



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA

Corso di Laurea in Infermieristica

TESI DI LAUREA

**ENDOMETRIOSI: I BISOGNI ASSISTENZIALI DELLE
DONNE CON DOLORE PELVICO CRONICO**

Relatore: Prof. Andrea Rasola

Laureanda: Erika Ini

Matricola: 1238502

Anno Accademico 2021/2022

ABSTRACT

Introduzione: l'endometriosi è una malattia caratterizzata da un processo infiammatorio che colpisce i tessuti pelvici e che provoca sintomi come dolore pelvico cronico, dispareunia e infertilità. I trattamenti per l'endometriosi riguardano principalmente i sintomi che influenzano negativamente la qualità di vita delle donne.

Obiettivi: lo scopo di questa ricerca è in primo luogo individuare i bisogni assistenziali prioritari delle donne affette endometriosi e in secondo luogo le strategie non chirurgiche e/o ormonali che l'infermiere può adottare per migliorare la qualità di vita delle donne. Il ruolo dell'infermiere riguarda soprattutto l'educazione delle pazienti ad una gestione quanto più completa dei sintomi affinché possano conseguire una qualità di vita migliore.

Materiali e metodi: è stata condotta una revisione della letteratura attraverso la consultazione di banche dati biomediche quali Wiley Online Library e PubMed attraverso la ricerca di termini MESH come "chronic pelvic pain AND endometriosis" "endometriosis AND quality of life" "coping AND endometriosis". Gli articoli pertinenti allo scopo di ricerca sono stati inseriti in modo schematico all'interno di una tabella.

Risultati: dalle ricerche è emerso che i sintomi condizionano la salute fisica e mentale poiché limitano le attività di vita quotidiana e le prestazioni lavorative, motivo per il quale la maggior parte delle donne soffre anche di sintomi depressivi e ansiosi legati alla loro condizione clinica. Oltre l'approccio chirurgico e ormonale le strategie complementari che emergono dalla revisione riguardano esercizi non convenzionali come yoga e/o training autogeno, terapie psicologiche come la terapia cognitivo-comportamentale per una gestione del pensiero volta all'identificazione e alla regolazione delle emozioni.

Discussione: in letteratura gli studi reperiti mostrano un accordo generale sulle principali caratteristiche cliniche e sui trattamenti medici- chirurgici da attuare per l'endometriosi; un aspetto comune è l'importanza di attuare un approccio multidisciplinare poiché permette un monitoraggio nel tempo di ogni aspetto (fisico e psicologico) che si associa all'endometriosi. Alcuni studi sottolineano l'opportunità di somministrare scale come l'Endometriosis Impact Questionnaire per una valutazione approfondita della qualità di vita e successivamente adottare, sulla base delle esigenze e carenze emerse, le strategie complementari più appropriate.

Conclusione: l'infermiere è chiamato a mediare tra il medico e la paziente divenendo figura assai preziosa per sostenere ogni donna affetta da endometriosi sul piano clinico ma soprattutto psicologico.

Sebbene apparentemente il ruolo dell'infermiere possa sembrare limitato secondo le opinioni correnti, la letteratura consultata dimostra viceversa il suo ruolo ineludibile sia nella prevenzione che nell'assistenza clinica.

Parole chiave: endometriosi/endometriosis, dolore pelvico cronico/chronic pelvic pain, qualità di vita/quality of life.

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO I. ENDOMETRIOSI	
1.1 Definizione.....	5
1.2 Epidemiologia.....	5
1.3 Eziologia e fisiopatologia.....	5
1.4 Fattori di rischio.....	7
1.5 Segni e sintomi.....	8
1.6 Diagnosi e trattamento.....	8
CAPITOLO II. BISOGNI ASSISTENZIALI	
2.1 Dolore pelvico cronico	11
2.2 Ansia e depressione.....	12
2.3 Qualità di vita.....	13
CAPITOLO III. MATERIALI E METODI	
3.1 Scopo di ricerca.....	15
3.2 Quesito di ricerca.....	15
3.3 Fonti di ricerca.....	15
3.3.1 Criteri di inclusione ed esclusione.....	16
3.3.2 Materiale reperito.....	16
CAPITOLO IV. RISULTATI DELLA RICERCA	
4.1 Presentazione degli studi selezionati.....	19
4.2 Schedatura del materiale bibliografico.....	26
CAPITOLO V. DISCUSSIONE E CONCLUSIONE	
5.1 Discussione	31
5.2 Conclusioni e implicazioni per la pratica clinica.....	32
BIBLIOGRAFIA	
SITOGRAFIA	

.INTRODUZIONE

“Il dolore è paralizzante; può farti svenire. Ti fa venire la nausea e ti priva di ogni energia. Non puoi camminare né tantomeno lavorare”.

- Sharda, Francia

L'endometriosi rappresenta una malattia ben nota oramai da anni ma in realtà ancora sottostimata e non adeguatamente presa in considerazione sia da chi ne soffre sia da chi dovrebbe occuparsene dal punto di vista terapeutico. Purtroppo questa malattia è fonte di dolore e sofferenza per i risvolti fisiopatologici e al tempo stesso psicologici e relazionali delle pazienti che ne sono affette in quanto condizionano notevolmente la qualità di vita.

Questa revisione mira in primo luogo ad individuare i bisogni assistenziali prioritari delle donne che soffrono di endometriosi; in secondo luogo, dal punto di vista assistenziale mira ad analizzare le strategie più appropriate per la gestione del dolore pelvico cronico da parte delle donne stesse che del personale infermieristico.

La figura dell'infermiere è essenziale in quanto è innanzitutto chiamato ad informare le donne in diversi contesti, socioeconomici e culturali, sull'importanza di non sottostimare la multiforme sintomatologia con cui il dolore mestruale si presenta. Di qui la necessità di concentrare gli sforzi sulla prevenzione. Ma va anche detto che in seguito il ruolo dell'infermiere riguarda anche l'educazione delle pazienti ad una gestione quanto più completa affinché possano conseguire una qualità di vita migliore.

CAPITOLO I

ENDOMETRIOSI

1.1 Definizione

L'endometriosi¹ è una malattia complessa caratterizzata da un processo infiammatorio cronico che colpisce principalmente i tessuti pelvici (fig.1). È caratterizzata dalla presenza di tessuto endometriale (mucosa che riveste normalmente la cavità uterina) al di fuori dell'utero che determina una reazione infiammatoria cronica. Un'altra caratteristica è la presenza di recettori ormonali con un'alta capacità adesiva che permette al tessuto di aderire a strutture extrauterine. (Bulun et al. 2019).

1.2 Epidemiologia

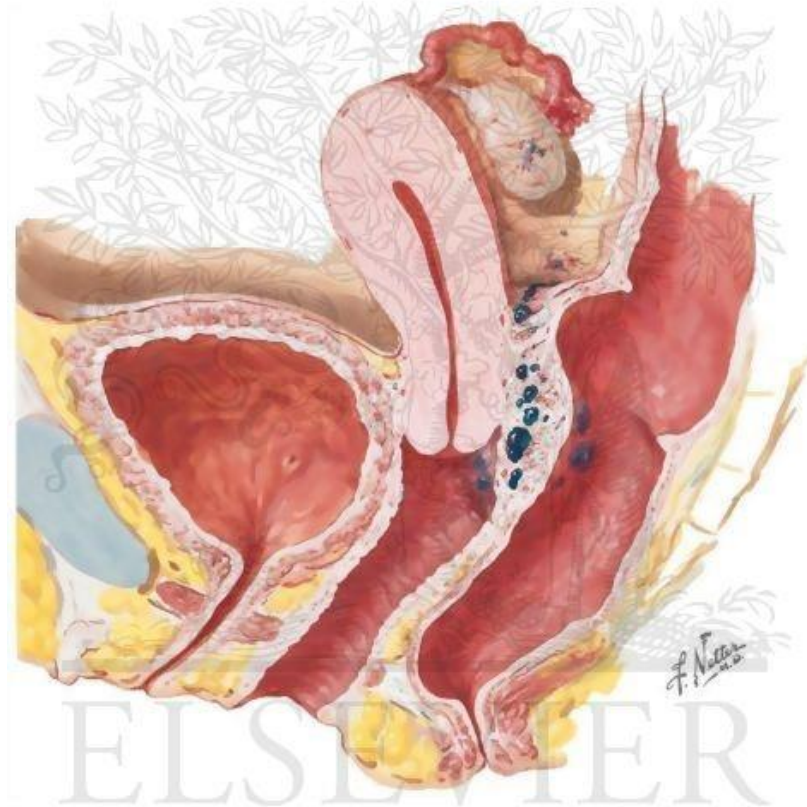
È ritenuta una malattia dell'età riproduttiva e colpisce più di 170 milioni di donne nel mondo. (Hickey M et al. 2014).

