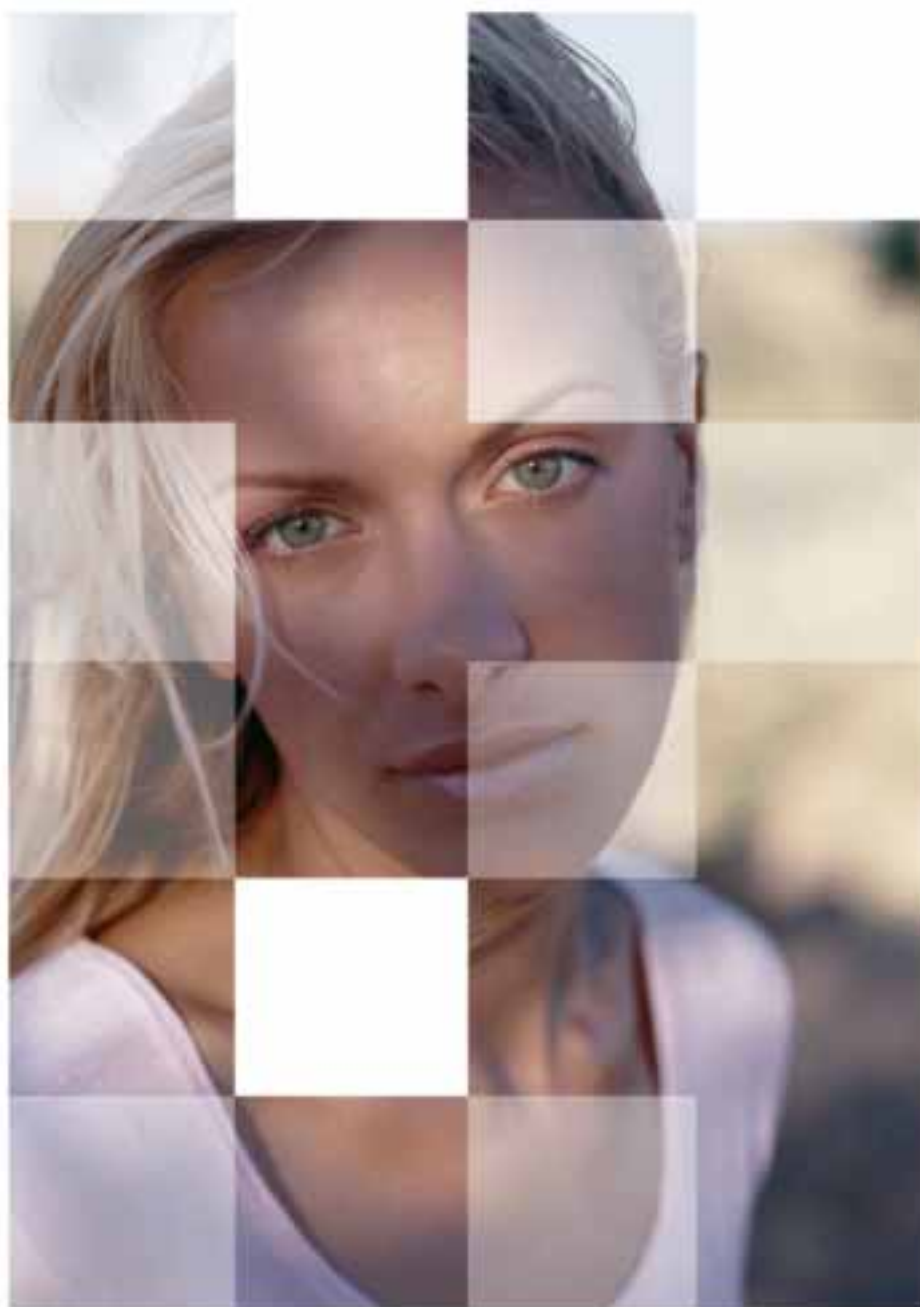


SPECIALE



Endometriosi

Un puzzle da ricomporre

Ginecologia

Endometriosi un puzzle da ricomporre

Autore: Dr.ssa Iside Fontana



**Vicepresidente
dell'Associazione Italiana
Endometriosi Onlus**

1. Che cos'è l'endometriosi?

Si parla di endometriosi quando il tessuto che normalmente riveste la cavità dell'utero (endometrio) viene a trovarsi su altri organi.

