Endometriosi e dolore ai rapporti: dalla sofferenza alla guarigione

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

"Ho 23 anni e da poco ho iniziato ad avere i miei primi rapporti completi. Ho provato sempre dolore: non tanto all'inizio del rapporto, ma in profondità. Mi fa così male che non posso continuare: mi vengono le lacrime dal dolore! Ho fatto visita, ecografia e pap-test: non c'è niente! Non può essere una questione psicologica, come mi dicono alcune ginecologhe che mi hanno visitata. Noi ci amiamo tanto! Ho anche mestruazioni tremende, dolorosissime, per cui ogni mese devo stare a letto e prendere un sacco di analgesici. Ci sarà pure un motivo... Sono una ragazza serena, non una malata immaginaria! Mi aiuti, la prego!".
Brunella T. (Ferrara)

Gentile Brunella, lei ha ragione! Non è normale avere dolore alla penetrazione profonda, né mestruazioni dolorosissime! La causa che accomuna queste due condizioni si chiama endometriosi: è dovuta alla presenza in altri organi pelvici (o altrove) di endometrio, la mucosa che riveste la cavità dell'utero e che si sfalda con la mestruazione, se non c'è stato concepimento. Questo tessuto ectopico – che si trova cioè al di fuori della sua sede abituale, sulla tuba, l'ovaio, il peritoneo o in profondità in altri tessuti – risponde agli stimoli ormonali tipici dell'ovulazione e dell'età fertile come il normale endometrio. Cresce in altezza durante la prima metà del ciclo, si arricchisce di zuccheri e sostanze nutritive durante la seconda, e poi si sfalda nel peritoneo, o nei tessuti vicini, dove le mini perdite di sangue causano moltissimo dolore.
Com'è possibile se dagli esami non risulta niente? Attenzione al "niente": lì crescono tanti ritardi diagnostici, tanto dolore che dovrebbe essere evitato! Lì muore la possibilità di una diagnosi tempestiva ed efficace. Il "niente" va inteso come nulla di visibile con gli attuali mezzi di indagine. In altre parole, se ho un'endometriosi profonda, con minute isole di 2 millimetri (che già contengono 20-40.000 cellule!), ho microlesioni non ancora visibili con l'ecografia pelvica, con la risonanza magnetica e/o con la laparoscopia. E non ancora dimostrabili con il dosaggio del Ca125, un marcatore "spia" che, nel sangue, a volte la svela (per saperne di più, può visitare il sito della Fondazione Graziottin). Eppure queste microlesioni, che possono essere numerose, sono già in grado di causare un'infiammazione profonda dei tessuti, un aumento delle fibre del dolore e un'infiammazione dei tessuti nervosi ("neuroinfiammazione") che amplificano il dolore stesso: questo è il punto! Diagnosi precoce è proprio capire che cosa sta succedendo prima di avere lesioni grossolane più avanzate. E intervenire con le cure giuste, così da togliere il dolore ed evitare, o almeno rallentare, il progredire dell'endometriosi stessa!
Il dolore sta all'infiammazione come il fumo sta all'incendio: è il segno di un incendio biochimico che danneggia sempre più i tessuti ("infiammazione" deriva dal latino "in-flammare", mettere a fuoco). Per questo il dolore è un segnale amico, all'inizio, perché mi dice: ehi, stai attenta, qui c'è un incendio in corso da spegnere prima che crei disastri biologici! Eccoli, nel caso dell'endometriosi: mestruazioni dolorose, dolore alla penetrazione profonda, dolore pelvico cronico, infertilità e rischio di menopausa precoce, se a causa di un'endometriosi grave vengono asportate le ovaie. Tutti problemi evitabili con una diagnosi tempestiva, che si basa innanzitutto

© 2015 - Periodici San Paolo - www.alessandragraziottin.it

sull'ascolto dei sintomi, così precisi! Solo così è possibile curare il problema in modo radicale o comunque molto soddisfacente: tanto prima, tanto meglio.
Punto chiave: il ginecologo, durante una visita normale, mette in leggera tensione i legamenti che vanno dall'utero all'osso sacro (utero-sacrali). Normalmente questo non provoca fastidio: se invece dà lo stesso tipo di dolore che si ha con il rapporto, la diagnosi è fatta. Lo stesso vale per la sonda dell'ecografia. Ecco perché è doveroso ascoltare il dolore, diagnosticarne – come medici – innanzitutto le cause fisiche, biologiche, con una visita ben fatta e, in parallelo, prendersi cura anche di eventuali componenti psicologiche o di coppia, che però nel suo caso mi sembrano vadano escluse.

