



SALVIAMO LA SALUTE



ENDOMETRIOSI E LAVORO Tra discriminazioni e contraddizioni

MARTEDÌ 31 MARZO 2015, ORE 10:00
SALA DI VITTORIO, CGIL
Corso Italia 25 - Roma

PRESIEDE

EMANUELA BIZI

Segretaria Nazionale SLC CGIL

RELAZIONE INTRODUTTIVA

BARBARA APUZZO

Segretaria Nazionale SLC CGIL e Responsabile Coordinamento Donne

Proiezione del teaser "Il male invisibile"

di **ELENA PERRONE** e **FRANCESCA SCANU**

con intervento delle autrici e produttrici

INTERVENGONO

SONIA CELLINI ➔ Presidentessa ARIANNe Onlus

GIANCARLO PETRICONE ➔ Medico ginecologo Asl roma D
Presidio Ospedaliero Integrato L. Di Liegro

MASSIMO CESTARO ➔ Segretario Generale SLC CGIL

CONCLUSIONI

VERA LA MONICA

Segretaria Nazionale CGIL

Il diritto alla salute delle donne sta a pieno titolo dentro il percorso di mobilitazione promosso dalla CGIL 'Salviamo la Salute. Attraversa l'Italia' (settembre 2014-giugno 2015) per stimolare i necessari interventi degli attori istituzionali e sociali.

Accanto alle tappe organizzate in tutta Italia, uno degli appuntamenti nazionali è dedicato all'**ENDOMETRIOSI**: una malattia che coinvolge un sempre crescente numero di donne in età riproduttiva.

La malattia ha un impatto sociale su diversi aspetti della vita quotidiana, lavorativa ed emotiva, e deve spingere anche il sindacato ad affrontare il problema.

Nonostante l'enorme peso che l'endometriosi ha ormai anche da un punto di vista sanitario, è una condizione poco conosciuta (persino misconosciuta), che non riceve ancora la giusta attenzione.

Per puntare l'attenzione sulle problematiche "di genere" e sul riconoscimento del diritto alla salute delle donne SLC ha deciso di impegnarsi anche per la diffusione della conoscenza di questo fenomeno attraverso la presentazione di un teaser e la successiva diffusione di una docufiction dal titolo "Il male invisibile", con la consapevolezza che l'adeguata conoscenza del fenomeno rappresenta la precondizione essenziale per poter agire con la contrattazione, a partire dai luoghi di lavoro.

ENDOMETRIOSI

Giancarlo Petricone

Azienda USL Roma D

Presidio Ospedaliero Integrato

Luigi Di Liegro

L'endometriosi

descritta per la prima volta da Daniel Shroen nel 1620

“Disputatio Inauguralis Medica de Ulceribus Ulceri”

**L'autore parla di infiammazioni nello stomaco, vescica, intestini
e di larghi tralci fibrosi che formano adesioni tra i visceri**

**PRESENZA E PROLIFERAZIONE DI TESSUTO ENDOMETRIALE
(EPITELIO E STROMA)**

**IN SEDI ECTOPICHE SENSIBILE ALLE VARIAZIONI CICLICHE
ORMONALI E QUINDI IN GRADO DI SUBIRE**

**IDENTICHE MODIFICAZIONI DELLA MUCOSA UTERINA
(ENDOMETRIO)**

QUALITA' DELLA VITA

```
graph TD; A[QUALITA' DELLA VITA] --> B[INVALIDANTE :  
RIPRODUZIONE - CAPACITA LAVORATIVA]; B --> C[2012 RICONOSCIMENTO INPS  
NON ATTRIBUITA ESENZIONE];
```

