

# L'ADENOMIOSI: novità nella terapia medica per questa patologia che necessita ancora di essere osservata

“

L'Ecografia Transvaginale è l'esame di prima scelta grazie alla sua accessibilità e alta sensibilità che può raggiungere fino all'89%.

**IL TRATTAMENTO MEDICO DELL'ADENOMIOSI** ha come obiettivo il controllo dei sintomi principali quali la dismenorrea ed i flussi mestruali abbondanti. Essendo una patologia estrogeno-dipendente, la maggior parte delle terapie mira a sopprimere il ciclo ovarico inducendo l'atrofia del tessuto endometriale ectopico.

Fra le possibilità del trattamento dell'adenomiosi oggi s'inserisce la contraccezione vaginale con anello che è in grado di ridurre i suddetti sintomi e segni. Un recente studio osservazionale prospettico italiano (Anjeza Xholli, Francesca Oppedisano Ambrogio P. Londero, Mattia Francesco Ferraro, Isabella Perugi e Angelo Cagnacci *Contraception With NuvaRing Decreases Symptoms and Uterine Features of Adenomyosis: A Prospective Evaluation*. *Contraception* 2025 Oct; 150:111016) ha valutato gli effetti della contraccezione con anello vaginale sui segni e sintomi ecografici delle donne con adenomiosi. L'anello è stato somministrato in un regime continuo, un anello ogni 3 settimane senza intervalli, per evitare le mestruazioni. Dopo 6 mesi di trattamento, il volume uterino è diminuito così come il dolore sia mestruale che intermestruale. Quand'era presente è risultata ridotta anche la dismenorrea.

Questo interessante articolo italiano è stato scelto e commentato sulla rivista *Obstetrical and Gynecological Survey* 80(12)763-764, 2025. Nella disamina è emerso che sarebbero utili studi più ampi che affrontino l'impatto a lungo termine della contraccezione vaginale, ma nel frattempo i dati sono abbastanza solidi da considerare l'anello come una potenziale terapia di prima



**MAURIZIO SILVESTRI**  
Segretario Aogoi  
Responsabile Ssd  
Consultorio Spoleto  
Valnerina Asl Umbria 2

linea per i sintomi associati all'adenomiosi. Secondo gli autori la contraccezione vaginale rappresenta una eccellente opzione per le pazienti con adenomiosi.

Le terapie ormonali, finalizzate alla riduzione del dolore e del flusso mestruale, sono considerate di prima linea ed avevano incluso finora la contraccezione ormonale orale, (combinata oppure con soli progestinici) e la spirale medicata al levonorgestrel. Permettono la gestione a lungo termine nelle donne che desiderano evitare la terapia chirurgica. Se la sintomatologia dovesse persistere a questo trattamento si possono associare Fans e/o acido tranexamico.

La soppressione cosiddetta profonda è la terapia di seconda linea, viene utilizzata solitamente per brevi periodi o in preparazione alla chirurgia e/o tecniche di procreazione assistita. Vi fanno parte gli analoghi del GnRH (Agonisti/Antagonisti) che, inducendo una "menopausa farmacologica" temporanea, azzerano la produzione di estrogeni dando però sgradevoli effetti collaterali legati proprio a questo severo ipoestrogenismo. Sono anche utilizzati gli Antagonisti del GnRH orali che permettono un controllo più modulabile della soppressione ormonale rispetto alle terapie iniettive. In passato sono stati molto usati i Modulatori Selettivi del Recettore del Progesterone che oggi hanno indicazioni più ristrette per motivi di sicurezza epatica. Ancora poco usata è Embolizzazione delle arterie uterine (UAE) e la HIFU (Ultrasuoni Focalizzati Guidati da RM o Eco) che usa il calore degli ultrasuoni per "bruciare" i focolai di adenomiosi.



Nei casi più gravi e quando le altre terapie falliscono, si può ricorrere all'asportazione chirurgica dei noduli nei casi di adenomiosi focale (adenomiectomia) oppure, come soluzione definitiva, l'isterectomia.

L'adenomiosi uterina, definita come "l'altra faccia dell'endometriosi" o "endometriosi interna", provoca un ispessimento e un aumento di volume dell'organo. In questa patologia benigna in cui il tessuto endometriale penetra e cresce all'interno del miometrio, si distinguono tre quadri principali:

**Adenomiosi Diffusa** • le cellule endometriali sono sparse ampiamente in tutto il miometrio, rendendo l'utero ingrossato e pesante.

Adenomiosi Focale - aree localizzate di tessuto endometriale che possono apparire come masse indistinte.