La patologia interessa circa il 30-50% delle donne infertili. L'età media alla diagnosi è di 27 anni ma la patologia ha insorgenza spesso più precoce, perfino in età adolescenziale (Prentice A. 2001).

1.3 Eziologia e fisiopatologia

L'endometriosi è solitamente limitata alle superfici peritoneali o sierose degli organi pelvici, comunemente ovaie, cavo di Douglas e legamenti uterosacrali (Saha R. et al. 2015).

¹ Dal greco antico ἔνδον, éndon, «dentro» e μήτρα, mētra, «utero»; suffisso -ωσις, -osis, condizione morbosa.



© ELSEVIER, INC. – NETTERIMAGES.COM

Fig.1 Endometriosis, ELSEVIER, INC. – NETTERIMAGES.COM

L'immagine mostra la presenza di tessuto endometriale al di fuori dell'utero

Negli anni 2015/2016 è stato condotto uno studio da Samani EN. e il suo team sulla migrazione delle cellule derivate dall'endometriosi in siti atipici. Hanno indotto chirurgicamente cellule endometriali ectopiche in dieci modelli di topi sani e il risultato ottenuto ha dimostrato come le cellule derivate dall'endometrio siano in grado di migrare verso organi extrapelvici inclusi polmone, milza, fegato e cervello. Sebbene si pensi che l'endometriosi extrapelvica sia rara nelle donne, è stata trovata nel tratto gastrointestinale (32,3%), nel tratto urinario (5,9%) e in siti distanti tra cui polmone, ombelico, cicatrici cutanee, fegato, cistifellea, pancreas, seno e estremità (Samani EN. et al. 2017). Sono stati segnalati anche il coinvolgimento delle vertebre, delle ossa, dei nervi periferici, del diaframma, della milza e del sistema nervoso centrale (Redwine DB. 2002).

Purtroppo gli impianti endometriosici possono essere clinicamente non rilevabili, ma biologicamente attivi e le modificazioni che di conseguenza si verificano possono contribuire all'infiammazione. (Hwang SM. et al. 2015)

Sebbene l'endometriosi sia nota da secoli, la patogenesi di questa malattia rimane poco chiara. Sono state ipotizzate diverse teorie per spiegare lo sviluppo di lesioni endometriosiche (Benegiano et. Al 2014).

1. La teoria della metaplasia celomatica propone che la presenza di cellule endometriali nella cavità peritoneale derivi dalla differenziazione delle cellule appartenenti al peritoneo pelvico in tessuto simile all'endometrio (Fujii S. 1991).
2. Un'altra teoria ipotizza che l'endometriosi nel sistema polmonare, nei muscoli, nella pelle e nel cervello possa svilupparsi attraverso la disseminazione linfatica o ematogena delle cellule endometriali (Jubanyik et al. 1997).
3. La teoria dell'endometriosi più citata è la teoria dell'impianto di Sampson, che postula la formazione di lesioni endometriosiche da parte del tessuto endometriale versato per via retrograda attraverso le tube di Falloppio nella cavità peritoneale (Sampson JA. 1927).

Tuttavia, le mestruazioni retrograde sono un evento fisiologico comune. Di conseguenza, il sangue può essere trovato nel liquido peritoneale del 90% delle donne con mestruazioni (Blumenkrantz M. et al 1981) (Halme J. Et al. 1984).

In base alla localizzazione delle lesioni si riconoscono tre fenotipi di endometriosi:

1. Endometriosi ovarica (OMA) caratterizzato dalle tipiche cisti
2. Endometriosi peritoneale superficiale (SUP)
3. Endometriosi infiltrante profonda (DIE), le forme più gravi che si sviluppano in profondità, 5 mm sotto la superficie peritoneale infiltrando anche la vescica e l'intestino (Chapron C. et al. 2019).

1.4 Fattori di rischio

Dal punto di vista epidemiologico, sono stati studiati diversi fattori di rischio per suggerire o supportare le diverse ipotesi eziologiche. I fattori più costantemente associati all'endometriosi sono l'età precoce al menarca e cicli mestruali lunghi e pesanti. Altri fattori di rischio associati in modo meno stringente sono l'assunzione di alcol, l'uso prolungato di contraccettivi orali e fattori ambientali come l'esposizione ai

poli-clorobifenili e alla diossina. Tutti questi fattori supportano un potenziale ruolo del quadro ormonale e dell'inflammatione nella patogenesi dell'endometriosi (Parazzini F. et al. 2017).

1.5 Segni e sintomi

I classici sintomi dell'endometriosi sono dolore pelvico, dismenorrea², dispareunia³, dischezia⁴ e infertilità, con un impatto negativo sull'aspetto psicologico, sociale e sulla qualità di vita della donna (Mounsey A. et al. 2006).

Il dolore pelvico ad andamento ciclico, in particolare prima o durante le mestruazioni è un dolore cronico e ingravescente. Viene descritto come acuto, intenso e lancinante. La dismenorrea è un importante sintomo ai fini della diagnosi, soprattutto se inizia dopo molti anni di mestruazioni relativamente indolori (Guerriero S. et al. 2018).

Altri sintomi associati sono dolore lombare e addominale, potrebbero verificarsi periodi mestruali con sanguinamento abbondante o sanguinamento intermestruale. Altri segni e sintomi che caratterizzano l'endometriosi sono: affaticamento, diarrea, stipsi, gonfiore o nausea specialmente durante i periodi mestruali. (www.mayoclinic.org)

I sintomi spesso diminuiscono o si risolvono durante la gravidanza. L'endometriosi tende a diventare inattiva dopo la menopausa perché i livelli di estrogeni e di progesterone diminuiscono. I sintomi inoltre possono variare a seconda della localizzazione degli impianti:

- Ovaie: formazione di un endometrioma che si rompe o sanguina causando un dolore addominale acuto e segni irritazione peritoneale.
- Vescica: disuria, ematuria, dolore sovrapubico o pelvico (in particolare durante la minzione).
- Intestino crasso: dolore durante la defecazione, meteorismo addominale, diarrea o costipazione, o rettorragia durante le mestruazioni.
- Strutture extrapelviche: dolore addominale diffuso (Guerriero S. et al. 2018).

² Dismenorrea: dolori associati al ciclo mestruale (www.humanitas.it)

³ Dispareunia: dolore genitale che si verifica subito, durante o dopo un rapporto sessuale (www.msmanuals.com)

⁴ Dischezia: defecazione difficoltosa o dolorosa causata da un'alterazione funzionale ano-rettale (www.my-personaltrainer.it)

1.6 Diagnosi e trattamento

La diagnosi di endometriosi si sospetta sulla base della sintomatologia ma deve poi essere confermata con la visione diretta.

Ai fini diagnostici si considerano:

- L'ecografia transvaginale per identificare endometriomi e/o endometriosi profonda che coinvolge intestino, vescica o uretere.
- Siero CA125, un aumento sierico del CA125 (cioè 35 UI/ml o più) può essere compatibile con l'endometriosi, ma non bisogna tenere in considerazione solo l'aumento del CA125 per la diagnosi dell'endometriosi.
- Risonanza magnetica per valutare l'estensione dell'endometriosi profonda che coinvolge intestino, vescica o uretere. Non è utilizzata come indagine primaria.
- Laparoscopia diagnostica per diagnosticare l'endometriosi nelle donne con sospetta endometriosi, anche se l'ecografia era normale (NICE guideline 2017).

I test di imaging non rilevano in modo affidabile l'endometriosi; tuttavia, questi test a volte mostrano l'estensione dell'endometriosi e quindi possono essere utilizzati dopo la diagnosi per monitorare il disturbo e la risposta al trattamento. La presenza e le dimensioni degli endometriomi ovarici fanno parte del sistema di stadiazione per l'endometriosi.

