



Università degli Studi di Padova  
Dipartimento di Scienze Ginecologiche e della Riproduzione Umana  
Scuola di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia

# DEEP PELVIC ENDOMETRIOSIS

Dott. Andrea Cocco

# CASO CLINICO

- Ambulatorio del dolore pelvico cronico – endometriosi -  
(11/2008)

Donna di 27 anni

## SINTOMI

(peggiorati negli ultimi 8 mesi)

**Dismenorrea** + + +

**Dolore pelvico cronico** + + -

**Dispareunia** + + -

**Dischezia** + + -

**Disuria** + - -

Episodi di diarrea

Gonfiore addominale

Tenesmo rettale

Nausea

Dolore agli arti inferiori

Temperatura corporea di 37,2 °C

# IL CASO CLINICO

*Ambulatorio del dolore pelvico cronico - endometriosi*

## **ANAMNESI FISIOLÓGICA:**

- Ciclo mestruale regolare per ritmo (29 giorni), durata (4 giorni), quantità riferita abbondante
- Parità 0000, non desidera attualmente gravidanze

## **ANAMNESI PATOLOGICA:**

- Appendicectomia in età infantile
- 03/2005 (Padova) Laparoscopia operativa: asportazione di cisti ovarica endometriosa sinistra
- Attuale assunzione di farmaci: Brufen 600 mg al bisogno, con scarsi risultati sulla dismenorrea

# IL CASO CLINICO

*Ambulatorio del dolore pelvico cronico - endometriosi*

## VISITA GINECOLOGICA:

VIA TRANS VAGINALE: genitali esterni e vagina regolari, corpo uterino retroverso in asse, campi annessiali apparentemente liberi, **si apprezza nodo a carico del setto retto vaginale, mediano, dolente delle dimensioni di 2,5 cm.**

CON SPECULUM: collo uterino di dimensioni e morfologia regolari, fornice vaginale posteriore indenne

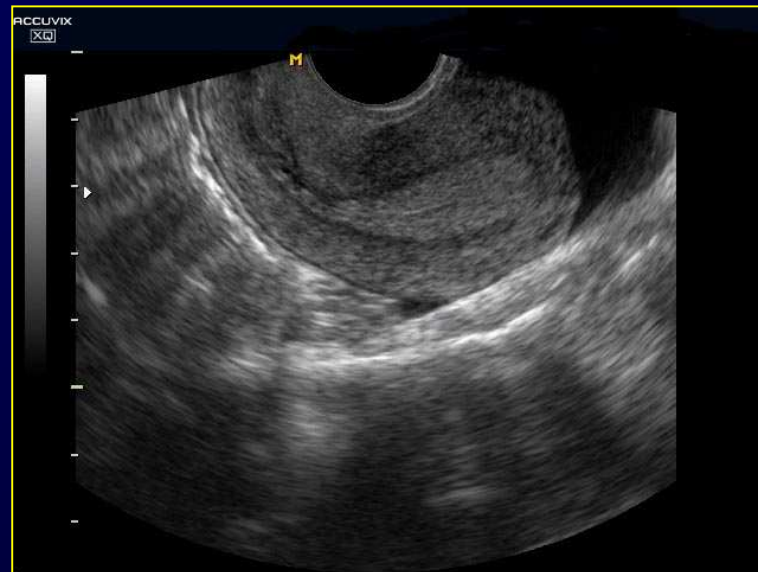
VIA TRANS RETTALE: **si apprezza sulla parete anteriore del retto a circa 6 cm dal margine anale bombè dolente, mucosa rettale poco scorrevole**

# IL CASO CLINICO

*Ambulatorio del dolore pelvico cronico - endometriosi*

## ECOGRAFIA PELVICA TRANS VAGINALE:

Corpo uterino retroverso a profilo regolare ed ecostruttura omogenea, rima endometriale regolare, annessi bilateralmente regolari per volume e morfologia. Non free fluid in Douglas. Non si repertano alterazioni a carico del setto retto - vaginale.



# IL CASO CLINICO

*Ambulatorio del dolore pelvico cronico - endometriosi*

## **SONOVAGINOGRAFIA:**

Si reperta a carico del setto retto - vaginale nodulo ipoecogeno a margini irregolari delle dimensioni massime di 2 cm che appare infiltrare la parete anteriore del retto.

