

Gian Benedetto Melis

Co-Presidente congresso nazionale

SIGO 2014

Università di Cagliari



**In tutto il mondo l'endometriosi è uno degli argomenti di maggiore interesse per i ginecologi. Sono stati fatti grandi progressi nell'ambito diagnostico e terapeutico, ma la ricerca nel campo dell'etiopatogenesi resta molto aperta.** Il sistema immunitario gioca comunque un ruolo fondamentale (in combinazione con l'inquinamento ambientale) nell'indurre la comparsa di questa patologia e nel condizionarne lo sviluppo, l'aggressività e la recidiva della malattia, nonché il coinvolgimento di organi diversi da quelli riproduttivi. Sono numerosi i ricercatori Italiani che hanno pubblicato i risultati di ricerche scientifiche innovative

la corretta diagnosi nei soggetti che anche in adolescenza presentano dolori pelvici e/o dismenorrea.

Oggi il problema più importante da superare è l'informazione non capillare, talvolta errata, che raggiungono le pazienti dal web o da fonti imprecise, parziali e spesso contraddittorie. Grazie alla presenza delle associazioni di pazienti e al riconoscimento del ruolo della ricerca nel differenziare le diverse qualità dei gruppi di assistenza delle pazienti con endometriosi, si stanno facendo grandi passi avanti. Al ginecologo di base e alla paziente oggi è possibile garantire una obiettiva conoscenza del problema semplicemente verificando, attraverso i motori di ricerca come Med-line o Google student, i centri supportati da un adeguato bagaglio culturale e di ricerca internazionali. In questo senso è assai importante che nell'ambito della Sigo e delle Società scientifiche affiliate, si dia sempre maggiore importanza all'uso dei sistemi informatici per l'identificazione dei centri di eccellenza che finora sono stati talvolta autoreferenziali e non portatori di alcuna novità sia nel campo diagnostico che terapeutico.

**Diagnosi.** La più grande evoluzione nella diagnostica dell'endometriosi è stata rappresentata nell'ultimo decennio dall'ecografia transvaginale (TV), oltre che dall'esperienza del singolo Ginecologo che rimane il fondamentale requisito per riconoscere con anamnesi e una banale visita ginecologica un sospetto di endometriosi. L'evoluzione dell'ecografia è stata fondamentale nel riconoscimento precoce di questa patologia non solo attraverso la visualizzazione diretta delle masse ovariche o extraovariche, ma con la messa a punto di sistemi di amplificazione dell'immagine delle lesioni endometriosiche ottenute con l'uso della sonovaginografia, tecnica ideata dal gruppo di Sassari (Dessole S, Farina M, Rubattu G, Cosmi E, Ambrosini G, Nardelli GB. Sonovaginography is a new technique for assessing rectovaginal endometriosis. Fertil Steril. 2003;79:1023-7) o con l'uso di abbondante gel per l'ecografia TV associato a mappa dei punti più dolorosi con l'esame, tecni-

# Endometriosi: in Sardegna e nel mondo

ca ideata dal gruppo di Cagliari (Guerriero S, Ajossa S, Gerada M, D'Aquila M, Piras B, Melis GB. "Tenderness-guided" transvaginal ultrasonography: a new method for the detection of deep endometriosis in patients with chronic pelvic pain. Fertil Steril. 2007;88:1293-7). Queste metodiche hanno consentito di identificare prima di tutto le caratteristiche peculiari delle tumefazioni ovariche sia endometriosiche che non, e successivamente la presenza di sindromi aderenziali patognomoniche delle gravi endometriosi. Non è più un elemento di sorpresa che utilizzando le tecniche sopradescritte sia possibile creare una mappa precisa delle localizzazioni endometriosiche in preparazione dell'intervento chirurgico diagnostico-terapeutico. Rispetto all'ecografia TV e ad altre metodiche radiologiche che utilizzano mezzi di contrasto sia di organi cavi che per via endovena, la RM assieme alla TAC di ultima generazione sembrano indispensabili per avere un'immagine di insieme e per il riconoscimento della patologia in organi non a contatto con quelli riproduttivi. Ci si deve aspettare che le immagini sempre più particolareggiate che le metodiche quali la RM con tre o più Tesla sono in grado di fornire, possano presto consentire ulteriore precisione diagnostica, pur restando l'ecografia TV il riferimento attuale soprattutto per le lesioni più basse.

