

## **ISTEROSCOPIA**

### **CHE COS'È L'ISTEROSCOPIA**

L'isteroscopia è una metodica mirata alla visualizzazione della cavità dell'utero e rappresenta una tecnica diagnostica per le patologie della cavità uterina. Inoltre, grazie al perfezionamento di tale tecnica e all'esperienza raggiunta da ginecologi specializzati, con l'isteroscopia si possono eseguire procedure mini-operative, riducendo così il confine tra diagnostica ed operatività. Nell'ambito dell'isteroscopia diagnostica si può procedere alla resezioni di polipi endometriali, cervicali e all'asportazione di piccoli miomi in ambulatorio (secondo la terminologia anglosassone questa procedura isteroscopica viene definita "office hysteroscopy"). In sala operatoria, invece, si può eseguire l'isteroscopia operativa, utilizzando strumentario diverso per asportare diversi polipi contemporaneamente, polipi e miomi di dimensioni maggiori ed effettuare interventi di ablazione o riduzione endometriale.

### **CHE COSA SI UTILIZZA**

Per eseguire un'isteroscopia diagnostica (o "office") in ambulatorio si utilizza un monitor, una telecamera, una fonte luminosa (perché all'interno del corpo non c'è luce!), mezzo di distensione (soluzione fisiologica sterile; le pareti della cavità devono essere distese per un'ottima visualizzazione), una pompa automatica o manuale (per poter infondere la soluzione fisiologica e mantenere la pressione interna della cavità) e soprattutto lo specifico strumento, e cioè l'isteroscopio, che è costituito da un'ottica (sistema di lenti) e da due guaine protettive ("camicia" esterna ed interna) che determinano l'afflusso e il deflusso della soluzione fisiologica durante la procedura e che permettono inoltre l'ingresso di pinze o forbici isteroscopiche. Nell'isteroscopia "operativa" l'isteroscopio è di dimensioni maggiori, per consentire l'impiego di apposite sonde elettriche.

### **COME SI FA**

La tecnica prevede fondamentalmente due modalità di approccio una "tradizionale", ed una più recente definita "vaginoscopia". La prima prevede l'esposizione del collo uterino tramite speculum e pinzamento del labbro superiore con pinza di Martin e successiva introduzione dell'isteroscopio nel canale. La seconda evita l'utilizzo dello strumentario precedente e consiste nella semplice introduzione dell'isteroscopio in vagina, ovviamente con maggiore sollievo della paziente. Questa modalità può essere applicata anche per le pazienti vergini. In pratica la vaginoscopia consiste di tre fasi: una prima fase, dove il mezzo di distensione (soluzione fisiologica) distende la vagina per visualizzare prima il collo dell'utero (portio) e poi l'orifizio uterino esterno (OUE). In questa fase la donna non avverte assolutamente dolore (a meno che non vi sia uno spiccato vaginismo o infezione in atto). Si procede così alla 2° fase: si centra l'OUE e si prosegue nel canale cervicale fino a giungere in cavità. Questa fase potrebbe essere più o meno fastidiosa, poiché in alcuni casi il canale cervicale potrebbe essere molto stenotico (per esempio nelle donne che non hanno mai partorito o in quelle che hanno subito raschiamenti). La terza fase consiste nella visualizzazione della cavità, e quindi corrisponde al vero e proprio tempo diagnostico. La paziente potrebbe avvertire una sensazione di distensione, che potrebbe essere maggiore nelle donne con legature delle tube, poiché la pressione endouterina sarà maggiore. L'esame si potrebbe concludere con un'eventuale quarta fase ovvero con la biopsia endometriale. Il tempo di esecuzione dell'esame varia dai 5-10 minuti per un'isteroscopia diagnostica ai 15-20 minuti per un'isteroscopia "office". Per l'isteroscopia operativa in narcosi la via è la stessa (visione del collo, passaggio attraverso il canale), ma poiché l'isteroscopio ha un calibro più grande, c'è la necessità di dilatare il canale cervicale con i dilatatori di Hegar. Con l'utilizzo di alcuni tipi di bisturi elettrici("anse loop bipolari"), che consentono il

taglio e la coagulazione dei tessuti, si procede all'escissione di polipi e/o miomi o alla ablazione/riduzione dell'endometrio. I tempi di esecuzione variano, a seconda del caso, dai 15 ai 30 minuti.

## **INDICAZIONI ALLA ISTEROSCOPIA**

### **Sanguinamento uterino anomalo**

Rappresenta l'indicazione principale all'isteroscopia, soprattutto per le pazienti in peri e post menopausa. La visualizzazione diretta della cavità uterina consente una diagnosi accurata e dà la possibilità di effettuare una biopsia, sotto diretto controllo visivo.

