

## L'ENDOMETRIOSI DEL TENUE: UNA RARA CAUSA DI OCCLUSIONE INTESTINALE

A. DONATI - V. PARRINELLO - G. CULTRONA - G. ZANGHT - \*F. BASILE

Università degli Studi di Catania - I Cattedra di Anatomia Chirurgica e Corso di Operazioni - (Titolare: Prof. A. Donati) \*II

Clinica Chirurgica di Pronto Soccorso - (Titolare: Prof. F. Basile)

*[Small bowel endometriosis: a rare cause of intestinal occlusion]*

### RIASSUNTO

Gli AA., sulla scorta dell'osservazione personale di un caso giunto al Pronto Soccorso ed operato d'urgenza per occlusione intestinale da endometriosi del tenue, passano in rassegna gli aspetti etiopatogenetici, clinici, diagnostici e terapeutici di questa rara sindrome e concludono affermando che il controllo dell'endometriosi, una volta superata la complicità chirurgica, può essere affidato alla terapia medica o in alternativa al successivo trattamento chirurgico radicale.

Con il termine di endometriosi si intende la presenza di tessuto endometriale in sede eterotopica, in grado di rispondere agli stimoli ormonali ovarici con le stesse modificazioni dell'endometrio normale.

Tale peculiarità, così caratteristica, ha attirato l'attenzione degli studiosi sin dal secolo scorso, quando Recklinghausen, nel 1895, conì il termine di adenomiosi per descrivere tale patologia.

Secondo Williams e Pratt il 15% delle procedure ginecologiche sono dovute all'endometriosi con una incidenza negli Stati Uniti dell'1%, colpendo più frequentemente le donne di età compresa tra i 30 ed i 50 anni (Gleicher e coli.) e che non hanno avuto gravidanze (Me Guff e coli.).

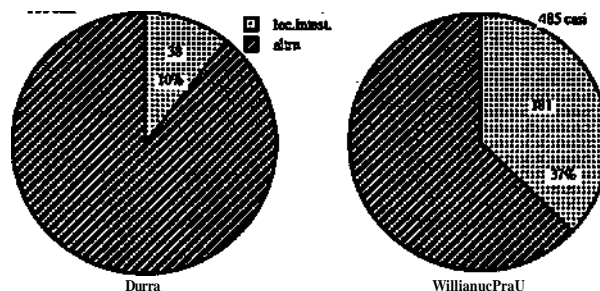
Gli organi più frequentemente interessati sono, in ordine decrescente: il corpo dell'utero, l'ovaio, il peritoneo pelvico, le tube, il sigma-retto, il setto retto-vaginale, i legamenti dell'utero, il cavo del Douglas, il collo dell'utero, la vagina, l'intestino (Boles e Hodes). Più raramente focolai di endome-

### SUMMARY

The authors on the base of a direct observation of a case operated in urgency at the First Aid Division for intestinal occlusion following small bowel endometriosis, review the aetiopathogenetic, clinical, diagnostic and therapeutic aspects of such a rare syndrome and conclude stating that the control of the endometriosis, once overcoming surgical complications may be at the charge of the medical therapy or in alternative at the following radical surgical treatment.

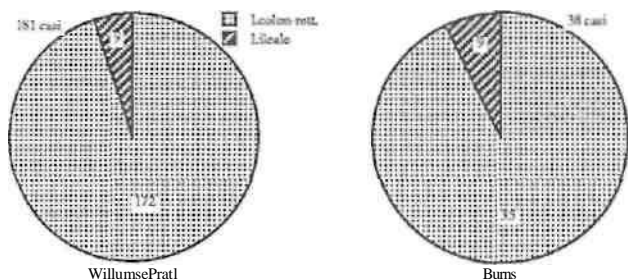
triosi sono stati rilevati sulla cute, per lo più in sede di cicatrici chirurgiche per precedenti interventi ginecologici (Cortese e coli.).

La localizzazione intestinale è di riscontro occasionale. Secondo Burns un coinvolgimento dell'intestino sarebbe presente nel 10% circa dei casi, mentre per Williams e Pratt l'incidenza dell'endometriosi intestinale raggiungerebbe il 37% fra tutte le localizzazioni (Tab. 1).



Tab. 1 - Endometriosi intestinale - incidenza

Nell'ambito delle localizzazioni intestinali il tenue è meno frequentemente colpito. Burns, su 360 casi di endometriosi, riferisce che il colon era interessato in 35 e solo in 3 pazienti era presente una endometriosi del piccolo intestino (Tab. 2).



Tab. 2 - Endometriosi intestinale - Incidenza

Comunque costituisce in assoluto un'evenienza sufficientemente frequente per considerare tale condizione come una patologia non neoplastica dell'intestino di importanza non trascurabile. L'interessamento del tenue, pari al 7% delle localizzazioni intestinali, è limitato, nella maggior parte dei casi all'ileo terminale (Bosc e Davson). Di fatto l'endometriosi intestinale riguarda soprattutto i segmenti posti in prossimità o contenuti nello scavo pelvico, inoltre si associa spesso alla presenza di un fibromioma uterino ed a cisti cioccolato dell'ovaio.

