

Endometriosi intestinale. Tre nuovi casi e revisione della Letteratura



Ann. Ital. Chir., LXXIII, 3, 2002

S. Caterino*, L. Ricca*, M. Cavallini*,
A. Ciardi**, A. Camilli***, V. Ziparo*

Università degli Studi di Roma "La Sapienza"
Dipartimento di Chirurgia "Pietro Valdoni",

*Divisione di IV Patologia Chirurgica

Direttore: Prof. V. Ziparo

**Divisione di Medicina Sperimentale e Patologia

***II Istituto di Clinica Ostetrica e Ginecologica

Introduzione

Per endometriosi si intende la proliferazione di tessuto endometriale, stromale e ghiandolare, in sedi extrauterine. Raramente documentata in epoca premenarcale o dopo la menopausa, si manifesta invece prioritariamente nelle donne in età riproduttiva, dai 20 ai 50 anni. In questa fascia di età l'incidenza varia dal 8% al 15% (2, 3, 4, 5, 6). Nelle giovani donne al di sotto dei 30 anni che riferiscono dolore pelvico cronico e dispareunia, l'endometriosi viene riscontrata però dal 47% al 65% dei casi (7, 8).

Generalmente le lesioni endometriosiche rimangono confinate alle ovaie, al legamento largo e al peritoneo pelvico, tuttavia possono localizzarsi in tratti dell'intestino in stretta vicinanza con gli organi genitali femminili (2), sull'omento, sul mesentere, sulla glissoniana o nelle cicatrici chirurgiche laparotomiche. L'incidenza dell'endometriosi intestinale varia dal 3% al 37% del totale dei casi (3, 5, 9). Quest'ampia variabilità dipende da molteplici fattori fra i quali devono essere considerati in prima istanza la scarsità di sintomi predittivi e l'incidentalità del riscontro nel corso di interventi o procedure eseguite per altre indicazioni. Il sigma e la giunzione rettosigmoidea risultano in assoluto il tratto di intestino più frequentemente interessato (73% dei casi), seguiti dalle localizzazioni a livello del setto rettovaginale (13%), del piccolo intestino (7%), del ceco (3.5%) e dell'appendice (3%)

Abstract

INTESTINAL ENDOMETRIOSIS. 3 NEW CASES AND REVIEW OF THE LITERATURE

Objective: *The study was undertaken to identify some features of the intestinal endometriosis such as symptoms, helpful investigations, pattern of distribution and surgical management.*

Patients: *Three consecutive cases, observed during a sixteen month period, are reported. The most frequent symptoms were chronic pelvic and abdominal pain, dysmenorrhea, altered bowel habit and menorrhagia. The diagnosis of intestinal endometriosis was incidental in all but one case admitted for an intestinal subocclusive syndrome in patient with a past history of pelvic endometriosis previously documented by laparoscopy.*

Results: *All patients presented a sigmoid localization of endometriosis with different degree of stenosis and underwent sigmoid resection, followed by a resolution of abdominal symptoms.*

Discussion: *Although the exact frequency of intestinal endometriosis is difficult to know because of the lack of specific symptoms and reliable investigations, it has been estimated that implants to the bowel may occur in 3%-37% of women affected by endometriosis. The sigmoid colon is the most common site of localization. The main symptoms are pelvic pain, dismenhorrea, infertility and diarrhoea or constipation; rarely patients present bowel occlusion due to stenosis (less than 15% of the cases) or cyclic rectal bleeding.*

Conclusion: *Generally, intestinal endometriosis is not suspected preoperatively in those patients without a past history of this condition; however an accurate diagnosis can be provided throughout laparoscopy, before open surgery. The hormonal therapy is not successful in alleviating moderate to severe obstructive symptoms. Thus surgery still remains the most effective treatment for advanced intestinal endometriosis.*

Key words: Intestinal Endometriosis, Sigmoid colon stenosis.

(9, 10). Più raramente vengono descritte localizzazioni in organi distanti come polmoni, reni, cute e tessuto nervoso (2, 11).

Le manifestazioni cliniche sono caratterizzate da una varietà di sintomi, spesso bizzarri, nessuno dei quali però

può essere considerato patognomonico. In particolare le localizzazioni intestinali, spesso asintomatiche, possono manifestarsi in maniera aspecifica con dolore pelvico, irregolarità dell'alvo e più raramente con enterorragia e un quadro subocclusivo o francamente occlusivo.

In questo lavoro riportiamo la nostra esperienza, derivata dalla collaborazione tra ginecologi e chirurghi generali e basata sull'osservazione di 3 casi consecutivi di endometriosi intestinale nell'arco di 1 anno. Di questi, 2 pazienti erano state ricoverate per patologia ginecologica accertata, la terza per un quadro addominale subocclusivo di verosimile natura endometriosica. Lo scopo del lavoro è quello di individuare gli aspetti sintomatologici, clinici, anatomo-chirurgici e istopatologici che possano contribuire a ridurre la difficoltà di formulare preoperatoriamente la diagnosi di endometriosi a localizzazione intestinale.

