Endometriosi: sintomi principali e indicazioni terapeutiche

Intervista alla Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica H. San Raffaele Resnati, Milano

Sintesi dell'intervista e punti chiave

L'endometriosi colpisce il 7-10% delle donne in età fertile ed è caratterizzata dalla presenza di frammenti di endometrio, lo strato interno dell'utero, al di fuori della sua sede naturale. Questo tessuto (detto "ectopico") risponde agli stimoli ormonali tipici dell'età fertile, proprio come il normale endometrio: durante il ciclo, cresce in altezza e si arricchisce di zuccheri e sostanze nutritive, ma poi si sfalda nel peritoneo o nelle altre strutture che lo ospitano, causando un forte dolore mestruale (dismenorrea) e infiammazione cronica, con danno tissutale, funzionale e strutturale degli organi colpiti.

Il ritardo medio dall'inizio dei sintomi alla diagnosi è di oltre nove anni: quasi cinque spesi dalla donna prima di riconoscere che quel dolore non è affatto normale, e i restanti impiegati dai medici per identificare e curare la malattia. Il 47% delle pazienti deve consultare cinque o più specialisti, prima di ricevere la diagnosi giusta. In positivo, da alcuni anni la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) e l'Associazione Italiana Endometriosi (AIE) svolgono un importante lavoro di informazione e sensibilizzazione nei confronti delle donne e dei medici, ed è quindi auspicabile che il ritardo diagnostico poco per volta si riduca. In ogni caso, è importante che la donna non si rassegni mai al dolore, come se fosse una cosa "normale", ma si rivolga subito a un medico preparato e chieda una diagnosi approfondita: la terapia esiste ed è efficace, e la sofferenza non è un destino ineluttabile.

Dove si localizza l'endometrio ectopico? Quali sono i sintomi più significativi? Perché il dolore peggiora sempre di più? Quali complicanze si rischiano a lungo andare? E' vero che la pillola contraccettiva può bloccare la malattia?

In questa intervista illustriamo:

- le due principali localizzazioni del disturbo: l'ovaio e il muscolo che forma la parete dell'utero (miometrio);
- altri possibili organi bersaglio a livello pelvico (legamenti utero-sacrali, peritoneo, intestino, vescica, retto) ed extraddominale (decorso del nervo sciatico);
- i sintomi principali della malattia: dolore mestruale e/o ovulatorio; dolore alla penetrazione profonda; dolore pelvico cronico;
- come il dolore alla penetrazione profonda, inibendo la lubrificazione vaginale, possa provocare anche vestibolite vulvare e cistiti post-coitali;
- come qualsiasi altra forma di dolore ricorrente (dischezia, ematuria, sciatalgia), se coincidente con la mestruazione, debba sempre indurre il medico a formulare un'ipotesi diagnostica di endometriosi, eventualmente con l'aiuto di un "diario del dolore", basato sulla registrazione delle variazioni del dolore durante il mese che intercorre tra una mestruazione e la successiva;
- il ruolo del mastocita nel progressivo peggioramento dei sintomi, e come la depressione conseguente alla forte sofferenza possa ulteriormente aggravare la percezione del dolore;

- perché l'endometriosi può provocare anche infertilità e menopausa precoce;
- come l'assunzione continuativa di un contraccettivo ormonale (pillola, cerotto o anello vaginale), bloccando le mestruazioni ma conservando livelli di estrogeni ottimali per l'organismo, elimini il dolore, fermi la progressione della malattia e protegga la fertilità;
- il ruolo di alcuni antidepressivi nel curare l'iperattivazione del mastocita, con conseguente riduzione del quadro infiammatorio;
- come la dismenorrea possa essere provocata anche dalla metrorragia, ossia da mestruazioni molto abbondanti, e quali siano le opzioni terapeutiche da seguire in questo caso.