

Endometriosi con infiltrazione profonda

L. FEDELE, N. BERLANDA, A. BULFONI, E. FONTANA, S. BERTINI, G. BULFAMANTE*

Introduzione

Le due più significative forme cliniche di presentazione dell'endometriosi profonda sono l'endometriosi del setto retto-vaginale e l'endometriosi vescicale. In questi casi lo scarso connettivo lasso presente nello spazio retto-vaginale e vescico-vaginale viene infiltrato da noduli endometriosici a prevalente composizione fibrotica. Per la gran parte dei casi sintomatici, la chirurgia sembra essere l'unico trattamento efficace. Per quanto riguarda i casi più semplici, il trattamento più adeguato sembra essere la sola escissione del nodulo endometriosico; nei casi in cui vi sia coinvolgimento del retto o della vescica, la chirurgia prevede anche l'esecuzione di resezioni anche totali di tali organi. Abbiamo valutato i risultati a lungo termine in due serie di pazienti sottoposte a chirurgia conservativa per endometriosi del setto retto-vaginale o vescico-vaginale.

Materiali e metodi

Abbiamo valutato 83 pazienti operate per endometriosi del setto retto-vaginale e 47 operate per endometriosi vescicale. Tutti gli interventi sono stati eseguiti tra il 1989 ed il 2002 presso il Centro di riferimento per l'endometriosi negli ospedali universitari di Milano e Verona.

Gli interventi per l'endometriosi del setto retto-vaginale sono stati eseguiti secondo tecnica standard; nei casi con infiltrazione vescicale, la chirurgia è stata modulata sulla base della localizzazione della lesione. In presenza di un singolo nodulo endometriosico a livello della cupola vescicale, è stata eseguita una cistectomia parziale transparietale, per via laparotomica fino al 1995, e successivamente utilizzando un approccio laparoscopico. È stata utilizzata la transilluminazione cistoscopica per meglio definire i margini della lesione e per

risparmiare al massimo il tessuto mucoso sano. L'incisione vescicale è stata riparata con sutura in doppio strato continua con Vicryl 3/0. Quando la lesione endometriosica coinvolgeva la base vescicale, abbiamo eseguito i seguenti step chirurgici:

1. cistoscopia e cateterizzazione bilaterale degli ureteri
2. dissezione completa dello spazio utero-vescicale con separazione della vescica dalla regione istmica
3. cistectomia parziale con massimo risparmio della mucosa sana
4. resezione di 0.5-1cm in profondità della parete uterina adiacente il nodulo vescicale per rimuovere qualsiasi focus di adenomiosi presente al di sotto della lesione vescicale
5. riparazione della vescica come prima descritto e chiusura della parete uterina anteriore con sutura a punti staccati in Vicryl 2/0.

Il passaggio n. 4 è stato effettuato sistematicamente a partire dal 1995.

Prima dell'intervento e durante le visite di follow up, è stato chiesto ad ogni paziente di riempire un questionario sui principali sintomi dolorifici. In particolare il questionario per le donne affette da endometriosi retto-vaginale era focalizzato sulla dismenorrea, dispareunia, dolore pelvico, dischezia, dolore pelvico durante l'attività fisica, dolore lombo-sacrale, costipazione o diarrea. Il questionario per le donne con endometriosi vescicale, invece, era focalizzato sulla severità dell'urgenza, frequenza e dolore alla minzione durante le mestruazioni.

Abbiamo calcolato la percentuale di pazienti con ricorrenza dei noduli endometriotici, la ricorrenza dei sintomi e l'esigenza di nuovo trattamento, per mezzo di analisi di sopravvivenza usando il metodo del Kaplan-Meier-Meier (SPSS 11.5).

Risultati

Le caratteristiche delle pazienti sono indicate nella Tabella 1.

