

Terapia chirurgica dell'endometriosi

Premettendo che la chirurgia non è mai sola a trattare una patologia complessa e grave come può esser l'endometriosi, vi sono casi nei quali essa è indispensabile.

L'endometriosi moderata o grave è trattata più efficacemente con l'asportazione o l'escissione di quanti più impianti possibili ricostruendo, nel limite del possibile, l'anatomia pelvica e preservando la fertilità.

Tipicamente la persistenza di dolori malgrado una terapia farmacologica completa, associati a disturbi funzionali (es. intestinali o riproduttivi) sono un'indicazione alla terapia chirurgica.

Le lesioni di solito sono rimosse tramite laparoscopia (chirurgia mini-invasiva): le lesioni alla superficie dell'ovaio o del peritoneo posson essere cauterizzate elettricamente o con laser, oppure rimosse con forbici. Gli endometriomi sono eccisi perché la rimozione previene la recidiva delle lesioni più efficacemente rispetto al loro semplice drenaggio. Dopo questo trattamento, i tassi di fertilità sono inversamente proporzionali allo stadio dell'endometriosi. Se la resezione risultasse incompleta, a volte si somministrano agonisti del GnRH durante il periodo perioperatorio, ma non è chiaro se questi farmaci aumentino i tassi di fertilità. La resezione laparoscopica dei legamenti uterosacrali, mediante elettrocauterizzazione o laser, può ridurre il dolore ciclico.

L'endometriosi a livello del setto rettovaginale, la forma più grave della malattia, può essere trattata farmacologicamente. Tuttavia, questa lesione tra vagina e colon può necessitare una resezione o un intervento colonscopico per prevenire l'ostruzione del colon (disturbo funzionale).

Interventi radicali quali isterectomia con o senza conservazione delle ovaie è riservata alle donne che presentano dolore pelvico grave, che non vogliono procreare, e che preferiscono un'intervento definitivo.

Se una donna in età premenopausica desidera l'asportazione di utero e ovaie, è necessario considerare la terapia sostitutiva con estrogeni (p. es., per prevenire i sintomi menopausali). Comunque, la concomitante terapia progestinica è raccomandata per prevenire che il tessuto endometriosico residuo possa crescere sotto l'influsso degli estrogeni, con conseguente recidiva.

Se i sintomi persistono dopo asportazione di ovaie in donne già in menopausa, può essere necessaria una terapia farmacologica con ormoni progestinici in continuo.