2. Quali organi e tessuti possono essere coinvolti?

Potenzialmente tutti, anche se il tessuto endometrioso cosiddetto ectopico (letteralmente, fuori posto) più frequentemente si trova su ovaie, tube, legamenti utero-sacrali, setto retto-vaginale, peritoneo, vescica, intestino, ureteri (i canali che dai reni arrivano in vescica), ombelico, cicatrici di interventi precedenti, genitali esterni, talvolta anche arti e polmoni.

3. Come fanno le cellule dell'endometrio a raggiungere gli altri distretti del corpo?

La patogenesi dell'endometriosi non è nota, cioè non si conoscono esattamente le modalità con cui la malattia si instaura. Sono state formulate varie teorie, ma nessuna riesce a spiegare tutti i casi clinici.

Attualmente la più accreditata pare

essere quella che fa riferimento al fenomeno della mestruazione retrograda.

Secondo questa teoria, una piccola quota di sangue e di cellule frammentate, durante il flusso mestruale, anziché fuoriuscire all'esterno tramite il canale vaginale, migra in senso inverso risalendo le tube e arrivando nell'addome dove si deposita sugli organi in esso presenti e lì vi cresce. Secondo alcuni esperti la migrazione retrograda è presente nella stragrande maggioranza delle donne e non provoca alcun danno perché i sistemi di "pulizia" eliminano i residui giunti dall'utero. Invece nelle donne affette da endometriosi probabilmente un difetto immunitario e/o ormonale permette a questo tessuto di radicarsi e di crescere sotto l'influsso degli estrogeni.

Come giustificare i casi di endometriosi in zone lontane dall'addome? L'endometriosi polmonare o agli arti è una situazione più rara ma certo non si può ignorare.

In effetti occorre fare ricorso anche ad altre teorie, ad esempio alla teoria metastatica in base alla quale il tessuto endometriale si distribuirebbe alle altre aree del corpo per mezzo del sistema linfatico e/o sanguigno. La teoria metaplastica, invece, prevede la possibilità che alcuni tessuti

presenti nel nostro corpo si modificano trasformandosi in tessuto endometrioso.

4. Quali sono i sintomi causati dall'endometriosi?

Alcune donne (circa il 20-25%) non hanno alcun sintomo.

La maggior parte delle donne affette da questa malattia, però, presenta sintomi che si possono distinguere in due grandi gruppi: il dolore (secondo una scala di intensità molto variabile) e l'infertilità/sterilità.

Il dolore può assumere diverse forme:

- dolore prima e durante le mestruazioni (dismenorrea);
- dolore pelvico cronico;
- dolore pelvico periovulatorio;
- dolore durante e dopo i rapporti sessuali (dispareunia);
- dolori durante la defecazione e/o la minzione;
- dolore nella regione lombare;
- diarrea e/o stitichezza;
- sangue nelle feci;
- sangue nelle urine;
- gonfiore addominale;
- nausea;
- affaticamento cronico;
- cefalea.

Purtroppo non si tratta di sintomi specifici, dato che sono condivisi con altre patologie anche non di tipo gine-

cologico. Per questo occorre rivolgersi ad un medico esperto che sappia valutare correttamente tutti i parametri a sua disposizione per giungere ad una diagnosi esatta in tempi brevi.

