

Problemi clinici inerenti alla congestione venosa degli organi pelvici nella donna

G. D. MONTANARI ** e P. GRELLA *

Il trofismo e la funzione dell'apparato genitale femminile sono legati, come quelli di ogni altro apparato, organo o tessuto, all'esistenza di una normale circolazione ematica e linfatica. Quando tale circolazione, sia per cause intrinseche che in conseguenza di eventi in grado d'influenzarla dall'esterno, si altera, l'apparato genitale femminile dimostra alterazioni di vario grado. La frequenza della patologia ginecologica conseguente a turbe della circolazione pelvica varia a seconda del tipo di alterazione circolatoria che la determina. Mentre una gran parte delle lesioni conseguenti a turbe del circolo arterioso sono così rare da costituire motivo di descrizione a stampa (infarto, embolia arteriosa ecc.), altre lesioni (ed intendiamo qui riferirci soprattutto alla cosiddetta sindrome da congestione pelvica) risulterebbero straordinariamente frequenti. Usiamo il condizionale, perché questa grande frequenza è discutibile, mancando a tuttoggi per questa patologia un efficace sussidio diagnostico. Si tratta di lesioni che raramente richiedono l'intervento chirurgico e poiché sono la laparotomia e la flebografia i soli mezzi diagnostici di cui oggi disponiamo, troppo scarso è il controllo obbiettivo dell'appartenenza di ciascun caso alla sindrome stessa.

La nostra trattazione apparirà dunque squilibrata, in quanto gran parte sarà dedicata alla sindrome congestizia. E, d'altra parte, alla definizione di questa nebulosa entità clinica che abbiamo dedicato la nostra maggior ricerca sia in campo clinico che sperimentale.

Abbiamo ritenuto utile dedicare particolare attenzione ad una entità morbosa vecchia di un secolo, ma ancor oggi non da tutti riconosciuta ed ammessa, allo scopo di superare tali perplessità tentando di fornirle un substrato sperimentale e di attribuirle una semeiologia strumentale moderna. Questo allo scopo di modificare l'atteggiamento che molti, proprio per le incertezze etiopatogenetiche e cliniche esistenti, dimostrano riguardo a questa diagnosi: alcuni sistematicamente ne rifuggono, altri addirittura ne abusano.

Tra le alterazioni locali della circolazione in grado d'indurre una patologia a livello genitale, figurano l'iperemia o congestione attiva o arteriosa dei visceri pelvici e l'iperemia o congestione passiva o venosa. Entrambe queste condizioni, quando si protraggono a lungo (la prima anche perché si associa spesso ad una congestione passiva) si complicano con fenomeni di proliferazione connettivale e di fibrosi. Com'è noto, la stasi venosa è in grado di provocare una serie di alterazioni tissutali che possono essere così riassunte: a) incremento della pressione nei capillari che supera i normali valori della pressione di riassorbimento;

* 2^a Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Padova (Dir. Prof. A. Onnis).

** Scuola Autonoma di Ostetricia di Bolzano (Dir. suppl.: Prof. G.D. Montanari).

b) conseguente accumulo, nello spazio paravenoso, del liquido interstiziale che non viene più riassorbito; c) conseguente comparsa di edema tissutale; e) liberazione di sostanze permeabilizzanti i capillari (serotonina, istamina, bradidichina ecc.) che hanno anche proprietà algogene.

Lo scopo della ricerca sperimentale da noi condotta è stato appunto quello di valutare se, modificando il circolo pelvico nel ratto femmina in modo da ridurre in maniera cronica la pO_2 nell'apparato genitale, si possono ottenere lesioni utero-ovariche comparabili a quelle osservate in patologia umana (¹). A tale scopo abbiamo sottoposto a legatura bilaterale dei vasi uterini ed ovarici ratti femmina adulti. Tali legature sono state eseguite in blocco, previo inserimento nel nodo di uno specillo allo scopo di non annullare completamente l'apporto arterioso, pur impedendo quasi completamente lo scarico venoso. Negli animali si crea così una condizione di ipossia ipocinetica o stagnante localizzata all'apparato genitale. A sei mesi dall'intervento macroscopicamente i corni uterini si presentano dilatati per idrometra. Le ovaie quasi costantemente sono cistiche e molto spesso si osserva rispetto ai controlli un ispessimento fibroso soprattutto a carico del collo, ma anche a carico dei corni uterini. Istologicamente, l'ipossia ipocinetica cronica provoca a livello dell'esocollo, un lieve ispessimento dell'epitelio, con riduzione del numero delle cellule per fenomeni di marcata ipercheratosi. Nei corni uterini, oltre all'idrometra, si osservano delle formazioni polipoidi. Nelle ovaie, assai frequente la comparsa di follicoli cistici e di cisti capsulari. L'aspetto più importante di questa sperimentazione è che nessuna delle modificazioni cervicali e uterine surriportate compare se l'animale al momento delle legature che inducono l'ipossia ipocinetica viene castrato.

