

Trattamento laparoscopico di un adenomioma cistico

V. MAIS, S. ANGIONI, E. COSSU, S. GUERRIERO, P. FERRANTI, G.B. MELIS

Introduzione

L'adenomiosi è caratterizzata dalla presenza di endometrio ectopico (ghiaiole e stroma) nello spessore del miometrio, che presenta un'iperplasia ed ipertrofia delle cellule muscolari (1). I sintomi più frequenti sono: dolore pelvico cronico, dismenorrea e menorragia, che sono presenti anche in altre patologie quali miomi, endometriosi e iperplasie endometriali (1, 2).

L'adenomiosi può essere superficiale o profonda. È definita superficiale quando il focolaio adenomiotico si trova, nel miometrio, ad una distanza dal margine endometriale non superiore ai 4 mm. Questa condizione è asintomatica o può causare menorragia (1, 2). Al contrario, l'adenomiosi profonda è causa di dolore pelvico cronico, dismenorrea e aumento volumetrico dell'utero (1, 2). Secondo la localizzazione, l'adenomiosi profonda può essere diffusa o focale (adenomioma). Di raro riscontro è la forma focale cistica (adenomioma cistico) (3, 4).

La diagnosi di adenomiosi è difficile e si basa, sia per il riconoscimento della sua presenza che per la definizione della sua localizzazione ed estensione, sull'impiego dell'ecografia e della risonanza magnetica (4). La risonanza magnetica sembra dotata di maggiore sensibilità diagnostica, ma è anche gravata da maggiori costi di gestione (3). Per questo motivo, il nostro gruppo utilizza prevalentemente l'ecografia transvaginale nella diagnosi differenziale delle masse pelviche, che potrebbero essere riconducibili ad endometriosi (endometrioma) (5) o ad adenomiosi (adenomioma).

Per quanto riguarda l'incidenza della forma focale (adenomioma) dell'adenomiosi profonda, uno studio retrospettivo ha permesso di evidenziare che su 83 casi di adenomiosi solo 2 (2,4%) erano "adenomiomi" (6).

Per quanto riguarda infine le possibilità di trattamento chirurgico, in 60 casi su 83 questo è stato radicale (isterectomia), avendo le pazienti più di 40 anni di età e non essendo desiderose di prole (6). In altri 12 casi di

pazienti non desiderose di prole e di età superiore ai 40 anni con adenomiosi superficiale e menorragia come sintomo prevalente, invece, il trattamento chirurgico è stato isteroscopico (ablazione endometriale) (6). Un trattamento laparoscopico conservativo è stato riservato a 11 pazienti desiderose di prole, il cui sintomo prevalente era il dolore pelvico (6).

Due di queste pazienti, trattate esclusivamente per via laparoscopica, presentavano un "adenomioma cistico". Uno di questi due casi è descritto in dettaglio come caso clinico.

Caso clinico

La paziente, nulligravida di 26 anni in trattamento con contraccettivi orali, si presentava nel mese di marzo del 1998 lamentando algie pelviche croniche esacerbatesi una settimana prima del ricovero e resistenti al trattamento medico. All'esplorazione vaginale si apprezzava la presenza di una massa pelvica dolente e dolorabile in rapporto con la parete anteriore dell'utero.

Un'ecografia transvaginale, con valutazione color Doppler energy (CDE) (7), rendeva evidente la presenza di una formazione "ipoecogena" di 45 mm di diametro medio, situata a livello della parete anteriore dell'utero. Alla valutazione CDE tale formazione presentava una vascolarizzazione esclusivamente periferica.

Con il consenso della paziente si decideva di procedere ad intervento chirurgico, ove possibile conservativo e condotto interamente per via laparoscopica. In fase diagnostica, previo pneumoperitoneo, si inseriva l'ottica in sede intraombelicale e si osservava l'utero aumentato di volume per la presenza di una massa nodulare, pseudomiomatosa, che occupava il fondo e la parete anteriore del viscere. Tale massa misurava circa 65 mm di diametro. Le tube e le ovaie apparivano bilateralmente regolari.

Si è quindi passati alla fase operativa dell'intervento con l'escissione della neoformazione. Si è incisa la parete uterina anteriore con bisturi elettrico monopolare e si è scollata la massa dal miometrio circostante, fatto contrarre tramite iniezione endovenosa di ossitocina. Lo

Università degli Studi di Cagliari
Dipartimento Chirurgico, Materno-Infantile e di Scienze delle Immagini
Sezione di Clinica Ginecologica, Ostetrica e di Fisiopatologia
della Riproduzione Umana

© Copyright 2005, CIC Edizioni Internazionali, Roma

scollamento è stato più difficoltoso rispetto a quanto abitualmente osservato in caso di miomectomia, anche per la consistenza della massa che era teso-elastica e non duro-fibrosa. Durante la manovra di scollamento, la tumefazione si è aperta e si è osservata la fuoriuscita dal suo interno di un fluido denso e brunoastro, simile al contenuto di un endometrioma. Era presente una cavitazione centrale. La massa è stata completamente asportata, con accurato controllo dell'emostasi tramite pinza bipolare. La breccia isterotomica è stata chiusa in doppio strato con quattro punti introflettenti. La massa è stata estratta dalla cavità addominale con morcellatore elettrico. Dopo ripetuti lavaggi, sono stati lasciati in cavità peritoneale 500 ml di soluzione di Ringer lattato come prevenzione della formazione di aderenze.