La presenza di isolotti di tessuto endometriale ectopico ovvero "straniero", secondo un'efficace espressione di Rencorct e Vargas, e all'origine di molteplici quadri clinici che spesso creano problemi diagnostici.

Non infrequentemente la sede intestinale dei focolai endometriosi è responsabile dell'insorgenza di quadri subocclusivi od occlusivi la cui diagnosi etiopatogenetica è spesso intraoperatoria.

In quest'ambito si inserisce l'osservazione di un caso clinico giunto alla nostra osservazione di pronto soccorso ed operato per occlusione intestinale, la cui definizione diagnostica di endometriosi intestinale è stata intraoperatoria ed ha posto interessanti quesiti dal punto di vista della tattica operatoria, anche alla luce dell'eventuale evoluzione post-chirurgica della malattia.

Caso clinico

Nunzia C. di anni 43. *Anamnesi fisiologica:* Menarca a 10 anni; dall'età di 15 anni disme-

norrea intensa. Tre gravidanze portate a termine e due aborti spontanei al primo trimestre.

*Anamnesi patologica prossima:*

La paziente è giunta alla nostra osservazione di P.S. con la diagnosi all'ingresso di occlusione intestinale.

All'anamnesi riferiva dolori addominali di tipo colico e vomito alimentare dopo i pasti, presenti da circa quattro giorni. Nelle ultime 24 ore il quadro clinico si era evoluto con chiusura dell'alvo ai gas ed alle feci.

*Esame obiettivo:*

L'addome era modicamente globoso, dolente alla palpazione superficiale e profonda in sede periombelicale ed alla fossa iliaca destra; eseguita l'esplorazione rettale si apprezza un reperto normale. Posizionato il sondino naso-gastrico, da cui fuoriesce una discreta quantità di liquido enterico, viene eseguito l'esame radiografico diretto dell'addome che mette in evidenza la presenza di una distensione delle anse intestinali con numerosi livelli idroaerici.

Sulla base dei reperti anamnestico, obiettivo e radiologico si pone l'indicazione per l'intervento chirurgico.

*Descrizione dell'intervento (Operatore: Prof. A. Donati):*

Incisione mediana xifo-pubica. Aperto il peritoneo si reperta in sede sottomesocolica una voluminosa massa di forma rotondeggiante della dimensione di una testa di feto (Fig. 1). La puntura della neoformazione dà esito ad un liquido di colorito brunastro.



Fig. 1 - Aspetto della cavità cistica dopo l'aspirazione del contenuto "cioccolato". Si noti la notevole ampiezza (la cavità occupava l'intera estensione della loggia sottomesocolica) ed in primo piano alcune anse del tenue ad essa tenacemente aderenti.

Apertura della cavità cistica dalla quale fuoriescono 2 l di liquido color cioccolato.

La cavità cistica appare delimitata da un tessuto fibroso a cui aderiscono sia anteriormente che posteriormente quasi tutte le anse dell'intestino tenue mesenteriale; l'adesione tra visceri e cisti è così intima che dall'interno di essa si apprezza il disegno delle anse intestinali che fanno salienza nella cavità cistica.

Escissione quasi completa della parete cistica, specialmente nelle sue parti anteriori e laterali, mentre viene lasciata una piccola parte adesa al peritoneo parietale posteriore ed ai grandi vasi retro-peritoneali.

Accurata viscerolisi e liberazione di ogni singola ansa del tenue, con ripristino della canalizzazione, dall'angolo duodeno-digiunale sino alla valvola ilcocecale.

Resezione di circa 20 cm di ileo, la cui vitalità risulta compromessa nella viscerolisi, a circa 30 cm dalla valvola ilcocecale. Anastomosi ilco-i-leale termino-terminale. L'ultimo tratto dell'ileo sino alla valvola ileo-cecale, pur pervio, risulta adeso intimamente alla reazione fibrotica con tenaci aderenze sino al piccolo bacino, rendendo impossibile l'esplorazione dello stato degli organi pelvici.

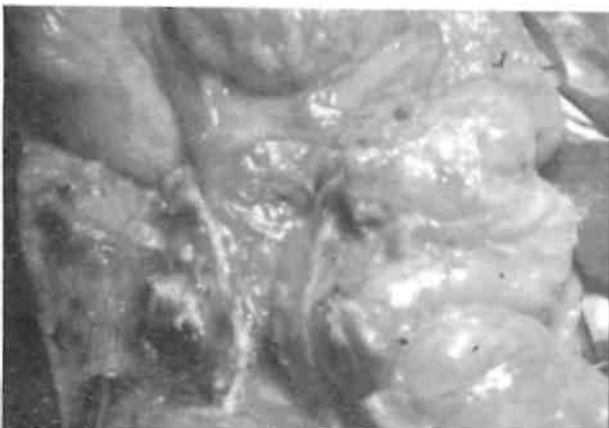


Fig. 2 - Praticata l'escissione della parete cistica nella sua quasi totalità si evidenzia la parte residuale di essa, di modesta estensione, lasciata in situ in prossimità della fossa iliaca destra in quanto tenacemente aderente all'ultima ansa ed al cicco.

