

A cura di Antonella Biscione
Ginecologia Oncologica – Ovarian Cancer Center
Istituto di Candiolo IRCCS – Fondazione Piemonte per l’Oncologia - Torino

DEFINIZIONE Viene considerato ispessimento endometriale uno spessore endometriale in menopausa ≥ 4 mm. Il riscontro accidentale di endometrio ispessito nelle donne in postmenopausa è comune e il cut-off di 4 mm nelle donne sintomatiche per AUB (abnormal uterine bleeding) è condiviso nella comunità scientifica per eseguire ulteriori indagini, tuttavia, non vi è consenso sulle pazienti asintomatiche.

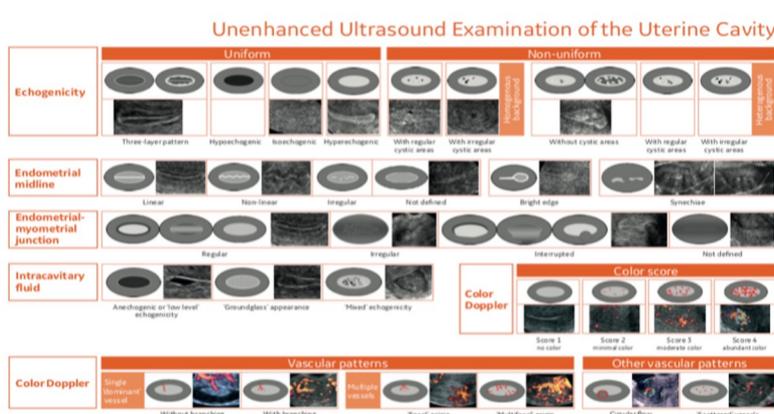
FATTORI DI RISCHIO I fattori di rischio per lo sviluppo di un ispessimento endometriale sono correlati ai ben noti fattori di rischio per il carcinoma dell’endometrio. Il fattore di rischio più importante è uno squilibrio ormonale cronico a favore degli estrogeni:

- Fattori endogeni: obesità, menarca precoce e menopausa tardiva, presenza di tumori secernenti estrogeni.
- Fattori esogeni: terapia estrogenica non bilanciata, tamoxifene.

Malattie genetiche ereditarie autosomico-dominanti come la Sindrome di Lynch, possono causare ispessimento endometriale determinando un rischio di carcinoma dell’endometrio del 40-60%.

ISTOLOGIA Dal punto di vista istologico un ispessimento endometriale comporta il riscontro di una tra le seguenti diagnosi: cancro, neoplasia endometriale intraepiteliale, iperplasia endometriale tipica o atipica, polipo endometriale, leiomioma intracavitario. Nelle donne in menopausa un endometrio sottile è associato ad un basso rischio di malignità e un endometrio spesso ne aumenta il rischio indipendentemente dall’età. L’ispessimento endometriale è associato non solo al cancro ma anche, e più frequentemente, a patologie benigne come polipi endometriali o iperplasia senza atipia.

DIAGNOSI L’ecografia transvaginale con il color-Doppler è la tecnica diagnostica di prima linea, eventualmente associata all’istillazione di fluido intracavitario (sonoisterografia con soluzione salina o gel). L’isteroscopia e la biopsia endometriale sono necessarie per la conferma diagnostica. Esami di II livello come RM e TC si rendono necessari solo in caso di sospetto o diagnosi di malignità. La valutazione ecografica deve includere non solo la misurazione dello spessore endometriale, ma descrivere le caratteristiche dell’endometrio utilizzando la terminologia IETA, per distinguere una patologia endometriale benigna da una maligna. Lo spessore endometriale va misurato sul piano sagittale includendo entrambe le emirime. In caso di uso di soluzione salina le emirime vanno misurate separatamente e lo spessore sommato. Quando l’endometrio non è chiaramente visibile va indicato come “non misurabile”. L’ecogenicità va valutata come uniforme (omogeneo senza cisti, iper, iso o ipoecogeno) o non uniforme (omogeneo con cisti o eterogeneo con o senza aree cistiche). È sempre consigliato registrare l’eventuale presenza di “bright edge” in caso di lesione endometriale e di valutare la giunzione endometrio-miometrio (regolare, irregolare, interrotta, non visibile). Il color-Doppler score (da 1: non vascolarizzato a 4: riccamente vascolarizzato) va associato alla descrizione del pattern vascolare (singolo vaso dominante con o senza ramificazione, vasi multipli ad origine focale o multifocale, flusso sparso o circolare).



