

**Numero Speciale  
Istruzioni per l'uso**

# **Endoscopia ginecologica**

**Come interpretare correttamente  
i quadri endoscopici delle più comuni  
e frequenti situazioni patologiche della vagina,  
dell'endocervice e della cavità uterina**

a cura di Claudio Crescini e Raffaele Paoletti

**AGOGI**  
ASSOCIAZIONE  
OSTETRICI GINECOLOGI  
OSPEDALIERI ITALIANI

**Rivista *di* ostetricia  
ginecologia pratica  
e medicina perinatale**

VOL. XXVIII N. 1/2013

Organo Ufficiale dell'Associazione Ostetrici  
Ginecologi Ospedalieri Italiani  
e dell'European Society of Breast Echography

## Indice

<b>Introduzione</b>	<b>1</b>
Carlo Maria Stigliano	
<b>Isteroscopia: il “gold standard” nella diagnostica delle patologie uterine endocervicali ed endocavitarie</b>	<b>2</b>
<b>Patologia della mucosa endocervicale</b>	<b>3</b>
Polipi endocervicali	
Adenomiosi endocervicale	
Sinechie endocervicali	
Abnormi dilatazioni cervicali	
Lesioni neoplastiche della mucosa endocervicale	
<b>Patologia della mucosa endometriale</b>	<b>6</b>
Atrofie endometriali	
Iperplasie endometriali	
Polipi endometriali	
Neoplasie maligne dell'endometrio e dello stroma endometriale	
Endometriti	
Sinechie	
Residui ovarici e placentari	
Adenomiosi	
Metaplasia ossea	
Alterazioni da farmaci	
<b>Vaginoscopia</b>	<b>14</b>
Repertorio immagini che documentano la tecnica applicata nei più diffusi quadri patologici	
<b>Patologie uterine endocervicali</b>	<b>20</b>
Quadri isteroscopici di maggiore interesse	
<b>Patologie uterine endocavitarie</b>	<b>28</b>
Quadri isteroscopici di maggiore interesse	

# Editoriale

di Carlo Sbiroli

## Perché la Rivista ha successo

Dietro le seimila copie della *Rivista di Ostetricia e Ginecologia Pratica e Medicina Perinatale* che vengono inviate ai ginecologi italiani, dietro gli oltre diecimila lettori (secondo gli ultimi dati la Rivista passa di mano almeno due volte) ci sono i cosiddetti “lettori forti”. Ginecologi colti, aggiornati, di buona istruzione, curiosi, e spesso molto critici. Sono per lo più ospedalieri attenti, avidi di novità, di aggiornamento in qualsiasi campo della specializzazione.

Il sogno di chi scrive sulla Rivista è quello di raggiungere ed essere letto da questi lettori. Eventualmente anche ricevendone critiche.

Dopo la pubblicazione degli ultimi due numeri, il Comitato Scientifico ha ricevuto molte testimonianze di approvazione, a significare che la nuova impostazione ha colpito nel segno. La nostra idea di trasformare la Rivista in un mezzo di aggiornamento pratico, soprattutto in “una guida ragionata (e vissuta)” sembra essere stata accettata e approvata con entusiasmo dai nostri lettori. Anche le case farmaceutiche, che vogliono fare della buona pubblicità, sono sulla stessa lunghezza d'onda.

In questo numero l'aspetto pratico è ancor più accentuato: la parte scritta è ridotta al minimo per lasciare spazio alle tante immagini che illustrano appieno le varie patologie endometriali. Si tratta di un vero e proprio “atlante” di isteroscopia, che ci auguriamo possa rimanere a lungo a portata di mano: in casa, in ospedale, nel proprio ambulatorio, accanto a smartphone e iPad, ai tablet su cui twittiamo o ci colleghiamo a Facebook. Che navighiate sul web o siate analfabeti digitali dunque poco importa.

Le belle immagini isteroscopiche di questo numero sono il risultato della professionalità degli autori, a cui va il ringraziamento dell'Aogoi. Un ringraziamento particolare va a Carlo Maria Stigliano. Senza il suo grande entusiasmo e senza la sua spumeggiante vivacità organizzativa sarebbe stato certamente difficile cambiare l'impostazione della nostra storica Rivista.

Infine un'ultima annotazione: le immagini isteroscopiche di questo numero saranno riproposte sul nostro sito [www.aogoi.it](http://www.aogoi.it). Questo allo scopo di facilitare soprattutto la formazione dei più giovani. Inoltre, potranno essere utilizzate nei meeting di reparto, per un confronto diretto con la propria esperienza.

## Colophon

### Comitato Scientifico

Antonio Chiàntera  
 Valeria Dubini  
 Felice Repetti  
 Carlo Sbiroli  
 Carlo Maria Stigliano

### Direttore Responsabile

Cesare Fassari

### Coordinamento

**redazionale**  
 Arianna Alberti  
**Pubblicità**  
 Edizioni Health  
 Communication  
 Via Vittore Carpaccio, 18  
 - 00147 Roma  
 Tel. 06.594461  
 Fax 06.5944628

### Editore

Edizioni Health  
 Communication  
 Via Vittore Carpaccio, 18  
 00147 Roma  
 Tel. 06.594461  
 Fax 06.5944628  
 redazione@hcom.it  
**Grafica e impaginazione**  
 Giancarlo D'Orsi

### Stampa

Strpress  
 Pomezia (Rm)

Sped. in abbonamento  
 postale  
 D.L. 353/2003  
 (conv. in L. 27/02/2004  
 n. 46) Art. 1, comma 1,  
 DCB Roma

Reg. Trib. di Milano  
 del 30.07.1986 n. 425

Finito di stampare:  
 luglio 2013



# Introduzione

di Carlo Maria Stigliano

## Consigli utili per una valutazione rapida e pratica dei quadri endoscopici più frequenti

**Questo è un altro numero speciale** della nostra Rivista: l'impostazione è monografica e riguarda specificamente l'endoscopia della vagina, dell'endocervice e della cavità uterina; non si tratta però di un semplice atlante di isteroscopia, non avrebbe avuto senso in rapporto alla filosofia a cui si ispira questa rinnovata pubblicazione: abbiamo invece inteso fornire ai colleghi una sorta di manuale pratico delle più comuni e frequenti situazioni patologiche che si possono riscontrare nella pratica clinica quotidiana fornendo consigli utili a interpretare correttamente i quadri endoscopici e a valutarli per l'importanza clinica che effettivamente essi rivestono allo scopo di decidere strategie cliniche validate dalla medicina basata sull'evidenza.

In effetti vi è grande disponibilità di pubblicazioni specialistiche sull'endoscopia ginecologica ma in genere si tratta di manuali e/o atlanti di corposa composizione e inevitabilmente dispersivi per chi abbia necessità di una valutazione rapida e pratica di situazioni frequenti: troppo spesso i colleghi si trovano a dover valutare in tempi rapidi la reale importanza patologica di una lesione della mucosa endouterina; ebbene abbiamo pensato fosse utile mostrare i quadri di più comune riscontro, cercando di distinguere ciò che è soltanto para-fisiologico da ciò che è reale patologia. Ciò sia per evitare inutili interventi sia per non incorrere in possibili contestazioni sulla necessità degli stessi; in buona sostanza il concetto ispiratore di questa Rivista rimane sempre lo stesso: "Cosa fare, cosa non fare, come evitare danni alla paziente e guai al medico"!

Ecco dunque questo bellissimo fascicolo, curato da **Claudio Crescini** e da **Raffaele Paoletti** che mostra con magnifiche immagini un ideale percorso nelle situazioni reali in cui quotidianamente si imbatte il ginecologo che voglia capire e approfondire la natura di un disturbo o di un sintomo a livello vaginale e uterino mediante l'esame endoscopico. La disponibilità degli autori a questo impegno e a mettere a disposizione le loro preziose immagini testimonia dell'entusiasmo che siamo riusciti a creare attorno a questa pubblicazione, confortati anche dai numerosi consensi che i colleghi ci hanno manifestato.

Comunque questo non è un trattato di isteroscopia né un manuale per impararne la tecnica: vuole essere soltanto uno strumento pratico per aiutare il medico a riconoscere e gestire correttamente le situazioni cliniche più comuni e le patologie più frequenti: insomma una sorta di "che fare" nella pratica clinica quotidiana. Crediamo di essere riusciti a offrire uno strumento utile per tutti i ginecologi.

## ISTEROSCOPIA

# Il “gold standard” nella diagnostica delle patologie uterine endocervicali ed endocavitarie

*L'evoluzione tecnologica realizzatasi negli ultimi anni nello strumentario isteroscopico ha reso questa indagine agevolmente eseguibile in regime ambulatoriale con un tasso di fallimenti estremamente basso e con un discomfort per la paziente minimo e facilmente controllabile, all'occorrenza, con una anestesia intracervicale-paracervicale. Inoltre è l'unica metodica che permette una campionatura sotto visione diretta della lesione per la valutazione istologica soprattutto nelle lesioni focali.*

### Introduzione

La tecnologia ci permette di accedere con strumenti sottili dotati di fibre ottiche in gran parte degli organi del corpo umano a fini diagnostici ed anche terapeutici. Molte di queste tecniche (gastrosopia, colonscopia, cistoscopia, broncoscopia e isteroscopia) utilizzano come accesso alle cavità corporee le vie naturali, altre come la laparoscopia utilizzano invece piccoli accessi creati chirurgicamente. In ginecologia ha oggi larga diffusione per lo studio della cavità uterina l'isteroscopia. L'isteroscopia

rappresenta, al momento attuale, il “gold standard” nella diagnostica delle patologie uterine endocervicali ed endocavitarie.

L'evoluzione tecnologica realizzatasi negli ultimi anni nello strumentario isteroscopico ha reso questa indagine agevolmente eseguibile in regime ambulatoriale con un tasso di fallimenti estremamente basso e con un discomfort per la paziente minimo e facilmente controllabile, all'occorrenza, con una anestesia intracervicale-paracervicale.

In molti casi è inoltre possibile associare al tem-



**Claudio Crescini**

Direttore U.O. Ost. Gin. e  
Dipartimento Materno Infantile  
Ospedale di Treviglio (Bergamo)  
Segretario Regionale AOGOI  
Lombardia



**Raffaele Paoletti**

Ginecologo  
Varallo Sesia (VC)

po diagnostico il tempo terapeutico nell'ambito di una gestione "one stop" oggi particolarmente interessante in un contesto che mira alla riduzione dei costi e del discomfort della paziente.

Come in ogni tecnica diagnostica strumentale, i risultati sono parzialmente legati ad una serie di variabili quali le caratteristiche tecniche dello strumentario (diametro e qualità delle ottiche), al mezzo di distensione usato (gassoso e liquido) e all'esperienza dell'operatore.

Infine è l'unica metodica che permette una campionatura sotto visione diretta della lesione per la valutazione istologica, aspetto non determinante in caso di alterazioni interessanti estesamente la cavità o il canale cervicale, ma fondamentale nelle lesioni focali.

Si è scelto di privilegiare, nell'esposizione, l'iconografia, trattandosi di un'indagine diagnostica endoscopica in cui l'immagine è l'elemento essenziale, più esplicitiva di ogni possibile descrizione.

## Patologia della mucosa endocervicale

L'isteroscopia è l'esame di riferimento per una valutazione accurata del canale cervicale. Il capitolo della patologia endocervicale non è certo di secondaria importanza. Dal punto di vista funzionale un'alterazione del canale cervicale può interferire con la fertilità e con i processi di

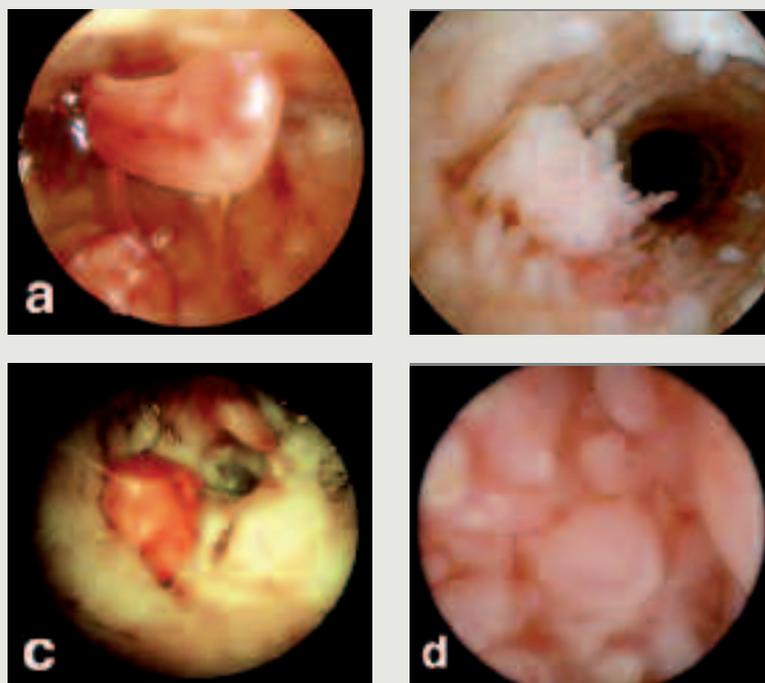
capacitazione spermatica. Una lesione della mucosa endocervicale può spesso spiegare spotting e dolori pelvici apparentemente senza causa. Il momento ottimale per la valutazione del canale cervicale è, a conclusione dell'osservazione della cavità uterina, nella fase di retrazione dell'ottica, piuttosto che nella fase introduttiva. I quadri isteroscopici di maggiore interesse sono:

### 1. Polipi endocervicali

Tralasciando i polipi a sviluppo escocervicale, facilmente identificabili al semplice esame speculare, l'interesse isteroscopico cade soprattutto sui polipi a totale sviluppo endocervicale, singoli o associati a formazioni polipoidi endometriali, nonché alle meno frequenti forme iperplastiche polipoidi. Tecnicamente la loro visualizzazione è facilitata dall'uso della soluzione fisiologica come mezzo di distensione. I polipi sono normalmente peduncolati, raramente a basa sessile, e sono spesso causa di spotting e leucorrea. La loro asportazione deve essere di tipo isteroscopico tramite resezione mirata del peduncolo d'origine con microforbici o con elettrodo bipolare versapoint Twizzle e può agevolmente essere condotta in associazione all'esame isteroscopico diagnostico. Il curettage alla cieca del canale cervicale traumatizza inutilmente la fragile mucosa endocervicale, notoriamente più lenta nella crescita rispetto alla mucosa endometriale, e inoltre spesso è totalmente inefficace (Goudas).

FIGURA 1

#### Polipi endocervicali

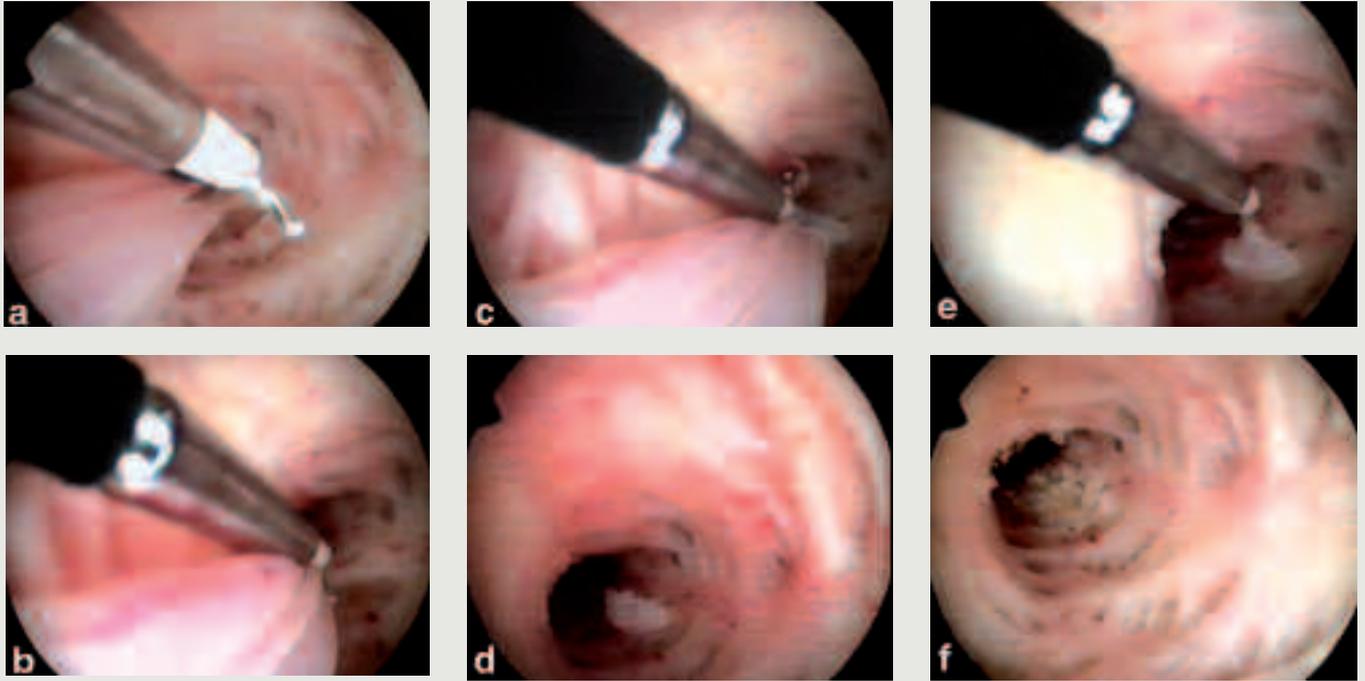


(a) polipo di tipo fibrogliandolare con evidente peduncolo vascolare  
(b) polipi ad aspetto papillare

(c) polipo adenomatoso  
(d) iperplasia polipoida dell'endocervice

FIGURA 2

**Sequenza che mostra l'asportazione di un polipo endocervicale fibroghiandolare con elettrodo twizzle versapoint**



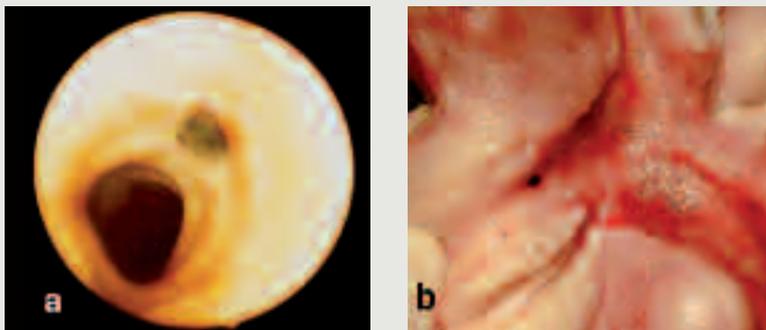
(a) visualizzazione del peduncolo d'origine  
(b - c) resezione del peduncolo alla base

(d) visualizzazione della porzione residua  
basale del peduncolo

(e - f) asportazione della base

FIGURA 3

**Adenomiosi intracervicale**



(a) aspetto isteroscopico

(b) aspetto sul pezzo operatorio

**2. Adenomiosi endocervicale**

È rara ma può causare fastidiosi spotting. Il quadro isteroscopico è caratteristico: una macchia brunastra nel contesto della mucosa endocervicale, per lo più isolata, talora associata ad altri foci endometriosici sulla portio. Sotto controllo isteroscopico può essere agevolmente coagulata con un microelettrodo bipolare.

