Cisti endometriosiche all'ovaio: come impostare la terapia

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, H. San Raffaele Resnati, Milano
Dott.ssa Dania Gambini
Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia, H. San Raffaele, Milano

"Ho 29 anni. Dal mese di maggio sto monitorando una cisti endometriosica di 2 centimetri all'ovaio sinistro, assolutamente asintomatica e che non altera la regolarità del mio ciclo mestruale. A giugno mi è stato prescritto l'utilizzo di un cerotto anticoncezionale alla norelgestromina. La cisti, ad oggi, è rimasta invariata. Avendo un utero setto (forse bicorne), la ginecologa mi ha consigliato di operarla in laparoscopia, così da ridurre eventuali complicazioni nel futuro, quando dovessi cercare una gravidanza. Mi sono documentata in rete riguardo l'operazione e sono venuta a conoscenza del fatto che, nell'asportare la cisti, verrebbero eliminate anche parte del tessuto ovarico e dei follicoli, riducendo così la fecondità o addirittura, in casi estremi, provocando sterilità; ci sarebbe inoltre il rischio di attivare altri focolai di endometriosi, peggiorando così la situazione. Io non sono tanto convinta di voler subire la laparoscopia. Preferirei continuare a monitorare la cisti, nella speranza che non aumenti di volume, ed eventualmente scegliere di intervenire chirurgicamente solo nel caso in cui essa sia d'ostacolo alla gravidanza. Mi piacerebbe ricevere una vostra opinione ed eventuali consigli per affrontare a meglio questa situazione che mi angoscia".
Francesca P.

Gentile Francesca, ha fatto la scelta giusta. **Non operare** e monitorare l'endometriosi, mentre si tiene a riposo l'ovaio con una terapia ormonale, è la scelta più corretta anche secondo le linee guida più recenti, che considerano come la terapia medica (con farmaci) debba precedere quella chirurgica, specie in caso di lesioni piccole e, soprattutto, asintomatiche, ossia senza sintomi, come la sua.
Nello specifico, l'endometriosi è una patologia ginecologica benigna che colpisce il 7-10% delle donne in età fertile. E' caratterizzata dalla presenza di tessuto endometriale (lo strato più interno dell'utero) in sede ectopica, ossia al di fuori dell'utero, e che però mantiene la normale responsività alla ciclica stimolazione ormonale. Si manifesta clinicamente con dismenorrea (dolore mestruale), dispareunia profonda (dolore in sede di penetrazione profonda), dolore pelvico cronico, e più raramente con dolore ovulatorio o dolore alla defecazione (dischezia) in fase mestruale. Sintomi specifici possono essere legati a localizzazioni peculiari: per esempio, sciatalgie che compaiono solo durante la fase mestruale, se l'endometriosi è localizzata lungo il decorso del nervo sciatico.
Può ottenere ulteriori approfondimenti nelle schede mediche pubblicate sul sito ed elencate in fondo a questa pagina.
La diagnosi di endometriosi è:

- clinica, in base ai sintomi, specialmente quando questi presentino una specifica periodicità coincidente con le mestruazioni e, più raramente, con l'ovulazione;
- biochimica, quando si riscontri un alto valore di un marcatore "spia" come il CA 125 che va dosato nel sangue: con la specifica che questo indicatore è rilevante se il marcatore è elevato. La sua negatività non esclude invece l'endometriosi, perché alcune forme sono "non secernenti", ossia non producono questo marcatore;
- strumentale: mediante ecografia o risonanza magnetica nucleare, quando questi esami evidenzino masse, per esempio cisti ovariche, come nel suo caso, o lesioni suggestive di endometriosi in base ad alcune caratteristiche specifiche;
- chirurgica, mediante laparoscopia, isteroscopia, laparotomia, o con altri esami a seconda della sede della lesione;
- istologica, mediante biopsia ed esame istologico del tessuto prelevato durate un intervento chirurgico.

La dimensione della sua cisti, come anticipatole, non è tale da ricorrere a un intervento chirurgico di enucleazione laparoscopica. E' corretta invece la prima scelta di una terapia ormonale, con l'attenzione di togliere la mestruazione e assumendo quindi i farmaci, estroprogestinici o progestinici, **senza pause**. Evitando lo sfaldamento dell'endometrio che sottende la mestruazione, **si evita il progredire della malattia** o comunque lo si riduce di oltre l'80%, come dimostrato da moltissimi studi.

Può quindi continuare con il cerotto, se si trova bene con questo contraccettivo, senza però fare la settimana di pausa (quindi in continua) ed eventualmente limitando la mestruazione a due, tre volte l'anno, se lo desidera. Se non ha spotting, ossia piccole perdite di sangue durante l'assunzione, può continuare senza ciclo anche oltre l'anno, senza alcun rischio per la salute (ovviamente, se non esistono controindicazioni generali di tipo tumorale, come tumori al seno, o vascolari, come pregresse trombosi).

In alternativa, può optare per una terapia contraccettiva estro-progestinica per bocca a basso dosaggio, con estradiolo naturale e dienogest.

Oppure si può instaurare una terapia progestinica, sempre con l'obiettivo di rendere silente il quadro patologico e di ridurre la tendenza a crescere della cisti ovarica stessa. Sempre se non esistono controindicazioni alla terapia ormonale, si può allora optare per una terapia a base di dienogest, l'unico progestinico approvato per la cura dell'endometriosi, perché in grado di indurre un'ipotrofia del tessuto endometriale anche in sede ectopica e di ridurre nettamente la quantità e la durata dello sfaldamento simil-mestruale, bloccando così la progressione della malattia.

Questo per dirle che la terapia medica può essere varia e va scelta in base al quadro clinico e al tipo di trattamento che dà il massimo benessere, ma anche la maggiore serenità alla paziente: se lei si trova bene con il cerotto, purché usato in continua, è corretto continuare con questo trattamento.

Per quanto riguarda il dubbio tra utero setto vs bicorne, si arriva alla diagnosi mediante l'esecuzione di un'ecografia ginecologica transvaginale di II° livello, associata a un'isteroscopia diagnostica. Nel caso di utero setto, in corso di isteroscopia si può procedere alla lisi di tale setto, mentre nel caso di utero bicorne non risulta generalmente necessario alcun intervento chirurgico correttivo. Le consigliamo comunque di sottoporsi anche a un'ecografia dell'apparato urinario, per escludere eventuali malformazioni renali che possono essere associate a causa della comune

derivazione embriologica.
Stia comunque serena. Un cisti così piccola, anche se endometriosica, non pregiudica la fertilità futura!
Come consigli generali, che valgono per tutte le donne, per proteggere la fertilità: usi sempre il profilattico, per evitare che malattie sessualmente trasmesse, come la clamidia, spesso silenziose, possano causare infezioni e infiammazioni di utero o tube che potrebbero pregiudicare il concepimento e l'annidamento dell'embrione in utero; eviti altresì il famigerato fumo, che dà un danno tossico dell'ovaio tanto più grave quanto maggiore è il numero di sigarette fumate al giorno, e quanto più si è iniziato da giovani!
Un cordiale saluto e molti auguri di cuore per la sua vita.