

**di Renato De Stefano*
Marika Bonifacio*, Roberto
Vigorito*, Giulia Fuschillo**,
Aniello Castellano*,
Rosa Cappelluccio*,
Arcangelo Colonna**, Mauro
Cirillo**, Pietro Iacobelli°**

L'endometriosi, definita come la presenza di ghiandole e stroma endometriale in sede extrauterina, rappresenta una diffusa condizione patologica la cui complessa eziopatogenesi rimane a tutt'oggi non ancora chiara e viene inquadrata come malattia cronica recidivante caratterizzata da un estremo polimorfismo clinico e da una varietà di localizzazioni anatomiche.

La malattia endometriosa può interessare infatti la pelvi, sede più frequente, vari segmenti intestinali, apparato urinario e più raramente pleura, polmoni, ombelico, retti dell'addome, siti di incisioni chirurgiche etc. La prevalenza di tale complessa patologia è stimata intorno al 10% delle donne in età riproduttiva (1) ed è spesso causa di infertilità e dolore pelvico. In realtà, in letteratura viene riportata un'ampia variabilità (20-90%) di prevalenza dell'endometriosi in donne con dolore pelvico e/o sterilità; tale discordanza può essere spiegata con l'eterogeneità della popolazione studiata e con l'impossibilità di diagnosticare la malattia nella popolazione generale, diagnosi effettuabile solo in corso di intervento chirurgico, laparoscopico o laparotomico.

I sintomi

Il corredo sintomatologico più comunemente riportato dalle pazienti affette da endometriosi comprende dismenorrea, astenia, sintomi intestinali, dispareunia, nausea, vomito ed emicrania durante il periodo mestruale (2). Generalmente, si definisce il dolore pelvico "acuto" quando ha una durata non superiore a 2 o 3 mesi e "cronico" quando persiste per più di 6 mesi; riconoscerne la causa, in entrambi i casi, può risultare estremamente difficile, potendo esso derivare da un numero elevato di disturbi di diversa origine ovvero ginecologici, riproduttivi, gastrointestinali, urinari, muscolo-scheletrici. Solo il dolore delle strutture cutanee e della fascia, dei muscoli o derivante dal peritoneo parietale ha una precisa localizzazione poiché tali aree sono riccamente innervate da nervi sensitivi; il dolore viscerale derivante da organi interni (utero, intestino, etc.), al contrario, ha una scarsa localizzazione: è profondo, diffuso e si accompagna a risposte algiche di riflessi autonomici, nausea, apprensione.

Dismenorrea e dolore pelvico

La dismenorrea, causa più frequente di dolore pelvico, si distingue in primaria, (dolore acuto al basso ventre durante i primi tre giorni del ciclo mestruale causato dalle normali contra-

Endometriosi: malattia sociale

Una struttura multidisciplinare per sconfiggere il dolore

L'esperienza dell'Ambulatorio "Endometriosi e Dolore pelvico cronico" presso l'Ospedale Buon Consiglio-Fatebenefratelli di Napoli



zioni uterine indotte dalle prostaglandine), e secondaria, dovuta a cause intrauterine o extra-uterine, quali endometriosi, PID (malattia infiammatoria pelvica), endometrite, gravidanza ectopica, cisti ovariche, fibromi uterini, tumore del collo dell'utero, prolasso genitale, patologie intestinali e del tratto urinario, aderenze, patologie muscolo-scheletriche.

Il dolore pelvico, in particolare cronico, presente nelle pazienti affette da endometriosi (3), incide negativamente sulla qualità di vita della donna, intesa come concetto multi-dimensionale che spazia dallo stato di salute generale a salute mentale, funzioni cognitive, stato emozionale, benessere soggettivo, soddisfazione di vita e supporto sociale (4). Esso influenza infatti negativamente la vita sociale, di coppia e lavorativa della donna; gli aspetti epidemiologici e di

politica economica (costi elevati sostenuti per le degenze ospedaliere, spesa per congedi lavorativi, stimata in Europa sui 30 miliardi di euro annui) hanno suscitato pertanto l'interesse della XII Commissione Igiene e Sanità del Senato, che nel 2005 ha effettuato un'indagine conoscitiva sul "fenomeno dell'endometriosi come malattia sociale", con documento conclusivo approvato nella seduta del 18 Gennaio 2006 (5, 6).

