

© Jelena Stanojkovic/iStock

"Non ti lamentare tanto passa..."

È quanto si sentono ripetere troppo spesso le donne che soffrono di **endometriosi**. Quei **dolori fortissimi** durante le **mestruazioni** e i **rapporti sessuali**, però, sono tutt'altro che normali e possono essere curati. A patto di non sottovalutarli

di **Daniela Molina**

Una patologia cronica e invalidante, che colpisce almeno 1 donna su 10 e che interessa la metà delle donne con difficoltà a concepire. Eppure se ne parla ancora molto poco. Le donne con diagnosi conclamata in Italia sono le giovani (il picco è tra le 25/35enni) e sono almeno 3 milioni. Ma l'endometriosi può comparire già al momento della prima mestruazione, con dolori fortissimi e quelle che lo stesso ministero della Salute definisce gravi ripercussioni psicologiche, tanto che questa patologia è inserita nei Lea (Livelli essenziali di assistenza) dando alle pazienti più gravi (se ne stimano circa 300mila) il diritto all'esenzione per alcune prestazioni specialistiche. E tutto ciò a causa di una mucosa "fuori posto". L'endometrio, la mucosa che riveste l'interno dell'utero, si trova anche all'esterno, per esempio nelle tube, sul peritoneo, sul setto rettale, a volte arriva perfino sul fegato, sul diaframma, sui polmoni.

Le donne che soffrono di endometriosi hanno dolori al basso ventre che diventano fortissimi durante le mestruazioni e i rapporti sessuali, quando urinano e quando defecano, spesso accompagnati dalla comparsa di sangue nelle urine e nelle feci.

Queste donne si sentono stanche (astenia, stanchezza cronica) e hanno una febbricola costante che si accentua durante il periodo mestruale. A volte l'endometriosi causa fenomeni depressivi e spesso subfertilità o infertilità (tra il 30 e il 50% dei casi). È evidente come questo causi un abbassamento della qualità della vita e purtroppo il fatto che se ne parli così poco limita la consapevolezza femminile e fa partire in ritardo le cure: la diagnosi in media tarda di ben 9 anni. Le tardive diagnosi e i conseguenti costi in termini di salute e di economia sono proprio dovuti alla sottovalutazione dei sintomi per mancata conoscenza da parte delle donne di questa patologia. Per questo motivo abbiamo deciso di occuparcene in queste pagine. Partendo da un'informazione che può apparire banale ma non lo è, visti i dati di fatto: le ragazze, nonché le loro mamme, devono sapere che non è normale avere dolori mestruali e non è normale avere dolori durante i rapporti sessuali; quindi se in questi momenti si soffre, non bisogna vergognarsi di dirlo e bisogna andare da un ginecologo. Subito.

Almeno 3 milioni i casi conclamati, con un picco tra i 25 e i 35 anni Ma può comparire anche con il primo ciclo

Se una buona dieta può sostituire i farmaci

Giulio Signorile, presidente della Fondazione italiana endometriosi, ci spiega cosa fare quando si ha la certezza di soffrire di questa malattia. E ci racconta la scoperta, tutta italiana, dell'utilità di un'alimentazione ricca di cibi antinfiammatori

Per approfondire l'argomento abbiamo posto alcune domande al professor Pietro Giulio Signorile, presidente della Fie, la Fondazione italiana endometriosi Onlus (www.endometriosi.it), fondazione di ricerca senza scopo di lucro che vive grazie alla sensibilità di quegli italiani che scelgono di donarle il 5 per mille.

Professor Signorile, l'endometriosi è una malattia congenita? E a quali fattori è legata?

L'endometriosi è una malattia congenita perché ha origine nell'embrione a circa 8/9 settimane di vita, quando si sta formando l'apparato genitale: le cellule che dovrebbero formare la mucosa interna dell'utero, forse a causa di una crescita in eccesso, in parte fuoriescono. Alcune restano intrappolate all'esterno nella parte posteriore dell'utero, altre si disperdono nell'embrione, normalmente nella pelvi. Questo deposito anomalo fa sì che in seguito, raggiunta la vita adulta, quando la donna comincia a produrre estrogeni (gli ormoni femminili), queste cellule comincino a crescere dando luogo alla malattia con i suoi sintomi.

