



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

POLIPO ENDOMETRIALE

Dott.ssa S. Di Gangi

Caso Clinico

A.P., 70 anni

31.03.2009: *ACCESSO C/O P.S. GINECOLOGICO*

Da 3 giorni scarsa perdita ematica vaginale, non altra sintomatologia.

VISITA: all'ispezione con speculum piccola area di erosione nel fornice posteriore con lieve sanguinamento

GE distrofici e utero in involuzione senile, addome trattabile, non dolente.

ECO office TV: utero regolare per età, in cavità EE di spessore massimo 6 mm.

A carico dell'ovaio dx formazione uniloculare transonica di 37x30 mm a pareti regolari non vascolarizzate.



Si consigliano dosaggio markers ed esecuzione di isteroscopia diagnostica.

Caso Clinico

Isteroscopia del 21.04.2009

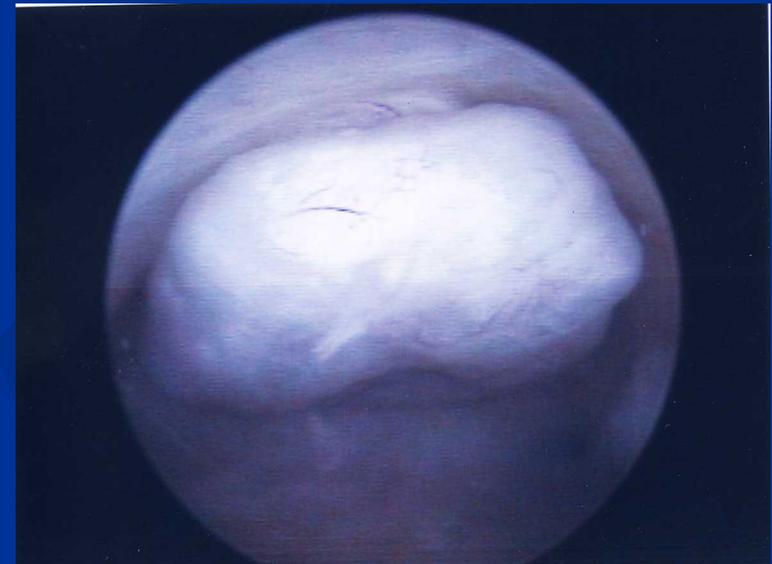
Canale cervicale e cavità uterina regolari
endometrio atrofico con superficie
omogenea, vascolarizzazione
normale

osti tubarici visibili

si reperta polipo endometriale fibroso
di 1.5 cm



Si consiglia polipectomia isteroscopica.



Caso Clinico

Anamnesi

- **Ginecologica:**
Menopausa a 51 anni, fisiologica, non HRT
PARA 3003 (3 PS riferiti eutocici, ultimo 1951)
- **Familiare e fisiologica:**
ndp
- **Patologica:**
ipertensione ed ipercolesterolemia, in terapia

1978 asportazione nodulo mammario quadrante S-E destro (E.I. riferito benigno)

1998 LPT: miomectomia SS e ovariectomia sx per cisti ovarica

2000 RCU diagnostica per ispessimento endometriale ecografico
(E.I.: lembi polipoidi di endometrio con angiectasie e fibrosi dello stroma ed iperplasia senza atipie delle ghiandole)

Caso Clinico

Anamnesi

2001 resezione endoscopica polipo colon

(E.I.: adenoma tubulo-villoso del grosso intestino con displasia di alto grado delle ghiandole)

2006 resezione endoscopica polipo sigma

(E.I.: adenocarcinoma ben/moderatamente differenziato, infiltrante la sottomucosa, insorto da adenoma tubulo-villoso. Lesione carcinomatosa istologicamente compresa nei margini dell'exeresi)

2008 biopsia escissionale neoformazione non pigmentata guancia sx

(E.I.: carcinoma basocellulare di tipo nodulare infiltrante il derma reticolare, lesione completamente escissa)

Anamnesi famacologica:

