

Flussi mestruali abbondanti e patologie benigne dell'utero: stop alle isterectomie inappropriate

Promuoviamo una cultura salva-utero

■ Sono circa 60mila le isterectomie effettuate ogni anno in Italia. Troppe, soprattutto considerando che in molti casi di patologie benigne dell'utero, come le mestruazioni abbondanti, esistono soluzioni alternative all'intervento chirurgico demolitivo. A denunciarlo è la Sigo, che rilancia i risultati di un recente studio danese e si prepara a promuovere una campagna di informazione diretta alle donne

di **Valeria Dubini**
Vicepresidente nazionale Aogoi

Ancora troppe le isterectomie effettuate nel nostro Paese, soprattutto per risolvere patologie benigne come il flusso mestruale abbondante. E ancora troppa disinvoltura nel prendere una decisione che dovrebbe essere ben ponderata e che oggi ha tra l'altro molte alternative.

L'asportazione dell'utero è il più diffuso intervento dopo il taglio cesareo anche a livello mondiale: negli Usa e nel sud Australia l'ha subita una ultrasessantenne su tre, nel Regno Unito una su cinque. In passato alcuni studi hanno mostrato come l'asportazione dell'utero per flussi mestruali abbondanti poteva addirittura migliorare la vita sessuale delle pazienti.

È chiaro che se l'unica prospettiva offerta è l'isterectomia, l'operazione chirurgica può anche essere vissuta come una vera e propria liberazione dal problema. Non dimentichiamo che le mestruazioni eccessive, pur rappresentando una patologia benigna, hanno un forte impatto emotivo sul vissuto femminile e creano spesso ansia e una forte insicurezza nella donna.

“Come facevo a non spaventarmi di queste perdite continue?... Quale donna non sarebbe impazzita vedendo colare via la propria linfa?...” così si interrogava la protagonista del romanzo con cui Marie Cardinal ottenne negli anni '70 il prestigioso riconoscimento di “accademica di Francia”: e in questa frase ben si rappresenta la potenza evocativa del sangue che fuoriesce dai genitali, forse rappresentazione di antiche paure femminili. Non è un caso se in tutte le linee guida la definizione di flussi me-



struali abbondanti si rifà ad un criterio soggettivo piuttosto che ad un dato obiettivamente: “quantità di flusso che interferisce negativamente con il benessere fisico, emotivo, sociale e materiale della donna” secondo la definizione del National Health System. Dunque è importante dedicare ascolto alle preoccupazioni delle donne, sostenerle nelle loro paure, offrire rassicurazioni ma anche risposte: del resto di questo disturbo soffre circa il 20% delle pazienti che si rivolgono al ginecologo con costi sanitari, in termini di ricoveri, e sociali. Molte di loro, forse la maggioranza, sopportano disagi pesanti, come indossare assor-

benti ingombranti, limitarsi nella propria libertà di movimento, nella vita di relazione e di coppia. Le risposte sono oggi possibili: e se sono doverose in età riproduttiva, specie adesso che il progetto di una maternità viene spesso rimandato ben oltre i 30 anni, non devono essere trascurate neppure nelle età più mature, quando comunque l'utero riveste importanza nella statica pelvica, nella continenza, nei rapporti sessuali. Tutte le linee guida fanno infatti riferimento a terapie che devono essere utilizzate personalizzando le rispetto alle esigenze della donna che abbiamo davanti, ed utilizzandole correttamente nei

giusti dosaggi. Come prima linea di trattamento, per efficacia, troviamo il dispositivo intrauterino a lento rilascio di levonorgestrel, (Mirena°), da proporre a quelle donne che non presentano momentaneamente desiderio di prole: il vantaggio di questo presidio terapeutico, che anche per la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (Sigo) rappresenta l'opzione di prima scelta per ridurre i flussi eccessivi, è il rilascio di minime quantità di ormone che, agendo localmente, ovvero là dove occorre, ha il vantaggio di minimi effetti sistemici a fronte di un'efficacia estremamente elevata.

Nel 2005 una revisione sistematica della Cochrane Library mostrava che la IUD al levonorgestrel è efficace come la chirurgia conservativa nel controllo del sanguinamento endometriale (79-90% vs 89-98%), e presenta un livello di soddisfazione sovrapponibile.

Nello stesso tempo nel 2004 l'OMS pubblicava i “criteri medici da utilizzare nella scelta dei contraccettivi” (*Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*) e indicava nell'IUD al levonorgestrel un presidio utilizzabile senza restrizioni in moltissime condizioni nelle quali altri trattamenti ormonali sono invece controindicati come obesità, diabete, fumo, ipertensione e persino fattori di rischio cardiovascolare multipli.

