Ormoni e supplementi dietetici per l'endometriosi

Data 30 luglio 2008
Categoria ginecologia

Terapia ormonale e supplementi dietetici sono più efficaci del placebo nelle donne operate per endometriosi sintomatica.

In questo studio italiano sono state arruolate 222 donne sottoposte a intervento chirurgico conservativo per endometriosi sintomatica in stadio III-IV.
Le pazienti sono state randomizzate a placebo per 6 mesi (n = 110) oppure ad agonista GnRH (triptorelina o leuprolina ogni 28 giorni) (n = 39), oppure a estroprogestinico continuato (etinilestradiolo + gestodene) (n= 38) oppure a terapia dietetica (vitamine, minerali, fermenti lattici, olio di pesce) (n= 35). Gli end-point misurati erano il dolore e la qualità di vita.
Per quanto riguarda la dismenorrea si ebbe una riduzione del dolore maggiore nel gruppo trattato con terapia ormonale soppressiva mentre per il dolore pelvico non mestruale si dimostrarono egualmente efficaci la terapia ormonale e i supplementi dietetici. Nel gruppo placebo si ebbe una significativa riduzione della dispaurenia. La qualità di vita migliorò nel gruppo trattato con terapia ormonale e supplementi dietetici.
Gli autori concudono che nelle donne trattate con interventi conservativo per endometriosi la terapia ormonale oppure i supplementi dietetici sono più efficaci del placebo nel ridurre il dolore e nel migliorare la qualità di vita.

Fonte:

Sesti F et al. Hormonal suppression treatment or dietary therapy versus placebo in the control of painful symptoms after conservative surgery for endometriosis stage III–IV. A randomized comparative trial . Fertility and Sterility 2007 Dec; 88: 1541-1547

Commento di Renato Rossi

L'endometriosi è una condizione caratterizzata dalla presenza di tessuto endometriale in sedi ectopiche. Il trattamento può essere medico o chirurgico e dipende essenzialmente dal desiderio di fertilità della donna. Se la fertilità è lo scopo principale della terapia, allora si preferisce la laparoscopia con asportazione delle lesioni ectopiche. Se invece lo scopo è ridurre il dolore un primo approccio può essere la prescrizione di un contraccettivo ormonale combinato oppure progesterone (medrossiprogesterone acetato) associato ad un FANS o ad un analgesico. In caso di mancato miglioramento si possono usare gli agonisti del GnRH. Se ancora la paziente non risponde è indicata l'ablazione laparoscopica dei focolai ectopici. Nei casi refrattari si può ricorrere alla isterectomia totale. Esistono tuttavia pochi dati su quale sia la scelta ottimale e anche pochi studi che hanno confrontato le varie opzioni disponibili. Secondo Clinical Evidence hanno dimostrazioni di efficacia i contraccettivi ormonali combinati o i progestinici dopo la diagnosi e probabilmente il trattamento ormonale dopo chirurgia conservativa mentre da valutare caso per caso sono il danazolo e gli agonisti del GnRH dopo la diagnosi. Tra le opzioni chirurgiche probabilmente utili risultano l'exeresi endoscopica dei focolai ectopici eventualmente associata ad ablazione dei nervi uterini e la cistectomia laparoscopica mentre per altri tipi di intervento non è stata determinata l'efficacia.
Purtroppo le recidive dopo trattamento medico e/o chirurgico non sono rare: entro 5 anni una ricaduta si può verificare dal 20% al 50% dei casi.
Nello studio recensito in questa pillola, in donne sottoposte a chirurgia conservativa, supplementi dietetici si sono dimostrati efficaci come la soppressione ormonale. Tuttavia lo studio è di piccole dimensioni ed ha avuto una durata troppo breve per poter trarre conclusioni definitive. Si tratterebbe sicuramente di una terapia promettente e, qualora i risultati venissero replicasti in altri RCT, sicuramente più attraente della scelta ormonale con tutti i noti effetti indesiderati.

Referenze

1.http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2711
2. Johnson N, Farquhar C. Endometriosi. Clinical Evidence, Ed. Italiana. Pubblicata online il 27 novembre 2007. Data della ricerca aprile 2006. Liberamente consultabile dopo registrazione su: http://clinev.it.
3. Farquhar C. Endometriosis. BMJ BMJ 2007 Feb 3;334:249-53
4. Kapur D. et al. Endometriosis. 2007, Dec 7. Reperibile al sito: http://www.emedicine.com/med/TOPIC3419.HTM (verificato: 11 gennaio 2008)