Materiali e metodi

CASO 1

P.B., di anni 46, primipara in premenopausa, con storia di leiomiomatosi uterina multipla veniva ricoverata per dolore pelvico crampiforme, associato a menometrorragia e alterazioni dell'alvo, insorti nei 18 mesi precedenti e resistenti alla terapia medica ormonale. All'esame obiettivo l'utero appariva di volume oltre il doppio della norma e anche l'annesso di destra si apprezzava di dimensioni aumentate. Gli esami di laboratorio erano normali, ad eccezione di una lieve anemia (HB 11 g/dl, Ht 33,9%). All'esame ultrasonografico l'utero appariva aumentato di volume, irregolare per fibromiomatosi a noduli multipli. Veniva rilevato inoltre un "echo-pattern" endometriale ispessito e un'area transonica di 27x29 mm a carico dell'ovaia destra.

Veniva pertanto posta l'indicazione all'intervento di isteroannessectomia bilaterale con diagnosi preoperatoria di leiomiomatosi uterina multipla sintomatica e tumefazione ovarica di natura non meglio precisata.

Alla laparotomia, oltre al reperto uterino si evidenziavano: una cisti ovarica destra (5x6 cm) con isole di tessuto ritenute di verosimile significato endometriosico ed endometriosi del legamento uterosacrale sinistro. All'esplorazione palpatoria dei visceri, dopo l'isteroannessectomia bilaterale, venivano reperite due neoformazioni parietali del sigma, l'una estesa per circa 5 cm e stenotante il visceri, l'altra più piccola e superficiale posta a 7 cm dalla prima. Nel sospetto di una neoplasia primitiva del sigma si procedeva ad una resezione intestinale segmentaria e al confezionamento di un'anastomosi colosigmoidea manuale termino-terminale. Dopo un decorso postoperatorio regolare, la paziente veniva dimessa in XIII giornata. L'esame isto-patologico degli organi genitali ha evidenziato: leiomiomatosi uterina, corpi albicanti del-

l'ovaio destro e cisti ovariche bilaterali da inclusione dell'epitelio celomatico. Nel tratto di sigma, indovate nello spessore della tonaca muscolare, sono state repertate aree costituite da lumi ghiandolari immersi in uno stroma cellulare lasso a cellule fusate, deponenti per endometriosi (Fig. 1a). Intorno a tali aree vi era una reazione fibrosa che raggiungeva la sottosierosa e retraeva la sierosa sovrastante.

CASO 2

C.A., di anni 44, primipara in premenopausa, per l'insorgenza di dolore pelvico da circa un anno eseguiva un esame ecografico che evidenziava un utero laterodeviato a destra, aumentato di volume e irregolare per fibromiomatosi diffusa; contestualmente in sede annessiale sinistra e nel Douglas veniva repertata una formazione (cm 15x6x12) ad ecostruttura mista, in parte liquida, ma prevalentemente solida, riccamente vascolarizzata, verosimilmente di pertinenza ovarica sinistra.

Venivano eseguite quindi AngioTC e RM della pelvi che mettevano in evidenza una voluminosa massa ipogastrica estendentesi in fossa iliaca sinistra, costituita da una componente parenchimatosa con aree necrotico-cistiche e da una componente fluida a pareti ispessite con sepimentazioni e vegetazioni tissutali aggettanti. La massa risultava aderire al corpo dell'utero, alla cupola vescicale e all'ansa sigmoidea, dislocando le anse del tenue contigue, e trovandosi adiacente ai vasi iliaci e all'uretere di sinistra.

L'esame obiettivo confermava un utero laterodeviato e di volume oltre il doppio della norma a superficie irregolare, e la presenza della tumefazione annessiale sinistra, di consistenza teso-elastica, il cui fondo giungeva a circa 15 cm sopra la sinfisi pubica. Gli esami di laboratorio risultavano nella norma, come anche il titolo dei markers tumorali (CA-125 23,5U/ml; v.n. <35U/ml).

Con diagnosi preoperatoria di neoplasia annessiale sinistra, veniva posta indicazione ad intervento di isterectomia totale, annessectomia bilaterale e omentectomia. In sede intraoperatoria, dopo asportazione della massa ovarica sinistra (di circa 15 cm) veniva repertata a livello del sigma-retto una lesione retraente di forma stellata nel contesto della parete del grosso intestino, stenotante il lume del visceri. In considerazione della risposta dell'esame estemporaneo della massa annessiale che confermava la natura neoplastica della lesione, nel sospetto di una diffusione a carico del sigma, si procedeva ad una resezione intestinale segmentaria con anastomosi manuale termino-terminale.

Dopo un decorso postoperatorio regolare, la paziente veniva dimessa in XI giornata, in buone condizioni generali. L'esame isto-patologico deponeva per tumore a cellule della granulosa di tipo adulto a basso indice mitotico e a capsula integra, dell'ovaia sinistra, e per endometriosi focale a carico delle tonache sierosa e muscolare della parete intestinale (Fig. 1b), con mucosa indenne. L'omen-

to resecato risultava privo di alterazioni istologiche di rilievo; negativo risultava anche il washing peritoneale.