L'origine è nell'embrione, quando le cellule che dovrebbero formare le pareti dell'utero in parte fuoriescono

Le cellule endometriali fuoriuscite dall'utero continuano a crescere coinvolgendo nel tempo altri organi?

Sì, dipende da dove si sono depositate. Si possono depositare sul peritoneo, sull'intestino, sull'utero, sulle ovaie, sulle tube, sulla vescica. In genere nella pelvi ma a volte anche al di fuori: esiste l'endometriosi polmonare, esiste - seppur rarissima - l'endometriosi midollare.

Si può intervenire per fermarle?

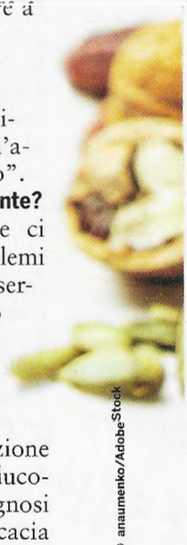
Attualmente non ci sono cure che blocchino le cellule o le distruggano. Ci sono terapie ormonali che servono per ridurne la funzione, perché queste cellule producono un sangue 'simil-mestruale' che è causa dell'infiammazione e dei dolori. Cambiando l'assetto ormonale delle pazienti si riduce o si annulla la produzione di questa secrezione e la paziente ha meno sintomi. Ma c'è un effetto collaterale: molte di queste cure inducono la menopausa e, poiché parliamo di donne giovani che spesso vogliono avere dei bambini, non si possono continuare a lungo. E, una volta interrotta la terapia, la malattia riprende il suo corso. Le cure sono solo di tamponamento temporaneo per i sintomi. Un'altra terapia è quella chirurgica, in laparoscopia, che permette l'asportazione di questo tessuto "fuori posto".

E quando è il caso di intervenire chirurgicamente?

Fondamentalmente in tre situazioni: se ci sono dolori non gestibili, se ci sono problemi di infertilità legati alla malattia, se la riserva ovarica della paziente si sta riducendo troppo a causa dell'endometriosi.

Spesso l'endometriosi è sottovalutata e si arriva a una diagnosi tardiva. Cosa comporta questo ritardo?

Siccome la malattia aumenta con l'azione degli ormoni e le giovani donne ne producono tutti i giorni, più tardiamo nella diagnosi maggiore sarà la malattia e minore l'efficacia



© anaumenko/AdobeStock

delle terapie, con un aumento delle recidive. Il trattamento potrebbe non essere più efficace. Recentemente abbiamo anche individuato un legame tra la carenza di ovociti e la persistenza della malattia: più anni è presente la malattia più si abbassa il numero di uova nelle ovaie. E ciò dà problemi sia dal punto di vista della fertilità sia da quello della menopausa precoce.

Quali sono gli accertamenti più indicati per stabilire la presenza dell'endometriosi?

Noi abbiamo un protocollo ormai standardizzato che comprende: visite vaginali e rettali, risonanza magnetica, esami del sangue. Bisogna fare questo piccolo percorso per avere una diagnosi sicura. In Italia non si fa diagnostica invasiva come in America.

Come mai l'alimentazione è considerata importante per questa patologia?

Questa è una nostra scoperta. Oltre 10 anni fa abbiamo iniziato a fare ricerca considerando che, siccome la malattia determina una fortissima infiammazione, togliendo i cibi pro-infiammatori, aumentando l'assunzione di cibi antinfiammatori e quella di determinate fibre che riducono l'assorbimento degli estrogeni da parte degli enterociti (le cellule dell'intestino), si riesce a ottenere più o meno lo stesso risultato dei farmaci ormonali, evitandone però gli effetti collaterali.

E quali sono gli alimenti consigliati o da eliminare?

Per esempio la soia è un prodotto da eliminare perché contiene estrogeni, l'avena anche. Bisogna invece aumentare gli omega 3 quindi occorre mangiare cibi che ne contengono, come la frutta secca o alcuni tipi di pesce. Stiamo per pubblicare un libro sulla dieta anti-endometriosi.

