

ASPETTI CLINICI E TERAPEUTICI DELL'ENDOMETRIOSI DA RICORDARE

**E' una malattia enigmatica, dall'eziologia ancora poco chiara, ma di grande diffusione, interessando oltre il dieci per cento delle donne. Eppure ancora troppo spesso non è riconosciuta per tempo causando un ritardo nell'avvio delle terapie.**

# Così si stana la primula rossa tra le patologie ginecologiche

**Elena Mattioli**

L'endometriosi colpisce oltre il 10 per cento delle donne in età fertile ed è caratterizzata dalla presenza di endometrio ectopico a livello di ovaie, tube, peritoneo, vescica, intestino, setto retto-vaginale che cresce e si sfalda dietro spinta ormonale estrogenica.

## Epidemiologia

L'endometriosi è una patologia cronica molto diffusa, caratterizzata dalla presenza di mucosa uterina al di fuori della sua naturale sede e posizionata, in forma e dimensioni molto variabili, su altri organi come ovaie, tube, peritoneo, vescica, intestino, setto ret-



**Paolo Vercellini, professore associato all'Università di Milano**

to-vaginale... «Questa condizione non sempre corrisponde a malattia», spiega Paolo Vercellini, professore associato all'Università degli studi di Milano e responsabile del Centro Endometriosi della Clinica Mangiagalli. «Talvolta è asintomatica o dà pochi disturbi e consente una qualità di vita normale. In altri casi, invece, dà origine a problemi molto seri tra cui dolore intenso e ricorrente e infertilità, fino ad arrivare a compromettere la funzionalità di organi vitali. Stime approssimative, indrette ma molto ragionevoli, indica-

no che la prevalenza di endometriosi nelle donne in età fertile non sia inferiore al 10 per cento». Uno degli enigmi che la circondano riguarda l'etiologia, che non è ancora stata chiarita, anche se esi-

## SINTOMI E SEGNI

I seguenti sintomi, variamente associati, sono suggestivi di endometriosi. Ogni paziente ne avrà solo uno o alcuni, in relazione alla localizzazione degli impianti ectopici e allo stadio della malattia:

- Dismenorrea
- Dispareunia
- Infertilità
- Algie periovariatriche
- Dolore pelvico cronico
- Disuria
- Tenesmo rettale
- Sciatalgia/dolore lombare
- Febbricola persistente
- Astenia cronica
- Micro e/o macro ematuria
- Sangue nelle feci

stono varie ipotesi plausibili). L'endometrio ectopico mantiene le caratteristiche tipiche del tessuto uterino, cresce dietro spinta ormonale estrogenica, e si sfalda periodicamente. Non trovando però una via di uscita dall'organismo, il sangue fuori sede dà luogo a forte infiammazione e a una cascata di eventi di reazione che cercano di arginare il potenziale danno. L'organismo si difende come può e cerca di isolare le cellule indesiderate. Progressivamente possono perciò comparire cisti ovariche ripiene di sangue (endometriomi), noduli, aderenze, fino ad arrivare ai casi più estremi in cui gli organi pelvici risultano adesi tra loro da tessuto endometrioso ectopico (peli congelata).

Come è intuibile, i sintomi associati all'endometriosi sono molto vari e spesso confondenti. Dipendono infatti dalla posizione, dimensione e attività delle lesioni. Per esempio, cisti vecchie e poco attive possono causare meno dolore di tessuto microscopico diffuso e molto attivo. Non vi è inoltre una diretta relazione tra fase della malattia e sintomi: un altro degli enigmi insoliti.

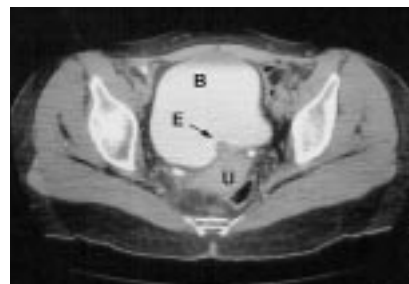
## Il ruolo del generalista

«Il ruolo del medico di famiglia nell'individuare il caso a rischio è fondamentale», precisa il professor Vercellini. «Molto spesso è proprio lui a filtrare le condizioni più frequenti, fino dagli anni dell'adolescenza. Attenzione partico-

## LOCALIZZAZIONE DELLE LESIONI

Legamento utero-sacrale	60%
Ovaio	52%
Peritoneo - Cavo del Douglas	28%
Legamento largo	16%
Vescica	15%
Retto	12%
Mesosalpinge	10%
Intestino	7%
Legamento rotondo	5%
Tuba	4%
Appendice	2%

Fonte: Dolore pelvico: endometriosi - Expert Report - Erica Zuppi



A sinistra la Tac mostra una lesione destra endoluminale paramediana originatasi dalla parete posteriore della vescica (B) (E= nodulo endometrioso). Sotto, all'ecografia, una vegetazione endovesicale mediana iperecogena nella parete vescicale posteriore.