**Trattamento medico.** Sebbene gli analoghi del GnRH abbiano dimostrato inizialmente il maggiore interesse, con gli anni di studio e di esperienze cliniche il loro uso è stato limitato a brevi periodi di trattamento. L'uso degli estro progestinici o dei soli progestinici si è dimostrato ugualmente efficace, con assenza dei gravi effetti collaterali causati dalla menopausa medica indotta dagli analoghi del GnRH (Paoletti AM, Serra GG, Cagnacci A, Vacca AM, Guerriero S, Solla E, Melis GB. Spontaneous reversibility of bone loss induced by gonadotropin-releasing hormone analog treatment. Fertil Steril. 1996;65:707-10). Nel trattamento medico dell'endometriosi oggi disponiamo di un progestinico con caratteristiche peculiari grazie al suo effetto anti-immu-

nitario e antiangiogenetico, capace di ridurre il sintomo dell'endometriosi in modo simile agli analoghi del GnRH, ma senza gli effetti collaterali di questi ultimi. La ricerca è orientata in tutto il Mondo a trattamenti innovativi, tra cui gli analoghi antagonisti del GnRH che possano essere assunti per via orale, piuttosto che per via intramuscolare. L'Italia, con i diversi centri che si interessano a 360° del problema endometriosi partecipa con vivace interesse a tali ricerche.

**Di tali argomenti il congresso nazionale di Cagliari tratterà con sessioni dedicate e con lettura magistrale,** per permettere ai partecipanti di delineare l'iter terapeutico con l'uso di diversi preparati sperimentati negli anni. Combattere il dolore è prioritario perché nell'endometriosi esso può devastare la salute psico-fisica della persona che ne è affetta, con coinvolgimento dei familiari che spesso assistono impotenti alla sofferenza che ta-

**Oggi il problema più importante da superare è l'informazione non capillare e talvolta errata. Per questo è importante che nell'ambito della Sigo e delle Società scientifiche affiliate si dia sempre maggiore importanza all'uso dei sistemi informatici per l'identificazione dei centri di eccellenza**

le patologia arcaica. Per la donna affetta da endometriosi, il compito del Ginecologo non è solo quello di porre diagnosi e curare, ma soprattutto quello di considerare tutte le problematiche che si ripercuotono sulla sfera psico-emotiva della donna. Per l'endometriosi, il detto della medicina moderna che non è orientato a curare la malattia, ma la persona che ne è affetta, è prioritario. Ecco perché nel trattamento dell'endometriosi trovano una loro localizzazione anche altri trattamenti da usarsi singolarmente o in associazione al trattamento capace di inibire la sti-

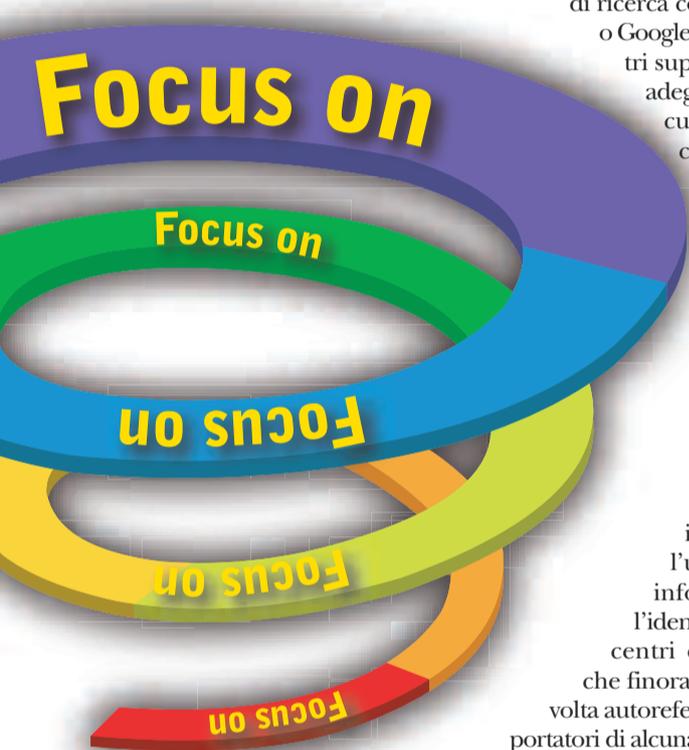
molazione ormonale sull'impianto endometriosico. Tra questi meritano di essere ricordate quelle sostanze che inibiscono l'azione del mastocita, il cui ruolo centrale nella infiammazione cronica è ormai noto. Gli studi in questo settore sono ancora limitati ed è augurabile che essi vengano potenziati al fine di offrire delle alternative alle pazienti. Ancora in via del tutto sperimentale è la possibilità di usare per il solo trattamento del sintomo dolore, dei particolari cerotti, dispositivi ad interfaccia dermatomica (da posizionare in precise zone cutanee che hanno dei rapporti con precise aree miofasciali, connettivali e neuronali del corpo).