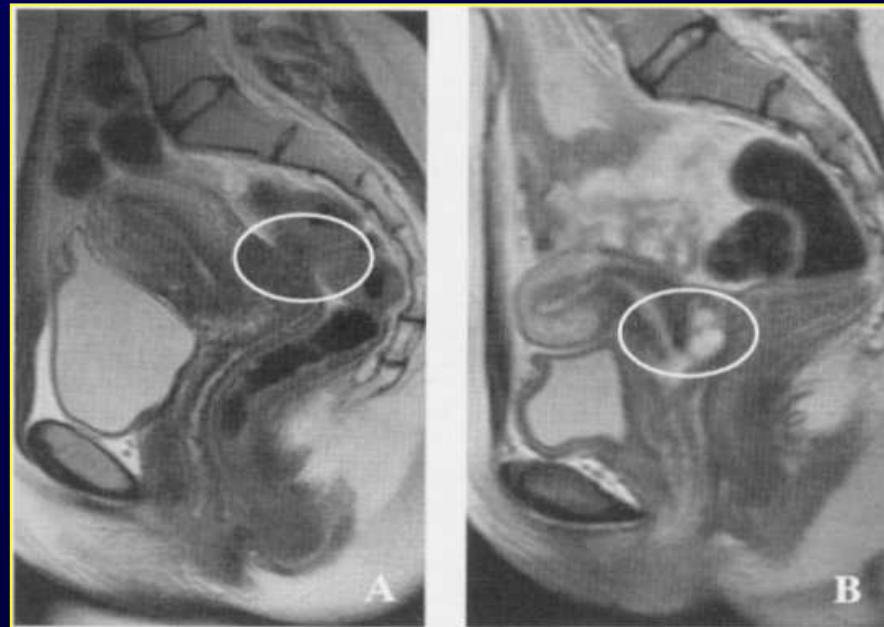


# IL CASO CLINICO

*Ambulatorio del dolore pelvico cronico - endometriosi*

## RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE:

Vescica regolare per volume e morfologia. Utero retroverso, in asse, ovaie bilateralmente regolari per volume e morfologia, contengono minute formazioni follicolari. **In corrispondenza del setto retto vaginale presente placca solida delle dimensioni massime di 22 mm a larga base di impianto che appare contrarre stretti rapporti con la parete anteriore del retto.**

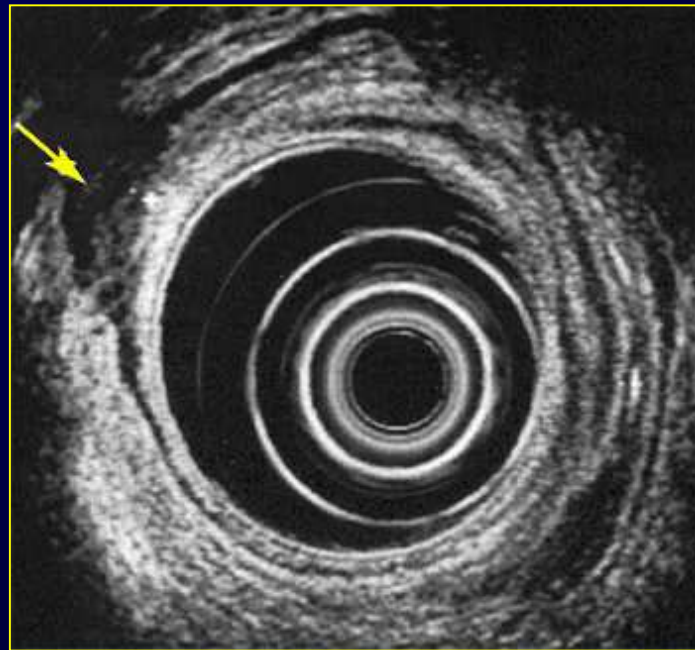


# IL CASO CLINICO

*Ambulatorio del dolore pelvico cronico - endometriosi*

## ENDOSCOPIA ANO - RETTALE:

Evidente nodulo di 25 x 15 mm a carico della parete anteriore del retto, a 8 cm da margine anale, la muscolare appare parzialmente infiltrata, non la mucosa che appare solo compressa.





## *INTERVENTO CHIRURGICO*

Laparoscopia operativa: asportazione di nodo endometrioso del setto retto – vaginale  
con resezione rettale ed anastomosi sigmoide - rettale

# IL CASO CLINICO

## ESAME ISTOLOGICO:

Tessuto fibroadiposo con focolai multipli di endometriosi florida, costituita da ghiandole e stroma, con aree di sclerosiderosi. Tale tessuto si estende fino alla muscolare propria e talora alla mucosa rettale. I margini di sezione sono indenni da malattia. Il nodo misura in toto 27 x 21 x 18 mm

# IL CASO CLINICO

## FOLLOW UP A 6 MESI

**Dismenorrea** + - -

**Dispareunia** - - -

**Disuria** + - -

Episodi di diarrea NO

Tenesmo rettale NO

Dolore agli arti inferiori NO

**Dolore pelvico cronico** + - -

**Dischezia** - - -

Gonfiore addominale SI

Nausea NO

Febbre NO

# LA CLINICA

Quando pongo il sospetto di endometriosi profonda?