Identificare un percorso diagnostico-terapeutico

L'indagine ha messo in luce diverse problematiche inerenti la malattia endometriosa, considerata una patologia invalidante, complessa e di difficile approccio diagnostico-terapeutico, nonché di grande impatto socio-economico per gli elevati costi sanitari. Non esiste un Drg dedicato, il che rende difficoltosa

la conoscenza reale della patologia, probabilmente sottostimata. Sarebbe auspicabile, pertanto, identificare un percorso diagnostico-terapeutico basato su Evidence Base Medicine e follow-up delle pazienti, formare i sanitari, realizzare centri di riferimento e centri di eccellenza in ambito nazionale per il trattamento delle forme severe di endometriosi, realizzare un approccio di tipo multidisciplinare alla malattia stessa, favorire e incrementare la ricerca sulle cause, attivare Registri regionali e un Registro nazionale dedicato. La diagnostica della malattia endometriosa, cui segue conferma istologica dopo intervento chirurgico laparoscopico/laparotomico, si avvale innanzitutto di un esame pelvico accurato condotto in pazienti sintomatiche, focalizzando l'attenzione su mobilità di utero e annessi, eventuale presenza di utero fisso-retroverso o di masse annessiali, sofficietà del fornice posteriore o degli annessi, eventuale palpabilità di noduli del setto retto-vaginale.

Il dosaggio plasmatico del Ca-125, sebbene possa essere aumentato nelle pazienti affette, se paragonato alla laparoscopia non ha nessun valore come strumento diagnostico (7). La diagnosi di endometriosi profonda (noduli infiltranti i legamenti utero-sacrali o il setto retto-vaginale) risulta comunque più complessa a meno che non siano evidenti lesioni nodulari affioranti in vagina o della cervice all'esame speculare. La diagnostica per immagini utilizzata successivamente al sospetto clinico prevede l'USG pelvica TA e TV, e, nel sospetto di stadio avanzato ovvero di endometriosi profonda, la RM e, secondo alcuni Autori, l'ecografia trans-rettale complementare all'USG pelvica trans-vaginale e la sonografia endoscopica rettale (RES). In particolare, l'USG TV viene considerata la tecnica di immagine di prima linea per la diagnosi di endometrioma, di endometriosi vescicale e rettale (quest'ulti-

ma limitata alla regione retrocervicale) e la RM risulterebbe più sensibile in caso di endometriosi dei legamenti utero-sacrali, intestinale e vaginale (8). Dati scarsi e discordanti sono riportati per la diagnostica dei noduli endometriocici del setto retto-vaginale, individuati come immagine a "margini stellati" e negativa al Color-Doppler all'USG TV o trans-rettale, anche se uno studio italiano condotto da Seracchioli (Bologna) su 381 pazienti nel periodo 2002-2005 ha riportato che l'accuratezza della metodica ecografica TV nella diagnosi di endometriosi profonda infiltrante il compartimento posteriore è direttamente proporzionale alle dimensioni del nodulo endometriocico. La causa del dolore pelvico cronico, nonostante gli strumenti diagnostici utilizzati, rimane comunque spesso non diagnosticata e tale mancata diagnosi talvolta aggrava la malattia endometriosa quando questa ne sia responsabile. In letteratura è documentato infatti un ritardo tra la comparsa dei primi sintomi e la diagnosi di endometriosi di circa 10 anni (9); si ricordi che il gold standard nella diagnostica della malattia è la laparoscopia, e che spesso la diagnosi viene effettuata casualmente in pazienti asintomatiche o paucisin-

UNA REALTÀ SOMMERSA

La malattia endometriosa è una patologia invalidante, complessa e di difficile approccio diagnostico-terapeutico, nonché di grande impatto socio-economico per gli elevati costi sanitari. La mancanza di un Drg dedicato rende difficile conoscere le reali dimensioni di questa diffusa condizione patologica, probabilmente sottostimata (10% delle donne in età riproduttiva).

La necessità di denunciare la disinformazione sull'endometriosi e di far capire che si tratta di una malattia spesso sottovalutata è stata più volte ribadita nel corso della sessione ad essa dedicata al congresso nazionale di Torino, dove la senatrice Laura Bianconi ha illustrato un disegno di legge per l'istituzione di un Registro nazionale endometriosi.

tomatiche con problemi di infertilità. Essendo poi l'endometriosi una patologia cronica con andamento progressivo, un ritardo nella diagnosi e nel conseguente eventuale trattamento chirurgico può determinare esiti spesso irreversibili fino alla sterilità.

