

# Endometriosi parietale su cicatrice da taglio cesareo

Enrico Ansaldi\*, Valter Pezzuto\*\*, Renzo Orlassino\*\*

\* Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia - ASL 6 Ciriè (To)

\*\* Struttura Complessa di Anatomia Patologica - ASL 9 Ivrea (To)

## Riassunto

L'endometrioma della cicatrice è una rara complicazione del taglio cesareo. Si presenta come un nodulo al di sotto della cicatrice, spesso dolente. Utili risultano, ai fini diagnostici, l'ecografia e l'ago aspirato. Frequentemente scambiata per una patologia di pertinenza chirurgica, non è facile da riconoscere, con conseguente ritardo nella diagnosi e nel trattamento.

Riportiamo 6 casi ed una revisione della letteratura.

## Parole chiave

Endometriosi  
Taglio cesareo  
endometrioma

## Summary

### Scar endometrioma after caesarean section

Scar endometriosis is an uncommon condition following caesarean section. It presents as a lump on the section scar and can often be painful. Preoperatively ultrasounds and fine needle aspiration can be of help.

Awareness of diagnosis avoids delay in diagnosis, treatment and in many times endometrioma is referred to the general surgeon as an incisional hernia.

We report 6 cases and a literature review.

## Key words

Endometriosis  
Caesarian section  
Scar endometrioma

## INTRODUZIONE

L'endometriosi è una malattia cronica recidivante caratterizzata dalla proliferazione di tessuto endometriale, ghiandole e stroma, al di fuori della cavità uterina che induce una reazione infiammatoria cronica.

Colpisce il 21- 25% delle donne in età riproduttiva (1) e sebbene la localizzazione più frequente sia a livello pelvico è possibile ritrovare tessuto endometriale ectopico in qualunque parte del corpo. Tra le localizzazioni più rare si possono annoverare quelle a livello delle cicatrici laparotomiche. Vengono segnalate soprattutto dopo taglio cesareo, ma si ritrovano anche dopo interventi ginecologici, in genere miomectomie o isterectomie, e dopo interventi sull'intestino, in particolare appendicectomie. Non raro inoltre il riscontro di localizzazioni in sede di cicatrice episiotomica a seguito di parto per via vaginale (2).

La comparsa di endometriosi dopo taglio cesareo non si limita solo alla cicatrice addominale, ma può localizzarsi anche a livello vescicale e portare alla formazione di fistole vescico-uterine (3) o, molto più raramente, di fistole endometriose utero-cutanee (4). Anche procedure chirurgiche meno invasive quali l'amniocentesi possono dar luogo alla formazione di endometriosi lungo il tragitto dell'ago o a livello della parete addominale, come nel caso riportato, in cui fu eseguita nel terzo trimestre di gravidanza per la valutazione della maturità polmonare (5). Dopo interventi laparoscopici sono state descritte localizzazioni lungo il tragitto dei trocar, a carico della parete addominale ed in sede ombeli-

cale, note anche come noduli di Villar (7), anche in assenza di endometriosi pelvica (8). È interessante notare che la comparsa di un endometrioma isoato della parete addominale si presenta come unica manifestazione di malattia solo nel 4% delle donne affette da endometriosi (9), mentre l'endometriosi della parete è associata ad una endometriosi pelvica solo in un caso su quattro circa, 26,6% riportato da Picod (10).

Nonostante l'endometriosi sia sempre più diffusa, rimangono ancora molti interrogativi da chiarire. Per questo resta ancora oggi per molti versi sconosciuta. Riportiamo 6 casi di endometrioma della cicatrice addominale dopo taglio cesareo, osservati negli ultimi 5 anni dal nostro servizio di Anatomia Patologica ed una review della letteratura.

## PAZIENTI E METODO

Lo studio retrospettivo ha analizzato tutti i casi affluiti al servizio di Anatomia patologica nel periodo 1999-2004 descritti come endometriosi della parete addominale e sono stati considerati solo quelli dopo taglio cesareo. La *Tabella 1* riporta i dati salienti di ogni singolo caso. Solo in 1 paziente è riportata l'associazione con endometriosi pelvica. Dai dati disponibili non possiamo conoscere la percentuale di diagnosi pre-operatoria corretta, salvo per i 2 casi sottoposti ad ago biopsia. Il trattamento è sempre stato l'asportazione chirurgica della lesione. Non vi sono stati, ad oggi, interventi per recidive.

