

Diagnosi e trattamento isteroscopico di residui di materiale ovulare in degenerazione idropica parziale a sede preostiale

G. ZIZZA, M. MILITELLO, S. POLITI, G. MARINO, M.C. SUDANO, V. SANTONOCITO, M. FARINA

RIASSUNTO: Diagnosi e trattamento isteroscopico di residui di materiale ovulare in degenerazione idropica parziale a sede preostiale.

G. ZIZZA, M. MILITELLO, S. POLITI, G. MARINO, M.C. SUDANO, V. SANTONOCITO, M. FARINA

Introduzione. La gravidanza angolare preostiale rappresenta un'evenienza rara e potenzialmente pericolosa tra le gravidanze ectopiche per la quale non è stato ancora definito un trattamento appropriato standard. Nel nostro caso tale condizione ostetrica si è evoluta in mola vescicolare parziale.

Metodi. Una donna di 42 anni con storia di revisioni della cavità uterina (RCU) e pregresso taglio cesareo è stata trattata con esclusivo approccio vaginoscopico in office hysteroscopy. Il trattamento è stato adottato nel corso di 4 sedute ambulatoriali nelle quali si è proceduto alla demolizione del materiale ovulare residuo dopo RCU per aborto spontaneo con pinza a coccodrillo.

Risultati. La paziente dopo rimozione del materiale ovulare residuo, ha presentato scomparsa della sintomatologia e contemporanea negativizzazione della β -HCG, senza l'ausilio di terapia medica con metotrexate ed evitando un mutilante intervento di isterectomia.

SUMMARY: Diagnosis and hysteroscopic treatment of preostial ovular material wasted in partial hidatiform mole degeneration.

G. ZIZZA, M. MILITELLO, S. POLITI, G. MARINO, M.C. SUDANO, V. SANTONOCITO, M. FARINA

Introduction. Angular preostial pregnancy is an unfrequent event and potentially dangerous between ectopic pregnancy, nowadays it doesn't exist any kind of appropriate standard treatment. In our case this obstetric condition has been involved in hidatiform partial mole.

Methods. A woman 42 years old with history of uterine cavity revision and a previous caesarian section has been treated with only vaginoscopic approach in office Hysteroscopy. Thanks to this optional treatment used during 4 office sessions we have succeed in destruction of the ovular material wasted from previous revision by crocodile pliers.

Results. After the remotion of ovular wasted matter the patient showed the disappearance of the symptomatology and β -hcg levels. Without the help of any medical therapy (methotrexate) and avoiding a disabling overtreatment as hysterectomy.

KEY WORDS: Gravidanza angolare preostiale - Mola vescicolare parziale - Office hysteroscopy.
Angular preostial pregnancy - Partial hidatiform mole - Office Hysteroscopy.

Introduzione

Per gravidanza ectopica si intende una anomalia della sede di impianto della blastocisti. Le sedi più frequenti sono:

- 1) ampolla tubarica (80-90%);
- 2) istmo tubarico (5-10%);

- 3) fimbrie (6%);
- 4) preostiale (cornuale) (2%);
- 5) addome, ovaio, cervice (2%).

Tra i fattori di rischio di gravidanza ectopica, ricordiamo: precedente gravidanza ectopica, condizioni patologiche della cavità uterina quali sinechie, fibromi sottomucosi, salpingite istmica nodosa; pregressi interventi chirurgici a carico della pelvi, delle tube o della cavità uterina quali interruzione volontaria di gravidanza (IVG), dilatazione e curettage (D&C) ecc.; anamnesi positiva per PID, ricorso a tecniche di riproduzione assistita (FIVET, ICSI, GIFT ecc.), utilizzo di IUD.

La gravidanza angolare si verifica quando l'impianto della blastocisti avviene medialmente alla giunzione

tra utero e tuba, nell'angolo laterale della cavità uterina, in sede preostiale.