## LE MOLTE TEORIE SULLE POSSIBILI CAUSE

L'etiopatogenesi dell'endometriosi è ancora controversa. Sono state formulate molte teorie, ma nessuna è in grado di spiegare tutti i casi. C'è chi ritiene che la formazione di impianti ectopici abbia origine dal reflusso tubarico di sangue mestruale (mestruazione retrograda), presente secondo alcune fonti nel 90 per cento delle donne. Il perché, però, questo fenomeno parafisiologico diventi patologico solo in alcune donne predisposte, è ancora da chiarire. Un familiarità legata a fattori genetici, un difetto del sistema immunitario nel neutralizzare le cellule di sfaldamento che migrano fuori sede, fattori ormonali come un leggero sbilanciamento a favore degli estrogeni o fattori infiammatori, potrebbero essere alla base dell'apposizione, adesione, invasione e proliferazione di cellule

endometriali in qualunque punto della cavità peritoneale (su ovaio, vescica, intestino, fegato...). Un'altra teoria ipotizza lo sviluppo di endometriosi a seguito di un processo di metaplasia dell'epitelio celomatico embrionale (teoria metaplastica) o la differenziazione di alcuni tessuti adulti in tessuto riproduttivo in particolari circostanze della vita. Non si esclude inoltre che cellule di endometrio possano migrare attraverso il sistema linfatico o sanguigno ad altre aree del corpo anche molto lontane dall'utero, come per esempio i polmoni, la mucosa nasale e perfino il cervello (molto raro). Infine è possibile sviluppare endometriosi anche in corrispondenza di incisioni chirurgiche, per esempio a livello del taglio cesareo (teoria iatrogena).

La gravidanza non rappresenta una cura per l'endometriosi.

Se è vero che in molte donne i sintomi si alleviano o scompaiono durante questo periodo, dopo il parto i focolai ectopici che erano rimasti silenti riprendono la loro attività.

lare dovrebbe essere posta alla presenza di dolore mestruale importante, debilitante e non sempre rispondente ai normali analgesici, ingravescente nel tempo e, in genere, a insorgenza e peggioramento a distanza dal menarca. Altro sintomo tipico è la dispareunia che compare senza che intervengano eventi all'interno della coppia che lo possano giustificare. Il terzo dolore caratteristico è quello periovulatorio. Sintomi come il dolore alla defecazione o alla minzione, specificatamente in corrispondenza della mestruazione, possono fuorviare, e non suggerire in prima battuta un problema di origine ginecologica». In questi casi occorrono intuito e acume clinico, accompagnati a una buona conoscenza della patologia, per evitare di inviare le pazienti a medici di altra specializzazione, con conseguente ritardo della giusta diagnosi.

«Il medico di base, inoltre, può fornire alla propria paziente un altro prezioso consiglio, suggerendole di rivolgersi a un centro specializzato per la diagnosi e la terapia dell'endometriosi, o a un ginecologo che abbia dimestichezza con la patologia. Da ciò, infatti, può davvero dipendere il futuro della malata. Il riferimento a un centro specialistico permette di aumentare l'affidabilità della diagnosi anche non chirurgica, ma soprattutto consente di programmare una strategia terapeutica che sia la migliore possibile e adattata al singolo caso», spiega Vercellini.

### La diagnosi

«Il gold standard per la diagnosi di endometriosi è tuttora l'intervento laparoscopico con prelievo di tessuto e successiva conferma istologica della natura del medesimo. Tuttavia si sta rivalutando la

necessità sistematica di effettuare una laparoscopia per fare la diagnosi», chiarisce il professor Vercellini. «I sintomi e i segni, specialmente se valutati da una persona esperta, possono essere molto suggestivi. Inoltre sono stati pubblicati di recente studi sulle modalità diagnostiche non invasive: i risultati sono incoraggianti e vi sono numerose evidenze di affidabilità. Sia le linee guida dell'American College of Obstetricians and Gynecologists (<http://www.acog.org>) sia quelle del Royal College of Obstetricians and Gynecologists (<http://www.rcog.org.uk>) dichiarano che non è indispensabile la diagnostica laparoscopica in assenza di masse pelviche. L'impatto in termini di morbilità, costi sociali e ricaduta psicologica sulla paziente è giustificato, a mio parere, solo se a fronte della diagnosi certa si prevedono cam-

