

POSSIBILITÀ DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE DELL'AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLE CISTI OVARICHE

Gentili P., Giorlandino C., Vizzone A.*, Rossetti C., Pietropoli A.*

Artemisia Medical Center - Roma

* *Il Università "Tor Vergata" - Roma*

Clinica Ostetrica e Ginecologica

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni l'aspirazione ecoguidata delle cisti ovariche sta riscuotendo un notevole interesse, sulla scia dell'ampia utilizzazione dell'accertamento agobiopsico di formazioni sospette e/o di dubbio significato rilevate nel corso di esami strumentali quali TAC, ecografica e radiografia.

Questa metodica, inizialmente utilizzata per l'approfondimento diagnostico di formazioni presenti in organi superficiali (mammella, tiroide) è diventata nel tempo di routinaria applicazione in campo internistico (fegato, rene, pancreas, polmone, addome) evidenziandosene l'elevata potenzialità diagnostica ed il bassissimo rischio (Livraghi 1984; Schwerk 1983; Livraghi 1983; Civardi 1986).

Sulla scia di tali esperienze e di quella che via via si stava acquisendo nell'aspirazione ecoguidata di follicoli ovarici nel contesto di programmi di fertilizzazioni in vitro, è stata recentemente valutata la possibilità di aspirazione ecoguidata di formazioni cistiche annessiali sia a scopo diagnostico che terapeutico (De Crespigny 1985; Orsini 1989).

Riportiamo al riguardo la nostra esperienza riferita ad agobiopsia eseguita su cisti semplici, pluriconcamerate ed a contenuto fluido-denso al fine di valutare le possibilità della metodica nell'approfondimento diagnostico-citologico della natura delle formazioni e nel drenaggio completo o parziale delle cisti.

Viene inoltre valutata la potenzialità terapeutica di tale metodica in relazione alla avvenuta regressione ovvero recidiva delle cisti a seguito dello svuotamento delle stesse.

METODOLOGIA DELL'AGOASPIRAZIONE

Le vie di accesso utilizzate per l'agobiopsia sono state la trans-

Sorrento, 23 - 27 ottobre 1989

Penetrati all'interno della formazione, si è proceduto all'aspirazione del contenuto della stessa mediante depressione esercitata manualmente con siringa ovvero connessione a pompa aspirante (70 mm Hg) (fig. 1b).

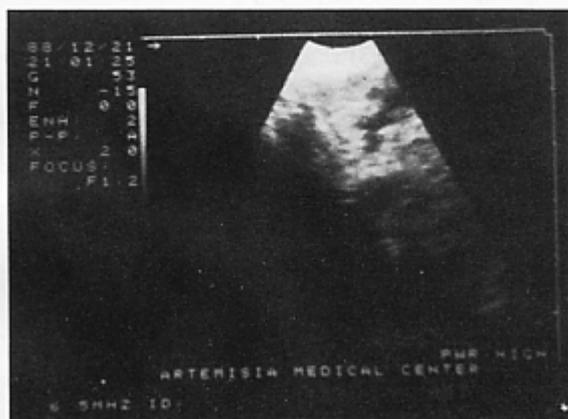


Fig. 1b - Stesso caso al termine dello svuotamento della formazione: si osservano le pareti della cisti collassate ed un minimo residuo fluido.

Il liquido aspirato è stato quindi sottoposto ad indagine cito-oncologica.

Nelle agobiopsie effettuate con finalità terapeutiche dopo l'aspirazione della cisti, nei casi in cui la stessa appariva all'esame ecografico ben delimitata e capsulata, è stata introdotta una soluzione di Rolitetraciclina (Reverin Hoechst) in quantità proporzionale all'entità del materiale aspirato allo scopo di sclerotizzare le pareti della formazione cistica ed ostacolarne la recidiva.

Le pazienti sono state ricontrollate nelle 24 ore successive al prelievo onde escludere l'insorgenza di complicanze, e sottoposte successivamente a follow-up ecografico a distanza di un mese, quindi trimestralmente onde evidenziare l'andamento della situazione pelvica e l'eventuale insorgenza di recidive.

CASISTICA

Sono state eseguite 92 aspirazioni ecoguidate di formazioni cistiche annessiali in pazienti di età compresa tra 18 e 63 anni.