5. Come fa il medico ad arrivare ad una diagnosi di endometriosi?

Oltre alla visita ginecologica (che dovrebbe sempre avvenire anche per via rettale), lo specialista raccoglie accuratamente i dati anamnestici, ascoltando la descrizione dei sintomi. La donna è invitata a raccontare tutti i segni sospetti, non soltanto dolori insoliti o sensazioni nuove, ma anche quei segnali che l'abitudine e i pregiudizi intorno ai dolori legati al ciclo mestruale ci fanno imparare a considerare normali. Potranno essere prescritte alcune indagini strumentali: l'ecografia pelvica e la risonanza magnetica (RMN) per individuare cisti ovariche, adenomiosi (cioè endometriosi all'interno del miometrio, nello spessore della parete uterina), placche o noduli endometrioidici; l'ecografia dell'addome superiore e inferiore per evidenziare la stenosi (restringimento del lume) ureterale con conseguente sofferenza renale o l'endometriosi epatica; il clisma opaco o l'ecoendoscopia del colon per ricercare



l'endometriosi del grosso intestino. Può inoltre aiutare il test di alcuni marcatori nel sangue come il CA125. Certo, nessuna di queste analisi può dare una diagnosi sicura di endometriosi: occorre infatti l'esame istologico del tessuto prelevato durante l'intervento chirurgico. In ogni caso, il ginecologo esperto può avanzare un'ipotesi diagnostica molto accurata anche senza la biopsia.

L'endometriosi è una malattia che facilmente coinvolge molto più che l'apparato genitale. Sarebbe bene rivolgersi a ginecologi esperti in centri in cui si lavora in équipe con altri specialisti ad esempio il chirurgo addominale, il gastroenterologo, l'urologo, il radiologo o, di volta in volta, il professionista che si occupa del distretto



corporeo in cui il tessuto endometrioidico si è collocato.

6. Si guarisce dall'endometriosi?

In base alle conoscenze scientifiche odierne, l'endometriosi è una malattia cronica dato che non esiste un trattamento terapeutico capace di eliminarla definitivamente. Occorre pertanto tenerla sotto controllo medico per monitorarne una eventuale evoluzione e così prevenire danni più ampi.

Si può però tentare di agire sui sinto-

mi per contenerli il più possibile offrendo alla donna una migliore qualità di vita. A questo riguardo, i farmaci e la chirurgia ci vengono incontro.

7. Si può fare una prevenzione rispetto a questa malattia?

Non si può fare una prevenzione in senso stretto, la cosiddetta prevenzione primaria. Infatti non si conoscono esattamente le cause che determinano l'endometriosi, perciò non si possono selezionare fattori e comportamenti che, evitati o messi in atto, possano far salire significativamente la probabilità di non ammalarsi.

È possibile però fare una prevenzione secondaria, cioè arrivare ad una diagnosi precoce in modo da poter controllare lo sviluppo della patologia prima che produca eventuali danni maggiori.

8. Quali farmaci per arginare i sintomi dell'endometriosi?

Innanzitutto si può tentare di arginare il dolore assumendo farmaci come i comuni antinfiammatori non steroidei (FANS) che, però, in alcuni casi hanno un effetto limitato e non sufficiente a ridurre in modo soddisfacente il dolore.

Si possono, allora, adottare terapie



su base ormonale: una possibilità è offerta dai progestinici (molecole sintetiche simili al progesterone naturale) per il loro effetto ipoestrogenico. Infatti il tessuto endometrioso ectopico è sensibile alla presenza degli estrogeni, perciò mantenere basso il livello di estrogeni nel sangue è la strategia alla base delle terapie ormonali.

Talvolta però, si preferiscono le combinazioni dei progestinici con gli estrogeni (pillola) per limitare gli effetti collaterali negativi nel rispetto di una concentrazione estrogenica costante intorno ai 50 pg/ml, valore di sicurezza per l'endometriosi.