## UN ASPETTO IMPORTANTE: LA PILLOLA CONTINUATIVA

Per quanto riguarda l'assunzione della pillola estrogenica è bene sapere che la tipica posologia ciclica (21 giorni consecutivi + 7 di intervallo) è del tutto arbitraria dal punto di vista farmacologico, e ha come unico obiettivo la rassicurazione psicologica della donna. Il sanguinamento da privazione che si verifica, infatti, ha un ritmo sovrapponibile a quello fisiologico. Tuttavia è ben noto che le ovaie sono minimamente attive e non ovulano durante questa terapia, e non è dunque certo la settimana di intervallo a far riprendere caratteristiche di fisiologicità al sistema ormonale femminile. Di conseguenza la pillola può essere assunta con le modalità più disparate e va mirata alla riduzione dei sintomi, tenendo conto di alcuni aspetti psicologici delle pazienti. Potrà essere prescritta continuativamente - una scatola dietro l'altra senza interruzioni - creando una benefica situazione di amenorrea. Dopo un prolungato periodo di assunzione, variabile da donna a donna, ma in media non inferiore a 4 mesi, potrà verificarsi un leggero sanguinamento occasionale (spotting). Si suggerirà allora di fare 7 giorni di intervallo in concomitanza di questo evento. Un'altra possibilità è l'assunzione di 2 o 3 scatole consecutive

seguite da 7 giorni di sospensione, riducendo così il numero annuale di eventi mestruali, che in queste pazienti sono di solito associati a dolore. «Il ruolo del medico di famiglia è molto importante perché, forse più del ginecologo, ha modo, tempo e confidenza sufficiente con la paziente per tranquillizzarla riguardo a questi semplici aspetti relativi all'assunzione», raccomanda il professor Paolo Vercellini, professore associato all'Università degli studi di Milano e responsabile del Centro Endometriosi della Clinica Mangiagalli. «Tra l'altro vi sono ormai numerosissimi studi pubblicati che dimostrano che non c'è alcuna differenza in termini di effetti collaterali e di alterazioni metaboliche tra le diverse modalità di assunzione. Il medico dunque non dovrebbe avere timore a suggerire l'assunzione continuativa o ad appoggiarla se prescritta dallo specialista. Le donne dal canto loro non dovrebbero ritenere di essere in una condizione anomala solo perché non vedono sanguinamenti. La loro preoccupazione e l'ansia giocano un ruolo negativo sia sull'aderenza alla terapia sia sull'assorbimento del farmaco, dando luogo con più facilità a sanguinamenti imprevisti».

## ANAMNESI E TECNICHE DIAGNOSTICHE UTILI

- Anamnesi accurata
- Visita ginecologica
- Ecografia transvaginale
- RMN
- CA-125
- Esami radiografici dell'intestino
- Ecografia addome superiore e inferiore
- Urografia
- Cistoscopia
- Laparoscopia ed esame istologico (gold standard)

sospetto di masse attribuibili a patologia maligna, nonché il coinvolgimento di organi vitali come intestino, ureteri e vescica. In particolare è indispensabile intervenire in presenza di stenosi parziale intestinale o quando vi è una dilatazione dell'uretere a monte della lesione endometriosica. Con la chirurgia si cerca inoltre di ottenere la maggiore radicalità possibile, ossia la rimozione di tutte le lesioni». A questo proposito la perizia e la specializzazione del chirurgo sono essenziali, dato che le lesioni endometriosiche possono avere aspetto davvero molto vario e passare inosservate a un occhio non esperto. «L'attuale standard terapeutico chirurgico per l'endometriosi è la laparoscopia: il 90 per cento degli interventi viene eseguito con

questa modalità poco invasiva, che di norma richiede due sole notti di ricovero. Nelle forme più gravi e con localizzazioni infiltranti in sede critica, ossia quando è essenziale il ripristino post-chirurgico della funzionalità di organi importanti, come vescica, intestino e ureteri, ha ancora un ruolo importante la laparotomia».