Dedralen (doxazosina) 1/2 cpr; Vytorin (ezetimibe e simvastatina) 1 cpr;

Microser (betaistina cloridrato) 3 cpr; Daflon 1 cprx2 (mesi estivi)

Caso Clinico

Ecografia pelvica transvaginale 24.04.09

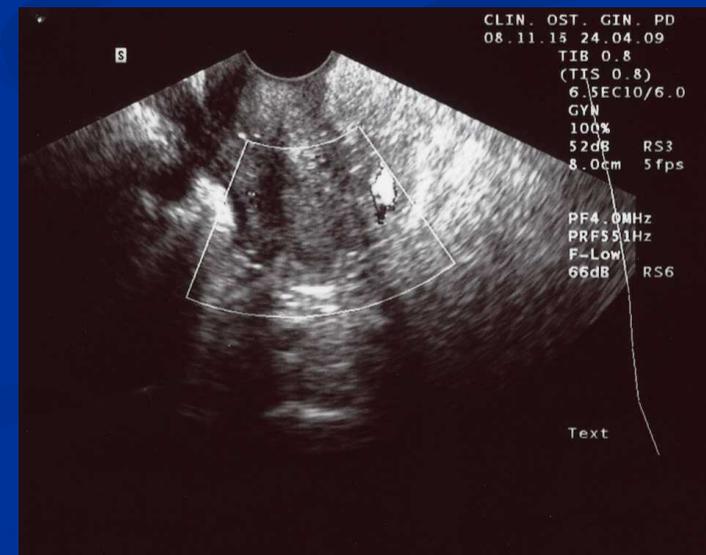
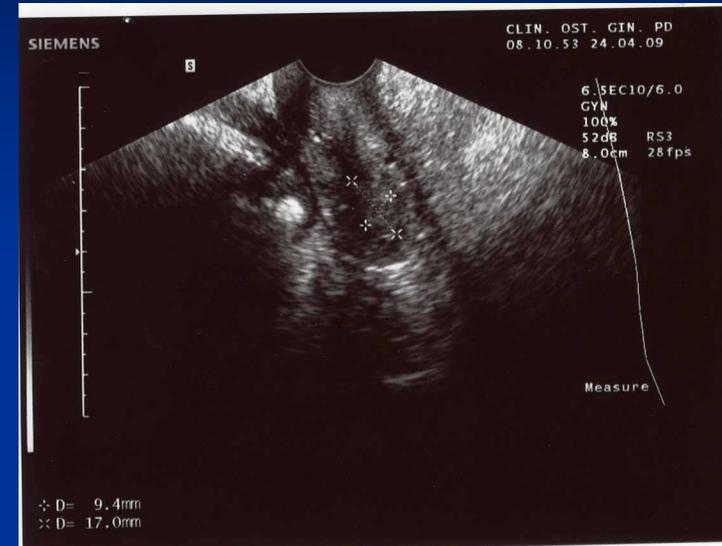
CU di volume nei limiti di norma, compatibile con età, a contorni regolari e morfologia diffusamente disomogenea.

In cavità, a livello del fondo si reperta **formazione iperecogena, disomogenea di dimensioni 9.4x17.0x10.6 mm, non vascolarizzata al Power-Doppler, compatibile con polipo endometriale.**

In campo annessiale destro formazione anecogena di 33.2x36.8 mm, non vascolarizzata, a contorni regolari. CA sinistro regolare. Non free fluid in Douglas.

Pap test 28.04.2009: negativo

Esami ematochimici, markers, ECG, Rx Torace preoperatori: nella norma



Caso Clinico

18.05.2009 *Isteroscopia operativa*

asportazione di polipo endometriale della parete anteriore di 1.5 cm e biopsia endometriale in corrispondenza di area di iperplasia focale della parete posteriore.

Esame istologico

Polipo endometriale. Lembi di endometrio atrofico cistico

Polipo endometriale

Il polipo endometriale è una neoformazione benigna, sessile o pedunculata, con asse centrale connettivale rivestito da tessuto epiteliale e quantità variabile di stroma, ghiandole e vasi sanguigni.