Ambulatorio Endometriosi e Dolore pelvico: la nostra esperienza

Lo scopo del nostro studio è quello di promuovere attenzione medica e sensibilizzazione delle donne nei confronti di un sintomo comune che spesso non trova causa, ma che in gran parte dei casi è manifestazione della malattia endometriosa.

Nel periodo aprile-luglio 2008, con frequenza quindicinale, si sono recate presso l'ambulatorio di "Endometriosi e Dolore pelvico cronico"- Divisione di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale Buon Consiglio-Fatebenefratelli di Napoli 40 pazienti di età compresa tra i 14 e i 55 anni che lamentavano dolore pelvico. L'organizzazione del nostro ambulatorio prevede tre accessi iniziali. Durante la prima visita si procede ad accurata anamnesi familiare e personale, con particolare attenzione allo studio del dolore pelvico per comprenderne le cause. L'anamnesi viene effettuata in maniera particolareggiata indagando su sintomi specifici e sulla loro ubicazione, sulla presenza di algie addominali, cicliche o meno, dismenorrea, dispareunia, dischizia, disuria, e riportando la storia mestruale, i metodi contraccettivi utilizzati, la terapia medica per il dolore eventualmente effettuata, l'anamnesi chirurgica, la presenza di eventuali malattie croniche extra-genitali. Per ognuno dei sintomi descritti, l'intensità del dolore viene ri-

portata da ogni paziente su una Scala Visuo-Analogica (VAS) ad 11 punti (0-10 cm), con 0 = assenza di dolore e 10 = massimo dolore immaginabile. Alle pazienti viene chiesto inoltre di compilare un diario quotidiano del dolore che sarà riconsegnato nel corso delle visite successive. Tutte le pazienti vengono poi sottoposte ad esame pelvico bimanuale, condotto secondo criteri di accuratezza e delicatezza allo scopo di consentire loro il massimo rilassamento muscolare. Nel caso in cui la paziente lamenti dischizia e/o ematochezia, l'esame rettale viene sempre effettuato dopo l'esame vaginale; qualora la secrezione vaginale sia superiore al normale vengono eseguiti tamponi vaginali per la ricerca di Chlamydia, Micoplasma etc. Vengono inoltre indagate le abitudini alimentari che, secondo alcuni Autori, sembrano avere un ruolo fondamentale nella patogenesi del dolore pelvico di origine endometriosa. Durante la seconda visita le pazienti effettuano una consulenza psicologica, tappa obbliga-

Spesso si giunge alla diagnosi dopo che la malattia ha mostrato uno dei suoi segni peggiori: l'infertilità

toria considerata l'importanza che i fattori psico-emozionali giocano nelle pazienti con dolore pelvico cronico e l'influenza che ne deriva sulla vita sociale, sessuale, familiare e lavorativa. La consulente psicologa indaga inoltre su eventuali storie di abuso sessuale o disturbi di salute mentale che possano essere riconducibili a cause di dolore pelvico cronico: secondo alcuni studi donne che hanno subito abusi sessuali o fisici durante

l'infanzia presentano quattro volte di più, rispetto alla popolazione normale, dolore pelvico, dispareunia e dolori a carico dell'apparato urinario e l'entità della sindrome dolorosa e l'estensione del dolore sembrano essere direttamente proporzionali alla gravità dell'abuso subito. Durante l'ultima visita la paziente si sottopone ad esame ecografico o ad altre consulenze specialistiche quando ritenute necessarie, e a dosaggio dei livelli ematici del Ca 125. Una volta formulata la diagnosi vengono programmate visite successive per la gestione terapeutica del caso.

I risultati del nostro studio

I risultati preliminari hanno mostrato in 9 delle 40 pazienti giunte alla nostra osservazione (22%) una conferma della diagnosi di malattia endometriosa effettuata presso altre strutture, con 4 delle 9 pazienti già sottoposte ad intervento chirurgico per malattia endometriosa e inquadrate pertanto come "recidiva endometriosa".

