

Polipectomia endometriale a lama fredda in corso di isteroscopia ambulatoriale con approccio vaginoscopico

M. FARINA, G. INSOLIA, T.G. TOMASELLI, M. MORANA, A. CACCIATORE, G. ZIZZA¹

RIASSUNTO: Polipectomia endometriale a lama fredda in corso di isteroscopia ambulatoriale con approccio vaginoscopico.

M. FARINA, G. INSOLIA, T.G. TOMASELLI, M. MORANA, A. CACCIATORE, G. ZIZZA

Obiettivo: dimostrare la fattibilità e la tollerabilità della tecnica di polipectomia endometriale in corso di isteroscopia ambulatoriale con approccio vaginoscopico, senza alcun tipo di anestesia, in alternativa alle più classiche tecniche di D&C ed al trattamento resetto-isteroscopico.

Materiali e metodi: studio retrospettivo su 137 donne (età media $56 \pm 3,2$ anni) affette da patologia polipoide endometriale, trattate da maggio 2006 a febbraio 2007 - 104 (75,9%) in menopausa e 33 (24,1%) in età fertile - con polipectomia isteroscopica a lama fredda, con approccio vaginoscopico a mezzo liquido, con un isteroscopia di 2,9 mm, ad ottica di 30 gradi, con due camicie di 4,3 e 5 mm senza nessun trattamento sedativo, né anestesiológico.

La valutazione soggettiva del discomfort e del dolore provato in corso d'esame è stata effettuata secondo una scala analogico-visiva a dieci punti.

Risultati: la polipectomia è stata effettuata con successo, in ambiente ambulatoriale, in 104 donne (75,9%). Nelle restanti l'indagine è stata rinviata in sala operatoria, in narcosi. Escludendo i 26 casi in cui l'esame è stato riprogrammato in sala operatoria per contemporanea presenza di fibromi, ipertrofia endometriale, dimensioni eccessive della lesione o sospetto di cancro, il tasso di fallimento complessivo si è mantenuto < 5%.

Il tempo impiegato per effettuare la procedura in ambulatorio è oscillato tra 9 e 41,5 minuti, con una media di $20,3 \pm 4,8$ minuti. La dimensione media dei polipi asportati è stata di 1,2 cm.

Relativamente al discomfort soltanto 4 donne (3,7%) hanno riferito un dolore tale da non consentire la prosecuzione dell'esame, 8 (7,4%) un dolore moderato-intenso, 26 (24,1%) un dolore sopportabile e 70 (64,8%) un dolore minimo o un leggero discomfort.

Conclusioni: l'isteroscopia "in office" è una procedura raccomandabile nel management delle lesioni endometriali in tutte le donne con evidenza ecografica di ispessimento endometriale sintomatico o asintomatico e/o presenza di aree iperecogene intracavitare.

SUMMARY: Endometrial polypectomy by cold blade cutting during office hysteroscopy with vaginoscopic approach.

M. FARINA, G. INSOLIA, T.G. TOMASELLI, M. MORANA, A. CACCIATORE, G. ZIZZA

Objective: to demonstrate the feasibility and tolerability of endometrial polypectomy during in-office hysteroscopy with vaginoscopic approach without anaesthesia as an alternative to classic techniques such as D&C and hysteroscopic resection treatment.

Materials and methods: retrospective study on 137 women (mean age $56 \pm 3,2$ years) affected by endometrial polyps, treated from May 2006 to February 2007 - 104 (75,9%) in menopause and 33 (24,1%) of fertile age - by means of cold blade hysteroscopic polypectomy with vaginoscopic approach, with a 2,9 mm hysteroscope with 30 degree optic and a 4,3 and a 5 mm channels; and without any sedation or anaesthesiologic treatment.

The subjective discomfort and pain evaluation during the exam has been performed by means of a ten point analogue-visual scale.

Results: polypectomy has been successfully performed in outpatient setting in 104 women (75,9%). The remaining patients have been treated with narcosis in surgery theatre. With the exception of the 26 cases, for which the exam has been re-programmed in theatre, secondary to the contemporary presence of myomas, endometrial hypertrophy, excessive lesion dimension or cancer suspect, the failure rate was < 5%.