La degenerazione molare è un processo iperplastico e displastico dell'epitelio coriale, con distrofia vasculoconnettivale dello stroma del villo; ciò comporta scomparsa dei vasi e degenerazione idropica dello stroma con formazione di accumulo di liquido nei villi, che assumono la forma di vescichette, di dimensioni comprese tra pochi mm e 2-3 cm.

Nel presente case report si descrive un caso di gravidanza ectopica in sede preostiale degenerata in mola idatiforme parziale, che abbiamo trattato con approccio conservativo tramite *office hysteroscopy*.

Materiali e metodi

L'esame è stato eseguito in *office* con approccio vaginoscopico; come mezzo di distensione è stata usata la soluzione fisiologica. È stato utilizzato un isteroscopia HAMOU III, Ø 4 mm, 30° con camicia a flusso singolo di Bettocchi, Ø 4.3 mm, con canale per strumenti operativi semirigidi da 5 Fr; una pinza da biopsia e presa, 5 Fr, lunghezza 34 cm.

Una donna di 42 anni alla IX settimana di amenorrea è giunta alla nostra osservazione presso il pronto soccorso ostetrico dell'Azienda Unità Operativa Policlinico di Catania, riferendo algie pelviche e metrorragia.

L'anamnesi ostetrica e ginecologica rivelava una IVG nel 1987, un taglio cesareo (TC) nel 1998, una polipectomia endometriale resettoscopica nel 2006, ed una revisione della cavità uterina (RCU) in seguito ad aborto spontaneo nel 2008.

Alla visita ginecologica non erano presenti modificazioni cervicali.

L'ecografia transvaginale mostrava un utero antiversoflesso di volume regolare, al cui interno si reperiva una singola camera gestazionale con echi embrionari di 6,6 mm, ed attività cardiaca non evidenziabile. Entrambe le ovaie apparivano regolari per sede, morfologia e volume; non si apprezzavano versamenti liberi nel-Douglas.

La paziente venne sottoposta a RCU. Il materiale recuperato durante la revisione non mostrava all'esame istologico segni di degenerazione molare. Nonostante l'intervento, la paziente continuava a presentare sintomatologia.

Per tale motivo, a tre settimane di distanza dalla RCU sono stati effettuati 2 prelievi seriati di β -HCG a 3 giorni di distanza; al primo prelievo il valore era di 825 UI/L, al secondo prelievo il valore risultava ridotto, ma persistentemente positivo (β -HCG 109 UI/L). Il non definitivo decremento della β -HCG e la presenza in cavità di echi disomogenei irregolari da residui ovarici, valutati ad un esame ecografico transvaginale,

hanno posto l'indicazione all'esecuzione di un esame di secondo livello, quale l'isteroscopia ambulatoriale.

La paziente è stata, pertanto, sottoposta a quattro isteroscopie in *office*. Dopo una prima esplorazione diagnostica, che ha consentito di stabilire la posizione del materiale ovarico in cavità, difficilmente aggredibile, data la sede preostiale destra, è stato successivamente effettuato un prelievo ematico che continuava a indicare valori positivi di β -HCG (40 UI/L). All'ecografia, effettuata dopo 2 giorni dall'ultimo prelievo, persisteva la presenza di un'area iperecogena di 19x18 mm; per tali ragioni è stato proposto un trattamento ambulatoriale che prevedeva, in più sedute, l'asportazione completa per via isteroscopica del materiale residuo in cavità.

Risultati

Tale obiettivo è stato raggiunto gradualmente nell'arco di 3 sedute, a distanza di due-tre giorni l'una dall'altra.

Già durante il primo intervento di estrazione mirata, la formazione appariva demolita per oltre il 50%; l'esame istologico riportava esiti di materiale ovarico frammentato a tessuto necrotico, infiltrato da granulociti, decidua e villi coriali in avanzata regressione.

Il successivo dosaggio della β -HCG risultava dimezzatosi (da 40 UI/L a 20 UI/L). Lo stesso trattamento è stato utilizzato nel corso del *second look*.

