

La scelta terapeutica nella fibromatosi uterina

Nonostante la maggior parte dei miomi uterini sia asintomatica e non richieda trattamento, molte pazienti presentano una patologia clinicamente rilevante (sanguinamenti uterini anomali, anemia da carenza di ferro, sintomi compressivi e/o problemi riproduttivi) tali da richiedere una terapia personalizzata medica, chirurgica o combinata

e non ormonali.

Trattamenti medici efficaci per le donne con sanguinamento uterino anomalo o con sintomi da compressione associato a fibromatosi uterina includono IUD rilasciante levonorgestrel, analoghi dell'ormone di rilascio delle gonadotropine, SPRMs (modulatori selettivi del recettore del progesterone), contraccettivi orali, progestinici, FANS, Acido tranexamico.

La terapia medica è in grado di controllare i sintomi ma non è chiara l'efficacia sulla riduzione del volume del mioma nel lungo termine.

L'efficacia dei contraccettivi orali (COC) progestinici ed estroprogestinici per il trattamento della sintomatologia dei fibromi è limitata e non è stata mai documentata una riduzione del volume dei fibromi.

Lo IUD medicato rilasciante levonorgestrel riduce il sanguinamento ma non riduce il volume dei fibromi; il suo utilizzo è controindicato in presenza di fibromi sottomucosi o ingrossamento dell'utero causato da fibromi di grandi dimensioni per l'elevato rischio di espulsione.

L'Ulipristal Acetato (UPA), SPRMs con effetto antagonista sui recettori progestinici, in passato è stato identificato come farmaco di prima scelta per il trattamento dei fibromi uterini sintomatici. A causa dell'elevato rischio epatico, attualmente può essere utilizzato solo per il trattamento intermittente dei sintomi da moderati a gravi dei fibromi uterini, nelle donne che non hanno raggiunto la menopausa, e quando l'embolizzazione dei fibromi uterini o il trattamento chirurgico risultano controindicati.

Agonisti GRH inducono un incremento dei valori di emoglobina e una significativa riduzione del volume dei fibromi ma sono controindicati nei trattamenti a lungo termine a causa della sintomatologia correlata alla menopausa indotta, sono utilizzati come pretrattamento alla chirurgia isteroscopica dei miomi sottomucosi; non hanno una azione immediata e possono essere associati ad un iniziale peggioramento dei sintomi dovuto all'effetto flare-up.

Antagonisti GnRH associati a 1 mg di estradiolo + 0,5 noretistrone acetato hanno mostrato ottimi risultati in ter-

mini di riduzione del volume e controllo della sintomatologia.

Quando parliamo di trattamento chirurgico parliamo di chirurgia isteroscopica, laparoscopia o laparotomia. La miomectomia isteroscopica è una tecnica sicura ed efficace per il controllo dei disordini mestruali e rappresenta l'approccio di prima scelta per il trattamento dei fibromi sintomatici sottomucosi G0 e G1. L'asportazione di questi fibromi è correlata ad un migliore *clinical pregnancy rates*. La miomectomia laparoscopica rispetto alla laparotomica, ove realizzabile, è l'intervento chirurgico che si associa a minore morbilità postoperatoria ma con risultati a distanza sovrapponibili in termini di fertilità. Quando diventa necessaria la morcellazione per rimuovere il mioma, la paziente deve essere informata sui possibili rischi e complicanze relative alla malignità della lesione e alla diffusione di malattia con peggioramento potenziale della prognosi. Al fine di evitare il rischio di dissemi-

nazione la morcellazione deve essere sempre eseguita all'interno di endobag; è possibile anche asportare il mioma attraverso il *cul de sac* del Douglas o con una minilaparotomia. L'asportazione di miomi intramurali in particolare quando la loro localizzazione interrompe la J-Z migliora l'impatto sul *reproductive and obstetric outcomes*.

L'isterectomia è l'intervento di scelta nei fibromi uterini sintomatici resistenti a terapia medica in donne che sono vicine alla menopausa e comunque al termine del percorso riproduttivo.

L'embolizzazione delle arterie uterine (UAE), i trattamenti termoablattivi e l'occlusione delle arterie uterine doppler-guidate o in laparoscopia sono delle procedure alternative.

Le tecniche termoablative e di criomiolisi inducono una riduzione delle dimensioni del mioma provocando degenerazione scleroialina. I risultati appaiono incoraggianti ma mancano i dati sul follow up a lungo termine.

La UAE è efficace nel controllo del sintomo ma vi è un alto rischio di reintervento e un tasso minore di gravidanze rispetto alla miomectomia. In conclusione, i fibromi asintomatici non necessitano di trattamento una volta che la diagnosi è confermata dall'ecografia o dalla risonanza magnetica. Le donne dovrebbero essere informate su tutte le opzioni terapeutiche disponibili (mediche, radiologiche e chirurgiche) e sulla loro appropriatezza. I ginecologi ora hanno più strumenti a loro disposizione che aprono nuove strategie per la gestione dei fibromi uterini.



GIUSEPPE A. TROJANO

Direttore Dipartimento Materno Infantile

Direttore UOC Ginecologia ed Ostetricia

ASM Matera