The mean operative time ranged from 9 to 41,5 minutes with a mean of $20,3 \pm 4,8$ minutes. The mean dimension of polyps was 1,2 cm.

As regards discomfort, only 4 women (3,7%) referred such pain to interrupt the exam, 8 (7,4%) moderate-severe pain, 26 (24,1%) mild pain and 70 (64,8%) minimum pain or light discomfort.

Conclusions: in-office hysteroscopy represents a suitable procedure in the management of endometrial lesions for all the women with sonographic evidence of endometrial thickness, (symptomatic or not) and/or intra-uterine hyper-echoic areas presence.

KEY WORDS: Office Hysteroscopy - Polipectomia endometriale - Taglio a lama fredda.
Office Hysteroscopy - Endometrial polypectomy - Cold blade cutting.

Università degli Studi di Catania
Dipartimento di Ostetricia, Ginecologia e Scienze Radiologiche (D.O.GI.RA.)
Sezione di Ginecologia ed Ostetricia
(Direttore: C. Montoneri)
Az. Osp.-Univ. Policlinico "G. Rodolico", Catania
¹ Responsabile del Servizio di Isteroscopia

© Copyright 2007, CIC Edizioni Internazionali, Roma

Introduzione

L'isteroscopia moderna è un'indagine endoscopica strumentale che vide la sua comparsa nel panorama della diagnostica ginecologica agli inizi degli Anni '80, quando Hamou presentò ufficialmente alle società europee di ginecologia ed ostetricia il "microcolpoisteroscopia", con il quale era possibile l'osservazione dell'endometrio nei suoi minimi dettagli (18, 8).

La progressiva miniaturizzazione degli strumenti, lo sviluppo tecnologico in campo ottico, l'avvento della tecnologia elettrica e laser e dei sistemi di insufflazione ed irrigazione a controllo automatico, hanno consentito la larga diffusione dell'isteroscopia. Numerose evoluzioni di ordine tecnico hanno, pertanto, permesso la realizzazione di strumenti sempre più sottili e sofisticati che consentono di effettuare, in un unico tempo, procedure diagnostico-terapeutiche con un'ottima *compliance* da parte della paziente, limitando al massimo gli effetti collaterali ed il *discomfort*.

Attualmente, l'isteroscopia rappresenta un esame imprescindibile nella diagnostica della patologia intrauterina in diverse condizioni di interesse ginecologico, (10, 14, 15) assumendo un indiscusso ruolo dapprima nella conferma clinica della patologia endocavitaria, quale secondo *step* diagnostico in seguito a reperto ecografico, fino a proporsi, sempre con maggiori consensi, quale indagine di prima istanza.

Questa metodica, attraverso un'evoluzione che ne ha osservato il passaggio da procedura esclusivamente eseguibile in sala operatoria, ad esame praticabile in ambiente ambulatoriale, (11) ha oggi ampiamente rimpiazzato la dilatazione e curettage (D&C) e la biopsia endometriale con ansa di Novak, tecniche alla cieca, scarsamente sensibili e predittive, gravate, in aggiunta, da elevate percentuali di falsi negativi (6).

Un'ulteriore spinta nel progresso e nella fattibilità di questo esame si deve a Bettocchi e Selvaggi che, nel 1997, hanno introdotto l'approccio vaginoscopico, riducendo l'invasività dell'esame ed il *discomfort* delle pazienti dovuto all'introduzione di speculum in vagina, alla trazione esercitata dalle pinze di Hegar sul collo uterino ed alla dilatazione del canale cervicale, con i relativi effetti collaterali che queste procedure possono determinare (2).

Grazie al progresso tecnologico cui ha assistito la tecnica isteroscopica, è oggi possibile eseguire, in tutta sicurezza, l'esame in ambiente ambulatoriale, introducendo il concetto di *Office hysteroscopy*, ampliandone non solo la fattibilità dell'esame quale imprescindibile ausilio diagnostico mini-invasivo ma, ancor più, permettendo, in mani esperte, di estenderne le applicazioni operative e consentire la realizzazione di piccoli interventi.

