

DOLORE PELVICO CRONICO: REALTÀ CLINICA IN SARDEGNA

Monica Pilloni, Anna Maria Paoletti, Stefano Guerriero, Alessandro Pontis, Silvia Atzei, Gian Benedetto Melis

Dipartimento Chirurgico Materno Infantile e di Scienze delle Immagini, Sezione di Clinica Ostetrica e di Fisiopatologia della Riproduzione Umana, Università di Cagliari Clinica Ostetrica e Ginecologica, Ospedale S Giovanni di Dio

Indirizzo per corrispondenza: ricercatore Monica Pilloni

Dipartimento Ginecologia e Ostetricia Università Cagliari

Via Ospedale 64, 09124 Cagliari (CA) Italia

tel: +39347-1985253; fax: +39 070-658575; e-mail: nicapilloni@libero.it

ABSTRACT

Chronic pelvic pain (CPP) is a common symptom by that depends a strong impairment of woman's quality of life. The high incidence of CPP together with the procedures needed to identify the etiology and to manage the treatment of CPP weight on the expense of public health. Endometriosis is a common cause of CPP with a high percentage of hospital admission (18-51%). Up to now, endometriosis is not included in the social diseases this could depend on the lack of correct Diagnosis Related Group (DRG) of this disease. We aimed to evaluate the percentage of CPP induced by endometriosis in the hospital admission of CPP performed in the department Gynaecologic and Obstetric University of Cagliari from 2003 to 2007. Endometriosis as diagnosed in a high percentage (42,4%) of hospital admission of CPP. However, there is a difference between the number of endometriosis diagnosed and the case of endometriosis reported in the hospital discharge card (SDO). Endometriosis is a common gynaecological cause of CPP in sardinian population as well as autoimmune disease (diabetes mellitus type I, Systemic Lupus Erythematosus) These results suggest that endometriosis must be considered in all case of CPP and that future studies are necessary to know if there is a relationship between the high prevalence of endometriosis and autoimmune disease in female Sardinian population.

Key words: pelvic pain; endometriosis

RIASSUNTO

Il dolore pelvico cronico (DPC) è un sintomo che grava sul bilancio della salute della donna con un forte impatto sulla economia pubblica sanitaria e accomuna patologie organiche e funzionali: tra queste l'endometriosi rappresenta la noxa patogena causa di ricovero nel 18-51% dei casi. La crescente esigenza di riconoscere l'endometriosi come malattia sociale nasce dal mancato riconoscimento del peso che tale patologia ha sul piano clinico e su quello economico per la mancanza di un DRG (Diagnosis Related Groups) dedicato. Lo scopo dello studio è stato calcolare la prevalenza dell'endometriosi quale causa di algie pelviche nell'ambito dei ricoveri che vengono effettuati presso la Clinica Ginecologica Ostetrica e di Fisiopatologia della Riproduzione Umana dell'Università di Cagliari dal 2003 al 2007. Tra le cause di algie pelviche l'endometriosi rappresenta la causa più prevalente nella totalità degli anni considerati (42,4%): esiste tuttavia una differenza tra il numero dei ricoveri per endometriosi pelvica (548) rispetto a quelli registrati nelle SDO (468). La presenza dell'endometriosi è più alta nella nostra esperienza rispetto a quella di altre regioni italiane. I nostri risultati, come indagine conoscitiva sulla prevalenza dell'endometriosi, sembrano differire da quelli nazionali; tale discrepanza trova ragione sia nella maggiore sensibilizzazione della ricerca sull'endometriosi seppure non possa essere escluso, che l'incidenza dell'endometriosi nella realtà sarda sia diversa per la maggiore incidenza di patologie autoimmuni quali il diabete di tipo I, la sclerosi multipla e il Lupus Eritematoso Sistemico (LES).