Un'altra opzione terapeutica è data dai GnRH-analoghi, molecole analoghe agli ormoni ipotalamici che, come ultimo effetto, hanno la non stimolazione delle ovaie causando perciò una minor produzione di estrogeni. Questo determina uno stato simile alla menopausa con tutti gli effetti collaterali del caso, riprodotti però in un tempo in cui la donna dovrebbe essere pienamente fertile. Proprio a causa dei pesanti effetti collaterali, questo tipo di terapia può essere applicato soltanto per tempi limitati.

9. Qualche notizia in più sull'utilizzo dei farmaci

Ci aiuta a questo proposito un esperto, il prof. Paolo Vercellini, Direttore



del Servizio di Chirurgia Ginecologica Benigna presso il Dipartimento di Ginecologia ed Ostetricia dell'Università di Milano.

Prof. Vercellini, nell'approccio terapeutico all'endometriosi, chirurgia e farmaci sono in competizione tra loro? "L'idea che mi sono fatto in questi anni è che l'intervento chirurgico sia qualcosa di estremamente prezioso che debba essere lesinato e giocato al momento opportuno, preferibilmente singolarmente nella vita riproduttiva di una donna. Infatti, rioperando, si



ottengono dei risultati tendenzialmente sempre meno soddisfacenti e si aumenta il rischio di complicazioni. Di conseguenza il trattamento medico, per come vedo io le cose, è una modalità per migliorare la qualità della vita e per raggiungere non tutti, ma certamente alcuni degli obiettivi che noi ci poniamo nella gestione a lungo termine della malata con endometriosi.

Infatti, quando si parla di trattamento chirurgico dell'endometriosi, bisogna anche dire che questo deve essere seguito da anni di assunzione di pillola; quindi l'alternativa è fra una laparoscopia e poi anni di pillola oppure solo anni di pillola. Questo è il reale confronto tra il trattamento medico e quello chirurgico".

Cosa ci dobbiamo aspettare da un trattamento farmacologico?

"Dobbiamo avere ben chiaro che il trattamento medico è sintomatico, cioè non è curativo: la malattia non può essere curata dai farmaci ma con il trattamento medico noi miglioriamo la qualità della vita.

Ovviamente questo è proponibile nelle donne che non cercano una gravidanza perché tutti i farmaci che abbiamo a disposizione inibiscono l'ovulazione. È stato anche dimostrato che il trattamento medico non migliora la prognosi riproduttiva della malata infertile: a quello dovrà pensare o la chirurgia o la fecondazione assistita. Il trattamento medico deve essere a lungo termine e attualmente gli unici farmaci che possano essere usati per lunghi periodi da una paziente con endometriosi sono o la pillola o i progestinici, con eccezioni che devono rimanere tali".

Il trattamento medico può mettere al riparo da successive recidive?

"Secondo un nostro recentissimo stu-

dio, che ha coinvolto pazienti operate per cisti endometrioidiche dell'ovaio che nel periodo post-chirurgico hanno preso la pillola per anni o che non hanno preso la pillola, abbiamo visto che, mentre la probabilità di recidiva delle cisti endometrioidiche è di alcune unità percentuali nel gruppo trattato con pillola, nel gruppo senza pillola il rischio è circa del 50% in tre anni". L'endometriosi retto-vaginale è spesso considerata dai professionisti appannaggio della chirurgia. Cosa ne pensa?

"Molti 'esperti' vi diranno che l'endometriosi retto-vaginale non risponde al trattamento medico, ma questo è falso. Recentemente sono stati pubblicati su una rivista di settore, i risultati di una ricerca da noi effettuata in cui si sono comparati gli effetti dell'uso per un anno di una combinazione estroprogestinica, sostanzialmente una pillola, assunta continuativamente, con la somministrazione di un semplice progestinico. Risultato: con entrambi i trattamenti vi è stata un'immediata riduzione non soltanto della dismenorrea, ma anche dei dolori cosiddetti organici, cioè della dispareunia profonda e della dischezia (dolore all'evacuazione intestinale). In particolare, tre donne su quattro in cura con il progestinico si sono dichiarate soddisfatte o molto soddisfatte del trattamento".

