Il punto sull' endometriosi

Data 02 gennaio 2007
Categoria ginecologia

Il punto su una patologia ginecologica relativamente frequente ma di difficile diagnosi.

Per endometriosi si intende la presenza di tessuto ectopico endometriale al di fuori della sede naturale uterina (ovaie, peritoneo, legamento utero-sacrale, cavo del Douglas, retto o, più rararmente, in sedi extrapelviche).
Si stima una prevalenza nella popolazione generale del 10%; essa sale ad oltre l'80% nelle donne con dolore pelvico cronico.
Il motivo per cui si forma tale tessuto ectopico non è noto; l'ipotesi più accreditata è che cellule endometriali possono refluire attraverso le tube durante il ciclo mestruale.

Come si presenta l'endometriosi?
Il sintomo più comune è il dolore pelvico; possono essere presenti anche lombo-sacralgia, dispaurenia, dolore alla defecazione, dismenorrea. Talora la malattia si può presentare (15-20% dei casi) con infertilità.

Come si diagnostica l'endometriosi?
Non esistono test non invasivi che permettano una diagnosi sicura di endometriosi. L'esame ginecologcio può essere normale oppure evidenziare noduli a livello dei fornici vaginali, diminuita motilità uterina, utero retroverso, una massa annesiale, ma nessuno segno è specifico. L'ecografia transvaginale può essere utile per lesioni retroperitoneali e uterosacrali però non serve per quelle più piccole o quelle peritoneali. L'utilità della TAc non è stata adeguatamente valutata. Neppure la RMN sembra fornire risultati molto affidabili. Il dosaggio del CA 125 (> 35 UI/mL) è stato proposto ma sembra più utile per monitorare l'efficacia del trattamento che per scopi puramente diagnostici.
L'unico mezzo per porre una diagnosi di certezza è la visualizzazione diretta delle lesioni ectopiche (generalmente tramite laparoscopia) con successiva biopsia per conferma istologica.
In generale si attua una strategia che prevede, nei casi sospetti, un trattamento empirico e laparoscopia in caso di non risposta.
La diagnosi differenziale va posta con altre condizioni di dolore pelvico e lombare. Spesso l'endometriosi viene scambiata per colon irritabile.

Come si tratta l'endometriosi?
Scopo del trattamento è essenzialmente la riduzione del dolore.
I farmaci di prima scelta sono la pillola contraccettiva o un progestinico associato eventualmente ad un FANS oppure a paracetamolo. Il progestinico è di solito il medrossiprogesterone acetato usato per via intramuscolare (150 mg ogni 3 mesi) oppure per os (30-100 mg/die). In caso di mancata risposta si può ricorerre al danazolo (400 mg due volte al giorno per 6 mesi) (che però è dotato di significativi effetti collaterali di tipo androgenico) oppure agli LHRH analoghi o reline (triptorelina, goserelin, leuprolina). Quest'ultima terapia è però gravata da effetti collaterali (sintomi ipoestrogenici) e per la prescrizione è richiesto il Piano Terapeutico.
In caso di non risposta è prevista l'esecuzione di una laparoscopia con ablazione dei depositi endometriali talora associata ad ablazione dei nervi uterini al fine di ridurre la sintomatologia dolorosa. L'intervento di exeresi dei depositi endometriali in laparoscopia è probabilmente utile anche per migliorare la fertilità della donna.
Raramente, quando non si riesce ad aver ragione del quadro clinico, si ricorre alla isterectomia con ovariectomia totale.

RenatoRossi

Bibliografia
1. Clinical Evidence, Edizione Italiana. Dispobile online, previa registrazione http://aifa.clinev.it/
2. Mounsey AL et al. Diagnosis and Management of Endometriosis. Am Fam Physician 2006 Aug 15;74:594-600.