La stadiazione dell'endometriosi aiuta il medico ad impostare un piano terapeutico e a valutare la risposta alla terapia.

Secondo l'American Society for Reproductive Medicine, l'endometriosi può essere classificata in quattro stadi secondo la quantità, posizione, profondità e dimensione del tessuto endometriale

- Grado I (minima), si caratterizza per la presenza di pochi millimetri di tessuto endometriale al di fuori dell'utero.
- Grado II (lieve), è caratterizzata da lesioni maggiori e più profonde.
- Grado III (moderata), sono presenti endometriomi (cisti ovariche) e tessuto aderenziale e/o cicatriziale tra gli organi pelvici, per cui è presente una maggiore estensione.
- Grado IV (grave), impianti endometriocici profondi e presenza di cisti su una o entrambe le ovaie (James H.) (www.hopkinsmedicine.org).

Da Gennaio 2017 l'endometriosi è stata inserita nei LEA⁵ per cui è stata riconosciuta come patologia cronica e invalidante, ma solo negli stadi più avanzati: “Grado III o moderato” e “Grado IV o grave” (www.salute.gov.it).

Lo stato dell'endometriosi però non riflette necessariamente il livello di dolore provato, il rischio di infertilità o i sintomi presenti. Ad esempio è possibile che una donna allo stadio I provi un dolore tremendo, mentre una donna allo stadio IV potrebbe essere asintomatica (www.hopkinsmedicine.org).

Il trattamento per l'endometriosi può includere:

- FANS⁶ come l'ibuprofene;
- La terapia ormonale tra cui i contraccettivi orali con estrogeni e progestinici combinati per prevenire l'ovulazione e ridurre il flusso mestruale;
- Solo progestinici⁷ che blocca la produzione di ormoni ovarici, creando una sorta di “menopausa medica”;
- Danazolo, un derivato sintetico del testosterone.

Le tecniche chirurgiche che possono essere utilizzate per trattare l'endometriosi includono:

- Laparoscopia, usata per la diagnosi, ma spesso il medico può anche rimuovere le escrescenze endometriali.
- Laparotomia
- Isterectomia, trattamento più definitivo individualizzato in base all'età della paziente, alla sintomatologia e al desiderio di preservare la fertilità (www.hopkinsmedicine.org).

⁵ LEA: Livelli Essenziali di Assistenza

⁶ FANS: Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei

⁷ Progestinici: Agonista dell'ormone di rilascio delle gonadotropine

CAPITOLO II

BISOGNI ASSISTENZIALI

2.1 Dolore pelvico cronico

Questa patologia si manifesta su vari livelli, sia fisici (come stanchezza cronica o sintomi associati alla vescica o all'intestino) che psicologici (perdita dell'autostima, ansia, depressione).

Il dolore cronico (es. dolore pelvico, dismenorrea e dispareunia) e l'infertilità possono essere considerati i disturbi principali affrontati dalle donne con endometriosi poiché intaccano aspetti emotivi e sociali della vita quotidiana (Latthe P. et al. 2006).

Il dolore pelvico cronico (chronic pelvic pain, CPP) è definito come dolore ciclico o non ciclico della durata di almeno 6 mesi. Gli aspetti del dolore possono includere dismenorrea, dispareunia, disuria⁸ e dischezia. Questi sintomi hanno un impatto considerevole sulla qualità di vita delle pazienti, nonché sulla loro attività lavorativa e quindi sul reddito (www.hopkinsmedicine.org). Il CPP è spesso resistente al trattamento chirurgico e medico e sembra rispondere meglio a un approccio olistico multimodale piuttosto che alla sola laparoscopia (Tirlapur SA. et al. 2013).

Studi di follow-up hanno dimostrato che l'approccio chirurgico spesso non è curativo. Ad esempio, per l'endometriosi il 20-28% delle pazienti non sperimenta una riduzione del dolore (Abbott J. et al. 2004) (Banerjee S. et al. 2006) e alcune richiedono un altro intervento: 25,5% entro due anni e 40-50% dopo 5 anni (Guo SW. 2009).

Nel 2004 è stato condotto uno studio randomizzato controllato (randomized controlled trial, RCT) confrontando un gruppo con controllo chirurgico e uno con placebo comprendente 39 donne con tutti gli stadi di endometriosi. Lo studio ha dimostrato un miglioramento dei sintomi nel gruppo trattato chirurgicamente (16 su 20 [80%]) rispetto al gruppo non trattato (6 su 19 [32%]). Anche le misurazioni della qualità di vita hanno mostrato un significativo miglioramento 6 mesi dopo il trattamento chirurgico (Abbott J. et al. 2004).

Altri studi osservazionali hanno dimostrato una risposta graduale per quanto riguarda la riduzione del dolore dopo intervento chirurgico inversamente correlata alla gravità della malattia. Un RCT ha riscontrato un miglioramento dei sintomi del dolore dopo l'intervento

⁸ Disuria: difficoltà o dolore durante l'emissione di urina (www.humanitas.it)

chirurgico di endometriosi in un numero significativamente maggiore di pazienti con endometriosi moderata e lieve (~100% e ~70%, rispettivamente) rispetto alla malattia minima (~40%) (Banerjee S. et al. 2006).

In altri due studi, le donne con endometriosi infiltrante profonda hanno sperimentato una riduzione del dolore dall'intervento chirurgico rispetto a quelle con endometriosi superficiale (Milingos S. et al. 2006).

È stato dimostrato inoltre che l'asportazione dell'endometriosi deve essere completa per una riduzione del dolore significativa, ma sfortunatamente anche con l'asportazione completa dell'endometriosi, le donne con forme gravi richiedono un intervento chirurgico ripetuto a causa della recidiva del dolore (Abbott JA. et al. 2003).

Data la quota di non risposte alla chirurgia e la recidiva del dolore anche post intervento chirurgico le pazienti richiedono ulteriori approcci diversi dalla chirurgia o dall'assunzione di ormoni (Nnoaham KE. et al. 2011).

L'endometriosi e il CPP influiscono negativamente sulla qualità di vita e sulla vita sessuale delle pazienti. Ne consegue che le donne colpite possono avere un rischio maggiore di sviluppare sofferenza psicologica (Aerts L. et al. 2018) (Culley L. et al. 2013).

2.2 Ansia e depressione

È stato dimostrato come i segni clinici più comuni dell'endometriosi siano irregolarità mestruali, CPP, dismenorrea, dispareunia e infertilità. La complessità clinico- terapeutica dell'endometriosi non riguarda quindi solo il trattamento dei suoi effetti, ma si riflette anche sulla componente psichico- soggettiva (Kennedy, 2005). L'endometriosi non è infatti solo una malattia che sovverte l'anatomia degli organi, ma si tratta soprattutto di qualcosa che colpisce l'identità femminile, in tutte le sue dimensioni: individuale, relazionale, sessuale e sociale.

I fattori psicologici hanno un ruolo importante nel determinare la gravità dei sintomi e le donne che soffrono di endometriosi riferiscono alti livelli di ansia, depressione e altri disturbi psichiatrici.

Diversi studi hanno sottolineato l'influenza del CPP sulla qualità di vita e sul benessere psicologico delle donne (Laganà AS. Et al. 2017).

Recenti ricerche mostrano come ad esempio la prevalenza della depressione sia maggiore nelle donne affette da endometriosi con CPP rispetto alle donne che pur soffrendo di tale patologia, non presentano nessun sintomo doloroso.

Per esempio, uno studio condotto nel 2006 ha confrontato la prevalenza della depressione tra un gruppo di donne con diagnosi di endometriosi e CPP e un gruppo di donne con endometriosi senza CPP. La presenza e il grado di endometriosi sono stati valutati utilizzando BDI⁹. Questo studio ha dimostrato che la depressione era presente nell'86 % delle donne con CPP e nel 38% delle donne senza CPP (Lorenatto C et al. 2006).