### Laparotomia

«La totale esposizione dell'addome e la possibilità di lavorare a quattro mani permette, per esempio, di effettuare la resezione del retto o un reimpianto ureterale con modalità più facili. In ogni caso la politica da adottare è sempre di sicurezza e di efficacia massime», precisa il professor Vercellini. E prosegue: «L'aggressione chirurgica deve

L'isterectomia non impedisce a eventuali impianti ectopici residui di mantenere l'attività dietro la spinta degli ormoni. Perfino la rimozione contemporanea delle ovaie non sempre garantisce l'azzeramento dei livelli estrogenici. Infine una terapia sostitutiva in seguito a intervento radicale può far recidivare la patologia.

biamenti dei piani terapeutici, sia nell'ambito dell'infertilità sia in quello del dolore».

### Esami strumentali

Una diagnosi quasi sicura può avvenire già a seguito di un'accurata anamnesi, di una visita ginecologica eseguita da mani esperte, e con il ricorso a diverse metodiche diagnostiche per confermare i sospetti. Ecografia, Rmn, esami radiografici dell'intestino, pielografia, cistoscopia, possono di volta in volta essere utili, a seconda dei casi e delle localizzazioni. Il valore del CA-125 aumenta talvolta in presenza di endometriosi, ma l'aspecificità di questo parametro lo rende piuttosto inaffidabile: può ingenerare sia falsi positivi sia falsi negativi. «Come già accennato, l'orientamento odierno è pertanto quello di non ricorrere sempre alla laparoscopia per avere una conferma diagnostica certa. Le condizioni che suggeriscono di procedere all'intervento sono un'ineguale risposta al trattamento medico o l'impossibilità di effettuarlo perché la donna è in cerca di una gravidanza, la presenza di grosse cisti endometriosiche (> 5 cm), il

Ansia sotto controllo

www.fildiretto.net

RAVIZZA  
Una visione di NOBILIT

essere più limitata possibile dal punto di vista della frequenza. Troppo spesso vediamo pazienti che arrivano al nostro centro dopo essere state operate già 3, 4, 5 volte. A mio modo di vedere ciò è inaccettabile». Per questo motivo è estremamente importante il riferimento delle malate con indicazione chirurgica a centri dove operano professionisti esperti. «Il primo intervento fa il futuro della malata», continua Vercellini. «Può risolvere definitivamente il problema e offrire molte probabilità in più di gravidanza o di scomparsa dei dolori, oppure può dare origine a questa chirurgia seriata, perlopiù insensata. Non bisogna necessariamente operare l'endometriosi solo perché sappiamo che c'è. Lo scriveva già anni fa Eric

Thomas dalla pagine del BMJ», racconta Vercellini. «Ogni volta che interveniamo chirurgicamente, infatti, apportiamo danni certi, come la rimozione di porzioni di corticale ovarica e di follicoli, e la formazione di aderenze post-operatorie, che devono essere limitate il più possibile. Addirittura, oggi, numerosi esperti preferiscono non operare piccole cisti ovariche o recidive di cisti endometrioidiche, qualora si possano escludere a priori patologie neoplastiche. È incoraggiante, però, il fatto che la probabilità di dovere eseguire un nuovo intervento entro 5 anni, clinicamente riconosciuta in ampie serie di pazienti, non sia superiore al 20 per cento. Purtroppo, invece, la probabilità di veder ricomparire i sintomi do-

lorosi dopo l'intervento è del 50 per cento entro un anno», sottolinea ancora Vercellini. Una cura risolutiva per l'endometriosi non è ancora stata trovata. Molti passi avanti sono, invece, stati fatti per quanto riguarda il trattamento a lungo termine in grado di rallentare o bloccare il peggioramento della patologia e di restituire una buona qualità di vita alle pazienti afflitte da importanti sintomi dolorosi.

### Terapia antalgica

«I farmaci analgesici e antinfiammatori sono soprattutto di appoggio, ma non sono il caposaldo della terapia dell'endometriosi, in quanto il dolore, spesso, è poco responsivo». Tutti i FANS possono essere impiegati utilmente, tenendo conto che talvolta la risposta a una molecola piuttosto che a un'altra è individuale. C'è chi non risponde al naprossene sodico ma alla nimesulide o viceversa, oppure alla combinazione di un classico FANS associato a un analgesico centrale come il tramadolo», continua Vercellini in base alla propria lunga esperienza clinica. «Ciò non ha chiare spiegazioni a livello di evidenti differenze di potenza antinfiammatoria o analgesica. Tuttavia, vale la pena di tentare più volte cambiando farmaco, se necessario, fino a trovare quello che dà la maggiore analgesia nel singolo caso. Inoltre va ricordato che la via a una buona analgesia deve tener conto di efficacia, sicurezza e tollerabilità. Particolare attenzione, quindi, va posta nel prescrivere farmaci con potenziale rischio di assuefazione, specialmente in una patologia che è cronica». Gli analgesici e gli antinfiammatori hanno un ruolo importante soprattutto negli episodi più acuti di dolore. Sul versante ormonale, poiché l'endometrio, eutopico ed ectopico, è sensibile alle variazioni ormonali cicliche dell'organismo, crescendo e sfaldandosi in funzione di esse, è possibile modificare la malattia interferendo con