**Trattamento chirurgico.** L'uso della laparoscopia e la sua evoluzione anche nel settore della robotica consente oggi di affrontare con la corretta radicalità e mini-invasività pressoché tutti i tipi di endometriosi. La disponibilità di una diagnostica radiologica ed ecografica sempre più raffinata avrebbe dovuto consentire una maggiore selettività nella scelta dell'intervento chirurgico solo diagnostico o diagnostico operativo di secondo livello, o dell'intervento laparoscopico terapeutico di alta chirurgia come nella DIE con interessamento di più organi. In realtà, è esperienza clinica frequente l'esecuzione di interventi chirurgici per grave endometriosi in centri che mai hanno potuto maturare la capacità

di aggredire con la dovuta radicalità l'endometriosi già evidente nei test diagnostici pre-chirurgici. In questo settore è quindi ancora possibile che la DIE venga affrontata in centri ove l'intervento viene descritto come "biopsia", "biopsia e diatermocoagulazione" di endometriosi profonda.

Nei centri di esperienza, tale descrizione dovrebbe essere limitata solo alle pazienti che per diversi motivi non danno il consenso scritto e particolareggiato sulla esigenza espressa in sede pre-chirurgica della necessità di asportazione dell'endometriosi

► Segue a pagina 27



sull'origine dell'endometriosi e sulla importanza della mestruazione retrograda, del milieu estrogenico, della innervazione dei tessuti.

**I maggiori progressi** nell'affrontare l'endometriosi sono stati realizzati nel campo diagnostico e terapeutico. In Sardegna e nel resto d'Italia le ricerche sulla diagnosi e sul trattamento di questa patologia sono state molto avanzate e non inferiori, come importanza, a quelle realizzate negli altri Paesi evoluti. È indubbio che la presenza di gruppi che si sono specificatamente interessati di ricerca clinica avanzata abbia consentito alle pazienti con endometriosi che il percorso fosse negli ultimi anni facilitato sin dal momento della diagnosi. Anche in Sardegna, i tempi necessari per il sospetto e la diagnosi successiva si sono molto accorciati, soprattutto nei centri di riferimento nei quali ultimi è pressoché impossibile che in pochi anni dall'inizio dei sintomi non si ponga il sospetto e si proceda al-





## Lorenzin: "una legge nazionale è necessaria perché solo così si può recepire la direttiva europea che mette in sicurezza le donazioni"

zione di monsignor **Nunzio Galantino**, segretario generale della Conferenza episcopale italiana (Cei), che si mostra preoccupato per "la certezza con cui si decide che esistano motivazioni diverse in chi chiede l'eterologa e chi invece l'adozione" e questo pare "un giro di valzer concettuale per trovare una giustificazione a questa selezione. C'è una selezione eugenetica estrema, sui bimbi portatori di una eventuale malattia. Ma è selezione anche quella che si consuma sulle caratteristiche esteriori. Si vuole un figlio o altro? Non mi pare che a definire un figlio siano i colori". Secondo Galantino "il discorso si ridimensionerebbe se sviluppassimo una cultura dell'accoglienza e lo Stato mettesse più cuore e testa, fosse più attento e sollecito. Conosco tante coppie desiderose di adottare, che stanno offrendo la loro sofferen-

za al Moloch della burocrazia. C'è una lentezza esasperante". Per quanto riguarda gli aspetti operativi, come ha spiegato l'Assessore alla Sanità della regione Liguria, **Claudio Montaldo**, l'orientamento è che il ticket che si paga attualmente per la fecondazione omologa, sia la base anche per l'eterologa: "Nelle prossime settimane lavoreremo per definire il costo del ticket e poi sulla base di quello, le regioni applicheranno il ticket cercando di evitare distonie. Ma il criterio è che si adotti come punto di riferimento il costo della fecondazione omologa". Montaldo ha poi spiegato che come per gli altri interventi ospedalieri, si potrà scegliere di praticare l'eterologa anche in una Regione diversa da quella di residenza.

La donazione sarà totalmente gratuita, ma l'eterologa, ha specificato l'assessore alla sanità della re-

gione Veneto, **Luca Coletto** "potrà comunque essere erogata, a pagamento, anche oltre l'età fissata, ma il costo sarà comunque enormemente inferiore a quelli da sopportare nei viaggi della speranza all'estero dove si deve pagare profumatamente anche la donazione ricevuta". Coletto ha infine rilevato che "anche per simmetria giuridica con la fecondazione omologa, l'eterologa dovrà assolutamente essere inserita nei Livelli Essenziali di Assistenza, perché è divenuta diritto costituzionalmente riconosciuto, e finanziata dallo Stato all'interno del Fondo Sanitario Nazionale".