Il CPP si dimostra quindi essere associato a conseguenze negative non solo fisiche, ma anche psicologiche e di conseguenza socio- relazionali, nella misura in cui la donna affetta da tale sintomo non può lavorare, non gode dei rapporti sessuali, delle situazioni sociali e anzi esperisce sbalzi d'umore e livelli moderati/gravi di depressione e ansia. Tali problematiche sono inoltre associate al lasso di tempo eccessivamente lungo che intercorre tra l'insorgenza dei sintomi e la diagnosi. Gestione difficoltosa dei sintomi e lunghe attese prima di ricevere una diagnosi portano le pazienti a sperimentare una condizione di dolore e sofferenza prolungata, che si rivela poi essere in parte responsabile dell'aumento dei livelli di stress, insoddisfazione sessuale e diminuita autostima: fattori che possono aumentare il rischio di complicazioni psichiatriche.

È stato anche dimostrato che alti livelli di ansia e stress possono a loro volta amplificare la gravità del dolore, motivo per il quale è indicato un trattamento psicosomatico dei disturbi affettivi per prevenirne la manifestazione (Friedl F. et al. 2015).

2.3 Qualità di vita

La qualità della vita è correlata alla buona salute, alle relazioni familiari, al senso di autostima e alla capacità di far fronte a situazioni difficili.

L'endometriosi colpisce diversi ambiti della vita. La mancanza di soddisfazione nella vita di tutti i giorni è dovuta principalmente al dolore costante. I segni e sintomi dell'endometriosi sono conseguenze significative che hanno un impatto negativo sulla salute fisica e mentale delle donne, poiché limitano le attività di vita quotidiana e le prestazioni lavorative.

⁹ BDI: Beck Depression Inventory, strumento che consente di valutare la gravità della depressione in pazienti adulti ed adolescenti

Esistono vari questionari e test che esaminano la qualità di vita nei pazienti affetti da endometriosi da cui emerge incapacità di completare o impegnarsi in attività quotidiane, faccende domestiche, attività legate alla cura dei bambini ed esercizio fisico.

Un'indagine multicentrica internazionale riferiva che il 50% delle 3216 donne, invitate a partecipare allo studio affermava che l'endometriosi aveva influito sulle loro relazioni, causando la rottura di una coppia nel 10% dei casi (De Graff AA. et al. 2013).

In diversi studi, le partecipanti riportavano diminuzioni della qualità del loro lavoro, limitazioni significative nella loro capacità di svolgere attività legate al lavoro senza interruzioni e da 11 a 19 giorni di lavoro persi all'anno (Culley L. et al. 2013) (Muharam R. et al. 2022).

Nel 2015 (Laganà AS. et al.) è stato condotto uno studio che ha indagato sulla qualità di vita in un campione di 166 donne affette da endometriosi. Attraverso la compilazione di schede di autovalutazione (Symptom Checklist-90-R, State-Trait Anger Expression Inventory-2, Self-Rating Anxiety Scale, Self-Rating Depression Scale e Quality of Life Index). I risultati hanno dimostrato che la somatizzazione, la depressione, la sensibilità e l'ansia sono maggiori in questi pazienti rispetto alle donne senza endometriosi. Inoltre, è stato riscontrato come queste donne siano caratterizzate da alti livelli di ansia e da un significativo calo della qualità della vita.

Lo studio di Hansen et al. (2013) ha rivelato le conseguenze mentali della sofferenza, direttamente legate al lavoro. Le donne provavano imbarazzo, senso di colpa e si preoccupavano di una prestazione peggiore sul lavoro. Dai risultati emergeva che le loro prestazioni lavorative sarebbero state più alte se non avessero provato dolore, poiché era il dolore a ostacolare la loro concentrazione.

Inoltre molte donne si vergognano della propria condizione e di conseguenza non si sentono in grado di discutere della propria salute con il datore di lavoro, i colleghi, gli amici e la famiglia (Jones G. et al. 2001). Ciò ha come conseguenza una sensazione da parte delle donne di isolamento sociale e psicologico.

CAPITOLO III

MATERIALI E METODI

3.1 Scopo di ricerca

L'obiettivo di questo elaborato, mediante una revisione di letteratura, è:

Individuare quali strategie terapeutiche possano essere adottate al fine di garantire un miglioramento della qualità di vita delle donne affette da endometriosi.

3.2 Quesito di ricerca

Quali strategie contribuiscono al miglioramento della qualità di vita delle donne affette da endometriosi?

Il quesito può essere composto nelle seguenti componenti (Tabella I):

Tabella I:

P	Population / Popolazione	Donne affette da endometriosi
I	Intervention / Interventi	Strategie non farmacologiche o chirurgiche
O	Outcome / Risultati	Miglioramento della qualità di vita

3.3 Fonti di ricerca

Ho condotto una revisione della letteratura mediante la consultazione di banche dati come National Library of Medicine e Wiley Online Library mediante PubMed. Ho utilizzato articoli reperiti da riviste come Pain Nursing Magazine, Nature briefing, State of Mind il Giornale delle scienze psicologiche, Australian College of Nursing (ACN), infine attraverso la ricerca libera ho anche reperito documenti e articoli dai siti del Ministero della Salute, dal sito www.mayoclinic.org, dal sito www.hopkinsmedicine.org, dal sito www.endometriosis.org e dal sito www.endometriosisassn.org.

Sono state consultate altre banche dati come The Cochrane library e CINHAL ma non sono emersi articoli inerenti all'argomento di interesse.

Le parole chiave utilizzate in forma libera e come termini MESH utilizzando l'operatore booleano "AND", nel database di PubMed e in Wiley Online Library, sono: "endometriosis

AND chronic pain”, “endometriosis AND quality of life”, “endometriosis AND disability”, “endometriosis AND care needs”, “nurse AND endometriosis” e “coping AND endometriosis”.

3.3.1 Criteri di inclusione ed esclusione

Al fine di selezionare gli articoli più pertinenti sono stati applicati i seguenti criteri di inclusione:

- Coerenza con l’obiettivo di ricerca
- Periodo: sono stati selezionati articoli da Gennaio 2005 a Gennaio 2022
- Tipologia dello studio: revisioni sistematiche, studio controllato randomizzato, studi descrittivi e qualitativi
- Formato degli studi: studi con disponibilità “free full text”
- Lingua: inglese e italiano
- Campione di studio: popolazione femminile in età riproduttiva affetta da endometriosi

Criteri di esclusione delle evidenze:

- Documenti non coerenti con l’obiettivo della seguente revisione e che non rispondano ai quesiti di ricerca.
- Periodo: studi pubblicati in data precedente al 2005
- Tipologia dello studio: Meta-Analisi
- Formato degli studi: Abstract, full text.
- Lingua: studi in lingua diversa dall’italiano o dall’inglese
- Campione di studio: popolazione femminile pediatrica e popolazione femminile con età superiore a 50 anni

3.3.2 Materiale reperito

Dalla ricerca sul database PubMed utilizzando la combinazione dei termini MESH sono emersi 832 articoli. Applicando i filtri precedentemente citati sono risultati idonei 367 articoli (Tabella II):

Tabella II:

Database	Stringhe di ricerca	Risultati
PubMed	Cronic pain AND endometriosis	186 articoli
PubMed	Endometriosis AND quality of life	160 articoli
PubMed	Endometriosis AND care needs	10 articoli
PubMed	Nurse AND endometriosis	4 articoli
PubMed	Coping AND endometriosis	7 articoli

CAPITOLO IV

RISULTATI DELLA RICERCA

4.1 Presentazione degli studi selezionati

Dalla ricerca in letteratura su 367 articoli emersi, solo 8 sono risultati pertinenti al quesito di ricerca:

Quali strategie contribuiscono al miglioramento della qualità di vita?

1. Endometriosis, an Ongoing Pain – Step-by-Step Treatment, 2022

Secondo questo studio basato su una revisione di letteratura, le attuali terapie chirurgiche e/o ormonali per l'endometriosi non portano a un sufficiente controllo del dolore pelvico in quanto anche dopo la rimozione chirurgica vi è un alto tasso di recidiva del dolore.

Pertanto, secondo l'autrice Mechsner, oltre l'approccio chirurgico e/o ormonale bisogna attuare misure complementari per alleviare il dolore.

