

# Adenomioidi e fibromi uterini, inquadramento ecografico e diagnosi differenziale



**L'ecografia, con ausilio del color-power Doppler flussimetrico e delle scansioni in 3D, è riuscita negli ultimi anni a migliorare lo studio del miometrio e la diagnostica dei fibromi uterini e dell'adenomiosi, rendendo possibile un management medico o chirurgico più mirato**



**GIUSEPPE TROJANO**  
Direttore Uoc di Ostetricia e Ginecologia Asm Matera

**IN BASE AL CONSENSUS OPINION** del gruppo Musa (Morphological Uterus Sonographic Assessment), la referenziazione ecografica del miometrio prevede nella pratica clinica: la misurazione del corpo uterino, lo studio della simmetria delle pareti miometriali e l'ecogenicità globale del miometrio che viene riportata come omogenea o eterogenea. Se è presente una lesione miometriale va specificato se questa sia ben o mal definita. Il numero (o il numero stimato di lesioni se queste sono superiori a quattro), così come la localizzazione (anteriore, posteriore, fundica, laterale destra o laterale sinistra, globale) e il diametro delle lesioni (il massimo diametro delle lesioni maggiori/clinicamente rilevanti) sono altri aspetti da considerare. Va descritta inoltre la presenza di coni d'ombra, di cisti miometriali, di isole iperecogene, o delle strie o noduli ecogeni subendometriali. La zona giunzionale va riportata come regolare o non definita (irregolare, interrotta, non visibile o non valutabile). Quando risulta clinicamente rilevante va anche valutata la vascolarizzazione miometria-

le. Il pattern vascolare miometriale dell'intero viscere uterino deve essere riportato come uniforme o non uniforme (Il colore globale dentro una lesione prevede l'utilizzo di un color score 1: nessun colore; 2: colore minimo; 3: colore moderato; 4: colore abbondante). Infine, in caso di riscontro di una lesione uterina può essere utile una ricostruzione coronale dell'utero in 3 D.

**I FIBROMIOMI UTERINI**, costituiti da muscolatura liscia e da una variabile quantità di tessuto connettivale, sono i tumori ginecologici benigni più comuni del tratto genitale femminile, interessando il 20-25% delle donne in età riproduttiva (con una prevalenza che si aggira intorno al 70-80% dopo i 50 anni) e rappresentando l'indicazione più diffusa all'isterectomia.

Si riconosce una certa familiarità per questa patologia, l'eziopatogenesi rimane sconosciuta, ma fattori di rischio noti sono: il menarca precoce, la nulliparità, l'etnia africana, l'obesità, la polimenorrea, l'ipertensione arteriosa e il diabete.

Il mioma cresce inizialmente all'interno del miometrio e tende poi, dislocando le fibre miometriali circostanti, a muoversi verso aree di minor resistenza come la cavità addominale o quella uterina. Classicamente i fibromiomi vengono divisi in 3 categorie a seconda della loro posizione nel viscere uterino: intramu-

rali se si trovano nello spessore del miometrio, sottomucosi se sporgono in cavità uterina, sottosierosi se modificano il profilo esterno dell'utero. Queste tre classi non sono così ben distinte nella pratica clinica, non è infatti raro osservare miomi in posizioni intermedie (la recente classificazione Figo prende in considerazione ogni tipo di localizzazione dividendo i fibromiomi in 10 categorie).

I sintomi sono strettamente legati al numero, alla posizione e alle dimensioni dei fibromiomi: quelli di piccole dimensioni, soprattutto se isolati e sottosierosi, decorrono spesso asintomatici. I disturbi più comuni comprendono sanguinamenti uterini anomali, dolore pelvico, infertilità, disturbi urinari e intestinali per fenomeni compressivi su questi distretti.