Perché l'endometriosi è considerata una malattia sociale?

Perché - grazie all'impegno della nostra fondazione - nel 2009 firmammo un protocollo d'intesa con l'ufficio per le Pari opportunità della presidenza del Consiglio dei ministri, l'Inail e l'Inps a seguito del quale è stata inserita l'endometriosi nelle tabelle Inps come malattia invalidante e quindi malattia sociale. Questo perché i sintomi dell'endometriosi - primo fra tutti il dolore pelvico cronico, a volte giornaliero - non permettono una vita lavorativa, familiare e sociale regolare.

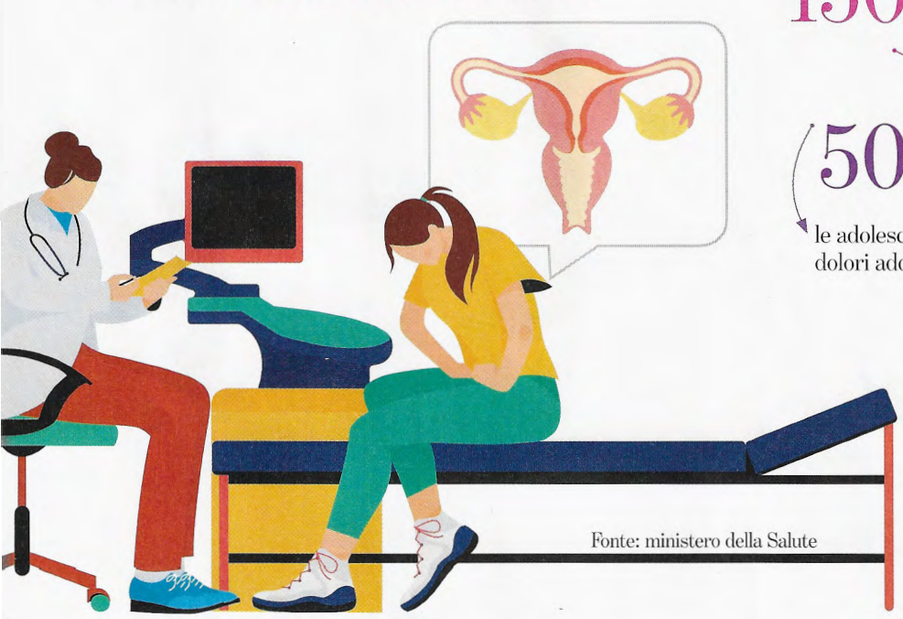


I sintomi che permettono di riconoscerla

Oltre ai primi segnali, dato che non viene quasi mai diagnosticata per tempo, man mano che la patologia avanza si aggiungono infiammazioni, aderenze, cisti e noduli nei vari organi. Mettendo anche a rischio la fertilità

Mestruazioni dolorose, rapporti sessuali dolorosi, dolore pelvico (localizzato anche alla schiena), infertilità, stanchezza fisica, intestino irritabile, gonfiore addominale, nausea, cefalea, stitichezza. A questi sintomi si aggiungono quelli relativi alle ripercussioni di un'endometriosi che avanza, dal momento che non viene quasi mai diagnosticata per tempo a causa della sottovalutazione da parte delle donne dei sintomi. Infatti l'endometriosi comporta anche infiammazioni, aderenze, cisti e noduli nei vari organi che man mano coinvolge. Le cellule endometriali che fuoriescono dall'utero si riproducono, crescono, sono attive. E la patologia può anche essere geneticamente trasmissibile, infatti le donne che hanno una madre o una sorella affette da endometriosi hanno un rischio di svilupparla 7 volte maggiore. Le cellule endometriali si ritrovano nelle ovaie e nelle tube di Falloppio, all'interno della pelvi (la parte bassa dell'addome, che comprende anche vescica e intestino): le aderenze nei tessuti circostanti sono responsabili di infertilità. Poiché i sintomi sono simili a quelli di altre patologie locali, come le cisti ovariche o la sindrome da intestino irritabile, la diagnosi può risultare difficile ma con la visita ginecologica si possono ad esempio ricercare i segni indiretti dell'endometriosi, come l'ingrossamento delle ovaie, aiutandosi con l'ecografia transvaginale per esaminare nel dettaglio utero, ovaie e zona pelvica ed identificare eventuali cisti associate all'endometriosi (endometriomi). Bisogna anche individuare eventuali lesioni profonde, eseguire analisi del sangue consigliate dallo specialista che potrà avvalersi di una risonanza magnetica.

