



# Informazioni sull'endometriosi

Opuscolo per il paziente sulla base delle linee guida per l'endometriosi ESHRE

Versione 2022

[www.eshre.eu/guidelines](http://www.eshre.eu/guidelines)



# Introduzione

Questo opuscolo è per te se:

- Hai ricevuto una diagnosi di endometriosi
- Hai segni o sintomi di endometriosi e pensi di poter essere affetta da endometriosi

Questo opuscolo è stato realizzato per le pazienti, ma potrebbe essere utile anche per i loro famigliari e persone di supporto.

Queste linee guida, in linea con la ricerca, la terminologia e il dibattito sull'endometriosi, si focalizzano su donne cis-gender eterosessuali e con un ciclo mestruale. Il comitato di queste linee guida riconosce che esistono molte persone che convivono con l'endometriosi che sono transessuali, che non menstruano, che non hanno un utero o che non si identificano con i termini utilizzati in letteratura. Per lo scopo di questa linea guida utilizziamo il termine "donna con endometriosi", tuttavia questo non intende isolare, escludere o sminuire l'esperienza di ciascun individuo ne intende discriminare nei confronti di nessun gruppo.

Gli obiettivi di questo opuscolo sono:

- Incrementare la consapevolezza riguardo l'endometriosi
- Fornire alle pazienti informazioni riguardo a trattamenti appropriati per i sintomi dell'endometriosi
- Fornire alle pazienti degli strumenti di discussione con i loro curanti

## Contenuti

Introduzione .....	2
Che cos'è l'endometriosi?.....	2
Sintomi e diagnosi .....	Error! Bookmark not defined.
Trattamento del dolore causato dall'endometriosi.....	9
Endometriosi e Infertilità.....	13
Oltre i classici trattamenti.....	16
Endometriosi nell'età adolescenziale .....	17
Menopausa e endometriosi.....	18
Endometriosi e Cancro.....	19
Dove posso trovare più informazioni o supporto?.....	20
Riguardo questo opuscolo .....	20
Glossario (spiegazione di termini medici o scientifici).....	Error! Bookmark not defined.
Fonti .....	23

Questo opuscolo e le informazioni in esso contenute sono interamente basati sulle linee guida ESHRE sull'endometriosi (2022). Tutte le informazioni e le raccomandazioni delle linee guida derivano dalle migliori evidenze scientifiche disponibili. Laddove non ci fossero sufficienti evidenze scientifiche, un gruppo di esperti ha formulato delle raccomandazioni basate sulla loro esperienza clinica. Gli esperti hanno anche individuato aree di ricerca che necessitano di approfondimento nel campo dell'endometriosi.

Abbiamo inserito i seguenti simboli per dimostrare il livello di evidenza delle raccomandazioni e se queste siano basate o meno su studi scientifici.



**Raccomandazione basata su evidenze provenienti dalla ricerca scientifica**



**Raccomandazione basata sull'opinione ponderata del gruppo di sviluppo delle linee guida**

Maggiori informazioni sono disponibili alla fine dell'opuscolo, incluse una lista di termini medici e scientifici e i loro significati.

Le linee guida complete sono disponibili sul sito dell'ESHRE (<https://www.eshre.eu/Endometriosis-guideline>)



## Che cos'è l'endometriosi?

L'endometriosi è definita come la presenza di tessuto simile all'endometrio all'esterno dell'utero. L'endometriosi innesca una reazione infiammatoria cronica con conseguente dolore e aderenze. Le aderenze si sviluppano quando il tessuto cicatriziale attacca insieme strutture o organi separati. L'attività e i disturbi dovuti all'endometriosi possono variare durante il ciclo mestruale della donna poiché i livelli ormonali fluttuano. Di conseguenza, i sintomi possono peggiorare in determinati momenti del ciclo, in particolare appena prima e durante il periodo mestruale della donna. Mentre alcune donne con endometriosi sperimentano un forte dolore pelvico, altre non hanno alcun sintomo o considerano i loro sintomi semplicemente come "dolore mestruale ordinario". In rari casi, il dolore ciclico può coinvolgere anche la parte superiore dell'addome, ad esempio sotto le coste o il torace.

Si stima che tra il 2 e il 10% delle donne nella popolazione generale soffra di endometriosi, e che il 30-50% delle donne infertili siano affette da endometriosi.

Le donne affette da endometriosi riportano spesso sintomi importanti e una significativa riduzione della qualità della vita, inclusa una limitazione delle normali attività quotidiane, dolore/disagio e ansia/depressione.

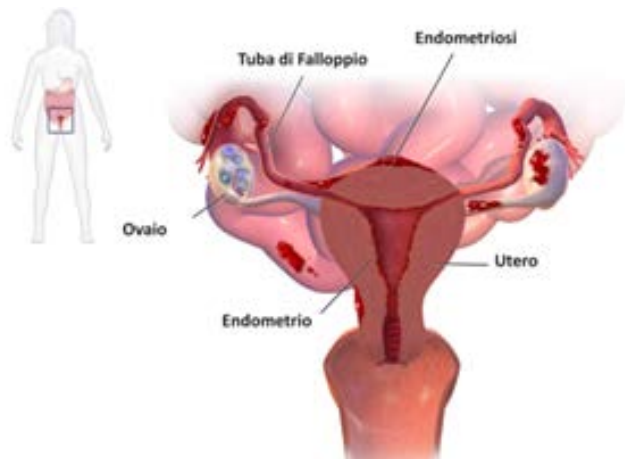
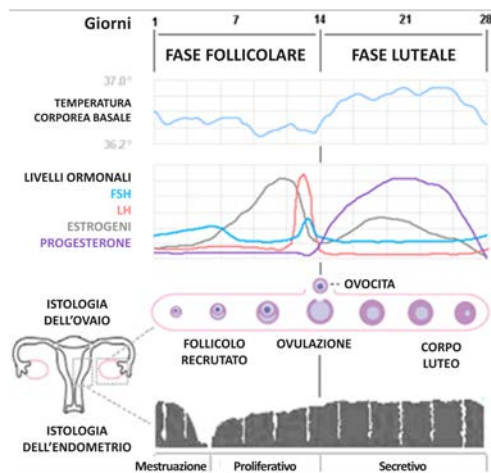


Figura 1. Endometriosi

## Il ciclo mestruale



Durante l'età fertile, ogni mese il corpo della donna si prepara ad accogliere la gravidanza in due fasi. In una prima fase, gli ovociti contenuti nelle ovaie maturano all'interno dei follicoli e si preparano ad essere rilasciati. Contemporaneamente, l'endometrio all'interno dell'utero cresce in risposta agli ormoni prodotti dai follicoli (estrogeni e progesterone), fino a formare uno strato in cui può verificarsi l'impianto di un embrione. La prima fase si conclude con il rilascio di un ovocita/uovo dall'ovaio (ovulazione). Se l'ovocita viene fertilizzato da uno spermatozoo, si può sviluppare un embrione e, dopo l'impianto, si può instaurare una gravidanza. Nei cicli in cui la gravidanza non si verifica, lo strato interno dell'utero, l'endometrio, inizia a sfaldarsi dando luogo alla mestruazione.

Le fasi del ciclo mestruale sono regolate da ormoni che includono l'ormone follicolo stimolante (FSH), l'ormone luteinizzante (LH), gli estrogeni e il progesterone.

Figura 2. Il ciclo mestruale

Quando si verifica la gravidanza, gli ormoni si adattano, facendo sì che lo strato interno dell'utero rimanga intatto, affinché l'embrione possa essere supportato.

Quando la donna, alla fine dell'epoca riproduttiva, raggiunge la menopausa, gli estrogeni e il progesterone non vengono più prodotti, con una conseguente crescita dell'FSH e LH. Non si verificano più ovulazioni e crescita dello strato endometriale all'interno dell'utero, e le mestruazioni si interrompono. Le vampate di calore e la secchezza vaginale sono effetti frequenti del cambio ormonale durante e dopo la menopausa.



## Che cosa causa l'endometriosi?

La causa dell'endometriosi rimane sconosciuta. Esistono diverse teorie, ma nessuna di queste è stata completamente provata. La teoria maggiormente accettata si basa sulla cosiddetta mestruazione retrograda. Durante le mestruazioni, frammenti di endometrio raggiungono la cavità addominale passando attraverso le tue di Falloppio, aderiscono al rivestimento peritoneale e si sviluppano in lesioni endometriosiche. L'ormone estrogeno è fondamentale in questo processo. Di conseguenza, la maggior parte dei trattamenti attuali per l'endometriosi tenta di ridurre la produzione di estrogeni nel corpo della donna per alleviarla dai sintomi.

Alcuni sostengono che l'endometriosi possa essere una patologia genetica, in quanto alcune famiglie presentano più pazienti affette da endometriosi rispetto ad altre. Ciò nonostante, è ritenuto poco probabile che esista un "gene dell'endometriosi". Altri suggeriscono una risposta immunitaria che innesca l'infiammazione.

## Endometriosi, adenomiosi, fibromi uterini e polipi?

L'adenomiosi, i fibromi uterini e i polipi uterini possono presentare sintomi simili ai sintomi dell'endometriosi. Questi sintomi includono per esempio mestruazioni dolorose, dolore ai rapporti sessuali, algie pelviche, dolore ad andare di corpo.

Mentre l'endometriosi è caratterizzata da tessuto simile all'endometrio localizzato al di fuori dell'utero, l'adenomiosi si verifica quando l'endometrio si trova all'interno della parte uterina.

