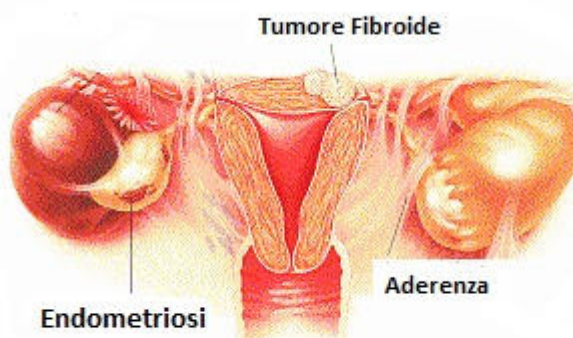




## Sterile il 30-50% delle donne con endometriosi. Congresso al Policlinico Gemelli

Si fonda su una formula innovativa il Congresso internazionale "Adenomyosis Deep Endometriosis Ovarian Reserve" in corso da ieri presso l'Aula Brasca del Policlinico Universitario "Agostino Gemelli", promosso e coordinato dal "gruppo clinico dell'endometriosi", afferente al Dipartimento per la tutela della salute della donna, della vita nascente, del bambino e dell'adolescente diretto dal professor Giovanni Scambia.



"L'endometriosi", spiegano i professori **Riccardo Marana, Sebastiano Campo e Fiorenzo De Cicco Nardone**, Co-Presidenti dell'evento congressuale, "è una patologia ginecologica cronica che interessa il 7-10% delle donne in età riproduttiva. Si definisce endometriosi la presenza ectopica di tessuto endometriale in sede diverse dalla cavità uterina. Si riscontra nel 25-50 % delle donne sterili e nel 60% delle pazienti con dismenorrea secondaria (mestruazioni dolorose ingravescenti). Si stima che dal 30 al 50 % delle donne con endometriosi sia sterile.

In caso di endometriosi associata a sterilità la terapia medica non è efficace nel migliorare i tassi di gravidanza e pertanto non è raccomandata. Il trattamento chirurgico nell'endometriosi moderata e lieve porta a tassi di gravidanza superiori rispetto a laparoscopia diagnostica senza trattamento.

Negli stadi più avanzati di endometriosi (stadio 3 e 4 o moderata e severa) la terapia chirurgica aumenta le possibilità di gravidanza dal 5 % e dal 20% rispettivamente nell'endometriosi moderata e severa al 50% dopo il trattamento".

"Recentemente" – continuano gli organizzatori – "sono state sollevate alcune perplessità sul trattamento chirurgico della cisti endometriosica, in quanto l'asportazione della

capsula della cisti endometriosa determinerebbe anche l'asportazione di tessuto ovarico sano. Studi recenti supportano invece l'ipotesi che la maggior parte del danno all'ovaio dopo chirurgia sia già presente prima dell'intervento essendo legato alla presenza stessa della cisti endometriosa che causa danno al patrimonio follicolare dell'ovaio attraverso meccanismi di stress ossidativo".

Il Congresso, che si chiude oggi, è stato strutturato in 4 sessioni principali. Per ogni sessione sono state individuate le criticità e le aree di ricerca: 1) **Diagnosi del management medico e chirurgo legati al trattamento adenomiosi**, che rappresenta una forma ancora poco conosciuta della malattia endometriosa ed una delle sfide più complesse nell'ambito del trattamento medico e chirurgico. Tra le possibili cause, si ritiene che esagerate contrazioni dell'utero potrebbero determinare la penetrazione di cellule di endometrio direttamente nella parete muscolare uterina, provocando l'adenomiosi o endometriosi interna dell'utero. 2) **Deep endometriosis**, in cui verranno eseguite da parte di esperti operatori nazionali e internazionali ecografie in diretta per endometriosi profonda. Verranno presentati casi clinici con endometriosi del setto rettovaginale, del sigma retto, della vescica, dell'uretere e localizzazioni multifocali. In particolare, nella sessione dedicata alla live ultrasound, attraverso la forma del confronto tra l'imaging laparoscopico della pelvi e quella ecografica si forniranno validi strumenti teorico-pratici per una migliore appropriatezza alla richiesta diagnostica in chirurgia ginecologica per l'endometriosi profonda. 3) **Live surgery**: interventi chirurgici in diretta dalla sala operatoria di endometriosi profonda con tecnologia tridimensionale. In questa sessione si ha l'obiettivo principale di dare visibilità all'applicazione della tecnologia tridimensionale nel management chirurgico di una patologia ginecologica tra le più difficili, l'endometriosi profonda, la forma più severa dell'endometriosi.

Fino ad oggi l'approccio all'endometriosi ovarica è stato prettamente chirurgico. Dopo un periodo di indiscriminata rimozione di tutte le cisti ovariche endometriosiche, di recente il trattamento chirurgico è stato messo in discussione. Negli ultimi anni si è cominciato a capire che è importante essere più conservativi in quanto l'asportazione chirurgica può comportare un rischio per la fertilità. L'asportazione chirurgica delle cisti, anche se effettuata dai chirurghi più esperti, provoca comunque una perdita di follicoli. Un ginecologo deve considerare molteplici fattori prima di decidere se sottoporre o meno a chirurgia una paziente con endometriosi ovarica e, specie per le donne giovani o in cerca di una gravidanza, è importante fare la scelta giusta: 4) **Endometriosis e ovarian reserve**. In caso di endometriosi associata a sterilità la terapia medica non è efficace nel migliorare i tassi di gravidanza e pertanto non è raccomandata. Il trattamento chirurgico nell'endometriosi moderata e lieve porta a tassi di gravidanza superiori rispetto a laparoscopia diagnostica senza trattamento. Negli stadi più avanzati di endometriosi (stadio 3 e 4 o moderata e severa) la terapia chirurgica aumenta le possibilità di gravidanza dal 5% e dal 20% rispettivamente nell'endometriosi moderata e severa al 50% dopo il trattamento".