

Occlusione intestinale acuta da endometriosi ileale trattata in laparoscopia. Case report

F. FEROCI, M. DE PRIZIO¹, K.C. KRÖNING, L. MORALDI², M. SCATIZZI

RIASSUNTO: Occlusione intestinale acuta da endometriosi ileale trattata in laparoscopia. Case report.

F. FEROCI, M. DE PRIZIO, K.C. KRÖNING, L. MORALDI, M. SCATIZZI

Il 10-20% delle donne in età fertile è affetto da endometriosi. La sua localizzazione ileale, solitamente nel tratto terminale, è solo del 7%. L'occlusione intestinale si verifica in non più dello 0,15% delle pazienti affette da endometriosi.

Presentiamo un caso di occlusione intestinale acuta da endometriosi ileale, in una donna di 39 anni, in cui l'approccio diagnostico e terapeutico è stato condotto per via laparoscopica.

SUMMARY: Laparoscopic approach in acute bowel obstruction due to ileal endometriosis: case report.

F. FEROCI, M. DE PRIZIO, K.C. KRÖNING, L. MORALDI, M. SCATIZZI

Endometriosis affects 10-20% of fertile women, and in 3-37% of them it extends to the bowel. Its location, in the ileal tract of the bowel, usually the end-part, is only the 7%; and the occurrence of intestinal obstruction is no more than 0.15% of patients affected by endometriosis. We present a case of acute bowel obstruction due to ileal endometriosis in a 39 years woman, diagnosed and treated by laparoscopic approach.

KEY WORDS: Endometriosis - Laparoscopia - Occlusione intestino tenue.
Endometriosis - Laparoscopy - Small bowel obstruction.

Introduzione

L'endometriosi è un processo patologico che interessa il 10-20% delle donne in età fertile e nel 3-37% di queste si estende anche all'intestino (1). Il chirurgo generale è chiamato a trattarlo solitamente quando si manifesta una sua complicanza, quasi sempre in situazioni di urgenza. La diagnosi è spesso posta al momento dell'intervento chirurgico (biopsia estemporanea) o addirittura solo dopo l'esame del pezzo operatorio.

Se rara è l'evenienza della occlusione intestinale ileale da endometriosi extrapelvica (0,15% delle pazienti con

endometriosi), "aneddotica" ne è la risoluzione chirurgica laparo-assistita, con solo tre casi pubblicati (2, 3).

Presentiamo un caso di occlusione intestinale da endometriosi dell'ileo terminale, in una donna di 39 anni, trattata con approccio diagnostico-terapeutico laparoscopico.

Case report

S.P., donna caucasica al secondo giorno del periodo mestruale, giungeva al Pronto Soccorso del nostro Ospedale lamentando dolori addominali di tipo colico associati a vomito da circa due giorni. La paziente riferiva un intervento di appendicectomia e di annessectomia sinistra per "cisti cioccolato". Riferiva inoltre, da circa un anno, dolori addominali intensi e "crisi" sub-occlusive in concomitanza con le mestruazioni. La radiografia diretta dell'addome mostrava una distensione del tenue con livelli idroaerei.

In accordo con la paziente, sospettando una occlusione intestinale acuta meccanica verosimilmente da briglia o da localizzazione intestinale di endometriosi, si decideva di sottoporla immediatamente ad intervento chirurgico di laparoscopia esplorativa.

Ospedale "Misericordia e Dolce", Prato

UO Chirurgia Generale

¹ Ospedale "San Donato", Arezzo

UO Chirurgia Generale

² Ospedale "Della Misericordia", Grosseto

UO Chirurgia Generale

© Copyright 2010, CIC Edizioni Internazionali, Roma

Con paziente in posizione supina, abbiamo indotto pneumoperitoneo a 12 mmHg attraverso un accesso paraombelicale "open" (trocar 10/12 mm) ed introdotto altri due trocars da 10/12 mm, con triangolazione equilatera di circa 8 cm, in fianco e fossa iliaca sinistra. Con ottica a 30° abbiamo visualizzato un'abbondante quantità di sangue libero in cavità peritoneale e un'unica briglia aderenziale ileo-uterina, senza torsioni intestinali, che abbiamo reciso. Utero e annessi risultavano indenni da lesioni.