Endometriosi rettovaginale

La resezione della vescica è stata effettuata in 32 (38.5%) pazienti. Il follow-up postoperatorio è stato

Università degli Studi di Milano
Clinica Ostetrica e Ginecologica
*Istituto di Anatomia Patologica
Ospedale San Paolo

TABELLA 1 - CARATTERISTICHE DELLE PAZIENTI SOTTOPOSTE A CHIRURGIA PER ENDOMETRIOSI PROFONDA.

| | <i>Endometriosi retto vaginale</i> (n=83) | <i>Endometriosi vescicale</i> (n=47) |
|--|--|---|
| Età (media±SD) | 30.5±4.05 | 30.5±3.2 |
| Precedente intervento per endometriosi | 48(57.8%) | 17 (36.2%) |
| Approccio chirurgico | 62 (74.7%) | 29 (61.7%) |
| Laparotomia | 21 (25.3%) | 18 (38.3%) |
| Laparoscopia | | |
| Follow up | (mesi, 37.5±20.04 media±SD) | 33.5±20.1 |

raccolto in 78 pazienti (94%), una paziente è stata rioperata per via laparotomica dopo la resezione vescicale a causa di un'occlusione ileale, in due casi è stata necessaria una trasfusione di sangue durante il periodo postoperatorio ed infine abbiamo osservato un'atonia vescicale in 3 pazienti, che avevano effettuato una resezione sigmoidorettale, risoltasi spontaneamente dopo 10 giorni, 1 mese e 6 mesi.

La ricorrenza di un sintomo dolorifico (dismenorrea, dolore pelvico o dispareunia) da moderato a severo, è stata riscontrata in 21 pazienti, con un tasso cumulativo di ricorrenza del 28% a 36 mesi. La ricorrenza di endometriosi profonda, all'esame clinico o all'esame ecografico transrettale, è stata rilevata in 25 pazienti, equivalenti ad un tasso cumulativo di ricorrenza del 34.2% a 36 mesi. 21 pazienti hanno richiesto un nuovo intervento chirurgico e/o un trattamento con agonisti del GnRH a causa della ricorrenza di endometriosi profonda, con un tasso cumulativo del 27% a 36 mesi. Diciassette donne sterili sono rimaste gravide durante il follow-up equivalente al 34% delle donne che desideravano concepire prima del trattamento chirurgico.

Endometriosi vescicale

Quattordici pazienti hanno avuto un nodulo endometrioso della cupola vescicale, mentre in 33 è stata colpita la base vescicale con la partecipazione del setto vescico-uterino. Nessuna complicanza intraoperatoria è stata registrata, mentre 8 pazienti hanno avuto febbre postoperatoria. In tre casi, il nodulo ha raggiunto il trigono vescicale vicino ai meati ureterali; un catetere ureterale a doppio-J è stato lasciato per 30 giorni. Durante il follow-up 11 donne sono rimaste gravide, 9 di loro hanno portato a termine la gravidanza, mentre 2 hanno avuto un aborto spontaneo. Una paziente è andata in menopausa 6 anni dopo la chirurgia ed un'altra ha subito l'isterectomia totale e l'annessotomia bilaterale per fibromatosi uterina 5 anni dopo l'intervento.

La ricorrenza almeno di un sintomo (urgenza, frequenza, dolore durante la minzione) di intensità da moderato a severo, si è presentata in 8 donne, con un tasso cumulativo di ricorrenza del 17.5% a 36 mesi. La ricorrenza clinica e strumentalmente provata è stata osservata in 5 donne, con un tasso cumulativo di ricorrenza del 10.9% a 36 mesi. Fra le 8 pazienti con ricorrenza sintomatica, 2 precedentemente avevano subito una laparoscopia e sono state rioperate per via laparotomica, in 3 casi è stato inserito uno IUD a rilascio di LNG ed in altri 3 sono stati somministrati gli anticoncezionali orali a regime continuo. Tutte le ricorrenze sono state osservate fra le pazienti che avevano il coinvolgimento della base vescicale, mentre tutte le pazienti trattate per una lesione della cupola vescicale sono rimaste asintomatiche. I tassi cumulativi di ricorrenza a 36 mesi erano 24.7% e 0% (P < 0.05) per la ricorrenza dei sintomi e 15.5% e 0% (P non significativo) per l'evidenza di ricorrenza clinico-strumentale delle lesioni nei due gruppi rispettivamente.

