

A cura di Mara Albanese

Dipartimento per la Tutela della Salute e della Qualità di Vita della Donna-U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia-International School of Surgical Anatomy, IRCCS Ospedale "Sacro Cuore-Don Calabria", Negrar di Valpolicella, Verona

Definizione

L'endometriosi è una malattia benigna, cronica e ricorrente, caratterizzata dalla presenza e dalla proliferazione di tessuto endometriale (ghiandole e stroma) al di fuori della cavità uterina con associata reazione infiammatoria cronica. Può presentarsi con lesioni ovariche, lesioni peritoneali superficiali o lesioni peritoneali profonde (infiltrazione del tessuto peritoneale > 5 mm)

Prevalenza

Il 10% circa delle donne in età fertile, il 25-50% delle donne infertili e il 40-70% delle donne con dolore mestruale severo è affetto da endometriosi

Patogenesi

L'esatta causa dell'endometriosi rimane tuttora sconosciuta.

Le principali teorie patogenetiche proposte sono:

- la *teoria della mestruazione retrograda*
- la *teoria della metaplasia dell'epitelio di origine celomatica*

Diagnosi

- **Accurata anamnesi**
- **Esame clinico** con esplorazione **retto-vaginale**
- **Ecografia transvaginale**

Fattori di rischio

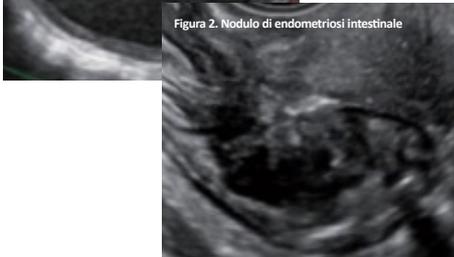
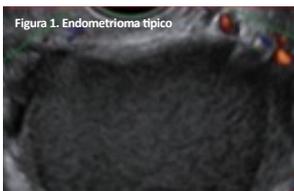
E' stata dimostrata la presenza di una forte componente familiare ed esiste una probabile influenza da parte di alcuni fattori ambientali ma la maggior parte degli studi esistenti non permette di trarre conclusioni assolute, per la debole forza di associazione rilevata, eccezione fatta per età al menarca e lunghezza dei cicli mestruali.

Classificazione

Il sistema di classificazione più utilizzato negli ultimi 40 anni è quello dell'American Society for Reproductive Medicine (ASRM), che identifica quattro stadi di gravità, ma non esiste una chiara correlazione tra lo stadio e l'intensità della malattia. Tale classificazione tuttavia presenta dei limiti, basati principalmente sulla incapacità di fornire chiare indicazioni sulla localizzazione e l'estensione degli impianti di endometriosi profonda. Per questo in letteratura sono state proposte altre classificazioni.

Sintomatologia

La patologia ha un impatto notevole sulla qualità di vita, sia per l'aspetto sintomatologico (dismenorrea, dispareunia, dolore pelvico cronico, disuria, dischizia), sia per il potenziale impatto negativo sulla fertilità. Meno frequentemente la patologia risulta totalmente asintomatica.

**Esame ecografico**

Secondo il consensus IDEA (International Deep Endometriosis Analysis Group) del 2016 l'ecografia pelvica per lo studio dell'endometriosi andrebbe eseguita in 4 fasi:

1. Studio del **comparto centrale** (utero e ovaie) descrivendo l'adenomiosi secondo il consensus MUSA e il numero, le dimensioni e le caratteristiche morfologiche degli endometriomi secondo la terminologia IOTA
2. Ricerca dei **"soft markers"** ecografici (dolenzia evocata dalla pressione mediante sonda e la scarsa mobilità ovarica)
3. Studio del cavo del Douglas con valutazione dello **"sliding sign"**
4. Valutazione del **compartimento anteriore** (vescica, plica vescico-uterina, ureteri) e **posteriore** (legamenti utero-sacrali, fornice vaginale posteriore, setto retto-vaginale, tratto retto-sigma) per ricercare eventuali noduli di endometriosi profonda

L'**endometrioma** tipico è una cisti uniloculare o multiloculare (massimo quattro loculi), con contenuto a vetro smerigliato o «ground glass» e priva di componente solida. In gravidanza a causa del fenomeno della deciduizzazione presenta papille arrotondate, a superficie regolare e vascolarizzate al color Doppler.

I **noduli** di endometriosi profonda sono solitamente ipoecogeni, a margini regolari o irregolari, con vascolarizzazione scarsa o assente al color Doppler.

Le lesioni riscontrate andrebbero sempre misurate nei tre piani ortogonali. In caso di noduli vescicali, è importante misurare la distanza tra l'orifizio ureterale distale e il nodulo. In caso di lesioni intestinali sarebbe utile misurare la distanza tra il margine anale e il nodulo stesso e in caso di noduli multipli la lunghezza totale del segmento intestinale coinvolto.

Management e counseling

Il management dell'endometriosi va **individualizzato** e dipende dalla presenza o meno di sintomi e dal desiderio di gravidanza. Per il trattamento della **sintomatologia algica** in una paziente non desiderosa di gravidanza, la terapia medica ormonale rappresenta la terapia di prima linea e la chirurgia diventa necessaria solo in caso di fallimento della prima o in caso di evidenza di danno d'organo (coinvolgimento ureterale con idroureteronefrosi, occlusione intestinale).

In caso di **desiderio di gravidanza** prioritario non si potrà invece assumere terapia ormonale e pertanto in tal caso si discuterà con la paziente delle diverse opzioni terapeutiche che vanno personalizzate in base a molteplici fattori tra cui l'età, i sintomi, il quadro clinico e la sua pregressa storia. Una corretta e **precoce diagnosi** permette di eseguire un counseling adeguato e di avviare la paziente al management più opportuno.