In tutti i casi considerati l'indagine ecografica preliminare, eseguita sia per via addominale sovrapubica che endovaginale non aveva evidenziato aspetti ecografici delle cisti, sospetti per malignità (Meire 1978; Walsh 1979, Hermann 1987).

A tale proposito, per la sua superiore capacità di risoluzione, è stata particolarmente utile l'indagine ecografica transvaginale, ad esempio per la identificazione di minimi processi vegetanti parietali aggettantisi nel lume della cisti.

Il prelievo è stato effettuato in 24 casi per via transaddominale ed in 68 casi per via transvaginale.

Le caratteristiche ecografiche della cisti ne hanno permesso una differenziazione nei seguenti tre gruppi:

a) cisti semplice (n. 53): formazioni cistiche uniloculari a contenuto fluido completamente anecoico (fig. 2);

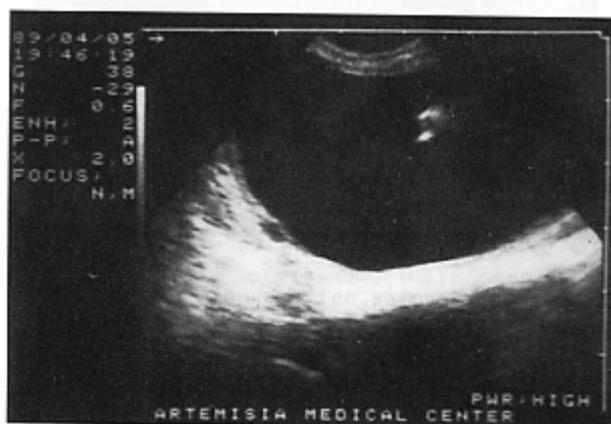


Fig. 2 - Immagine ecografica di agoaspirazione di cisti semplice.

Sorrento, 23 - 27 ottobre 1989

b) cisti sepiantate (n. 21): formazioni cistiche a contenuto fluido sepiantate da sottili setti iperecogeni in plurime concamerazioni (fig. 3);

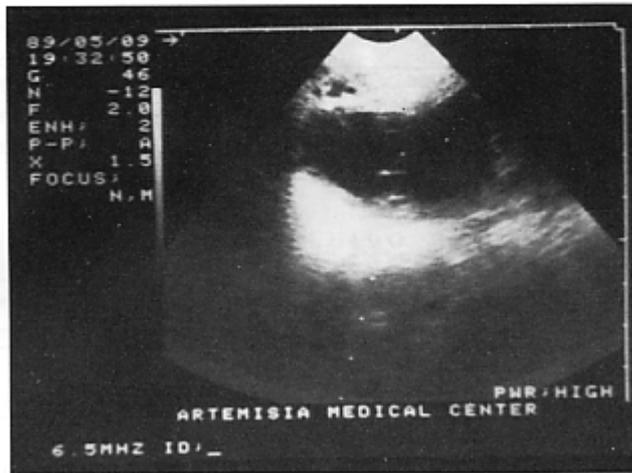


Fig. 3 - Immagine ecografica di agoaspirazione di cisti sepiantate.

c) cisti fluido-dense (n. 18): formazioni cistiche ipoecogene come per contenuto fluido denso uniloculare (n. 7) (fig. 4) e pluriconcamerate (n. 11).

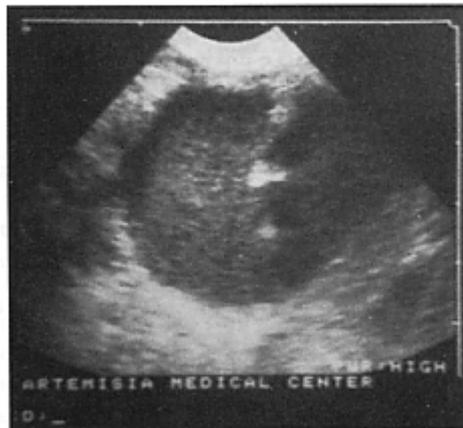


Fig. 4 - Immagine ecografica di agoaspirazione di cisti fluido-dense.

Nella tab. 1 è riportato l'andamento delle aspirazioni delle cisti semplici.

