

CHIRURGIA GINECOLOGICA

L'isterectomia è tra gli interventi di chirurgia ginecologica maggiore quello più frequentemente eseguito nelle donne in tutto il mondo. L'indicazione a questo intervento può essere sia la patologia benigna che quella maligna: ad oggi la maggior parte delle isterectomie viene però effettuata per trattare le patologie ginecologiche benigne, dall'endometriosi alla fibromatosi uterina¹

To save or not to save Miomectomia vs isterectomia

Félix Edouard Vallotton,
Il bagno la sera d'estate,
1892, Kunsthhaus Zurigo.
Particolare



PAOLA POMINI
Direttore Unità Complessa
Ostetricia e Ginecologia
Ospedale Legnano Verona



CHIARA D'ALESSIO
Medico in formazione
specialistica Università
degli studi di Verona



GIULIA TEMPO
Medico in formazione
specialistica Università
degli studi di Verona

I FIBROMI UTERINI RAPPRESENTANO una delle principali indicazioni a questo intervento (39% di tutte le isterectomie eseguite ogni anno negli Stati Uniti). Si tratta di lesioni che originano dalla proliferazione monoclonale di cellule del tessuto muscolare liscio dell'utero immerse in un'abbondante matrice collagenica.

Nella maggior parte dei casi i miomi uterini vengono diagnosticati casualmente in donne asintomatiche durante una visita ginecologica di controllo.

Alcune donne (15-30%) possono, invece, lamentare sintomi importanti, tra cui dolore pelvico, dismenorrea, menorragia, anemia ferrocarenziale, incontinenza urinaria, aborti ricorrenti, parto pretermine e, in alcuni casi, infertilità².

I fibromi uterini possono essere singoli o multipli e possono variare per dimensione, localizzazione e perfusione. Sono comunemente classificati in tre sottogruppi in base alla sede in cui si trovano: sottosierosi, intramurali e sottomucosi.

La probabilità che questi tumori siano maligni è molto bassa: si stima che nelle donne sottoposte a intervento chirurgico per fibromatosi uterina, solamente 1 su 400 (0,25%) sia a rischio di avere un leiomiomasarcoma.

Per quanto riguarda il trattamento della fibromatosi uterina, in realtà, ad oggi il dibattito risulta ancora aperto: se la principale indicazione alla terapia è senza dubbio la presenza dei sintomi legati a tale patologia (HMB, sindromi bulky, disturbi della minzione e dell'alvo...), rispetto al tipo di terapia esistono tuttora diverse correnti di pensiero.

Infatti, nell'ultimo decennio i tassi di isterectomia, in tutto il mondo, sono diminuiti a favore di trattamenti alternativi e conservativi, dalla terapia ormonale combinata a farmaci a base di vitamina D, anche se, nella maggior parte dei casi, sono trattamenti non del tutto risolutivi e spesso utilizzati come ponte, prima della chirurgia³.

Quando la scelta ricade invece sulla chirurgia, diverse opzioni possono essere prese in considerazione: procedure come l'embolizzazione delle arterie uterine, MRgFUS, l'ablazione a radiofrequenza o interventi chirurgici maggiori come mio-



Segue a pagina 26

CHIRURGIA GINECOLOGICA

To save or not to save
Miomectomia vs isterectomia

Segue da pagina 23



mectomia e isterectomia. A guidare la scelta tra le varie tecniche chirurgiche, oltre i sintomi, sono sicuramente l'età della donna, il desiderio di preservare l'utero e quindi la fertilità futura. L'embolizzazione delle arterie uterine è una procedura di radiologia interventistica, minimamente invasiva, che vanta sicuramente tempi di recupero più rapidi e minori complicazioni rispetto alla chirurgia. Secondo i dati riportati in letteratura, le pazienti sottoposte ad embolizzazione vanno incontro ad una riduzione delle dimensioni dei fibromi di circa il 42% a 3 mesi, con conseguente riduzione dei sintomi bulky e una diminuzione della durata del sanguinamento mestruale. È stato però osservato un tasso di recidiva a 5 anni più alto in seguito a questa procedura rispetto ad altri interventi chirurgici, come la miomectomia⁴.

Inoltre, sebbene siano state segnalate gravidanze riuscite dopo l'embolizzazione, essa è stata anche associata ad un rischio più elevato di complicanze della gravidanza e/o del parto, come aborto spontaneo, emorragia del post-partum, parto prematuro⁵.

UN ALTRO INTERVENTO minimamente invasivo che può essere proposto alla donna con fibromi uterini sintomatici, che desidera preservare l'utero e la fertilità è l'MRgFUS (MR-guided focus ultrasound). Questa procedura ambulatoriale, tramite la risonanza magnetica, consente di localizzare i fibromi in tempo reale e monitorare la termoablazione con l'uso di ultrasuoni focalizzati direttamente sul tumore.

Diversi studi sull'uso di questa metodica per il trattamento della fibromatosi uterina sintomatica hanno rivelato una consistente riduzione dei sintomi osservati entro 6 mesi dal trattamento. Il rischio di re intervento a sessanta mesi, però, è

“È fondamentale effettuare un esteso counselling preoperatorio con la paziente spiegando come questa chirurgia sia associata ad un tasso di recidive che aumenta nel tempo, con necessità di re intervento nel 12% dei casi dopo 60 mesi⁵”

significativamente maggiore rispetto a quello di altre procedure che possono essere effettuate per il trattamento di questa patologia.