Una di queste strategie riguarda gli analgesici: si consiglia di valutare il livello e l'intensità del dolore mediante la scala analogica visiva (VAS) e di chiedere alle pazienti se durante il ciclo mestruale sono costrette a stare a letto e non sono in grado di lavorare.

La paziente dovrebbe essere incoraggiata a tenere un diario del dolore per registrare e valutare le variazioni che possono verificarsi nell'arco della giornata. Devono essere riportati anche il farmaco e il dosaggio, poiché molte donne commettono errori durante l'assunzione (sovradosaggio). Per questo motivo è obbligatorio informare e raccomandare di assumere precocemente i FANS (analgesici di prima linea) durante i giorni di dolore, a basse dosi ma regolarmente seguendo un programma fisso.

Oltre alla terapia analgesica, sembra essere utile la somministrazione di Buscopan e alte dosi di magnesio. Secondo diversi rapporti, anche l'olio di cannabidiolo (CBD) (10%) sembra avere un effetto positivo. Molte pazienti riferiscono che l'uso di cannabis ha un

impatto positivo. Anche l'assunzione di olio di tetraidrocannabinolo (THC) potrebbe essere un'opzione, ma deve essere prescritta dal terapeuta del dolore.

È stato anche documentato come il dolore possa portare ad una postura scorretta che può interessare l'intero sistema muscolo-scheletrico, motivo per il quale le pazienti dovrebbero anche eseguire esercizi di rilassamento per alleviare il dolore del pavimento pelvico e integrarli nella loro routine quotidiana.

Un altro fattore importante è la psiche che, a causa dell'endometriosi e del dolore pelvico che ne consegue, ne risente particolarmente. È importante trovare strategie personali per affrontare il dolore. I corsi di educazione al dolore per lo sviluppo di strategie di gestione del dolore e l'apprendimento di varie tecniche come rilassamento muscolare progressivo, training autogeno, yoga ecc. sono estremamente utili e dovrebbero essere integrate nella routine quotidiana della paziente.

Tutti questi passaggi sono componenti di una terapia multimodale, in cui vengono presi in considerazione tutti gli aspetti che conducono all'endometriosi. In questo studio, il gruppo di pazienti che si è sottoposto alla terapia multimodale ha ottenuto risultati positivi.

2. The State of Health and the Quality of Life in Women Suffering from Endometriosis, 2022

In questa revisione sistematica emerge come le pazienti oltre all'approccio chirurgico e farmacologico affrontino la malattia provando altri metodi non convenzionali, come ad esempio terapia a base di erbe, psicoterapia o attività fisica.

Uno degli studi presi in esame in tale revisione, ha rivelato che tutte le partecipanti hanno espresso una forte approvazione della terapia cognitivo comportamentale che dovrebbe essere aggiunta al trattamento standard.

Inoltre le donne che hanno accettato la loro malattia e hanno imparato a convivere con essa riescono a tollerare meglio il dolore e riferiscono un livello più elevato della qualità della vita, nonostante la presenza della malattia.

3. Physio-EndEA' Study: A Randomized, Parallel-Group Controlled Trial to Evaluate the Effect of a Supervised and Adapted Therapeutic Exercise Program to Improve Quality of Life in Symptomatic Women Diagnosed with Endometriosis, 2022

L'obiettivo del seguente studio randomizzato è individuare un programma di esercizi terapeutici tenendo in considerazione l'HRQoL¹⁰.

In questo studio sono state coinvolte 26 pazienti: le partecipanti assegnate in modo casuale al gruppo di controllo ($n = 13$) hanno ricevuto il trattamento abituale, stabilito dal loro ginecologo, la restante parte è stata inserita nel gruppo di cura seguendo un programma di esercizi denominato "Physio-EndEA".

"Physio-EndEA" è un programma personalizzato di esercizi terapeutici dalla durata di 9 (1 + 8) settimane che incorpora esercizi globali e lombopelvici progettato da un team multidisciplinare. L'intervento è stato eseguito in piccoli gruppi di 4-6 partecipanti, allenandosi 90 min/sessione due volte a settimana. Le pazienti sono state invitate a ripetere questo elenco di esercizi due volte al giorno (>5 minuti ciascuno) durante quella settimana.

La seconda parte dell'intervento ha avuto durata 8 settimane con sessioni di gruppo due volte a settimana incentrate sul miglioramento della forma fisica e del controllo motorio legate alla salute. Ogni sessione è stata suddivisa in tre sezioni:

- un periodo iniziale con esercizi di riscaldamento (10 min);
- un secondo periodo con esercizi di aerobica (20–40 min) (camminate continue a passo svelto), stretching (10–15 min) e stabilizzazione lombopelvica (30–35 min);
- un ultimo periodo di defaticamento di esercizi di respirazione e rilassamento.

Infine è stato valutato l'HRQoL attraverso la versione spagnola EHP-30¹¹ (Jones G. et al. 2001), grazie al quale è emerso che questo tipo di programma personalizzato potrebbe giovare alla HRQoL delle donne sintomatiche con endometriosi. Inoltre potrebbe ridurre i costi diretti e indiretti di questo problema di salute.

¹⁰ Health-Related Quality of Life scale, una scala utilizzata per misurare il modo in cui la salute influisce su come ci si sente a livello fisico, psichico ed emotivo.

¹¹ EHP-30: Endometriosis Health Profile-30, uno strumento di 30 elementi specifico per valutare l'HRQoL nelle donne con endometriosi

Il risultato di questo studio è quindi che i programmi di trattamento dell'endometriosi (controllo farmacologico palliativo dei sintomi del dolore e un intervento chirurgico per la resezione delle lesioni) sono insufficienti per gestire il carico dei sintomi in molte donne.

4. The Endometriosis Impact Questionnaire (EIQ): a tool to measure the long-term impact of endometriosis on different aspects of women's lives, 2019

Questo studio trasversale/ qualitativo condotto nel 2019 mostra l'importanza dell'EIQ¹² per misurare l'impatto dell'endometriosi sulla vita delle donne nel lungo periodo.

L'EIQ è un questionario di autovalutazione che chiede alle donne in che modo l'endometriosi abbia influenzato la loro vita durante i tre periodi di richiamo: "ultimi 12 mesi", "da 1 a 5 anni fa" e "più di 5 anni fa". Le risposte per tutti gli item EIQ sono classificate utilizzando una scala Likert a 5 punti che include: 0 = Per niente, 1 = Poco, 2 = Raramente, 3 = Abbastanza, 4 = Molto e 5 = Moltissimo. Punteggi più alti indicano un impatto maggiore.

Secondo gli autori, questo questionario, come anche l'EHP-30¹³, potrebbe essere utile per guidare lo sviluppo di un piano di gestione della malattia individualizzato e potrebbe aiutare le pazienti a comunicare con gli operatori sanitari per contribuire a tale piano.

5. Endometriosis and Chronic Pelvic Pain, 2008

In questa revisione sistematica Bloski T, Pierson R enfatizzano come il disagio emotivo e l'incertezza, che accompagnano l'endometriosi, potrebbero essere ridotti fornendo alle pazienti istruzione e supporto da parte di un team multidisciplinare in cui il ruolo dell'infermiere è fondamentale sia nell'educazione che nella gestione.

¹² EIQ: Endometriosis Impact Questionnaire

¹³ EHP-30: Endometriosis Health Profile

L'approfondimento ha citato diversi autori secondo cui l'educazione alle esperienze mestruali con l'endometriosi dovrebbe iniziare in età premenarcale attraverso corsi di salute elementare per eliminare l'idea che le mestruazioni dolorose siano "normali" (Ballard et al., 2006) e sarebbe anche utile incoraggiare le pazienti a registrare i sintomi in un diario per aiutare a identificare eventuali schemi ciclici.

Inoltre, sarebbe necessario raccogliere un'anamnesi sanitaria completa concentrandosi su sintomi specifici come posizione, gravità, caratteristiche del dolore e come vengano influenzate le attività della vita quotidiana quando una paziente si presenta con dolore pelvico (Bordman & Jackson, 2006 ; Howard, 2001).

Da questa revisione emerge che un aspetto importante dell'assistenza infermieristica è aiutare a rendere più responsabili le pazienti educandole sulla loro condizione, inclusa la pianificazione del loro trattamento e discutendo possibili metodi alternativi per il controllo del dolore.