Controllo del ripristino della canalizzazione del tenue.

Data l'indicazione chirurgica di necessità per occlusione intestinale ed il notevole protrarsi dell'intervento non si ritiene utile proseguire l'esplorazione chirurgica fino alla liberazione degli organi pelvici in quanto l'accesso al piccolo bacino, come già detto, è impedito dai residui della reazione fibrotica causata dalla cisti cioccolato.

Drenaggio. Chiusura a strali della parete.

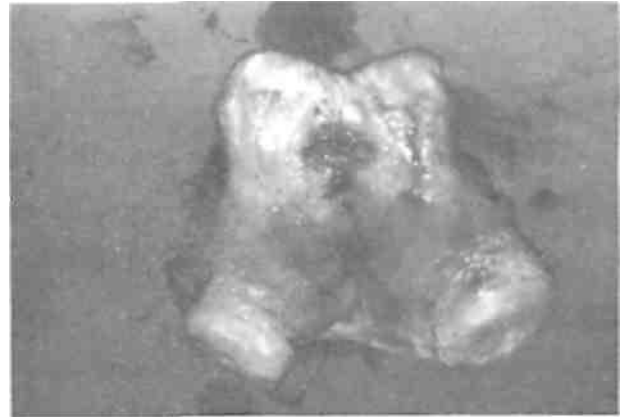


Fig. 3 - Aspetto della parete cistica.

I pezzi operatori vengono quindi inviati alla Divisione di Anatomia Patologica per l'esame istologico per la diagnosi di certezza.

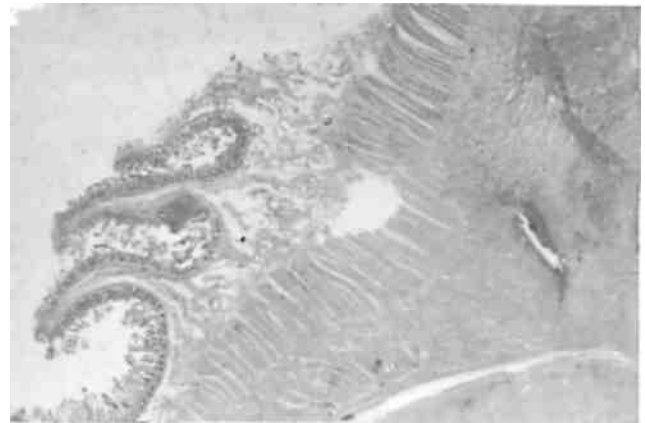


Fig. 4 - Focolaio endometrioso nel contesto dello strato esterno della tunica muscolare della parete intestinale.

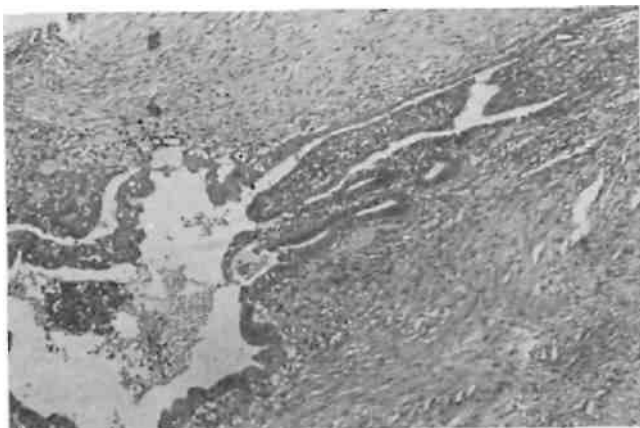


Fig. 5 - Parete della cisti cioccolato. Essa appare orlata da tessuto di granulazione e sulla destra residui di ghiandole endometriali con marcata reazione fibrotica circostante.

Si riporta il referto:

"// segmento ileale, lungo 22 cm, presenta un rivestimento sieroso fibrotico e raggrinzito. In sezione la parete mostra un notevole ispessimento ed in sede sotto-sierosa sono presenti delle aree di colorito bianco-grigio stro, di consistenza fibrosa, che si spingono nel contesto della tunica muscolare propria del viscere.

Fig. 6 - Rivestimento endometriale della cisti a più



forte ingrandimento.

Fig. 7 - Focolai di endometriosi nel contesto dei tessuti



mollis periviscerali con marcata fibrosi reattiva.

Fig. 8 - Focolaio endometrioso a più forte ingrandimento.