Talvolta la pillola o il progestinico vengono prescritti nella formula 21 giorni di somministrazione più 7 di sospensione, talvolta invece nella formula della somministrazione continuata senza sospensione. Può spiegarci la differenza delle due posologie in riferimento al trattamento dell'endometriosi?

"L'intervallo di 7 giorni è stato regalato alle donne dalla divisione marke-

ting delle case farmaceutiche a puro scopo psicologico, ma non c'è alcun razionale biologico per un sanguinamento mensile che, peraltro, non è una normale mestruazione; in particolare poi quando questo sanguinamento crea problemi non c'è nessuna ragione di averlo.

Se l'endometriosi viene dalla mestruazione, è ovvio che, nel momento in cui aumenta il numero di mestruazioni e di ovulazioni, il rischio di malattia aumenta. Molti studi indicano che l'amenorrea [assenza di mestruazione NdR] spesso è più salutare dell'alternativa e che ci sono malattie causate direttamente dalle mestruazioni, come l'endometriosi, che diminuirebbero con l'amenorrea. Dobbiamo perciò considerare la



mestruazione come un fenomeno fisiologico, ma non necessariamente desiderabile".

10. La chirurgia, l'altro versante del trattamento dell'endometriosi

L'intervento chirurgico, ormai attuato quasi esclusivamente in laparoscopia, oltre a permettere la diagnosi certa di endometriosi mediante l'analisi del tessuto prelevato, consente di asportare cisti, noduli o altre formazioni prodotte dall'estendersi della

malattia nei vari distretti del corpo. Naturalmente, l'approccio è conservativo rispetto agli organi genitali interni in riferimento sia alle attese di maternità della donna sia alle molteplici ricadute positive che gli ormoni sessuali hanno sulla salute in generale. La laparoscopia

È una tecnica chirurgica relativamente poco invasiva che prevede tre o quattro piccoli buchi, uno a livello dell'ombelico, uno a livello dell'attaccatura dei peli pubici e uno o due laterali; attraverso questi piccoli fori viene inserito uno strumento a fibre ottiche che permette di vedere, ingrandita su un monitor, la cavità peritoneale. Affinché il chirurgo possa lavorare agevolmente, è necessario che sia insufflata dell'anidride carbonica, un gas che tiene disteso l'addome e permette una migliore esplorazione degli organi.

11. Quando l'intervento chirurgico diventa indispensabile?

"L'atto chirurgico è tutt'altro che scontato" esordisce il dott. Luca Minelli, Direttore del reparto di Ginecologia dell'Ospedale "Sacro Cuore" di Negrar-Verona, cui ci siamo rivolti in qualità di esperti. In base a quali dati preliminari, il chi-



urgo giunge a suggerire la necessità di un intervento?

Innanzitutto, occorre prestare attenzione alla storia della paziente, considerare gli atti operatori precedenti ed una eventuale terapia medica già effettuata valutando il tipo di risposta e verificando la quantità del dolore. La visita ginecologica è molto importante per valutare l'estensione della malattia, mentre i marker ematici sono poco rilevanti e perciò la loro quantificazione non è indispensabile. L'endometriosi, ma soprattutto l'atto chirurgico sulle cisti ovariche, peggiora il patrimonio follicolare. È quindi importante conoscere il livello dell'FSH: se ha valori alti, potrebbe far ridiscutere l'opportunità dell'atto chirurgico.

L'ecografia dell'addome superiore e inferiore permette di valutare lo stato di reni ed ureteri. La dilatazione di un rene e/o di un uretere implica la necessità quasi assoluta dell'atto chirurgico perché c'è il rischio di perdere l'organo in questione. Urografia o uroRMN e, se c'è una grave sofferenza renale, una scintigrafia saranno utili per un approfondimento diagnostico.