Origina come focale iperplasia dello strato basale dell'endometrio, più sensibile agli estrogeni che al progesterone.



Polipo endometriale

Classificazione morfologica

Iperplastici

forma più frequente, risultato di stimolazione estrogenica in cicli successivi per maggior sensibilità ad estrogeni che a progesterone dello strato basale dell'endometrio (epitelio proliferativo o iperplastico semplice o con atipie)

Funzionali

forma meno frequente, mostrano modificazioni ghiandolari simili a quelle dell'endometrio circostante per responsività agli ormoni del ciclo mestruale (ghiandole secretive)

Atrofici

tipici della menopausa, probabili forme regressive di polipo iperplastico o funzionale

Polipo endometriale

Età di maggior frequenza 30-50 anni

Sedi più frequenti: fondo uterino e osti tubarici

Prevalenza

Popolazione femminile generale	25%
Donne con AUB	10-30%
In corso di autopsia	10%

Polipo endometriale

Fattori associati

- età
- obesità
- ipertensione
- crescita ormono-dipendente (terapia estrogenica, HRT, tamoxifene)
- polipo cervicale

Polipo endometriale

Clinica

asintomatico



diagnosi incidentale

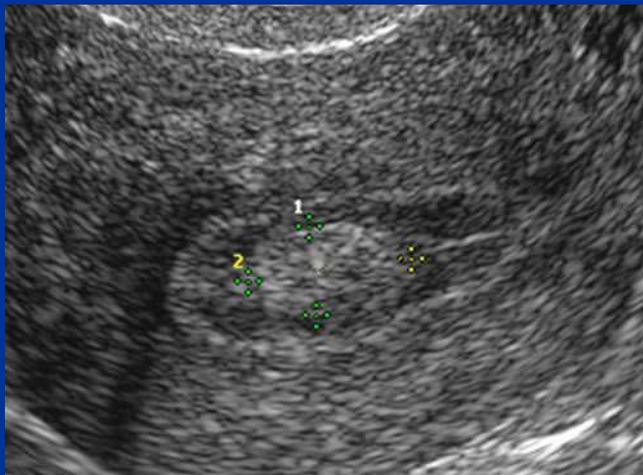
sintomatico

- spotting
- menorragia
- metrorragia in menopausa
- perdite ematiche post-coitali
- infertilità
- dolori (polipo in espulsione)
- leucorrea sierosanguinolenta (necrosi)

Polipo endometriale

Diagnosi

- ✓ curettage (usato nel passato, scarsa sensibilità)
- ✓ ecografia (sensibilità 83%, specificità 70%)
- ✓ sonoisterografia (sensibilità 80%; specificità 96%)
- ✓ isteroscopia diagnostica (gold standard)



Polipo endometriale

Ecografia TV

Ispessimento focale iperecogeno e ben definito dell'endometrio, associato ad aree multiple di ipoecogenicità

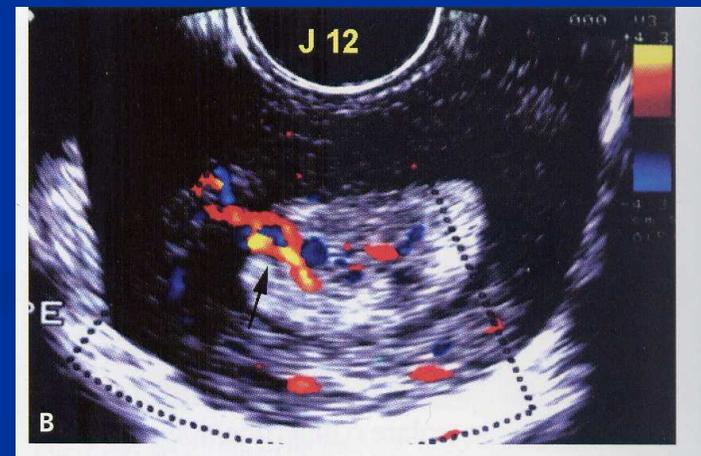
Doppler flussimetria aumenta sensibilità di ecografia fino al 95%