SINTOMI La distinzione tra pazienti in menopausa sintomatiche o asintomatiche è fondamentale per determinare il rischio di malignità in caso di ispessimento endometriale.

Il rischio di cancro nelle pazienti asintomatiche in menopausa è del 2.5%.

Il rischio di cancro nelle pazienti con sanguinamento uterino anomalo in menopausa è del 14% circa.

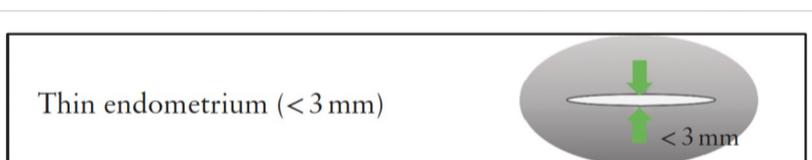
Per quanto riguarda le pazienti sintomatiche per AUB è nota la correlazione tra spessore endometriale e riscontro istologico:

- Atrofia: range 3–7 mm
- Iperplasia endometriale senza atipie: range 9–17 mm
- Polipo endometriale: range 8–14 mm
- Leiomioma intracavitario: range 5–13 mm
- Iperplasia endometriale atipica/neoplasia intraepiteliale: range 8–18 mm
- Cancro dell’endometrio: range 11–26 mm

È utile ricordare che nelle pazienti asintomatiche, rispetto alle donne con AUB, il cancro è associato ad uno spessore endometriale più sottile, la giunzione endometrio-miometrio è regolare, meno vascolarizzato (color score 1-2) e più spesso con singolo vaso dominante con o senza ramificazione.

Nelle pazienti asintomatiche in menopausa, inoltre, lo spessore medio dell’endometrio in caso di cancro o EIN è di 11 mm (range 8.2–13.8).

In generale quindi, è rassicurante all’ecografia uno spessore endometriale < 3 mm.



COUNSELLING

Quando giunge alla nostra attenzione una paziente in menopausa con riscontro di ispessimento endometriale è necessario sottoporla ad una accurata ecografia transvaginale per diagnosticare eventuali patologie benigne come polipo endometriale o leiomioma intracavitario ed indirizzarle verso il percorso diagnostico-terapeutico specifico.

In caso di pazienti asintomatiche con ispessimento endometriale, escluse le suddette cause, è necessario valutare i fattori di rischio per neoplasia maligna per indirizzarle ad eventuale isteroscopia e biopsia endometriale.

Le pazienti con AUB e spessore endometriale superiore a 4 mm sono candidate ad isteroscopia e biopsia endometriale.

BIBLIOGRAFIA

Nees LK, Heublein S, Steinmacher S, Juhasz-Böss I, Brucker S, Tempfer CB, Wallwiener M. Endometrial hyperplasia as a risk factor of endometrial cancer Arch Gynecol Obstet. 2022; 306(2): 407–421.

Van Den Bosch T, Verbakel JY, Valentin L, Wynants L, De Cock B, Pascual MA, Leone FPG, Sladkevicius P, Alcazar JL, Votino A, Fruscio R, Lanzani C, Van Holsbeke C, Rossi A, Jokubkiene L, Kudla M, Jakab A, Domali E, Epstein E, Van Pachterbeke C, Bourne T, Van Calster B, Timmerman D. Typical ultrasound features of various endometrial pathologies described using International Endometrial Tumor Analysis (IETA) terminology in women with abnormal uterine bleeding. Ultrasound Obstet Gynecol. 2021 Jan;57(1):164-172.

Heremans R, Van Den Bosch T, Valentin L, Wynants L, Pascual MA, Fruscio R, Testa AC, Buonomo F, Guerriero S, Epstein E, Bourne T, Timmerman D, Leone FPG; IETA Consortium. Ultrasound features of endometrial pathology in women without abnormal uterine bleeding: results from the International Endometrial Tumor Analysis study (IETA3). Ultrasound Obstet Gynecol. 2022 Aug;60(2):243-255.

Leone FP, Timmerman D, Bourne T, Valentin L, Epstein E, Goldstein SR, Marret H, Parsons AK, Gull B, Istre O, Sepulveda W, Ferrazzi E, Van den Bosch T. Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of the endometrium and intrauterine lesions: a consensus opinion from the International Endometrial Tumor Analysis (IETA) group. Ultrasound Obstet Gynecol. 2010 Jan;35(1):103-112.