

A cura di Daniela Giuliani
Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori Monza

Definizione: formazione cistica che si forma dopo l'ovulazione ed è causata da un sanguinamento spontaneo all'interno del corpo luteo. Un sanguinamento modesto è sempre presente e in genere si autolimita, quando il sanguinamento è eccessivo il corpo luteo aumenta di dimensioni e determina la formazione di una cisti emorragica che può andare incontro a rottura.

La rottura del corpo luteo è causa di emoperitoneo, i sintomi principali sono legati all'irritazione peritoneale mediata dal sangue.

Fattori di rischio: la rottura del corpo luteo emorragico avviene tipicamente nella fase luteale ed è più frequente in giovane età, nel periodo subito dopo il menarca, nelle donne affette da disturbi della coagulazione o in trattamento anticoagulante. La rottura avviene più frequentemente dopo eventi traumatici come rapporti sessuali, traumi, visite vaginali.

Diagnosi: l'ecografia transvaginale è la metodica di prima scelta nell'inquadramento del dolore addominale acuto della donna in età fertile. In genere l'indagine ecografica è sufficiente per porre diagnosi, il ricorso ad altre metodiche di imaging (TC e MRI) è da considerarsi nei casi non chiari o quando si sospetta una patologia non ginecologica. Nella diagnosi differenziale sono da prendere in considerazione altre cause di dolore pelvico: la gravidanza ectopica, la rottura di altre cisti ovariche (endometriomi, dermoidi, cisti follicolari, neoplasie maligne), la torsione ovarica, la malattia infiammatoria pelvica, altre patologie non ginecologiche.

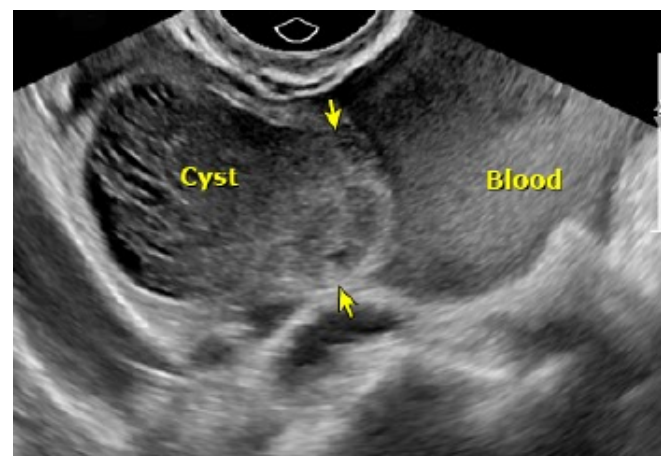
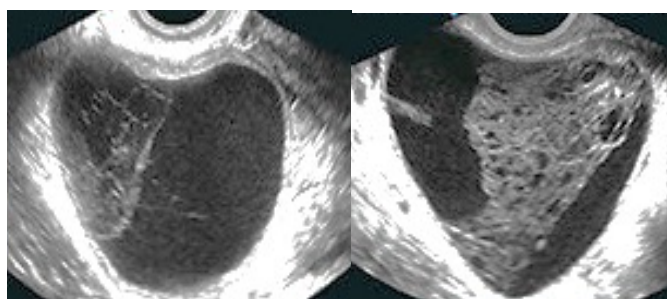
Sintomatologia

- Dolore addominale – inizialmente dei quadranti addominali inferiori e unilaterale (dolore crampiforme sino a sintomatologia severa con addome acuto)
- Nausea e vomito causati dalla reazione viscerale legata all'irritazione peritoneale
- Compromissione emodinamica nei casi di sanguinamento severo

Iter diagnostico:

- Anamnesi (dolore addominale nella seconda fase del ciclo che insorge dopo coito)
- Registrazione dei parametri vitali
- Esame obiettivo inclusa la visita vaginale
- Ecografia transvaginale-transaddominale
- Esami di laboratorio: emocromo, coagulazione, proteina C reattiva, hCG

Caratteristiche ecografiche



Il corpo luteo emorragico si presenta come una formazione cistica uniloculare, ben definita, con pareti sottili.