Al servizio di Anatomia Patologica dell'ASL 9 confluiscono i campioni istologici di 3 UOA di Ostetricia e Ginecologia e 2 di Chirurgia

TABELLA 1. Manifestazioni cliniche

N	Sintomi	Età	Endometriosi pelvica	Dimensione lesione	Anni TC
1	dolore e laparocele	36	no	6 cm	2
2	dolore e laparocele	35	no	3 cm	1
3	dolore e polipo endom	34	no	0,7 cm	2
4	granuloma	34	si	2 cm	3
5	dolore e nodulo	38	no	1 cm	3
6	dolore e nodulo	27	no	3 cm	2

generale. Nel periodo considerato, di 6 anni, nelle 3 unità ostetriche vi sono stati 12.972 parti, di cui 3382 (26.1%) con taglio cesareo. I 6 casi riscontrati corrispondono allo 0,17% sul totale dei tagli cesarei.

Da notare l'elevata percentuale di laparocele (33,3%).

#### DISCUSSIONE

L'endometrioma della cicatrice è una evenualità meno rara di quanto di pensi, in quanto largamente sottostimata. Compare soprattutto dopo taglio cesareo, e i motivi sono intuibili data la possibilità che durante la sutura uterina l'endometrio non venga correttamente introflesso con la conseguente formazione dell'endometrioma per un impianto iatrogeno, diretto. Da notare che l'impianto si verificherebbe in un periodo di blocco ovarico, notoriamente meno favorevole allo sviluppo della malattia, e che l'endometrio impiantato, decidualizzato e gravidico, ha meno facilità ad impiantarsi ed a proliferare ectopicamente di quello normale. Anche per questo, la teoria dell'impianto diretto, che sembra la più ovvia, non raccoglie l'unanimità dei consensi (7). Probabilmente è necessaria la combinazione di più eventi per arrivare alla formazione dell'endometrioma. È noto infatti come la suscettibilità della paziente all'endometriosi dipenda da una complessa interazione di fattori di tipo genetico, immunologico, ormonale e ambientale.

I casi riportati in letteratura sono numerosi e la percentuale varia tra lo 0,03 e lo 0,4% dei tagli cesarei, almeno per gli Autori che riportano un numero di casi maggiore (10,11), e sale sino all'1.7% riportato da Phupong (12) su una casistica più limitata. Il numero di segnalazioni è maggiore in sede di cicatrice trasversale piuttosto che longitudi-

nale, ad esempio nella casistica di Nirula (13) sono 8 casi contro 2, verosimilmente solo perché il numero di pazienti con incisione trasversale è maggiore in quanto per il taglio cesareo questa è l'incisione di gran lunga la più utilizzata. La diffusione della tecnica di Stark o delle sue varianti, con sutura dell'utero in un unico strato, eventuale estroflessione del viscere e l'abbandono della chiusura del peritoneo parietale, non sembra avere influito, almeno dai dati della Letteratura, in maniera significativa sull'incidenza della comparsa dell'endometriosi della ferita chirurgica.

L'intervallo di tempo tra il taglio cesareo e la comparsa dei sintomi è molto variabile, in genere alcuni anni. La media è di 2 anni nei casi riportati da Khammash (11), 14 casi, e da Gunes (14), 11 casi, e sale a 5 anni e 11 mesi nei 15 casi riportati da Picod (10). Sono stati segnalati (14) intervalli lunghi, sino ad 11 anni, o molto brevi, solo alcuni mesi, come riporta Nirula (13) che ha studiato 32 casi. Dal Marocco viene segnalato 1 caso in cui la comparsa dell'endometrioma è avvenuto 22 anni dopo il taglio cesareo, in una donna ormai in menopausa (15).