Posizionando la paziente in Trendelenburg a 45° e rotazione sul fianco destro di 20°, abbiamo esplorato con cautela e con pinze atraumatiche (Croce-Olmi e Johannes) le anse intestinali dal legamento di Treitz fino alla valvola ileociecale. Abbiamo così potuto osservare un colon "vuoto" e una netta demarcazione tra digiuno, all'apparenza normale, e ileo, disteso e congesto. A circa 5 cm dalla valvola ileociecale, abbiamo visualizzato un "ingnocchiamento" dell'ultima ansa, di aspetto neoplastico ma mobile e non infiltrante organi vicini. Per le dimensioni della lesione e del tratto intestinale da resecare non abbiamo potuto effettuare una procedura completamente laparoscopica, ma siamo stati costretti a prolungare di 3 cm l'incisione del trocar periombelicale e resecare l'ultima ansa con successiva ileo-ciecostomia latero-laterale manuale in duplice strato.

Dopo 24 ore abbiamo rimosso il drenaggio e interrotto la somministrazione di farmaci e liquidi per via parenterale. La peristalsi era già presente un'ora dopo l'intervento, la canalizzazione ai gas è avvenuta in prima giornata postoperatoria, alle feci in seconda, quando la paziente è stata dimessa.

La risposta istologica definitiva ha confermato i nostri sospetti pre-operatori: endometriosi intestinale. Lo specialista ginecologo, considerata la non evidenza di alcun residuo endometriosico "attivo" all'intervento chirurgico, non ha prescritto alcuna terapia post-operatoria. A 12 mesi dall'intervento, la paziente è asintomatica e in attesa del primo figlio.

Discussione

Nel mondo occidentale le cause più frequenti di occlusione del piccolo intestino sono le aderenze postoperatorie, seguite, in ordine decrescente, dalle ernie della parete addominale, dai tumori primitivi e metastatici, dalle malattie infiammatorie e da altre cause più rare, che rappresentano meno dell'1% dei casi, tra cui l'endometriosi intestinale (4). Si calcola che l'endometriosi "extrauterina" interessi circa il 10-20% delle donne in età riproduttiva con prevalenza massima tra i 30 ed i 40 anni. Solitamente essa è limitata alle pelvi ma foci ectopici sono stati descritti in numerosi siti extrapelvici, principalmente il tratto gastrointestinale coinvolto nel 3-37% delle pazienti, con endometriosi documentata a livello di sigma-retto (87%) e più raramente nell'ileo (7%), nel cieco (4%) e nell'appendice (3%); Solo nello 0,15% delle pazienti affette da endometriosi la patologia esordisce con ostruzione del piccolo intestino (5).

In caso di fallimento della terapia conservativa, la laparotomia esplorativa è considerata l'approccio terapeutico di scelta nella paziente occlusa. La lunga incisione è associata ad una certa morbilità, oltre che al dolore, e risultati estetici non ben accettati dalla paziente,

maggior durata dell'ileo con un allungamento del ricovero post-operatorio. Inoltre, la possibile insorgenza a distanza di laparoceli e la formazione di aderenze possono portare a un nuovo ricovero nel 32% dei casi (6).

Dal 1991 è emersa, in letteratura, la possibilità di un approccio laparoscopico da considerare anche in caso di occlusione intestinale. Poniamo controindicazioni assolute alla laparoscopia nel paziente occluso solamente la instabilità emodinamica e la presenza di comorbilità polmonari e/o cardiaca che sconsigliano lo pneumoperitoneo. L'occlusione intestinale, la peritonite, pregresse laparotomie e il BMI (*body mass index*) sono da considerarsi controindicazioni relative, spesso operatore-dipendente. È ovvio che con tale tipo di approccio si può fare diagnosi con una ottima precisione (nel 97-100% dei casi in alcuni studi) ma anche trattare l'occlusione nel 66% dei casi (7). La laparoscopia certamente garantisce un miglior risultato estetico, preserva la funzione immunitaria, può ridurre il dolore post-operatorio e le alterazioni della funzionalità respiratoria, nonché l'incidenza di nuove aderenze, di infezioni della ferita e l'insorgenza dei laparoceli; inoltre, nonostante l'aumento dei costi diretti, parrebbe esserci una significativa riduzione di quelli dovuti alla diminuzione della morbilità, della durata del ricovero e della percentuale di riammissioni ospedaliere (8).