Feeding vessel

(vaso sanguigno singolo nutritizio che penetra nell'endometrio dal miometrio)

PW doppler più sensibile nell'individuare vasi di piccolo calibro e a bassa perfusione



Polipo endometriale

Sonoisterografia

Ecografia con contrasto (soluzione salina isotonica iniettata in cavità uterina per via transcervicale)

→ consente scollamento del peduncolo del polipo e una corretta misurazione delle dimensioni, reperendone la base di impianto



Polipo endometriale

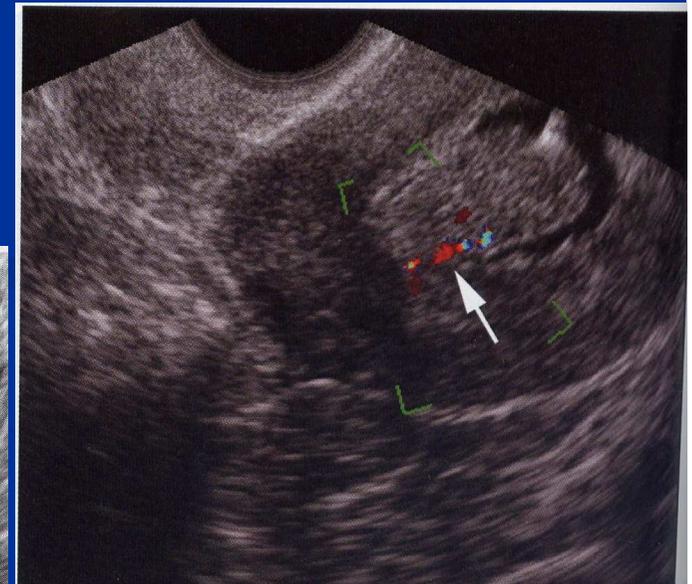
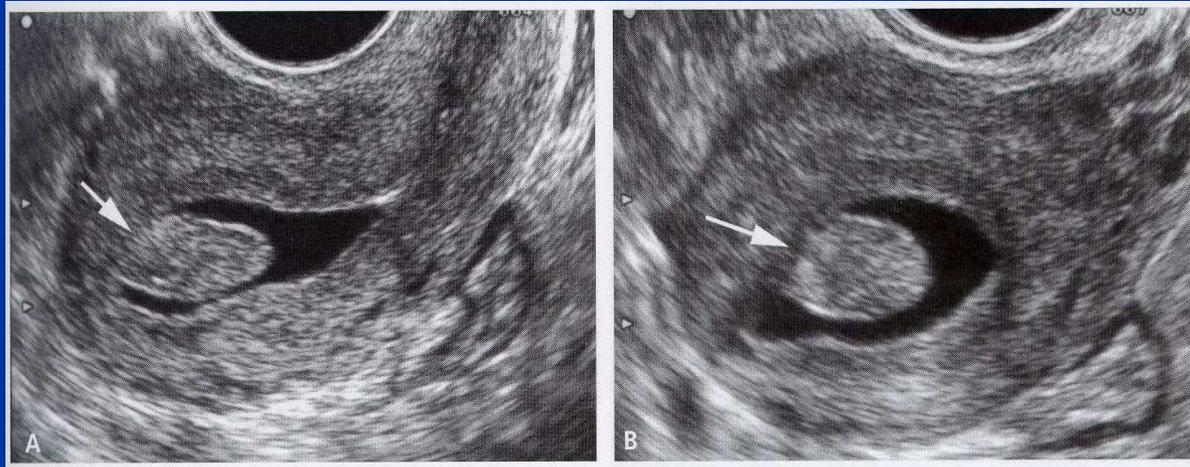
Sonoisterografia

Metodo efficace, semplice, ben tollerato, non invasivo

Associato a “pedicle artery sign” test

VPP 81.3%

VPN 93.8%



Timmerman et al, the pedicle artery sign based on sonography with color Doppler imaging can replace second-stage test in women with abnormal vaginal bleeding; *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003