CASO 3

L.R., di anni 34, primipara, in seguito alla comparsa di dolori pelvici e dismenorrea suggestivi per fibrosi pelvica di origine ginecologica era stata sottoposta altrove a laparoscopia esplorativa che aveva evidenziato endometriosi pelvica con aderenze viscerali, trattate contestualmente tramite adesiolisi. Un anno dopo veniva alla nostra osservazione per il persistere della sintomatologia e il sovrapporsi di un quadro di subocclusione intestinale, con dolori addominali, nausea e alvo chiuso a feci. All'esame obiettivo l'addome risultava trattabile e modicamente dolorabile in corrispondenza dei quadranti di sinistra; la peristalsi era presente. I parametri di laboratorio risultavano nella norma. La radiografia diretta dell'addome non evidenziava livelli idroaerei. All'esame ultrasonografico le ovaie mostravano alcune aree ipoecogene corpuscolate di verosimile significato endometriosico; nello scavo del Douglas era inoltre presente un nodulo ipoecogeno riferibile a focolaio endometriosico peritoneale.

L'esame radiologico del colon per clisma opaco a doppio contrasto rivelava un lieve grado di ipodistensibilità segmentaria in corrispondenza del giunto sigma-colico, con aspetto lievemente arcuato senza evidenti segni di

alterazioni del disegno mucosale (Fig. 2). La RM evidenziava in sede pelvica, tra la parete anteriore del retto e quella laterale destra dell'istmo uterino, una formazione nodulare con segnali in T1 e T2 compatibili con cisti endometriosica. Addossata a questa coesisteva in sede parametrica destra una quota di tessuto con segnali sospetti per focolaio endometriosico ad impianto peritoneale (Fig. 3).

In considerazione della sintomatologia subocclusiva, si procedeva ad intervento di resezione segmentaria del sigma con confezionamento di anastomosi manuale termino-terminale ed elettrocoagulazione dei focolai endometriosici pelvici. Dopo decorso postoperatorio regolare, la paziente veniva dimessa in VII giornata con indicazione alla terapia ormonale per l'endometriosi residua a carico degli organi ginecologici. All'esame macroscopico il tratto di grosso intestino, della lunghezza di 8 cm, dopo fissazione in formaldeide 1%, mostrava aree di retrazione della sierosa che modificavano il profilo esterno del viscere, la mucosa era indenne; in sezione, nel contesto della tonaca muscolare, erano evidenti aree bianco-grigie vellutate, alcune con evidenti spazi cistici. All'osservazione microscopica, tali aree erano costituite da strutture ghiandolari, alcune delle quali ectasiche, rivestite da epitelio cubico-cilindrico pseudostratificato nel contesto di uno stroma di tipo endometriale; tali aspetti erano in accordo con la diagnosi di endometriosi a focolai multipli del sigma (Fig. 1c).

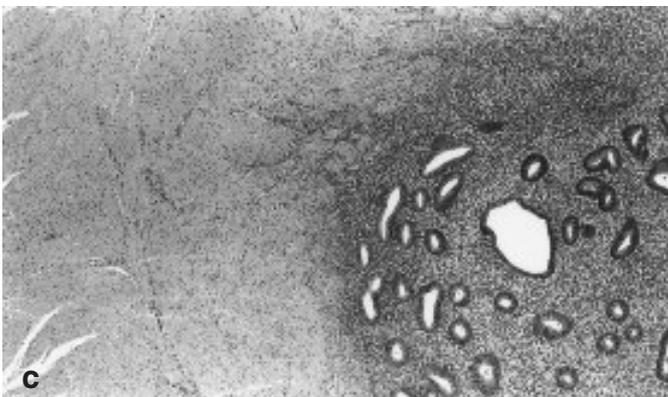
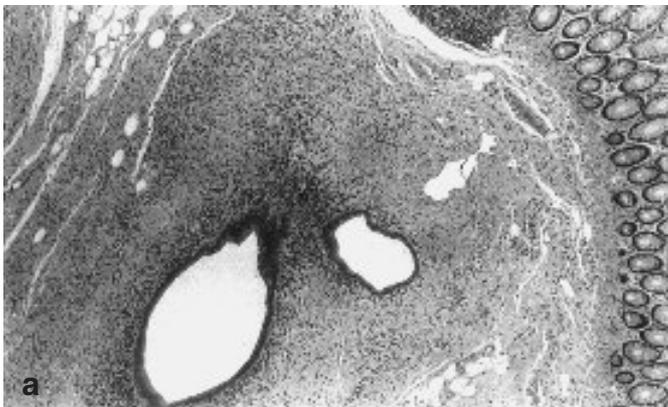


Fig. 1: Endometriosi del sigma con presenza di ghiandole di tipo endometriale, con lume dilatato, circondate da stroma negli strati muscolari interni in prossimità della mucosa del grosso intestino (a, caso 1); focolaio intramuscolare con ghiandole prevalentemente dilatate (b, caso 2) e in atteggiamento nodulare che evoca flogosi cronica linfomonocitaria nel tessuto muscolare circostante (c, caso 3). (a-c, Ematossilina-eosina, 20x).



