

Adenocarcinoma insorto su endometriosi colo-rettale: considerazioni clinico-patologiche



Ann. Ital. Chir., LXXI, 3, 2000

A. Orlandi, M. Di Pasquale, N. Listorti*,
L. Giusto Spagnoli

Cattedra di Anatomia ed Istologia Patologica, Università
"Tor Vergata" di Roma, Italia.

*Divisione di Chirurgia d'Urgenza, Ospedale "S. Eugenio",
Roma, Italia

Introduzione

La localizzazione ectopica di tessuto endometriale è una condizione patologica che solo in rari casi può andare incontro ad una trasformazione neoplastica maligna. Tale evento è stato descritto per la prima volta nel 1925 (1). I criteri classici per la definizione di questa rara entità sono la stretta vicinanza del carcinoma al focolaio di endometriosi, l'assenza di altre possibili neoplasie primitive e l'aspetto istologico del tumore, che deve essere compatibile con una primitività di tipo endometriale (2). In una recente rivisitazione della letteratura, Gucer e coll. (2) riportarono 20 casi di carcinoma insorto su endometriosi extraovarica. Tra questi, la localizzazione a livello della parete colo-rettale è un evento ancora più raro, pari al 15% dei casi (2). Nel presente lavoro noi descriviamo un nuovo caso di adenocarcinoma di tipo endometriode del sigma insorto in una donna di 32 anni con pregressa diagnosi di endometriosi ovarica, che si associava alla contemporanea presenza di focolai multipli di endometriosi, sia in prossimità della neoplasia che a distanza, rispettivamente a livello della flessura colica sinistra e dell'appendice.

Descrizione del caso clinico

Una donna di 32 anni giungeva all'osservazione clinica in seguito all'improvvisa insorgenza di una marcata dolo-

Abstract

ADENOCARCINOMA ARISING ON COLO-RECTAL ENDOMETRIOSIS: CLINIC AND PATHOLOGIC EVALUATIONS

Colo-rectal endometriosis represents a rare pathological event. Exceptionally, a malignant colo-rectal endometrioid carcinoma arising from endometriosis has been reported. In the present case, we describe a 32 year-old woman with clinical and radiological signs of large bowel sub-occlusive syndrome. Histologically, a sigmoid endometrioid adenocarcinoma associated with submucosal foci of eutopic endometrium was observed. Moreover, endometriotic tissue was observed at the level of the colonic left flexura and appendix. Colo-rectal endometriosis must be considered among risk factors for the development of large bowel adenocarcinoma in young female patients.

Key words: Adenocarcinoma, colo-rectal endometriosis.

rabilità addominale. Tale sintomatologia si associava a nausea post-prandiale e vomito. All'esame obiettivo la paziente appariva in condizioni generali scadute. Nell'anamnesi patologica remota la paziente, tre anni prima, era stata sottoposta a pregressa laparoscopia esplorativa per una neoformazione ovarica che all'esame istologico era risultata corrispondere a cisti endometriosa. L'esame radiografico dell'addome rivelava un marcato restringimento del lume intestinale associato ad ispessimento della parete ed ad interruzione della continuità della superficie mucosa in prossimità della giunzione retto-sigmoidea (Fig. 1). Per le condizioni generali e la sindrome sub-occlusiva, la paziente veniva sottoposta con urgenza ad intervento chirurgico di resezione parziale del sigma, con successiva anastomosi termino-terminale, cecostomia ed appendicectomia. Nel corso dell'intervento, si repertava inoltre un'area di ispessimento della parete intestinale, peraltro senza evidente modificazione del lume, a livello dell'angolo colico sinistro che veniva anch'essa asportata con successiva anastomosi termino-terminale.



Fig. 1: Al clisma opaco, si osserva restringimento irregolare del lume intestinale a livello della giunzione retto-sigmoidea, con scarsa continuità di transito e interruzione del normale profilo della mucosa.