Discussione

Endometriosi del setto retto-vaginale

I nostri risultati mostrano che solamente il 25% circa delle pazienti sottoposte ad un trattamento chirurgico conservativo per endometriosi del setto retto-vaginale presentano una recidiva dei sintomi entro 3 anni dall'intervento. Il tasso di ricorrenza nel nostro studio è più alto rispetto a quello osservato nei casi in cui vi sia associazione con endometriosi a livello ovarico o peritoneale, il cui tasso di ricorrenza cumulativo è risultato del 12% a 48 mesi (1) e del 19% dopo 5 anni (2). Questo risultato non deve sorprendere se consideriamo le difficoltà nell'escissione delle lesioni endometriosiche i cui margini sono spesso mal definibili e risultano essere pertanto un esercizio davvero impegnativo anche per il chi-

urgo più esperto; spesso, inoltre, tali lesioni interessano gli organi vicini come il retto, gli ureteri o i vasi sanguigni pelvici. Durante il follow-up 21 pazienti hanno ricevuto un secondo trattamento, medico o chirurgico. Kavallaris et al. (3) hanno ottenuto risultati migliori praticando una resezione in blocco combinata per via laparoscopica-vaginale, del cul-de-sac con una resezione parziale della parete vaginale posteriore e del retto ed una successiva reanastomosi per via minilaparotomica, riportando un tasso di ricorrenza dopo 32 mesi del solo 4%.

In conclusione, i nostri dati dimostrano che un trattamento chirurgico conservativo porta ad un miglioramento dei sintomi in I delle pazienti.

Endometriosi vescicale

I nostri dati dimostrano che il trattamento chirurgico conservativo per l'endometriosi vescicale porta ad una scomparsa dei sintomi nell'80% dei casi. Nei casi in cui venga colpita la cupola vescicale, il tasso di successo raggiunge il 100% circa, mentre nei casi con coinvolgimento della base vescicale e del setto vescico-uterino si ha un tasso di ricorrenza dei sintomi del 25% dopo 3 anni. In questi casi un'asportazione radicale delle lesioni

che includano il nodulo endometrioso ed una porzione di miometrio adiacente la lesione stessa, porta ad un tasso di ricorrenza minore. Secondo la nostra opinione due fattori sono responsabili del maggior tasso di ricorrenza nei casi di endometriosi della base vescicale. Il primo è connesso con la stessa chirurgia a causa della stretta vicinanza tra la lesione, il muscolo detrusore e gli sbocchi ureterali, il che ovviamente limita l'estensione della resezione. In secondo luogo, riteniamo che la ricorrenza possa derivare da foci di adenomiosi a livello della parete uterina anteriore (4). Questa ipotesi è supportata dall'osservazione che i tassi di ricorrenza sono minori in quelle pazienti in cui viene praticata una resezione di parte del miometrio della parete anteriore. In conclusione possiamo dire che il trattamento chirurgico conservativo dell'endometriosi vescicale sembra essere efficace nell'assicurare una scomparsa della sintomatologia in tutti i casi in cui sia coinvolta la cupola vescicale, mentre i tassi di successo nei casi con lesioni profonde che coinvolgano la base vescicale ed il setto vescico-uterino, sono inferiori non essendo possibile effettuare sempre una chirurgia radicale.

Bibliografia

1. BUSACCA M., MARANA R., CARUANA P., CANDIANI M., MUZZI L., CALIA C., BIANCHI S.: *Recurrence of ovarian endometrioma after laparoscopic excision*. Am J Obstet Gynecol, 180:519-523, 1999.
2. REDWINE D.B.: *Conservative laparoscopic excision of endometriosis by sharp dissection: life table analysis of reoperation and persistent or*
3. KAVALLARIS A., KOHLER C., KUHNE-HEID R., SCHNEIDER A.: *Histopathologic extent of rectal invasion by recto-vaginal endometriosis*. Hum Reprod, 18:1323-1327, 2003.
4. FEDELE L., PIAZZOLA E., RAFFAELLI R., BIANCHI S.: *Bladder endometriosis: deep infiltrating endometriosis or adenomyosis?* Fertil Steril, 69:972-5, 1998.