Inoltre, come già è stato discusso, l'endometriosi influenza notevolmente il tono dell'umore influenzando a sua volta la soglia del dolore della paziente; pertanto, la possibilità di una condizione depressiva ed il suo eventuale trattamento dovrebbero essere presi in considerazione.

Questo studio mette in luce l'importanza di un approccio multidisciplinare con un team sanitario che includa dietisti, fisioterapisti, psicologi, specialisti del dolore cronico e infermieri in quanto offrono il supporto emotivo necessario per aiutare le pazienti a far fronte a sintomi e complicanze; inoltre svolgono un ruolo significativo nel facilitare la diagnosi, fornire educazione e supporto emotivo alle pazienti e nell'alleviare le loro esperienze negative.

6. Diagnosis and management of endometriosis: The role of the advanced practice nurse in primary care, 2010

In questo articolo redatto nel 2010 Alexandra J. And Joyce K. Anastasi discutono sull'importanza del ruolo dell'infermiere di pratica avanzata (advanced practice nurse, APN) nelle cure primarie nella diagnosi e gestione dell'endometriosi. Secondo le

autrici è fondamentale che l'APN sia a conoscenza dell'eziologia, della presentazione clinica, della diagnosi e delle attuali opzioni di trattamento di questa malattia.

In seguito ha il ruolo di accompagnare ed educare le pazienti in ogni aspetto della malattia.

Il ruolo dell'APN è affrontare ogni esigenza per ridurre il dolore e prevenire l'infertilità fornendo la necessaria educazione alla paziente sul processo patologico, sulla diagnosi, sulle attuali opzioni di trattamento e sugli effetti collaterali dei farmaci. Il suo ruolo non dovrebbe essere solo fornire supporto e collaborazione con la paziente per facilitare la qualità dell'assistenza, ma anche nella gestione di trattamenti efficaci per ridurre il dolore, migliorare la qualità della vita e prevenire l'infiltrazione dell'endometriosi e l'ulteriore progressione della malattia.

Molte pazienti con endometriosi riferiscono un miglioramento dei sintomi del dolore da terapie nutrizionali e integrative come agopuntura e medicina tradizionale cinese (Kennedy et al., 2005); sebbene ciò richieda più prove di ricerca per supportare l'uso di terapie integrative nelle cure primarie, il medico non dovrebbe escluderle nel processo di gestione del dolore ed inoltre l'APN dovrebbe comunque fornire informazioni e indicazioni nella selezione di tali modalità.

Tuttavia lo scopo principale è mirare ad alleviare i sintomi dolorosi, ecco perché l'APN dovrebbe considerare un approccio multidisciplinare e integrativo per la gestione del dolore a lungo termine.

7. Predictors of Psychological Outcomes and the Effectiveness and Experience of Psychological Interventions for Adult Women with Chronic Pelvic Pain: A Scoping Review, 2020

Questa revisione effettuata nel 2020 da Brooks T, Sharp R, Evans S, Baranoff J, Esterman A. basata su precedenti revisioni sistematiche su CPP e include RCT e studi qualitativi, ha lo scopo di identificare gli interventi terapeutici per le donne con CPP. È stato raccomandato un approccio multidisciplinare per la condizione di CPP, tuttavia non è chiaro quali professioni e interventi siano adatti in aggiunta alle cure mediche.

I risultati di questo studio hanno condotto all'uso della CBT¹⁴, della terapia interpersonale e delle terapie Mensendieck; esse sono state associate a un miglioramento della salute mentale e degli esiti del dolore.

Le caratteristiche degli interventi CBT erano le tecniche per gestire il pensiero, l'identificazione e la regolazione delle emozioni e delle capacità di coping.

Kames et al. nei loro studi hanno utilizzato la terapia cognitiva insieme all'educazione sul dolore, sulle emozioni, sui modelli di pensiero e comportamentali e hanno visto una diminuzione del dolore, dell'ansia, della depressione e dei punteggi del dolore VAS.

I partecipanti hanno riferito che a sei mesi questi cambiamenti sono stati mantenuti e hanno riportato un miglioramento dell'attività sociale, dell'attività sessuale e un miglioramento del 65% nei punteggi del dolore.

La terapia interpersonale ha ridotto significativamente i punteggi della depressione e l'aggressività nelle donne con CPP. Tuttavia, non vi è stato alcun impatto sugli esiti del dolore riportati in questo studio.

Per quanto riguarda la terapia somatocognitiva di Mensendieck sul CPP è stato riscontrato che le donne, che hanno completato la terapia e l'intervento ginecologico, hanno riportato funzioni motorie migliorate e anche una diminuzione d'ansia, insonnia e angoscia nonché del 50% del punteggio del dolore su scala VAS.

Le terapie che utilizzano la CBT in combinazione con interventi fisici hanno riportato miglioramenti nella gravità del dolore, ansia, stress percepito, qualità della vita fisica e mentale, dolore globale, dolore pelvico e depressione. Gli interventi e le tecniche di terapia fisica che sono stati segnalati come efficaci in combinazione con la terapia psicologica includevano: agopuntura, terapia Mensendieck (drenaggio linfatico, respirazione, considerazioni posturali), esercizi di respirazione, stretching, cure mediche, farmaci, stretching ed esercizi pelvici.

Da quanto riportato emerge l'importanza di un approccio multidisciplinare per i pazienti affetti da endometriosi.

8. The Importance of a Multi-Disciplinary Approach to the Endometriotic Patients: The Relationship between Endometriosis and Psychic Vulnerability, 2021

¹⁴ CBT: terapia cognitivo-comportamentale (cognitive behavioural therapy)

Da questo ultimo studio emerge una stretta relazione tra i sintomi dell'endometriosi, l'aumento della vulnerabilità e la possibile insorgenza dei sintomi psichiatrici; ciò innesca un circolo vizioso che porta a un deterioramento della qualità di vita.

L'elevata prevalenza di sintomi depressivi in un campione di 118 donne sintomatiche è stata confermata da Lorencatto et al. (2006) che, utilizzando BDI ha rilevato sintomi depressivi nell'86% delle donne. Lo stesso gruppo di ricerca, in uno studio diverso, ha osservato che il supporto psicologico ha un impatto positivo sul benessere psico-affettivo delle pazienti con endometriosi, riducendo i sintomi depressivi e migliorando la gestione del dolore.

Secondo gli autori dovrebbe esserci un nuovo modello di approccio per le donne con endometriosi che preveda una valutazione multipla in termini di gestione e trattamento. Un approccio multidisciplinare composto da un'équipe di ginecologi, psicologi, psichiatri, e sessuologi, garantirebbe la definizione di un obiettivo e la decisione migliore su un piano terapeutico personalizzato.

4.2 Schedatura del materiale bibliografico

La seguente tabella rappresenta gli articoli selezionati (Tabella III):

Articolo	Autore/i	Anno di pubblicazione	Fonte
<i>1 Endometriosis, an Ongoing Pain – Step-by-Step Treatment, JClin Med.</i> 2022; 11(2): 467.	Sylvia Mechsner	2022	PubMed

<p>2 <i>The State of Health and the Quality of Life in Women Suffering from Endometriosis,</i> JClin Med. 2022; 11(7): 2059</p>	<p>Monika Ruszała, Dominik Franciszek Dłuski, Izabela Winkler, Jan Kotarski, Tomasz Rechberger, and Marek Gogacz</p>	<p>2022</p>	<p>PubMed</p>
<p>3 <i>Physio-EndEA' Study: A Randomized, Parallel-Group Controlled Trial to Evaluate the Effect of a Supervised and Adapted Therapeutic Exercise Program to Improve Quality of Life in Symptomatic Women Diagnosed with Endometriosis,</i> Int J Environ Res Public Health, 2022; 19(3): 1738.</p>	<p>Salinas-Asensio MDM, Ocón-Hernández O, Mundo-López A, Fernández-Lao C, Peinado FM, Padilla- Vinuesa C, Álvarez- Salvago F, Postigo- Martín P, Lozano- Lozano M, Lara- Ramos A, Arroyo- Morales M, Cantarero- Villanueva I, Artacho- Cordón F.</p>	<p>2022</p>	<p>PubMed</p>

