

Endometriosi: perché è spesso un nemico invisibile e sfuggente

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica

H. San Raffaele Resnati, Milano

“Mia moglie ha 29 anni e soffre di fortissimi dolori mestruali. La ginecologa pensa che si trattasse di un’endometriosi, ma l’ecografia non rivela nulla di particolare. Così adesso siamo in una situazione di stallo, e non sappiamo cosa fare. Mia moglie, fra l’altro, ha il colesterolo alto e questa, secondo la dottoressa, è una controindicazione alla terapia ormonale. Ma allora quali alternative abbiamo? Grazie per il suo aiuto”.

Iacopo (Venezia)

Gentile signor Iacopo, inizio con un breve inquadramento della patologia di cui sembra soffrire sua moglie, anche a beneficio delle altre persone che ci seguono. L’endometriosi è una patologia ginecologica benigna, ma non per questo meno insidiosa, che si manifesta principalmente con dolore mestruale (dismenorrea), dolore all’ovulazione, dolore alla defecazione nella settimana mestruale (dischezia), dolore alla penetrazione profonda (dispareunia).

Che cosa la contraddistingue dal punto di vista fisiopatologico?

La caratteristica fondamentale dell’endometriosi è la presenza di tessuto endometriale ectopico, ossia fuori posto, in sedi diverse dall’utero: ovaio, tube, peritoneo, intestino, vescica, ma anche nervo sciatico e polmone. Quando la malattia colpisce il muscolo della parete uterina, si parla di “adenomiosi”: una delle forme più dolorose. Questo endometrio fuori sede va incontro alle stesse modificazioni dell’endometrio normale e quindi si sfalda con la mestruazione: ma il sangue liberato in tessuti non appropriati è un potente fattore di infiammazione e di dolore.

Perché gli esami strumentali, a volte, non riescono a individuarla con certezza?

Sono le dimensioni delle isole endometriose a determinare la possibilità di una corretta diagnosi differenziale attraverso l’ecografia ginecologica transvaginale, la risonanza magnetica pelvica o la laparoscopia. Se la lesione non raggiunge almeno i tre millimetri di diametro, le attuali tecniche di indagine non riescono a visualizzarla: ma la donna può avvertire comunque forti dolori, perché una lesione di due millimetri ha già qualche migliaio di cellule di endometrio ectopico ed è quindi perfettamente in grado di provocare tutti i disturbi tipici della patologia. In questi casi, la diagnosi si basa sui sintomi riportati dalla donna e i risultati a breve termine della terapia contraccettiva confermano il sospetto diagnostico.

Nel caso di mia moglie, è possibile procedere con la terapia ormonale?

Non conosco la reale entità dell’ipercolesterolemia della signora ma, se non fosse troppo elevata e in assenza di altre controindicazioni, si potrebbe valutare la somministrazione della terapia per

via transdermica: il cerotto ha infatti minore impatto metabolico sul fegato e sul colesterolo, che andrebbe comunque ricontrollato a tre mesi dall'inizio della terapia. In alternativa potete valutare, insieme al ginecologo di fiducia, il ricorso a un progestinico a basso dosaggio. Per maggiori approfondimenti vi rimando ai numerosi articoli presenti su questo sito e sul sito della mia Fondazione. Un cordiale saluto.