La valutazione ecografica di un utero con fibromiomi uterini può essere eseguita sia con sonda transvaginale (più utile in caso di fibromiomi intramurali e sottomucosi di dimensioni non elevate) sia con sonda transaddominale o con entrambe in funzione delle dimensioni dell'utero che sarebbe opportuno avere valutato preliminarmente all'esame ecografico con una visita bimanuale. È consigliabile un approccio transaddominale con sonde Convex da 3,5-7,5 MHz in caso di fibromiomi di grandi dimensioni e/o del fondo uterino, in tal caso può essere utile, ma non indispensabile, eseguire l'esame a vescica piena.

Nella descrizione ecografica dei fibromiomi si richiedono: numero, dimensioni, ecostruttura, sede e rapporti con la rima endometriale e la parete miometriale. Entrano in diagnosi differenziale con altre patologie benigne quali: l'adenomioma e il polipo endometriale (in caso di mioma intracavitario). L'aspetto ecografico del fibromioma uterino è quello di una formazione rotondeggiante, con ecostruttura ecogena (suggestiva per degenerazione lipomatosa), anecogena (suggestiva per degenerazione ialina), iperecogena (con depositi calcifici) o con orletto iperecogeno (calcifico, tipico della menopausa). I margini sono in genere netti, spesso iperecogeni, ben differenziabili dal miometrio circostante. Inoltre, utilizzando il color o il power Doppler è possibile visualizzare un flusso circolatorio attorno alla lesione: in genere nel fibromioma la vascolarizzazione è

maggiore a livello capsulare e minore con vasi a decorso radiale a livello centrale. Il grado di vascolarizzazione dovrebbe essere riportato usando una scala di colore soggettiva, con un punteggio di 1 che rappresenta assenza di colore e un punteggio di 4 che rappresenta un abbondante segnale di colore.

**L'ADENOMIOSI O ENDOMETRIOSI INTERNA** (è associata all'endometriosi nel 35,1% dei casi) è caratterizzata dalla presenza di focolai ectopici di ghiandole endometriali e stroma all'interno del miometrio, che possono essere distribuiti diffusamente (adenomiosi diffusa) o circoscritti come lesione nodulare (adenomiosi focale o adenomioma). La sua diagnosi non è semplice, infatti il gold standard è la conferma istopatologica della presenza di endometrio ectopico all'interno del miometrio, con una profondità di invasione miometriale variabile da 1 a 4 mm necessaria ai fini di una diagnosi istologica certa. L'adenomiosi infatti viene spesso diagnosticata occasionalmente in corso di campioni chirurgici pervenuti a seguito di isterectomia o biopsie uterine laparoscopiche.

Le isole endometriali ectopiche risultano caratterizzate da scarsa attività mitotica o metabolica, tuttavia possono presentare caratteristiche secretorie, rispondendo a stimoli ormonali ovarici, con le stesse modalità della mucosa uterina eutopica. Nel riscontro clinico le localizzazioni superficiali sono spesso asintomatiche, mentre nei casi di adenomiosi profonda le donne presentano sintomi quali la dismenorrea, la menorragia, il dolore pelvico cronico e non raro è il riscontro di una dispareunia profonda (quadro clinico evidente nel caso di un processo adenomiosico diffuso e che coinvolga la parete uterina a tutto spessore). Inoltre, seppur di rado, l'adenomiosi può associarsi anche ad infertilità e, dal momento che la patologia si manifesta in donne di età superiore ai 30 anni, e si assiste sempre di più al progressivo aumento dell'età materna in cui si programma una gravidanza, è possibile assistere ad un aumentato numero di casi di infertilità in associazione all'adenomiosi.

**IL SOSPETTO DIAGNOSTICO DI ADENOMIOSI SI RICONTRA IN CASO DI:**

- utero di aspetto globoso;
- asimmetria di spessore delle pareti miometriali;
- zona giunzionale irregolare o interrotta;
- striature o noduli ecogeni subendometriali;
- lacune anecogene all'interno del miometrio;
- cisti miometriali (da 1 a 3 mm di diametro nel miometrio)
- presenza di cono d'ombra a forma di ventaglio;
- asimmetria antero-posteriore della parete uterina;
- vascolarizzazione intramiometriale