Un'ulteriore conferma della validità di questa opzione terapeutica arriva anche dal recente studio randomizzato, pubblicato su *Acta Obstetrica et Gynaecologica* da Margit Dueholm del Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia dell'Università danese di Aarhus, che ha coinvolto 228 donne con flussi mestruali abbondanti in attesa di essere sottoposte a isterectomia: il 60% delle pazienti che hanno utilizzato Mirena nell'attesa ha mostrato un elevato grado di soddisfazione tanto da rinunciare all'intervento di isterectomia per il quale erano in attesa.

Ma allora perché, a fronte di tutti questi vantaggi, l'utilizzo di questo presidio nel nostro Paese continua ad essere bassissimo e ci rende fanalino di coda in Europa?

E perché nel contempo gli interventi di isterectomia continuano ad essere utilizzati nella patologia benigna, pur ricorrendo in maniera consistente e esponenziale alla chirurgia conservativa? Verrebbe da dire che forse ci piace più ricorrere al tavolo operatorio che pensare a terapie mediche: o forse dobbiamo semplicemente smettere di guardare all'utero come mero organo riproduttivo, prendere coscienza della complessità del problema, dei rischi e dei costi dell'intervento. È anche giunto il momento che siano le donne stesse ad essere messe in condizioni di richiedere le alternative possibili che la medicina oggi può offrire, attraverso le corrette informazioni ed una campagna comunicativa che ne rafforzi le consapevolezza.

Un cambiamento culturale
La battaglia salva-utero è abbastanza recente e partì alcuni anni orsono dall'Inghilterra, sulla scia delle evidenze che dimostravano come nella patologia benigna un utero su 2 era in realtà sano. Un'esperienza avviata alcuni anni fa nel Canton Ticino, che coinvolse in prima battuta i medici di base e gli specialisti, e che poi fu riproposta in fasi successive, non approdò ad alcun risultato in termini di riduzione degli interventi. Il numero delle isterectomie cominciò a calare solo quando fu avviata una campagna diretta alle donne, il che dimostra quanto sia importante coinvolgerle in questo processo, facendo loro capire che vi sono davvero alternative valide. In Italia l'attenzione a questo problema è ancor più recente e

► Segue a pagina 27

Le metodiche demolitive e le opzioni terapeutiche alternative

L'isterectomia è l'intervento chirurgico con cui viene asportato l'utero. Le tecniche utilizzate sono diverse: alla metodica classica, la laparotomia, oggi vengono affiancate metodiche meno invasive, che ricorrono all'asportazione dell'utero per via vaginale o laparoscopica.

Il gold standard per i flussi abbondanti. Secondo le indicazioni internazionali la migliore alternativa all'isterectomia in caso di mestruazioni abbondanti è la spirale medicata, un particolare tipo di spirale che rilascia gradualmente nell'utero un progestinico, un ormone simile al progesterone naturale. Oltre a funzionare come contraccettivo questo dispositivo agisce anche sulla mucosa dell'utero riducendo l'abbondanza del flusso mestruale. La sua efficacia è di 5 anni. Se rimossa nel caso si desideri una gravidanza, il flusso mestruale e la fertilità tornano alla normalità nel giro di un mese. Può essere utilizzata anche dopo il parto, dopo almeno 6 settimane, anche se non si sono ancora avute le mestruazioni

Le alternative farmacologiche. Le mestruazioni abbondanti possono essere curate anche con i farmaci. Tra i più efficaci ci sono:

- I procoagulanti locali, come l'acido tranexanico, che si prendono per bocca 3 volte al giorno, nei giorni di flusso abbondante. La dose terapeutica è di 1.500 milligrammi al giorno ma spesso viene sottodosato. È un farmaco efficace in circa metà dei casi ed è sicuro: infatti non sono stati segnalati in letteratura incidenti trombotici a livello si-

► Segue a pagina 30

CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO DELL'AREA DELLA DIRIGENZA MEDICO -VETERINARIA DEL S.S.N.2002-2005 del 3 novembre 2005

Art. 21 -Copertura assicurativa

1. Le aziende garantiscono una adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti i dirigenti della presente area, ivi comprese le spese di giudizio ai sensi dell'art. 25 del CCNL dell' 8 giugno 2000 per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie dei terzi, relativamente alla loro attività, ivi compresa la libera professione intramuraria, senza diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave.
2. Le aziende ed enti provvedono alla copertura degli oneri di cui al comma 1 con le risorse destinate a tal fine nei bilanci, incrementate con la trattenuta di misura pro-capite da un minimo di €26,00 mensili (già previsti dall'art. 24, comma 3 del CCNL dell'8 giugno 2000) ad un massimo di €50,00, posta a carico di ciascun dirigente per la copertura di ulteriori rischi non coperti dalla polizza generale. La trattenuta decorre dal-

l'entrata in vigore della polizza con la quale viene estesa al dirigente la copertura assicurativa citata.