Abbiamo esaminato in maniera retrospettiva la casistica operatoria della Clinica ostetrica e ginecologica dell'Università di Padova tra gli anni 1952 e 1968, al fine di valutare le caratteristiche cliniche della sindrome definita di congestione e fibrosi pelvica. Tale definizione trova giustificazione nel fatto che, come si è detto, in conseguenza del disturbo vascolare cronico a carico dell'utero e degli annessi, oltre ad osservarsi uno stadio congestizio più precoce, si nota spesso una successiva e tardiva proliferazione del connettivo, tale da creare alla lunga una seconda fase della malattia: lo stadio della fibrosi. Nella scelta retrospettiva della casistica operatoria, abbiamo perciò isolato da un lato i casi nei quali all'operazione erano evidenti alterazioni congestizie e varicose dei visceri e delle vene pelviche, e dall'altro i casi nei quali all'intervento l'utero dimostrava i caratteri della fibrosclerosi. Siamo consci che si tratta di una valutazione arbitraria anche perché sappiamo che il quadro della fibrosi uterina comprende alterazioni di natura diversa non solo dal punto di vista istologico, ma anche e soprattutto etiologico. Comunque non vediamo come altrimenti avremmo potuto valutare la casistica. L'incidenza per età delle fasi congestizia e fibrotica conferma la successione degli stadi nel tempo e sottolinea che lo stadio della congestione abbraccia un arco di tempo che coincide con la funzione endocrina dell'ovaio. Non si può escludere un ruolo del fattore età nella genesi della fibrosi in base a questi dati. La storia riproduttiva delle pazienti affette dalla sindrome di congestione e fibrosi pelvica sottolinea l'importanza del fattore gravidico in entrambi gli stadi. Il ruolo degli interventi ostetrici pregressi non appare molto evidente così come la storia mestruale che dimostra come nella maggioranza dei casi il ciclo, prima della comparsa dei sintomi, possiede caratteri normali. La mestruazione subisce invece delle modificazioni evidenti con l'iniziare (stadio congestizio) e il progredire (stadio fibrotico) della malattia. La caratteristica che

piú colpisce è l'aspetto menorragico dello stadio della fibrosi. Riguardo infine al dolore mestruale, se ne è notata la « comparsa » in una discreta percentuale dei casi.

Il reperto ginecologico nello stadio congestizio della sindrome evidenzia l'alta frequenza delle retrodeviazioni uterine. Gli annessi si palpano raramente aumentati di volume e sono raramente dolenti. Nello stadio della fibrosi il riscontro bimanuale dimostra invece assai spesso un'ipertrofia uterina, anche qui senza alterazioni annessiali particolarmente frequenti.

Esiste nello stadio della congestione una certa discordanza tra reperto ginecologico e reperto operatorio. All'intervento tale stadio si dimostra infatti associato, oltre che spesso a malposizione, anche a concomitante ovariosi cistica. Anche lo stadio della fibrosi è in realtà associato ad ovariosi in una percentuale maggiore di quanto si possa sospettare con la visita. La biopsia dell'endometrio dimostra che entrambi gli stadi del processo si associano frequentemente a gradi variabili di iperplasia di tale mucosa. Il problema del miometrio richiede un breve accenno al problema della definizione istologica degli uteri cosiddetti fibrosclerotici. Si tratta di visceri aumentati di volume, di colorito biancastro, di consistenza dura e a parete assai spessa.

Abbiamo comparato l'istomorfologia e l'istochimica del miometrio in casi di fibrosi uterina, in casi di adenomiosi e, per controllo, in pluripare attempate senza disturbi ginecologici e decedute per cause extragenitali (pluriparità ed età rappresentano, come è noto, due elementi che possono provocare un aumento della trama connettivale uterina).

