# Dolore mestruale invalidante: il primo disturbo da indagare è l'endometriosi

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 28 anni e da 10 soffro di una grave dismenorrea. Il dolore è molto forte, mi sembra che gli organi si contorcano a livello della zona pelvica, e mi è capitato diverse volte di svenire o di dover fare iniezioni di antidolorifico. A metà ciclo ho forti dolori addominali, soprattutto a livello del colon, e spesso mal di schiena. Sovente ho dolore pelvico e crampi durante i rapporti sessuali, o forti bruciori. Sono stata seguita per diversi anni dalla stessa ginecologa che però, non vedendo nulla in sede ecografica, ha sempre liquidato la mia condizione senza nessun tipo di cura o supporto, al massimo dicendomi che sono "troppo stressata". Ho provato diverse pillole anticoncezionali, senza successo, per cui ho deciso di interrompere le cure: ad oggi mi limito a subire il ciclo sperando solo che passi in fretta. Ma devo sempre assentarmi dal lavoro per paura di star male in ufficio o in strada, e questo è estremamente limitante per le mia vita. E' possibile che, nonostante a livello ecografico la mia condizione ginecologica sia "impeccabile", ci sia in realtà una patologia in atto diagnosticabile solo attraverso altri esami? Quale sarebbe il percorso migliore per identificare le cause di questo dolore così forte? Grazie per il vostro aiuto".*

Gentile amica, la dismenorrea (dolore mestruale) può riconoscere diverse cause, come i cicli abbondanti (che aumentano il dolore di quasi cinque volte), i miomi uterini, i polipi endometriali, le cisti ovariche e in particolare, soprattutto quando è severa, l'endometriosi.
L'endometriosi è una patologia ginecologica benigna con un'incidenza del 7-10%, caratterizzata dalla presenza di tessuto endometriale (lo strato più interno dell'utero che si sfalda durante il ciclo) in sede ectopica, ossia al di fuori della sua sede naturale, che è la parte più intera dell'utero. Si può trovare quindi su ovaie, peritoneo, mucosa rettale, ma anche organi e distretti extra pelvici, come i polmoni o il nervo sciatico): tale tessuto risponde alla stimolazione ormonale tipica della ciclicità mestruale, con conseguenti microsanguinamenti diffusi che innescano una cascata infiammatoria responsabile dei danni organici e funzionali tipici della malattia. La diagnosi è:
- clinica, in base alle caratteristiche del dolore e alle risultanze della visita ginecologica;
- strumentale, con ecografia o risonanza magnetica;
- chirurgica, e quindi istologica, ossia basata sulla conferma della presenza del tessuto endometriale in sede ectopica, mediante analisi anatomo-patologica.
Dal punto di vista clinico, l'endometriosi va sempre sospettata in presenza di forte dismenorrea (dolore mestruale intenso che va ad interferire con le attività quotidiane), dolore ovulatorio (a metà ciclo), dispareunia profonda (dolore sessuale alla penetrazione profonda) e dischezia

(defecazione dolorosa).
Attenzione. Il fatto che l'ecografia ginecologica, ed eventualmente perfino la risonanza, non evidenzino lesioni endometriosiche non significa che queste non ci siano, ma che sono così piccole (per esempio intorno ai due millimetri di diametro, o meno) da non essere ancora visibili con gli attuali mezzi di indagine (sono cioè al di sotto della "soglia di detezione", come si dice in linguaggio medico). Anche aree così piccole contengono però ciascuna 20.000 e più cellule, in grado quindi di scatenare un'infiammazione dolorosissima ad ogni ciclo. Perfino la laparoscopia può essere negativa, se l'endometriosi è profonda nei tessuti e non si affaccia sotto il peritoneo.
E allora? L'orientamento attuale è di valutare con molta attenzione e accuratezza i sintomi. Se sono fortemente suggestivi di endometriosi, anche se gli esami sono (ancora) negativi, e anche senza fare la laparoscopia, se ecografia e risonanza sono negative, è corretto iniziare una terapia che silenzi la mestruazione e con essa il dolore, pur dando un apporto ormonale equilibratissimo che protegga la salute della donna. Si evita così non solo il dolore periodico, ma anche la progressione dell'endometriosi che invece, se trascurata, potrebbe poi passare dalla fase subclinica (come ora) a quella con lesioni evidenti e conseguenze potenzialmente molto serie per la salute.
Generalmente si può ricorrere all'utilizzo di soli progestinici in continua (fra cui il dienogest) o di preparati estroprogestinici a basso dosaggio: per esempio, la pillola con estradiolo naturale e dienogest, da cui togliere le ultime 4 capsule di ogni scatola, iniziandone una nuova senza interruzioni di assunzione, così da evitare il sanguinamento e rendere minima la stimolazione del tessuto endometriale ectopico. Un cordiale saluto.

© 2015 - Fondazione Alessandra Graziottin - www.fondazionegraziottin.org 