I fibromi uterini sono neoformazioni benigne (non cancerose) di muscolo che crescono nello spessore della parte dell'utero di una donna. I polipi uterini sono neoformazioni benigne (non cancerose) che crescono attaccate a un corto peduncolo e protrudono dallo strato più interno della cavità dell'utero di una donna.

## Come si possono ridurre le possibilità di sviluppare l'endometriosi?

I medici a volte ricevono domande dai parenti di una donna affetta da endometriosi su come si possa prevenire la malattia.

Studi che hanno valutato se l'assunzione della pillola contraccettiva orale o lo svolgimento di attività fisica regolare potessero prevenire l'endometriosi non hanno dimostrato una chiara correlazione causa effetto e hanno varie limitazioni. Per questo motivo non è chiaro se l'assunzione della pillola contraccettiva combinata o l'esercizio fisico regolare possano prevenire lo sviluppo di endometriosi. Altri interventi non sono stati studiati.

Finora, non ci sono modi conosciuti per ridurre le possibilità di sviluppare l'endometriosi.

**Sebbene non ci sia evidenza diretta sullo sviluppo di endometriosi in futuro, puoi cercare di condurre uno stile di vita e una dieta sana, riducendo l'apporto giornaliero di alcool e praticando attività fisica regolare.**



**L'utilità della contraccezione ormonale come prevenzione primaria per lo sviluppo dell'endometriosi è incerta.**



**Attualmente non esistono test genetici in grado di indicare il rischio di sviluppare endometriosi nel futuro. Per questo motivo, test genetici per l'endometriosi dovrebbero essere svolti soltanto in ambito di ricerca.**



## Sintomi e diagnosi

### Quali sono i sintomi dell'endometriosi?

Poiché i sintomi dell'endometriosi non sono molto specifici, la diagnosi di endometriosi non può essere posta sulla base della sola sintomatologia. Tuttavia, i sintomi possono fornire al medico un primo spunto per porre diagnosi di endometriosi.

I sintomi dell'endometriosi sono:

- Mestruazioni dolorose (dismenorrea)
- Algie pelviche al di fuori del ciclo mestruale
- Dolore durante o dopo i rapporti sessuali (dispareunia)
- Dolore a svuotare la vescica/dolore alla minzione (disuria)
- Dolore alla defecazione (dischezia)
- Sanguinamento rettale doloroso o presenza di sangue nelle urine (ematuria)
- Dolore all'apice della spalla
- Problemi polmonari ciclici (pneumotorace)
- Tosse ciclica, dolore toracico o tosse ematica (emottisi)
- Gonfiore ciclico e dolore in sede di cicatrici
- Stanchezza
- Infertilità
- Qualunque altro sintomo a presentazione ciclica



Figura 4. Endometriosi

I sintomi ciclici sono sintomi che si sviluppano alcuni giorni prima dell'inizio delle mestruazioni e scompaiono alcuni giorni dopo che le mestruazioni sono terminate, o sintomi che compaiono solamente durante le mestruazioni. I sintomi si ripresentano il mese successivo, seguendo il ciclo mestruale della donna.

Le algie severe possono essere misurate dall'incapacità di svolgere le tue normali attività quotidiane (senza assumere antidolorifici).

**Se hai provato uno o più di questi sintomi e questi ti causano dolore (severo), dovresti recarti dal tuo medico di famiglia e chiedergli di prendere in considerazione l'endometriosi.**



**Potrebbe esserti utile prendere nota dei tuoi sintomi utilizzando un diario dei sintomi, un questionario o un'applicazione.**



### Il mio medico dovrebbe visitarmi?

In aggiunta ai tuoi sintomi, la visita clinica potrebbe fornire al tuo medico maggiori informazioni. Ciò nonostante, esiste una scarsa evidenza scientifica sul valore di alcuni segni clinici per arrivare alla diagnosi di endometriosi.

Durante la visita ginecologica vaginale il medico ricerca aree di dolore, noduli o rigonfiamenti delle pareti vaginali, soprattutto nei punti più profondi della vagina tra la parte posteriore dell'utero e il retto, tramite l'ispezione usando lo speculum e la palpazione usando le dita. Nelle donne affette da endometriosi profonda o endometriosi ovarica la visita clinica può fornire informazioni importanti per porre una corretta diagnosi, mentre nelle donne affette da endometriosi peritoneale la visita ginecologica risulta normale nella maggior parte dei casi.

**È raccomandato al vostro medico eseguire una valutazione clinica e una visita vaginale in quanto essa può aiutare nella diagnosi. Nel caso in cui la visita risulti nella norma, sarebbe comunque necessario approfondire con un'ecografia o una risonanza magnetica.**



## Si possono usare esami strumentali (ecografia, risonanza magnetica, TAC) per fare diagnosi di endometriosi?

I medici e i ricercatori hanno studiato altre tecniche che possano essere utilizzate per diagnosticare l'endometriosi in modo non invasivo, ossia causando minimo dolore o disagio alla paziente. L'ecografia transvaginale e la risonanza magnetica possono essere usate per supportare la diagnosi di endometriosi, ma queste tecniche non sono sempre in grado di rilevare le lesioni endometriosiche.

**La diagnostica per immagini (ecografia o risonanza) dovrebbe essere incorporata nel processo diagnostico per l'endometriosi. È importante sapere che, anche se i test strumentali sono risultati negativi, potresti comunque essere affetta da endometriosi (peritoneale).**



Se tramite ecografia o risonanza magnetica vengono rilevate lesioni endometriosiche, si può iniziare il trattamento per migliorare i sintomi.

Anche se non vengono rilevate lesioni endometriosiche, è comunque possibile prescrivere un trattamento medico per vedere se aiuta a ridurre i sintomi (chiamato trattamento empirico o trattamento senza diagnosi confermata).

## Mi devo sottoporre a una laparoscopia per avere una diagnosi definitiva?

In passato la diagnosi di endometriosi veniva considerata definitiva solo nel caso in cui il medico avesse visto le lesioni endometriosiche durante la laparoscopia e avesse confermato la diagnosi tramite esame microscopico (istologia) dopo aver prelevato dei campioni di tessuto (biopsie). Anche se, grazie al miglioramento delle tecniche radiologiche, ora si conviene che si possa porre diagnosi di endometriosi senza laparoscopia, la laparoscopia rimane comunque indicata per la diagnosi e il trattamento nel sospetto di endometriosi nel caso in cui non sia stata fatta diagnosi con l'ecografia o la risonanza magnetica e il trattamento medico non abbia risolto la sintomatologia.

**La laparoscopia è indicata per la diagnosi e il trattamento nei casi di sospetta endometriosi se la terapia medica non è stata efficace e non sia stata posta diagnosi di endometriosi tramite la diagnostica strumentale.**



Inoltre, se il tuo medico sospetta la presenza di endometriosi profonda, lei o lui potrebbe proporti un trattamento medico e inviarti a un centro specialistico per ulteriori test diagnostici e / o chirurgia.

## I biomarcatori possono essere utilizzati per diagnosticare l'endometriosi?

Alcune patologie possono essere diagnosticate tramite semplici esami del sangue grazie alla rilevazione di biomarcatori. I biomarcatori sono molecole presenti in campioni di urine o di sangue di un paziente che possono essere individuati durante le analisi di laboratorio. I ricercatori hanno cercato biomarcatori (ad esempio CA-125) per l'endometriosi nel tessuto endometriale, nei fluidi mestruali o uterini, nel plasma, nelle urine o nel siero. Finora, nessun biomarcatore ha dimostrato di essere in grado di diagnosticare l'endometriosi. Tuttavia, il medico potrebbe suggerire di eseguire esami del sangue per altri motivi.

**La misurazione di biomarcatori (come il CA 125) nel tessuto endometriale, nel sangue, nei fluidi mestruali o uterini non è raccomandata per porre diagnosi di endometriosi.**



## Diagnosi di endometriosi al di fuori delle pelvi

Anche se l'endometriosi è una patologia ginecologica associata al ciclo mestruale, è stata riscontrata in quasi tutti i tessuti corporei. L'endometriosi può interessare diversi organi della pancia, ma in rari casi può essere trovata anche nei polmoni, nel petto, sul diaframma, nella cicatrice di un precedente intervento chirurgico, nell'ombelico e nell'inguine. I sintomi associati all'endometriosi localizzata al di fuori delle pelvi dipenderanno dalla localizzazione della lesione ma sono tipicamente ciclici.