Fig. 2: Clisma opaco a doppio contrasto: Si evidenzia una ipodistensibilità segmentaria in corrispondenza del sigma, con aspetto lievemente arcuato, senza evidenti segni di alterazioni del disegno mucosale.

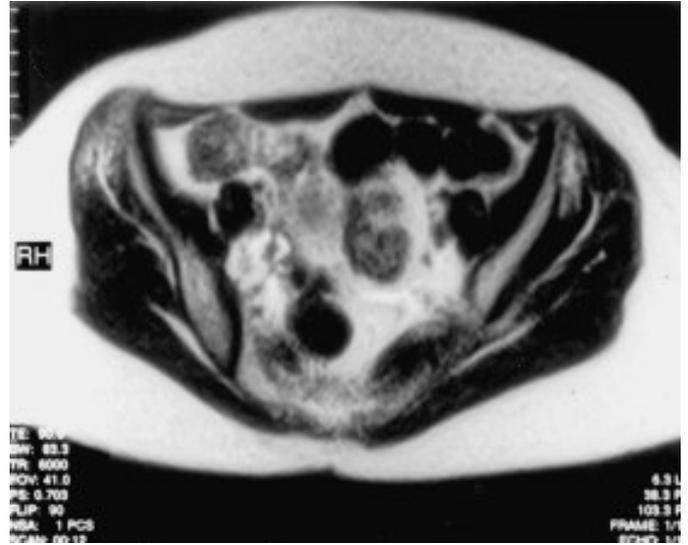


Fig. 3: RM Addome-Pelvi: Vedi descrizione nel testo.

Discussione

La prevalenza dell'endometriosi nella popolazione femminile è difficile da determinare. Dal momento che la laparoscopia e la chirurgia vengono considerate indispensabili per formulare una diagnosi di certezza, la prevalenza varia in relazione all'indicazione, al tipo di procedura e all'abilità ed esperienza del chirurgo. Wheeler (13) riporta una prevalenza di endometriosi dello 0.7% in donne sottoposte ad anastomosi tubarica, dell' 1.6% in corso di legatura tubarica per via laparoscopica, del 11.3% in corso di isterectomia per via laparotomica e del 32% in corso di laparoscopia operativa. Da tali dati si può pertanto stimare una prevalenza complessiva del 10% circa che tende ad aumentare nelle pazienti più giovani e nelle donne infertili. In quest'ultimo gruppo l'endometriosi viene riscontrata dal 14% (14) al 40% dei casi (2, 3, 4, 5). Le percentuali più basse di prevalenza si hanno tra le donne che hanno assunto per lunghi periodi terapia anticoncezionale orale (15), che hanno avuto molteplici gravidanze e che presentano irregolarità significative del ciclo mestruale (16). Vengono anche riportate familiarità (17) e una probabile ereditarietà genetica (18) per endometriosi che, quando positive, possono supportare la diagnosi.

L'incidenza delle localizzazioni endometriosiche intestinali risulta ancora più difficile da stabilire per il fatto che, soprattutto quando isolate, determinano una sintomatologia clinicamente rilevante solo nel 30% circa dei casi. Mc Affee (19) in un lavoro di revisione condotto su 7000 casi di endometriosi, riporta una incidenza di localizzazione intestinale nel 12% dei casi revisionati, fra i quali la sede più frequente risulta essere quella sigmoidea (72% dei casi). In un analogo lavoro di revisione

della letteratura su 3037 laparotomie eseguite per endometriosi, riportato più recentemente da Weed (20), il coinvolgimento intestinale è stato riscontrato in 163 casi (5.4%). Anche qui la sede intestinale più frequente è stata il sigma (65 casi, 39.8%), seguita dalla giunzione rettosigmoidea (33 casi), dall'appendice (32 casi), dal retto (17 casi), dall'ileo terminale (11 casi), dal ceco (9 casi) e dal colon trasverso (1 caso). Si ritiene inoltre che la maggiore incidenza di localizzazione intestinale sia direttamente proporzionale alla vicinanza anatomica degli organi genitali femminili (10). Tali osservazioni sembrano avvalorare la teoria della migrazione che vede nella mestruazione retrograda il meccanismo patogenetico più accreditato per spiegare l'impianto di tessuto endometriale a livello delle strutture pelviche.

Gli impianti endometriali sono soggetti alle stesse modificazioni subite dall'endometrio durante il ciclo mestruale. Gli ormoni ovarici determinano un flusso ematico che rimane confinato nel contesto della localizzazione endometriosica, che continua a proliferare e ad assumere un aspetto cistico. La rottura della cisti comporta l'ulteriore disseminazione all'interno della cavità peritoneale, la presenza di sangue determina la formazione di aderenze multiple tra gli organi pelvici giustificando il dolore pelvico e le turbe della fertilità (4, 10, 11, 24). Quando localizzata a livello del sigma o di altri tratti del tubo digerente, l'endometriosi determina in un'alta percentuale dei casi una riduzione progressiva del lume intestinale, espressione di fibrosi conseguente al sanguinamento ciclico nel contesto delle localizzazioni parietali, sottomucose e intramurali (3, 5, 9). Alla fibrosi si associa ipertrofia muscolare che è responsabile delle frequenti alterazioni funzionali e della sintomatologia dolorosa spastica intestinale. Le lesioni endometriosiche si