Delle restanti pazienti 10 lamentavano dolore pelvico ricollegabile a endometriosi, 8 a dismenorrea primaria, 2 a sindrome da congestione pelvica, 2 presentavano una malattia infiammatoria pelvica, 1 paziente presentava dolore pelvico ricollegabile a disturbo della somatizzazione, 1 paziente riferiva dolore pelvico da violenza sessuale casalinga, 3 pazienti lamentavano dolore da sindrome aderenziale, 2 pazienti lamentavano dolore pelvico indicativo della presenza di un problema muscolo-scheletrico, 2 pazienti con sintomi di pertinenza dell'apparato urinario presentavano una cistite interstiziale.

L'importanza di un approccio multidisciplinare

L'approccio al dolore pelvico presuppone l'esperienza di un centro dedicato in cui si operi in maniera multidisciplinare evitando di sottovalutare o trattare parzialmente le patologie che ne sono causa. La formazione specifica dei sanitari e la disponibilità di figure quali lo psicologo, l'anestesista esperto di terapia del dolore, il chirurgo, l'urologo etc. è necessaria per una corretta diagnosi e un valido trattamento. Quando il dolore pelvico si associa all'endometriosi è fondamentale un'attenta valutazione pre-operatoria della malattia, formulare una corretta stadiazione dopo l'intervento chirurgico istruendo la paziente stessa e discuterne della prognosi. È importante inoltre un attento follow-up sia per le pazienti sottoposte a trattamento chirurgico che per le pazienti che seguono esclusivamente una terapia medica.

È inoltre fondamentale, nella gestione della terapia medica, seguire linee guida attuali e standardizzate e riservare il trattamento più opportuno sulla base soprattutto delle esigenze della paziente (desiderio di prole o meno), in modo da focalizzare la condotta medica su controllo del dolore, controllo del tempo di recidiva e del tempo trascorso libero da sintomi, trattamento della sterilità/infertilità con eventuale ricorso a tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita. La diffusione di strutture di tipo multidisciplinare dedicate alla malattia endometriosa e al dolore pelvico cronico risulterebbe, a nostro giudizio, di grande utilità sia per il ginecologo quanto per la paziente, sempre più informata ed atten-

Per saperne di più

1. Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1997;24 (2):235-58
2. Ballweg ML. Impact of endometriosis on women's health: comparative historical data show that the earlier the onset, the more severe the disease. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2004;18 (2):201-18
3. Ortiz DD. Chronic pelvic pain in women. *Am Fam Physician* 2008; 1;77(11):1535-42
4. Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2004;25 (2):123-33
5. Simoons S, Hummelshoj L, D'Hooghe T. Endometriosis: cost estimates and methodological perspective. *Hum Rep Update* 2007; 13 (4):395-404
6. Dodicesima Commissione Permanente (Igiene e Sanità) del Senato della Repubblica, Indagine Conoscitiva sul fenomeno dell'endometriosi come Malattia Sociale. Documento Conclusivo approvato nella seduta del 18 gennaio 2006
7. Mol BW, Bayram N, Lijmer JG, Wiegerinck MA, Bongers MY, van der Veen F et al. The performance of CA-125 measurement in the detection of endometriosis: a meta-analysis. *Fertil Steril* 1998; 70(6):1101-8
8. Bazot M, Darai E. Non invasive approach to endometriosis. *World Meeting on Gynecological pelvic Pain and endometriosis* 2006
9. Husby GK, Haugen RS, Moen MH. Diagnosis delay in women with pain and endometriosis. *Acta Obstet Gynec Scand* 2003; 82:649-653
10. Mary Lou Ballweg & the Endometriosis Association, Deborah A. Metzger, M.D., Ph.D., Russell Jaffe, M.D., Endometriosis 2004

ta alla settorialità ed all'ultraspecializzazione delle branche mediche.

**Dirigente Medico I livello, "Ospedale Buon Consiglio"- Fatebenefratelli di Napoli*
***Seconda Università degli Studi di Napoli*
° Consulente Psicologa, "Ospedale Buon Consiglio"- Fatebenefratelli di Napoli
°° U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia, "Ospedale Buon Consiglio"- Fatebenefratelli di Napoli