*L'esame istologico mostra nello spessore della muscolare propria isole di tessuto stromale, che presentano i caratteri del tessuto endometriale, nell'ambito del quale si apprezzano numerosi tubuli ghiandolari tappezzati da epitelio cilindrico."*

Il decorso postoperatorio è regolare.

La paziente viene dimessa in venticinquesima giornata con la prescrizione di terapia medica domiciliare con 600 mg di Danazolo al dì, riservando a successivi controlli la possibilità di un trattamento radicale e definitivo mediante la panistrectomia.

A distanza di un anno dall'intervento la paziente è asintomatica e continua la terapia con Danazolo.

#### Discussione

Il meccanismo etiopatogenetico della localizzazione ectopica dell'endometrio è sostanzialmente sconosciuto, sebbene le ipotesi in proposito siano numerosissime.

Recklinghauscn nel 1896 attribuiva l'endometriosi a residui embrionali del coipo di Wolf. Secondo Kossman (1897) invece essa deriverebbe dai residui dei dotti di Muller.

A tali teorie embrionali se ne affiancano altre, quali la metaplasia di Meyer e la migratoria di Sampson. Secondo quest'ultimo un eventuale rigurgito di materiale endometriale attraverso le tube potrebbe provocare il successivo impianto di endometrio sulla superficie peritoneale di vari organi pelvici. Tale ipotesi è avvalorata dall'interessamento pressoché esclusivo dei segmenti intestinali prossimi alla scavo pelvico (Aronowicz e coli., Digirolo e coli.).

In questi ultimi anni si è fatta strada anche l'ipotesi, estremamente suggestiva, di una patogenesi autoimmunitaria. Gleicher e coli., infatti, in uno studio eseguito su 59 donne affette da endometriosi, hanno dimostrato la presenza di lupus anticoagulant e anticorpi antinucleo, entrambi autoanticorpi IgG e IgM. Sulla base di queste osservazioni questi AA. ipotizzano che l'endometriosi sia associata con l'attivazione di un clone anormale di cellule B, una classica caratteristica delle malattie autoimmunitarie. Ciò è anche confermato dal fatto che i livelli di immunoglobuline, specie della classe IgG, sono elevati nelle pazienti con endometriosi.

Nelle donne con endometriosi sarebbero presenti anche alterazioni ormonali legate ad una secrezione di progesterone inadeguata ed anormale (Ayers

e coli), d'ò determinerebbe un accorciamento notevole della fase luteinica, responsabile delle disfunzioni dell'ovulazione presenti nell'endometriosi (Cheesman e coli.).

Indipendentemente dal meccanismo etiopato-genetico il tessuto endometriale, nonostante l'ectopia, rimane sensibile all'azione ormonale andando incontro alle cicliche modificazioni proliferative e regressive, caratteristiche dell'endometrio normale.

Il ciclo (o periodo sanguinamene) determina la formazione di cavitazioni pseudocistiche nel contesto del tessuto ospite in cui causa anche una progressiva reazione fibroblastica.

Nonostante sia un'affezione di per sé benigna, nella sua evoluzione essa manifesta una spiccata tendenza infiltrativa, tanto che può essere confusa con un processo neoplastico. Ponka e coli., infatti, su 17 casi di endometriosi intestinali riferiscono una diagnosi pre-operatoria di carcinoma del sigma in 7 casi caratterizzati da stenosi, lesione polipoide o carcinoma del ceco in 2 casi, polipo del sigma in 1 caso, enterite regionale in 1 caso e, come reperto occasionale, fibromatosi uterina in 2 casi.

Pertanto spesso si impone la diagnosi differenziale con una patologia neoplastica.

Anche Lesh e Hathcock riferiscono la loro esperienza di un caso di endometriosi del retto confusa con un carcinoma.

In tre occasioni e meno drammaticamente a queste donne viene diagnosticato un colon irritabile (Rio e coli.).

Le lesioni anatomo-patologiche conseguenti all'impianto eterotopico di endometrio possono determinare alterazioni del transito intestinale con vari meccanismi:

- stenosi del lume intestinale, conseguenza della tumefazione intraparietale;
- volvolo o invaginazione;
- retrazione fibrosa della parete intestinale con inginocchiamento della regione colpita;
- formazione progressiva di aderenze fibrose periviscerali (Bose e Davson).

Ma mentre l'occlusione del tratto retto-sigmoideo sarebbe dovuta alla compressione esercitata dall'endometrioma con conseguente ostruzione del lume intestinale, l'ostruzione del tratto ileale sarebbe la conseguenza del "kinking" (ingarbugliamento) delle anse intestinali (McGuff e coli., Bose e Davson).