presentano il più delle volte come piccole formazioni nodulari multiple, situate per lo più lungo il versante antimesenterico e, quando confluenti circonferenzialmente, tendono a determinare retrazioni estese della parete intestinale e stenosi del lume (3, 9, 25). Quando si presentano come noduli sierosi multipli, possono essere confusi con metastasi o aree di steatonecrosi (26). La mucosa è quasi sempre risparmiata dal processo, anche quando i noduli che interessano la parete intestinale fino alla sottomucosa occupano gran parte del lume. Nei rari casi nei quali viene dimostrato un coinvolgimento della mucosa è presente enterorragia consensuale al ciclo mestruale (27). Alcuni Autori (40) riportano inoltre casi di trasformazione neoplastica nel contesto di lesioni endometrioidiche intestinali; diversi sono gli istotipi trovati, i più frequenti sono l'adenocarcinoma endometriode e l'adenosarcoma mulleriano. L'esatta frequenza di degenerazione maligna non è conosciuta, sebbene si stima che circa l'1% delle donne affette possa sviluppare complicitanze neoplastiche.

Da un punto di vista più strettamente clinico non esistono sintomi patognomonici. Il sintomo che viene più frequentemente riferito è un dolore pelvico crampiforme, spesso associato ad altri disturbi come dispareunia, infertilità o dismenorrea, che mascherano il coinvolgimento enterico deviando l'attenzione sull'apparato genitale, dato che per lo più si tratta di pazienti giovani. Solo raramente si riscontra un chiara sintomatologia intestinale con irregolarità dell'alvo e/o rettorragia più o meno ciclica (34). L'occlusione intestinale si verifica in circa il 10% dei casi: Weed (20) riporta 8 casi di occlusione intestinale su un totale di 65 casi (12,3%) mentre Prystowsky (21) ne riporta 4 su 51 (8%). Ciò suggerisce che in presenza di un quadro di occlusione o subocclusione intestinale associata a sintomi di natura ginecologica, l'endometriosi deve essere sempre sospettata o esclusa. Di riflesso quando una localizzazione endometrioidica è genitale anche il colon dovrebbe essere studiato (3, 12, 20, 22, 28) sebbene i segni radiologici o endoscopici non siano specifici, specie nelle fasi iniziali della malattia (22, 20, 28).

Gli esami strumentali che possono essere d'aiuto nella diagnosi di endometriosi intestinale sono la rettosigmoidoscopia, l'esame radiografico per clisma opaco ed eventualmente la TC e/o la RM. L'esame endoscopico del grosso intestino può risultare normale o mostrare un anomalo restringimento del calibro, come da compressione estrinseca o da proiezione di una massa nel lume. Tuttavia, poiché i noduli endometriali raramente raggiungono la mucosa, le biopsie non sono di aiuto diagnostico.

L'esame contrastografico per clisma può mostrare alcuni segni radiologici indicativi ma non caratteristici quali compressione estrinseca, presenza di una formazione intraparietale senza evidenti alterazioni del disegno mucoso o stenosi con difetti di riempimento per lo più differenti da quelli causati da neoplasie maligne. Più raramente vengono riportati: aspetto a polipo endoluminale; stenosi con

perdita delle austrature; stenosi a torsolo di mela (similmente ai processi maligni); aspetto arciforme a festone del margine antimesenterico, che è considerato il reperto più tipico (32). Le scansioni TC o RM, invece, possono talvolta evidenziare un ispessimento della parete intestinale del tratto interessato, che spesso aderisce all'utero, ai legamenti uterini o agli annessi (35). L'unica procedura che consente certamente un'accurata diagnosi prima dell'approccio chirurgico a cielo aperto è l'esplorazione laparoscopica, che offre la possibilità di un approfondito esame della pelvi e della sierosa che riveste l'intestino, ed eventualmente consente di risolvere contestualmente le aderenze viscerali nei casi meno complessi.

La diagnosi differenziale va posta innanzitutto con il carcinoma del grosso intestino. Altri quesiti diagnostici da prendere in considerazione sono le malattie infiammatorie croniche intestinali, i tumori ovarici, la diverticolosi complicata, i carcinoidi, i tumori benigni intramurali e le cisti mesenteriche (32).

Il trattamento dell'endometriosi intestinale, essenzialmente chirurgico, rappresenta un argomento ancora dibattuto. Può essere realizzato a cielo aperto o per via laparoscopica a seconda dell'estensione delle lesioni, del pattern di distribuzione e della presenza o meno di stenosi intestinale. Di regola è sufficiente una resezione intestinale segmentaria, che, in caso di endometriosi multifocale, può essere associata ad isterectomia ed annessectomia, compatibilmente con l'età della paziente e con il desiderio di avere successive gravidanze.