## TRATTAMENTI FARMACOLOGICI PRESCRITTI

FANS	Es. naprossene sodico, nimesulide, diclofenac, piroxicam...
Analgesici centrali	Es. tramadolo
Estroprogestinici	Es. pillola monofasica a basso contenuto di estrogeni anello vaginale a lento rilascio locale cerotto transdermico (in arrivo a marzo 2004)
Progestinici	Es. ciproterone acetato, noretisterone acetato, medrossiprogesterone acetato, desogestrel spirale a lento rilascio di levonorgestrel
Antiormoni vari (androgeni)	Es. danazolo, gestrinone
Gn-RH agonisti	Es. leuprorelina, triptorelina, goserelina, buserelina

## ESEMPI DI SCHEMI TERAPEUTICI

- Desogestrel 0,15 mg; etinilestradiolo 0,02 mg, 1 al dì
- Gestodene 0,075 mg ed etinilestradiolo 0,03 mg, 1 al dì
- Ciproterone acetato 12,5 mg al dì (1/4 della compressa da 50 mg)
- Etinilestradiolo 0,01 mg+ ciproterone acetato 2 o 3 mg (preparazione galenica), 1 al dì
- Danazolo, 200 mg/die o dose minima che induce anovulazione, personalizzata, 1 al dì

## FORME FARMACEUTICHE INNOVATIVE

- Spirale a lento rilascio di levonorgestrel (dura 5 anni) (già in uso per l'endometriosi)
- Sistema intravaginale\* a lento rilascio (anello in etilene vinilacetato) di etinilestradiolo ed etinilestradiolo in quantità media giornaliera rispettivamente di 0,120 mg e 0,015 mg (dura 3 settimane poi va sostituito)
- Cerotto transdermico\* a lento rilascio di norelgestromina ed etinilestradiolo (dura 1 settimana poi va sostituito)

(\*) L'esperienza terapeutica con queste forme farmaceutiche nell'endometriosi non è sufficiente per fornire dei dati, ma almeno concettualmente potranno trovare un loro spazio d'impiego per questa patologia.

minori effetti collaterali. Da segnalare la constatazione clinica, emersa da anni di studi e da numerose pubblicazioni, che sono sufficienti dosi ormonali molto basse per il controllo della malattia e che incrementarle non migliora l'efficacia, mentre aumenta gli effetti indesiderati. La tendenza attuale è la somministrazione giornaliera continuata di una normale pillola anticoncezionale monofasica o di solo progestinico, per indurre anovulazione e amenerla anche per lunghi periodi. In questo modo, la risposta sui sintomi dolorifici in assenza di sanguinamenti è molto alta (80 per cento), e il blocco dell'ovulazione sembra anche avere un ruolo cruciale nell'impedire la progressione della patologia.

### GnRH agonisti

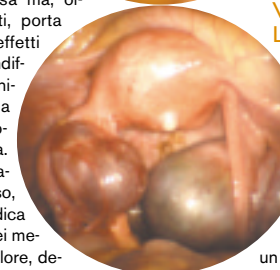
La classe dei GnRH agonisti (leuprorelina, triptorelina, goserelina, buserelina) si è rivelata assai efficace nel controllo dei sintomi e della progressione dell'endometriosi attraverso l'induzione di una pseudomenopausa ma, oltre agli alti costi, porta con sé anche effetti collaterali non indifferenti, sovrapponibili appunto a quelli della menopausa fisiologica. Il più serio è la rarefazione dell'osso, che ne controindica l'uso per più di sei mesi. Vampate di calore, depressione, insonnia, inibizione della libido e tutti i sintomi dell'ipogonadismo possono essere davvero difficili da sopportare in ragazze giovani che si affacciano alla vita attiva. Agendo a livello ipofisario come agonisti dell'ormone di rilascio delle gonadotropine, di fatto annullano l'attività ovarica. Alcuni medici, per limitare gli effetti collaterali, aggiungono