**INVALIDANTE :
RIPRODUZIONE - CAPACITA LAVORATIVA**

**2012 RICONOSCIMENTO INPS
NON ATTRIBUITA ESENZIONE**

**ENDOMETRIOSI INTERNA
O ADENOMIOSI**

- **SPESSORE DELLA PARETE UTERINA**

**ENDOMETRIOSI
ESTERNA**

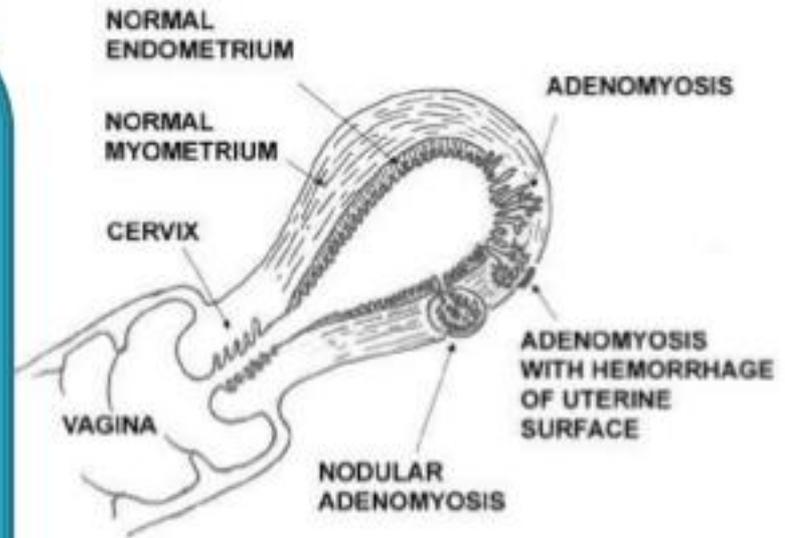
- **PELVICA :**
**OVAIE TUBE PERITONEO
LEGAMENTI**
- **EXTRAPELVICA :**
**SIGMA COLON VESCICA FEGATO
CICATRICI**

Uterine :

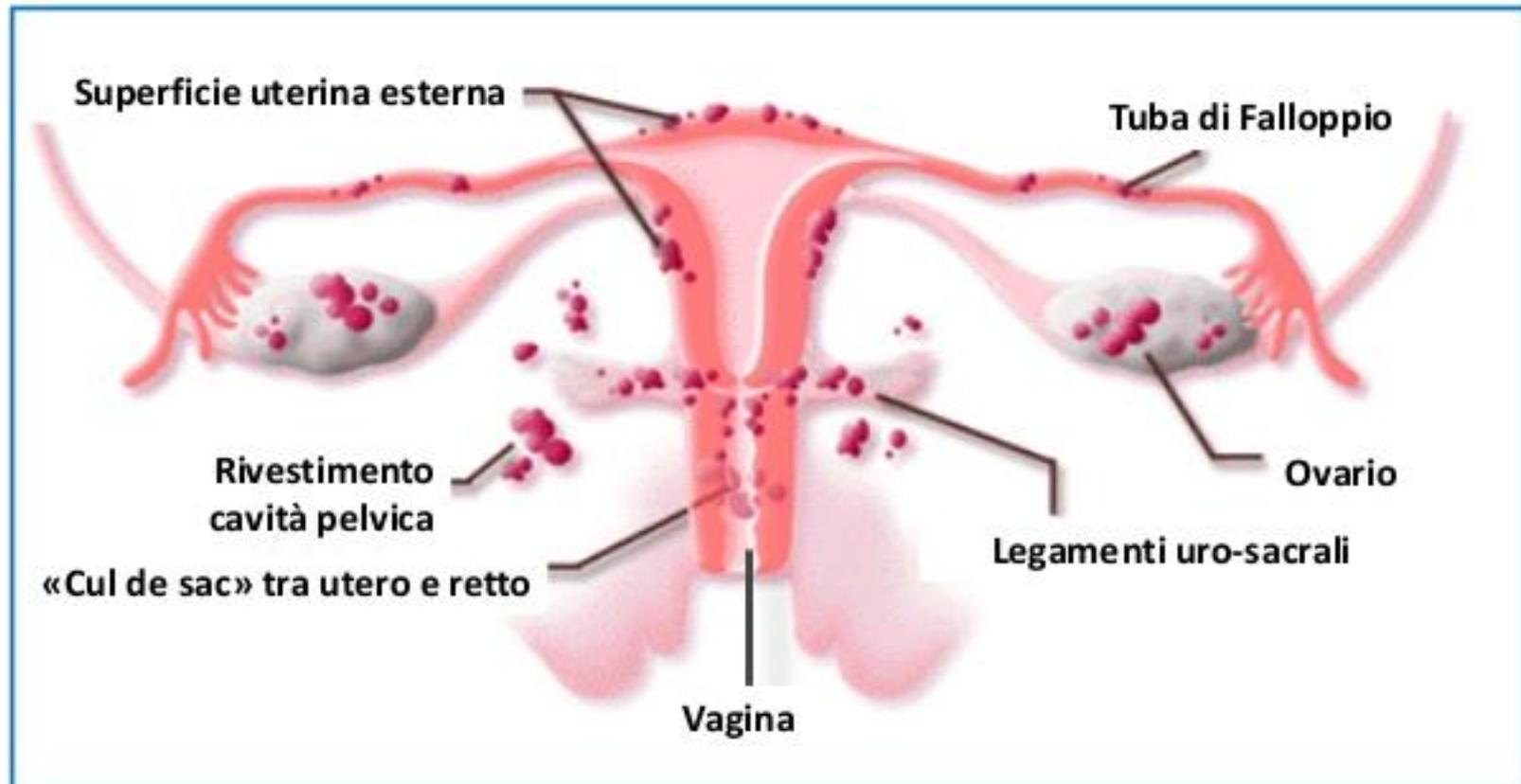
Adenomyosis (50%)