Indubbiamente esperienza e specializzazione del chirurgo influenzano la scelta terapeutica. I chirurghi, in presenza di lesioni in fase avanzata, sono per lo più portati a realizzare una resezione intestinale (80% dei casi) e una castrazione ovarica (30% dei casi); i ginecologi invece raramente eseguono una resezione intestinale (45% dei casi) e tendono a conservare le ovaie (12), optando per una terapia ormonale (danazolo). Questa può essere utile nelle pazienti con piccole lesioni per una remissione temporanea del dolore, ma non costituisce una cura definitiva in quanto non è efficace nel ridurre la fibrosi e l'iperplasia delle cellule muscolari lisce; inoltre deve essere sempre supportata da un esame istologico che confermi la benignità della lesione. Si è visto anche che il trattamento medico con danazolo o con analoghi del LHRH prima dell'intervento chirurgico può ridurre l'infiammazione o la vascolarizzazione e facilitare le procedure chirurgiche (29, 30), tuttavia la reale utilità dell'associazione col trattamento chirurgico non è mai stata documentata. Quando comunque è presente una lesione stenotomica il sigma, una sindrome occlusiva o in casi di endometriosi avanzata si impone la resezione intestinale, come unica soluzione possibile.

Redwine e coll. (36), allo scopo di contenere l'invasività della procedura; propongono un originale approccio che consiste in una resezione intestinale segmentaria transvaginale guidata laparoscopicamente.

È stato inoltre osservato che migliori risultati si otten-

gono quando alla resezione intestinale è associata l'istero-annessectomia bilaterale, come accade nelle pazienti più anziane. In questi casi la chirurgia non solo comporta un miglioramento dei sintomi ma, prevenendo le recidive, costituisce la cura definitiva (37).

Nei primi 2 casi da noi osservati, le pazienti presentavano disturbi ginecologici caratterizzati fondamentalmente da dolore pelvico cronico. Nel caso 1 era stata posta una diagnosi preoperatoria di leiomiomatosi uterina multipla sintomatica; nel caso 2, associata alla fibromiomasiosi, la neoplasia annessiale sinistra costituiva la diagnosi principale. In entrambi i casi quindi le lesioni intestinali sono state un reperto operatorio occasionale in un primo momento, hanno indotto il chirurgo a sospettare l'esistenza di una neoplasia del colon e ad effettuare di conseguenza una resezione segmentaria. Soltanto con l'esame istologico si è arrivati alla diagnosi definitiva.

Questi 2 casi, quindi, sono emblematici di come spesso sia incidentale la diagnosi di endometriosi intestinale. Facilmente si può intuire che l'incidentalità comporta una sottostima della reale incidenza del fenomeno, per lo più dovuta alla mancanza di sintomi specifici.

Nel caso 3, invece, l'endometriosi pelvica era già stata diagnosticata e trattata laparoscopicamente risolvendo semplicemente le aderenze tra i visceri. Ciò ha comportato il recidivare del fenomeno a 1 anno di distanza, ma questa volta con chiara sintomatologia intestinale subocclusiva che, in ragione dei precedenti anamnestici, ci ha subito orientato verso la diagnosi di endometriosi intestinale.

Conclusioni

L'endometriosi intestinale è una condizione difficile da diagnosticare, essendo nella maggioranza dei casi asintomatica o presentando per lo più sintomi aspecifici quali dolore pelvico e dismenorrea. La diagnosi, infatti, è spesso incidentale nel corso di procedure chirurgiche o laparoscopiche, a meno che non si tratti di pazienti con una storia pregressa. Solo raramente si manifesta una palese sintomatologia intestinale dovuta alla stenosi per il progredire delle lesioni e della fibrosi.

Sebbene non mostrano segni caratteristici, gli esami strumentali possono a volte fornire degli indizi che vanno scrupolosamente interpretati.

In generale, in pazienti con sindrome occlusiva o subocclusiva, dolore pelvico cronico e disturbi ginecologici l'endometriosi intestinale dovrebbe sempre essere considerata come diagnosi differenziale. Per converso in tutte le pazienti affette da endometriosi è giustificato un approfondimento diagnostico per escludere un coinvolgimento intestinale.

La terapia ormonale con danazolo non si è dimostrata pienamente efficace soprattutto nei casi più avanzati, per i quali la chirurgia rimane l'unica scelta terapeutica.

Riassunto

Lo scopo di questo studio è quello di tentare di delineare gli aspetti sintomatologici, diagnostici e anatomico-chirurgici dell'endometriosi intestinale, attraverso la presentazione di tre nuovi casi e una revisione della letteratura. In due dei tre casi riportati la diagnosi di endometriosi intestinale è stata occasionale, mentre nel terzo era già stata accertata laparoscopicamente. In tutte le pazienti la localizzazione era sigmoidea ed è stata trattata con successo mediante una resezione intestinale segmentaria del sigma. In letteratura si stima che il coinvolgimento intestinale è presente almeno nel 5-12% dei casi di endometriosi; in questi le sedi più comuni risultano essere il sigma e la giunzione retto-sigmoidea (73% dei casi). Il trattamento è fondamentalmente chirurgico, specie nei casi avanzati o complicati da stenosi.