<p>4 <i>The Endometriosis Impact Questionnaire (EIQ): a tool to measure the long-term impact of endometriosis on different aspects of women's lives,</i> Womens Health BMC. 2019; 19:64.</p>	<p>Moradi M, Parker M, Sneddon A, Lopez V, Ellwood D.</p>	<p>2019</p>	<p>PubMed</p>
<p>5 <i>Endometriosis and Chronic Pelvic Pain,</i> Nurse Womens Health. 2008; 12(5): 382-395</p>	<p>Bloski T, Pierson R.</p>	<p>2008</p>	<p>PubMed</p>
<p>6 <i>Diagnosis and management of endometriosis: The role of the advanced practice nurse in primary care.</i> Journal of the American Academy of Nurse</p>	<p>Alexandra J. And Joyce K. Anastasi</p>	<p>2010</p>	<p>Wiley Online Library</p>

Practitioners, 2010; 22: 109-116.			
7 <i>Predictors of Psychological Outcomes and the Effectiveness and Experience of Psychological Interventions for Adult Women with Chronic Pelvic Pain: A Scoping Review</i> , J Pain Res. 2020; 13: 1081–1102.	Brooks T, Sharp R, Evans S, Baranoff J, Esterman A.	2020	PubMed
8 <i>The Importance of a Multi-Disciplinary Approach to the Endometriotic Patients: The Relationship between Endometriosis and Psychic Vulnerability</i> , J Clin Med. 2021 Apr; 10(8): 1616.	Carbone MG, Campo G, Papaleo E, Marazziti D, Maremmani I.	2021	PubMed

CAPITOLO V

DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

5.1 Discussione

Come si evince dagli studi effettuati l'endometriosi è una condizione complessa e cronica che colpisce circa 190 milioni di donne in tutto il mondo.

Non esiste una vera e propria cura, ma ci sono dei trattamenti (chirurgici e/o ormonali) per alleviare i sintomi.

Le attuali terapie chirurgiche e/o ormonali per l'endometriosi non portano a un sufficiente controllo del dolore pelvico in quanto anche dopo la rimozione chirurgica vi è un alto tasso di recidiva del dolore, che influisce negativamente sulla qualità di vita delle donne, motivo per il quale le pazienti richiedono ulteriori approcci diversi dalla chirurgia o dall'assunzione di ormoni (Nnoaham KE. et al. 2011).

Dalla revisione effettuata emerge un focus non indifferente sul monitoraggio del dolore post trattamento chirurgico; secondo l'autrice Mechsner (2022) bisognerebbe innanzitutto educare le pazienti a valutare il livello del dolore tramite scala analogica VAS inoltre sarebbe opportuno che le pazienti tenessero un diario dove poter monitorare l'intensità del dolore, in modo che tutti gli alti e i bassi possano essere registrati e valutati. Da questo studio rileva che, oltre la terapia analgesica, anche l'utilizzo non convenzionale dell'olio di cannabidiolo (CBD) (10%) e l'olio di tetraidrocannabinolo (THC) sembrano avere un effetto positivo sul dolore pelvico da endometriosi, l'unico limite è che dovrebbero essere prescritti dal terapeuta del dolore.

È stato anche documentato come il dolore possa portare ad una postura scorretta che può interessare l'intero sistema muscolo-scheletrico, motivo per il quale le pazienti dovrebbero anche eseguire esercizi di rilassamento, yoga o training autogeno per alleviare il dolore del pavimento pelvico e integrarli nella loro routine quotidiana.

Un altro fattore importante che si evince dalla revisione è la psiche che, a causa dell'endometriosi e del dolore pelvico che ne consegue, ne risente particolarmente.

Si osserva un'elevata prevalenza di sintomi depressivi ed ansiosi nella maggior parte delle donne affette da endometriosi che contribuiscono al peggioramento della loro condizione clinica. Diverse terapie come la CBT sono state associate a un miglioramento della salute mentale e degli esiti del dolore.

Le caratteristiche degli interventi della CBT erano tecniche focalizzate ad una gestione del pensiero, all'identificazione e alla regolazione delle emozioni e delle capacità di coping.

Kames et al. nei loro studi hanno utilizzato la terapia cognitiva insieme all'educazione sul dolore, sulle emozioni, sui modelli di pensiero e comportamentali e hanno notato una diminuzione del dolore, dell'ansia, della depressione e dei punteggi del dolore sulla scala VAS.

Secondo Bloski T, Pierson R (2008) il disagio emotivo e l'incertezza, che accompagnano l'endometriosi, potrebbero essere ridotti fornendo alle pazienti istruzione e supporto da parte di un team multidisciplinare in cui il ruolo dell'infermiere è fondamentale sia nell'educazione che nella gestione.

Da questo studio che si focalizza su una revisione emerge che un aspetto importante dell'assistenza infermieristica è aiutare a rendere più responsabili le pazienti educandole sulla loro condizione, inclusa la pianificazione del loro trattamento e discutendo con esse in base alle loro esigenze possibili metodi alternativi per il controllo del dolore.

Da tutti gli studi riportati emerge la raccomandazione di un approccio multidisciplinare per la condizione di CPP, tuttavia ancora oggi non è chiaro quali professioni e interventi siano adatti in aggiunta alle cure mediche.

5.2 Conclusione e implicazioni per la pratica

All'interno di questa condizione complessa e cronica il ruolo dell'infermiere è essenziale nel supporto delle pazienti poiché quest'ultimo ha la possibilità di influenzare positivamente il modo in cui le pazienti con endometriosi ricevono assistenza. Inoltre può fungere da trait d'union tra i medici e le pazienti con compiti divulgativi e semplificativi.

In aggiunta per una maggiore consapevolezza della propria condizione patologica e per una gestione quanto più specifica sarebbe opportuno somministrare ed utilizzare le apposite scale, come ad esempio l'EIQ e l'EHP-30, per una valutazione approfondita della qualità di vita che permettono di monitorare nel tempo i risultati ottenuti.

BIBLIOGRAFIA

Abbott J, Hawe J, Hunter D, Holmes M, Finn P, Garry R. Laparoscopic excision of endometriosis: a randomized, placebo-controlled trial. *Fertil Steril*. 2004; 82(4): 878-84

Abbott J, J. Hawe, R.D. Clayton, R. Garry, The effects and effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis: a prospective study with 2–5 year follow-up, *Human Reproduction*, Volume 18, Issue 9, 2003, Pages 1922–1927

Aerts L, Grangier L, Streuli I, Dallenbach P, Marci R, Wenger JM, et al. Psychosocial impact of endometriosis: from co-morbidity to intervention. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018; 50: 2–10

Angioni S, Pontis A, Dessole M, Surico D, De Cicco Nardone C, Melis I. Pain control and quality of life after laparoscopic en-block resection of deep infiltrating endometriosis (DIE) vs. incomplete surgical treatment with or without GnRHa administration after surgery. *Arch Gynecol Obstet*. 2015; 291(2): 363-70

Ballard K, Lowton K, Wright J. What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. *Fertility and Sterility*. 2006; 86(5): 1296–1301

Banerjee S, Ballard KD, Lovell DP, et al.: Deep and superficial endometriotic disease: the response to radical laparoscopic excision in the treatment of chronic pelvic pain. *Gynecol Surg*. 2006; 3 (3): 199–205

Benagiano, G., Brosens, I. & Lippi, D. The history of endometriosis. *Gynecol. Obstet. Investig*. 2014; 78 :1–9

Blumenkrantz, M. J., Gallagher, N., Bashore, R. A. & Tenckhoff, H. Retrograde menstruation in women undergoing chronic peritoneal dialysis. *Obstet. Gynecol*. 1981; 57, 667–670

Bordman R, Jackson B. Below the belt: Approach to chronic pelvic pain. *Canadian Family Physician*. 2006; 52(12): 1556–1562

Bulun, SE. Endometriosis. *N. Engl. J. Med.* 2009; 360, 268–279

Bulun SE, Yilmaz BD, Sison C, Miyazaki K, Bernardi L, Liu S, Kohlmeier A, Yin P, Milad M, Wei J. Endometriosis. *Endocr Rev.* 2019; 40(4): 1048-1079

Burney RO, Giudice LC. Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. *Fertil Steril.* 2012; 98(3): 511-9