Extra uterine :

- Ovary 30%
- Pelvic peritoneum 10%
- F. tube
- Vagina
- Bladder & rectum
- Pelvic colon
- Ligaments



ENDOMETRIOSI: LOCALIZZAZIONI

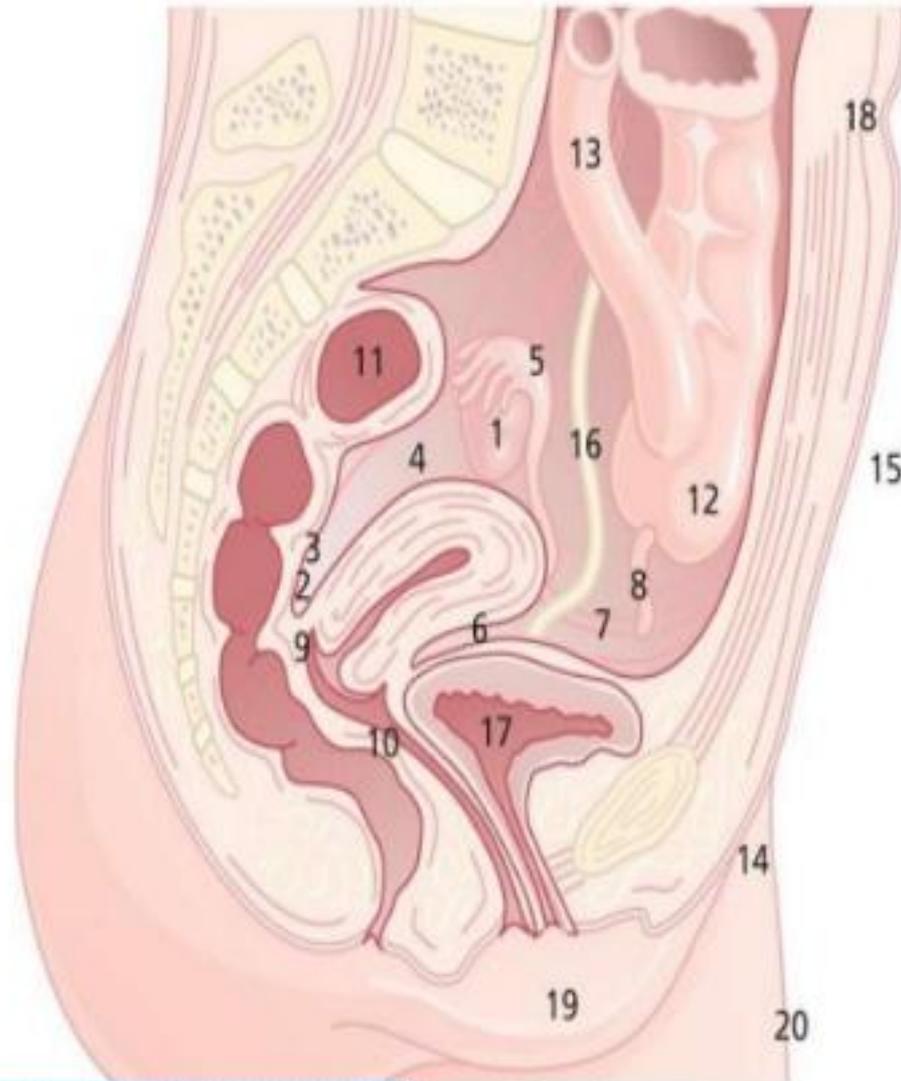


**ALTRE
LOCALIZZAZIONI**

- Peritoneo
- Tratto urinario (in ~ 20% dei casi non causa sintomi)
- Tratto gastrointestinale (12-37% delle donne)



Sites of endometriosis



endometriosis .

