

Diagnosi laparoscopica dell'endometriosi peritoneale

R. MARANA^{1, 2}, R. PAPARELLA¹, S. FERRARI¹, G. POMPA², P. PAPARELLA¹, V. G. VELLONE³, G. F. ZANNONI³

¹Dipartimento della Tutela della Salute della Donna e della Vita Nascente Policlinico Universitario Agostino Gemelli Roma, Italia

²ISI - Istituto Scientifico Internazionale Paolo VI di Ricerca sulla Fertilità ed Infertilità Umana per una Procreazione Responsabile, Roma, Italia

³Istituto di Anatomia Patologica Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli" Università Cattolica del S. Cuore, Roma, Italia

MINERVA GINECOL 2008;60:552-4

TABELLA I. — Conferma istologica di diagnosi di endometriosi.

Aspetto clinico dell'endometriosi	Conferma istologica di endometriosi (%)
Lesioni tipiche, scure, nere	90
Lesioni bianche, opache	81-91
Lesioni rosse, "rosso fiamma"	75-81
Lesioni ghiandolari	67
Aderenze ovaio-fossetta ovarica	50
Macule giallo-marrone	47
Difetti peritoneali circolari (sindrome di Allan-Master)	33-45
Lesioni emosideriniche	33
Peritoneo normale	0-13

Egregio Direttore,

Per una diagnosi certa di endometriosi, la laparoscopia, con prelievo mirato delle lesioni sospet-

te per conferma istologica, rimane il gold standard, una volta compresi ed accettati dalla paziente i rischi legati all'invasività dell'atto chirurgico.