contemporaneamente un estroprogestinico giornaliero, la cosiddetta add-back therapy. I GnRH agonisti, da soli, talvolta vengono somministrati per un breve periodo per avere una conferma diagnostica, dato che il dolore da endometriosi scompare nell'85-100 per cento dei casi. Altri utilizzi comprendono il controllo della crescita delle lesioni o la terapia post-chirurgica. Trovano anche largo impiego (insostituibile) nelle tecniche di fecondazione assistita, per creare un azzeramento ormonale sul quale innestare una terapia follicolostimolante meglio controllata. «Ciò che indubbiamente dovrebbe far riservare l'impiego dei GnRH agonisti come farmaci di seconda scelta nella terapia a medio-lungo termine dell'endometriosi è il fatto che non sono

Il legame tra endometriosi e infertilità, che può riguardare il 40 per cento delle pazienti, non è chiaro. In alcuni casi si ha un impedimento meccanico dovuto a distorsione degli organi dell'apparato riproduttivo, negli altri può esserci una scarsa risposta ovarica, una peggiore qualità della cellula uovo o della sua corona, un difetto di captazione da parte della tuba.



Noduli peritoneali bluastri



Cisti ovariche bilaterali

## NODULI E CISTI VISIBILI ALLA LAPAROSCOPIA

maggiormente efficaci rispetto a un estroprogestinico o a un progestinico da solo», commenta Vercellini. «Inoltre non vi sono evidenze sufficienti in termini di benefici, minori recidive o maggiori percentuali di gravidanze ottenute, che ne giustificano l'uso post-operatorio, che continua a venire fatto. Ciò nasce da una convinzione radicissima relata a una tradizione oncologica di chemioterapia

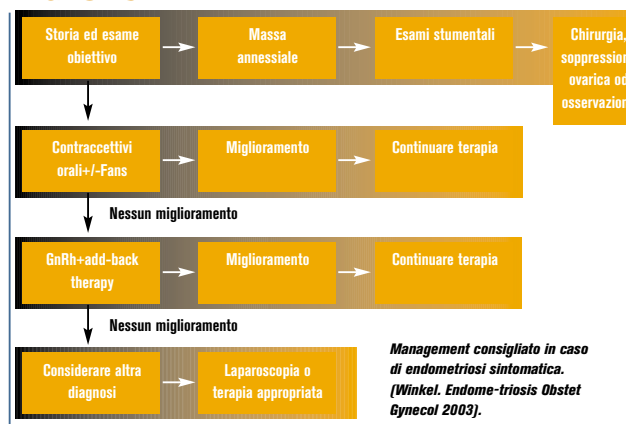
post-chirurgica, che non è però applicabile all'endometriosi». Il legame tra endometriosi e infertilità è un altro dei punti enigmatici di questa patologia. È noto infatti che, «sfortunatamente, una discreta quota di donne con endometriosi -circa il 40 per cento- non otterrà una gravidanza spontanea», spiega il professor Vercellini.

### L'infertilità

Una relazione causale vera e propria che ne chiarisca in modo certo i motivi non è ancora stata trovata. I dati però parlano di rinvenimento di endometriosi in un'alta percentuale di donne che si sottopongono a indagini per sterilità. In presenza di una marcata distorsione degli organi dell'apparato riproduttivo il motivo logico e intuibile è l'impedimento meccanico al concepimento. Sul fronte delle ipotesi, e in assenza di importanti alterazioni anatomiche, invece, sono state avanzate diverse teorie che coinvolgono per esempio una scarsa risposta ovarica, una peggiore qualità della cellula uovo o della sua corona, un difetto di captazione da parte della tuba, un ambiente chimico

La tendenza odierna in caso di infertilità è di partire direttamente con le tecniche in vitro (Fivet o Icsi a seconda dei casi) per non perdere anni preziosi ed evitare un sovraccarico ormonale.

### LA GESTIONE DELLA PAZIENTE



della pelvi alterato e sfavorevole alla fecondazione, processi immunitari contro gli spermatozoi o contro il pre-embione, ridotta presenza delle proteine di adesione (beta integrine) indispensabili all'impianto in utero... La chirurgia può talvolta essere di giovamento nel ripristinare il funzionamento fisiologico dell'apparato riproduttivo, ma spesso le pazienti dovranno ricorrere a tec-

niche di fecondazione assistita. È importante che il medico informi dettagliatamente la coppia, senza ingenerare eccessive aspettative. Le percentuali medie di successo per ogni tentativo di fecondazione assistita, infatti, si aggirano intorno al 20 per cento e nelle donne con endometriosi sono leggermente peggiori. La tendenza odierna è di non ricorrere in queste pazienti alla semplice insemi-