L'endometriosi costituisce inoltre un raro lead-point di intussuscezione intestinale (Cannin-gham e Smith, Nikapota). Anzi le emorragie intestinali e le ulcerazioni mucose nella maggior parte

dei casi non sarebbero secondarie all'invasione del tessuto endometriale, bensì all'ischemia mucosa determinata dall'invaginazione (Aronchick e coli.). D'altra parte il riscontro di emorragie gastrointestinali sarebbe estremamente raro, dato l'impianto sieroso e sottosieroso del tessuto endometriale. Henriksen su 1000 casi riferisce che il sanguinamento rettale era presente solo in 19 e di questi solo in 4 si evidenziavano ulcerazioni mucose. Queste osservazioni contrastano con quelle di McGuff e coli., che su 16 casi esaminati riferiscono una infiltrazione della sottomucosa in 11 ed un interessamento della parete muscolare in tutti.

Nella localizzazione intestinale l'endometriosi è asintomatica nel 50% dei casi (Leborghie e coli.) McGuff e coli., e Weed e Ray distinguono due gruppi principali di sintomi riferibili all'endometriosi dell'intestino:

- i sintomi ed i segni comuni dell'endometriosi,
- i sintomi ed i segni suggestivi di un interessamento intestinale.

La periodicità dei sintomi associati con il ciclo mestruale è il più importante segno dell'endometriosi e del suo interessamento intestinale.

Una storia di dismenorrea, dolore rettale durante la defecazione, di dolore sacrale, di costipazione o diarrea, di dispareunia prima e dopo le mestruazioni è usualmente indicativo dell'estensione dell'endometriosi al sigma, al tratto retto-sigmoideo o al retto.

L'interessamento dell'ileo terminale è stato spesso diagnosticato come appendicite con ileo paralitico (Mittal e coli., Langman e coli.). D'altra parte l'endometriosi dell'appendice è un'evenienza rara per quanto sempre possibile, 0,054 su 50.000 casi (Collins). Assume allora molta importanza il reperto anamnestico di una sintomatologia presente nel periodo mestruale con dismenorrea, costipazione ma soprattutto vomito, essendo la stipsi grave un sintomo più caratteristico del coinvolgimento del colon.

L'accentuazione della sintomatologia nel periodo mestruale è dovuto all'ingorso dell'endometrioma ed al suo conseguente ingrandimento che consente, tra l'altro, una dimostrazione radiologica indiretta (McGuff e coli.).

L'esame radiografico del colon riporta talora la presenza di un difetto di riempimento con margini regolari, mentre l'esame sigmoidoscopico può mostrare la presenza di un raggrinzamento della mucosa ed una stenosi del lume intestinale riferibile ad una massa extra-intestinale (McGuff e coli.).

L'iter diagnostico strumentale si compendia attualmente nell'indagine ultrasonografica (Aron-chick e coli.). In ogni caso alla diagnosi di certezza si può giungere soltanto mediante l'esplorazione laparoscopica e la biopsia della lesione osservata (Gray).

Il trattamento dell'endometriosi intestinale si basa essenzialmente sulla castrazione, l'uso di agenti progestinici, l'escissione chirurgica dell'endometrioma o la resezione del tratto intestinale interessato.

L'efficacia del danazolo è ascritta all'azione soppressiva dell'endometrio esercitata direttamente o indirettamente attraverso la sua attività antigona-dotropinica (Greenblatt e Tzingounis), determinando l'arresto della proliferazione, seguita dalla involuzione e dall'atrofia, dell'endometrio ectopico (Dmowski e Cohen). Con una patologia di 800 mg al dì per sei mesi. Greenblatt e Tzingounis hanno ottenuto una riduzione notevole della sintomatologia soggettiva in tutti. La ricomparsa dei segni e dei sintomi della malattia dopo 1-35 mesi dalla sospensione del trattamento si sarebbe verificata nel 33% dei casi. In nessuna delle pazienti però ci fu un peggioramento.

Hull e coli, suggeriscono invece una posologia iniziale di 600 mg, raggiungendo la dose di 800 mg in caso di persistenza della sintomatologia.

Più recentemente Moore e coli, propongono un trattamento più articolato sostenendo il successo dei bassi dosaggi di danazolo nell'endometriosi lieve o moderata. Tali AA. infatti riferiscono che efficaci risultati sono ottenibili con posologie di soli 100-200 mg al dì di danazolo nei casi di endometriosi lieve. Soltanto in un piccolo numero di tali pazienti tale dosaggio si mostrò inefficace e fu innalzato a 400 mg. L'endometriosi severa ricevette invece posologie dell'ordine di 600 mg/die.

Nel passato è stato utilizzato anche l'impianto in sede sottocutanea di testosterone, che, secondo Rencoret e Vargas, sarebbe stata una misura sufficiente a far regredire piccoli focolai endometrioidici dell'ileo distale, scoperti in una paziente operata di endometriosi del retto.