Bibliografia

- 1) Bromberg S.H., Waisberg J., Franco M.I.F., Oliveira C.V.C., Lopes R.G.C., Godoy A.C.: *Surgical treatment for colorectal endometriosis*. Int Surg, 84:234-238, 1999.
- 2) Olive D.L., Schwartz L.B.: *Endometriosis*. N Engl J Med, 238:1759-1769, 1993.
- 3) Graham B., Mazier W.P.: *Diagnosis and management of endometriosis of the colon and rectum*. Dis Colon Rectum, 31: 952-956, 1988.
- 4) Ranney B.: *Etiology, prevention and inhibition of endometriosis*. Clin Obstet Gynecol, 23:875-882, 1980.
- 5) Samper E.R., Slagle G.W., Hand A.M.: *Colonic endometriosis: Its clinical spectrum*. South Med J, 77:912-914, 1984.
- 6) Goldstein D.P., Decholkoky C., Emans S.J., Leventhal J.M.: *Laparoscopy in the diagnosis and management of pelvic pain in adolescents*. J Reprod Med, 24:251-256, 1989.
- 7) Krutzen G., Salvati E.: *Collective review of endometriosis of the colon*. Am J Surg, 90:866-875, 1965.
- 8) Chatman D.L., Ward Ab.: *Endometriosis in adolescents*. J Reprod Med, 27:156-160, 1982.
- 9) Croom III R.D., Donovan M.L., Schwezinger W.H.: *Intestinal endometriosis*. Am J Surg, 148:660-667, 1984.
- 10) Jenkins S., Olive D.L., Haney A.F.: *Endometriosis: pathogenetic implications of the anatomic distribution*. Obstet Gynecol, 67:335-338, 1986.
- 11) Berqvist A.: *Extragenital endometriosis*. Eur J Surg, 158:7-12, 1992.
- 12) Lansac J., Pierre F., Letessier E.: *Digestive endometriosis: results of a multicentric investigation*. Contr Gynecol Obstet, 16:192-204, 1987.
- 13) Wheeler J.M.: *Epidemiology of endometriosis-associated infertility*. J Reprod Med, 34:41-46, 1989.
- 14) Pauerstein C.J.: *Clinical presentation and diagnosis*. In: Schenken R.S. (ed) *Endometriosis: contemporary concepts in clinical management*. J.B. Lippincott, Philadelphia, pp. 127-144, 1989.

- 15) Mahmood T.A., Templeton A.: *Prevalence and genesis of endometriosis*. Hum Reprod, 6:544-549, 1991.
- 16) Candiani G.B., Danesino V., Gastaldi A., Parazzini F., Ferraroni M.: *Reproductive and menstrual factors and risk of peritoneal and ovarian endometriosis*. Fertil Steril, 56:230-234, 1991.
- 17) Ranney B.: *Endometriosis, IV. Hereditary tendency*. Obstet Gynecol, 37:734-737, 1971.
- 18) Simpson J.L., Elias S., Malinak L.R., Buttram V.C. Jr.: *Heritable aspects of endometriosis. I. Genetic studies*. Am J Obstet Gynecol, 137: 327-331, 1980.
- 19) Mc Affee C.H.G., Greer H.L.H.: *Intestinal endometriosis: A report of 29 cases and a survey of the literature*. J Obstet Gynecol of the British Empire, 67: 539-555, 1960.
- 20) Weed J.C., Ray J.E.: *Endometriosis of the bowel*. Obstet Gynecol, 69:727-730, 1987.
- 21) Prystowsky J.B., Stryker S.J., Ujiki G.T., Poticha S.M.: *Gastrointestinal endometriosis. Incidence and indications for resection*. Arch Surg, 123:855-858, 1988.
- 22) Bergqvist A.: *Different types of extragenital endometriosis: a review*. Gynecol Endocrinol, 7:207-221, 1993.
- 23) Hauck A.E.: *Endometriosis of the colon*. Am Surg, 151:896-902, 1960.
- 24) Keane T.E., Peel A.L.G.: *Endometrioma. An intra-abdominal troublemaker*. Dis Colon Rectum, 33:963-965, 1990.
- 25) Nezhat C., Nezhat F.: *Incidental appendectomy during videolaoscopy*. Am J Obstet Gynecol, 165:559-564, 1991.
- 26) Cahill D., Wardle P.: *Treatment options in endometriosis*. Practitioner, 240:250-254, 1996.
- 27) Shah M., Tager D., Feller E.: *Intestinal endometriosis masquerading as common digestive disorders*. Arch Intern Med, 155:977-980, 1995.
- 28) Markham S.M., Carpenter S.E., Rock J.A.: *Extrapelvic endometriosis*. Obstet Gynecol Clin North Am, 16:193-219, 1989.
- 29) Blondon J., Caubel P., Foulques H., Lefranc J.P.: *Diagnostic et traitement de l'endométriose digestive*. Ann Chir, 43(4):265-267, 1989.
- 30) Pierre F., Latessier E., Body G., Lansac J.: *L'endométriose rectosigmoïdienne. Résultats d'une enquête multicentrique collectant 69 dossiers*. Lyon Chir, 86(4):293-297, 1990.
- 31) Verspyck E., Lefranc J.P., Guyard B., Blondon J.: *Treatment of bowel endometriosis: a report of six cases of colorectal endometriosis and a survey of literature*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 71:81-84, 1997.
- 32) Picucci L., Alibrandi M., Persico Stella L., Davoli G., Forlini G., Quondamcarlo C., Crescenzi A.: *Endometriosi del sigma: due nuove osservazioni e revisione della letteratura*. Minerva Ginecol, 47:155-164, 1995.
- 33) Cameron I.C., Rogers S., Collins M.C., Reed M.W.R.: *Intestinal endometriosis: presentation, investigation, and surgical management*. Int J Colorect Dis, 10:83-86, 1995.
- 34) Azzena A., Litta P., Ferrara A., Perin D., Brotto M., Chiarelli S., Sandei F.: *Rectosigmoid endometriosis: diagnosis and surgical management*. Clin Exp Obst Gyn, 25:94-96, 1998.
- 35) Midorikawa Y., Kubota Keiichi, Kubota Kazuyoshi, Kawai K., Mori M., Kajiuira N.: *Endometriosis of the rectum causing bowel obstruction: a case report*. Hepato-Gastroenterology, 44:706-709, 1997.
- 36) Redwine B.D., Koning M., Sharpe D.R.: *Laparoscopically assisted transvaginal segmental resection of the rectosigmoid colon for endometriosis*. Fertil Steril, 65:193-197, 1996.
- 37) Urbach D.R., Reedijk M., Richard C.S., Lie K.I., Ross T.M.: *Bowel resection for intestinal endometriosis*. Dis Colon Rectum, 41:1158-1163, 1998.
- 38) Mosca F., Stracqualursi A., Lipari G., Zappalà O., Aloni G.: *L'endometriosi stenosante del sigma. A proposito di un caso*. Giorn Chir, 21:99-103, 2000.
- 39) Abbo L., Segre D., Liberatore E., Emmolo I., Rosso C., Landra M., Occelli M., Quaranta L.: *Endometriosi del sigma perforata*. Minerva Chir, 50:393-397, 1995.
- 40) Yantiss R., Clement P., Young R.: *Neoplastic and pre-neoplastic changes in gastrointestinal endometriosis*. Am J Surg Pathol, 24(4):513-524, 2000.