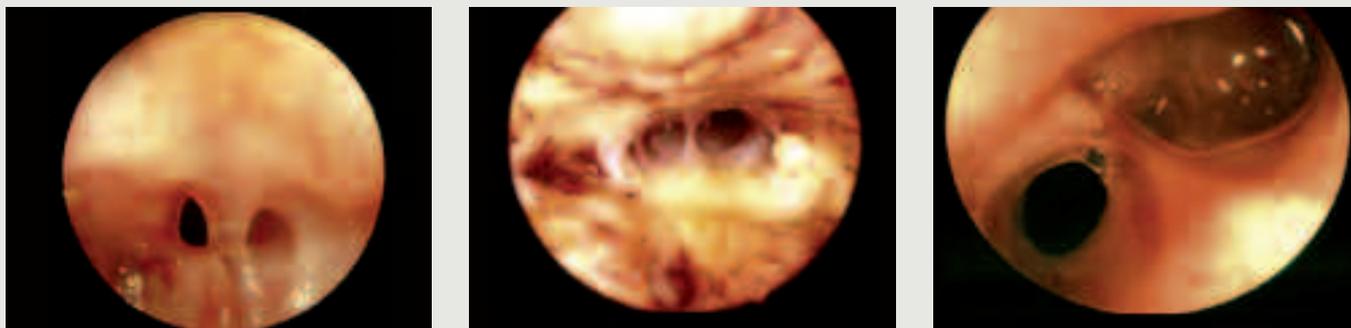
### 3. Sinechie endocervicali

Non infrequenti, sono per lo più parziali e asintomatiche. In caso di manovre strumentali (inserzione di IUD, dilatazione meccanica della cervice, isteroscopia) possono causare difficoltà

nel superamento del canale cervicale. Quando totali determinano in età fertile ematometra e devono necessariamente essere lisate, nel post menopausa si associano a raccolte sierose intracavitarie.

FIGURA 4

#### Aspetti differenti di sinechie intracervicali parziali

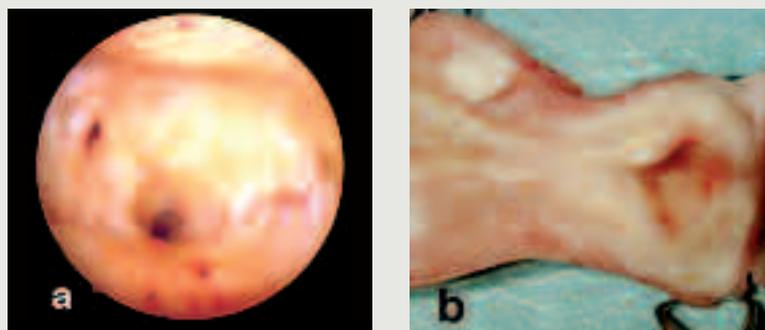


### 4. Abnormi dilatazioni cervicali

Quando interessano tutto il canale cervicale sono normalmente conseguenza di una stenosi dell'orifizio uterino esterno e danno luogo a una abnorme raccolta di muco. Più frequenti sono le dilatazioni in sede preistmica come esito di pregressi tagli cesarei che si associano a spotting post mestruale per un deflusso prolungato di residui ematici che vi si raccolgono durante il flusso.

FIGURA 5

#### Abnorme dilatazione del canale cervicale da stenosi dell'orifizio uterino esterno e ritenzione di muco

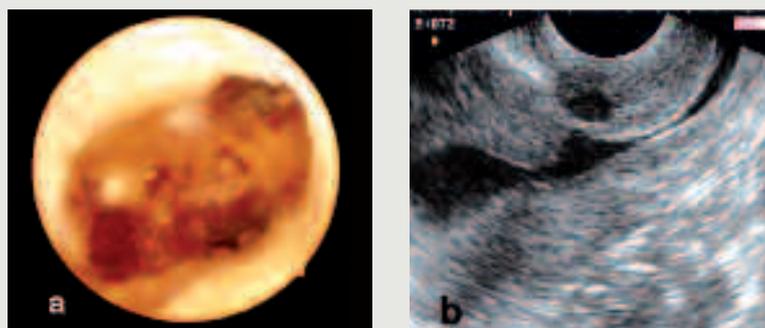


(a) aspetto isteroscopico

(b) quadro anatomico su pezzo operatorio

FIGURA 6

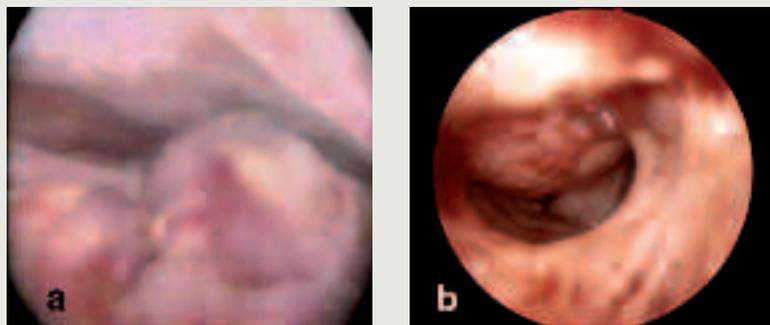
#### Abnorme dilatazione preistmica del canale cervicale in sede di pregresso taglio cesareo



(a) quadro isteroscopico

(b) quadro idrosonoisterografico

FIGURA 7



(a) adenocarcinoma primitivo del canale cervicale;

(b) diffusione al canale cervicale di lesione neoplastica ad origine dal corpo dell'utero

## 5. Lesioni neoplastiche della mucosa endocervicale

Rari e di non facile diagnosi isteroscopica, causa il sanguinamento che spesso in tali casi accompagna l'indagine, sono gli adenocarcinomi primitivi del canale cervicale. In genere localizzati nel tratto superiore del canale cervicale, si presentano come formazioni vegetanti papillari o come lesioni ulcerative.

Più frequentemente si tratta di un coinvolgimento del canale cervicale da parte di neoplasie a origine dalla cavità uterina.

## Patologia della mucosa endometriale

L'isteroscopia è l'esame di riferimento per la definizione della patologia endometriale. Il suo utilizzo in associazione con l'indagine ecografica, che resta l'approccio diagnostico di 1° livello, completato dall'esame istologico sul

prelievo biotico ci permette di pervenire ad una diagnosi corretta escludendo dubbi e incertezze. Non si tratta quindi di mezzi diagnostici in competizione ma bensì di momenti diversi di un articolato processo diagnostico terapeutico.

I quadri isteroscopici relativi alla patologia endometriale comprendono:

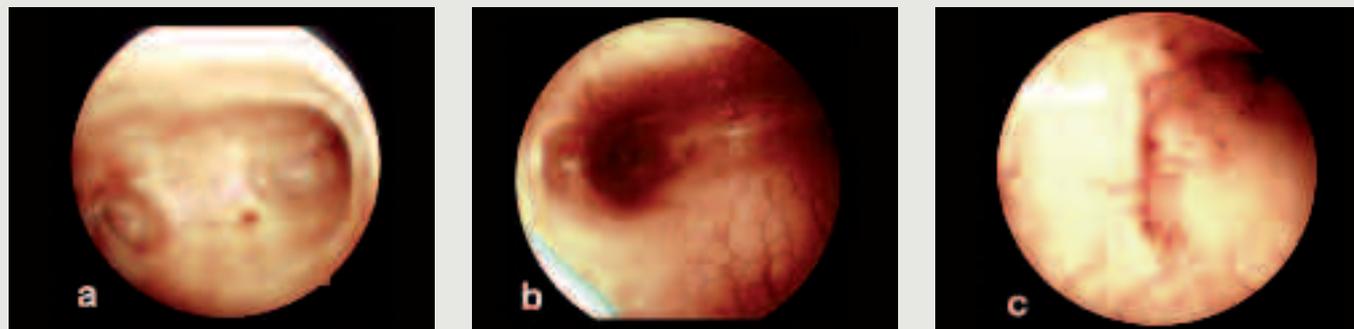
### 1. Atrofie endometriali

Pur essendo un fenomeno fisiologico in post menopausa può essere causa di sanguinamenti uterini anomali in genere con i caratteri dello spotting recidivante. Si calcola che tale fenomeno sia responsabile di almeno il 50% dei sanguinamenti in climaterio.

Il quadro isteroscopico è caratteristico: la mucosa è molto sottile e talora in trasparenza è possibile vedere sia i fasci muscolari che le strutture vascolari sottostanti, spesso si evidenziano soffusioni emorragiche e diffuse petecchie responsabili del sanguinamento.

FIGURA 8

### Quadri isteroscopici di atrofia endometriale



(a) la mucosa nettamente assottigliata svela i fasci muscolari sul fondo uterino

(b) la mucosa lascia trasparire le strutture vascolari sottostanti che presentano un regolare decorso

(c) soffusioni emorragiche di tipo petecchiale spesso causate dalla semplice distensione con CO<sub>2</sub>

## 2. Iperplasie endometriali

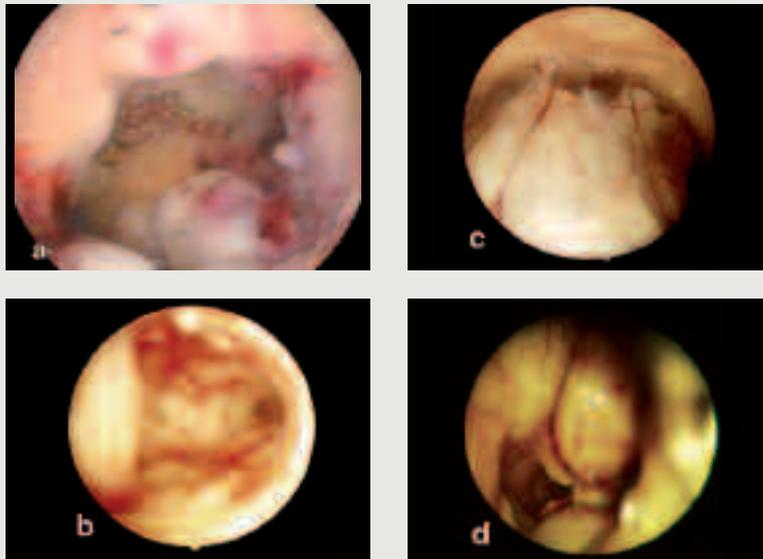
Sono caratterizzate da una aumentata proliferazione delle ghiandole e dello stroma endometriale. Esistono forme di iperplasia che rappresentano solamente una variante esuberante della normale proliferazione endometriale, prive pertanto di ogni connotazione precancerosa (iperplasie a basso rischio), mentre le forme atipiche sono in realtà spesso degli iniziali tumori (iperplasie ad alto rischio).

La presenza di formazioni polipoidi e di un ispessimento della mucosa non sono indicativi della presenza di atipie cellulari, di maggior aiuto può essere la presenza di anomalie vascolari, di una irregolare disposizione degli orifizi ghiandolari, di aree di necrosi.

In ogni modo solo l'esame istologico può correttamente definire il tipo di iperplasia (Clark): la valutazione endoscopica è importante solo nell'indirizzare il campionamento biotico e nel controllo nel tempo della lesione in funzione della terapia.

FIGURA 9

### Quadri di iperplasia endometriale a basso e ad alto rischio



- (a) iperplasia polipoide semplice senza atipie  
(b) iperplasia ghiandolare semplice senza atipie  
(c) iperplasia complessa senza atipie in paziente in trattamento con tamoxifene  
(d) iperplasia complessa con atipie

## 3. Polipi endometriali

I polipi funzionali si presentano come aree iperplastiche della mucosa, mammellonate, a superficie vellutata non solcata da vasi e con gli sbocchi ghiandolari ben visibili.

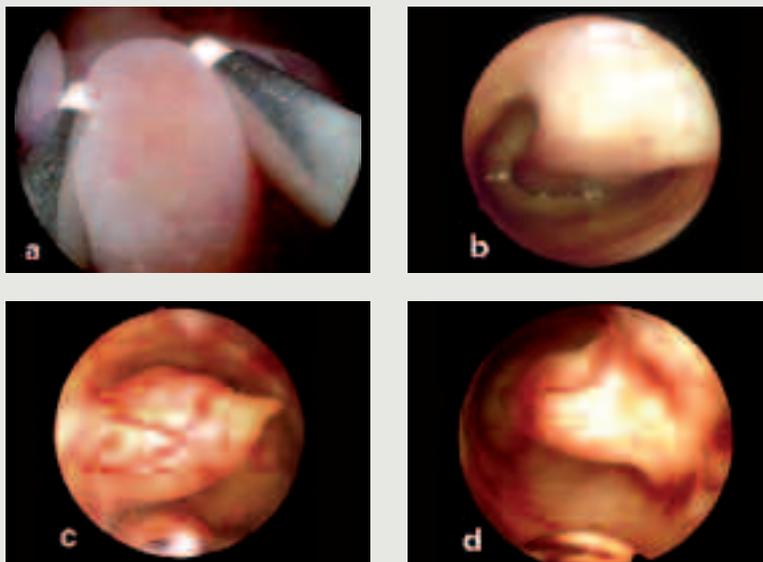
I polipi organici sono caratterizzati da una vascolarizzazione in genere ben evidente, presentano talora ghiandole cistiche, specie nel post menopausa, e sono rivestiti da una mucosa sottile.

Talora possono essere confusi con un mioma sottomucoso da cui si differenziano agevolmente per la diversa consistenza.

I polipi organici vanno costantemente rimossi in quanto persistono nel tempo, danno spesso luogo a sintomatologia (spotting, metrorragie) e talora degenerano (Gebauer).

FIGURA 10

### Quadri isteroscopici di polipi endometriali



- (a) polipo funzionale  
(b) polipo fibrogliandolare cistico scarsamente attivo a stroma angetasico  
(c) polipo fibrogliandolare cistico  
(d) polipo fibrogliandolare inattivo in paziente in terapia con tamoxifene e analoghi

#### 4. Neoplasie maligne dell'endometrio e dello stroma endometriale

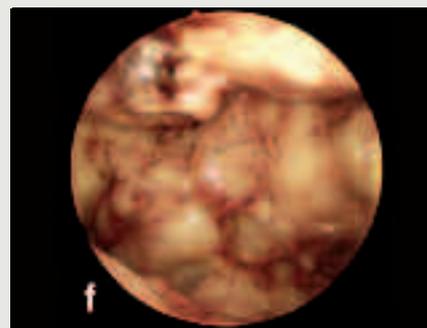
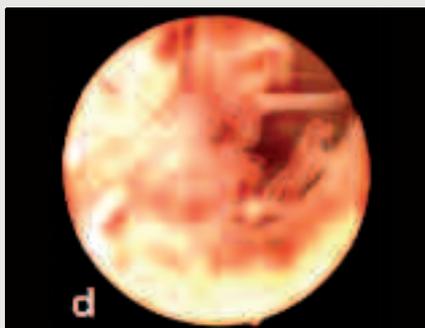
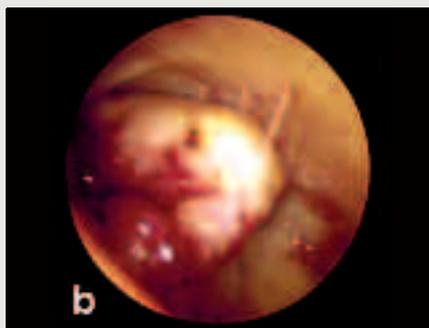
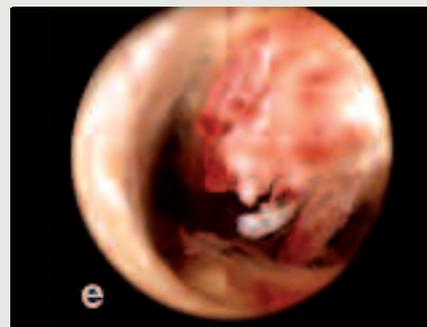
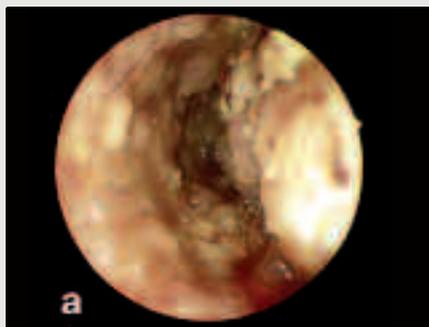
La lesione neoplastica può presentarsi all'indagine isteroscopica, localizzata o diffusa, con un sovvertimento della normale struttura endometriale che presenta aspetti esofitici simil polipoidi, nodulari, papillari come anemoni che fluttuano nella cavità. La caratteristica principale è l'alterazione della vascolarizzazione (vasi tronchi, con brusche variazioni di calibro e di direzione) e la presenza di aree di necrosi. Non è possibile sulla base del reperto isterosco-

pico né fare diagnosi di istotipo né di grading né tantomeno valutare l'entità dell'infiltrazione miometriale.

