



ENDOMETRIOSI

Terapia chirurgica a tutte le donne?

Sommario Nella casistica di un centro di riferimento, mediamente il 10-13% delle pazienti che accedono ad una visita ambulatoriale specialistica per endometriosi viene sottoposta ad intervento chirurgico (casistica Irccs Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria non pubblicata). Il cardine del trattamento sintomatologico dell'endometriosi è la terapia medica (terapia ormonale) o la condotta d'attesa, che riguarda quindi la fetta restante (90-87%) delle pazienti

INDICAZIONI ASSOLUTE ALLA CHIRURGIA

LO SPECIALISTA IN ENDOMETRIOSI pone indicazione all'approccio chirurgico solo in caso di fallimento della terapia medica o idiosincrasia/controindicazione assoluta alla terapia ormonale in donna sintomatica. Vi sono però delle indicazioni nelle quali il trattamento chirurgico risulta imprescindibile.

1 STENOSI (RESTRINGIMENTO) DEGLI URETERI CON

RISCHIO DI SOFFERENZA RENALE e rischio, a lungo termine, di perdere la funzionalità di un rene. In tali situazioni l'intervento chirurgico *gold standard*, ove la funzionalità renale non sia già compromessa, è l'ureterocistoneostomia laparoscopica (o, qualora possibile, l'ureterolisi o la resezione e anastomosi ureterale) consensuale all'asportazione radicale dell'endometriosi profonda (a cui spesso è necessario associare la parametrectomia, essendo il tunnel ureterale infiltrato dalla patologia stenotante). L'intervento di reimpianto, in caso di stenosi ureterale, è indicato, anche in assenza di sintomatologia dolorosa, al fine di evitare la nefrectomia, che comunque risulta necessaria in una piccola fetta di pazienti (26 totali nella nostra casistica)

2 **STENOSI INTESTINALE SINTOMATICA** a livello del retto-sigma: quando il restringimento supera il 60% il rischio di occlusione è alto; quando supera l'80-90% il rischio di occlusione è altissimo. In alcuni casi, condizioni di stenosi intestinale non occlusiva possono essere asintomatiche ed essere seguite nel tempo con controlli periodici e terapie mediche, soprassede-

ndo ad intervento chirurgico immediato (talora anche in caso di stenosi superiore al 60%). In caso di intervento, il *gold standard* è rappresentato dalla resezione intestinale segmentaria con tecnica *nerve-sparing*, al fine di preservare le funzioni rettali, vescicali e sessuali della paziente.

3 CISTI OVARICA, CON CARATTERI SOSPETTI PER

TUMORE MALIGNO: in tali pazienti l'eradicazione dell'endometriosi può essere parte di un intervento di stadiazione/riduzione del tumore concomitante che si rende necessario per allungare l'aspettativa di vita della donna, eventualmente con tecniche "fertility sparing", qualora possibili e se è presente desiderio di maternità.

In tutti gli altri casi (vedi oltre), l'indicazione alla terapia chirurgica va personalizzata sulla singola paziente in base alla storia della stessa, all'efficacia/controindicazioni/fallimento della terapia medica, al desiderio di prole, all'età, ai precedenti eventuali tentativi di concepimento spontaneo e/o assistito.

TRATTAMENTI PERSONALIZZATI CONSERVATIVI O NON RADICALI PER ENDOMETRIOSI PROFONDA

L'APPROCCIO LAPAROSCOPICO (ossia mini-invasivo) all'endometriosi è ormai universalmente accettato come "*Gold Standard*" (trattamento di scel-



MARCELLO CECCARONI

Direttore Dipartimento per la tutela della salute e della qualità di vita della donna, Irccs Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria, Negrar di Valpolicella (Verona)

ENDOMETRIOSI



L'indicazione alla terapia chirurgica va personalizzata sulla singola paziente in base alla storia della stessa, all'efficacia/controindicazioni/fallimento della terapia medica, al desiderio di prole, all'età, ai precedenti eventuali tentativi di concepimento spontaneo e/o assistito



ta) e deve consistere nell'asportazione radicale di tutte le lesioni presenti. Vi è però sempre più spazio, nell'ottica di una personalizzazione del trattamento, per una tipologia di chirurgia "conservativa" o addirittura "non radicale" dell'endometriosi ma risolutiva per la sintomatologia della donna.