**DISMENORREA**

**DPC**

**DISPAREUNIA**

**DISCHEZIA**

**DISURIA**

**DIARREA/STIPSI**

**TENESMO RETTALE**

**TENESMO VESCICALE**

**DOLORE ARTI INFERIORI**

**RETTORRAGIA**

**GONFIORE ADDOMINALE**

**NAUSEA - VOMITO**

**DOLORE DA SEDUTI**

**FEBBRE**

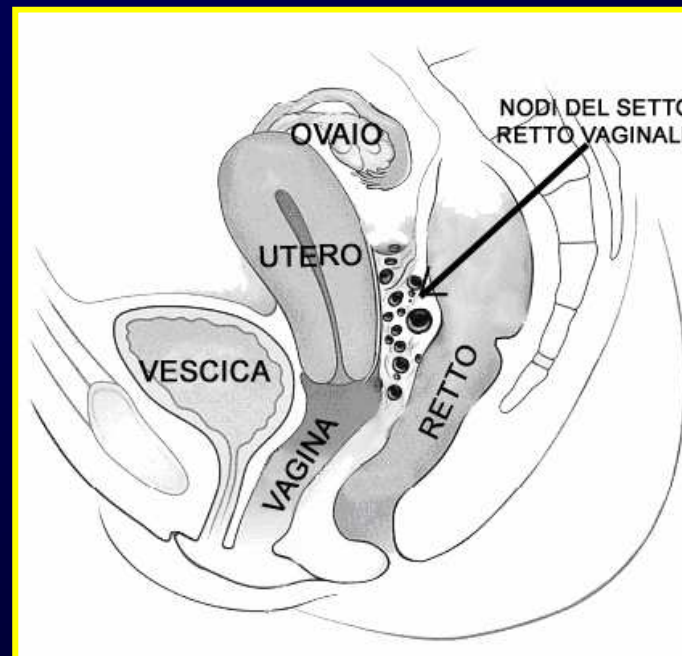
# DEFINIZIONE

L'**endometriosi profonda** è caratterizzata da impianti endometriosisici che invadono lo spazio retroperitoneale per più di 5 mm

(Koninckx et al. Fertil Steril 1991)

L'**endometriosi del setto retto vaginale** è il tipo più severo di endometriosi profonda ed è caratterizzato da una lesione nodulare, circoscritta, costituita da muscolo liscio, tessuto ghiandolare attivo e stroma tra la parete rettale anteriore e la parete vaginale posteriore

(Fedele L et al. Am J Obst Gin 2004)



# EZIOPATOGENESI

“Metaplasia dei residui Mülleriani localizzati nel setto rettovaginale. Queste lesioni sono retroperitoneali e possono estendersi lateralmente o verso la parete rettale anteriore, provocando una periviscerite ”

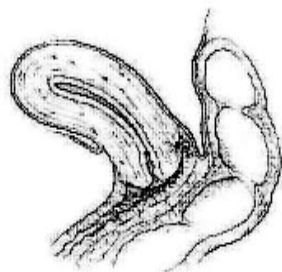
(Nisolle M, Donnez J. Fertil Steril 1997)

“Manifestazione di una malattia intraperitoneale con infiltrazione secondaria dello sfondato del Douglas a partenza da una lesione del peritoneo viscerale, che comporta un'obliterazione completa o parziale del cavo del Douglas”

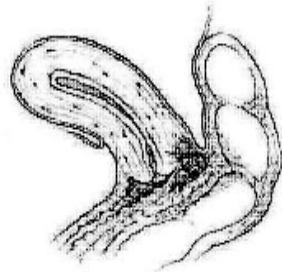
(Koninckx PR, Martin DC. Fertil Steril 1992)

# CLASSIFICAZIONE

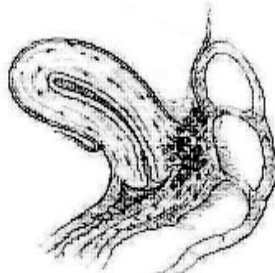
## ADAMYAN



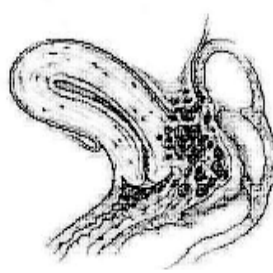
**Adamyan Stage I**  
Endometrial lesions are confined to the rectovaginal cellular tissue in the area of the vaginal vault.



**Adamyan Stage II**  
Endometrial tissue invades the central and perivaginal wall, causing fibrosis and small cyst formation.