Polipo endometriale

Isteroscopia diagnostica

Attualmente tecnica diagnostica considerata gold standard

- ✓ tecnica efficace e tollerata
- ✓ no complicanze maggiori
- ✓ visualizzazione diretta
- ✓ possibilità di prelievo bioptico



Consente *SEE and TREAT*

HSC ambulatoriale diagnostica ed operativa consecutive

Utilizzo di soluzione salina, senza anestesia, monitoraggio post intervento per 1h.

E' una procedura facilmente realizzabile, con scarso o assente dolore per la paziente con polipi < 2 cm e tempi operatori < 15 minuti

P.Litta et al. Outpatient operative polypectomy using a 5 mm hysteroscope without anaesthesia and/or analgesia: advantages and limits. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2008

Polipo endometriale

Isteroscopia diagnostica



Figura 1. – Polipo endometriale.



Figura 2. – Polipo fundico.



Figura 3. – Polipo parete posteriore.



Figura 4. – Polipo sospetto.

Polipo endometriale

Sottotipi di polipo endometriale

Benigno

atrofico

glandulo-cistico

Iperplastico

iperplasia semplice

iperplasia complessa

iperplasia con atipie (3.2-3.9%)

Maligno (0.5-4.8%)

Polipo endometriale

Rischio di trasformazione neoplastica

donne pre-menopausa	0.5%
donne post-menopausa	0.8-4.8%

In letteratura non c'è unanime consenso sul significato clinico e sul management dei polipi endometriali, sia sintomatici che asintomatici.

Polipo endometriale

Rischio di trasformazione neoplastica

- stato post-menopausale
- ipertensione
- obesità
- HRT
- dimensioni del polipo (>1.5 cm)



dati discordanti in letteratura

Polipo endometriale

Quando operare

Lev-Sagi ²⁰⁰⁵

pz a basso rischio

Sushan ¹⁹⁹⁶

pz sintomatiche

Savelli ²⁰⁰³

pz sintomatiche o con fatt. di rischio^a

Machtinger ²⁰⁰⁵

pz sintomatiche o con fatt. di rischio^b

Ben-Arie ²⁰⁰⁴

pz in postmenopausa

Orvieto ¹⁹⁹⁹

tutte le pz

Papadia ²⁰⁰⁷

tutte le pz

a: età, ipertensione, stato menopausale b: età, stato menopausale, AUB

Polipo endometriale

Polipi <1 cm e asintomatici in premenopausa sono suscettibili di regressione spontanea



osservazione mediante tecniche non invasive (sonoisterografia)

Ben-Arie et al, The malignant potential of endometrial polyps. Eur J Obstet Gynecol Biol Reprod 2004; 115: 206-10

Valutazione del pattern doppler e delle dimensioni
non possono sostituire la rimozione chirurgica e la
valutazione istologica

Goldstein et al; Evaluation of endometrial polyps. Am J Obste Gynecol 2002, 186: 669-74

Polipo endometriale

Quando operare

Premenopausa

- ✓ sintomatici
- ✓ color doppler map positiva
- ✓ polipi > 1.5 cm
- ✓ infertilità- poliabortività

