Endometriosi e vulnerabilità cardiologica: come impostare la terapia ormonale

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

"Ho 30 anni e all'età di 22 sono stata operata a cuore aperto in seguito a un'endocardite batterica: sono portatrice di valvola meccanica mitralica e in terapia con un'anticoagulante. Da circa un anno, in seguito a dolori fortissimi, perdite ancora più abbondanti (ho sempre avuto cicli molto forti dovuti all'anticoagulante) mi è stata diagnosticata l'endometriosi. I medici, vista la mia situazione, vorrebbero aspettare prima di fare l'intervento. Intanto, il ginecologo mi ha stata prescritto una pillola anticoncezionale a base di levonorgestrel ed etinilestradiolo, da assumere in modo continuativo. Vorrei sapere se questa pillola può dare danni al cuore, se interagisce con l'anticoagulante e se può risolvere il problema dell'endometriosi, o solo fermare un po' il dolore".
F.B.

Gentile signora, certamente la pillola che le è stata consigliata è la più sicura dal punto di vista del rischio trombotico, in quanto contiene il progestinico levonorgestrel. Tuttavia, data la sua delicata situazione cardiaca, eviterei gli estrogeni e mi limiterei ai progestinici: opterei per una spirale, sempre al levonorgestrel, oppure per una pillola con solo progestinico, per esempio al desogestrel; oppure, per efficacia sull'endometriosi, è ottimo il noretisterone acetato, che è molto valido anche nel controllo del dolore mestruale. Oppure, ancora, potrebbe scegliere un dispositivo sottocutaneo all'etonogestrel (per il quale la rimando al link sotto riportato): naturalmente, però, l'ultima parola spetta al suo ginecologo di fiducia in stretta collaborazione con il suo cardiologo.
Le cause dell'endometriosi sono ancora sconosciute: sono state formulate varie teorie, ma nessuna di esse riesce a spiegare tutti i casi clinici osservati. Questo inevitabilmente si riflette sull'efficacia dei trattamenti medici, che sono tutti – incluse le terapie ormonali (progestinici o estroprogestinici in continua) – sostanzialmente sintomatici. Inoltre, fatta eccezione per gli antinfiammatori non steroidei, tutti i farmaci che abbiamo a disposizione inibiscono l'ovulazione e sono quindi proponibili solo alle donne che non desiderino un figlio.
In positivo, la contraccezione ormonale, o il solo progestinico in continua, riducono anche il rischio di carcinomi ovarici, che è più che raddoppiato nelle donne con endometriosi. L'effetto protettivo è dell'8-10% l'anno, per ogni anno di uso della pillola, del 50% dopo cinque anni, e fino all'80% di riduzione dopo dieci anni d'uso. Un beneficio di indubbia importanza, che valorizza ancor più i benefici ottenibili sul fronte del dolore.
Detto questo, una terapia ben disegnata, iniziata con tempestività e calibrata sulla sua vulnerabilità cardiologica potrebbe ridurre sicuramente il dolore, e forse anche eliminarlo completamente, preservando nello stesso tempo la fertilità. Tenga presente, però, che qualsiasi terapia farmacologica per l'endometriosi deve essere impostata secondo una logica di lungo

termine: non si possono attendere effetti immediati, e nemmeno abbandonare la cura ai primi segni di miglioramento. La continuazione del trattamento (finché non vorrà figli) ottimizzerà i benefici, sempre mantenendo una grande accuratezza di controllo sul fronte cardiologico. Un cordiale saluto e mille auguri di cuore.