3. Le aziende ed enti informano i soggetti di cui all'art. 10 del CCNL 8 giugno 2000 di quanto stabilito ai sensi del comma 2.
4. Sono fatte salve eventuali iniziative regionali per la copertura assicurativa attuate anche sulla base delle risultanze della Commissione istituita ai sensi dell'ex art. 24 del CCNL 8 giugno 2000.
5. Le aziende attivano sistemi e strutture per la gestione dei rischi, anche tramite sistemi di valutazione e certificazione della qualità, volti a fornire strumenti organizzativi e tecnici adeguati per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti nell'ottica di diminuire le potenzialità di errore e, quindi, di responsabilità professionale nonché di ridurre la complessi-

va sinistrosità delle strutture sanitarie, consentendo anche un più agevole confronto con il mercato assicurativo. Al fine di favorire tali processi le aziende ed enti informano le organizzazioni sindacali di cui all'art. 9 del CCNL dell'8 giugno 2000.

6. Sono disapplicati i commi da 1 a 4 dell'art. 24 del CCNL 8 giugno 2000.

Nota esplicativa dell'art. 21

Le parti, a titolo di interpretazione autentica, chiariscono che l'espressione "ulteriori rischi" del comma 2 può significare tanto la copertura da parte del dirigente - mediante gli oneri a suo carico - di ulteriori rischi professionali derivanti dalla specifica attività svolta quanto la copertura dal rischio dell'azione di rivalsa da parte dell'azienda o ente in caso di accertamento di responsabilità per colpa grave.

mati dei propri diritti possono essere indotti a stipulare delle costose polizze per assicurarsi, oltre che per la "colpa grave", anche per i rischi che competono all'Azienda; dopo questi cambiamenti il mercato assicurativo è entrato in fermento ed i prezzi delle polizze sono in costante ascesa.

C'è il fondato timore che la completa separazione della polizza aziendale da quella per la "colpa grave" dei medici, anche se stipulata dalla stessa Azienda, sia destinata ad acuire i conflitti all'interno dell'Azienda:

- fra il medico e l'Azienda di appartenenza (difetti organizzativi e carenze strutturali);
- nei confronti dei colleghi dello stesso reparto (inadempienze, conflitto di competenze, affidamento);
- nei confronti di altri specialisti (anestesisti, rianimatori, neonatologi, internisti).

■ La polizza FESMED

Per i medici che lavorano nelle aziende dove non viene tratte-

nuta la quota per la rinuncia alla rivalsa per la "colpa grave" o nelle quali questa polizza non offre sufficienti garanzie, la FESMED ha stipulato una polizza per la "colpa grave", a pagamento individuale, con garanzia pregressa illimitata e postuma anch'essa illimitata. Detta polizza è stata studiata per rispondere alle esigenze assicurative del medico dipendente che esercita la libera professione intramurale, anche allargata.

Trattandosi di una polizza indirizzata ai dipendenti delle aziende dove non viene trattenuta la quota per la rinuncia alla rivalsa per la "colpa grave", questa polizza non offre particolari vantaggi ai colleghi che dipendono da un'azienda dove viene trattenuta dalla busta paga la quota prevista dal Contratto di lavoro, per la copertura dal rischio dell'azione di rivalsa per "colpa grave". Costoro sono già tutelati dalla polizza stipulata per loro dall'azienda.

Invece, i soci FESMED (compresi quelli aderenti alle articolazioni professionali: FESMED/

ACOI, FESMED/ AOGOI, FESMED/SEDI, FESMED /SUMI), che sono dipendenti di aziende del Ssn sprovviste di polizza per la copertura del rischio di rivalsa in caso di "colpa grave" o con polizza per la "colpa grave" inadeguata per le loro esigenze e intendono sottoscrivere la polizza proposta dalla FESMED, sono invitati a scaricare il modulo di adesione alla "Polizza convenzione per la colpa grave FESMED-Assicuratrice Milanese S.p.A." dal sito www.fesmed.it, dopo aver preso visione del contratto di polizza, scaricabile dallo stesso sito.