Un campo di applicazione di tale metodica che ci è sembrato particolarmente interessante e che abbiamo voluto approfondire in questo studio è la diagnosi ed il trattamento della patologia polipoide dell'endometrio. L'isteroscopia *in office* permette, infatti, di evidenziare e di caratterizzare microscopicamente le formazioni polipoidi dell'endometrio e di eseguirne l'asportazione in un'alta percentuale di casi, durante la stessa seduta diagnostica, con taglio "a lama fredda", a paziente vigile (5).

Il polipo endometriale è una neoformazione della mucosa del corpo dell'utero, unica o multipla, ricoperta da epitelio e composta da una quantità variabile di ghiandole, stroma e vasi. La prevalenza di polipi in donne con sanguinamenti uterini anomali è descritta fra il 13 ed il 50% (9). I polipi possono essere distinti in atrofici, cisto-ghiandolari, con trasformazione proliferativa o secretoria, iperplastici (iperplasia semplice, iperplasia complessa, con o senza atipia citologica) e cancerosi.

Sintomi frequenti che spesso ne anticipano la diagnosi sono la menorragia, la metrorragia o la menometrorragia nelle donne in età riproduttiva o le metrorragie postmenopausali (definite dagli anglosassoni con la sigla AUB - *Abnormal uterine bleeding*), indipendentemente dal ricorso alla terapia ormonale sostitutiva (9).

La necessità della corretta diagnosi e del pronto ed efficace trattamento di questa patologia derivano dall'insito rischio di trasformazione neoplastica cui i polipi possono andare incontro che, quantunque non superi l'1% negli istotipi in cui non è descritta atipia cellulare, (16) oscillerebbe tra il 25 ed il 100% tra le lesioni con iperplasia semplice o complessa associate ad atipie.

Per poter affermare che il polipo abbia subito una trasformazione neoplastica, e che quindi non si tratti di una lesione cancerosa primitiva del tessuto endometriale, è necessario che vengano rispettati due criteri: la base del polipo deve essere di natura benigna; l'endometrio circostante deve essere libero da lesioni maligne.

Fra i comuni ed universalmente noti fattori di rischio per la patologia polipoide e per la possibilità di cancerizzazione si annoverano l'obesità, a causa dello stato iperestrogenico che determina, l'ipertensione, il diabete e le terapie con tamoxifene, che ne facilita la formazione e lo sviluppo per le sue proprietà agoniste estrogeniche.

L'eventuale progressione da iperplasia semplice a complessa ed atipica avviene comunque nell'arco di molti anni e dipende dall'instaurarsi di continue aberrazioni genetiche su un terreno che risente di una condizione di iperestrogenismo relativo, spiegando il motivo per cui i polipi maligni sono di più frequente riscontro nel climaterio postmenopausale.

In merito a tali considerazioni, nel corso della nostra pratica clinica, il periodo postmenopausale viene particolarmente attenzionato, non solo per la sorprendente frequenza con cui le formazioni polipoidi vengono riscontrate, ma anche per la necessità di asportarle a causa di una maggiore possibilità di degenerazione neoplastica, in donne che, per l'età e per le condizioni cliniche concomitanti, possono presentare rischio anestesiológico (ASA) più elevato (13).

Scopo del nostro studio è stato quello di accertare e dimostrare la fattibilità e la tollerabilità della tecnica di polipectomia endometriale in corso di isteroscopia ambulatoriale con approccio vaginoscopico, senza alcun tipo di anestesia, in alternativa alle più classiche tecniche alla cieca di D&C ed al trattamento resettistico differito in narcosi in sala operatoria (3).

Materiali e metodi

Lo studio proposto è stato condotto in maniera retrospettiva, analizzando i dati relativi ai registri ambulatoriali delle 412 donne che si sono rivolte al Servizio di isteroscopia dell'“Ambulatorio per la diagnosi e cura delle patologie dell'endometrio” dell'Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia dell'Azienda Policlinico, dell'Università degli Studi di Catania nel periodo compreso tra il mese di maggio 2006 e febbraio 2007.