In assenza di stenosi intestinale sintomatica, con noduli residui di diametro inferiore ai 3cm il trattamento chirurgico dell'endometriosi intestinale può prevedere lo shaving, condotto sino alla *muscularis externa* o *interna* del viscere, o la resezione discoide. Entrambi i trattamenti, anche nella nostra casistica, si sono rivelati ugualmente efficaci nella risoluzione della sintomatologia ed hanno riportato tassi di recidiva sovrapponibili alla resezione segmentaria, con complicanze maggiori significativamente meno incidenti. È ovvio che però la fetta di pazienti che può beneficiare di trattamenti conservativi sul sigma-retto è inversamente proporzionale alla percentuale di pazienti con stenosi o sub-stenosi del viscere, che raggiunge il 38% in un centro di riferimento di III livello. È perciò cruciale una diagnosi precoce ed un *imaging* preciso per poter mappare prima dell'atto chirurgico le localizzazioni intestinali.

La decisione di condurre una chirurgia non radicale può invece verificarsi quando non vi è una diagnosi preoperatoria di tali localizzazioni (falsi negativi agli esami diagnostici) e di conseguenza nessun assenso a tali procedure, dato dalla paziente. Altre condizioni in cui può verificarsi l'asportazione incompleta può essere quando la paziente, seppur consapevole della loro presenza, non accetta (nel corso di un adeguato e dettagliato counselling pre-operatorio e di una analisi del consenso informato) i rischi specifici correlati alla rimozione di quelle localizzazioni o quando in sede di intervento il chirurgo giudichi troppo alti per la paziente i rischi correlati ad una asportazione della specifica localizzazione.

Vi sono tuttavia casi in cui è il chirurgo a proporre un trattamento non radicale in quanto i rischi della chirurgia superano i benefici. Un esempio paradigmatico è rappresentato da una donna in

perimenopausa con lesione intestinale non stenotante e non sintomatica, in presenza di altre localizzazioni (retrocervice, ovarica). In tal caso, se la paziente è sintomatica, ma con sintomatologia intestinale non sub-occlusiva, si può proporre un intervento laparoscopico un intervento modulato, riducendo l'invasività sul sigma-retto ed evitando una resezione segmentaria. La porzione residua di nodulo intestinale, in assenza di stimolo ormonale prodotto dall'ovaio, resterà asintomatica e si potranno evitare alla donna i rischi di complicanze maggiori o i rischi disfunzionali post-operatori, che, seppur temporanei, sono correlati ad una resezione di sigma-retto.

Conclusioni

La chirurgia per endometriosi va comunque ritagliata e personalizzata con un approccio "patient oriented" e non "lesion oriented": il trattamento deve essere orientato al problema della paziente e della coppia e individualizzato in rapporto a diverse variabili come l'estensione della malattia, il rischio di danno agli organi coinvolti, l'entità dei sintomi, la qualità di vita della paziente, l'anamnesi chirurgica, l'anamnesi ostetrica, il desiderio di gravidanza, il rischio di trasformazione maligna ma soprattutto l'accettazione del rischio chirurgico e delle complicanze che tali interventi possono arrecare.

BIBLIOGRAFIA

Ballester M, Belghiti J, Zilberman S, Thomin A, Bonneau C, Bazot M,

Thomassin-Naggara I, Daraï E. Surgical and clinical impact of extraperitoneal pelvic fascia removal in segmental colorectal resection for endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2014 Nov-Dec;21(6):1041-8. doi: 10.1016/j.jmig.2014.04.018. PubMed PMID: 24858943.

Ballester M, Dubernard G, Wafo E, Bellon L, Amarengo G, Belghiti J, Daraï E. Evaluation of urinary dysfunction by urodynamic tests, electromyography and quality of life questionnaire before and after surgery for deep infiltrating

endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014 Aug;179:135-40. doi: 10.1016/j.ejogrb.2014.05.041. Epub 2014 Jun 5. PubMed PMID: 24965994.

Ballester M, Chereau E, Dubernard G, Coutant C, Bazot M, Daraï E. Urinary dysfunction after colorectal resection for endometriosis: results of a prospective randomized trial comparing laparoscopy to open surgery. *Am J Obstet Gynecol.* 2011 Apr;204(4):303.e1-6. doi: 10.1016/j.ajog.2010.11.011. PubMed PMID: 21256472.

Busacca M, Vignali M.

Endometrioma excision and ovarian reserve: a dangerous relation.

J Minim Invasive Gynecol. 2009 Mar-Apr;16(2):142-8. doi: 10.1016/j.jmig.2008.12.013. Review.

Busacca M, Riparini J, Somigliana E, Oggioni G, Izzo S, Vignali M, Candiani M. Postsurgical ovarian failure after laparoscopic excision of bilateral endometriomas. *Am J Obstet Gynecol.* 2006 Aug;195(2):421-5.

