

minano la persistenza o la scomparsa di tali sintomi. Se infatti, per quanto riguarda il compartimento anteriore, sono ipotizzabili una lassità della parete vaginale anteriore e l'ostruzione vescicale, nessuna di queste è in grado di spiegare il collegamento tra prolasso posteriore e VI e/o DI. I sintomi da VI e DI sono presenti in modo significativo nelle pz con prolasso di cupola a prevalenza posteriore, così come è spesso evidente per il compartimento anteriore. Tali sintomi e segni si riducono in modo significativo dopo correzione chirurgica del prolasso.

P247

TRATTAMENTO CHIRURGICO DELL'ENDOMETRIOSI UROLOGICA VESCICALE: OUTCOME DELLE PAZIENTI IN TERMINI DI COMPLICANZE POSTOPERATORIE E RECIDIVE

A. Minervini, A. Antonelli, O. Saleh, C. Simeone, A. Sebastianelli, A. Tuccio, G. Siena, A. Mattei, M. Coccia, N. Buffi, G. Scarselli, S. Cosciani Cunico, M. Carini (Firenze)

Scopo del lavoro

L'endometriosi interessa circa il 10% delle donne in età fertile. Di questo 10%, il 12% presenta interessamento dell'apparato urinario con prevalenza a livello vescicale. Scopo dello studio è di valutare in modo retrospettivo l'outcome della chirurgia per endometriosi vescicale in due centri universitari.

Materiali e metodi

Abbiamo condotto uno studio bicentrico retrospettivo con acquisizione dei dati di 52 interventi per endometriosi urologica eseguiti dal 1992 al 2011. In 30 pazienti (58%) era presente un interessamento vescicale con sintomatologia disurica simil cistitica. Delle 30 pazienti con interessamento vescicale, 7 (23%) presentavano un contemporaneo interessamento ureterale. In 23 (77%) pazienti l'endometriosi urologica era associata ad altri focolai di endometriosi ovarica o dello scavo retto uterino.

Risultati

Tutte le pazienti sono state trattate con intervento di cistectomia parziale eseguito con approccio videolaparoscopico in 19 casi (63%) e con approccio laparotomico in 11 casi (37%). Nei 7 casi con contemporaneo interessamento ureterale l'intervento di scelta è stata l'ureterolisi vlp con asportazione del tessuto endometriosico periureterale in 3 ed una ureterocistoneostomia a cielo aperto in 4. Età media all'intervento 39 (range 26-55) anni. Non si sono osservate complicanze intraoperatorie. Si è verificata una complicanza postoperatoria (3,3%; peritonite batterica in VI postoperatoria con necessità di reintervento per drenare ascessi multipli addominali). Dopo l'intervento chirurgico 8 pazienti (27%) hanno seguito terapia medica (7 con analoghi LHRH ed 1 con stroggestinici). Ad un follow-up medio (range) di 41 (6-90) mesi, 26 pazienti sono libere da recidiva strumentale ed asintomatiche (87%). In 2 casi si è avuta una recidiva strumentale e sintomatologica a livello vescicale (7%, cistectomie parziali vlp), mentre in due pazienti si è riscontrata una recidiva sintomatologica senza evidenza di recidiva strumentale (7%). L'intervallo medio alla recidiva è stato di 8 mesi.

Discussione

L'endometriosi vescicale è una malattia in forte aumento con conseguenze importanti sulla qualità di vita di giovani donne. Risulta difficile stabilire il

rischio di recidiva di questa malattia in caso di localizzazione vescicale, sia per la disomogeneità dei dati presenti in letteratura sia per l'assenza di standardizzazione del trattamento.

Messaggio conclusivo

La cistectomia parziale si è dimostrata una tecnica sicura ed efficace per il trattamento dell'endometriosi vescicale (87% di successo clinico e strumentale). L'approccio vlp garantisce ottimi risultati chirurgici ed è da considerare una valida alternativa all'approccio laparotomico sia per le caratteristiche di miniinvasività sia per la giovane età delle pazienti sottoposte a questo intervento. È però essenziale una corretta verifica della radicalità durante cistectomia parziale vlp per non incorrere nella recidiva.