Si prega di visitare il medico nel caso sperimentassi i seguenti sintomi che potrebbero essere collegati all'endometriosi extrapelvica:

- Dolore ciclico alla spalla
- Problemi polmonari spontanei ciclici (pneumotorace)
- Tosse ciclica
- Noduli che si ingrandiscono durante le mestruazioni



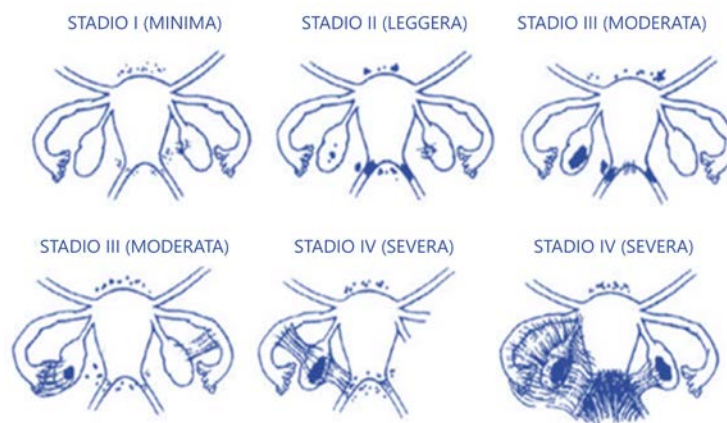
## Classificazione dell'endometriosi

Un sistema di classificazione per stadiazione l'endometriosi e le aderenze dovute all'endometriosi è stato sviluppato dall'American Society of Reproductive Medicine (ASRM). Questa classificazione viene spesso utilizzata dai ginecologi per documentare l'endometriosi o aderenze che vengono visualizzate durante l'intervento chirurgico. Sebbene uno stadio più alto sia generalmente considerato come una forma più estesa di malattia, il sistema di stadiazione non è in grado di prevedere la severità dei sintomi o la complessità dell'intervento chirurgico. La classificazione è stata inizialmente creata per predire la compromissione della fertilità e per questo motivo si focalizza sulla malattia ovarica e sulle aderenze. Pazienti con lo stesso "stadio" di malattia possono avere diverse presentazioni e tipi di patologia. Inoltre, alcune forme di malattia severa non sono incluse, per esempio la malattia invasiva dell'intestino, della vescica e del diaframma. I quattro stadi del sistema di classificazione ASRM sono i seguenti:

- **Stadio 1 - 2 (malattia da minima a leggera):** Endometriosi superficiale peritoneale. Possibile la presenza di piccole lesioni profonde. No endometriomi. Aderenze velamentose, se presenti.
- **Stadio 3 - 4 (malattia da moderata a severa):** Presenza di endometriosi superficiale peritoneale, endometriosi profonda con aderenze da moderate a estese tra l'utero e l'intestino e/o cisti endometriosiche con aderenze da moderate a estese che coinvolgono le ovaie e le tube.

Come paziente, il tuo stadio di malattia non indica i tuoi sintomi né necessariamente il trattamento più indicato per controllarli. Tuttavia, il sottotipo(i) di patologia che hai può essere informativo nel decidere il miglior trattamento.

*Figura 3. Esempi schematici della classificazione dell'estensione e localizzazione dell'endometriosi.*



Al di là del sistema di classificazione, si possono distinguere 3 sottotipi di endometriosi in base alla localizzazione: endometriosi superficiale peritoneale, cisti ovariche endometriosiche (endometriomi o "cisti cioccolato") e endometriosi profonda (anche chiamata endometriosi profonda infiltrante). Le diverse tipologie di malattia possono coesistere (per esempio una paziente può avere più di un tipo di endometriosi presente nelle pelvi).

**Endometriosi superficiale peritoneale:** Il tipo di endometriosi più comune è l'endometriosi superficiale peritoneale. Le lesioni interessano il peritoneo, che è un sottile strato che ricopre la parte più interna della cavità pelvica. Le lesioni sono piatte e poco profonde e non invadono lo spazio sottostante il peritoneo.

**Cisti ovarica endometriosica (endometrioma ovarica):** Più raramente le donne con endometriosi possono sviluppare endometriomi nelle loro ovaie. Un endometrioma è una cisti nella quale la parete contiene aree di endometriosi. La cisti è ripiena di sangue vecchio. Per via del colore viene spesso chiamata "cisti cioccolato". Molte donne con cisti endometriosiche avranno anche endometriosi superficiale o profonda presente nelle pelvi.

**Endometriosi profonda:** Infine, la tipologia meno comune di endometriosi è l'endometriosi profonda. Una lesione endometriosica è definita profonda se invade almeno 5mm al di sotto della superficie peritoneale. Considerando che il peritoneo è molto sottile, le lesioni profonde coinvolgono sempre i tessuti sottostanti (lo spazio retroperitoneale) o gli organi pelvici.

**Sistema classificativo usato in questo documento:**

Considerando che la letteratura scientifica utilizza diverse classificazioni ma principalmente i sistemi classificativi AFS e ASRM, il gruppo che ha sviluppato queste linee guida ha deciso di utilizzare la "stadiazione ASRM" nelle raccomandazioni.

Nel testo esplicativo di questo documento, sono utilizzati i termini "endometriosi peritoneale", "endometrioma ovarico" e "endometriosi profonda".



## Trattamento del dolore dovuto all'endometriosi

L'endometriosi è una malattia cronica. In questo senso, non esiste una cura per l'endometriosi, ma i sintomi possono essere controllati con il giusto trattamento. La comunicazione è la chiave per trovare la giusta terapia per te. Si prega di discutere le diverse opzioni con il tuo medico curante e di fare tutte le domande che ti vengono in mente.

Le donne affette da endometriosi presentano dolore, problemi di fertilità o entrambi. Le terapie per l'endometriosi si focalizzano sul risolvere o ridurre il dolore o migliorare la fertilità, in modo che le pazienti possano avere una gravidanza naturalmente o tramite tecniche di procreazione assistita.

Esistono diverse opzioni terapeutiche per il trattamento dei sintomi dell'endometriosi. Per capire qual è la più adatta a te bisogna prendere in considerazione 3 fattori:



In base alle informazioni ricevute sulle diverse opzioni terapeutiche potresti avere una preferenza su come procedere per il trattamento e su quale possa essere l'opzione più adatta a te. Nel prendere una decisione il parere del tuo medico curante dovrebbe essere un fattore chiave. Chiedi al tuo medico di spiegarti le diverse opzioni e il suo parere.



Il tuo medico prenderà in considerazione diversi fattori nel suggerirti un trattamento:

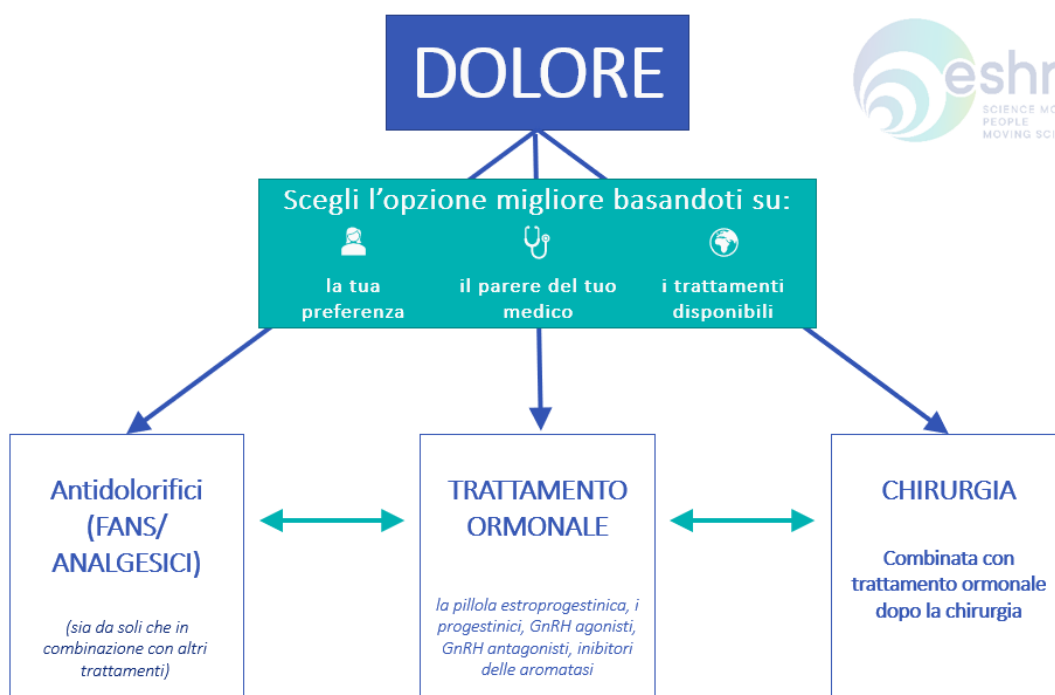
- I tuoi sintomi del dolore (severità e tipologia)
- Che tu abbia o meno problemi di fertilità
- Le tue intenzioni di avere una gravidanza nell'immediato o in una fase successiva, o se desideri un metodo contraccettivo.
- La tua età
- L'efficacia dei diversi trattamenti
- I rischi e gli effetti collaterali di tutti gli interventi terapeutici.
- Il tipo di malattia (superficiale, cisti ovarica o endometriosi profonda)



In alcuni paesi europei alcuni trattamenti non sono disponibili, sono molto costosi o non vengono rimborsati. Inoltre, alcune procedure chirurgiche è preferibile che vengano eseguite in centri specializzati. Il tuo medico dovrebbe saperti fornire le corrette informazioni per il tuo paese e centro.

Questo significa che due donne affette da endometriosi potrebbero ricevere trattamenti diversi e addirittura che la stessa donna potrebbe ricevere trattamenti diversi nel corso del tempo. età

Nella prossima sessione verranno illustrate le diverse opzioni di trattamento medico e chirurgico.



## Posso assumere analgesici (antidolorifici) per il dolore causato dall'endometriosi?

I trattamenti medici per l'endometriosi includono terapie ormonali e antidolorifici (analgesici).