Il ministro **Beatrice Lorenzin** ha manifestato soddisfazione, evidenziando che "è un bene che le Regioni trovino un accordo sulla fecondazione eterologa", ma anche ribadito che "una legge nazionale è necessaria perché solo così si

può recepire la direttiva europea che mette in sicurezza le donazioni, può permettere un registro dei donatori e anche l'inserimento nei Lea e nei ticket dell'eterologa. Le Regioni fanno comunque bene a lavorare insieme, in modo che non ci siano disparità fra una e l'altra".

**Già il 12 agosto i ginecologi Sigo, Aogoi, Agui e Sios** avevano sottolineato l'importanza di un intervento da parte dello Stato e delle Regioni affinché si adoperassero per rimuovere "gli ostacoli di ordine economico e sociale che impediscono l'uguale godimento di diritti, libertà, servizi, nel pubblico e nel privato. Le attuali profonde diversità economiche, sociali, organizzative tra le Regioni e il Ssn pubblico e la sanità privata devono essere fronteggiate con una regolamentazione attuativa tesa a prevenire ed eliminare qual-

siasi discriminazione dei cittadini, trovando doverosi e ragionevoli punti di equilibrio". E in quella data i ginecologi già elogiavano "lo sforzo delle Regioni di intraprendere percorsi omogenei secondo gli strumenti regolatori che lo Stato deve rapidamente e scrupolosamente assicurare". Si attende quindi, al più presto, un intervento del Ministero che, in attesa dell'iniziativa parlamentare, regolamenti tutti gli aspetti tecnici della materia e che garantisca l'inserimento nell'eterologa nei Lea. Un aspetto di primaria importanza, che gli stessi ginecologi evidenziavano il 12 agosto. "Non potrebbe farsi ricorso a un decreto legislativo per delega del Parlamento al Governo? O non basterebbe un regolamento ministeriale oppure un regolamento governativo attuativo-integrativo deliberato dal Consiglio dei Ministri?". **Y**

## Il parto domiciliare nella Sardegna della prima metà del Novecento

► Segue da pagina 20

di ospedalizzazione del parto rispetto ad altre regioni italiane. **Per prime furono le ostetriche continentali** a "sbarcare" in Sardegna, favorite proprio dalla tardiva apertura delle scuole universitarie, o per iscriversi nelle scuole di recente istituzione o per cercare un posto di lavoro, visto che al Nord c'era un esubero di ostetriche diplomate. Queste ragazze, tutte molto giovani, avevano una mentalità più aperta rispetto alle coetanee sarde, e questo le rese oggetto di non poche critiche e pregiudizi, venendo considerate dalla popolazione "diverse", sia come modo di vestire, che di stare con la gente, che di pensare e lavorare. Pian piano comunque si arrivò ad una completa integrazione delle ostetriche sarde con quelle provenien-

ti dal continente, che si adattarono a sistemazioni o sedi poco ambite dalle nostre levatrici, così che col tempo si riuscì a coprire con le "condotte" tutto il territorio regionale.

Il passaggio dalle empiriche alle ostetriche condotte rappresentò comunque in Sardegna una realtà avanzata, che spazzava via un mondo di assistenza ostetrica in cui entravano di diritto preghiere e formule incantatorie, amuleti e bevande, riti e pratiche quasi tribali. A metà degli anni '50 ne restavano poche tracce, liquidate dalle ostetriche professionali come "stupidiaggini": le forbici infilate di soppiatto sotto il materasso per prevenire i morsi uterini, i cassetti aperti nella convinzione che così si potessero eliminare i dolori del parto, i giri intorno al letto della partoriente, le nenie cantate come un mantra dalle parenti della paziente, un'usanza che aveva attraversato i millenni. Secondo la tradizione infatti le sacerdotesse che accompagnavano le levatrici ateniesi cantavano e recitavano in coro per alleviare le doglie.