L'età media delle pazienti riportata dai vari Autori è intorno ai 30 anni. 28 anni per Gunes (14), 29 per Blanco (9), 30 per Rani (16), 33 per Nirula (13) che segnala un caso di 41 anni.

La pluriparità con pregressi tagli cesarei ne aumenta l'incidenza, come segnalato da Rani (16) che nella sua casistica riporta una maggiore frequenza di endometrioma della parete nelle pluripare con pregresso taglio cesareo (16).

L'associazione con l'endometriosi pelvica è stata riportata in non più del 25% circa dei casi (10,16), perciò una esplorazione chirurgica della pelvi per la sola presenza di una

endometriosi della cicatrice, senza altri sintomi, non sembra indicata (10).

Gli Autori sono concordi nel riportare come la diagnosi clinica non sia semplice e gli errori siano molto frequenti. Blanco (9) e Khammash (11) riportano una diagnosi preoperatoria corretta solo nel 33% dei casi, mentre altri Autori (6,10,11,13,14,) raggiungono una precisione del 60%.

Classicamente le lesioni a carico della cicatrice laparotomia si presentano sotto forma di noduli a crescita lenta, più o meno superficiali, di solito di 3-4 cm (range 1,5-6.5 cm) (6,9), quelli subito sotto la cute hanno un colorito bluastro che si gonfiano e diventano dolenti in periodo perimenzstruale. A complicare la diagnosi vi sono però diversi elementi: il primo è la variabilità dell'estensione in profondità della lesione, che può limitarsi al solo tessuto sottocutaneo oppure interessare i muscoli dell'addome (i retti, gli obliqui esterni (6), il trasverso dell'addome), la parete addominale in toto (18) o avere una localizzazione inguinale (6); il secondo sono le caratteristiche del dolore, anche questo notevolmente mutevole, che è ciclico solo nella metà dei pazienti (10), mentre in altri è continuo o può mancare del tutto.

La diagnosi differenziale include i granulomi da punti, i piccoli laparocele, le lesioni metastatiche, i tumori della parete addominale, i lipomi, gli ascessi o le cisti (13).

L'ecografia ed il color doppler possono essere di valido ausilio, anche se le esperienze riportate non sono univoche. Molti Autori (9,10,17) le considerano aspecifiche e di modesto aiuto, tra questi Villalta (19) che ne riporta l'utilità solo nel definire esattamente la localizzazione anatomica della lesione e nell'escludere altre condizioni chirurgiche. Francica (20), invece, in una serie di 12 pazienti da lui presentata, riporta come l'ecografia sia stata in grado di identificare esattamente la maggior parte dei noduli sottocutanei come focolai di endometriosi. Le caratteristiche più comuni sono la presenza di tessuto ipoeocogenico con echi disomogenei con all'interno echi iperecogeni diffusi, margini irregolari, spesso speculari, che infiltrano il tessuto adiacente ed un anello iperecogeno di larghezza e continuità variabile. Al color doppler è stato spesso segnalato un singolo peduncolo vascolare in contiguità con la massa. Una va-

scolarizzazione abbondante intralesionale è presente soprattutto nelle lesioni di dimensioni maggiori, superiori a 3 cm, mentre nessun segno vascolare è stato riportato al di sotto di 15mm.

La risonanza magnetica è utile nel definire le dimensioni e la localizzazione delle lesioni anche molto piccole, e può distinguere il segnale emorragico dell'endometriosi dagli altri e, anche se non specifica, sembra più precisa della TAC nel definire i limiti tra tessuto muscolare e sottocutaneo (21).

Il livello sierico del Ca 125 può risultare lievemente aumentato (22).

È talvolta possibile una diagnosi diretta mediante agobiopsia (9), come riportato anche in due dei casi da noi riportati. Si tratta di una metodica che permette una diagnosi preoperatoria rapida ed accurata, anche se comporta un minimo rischio di impianto di tessuto endometriale lungo il tragitto dell'ago.

Il gold standard per la diagnosi rimane però l'esame istologico su biopsia.