Gli analgesici, come i farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), sono terapie mediche che influenzano come il corpo sperimenta il dolore. Queste terapie non sono specifiche per il dolore associato all'endometriosi, e non interferiscono con nessun meccanismo fisiopatologico nel corpo come invece fanno le terapie ormonali. Gli analgesici hanno pochi effetti collaterali, sono economici, facilmente accessibili e molto diffusi, ma ci sono pochi studi che abbiano indagato se questi aiutino effettivamente a ridurre il dolore associato all'endometriosi. L'utilizzo a lungo termine dei FANS può associarsi a effetti collaterali, come problemi di stomaco. Per questo motivo, è consigliabile considerare l'utilizzo di gastroprotettori.



Figura 5. Antidolorifici

**I FANS o altri analgesici (sia da soli che in combinazione con altri trattamenti) possono essere utilizzati per ridurre il dolore associato all'endometriosi.**



## Quali sono le opzioni ormonali per il trattamento del dolore?

I trattamenti ormonali clinicamente in uso sono:

- I contraccettivi ormonali (in uso ciclico o continuo)
- I progestinici, inclusi i dispositivi intrauterini
- GnRH agonisti
- GnRH antagonisti
- Gli inibitori dell'aromatasi

Sebbene efficaci per trattare il dolore associato all'endometriosi, i trattamenti ormonali possono anche provocare effetti collaterali come mal di testa, acne, aumento di peso, spotting, spossatezza e vampate di calore. Gli effetti collaterali differiscono fortemente tra i trattamenti e tra le pazienti. Di conseguenza, un certo trattamento può rappresentare una buona opzione per una donna ma avere effetti collaterali importanti per un'altra. Inoltre, diversi farmaci all'interno di una categoria ormonale possono funzionare diversamente in individui differenti. Per cui ci può volere un po' di tempo e pazienza per trovare il giusto trattamento per te, che funzioni e che non provochi effetti collaterali. Il tuo medico dovrebbe discutere con te riguardo gli effetti collaterali quanto ti prescrive un trattamento ormonale.

**I trattamenti ormonali (contraccettivi ormonali, progestinici, GnRH agonisti o GnRH antagonisti) sono da prendere in considerazione come una delle opzioni per ridurre il dolore associato all'endometriosi.**



**I trattamenti ormonali non dovrebbero essere presi in considerazione per migliorare l'infertilità associata a endometriosi e per le donne che stanno cercando di concepire.**



Le pazienti sono incoraggiate a riportare qualunque effetto collaterale al loro medico curante e discutere le diverse opzioni terapeutiche.

È importante ricordare che i trattamenti medici funzionano solo quando presi attenendosi alla prescrizione. Interrompere frequentemente il trattamento medico comporta il recidivare dei sintomi.

## Trattamenti ormonali

### Come funziona il trattamento ormonale?

L'endometriosi è un problema associato al ciclo mestruale di una donna e dipendente dall'attività degli estrogeni.

Uno degli obiettivi del trattamento ormonale per il dolore nelle donne con endometriosi è abbassare il livello di estrogeni. Un altro obiettivo è ridurre l'effetto degli estrogeni sul tessuto endometrioso. È importante sapere che il trattamento ormonale probabilmente non cura l'endometriosi. Il trattamento ormonale sopprime l'attività della malattia e quindi i sintomi del dolore. Tuttavia, dopo l'interruzione del trattamento i sintomi tendono a ripresentarsi. Non è noto quali pazienti avranno una ricaduta dei sintomi del dolore.

### *I contraccettivi ormonali combinati*

I contraccettivi ormonali combinati sono ampiamente utilizzati per la contraccezione e generalmente accettati come trattamento per i sintomi associati all'endometriosi. Contengono basse dosi di ormoni (estrogeni e progesterone) e possono ridurre il dolore associato all'endometriosi bloccando la crescita follicolare e quindi riducendo la produzione e la concentrazione di estrogeni. Gli estrogeni bassi bloccano l'attività di crescita dell'endometrio dentro e fuori l'utero, e quindi mettono in pausa l'endometriosi. Il progesterone nella pillola diminuisce direttamente l'attività dell'endometrio e del tessuto endometrioso.

Gli effetti collaterali sono limitati e i contraccettivi ormonali non sono costosi. Esistono diverse opzioni per i contraccettivi ormonali: la pillola contraccettiva orale (assunta con o senza una settimana mensile senza pillola), un anello contraccettivo vaginale o un cerotto transdermico.

### *Progestinici*

I progestinici, che sono sostanze molto simili al progesterone del corpo, possono essere utilizzati in diverse forme: per via orale, come iniezione trimestrale, un sistema intrauterino a rilascio di levonorgestrel o un impianto contraccettivo sotto la pelle. Diversi tipi di progestinici sono medrossiprogesterone acetato (MPA), dienogest o ciproterone acetato. I progestinici sono anche usati come contraccettivi, in combinazione con estrogeni o da soli ("minipillola"). I progestinici sono relativamente economici. I diversi tipi di progestinici hanno diversi effetti collaterali.

Il sistema intrauterino a rilascio di levonorgestrel è un piccolo dispositivo che viene inserito nell'utero e rilascia bassi livelli di progesterone. È spesso usato per la contraccezione; ha effetti collaterali limitati ed è facile da usare. Nelle donne con endometriosi, è un'opzione per ridurre i sintomi del dolore.

L'impianto contraccettivo che viene inserito sotto la pelle, di solito nel braccio, può anche fermare le mestruazioni e può aiutare con i sintomi del dolore associati all'endometriosi.

### *GnRH agonisti / GnRH antagonisti*

Gli agonisti del GnRH inducono un livello di estrogeni molto basso bloccando completamente la crescita follicolare nell'ovaio. Gli agonisti del GnRH possono essere assunti per via intranasale o tramite iniezione sottocutanea come deposito che funziona per uno o tre mesi. Alcuni degli agonisti del GnRH più comuni sono nafarelin, leuprolide, buserelin, goserelin e triptorelin. Gli agonisti del GnRH hanno più effetti collaterali rispetto ai contraccettivi orali e ai progestinici e sono più costosi.

Gli effetti collaterali degli agonisti del GnRH sono legati al basso livello di estrogeni e sono paragonabili alle conseguenze dello stato menopausale. Questi cosiddetti sintomi ipo-estrogenici sono vampate di calore e sudorazioni notturne, secchezza vaginale e relativo dolore durante il rapporto, e influenze sulla salute mentale fino ai sentimenti depressivi. A lungo termine gli agonisti del GnRH sono associati all'osteoporosi. Per ridurre questi sintomi, si raccomanda ai medici di prescrivere una terapia ormonale aggiuntiva (terapia add-back) non appena vengono iniziati gli agonisti del GnRH. Alcuni medici possono iniziare la terapia aggiuntiva alcune settimane o mesi dopo il trattamento con agonisti del GnRH. L'aggiunta di ormoni significa aggiungere una combinazione di estrogeni e progesterone (contraccettivi orali). Questa terapia aggiuntiva elimina gli effetti collaterali mentre viene mantenuto l'effetto terapeutico. **Poiché le adolescenti e le giovani donne non hanno raggiunto la loro densità ossea ottimale, è consigliabile non utilizzare agonisti del GnRH/antagonisti del GnRH in queste donne a meno che come trattamento di seconda linea e se altri trattamenti con effetti collaterali meno gravi non hanno aiutato o non sono tollerati.**

### *Inibitori dell'aromatasi*

Gli inibitori dell'aromatasi bloccano un enzima (aromatasi) necessario nella produzione di estrogeni in diverse cellule del corpo. Il risultato è un livello di estrogeni molto basso. Questi farmaci sono stati usati in altre malattie, ma non sono ancora ben studiati nell'endometriosi.

A causa degli effetti collaterali (secchezza vaginale, vampate di calore, diminuzione della densità minerale ossea), gli inibitori dell'aromatasi devono essere prescritti alle donne che soffrono di forti dolori solo dopo aver provato tutte le altre opzioni di trattamento medico e chirurgico.



## La terapia chirurgica è un'opzione per alleviare i sintomi dolorosi?

Il trattamento chirurgico dell'endometriosi si focalizza sull'eliminazione dell'endometriosi peritoneale/endometriomi/endometriosi profonda e sulla lisi delle aderenze.

In passato, la chirurgia a cielo aperto (laparotomia) veniva utilizzata di routine. Al giorno d'oggi, la chirurgia "con i buchini" (laparoscopia) è usata frequentemente e preferita poiché di solito provoca meno dolore, una degenza ospedaliera più breve, un recupero più rapido e una cicatrice più piccola.

I medici dovrebbero considerare il trattamento chirurgico (rimozione delle lesioni endometriosiche) quando identificano lesioni endometriosiche durante una laparoscopia diagnostica.

**Il trattamento chirurgico dovrebbe essere considerato come una delle opzioni per ridurre il dolore associato all'endometriosi.**



**Se c'è il sospetto di endometriosi profonda e i trattamenti chirurgici potrebbero essere complessi, si consiglia ai medici di riferirti a un centro specializzato.**



**È possibile che ti venga offerto un trattamento ormonale dopo l'intervento chirurgico, in quanto potrebbe migliorare l'esito immediato dell'intervento chirurgico per il dolore e potrebbe prevenire la ricorrenza della malattia/dei sintomi. Se desideri una gravidanza subito dopo l'intervento chirurgico, il trattamento ormonale dovrebbe essere evitato.**



Sebbene la chirurgia sia generalmente efficace nell'alleviare i sintomi dolorosi, potrebbe non migliorare tutti i sintomi e alleviare i sintomi solo parzialmente o temporaneamente. Attualmente i medici non sono in possesso di mezzi per identificare le donne con endometriosi che trarranno sicuramente un beneficio significativo dalla chirurgia.

