

La Sindrome da Congestione Pelvica*

Responsabile Scientifico: Pier Luigi Antignani

Presidente: Leonardo Aluigi

Moderatori: Pier Luigi Antignani, Raoul Borioni

La Sindrome da Congestione Pelvica

P.L. Antignani, S. Bilancini, S. Minucci, G. Nero, M. Parisella, A. Rossetti, L. Tessari

La Sindrome da Congestione Pelvica (PCS) è spesso trascurata e non trattata. Tale patologia è caratterizzata da una sintomatologia cronica che può includere dolore pelvico, pesantezza perineale, urgenza minzionale e dolore post-coitale, causati dal reflusso e/o ostruzione delle vene ovariche e/o pelviche a cui si possono associare varici vulvari, perineali e/o degli arti inferiori.

La dilatazione delle vene ovariche è stata osservata nel 10% delle donne: di queste fino al 60% può sviluppare PCS. Il 30% delle pazienti con dolore pelvico cronico (CPP) ha come unica causa una sintomatologia dolorosa, mentre un ulteriore 15% ha una PCS associata ad un'altra patologia pelvica. Tuttavia il diametro della vena ovarica non correla direttamente con l'insufficienza della stessa.

L'eziologia della PCS è multifattoriale e include fattori di rischio meccanici (congeniti o acquisiti), ormonali e psico-somatici.

L'ipertensione venosa è il fattore principale per lo sviluppo di PCS ed è il risultato di un flusso venoso anomalo. In particolare quando il flusso assume una direzione centrifuga/retrograda determina lo sviluppo di varici pelviche dovute al reflusso nella vena iliaca interna o ovarica, mentre il flusso patologico con un andamento centripeto/anterogrado determina un difetto al deflusso della vena pelvica che è legato a cause intraluminari (trombotiche) o extraluminari (compressive).

Le modificazioni strutturali delle varicosità pelviche sono simili a quelle delle vene varicose in altre sedi: si manifestano con fibrosi della tunica intima e della media, ipertrofia muscolare e proliferazione dell'endotelio capillare. Alcuni studi hanno dimostrato che le donne con PCS tendevano ad avere un utero più grande e maggiori alterazioni cistiche dell'ovaio rispetto alle donne sane. Le modificazioni cistiche ovariche variavano da un classico aspetto policistico alla presenza di gruppi di 4-6 cisti di 5-15 mm di diametro in entrambe le ovaie che risultavano aumentate di dimensioni.

*Evento accreditato ECM. In collaborazione con la SIDV, Società Italiana di Diagnostica Vascolare

I sintomi clinici principali della PCS sono il dolore pelvico non ciclico, che può essere esacerbato dai cambiamenti posturali, dal cammino, dai rapporti sessuali, dalle mestruazioni e la dispareunia. Il segno clinico più caratteristico è la presenza di vene varicose in zona perineale, vulvare, glutea o della coscia in sede posteriore.

L'ecografia transaddominale che nella maggior parte dei casi è il primo passo per la diagnosi strumentale, può escludere disturbi pelvici intrinseci, mostrare varicosità pelviche e documentare l'insufficienza della vena ovarica. L'ecografia transaddominale ha un grande valore diagnostico grazie alla visualizzazione diretta della vena ovarica sinistra. È stato riportato che un diametro della vena ovarica di 6 mm all'ecografia ha un valore predittivo positivo del 96% per varici pelviche. Tuttavia le sole misurazioni del diametro non sono correlate direttamente al reflusso della vena ovarica, pertanto l'indagine ecografica dovrebbe ricercare il reflusso con la paziente in posizione a 45 gradi.

L'ecografia trans-vaginale è considerata l'esame di scelta poiché offre una migliore visualizzazione del plesso venoso pelvico rispetto all'ecografia transaddominale. La presenza di strutture venose circolari o lineari con un diametro maggiore di 5 mm è indicativa di varicosità pelvica. Un flusso sanguigno caudale invertito può essere visualizzato nelle vene ovariche e si possono osservare vene arcuate dilatate che attraversano il miometrio.

L'ecografia duplex delle vene degli arti inferiori è una parte fondamentale del protocollo di imaging per migliorare la valutazione della PCS in particolare in presenza di vene varicose atipiche (perineali, vulvari, glutei o posteriori di coscia).