Parole chiave: dolore pelvico; endometriosi

INTRODUZIONE

Il dolore pelvico cronico (DPC) è un sintomo che grava sul bilancio della salute della donna con un forte impatto sulla economia pubblica sanitaria. Si stima che tra il 12% (1) e il 14% (2) delle donne soffra di DPC in età riproduttiva, seppure sia difficile calcolare la reale incidenza e prevalenza per impropria codificazione clinica. I criteri proposti nel 1986 dalla Associazione Internazionale dello studio del dolore pelvico è stato revisionato in base ai meccanismi neurologici che ingenerano la percezione del dolore (3). Infatti, il DPC accomuna patologie organiche e funzionali

che costringono ad un approccio multidisciplinare per definirne le cause. Il DPC è causato da patologie ginecologiche che richiedono un'indagine laparoscopica nel 40% dei casi. Tra queste la malattia infiammatoria pelvica (PID), i fibromi, la sindrome aderenziale, le cisti ovariche benigne e i teratomi. L'endometriosi rappresenta la noxa patogena causa di ricovero per DPC nel 18-51% dei casi (4). La crescente esigenza di riconoscere l'endometriosi come malattia sociale sostenuta anche dalla commissione Igiene e Sanità del Senato, nasce dal mancato riconoscimento del peso che tale patologia molto invalidante ha sia sul piano clinico, che su quello economico per la mancanza di un DRG (*Diagnosis*

Related Groups) dedicato. Infatti, l'endometriosi altera la qualità di vita come esito delle ripercussioni che la malattia ha sul piano riproduttivo, personale e professionale: studi condotti sulla popolazione affetta da endometriosi hanno dimostrato che nelle donne con endometriosi è presente un profilo psicologico alterato con note depressive e di somatizzazione.

Lo scopo dello studio (end point primario) è stato calcolare la prevalenza dell'endometriosi quale causa di algie pelviche nell'ambito dei ricoveri che vengono effettuati presso la Clinica Ginecologica Ostetrica e di Fisiopatologia della Riproduzione Umana dell'Università di Cagliari.

Accanto all'end point primario sono state codificate le patologie, ginecologiche e non, associate all'endometriosi e la prevalenza annuale della patologia endometriosica.

MATERIALI E METODI

Sono state considerate tutte le cartelle cliniche con diagnosi di ingresso di algie pelviche, riferite a ricoveri ginecologici presso la Clinica Ginecologica Ostetrica e di Fisiopatologia della Riproduzione Umana dell'Università di Cagliari nel corso di 5 anni (Gennaio 2003-Dicembre 2007). Sul totale delle cartelle con diagnosi di ingresso di algie pelviche, sono state analizzate, in base alla diagnosi di dimissione, le diverse cause di algie pelviche, includendo tra queste: endometriosi, fibromatosi uterina, teratoma cistico, cisti sierosa, corpo luteo emorragico, sindrome aderenziale, appendicopatia, PID. Per ogni ricovero sono state codificate le informazioni cliniche rilevate attraverso la scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e relative alla diagnosi principale e secondaria, alla terapia praticata e ai giorni di degenza. Delle cartelle cliniche con SDO di endometriosi, indicata quale diagnosi principale o secondaria, sono stati registrati la stadiazione dell'endometriosi, secondo i criteri rAFS e le patologie ginecologiche associate. Inoltre, considerando il carattere cronico della patologia, è stata specificata se la diagnosi era stata formulata per la prima volta (ex novo) o se fosse una recidiva.

RISULTATI

Su un totale di 2823 ricoveri ordinari ginecologici di donne in età riproduttiva di età media 34±8 anni, registrati da Gennaio 2003 a Dicembre 2007 nel Dipartimento Chirurgico Materno Infantile dell'Università degli Studi di Cagliari, sono stati catalogati 1291 ricoveri per algie pelviche. I risultati dello studio evidenziano la percentuale di ricoveri effettuati per algie pelviche sulla totalità dei ricoveri ginecologici. Dal 2003 al 2007 si è registrato un aumento della prevalenza dei ricoveri per algie pelviche dal 38% al 42%.