### L'ASSOCIAZIONE ITALIANA ENDOMETRIOSI (AIE)

L'Associazione Italiana Endometriosi, con sede a Nerviano in provincia di Milano, è nata dalla volontà di tre pazienti di riempire il vuoto di informazioni in italiano legate alla patologia. Gestita solo da donne volontarie, l'AIE fornisce sostegno e aiuto a tutte le donne che ne soffrono e alle loro famiglie, raccoglie e diffonde informazioni sulla malattia e mira a promuovere la ricerca medica. Dall'anno di fondazione, il 1999, l'associazione è cre-

sciuta rapidamente e ha sviluppato una ricca serie di attività tra cui gli incontri di auto-aiuto per scambiare idee, consigli, esperienze sui vari aspetti della gestione della patologia, dalle terapie ai loro effetti collaterali, dagli interventi chirurgici alla fecondazione assistita e molto ancora. Allo stesso scopo è attivo per le associate un seguitissimo forum online tramite il quale è possibile anche rivolgere domande ai medici volontari che collaborano con

l'AIE, per avere risposte qualificate e veloci ai mille dubbi che possono sorgere. Presso ognuna delle sedi dei gruppi di auto-aiuto (Milano, Padova, Roma, Faenza, Torino, Messina, Udine, Prato, Verona e Reggio Emilia) vengono anche organizzati, tra l'altro, incontri e seminari con medici specialisti, sempre molto graditi dalle associate e talvolta aperti alle famiglie. Non ultimo è previsto l'invio periodico di una Newsletter e la possibilità di parlare con un gine-

cologo esperto per telefono. Il medico di famiglia fornirà un servizio prezioso alle sue pazienti segnalando loro l'esistenza dell'associazione e potrà richiedere materiale informativo e depliant gratuiti da consegnare in ambulatorio, studiati per fasce di età. Per informazioni rivolgersi a:

Associazione Italiana Endometriosi  
Onlus Casella Postale 114  
20014 Nerviano (MI), tel 0331-589800, info@endoassoc.it,  
http://www.endoassoc.it

nazione dopo stimolazione ovarica, ma di partire direttamente con le tecniche in vitro (FIVET o ICSI a seconda delle necessità) per

non far perdere anni preziosi ed evitare un sovraccarico ormonale legato ai farmaci follicolostimolanti. In considerazione del fortis-

simo impatto sia fisico sia psicologico di queste tecniche, andrebbe sconsigliato alla coppia di accanirsi oltre i 3-5 tentativi. 🍷

## PRINCIPALI CENTRI A CUI RIVOLGERSI

### PIEMONTE

**Dott. Eugenio Volpi**  
Ospedale Mauriziano  
Umberto I  
Largo Turati 62  
10128 TORINO  
Tel: 011-5082682/5062685  
<http://www.mauriziano.it/sanita/ospedal/ torino/ginecologia.htm>

**Dott. Tigellio Gargiulo**  
Dipartimento Ostetricia e Ginecologia  
Ospedale Maria Vittoria  
Corso Tassoni 46  
10144 TORINO  
Tel: 011-4393455  
<http://www.asl3.to.it/>

### LIGURIA

**Dott. Valentino Remorgida**  
Dipartimento Ostetricia e Ginecologia  
Ospedale San Martino  
Padiglione 1  
Largo Rossana Benzi 15  
16132 GENOVA  
Tel: 010-3537723 (caposala)  
<http://www.hsanmartino.liguria.it/>

**Prof. Pier Luigi Venturini**  
Istituto Giannina Gaslini  
U.O. Ostetricia e Ginecologia  
Largo Gaslini 5  
16147 Genova  
Tel: 010-5636382  
<http://www.gaslini.org/>

### LOMBARDIA

**Prof. Paolo Vercellini**  
I Clinica Ostetrica e Ginecologica  
"Luigi Mangiagalli"  
Università di Milano  
Via Comenda 12  
20122 Milano  
Tel. 02-57992331 o 57992917  
(ambulatorio endometriosi)  
<http://www.icp.mi.it/>

**Prof. Luigi Fedele**  
Ospedale San Paolo  
Via Di Rudini 8  
20142 Milano  
Tel. 02-8184506  
<http://www.hpsanpaolo.mi.it/>