**Adamyan Stage III**  
Lesions spread into the sacrotuberous ligaments and the rectal serosa.

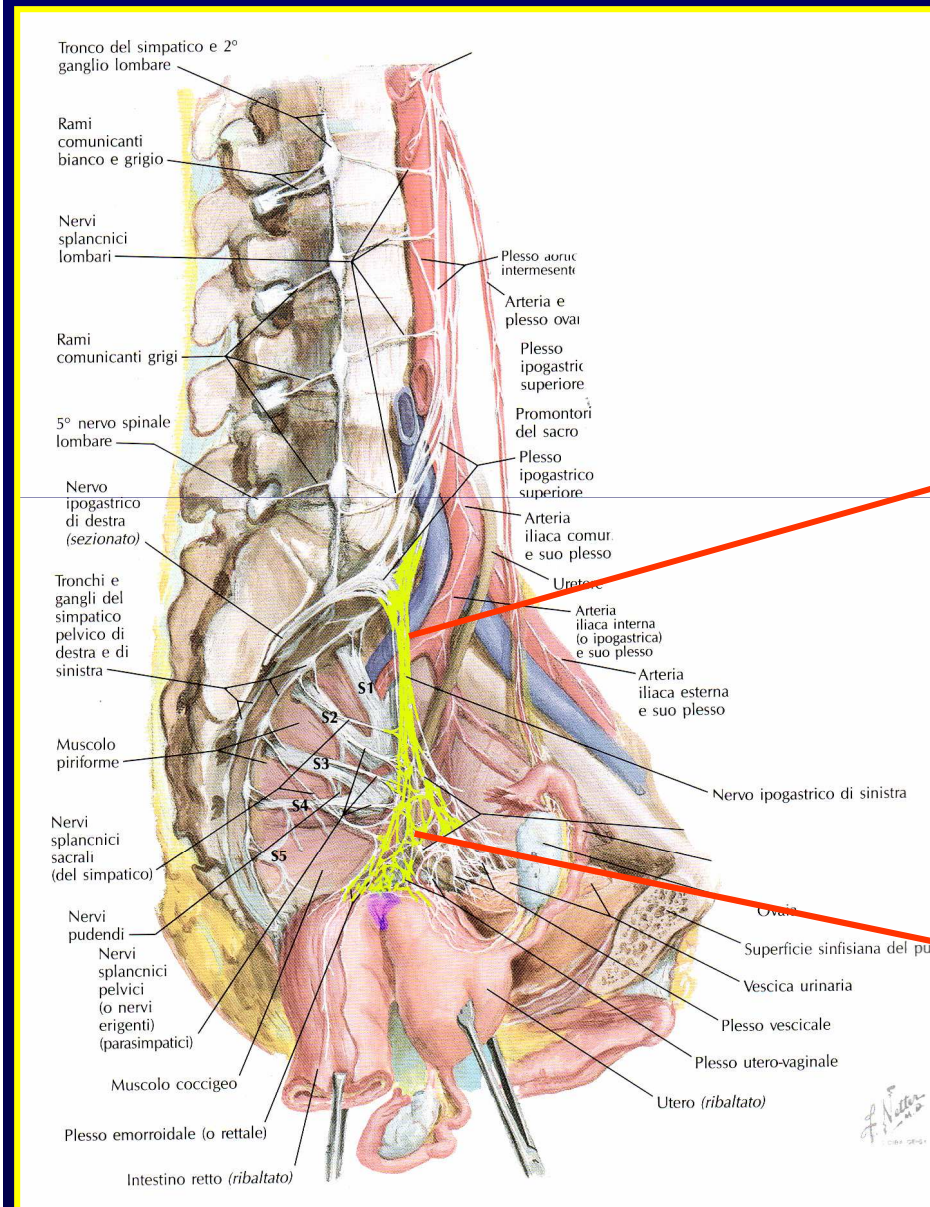


**Adamyan Stage IV**  
The rectal wall, rectosigmoid zone, and rectum are completely involved, and the rectovaginal pouch is totally obliterated.

## ENZIAN

Enzian Score			
a • cul-de-sac • vagina	b • uterosacral ligament • cardinal ligament	c • bowel, rectum • rectosigmoid	
E1a = isolated nodule in the pouch of Douglas	E1b = isolated nodule < 1 cm from the uterosacral ligament (USL)	E1bb = bilateral infiltration of the USL	E1c = isolated nodule in the rectovaginal space
E2a = infiltration of the upper third of the vagina	E2b = infiltration of the USL > 1 cm	E2bb = bilateral	E2c = infiltration of the rectum < 1 cm
E3a = infiltration of the middle part of the vagina	E3b = infiltration of the cardinal ligament (without ureterohydronephrosis)	E3bb = bilateral	E3c = infiltration of the rectum 1-3 cm without stenosis
E4a = infiltration of the uterus and/or lower third of the vagina	E4b = infiltration of the cardinal ligament to the pelvic side wall and/or ureterohydronephrosis	E4bb = bilateral	E4c = infiltration of the rectum > 3 cm and/or rectal stenosis
FA = adenomyosis uteri	FB = deep infiltration of the bladder	FU = ureteral infiltration (intrinsic)	FI = intestinal infiltration (other side than rectum or sigmoid)
FO = other locations			