La tomografia computerizzata (TC) a sezione trasversale ha un ruolo di minore importanza diagnostica rispetto ad altre metodiche perché non fornisce informazioni sui cambiamenti emodinamici che si verificano nelle vene pelviche. Nella TC dopo somministrazione del contrasto le varicosità appaiono isodense rispetto alle altre vene addominali. L'importanza di questa indagine diagnostica è la capacità di escludere altre patologie pelviche.

Alla risonanza magnetica (RM) le varicosità pelviche sono identificate come strutture tubulari tortuose aumentate lungo il decorso delle vene ovariche, attorno agli annessi e nel pavimento pelvico. Le vene renali come pure la vena iliaca comune e/o esterna possono anche essere valutate per ricercare di segni compressivi (sindrome dello Schiaccianoci).

La venografia selettiva retrograda diretta con catetere delle vene ovariche e iliache interne è il metodo di scelta per la diagnosi della patologia venosa pelvica.

L'utilizzo degli ultrasuoni intravascolari (IVUS) per la diagnosi di PCS è molto raro ed è principalmente applicato per rilevare sindromi da compressione (Schiaccianoci, May-Thurner) o per valutare le alterazioni post-trombotiche delle vene.

La sensibilità della laparoscopia in fase di diagnosi è di circa il 40% permettendo di visualizzare prominenti vene dilatate nel legamento largo e varici pelviche.

Per la conferma della diagnosi di PCS devono essere escluse le altre patologie del bacino quali: fibromi, adenomiosi, endometriosi, malattia infiammatoria pelvica, malattie delle ovaie e delle tube di Falloppio, tumori pelvici, cistite, malattie infiammatorie intestinali e aderenze, malformazioni artero-venose pelviche, ipertensione portale, ecc.

La terapia sintomatica (antidolorifica) comprende analgesici, farmaci antinfiammatori non steroidei, farmaci psicotropi ma l'effetto di tale terapia è transitorio.

La terapia ormonale (medoxyprogesterone acetato MPA, ormone a rilascio della gonadotropina GnRH) mostra un buon effetto terapeutico ma l'uso a lungo termine non è raccomandato a causa dell'elevato rischio di osteoporosi.

Il miglioramento precoce del tono venoso con frazioni di flavonoidi purificati micronizzati (MPFF) può ripristinare un'adeguata circolazione pelvica nelle pazienti con PCS, alleviando i sintomi pelvici, come dolore e pesantezza. Quindi l'MPFF rappresenta un'opzione per queste pazienti.

L'attuale trattamento chirurgico include la chirurgia a cielo aperto o laparoscopica per legare le vene insufficienti. Tuttavia queste procedure vengono eseguite raramente in quanto sono più invasive rispetto alle tecniche di embolizzazione endovascolare e richiedono l'anestesia generale e un periodo di recupero più lungo.

L'iniezione della schiuma sclerosante (tetradecil solfato di sodio o atossisclerol) può essere utilizzata sia per chiudere le vene troncolari (gonadiche) che per il trattamento delle vene varicose atipiche localizzate in sede perineale, vulvare, glutea o sulla coscia posteriore.

La terapia di embolizzazione transcateretere è il metodo di scelta per il trattamento della PCS. Lo scopo dell'embolizzazione è quello di occludere gli assi venosi insufficienti nella parte più vicina possibile all'origine del difetto. Nel caso di disturbi venosi pelvici si tratteranno gli assi gonadici, le vene varicose pelviche e i rami tributari insufficienti delle vene iliache interne.

Sindromi da compressione venosa possono anche portare a ipertensione del plesso venoso pelvico e provocare PCS. In questi casi il posizionamento di uno stent può risolvere la compressione: sindrome di May-Thurner - compressione non trombotica della vena iliaca comune sinistra da parte dell'arteria iliaca comune destra, sindrome dello "Schiaccianoci" o "Meso-aortica" - la compressione della vena renale sinistra tra l'arteria mesenterica superiore (SMA) e l'aorta o tra l'aorta e la colonna lombare nel caso di una vena renale retro-aortica. Bisogna fare attenzione a non diagnosticare eccessivamente la sindrome dello "schiaccianoci" poiché l'aspetto "pseudo-schiaccianoci" può mostrare un restringimento della vena renale a causa del sangue sequestrato da una vena ovarica incompetente.