È stata dimostrata una relazione inversa tra età della donna e rischio di recidiva; diversi fattori potrebbero spiegare questi risultati: le donne più giovani (36-40 anni) sembrerebbero avere un'incidenza significativamente più alta di fibromi iperintensi alla risonanza magnetica, rispetto alle donne più anziane. Poiché il grado di intensità correla positivamente con la vascolarizzazione dei miomi, sembra che le donne più giovani siano più difficili da trattare efficacemente rispetto alle donne più anziane⁶.

La miomectomia è un approccio “uterine sparing” che può essere condotto in via isteroscopica, laparoscopica, robotica e laparotomica. L'approccio isteroscopico rappresenta il Gold standard per il trattamento dei fibromi sottomucosi, completamente endocavitari (Go) o con più del 50% del proprio volume all'interno della cavità uterina (G1), con un diametro massimo inferiore a 5 cm. Non esistono, comunque, evidenze scientifiche che dimostrino la superiorità di una tecnica rispetto ad un'altra né sul fronte dei rischi intraoperatori né rispetto alla qualità della vita o tassi di gravidanza post-intervento. Quest'ultimo dato sembrerebbe essere invece influenzato dalla tipologia di mioma: quelli sottomucosi sembrerebbero essere associati ad un più alto tasso di gravidanza rispetto a quelli intramurali o sottosierosi.

Il punto cruciale della miomectomia resta però la ricorrenza post intervento: è fondamentale infatti effettuare un esteso counselling preoperatorio con la paziente spiegando come questa chirurgia sia associata ad un tasso di recidive che aumenta nel tempo fino a raggiungere il 25% a 40 mesi post procedura, con necessità di re intervento nel 12% dei casi dopo 60 mesi⁵.

L'isterectomia è invece l'alternativa da scegliere quando si cerca una soluzione radicale e definitiva: è indicata specialmente nelle donne che hanno soddisfatto il loro desiderio di prole, per il trattamento dei sintomi bulky e degli AUB. A tal proposito alcuni studi riportano un significativo aumento dei valori di emoglobina nelle pazienti isterectomizzate a 24 mesi dall'intervento e dal 70 al 90% delle donne riferisce un totale o sostanziale miglioramento dei sintomi legati al dolore o alla pressione addominale: a 2 anni dalla chirurgia, nella maggior parte delle donne si registra un complessivo miglioramento della qualità di vita (AJOG).

AL CENTRO DELL'ATTENZIONE RIMANE PERÒ LA QUESTIONE “MIOMECTOMIA VS ISTERECTOMIA”. Nella scelta di un approccio rispetto all'altro sono da considerare diversi fattori, tra cui le complicanze intra e post-operatorie, le recidive e la qualità della vita.

Nello specifico, per quanto riguarda le complicanze (danni viscerali, urgenze post-operatorie o ricoveri post dimissione) i dati presenti in letteratura non evidenziano differenze significative tra

isterectomia e miomectomia per uteri di dimensioni inferiori o uguali alle 18 settimane di gravidanza (5% VS 4,6%).

La necessità di re intervento è invece maggiore nelle miomectomie. Il dato che emerge da uno studio retrospettivo sembrerebbe correlare questo tasso all'età della donna ed in particolare al periodo peri menopausale; infatti, il tasso di re intervento a 36 mesi è circa del 17% nelle donne di età pari o superiore a 45 anni sottoposte a miomectomia, rispetto al 3% nelle donne sottoposte a isterectomia. Nei follow up, anche il miglioramento della qualità della vita a breve (6-12 settimane) e a lungo (1 anno) termine sembra essere maggiore nelle pazienti sottoposte all'isterectomia rispetto a quelle sottoposte a miomectomia. La certezza che abbiamo è che l'isterectomia è l'unico intervento risolutivo: una meta-analisi ha infatti evidenziato come, 60 mesi dopo la terapia iniziale, è stato necessario un reintervento nel 12% dopo miomectomia, nel 7% dopo miomectomia isteroscopica e nel 14% dopo embolizzazione delle arterie uterine.

L'età della donna, il desiderio di prole, eventuali comorbidità ed altre sono però variabili che devono essere sicuramente tenute in considerazione davanti ad una scelta così radicale e definitiva.

PER SAPERNE DI PIÙ

- 1 SUZANNE J. DEDDEN, PEGGY M A J GEOMINI, JUDITH A F HUIRNE, MARLIES Y BONGERS, Vaginal and Laparoscopic hysterectomy as an outpatient procedure: A systematic review. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2017.
- 2 MICHELLE M MCWILLIAMS, VARGHEESE M CHENNATHUKUZZHI, Recent Advances in Uterine Fibroid Etiology. *Seminars in Reproductive Medicine*. 2017.
- 3 SHANNON K. LAUGHLIN-TOMMASO, Alternatives to Hysterectomy Management of Uterine Fibroids. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 2016.
- 4 EMMA GIULIANI, SAWSAN AS-SANIE, ERICA E MARSH, Epidemiology and management of uterine fibroids. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2020.
- 5 EVELIEN M. SANDBERG, FOKKEDIEN H. M. P. TUMMERS, SARAH L. COHEN, LUKAS VAN DEN HAAK, OLAF M. DEKKERS, FRANK WILLEM JANSEN. Reintervention risk and quality of life outcomes after uterine-sparing interventions for fibroids: a systematic review and meta-analysis. *AJOG bulletin*. 2018.
- 6 RONIT MACHTINGER, YAEL INBAR, SHLOMO COHEN-EYLON, DAHLIA ADMON, AVIVA ALAGEM-MIZRACHI, JARON RABINOVICI. MR-guided focus ultrasound (MRgFUS) for symptomatic uterine fibroids: predictors of treatment success. *Human Reproduction*. 2012.