# I SINTOMI



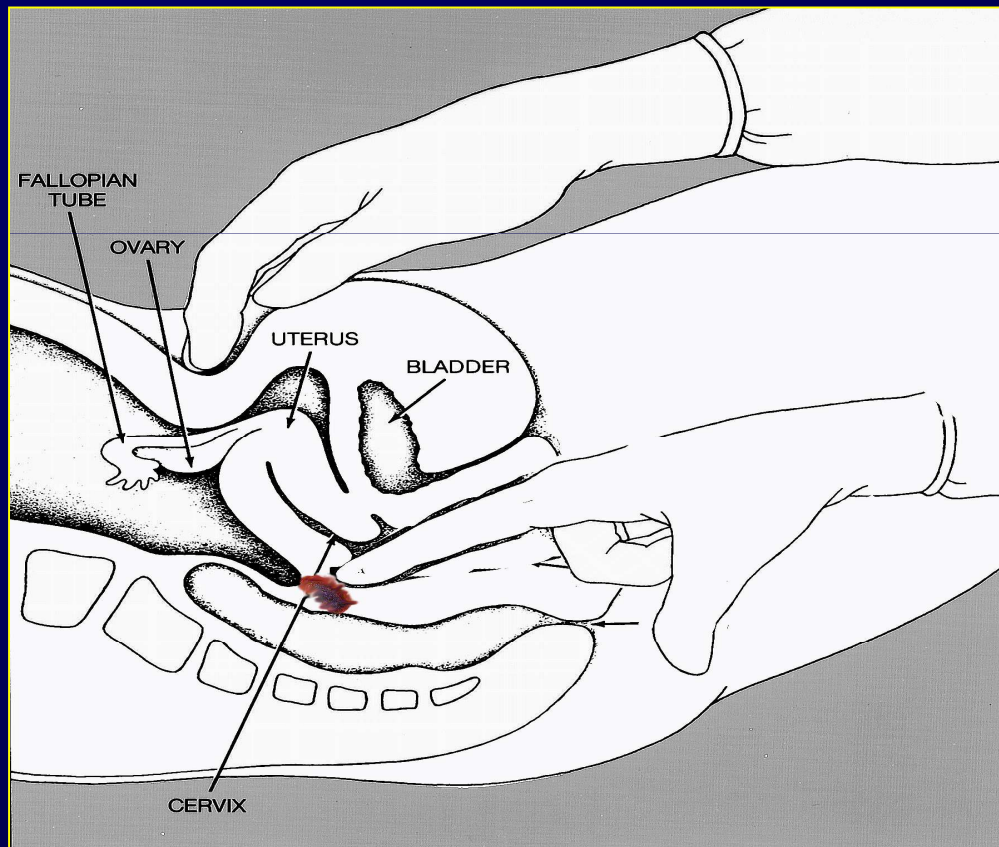
**NERVO IPOGASTRICO**

**PLESSO IPOGASTRICO INFERIORE**



# DIAGNOSI

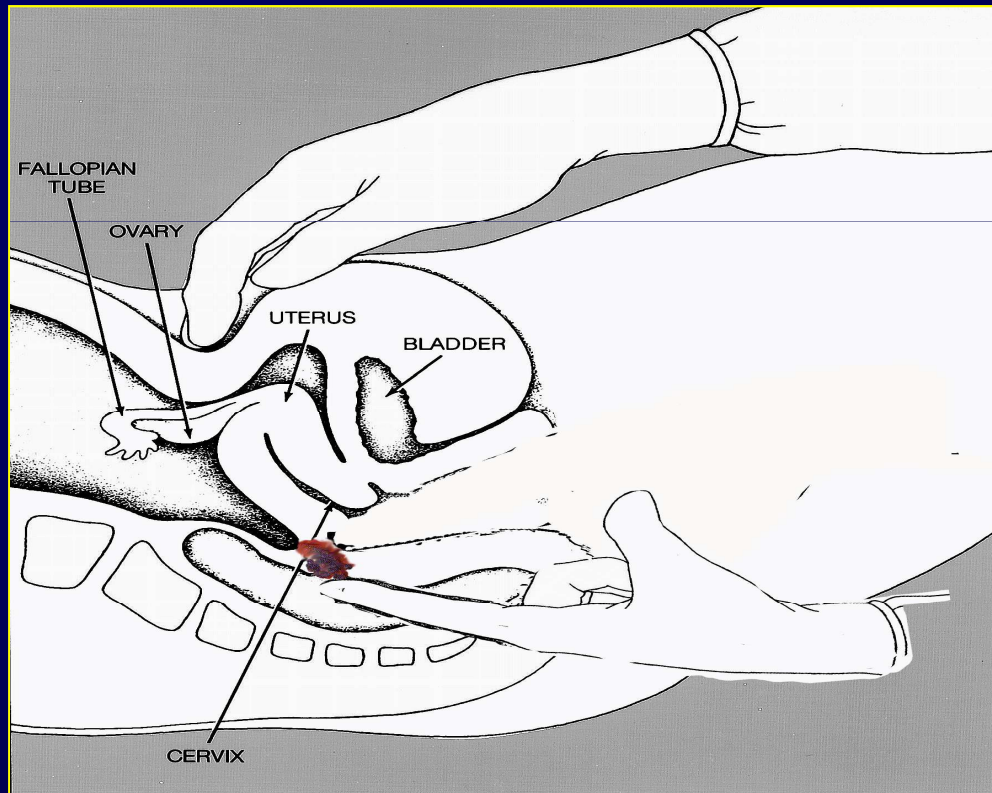
## VISITA TRANS VAGINALE :



- Valutazione della presenza di **NODULO** o **ISPESSIMENTO** a livello di setto retto vaginale, fornice vaginale, legamento utero sacrale
- Legamenti utero sacrali asimmetrici, tesi, ispessiti
- La manovra provoca **DOLORE**

# DIAGNOSI

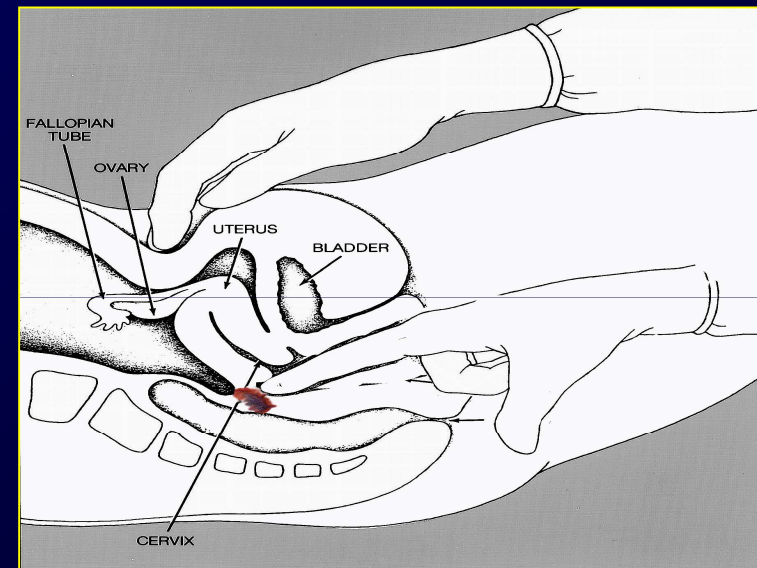
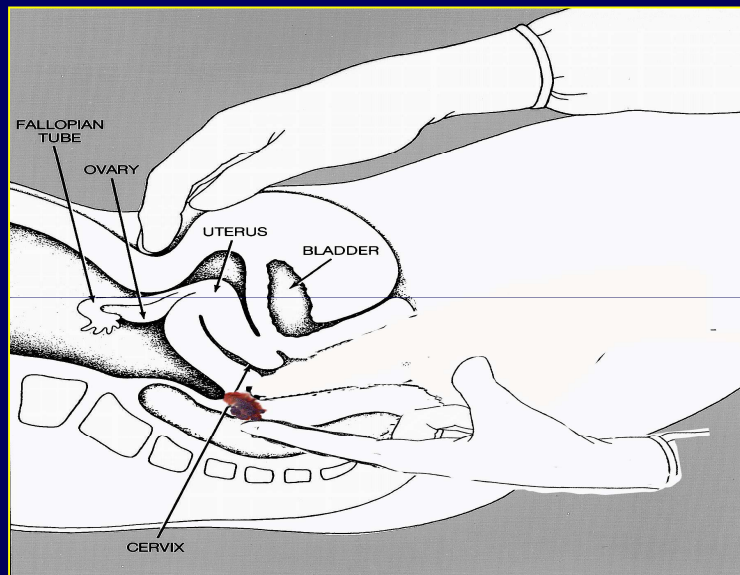
## VISITA TRANS RETTALE :