La somministrazione orale di 30 mg di me-droxyprogesterone acetato sarebbe altrettanto efficace con il vantaggio dell'assenza di alcuni effetti collaterali del danazolo. Il farmaco è particolarmente utile nei casi di endometriosi minima o moderata associata ad infertilità in giovani donne. Sarebbe inoltre indicato per sopprimere in fase pre- e postoperatoria l'endometriosi che dev'essere trattata chirurgicamente.

L'efficacia del trattamento con MPA è dimostrata anche dall'esame istologico che rivela l'atrofia ghiandolare e della reazione deciduale (Moghissi e Boyce).

Moghissi e Boyce riferiscono inoltre che il trattamento da loro proposto mostra essere una efficace misura per l'infertilità: il 90% delle donne trattate con MPA ebbe gravidanze dopo la cura. Ciò contrariamente al trattamento chirurgico. Spangler e coli. infatti riferiscono solo il 53% di gravidanze in donne operate per endometriosi.

L'indicazione al trattamento chirurgico dell'endometriosi intestinale è spesso di necessità a causa dell'occlusione intestinale che De Waele e coli. considerano quasi come la sua naturale evoluzione e consiste nella resezione del segmento interessato seguita dal ripristino della continuità intestinale.

La dissezione dell'endometrioma dalla parete intestinale è limitata ai noduli superficiali e sottosierosi, la cui natura sia stata accertata dall'esame istologico al microtomo congelatore (Gray).

In elezione l'inconveniente principale del trattamento chirurgico dell'endometriosi intestinale lieve è il frequente sviluppo di aderenze e la scarsa possibilità che la procedura chirurgica possiede di eradicare i focolai microscopici, particolarmente quelli situati dentro le tube e sull'ovaio, vanificando l'efficacia di un trattamento chirurgico conservativo.

Digirolamo e coli, nel caso di occlusione intestinale da endometriosi ileale venuto alla loro osservazione eseguirono la resezione del tratto interessato con anastomosi ileo-colica termino-terminale.

Aronchick e coli, nel caso a loro presentatosi eseguirono una resezione ileale con anastomosi i-leo-colica.

Gray ha operato, fino al 1972, 179 casi di endometriosi intestinale su 1500 donne operate per endometriosi. Di queste in 81 asportò completamente l'endometrioma senza interrompere la continuità intestinale; in 61 casi l'asportazione non poté essere completa ed in 37 si rese necessaria la resezione del tratto intestinale colpito. L'asportazione delle ovaie non venne eseguita in tutte le donne operate. Nei casi in cui furono asportate anche le ovaie procedette alla somministrazione di estrogeni che furono causa di recidiva. Recidive ricomparvero anche nelle pazienti non sottoposte all'ovariectomia. D'altra parte l'isterectomia e l'annessiectomia bilaterale di principio sono limitate al trattamento nelle pazienti che si approssimano alla menopausa ovvero nelle giovani donne con localizzazioni numerose e molto estese (Noble e Letchworth).

Viceversa quando la paziente è giovane si im-

pone un trattamento conservativo, specialmente se l'endometriosi è Tunica causa di sterilità (Spangler e coli.).

H concetto di trattamento conservativo viene ad assumere, nell'ambito della terapia chirurgica del-Tendometriosi, un significato profondamente diverso da quello attribuito nella pratica della chirurgia generale e d'urgenza. Spangler e coli., McGuff e coli., Weed e Ray, quando parlano di trattamento conservativo si riferiscono principalmente alla possibilità di salvare la funzione riproduttiva della donna rispettando gli organi femminili pelvici.

Tale metodica viene considerata di elezione per il trattamento della sterilità nelle donne con endometriosi. Alcuni AA. nell'ambito di un trattamento conservativo hanno proposto la sospensione uterina e la neurotomia dei nervi presacrali di routine in tutti gli interventi, quest'ultima con l'intento di alleviare la dismenorrea (Weed e Ray).

Il successo del trattamento chirurgico conservativo è definito in termini di gravidanze, ma l'attuazione indiscriminata di tali accorgimenti non le aumenterebbe significativamente (Spangler e coli.). Nell'ambito dei trattamenti conservativi si è imposto in questi ultimi anni l'impiego dell'Argon laser, che secondo Keye e coli, costituisce un'alternativa efficace, semplice e sicura per il trattamento dell'endometriosi di grado medio e moderato.

## Conclusioni

In conclusione l'endometriosi intestinale, a-sintomatica nel 50% dei casi nella sua evoluzione naturale, porta all'occlusione, come anche dimostra il caso giunto alla nostra osservazione di pronto soccorso. Tale esito, cui si giunge con meccanismi diversi, (stenosi del lume intestinale, volvolo o invaginazione; retrazione fibrosa della parete intestinale con inginocchiamento della regione colpita; formazione progressiva di aderenze fibrose perivisce-rali) è talora preceduto da alcuni segni e sintomi relativi all'endometriosi e da altri che possono orientare la diagnosi di sede (dolore rettale durante la defecazione, di dolore sacrale, di costipazione o diarrea, di dispareunia, prima e dopo le mestruazioni nel-Tendometriosi del retto-sigma; costipazione ma soprattutto vomito, nella localizzazione ileale), sebbene si impone sempre la diagnosi differenziale con altre patologie intestinali, specie neoplastiche.