CISTI SEMPLICI

SVUOTAMENTO	RISULTATO CITOLOGICO	FOLLOW UP				
		PERSE	IN CORSO	COMPLETATO	REGRESSIONE	RECIDIVA
completo n=43 (81%)	negativo n=41	4	5	44	32 (72,7%)	12 (27,3%)
	positivo n=2	.	.	2		
incompleto n=10 (19%)	negativo n=10	2	2	6	2 (33,4%)	4 (66,6%)

Tab. 1

In tali casi si è avuto uno svuotamento completo della cisti nell'81% dei casi ed una conferma citologica della benignità delle cisti nel 96,2% dei casi. Il follow-up ha evidenziato una regressione delle cisti nel 72,7% delle formazioni nelle quali si era avuto un completo drenaggio della cisti stessa. Nelle cisti nelle quali lo svuotamento è stato parziale, la regressione è stata invece solo del 33%.

Nella tab. 2 è riportato l'andamento della aspirazione delle cisti sepolimentate.

CISTI SEPIMENTATE

SVUOTAMENTO	RISULTATO CITOLOGICO	FOLLOW UP				
		PERSE	IN CORSO	COMPLETATO	REGRESSIONE	RECIDIVA
completo n=4 (19%)	negativo n=4	.	.	4	2 (50%)	2 (50%)
incompleto n=17 (81%)	negativo n=14	5	2	7	1 (14,2%)	6 (85,8%)
	positivo n=3	.	.	3		

Tab. 2

In tali casi si è avuto uno svuotamento completo della cisti solo nel 19% dei casi, mentre nell'81% dei casi lo svuotamento è stato incompleto.

Sorrento, 23 - 27 ottobre 1989

L'esame citologico dell'aspirato è risultato positivo per degenerazione maligna nel 14,2% dei casi.

Il follow-up ha evidenziato una regressione delle cisti nel 50% delle formazioni nelle quali il drenaggio delle cisti è risultato completo e solo del 14,2% delle formazioni nelle quali il drenaggio della cisti è risultato parziale.

Nella tab. 3 è riportato l'andamento delle aspirazioni delle cisti fluido-dense in tali casi si è avuto uno svuotamento completo nel 27,7% dei casi, mentre nel 72,3% dei casi lo svuotamento è stato incompleto.

CISTI FLUIDO DENSE

SVUOTAMENTO	RISULTATO CITOLOGICO	FOLLOW UP				
		PERSE	IN CORSO	COMPLETATO	REGRESSIONE	RECIDIVA
completo n=5 (27,7%)	negativo n=5	1	1	3	2* (66,6%)	1*** (33,4%)
incompleto n=13 (72,7%)	negativo n=13	4	2	7	2* (28,5%)	5** (71,5%)

- * endometriosisica seguita da terapia con Danatrol
- ** endometriosisiche 3 operate 2 sotto terapia con Danatrol
- *** cistoadenoma mucinoso operato

Tab. 3

L'esame citologico è risultato negativo in tutti i casi e deponente nell'88,8% dei casi per cisti endometriosisiche.

Il follow-up ha evidenziato una regressione delle cisti nel 66,6% delle formazioni completamente drenate e nel 28,5% delle formazioni parzialmente drenate. In tali casi è comunque da tener presente che la natura endometriosisica delle cisti, accertata citologicamente, aveva sempre portato ad una terapia con Danatrol a seguito dell'aspirazione.

In 41 delle 51 formazioni cistiche nelle quali è stato possibile ottenere un drenaggio completo delle cisti è stata iniettata una soluzione di Rolitetraciclina allo scopo di sclerotizzare le pareti delle formazioni cistiche ed ostacolarne la recidiva.

In nessun caso si sono avute complicazioni quali ipotensione, emorragie, sepsi, peritonite a seguito dell'aspirazione. Le pazienti hanno solo accusato una modesta sintomatologia dolorosa d'entità peraltro controllabile dalla sedazione farmacologica effettuata e che non ha impedito in nessun caso l'esecuzione del prelievo stesso.

COMMENTO

L'indagine ecografica per via endovaginale, come già ampiamente dimostrato nell'aspirazione dei follicoli ovarici nei programmi di fecondazione in vitro, ha permesso un più sicuro e meno traumatico approccio agobiottico alle formazioni cistiche pelviche. Ciò a maggior ragione in quanto che tali formazioni tendono nella maggior parte dei casi a prolapsarsi nel Douglas, in prossimità dei fornici vaginali.

