

A cura di Daniela Giuliani, UO Ginecologia, ASST Monza, Ospedale San Gerardo

31 anni, tiroidite di Hashimoto  
Prima gravidanza insorta spontaneamente  
Anamnesi ginecologia silente  
Un anno prima ecografia transvaginale di routine: utero e annessi nella norma

Riscontro di formazione annessiale sinistra nel corso del I trimestre  
A 19 settimane viene inviata per secondo parere

**Ecografia transvaginale: ovaio sinistro sede di formazione uniloculare-solida di mm 45x32x42, a contenuto low-level, margini irregolari per la presenza di due papille di mm 19x13 e 17x20. All'ecocolorDoppler evidenza di vascolarizzazione moderata, color score 3. Ovaio destro regolare. Non altri reperti.**



Di cosa si tratta?

1. Corpo luteo
2. Tumore ovarico borderline
3. Carcinoma ovarico
4. Endometrioma decidualizzato

A cura di Daniela Giuliani, UO Ginecologia, ASST Monza, Ospedale San Gerardo

A 21 settimane gestazionali viene sottoposta a laparoscopia operativa: annesso destro regolare, salpinge sinistra regolare, ovaio sinistro di dimensioni aumentate, a superficie liscia, adeso alla parete pelvica. Durante la mobilizzazione si verifica fissurazione della neoformazione con fuoriuscita di liquido “cioccolato”, si procede all’enucleazione della formazione e al suo invio per esame istologico estemporaneo: endometrioma, non evidenza di malignità.

**L’esame istologico definitivo ha confermato la presenza di una formazione ovarica endometriosica a stroma decidualizzato.**

La gravidanza è responsabile di profonde modificazioni degli endometriomi che possono determinare notevoli difficoltà diagnostiche.

**Il processo di decidualizzazione che coinvolge l’endometrio ectopico può determinare la crescita, talvolta anche rapida, di componenti solide, vascolarizzate, all’interno della cisti endometriosica simulando lesioni di natura maligna. L’incidenza della decidualizzazione non è nota e soprattutto non è chiaro se tale fenomeno determini sempre la formazione di vegetazioni endocistiche.**

#### ***Decidualizzazione***

*Conversione del normale endometrio in un tessuto adeguato all’impianto della gravidanza. Tale trasformazione è indotta dal progesterone ed è il risultato dell’ipertrofia delle cellule endometriali stromali con conseguente ispessimento e trasformazione in decidua. L’endometrio ectopico dell’endometriosi risponde allo stimolo ormonale alla stessa maniera, determinando la trasformazione delle cisti endometriosiche e dei focolai di endometriosi profonda che possono apparire come noduli molto vascolarizzati.*

*Nonostante la decidualizzazione sia solitamente asintomatica, sono state riportate complicanze anche severe come casi di emoperitoneo, dovuto al sanguinamento di noduli di endometriosi profonda, o perforazioni intestinali, da noduli endometriosici della parete del retto.*

A cura di Daniela Giuliani, UO Ginecologia, ASST Monza, Ospedale San Gerardo

## ENDOMETRIOMA DECIDUALIZZATO

### Diagnosi:

- L'ecografia transvaginale rappresenta la metodica più accurata
- Il Ca125 trova un'utilità parziale poiché può essere fisiologicamente aumentato soprattutto nel I e nel II trimestre (la decidua e le cellule dell'amnios producono CA-125)
- Altre metodiche diagnostiche, come la RMN, hanno scarsa utilità

### Caratteristiche ecografiche:

- Più frequentemente formazioni uniloculari-solide, ma descritte anche formazioni multiloculari-solide (con 2-4 concamerazioni)
- Le papille presentano morfologia rotondeggiante e superficie liscia (in contrasto con le lesioni borderline – maligne in cui la superficie è irregolare)
- Il contenuto della cisti può essere "low-level" o "ground-glass"
- La vascolarizzazione non è dirimente nella diagnosi differenziale, in quanto sia gli endometriomi decidualizzati sia le formazioni maligne possono mostrare una ricca vascolarizzazione

### Trattamento:

**Condotta conservativa in casi selezionati e possibile solo se prima della gravidanza era nota la presenza di un' endometrioma**

Rivalutare sempre la formazione dopo le 16 settimane (le formazioni funzionali tendono a risolversi dopo quest'epoca)

Laddove sia impossibile escludere la malignità va accuratamente valutata la chirurgia

E' possibile eseguire l'intervento in laparoscopia con adeguate precauzioni e in mani esperte (altrimenti preferibile laparotomia longitudinale)

La finestra gestazionale migliore è tra 16 e 20 settimane