Postmenopausa

SEMPRE

Polipo endometriale ed infertilità

Prevalenza in donne infertili

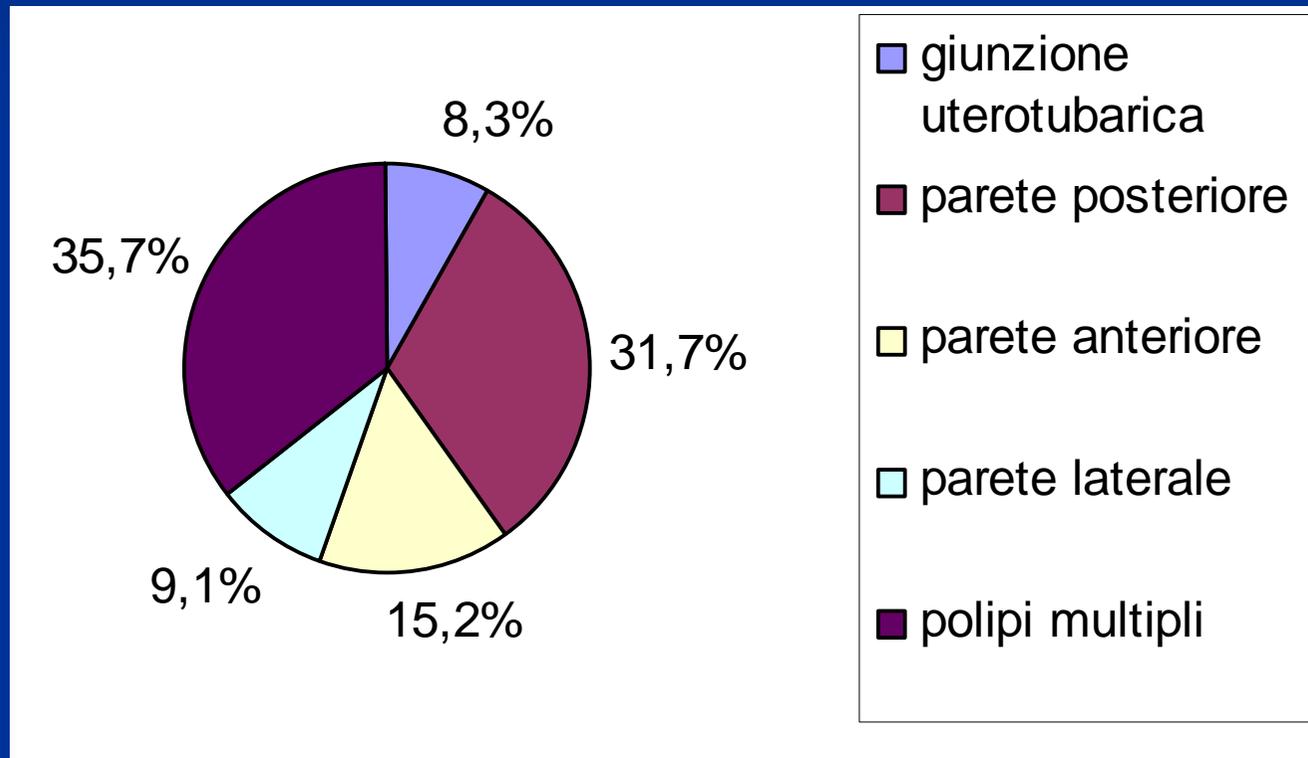
15-24%



- ✓ Sanguinamento intra-endometriale irregolare
- ✓ Risposta endometriale infiammatoria
- ✓ Difetto ostruttivo che interferisce con migrazione spermatozoi
- ✓ Interferenza fisica del contatto tra endometrio ed embrione
- ✓ Maggiore superficie endocrina con incremento della secrezione di glicodelina, fattore angiogenetico di derivazione endometriale che promuove neovascolarizzazione e inibisce l'adesione degli spermatozoi alla zona pellucida.