Il trattamento, e in questo tutti gli Autori consultati e citati in bibliografia sono concordi, è esclusivamente chirurgico e prevede la rimozione della lesione con una ampia exeresi locale. La terapia medica con analoghi del GnRH o con danazolo può migliorare i sintomi e ridurre le dimensioni del nodulo (23), ma non sembra sia in grado, da sola, di risolvere la lesione. L'escissione dovrebbe, come ricordato poc'anzi, includere anche 5mm di tessuto sano ai margini della lesione, che si consiglia di asportare intera, per evitare reimpianti di residui microscopici di tessuto endometriosico, limitando i rischi di una possibile recidiva. Alcuni Autori raccomandano di asportare la lesione utilizzando il diatermo-coagulatore in quanto, si avrebbe un minor sanguinamento ed una più completa asportazione. Tutte le lesioni sospette per endometriosi, anche se asintomatiche, andrebbero asportate, perché è riportato il rischio di una trasformazione maligna, soprattutto in adenocarcinoma endometrioide o a cellule chiare (24). Anche se la trasformazione maligna dell'endometriosi in localizzazioni extra ovariche si verifica solo nel 21,3% dei casi, di cui il 4% in endometriosi della cicatrice dopo laparotomia (25), la prognosi non è buona, con una sopravvivenza solo del 57% a 20 mesi (26).

Talvolta è necessaria l'apposizione di una rete protesica per correggere il difetto fasciale derivato dall'asportazione dell'endometrioma (9), come in 2 dei casi da noi riportati.

In genere, in Letteratura, non viene riportata la somministrazione di terapia ormonale post operatoria.

Nessuna misura preventiva in corso di intervento sembra essere efficace (10), alcuni Autori (27) raccomandano, al termine del cesa-

reo, di pulire scrupolosamente e irrigare vigorosamente con soluzione salina a pressione la parete addominale prima di chiuderla, ma la corretta esecuzione del taglio cesareo con una buona tecnica chirurgica sembra sufficiente (26).

Un follow-up è comunque necessario, e le recidive dopo asportazione, almeno nei casi riportati, a 3 anni, sembrano molto rare (9,11).

## BIBLIOGRAFIA

- Royal College of Obstetrics and Gynecologist (2000). The investigation and management of endometriosis guideline no. 24. RCOG, London
- Shivashakar M, Wiener JJ. Scar endometriosis – a diagnostic dilemma. *Eur Clinics Obstet Gynaecol Sep 2006*; 2:62-64
- Buka NJ: Vesical endometriosis after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol May 1988*;158(5):1117-8
- Dragoumis K, Milos T, Zafrakas M, assimakopoulos E, Stamatopoulos P, Bontis J. Endometriotic uterocutaneous fistula after cesarean section. A case report. *Gynecol Obstet Invest 2004*;57(2):90-2
- Hughes ML, Bartholomew D, Palazzi M: Abdominal wall endometriosis after amniocentesis. A case report. *J Reprod Med Sep 1997*; 42(9):597-9
- Rao R, Devalia H, Zaidi A: Post-caesarian incisional hernia or scar endometrioma? *Surgeon 2006*;4(1):55-56
- Farace F, Gallo A, Rubino C, Manca A, Campus GV. Endometriosis in a trocar tract: is it really a rare condition? A case report. *Minerva Chir Feb 2005*; 60(1):67-9
- Victory R, Diamond MP, Johns DA: Villar's nodules: a case report and systematic literature review of endometriosis externa of the umbilicus. *J Minim Invasive Gynecol Jan-Feb 2007*;14(1):23-32
- Blanco Rg, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH: Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg Jun 2003*;185(6):596-8
- Picod G, Boulanger L, Bounoua F, Leduc F, Duval G: Endométriose pariétale sur cicatrice de césarienne; à propos da 15 cas. *Gyné-*

