Endometriosi: il diritto di non arrendersi al dolore

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

"Ho 26 anni e soffro di forti dolori mestruali fin da quando ero una ragazzina. I medici mi hanno sempre detto che il dolore era "normale". Un mese fa, però, avevo dei dolori ancora più intensi del solito, e sono andata in pronto soccorso. Risultato: mi hanno trovato un'endometriosi diffusa e hanno dovuto asportare un ovaio completamente compromesso. Come è possibile che a nessuno sia mai venuto in mente che quei dolori erano provocati da questa malattia? Mi aiuta a capire meglio che cosa ho e come posso curarmi?".
Stefania L. (Bologna)

Cara Stefania, il suo caso purtroppo non è isolato. L'endometriosi colpisce ben il 7-10% delle donne in età fertile, ma è ancora poco diagnosticata. Il tempo medio fra l'inizio dei sintomi e la diagnosi è di oltre 9 anni: quasi cinque spesi dalla donna – e dalla sua famiglia! – prima di riconoscere che quel dolore non è normale e va affrontato, e i restanti impiegati dai medici per identificare la malattia. Di fronte a un ritardo diagnostico e terapeutico così pesante è indispensabile sia formare sempre meglio i medici, sia intensificare l'informazione rivolta alle donne.

Che cos'è esattamente l'endometriosi?
E' una malattia estrogeno-dipendente caratterizzata dalla presenza di frammenti di endometrio, lo strato interno dell'utero, al di fuori della sue sede naturale: sulle ovaie, sulle tube, sul setto retto-vaginale, sui legamenti utero-sacrali, sul peritoneo, ma anche in altri organi pelvici, come l'intestino, la vescica o il retto, e a volte persino negli ureteri e nei polmoni.
Il tessuto ectopico risponde agli stimoli ormonali tipici dell'età fertile, come il normale endometrio: cresce durante la prima metà del ciclo, si arricchisce di sostanze nutritive durante la seconda, e poi si sfalda nelle strutture che lo ospitano, causando forte dolore e infiammazione cronica.
Quattro sono le ipotesi oggi più accreditate per spiegarne la comparsa: una migrazione "retrograda" del sangue mestruale attraverso le tube, con conseguente disseminazione di cellule endometriali nel peritoneo; la presenza di cellule indifferenziate ("totipotenti") che a un certo punto si differenziano in cellule dell'endometrio; alterazioni del sistema immunitario; l'esposizione prolungata a sostanze tossiche. Nessuna di queste teorie, però, riesce a spiegare tutti i casi clinici osservati.

Come si cura?
Poiché le cause della malattia sono ancora sconosciute, non è possibile per ora attuare alcuna forma di prevenzione primaria. È invece possibile arrivare a una diagnosi precoce che permetta di controllare lo progressione della patologia limitandone il più possibile le conseguenze.

© 2010 - RCS Periodici - www.alessandragraziottin.it

Le opzioni farmacologiche sono tre: i progestinici e i contraccettivi ormonali in continua sono la prima scelta perché mantengono una concentrazione estrogenica plasmatica costante, garantendo nello stesso tempo all'organismo il giusto apporto di estrogeni; gli antinfiammatori non steroidei (FANS) possono arginare il dolore, ma nella maggior parte dei casi hanno un effetto limitato; i GnRH-analoghi mettono a riposo l'ovaio, riducendo la produzione di estrogeni. Questo determina la momentanea scomparsa delle mestruazioni e sintomi menopausali reversibili ma pesanti, che possono essere attenuati somministrando uno specifico ormone, come il tibolone, o una pillola a basso dosaggio senza pause (in continua). E' così possibile evitare il dolore, ridurre la progressione dell'endometriosi e proteggere la fertilità, fin quando non vorrà bambini.

Box – Quali sono i sintomi più frequenti di endometriosi?

- Sintomi relativi al dolore: dismenorrea, ossia il dolore mestruale intenso; dolore ovulatorio, che può comparire tra il 10° e il 16° giorno del ciclo, in un ciclo di circa 28 giorni; dispareunia profonda, che può interferire con tutta la funzione sessuale; dolore pelvico cronico, che può compromettere la vita quotidiana; dischezia, ossia la defecazione difficile e/o dolorosa;
- sintomi relativi all'infertilità, secondaria a lesione delle tube, sindrome aderenziale, precoce esaurimento ovarico, riduzione della frequenza dei rapporti a causa del dolore; infertilità temporanea "iatrogena" provocata dai farmaci che inibiscono l'ovulazione (contraccettivi ormonali, progestinici in continua, analoghi del GnRH);
- sintomi menopausali: l'asportazione ripetuta di cisti ovariche, o di un intero ovaio, predispone all'esaurimento del patrimonio follicolare, con menopausa precoce;
- altri sintomi: astenia, depressione, sindrome da colon irritabile, meteorismo, disuria (dolore alla minzione), ematuria (perdita di sangue nelle urine), urgenza e frequenza minzionale, dolore ipogastrico, dolore nella regione lombare, allergie e intolleranze alimentari.

Per maggiori informazioni sull'endometriosi, si veda il sito della Fondazione Alessandra Graziottin per la cura del dolore nella donna (www.fondazionegraziottin.org).

Link consigliati sul sito della Fondazione Alessandra Graziottin per la cura del dolore nella donna

Endometriosi - Prima parte: Che cos'è e perché causa dolore
Endometriosi - Seconda parte: Come arrivare a una diagnosi precoce
Endometriosi - Terza parte: Come si cura
Endometriosi - Quarta parte: L'impatto sulla sessualità