- (1) ovary
- (2) cul-de-sac
- (3) uterosacral ligaments
- (4) broad ligaments
- (5) fallopian tubes
- (6) uterovesical fold
- (7) round ligaments
- (8) vermiform appendix
- (9) vagina
- (10) rectovaginal septum
- (11) rectosigmoid colon
- (12) caecum
- (13) ileum
- (14) inguinal canals
- (15) abdominal scars
- (16) ureters
- (17) urinary bladder
- (18) umbilicus
- (19) vulva

INCIDENZA

**INTERNATIONAL
ENDOMETRIOSIS
ASSOCIATION 2004**

10-18 % DELLE DONNE

30-40 % DELLE DONNE INFERTILI

5.12 ML DI DONNE IN USA E CANADA

**ENDOMETRIOSI IN
PAZIENTI SOTTOPOSTE A
LAPAROSCOPIA PER
ALTRA CAUSA**

45 % DOLORE PELVICO

35 % CISTI OVARICA

30 % STERILITA'

INTERNATIONAL ENDOMETRIOSIS ASSOCIATION 2004

- **38% I° EPISODIO DI DOLORE PELVICO**
- **66% PRIMA DEI 20 ANNI**
- **58% HA CREDUTO I SINTOMI NORMALI !!**
- **21% MEDICI CONSULTATI MISCONOSCIUTO PATOLOGIA**

EZIOPATOGENESI

METASTATICA

**TRANSTUBARICA
LINFATICA EMATICA
IATROGENA**

EMBRIOGENETICA

DIFETTI MULLERIANI

METAPLASTICA

**METAPLASIA EPITELIO
CELOMATICO**

IMMUNOLOGICA

**ALTERAZIONI SISTEMA
IMMUNITARIO**

UNIFICATA

**MESTRUAZIONE RETROGRADA>REFLUSSO TUBARICO
DISSEMINAZIONE E IMPIANTO**

PATOGENESI DEL DOLORE

PROCESSI INFIAMMATORI CRONICI

PROSTAGLANDINE MEDIATORI CHIMICI



DESQUAMAZIONE SANGUINAMENTO IN CAVITA' PERITONEALE

PERITONITE CHIMICA



DISMENORREA (DOLORE FUNZIONALE)

TESSUTO FIBROSO PERILESIONALE



ADERENZE CICATRIZIALI



**STIRAMENTO/COMPRESSIONE TERMINAZIONI NERVOSE
VISCERALI**



DOLORE CRONICO

ALTERAZIONI FUNZIONI TUBARICHE
INTERFERENZE CON L'IMPIANTO
ANOMALIE ENDOCRINE

ALTERAZIONI ANATOMIA PELVI
ALTERAZIONE RAPPORTI ANATOMICI
ADERENZE

STERILITA'

ENDOMETRIOSI: ETA' DI INSORGENZA



DALL' ADOLESCENZA ALLA MENOPAUSA

- L'endometriosi può essere **cronica** e **progressiva** in una sottopopolazione di donne ma ad oggi non è ancora chiaro quali pazienti siano più a rischio di una forma progressiva.
- La gravità dei sintomi e la **probabilità di una corretta diagnosi** aumenta con l'età, con un picco d'incidenza intorno ai 40 anni della donna.
- Una volta instaurata, l'endometriosi può progredire anche dopo la menopausa; sono documentati anche casi di insorgenza prepuberale.

Razze colpite: TUTTE Ceti sociali colpiti: TUTTI

Associazione Italiana Endometriosi; World Endometriosis Society and the World Endometriosis Research Foundation, January 2012; Harada T, Yonago Acta medica 2013;56:81-84; Janssen EB et al, Human Reproduction Update, Vol.19, No.5 pp. 570-582, 2013



ENDOMETRIOSI: PREVALENZA



- Le stime oscillano tra il **2 e il 10%** delle donne in età fertile (15-49 anni).
- Il **25-50%** delle donne infertili hanno l'endometriosi.
- Il **30-50%** delle donne con endometriosi è infertile.