L'embolizzazione selettiva diretta con catetere consente di trattare il reflusso proveniente dalla vena ovarica e dall'iliaca interna ma anche il punto di fuga proveniente dalle vene pelviche fino alle vene degli arti inferiori. In seguito al trattamento endovascolare il dolore pelvico è stato significativamente eliminato. Nonostante negli ultimi 20 anni siano stati pubblicati molti dati sull'efficacia dell'embolizzazione ovarica e/o vena iliaca interna per il trattamento della PCS è molto difficile confrontare i risultati clinici per l'assenza di un protocollo comune. Difatti ogni Centro ha utilizzato i propri criteri per valutare l'efficacia delle diverse opzioni diagnostiche e terapeutiche.

In sintesi si può ragionevolmente affermare che il trattamento di scelta per PCS è l'embolizzazione della vena pelvica. Le complicanze dopo questo tipo di trattamento sono molto rare ma possono svilupparsi durante tutta la procedura, all'inizio o alla fine. L'importanza di ciascun evento avverso deve essere valutata in base al tipo e alla gravità della complicanza.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Antignani PL, Geroulakos G, Bokuchava M. Clinical aspects of pelvic congestion syndrome. *Phlebology* 2016; 23: 127-9.

Dos Santos SJ, Holdstock JM, Harrison CC, Lopez AJ, Whiteley MS. Ovarian vein diameter cannot be used as an indicator of ovarian venous reflux. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2015; 49: 90-4.

Gianesini S, Antignani PL, Tessari L. Pelvic congestion syndrome: how to correctly manage it today. *Phlebology* 2016; 23: 142-5.

Greiner M, Dadon M, Lemasle P, Cluzel P. How does the pathophysiology influence the treatment of pelvic congestion syndrome and is the result long-lasting? *Phlebology* 2012; 27 (Suppl1): 58-64.

Lazarashvili Z, Antignani PL, Monedero JL. Pelvic congestion syndrome: prevalence and quality of life. *Phlebology* 2016; 23: 123-6.

Lazarashvili Z, Antignani PL, Monedero JL, Ezpeleta SZ. Pelvic congestion syndrome: how to correctly manage it today. *Acta Phlebologica* 2016; 17: 23-6.

Mahmoud O, Vikatmaa, P, Aho, P, et al. Efficacy of endovascular treatment for pelvic congestion syndrome. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord* 2016; 4: 355-70.

Monedero JL, Ezpeleta SZ, Perrin M. Pelvic congestion Syndrome can be treated operatively with good long-term results. *Phlebology* 2012; 27: 65-73.

Steenbeek M, van Der Vleuten CJM, Schultze Kool LJ, Nieboer TE. Noninvasive diagnostic tools for pelvic congestion syndrome: systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2018; 97: 776-86.

Whiteley MS, Dos Santos SJ, Harrison CC, Holdstock JM, Lopez AJ. Transvaginal duplex ultrasonography appears to be the gold standard investigation for the haemodynamic evaluation of pelvic venous reflux in the ovarian and internal iliac veins in women. *Phlebology* 2015; 30: 706-13.

Prof. Pier Luigi Antignani, Clinica Nuova Villa Claudia, Roma

Dott. Salvino Bilancini, Centro J.F. Merlen, Frosinone

Dott. Sergio Minucci, Specialista in Radiologia Endovascolare, già Direttore UOC Radiologia Interventistica, AO San Camillo-Forlanini

Dott. Gianfranco Nero, Angiologo, Casa di Cura "Villa Benedetta", Roma. Già Titolare presso Poliambulatori ASL Roma1

Dott.ssa Maria Parisella, Clinica Nuova Villa Claudia, Roma

Prof. Alfonso Rossetti, Specialista in Ostetricia, Aurelia Hospital, Roma

Dott. Lorenzo Tessari, Fondazione Bassi-Tessari, Peschiera del Garda, Verona

Per la corrispondenza: antignanipl@gmail.com