Endometriosi vescicale: caratteristiche, opzioni terapeutiche ed esiti chirurgici

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica
H. San Raffaele Resnati, Milano

Commento a:
Piriyev E, Schiermeier S, Römer T.
Bladder endometriosis: diagnostic, therapy, and outcome of a single-center experience
Diagnostics (Basel). 2025 Feb 14;15(4):466. doi: 10.3390/diagnostics15040466. PMID: 40002617; PMCID: PMC11854327

L'endometriosi è una patologia benigna cronica che colpisce fino al 10% delle donne in età fertile. Il coinvolgimento del tratto urinario si verifica nello 0,3-12% dei casi, ma sale al 19-53% nelle donne affette da endometriosi infiltrante profonda (DIE). La vescica è l'organo più frequentemente colpito del tratto urinario (fino all'80% dei casi), seguita dagli ureteri (9-23%). La vera **endometriosi vescicale** è definita dalla presenza di lesioni endometriosiche nel muscolo detrusore, con coinvolgimento parziale o a tutto spessore. Le lesioni confinate al peritoneo vescicale senza infiltrazione muscolare devono invece essere classificate come endometriosi peritoneale superficiale. Nella maggior parte dei casi, la mucosa interna non è infiltrata direttamente dai noduli. Alle caratteristiche e alla cura della patologia è dedicato lo studio di Thomas Römer e collaboratori, dell'Università di Cologna (Germania).

Caratteristiche specifiche e patogenesi

L'endometriosi vescicale presenta tratti clinici e biologici ben definiti:

presentazione clinica: i sintomi urinari specifici più comuni includono la disuria severa (fino al 69%), il dolore sovrapubico associato a poliuria (41%) e l'ematuria (fino al 19%). A questi si associano sintomi ginecologici classici come dismenorrea (88-96%), dispareunia profonda (38%) e dischezia;
meccanismo dell'ematuria: l'infiltrazione della mucosa non è l'unica causa di ematuria; il sanguinamento può essere provocato anche dall'attività ciclica delle cellule endometriosiche intra-detrusoriali, dallo stato infiammatorio circostante e dall'iperattività contrattile del detrusore;
origine primaria o spontanea: la patologia può derivare dall'impianto di tessuto mestruale retrogrado nello scavo vescico-uterino – con conseguente formazione di aderenze fra utero e vescica (presenti nel 69% dei casi) – oppure dalla metaplasia di un'adenomiosi anteriore (concomitante nel 64% dei casi);
origine secondaria: la patologia può anche manifestarsi a seguito di traumi iatrogeni della parete vescicale durante interventi chirurgici uterini che comportano l'apertura della cavità (come il taglio cesareo e la miomectomia);
lesioni laterali: mentre le teorie primarie e secondarie spiegano la localizzazione centrale, i noduli disposti sulle pareti vescicali laterali sembrano originare dalla metaplasia dell'endometriosi parametriale.
Rischi per la salute del rene e strategie di protezione

Il coinvolgimento del distretto urinario comporta seri pericoli per la funzionalità renale:

ostruzione ureterale: la progressione del nodulo vescicale o la coesistenza di focolai ureterali possono causare una compressione estrinseca o un'obliterazione dell'uretere, bloccando il normale deflusso dell'urina verso la vescica;
idronefrosi silente: l'ostruzione può portare a idronefrosi, un marker critico di danno renale cronico; per questo motivo, l'ecografia renale è obbligatoria nel percorso pre-operatorio, per escludere sofferenze parenchimali;
perdita della funzione d'organo: nei casi più gravi, l'obliterazione completa dell'uretere richiede interventi complessi di ureteroneocistostomia (reimpianto ureterale) per salvare il rene da atrofia e insufficienza permanente;
rischi post-operatori: i processi di guarigione e cicatrizzazione tissutale possono causare complicanze tardive, come la stenosi ureterale (riscontrata dopo la resezione di noduli ampi), che richiedono reinterventi urologici di revisione;
utilizzo preventivo di stent: se il nodulo è vicino al trigono (distanza <2 cm) o supera i 3-4 cm, è indicato il posizionamento di stent ureterali a doppio J (D-J) per proteggere le vie urinarie dall'edema post-operatorio, bilanciando il beneficio con il rischio di infezioni urinarie ascendenti.
Diagnosi, opzioni terapeutiche e risultati chirurgici

La gestione della patologia richiede un percorso diagnostico-terapeutico mirato e multidisciplinare:

diagnosi preoperatoria: si basa sull'ecografia transvaginale e addominale per valutare le dimensioni dei noduli, integrata dalla cistoscopia nei casi di disuria severa per verificare lo stato della mucosa e mappare i dotti ureterali;
terapia medica: i trattamenti ormonali con progestinici o contraccettivi combinati alleviano temporaneamente i sintomi dolorosi ma non eliminano la componente fibrotica dei noduli, esponendo al rischio di progressione della malattia a lungo termine;
resezione vescicale parziale: è la tecnica gold standard per infiltrazioni a tutto spessore. Comporta l'escissione laparoscopica completa della lesione con un margine di 2 mm di tessuto sano, per garantire il minor tasso di recidiva;
shaving vescicale: consiste nella rimozione dei noduli dal muscolo detrusore senza intaccare o aprire la mucosa vescicale integra, riducendo così i tempi di degenza e di cateterizzazione post-operatoria;
inefficacia della chirurgia transuretrale (TUR): la TUR isolata è sconsigliata poiché l'endometriosi invade la vescica dall'esterno (peritoneo) verso l'interno (mucosa); non garantisce quindi la radicalità sul detrusore e comporta un alto rischio di perforazione e recidiva;
esiti clinici: su 11.714 interventi analizzati, lo studio ha registrato una prevalenza di endometriosi vescicale dello 0,35%. Il trattamento chirurgico ha garantito un miglioramento dei sintomi generali nel 90% delle pazienti e una risoluzione completa della disuria nel 100% dei casi.
Conclusioni

Il trattamento dell'endometriosi vescicale richiede elevate competenze laparoscopiche, padronanza delle tecniche di sutura e profonda conoscenza dell'anatomia pelvica. Sebbene i ginecologi possano gestire autonomamente i noduli localizzati al cupolino vescicale, la vicinanza al trigono o il coinvolgimento ureterale impongono una pianificazione chirurgica interdisciplinare in collaborazione con l'urologo.