Cao Q, Lu F, Feng WW, Ding JX, Hua KQ. Comparison of complete and incomplete excision of deep infiltrating endometriosis. *Int J Clin Exp Med.* 2015; 8(11): 21497-506

Chapron C, Marcellin L, Borghese B, Santulli P. Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis. *Nat Rev Endocrinol.* 2019; 15(11): 666-682

Culley L, Law C, Hudson N, Denny E, Mitchell H, Baumgarten M, et al.. The social and psychological impact of endometriosis on women's lives: a critical narrative review. *Hum Reprod Update.* 2013; 19:625–39

De Graaff AA, D’Hooghe TM, Dunselman GA, Dirksen CD, Hummelshoj L; WERF EndoCost Consortium, Simoens S. The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from an international cross-sectional survey. *Hum Reprod.* 2013; 28(10):2677-85

Friedl F, Riedl D, Fessler S, Wildt L, Walter M, Richter R, Schüßler G, Böttcher B. Impact of endometriosis on quality of life, anxiety, and depression: an Austrian perspective. *Arch Gynecol Obstet.* 2015; 292(6):1393-9

Fujii S. Secondary müllerian system and endometriosis. *Am J Obstet Gynecol.* 1991; 165(1): 219-25

Giudice, L. C. Clinical practice. Endometriosis. *N. Engl. J. Med.* 2010; 362, 2389–2398

Grümmer, R. et al. Peritoneal endometriosis: Validation of an in-vivo model. *Hum. Reprod.* 2001; 16, 1736–1743

Guerrero S, Saba L, Pascual MA, et al: Transvaginal ultrasound vs magnetic resonance imaging for diagnosing deep infiltrating endometriosis: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 51 (5):586–595, 2018

Guo SW. Recurrence of endometriosis and its control. *Hum Reprod Update.* 2009; 15(4):441-61

Guo, SW. The pathogenesis of adenomyosis vis-à-vis endometriosis. *J. Clin. Med.* 2020; 9, 485

Halme, J., Hammond, M. G., Hulka, J. F., Raj, S. G. & Talbert, L. M. Retrograde menstruation in healthy women and in patients with endometriosis. *Obstet. Gynecol.* 1984; 64, 151–154

Hansen KE, Kesmodel US, Baldursson EB, Schultz R, Forman A. The influence of endometriosis-related symptoms on work life and work ability: A study of Danish endometriosis patients in employment. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013; 169(2): 331–9

Hickey M., Ballard K., Farquhar C. Endometriosis. *BMJ.* 2014; 348: 1752

Hwang SM, Lee CW, Lee BS, Park JH. Clinical features of thoracic endometriosis: A single center analysis. *Obstet Gynecol Sci.* 2015; 58: 223–231

Howard FM. Chronic pelvic pain in women. *The American Journal of Managed Care.* 2001; 7(10): 1001–1011

Jones G., Kennedy S., Barnard A., Wong J., Jenkinson C. Development of an endometriosis quality-of-life instrument: The Endometriosis Health Profile-30. *Obstet. Gynecol.* 2001; 98:258–264

Jubanyik, K. J. & Comite, F. Extrapelvic endometriosis. *Obstet. Gynecol. Clin. N. Am.* 1997; 24, 411–440

Kennedy, S., Agneta, B., Chapron, C., D’Hooghe, T., Dunselman, G., Greb, R., et al. (2005). ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Human Reproduction*, 20, 2698–2704

Kyama, C. M., Debrock, S., Mwenda, J. M. & D’Hooghe, T. M. Potential involvement of the immune system in the development of endometriosis. *Reprod. Biol. Endocrinol.* 2003; 1, 123

Laganà AS, Condemi I, Retto G, Muscatello MR, Bruno A, Zoccali RA, Triolo O, Cedro C. Analysis of psychopathological comorbidity behind the common symptoms and signs of endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015; 194:30-3

Laganà AS, La Rosa VL, Rapisarda AMC, Valenti G, Sapia F, Chiofalo B, Rossetti D, Ban Frangež H, Vrtačnik Bokal E, Vitale SG. Anxiety and depression in patients with endometriosis: impact and management challenges. *Int J Womens Health.* 2017; 9: 323-330

Latthe P, Mignini L, Gray R, Hills R, Khan K. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ.* (2006) 332:749–55

Lorençatto C, Petta CA, Navarro MJ, Bahamondes L, Matos A. Depression in women with endometriosis with and without chronic pelvic pain. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006; 85(1):88-92

Marí-Alexandre J., García-Oms J., Agababayan C., Belda-Montesinos R., Royo-Bolea S., Varo-Gómez B., Díaz-Sierra C., González-Cantó E., Gilabert-Estellés J. Toward an improved assessment of quality of life in endometriosis: Evaluation of the Spanish version of the Endometriosis Health Profile 30. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 2020; 1–7

Milingos S, Protopapas A, Kallipolitis G, Drakakis P, Loutradis D, Liapi A, Antsaklis A. Endometriosis in patients with chronic pelvic pain: is staging predictive of the efficacy of laparoscopic surgery in pain relief. *Gynecol Obstet Invest.* 2006; 62(1): 48-54

Mounsey A, Wilgus A, Slawson D C. Diagnosis and management of endometriosis. *American Academy of Family Physicians.* 2006; 74: 594-600

Muharam R, Amalia T, Pratama G, Harzif AK, Agiananda F, Maidarti M, Azyati M, Sumapraja K, Winarto H, Wiweko B, Hestiantoro A, Suarthana E, Tulandi T. Chronic Pelvic Pain in Women with Endometriosis is Associated with Psychiatric Disorder and Quality of Life Deterioration. *Int J Womens Health.* 2022 4; 14:131-138

Nap, A. W. et al. Tissue integrity is essential for ectopic implantation of human endometrium in the chicken chorioallantoic membrane. *Hum. Reprod.* 2003; 18, 30–34

Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P, d'Hooghe T, de Cicco Nardone F, de Cicco Nardone C, et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertil Steril.* (2011) 96:366–73

Parazzini F, Esposito G, Tozzi L, Noli S, Bianchi S. Epidemiology of endometriosis and its comorbidities. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017; 209:3-7

Prentice A. Endometriosis. *British Medical journal.* 2001; 323: 93-95

Rahi Victory, Diamond MP, Johns DA. Villar's nodule: a case report and systematic literature review of endometriosis externa of the umbilicus. 2007; 14: 23–32

Redwine David B, Diaphragmatic endometriosis: diagnosis, surgical management, and long-term results of treatment. *Fertility and Sterility*. 2002; 77: 288 – 296

Rudzitis-Auth J, Huwer SI, Scheuer C, Menger MD, Laschke MW. The ischemic time window of ectopic endometrial tissue crucially determines its ability to develop into endometriotic lesions. *Sci Rep*. 2022; 12(1): 5625

Saha R, Pettersson HJ, Svedberg P, et al. Heritability of endometriosis. *Fertil Steril* 2015; 104 (4): 947–952

Samani EN, Mamillapalli R, Li F, Mutlu L, Hufnagel D, Krikun G, Taylor HS. Micrometastasis of endometriosis to distant organs in a murine model. *Oncotarget*. 2017; 10(23): 2282-2291

Sampson, J. A. Peritoneal endometriosis due to menstrual dissemination of endometrial tissues into the peritoneal cavity. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1927; 14, 422–469

Seear K. The etiquette of endometriosis: stigmatisation, menstrual concealment and the diagnostic delay. *Soc Sci Med*. 2009; 69(8): 1220-7

Tirlapur SA, Priest L, Daniels JP, et al.: Come definiamo il termine idiopatico? *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2013; 25 (6): 468–73

SITOGRAFIA

Diseases conditions endometriosis, Mayo clinic (consultato 29/09/2022)

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/endometriosis/symptoms-causes/syc-20354656>

Endometriosis: diagnosis and management NICE guideline 2017 (consultato 21/09/2022)

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng73>

James H. Liu, MD, Case Western Reserve University School of Medicine (consultato il 25/09/2022)

<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/ginecologia-e-ostetricia/endometriosi/endometriosi>

<https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/endometriosis?amp=true>

<https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?id=4487&area=Salute%20donna&menu=patologie>