L'esame anatomopatologico ha confermato che la massa asportata era un "adenomioma".

La paziente è stata dimessa quattro giorni dopo l'intervento laparoscopico. Le è stato suggerito di sottoporsi ad un "second look" laparoscopico, entro sei mesi, per verificare la completa cicatrizzazione della breccia uterina e per procedere alla lisi di eventuali aderenze, formatesi dopo il primo intervento.

La laparoscopia di "second look", eseguita nel mese di ottobre del 1998, ha dimostrato la completa cicatrizzazione della breccia, con la ricostituzione di una normale morfologia uterina, in assenza di aderenze sull'utero e sugli annessi. La cromosalpingoscopia ha dimostrato la normale pervietà di entrambe le tube.

Controlli semestrali, clinici ed ecografici, ripetuti fino al giugno 2002, hanno confermato l'assenza di recidive dell'adenomiosi o della sintomatologia algica pelvica. Per tutto questo periodo la paziente ha continuato ad assumere contraccettivi orali perché non ancora desiderosa di prole.

La paziente ha sospeso l'assunzione dei contraccettivi orali nel giugno del 2002 e a fine agosto dello stesso anno si è presentata, presso altro reparto ostetrico, con

un test di gravidanza positivo. La data dell'ultima mestruazione risaliva al 23 luglio ed un'ecografia transvaginale confermava la presenza di una gravidanza normalmente impiantata in utero. Fatta eccezione per una minaccia d'aborto nel corso del primo trimestre, risoltasi con riposo a letto, la gravidanza è evoluta fisiologicamente a termine.

Nell'aprile 2003, alla fine della 38ª settimana di amenorrea, la paziente ha partorito, con taglio cesareo programmato, un feto vivo, di sesso femminile, del peso di 3.250 grammi.

Discussione

L'evoluzione del caso clinico dimostra che, nei puri rari casi di adenomiosi cistica profonda dell'utero, una corretta diagnosi di sospetto può essere posta, con buona riproducibilità, impiegando esclusivamente l'ecografia transvaginale (5) associata a valutazione CDE (7). La dimostrazione di una massa corpuscolata "ipoecogena" con vascolarizzazione esclusivamente perilesionale nel contesto del miometrio o a questo adiacente è, infatti, molto suggestiva della presenza di un "adenomioma". La diagnosi differenziale con un ematometra situato in un corno uterino rudimentario non comunicante (8), necessaria quando la posizione laterale dell'"adenomioma" lo imponga, può essere ottenuta con un'isteroscopia diagnostica.

In donne giovani e desiderose di prole, il trattamento chirurgico conservativo per via laparoscopica consente l'escissione completa della massa, con una buona possibilità di ricostruzione anatomica del viscere uterino. Il completo recupero funzionale di tutti gli organi pelvici dopo l'intervento è dimostrato dalla evoluzione fisiologica della gravidanza, ottenuta dalla paziente subito dopo la sospensione dei contraccettivi orali.

Bibliografia

1. BIRD C.C., McELIN T.W., MANALO-ESTRELLA P.: *The elusive adenomyosis of the uterus*. Am J Obstet Gynecol, 112: 583, 1972.
2. AZZIZ R.: *Adenomyosis: current perspectives*. Obstet Gynecol Clin North Am, 16: 221, 1989.
3. WOOD C.: *Surgical and medical treatment of adenomyosis*. Hum Reprod Update, 4: 323, 1998.
4. OUTWATER E.K., SIEGELMAN E.S., VAN DEERLIN V.: *Adenomyosis: current concepts and imaging considerations*. Am J Radiology, 170: 437, 1998.
5. MAIS V., GUERRIERO S., AJOSSA S., ANGIOLUCCI M., PAOLETTI A.M., MELIS G.B.: *The efficiency of transvaginal ultrasonography in the diagnosis of endometrioma*. Fertil Steril, 60: 776, 1993.
6. ANGIONI S., MAIS V., D'ANGELO N., KOTSONIS P., OGGIANO M.P., MELIS G.B.: *Conservative or radical management of adenomyosis depending on the aspect of the disease. The role of laparoscopy*. In: "New Technologies for Gynecologic and Obstetric Investigation", Genazzani AR and Artini PG (Eds), CIC Edizioni Internazionali, Roma, p. 291, 1999.
7. GUERRIERO S., AJOSSA S., MAIS V., RISALVATO A., LAI M.P., MELIS G.B.: *The diagnosis of endometriomas using color Doppler energy imaging*. Hum Reprod, 13: 1691, 1998.
8. MAIS V., GUERRIERO S., AJOSSA S., PIRAS B., MELIS G.B.: *Endosonographic diagnosis, pre-operative treatment and laparoscopic removal with endoscopic stapler of a rudimentary horn in a woman with unicornuate uterus*. Hum Reprod, 9: 1297, 1994.