L'empirismo e tutta la possente stratificazione di superstizioni, tradizioni, credenze che circondavano la gravidanza e il parto, nella metà del XX secolo anda-

rono così a scomparire, nonostante le resistenze insite nella popolazione rurale che continuava, anche di nascosto, a perpetrarle ostinatamente, nella convinzione che potessero influire positivamente sull'esito del parto. Ancor oggi, in molti paesi dell'interno della Sardegna, è in uso la convinzione che le donne morte di parto, chiamate ancestralmente "panas", ritornino nelle notti di plenilunio ai bordi del fiume per lavare i panni dei loro neonati. Per evitare queste presenze e il dolore del "ritorno", nei cortili delle case rurali in quelle notti vengono stesi proprio quei panni, nella convinzione che ciò possa alleviare la pena di queste donne mancate così tragicamente alla loro famiglia.

**I cambiamenti profondi** che hanno caratterizzato il tessuto sociale della Sardegna nel dopoguerra, definiti da alcuni studiosi come una vera "catastrofe antropologica", riferendosi a tutte le mutazioni avvenute nella cultura millenaria di un popolo fino ad allora estremamente radicato nella conservazione tenace della sua storia, hanno portato alla scomparsa pressoché totale, in pochi decenni, del parto domiciliare ed alla sua centralizzazione nei punti nascita viciniori, allontanando sempre più quel mondo di pratica medica spesso più espressione di emotività che di razionalità. Da un lato questo ha portato ad un miglioramento sensibile della qualità dell'assistenza, ma dall'altro alla perdita dell'aspetto più umano del rapporto medico-paziente, a discapito soprattutto della figura dell'ostetrica, che nel parto domiciliare rappresentava l'elemento insostituibile. **Y**

## Endometriosi: in Sardegna e nel mondo

► Segue da pagina 21

anche in organi diversi da quelli riproduttivi e, in particolare, dalla necessità della asportazione dell'endometriosi del setto retto-vaginale. Oggi è richiesto dalle linee guida internazionali che la terapia chirurgica dell'endometriosi sospetta, la così detta laparoscopia diagnostica operativa nella endometriosi dei primi stadi, possa essere affrontata in tutti le sedi ove esista un gruppo di maturata esperienza di laparoscopia. Viceversa, l'endometriosi ai più alti stadi dovrebbe essere sempre affrontata nei centri di riferimento che abbiano maturato un'esperienza di trattamento radicale della DIE in collaborazione con un'equipe di chirurgia generale di buona esperienza specifica nel settore. Mentre si possono ancora osservare pazienti trattate in prima istanza con una chirurgia inadeguata, nell'ambito dei centri di riferimento sono state identificate tecniche chirurgiche che hanno seguito due strade diverse: la prima è quella rappresentata dalla radicalità nella terapia dell'endometriosi, che ha come obiettivo quello di ridurre al massimo l'asportazione degli organi, non solo genitali. La seconda ha scelto una filosofia chirurgica più aggressiva con la resezione intestinale che è diventata un intervento quasi costante nel trattamento della DIE.

Il contrasto tra queste due filosofie chirurgiche che trova ragion di essere in un substrato culturale non sempre coerente, è l'argomento da trattare e discutere in sede scienti-

fica e clinica nell'immediato futuro, con la possibilità di dare risposte alle pazienti che spesso affrontano viaggi della speranza per sottoporsi ad interventi demolitivi non sempre giustificati e spinte da colleghi che non tengono conto delle possibili complicanze che queste pazienti subiscono pur in assenza di malattia neoplastica.

In Sardegna esiste una posizione ben chiara e rinforzata dall'esperienza più che decennale della scelta di una terapia radicale, ma il più possibile rispettosa della integrità anatomica genitale ed extragenitale che ha portato a risultati sintomatologici di grande livello con tassi limitati di complicità (*Angioni S, Peiretti M, Zirone M, Palomba M, Mais V, Gomel V, Melis GB. Laparoscopic excision of posterior vaginal fornix in the treatment of patients with deep endometriosis without rectum involvement: surgical treatment and long-term follow-up. Hum Reprod. 2006;21:1629-34*). La possibilità di intervenire quando necessario con una chirurgia intestinale più demolitiva è garantita dalla presenza di un'equipe multidisciplinare nell'ambito della quale il chirurgo laparoscopista fornisce il suo contributo assieme al ginecologo.

**La terapia dell'endometriosi negli ospedali Sardi** è una terapia che si basa non solo sull'esperienza degli operatori ma anche sul coinvolgimento delle pazienti che hanno creato un organismo molto attivo a livello informativo di auto-aiuto e nei social network, ben collegato con le strutture assistenziali. La presenza dello psicologo nella equipe diagnostico terapeutica nei soggetti con endometriosi prima e dopo la chirurgia ha consentito un approccio completo alle donne che soffrono di questa malattia e che spesso ne subiscono le conseguenze. **Y**