L'ecografia endovaginale inoltre, permettendo la utilizzazione di sonde ad elevata frequenza portate quasi a ridosso della formazione cistica, ne consente un più accurato studio morfostrutturale con una più affidabile possibilità di differenziazione tra formazioni cistiche benigne e maligne.

In presenza di formazioni cistiche apparentemente benigne, l'agoaspirazione ecoguidata delle stesse permette di ottenere in primo luogo ed in ogni caso una tipizzazione citologica delle formazioni con conferma o meno della sua benignità. Nella nostra casistica il risultato citologico agobiottico nel 3,8% delle cisti semplici e nel 14,2% delle cisti sepolimentate, ha corretto l'impressione ecografica di cisti benigne rilevando la presenza di atipie cellulari nel prelievo.

La conferma citologica della benignità delle cisti ne permette altresì un più sicuro management clinico, permettendo di programmare l'intervento e di poter contare sia su una possibile risoluzione delle cisti a seguito dello svuotamento effettuato, sia su una semplice possibile risoluzione spontanea delle stesse.

Nei casi in cui l'esame citologico deponga per una cisti endometriosa e inoltre possibile dopo il prelievo effettuare una terapia medica specifica che possa evitare la recidiva delle formazioni completamente drenate, e completare la regressione di alcune delle formazioni andate incontro ad uno svuotamento incompleto.

Accanto a quello diagnostico, un secondo obiettivo talvolta raggiungibile con l'agobiopsia è quello terapeutico, legato alla possibilità di completo drenaggio delle cisti ed ad una successiva sclerotizzazione delle pareti delle stesse. Tale involuzione dell'epitelio può avvenire spontaneamente a seguito del drenaggio delle cisti od essere indotto con farmaci sclerotizzanti.

La regressione delle formazioni cistiche a seguito dell'agoaspirazione si è osservata nella maggior parte dei casi (72,7%) delle cisti semplici che risultano più frequentemente completamente drenabili (81% dei casi).

Anche circa un terzo delle cisti semplici che erano state solo parzialmente drenate sono andate incontro ad una completa regressione.

Nelle cisti sepolimentate si è avuta una minore possibilità di regressione legata alla maggior difficoltà di aspirarne il contenuto fluido a causa delle diverse concamerazioni presenti.

Le formazioni nelle quali è stato possibile ottenere un completo drenaggio delle cisti (19% dei casi) erano costituite da cisti biconcamerate e di queste nel 50% dei peraltro pochi casi osservati, si è avuta una completa regressione delle cisti stesse.

Anche le cisti fluido dense, per le caratteristiche stesse del loro contenuto hanno nella maggior parte dei casi (72,3% dei casi) condotto solo ad un parziale svuotamento della formazione. Essendosi peraltro rilevate all'esame citologico nel 94,4% dei casi costituite da cisti endometrioidiche, il management delle stesse si è potuto avvalere dell'associazione di una terapia medica specifica (Danatrol 600 ml;-die).

Tale associazione ha permesso nel 66,6% delle cisti completamente drenate una completa regressione delle formazioni e nel 28,5% delle cisti parzialmente svuotate un completamento della terapia con regressione delle cisti.

In due cisti endometrioidiche l'agoaspirazione ha permesso una sensibile riduzione delle dimensioni delle cisti (da 8 cm. e 7,5 cm. rispettivamente a 3,5 e cm.) consentendo la regressione della sintomatologia ed una successiva terapia medica in grado di stabilizzare nel tempo il risultato ottenuto.

Nella nostra esperienza, a conferma di quanto già sottolineato da altri autori (Livraghi 1981; Clivardi 1986, Orsini 1989) non si sono osservate complicazioni degne di nota a seguito dell'agoaspirazione.

Le pazienti hanno solo accusato una modesta sintomatologia dolorosa di entità peraltro controllabile dalla sedazione farmacologica effettuata e che non ha impedito in nessun caso l'esecuzione del prelievo stesso.