L'identificazione di un eventuale coinvolgimento del canale cervicale (Lo) è probabilmente il dato di maggior rilievo che l'endoscopia ci dà, ma anche questo non è un dato certo (falsi negativi in caso di infiltrazione stromale). Discussa, ma probabilmente ininfluyente da un punto di vista prognostico, la possibilità di una disseminazione in cavità peritoneale di cellule neoplastiche trasportate dal mezzo di distensione (Selvaggi).

FIGURA 11

#### Quadri isteroscopici di neoplasie endometriali



- (a) adenocarcinoma dell'endometrio varietà classica G2
- (b) carcinoma adenosquamoso

- (c) adenocarcinoma dell'endometrio G1
- (d) adenocarcinoma sieroso G2

- (e) adenocarcinoma di tipo villoghiandolare
- (f) sarcoma dello stroma endometriale

## 5. Endometriti

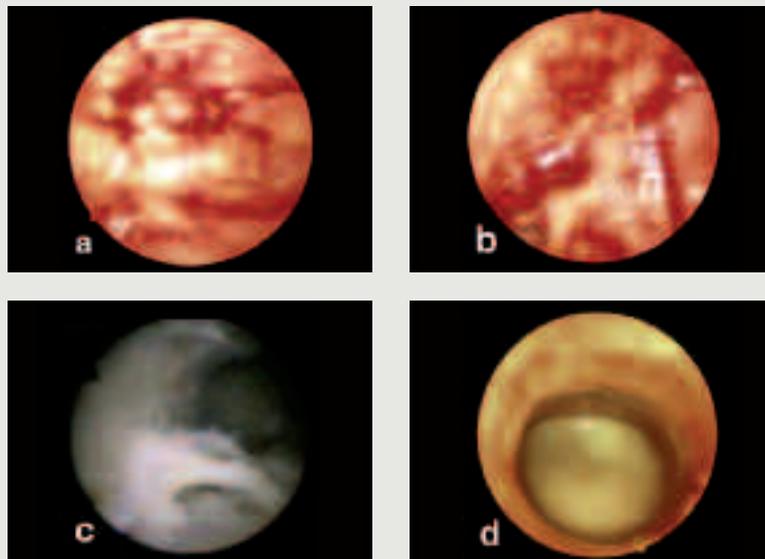
Nelle forme acute e subacute si associano spesso a sanguinamenti atipici. Secondo alcuni autori rappresentano uno stadio intermedio prima della PID (Pelvic Inflammatory Disease). Nei casi più avanzati il fatto infiammatorio interferisce con lo sviluppo e la maturazione endometriale.

Il quadro isteroscopico, noto come “strawberry pattern”, è caratteristico: la mucosa si presenta gonfia, gli orifizi ghiandolari sono circondati da un alone rosso conseguente a emorragie sottomucose che si accentrano a tale livello, talora si associa una sierosità opaca che in alcuni casi può comportare una vera piometra causata dal ristagnare delle secrezioni in cavità per occlusione del canale cervicale.

Rare le forme croniche di cui la più importante è quella specifica tubercolare (Kuohung) che spesso sfocia in una sindrome aderenziale con obliterazione della cavità.

FIGURA 12

### Quadri isteroscopici di endometriti



(a - b) endometrite strawberry pattern

(c) endometrite tubercolare  
(d) piometra

## 6. Sinechie

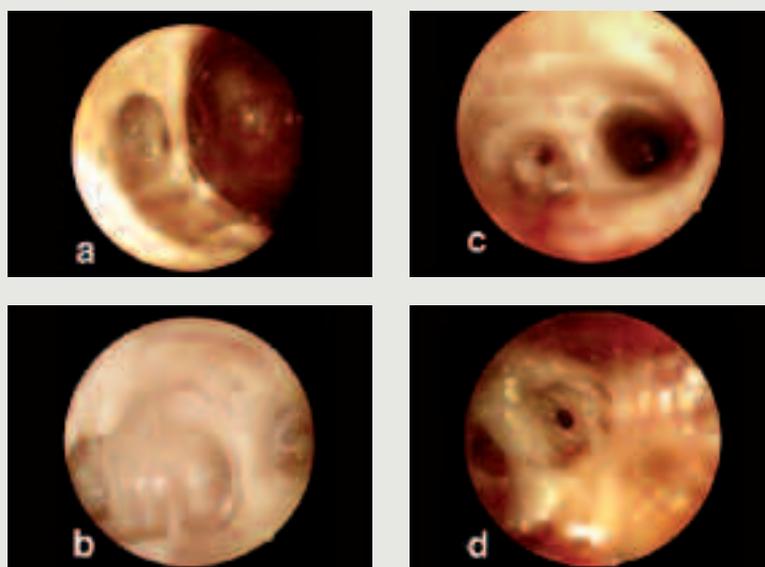
Possono presentarsi come reperto occasionale, asintomatico, limitate a piccole formazioni aderenziali velamentose a struttura mucosa (grado 1° secondo la Società Europea di Isteroscopia).

Nel Grado 2° sono invece formazioni tenaci, singole, tese da una parete all'altra della cavità uterina senza però coinvolgere gli osti tubarici. Il processo si aggrava ulteriormente nei gradi 3° e 4° che prevedono il progressivo avvolgimento di aree sempre maggiori della cavità uterina fino alla completa obliterazione con occlusione degli osti tubarici e l'amenorrea (Nasr).

La sinechiolisi isteroscopica è oggi l'approccio terapeutico d'elezione.

FIGURA 13

### Quadri isteroscopici di sinechie del corpo uterino



(a) sinechie tipo I mucose  
(b) sinechie tipo II mucose  
connettivali

(c) sinechia tipo III muscolo  
connettivale  
(d) sinechie tipo IV occludenti l'intera  
cavità uterina

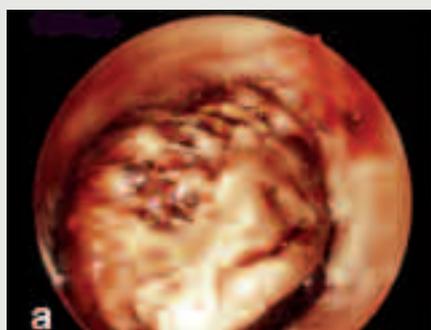
### 7. Residui ovariali e placentari

La persistenza di materiale ovariale in cavità dopo un aborto spontaneo o dopo una IVG non è rara, data la natura cieca degli interventi di isterosuzione e/o di revisione. Così pure la persistenza di frammenti placentari in puerperio avanzato, di dimensioni più o meno cospicue, è evento non eccezionale sia dopo un parto per via vaginale che dopo un taglio cesareo. Spesso tale patologia si risolve spontaneamente ma ta-

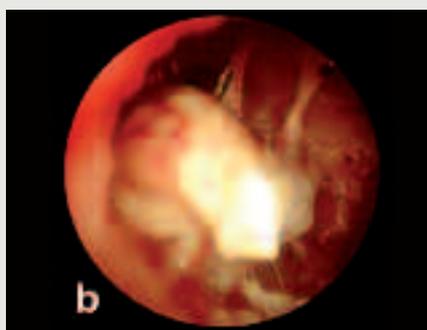
lora tende a protrarsi nel tempo dando luogo a spotting, menometrorragie e può nel tempo facilitare fenomeni flogistici e conseguenti sindromi aderenziali. L'isteroscopia (Goldenberg) ne consente la facile individuazione e la rimozione mirata con tecnica meccanica (utilizzo del resettore ad ansa fredda) eliminando il rischio di un curettage cieco che traumatizzando eccessivamente i tessuti facilita l'insorgenza di sinechie talora estese.

FIGURA 14

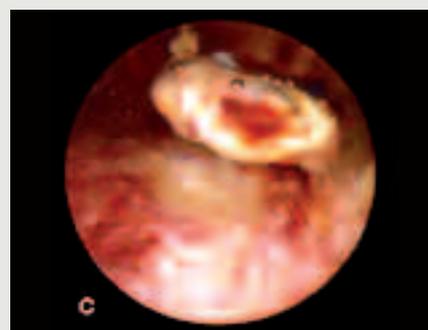
#### Quadri isteroscopici di residui ovariali e placentari



(a) residui ovariali a distanza di 3 mesi da IVG



(b) residui placentari dopo 50 giorni da taglio cesareo



(c) camera ovariale in espulsione in aborto spontaneo (spotting da 20 giorni)

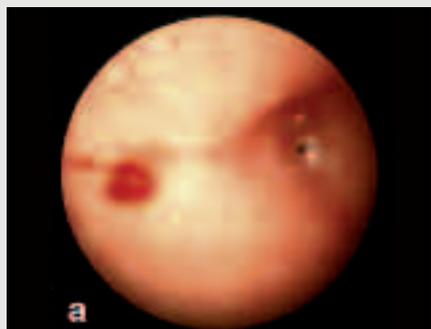
### 8. Adenomioidi

Pur essendo probabilmente una patologia diffusa raramente determina lesioni isteroscopiche caratteristiche e patognomoniche. Talora si presenta come un'area emorragica sottomucosa ben circoscritta. Un altro aspetto caratteristico è da-

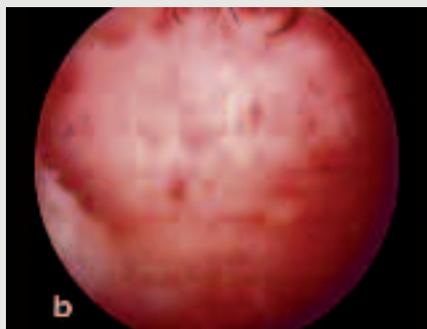
to dal rilievo di cripte multiple nel contesto della mucosa (immagine a formaggio svizzero). In genere però l'importanza dell'approccio isteroscopico sta nella possibilità di effettuare tramite ansa loop del resettore biopsie endometriali sulla guida del quadro ecografico.

FIGURA 15

#### Quadri isteroscopici di adenomioidi



(a) soffiatura emorragica localizzata sottomucosa



(b) caratteristiche cripte sul fondo uterino (immagine a formaggio svizzero)



(c) aspetto laparoscopico dell'utero dell'immagine precedente: caratteristica la congestione vascolare

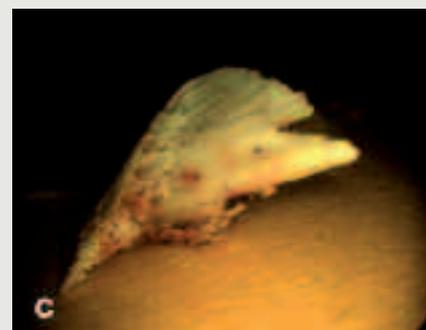
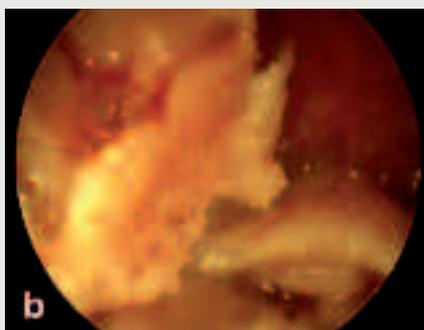
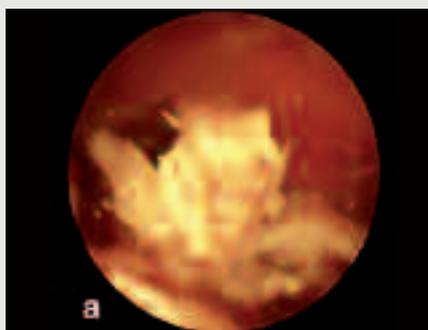
## 9. Metaplasia ossea

È un quadro raro caratterizzato da perdite ematiche anomale, dolore pelvico e infertilità.

Il quadro isteroscopico è inequivocabile e l'asportazione dei frammenti ossei sotto diretto controllo visivo ne è il trattamento d'elezione.

FIGURA 16

### Metaplasia ossea



(a - b) quadri isteroscopici di metaplasia ossea

(c) reperto anatomico patologico macroscopico

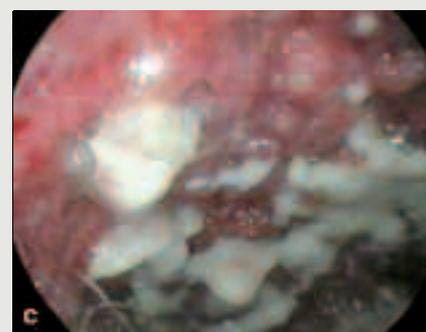
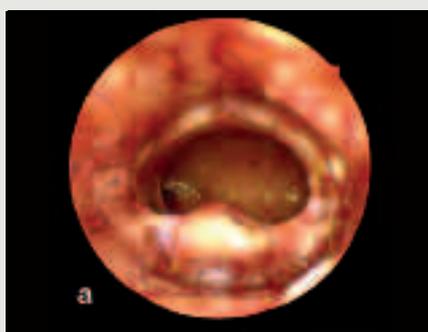
## 10. Alterazioni da farmaci

**Progestinici** L'uso di preparati progestinici, in particolare dei nor-derivati, determina una trasformazione della mucosa di tipo secretivo, talora con evidenti aspetti deciduali: mucosa

ispessita, ad aspetto cotonoso con una vascolarizzazione talora esuberante che ricorda il quadro endometriale gravidico. Non sono rari gli aspetti necrotici che potrebbero erroneamente far pensare ad una degenerazione neoplastica.

FIGURA 17

### Quadri isteroscopici di endometrio modificato dai progestinici



(a) ispessimento della mucosa ad aspetto cotonoso vellutato

(b) mucosa con aspetti deciduali con sovrapposti

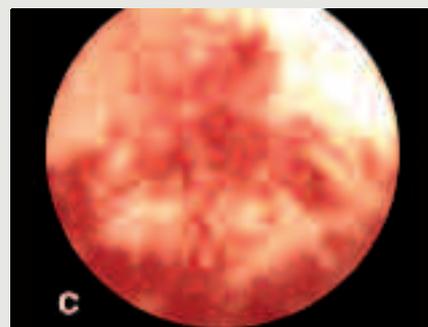
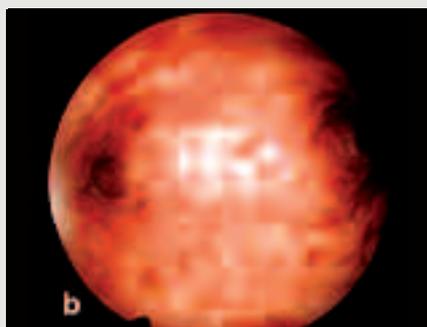
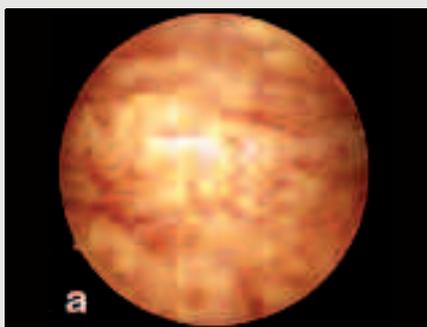
(c) fenomeni necrotici che interessano gli strati più superficiali

**Estroprogestinici** Il sanguinamento atipico, in genere con i caratteri dello spotting, in corso di terapia estroprogestinica non è raro e sovente, se di breve durata e di incostante comparsa, non è espressione di alcun evento patologico come confermato dall'isteroscopia che evidenzia quadri endometriali perfettamente normali. Nei casi però in cui il sintomo si presenta ripe-

tutamente e per periodi protratti va sospettata una eccessiva atrofizzazione della mucosa che determina questi caratteristici sanguinamenti da rottura. L'isteroscopia evidenzia in tal caso un quadro patognomonico caratterizzato da una mucosa estremamente sottile, striata di sangue, che lascia addirittura trasparire i sottostanti fasci muscolari.

FIGURA 18

**Quadri isteroscopici di endometrio modificato dall'uso di estroprogestinici**



(a - b) netto assottigliamento della mucosa che lascia intravedere i fasci muscolari sottostanti

(c) quadro endometriale normale in paziente in trattamento estroprogestinico con spotting

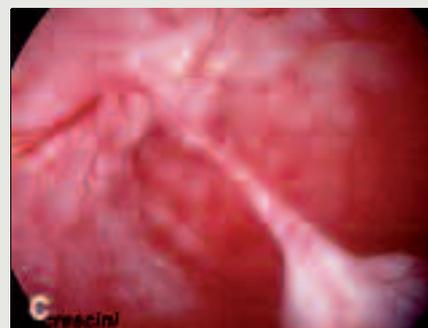
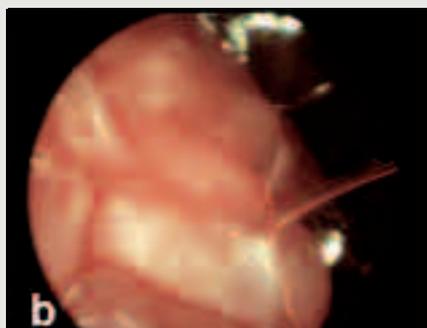
**Tamoxifene** La stimolazione di tipo estrogenico che tale farmaco esercita sull'endometrio si rileva in un quadro isteroscopico caratteristico: la mucosa risulta per lo più assottigliata, tant'è che spesso si riconoscono i vasi che decorrono nel sottostante stroma, sollevata da formazioni glandulo cistiche, talora rade, più spesso affollate. Frequenti sono le formazioni polipoidi,

sovente di dimensioni cospicue, e talora si osservano quadri iperplastici frammisti ad aree atrofiche.