## Isterectomia

Se hai completato la tua famiglia e gli altri trattamenti non hanno funzionato, potresti considerare la rimozione dell'utero (isterectomia) con o senza la rimozione delle ovaie. Si tratta di un'opzione radicale e irreversibile che può portare quella che viene definita "menopausa chirurgica", che si accompagna a sintomi menopausali (vampate, etc) se contemporaneamente vengono rimosse le ovaie. Dovresti sapere che l'isterectomia non risolve sempre il problema, in quanto qualche volta alcune lesioni endometriosiche inavvertitamente non vengono rimosse e quindi i sintomi dolorosi persistono. L'isterectomia può essere d'aiuto se i tuoi sintomi sono dovuti principalmente alla presenza di adenomiosi e dovrebbe essere presa in considerazione se gli altri trattamenti non sono stati efficaci.

**Se non hai risposto a trattamenti più conservativi e non hai più desiderio di concepire, può essere effettuata l'isterectomia. Ciononostante, devi essere consapevole che l'isterectomia non necessariamente rappresenta una cura per i sintomi o per la malattia.**



## Tattamento dell'endometriosi al di fuori delle pelvi

Il trattamento di scelta per il dolore associato all'endometriosi localizzata al di fuori delle pelvi (endometriosi extrapelvica) dipende principalmente dalla localizzazione delle lesioni endometriosiche:

Per l'endometriosi extrapelvica addominale:

**La rimozione chirurgica, quando possibile, è il trattamento di scelta per alleviare i sintomi. Anche il trattamento ormonale può essere un'opzione quando la chirurgia non è possibile o accettabile.**



Per l'endometriosi toracica (nel petto):

**Può essere offerto il trattamento ormonale. Se fosse indicata la chirurgia, dovrebbero essere eseguita coinvolgendo un chirurgo toracico e/o altri specialisti rilevanti.**



# Endometriosi e infertilità

## Sono infertile poiché ho l'endometriosi?

Probabilmente no, la maggior parte delle donne con diagnosi di endometriosi non sono tutte infertili. In termini medici, l'infertilità è definita come il mancato raggiungimento della gravidanza dopo un anno di rapporti regolari. Si stima che circa il 60-70% delle donne con endometriosi siano fertili e che possano rimanere incinte spontaneamente e avere figli. Per questo motivo, le donne che non vogliono una gravidanza dovrebbero discutere le opzioni per la contraccezione con il loro medico curante.

Una proporzione di donne con l'endometriosi avrà delle difficoltà a rimanere incinta. Per queste donne sono disponibili altre opzioni per ottenere la gravidanza.

## Dovrei rimanere incinta per curare la mia endometriosi?

La gravidanza non porta sempre un miglioramento dei sintomi dell'endometriosi o una riduzione della progressione della malattia.

**Dovresti cercare una gravidanza se desideri iniziare una famiglia, ma non per trattare la tua endometriosi.**



## È sicuro per me rimanere incinta?

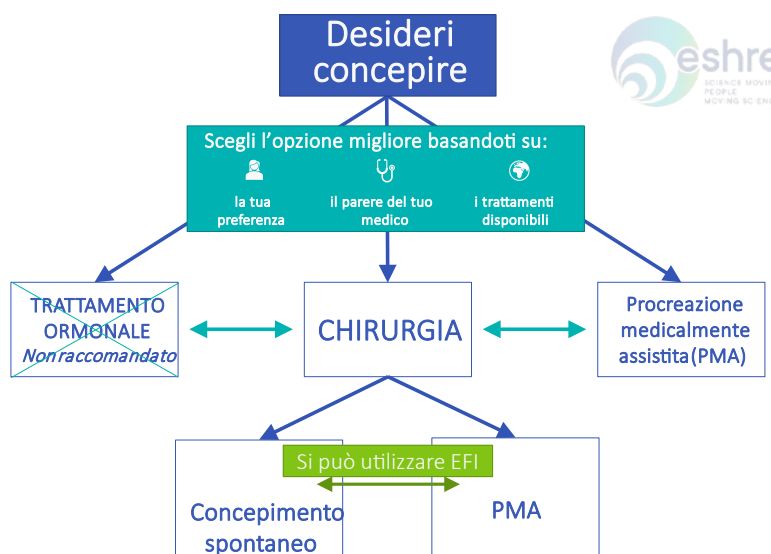
Le complicanze durante la gravidanza sono rare ed è difficile studiare se una certa caratteristica di una paziente sia associata ad una certa complicazione. Ci sono stati alcuni su complicanze della gravidanza in pazienti con endometriosi. Questi studi hanno dimostrato che ci potrebbe essere una maggiore frequenza di aborti spontanei o gravidanze ectopiche nelle donne affette da endometriosi rispetto a donne non affette. Ciononostante, si tratta di rischi in generale bassi e che non dovrebbero fermarti dal cercare una gravidanza.

**Non è necessario nessun controllo aggiuntivo in gravidanza, ma dovresti informare il tuo medico o la tua ostetrica se sei incinta e ti è stata diagnosticata l'endometriosi.**



## Che opzioni ci sono per aumentare le mie possibilità di rimanere incinta?

Non esiste un'opzione migliore per aiutare una donna infertile con endometriosi a ottenere una gravidanza. Per decidere la migliore opzione per te bisogna considerare la tua preferenza, il parere del tuo medico e i trattamenti disponibili:



**i** *L'Endometriosis Fertility Index (EFI) è uno strumento che il tuo medico può utilizzare per prevedere le tue probabilità di gravidanza senza ricorrere a trattamenti di fertilità.*



## Il trattamento ormonale è un'opzione che aumenta le mie possibilità di rimanere incinta?

Non c'è nessuna evidenza che il trattamento ormonale aumenti le possibilità di una gravidanza spontanea nelle donne con endometriosi.

**Sebbene la terapia ormonale non risolve l'infertilità, se non puoi cercare una gravidanza o decidi di non concepire subito dopo l'intervento chirurgico, puoi utilizzare il trattamento ormonale. Questo non avrà un impatto negativo sulla fertilità e può aiutare a gestire i sintomi del dolore.**



## La chirurgia è un'opzione che aumenta le mie possibilità di rimanere incinta?

Degli studi hanno dimostrato che la chirurgia (con la rimozione di tutte le lesioni endometriose) può aumentare le possibilità di una gravidanza spontanea.

Se venissi operata per un endometrioma ovarico, dovresti essere consapevole che l'intervento chirurgico può danneggiare l'ovaio. Il tuo medico dovrebbe discutere questo rischio con te.

**La chirurgia potrebbe essere un'opzione per te se desideri una gravidanza, in quanto potrebbe aumentare le tue possibilità di una gravidanza spontanea.**



**Nonostante non ci siano evidenze schiaccianti che la chirurgia per l'endometriosi profonda migliori la fertilità, questa potrebbe rappresentare un'opzione se hai sintomi dolorosi che richiedono un trattamento.**



**Alle donne che non possono cercare una gravidanza o decidono di non concepire subito dopo l'intervento chirurgico dovrebbe essere offerto il trattamento ormonale, in quanto questo non impatta negativamente la loro fertilità e migliora i risultati immediati della chirurgia sul dolore.**



Se ti sei sottoposta a chirurgia, puoi successivamente tentare di concepire spontaneamente o procedere alla procreazione medicalmente assistita. Questa decisione dovrebbe essere supportata da uno strumento, chiamato Endometriosis Fertility Index o EFI, che prevede le tue possibilità di rimanere incinta spontaneamente.

Non ci sono evidenze che assumere una terapia ormonale prima o dopo il trattamento chirurgico aumenti le probabilità di gravidanza.

## La procreazione medicalmente assistita (PMA) rappresenta una possibilità per aumentare le probabilità di rimanere incinta?

La procreazione medicalmente assistita può essere un'opzione per le donne con problemi di fertilità. La procreazione medicalmente assistita include una serie di procedure con l'obiettivo di ottenere una gravidanza, come tecniche di riproduzione assistita tipo l'inseminazione intrauterina o la fecondazione in vitro (FIV).

Una significativa percentuale di donne affette da endometriosi moderata o severa avrà bisogno di tecniche di procreazione assistita come l'IUI o la FIV quando deciderà di avere una gravidanza.

Non c'è nessuna evidenza di un aumento cumulativo del tasso di recidiva di endometriosi dopo stimolazione ovarica per la PMA nelle donne affette da endometriosi, il che significa che sottoporsi a PMA non necessariamente peggiorerà la tua endometriosi e che la PMA può essere considerata sicura.

**La PMA rappresenta una possibilità per te per ottenere una gravidanza.**



Nell'inseminazione intrauterina, il seme del partner viene iniettato all'interno dell'utero della donna nel momento in cui un ovocita viene rilasciato ed è pronto ad essere fertilizzato. Il momento appropriato viene determinato tramite l'esecuzione di un'ecografia, la misurazione dei livelli ormonali o viene regolato tramite la somministrazione di ormoni sintetici (stimolazione ovarica).



In generale, esistono pochi studi che valutino l'IUI nelle donne affette da endometriosi.