Commento

Commentary

Prof. Manlio CARBONI

Ordinario di Chirurgia Generale
Università "La Sapienza" di Roma

Caterino e collaboratori trattano una interessante problematica clinica riguardante tre casi di endometriosi rettosigmoidea discutendone le principali implicazioni diagnostiche e terapeutiche. L'endometriosi intestinale ha una incidenza variabile dal 3% al 34% e la sua localizzazione rettosigmoidea risulta la più frequente. Probabilmente la incidenza reale della malattia è sottostimata dal momento che spesso, interessando solo superficialmente i visceri, è praticamente asintomatica.

Quando l'endometriosi interessa livelli parietali più profondi può produrre esiti sclero cicatriziali e retrazioni che in alcuni casi diventano vere e proprie masse pseudotumorali occludenti. In questi stadi avanzati la malattia diviene sintomatica.

matica. Dal momento che la mucosa rettosigmoidea è solitamente intatta l'endoscopia può essere inconcludente. I casi presentati da Caterino e collaboratori dimostrano chiaramente che la diagnosi è solitamente sospettata all'intervento e confermata all'esame istologico. Quando l'endometriosi è sospettata sulla base della storia clinica del paziente, sarebbe opportuno affidare alla laparoscopia un maggiore ruolo diagnostico ed eventualmente anche terapeutico.

The manuscript from Caterino addresses an interesting topic. The authors report on three cases of rectosigmoid stenosis due to endometriosis and discuss the diagnostic and therapeutic implication of this relatively rare intestinal complication of the disease. It is estimated that the incidence of bowel involvement with endometriosis is 3% to 34%, the most frequent localization being the lower rectosigmoid colon. Probably the real incidence is underestimated because when the disease is superficial it causes no symptoms at all. When endometriosis reaches the deep layers of the intestine, it causes scarring and retraction which occasionally lead to formation of an occluding tumor. At this very late stage, the disease may become symptomatic. Endoscopy is useless in asymptomatic stages of endometriosis and rather inclusive in symptomatic ones. The cases presented by Caterino et al. clearly demonstrate that diagnosis is usually suspected at surgical exploration and confirmed histologically. When intestinal endometriosis is suspected on the basis of the clinical history of the patient, an increasing diagnostic and therapeutic role of laparoscopy should be encouraged.

Bibliografia

- 1) Petros J.G., Spirito N., Gosshein R.: *Endometriosis causing colon obstruction in two postmenopausal women*. Mt Sinai J Med, 59:362-5, 1992.
- 2) Hunt T.M., Kelly M.J.: *Endometriosis-the problem of intestinal obstruction*. Br J Cl Pract, 47:159-60, 1993.
- 3) Kupersmith J.E.E., Catania J.J., Patil V., Herz B.L.: *Large bowel obstruction and endometriosis*. Hospital Physiscian, 7:46-48, 2001.