- Valutazione della presenza bombè sulla parete anteriore del retto
- valutazione della rigidità del tessuto, della scorrevolezza della mucosa, di eventuale sanguinamento
- La manovra provoca DOLORE

# DIAGNOSI

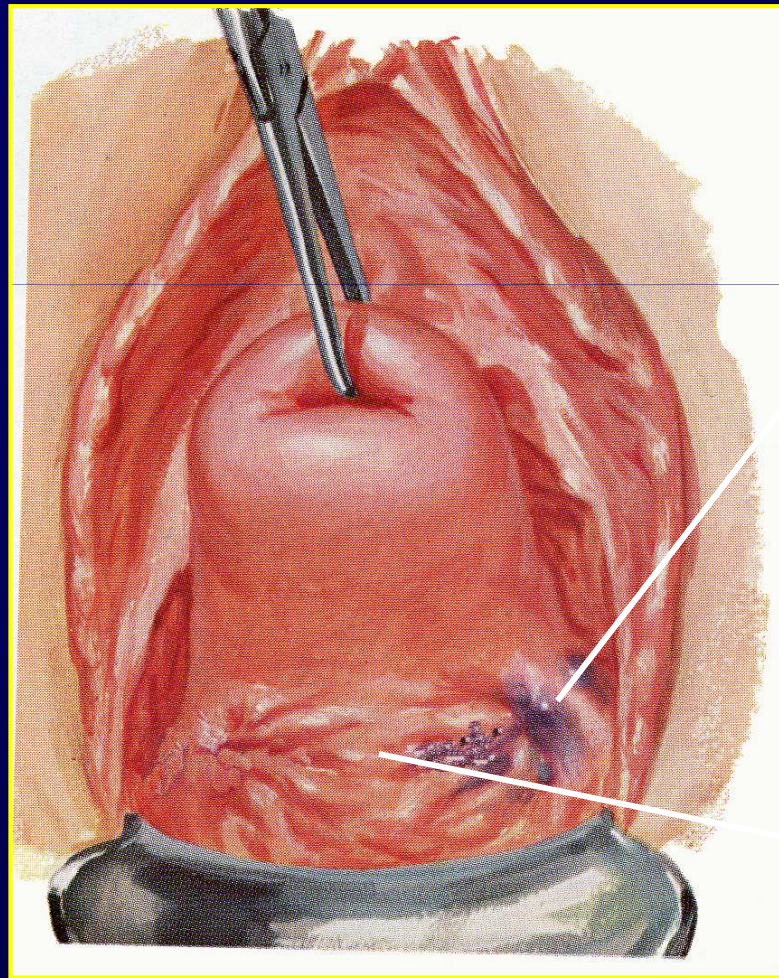
## VISITA GINECOLOGICA :



**Sensibilità 70%**  
**Specificità 90%**  
**Accuratezza 80%**

# DIAGNOSI

## VISITA GINECOLOGICA CON SPECULUM:



LEGAMENTO UTERO  
SACRALE

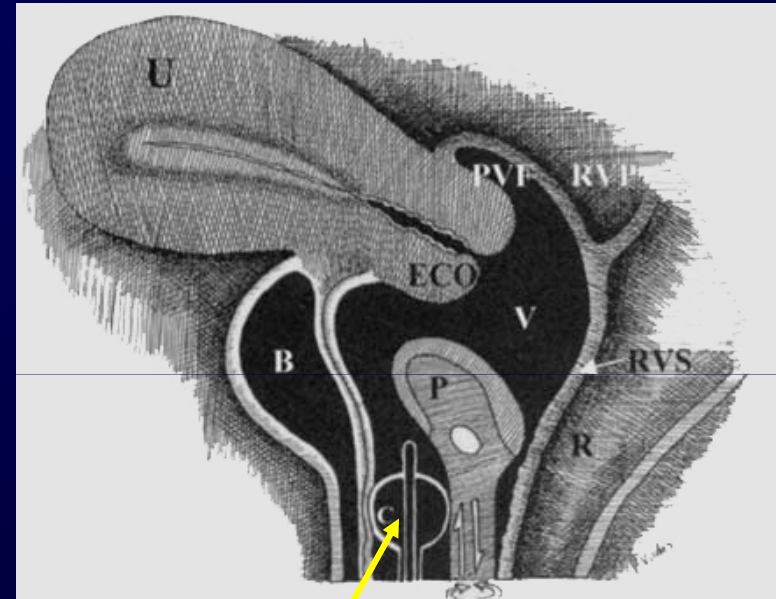
FORNICE VAGINALE  
POSTERIORE

# DIAGNOSI

## SONOVAGINOLOGRAFIA :

Ecografia TV con introduzione di soluzione salina in vagina attraverso catetere di tipo Foley