**L'inseminazione intrauterina (IUI) rappresenta un'opzione per te per avere una gravidanza. Le possibilità potrebbero essere più alte se prima dell'IUI viene eseguita una stimolazione ovarica.**



Altre tecniche di procreazione assistita includono procedure in cui l'ovocita e il seme maschile vengono raccolti dal corpo e uniti in una provetta per essere fertilizzati. Successivamente, l'ovocita fertilizzato o l'embrione vengono trasferiti nell'utero. Prima che l'ovocita, che deve essere maturo, possa essere prelevato dal corpo della donna, essa riceve una stimolazione ormonale dei follicoli per produrre ovociti maturi. Questo procedimento è noto come fecondazione in vitro o FIV. L'iniezione spermatica intracitoplasmatica o ICSI è una tecnica simile dove in laboratorio un singolo spermatozoo viene iniettato all'interno dell'ovocita con un ago invece di mettere l'ovocita e multipli spermatozoi in una provetta come nella FIV. L'ICSI viene eseguita principalmente quando lo sperma è di bassa qualità.

La FIV/ICSI dovrebbe essere usata, al posto dell'IUI, nei seguenti casi:

- Quando hai un problema con le tue tube di Falloppio, ossia quando l'ovocita incontra delle difficoltà nel raggiungere l'utero (la funzione tubarica è compromessa)
- Quando il tuo compagno ha problemi di fertilità (per esempio una bassa conta spermatica, una ridotta qualità del seme)
- Quando è stato calcolato un basso EFI (e quindi può avere senso procedere direttamente a FIV)
- Quando altri trattamenti hanno fallito

**Se hai un endometrioma, l'utilizzo profilattico di antibiotici al momento del prelievo degli ovociti sembra ragionevole per ridurre le infezioni.**



Non ci sono prove chiare che il trattamento medico prima della FIV/ICSI migliorerà le tue possibilità di rimanere incinta.

Non esistono forti evidenze che il trattamento chirurgico prima di iniziare la FIV/ICSI sia efficace nell'aumentare le tue possibilità di gravidanza. Tuttavia, non ci sono evidenze che la chirurgia riduca le probabilità di gravidanza. Pertanto, il tuo medico potrebbe consigliarti un intervento chirurgico se hai dolore importante o se lui/lei non riuscisse a raggiungere le ovaie durante la FIV/ICSI in caso di endometrioma ovarico di grandi dimensioni.

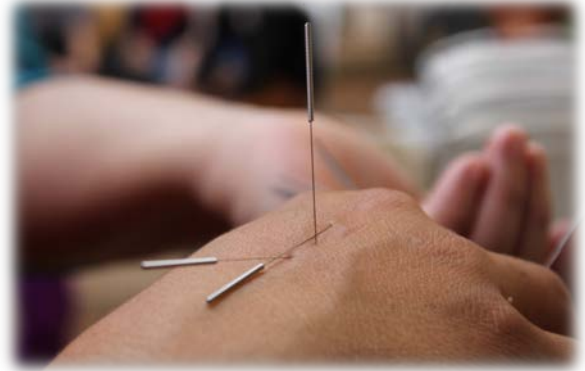
**Se ti stai sottoponendo a FIV/ICSI, non c'è nessun chiaro beneficio nel fare una terapia medica o chirurgica prima di cominciare il trattamento. Ciò nonostante, la chirurgia può essere suggerita in specifiche situazioni.**



## Oltre i trattamenti clinici

I trattamenti medici e chirurgici per l'endometriosi sono stati studiati in maniera estensiva e vengono utilizzati nella pratica clinica. Siccome questi trattamenti hanno delle limitazioni, alcune donne preferiscono esplorare altre opzioni.

Potresti aver sentito parlare di terapie complementari e alternative. Si tratta di terapie molto in voga che però spesso non vengono somministrate da medici. Esempi includono l'agopuntura, la terapia comportamentale, nutrizionale (che include integratori alimentari, vitamine e minerali), programmi di "pazienti esperti", droghe ricreative, riflessologia, omeopatia, terapia psicologica, medicina tradizionale cinese, medicina erboristica, sport e attività fisica. Molte di queste terapie complementari e alternative vengono utilizzate dalle donne affette da endometriosi per ridurre il dolore pelvico, il dolore mestruale (dismenorrea), per migliorare le possibilità di gravidanza e per migliorare la qualità della vita.



*Figura 6. Agopuntura*

Prima di consigliare un determinato trattamento per il dolore, i medici vorrebbero avere alcuni dati oggettivi raccolti in uno studio di alta qualità che dimostri che una determinata terapia è efficace e non dannosa per il paziente. Finora, non ci sono prove valide che i trattamenti complementari e alternativi aiutino davvero a ridurre il dolore o migliorare la fertilità nelle donne affette da endometriosi. Tuttavia, il gruppo di sviluppo delle linee guida riconosce che alcune donne che utilizzano trattamenti complementari e alternativi possono trarne beneficio, il che significa che hanno una migliore qualità della vita e/o possono affrontare meglio i sintomi dell'endometriosi.

È importante informare il tuo medico stai utilizzando un trattamento complementare o alternativo, in modo che lui/lei possa fornirti ulteriori informazioni.

**I potenziali rischi e benefici di queste terapie non mediche non sono chiari. Per questo motivo, non è possibile fornire alcuna raccomandazione specifica riguardo l'uso di interventi non medici (medicina tradizionale cinese, nutrizione, elettroterapia, agopuntura, fisioterapia, attività fisica e interventi psicologici) per ridurre il dolore, migliorare il benessere generale o migliorare le probabilità rimanere incinta.**



**Puoi chiedere al tuo medico di fornirti ulteriori informazioni riguardo queste strategie non mediche.**



## L'endometriosi nelle adolescenti

L'endometriosi è principalmente una patologia dell'età riproduttiva, ossia il periodo tra il menarca (la prima mestruazione durante la pubertà) e la menopausa. Negli ultimi anni, l'endometriosi nelle adolescenti è stata riconosciuta come un problema difficile da affrontare in ginecologia.

### Quali sono i segni e sintomi dell'endometriosi nelle adolescenti?

I segni e sintomi possono differire nelle adolescenti rispetto alle donne adulte.

Nelle adolescenti, i seguenti sintomi possono essere indicativi di endometriosi:

- Sintomi di dolore cronico o dolore pelvico non ciclico, in particolar modo combinato con nausea, dolore durante il ciclo mestruale (dismenorrea), dolore ad andare di corpo (dischezia) o a urinare (disuria), dolore durante o dopo i rapporti sessuali.
- Dolore pelvico ciclico
- Assenteismo (ciclico) da scuola

Se avverti uno o più di questi sintomi e ti causano dolore (forte), dovresti parlare con il tuo medico di famiglia e chiederli/chiederle di considerare l'endometriosi. Il dolore severo può essere misurato tramite l'incapacità di svolgere le tue normali attività quotidiane (senza assumere antidolorifici).

### Come si dovrebbe diagnosticare l'endometriosi nelle adolescenti?

Il percorso diagnostico per l'endometriosi nelle adolescenti è simile a quello degli adulti, tranne che per il fatto che alcune visite/esami potrebbero non essere appropriati.

**Il tuo medico dovrebbe discutere l'accettabilità di una visita per via vaginale e/o rettale con te e i tuoi genitori. Sei pregata di informare il tuo medico se non si senti a tuo agio nel procedere con la visita.**



**Si consiglia l'ecografia transvaginale. Se l'ecografia transvaginale non è appropriata, possono essere prese in considerazione la risonanza magnetica, l'ecografia transaddominale, transperineale o transrettale.**



### Come dovrebbe essere trattata l'endometriosi nelle adolescenti?

In base alla loro efficacia e agli effetti collaterali, alcuni trattamenti medici potrebbero essere più indicati nelle adolescenti.

**I trattamenti di prima linea nelle adolescenti con endometriosi sono i contraccettivi ormonali o i progestinici. Se i trattamenti di prima linea non risolvono la sintomatologia, possono essere utilizzati i FANS o i GnRH agonisti.**

**Anche la chirurgia (e i trattamenti post-operatori) sono un'opzione per le adolescenti, ma bisogna tenere in considerazione che i sintomi/la patologia possono recidivare.**



## Menopausa e endometriosi.

La menopausa è il momento della vita di una donna in cui smette di avere il ciclo mestruale. Si tratta di passaggio naturale nelle donne di circa 50 anni di età.



Figura 7. Menopausa

### Come dovrebbe essere trattata l'endometriosi nelle donne in menopausa?

I sintomi dell'endometriosi possono persistere, perfino dopo la menopausa. Esistono pochi studi sui trattamenti per l'endometriosi dopo la menopausa.

**Se hai segni o dolore da endometriosi dopo la menopausa, il trattamento chirurgico può essere un'opzione. Se la chirurgia non è fattibile, gli inibitori dell'aromatasi possono essere d'aiuto.**



### Come dovrebbero essere trattati i sintomi della menopausa nelle donne con storia di endometriosi?

Alcune donne non hanno problemi durante la menopausa, mentre altre soffrono di sintomi tipici quali le vampate di calore, le sudorazioni notturne, problematiche vaginali e urinarie, sbalzi di umore, osteoporosi (riduzione della densità ossea). Questi sintomi sono causati da bassi livelli di estrogeni. Per le donne con sintomi menopausali, esistono trattamenti medici (terapia ormonale della menopausa, precedentemente chiamata terapia ormonale sostitutiva, TOS) che riducono i sintomi e i disagi della menopausa. Trattamenti a base di soli estrogeni non sono consigliati se hai una storia di endometriosi.

Il problema nelle donne affette da endometriosi è che la terapia ormonale sostitutiva potrebbe avere un effetto negativo sull'endometriosi. Non esistono forti evidenze che il dolore o la malattia recidivino nelle donne con endometriosi che assumono terapia per i sintomi della menopausa, ma è una possibilità.