Infine, nel corso dell'ultima seduta è stata completamente asportata tutta la neoformazione ed è stata descritta all'esame istologico una marcata degenerazione idropica degli assi vascolari dei villi, permettendo così di porre la diagnosi di mola vescicolare parziale. A questo punto il valore della β -HCG è risultato finalmente non significativo (0,1 UI/L).

Discussioni

Le gravidanze angolari possono essere responsabili di numerose complicanze che includono sanguinamenti e dolore pelvico persistente, rottura dell'utero e aborti spontanei che, nel 20% dei casi, possono evolvere in mola vescicolare.

Nella diagnosi di mola vescicolare l'ecografia con approccio transvaginale rappresenta il principale approccio di *imaging*, in associazione ai livelli serici di β -HCG, data la non invasività ed economicità di queste metodiche. Nonostante tutto, l'ecografia è una tecnica operatore-dipendente e può essere limitata nella caratterizzazione tissutale (7).

L'attuale terapia consigliata dalle linee guida internazionali si avvale di un approccio medico con meto-

trexate i.m. 30-50 mg/m²; da continuare fino alla normalizzazione dei livelli di β -HCG.

Secondo alcuni Autori un approccio chirurgico con isterectomia dovrebbe essere eseguito precocemente e seguito dalla chemioterapia (5); ciò consente di ottenere la remissione completa. In ogni caso, in una condizione di persistente positività dei valori di β -HCG, l'isterectomia deve essere considerata intervento risolutivo e indispensabile.

L'isteroscopia in *office*, invece, offre la possibilità di porre diagnosi di certezza tramite la biopsia del materiale ovulare e contemporaneamente espletare un trattamento conservativo ambulatoriale (4).

Bibliografia

1. Angular-Interstitial Pregnancy Treated With Minimally Invasive Surgery After Adjuvant Methotrexate Medical Therapy, Ciavattini A et al. *JSLs* (2007)11:123-126.
2. Jansen RP, Elliot PM. Angular intrauterine pregnancy. *Obstet Gynecol* 1981;58(2):168-175.
3. Bettocchi S, Selvaggi L. A vaginoscopic approach to reduce the pain of office hysteroscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1997 Feb;4(2):255-8.
4. Bettocchi S, Nappi L, Ceci O, Selvaggi L. Office hysteroscopy. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2004 Sep;31(3):641-54, xi. Review.
5. Tanaka T, Hayashi H, Kutsuzawa T, Fujimoto S, Ichinoe K. Treatment of interstitial ectopic pregnancy with methotrexate: report of a successful case. *Fertil Steril.* 1982;37:851-852.
6. Kataoka ML, Togashi K, Kobayashi H, Inoue T, Fujii S, Konishi J. Evaluation of ectopic pregnancy by magnetic resonance imaging. *Hum Reprod* 1999; 14 (10): 2644-2650.
7. Takeuchi K, Yamada T, Oomori S, Ideta K, Moriyama T, Moruo T. Comparison of magnetic resonance imaging and ultrasonography in the early diagnosis of interstitial pregnancy. *J Reprod Med* 1999; 44: 265-268.
8. Lurain JR, Brewer JI, Torok EE, Halpern NB. Natural history of Hydatidiform mole after primary evacuation. *American Journal of Obstet Gynecol* 1983.145-591-5.

Conclusioni

Questo *case report* presenta la nostra esperienza nel *management* di un caso di gravidanza angolare degenerata in mola vescicolare. Secondo la nostra esperienza questo tipo di approccio consente contemporaneamente di porre diagnosi e, pur non avvalendosi del trattamento medico (metotrexate), evita alla paziente l'intervento mutilante di isterectomia, permettendo di mettere in atto una terapia conservativa, offrendo una validissima alternativa a quanto proposto classicamente, specie nelle pazienti desiderose di prole.