In dettaglio, sono stati estrapolati i dati delle 137 pazienti alle quali è stata riscontrata la presenza di formazioni polipoidi a livello endometriale, che costituiscono il 33,3% del totale del nostro campione. Queste ultime sono giunte alla nostra osservazione in seguito a diagnosi ecografica di ispessimento endometriale generico [62 soggetti (45,3%) di cui 41 (29,9% sul totale) con sanguinamenti disfunzionali e 21 (15,4% sul totale) asintomatici]; per sospetto ecografico di patologia neofornativa intracavitaria in soggetti asintomatici (13 soggetti - 9,5%) o che riferivano AUB (34 soggetti - 24,8%). Soltanto 19 donne (13,9%) sono giunte alla nostra osservazione per AUB, in prima istanza, senza avere preventivamente effettuato un controllo ecografico. Nove soggetti (6,5%), in ultimo, sono stati trattati dopo essersi rivolti al nostro Servizio per altre indicazioni, tra cui *follow-up* clinici di donne trattate precedentemente per patologia intrauterina, controlli per infertilità, biopsie endometriali, ecc. (Tab. 1).

L'età media±1DS del campione considerato si attestava a 56±3,2 anni, con un range compreso tra 36 e 72 anni. Centoquattro pazienti (75,9%) erano in menopausa, mentre le restanti 33 (24,1%) in età fertile.

Tutte le pazienti di cui vengono riportati i dati sono state indirizzate ad un esame video-isteroscopico, con esclusivo approccio vaginoscopico (senza utilizzo di speculum e di pinze di Hegar per la trazione del col-

TABELLA 1 - INDICAZIONI DI ACCESSO ALL'INDAGINE ISTEROSCOPICA AMBULATORIALE CON POLIPECTOMIA A LAMA FREDDA, PRESSO IL NOSTRO SERVIZIO.

Indicazione di accesso all'esame isteroscopico	n	%
Diagnosi ecografica di ispessimento endometriale generico	62	45,3
<i>Soggetti con AUB</i>	41	29,9
<i>Soggetti asintomatici</i>	21	15,4
Diagnosi ecografica di formazione intracavitaria (polipo - fibroma)	47	34,3
<i>Soggetti con AUB</i>	34	24,8
<i>Soggetti asintomatici</i>	13	9,5
Accesso ambulatoriale di prima istanza in soggetti con AUB	19	13,9
Altro (Follow-up, controllo per infertilità, ecc.)	9	6,5
TOTALE	137	100

lo uterino) utilizzando, quale mezzo di distensione, soluzione fisiologica in flusso continuo a 60 mmHg. Il lento attraversamento del canale cervicale ha consentito la visualizzazione e la valutazione di eventuali patologie associate (Fig. 1).

Lo strumento diagnostico utilizzato è stato un isteroscopio rigido con ottica Hopkins II a 30 gradi, del diametro di 2,9 mm, fornito di due camicie, una da 4,3 mm, provvista di canale operativo da 5 French per il passaggio di micropinze per biopsia o di microforbici per il taglio di strutture tissutali; e l'altra per il flusso liquido continuo, di 5 mm, al fine di assicurare un adeguato e costante lavaggio intracavitario per un'ottimale visualizzazione del campo operatorio (Isteroscopia di Bettocchi, Karl Storz, Germany).

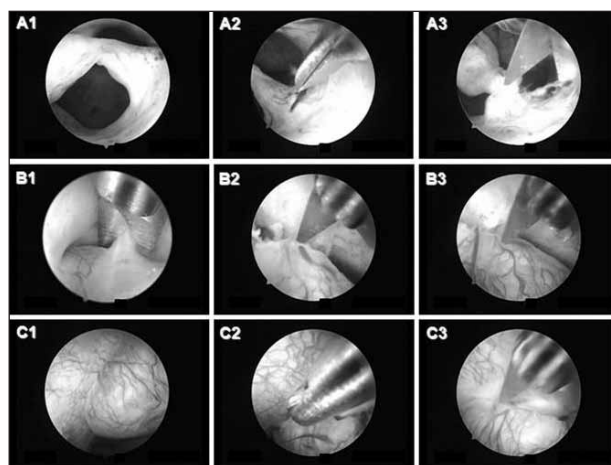


Fig. 1 - Fasi successive (1-2-3) di tre differenti polipectomie a lama fredda in tre differenti pazienti (A-B-C) in corso di esame isteroscopico ambulatoriale, senza ricorso ad anestesia. In dettaglio, in A si osserva una formazione fibrosa pedunculata a piccola base di impianto, in B una formazione fibromucosa a larga base di impianto, mentre in C una formazione fibromucosa sessile.