Il trattamento medico (danazol, MPA, testosterone) è indicato nei casi di endometriosi di grado lieve o moderato, laddove quello chirurgico troverebbe difficoltà ad eradicare le forme microscopiche.

piche.

La terapia chirurgica dell'endometriosi del piccolo intestino consiste essenzialmente nella resezione del segmento interessato con successiva anastomosi ileo-ileale o ileo-colica, riservando l'asportazione dei noduli endometriosici a quelli superficiali e sottosierosi, rinvenuti nel corso dell'intervento e la cui natura sia stata accertata mediante esame istologico al microtomo congelatore.

Nel caso da noi operato, nonostante l'estensione dell'interessamento intestinale (in pratica tutto l'intestino tenue mesenteriale risultava coinvolto nella sindrome aderenziale) la sede superficiale e sottosierosa dell'infiltrato endometriosico cosentiva, medianta accurata viscerolisi, il risparmio della gran parte delle anse intestinali.

Infatti soltanto un'ansa ileale di circa 20 cm di lunghezza, a 30 cm circa dalla valvola ileo-cecale, risultando più intimamente adesa alla reazione fi-brotica e la cui vitalità appariva compromessa, veniva resecata, con ripristino della continuità intestinale mediante anastomosi ileo-ileale termino-termi naie. Contemporaneamente si procedeva all'escissione quasi completa della cisti cioccolatta, di cui veniva lasciata in situ una modesta estensione in quanto tenacemente aderente al retroperitoneo in prossimità del tratto distale dell'ileo e del ceco (con il rischio di dover ricorrere ad emicolectomia destra).

Parimenti, una volta dominata sul piano ana-tomo-chirurgico la situazione intestinale, il coinvolgimento esteso e massivo degli organi pelvici, ha consigliato un atteggiamento astensionista, tenuto conto del notevole protrarsi dell'intervento, dell'età prossima alla menopausa della donna e delle possibilità di un ottimo controllo medico della malattia.

Comunque il trattamento radicale, che è riservato nelle giovani donne con localizzazioni pelviche estese, prevede Tannesectionia ed eventualmente la panisterectomia. In assenza di tali condizioni, si preferisce un trattamento conservativo che, rispettando gli organi genitali pelvici, consenta la gravidanza, assumendo, in tal senso, anche il significato di terapia della sterilità, che spesso si associa all-Tendometriosi.

Inoltre il ricorso alla terapia medica complementare postchirurgica si impone in alcuni casi, come quello da noi osservato in urgenza, in cui considerazioni di opportunità (in rapporto all'eccessiva durata dell'intervento a causa della notevole diffusione delle lesioni), consigliano di differire il trattamento radicale a dopo l'eventuale insuccesso della terapia medica.