**Prof. Mauro Busacca**  
Ospedale Macedonio Melloni  
Via Macedonio Melloni 52  
20129 MILANO  
Tel. 02-6363269 (poliambulatorio)  
[http://www.fbf.milano.it/att\\_sanit/pa/ge/att\\_sanit\\_mm1.html](http://www.fbf.milano.it/att_sanit/pa/ge/att_sanit_mm1.html)

### VENETO

**Dott. Pietro Litta**  
Clinica Ginecologia e Ostetricia  
Università di Padova  
Via Giustiniani 3  
35100 PADOVA  
Tel: 049-8213444  
Tel: 049-8213410/3411 (centralino)  
dip.Gin/Ost.)  
<http://www.ginecologia.unipd.it/>

### TRENTINO

**Dott. Maurizio Rosati**  
Unità di Chirurgia Endoscopica e Laserterapia  
Ospedale San Camillo di Trento  
Via Giovannelli 19  
38100 TRENTO  
Tel. 0461-216111 (portin),  
0461-230005 (segr.)  
<http://www.sancamillo.com/>

### EMILIA-ROMAGNA

**Dr. Marco Filicori**  
Dip. Fisiopatologia della Riproduzione  
Università di Bologna, BOLOGNA  
Tel: 051-342820  
<http://www.unibo.it/>

### TOSCANA

**Prof. Felice Petraglia**  
Azienda Ospedaliera Universitaria

**Senese Policlinico Le Scotte**  
Viale Bracci Mario, 16  
53100 SIENA  
Tel. 0577-233453 o 0577-586611;  
obgyn@unisi.it  
(presso l'ospedale non c'è un vero e proprio centro o ambulatorio per l'endometriosi ma un ambulatorio per i disturbi del ciclo e la contraccezione il martedì dalle ore 15,00 alle ore 17,00).

**Prof. Andrea Genazzani**  
Clinica Ostetrica e Ginecologica  
Università degli Studi  
Via Roma 56100 PISA  
Tel: 050-553412  
<http://www.unipi.it/>

**Prof. Gian Franco Scarselli**  
II Clinica di Ginecologia e Ostetricia  
Policlinico Careggi  
Viale Morgagni 85 FIRENZE  
Tel: 055-4220168  
<http://www.ao-careggi.toscana.it/>

**Dr. Ruggero Pulcinella**  
Clinica Ginecologia e Ostetricia  
Ospedale San Donato  
52100 AREZZO  
Tel: 0575-305754  
<http://www.usl8.toscana.it>

### LAZIO

**Dr. Errico Zupi**  
Clinica Ostetrica e Ginecologica  
Ospedale Fatebenefratelli  
Isola Tiberina Torvergata ROMA  
Tel: 06-68809988

**Prof. Francesco Maria Primiero**  
Clinica Ginecologia e Ostetricia  
Università di Roma "La Sapienza"  
Policlinico Umberto I  
Viale Regina Elena  
0100 ROMA  
Tel: 06-49972521  
<http://www.policlinicoumberto1.it/>

### CAMPANIA

**Prof. Ugo Montemagno**  
Dipartimento Scienze Ostetrica e Ginecologica  
Policlinico Universitario  
Via Sergio Pansini 5 NAPOLI  
Tel: 081-728086, 081-7462939  
<http://www.medicina.unina.it/>

### CALABRIA

**Prof. Fulvio Zullo**  
Cattedra di ginecologia ed ostetricia  
Università di Catanzaro  
viale Pio X CATANZARO  
Tel. 0961-728329/883234

### PUGLIA

**Prof. Sergio Schonauer**  
Tel: 080-5478984  
**Dr. Ettore Cicinelli**  
Tel: 080-5593003  
Policlinico di Bari  
la Clinica Ginecologia e Ostetricia  
Piazza Giulio Cesare  
70124 BARI  
<http://www.osc.it/policlinicobari/primcipale.html> (sito non funzionante)

### SICILIA

**Prof. Ettore Cittadini**  
**Prof. Antonio Perino**  
Istituto Materno Infantile  
Via Cardinale Rampolla 1  
PALERMO  
Tel: 091-655442 (ambulatori)

### SARDEGNA

**Prof. Gian Benedetto Melis**  
**Dott. Valerio Mais**  
Istituto Ginecologia e Ostetricia  
Ospedale S. Giovanni di Dio  
Via Ospedale 46  
09124 CAGLIARI  
Tel: 070-652797  
[http://www.asl8cagliari.it/Telefoni/s\\_giovanni\\_di\\_dio.htm](http://www.asl8cagliari.it/Telefoni/s_giovanni_di_dio.htm)