L'altro aspetto da considerare, dal punto di vista chirurgico, è l'invasione del retto in relazione al grado della stenosi, valutabile in seguito a clisma opaco o a ecoendoscopia. Quando si riscontra uno stato subocclusivo, cioè con una stenosi superiore al 60%, non intervenire potrebbe essere molto rischioso; con una stenosi dell'80%, l'intervento è quasi obbligatorio.

Dopo aver studiato questi dati, bisogna prendere insieme alla paziente una decisione non semplice dato che conosciamo molto poco dell'evoluzione di questa malattia, di cosa succe-

derà se facciamo una scelta piuttosto che un'altra".

Quali sono le indicazioni all'intervento?

"La chirurgia è assolutamente indispensabile quando: la donna sta perdendo un rene, c'è una grave occlusione intestinale, la terapia medica ha fallito, si ritiene che l'atto chirurgico sia un intervento semplice, cioè nel caso in cui l'intestino non sia coinvolto e ci siano pochi rischi di complicanze".

Se non è indispensabile l'atto chirurgico e se non c'è un problema di sterilità, la terapia medica deve essere messa in primo piano.

La chirurgia è invece controindicata quando: non c'è dolore, non ci sono grosse masse ovariche, la terapia medica funziona, è troppo pericoloso operare perché è pesantemente invasa la vescica fino a interessare il trigono (il triangolo tra gli ureteri e l'uretra) oppure i nervi sono pesantemente presi dall'endometriosi con rischi molto alti di complicanze.

Se si evidenziano nuove lesioni endometriosiche, occorre necessariamente intervenire di nuovo?

"Se la paziente sta bene, se sessualmente non ha problemi, se i sintomi presentati prima dell'intervento precedente non ci sono più nonostante l'in-

dividuaione di nuove aree endometriosiche, l'indicazione è di non rioperare".

12. Il dolore nella mente e nel corpo

Per comprendere meglio cosa accade quando proviamo dolore, ci siamo rivolti alla prof.ssa Alessandra Graziottin, Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia medica dell'Ospedale San Raffaele-Resnati di Milano.

Prof.ssa Graziottin, che cos'è il dolore?

"Normalmente il dolore è nocicettivo, è cioè un dolore 'amico' che avvisa della presenza di un danno in corso che dovremmo rimuovere. Quando però abbiamo un'inflammazione cronica – e nella definizione internazionale



il dolore è detto cronico quando dura più di 6 mesi – il dolore vira da nocicettivo a neuropatico, diventa cioè una malattia in sé e questo si realizza attraverso meccanismi biologici ben precisi. Le fibre che veicolano il segnale del dolore normalmente sono attive solo in minima parte, ma vengono reclutate in modo massivo quando il dolore e l'inflammazione si cronicizzano e coinvolgono più organi".

Nelle sue ricerche, particolare attenzione è riservata al mastocita. Ci può



spiegare la funzione di questa cellula? “Il mastocita è una cellula mediatrice della risposta infiammatoria, il grande regista non solo della risposta immunitaria ma anche della risposta al dolore. Questa cellula è piena di ‘vescicole’ ciascuna contenente sostanze dell’infiammazione. Il mastocita degranula più facilmente in determinate circostanze: per esempio, quando esista un danno meccanico, fisico, chimico o infettivo (batterico, virale o protozooario), liberando il suo contenuto nei tessuti, in diverse zone del corpo. A questo conseguono i segni tipici dell’infiammazione: il rossore, il gonfiore, il bruciore, il dolore e il danno funzionale”.

Ciò significa che dolori e condizioni di malattia apparentemente lontani possono in realtà essere correlati?

“Il mastocita è il responsabile della comorbidità cioè della contemporanea presenza di più patologie.

Un esempio è dato dall’associazione tra intolleranze alimentari, cefalea ed endometriosi.