I numeri dell'endometriosi



150 milioni le donne nel mondo che soffrono di endometriosi **(14 milioni in Europa e 3 milioni solo in Italia)**

50% le adolescenti che hanno dolori addominali

50% i casi che portano all'infertilità

800 i ricoveri italiani in un anno per questa patologia **(750 per intervento chirurgico)**

Fonte: ministero della Salute

Quando si deve ricorrere all'intervento chirurgico

Si sceglie questa strada nel 5-10% dei casi, soprattutto quando si manifesta la compressione intestinale. Il professor Massimo Mongardini: "Non si risolve la patologia ma il problema immediato". Che può anche essere grave

All'intervento chirurgico si sottopongono le pazienti che hanno complicanze della malattia, come la compressione degli organi o il sanguinamento, quando le cellule migrano verso strutture endoaddominali (intestino, vescica, ecc.). Il professor Massimo Mongardini, chirurgo universitario del Policlinico Umberto I di Roma, Centro chirurgia del pavimento pelvico, ci spiega che l'intervento non risolve la patologia perché le cellule possono ripresentarsi, gli impianti continuano a crescere e sanguinare, ma di certo risolve il problema immediato. Vi si ricorre nel 5-10% dei casi e l'endometriosi intestinale è il più frequente. Con la compressione dell'intestino da parte del tessuto endometriale, ai dolori tipici della malattia si associa la sintomatologia intestinale (nausea, dolori addominali diffusi, stitichezza o diarrea, sanguinamento, ecc.) e si può verificare un'occlusione o una peritonite per cui l'intervento va effettuato con urgenza. Chi soffre di endometriosi intestinale può anche avere - ed è frequente - la sindrome aderenziale: si creano aderenze che angolano i visceri interrompendo il transito intestinale.

Gli interventi chirurgici per l'endometriosi oggi si fanno quasi tutti con la tecnica laparoscopica, che è poco invasiva e si limita a togliere il tessuto anomalo che crea una problematica, "non facciamo una pulizia completa come se fosse un tumore, togliamo la massa che dà problemi e per il resto ci affidiamo alla terapia farmacologica" sottolinea Mongardini. La laparoscopia permette di inserire, attraverso dei forellini, una minitelecamera e piccoli strumenti per intervenire (pinze, cucitrici meccaniche, strumenti ad alta energia). Oggi si utilizzano molto la radiofrequenza e gli ultrasuoni; non il laser, che per queste patologie è ampiamente superato.
Dopo l'operazione si resta ricoverate per un tempo che varia a seconda della gravità dei sintomi. Nei casi in cui si è arrivati a una peritonite o a una occlusione intestinale bisogna aspettare la ricanalizzazione, 5/6 giorni; se invece c'era solo un sanguinamento o una sindrome aderenziale senza occlusione, poiché l'intervento è mininvasivo, non prevede una cicatrice o una interruzione dei muscoli addominali, bastano 2 o 3 giorni. Più precoce è l'intervento - e dunque ribadiamo la necessità di andare subito dallo specialista al minimo sospetto di endometriosi - meno è complicato. Si può intervenire precocemente se con una Tac o una risonanza magnetica (la tre tesla è la migliore) si capisce che c'è una massa endometriale che può creare un'occlusione, dunque prima che si verifichi, perché ricordiamo che un'occlusione intestinale porta alla morte.





15%

le donne con endometriosi costrette a ridurre il proprio orario di lavoro **(il 14% ha dovuto lasciare il lavoro)**



30 miliardi di euro

la spesa annua europea per **congedi di malattia** dovuti a endometriosi (4 miliardi in Italia)

128 milioni di euro

la **spesa annua** per i farmaci per curare l'endometriosi in Italia

40%

le donne con endometriosi che non ne parlano al datore di lavoro per paura di ripercussioni