Endometriosis 2017: il punto e le sfide

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

Napoli: cornice luminosa e accogliente per Endometriosis2017, congresso internazionale di alto profilo scientifico, cui hanno partecipato oltre mille specialisti da 55 Paesi, dal 12 al 16 settembre. Organizzato dal professor Mario Malzoni, che all'eccellenza chirurgica ginecologica unisce umanità, dedizione alla paziente e rara gentilezza.

Il punto: l'endometriosi è malattia benigna, insidiosa e progressiva; colpisce circa il 15% delle donne in età fertile. Il 60% ha sintomi chiari prima dei 20 anni. Eppure il ritardo diagnostico si aggira sui 9 anni: la metà persi dalla famiglia prima di capire che quel dolore non è normale e il resto dai medici che non ci pensano o non "vedono" lesioni. E' caratterizzata dalla diffusione e dall'impianto dell'endometrio al di fuori dell'utero. In condizioni normali questa mucosa cresce sotto l'effetto di estrogeni e progesterone, per prepararsi ad accogliere e nutrire l'embrioncino di una nuova vita. Si sfalda invece e si rinnova ad ogni ciclo, in cui non ci sia stata fecondazione, originando la mestruazione. Quando l'endometrio si impianta in tessuti diversi dall'utero – tube, peritoneo, ovaie, vagina, vescica, uretere, intestino, ma anche tessuti extraddominali – cresce e si sfalda sotto l'effetto degli ormoni sessuali come l'endometrio in utero. Qui sta il problema: il sangue rilasciato dallo sfaldamento nei diversi tessuti è un potente fattore di infiammazione, di dolore e di danno funzionale e organico progressivo. L'endometriosi non tempestivamente diagnosticata e/o non adeguatamente curata causa mestruazioni invalidanti, dolore pelvico cronico sempre più grave, dolore ai rapporti, inizialmente alla penetrazione profonda, poi anche all'inizio della vagina (dispareunia "profonda" e poi "introitale"), perdita di desiderio e impoverimento progressivo della sessualità e dell'intimità, riduzione della fertilità e menopausa precoce (se ha comportato asportazione di una o più cisti ovariche endometriosiche). L'infiammazione causa non solo dolore ma anche neuroinfiammazione e quindi depressione severa, come ho ricordato nella mia relazione: "Endometriosis: the still neglected sexual issues". Colpisce la giovane donna: nella sua femminilità, fino a maledire ogni ciclo che le devasta la vita; nella funzione sessuale: il 70% delle donne con endometriosi perde il desiderio a causa del dolore alla penetrazione che nel tempo blocca ogni piacere; nella relazione di coppia: con drastica riduzione della frequenza dei rapporti e della fertilità. Il 32% li ha solo per concepire, il 46% solo per soddisfare il partner e non perderlo.

Prima sfida: anticipare la diagnosi alle prime battute della malattia, per poter fare terapie mediche sicure ed efficaci con pillole contraccettive in continua (senza pause) o con progestinici. Genitori e insegnanti, allertatevi: la mestruazione dolorosa che obbliga la ragazza a letto è il primo sintomo di endometriosi. I sintomi "pesano" nella diagnosi prima dei segni, ossia le lesioni obiettivabili: l'ascolto clinico attento è il primo passo. Le lesioni minime possono non essere ancora visibili con gli attuali mezzi di indagine ma essere già pericolose, dolorose e progressive. I sintomi precoci devono portare a diagnosi e terapia, tanto prima, tanto meglio per la ragazza e il suo futuro.

Seconda sfida: terapie mediche per "raffreddare" l'infiammazione (l'incendio biochimico dei tessuti scatenato dal sangue mestruale) e ridurre il dolore, prima e dopo un'eventuale chirurgia,

© 2017 - Il Gazzettino - www.alessandragraziottin.it

così da mantenere una migliore salute, senza dolore, e da arrivare al concepimento in condizioni ottimali. Sono allo studio protocolli di "staffetta terapeutica" ancora da perfezionare.
Terza sfida: superare la visione minimalista di curare una cisti endometriosica o un nodulo infiltrante per curare bene la donna: terapie mediche tempestive; chirurgia solo se indicata e conservativa; crioconservazione di ovociti se la riserva ovarica è a rischio; modulazione farmacologica delle basi biologiche del dolore; fisioterapia per ridurre l'ipertono difensivo del pavimento pelvico, causa di cistiti e altro dolore, e le alterazioni posturali; eventuale aiuto psicosessuale. Con ascolto e attenzione, studio e ricerca, e tanta passione: con la donna al centro, per un vero progetto di salute.