Non va dimenticata la possibilità di una degenerazione neoplastica della mucosa endometriale nonché la relativamente alta incidenza di sarcomi conseguente all'uso prolungato di tale farmaco (Varras).

FIGURA 19

**Tamoxifene**



(a) tipica atrofia cistica dell'endometrio interessante tutta la cavità e l'istmo

(b) anche la mucosa che riveste questo mioma sottomucoso è interessata dalle tipiche modificazioni da tamoxifene

(c) in questo caso oltre la trasformazione cistica è anche visibile una notevole accentuazione della vascolarizzazione che però non presenta aspetti atipici

## PER SAPERNE DI PIÙ

- Clark TJ, Voit D, Gupta JK, Hyde C, Song F, Khan KS. *Accuracy of hysteroscopy in the diagnosis of endometrial cancer and hyperplasia: a systematic quantitative review.* JAMA 2002 Oct;288(13):1610-1621
- Gebauer G, et al. *Role of hysteroscopy in detection and extraction of endometrial polyps: Results of a prospective study.* Am J Obstet Gynecol 2001 Jan;184(2):59-63
- Goldenberg M, Schiff E, Achiron R, Lipitz S, Mashiach S. *Managing residual trophoblastic tissue. Hysteroscopy for directing curettage.* J Reprod Med 1997 Jan;42(1):26-8
- Goudas VT, Session DR. *Hysteroscopic cervical polypectomy with a polyp snare.* J Am Assoc Gynecol Laparosc 1999 May 6:195-7
- Kuohung W, et al. *Pelvic tuberculosis diagnosed by hysteroscopy during infertility evaluation.* J Assist Reprod Genet 2000 Sep;17(8):459-60
- Lo KW, Cheung TH, Yim SF, Chung Tk. *Preoperative hysteroscopic assessment of cervical invasion by endometrial carcinoma: a retrospective study.* Gynecol Oncol 2001 Aug; 82(2): 279-282
- Nasr AL et al. *A clinicohysteroscopic scoring system of intrauterine adhesions.* Gynecol Obstet Invest 2000;50(3):178-81
- Selvaggi L, Cormio G, Ceci O, Loverro G, Cazzolla A, Bettocchi S. *Hysteroscopy does not increase the risk of microscopic extrauterine spread in endometrial carcinoma.* Inter J Gynec Cancer 2003 March; 13(2):223
- Varras M, Polyzos D, Akrivis Ch. *Effects of tamoxifen on the human female genital tract: review of the literature.* Eur J Gynaecol Oncol 2003;24(3-4):258-68

# Vaginoscopia

L'isteroscopia si è diffusa negli anni '80 del secolo scorso come mezzo diagnostico per la cavità uterina in sostituzione del classico curettage o raschiamento. Inizialmente la procedura endoscopica seguiva i tempi classici del raschiamento con introduzione dello speculum vaginale, applicazione di tenaculum sulla portio e dilatazione del canale cervicale con dilatatori di Hegar. Dalla fine degli anni '90 si è progressivamente diffusa la tecnica dell'introduzione diretta

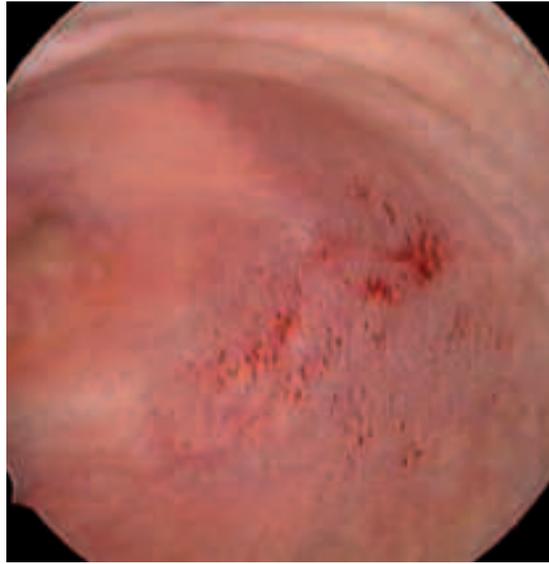
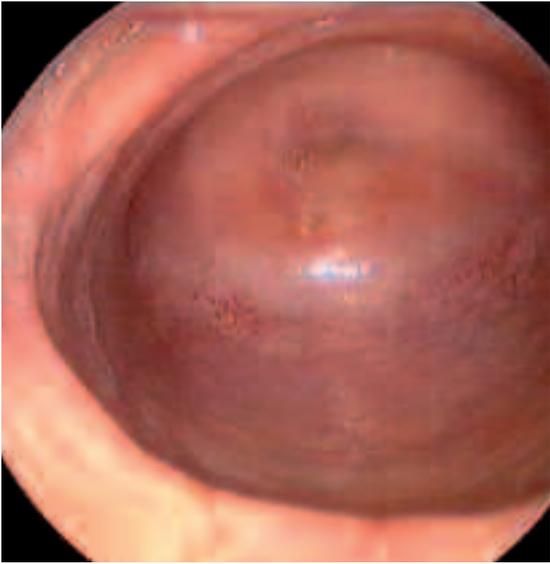
dell'isteroscopio nel canale cervicale senza alcun altro strumento, riportando l'indagine endoscopica alla sua vera natura che consiste nella minima invasività e nella massima tollerabilità per la paziente. Tra i numerosi vantaggi della vaginoscopia vi è quello della esplorabilità del canale vaginale, dei fornici e della portio anche in condizioni anatomiche in cui risulta impossibile l'esplorazione con altri mezzi di questo tratto dell'apparato genitale.

**Tra le tante immagini di possibile riscontro in vaginoscopia ne proponiamo una serie che abbiamo raccolto e documentato in questi anni di attività.**

→ **Vagina e portio normali in paziente in età fertile con CO2**

La tecnica della vaginoscopia sia con anidride carbonica che con soluzione fisiologica consente l'esplorazione delle pareti vaginali, dei fornici e dell'esocervice. In condizioni di impossibilità di accesso al canale vaginale (infanzia, integrità imenale, stenosi dell'introito) con i comuni mezzi di divaricazione quali lo speculum o le valve, la tecnica vaginoscopica risulta agevole ed atraumatica

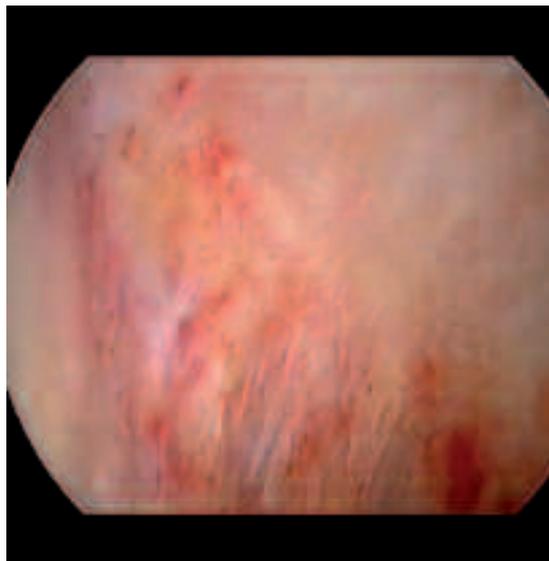
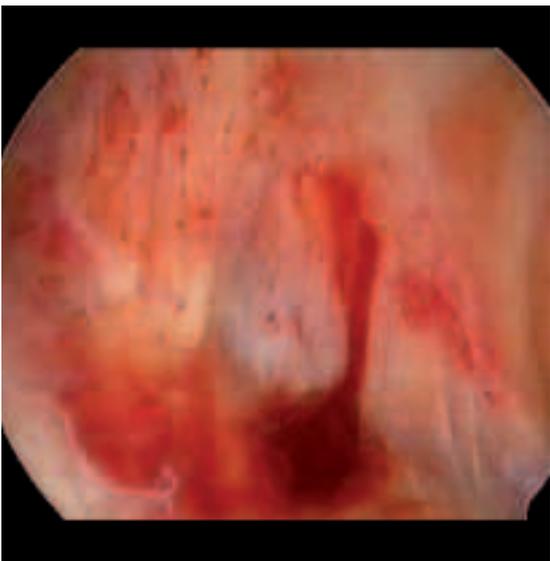




← **Vagina e portio normali in paziente in post menopausa con soluzione fisiologica.** Nell'immagine a destra è ben evidenziata la presenza di piccole petecchie emorragiche da atrofia



← **Vaginoscopia in età prepubere (anni 7) con quadro di normalità.** Portio e vagina non ancora esposti allo stimolo estrogenico. Indagine che viene eseguita in narcosi



← **Lesione iatrogena da speculum in paziente con atrofia vaginale post menopausale che può simulare processi patologici vaginali e che può essere prevenuta utilizzando la vaginoscopia**

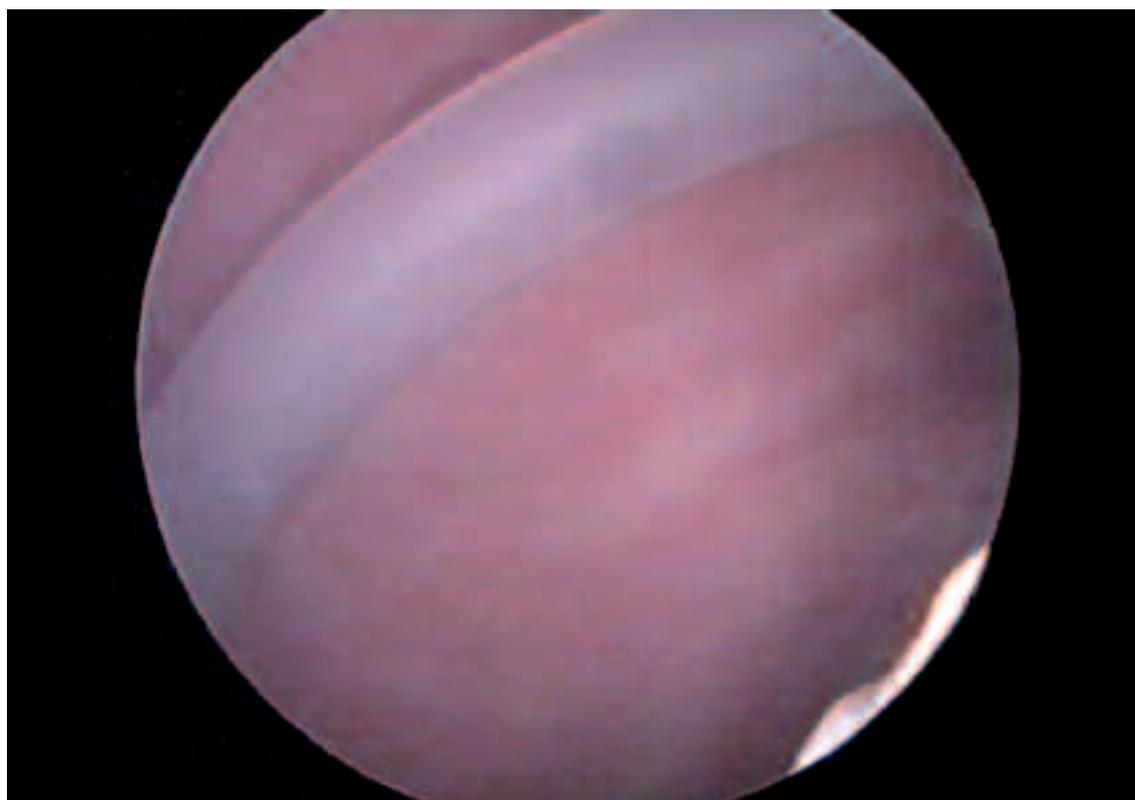
↓ **Sinechie**  
sulla cupola vaginale  
post colpoisterectomia

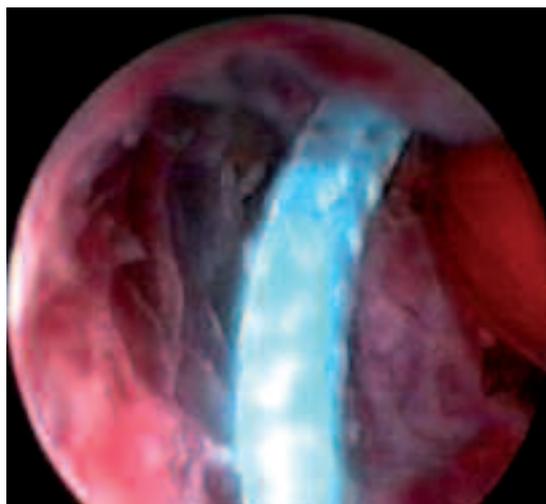
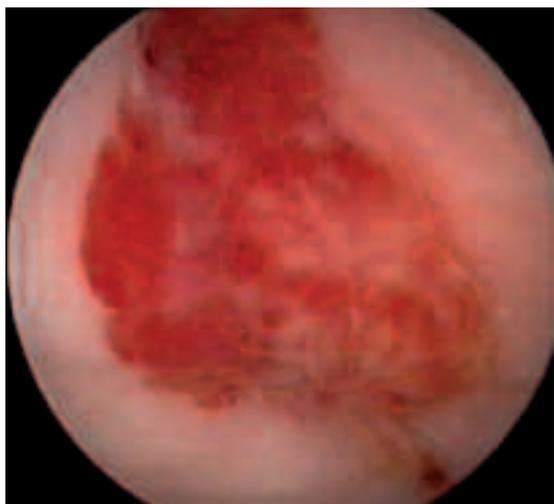


↓ **Corpo estraneo vegetale**  
che simula i fili di IUD in  
paziente in post menopausa  
con perdite ematiche  
atipiche



→ **Dispositivo ormonale**  
contraccettivo vaginale  
normoposizionato





← **Parete vaginale anteriore** in paziente isterectomizzata: granuloma da corpo estraneo su filo di sutura in materiale non riassorbibile

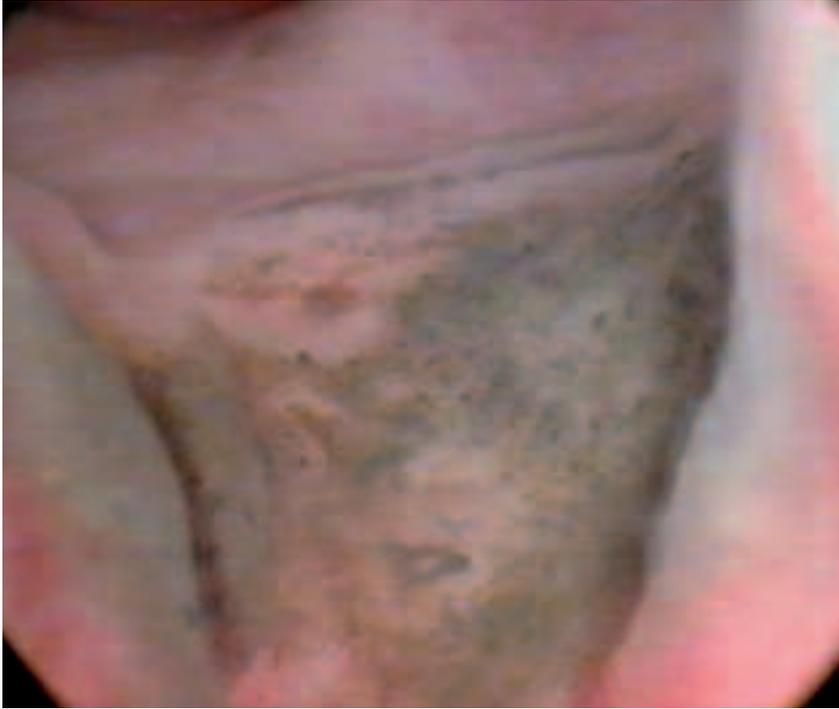


← **Formazione similpolipoide vaginale** dovuta a cisti da inclusione epiteliale vaginale



← ↑ **Differenti aspetti morfologici di localizzazioni endometriose** nei fornici vaginali. In alto formazione similpolipoide e a sinistra area bluastrea puntiforme

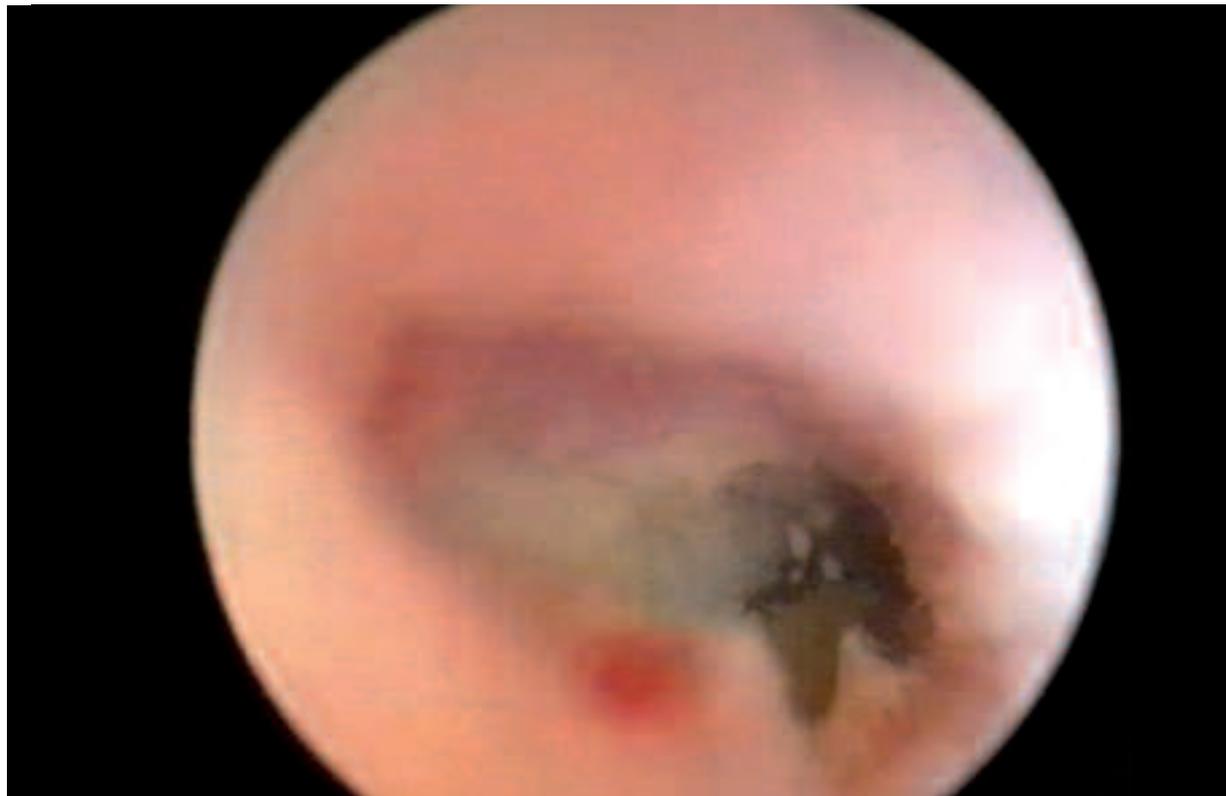
↓ **Metastasi vaginale**  
di melanoma con  
caratteristica  
pigmentazione nerastra



