziare una lesione solo se questa raggiunge almeno 2-3 millimetri di diametro. Al di sotto di queste dimensioni la lesione non è visibile perché è questa l'attuale "soglia di detezione", ossia il limite dimensionale al di sotto del quale questi esami non riescono a visualizzare le lesioni. Tuttavia un piccolo nodulo endometrioso di 2 millimetri ha già qualche migliaio di cellule di endometrio ectopico che vanno incontro agli stessi cambiamenti dell'endometrio all'interno dell'utero. Infiammazione, progressiva distruzione tissutale e dolore sono prima ciclici, all'ovulazione e alla mestruazione (quando gli ormoni fluttuano di più), poi l'incendio biologico diventa continuo e il dolore diventa persistente (dolore pelvico cronico). Purtroppo questa attesa delle lesioni "visibili" comporta un ritardo diagnostico di ben 7-9 anni, tragico per la salute delle donne. Il prezzo del ritardo diagnostico? Dolore per anni, infertilità, rapporti impossibili, chirurgie multiple con tutte le complicanze associate, menopausa precoce, minore energia vitale per studio e lavoro, depressione, solitudine. Vi pare poco?

E' indispensabile che i medici tornino ad ascoltare con grande attenzione e rispetto i sintomi che le pazienti portano in consultazione e a visitarle con cura. Storia clinica ed esame obiettivo restano i pilastri indiscutibili di una diagnosi precoce e di terapie più efficaci: se tempestive e

competenti, possono aiutare a restituire ai tessuti la piena funzione mantenendo l'integrità istologica e anatomica. Altrimenti, la "restitutio ad integrum", il ritorno all'integrità funzionale e strutturale, premessa di una piena salute, diventa impossibile.

E' necessario ripensare la formazione dei giovani medici, troppo stimolati sul "visibile strumentale" e poco capaci di fare un'anamnesi e un esame obiettivo degni del nome. Se i sintomi suggeriscono l'endometriosi, ancora subclinica e quindi non ancora visibile con le immagini, è corretto instaurare subito una terapia estroprogestinica o progestinica a basso dosaggio in continua, ossia senza pause, con minime interruzioni di 2-4 giorni, ogni tre-sei mesi o più, secondo valutazione medica. L'endometriosi viene zittita e la donna sta bene, protegge la sua fertilità, la sua sessualità, il suo futuro: vive senza dolore. Torniamo ad ascoltare i sintomi e a curare con competenza: presto e bene!