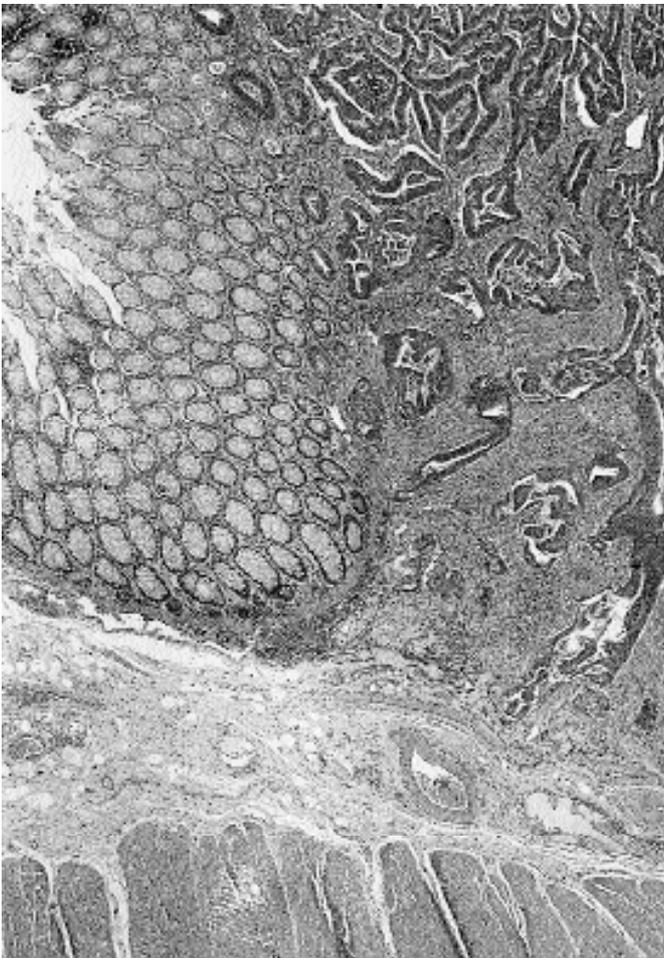


Fig. 2: A piccolo ingrandimento, la neoplasia (sulla dx) appare originare dalla parete intestinale e sollevare la mucosa sovrastante (a sin.; Ematossilina-Eosina, $\times 100$).

Studio morfologico

Il reperto operatorio era costituito da due segmenti di grosso intestino di 20 cm ciascuno. Il tratto asportato a livello dell'angolo colico mostrava un'area rossastra dura ed ispessita della parete ma rivestita interamente da mucosa normale; il tratto retto-sigmoideo presentava una neoformazione vegetante ed ulcerata a livello della mucosa, di circa 3 cm di diametro massimo. A parte era stata inviata separatamente l'appendice, che appariva anch'essa ispessita e con aree rosso-brunastre in corrispondenza della sierosa. A piccolo ingrandimento, la neoplasia appariva come originare dagli strati profondi della parete intestinale, tanto da sollevare ed infiltrare la mucosa nelle sue porzioni più periferiche (Fig. 2). A maggior ingrandimento, la neoformazione retto-sigmoidea appariva costituita da strutture ghiandolari irregolari, spesso a stretto contatto tra loro, rivestite da due o più strati di cellule cilindriche atipiche con nucleo talora basale e nucleoli prominenti. L'epitelio si sollevava talora a formare strutture papillari (Fig. 3A). Erano presenti isolate mitosi ed invasione destrutturante con reazione desmoplastica dello stroma (Fig. 3B). Tali reperti deponevano per un adenocarcinoma di tipo endometriode moderatamente differenziato. A maggiore ingrandimento, nelle zone di passaggio tra mucosa sana e neoplasia, non si osservano ghiandole con gradi di displasia intermedia (Fig. 3C). In corrispondenza della sottomucosa adiacente alla neoplasia, si osservava inoltre un piccolo focolaio di ghiandole dilatate rivestite da epitelio cilindrico tipico, circondate da stroma di tipo endometrioso (Fig. 3D). Il restante segmento colico e l'appendice, a loro volta, mostravano anch'esse la presenza di focolai costituiti da ghiandole di tipo endometriale, talora dilatate, rivestite da epitelio monostratificato cilindrico con nuclei basali e circondate da stroma fusato nel cui contesto si osservano depositi di pigmento emosiderinico associati a flogosi cronica e sclerosi cicatriziale. Tali focolai di endometriosi erano presenti sia a livello della sottomucosa che nel contesto della tunica muscolare (Fig. 4) e dello strato sottosieroso.