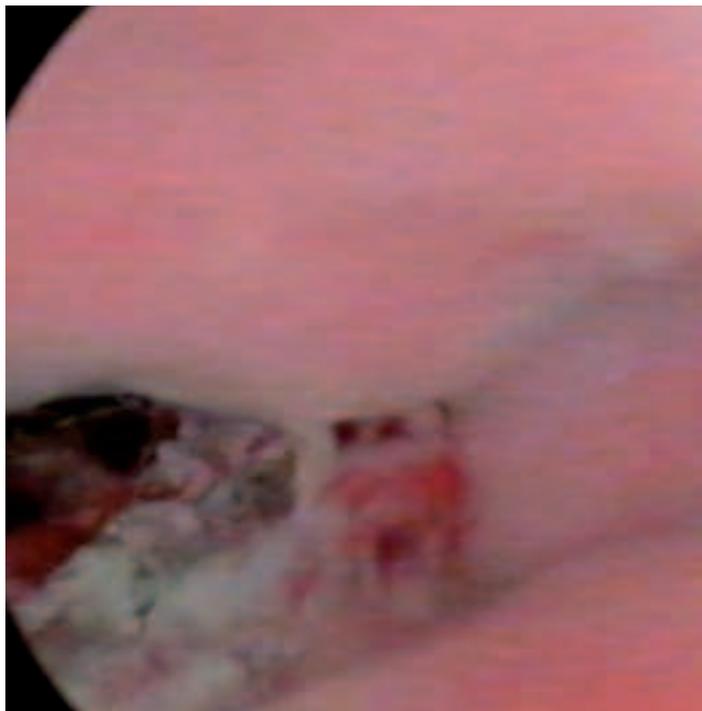
↓ **Sbocco vaginale**  
di tragitto fistoloso da  
neoplasia rettale con  
passaggio di materiale  
fecale



→ **Sbocco vaginale**  
di fistola entero  
genitale spontanea  
(fistolizzazione di  
diverticolite del sigma)



↓ **Fistola vescico  
vaginale** da recidiva di  
carcinoma della portio  
trattato chirurgicamente



# Patologie uterine endocervicali

## Quadri isteroscopici di maggiore interesse

### PORTIO E CANALE CERVICALE

→ **Aspetto normale** della mucosa endocervicale in età fertile con arbor vitae

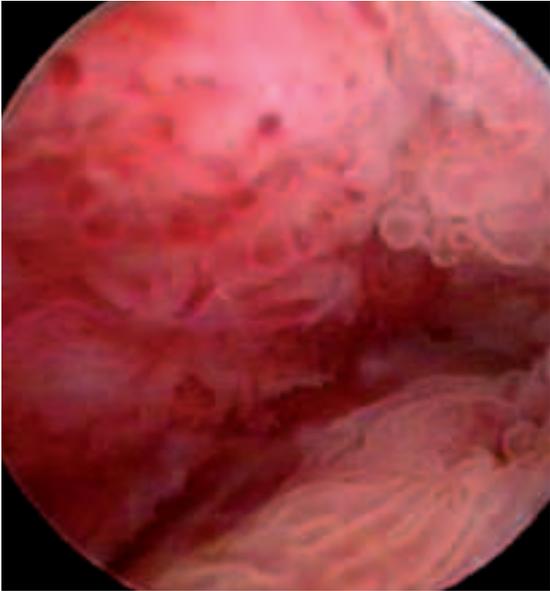
→→ **Adenomiosi** del canale endocervicale



→ **Polipo** in quadro di flogosi endocervicale cronica con aspetti similcondilomatosi



↓ **Micropolipi**  
del canale cervicale in  
quadro di flogosi

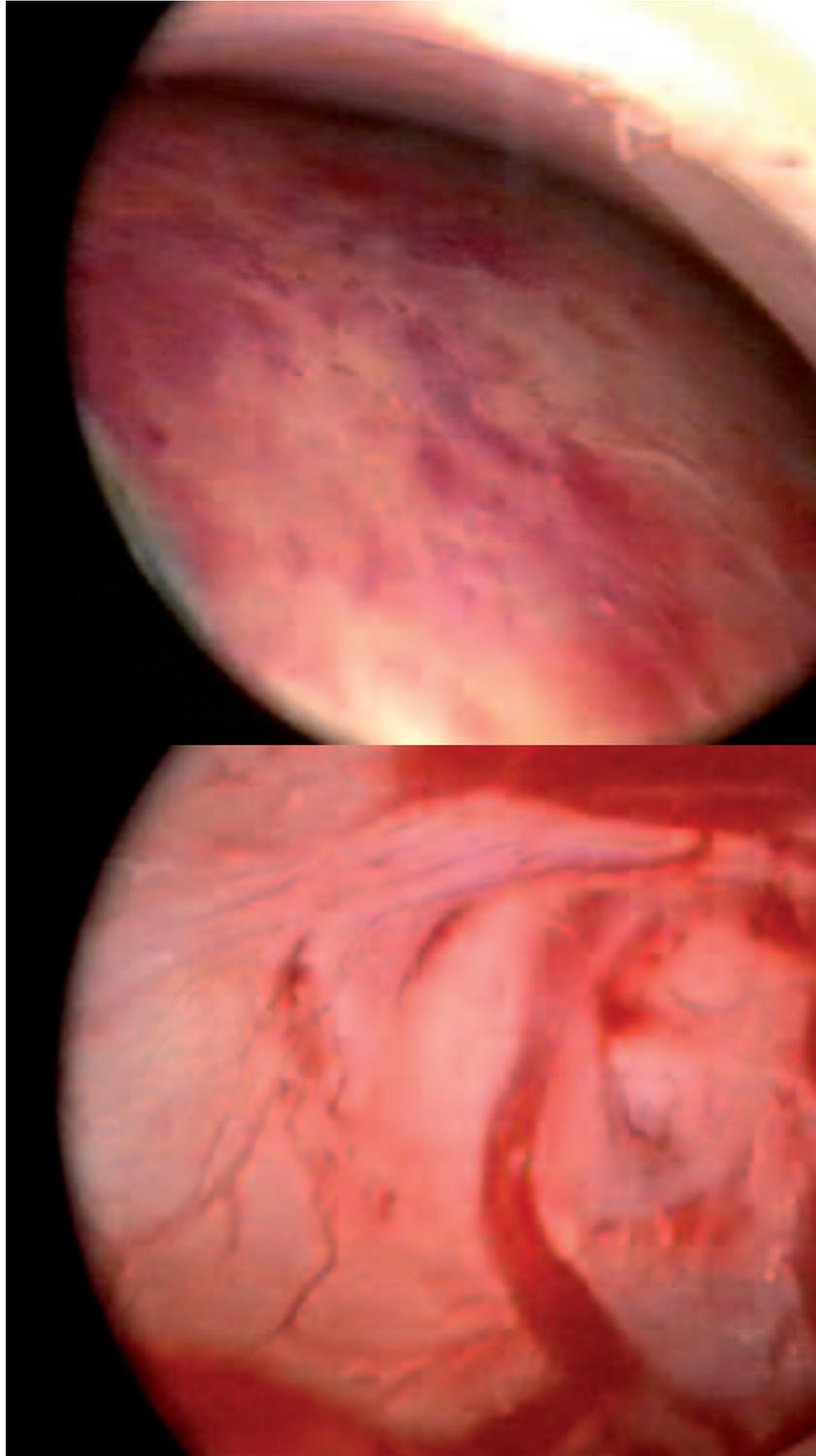


→ **Polipo endocervicale**  
a origine dal terzo  
superiore della parete  
anteriore con apice  
emorragico in quadro di  
mucosa endocervicale  
atrofica

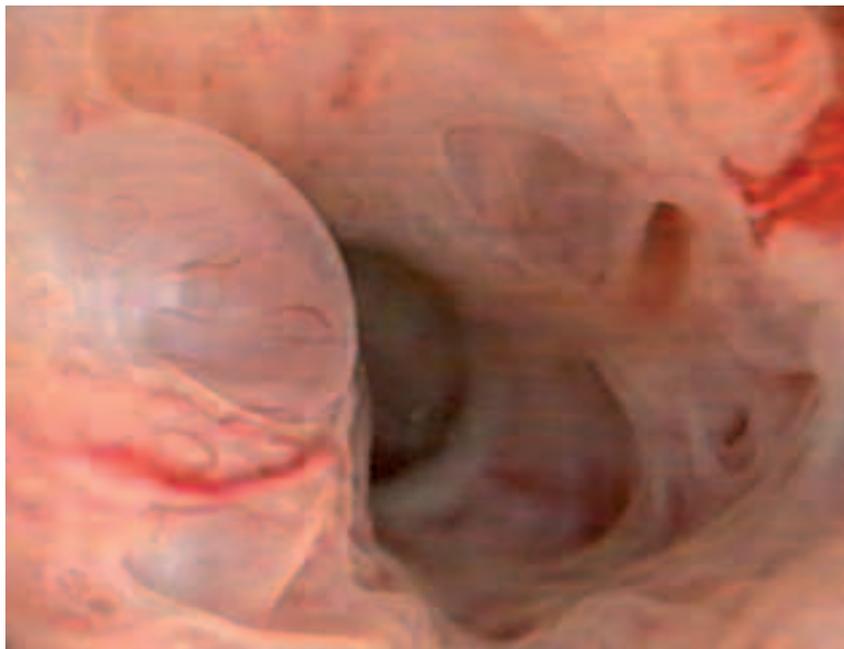


← **Polipo endocervicale**

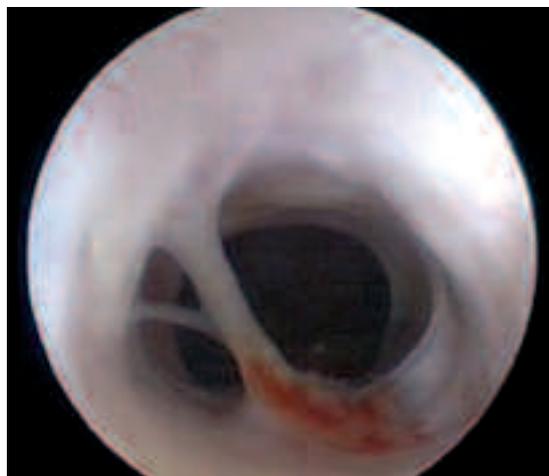
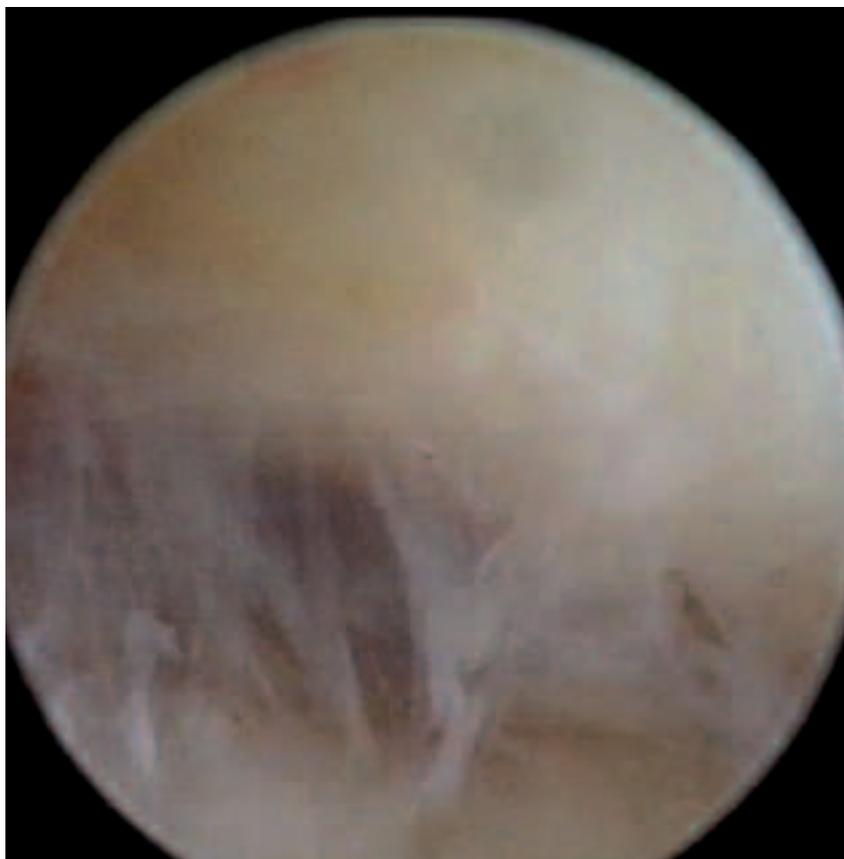
→ **Adenomioma**  
intracervicale che dilata  
il canale e che presenta  
in superficie vasi  
abnormemente dilatati



↓ **Cisti di Naboth**  
endocervicale

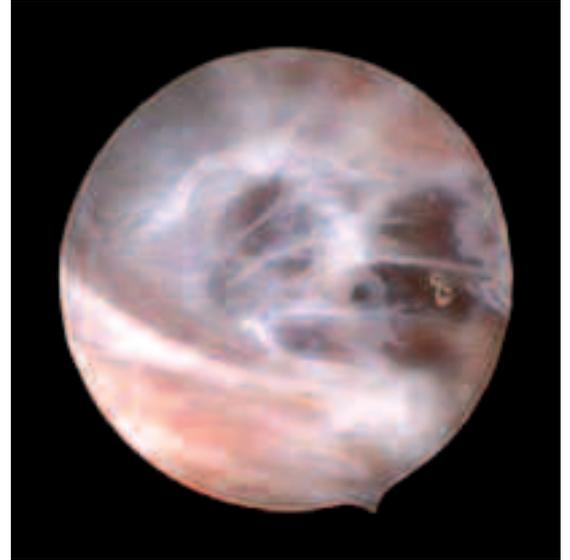


↓ **Iud dislocato**  
nel canale cervicale



↑ ← **Sinechia**  
endocervicale mucosa  
in alto una piccola  
sinechia isolata;  
a sinistra un quadro  
occlusivo

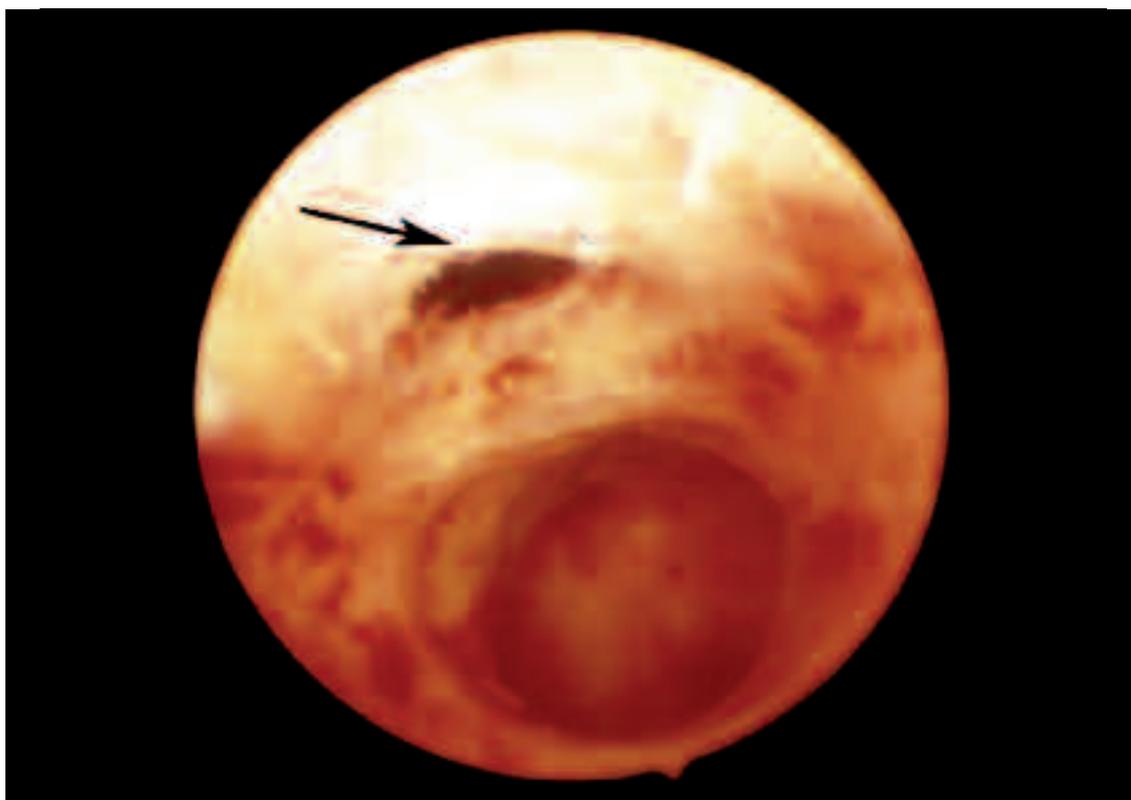
→ **Un quadro di sinechie endocervicali occlusive** in paziente in post menopausa (foto in alto a sinistra) immagini di perforazione cervicale con la punta dell'isteroscopio (dapprima falsa strada con dissezione delle fibre muscolari - foto in alto a destra - fino al perimetrio - foto in basso a sinistra - e quindi visualizzazione degli epiploon - foto in basso a destra)