### **Carcinoma endometriale**

Nel caso di adenocarcinoma endometriale già diagnosticato, l'isteroscopia può evidenziare l'estensione della malattia al canale cervicale, e fornire altre informazioni sul tipo di tumore.

### **Malformazioni uterine**

Anomalie della conformazione interna o esterna uterina sospettate con l'ecografia pelvica o con l'isterosalpingografia necessitano di approfondimento diagnostico specie se causa di aborti ripetuti. L'esame isteroscopico può evidenziare il tipo ed il grado della malformazione uterina ed indicare il suo miglior trattamento chirurgico.

### **IUD ritenuto e sterilizzazione tubarica**

L'isteroscopia è utile per localizzare ed estrarre una spirale, della quale non si visualizza più il filo a livello cervicale, o anche un corpo estraneo localizzato all'interno dell'utero. Inoltre sempre in ambito di contraccezione è importante sapere che con l'isteroscopia si possono effettuare anche sterilizzazioni tubariche. Tramite l'isteroscopio si può introdurre nelle tube un cateterino che determina una reazione fibrosa (tipo cicatrice) e quindi la chiusura delle tube.

### **Sterilità ed Infertilità**

Nella coppia sterile si associano le indagini isteroscopiche e isterosalpingografiche, poiché i due esami possono ritenersi complementari, fornendo l'uno la visione diretta e a colori della cavità uterina e l'isterosalpingografia dati relativi alla pervietà tubarica.

L'isteroscopia è essenziale per la diagnosi di sinechie intrauterine (sindrome di Asherman) e di malformazioni uterine spesso causa di aborto ripetuto. Per tale patologia l'isteroscopia costituisce il primo esame strumentale cui sottoporre la paziente.

Nei programmi di riproduzione assistita, l'isteroscopia viene eseguita per la valutazione della cavità uterina prima di accedere alle tecniche di riproduzione assistita.

## **CONTROINDICAZIONI**

### **Gravidanza**

Una isteroscopia eseguita durante le prime fasi della gravidanza ne potrebbe determinare l'interruzione. Per questo prima di sottoporsi all'esame la paziente deve essere sicura di non essere incinta scegliendo di sottoporsi all'esame nella 1° fase del ciclo mestruale, ovvero eseguendo il test per rilevare  $\beta$ -hCG nel sangue.

### **Flogosi pelviche in atto o recenti**

Il quadro di eventuali infezioni della sfera genitale in atto o recenti durante un esame isteroscopico potrebbe peggiorare, in quanto l'utilizzo del mezzo di distensione potrebbe fungere come mezzo di

disseminazione per gli agenti patogeni (batteri, parassiti...) generando così o un peggioramento o una riattivazione del quadro infiammatorio.

### **Sanguinamento profuso, mestruazione**

Un sanguinamento in atto (emorragia, mestruazioni) potrebbe peggiorare la visibilità dell'esame, anche se con un buon deflussore si possono eliminare eventuali coaguli in cavità e migliorare la visione. L'isteroscopia dovrebbe essere effettuata comunque dopo la fine delle mestruazioni.

### **Prolasso uterino**

In un utero prolassato l'ingresso dell'isteroscopio risulta più difficoltoso ed aumenta il rischio di perforazione dell'organo.

### **Stenosi serrata del canale cervicale**

Quando il canale cervicale è molto stretto, la paziente può avvertire molto dolore, tanto da non sopportare il proseguimento della procedura. Quando il canale è totalmente chiuso e la paziente ha forte dolore, sarebbe il caso eseguire l'isteroscopia sotto controllo ecografico e in narcosi.

### **Tumori dell'utero**

L'isteroscopia potrebbe determinare la disseminazione di cellule tumorali nella cavità dell'addome, ma recenti studi scientifici hanno dimostrato che la pressione utilizzata per la distensione dell'utero non permette tale disseminazione che dipende dal suo grado di malignità e non dall'esecuzione dell'esame.

### **Altri problemi**

Ulteriori difficoltà all'esecuzione dell'isteroscopia possono essere:

- 1) paziente vergine o nullipara: i movimenti del medico devono essere più delicati;
- 2) antiversione o retroversione dell'utero: i movimenti dell'isteroscopio risultano limitati e c'è una maggiore probabilità di perforare l'utero;
- 3) artrosi degli arti inferiori della paziente: vi è difficoltà da parte della paziente a mantenere la posizione necessaria per eseguire l'isteroscopia.