Tra le cause di algie pelviche l'endometriosi rappresenta la causa più prevalente nella totalità degli anni considerati (42,4%). La prevalenza di tale patologia è risultata significativamente diversa rispetto alle altre patologie codificate (Figura 1). Il risultato di prevalenza è confermato non solo nelle diagnosi principali delle SDO, ma anche come diagnosi clinica, seppure esista una differenza tra il numero dei ricoveri per endometriosi pelvica (548) rispetto a quelli registrati nelle SDO (468) tenendo conto dei codici applicati per endometriosi peritoneale e ovarica. I giorni di degenza ospedaliera sono significativamente diversi tra i gruppi analizzati; nelle pazienti affette da endometriosi l'ospedalizzazione è mediamente 5,5 giorni, da leiomiomi 6,3 giorni, da cisti dermoide 4,7 giorni, da aderenze 4,6 giorni, da corpo luteo emorragico e da appendicopatia 5 giorni e da cisti semplice 4,5 giorni.

L'approccio terapeutico è risultato significativamente differente ($p < 0,001$) nei diversi gruppi di patologie: prevalentemente chirurgico per l'endometriosi, la fibromatosi uterina, la sindrome aderenziale e il corpo luteo emor-

ragico; esclusivamente chirurgico per la appendicopatia e la cisti dermoide; sia medico che chirurgico per la PID. Il trattamento dell'endometriosi è essenzialmente chirurgico nel 85,5 % dei casi. L'endometriosi si associa come reperto chirurgico ad altre patologie ginecologiche: nel 34,1 % dei casi si associa a sindrome aderenziale, nell' 11,2% dei casi a miomi, nel 5,1% dei casi a PID e ad appendicopatia, nell'1,1% dei casi a cisti semplici e corpo luteo emorragico e nello 0,7% dei casi a cisti dermoide. Tra i ricoveri delle pazienti affette da algie per endometriosi, nel 70,1% dei casi la malattia è di primo riscontro, mentre nel 20,8% è esito di recidiva (Figura 2). Nel corso degli anni aumenta proporzionalmente la prevalenza della diagnosi di endometriosi con un incremento relativo nel 2006.

DISCUSSIONE

Negli ultimi tempi l'endometriosi è diventata un argomento routinario nella pratica e nella ricerca ginecologica per la sua rilevanza clinica in relazione con l'infertilità e il dolore pelvico. Tuttavia, nonostante il numero degli studi su questo tema, il profilo epidemiologico delle donne affette da tale malattia è ancora sostanzialmente non ben definito. In particolare sono pochi gli studi sulla prevalenza dell'endometriosi nella popolazione generale. Similmente, pochissimi studi hanno valutato l'insorgenza della

Figura 1

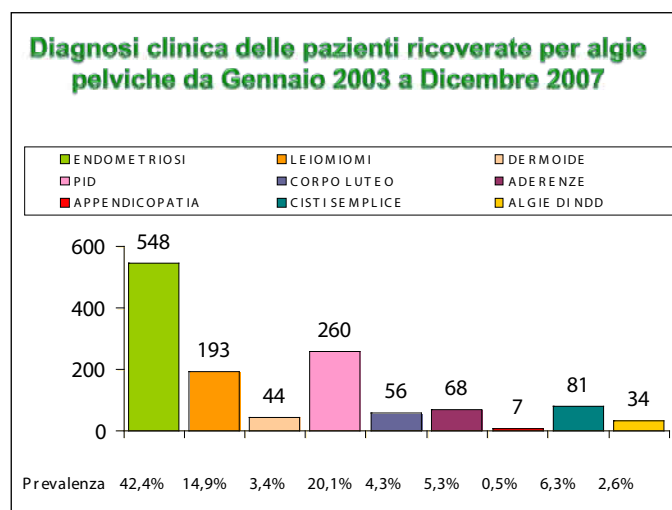
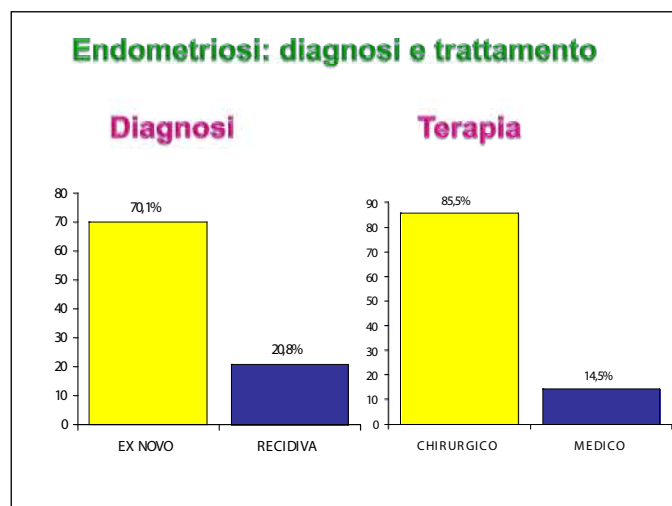