↓ **Falsa strada** nella parete laterale destra del canale endocervicale causata dall'introduzione del catetere per isterosonografia

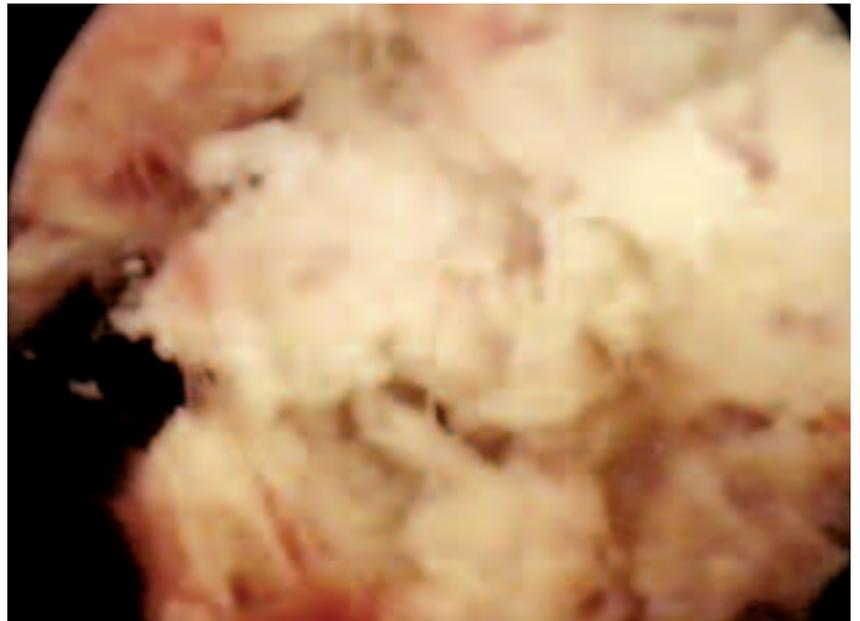
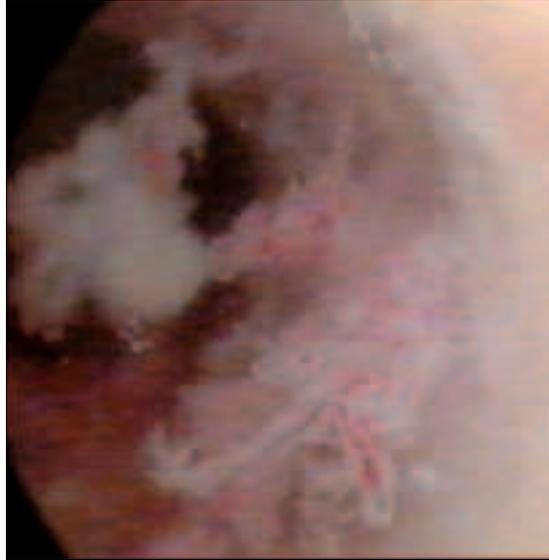


↓ **Falsa strada** nella parete endocervicale posteriore creata dall'isteroscopio per mancato rispetto della visione foro obliqua (quadro in CO<sub>2</sub>)



← **Falsa strada** nello spessore della parete miometriale anteriore (freccia) causata da tentativo di dilatazione con Hegar

→ **Adenocarcinoma**  
del canale endocervicale



↑ → **Adenocarcinoma**  
endocervicale

*per una corretta  
igiene intima*

**ALIS<sup>®</sup>**  
GININTIMO



**24 ore**  
di **LIBERTÀ** e **FRESCHEZZA**

**VELATES** s.r.l.



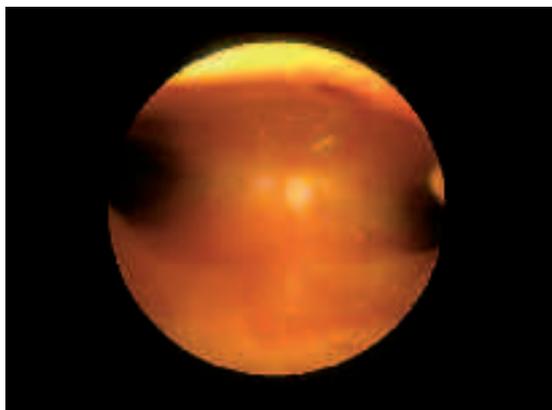
# Patologie uterine endocavitarie

## Quadri isteroscopici di maggiore interesse

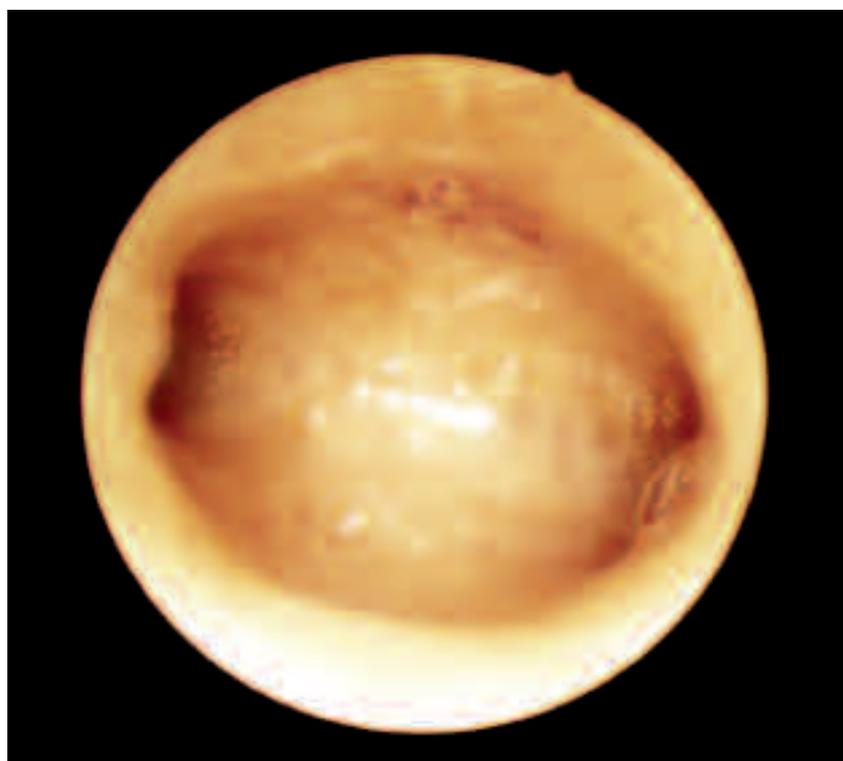
### LA CAVITÀ UTERINA

La distensione con anidride carbonica o con soluzione fisiologica, l'illuminazione e la possibilità di modificare l'angolo di visione mediante la forobliquità dell'ottica isteroscopica consentono una esplorazione completa della cavità endometriale, una diagnosi macroscopica e la possibilità di una biopsia mirata. L'attuale tecnologia con-

sente una diagnostica di assoluta precisione in assenza di discomfort per la paziente oltre alla possibilità di una isteroscopia interventistica anche ambulatoriale. Alla base di ogni approccio isteroscopico sia diagnostico che interventista rimane basilare la conoscenza dei quadri morfologici, dai più semplici ai più complessi e rari, che passeremo in esame in questo atlante.



↑ **Endometrio e cavità uterina normali** con fisiologica arcuatura del fondo che non va intesa per subsetto

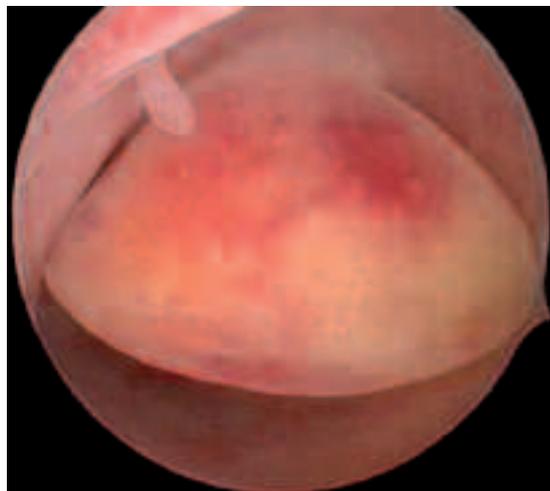


→ **Endometrio atrofico, cavità uterina normale, piccole bolle gassose da CO2**

### I POLIPI ENDOMETRIALI

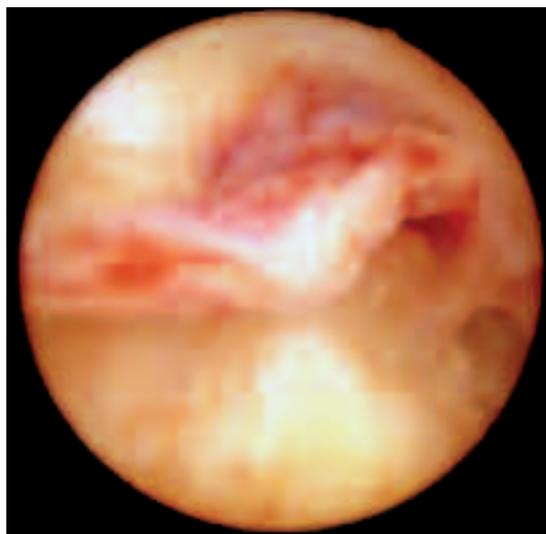
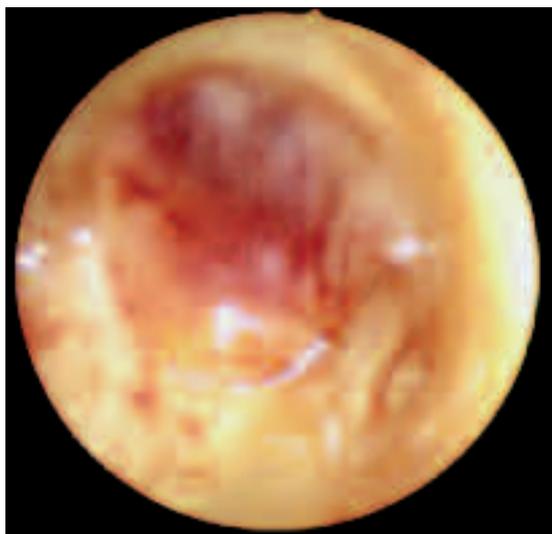
I polipi endometriali sono generalmente peduncolati e rivestiti da endometrio sincrono con quello adiacente, fluttuano in cavità ed appaiono vellutati se il mezzo di distensione è liquido mentre si appiattiscono sulla parete ed assumono aspetto translucido con l'anidride carbonica. I polipi di grandi dimensioni hanno spesso aree necrotiche e vanno differenziati dai polipi cancerizzati. L'iperplasia semplice e soprattutto complessa può assumere caratteristiche similpolipoidi.

→ **Polipo endometriale con micropolipo (soluzione fisiologica)**

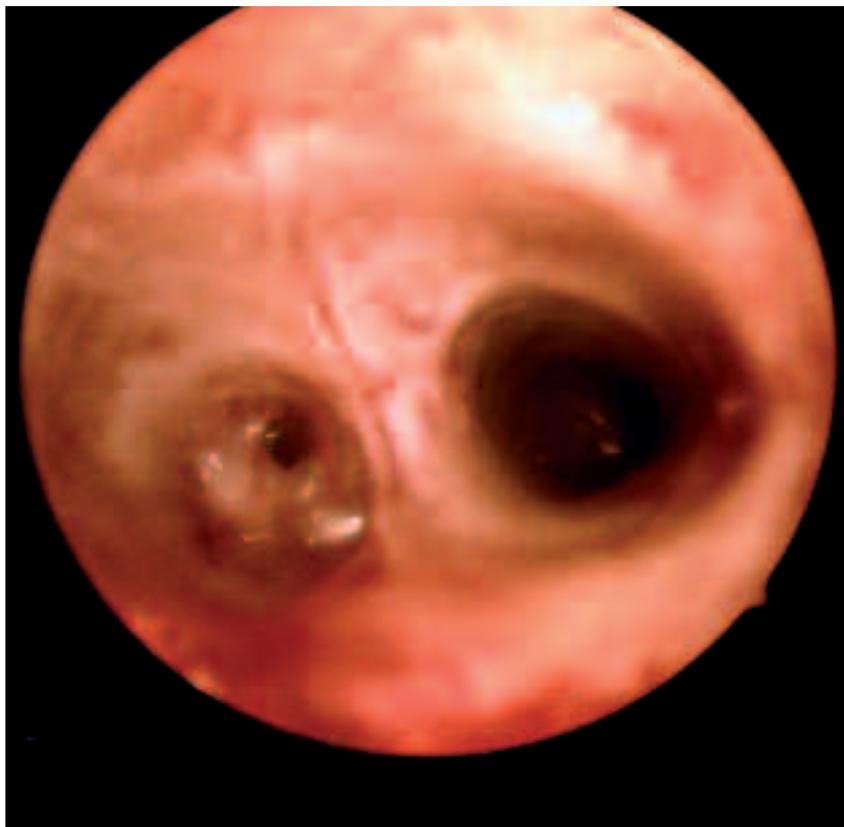




← **Polipo endometriale**  
in endometrio atrofico  
con distensione gassosa



← **Polipo endometriale**  
Aspetto differente in  
relazione al mezzo di  
distensione utilizzato.  
A sinistra  
con CO<sub>2</sub> il polipo appare  
come una macchia  
emorragica della parete  
endometriale, mentre a  
destra la soluzione  
fisiologica rivela la sua  
natura polipoide e la sua  
mobilità

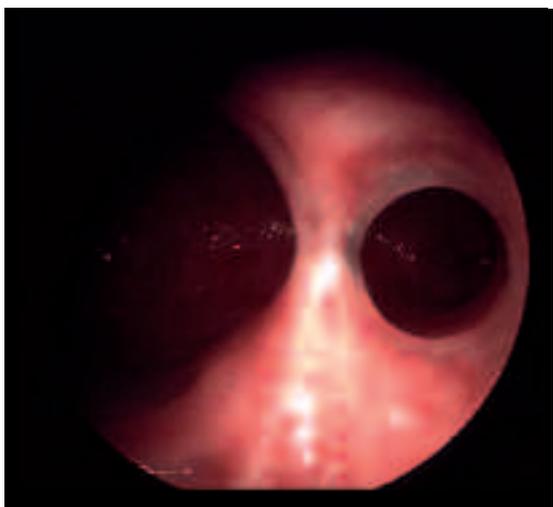


### SINECHIE ENDOUTERINE

Le sinechie uterine in età fertile sono generalmente iatrogene, possono essere causa di infertilità ed amenorrea e possono richiedere un trattamento di sinechiolisi isteroscopica. In post menopausa possono essere causa limitante l'esplorazione della cavità uterina e di conseguenza nelle pazienti sintomatiche possono richiedere la resezione.

← **Sinechia endouterina**  
fibroconnettivale  
simulante setto uterino

↓ **Sinechie endouterine**  
mucose di riscontro in età  
fertile e lisabili con la sola  
estremità dell'isteroscopio  
e con la distensione della  
cavità



↑ **Sinechia uterina centrale**  
che simula un setto



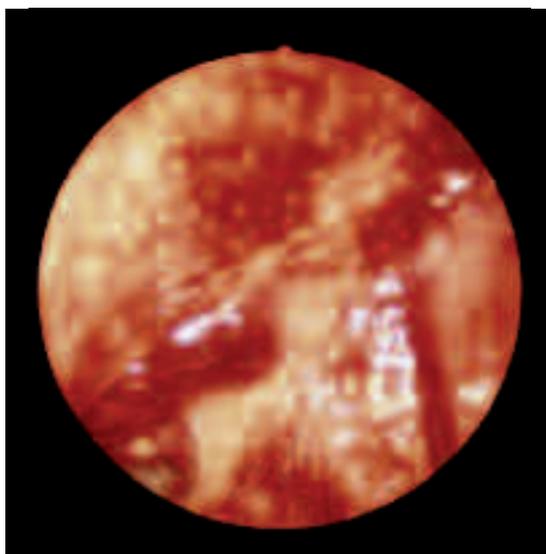
→ **Estese sinechie**  
con obliterazione della  
cavità uterina post  
ablazione endometriale  
resettoscopica



**ENDOMETRITE**

L'endometrite (non specifica tubercolare che simula un carcinoma dell'endometrio) è una condizione rara per la mensile caduta e rigenerazione della mucosa endometriale. L'aspetto è quello congestizio vascolare con la presenza di micropolipi similcondilomatosi.