In linea con lo standard perseguito dal nostro Servizio, alcun trattamento sedativo, né di tipo anestesio-logico, è stato preventivamente effettuato.

I dati anamnestici e clinici di tutte le pazienti afferenti al Servizio sono stati registrati in un apposito database su piattaforma *Access* di Office, realizzato specificamente per la gestione dell'ambulatorio, con la registrazione di video in formato "DVX-mpeg4" e l'acquisizione di immagini in formato "jpg" relative alle fasi più salienti di ogni singolo esame, al fine di garantire una più approfondita e dettagliata documentazione cartacea in fase di refertazione della procedura e di consentire un riscontro macroscopico *in vivo* durante le procedure di diagnosi istologica ai colleghi del Servizio di Anatomia Patologica.

I criteri di esclusione, relativi alla procedura di polipectomia a lama fredda hanno tenuto conto di alcune caratteristiche delle lesioni, quali le dimensioni superiori ad 1/3 della cavità uterina, la base di impianto superiore a 2 cm, la presenza di vascolarizzazione atipica e l'eventuale presenza di irregolarità della superficie che ne facessero sospettare lo stato neoplastico (aspetto cerebroide associato o meno a consistenza friabile, necrosi apicale, nonché la presenza di lesioni associate o meno ai polipi, francamente sospette per carcinoma endometriale).

Nei suddetti casi si è ritenuto opportuno soprassedere alla polipectomia, proseguendo l'esame con l'esecuzione di prelievi biotipici e programmare, in relazione al risultato istologico, l'intervento più adeguato in sede successiva, con l'opportuna preparazione.

Questa linea di condotta è stata mossa dall'intento di rendere l'indagine isteroscopica quanto meno invasiva possibile e tanto più fattibile in *setting* ambulatoriale, pur con la consapevolezza che, da quanto ampiamente confermato in letteratura, l'eventuale asportazione accidentale mediante lama fredda, di un polipo, che all'esame istologico risulterà neoplastico, non comporta un aumentato rischio per la donna di diffusione della malattia.

I polipi asportati, come da procedura standard per il nostro laboratorio, sono stati posti in provetta, in soluzione fisiologica al 10% di formaldeide ed inviati presso il Servizio di Anatomia Patologica per l'esame istologico.

Dopo l'esame le pazienti sono state sottoposte, in via preventiva, ad una copertura antibiotica per tre giorni, da effettuare a domicilio, a base di cefalosporine.

Ad ogni utente è stato chiesto, infine, di valutare il dolore provato in corso d'esame, secondo una scala analogico-visiva (VAS) basata su dieci punti (0=nessun dolore; 10=dolore intollerabile), in maniera da potere effettuare una valutazione soggettiva del *discomfort* arrecato.

Risultati

L'esame isteroscopico è stato effettuato in ambiente ambulatoriale *in office* in 104 donne su un totale di 137 (75,9%). Per 3 soggetti (2,2%), che presentavano una stenosi invalicabile dell'orifizio uterino esterno con impenetrabilità del canale cervicale, l'indagine è stata rinviata in sala operatoria, in narcosi, mentre in 48 casi (35%) è stata effettuata una ricanalizzazione dell'orifizio uterino esterno a lama fredda, potendo proseguire l'esame in sede ambulatoriale.

In soltanto 4 casi (2,9%) si è resa necessaria l'interruzione dell'esame e la riprogrammazione in sala operatoria per il raggiungimento di una soglia insopportabile del dolore, onde evitare la possibile insorgenza di riflessi vagali.