► Segue da pagina 23

Un nuovo percorso che tenga conto delle differenze di genere

mile, anche se naturalmente le valenze cognitive e gli strumenti di corretta informazione occupano più spazio (anche se mai la stessa importanza educativa). Per gli operatori del consultorio Adolescenti la mission deve essere enunciata con chiarezza e per questo va richiamato e descritto il logo del progetto: è la riproduzione (i cui diritti sono stati adeguatamente assicurati al progetto "Spazio Maschio") di una illustrazione di Ricci, dal libro di A. Stanisci "Don Giovanni: doppio giallo" in cui un piccolo don Giovannino si toglie la mascherina (una bauta veneziana in realtà) mentre un inquietante Don Giovanni adulto lo scruta severo, con la maschera ancora tenacemente adesa al viso. Un percorso di assunzione delle proprie responsabilità da parte del maschio, all'interno della coppia, passa anche per l'accoglienza della tutela della salute del ragazzo in maniera concreta da par-

te delle strutture consultoriali. Questo "aggancio" permette di aprire un canale di comunicazione che si rivelerà prezioso in tutti gli altri momenti della vita sessuale e riproduttiva del giovane uomo. Le persone che sono state accolte e soddisfatte dai servizi, al momento del primo contatto, sanno ritrovare la strada nel momento del bisogno e ricevono un imprinting per un futuro comportamento virtuoso. Anche dal punto di vista psicologico, l'esperienza dell'accoglienza costituisce una esperienza emotiva costruttiva e talora correttiva di antecedenti vissuti di deprivazione. Ottenere da questi cuccioli una collaborazione, per una buona adherence della coppia alla contraccezione con E/P e a una valida prevenzione delle Mst, comincia ad essere una impresa possibile. La nuova frontiera sarà esplorata dall'Agite al Congresso Sic-Smic di Modena 2009: facendo tesoro delle esperienze passate si apriranno possibilità future di nuovi e ben strutturati approcci centrati sull'adolescente maschio e la sua salute sessuale e riproduttiva.

► Segue da pagina 23

Premio Aogoi alla migliore ricerca sulla medicina di genere

se patologie femminili. Pertanto è diventato prioritario impostare la ricerca e la programmazione degli interventi sanitari in una prospettiva di "genere" che tenga conto sia dell'aspetto biologico sia sociale. Tale impegno va realizzato creando una rete tra ricercatori, medici, società scientifiche, associazioni e istituzioni, capace di integrare attori e competenze diverse in un approccio interdisciplinare.

A tal fine si è pensato di creare un data base in grado di raccogliere gli studi più significativi sulla medicina di genere realizzati in Italia sino ad oggi.

Si è deciso pertanto di assegnare una borsa di studio di € 2.000 alla migliore ricerca scientifica sulla medicina di genere, la cui consegna avrà luogo durante il Primo Congresso Nazionale Interdisciplinare di Medicina di Ge-

nere dal titolo: "Medicina di Genere: Differenze Biologiche, Ormonali e Determinanti Socio Economici", che si terrà a Napoli dal 21 al 23 gennaio 2010.

Possano partecipare al bando tutti i giovani, cittadini italiani, laureati e laureandi, nonché dottori e dottorandi, in tutte le materie attinenti la tematica della medicina di genere, con un lavoro realizzato negli ultimi tre anni.

I partecipanti dovranno inviare la domanda di partecipazione, corredata dai documenti richiesti, entro e non oltre il 30 novembre 2009, a:

Aogoi "Premio Medicina di Genere", Via G. Abamonti 1 - 20129 Milano.

La domanda dovrà contenere: Nome, Cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale, domicilio, recapito telefonico e indirizzo e-mail

- Titolo della ricerca
- La dichiarazione di cessione dei diritti di autore, allo scopo di consentire l'eventuale pubblicazione dei lavori senza alcun onere e la liberatoria per il trattamento dei dati persona-

li ai sensi della legge sulla privacy

- Curriculum vitae
- Certificato di Laurea e specializzazione

Alla domanda dovrà essere allegata:

- Una copia della ricerca carattere Times New Roman 12 interlinea singola testo giustificato formato word (.doc) comprese tabelle figure (formato jpeg, tiff e bibliografia)
- Una sintesi in cinque copie di non più di tre cartelle dattiloscritte
- Un poster della ricerca 70 X 100 a colori
- Una copia della ricerca e della sintesi in formato elettronico (CD/DVD)

La documentazione non verrà restituita.

Il premio verrà assegnato a insindacabile giudizio di un comitato tecnico-scientifico istituito dagli Enti Organizzatori.

Il Bando di Concorso sarà consultabile sul sito: www.aogoi.it.

Francesca Fiorillo, Consigliere di Presidenza AGITE