## Bibliografia

- 1) Ayers J.W.T., Birembaum D.L., Jiamen Meno KM., *Luteal phase dysfunction in endometriosis: elevated progesterone levels in periopheral and ovarian veins during the follicular phase*, *Fertil. Steril.*, 1987, **47**, 925.
- 2) Aronchick C.A., Brooks F.P., Dyson W.L., Baron R., **Thompson J.J.**, *Ileocecal Endometriosis presenting with abdominal pain and gastrointestinal bleeding*, *Digestive Disease and Sciences*, 1983, **28**, 566.
- 3) **Boles R.S., Hodes P.J.**, *Endometriosis of the small and large intestine*, *Gastroenterology*, 1958, **34**, 367.
- 4) **Bose A., Davson J.**, *Endometriosis of small intestine*, *Br. J. Surg.*, 1969, **56**, 109.
- 5) **Burns F.J.**, *Endometriosis of the intestine*, *Dis. Colon Rectum*, 1967, **10**, 344.
- 6) Canningham K., Smith K.V., *A case of intussusceptum caused by endometriosis of the ileum*, *Br. J. Surg.*, 1948, **36**, 50.
- 7) Cheesman K.L., Cheesman S.D., Chatterton R.T. Jr., **Cohen M.R.**, *Alterations in progesterone metabolism and luteal function in infertile women with endometriosis*, *Fertil. Steril.*, 1983, **40**, 590.
- 8) **Collins D.C.**, *Endometriosis of the vermiform appendix*, *Arch. Surg.*, 1951, **63**, 617.
- 9) Cortese F., Galli F., Di Giusto F., *A proposito di un caso di endometriosi ombelicale*, *Min. Chir.*, 1987, **42**, 431.
- 10) De Waele B., Marichal M., Swaenepoel L., Volckaert M., *Endometriosis and small bowell obstruction*, *Acta Chir. Belg.*, 1982, **2**, 91.
- 11) Digirolamo P., Leli R., Risio M., *Endometriosi della parete ileale: una causa inconsueta di occlusione intestinale*, *Min. Chir.*, 1986, **41**, 985.
- 12) Dmowski W.P., Cohen M.R., *Treatment of endometriosis with an anti-gonadotrophin, Donazol. A laparoscopy and histological evaluation*, *Obstet. Gynecol.*, 1975, **46**, 147.
- 13) Gleicher N., El-Roey A., Confino E., Friberg J., *Is Endometriosis an Autoimmune Disease ?*, *Obstet. Gynecol.*, 1987, **70**, 115.
- 14) **Gray L.A.**, *Endometriosis of the bowel: rote of bowel resection, super fidai excision and oophorectomy in terat-ment*, *Ann. Surg.*, 1973, **177**, 580.
- 15) **Gray L.A.**, *Surgical treatment of endometriosis*, *Clin. Obstet. Gynecol.*, 1960, **3**, 2.
- 16) Greenblatt R.B., Tzingounis V., *Clinical studies with an antigonadotropin - donazol*, *Fertil. Steril.*, 1971, **22**, 102.
- 17) Henriksen E., *Endometriosis*, *Am. J. Surg.*, 1955, **90**, 331.
- 18) Hull M.E., Moghissi K.S., Magyar D.F., Hayes M.F., *Comparison of different treatment modalities of endometriosis in infertile women*, *Fertil. Steril.*, 1987, **47**, 40.
- 19) Keye W.R., Hansen L.V., Astin M., Poulson A M., *Argon laser therapy of endometriosis: a review of 92 consecutive patients*, *Fertil. Steril.*, 1987, **47**, 208.
- 20) Langman J., Rowland R., Vernon-Roberts B., *Endometriosis of the appendix*, *Br. J. Surg.*, 1981, **68**, 121.
- 21) Leborgne J., Arzul C., Le Neel J.C., Visset J., *L'endo-métr'iose de l'intestin grêle*, *J. Chir.*, 1977, **113**, 153.
- 22) Lesh R.E., Hathcock A.H., *Report of a case confused with carcinoma*, *Obstet. Gynecol.*, 1955, **5**, 320.
- 23) Meyer R., *Über entzündliche heterotope epithel-wucherungen im weiblichen genitalgebiete und uber eine bir in die wuezel des mesocolon ausgedehnte benigne wucherung des dermepithels*, *Virchows Arch. Path. Anat.*, 1909, **195**, 487.
- 24) McGuff P., Dockerty M.B., Waugh J.M., Randall L.M., *Endometriosis as a cause of intestinal obstruction*, *Surg. Gynecol. Obstet.*, 1948, **56**, 1059.
- 25) Mittal V.M., Choudhury S.P., Cortez J.A., *Endometriosis of the appendix presenting as acute appendicitis*, *Min. Chir.*, 1981, **142**, 519.
- 26) Moghissi K.S., Boyce C.R., *Treatment of endometriosis with Medroxyprogesterone acetate*, *Obstet. Gynecol.*, 1976, **39**, 265.
- 27) Moore E.E., Harger J.H., Rock J.A., Archer D.F., *Management of pelvic endometriosis with low-dose donazol*, *Fertil. Steril.*, 1981, **36**, 15.
- 28) **Nikapota V.L.B.**, *Endometriosis of the edecum causing intussusception*, *Br. J. Radiol.*, 1980, **53**, 599.
- 29) Noble A.D., Letehworth A.T., *Treatment of endometriosis: a study of medical management*, *Br. J. Obstet Gynecol.*, 1980, **87**, 726.
- 30) Ponka J.L., Brush B.E., Hodgkinson F., *Colorectal endometriosis*, *Dis. Colon Rectum*, 1960, **6**, 539.
- 31) **Rencoret R., Vargas L.**, *Persistente, obstructive and recurrent intest inai endometriosis*, *Obstet. Gynecol.*, 1954, **4**, 142.
- 32) Rio F.W., Edwards D.L., Rigan J.F., Schmutzner K.J., *Endometriosis of the small bowell*, *Arch. Surg.*, 1970, **101**, 403.
- 33) **Sampson J.A.**, *The development of the implantation theory for the origin of periitoneal endometriosis*, *Am. J. Obst Gynecol.*, 1940, **40**, 549.
- 34) Spangler D., Jones G.S., Jones H.W., *Infertility due to endometriosis: conservative surgical therapy*, *Am. J. Obstet Gynecol.*, 1971, **109**, 850.
- 35) Weed J.C., Ray J.E., *Endometriosis of the Bowel*, *Obstet. Gynecol.*, 1987, **69**, 727.
- 36) **Williams T.J., Pratt J.H.**, *Endometriosis in 1.000 consecutive celiotomies: incidence and management*, *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1977, **129**, 245.

**Request reprints from:**

Prof. A. DONATI

Passo Gravina, 253 - 95100 Catania (Italy)