Alcuni studi dicono che correggere le intolleranze alimentari riduce il dolore come ad esempio la cefalea: nel momento in cui mangiamo qualcosa a cui siamo allergici, il mastocita, irritato, libera nei tessuti tutte le sostanze dell’infiammazione. Questa cellula produce, tra il resto, NGF (Nerve Growth Factor, il fattore di crescita dei nervi), in grado di far proliferare le terminazioni nervose del dolore. Quando si ha una stimolazione infiammatoria cronica da allergia, perciò, aumenta anche la vulnerabilità al dolore.

Nell’endometriosi, lo sfaldarsi delle cellule endometriali crea uno stato infiammatorio cronico che irrita il tessuto circostante all’isola endometriosa ed è poi responsabile della modificazione del quadro del dolore. Il

sistema immunitario infatti interconnette organi molto diversi e ciò fa sì che quando il sistema è in allarme, vadano in allarme molti organi. Si sta addirittura osservando che gli attacchi di panico sono più frequenti nelle donne che hanno dolore cronico. Recentemente è stato dimostrato che lo stato psichico non solo può influenzare la percezione del dolore, ma addirittura può aumentare i segnali che causano lesioni delle terminazioni nervose in periferia: si è infatti visto che, ad esempio, quando una persona è sotto stress, il cervello invia segnali di degranolazione del mastocita, perché aumentano le sue emozioni, che viaggiano per via retrograda lungo le fibre nervose sensoriali, peggiorando lo stato infiammatorio nell’organo malato e perciò il dolore”. Quindi le donne affette da endometriosi, alle quali viene diagnosticato un dolore immaginario attribuito esclusivamente ad una scarsa capacità di sopportazione, in realtà hanno fondatissimi motivi per sentire dolore?

“La cosa peggiore è ritenere che il dolore le donne lo abbiano in testa, mentre il dolore ha solidissime cause mediche. Tante nuove scoperte ci stanno facendo capire meglio la verità biologica del dolore e come ci sia un dialogo strettissimo tra la nostra psiche e il dolore: il dolore influenza la psiche e la psiche influenza il dolore”.

13. Quale ruolo può giocare l’alimentazione sui sintomi dell’endometriosi?

Lo abbiamo chiesto alla dr.ssa Dian Mills, consulente nutrizionale di grande esperienza, membro del Consiglio Direttivo SHE Trust UK e del Comitato Scientifico dell’International Endometriosis Association.

Dr.ssa Mills, quali sono i piatti che dobbiamo portare in tavola come nostri alleati contro il dolore e l’infertilità?

“I pasti più salutari sono quelli a base di verdure di ogni tipo (a foglia verde scuro, verdure rosse, radici, tuberi, legumi), frutta fresca e cruda, frutti di bosco, pesci di alto mare, carne magra, latticini vari di capra, pecora, bufala e bevande di soia, riso, avena, mandorla, carboidrati provenienti da segale, orzo, avena, riso, mais, grano saraceno, miglio, tapioca, maranta, facendo attenzione a non eccedere con il grano. Nei condimenti preferire gli oli non raffinati, non idrogenati, spremuti a freddo, ad esempio l’olio extravergine d’oliva”.

Quali i cibi meno indicati?

“Carni e latticini vaccini sono da assumersi in quantità moderate. Importante poi non eccedere in zucchero raffinato”.

È facile desumere che l’intestino rivesta un ruolo chiave nell’aiutarci a tenere sotto controllo il dolore dell’endometriosi.

“In effetti, una delle nostre prime preoccupazioni dovrebbe essere quella di tenere l’intestino e la digestione in ottimo funzionamento. La flora intestinale interviene nella produzione delle vitamine del gruppo B essenziali al funzionamento delle membrane intestinali permettendo la produzione dell’80% delle immunoglobuline (proteine necessarie al sistema immunitario per combattere le infezioni.)”.

Quali abitudini alimentari e stili di vita possono aiutare le donne affette da endometriosi?