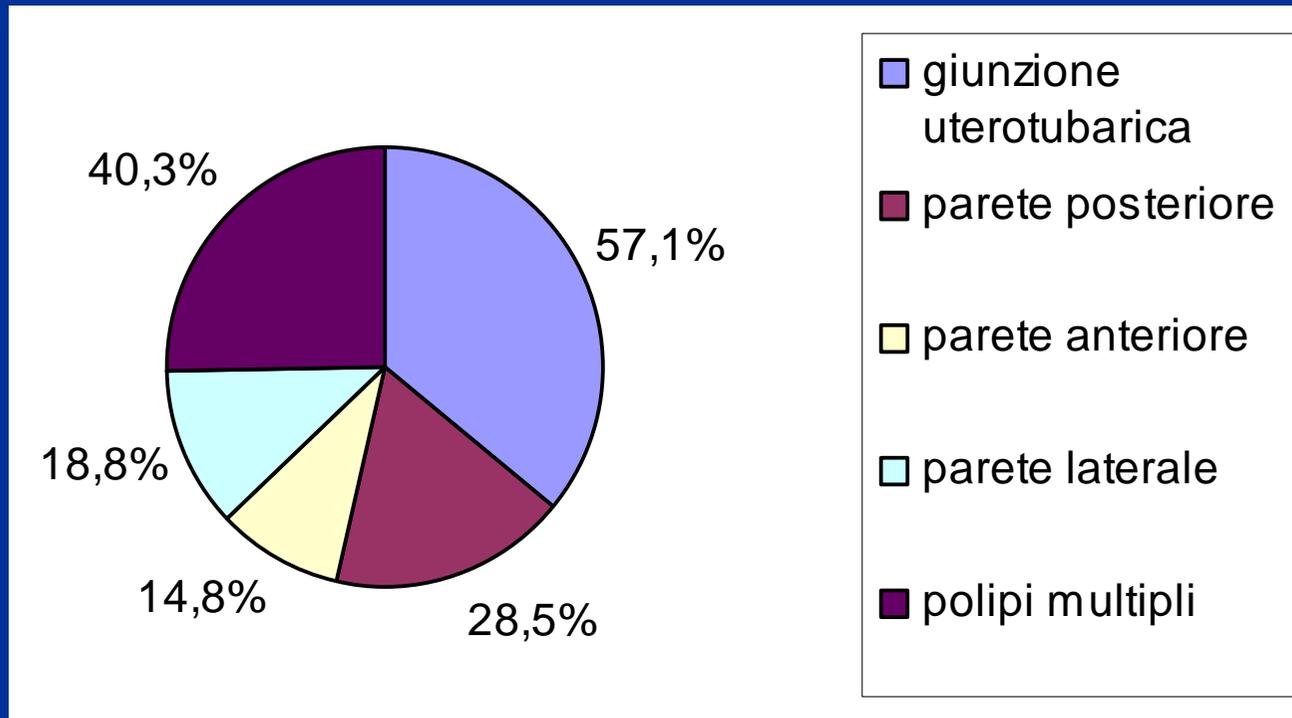
Polipo endometriale ed infertilità

Localizzazioni



Polipo endometriale ed infertilità

Tasso di gravidanza post polipectomia isteroscopica



Polipo endometriale ed infertilità

	Polipectomy		p-value
	Study (101)	Control (103)	
Pregnancy %			<0.001
Yes	64 (63.3)	29 (28.2)	
No	37 (36.6)	74 (71.8)	

RR 2.1 (95% CI 1.5-2.9)

Gravidanze spontanee prima di IUI nel 65% dei casi nel gruppo di studio

Tirso Pérez-Medina et al, Endometrial polyps and their implication in the pregnancy rates of patients undergoing intrauterine insemination: a prospective, randomized study. Human Reproduction 2005; 20: 1632–1635.

Polipo endometriale ed infertilità

In pazienti infertili la polipectomia isteroscopica aumenta il tasso di gravidanza

Polipi asintomatici e di dimensioni < 1 cm non regrediscono spontaneamente in pz infertili



non riduzione del tasso di gravidanza ma della capacità di portare a termine la gravidanza.

Polipo endometriale

Trattamento chirurgico

- D&C (dilatation & curettage)
- isteroscopia operativa
(resectoscopia)
- isteroscopia ambulatoriale operativa
(office)
- isterectomia