← **Endometrite:**  
con accentuazione  
dell'aspetto vascolare

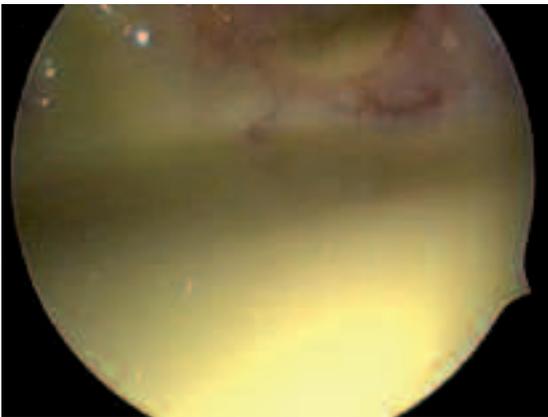


← **Endometrite:**  
aspetto a fragola

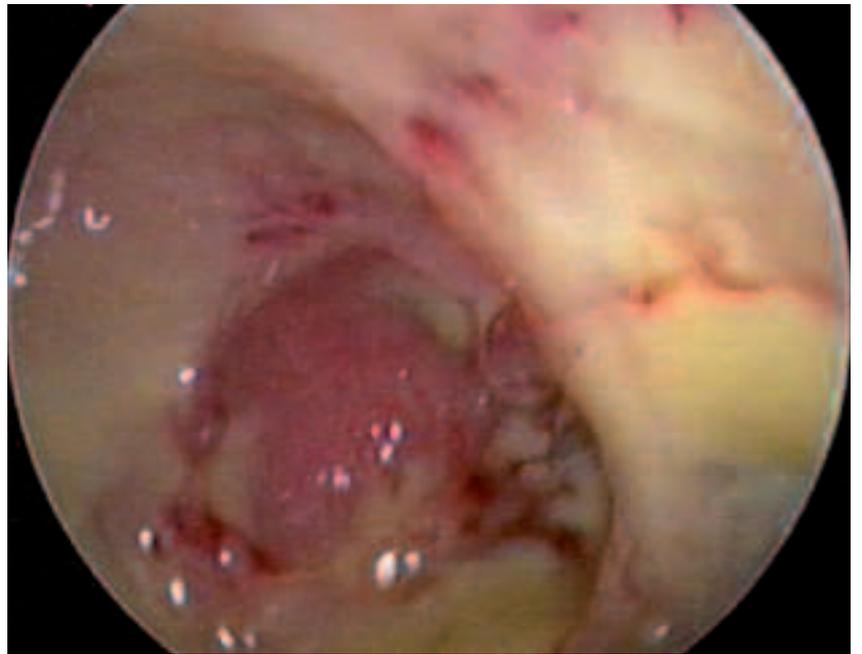


← **Micropolipi dell'ostio**  
tubarico in quadro di flogosi  
endometriale cronica

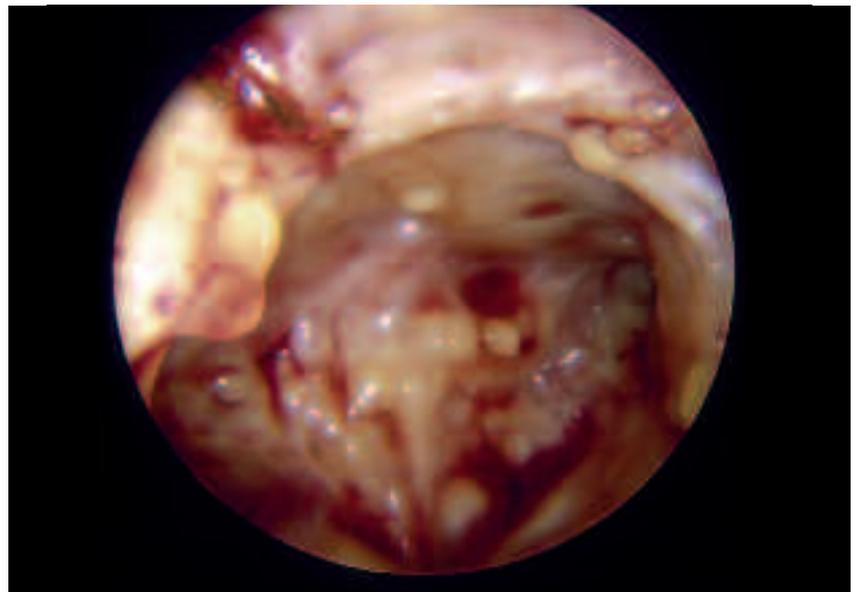
↓ **Piometra:**  
osservazione prima e  
dopo detersione e  
lavaggio con soluzione  
fisiologica

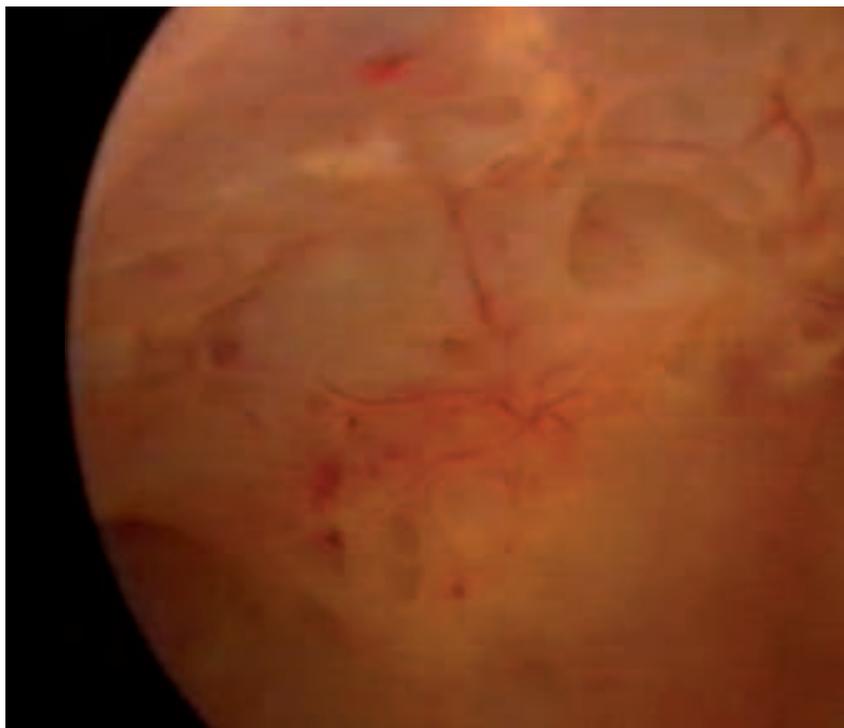


**PIOMETRA**  
Condizione ad insorgenza generalmente in età avanzata che richiede l'esclusione di una neoplasia maligna sottostante. Spesso è determinata dalla occlusione del canale cervicale per processi retrattivi senili.



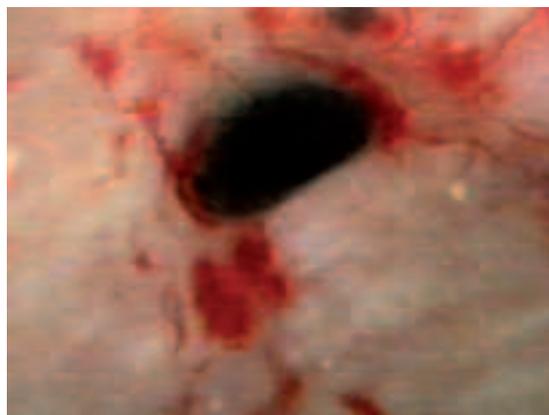
→ **Esiti flogistici**  
cicatriziali in  
endometrio  
atrofico cistico  
confermato  
istologicamente post  
ablazione endometriale  
resetoscopica in  
paziente già trattata  
con tamoxifene





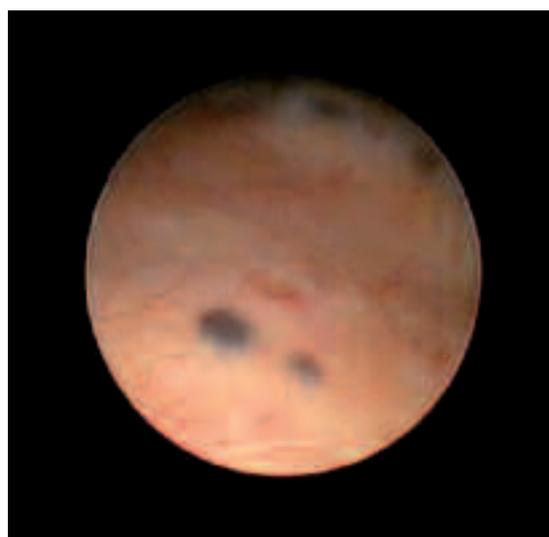
← **Adenomiosi:**  
presenza nel contesto  
della mucosa  
endometriale di recessi  
che si addentrano verso  
il miometrio (cheese  
like)

↓ **Adenomiosi**  
in cavità uterina  
(aspetto emorragico)

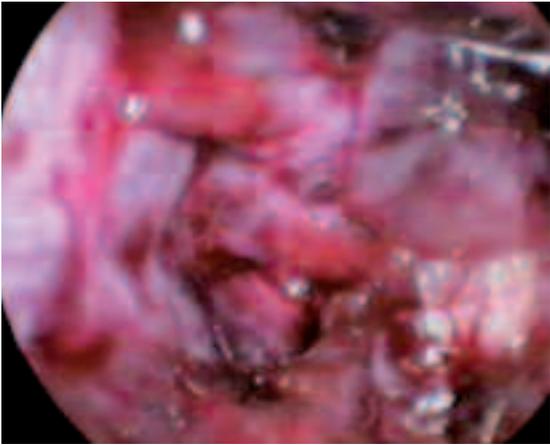


← **Adenomiosi** cistica

↑ **Adenomiosi:** spot  
bluastri emorragici



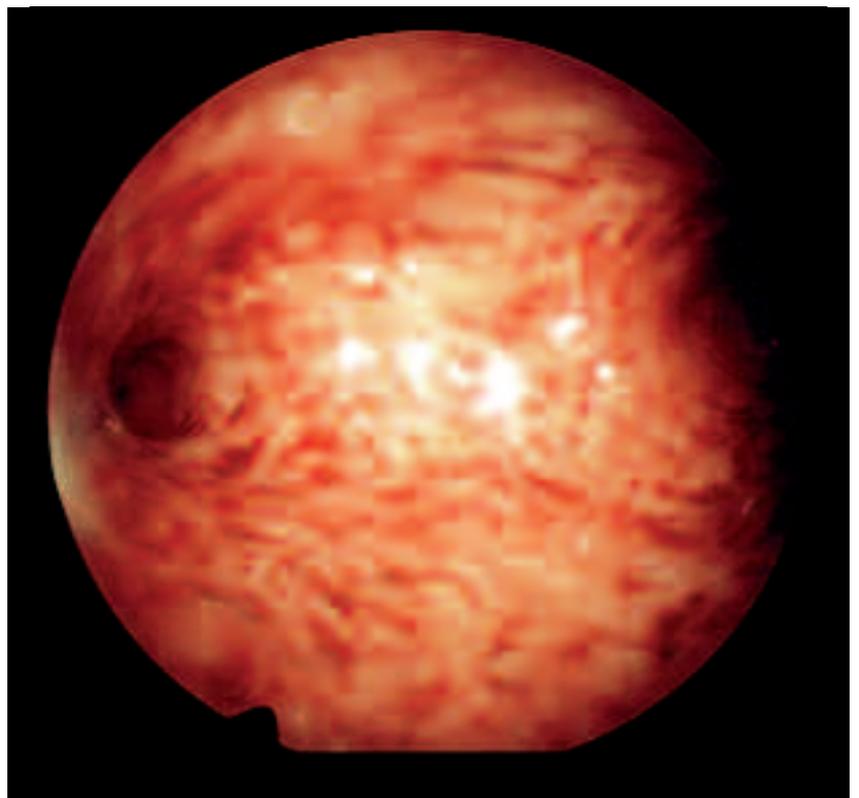
↓ **Endometrio** in fase  
secretiva avanzata con  
aspetti simil iperplastici



↑ **Endometrio**  
in fase mestruale



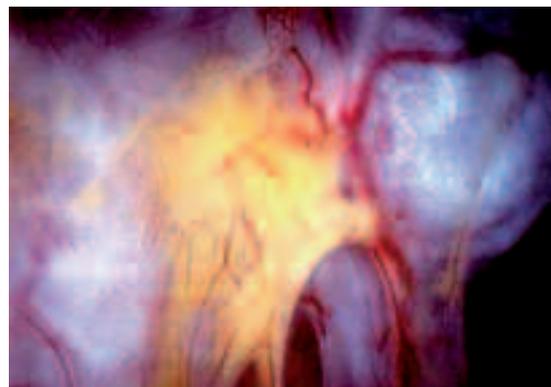
→ **Endometrio**  
in paziente in terapia  
estroprogestinica con  
spotting da rottura





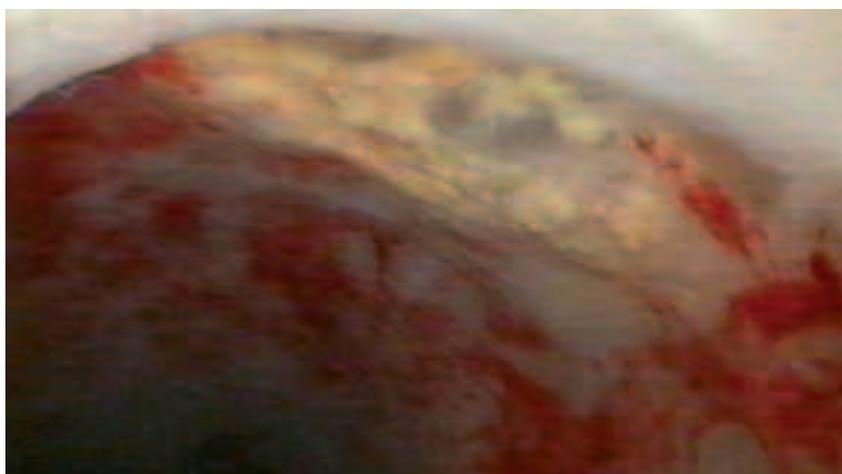
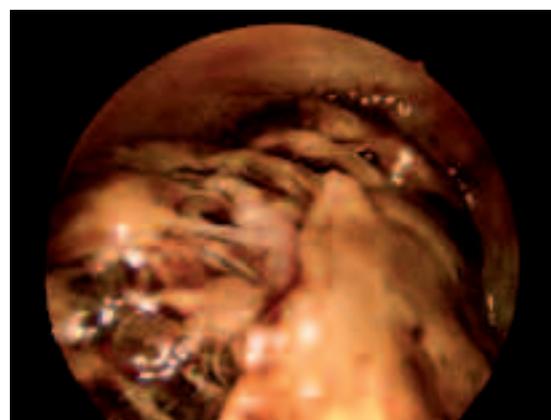
← **Malformazioni mulleriane** Utero setto completo

↓ **Polipo endometriale** istologicamente benigno in paziente in terapia con tamoxifene che simula una patologia maligna



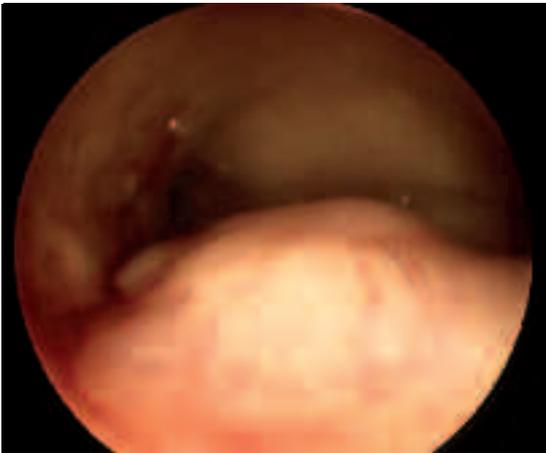
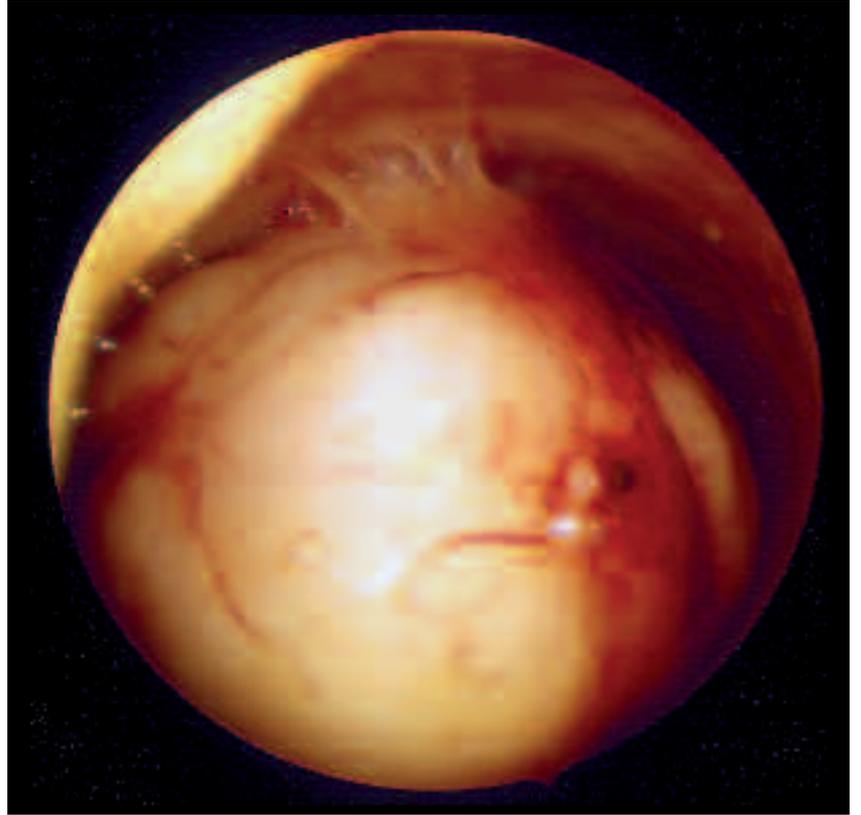
← **Residui placentari** post partum (polipo placentare) sintomatici