Discussione

L'endometriosi colo-rettale è un evento relativamente raro (3). Come nelle altre localizzazioni extraovariche, una temibile complicanza a cui essa può andare incontro è la trasformazione carcinomatosa. Fortunatamente, tale evento è eccezionale. Infatti, a tutt'oggi sono stati riportati in letteratura solo 9 casi di carcinoma insorto su endometriosi colo-rettale (2, 4-7). Nel nostro caso, la presenza contemporanea di focolai multipli di endometriosi in altre sedi intestinali e, soprattutto, di un focolaio residuo di endometriosi nella sottomucosa colo-rettale adiacente alla neoplasia sembrano confermare una correlazione temporale-causale tra queste due entità patologiche, in accordo a quanto riportato precedentemente (1). Oltre che per la rarità della localizzazione, il caso da noi descritto si distin-

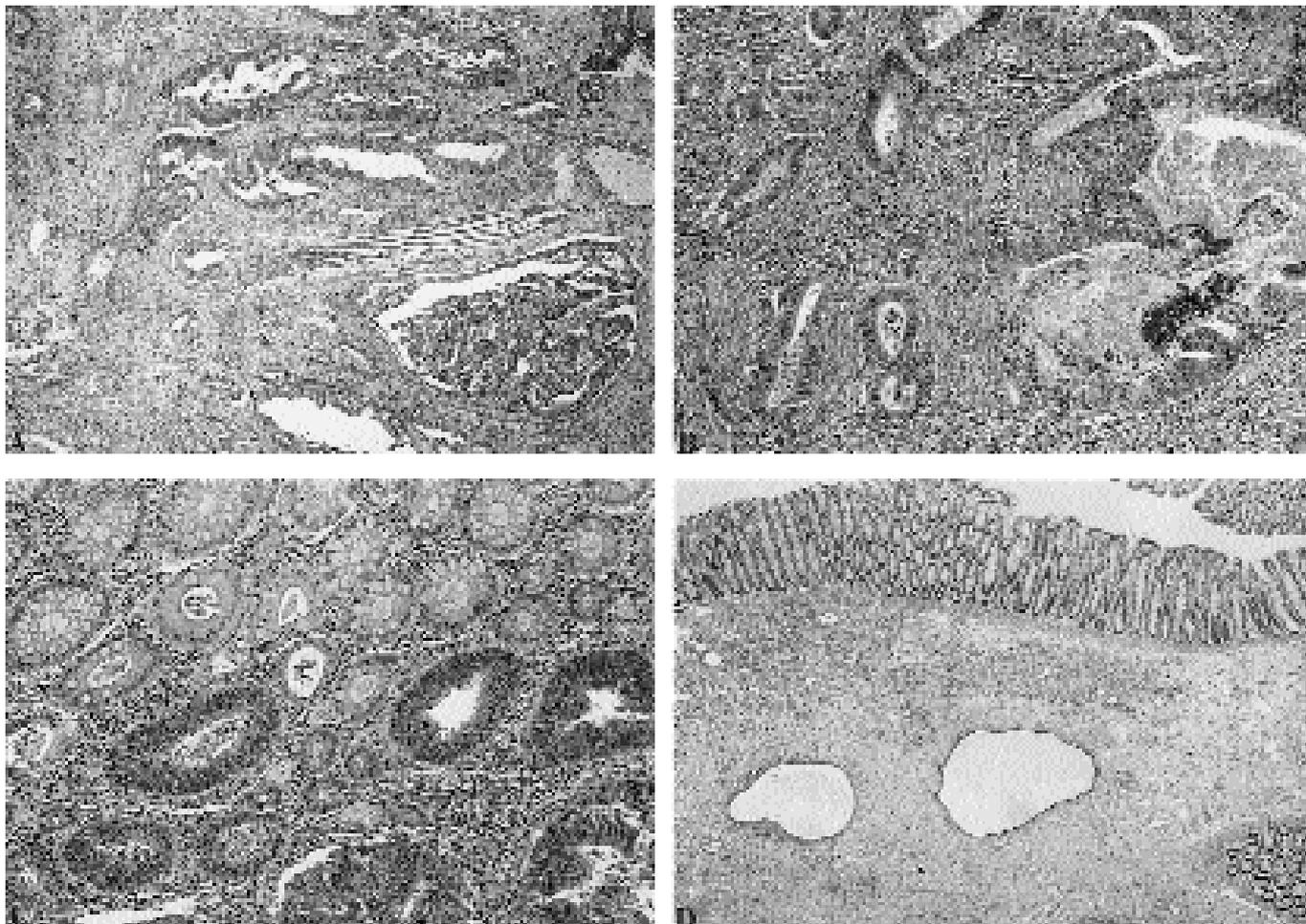


Fig. 3: A. La neoplasia appare costituita da strutture ghiandolari atipiche, rivestite da epitelio pluristratificato che forma talora aspetti pseudopapillari; B. La neoplasia invade la sottomucosa e la tunica muscolare con conseguente reazione desmoplastica; C. A maggiore ingrandimento, nella zona di passaggio tra neoplasia (in basso) e ghiandole della mucosa colica normale (in alto) non si osservano ghiandole con vario grado di displasia, come tipicamente osservato negli adenocarcinomi che originano primitivamente dalla mucosa colica; D. A livello della sottomucosa sana adiacente alla neoplasia, si osservano ghiandole dilatate accompagnate da stroma di tipo endometrioso (Ematossilina-Eosina; A e D: X 125, B:X200, C:X250).