Figura 2



malattia in un dato periodo di tempo in donne precedentemente libere da essa. Le stime di frequenza della malattia endometriosica disponibili in letteratura sono basate su popolazioni ospedaliere selezionate e mostrano tassi di prevalenza che variano da 0,5% al 20% (5). Il nostro studio è un'indagine conoscitiva sulla prevalenza dell'endometriosi nella nostra realtà clinica senza intenzione di fornire dati epidemiologici, ma solo per un confronto statistico con quelli nazionali. Si evince che tale patologia, tra le cause di dolore pelvico che motivano il ricovero ospedaliero, è la più importante con una prevalenza media pari al 36,3% tra il 2003 e il 2007. Questo dato è estrapolato come diagnosi certa di endometriosi perché ricavata dalla valutazione obiettiva e dell'esame istologico dopo intervento laparoscopico. Il trend di prevalenza si è mantenuto costante nel periodo di osservazione seppure si sia registrato un aumento dei ricoveri per endometriosi nel 2005. I nostri risultati sembrano differire da quelli nazionali che riferiscono una prevalenza della patologia pari al 10% - 15% nelle donne in età fertile (4). Tale discrepanza epidemiologica trova ragione sia nella maggiore sensibilizzazione della ricerca sull'endometriosi sia nell'indirizzare le pazienti ad un centro d'eccellenza dove lo studio di tale patologia segue un algoritmo diagnostico e terapeutico preciso. Non può essere escluso, peraltro, che l'incidenza dell'endometriosi nella realtà sarda sia diversa e più alta rispetto ad altre regioni italiane. In Sardegna, infatti si registra un'alta presenza di patologie autoimmuni quali il diabete di tipo I, la sclerosi multipla e il Lupus Eritematoso Sistemico (LES). I dati di prevalenza ricavati dalla codificazione dei DRG per algie pelviche sono solidali con quelli della diagnosi clinica, seppure vi sia una differenza non significativa. Infatti, essendo la diagnosi distinta in principale e secondaria, l'endometriosi è talvolta accessoria ad altra patologia seppure sia ad essa correlata clinicamente. Pertanto, la discrepanza epidemiologica tra diagnosi certa e quella principale all'atto della dimissione, suggerisce la necessità di istituire un DRG dedicato e specifico per endometriosi, soprattutto in relazione al trattamento chirurgico che questa patologia richiede. A questo proposito, potrebbe essere suggerita la specifica voce della stadiazione dell'endometriosi che richiede un dispendio di forze lavorative, di materiale chirurgico, di tempo lavorato diverso in correlazione all'estensione della patologia. Non può essere considerato economicamente uguale un intervento per endometriosi IV grado rispetto a quello di biopsia ovarica o di enucleazione di cisti semplice. Riferendosi alla situazione italiana, un ampio studio comprendente 30 centri distribuiti in tutta la nazione e applicando criteri uniformi in tutti i centri per la diagnosi, ha dimostrato una prevalenza di endometriosi pelvica del 12% in donne sottoposte a chirurgia per fibromi. Questa può essere considerata una stima ragionevole della frequenza di malattia in una popolazione a rischio, seppure vada sottolineato che tale stima è