Linee Guida ESHRE, Hum Reprod, Vol.0, No.0 pp. 1-13, 2014, maggio 2014; World Endometriosis Society and the World Endometriosis Research Foundation, January 2012; Bulletti C et al, J Assist Reprod Genet (2010) 27:441-447; Taylor RN et al, Middle East Fertil Soc J. 2012 December 1; 17(4): 221-225; Simoens S et al, Hum Reprod, Vol.27, No.5 pp. 1292-1299, 2012; Janssen EB et al, Hum Reprod Update, Vol.19, No.5 pp. 570-582, 2013; Peter A. W. Rogers, Reproductive Sciences 20(5) 483-499, 2013; Nnoaham KE, Fertil Steril. 2011 August; 96(2): 366-373; Written declaration on endometriosis, European Parliament 2005



L'esatta prevalenza nelle adolescenti non è nota considerato che la sintomatologia dolorosa può essere atipica e l'endometriosi può essere diagnosticata solo con la laparoscopia.

PREVALENZA GLOBALE DI ENDOMETRIOSI DOCUMENTATA CON LAPAROSCOPIA (Review di 15 studi)

62% (25-100% in base allo studio)

- 75% ragazze con CPP resistente al trattamento
(16% moderata/grave)
- 70% ragazze con dismenorrea
(29% moderata/grave)
- 49% ragazze con CPP non necessariamente
resistente al trattamento
(57% moderata/grave)

CPP = dolore pelvico cronico



ENDOMETRIOSI: SINTOMI NELLE ADOLESCENTI



- il dolore pelvico delle adolescenti può essere sia ciclico che aciclico (non correlato alla mestruazione)
- La dismenorrea può comparire precocemente ed essere resistente o iporesponsiva alla terapia (FANS/CO)
- Spotting premenstruali e bleeding prolungati
- Sintomi intestinali e urinari sono frequenti.

PRIMI SINTOMI PELVICI (4.000 CASI) • 21% < 15 anni • 17% 15-19 anni

Harada T, Yonago Acta medica 2013;56:81-84; E.B. Janssen et al, Human Reproduction Update, Vol.19, No.5 pp. 570-582, 2013 ;



ENDOMETRIOSI: **DISPAREUNIA**

Molte adolescenti/donne soffrono anche di **dispareunia profonda**, un fattore significativo per la qualità di vita della donna che può incidere anche pesantemente sull'autostima e sulla sua vita di relazione.