gue per essere stato osservato in una donna di soli 32 anni. Dall'analisi della letteratura, questa rappresenta infatti la più precoce età di insorgenza sinora riportata. Essa è molto minore rispetto all'età media riportata nei casi descritti di carcinoma insorto su endometriosi colo-rettale che, considerando anche il presente, è di circa 47 anni (2, 4). L'età media di insorgenza dell'adenocarcinoma su endometriosi è di fatto inferiore anche all'età media riportata per la semplice endometriosi colo-rettale, pari a circa 41 anni (8). È plausibile che una endometriosi colo-rettale multipla possa rappresentare, proprio per il maggior numero di focolai, un fattore di rischio maggiore che aumenta in misura proporzionale le possibilità di una trasformazione maligna e di conseguenza, una più precoce insorgenza come nel nostro caso.

Clinicamente, come negli altri casi sinora riportati il dolore addominale e la sindrome di tipo sub-occlusiva rappresentavano i sintomi principali della presenza della neoplasia. La genericità di tale quadro non consente di escludere

altre patologie ed in particolare la semplice endometriosi colo-rettale. Pertanto, l'intervento chirurgico appare come un provvedimento terapeutico inevitabile al fine di porre una corretta diagnosi ed anche in considerazione del fatto che l'endometriosi del colon non risponde ad una terapia ormonale (8, 9). Circa l'origine della sintomatologia, è verosimile che il progressivo sanguinamento induca una forte risposta di tipo infiammatorio con conseguente fibrosi ed ispessimento della parete intestinale circostante, che può portare progressivamente ad una stenosi del lume e conseguente sindrome sub-occlusiva. In conclusione, il caso da noi presentato conferma che l'endometriosi colo-rettale rappresenta una condizione di rischio, benchè rara, per l'insorgenza del carcinoma coloretale. Tale evenienza deve essere pertanto considerata ed annoverata tra le altre condizioni definite "a rischio" note per l'insorgenza del carcinoma coloretale in soggetti di giovane età, quali fattori eredo-genetici, la poliposi adenomatosa familiare e la malattia infiammatoria del grosso intestino (10).