CONCLUSIONI

La nostra esperienza nell'agoaspirazione ecoguidata delle formazioni cistiche pelviche ha evidenziato di seguenti aspetti:

- a) semplicità ed agevole esecuzione del prelievo in particolare per via endovaginale;
- b) possibilità nel 100% dei casi di avere una conferma citologica sulla natura delle formazioni;
- c) elevate possibilità di un completo drenaggio (81% dei casi) e di una successiva regressione (72,7% dei casi) delle cisti semplici;
- d) possibilità di un nuovo approccio terapeutico (aspirazione + terapia farmacologica) nelle cisti endometrioidiche;
- e) assenza di rischi e/o di complicanze legate all'esecuzione dell'agoaspirazione.

Considerati tali aspetti riteniamo quindi che l'agoaspirazione ecoguidata delle cisti pelviche debba assumere una notevole importanza nella fase decisionale preoperatoria delle formazioni cistiche ecograficamente caratterizzate da aspetti morfostrutturali di benignità. In particolare tale metodica deve essere considerata prioritaria in quei

casi in cui l'intervento chirurgico possa risultare rischioso per la conservazione dell'integrità anatomico-funzionale della paziente (ad esempio pazienti in età fertile già operate per cisti ovariche o con recidiva di tale patologia nell'ovaio residuo dopo annessiectomia controlaterale).

LEGENDA FIGURE

- Fig. 1a - Immagine ecografica dell'agobiopsia di cisti ovarica semplice a contenuto fluido: ben evidente la punta dell'ago all'interno della formazione.
- Fig. 1b - Stesso caso al termine dello svuotamento della formazione: si osservano le pareti della cisti collassate ed un minimo residuo fluido.
- Fig. 2 - Immagine ecografica di agoaspirazione di cisti semplice.
- Fig. 3 - Immagine ecografica di agoaspirazione di cisti seppimentate.
- Fig. 4 - Immagine ecografica di agoaspirazione di cisti fluido dense.

BIBLIOGRAFIA

- 1) CIVARDI G., FORNARI F., CAVANNA L., DI STASI M., ROSSI S., BUSCARINI E., BUSCARINI L.: Ultrasonically guided fine needle aspiration biopsy (UG-FNAB): a useful technique for the diagnosis of abdominal malignancies. *Eur. J. Cancer Clin. Oncol.*, 22 (2): 225-227, 1986.
- 2) DE CRESPIGNY L. C., ROBINSON H.P., DAVOREN R. A., FORTUNE D. W.: Ultrasound guided puncture for gynaecological and pelvic lesions. *J. Obstet. Gynaecol. Aug.*, 25 (3) 227-229, 1895.
- 3) HERMANN U. J., LOCHER G. W., GOLDHIRSCH A.: Sonographic patterns of ovarian tumors: prediction of malignancy. *Obstet. Gynecol.*, 69, 777-81, 1987.
- 4) LIVRAGHI T.: A simple no-cost technique for real-time biopsy. *J. Clin. Ultrasound*, 12, 60-62, 1984.
- 5) LIVRAGHI T., DAMASCELLI B., LOMBARDI C., SPAGNOLI I.: Risk in fine needle abdominal biopsy. *J. Clin. Ultrasound*, 11, 27-31, 1983.
- 6) MEIRE H. B., FARRANT P., GUHA T.: Distinction of benign from malignant ovarian cysts by ultrasound. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 85, 893-9, 1978.
- 7) ORSINI L. F., BRONDELLI L., BARNABE' S., CASADEI M., SACCO M., CARRETTI D., BOVICELLI L.: L'agoaspirazione ecoguidata nella diagnosi delle tumefazioni pelviche. *Ultrasonica - Vol. IV - n. 1/89.*

Sorrento, 23 - 27 ottobre 1989

- 8) SCHWERTK W. B., DURR H. K., SCHMITZ-MOORMAN P.: Ultrasound guided fine needle biopsy in pancreatic and hepatic lesions. *Gastrointestinal Radiol*, 8, 219-225, 1983.
- 9) WALSH J. W., TAYLOR K. J., WASSON J. F. M., SCHWARTZ P. E., ROSENFELD A. T./ Gray scale ultrasound in 204 proved gynecologic masse: accuracy and specific diagnostic criteria. *Radiol.*, 130, 391-7, 1979.