Con l'istologia si può definire con buona approssimazione, ma non con sicurezza, il quadro uterino dello stadio fibrotico della sindrome: in questi casi è molto frequente un contemporaneo aumento della componente connettivale e muscolare. Ciò si osserva anche nelle adenomiosi, ma la caratteristica presenza di isole endometriali permette una chiara distinzione. Nei controlli asintomatici (ossia nelle pluripare attempate decedute per cause varie) il reperto istologico prevalente è quello di un aumento della sola componente connettivale che per lo piú ha i caratteri del connettivo fibroso. A carico dei vasi, nello stadio fibrotico prevale l'iperplasia intinale. Il contributo dell'istochimica ci è apparso deludente. Le indagini condotte non hanno dimostrato caratteristiche differenziali nette negli uteri appartenenti alle tre categorie sopra descritte. Il collo dell'utero è in genere aumentato di volume e congesto nello stadio iniziale, per divenire ipertrofico, duro e pallido nella fase fibrotica. Abbiamo tentato di chiarire quale valore si debba attribuire all'ipertrofia del collo nella diagnosi di stadio fibrotico della sindrome da congestione pelvica. Si è partiti dal dato obiettivo empirico che nella fibrosclerosi, oltre che un aumento in toto del volume del corpo uterino, c'è quasi sempre un aumento di volume del collo, mentre nella condizione patologica che piú di frequente si pone sul piano diagnostico differenziale, la miofibromatosi uterina, piú raramente il collo segue in maniera consensuale l'aumento di volume del corpo. Su pezzi operatori o autoptici di uteri normali, fibrosclerotici, fibromatosi o presentanti altra patologia, abbiamo compiuto un sondaggio statistico. Come parametri abbiamo considerato da un lato l'isterometria e dall'altro il prodotto dei diametri ortogonali del collo come valutazione del suo volume.

Adottando tre schemi di confronto dei dati di ciascun gruppo: 1) uteri normali con l'intero gruppo degli uteri patologici; 2) uteri fibromatosi con uteri affetti da patologia varia esclusa la fibrosclerosi e 3) uteri fibrosclerotici con

uteri fibromatosi, abbiamo potuto concludere che: 1) il dato dell'isterometria non ha di per sé alcun significato nella diagnosi di fibrosclerosi; 2) che la differenza tra l'aumento del volume del collo nella fibrosclerosi rispetto ai casi normali, alla leiomiomatosi e all'altra patologia è altamente significativa; 3) che esiste una proporzionalità significativa tra volume del collo ed isterometria solo negli uteri normali, mentre tale relazione non è significativa negli uteri patologici; 4) che il dato isterometrico è utile nel differenziare l'aumento di volume del collo e del corpo nella fibrosclerosi e nella leiomiomatosi, essendo normale nel primo caso e aumentato nel secondo. Alle misurazioni in vivo del volume del collo si può dunque attribuire un qualche valore diagnostico.

Sempre a proposito del collo da un punto di vista colposcopico si nota una incidenza maggiore di leucoplachie alle quali istologicamente corrisponde una costante seppur lieve (ma statisticamente significativa) maggiore incidenza sia della patologia distrofica che di quella displastica nelle pazienti portatrici di condizioni patologiche genitali causanti uno stato di congestione pelvica. È osservazione comune che nei casi di congestione pelvica è presente nello sfondato rettouterino una certa quantità di liquido peritoneale chiaro. Dai dati in nostro possesso risulta che la puntatura del Douglas a mezzo di un sottile ago tipo Butterfly connesso con un tubo in plastica e lo studio citologico del liquido estratto può avere un certo significato. In primo luogo nei casi in esame la quantità di liquido che viene aspirata è in media di 2 ml nelle ginecopatie non accompagnate da patologia vascolare o peritoneale; di 4 ml nelle pazienti che all'intervento dimostravano chiari segni di congestione e di 5 ml in quelle nelle quali alla congestione si associava la presenza di piccoli focolai di endometriosi peritoneale del Douglas. La conta differenziale dei vari tipi di cellule repertate nel liquido peritoneale dei tre gruppi di pazienti esaminate, permette di concludere che solo le ginecopatie benigne associate a congestione pelvica e a segni di irritazione peritoneale si differenziano attraverso la formula citoperitoneale dalle altre ginecopatie benigne accompagnate o meno da congestione.