Vengono introdotti 60 - 120 ml di fisiologica in vagina, che non fuoriesce grazie al Colpo-pneumo-occluder, a sua volta gonfiato con 40 ml di fisiologica

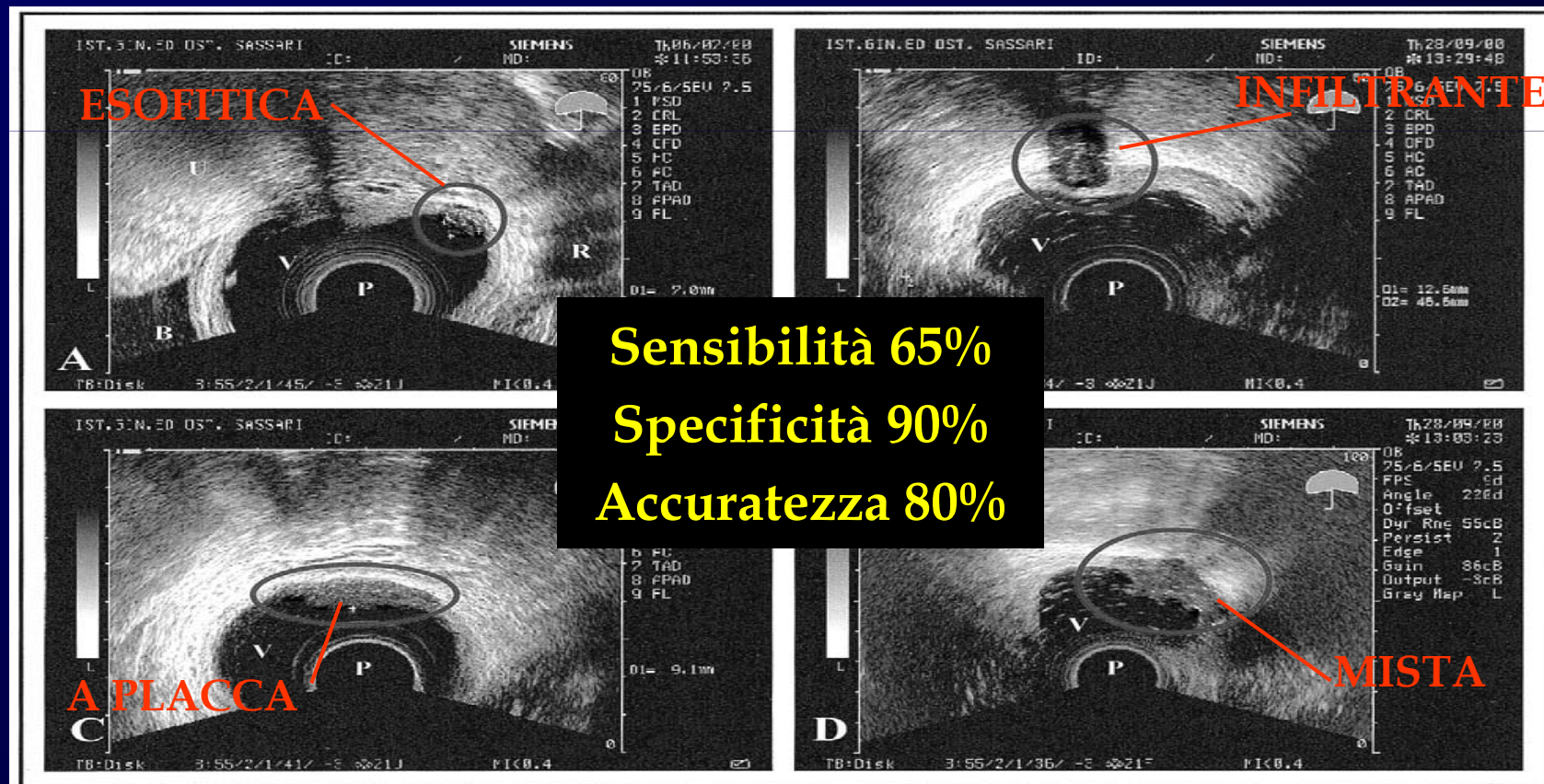


# DIAGNOSI

## SONOVAGINOLOGRAFIA :

La soluzione salina in vagina permette di distendere le pareti vaginali stesse e crea una finestra acustica tra sonda e fornice vaginale posteriore.