**Adenomioma** • una forma focale così ben definita da simulare un fibromioma, ma priva della capsula tipica di quest'ultimo.

Frequentemente è asintomatica, ma a volte si associa a cicli menorragici, dismenorrea, dolore e senso di peso pelvico, dispauremia ma anche infertilità. Proprio per questa aspecificità dei sintomi non è chiara la reale incidenza. Si stima una prevalenza globale intorno all'1% che sale tra il 20% ed il 35% nelle donne con sintomi e/o infertili; quindi sottoposte a indagini diagnostiche.

Si riscontrano maggiormente nella fascia di età tra i 40 e 50 anni anche se non raramente, grazie soprattutto al miglioramento diagnostico, è possibile trovarla in donne più giovani o addirittura nelle adolescenti. Più colpite le multipare, so-

prattutto se hanno subito interventi chirurgici uterini quali: taglio cesareo, revisione chirurgica della cavità uterina, isteroscopia operativa. Spesso è associata ad altre lesioni ginecologiche quali endometriosi oppure fibromiomi uterini. In passato la diagnosi era istologica sull'utero asportato per vari motivi, attualmente è soprattutto casuale nel corso di tecniche d'imaging effettuate per altra causa anche se sempre più sta avvenendo a seguito di un suo sospetto clinico. Alla visita ginecologica, fondamentale per correlare i sintomi ai segni clinici, l'utero appare ingrandito e a volte dolente. La conferma diagnostica è possibile averla attraverso l'ecografia pelvica, soprattutto transvaginale e la risonanza magnetica nucleare.

L'Ecografia Transvaginale è l'esame di prima scelta grazie alla sua accessibilità e alta sensibilità che può raggiungere fino all'89%. I criteri internazionali MUSA (Morphological Uterus Sonographic Assessment), pubblicati dal gruppo internazionale MUSA (2015, aggiornati nel 2019 e 2021), definiscono una terminologia standardizzata per descrivere le caratteristiche ecografiche di adenomiosi migliorandone l'accuratezza diagnostica e permettendo una correlazione tra i sintomi clinici e riscontri ecografici.

È raccomandato l'uso dell'ecografia transvaginale 2D e 3D per valutare la zona giunzionale (JZ), la simmetria del miometrio e la vascolarizzazione. Preferibilmente l'ecografia non dovrebbe essere eseguita durante la fase mestruale per evitare che l'ispessimento endometriale oscuri il miometrio.

La diagnosi si basa sulla presenza di almeno uno dei cosiddetti segni ecografici diretti dovuti alla presenza del tessuto endometriale nell'ambito del miometrio.

Questi sono:

**Cisti miometriali** • piccole aree anecogene (nere) nel contesto del muscolo uterino.

**Isole iperecogene** • noduli bianchi/chiaro all'interno del miometrio.

**Linee e gemme subendometriali** • sottili strie che partono dall'endometrio e "invadono" il muscolo.

Ci sono poi i segni ecografici indiretti, conseguenza dei processi flogistici del miometrio dovuti della presenza al suo interno del tessuto endometriale.

Questi sono:

**Utero globoso** • l'organo perde la forma a pera e diventa tondo.

**Asimmetria delle pareti** • una parete (spesso la posteriore) è molto più spessa dell'altra.

**Ombre acustiche "a ventaglio"** • ombreggiature non legate a miomi.

**Vascolarizzazione translesionale** • Vasi sanguigni che attraversano la lesione (valutata con color/power Doppler).

Il sistema di classificazione MUSA descrive anche la localizzazione e l'estensione dell'adenomiosi che potrà essere:

**Localizzazione** • anteriore, posteriore, laterale (dx/sx), fundica

**Tipo** • Focale (nodulo) o diffusa.

**Cistica** • Presenza o assenza di cisti.

**Estensione** • Percentuale di miometrio coinvolto.

**Coinvolgimento degli strati** • Zona giunzionale, miometrio, sierosa.

La risonanza magnetica viene utilizzata in casi dubbi o quando coesistono numerosi fibromi che nascondono l'adenomiosi all'ecografia. Ha una specificità molto elevata.

## I parametri chiave nella RM includono:

Spessore della Zona di Giunzione (JZ) - il criterio cardine è uno spessore della JZ superiore a 12 mm. Un valore inferiore a 8 mm solitamente la esclude.

Focolai ad alta intensità - piccoli punti luminosi nelle sequenze T2 che rappresentano ghiandole dilatate o sangue.

Rapporto JZ/Miometrio - un rapporto superiore al 40-50% è indicativo della patologia.