La sintomatologia generale delle fasi congestizia e fibrotica della sindrome è sintetizzabile nella maniera seguente: nello stadio della congestione predominano leucorrea, dismenorrea, dispareunia e disturbi alla minzione ed alla defecazione, mentre nello stadio della fibrosi è molto più evidente la sintomatologia emorragica. Il dolore è presente con maggiore frequenza nello stadio della congestione rispetto a quello della fibrosi. Lo studio della sede del dolore dimostra la prevalenza della localizzazione ipogastrica. L'irradiazione del dolore, com'è del resto noto, si attua prevalentemente alla regione lombo-sacrale e agli arti inferiori.

Prima di passare al contributo diagnostico che fino ad oggi si è fornito per la chiarificazione di questa patologia, un breve cenno al tipo di terapia adottata nei casi desunti dall'indagine retrospettiva. Dall'esame delle cartelle cliniche è risultato evidente un comportamento chirurgico opposto nei due stadi: conservativo nella fase congestizia, demolitivo in quella fibrotica. Nel periodo considerato non sono state eseguite suture del legamento largo secondo gli orientamenti di Allen e Master. La nostra esperienza a tale proposito si riferisce a cinque casi da noi operati appunto di sutura delle lacerazioni presenti a livello della pagina posteriore del legamento largo. In tutti la caratteristica sintomatologica della sindrome di Master ed Allen (che poi si sovrappone per una gran parte a quella della sindrome da congestione pelvica) è scomparsa o si è molto attenuata dopo l'intervento.

Riguardo alla terapia medica dello stadio congestizio, i preparati in commercio (a composizione prevalentemente vegetale) sono di relativa efficacia. Il nostro orientamento in questo campo è quello di eseguire sempre un tentativo con preparati in grado di antagonizzare le varie amine biogene che, laddove esiste stasi venosa, sarebbero responsabili dell'aumento della permeabilità vasale e soprattutto del dolore. È possibile infatti avanzare l'ipotesi che una causa del dolore cronico pelvico nelle sindromi congestizie sia appunto l'afflusso nello spazio paravenoso di tali amine biogene. È questo un meccanismo già ammesso per le varici degli arti inferiori. I tentativi da noi compiuti con sostanze anti-bradichimiche hanno sortito solo raramente buoni risultati.

Delineati così rapidamente i caratteri clinici della sindrome di congestione e fibrosi pelvica, accenniamo all'unica ricerca diagnostica che si poteva finora condurre al riguardo. La flebografia pelvica non è certo una novità. La prima applicazione nella pratica per la diagnosi di varicosità pelvica è stata infatti eseguita più di 15 anni fa. In collaborazione con l'Istituto di radiologia della nostra Università e ad opera soprattutto del dr. Viozzi, l'indagine flebografica è stata eseguita o attraverso catetere introdotto per via trans-femorale o per via transuterina. L'entità dei quadri può essere accentuata mediante la compressione della cava inferiore. I principali segni radiologici che permettono la diagnosi di alterazioni congestizie e varicose delle vene pelviche sono, com'è noto: la dilatazione delle vene e dei plessi parauterini, ovarici ed utero-vaginali; il tempo di scomparsa superiore ai 60-120" e la ritenzione del mezzo di contrasto. La tecnica flebografica costituisce però sempre un piccolo intervento che può provocare dolore e che non è del tutto privo di pericoli (perforazione uterina, ematomi in sede di incannulamento ecc.). Ciò ha sempre contribuito a limitarne l'adozione in una patologia, quale quella in discussione, mai tale da giustificare un qualche rischio oltre all'eventuale dolore. Un altro aspetto negativo dell'indagine flebografica nelle alterazioni congestizie e varicose delle vene pelviche, aspetto più volte sottolineato da Vecchietti, è una certa tendenza alla falsa positività.

C'è dunque ancora spazio e quindi necessità di tecniche diagnostiche più semplici e più accurate quali quelle da noi descritte (2).

RIASSUNTO

Sono tratteggiati per sommi capi i vari problemi inerenti alla patologia emocircolatoria in ginecologia. Viene sottolineata la dinamica di tali lesioni, la loro sintomatologia e la inefficacia della diagnostica tradizionale.

BIBLIOGRAFIA

1. G. D. Montanari e A. Bertolin. « *Am. J. Obst. Gynec.* » 93, 1183, 1965. - 2. G. D. Montanari, P. Grella e G. Alfieri. « *Arch. Osp. Mare* » 24, 237, 1972.