Fra le restanti 130 donne, in ben 104 (80%), pertanto, la polipectomia isteroscopica a lama fredda è stata risolutiva permettendo di asportare tutte le neoformazioni intracavitarie presenti, mentre in 26 casi (20%) è stato necessario convertire l'esame in polipectomia rettoskopica, in narcosi, limitando l'isteroscopia ambulatoriale alla sua fase diagnostica. In dettaglio, in 7 casi (5,4%) ciò si è reso necessario per la contemporanea presenza in cavità di fibromiomi; in 9 casi (6,9%) per la presenza di formazioni polipoidi di diametro eccessivamente esteso (oltre 1/3 della cavità), tali da non poter proseguire l'esame *in office*; 7 casi (5,4%) per la presenza di un'ipertrofia endometriale estesa a tutta la cavità uterina, per le quali si è convertito l'esame in ablazione endometriale. Soltanto in 3 casi (2,3%) la sospensione dell'esame e la riprogrammazione in sala operatoria, è stata dettata dalla presenza di lesioni morfologicamente molto sospette per patologia neoplastica. In questi casi, comunque, sono state effettuate diverse biopsie delle stesse lesioni e del tessuto circostante (Tab. 2).

Escludendo pertanto i 26 casi in cui l'esame è stato riprogrammato in sala operatoria per i motivi "tecnici" appena elencati, il tasso di fallimento complessivo (dovuto a impenetrabilità dell'OUE e ad eccessivo dolore evocato) si è, pertanto, mantenuto soltanto a circa il 5%.

Il tempo impiegato per effettuare la procedura in ambulatorio è oscillato tra 9 e 41,5 minuti, con una media di 20,3±4,8 minuti.

Relativamente alla tipizzazione istologica, i polipi asportati sono stati fibrosi nel 32% dei casi, mucosi nel 22% e fibromucosi nel restante 46%. La dimensione media delle suddette neoformazioni, considerata a livello del loro diametro massimo, è stata di 1,2 cm, con un range variabile da 0,3 a 2,1 cm.

Non sono state registrate complicazioni correlate alla procedura, né durante il suo espletamento, né nel-

la fase postoperatoria. Dopo un periodo di osservazione non superiore ai 25 minuti, durante il quale veniva consegnato il referto e veniva comunicato e discusso l'esito dell'esame, rispondendo alle domande delle pazienti, le stesse venivano dimesse.

L'analisi del *discomfort* legato alla procedura è stata effettuata su 108 donne, escludendo quelle per cui l'esame è stato riprogrammato in sala operatoria, in narcosi, per i motivi elencati nella Tabella 2 al punto "interruzione differita" e quelle che presentavano una stenosi invalicabile dell'OUÉ. Relativamente al dolore, l'indagine condotta ha messo in evidenza che soltanto 4 donne (3,7%) hanno riferito un dolore tale da non consentire la prosecuzione dell'esame (9-10/10) e 8 (7,4%) un dolore moderato-intenso (6-8/10), contro le 26 donne (24,1%) per le quali il dolore è rientrato nel range della sopportabilità (4-5/10) e le ben 70 pazienti (64,8%) che hanno riferito soltanto un dolore minimo o un leggero *discomfort* ($\leq 3/10$) (Fig. 2).

Discussione

Dai dati riportati in letteratura risulta evidente che le formazioni polipoidi sono tutt'altro che infrequenti, rappresentando un potenziale rischio di degenerazione neoplastica, specie dopo la menopausa. La possibilità della loro asportazione, utilizzando una tecnica poco invasiva, senza ricorrere all'ospedalizzazione della donna né all'esecuzione dell'intervento in narcosi, fa dell'isteroscopia il *gold standard* per la diagnosi ed il trattamento di neoformazioni polipoidi il cui unico segno