I rischi e le difficoltà della tecnica laparoscopica sono dovuti soprattutto alla mancanza di un'ampia visione del campo operatorio endo-addominale per la valutazione del complesso delle anse dilatate, edematose e fragili, che comportano un rischio aumentato di perforazione accidentale (0-26,9%). Alcuni studi individuano come fattori predittivi del successo o dell'insuccesso di tale tipo di approccio la precocità e la durata dell'intervento, il diametro dell'intestino disteso maggiore di 4 cm e il numero di interventi precedenti subiti dalla paziente (8). Pertanto è ovvio che il team laparoscopico debba essere esperto e procedere con manovre delicate, solo così potendo mantenere bassa la soglia della conversione (20-48% nei vari studi). La conversione, inoltre, deve ovviamente essere considerata una possibilità nell'algoritmo diagnostico-terapeutico, considerando comunque che, fatta la diagnosi di natura dell'occlusione, è possibile l'esecuzione di mini-incisioni (<5 cm) mirate, senza ricorrere necessariamente alla estesa laparotomia. Se si rispettano tali principi, la morbilità dei pazienti trattati laparoscopicamente è sicuramente minore di quella dei pazienti operati col metodo tradizionale, né aumenta nei pazienti sottoposti a conversione laparotomica (9).

Nel nostro caso l'anamnesi induceva il sospetto di occlusione da briglia o da endometriosi intestinale. Pertanto abbiamo ritenuto l'approccio laparoscopico indicato soprattutto per porre diagnosi ed eventualmente permettere di trattare la lesione. In caso di briglia la precocità

dell'intervento è essenziale per almeno due motivi: per evitare danni ischemici delle anse coinvolte, ma anche per prevenirne una distensione troppo accentuata che renderebbe la laparoscopia molto meno "realizzabile". Con l'approccio laparoscopico immediato abbiamo visualizzato con certezza la sede dell'occlusione, fatta diagnosi e risolto l'ileo in maniera meno traumatica e invasiva, migliorando notevolmente il *comfort* della malata. Non abbiamo proceduto laparoscopicamente alla resezione intestinale, ed alla sua anastomosi intracorporea, non perché tecnicamente impossibile, ma perché avremmo dovuto comunque ricorrere alla minilaparotomia per il pezzo operatorio e, soprattutto, per ridurre il rischio di "contaminare" la cavità peritoneale.

Bibliografia

1. Douglas C, Rotimi O. Extragenital endometriosis a clinico-pathological review of a Glasgow hospital experience with case illustrations. *J Obstet Gynaecol.* 2004 Oct;24(7):804-8.
2. Weizman DA, Sullivan P. A laparoscopic approach to small bowel obstruction secondary to endometriosis. *Surg Endosc.* 2003 Oct;17(10):1678-9.
3. Koutsourelakis I, Markakis H, Koulas S et al. Ileocolic intussusception due to endometriosis. *JSLs.* 2007 Jan-Mar;11(1):131-5.
4. Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. *N Engl J Med.* 1993 Jun 17;328(24):1759-69.
5. Martimbeau PW, Pratt JH, Gaffey TA. Small-bowel obstruction secondary to endometriosis. *Mayo Clin Proc.* 1975 May;50(5):239-43.
6. Duepre HJ, Senagore AJ, Delaney CP et al. Does means of access affect the incidence of small bowel obstruction and ventral

Conclusioni

L'endometriosi, in conclusione, è una causa infrequente di ostruzione dell'intestino tenue, che va sospettata in tutte le pazienti in età fertile che presentano un quadro di occlusione intestinale, soprattutto in assenza di pregressi interventi chirurgici e/o patologie addominali e se associato a dolori addominali catameniali.

Riteniamo che una precoce laparoscopia esplorativa possa essere eseguita sistematicamente almeno per la diagnosi delle occlusioni intestinali acute del piccolo intestino, comunque da parte di chirurghi esperti in tale procedura, potendo ridurre morbilità e costi complessivi del trattamento.

7. Kirshtein B, Roy-Shapira A, Lantsberg L et al. Laparoscopic management of acute small bowel obstruction. *Surg Endosc.* 2005 Apr;19(4):464-7.
8. Khaikin M, Schneiderei N, Wexner SD et al. Laparoscopic vs. open surgery for acute adhesive small-bowel obstruction: patients' outcome and cost-effectiveness. *Surg Endosc.* 2007 May;21(5):742-6.
9. Ghosheh B, Salameh JR. Laparoscopic approach to acute small bowel obstruction: review of 1061 cases. *Surg Endosc.* 2007 Nov;21(11):1945-9.
10. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br J Anaesth* 1997;78:606-17.