Il contenuto «emorragico» può avere caratteristiche differenti a seconda del grado di lisi del coagulo: inizialmente il coagulo forma una trama fibrinica lassa nella cavità centrale («lace-like»), successivamente la trama diventa più densa e organizzata.

In alternativa è possibile avere all'interno della cisti un coagulo isoecogeno e presenza di livelli.

In caso di rottura può apparire come formazione a pareti ipotoniche, con coaguli adesi alle pareti.

I coaguli possono mimare la presenza di nodularità solide, ma a differenza di quest'ultime non mostrano vascolarizzazione all'esame colorDoppler.

All'esame colorDoppler è possibile evidenziare la vascolarizzazione periferica delle pareti cistiche.

Quando la rottura causa la fuoriuscita completa del liquido cistico l'ovaio può apparire normale.

La rottura della cisti è da sospettare quando è presente fluido nello scavo pelvico. Per determinare la presenza di emoperitoneo occorre valutare le porzioni più declivi come il cavo del Douglas e la plica vescicouterina, le fosse iliache e l'alto addome, in particolare la tasca di Morrison.

Come è noto, nelle fasi iniziali del sanguinamento i valori emocromocitometrici non rispecchiano la reale perdita ematica, per la stima dell'emoperitoneo può essere perciò utile adottare le conoscenze derivanti dall'utilizzo dell'ecografia nei traumi addominali - FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma)

Il liquido libero peritoneale appare come un fluido anecogeno, nel caso del sangue può apparire low-level o francamente corpuscolato. Allo scopo di descrivere correttamente un emoperitoneo l'addome può essere suddiviso in due parti: addome superiore o spazio sovramesocolico (tra diaframma e mesocolon trasverso) e addome inferiore (al di sotto del mesocolon trasverso).

Il flusso di liquido intraperitoneale è determinato dall'origine del sanguinamento, dalla posizione della paziente, da alterazioni anatomiche. Il movimento di liquido dalla pelvi all'alto addome avviene lungo la doccia paracolica di destra (la doccia paracolica di sinistra è esclusa per la presenza del legamento freno-colico): così nella paziente supina se il sanguinamento origina dall'addome inferiore si raccoglie prima nella pelvi e poi raggiunge la tasca di Morrison, tramite la doccia paracolica destra.

Diversi studi hanno cercato di stabilire la minima quantità di liquido identificabile, i risultati suggeriscono che la visualizzazione di una falda fluida nel Morrison sottende la presenza di una quantità di emoperitoneo stimabile in circa 600 ml.

Trattamento:

Se la paziente è **emodinamicamente instabile** mettere in atto le terapie di supporto necessarie e predisporre la chirurgia – il trattamento deve essere laparoscopico.

Se la paziente è **emodinamicamente stabile** si consiglia un trattamento conservativo: in caso di perdita ematica moderata-severa procedere all'ospedalizzazione e all'osservazione della paziente in ricovero mediante monitoraggio della sintomatologia, dei parametri vitali e degli esami di laboratorio.

Nel trattamento conservativo possono essere utilizzati farmaci antiemorragici, come l'acido tranexamico. Quando il quadro è considerato stabile è indicata la terapia analgesica, da valutare con cautela inizialmente per evitare di mascherare un peggioramento.

Generalmente le 12-24 ore successive all'esordio della sintomatologia rappresentano il periodo a maggior rischio di evoluzione.

Superato questo periodo il rischio di ulteriori sanguinamenti è da considerarsi trascurabile, la paziente può pertanto essere dimessa con terapia antidolorifica e controllo ecografico a 4-6 settimane.

Per prevenire le recidive, soprattutto nelle pazienti con disturbi coagulativi, in terapia anticoagulante o che hanno sperimentato già un episodio, è consigliabile la prescrizione di terapia estroprogestinica.

1. Evaluation and management of ruptured ovarian cyst UptoDate June 2024

2. Hemorrhagic corpus luteum: Clinical management update Turk J Obstet Gynecol 2020 Dec; 17(4): 300–309

3. Emergency ultrasound in adults with abdominal and thoracic trauma UptoDate June 2023

4. Ultrasound evaluation of gynecologic causes of pelvic pain. Obstet. Gynecol. Clin. North Am