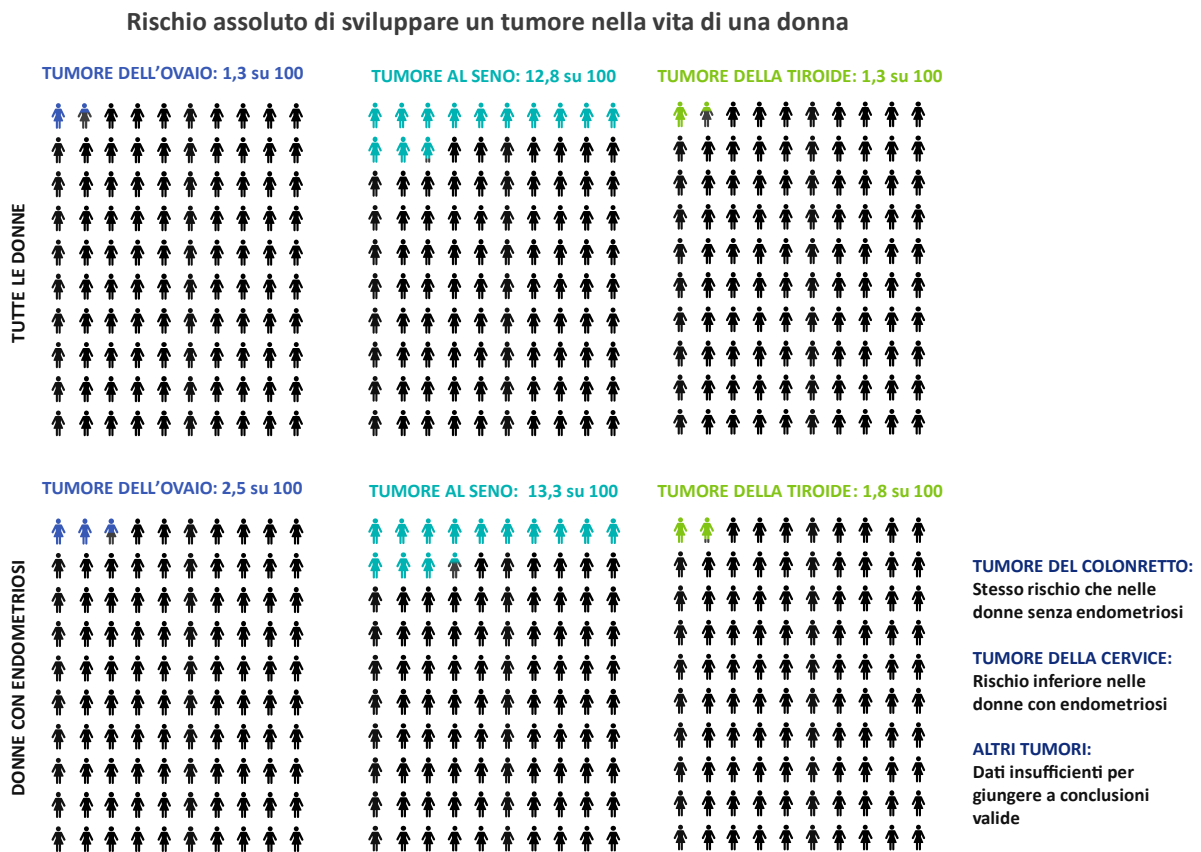
**La terapia ormonale per la menopausa può essere utilizzata per migliorare i sintomi della menopausa.**



# Endometriosi e Cancro

Molte donne con endometriosi sono preoccupate riguardo al loro rischio di sviluppare un tumore. Diversi ricercatori hanno studiato se le donne affette da endometriosi avessero un rischio aumentato di sviluppare un tumore rispetto alle donne senza endometriosi.

I risultati di questi studi possono essere riassunti come segue:



Basandoti su tutti questi studi puoi sentirti rassicurata rispetto al tuo rischio di sviluppare un tumore.

Non esistono informazioni su come ridurre il rischio di cancro nelle donne affette da endometriosi o non affette da endometriosi, ma potresti provare ad applicare alcune misure generali per la prevenzione del cancro:

- non fumare
- mantenere un peso sano
- fare esercizio regolarmente
- mantenere una dieta regolare con alto contenuto di frutta e verdura e bassa assunzione di alcolici.
- Utilizzare la protezione solare.

Non c'è bisogno che tu ti sottoponga a uno screening sistemico per il cancro a meno che tu non abbia fattori di rischio come una storia familiare di tumore. Si prega di discutere la necessità di controlli di screening per il cancro con il tuo dottore.



Dove posso reperire maggiori informazioni o supporto?



Ulteriori informazioni su ciascuno degli argomenti trattati in questo opuscolo possono essere trovate nell'edizione per medici delle linee guida sul sito dell'ESHRE (<https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline>).

Per informazioni più dettagliate o supporto, puoi contattare il tuo medico o le associazioni di pazienti del tuo territorio.

Per i recapiti delle organizzazioni nazionali per l'infertilità, puoi chiedere al tuo dottore o contattare **Fertility Europe** ([www.fertilityeurope.eu](http://www.fertilityeurope.eu))

## Riguardo questo opuscolo

Questo opuscolo mira a coinvolgere le pazienti nel miglioramento dell'assistenza sanitaria informandole sugli attuali standard di cura e consentendo loro di prendere decisioni informate sulla propria salute, supportate dalle migliori evidenze disponibili.

### Come è stato realizzato questo opuscolo

Questo opuscolo è stato creato a partire da una precedente versione (2013) dell'esperto di metodologia dell'ESHRE, dal presidente del gruppo di sviluppo delle linee guida e dai rappresentanti dei pazienti. Tutte le informazioni fornite sono basate sulle raccomandazioni delle linee guida sull'Endometriosi dell'ESHRE, che sono disponibili sul sito <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline>.

La traduzione in ITALIANO è stata eseguita con l'aiuto della Dottoressa Lucrezia Viola de Braud

### Chi ha sviluppato le linee guida ESHRE?

Le linee guida ESHRE sull'endometriosi sono state create da un gruppo di sviluppo multidisciplinare che include ginecologi, chirurghi, specialisti della fertilità e 2 rappresentanti di pazienti.

<b>Christian Becker</b>	<i>Presidente del Gruppo per le Linee Guida sull'Endometriosi; Endometriosis CaRe Centre Oxford, Nuffield Department of Women's and Reproductive Health, University of Oxford, UK</i>
<b>Femke Jansen</b>	<i>Rappresentate dei pazienti; EndoHome – Endometriosis Association Belgium, Belgio</i>
<b>Kathleen King</b>	<i>Rappresentate dei pazienti; Individual endometriosis advocate, Irlanda</i>
<b>Nathalie Vermeulen</b>	<i>Esperta di metodologia; European Society of Human Reproduction and Embryology, Belgio</i>
<b>Attila Bokor</b>	<i>Semmelweis University, Department of Obstetrics and Gynecology, Budapest, Ungheria</i>
<b>Oskari Heikinheimo</b>	<i>Department of Obstetrics &amp; Gynecology, University of Helsinki and Helsinki University Hospital, Helsinki, Finlandia</i>
<b>Andrew Horne</b>	<i>EXPECT Centre for Endometriosis and Pelvic Pain, MRC Centre for Reproductive Health, University of Edinburgh, Edinburgh, UK</i>
<b>Ludwig Kiesel</b>	<i>Department of Gynecology and Obstetrics, University Hospital Muenster, Muenster, Germania</i>
<b>Marina Kvaskoff</b>	<i>Paris-Saclay University, UVSQ, Univ. Paris-Sud, Inserm, Gustave Roussy, "Exposome and Heredity" team, CESP, F-94805, Villejuif, Francia</i>
<b>Annemiek Nap</b>	<i>Department of Gynaecology and Obstetrics, Radboudumc, Nijmegen, Olanda</i>
<b>Katrine Petersen</b>	<i>Pain Management Centre, UCLH, London, UK</i>
<b>Ertan Saridogan</b>	<i>University College London Hospital, London, UK and Elizabeth Garrett Anderson Institute for Women's Health, University College London, London, UK</i>
<b>Carla Tomassetti</b>	<i>University Hospitals Leuven, Dept. Obstetrics and Gynaecology, Leuven University Fertility Center, Belgium; KU Leuven, Faculty of Medicine, Dept. Development and Regeneration, LEERM (Lab of Endometrium, Endometriosis and Reproductive Medicine), Leuven, Belgio</i>
<b>Nehalennia van Hanegem</b>	<i>University Medical Center Utrecht, Olanda</i>
<b>Nicolas Vulliamoz</b>	<i>Fertility Medicine and Gynaecological Endocrinology, Department Woman Mother Child, Lausanne University Hospital, Lausanne, Svizzera</i>



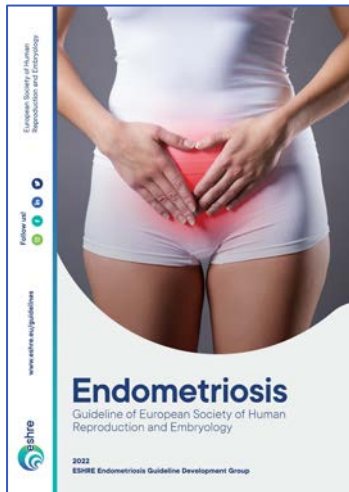
## Glossario (spiegazione dei termini medici o di ricerca)