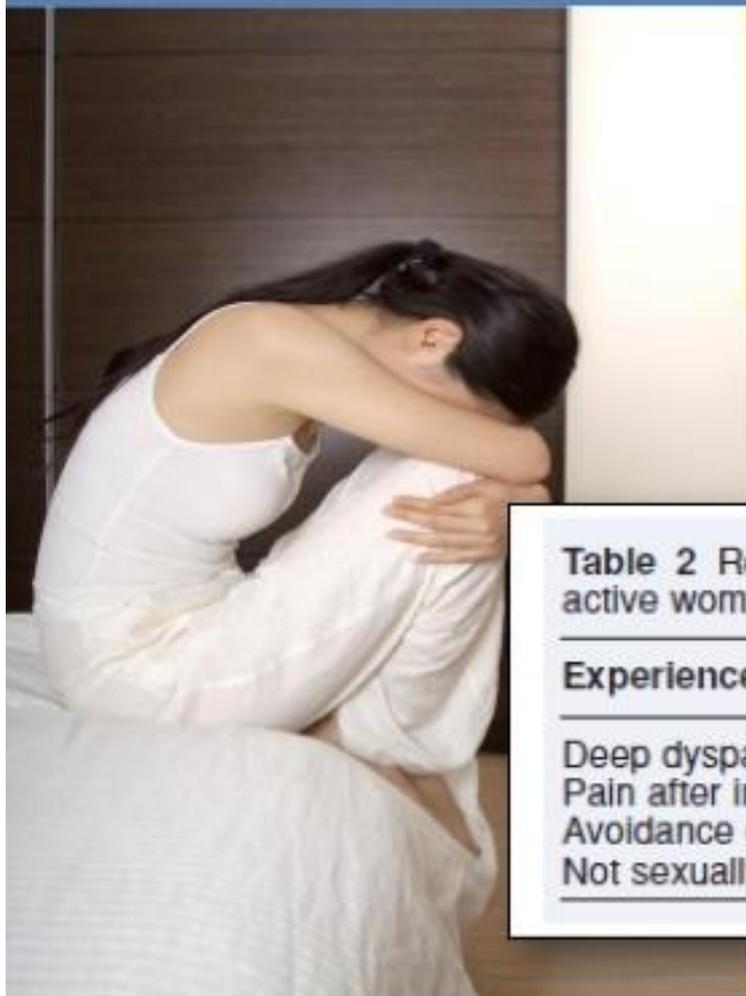


Table 2 Reported incidence of dyspareunia ($n = 27$ sexually active women)

Experience	<i>n</i>	%
Deep dyspareunia	23	86
Pain after intercourse	18	69
Avoidance of intercourse	18	69
Not sexually active due to pain	5	19



DIVERSI STUDI INDICANO UNA COMORBIDITÀ TRA L'ENDOMETRIOSI E IL MAL DI TESTA

- Entrambi si manifestano nella stessa persona con una frequenza superiore a quanto atteso.
- Il meccanismo di comorbidità non è ancora noto. Si pensa che esista un fattore patogenetico comune (per esempio alcuni geni di sensibilità) o che possa avere un ruolo il menarca precoce che si associa ad entrambe.
- Alcuni studi hanno documentato un'aumentata sensibilità alla produzione di prostaglandine e metaboliti del monossido d'azoto.



Considerato che entrambe le patologie hanno un'ampia prevalenza, è importante per il clinico nella gestione dell'una tener conto anche dell'altra per raccomandare il trattamento ottimale alla singola paziente.



La diagnosi certa definitiva della endometriosi è considerata la **visualizzazione diretta laparoscopica**, corredata o meno dall'esame istologico. Tuttavia una diagnosi può essere sospettata sulla base dell'anamnesi, della visita ginecologica e di altri strumenti a disposizione del clinico.

ITER DIAGNOSTICO

- ACCURATA ANAMNESI (raccolta dei dati clinici della donna da parte del medico)
- VISITA GINECOLOGICA (compresa l'esplorazione rettale)
- ECOGRAFIA PELVICA TRANSVAGINALE (evidenzia soltanto le forme superficiali, le cisti ovariche endometrioidiche che non vanno confuse con cisti di altra natura)
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE / TAC / RADIOGRAFIE
- UROGRAFIA
- CISTOSCOPIA
- RETTOCOLONSCOPIA
- RICERCA DI MARCATORI EMATICI (per es. CA125)



RACCOMANDAZIONI DALLE PIÙ RECENTI LINEE GUIDA (2014)

CONSIDERARE LA DIAGNOSI DI ENDOMETRIOSI

- In presenza di **sintomi ginecologici** (dismenorrea, dolore pelvico cronico, dispareunia profonda, infertilità e astenia associata).
- Nelle donne in età riproduttiva con **sintomi non ginecologici ciclici** quali dischezia, disuria, ematuria e sanguinamento rettale, mal di schiena.

CONSIDERARE LA DIAGNOSI DI:

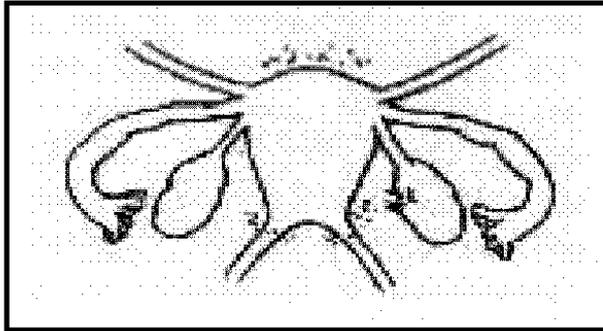
- **Endometriosi profonda** nelle donne con infiltrazioni (associate a dolore) e/o noduli sulla parete retto-vaginale evidenziati tramite esame clinico, o noduli vaginali visibili nel fornice vaginale posteriore.
- **Endometrioma ovarico** nelle donne con masse a livello degli annessi uterini, evidenziate tramite esame clinico.
- **Endometriosi nelle donne con sospetta malattia**, anche nel caso di esame clinico normale.