↑ **Tessuto deciduale** ovulare necrotico post abortivo



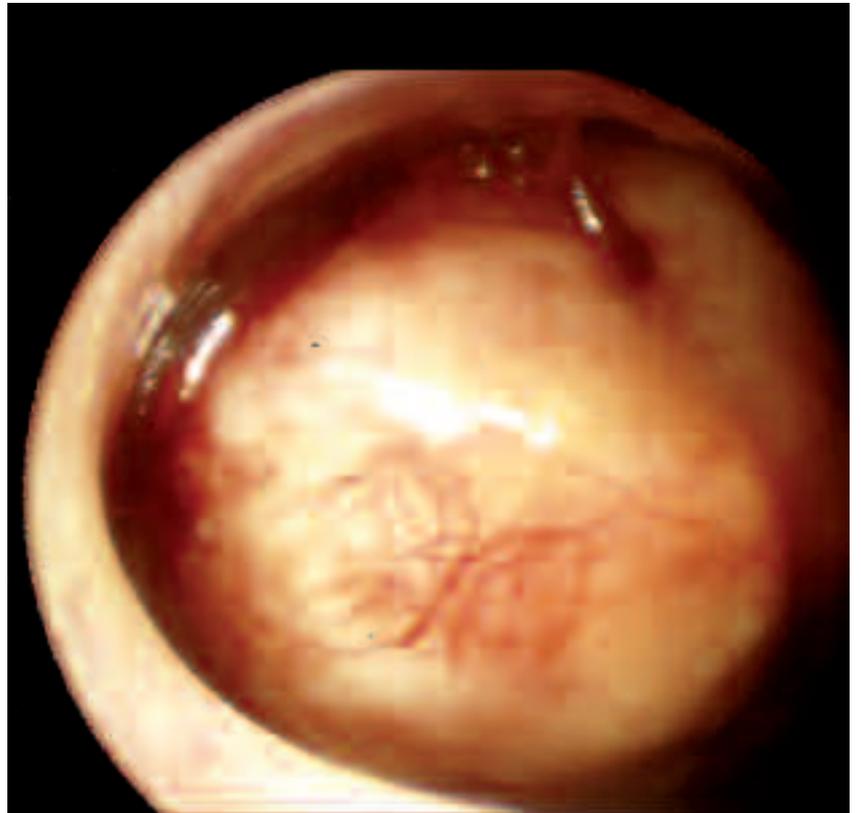
← **Cicatrice recente** da pregresso taglio cesareo

→ **Mioma  
sottomucoso G 0**  
(a totale sviluppo  
intracavitario)



↑ **Mioma  
sottomucoso G2**  
(meno del 50% del  
volume si sviluppa in  
cavità uterina)

→ **Mioma  
sottomucoso G1**  
(più del 50% si  
sviluppa nella cavità  
uterina)

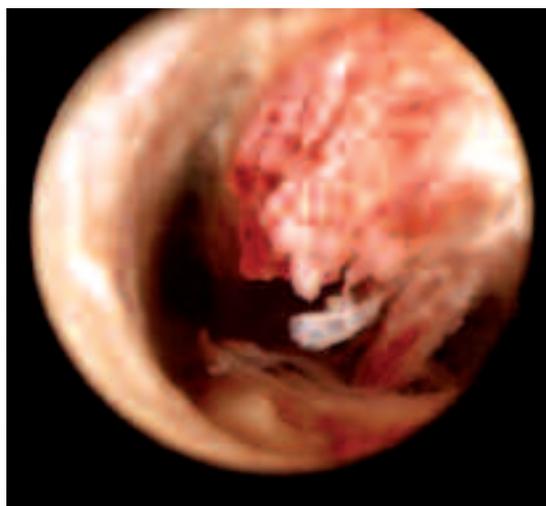




← **Adenocarcinoma dell'endometrio:**  
vegetazioni esofitiche papillariformi friabili con vascolarizzazione irregolare proliferativa e aree biancastre di tessuto necrotico

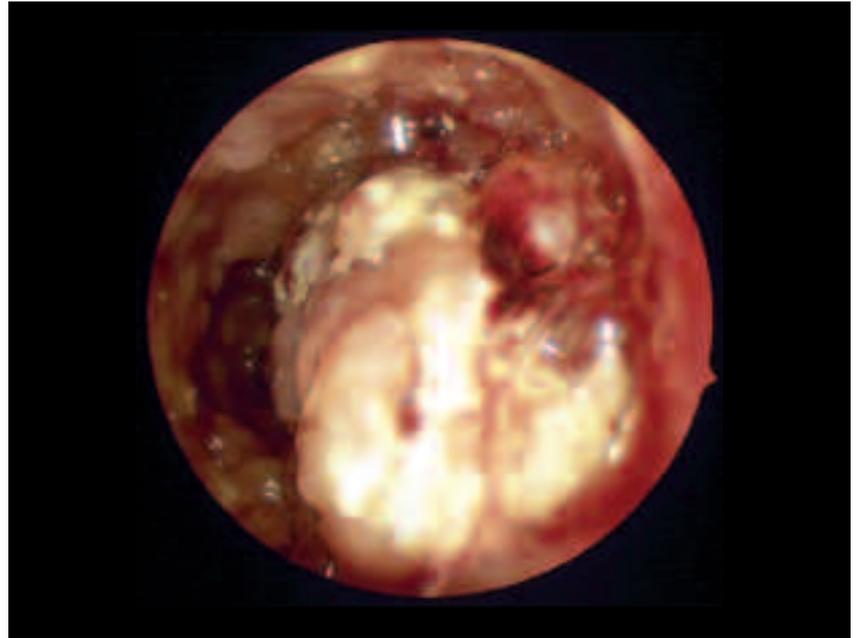


← **Adenocarcinoma dell'endometrio (aspetto vascolare):**  
presenza di neoangiogenesi con vasi sanguigni irregolari, tortuosi, di calibro irregolare in un quadro di sovvertimento strutturale

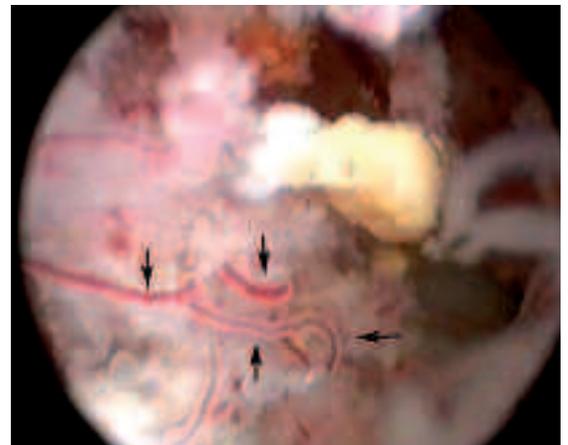


← **Adenocarcinoma dell'endometrio:**  
tessuto neoplastico vegetante visualizzato a sinistra con distensione gassosa CO2 con effetto di appiattimento, e a destra con mezzo liquido con effetto di fluttuazione

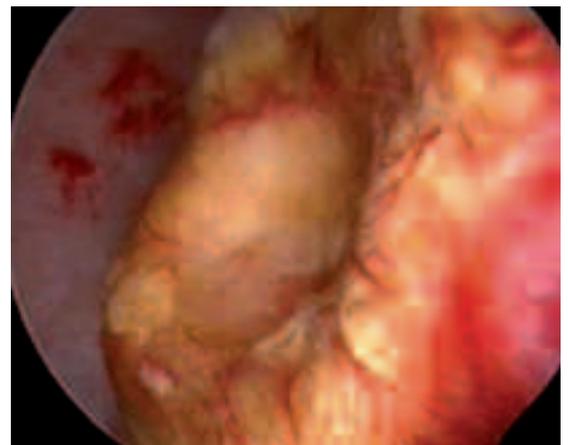
→ **Adenocarcinoma dell'endometrio:** proliferazione neoplastica endocavitaria con prevalenti caratteristiche necrotiche

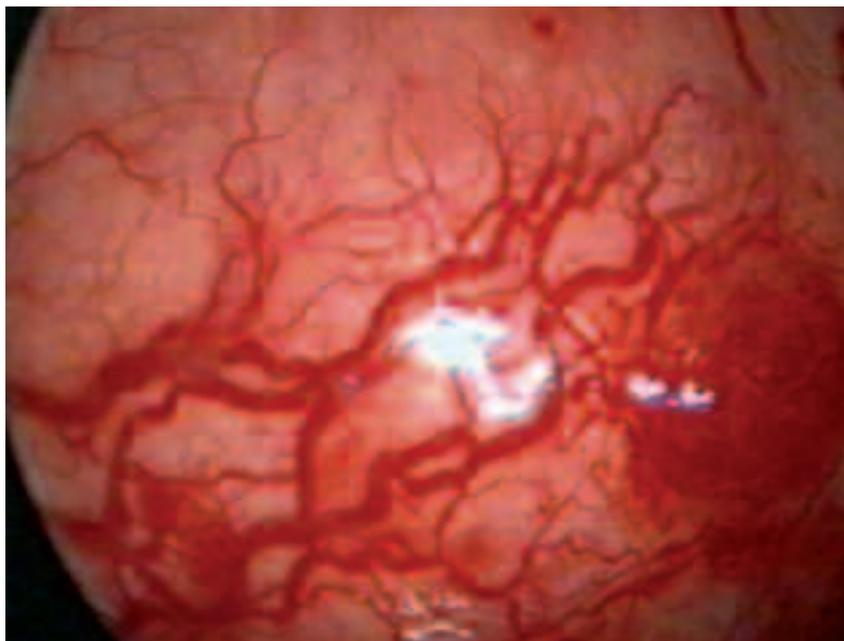


→ **Tumore mulleriano misto:** neoformazioni proliferanti con neoangiogenesi e aree necrotiche



→ **Polipo endometriale** con area di necrosi da decubito



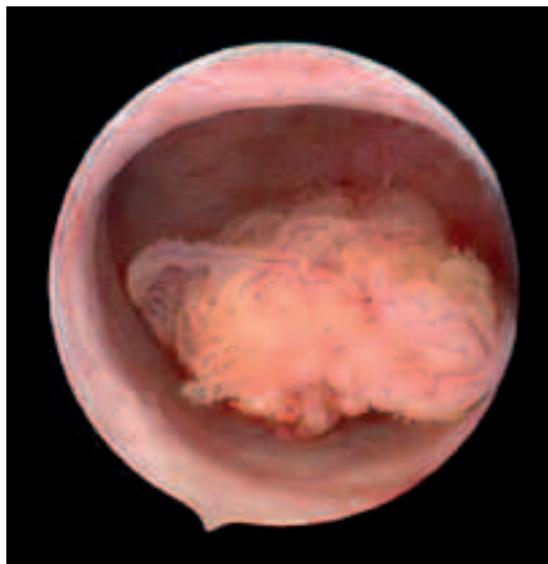
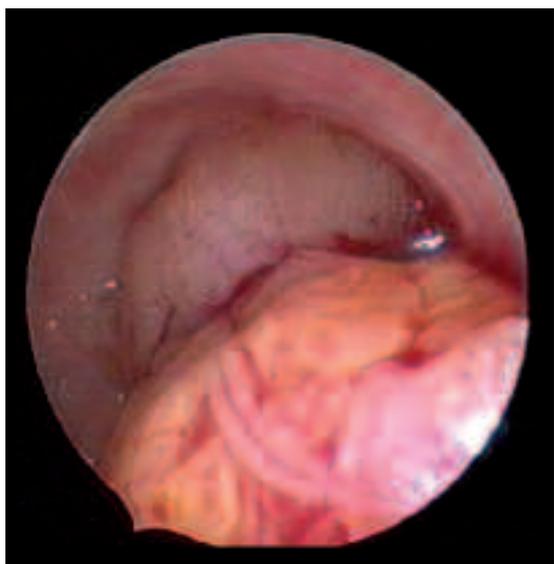


← **Nei miomi di grosse dimensioni** può essere presente una vascolarizzazione superficiale accentuata con vasi anche di grosso calibro con estese ramificazioni che però non assumono mai

aspetti atipici delle neoplasie maligne. Infatti i vasi mantengono un decorso regolare senza brusche interruzioni e non si visualizzano mai vasi denudati



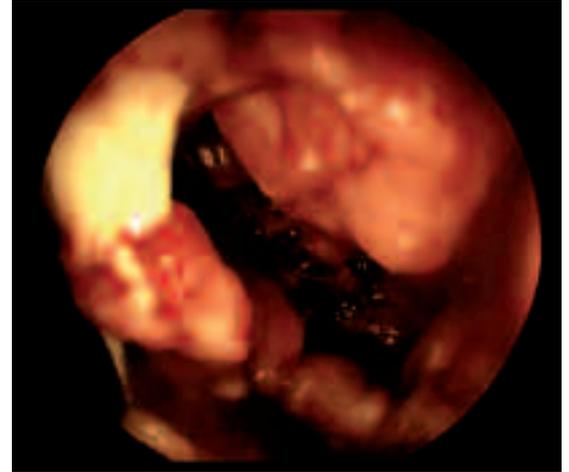
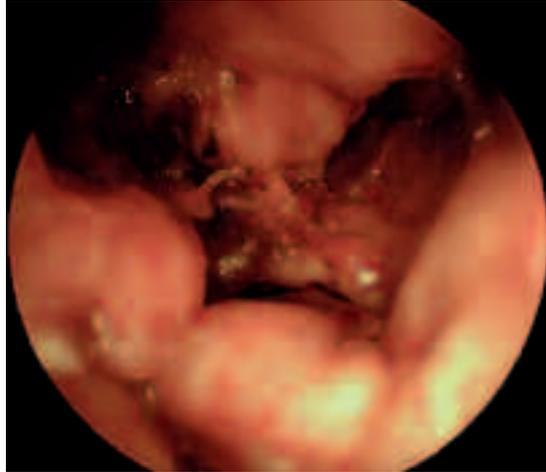
← **Neoplasia endocavitaria G0:** l'osservazione della vascolarizzazione superficiale che appare particolarmente irregolare con vasi tronchi pone il sospetto di neoplasia maligna (es. istologico: neoplasia maligna di alto grado con componente sarcomatosa)



← ↓ **Polipo endometriale cancerizzato (adenocarcinoma G2):** dopo l'asportazione della neoformazione la cavità appare indenne da tessuto neoplastico come confermato all'esame istologico sull'utero asportato



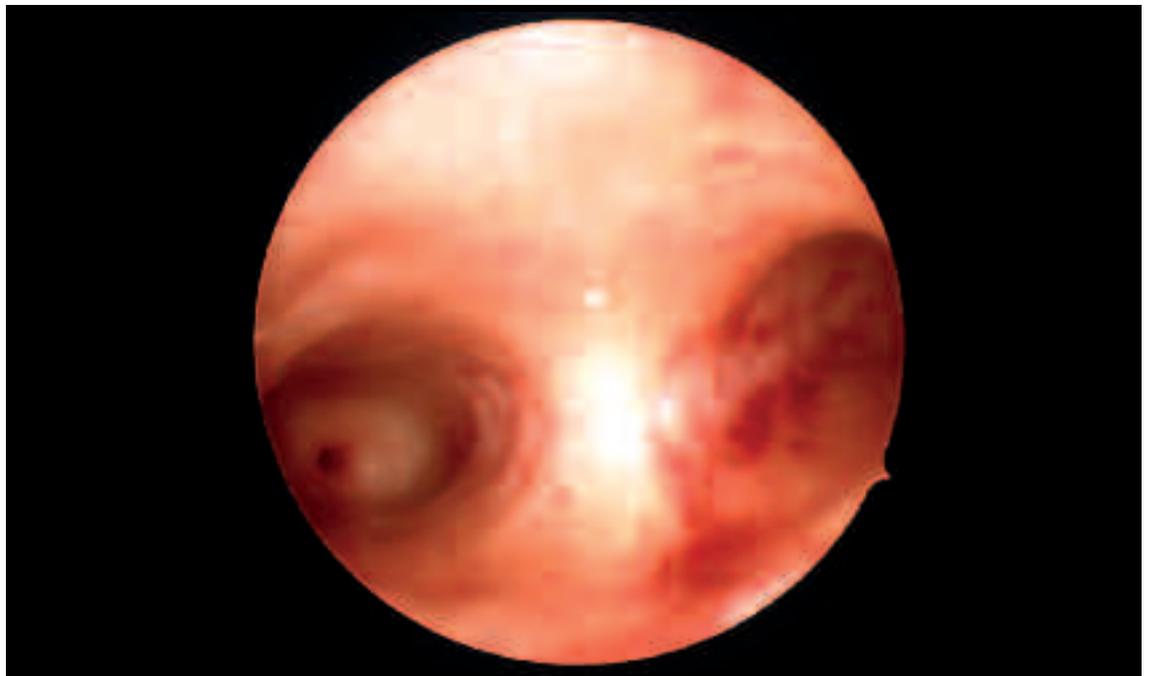
→ **Adenocarcinoma dell'endometrio:** cavità interamente occupata da tessuto proliferativo neoplastico con aree necrotiche



→ **Malformazioni mulleriane. Utero unicorne con corno accessorio non comunicante.** A sinistra isteroscopia con unico ostio tubarico, a destra visione laparoscopica



→ **Malformazioni Mulleriane.** Utero setto. Diagnosi differenziale con l'utero bicorne. Nell'utero setto le due emicavità sono ravvicinate mentre nell'utero bicorne sono maggiormente divaricate





Il prodotto specialista nel trattamento di cicatrici  
e smagliature **N° 1** in 11 paesi nel mondo\*,  
ora è disponibile in Italia.

Per maggiori informazioni contattare  
Chefaro Pharma Italia al numero verde 800-432722  
o all'indirizzo [bio-oil@chefaro.it](mailto:bio-oil@chefaro.it).

**NOVITÀ  
30 BUSTINE**

# DIKIROGEN<sup>TM</sup>

**Formulazione UNICA ed INNOVATIVA  
coadiuvante nel trattamento della PCOS  
e delle manifestazioni ad essa correlate**

<b>INGREDIENTI</b>	<b>per 1 bustina</b>	<b>% RDA</b>
myo-inositolo	2000 mg	
d-chiro-inositolo	400 mg	
acido folico	400 µg	200 %
manganese	10 mg	500 %

Senza glutine

**Trattamento: 1 bustina al giorno**

**DOSAGGI E POSOLOGIA  
APPROVATI DAL MINISTERO  
DELLA SALUTE**