Come mai l'endometriosi causa dolore alla penetrazione profonda?
Nelle giovani e giovanissime, è frequente la localizzazione dell'endometriosi:
- sui legamenti utero-sacrali (che, come dicevo, posteriormente uniscono l'utero, e la parte profonda della vagina, all'osso sacro);
- a livello del Douglas, la piega peritoneale posta tra l'utero e il retto;
- nel setto retto-vaginale, lo strato di tessuti che separa la vagina dal retto.
Il sintomo tipico di queste localizzazioni è proprio il dolore alla penetrazione profonda, che è molto più frequente nelle donne giovani e spesso è il primo sintomo di endometriosi.

Endometriosi: attenzione al ritardo diagnostico!
- Ecco i sintomi tipici: dolore mestruale (dismenorrea), dolore ai rapporti (dispareunia), dolore ovulatorio, dolore alla defecazione (dischezia), dolore pelvico, e altri sintomi specifici in localizzazioni particolari, per esempio sciatalgia solo in fase mestruale se l'endometriosi è localizzata sul nervo sciatico.
- Il 38% delle donne che soffrono di endometriosi ha uno o più sintomi, purtroppo non riconosciuti, già prima dei 15 anni e il 70% li ha prima dei 20 anni.
- Di conseguenza c'è un ritardo diagnostico medio di 9 anni e tre mesi tra primi sintomi e diagnosi corretta.
Ecco perché è doveroso ascoltare il dolore mestruale e sessuale, per diagnosticarne e curarne le cause subito!

Come prevenire il dolore alla penetrazione profonda: attenzione alle cause!
a. Con la diagnosi precoce e la cura dell'endometriosi:
- curare sempre il dolore mestruale (dismenorrea), anche nelle giovanissime;
- prevenire la progressione di un'endometriosi ancora in fase subclinica, ossia al di sotto della soglia di visibilità attuale:
1) con dienogest, l'unico progestinico approvato al mondo per la cura dell'endometriosi, o altri progestinici;
2) con combinazioni ormonali contraccettive (pillola, cerotto o anello vaginale) che in questo

caso sono usate a scopo terapeutico proprio per l'endometriosi.
Entrambi i tipi di farmaci vanno usati in modo continuo (ossia senza pause), così da ridurre lo stato infiammatorio cronico, associato all'endometriosi, che peggiora ad ogni mestruazione.
Punto chiave: è necessario continuare l'uso della terapia farmacologica, senza pause, finché non si desiderino figli: in questo modo si rallenta enormemente la progressione dell'endometriosi, si protegge la fertilità e si può vivere l'intimità in modo finalmente felice.
b. Prevenendo e curando altre patologie che causano dolore pelvico cronico e dolore ai rapporti all'inizio e durante la penetrazione:
- cistiti recidivanti;
- sindrome del colon irritabile;
- vestibolite vulvare/vestibolodinia provocata;
- mialgia dei muscoli del cingolo pelvico;
- sindrome da intrappolamento del nervo pudendo;
- esiti di chirurgia pelvica, di radio e/o chemioterapia;
- esiti di traumi o infiammazioni al bacino, coccige o anche.
c. Prevenendo le malattie sessualmente trasmesse, in particolare le infezioni da clamidia e gonococco, principali responsabili di infezioni delle tube e pelviche. L'infezione causa a sua volta la malattia infiammatoria pelvica (Pelvic Inflammatory Disease, PID) che aumenta di quasi dieci volte il rischio di dolore alla penetrazione profonda. La migliore prevenzione è la fedeltà, oltre all'uso costante (sempre!) del profilattico, se in passato si sono avuti altri/e partner. Protezione da attuare almeno finché non si vorranno figli, dopo aver fatto gli esami preconcezionali che includono la ricerca di eventuali malattie sessualmente trasmissibili pericolose per la gravidanza.
Punto chiave: un'accuratissima diagnosi differenziale sulle diverse cause del dolore ai rapporti è indispensabile per affrontare e risolvere il problema in modo efficace!

Endometriosi: questione di occhi blu?

- Le donne con occhi blu hanno un rischio più che doppio di endometriosi profonda (la più dolorosa) rispetto a quelle con occhi scuri, che pure possono presentare il problema, secondo una recente ricerca del professor Paolo Vercellini e collaboratori, dell'Università di Milano.
- E' possibile che i geni che codificano gli occhi blu siano più correlati a variazioni della competenza immunitaria e/o di altri fattori che facilitano la disseminazione e l'impianto dell'endometrio in tessuti diversi dall'utero, rispetto ai geni che codificano gli occhi scuri.
- Gli occhi chiari si associano di solito a pelle chiara, minore esposizione al sole e più bassi livelli di vitamina D, il che aumenta a sua volta il rischio di endometriosi.

Punto chiave: controllare i livelli della vitamina D nel sangue delle donne, specialmente con occhi chiari, con mestruazioni dolorose e/o dolore profondo ai rapporti, e integrarli periodicamente, se inferiori a 30 nanogrammi /millilitro, con vitamina D per bocca.

© 2015 - Periodici San Paolo - www.alessandragraziottin.it