“Fare regolarmente tre pasti al giorno, mangiando con calma, ed aggiungere due spuntini durante la giornata; comprare frequentemente la frutta e la verdura evitando giacenze che

farebbero diminuire il contenuto vitaminico dei cibi; scegliere cibi biologici e freschi; camminare all'aria aperta, alla luce del sole, per favorire l'assorbimento dello zinco; bere molta acqua, filtrata o minerale”.

14. Quando l'endometriosi screpola un sogno

Abbiamo incontrato Paola Strocchio, una socia speciale dell'Associazione Italiana Endometriosi Onlus.

Paola, tu hai provato entrambi i gruppi sintomatici dell'endometriosi, il dolore fisico e l'infertilità.

“Sì, in effetti la mia vita è stata segnata da questi due fattori. Dopo tanta sofferenza fisica, sono arrivata alla scelta dell'isterectomia per migliorare la qualità della mia vita che era messa a dura prova dagli attacchi del dolore”.

L'isterectomia è una scelta radicale, non frequente nel trattamento chirurgico della malattia, che ti ha lasciato “un vuoto”.

“Infatti il mio problema era anche di adenomiosi. L'asportazione dell'utero, che era l'unica possibilità per tentare di alleviare l'algia, ha significato dover rinunciare alla maternità biologica. Mio marito ed io però desideravamo un figlio molto intensamente e perdere la possibilità di generare mi ha fatto sperimentare un vuoto così profondo da diventare un libro, “Il vuoto dentro” (Bradipolibri). Questo libro è stato per me una modalità di elaborazione del lutto per prendere la giusta distanza da questo evento. Ho voluto scrivere tutte le mie emozioni e i miei sentimenti, anche quelli che normalmente, per pudore, non mettiamo in mostra, ma che comunque, consapevolmente o no, albergano in ciascuno di noi”.

Il libro è effettivamente molto forte



ma con un potere identificativo altrettanto forte. Il tuo poi non è stato soltanto un desiderio di guarire dal tuo vuoto, ma hai voluto condividere con altre donne la possibilità di un riscatto: infatti hai scelto di donare i tuoi proventi ricavati dalla vendita del libro all'Associazione Italiana Endometriosi Onlus.

“Dopo aver scritto il libro mi sono resa conto di essere già molto diversa dalla donna descritta in quelle pagine. Avevo nel frattempo fatto un cammino personale verso la cicatrizzazione delle mie ferite, non soltanto quelle chirurgiche. Un giorno, navigando in Internet, mi sono imbattuta nel sito dell'AIE Onlus. Ho subito avuto la sensazione di un'associazione seria, dalla parte delle donne affette da endometriosi e così ho deciso: volevo mettere a disposizione di altre donne come me la possibilità di condividere il turbine di sentimenti che una malattia come questa solleva in noi”.

15. Le donne affette da endometriosi si riuniscono per lottare insieme

L'Associazione Italiana Endometriosi Onlus è l'unica associazione italiana costituita e gestita interamente da donne affette da endometriosi che dal 1999 si occupa di fornire sostegno alle donne affette da questa

patologia e di diffondere informazioni corrette e complete sulla malattia, non solo tra il pubblico in generale, ma anche tra i professionisti della salute, per rendere tutti più consapevoli di cosa significhi avere la vita condizionata dall'endometriosi. Pertanto, chiunque senta sintomi che danno da pensare o abbia qualche sospetto, può visitare il sito Internet www.endoassoc.it e potrà scoprire tutte le attività dell'AIE Onlus, le sedi dei suoi gruppi di auto-aiuto, i conve-



gni e gli appuntamenti di approfondimento delle tematiche legate all'endometriosi.

Per saperne di più:

Associazione Italiana Endometriosi Onlus

casella postale 114 -

20014 Nerviano MI

tel/fax: 0331589800

e-mail: info@endoassoc.it

sito: <http://www.endoassoc.it>