<b>Ablazione</b>	Rimozione di una patologia o di un tessuto indesiderato tramite chirurgia o altri mezzi.
<b>Terapia add-back (terapia ormonale aggiuntiva)</b>	Terapia ormonale per minimizzare gli effetti collaterali dei farmaci che sopprimono gli estrogeni (come il leuprorelina acetato): la terapia add-back solitamente riduce le vampate di calore e aiuta a prevenire la demineralizzazione ossea.
<b>Aderenze</b>	Bande di tessuto fibroso cicatriziale
<b>Simolazione ovarica</b>	Trattamento farmacologico durante il quale le ovaie di una donna sono stimolate per indurre lo sviluppo di multipli follicoli al fine ottenere molteplici ovociti durante l'aspirazione dei follicoli.
<b>Diagnosi definitiva</b>	Una diagnosi che è stata confermata in maniera assoluta.
<b>Dischezia</b>	Dolore o difficoltà alla defecazione.
<b>Dismenorrea</b>	Dolore severo nel basso ventre o schiena, talvolta associato con nausea, depressione e mal di testa, direttamente prima e/o durante le mestruazioni.
<b>Dispareunia</b>	Dolore genitale ricorrente o persistente direttamente prima, durante o poco dopo il coito (rapporto sessuale)
<b>Embrione</b>	Un ovocita fertilizzato
<b>Endometrioma</b>	Una cisti endometriosa contenente sangue "vecchio" ed endometrio.
<b>Endometrio</b>	Lo strato di tessuto che riveste l'interno dell'utero. Durante il ciclo mestruale, l'endometrio cresce fino a diventare uno strato spesso, ghiandolare e ricco di vasi. Il principale compito dell'endometrio è di accogliere l'impianto di un ovocita fertilizzato che scende nella cavità uterina alcuni giorni dopo l'ovulazione e di supportare la divisione delle cellule nei primi stadi della gravidanza.
<b>Estrogeni</b>	Ormone sessuale femminile prodotto dagli ovociti in crescita nelle ovaie, che stimola lo sviluppo delle caratteristiche sessuali femminili.
<b>Escissione</b>	Rimuovere del tessuto chirurgicamente (sinonimo di resezione)
<b>Problemi di fertilità</b>	Quando una coppia non ottiene la gravidanza dopo due anni di rapporti completi regolari (almeno ogni 2 o 3 giorni)
<b>Mestruazioni abbondanti</b>	Mestruazioni esageratamente abbondanti e prolungate a intervalli regolari.
<b>Ormone</b>	Una molecola che è prodotta da un tessuto e viene trasportata nel flusso sanguigno ad un altro tessuto per causare un effetto biologico.
<b>Fertilizzazione in vitro (FIV)</b>	Tecnica in cui gli ovociti sono prelevati da una donna e fertilizzati con lo sperma di un uomo al di fuori del corpo. Di solito, uno o due degli embrioni ottenuti sono poi trasferiti nell'utero. Se uno di questi attecchisce con successo, risulta in una gravidanza.



<b>Infertilità</b>	Stato in cui non si è fertili o in grado di ottenere una gravidanza. Definizione clinica di infertilità: una patologia del sistema riproduttivo definita come l'incapacità di ottenere una gravidanza clinica dopo 12 mesi o più di rapporti sessuali completi non protetti.
<b>Inseminazione intra-uterina (IUI)</b>	Una tecnica per inserire lo sperma all'interno dell'utero di una donna attraverso la cervice.
<b>Iniezione intracitoplasmatica di spermatozoi (ICSI)</b>	Variante della FIV in cui un singolo spermatozoo viene iniettato in un ovocita.
<b>Laparoscopia</b>	Un intervento con i "buchini" in cui il chirurgo usa un sistema telescopico di piccolo diametro, chiamato laparoscopico, per esaminare o operare un'area nella pelvi di una donna. Si fa in anestesia generale.
<b>Laparotomia o chirurgia a cielo aperto</b>	Apertura della cavità addominale tramite un'incisione fatta con un bisturi.
<b>Lesioni</b>	Aree di tessuto anomalo o di malattia
<b>Procreazione medicalmente assistita (PMA)</b>	Nome dei trattamenti che permettono alle persone di concepire tramite mezzi diversi dai rapporti sessuali. Le tecniche di procreazione medicalmente assistita includono l'inseminazione intrauterina (IUI), la fecondazione in vitro (FIV) l'iniezione intracitoplasmatica di spermatozoi (ICSI), l'inseminazione da donatore o la donazione di ovociti
<b>Mestruazione</b>	Le perdite mensili dall'utero; sono composte da sangue e endometrio che si sfalda dal rivestimento uterino interno.
<b>Menorragia</b>	Mestruazioni esageratamente abbondanti e prolungate a intervalli regolari. (sinonimo di mestruazioni abbondanti)
<b>FIV su ciclo naturale</b>	Una procedura di FIV nella quale uno o più ovociti sono prelevati dalle ovaie durante un ciclo mestruale spontaneo senza l'utilizzo di nessun farmaco.
<b>Ovaio</b>	Un organo delle pelvi femminile che contiene gli ovociti.
<b>Progesterone</b>	Un ormone prodotto dall'ovaio ma solo nel caso in cui si avventi l'ovulazione (dopo che l'ovocita viene rilasciato). La sua azione è quella di preparare l'endometrio per l'impianto di un embrione.
<b>Studio randomizzato controllato (RCT)</b>	Il "gold standard" dell'evidenza medica sull'efficacia relativa di un trattamento rispetto a un altro o rispetto a nessun trattamento (placebo). I pazienti affetti da una patologia che sono più simili tra di loro nella maggior parte delle caratteristiche (come età, altezza, peso, durata della malattia e severità della malattia), sono assegnati ad un trattamento o ad un altro in maniera randomica. I pazienti si sottopongono ad un trattamento e sono seguiti per un certo periodo di tempo per vedere se esiste alcuna differenza tra i risultati dei trattamenti in studio.
<b>Ecografia</b>	Onde sonore ad alta frequenza utilizzate per fornire immagini del corpo, dei tessuti e degli organi.





## Fonti

### ESHRE Guideline Endometriosis (2022).

<https://www.eshre.eu/Endometriosis-guideline>

## Figure

Figura 1. Endometriosis Blausen.com staff (2014). "Medical gallery of Blausen Medical 2014". Wiki Journal of Medicine 1 (2).DOI:10.15347/wjm/2014.010. ISSN 2002-4436

Figura 2. The menstrual cycle MenstrualCycle3.png From Wikimedia Commons, the free media repository

Figura 3. Schematic classification examples of extent and location of endometriosis Adapted from the Revised American Society for Reproductive Medicine Classification of Endometriosis (1996).

Figura 4. Endometriosis symptoms

Figura 5. Pain medication. Image by Miguel Á. Padriñán from Pixabay

Figura 6. Acupuncture. Image by Jorge Paredes from Pixabay

Figura 7. Menopause by Nick Youngson CC BY-SA 3.0 Pix4free

## Disclaimer (dichiarazione di non responsabilità)

*La società europea di riproduzione umana ed embriologia (ESHRE) ha sviluppato questo opuscolo informativo per le pazienti basandosi sulle linee guida per la pratica clinica. Lo scopo delle linee guida per la pratica clinica è quello di aiutare i professionisti sanitari nelle decisioni cliniche quotidiane sulla cura adeguata ed efficace dei loro pazienti*

*Questo opuscolo non è in nessun modo inteso per sostituire, dettare o definire interamente la valutazione e il trattamento da parte di un medico qualificato. È inteso solamente come un aiuto per le pazienti in cerca di informazioni generali sui temi della medicina riproduttiva.*

*L'ESHRE non fornisce alcuna garanzia, espressa o implicita, in merito alle linee guida di pratica clinica o ai libretti informativi per il paziente e specificatamente esclude qualsiasi garanzia di commerciabilità e idoneità per un uso o scopo particolare. L'ESHRE non sarà responsabile per danni diretti, indiretti, speciali, incidentali o consequenziali relativi all'uso delle informazioni qui contenute. Mentre l'ESHRE fa ogni sforzo per raccogliere informazioni accurate e per mantenerle aggiornate, non può, tuttavia, garantire la correttezza, completezza e accuratezza sotto ogni aspetto delle linee guida o del presente opuscolo.*

*Le informazioni fornite in questo documento non costituiscono consulenza commerciale, medica o di altro tipo e sono soggette a modifiche.*

*Questa versione comporta la traduzione di un documento ESHRE® originale, come indicato integralmente nel frontespizio di questo documento. In caso di domande relative all'accuratezza delle informazioni contenute nella traduzione e/o al loro valore scientifico, fare riferimento al documento ESHRE® originale. Eventuali discrepanze o differenze create nella traduzione non sono vincolanti per ESHRE® e non avranno alcun effetto legale ai fini della conformità o dell'applicazione. La versione inglese, essendo la lingua in cui è pubblicato il documento ESHRE® originale, prevale sempre. Il contenuto di queste linee guida ESHRE è stato pubblicato solo per uso personale ed educativo. Nessun uso commerciale è autorizzato. Nessuna parte delle linee guida ESHRE può essere tradotta o riprodotta in qualsiasi forma senza previa autorizzazione scritta del responsabile delle comunicazioni ESHRE.*

Copyright © European Society of Human Reproduction and Embryology - tutti i diritti riservati