*cologie Obstétrique & Fertilité 2006*;34(1): 8-13

- Khammash MR, Omari AK, Gasaimed GR, Bani-Hani KE: Abdominal wall endometriosis. An overlooked diagnosis. *Saudi Med J 2005*; 24(5):523-5
- Phupong V, Triratanachat S: caesarean section scar endometriosis: a case report and review of the literature. *J Med Assoc Thai Jun 2002*;85(6):733-8
- Nirula R, Greaney GC: Incisional endometriosis: an underappreciated diagnosis in general surgery. *J Am Coll Surg 190 Apr 2000*; (4):404-7
- Gunes M, Kaykcioglu F, Ozturkoglu E, Haberal A. Incisional endometriosis after cesarean section, episiotomy and other gynecologic procedures. *The journal of Obstetrics and Gynecology Research 2005*; 31(5):471
- Elabsi M, Lahlou MK, Rouas L, et al.: Cicatrix endometriosis of the abdominal wall. *Ann Chir Jan 2007*;127(1):65-7
- Rani PR, Soundararaghavan S, Rajaram P: Endometriosis in abdominal scars –review of 27 cases. *Int J Gynecological Obstet 1995*;36(3):215-218
- Roncoroni L, Costi R, Violi V, Nunziata R: Endometriosis on laparotomy scar. A three-case report. *Arch Gynecol Obstet Aug 2001*; 265(3):165-7
- Dell'Acqua S, Colosi E, Angiolillo M, Rivala G, Bovenga S, Natale A: Endometriosis of the abdominal wall after cesarean section. *Minerva Ginecologica Jun 1993*; 45(6):327.31
- Villalta J, Custardoy AL, Carrasquer JA, Pujala M, Gambo P: Endometriosis in a laparotomic scar after cesarean section: report of two cases. *Cir Esp May 2006*;79(5): 313-5
- Francica G, Giardiello C, Angelone G, Cri-

stiano S, Finelli R, Tramontano G: Abdominal wall endometriomas near cesarean delivery scars: sonographic and color Doppler findings in a series of 12 patients. *J Ultrasound Med Oct 2003; 22(10):1041-1046*

**21.** Gaunt A, Heard G, McKain ES: Cesarean scar endometrioma. *The Lancet Jul 2004;364 (9431):364-8*

**22.** Luisi S, Gabbanini M, Sollazzi S, Calonaci F, Razzi S, Petraglia F: Surgical scar endometriosis after Cesarean section: a case report. *Gynecol Endocrinol May 2006;22 (5):284-5*

**23.** Goel P, Sood SS, Dalai A, Romilla A: Cesarean scar endometriosis-report of two cases. *Indian J Med Sci Nov 2005;59 (11): 495-8*

**24.** Alberto VO, Lynch M, Labbei FN, Jeffers M. Primary abdominal wall clear cell carcinoma arising in a Cesarean section scar endometriosis. *Ir J Med Sci Jan-Mar 2006;175(1): 69-71*

**25.** Olejek A, Bichalski W, Rembielak-Stawicka B, Ziolkowski A. Adenocarcinoma arising from endometriosis in scar from a cesarean section treated with the use of plastic mesh. *Ginekolog Pol Oct 2004;75 (10):797-801*

**26.** Sergent F, Baron M, Le Cornec JB, Scotte M, Mace P, Marpeau L: Malignant transformation of abdominal wall endometriosis: a new case report. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) Apr 2006; 35(2):186-90*

**27.** Wasfie T, Gomez E, Seon S, Zado B: Abdominal wall endometrioma after caesarean section: a preventable complication. *Int Surg Jul-Sep 2002;87(3):175-7*

**8° Corso** 

## di Aggiornamento Teorico Pratico in Medicina Embrio-Fetale e Perinatale



**22 - 25 Maggio 2008**

Villasimius, Cagliari, Atahotel Tanka Village Resort

#### PATROCINI:

WAPM	World Association of Perinatal Medicine
EAPM	European Association of Perinatal Medicine
MED-UOG	Mediterranean Ultrasound Obstetrics and Gynecology
SIEOG	Società Italiana di Ecografia Ostetrica-Ginecologica
SIMP	Società Italiana di Medicina Perinatale
SIOS	Società Italiana Ospedaliera per la Sterilità
SMIC	Società Medica Italiana per la Contraccezione

#### PRESIDENTI DEL CORSO

Antonio Chiantera  
Gianfranco Marongiu  
Giovanni Monni

#### DIRETTORE DEL CORSO

Giovanni Monni