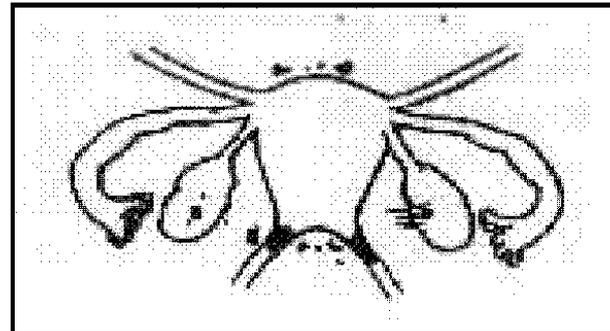
STADIAZIONE

CLASSIFICAZIONE DELL'ENDOMETRIOSI

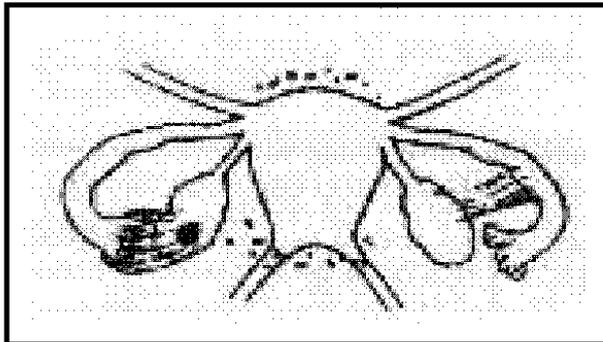
Stage I



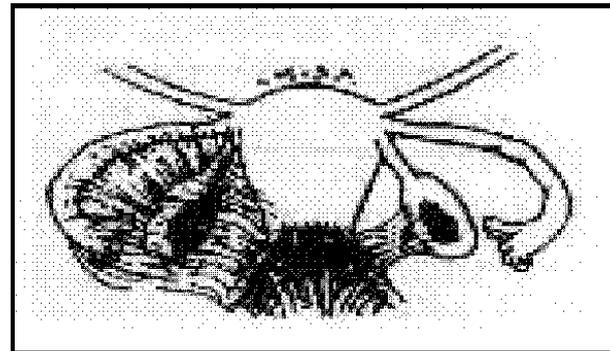
Stage II



Stadio III



Stadio IV



American Fertility Society

ENDOMETRIOSI: TERAPIE DISPONIBILI



TERAPIE NON FARMACOLOGICHE

**MODIFICAZIONI DELLA DIETA
AGOPUNTURA (OMS)
TERAPIA FISICA
MASSAGGI
CHIROPRACTICA
STIMOLAZIONE ELETTRICA NERVOSA
TRANSCUTANEA (TENS)**

- Ad oggi non esiste una cura definitiva.
- Sebbene l'endometriosi possa essere curata efficacemente con i farmaci, molti trattamenti non sono indicati per il lungo periodo per i notevoli effetti collaterali.
- La chirurgia può essere molto efficace anche se non scevra di recidive.

TERAPIE FARMACOLOGICHE

**FANS E ANTIDOLORIFICI,
POTENTI NARCOTICI**

**ORMONI ESTROPROGESTINICI
ORMONI PROGESTINICI**

TERAPIE CHIRURGICHE

**LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA
E OPERATIVA**

**LAPAROTOMIA
CON TAGLIO ADDOMINALE**

**ISTERECTOMIA
ANNESIECTOMIA**

Fonti: Associazione Italiana Endometriosi; World Endometriosis Society and the World Endometriosis Research Foundation, January 2012; Arena I, Bollettino di Ginecologia Endocrinologica, Vol 8:1-8, 2014