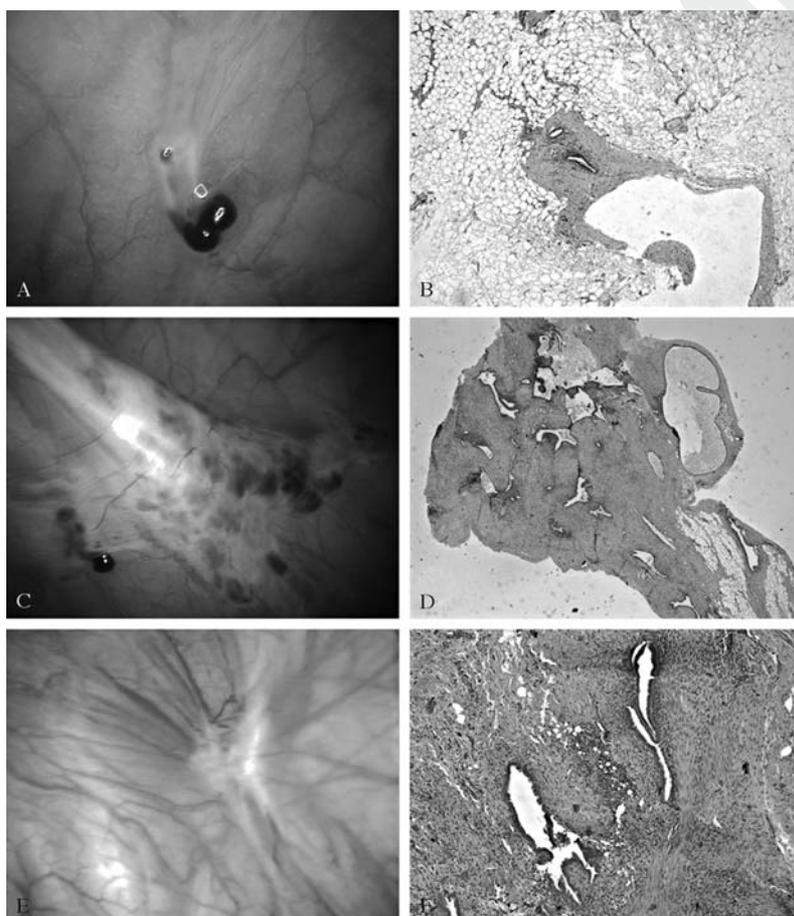


Figura 1. — Ad ogni immagine intraoperatoria è associata la relativa immagine istologica. A) macroscopico: vescicole nere; B) microscopico (ematossilina/eosina 50×): cisti con epitelio di tipo endometriale contornata da stroma endometriale ed intensa fibrosi; C) macroscopico: multiple vescicole nere "a polvere da sparo"; D) microscopico (ematossilina/eosina 25×): multiple cisti con epitelio di tipo endometriale e stroma endometriale; E) macroscopico: lesione bianca (area di fibrosi) del Douglas; F) microscopico (ematossilina/eosina 100×): cisti con epitelio di tipo endometriale circondata da stroma endometriale ed intensa fibrosi.

Relativamente alla diagnosi istologica, nel passato veniva tradizionalmente richiesta, per una diagnosi di certezza, la presenza contemporanea di ghiandole e stroma. L'American College of Obstetrics and Gynecology ha poi modificato nel 1999¹ i criteri necessari per la conferma di tale diagnosi, richiedendo la presenza di due o più tra quattro reperti istologici: la presenza di epitelio endometriale, la presenza di ghiandole endometriali, la presenza di stroma endometriale, la presenza di macrofagi carichi di emosiderina.

Nella stessa pubblicazione si sottolinea che l'ispezione visiva come unico criterio per porre la diagnosi di endometriosi richiede la presenza di un chirurgo esperto che abbia familiarità con i quadri proteiformi delle lesioni endometriotiche. Si fa presente inoltre che l'esperienza è associata con una migliore accuratezza diagnostica, ma che la corrispondenza tra la diagnosi visiva di endometriosi e la sua conferma istologica nei prelievi biotici non è sempre presente.

Infatti, la sola diagnosi visiva, senza biopsia, può sovrastimare o sottostimare l'estensione dell'endo-

metriosi, poiché le lesioni possono variare in grandezza, colore, profondità e localizzazione. Le lesioni nere "a polvere da sparo", possono essere facilmente diagnosticate, ma lesioni rosse o bianche "atipiche" possono essere egualmente endometriotiche ma non riconosciute da un laparoscopista inesperto. Per converso, non tutte le lesioni giudicate visivamente come endometriotiche sono poi confermate tali all'esame istologico.

Una recente review² ha valutato 27 articoli che analizzavano la diagnosi visiva di endometriosi alla laparoscopia verificandola tramite biopsia per diagnosi istologica. Di questi, 4 studi (comprendenti 443 pazienti) fornivano dati completi per una meta-analisi che permettesse di valutare l'accuratezza di una diagnosi laparoscopica di endometriosi rispetto alla verifica istologica. La sensibilità della diagnosi visiva è stata del 94% (95% CI 80-98%) e la specificità del 79% (95% CI 67-87%).

Degli altri 23 studi che per incompletezza dei dati non erano stati inclusi nella meta-analisi, 21 riportavano un valore predittivo positivo medio di 0,76 prendendo come unità di misura sia le biopsie che le