Ceccaroni M, Bounous VE, Clarizia R, Mautone D, Mabrouk M. Recurrent endometriosis: a battle against an unknown enemy. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2019 Dec;24(6):464-474. doi: 10.1080/13625187.2019.1662391. Epub 2019 Sep 25. PMID: 31550940.

Ceccaroni M, Clarizia R, Roviglione G. Nerve-sparing Surgery for Deep Infiltrating Endometriosis: Laparoscopic Eradication of Deep Infiltrating Endometriosis with Rectal and Parametrial Resection According to the Negrar Method. *J Minim Invasive Gynecol.* 2020 Feb;27(2):263-264. doi: 10.1016/j.jmig.2019.09.002. Epub 2019 Sep 10. PMID: 31518711.

Ceccaroni M, Ceccarello M, Caleffi G, Clarizia R, Scarperi S, Pastorello M, Molinari A, Ruffo G, Cavalleri S. Total Laparoscopic Ureteroneocystostomy for Ureteral Endometriosis: A Single-Center Experience of 160 Consecutive Patients. *J Minim Invasive Gynecol.* 2019 Jan;26(1):78-86. doi: 10.1016/j.jmig.2018.03.031. Epub 2018 Apr 12. PMID: 29656149.

Ceccaroni M, Clarizia R, Ceccarello M, De Mitri P, Roviglione G, Mautone D, Caleffi G, Molinari A, Ruffo G, Cavalleri S. Total laparoscopic bladder resection in the management of deep endometriosis: «take it or leave it.» Radicality versus persistence. *Int Urogynecol J.* 2020 Aug;31(8):1683-1690. doi: 10.1007/s00192-019-04107-4. Epub 2019 Sep 7. PMID: 31494691.

Ceccaroni M, Roviglione G, Giampaolino P, Clarizia R, Bruni F, Ruffo G, Patrelli TS, De Placido G, Minelli L. Laparoscopic surgical treatment of diaphragmatic endometriosis: a 7-year single-institution retrospective review. *Surg Endosc.* 2013 Feb;27(2):625-32. doi: 10.1007/s00464-012-2505-z. Epub 2012 Sep 6. PMID: 22955897.

Ceccaroni M, Roviglione G, Farulla A, Bertoglio P, Clarizia R, Viti A, Mautone D, Ceccarello M, Stepniewska A, Terzi AC. Minimally invasive treatment of diaphragmatic endometriosis: a 15-year single referral center's experience on 215 patients. *Surg Endosc.* 2021 Dec;35(12):6807-6817. doi: 10.1007/s00464-020-08186-z. Epub 2021 Jan 4. Erratum in: *Surg Endosc.* 2021 Jan 13; PMID: 33398589.

Ceccaroni M, Ceccarello M, Clarizia R, Fusco E, Roviglione G, Mautone D, Cavallero C, Orlandi S, Rossini R, Barugola G, Ruffo G. Nerve-sparing laparoscopic disc excision of deep endometriosis involving the bowel: a single-center experience on 371 consecutive cases. *Surg Endosc.* 2021 Nov;35(11):5991-6000. doi: 10.1007/s00464-020-08084-4. Epub 2020 Oct 14. PMID: 33052528.

Ceccaroni M, Clarizia R, Liverani S, Donati A, Ceccarello M, Manzone M, Roviglione G, Ferrero S. Dienogest vs GnRH agonists as postoperative therapy after laparoscopic eradication of deep infiltrating endometriosis with bowel and parametrial surgery: a randomized controlled trial. *Gynecol Endocrinol.* 2021 Oct;37(10):930-933. doi: 10.1080/09513590.2021.1929151. Epub 2021 May 26. PMID: 34036845.

Chapron C, Pierre F, Harchaoui Y, Lacroix S, Béguin S, Querleu D, Lansac J, Dubuisson JB. Gastrointestinal injuries during gynaecological laparoscopy.

Hum Reprod. 1999 Feb;14(2):333-7

Chapron C, Querleu D, Bruhat MA, Madelenat P, Fernandez H, Pierre F, Dubuisson JB. Surgical complications of diagnostic and operative gynaecological laparoscopy: a series of 29,966 cases.

Hum Reprod. 1998 Apr;13(4):867-72

Ferrero S, Stablini C, Barra F, Clarizia R, Roviglione G, Ceccaroni M. Bowel resection for intestinal endometriosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2021 Mar;71:114-128. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2020.05.008. Epub 2020 Jun 9. PMID: 32665125.