riferita alla frequenza di patologie in generale e non alla patologia che si manifesta clinicamente e che ne richiede un trattamento. In una certa parte dei casi l'endometriosi è asintomatica e viene diagnosticata accidentalmente durante il percorso diagnostico e terapeutico di patologie ginecologiche. Nel nostro studio si è osservata un'associazione della patologia endometriosica nel 34,1% dei casi a sindrome aderenziale, seppure questa sia la conseguenza patogenetica dell'endometriosi. Altresì nel 11,2% è correlata a fibromi e nel 5,1% a PID. Con riferimento al rischio di recidiva non sono disponibili in letteratura molti studi basati su ampie casistiche. L'esperienza del gruppo collaborativo GISE (Gruppo Italiano Studio Endometriosi), che vede la partecipazione di più di 20 centri distribuiti in tutto il territorio nazionale, riferisce che in donne con endometriosi sintomatica, il rischio di recidiva dopo terapia chirurgica è pari al 6% della popolazione con endometriosi minima e pari al 15% in quella grave.

La frequenza di recidiva aumenta con il tempo dopo la chirurgia ed è stata riportata pari al 30% dopo otto anni dalla chirurgia nell'esperienza clinica di un centro milanese.

Nella nostra realtà è stata registrata una significativa differenza tra la diagnosi ex novo di endometriosi e quella di recidiva ($p < 0,001$); infatti, dopo trattamento chirurgico l'endometriosi recidiva nel 20,8% dei casi. Ciò suggerisce una maggiore attenzione verso le pazienti affette da tale malattia dopo la terapia chirurgica intrapresa, con un costante monitoraggio clinico della sintomatologia. Infatti nell'85,5% dei casi l'approccio è quello chirurgico e solo nel 14,2% è medico: tale stima si riferisce al trattamento della sintomatologia dolorosa in pazienti in cui ne è già nota la noxa patogenetica.

In conclusione, l'endometriosi è una condizione patologica di comune riscontro in età fertile, che sembra rappresentare un problema clinico in percentuali molto più ampie rispetto alle stime finora calcolate. L'alta prevalenza dell'endometriosi nella popolazione in età riproduttiva, e anche in età adolescenziale suggerisce che l'informazione deve essere estesa a tutta la popolazione femminile. Le ASL hanno tra le loro attività istituzionali quella dell'educazione alla salute da promuovere in ambito scolastico sia presso i docenti sia presso i discenti. Una collaborazione tra i Servizi Territoriali, in particolare i Servizi Consultoriali, e altre associazioni scientifiche e sociali che si interessano da tempo della endometriosi, sarebbe altamente auspicabile per una corretta informazione. Si potrebbero organizzare progetti di informazione specifica che coinvolgano le famiglie con adeguate informazioni ai genitori relative alla prevenzione della salute.

In collaborazione con centri scientifici di studio, è necessario promuovere ulteriori ricerche di base che possano identificare eventuali fattori ambientali che promuovono il processo eziopatogenetico dell'endometriosi.

Ringraziamenti

BIBLIOGRAFIA

1. Walker E., Katon W.J., Jemelka R. et al. "The prevalence of chronic pain and irritable bowel syndrome in two University clinics", *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 1991;12 (suppl): 65-70
2. Mathias S. C., Kupperman M., Liberman R. F. et al. "Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life and economic correlates", *Obstetric Gynaecology*, 1996; 87: 321-27
3. Malykhina A.P. *Neuroscience*, 2007;149:660-72
4. Pilloni M., Pira C., Pistis M., AM Paoletti et al. *Qualità di vita in donne con endometriosi sottoposte a diversi trattamenti Atti "Giornate Algheresi di Ginecologia ed Ostetricia" (Alghero/Sassari 21/24 maggio 2003)*, Copyright 1555-2003, pagg. 1153-56
5. E. De Gennaro "Endometriosi, Demografia e Politiche sociali" *Atti congressuali Endometriosi: malattia sociale Roma 22-25 Giugno 2005*