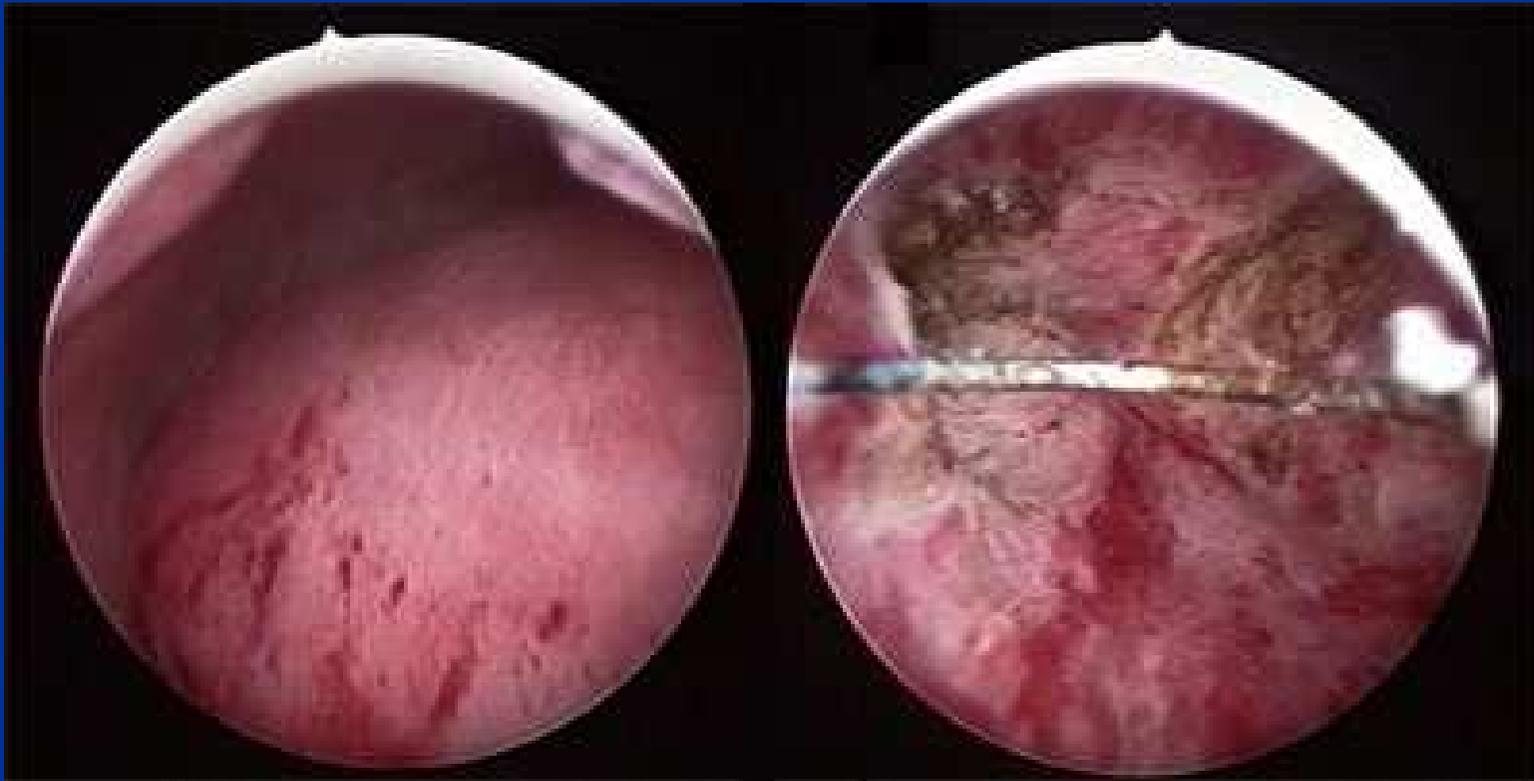
Polipo endometriale

Trattamento chirurgico isteroscopico

- ✓ tecnica sicura ed efficace
- ✓ maggior efficienza (vs curettage)
- ✓ riduzione ricorrenza del polipo (vs curettage)
- ✓ risultati soddisfacenti
- ✓ scarsa percentuale di complicanze
- ✓ minor costi e minor morbosità (vs isterectomia)

Polipo endometriale

Trattamento chirurgico isteroscopico



Polipo endometriale

Trattamento chirurgico isteroscopico