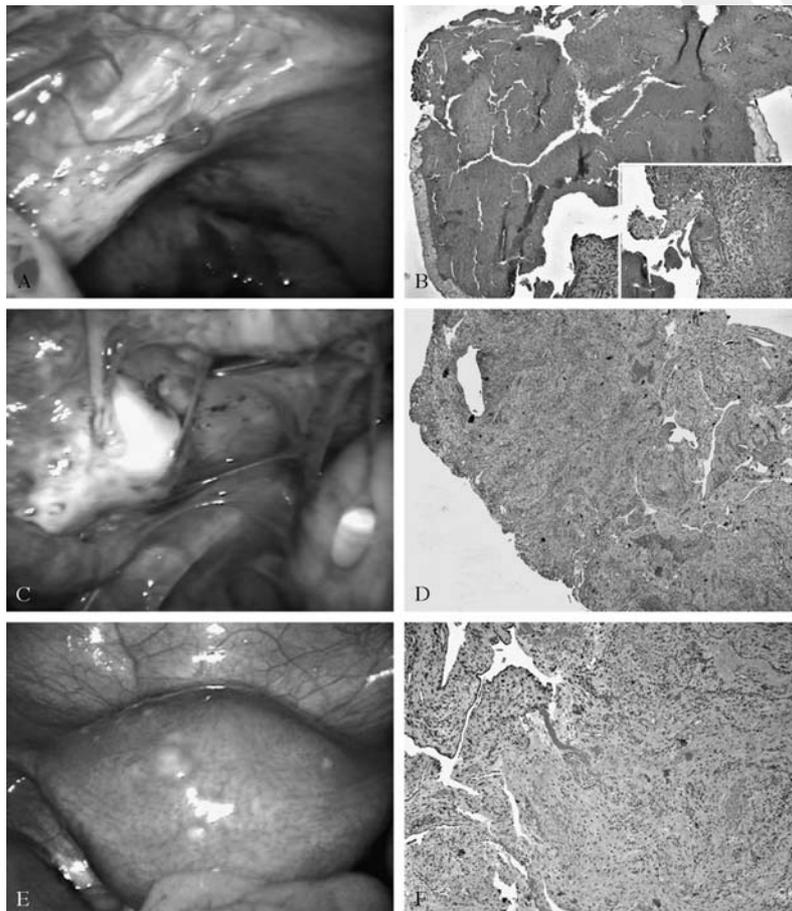


Figura 2. — Ad ogni immagine intraoperatoria è associata la relativa immagine istologica. A) macroscopico: vescicola rossa uterosacrale sinistra; B) microscopico (ematossilina/eosina 50x): vescicola costituita da parete spessa e fibrosa a contenuto emorragico recente. Nel dettaglio in basso a destra è riconoscibile epitelio e stroma di tipo endometriale; C) macroscopico: aderenze; D) microscopico (ematossilina/eosina 25x): tessuto prevalentemente fibroso e scarsi spazi cistici con presenza di cellule dello stroma endometriale e macrofagi con emosiderina; E) macroscopico: vescicola della sierosa uterina; F) microscopico (ematossilina/eosina 50x): cisti con epitelio di tipo endometriale contornata da stroma endometriale, fibrosi e scarsi macrofagi contenenti emosiderina.