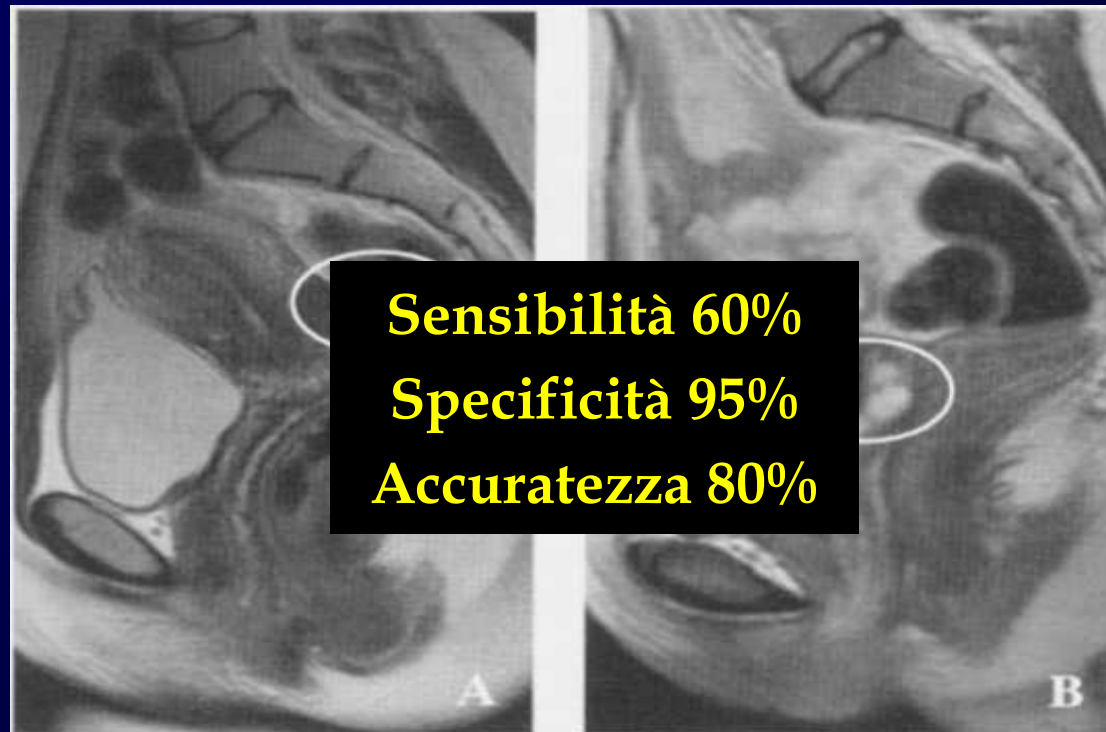
La lesione si presenta come struttura irregolare ed ipoecogena



# DIAGNOSI

## RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE :

- placca ipointensa, composta da tessuto fibroso
- nodulo ipointenso
- placca ipointensa con formazioni cistiche di tipo emorragico-proteinaceo



# SCELTA TERAPEUTICA

```
graph TD; A[SCELTA TERAPEUTICA] --> B[SINTOMI]; A --> C[DESIDERIO DI PROLE]; B --> D[CRITERI MINORI:]; D --> E[-ETA']; D --> F[-PREGRESSI INTERVENTI CHIRURGICI]; D --> G[- DIFFUSIONE DELLA MALATTIA];
```

**SINTOMI**

**DESIDERIO DI PROLE**

## CRITERI MINORI:

- ETA'
- PREGRESSI INTERVENTI CHIRURGICI
- DIFFUSIONE DELLA MALATTIA



# TERAPIA MEDICA

PATOLOGIA ESTROGENO DIPENDENTE - LA TERAPIA MEDICA E' VOLTA A CREARE UNO STATO DI IPOESTROGENISMO TALE DA CAUSARE UNA PROGRESSIVA ATROFIA DELL'ENDOMETRIO ECTOPICO

- Analoghi del GnRH e add - back therapy (Tibolone)
- Danazolo (superato)
- IUD che rilascia levonorgestrel (Mirena)
- Combinazioni di estroprogestinici
- Inibitori aromatasi per via vaginale

# TERAPIA CHIRURGICA

Non esistono attualmente trattamenti medici considerati una valida alternativa terapeutica alla chirurgia

Approccio laparoscopico, laparotomico, transvaginale o combinato:

- asportazione della lesione +/- escissione della parete vaginale
- resezione discoide della parete rettale anteriore
- resezione del retto con eventuale colostomia associata

# TERAPIA CHIRURGICA

## FOLLOW UP

STUDIO	N	F-UP	CHIRURGIA	PREGNANCY RATE	RECIDIVA SINTOMI	RECIDIVA MALATTIA
Angioni Hum Reprod 2006	31	5 anni	Nodulesctomia laparoscopica + escissione fornice vaginale posteriore	Non nota	30%	0%
Chapron Am J Min Inv Gyn 2005	132	3,3 anni	Escissione + ev resezione intestinale (laparoscopia 115, laparotomia 17)	53,8%	17,4%	Non nota
Fedele Am J Ob Gyn 2004	83	36 mesi	Escissione + ev resezione intestinale + ev anastomosi (laparoscopia 21, laparotomia 62)	34%	28%	30,2%
Kavallaris Hum Reprod 2003	50	32 mesi	Escissione laparoscopica ± vaginale e resezione fornice vaginale post/retto	47%	28%	4%
Redwine Fertil Steril 2001	84	5 anni	Escissione laparoscopica + ev resezione intestinale	43%	22-34%	20%
Possover Obst Gyn 2000	34	16 mesi	Resezione intestinale laparoscopica	53%	0%	Non nota
Coronado Fertil Steril 1990	77	1-9 anni	Resezione intestinale laparotomica	39,4%	12%	0%