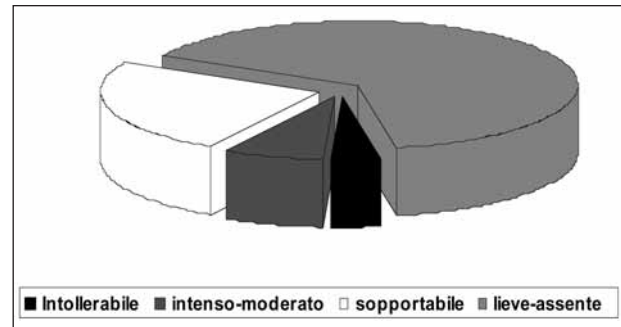


Fig. 2 - Rappresentazione del livello di *discomfort* legato alla procedura di polipectomia endometriale in corso di isteroscopia ambulatoriale, senza ricorso ad anestesia e sedazione, secondo una scala analogico-visiva (VAS) basata su dieci punti (0=nessun dolore; 10=dolore intollerabile) in un totale di 108 pazienti.

predittivo è sovente l'ispessimento endometriale asintomatico osservabile con l'esame ecografico.

L'isteroscopia *in-office* è una procedura raccomandabile nel *management* delle lesioni endometriali in tutte le donne in climaterio che riferiscono evidenza ecografica di ispessimento endometriale sintomatico o asintomatico e/o presenza di aree iperecogene intracavitarie (12). Tale metodica offre, infatti, notevoli vantaggi rispetto alla D&C, dal momento che quest'ultima è una procedura alla cieca, gravata da scarsa sensibilità diagnostica e terapeutica e, soprattutto, da una percentuale non trascurabile di complicazioni, tra cui, la più frequente è rappresentata dall'alta incidenza di perforazioni uterine accidentali (17).

La D&C è stata classicamente utilizzata, e viene

TABELLA 2 - LIMITAZIONE DELL'ISTEROSCOPIA AMBULATORIALE ED INDICAZIONI ALLA RIPROGRAMMAZIONE IN SALA OPERATORIA, IN NARCOSI, PRESSO IL NOSTRO SERVIZIO.

Motivi per l'interruzione dell'esame isteroscopico in office	n	%
Interruzione immediata		
Stenosi invalicabile dell'orifizio uterino esterno	3/137	2,2
Raggiungimento di una soglia insopportabile del dolore	4/137	2,9
Totale relativo	7	5,1
Interruzione differita (dopo esame ambulatoriale diagnostico)		
Contemporanea presenza di fibromi in cavità uterina (Miomectomia)	7/130	5,4
Presenza di formazioni polipoidi di diametro > 1/3 della cavità uterina	9/130	6,9
Ipertrofia endometriale estesa a tutta la cavità uterina (Ablazione endometriale)	7/130	5,4
Lesioni morfologicamente sospette per patologia neoplastica	3/130	2,3
Totale relativo	26	20
TOTALE	33/137	24,1

spesso proposta ancora oggi soprattutto nelle strutture sanitarie più periferiche, per ottenere campioni di mucosa endometriale in pazienti con perdite ematiche anomale. Questa tecnica, però, non consentendo la diretta visione del polipo, può non essere risolutiva, potendo rilevarsi inefficace nella corretta identificazione e nell'appropriato trattamento di lesioni focali spesso misconosciute (4). Di contro, l'isteroscopia ambulatoriale con la possibilità di eseguire la polipectomia endometriale a lama fredda, nel corso dello stesso esame diagnostico, rappresenta il trattamento di scelta, assicurando, in mani esperte, un'elevata percentuale di successi, con l'asportazione di tutta la lesione, il recupero del materiale per la tipizzazione istologica, sia endometriale che del canale cervicale, lasciando intatto l'endometrio adia-

cente e senza ricorrere all'intervento in narcosi che si configura, senza ombra di dubbio, a maggior rischio chirurgico ed anestesilogico, sia per gravità che per frequenza.

Tali risultati sono stati garantiti dalla notevole evoluzione che ha caratterizzato la tecnica isteroscopica negli ultimi anni, prospettando nuovi approcci terapeutici sulla base di una migliore chiarezza dell'immagine e di una progressiva miniaturizzazione dello strumentario. A questo si aggiunge la reale possibilità di eseguire la metodica in esclusivo ambiente ambulatoriale, definito in-office, con esclusivo approccio vaginoscopico, senza utilizzo di speculum e senza ricorrere ad alcun tipo di anestesia, spostando i limiti dell'operatività e dell'accettabilità isteroscopica dalla sala operatoria all'ambulatorio (1,7).

Bibliografia

- BETTOCCHI S, CECI O, VICINO M, PANSINI N, MARELLO F, DI VENERE R, SELVAGGI L. *Office hysteroscopic polypectomy compared with resectoscopic technique*. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1998;5(Suppl.):S61.
- BETTOCCHI S, SELVAGGI L. *A vaginoscopic approach to reduce the pain of office Hysteroscopy*. J Am Assoc Gyn Laparosc 1997;4:255-258.
- BETTOCCHI S, CECI O, DI VENERE R, PANSINI MV, PELLEGRINO A, MARELLO F, NAPPI L. *Advanced operative office hysteroscopy without anaesthesia: analysis of 501 cases treated with a 5 Fr. bipolar electrode*. Hum Reprod 2002;17:2435-2438.
- FERNÁNDEZ-PARRA J, RODRIGUEZ OLIVER A, LOPEZ CRIADO S, PARRILLA FERNANDEZ F, MONTOYA VENTOSO F. *Hysteroscopic evaluation of endometrial polyps*. Int J Gynecol Obstet 2006;95:144-148.
- GEBAUER G, HAFNER A, SIEBZEHRUBL E, LANG N. *Role of hysteroscopy in detection and extraction of endometrial polyps: results of a prospective study*. Am J Obstet Gynecol, 2001;184:59-63.
- GIMPELSON J, RAPPOLD HO. *A comparative study between panoramic hysteroscopy with directed biopsies and dilatation and curettage*. Am J Obst Gyn 1998;158:489-492.
- GIUSA-CHIFERI MG, GONÇALVES WJ, BARACAT EC, DE-ALBUQUERQUE WETO LC, BARTOLETTO CC, DE LIME GR. *Transvaginal ultrasound, uterine biopsy and hysteroscopy for postmenopausal bleeding*. Int J Gynecol Obstet 1996;55:39-44.
- HAMOU J, SALAT-BAROUX J, SIEGLER AM. *Diagnosis and treatment of intrauterine adhesions by microhysteroscopy*. Fertil Steril 1998;39:321-326.
- HASSA H, TEKIN B, SENSES T, KAYA M, KARATAS A. *Are the site, diameter, and number of endometrial polyps related with symptomatology?* Am J Obstet Gynecol 2006;194:718-21.
- LA SALA GB, MONTANARI R, DESSANTI L, CIGARINI C, SARTORI F. *The role of diagnostic hysteroscopy and endometrial biopsy in assisted reproductive technologies*. Fertil Steril 1998;70:378-380.
- LINDHEIM SR, KAVIC S, SHULMAN SV, SAUER MV. *Operative hysteroscopy in the office setting*. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2000;7:65-69.
- LO KW, YUEN PM. *The role of outpatient diagnostic hysteroscopy in identifying anatomic pathology and histopathology in the endometrial cavity*. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2000;7:381-385.
- PORRECA MR, PANSINI N, BETTOCCHI S, LO VERRO G, SELVAGGI L. *Hysteroscopic polypectomy in the Office, without anesthesia*. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1996;3(Suppl.):S40.
- SAIDI MH. *Office hysteroscopy versus transvaginal ultrasonography in the evaluation of patients with excessive uterine bleeding*. Am J Obstet Gynecol 1997;176:492-493.
- SERDEN SP. *Diagnostic hysteroscopy to evaluate the cause of abnormal uterine bleeding*. Obstet Gynecol Clin North Am 2000;27:277-286.
- SAVELLI L, DE IACCO P, SANTINI D, ROSATI F, GHI T, PIGNOTTI E, BOVICELLI L. *Histopathologic features and risk factors for benignity, hyperplasia, and cancer in endometrial polyps*. Am J Obstet Gynecol 2003;188:927-31.
- SHUSHAN A, PROTOPAPAS A, HART R, MAGOS A. *Diagnostic and therapeutic advantages of hysteroscopic surgery in management of intrauterine lesions in postmenopausal women*. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2001;8:87-91.
- TAYLOR PJ, HAMOU JE. *Hysteroscopy*. J Reprod Med 1983;28:359-389.