Il modulo debitamente compilato e firmato deve essere inviato alla Segreteria nazionale FESMED, a mezzo fax (n. 0229525521) o per posta ordinaria (Via G. Abamonti 1 - 20129 Milano), per la verifica dell'iscrizione alla FESMED del richiedente ed il successivo inoltrare all'Assicuratore, il quale si metterà in contatto con l'interessato. ■

Ricordando Marilina...

Un premio in memoria di Marilina Liuzzo, ginecologa catanese Fondatrice e Consigliera di Presidenza di AGITE, scomparsa prematuramente nel 2009

Agite e Aogoi hanno organizzato un concorso per il miglior Poster che verrà presentato al convegno di Villasilimus nelle giornate dal 13 al 16 maggio 2010. L'argomento proposto è: "Il percorso nascita: esperienze di integrazione tra ospedale e territorio". Il concorso è aperto alle ostetriche e/o altri operatori del materno infantile che vogliono raccontare le esperienze costruite nei servizi in cui lavorano.

Nella mattinata di Domenica 16 maggio 2010, una giuria composta dalle/dai colleghe/i ginecologhe/i Agite e Aogoi, da ostetriche e da rappresentanti delle Pari Opportunità consegnerà un premio in memoria della dottoressa Marilina Liuzzo, ginecologa catanese responsabile dei servizi consultoriali di Enna, scomparsa nel 2009 all'età di 55 anni.

Marilina è stata socia fondatrice di Agite e ha inaugurato una stagione di fattiva ed efficace collaborazione con tutta la Aogoi siciliana, in particolar modo sui temi della nascita.

È per questo che vogliamo ricordarla nella sua capacità di massima collaborazione con tutte le professionalità, sensibile a tutti gli stimoli e alle diverse modalità di assistenza alla gravidanza e al parto, attenta alle nuove pratiche e alle medicine naturali.

Ci auguriamo che questa nuova iniziativa trovi la piena collaborazione da tutti i servizi materno-infantili, consultoriali e ospedalieri, perchè ci facciano conoscere le loro tante esperienze certo presenti in tutta Italia, ma spesso poco conosciute che vorremmo poter valorizzare e diffondere.



► Segue da pagina 23

anche per questo i dati sull'incidenza di isterectomie sono piuttosto scarsi, anche se le statistiche ci dicono che una donna su 5 nel nostro Paese rischia di subire questo intervento chirurgico.

Isterectomie: uno spaccato dalla Regione Toscana

Anche se non è facile avere un quadro chiaro dell'incidenza numerica ed economica di questo problema per i possibili e nume-

rosi bias presenti nella raccolta dei dati, uno spaccato può essere offerto dalla rilevazione che la Regione Toscana ha effettuato sulle Schede di Dimissione ospedaliera, dal 1997 al 2007.

Nonostante che negli anni si sia registrato un notevole incremento delle tecniche endoscopiche conservative, non vi è stata una corrispondente riduzione dell'incidenza delle isterectomie: infatti mentre gli interventi di isteroscopia operativa sono cresciuti in maniera esponenziale negli

anni che vanno dal 1997 al 2007 (da 60 a 800 circa!), per lo stesso decennio gli uteri asportati per patologia benigna si sono ridotti assai meno di quanto sarebbe lecito attendersi (dai 3200 circa del 1997 ai 2700 del 2007 pari ad un - 25%). La distribuzione per fasce di età mostra un andamento bimodale con un picco più importante tra 45 e 50 anni ed uno meno consistente, tra 65 e 60. Evidentemente questo si può facilmente rapportare alle più frequenti indicazio-

ni che hanno incidenza diversa nelle diverse fasce di età: FMA e fibromi per la fascia più giovane, prolasso per le età più avanzate. La cosa che colpisce di più comunque è che la quota con l'indicazione specifica Flussi Mestruali Abbondanti in 1° o 2° diagnosi si è mantenuta sostanzialmente identica nel periodo di tempo considerato, oscillando intorno all' 8%. Le terapie più efficaci sono ancora troppo poco utilizzate e le aumentate competenze endosco-

piche non hanno fatto pesare abbastanza la loro efficacia sul bilancio complessivo. Tutto questo ha delle ricadute importanti sul costo sociale dei ricoveri, sui giorni di degenza, sulle conseguenze che l'intervento di isterectomia comporta: la mobilità non è trascurabile, le ricadute negative sulla continenza urinaria sono state descritte anche in un recentissimo articolo comparso sul Bmj e la sfera sessuale e psicologica sono state troppo poco esplorate. ■