Classe	Molecole	Vantaggi	Svantaggi
Analgesici FANS	Ibuprofene, Ketoprofene, Ketorolac	Efficaci nel 70% dei casi	aumentato rischio di emorragie gastrointestinali
Androgeni	Danazolo	Efficace sulla proliferazione del tessuto endometrioso	(somministrato per os) aumento ponderale, acne, irsutismo, seborrea, insulino-resistenza
Estroprogestinici combinati	- Etinilestradiolo (30 o 20 mcg) oppure Estradiolo Valerato - Progestinico (Levonorgestrel, Desogestrel, Etonogestrel, Gestodene, Drospirenone, Cloradinone Acetato, NOMAC)	Effetto contraccettivo Maneggevoli Basso costo Efficaci, in particolare sulla dismenorrea quando somministrati nel regime in continuo Efficaci sulla recidiva della malattia e dei sintomi post intervento	Usati off label nel trattamento dell'endometriosi Effetto contraccettivo Rischio di TVP, in presenza di fattori di rischio Spotting
Progestinici	Medrossiprogest. Ac. 100mg/di Desogestrel 75 mg/die Dienogest 2 mg/die IUD-Levonorgestrel	Efficaci sui sintomi Possibile l'uso in pazienti con fattori di rischio per TVP	Spotting
GnRH-analoghi	Leuprorelina Triptorelina Goserelina	Efficace sui sintomi e sulla recidiva di malattia Somministrazione mensile o trimestrale	Riduzione densità minerale ossea Effetti vasomotori Calo della libido Secchezza vaginale Azione Contraccettiva
Integratori con azione modulatrice dell'infiammazione	Palmitoiletanolamide + transpolidatina	Effetti collaterali e controindicazioni praticamente assenti Non hanno effetto contraccettivo	Costo elevato Efficacia non validata da ampi studi clinici

ENDOMETRIOSI: FLOWCHART DI TERAPIA



ENDOMETRIOSI: INDICAZIONI ALLA CHIRURGIA



Fonte: Ilaria Arena et al, Bollettino di Ginecologia Endocrinologica, Vol 8:1-8, 2014
Management del dolore pelvico nella paziente con endometriosi.



PRINCIPALI CAUSE DI RECIDIVE DOPO CHIRURGIA

- Ricrescita *in situ* di residui di lesioni endometriosiche o di cellule non completamente rimosse dall'intervento
- Crescita di lesioni microscopiche non rilevate dalla chirurgia
- Sviluppo di nuove lesioni
- Una combinazione delle precedenti

L'INCIDENZA È ALTA DOPO IL 1° INTERVENTO

Interventi ripetuti tendono ad intaccare la riserva ovarica della donna.

- **21.5%** a 2 anni
- **40-50%** a 5 anni
- **27%** probabilità re-intervento entro 4 aa
- **27%** subiscono 3-4 interventi



COSTI SOCIALI E IMPATTO DELLA PATOLOGIA ALTISSIMI

Il dolore pelvico cronico sperimentato dalla paziente affetta da endometriosi può essere così invalidante da determinare un impatto negativo sulla sua vita personale, di relazione sociale e lavorativa, con costi svantaggiosi sia per la paziente in termini di qualità di vita e risvolti psicologici, sia per la società in termini di costi sanitari e assenza dal lavoro.

**CIRCA 20 MILIARDI DI EURO NELL'UNIONE EUROPEA
IN GIORNI DI LAVORO PERSI PER LA MALATTIA**

RISULTATI DI UNO STUDIO MULTICENTRICO SU 909 DONNE DI 10 PAESI

- **9579 €** Costo totale annuale /donna
- **6298 €** Costo perdita produttività/donna

COSTI SANITARI

- **29%** chirurgia
- **19%** analisi
- **18%** ospedalizzazione
- **16%** visite mediche

I costi erano maggiori con: maggiore gravità della patologia, presenza di dolore pelvico, presenza di infertilità, numero di anni dalla diagnosi



CONSEGUENZE DELL'ENDOMETRIOSI SULL'IDENTITA'

**COMPROMISSIONE IDENTITA'
BIOLOGICA**



**PERDITA DELL'ALLEANZA CON IL
CORPO ED I GENITALI**



AUTOSTIMA E SEDUTTIVITA'



**LE ZONE EROGENE PERDONO
RAPPORTO CON IL PIACERE**



COMPROMISSIONE DELL'EROTISMO

CONSEGUENZE RELAZIONALI DELL'ENDOMETRIOSI

ALTERATA RISPOSTA SESSUALE



DIMINUZIONE DELL'INTIMITA'



PERTURBAZIONE DELLA RELAZIONE



COMPROMISSIONE DELLA PROGETTUALITA'

DIAGNOSI PRECOCE

TERAPIA TEMPESTIVA ED EFFICACE

RIABILITAZIONE PSICO SESSUOLOGICA