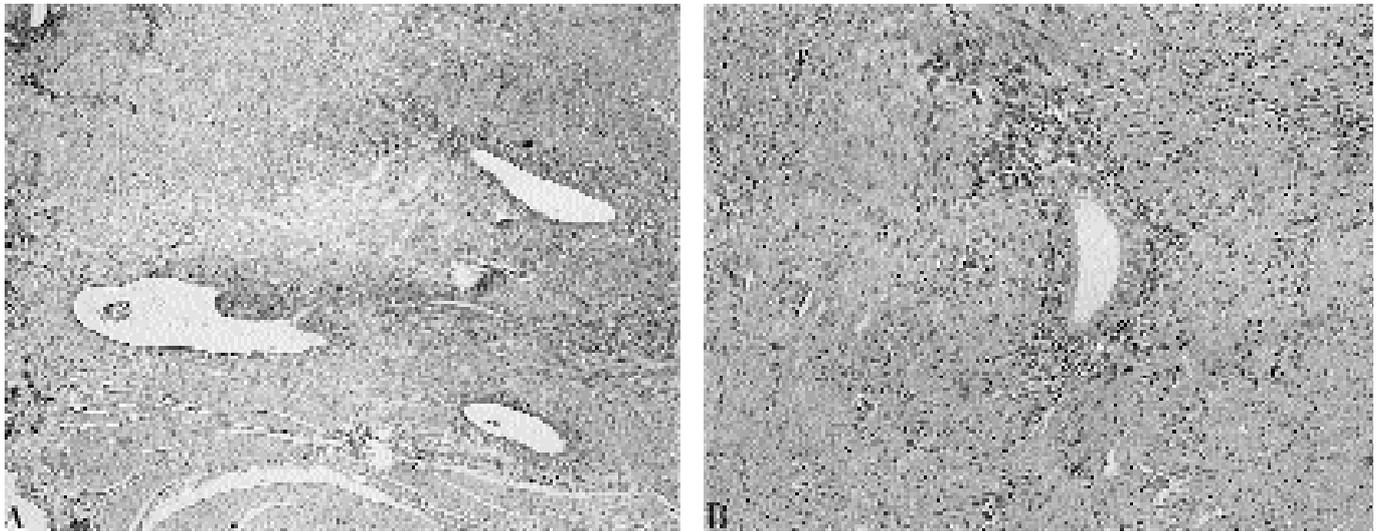


Fig. 4: A. A livello della giunzione retto-sigmoidea, si osservano focolai diffusi di endometriosi nello spessore della tunica muscolare; B. A maggiore ingrandimento, un piccolo focolaio di endometriosi costituito da una singola ghiandola rivestita da epitelio cilindrico normale, circondata da stroma di tipo endometriale ed immersa nel tessuto muscolare disposto a fasci della tunica muscolare della parete colica (Ematossilina-Eosina; A:X125; B:X250).

Riassunto

L'endometriosi colo-rettale è un evento patologico raro. In casi eccezionali, esso è stato qui descritto una trasformazione carcinomatosa originante da un focolaio di endometriosi. Il caso da noi descritto è rappresentato da una donna di 32 anni con un quadro clinico e radiologico sub-occlusivo del grosso intestino. All'esame istologico si osservava un adenocarcinoma sigmoideo associato a focolai residui sottomucosi di endometriosi e con focolai a distanza di endometriosi a livello della flessura colica sinistra e dell'appendice. L'endometriosi colo-rettale deve essere annoverata tra i fattori di rischio dell'insorgenza del carcinoma del grosso intestino in donne di giovane età. Parole chiave: Adenocarcinoma, endometriosi colo-rettale.

Bibliografia

- 1) Sampson J.A.: *Endometrial carcinoma of the ovary, arising in endometrial tissue in that organ.* Arch Surg, 10:1-72, 1925.
- 2) Gucer F., Pieber D., Arkan M.G.: *Malignancy arising in extraovarian endometriosis during estrogen stimulation.* Eur J Gynaec Oncol, 19:39-41, 1998.
- 3) Brunson G., Barclay D., Sanders M, Araoz C.: *Malignant Extraovarian Endometriosis: Two Case Reports and Review of the Literature.* Gynecologic Oncology, 30:123-30, 1988.
- 4) Han A., Hovenden S., Rosenblum N., Salazar H.: *Adenocarcinoma arising in extragonadal endometriosis: an immunohistochemical study.* Cancer, 83:1163-9, 1998.
- 5) Studzinski Z., Branicka D.: *The analysis of coexistence of endometrial cancer with other malignant and benign neoplasm with endometriosis.* Ginekol Pol, 69:273-8, 1998.
- 6) Hitti I.F., Glasberg S.S., Lubicz S.: *Clear cell carcinoma arising in extraovarian endometriosis: report of three cases and review of the literature.* Gynecol Oncol, 39:314-20, 1990.
- 7) Dunn S., Roed-Petersen K., Michelsen J.W.: *Endometrioid carcinoma arising from endometriosis of the sigmoid colon during estrogenic treatment.* Acta Obstet Gynecol Oncol, 72:676-8, 1993.
- 8) Collin G., Russel J.: *Endometriosis of the colon. Its Diagnosis and Management.* The American Surgeon, 56:275-9, 1990.
- 9) Meyers W., Kelvin F., Jones R.: *Diagnosis and surgical treatment of colonic endometriosis,* Acta Surg, 114:169-75, 1979.
- 10) Jarvinen H.J., Turunen M.J.: *Colorectal carcinoma before 40 years of age: prognosis and predisposing conditions.* Scand J Gastroenterol, 19:634-8, 1984.

Autore corrispondente:

Prof. Augusto ORLANDI
Cattedra di Anatomia ed Istologia Patologica
Dipartimento di Biopatologia e Diagnostica per Immagini
Università di Roma "Tor Vergata"
Via della Ricerca Scientifica,
00133 ROMA, ITALY