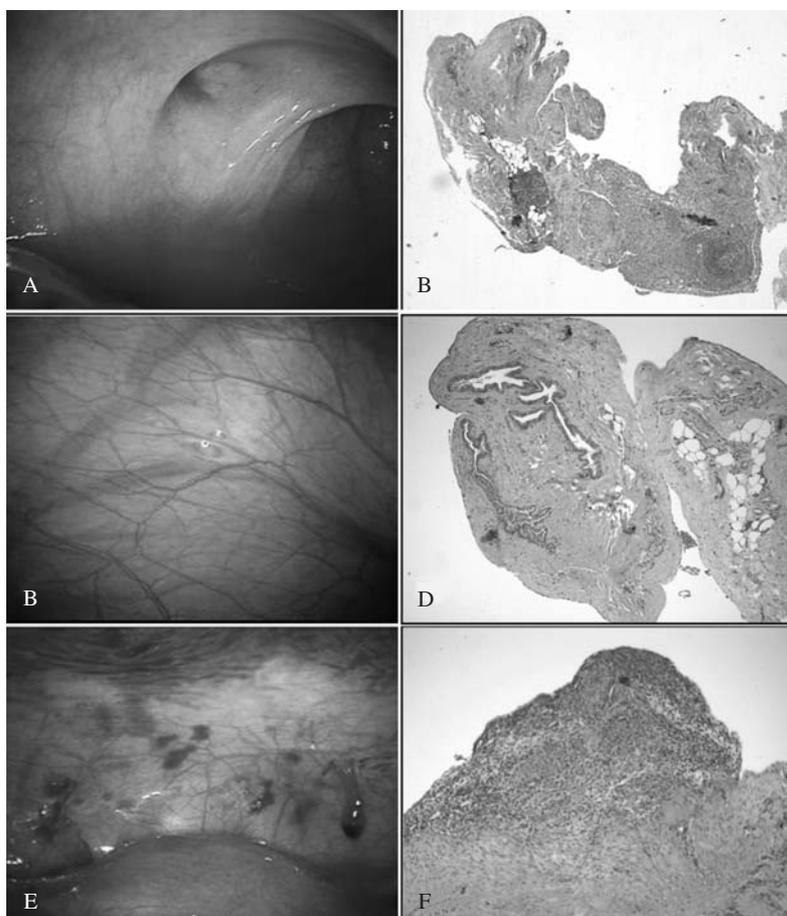


Figura 3. — Ad ogni immagine intra-operatoria è associata la relativa immagine istologica. A: macroscopico: lesione a tipo Allen & Master; B: microscopico (ematossilina/eosina 25×): nodulo costituito da cellule dello stroma endometriale e macrofagi contenenti emosiderina sottostante ad una ulcerazione del mesotelio peritoneale; C) macroscopico: vescicola peritoneale endometriosa; D) microscopico (ematossilina/eosina 50×): cisti con rivestimento epiteliale di tipo endometriale con scarso stroma endometriale ed abbondante reazione fibrosa; E) macroscopico: endometriosi plica vesicolo uterina; F) microscopico: ematossilina/eosina 50×: endometriosi stromale con aspetti emorragici e macrofagi contenenti emosiderina.

pazienti. Due lavori riportavano un valore predittivo negativo rispettivamente di 0,02 e 0,08.

A seguito di questa review gli autori sottolineavano che mentre una paziente con laparoscopia negativa per endometriosi può essere adeguatamente rassicurata, senza la necessità di ulteriori indagini, una diagnosi visiva di endometriosi deve essere sempre confermata da una biopsia dell'area peritoneale sospetta.

In Tabella I vengono riportate le percentuali di conferma istologica a seconda dell'aspetto clinico dell'endometriosi alla laparoscopia.

Di seguito (Figure 1-3) riportiamo esempi di quadri laparoscopici di endometriosi tratti dalla nostra casistica, con il corrispettivo reperto istologico.

Sottolineiamo l'importanza di saper riconoscere tali aspetti soprattutto per le pazienti sterili. Infatti, combinando i risultati di due studi clinici randomizzati^{3, 4} su laparoscopia solo diagnostica versus laparoscopia operativa per endometriosi minima e lieve, una recente metanalisi⁵ riporta un "odd ratio" di gravidanze cliniche di 1,64 (95% CI 1,05-2,57) a favore del trattamento chirurgico versus la semplice laparoscopia diagnostica.

Bibliografia

1. Acog Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists: medical management of endometriosis; December 1999, N° 11.
2. Wykes CB, Clark TJ, Khan KS. Accuracy of laparoscopy in the diagnosis of endometriosis: a systematic quantitative review. *Br J Obstet Gynaecol* 2004;111: 1204-12.
3. Marcoux S, Maheux R, Bérubé S. Laparoscopic surgery in infertile women with minimal or mild endometriosis. Canadian Collaborative Group on Endometriosis. *N Engl J Med* 1997;337:217-22.
4. Parazzini F. Ablation of lesions or no treatment in minimal-mild endometriosis in infertile women: a randomized trial. Gruppo Italiano per lo studio dell'Endometriosi. *Human Reproduction* 1999;14:1332-4.
5. Jacobson TZ, Barlow DH, Koninckx PR, Olive D, Farquhar C. Laparoscopic surgery for subfertility associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2002, CD001398.

Autore di contatto: R. Marana, Dipartimento della Tutela della Salute della Donna e della Vita Nascente, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia.