

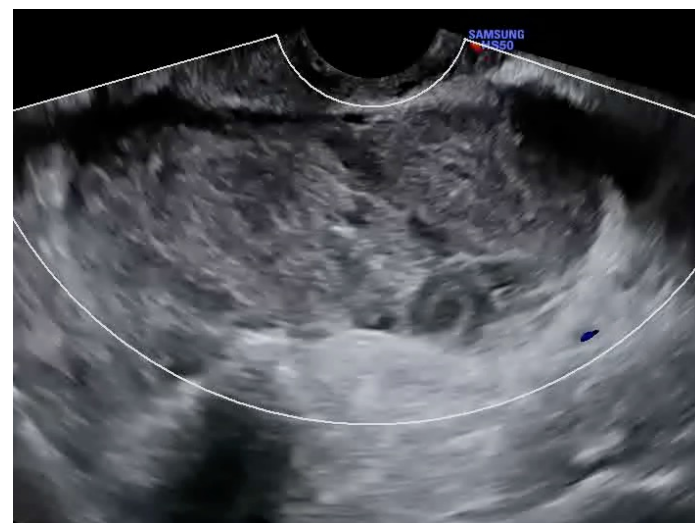
Caso Clinico

A cura di: Dr.ssa Mara Albanese

Dipartimento per la Tutela della Salute e della Qualità di Vita della Donna-U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia-International School of Surgical Anatomy, IRCCS Ospedale "Sacro Cuore-Don Calabria", Negrar di Valpolicella, Verona

Caso
Clinico
Dicembre
2024

Paziente di anni 36, nullipara. Non pregresse chirurgie addominali. Non patologie segnalate in anamnesi. Dal punto di vista ginecologico controlli sempre regolari, segnalata dispareunia e dismenorrea ingravescente negli ultimi 12 mesi. Giunge in PS per addominalgia non responsiva a terapia medica con associate perdite ematiche genitali riferibili secondo la paziente a mestruazione in atto. Agli esami ematochimici eseguiti in PS: Hb 11,3 g/dl, beta hcg neg. **Ecografia TV:** Corpo uterino retroversoflesso di volume regolare, a morfologia regolare, ad ecostruttura lievemente disomogenea. Ovaio destro regolare. Ovaio sinistro, di difficile visualizzazione, apparentemente regolare.



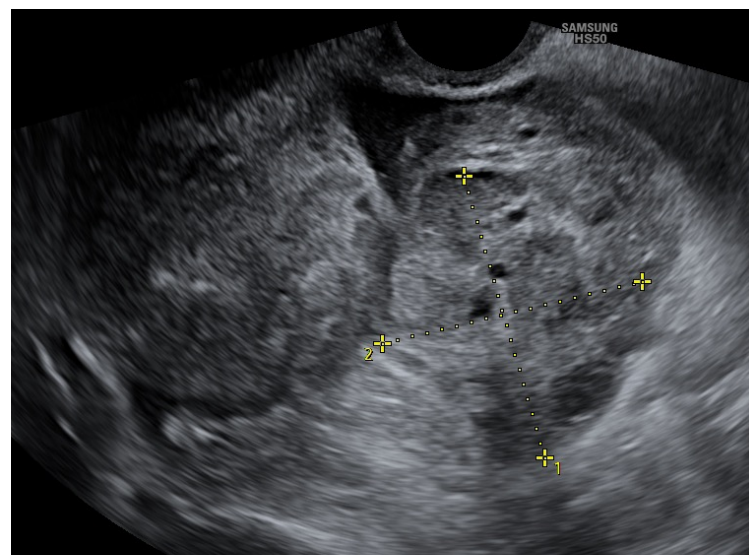
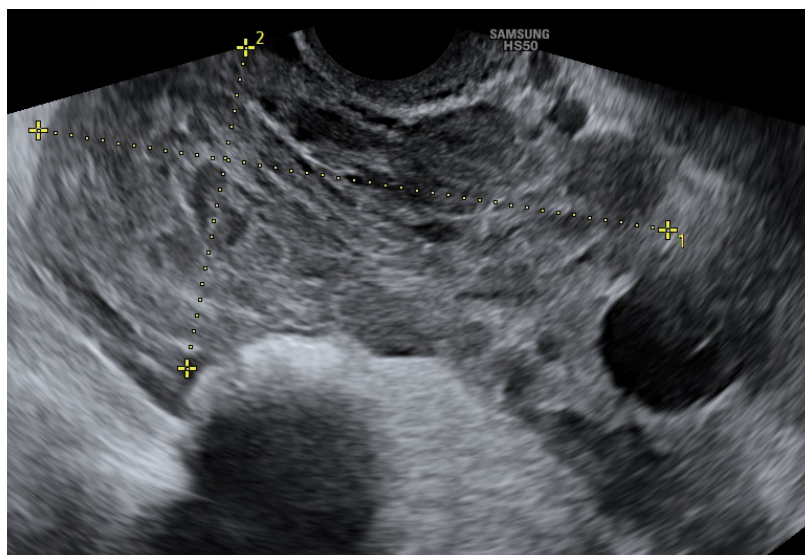
Adiacente al parenchima ovarico di sinistra e non clivabile dallo stesso si evidenzia formazione allungata di mm 83x48x53, ballottabile alla pressione con sonda, non vascularizzata al color doppler, intensamente dolente alla pressione con sonda. Nel Douglas falda fluida di mm 27.

Caso Clinico

A cura di: Dr.ssa Mara Albanese

Dipartimento per la Tutela della Salute e della Qualità di Vita della Donna-U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia-International School of Surgical Anatomy, IRCCS Ospedale "Sacro Cuore-Don Calabria", Negrar di Valpolicella, Verona

Caso
Clinico
Dicembre
2024



Di cosa si tratta?

- 1) Sactosalpinge
- 2) Torsione tubarica isolata
- 3) Coagulo da corpo luteo emorragico
- 4) Coagulo da altra causa

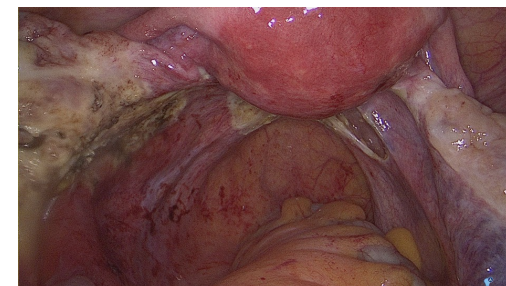
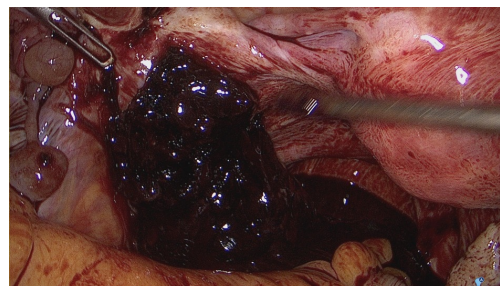
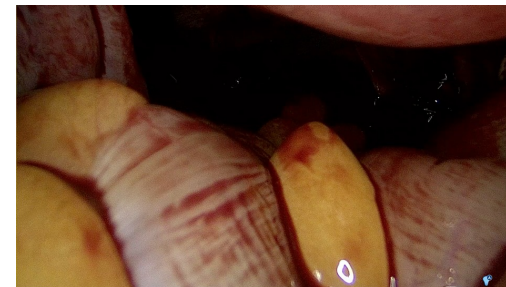


Di cosa si tratta?

- 1) Sactosalpinge
- 2) Torsione tubarica isolate
- 3) Emoperitoneo da corpo luteo emorragico
- 4) **Emoperitoneo da altra causa**

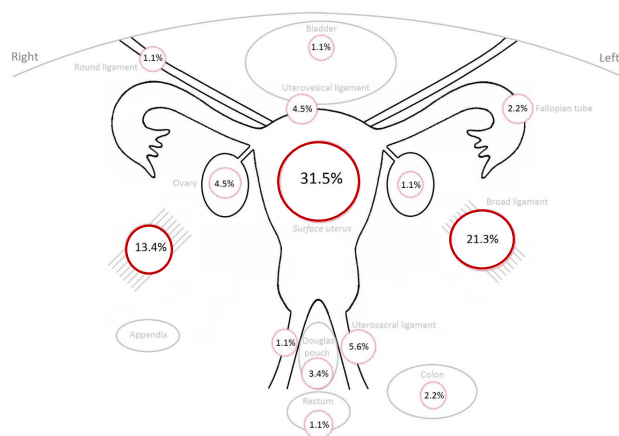


La paziente è stata sottoposta a laparoscopia operativa urgente con diagnosi di emoperitoneo con versamento ematico libero e con coagulo paraovarico sinistro. Annessi regolari. Origine del sanguinamento individuata in alcuni punti del peritoneo pelvico con aspetto suggestivo per focolai di endometriosi. Eseguita toilette addominale. Eseguite ampie biopsie peritoneali nelle sedi di verosimile endometriosi origine del sanguinamento



La diagnosi istologica deponeva per endometriosi

Emoperitoneo spontaneo in pazienti con endometriosi



Frequencies and 95% confidence intervals (CIs) of spontaneous hemoperitoneum in pregnancy (SHIP) in different subgroups of patients.

Subgroup	n/N	Rate, %	95% CI
History of surgery	0/238	0.0	0.0–1.6
Endometriosis at ultrasound	1/231	0.4	<0.1–2.4
Endometriomas at ultrasound	1/204	0.5	<0.1–2.7
Deep peritoneal lesions at ultrasound	1/44	2.3	0.4–11.8
Fresh cycle	1/244	0.4	<0.1–2.3
Frozen cycle	0/118	0.0	0.0–3.2
Whole cohort	1/362	0.3	<0.1–1.5

Gran parte dei casi riportati in letteratura riguardano donne in gravidanza, nelle quali il processo di decidualizzazione sembra essere il principale determinante. Al contrario di quanto si potrebbe pensare non è l'endometrioma la fonte di sanguinamento più frequente ma le localizzazioni di endometriosis dei legamenti larghi posteriori e della superficie posterior dell'utero.

Emoperitoneo spontaneo in pazienti con endometriosi

Source	Year	Number of patients	Previous diagnosis of endometriosis	Medical treatment	Surgical treatment	Surgical findings
Ranney [6]	1970	4	No	No	Laparotomy	Case 1: bleeding endometriotic peritoneal deposits Case 2: ruptured right endometrioma of 20–25 cm Case 3: ruptured left endometrioma Case 4: bleeding endometriotic peritoneal deposits
Carmichael and Williams [7]	1972	1	No	No	Laparotomy	Active bleeding from endometriosis deposits of the posterior surface of the left broad ligament
Kumar [8]	1996	1	No	Oral contraceptives	Laparotomy	Active bleeding from endometriotic deposits in the pouch of Douglas and along both uterosacral ligaments
Harmanli et al. [9]	1998	1	No	No	Laparotomy	Tubal endometriosis implants and a large, ruptured, hemorrhagic endometriotic cyst
Janicki et al. [10]	2002	1	Yes	No	Laparotomy (stage III endometriosis diagnosed at prior laparoscopy)	Left endometrioma (5 × 6 cm) Erosion of the left uterine artery
Fiadjoe et al. [11]	2008	1	Not specified	No	Laparotomy	Ruptured right endometrioma eroding into the broad ligament, pelvic side wall and uterine artery
Evangelinakis et al. [12]	2009	16	Not specified	Not specified	Laparoscopy	Ruptured left (n = 11) and right endometrioma (n = 5)
Mutihir and Nyango [13]	2010	1	Yes (umbilical endometriosis)	Discontinued Norethisterone 6 days before the event	Laparotomy	Active bleeding from endometriotic deposits in the pouch of Douglas and of the sigmoid colon
Togami et al. [14]	2015	1	Yes (site and prior procedures not specified)	No	Laparoscopy	Active bleeding from endometriotic peritoneal deposits
Present report	2016	1	No	Oral contraceptives	Laparoscopy	Fissured left uterine artery due to the presence of deep infiltrating endometriosis

Buggio et al 2016

In letteratura, seppur in numero minore, sono riportati anche casi di emoperitoneo spontaneo in donne affetti da endometriosi non in gravidanza. I casi di emoperitoneo descritti sono determinati o da sanguinamento attivo di localizzazioni di endometriosi o da erosioni di vasi uterini o ovarici