

La classificazione dei miomi uterini

Alessandra Graziottin¹, Nicola Marconi², Stefano Uccella²

1) Direttore, Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, H. San Raffaele Resnati, Milano
Presidente, Fondazione Alessandra Graziottin per la cura del dolore nella donna Onlus
www.alessandragraziottin.it

www.fondazionegraziottin.org

2) Dipartimento di Ginecologia, Università dell'Insubria - Varese

Introduzione

Il leiomiomi dell'utero sono tumori fibromuscolari benigni che originano dalla componente muscolare dell'utero (miometrio). La loro incidenza, anche sulla base di indagini istologiche ed ecografiche, varia tra il 20% e l'80% a seconda dell'età (soprattutto in donne in età fertile tra i 30 ed i 40 anni) e della popolazione considerata (maggiore incidenza nella popolazione afroamericana) (Day Baird et Al 2003).

Le dimensioni, la forma e le localizzazioni dei leiomiomi possono variare ampiamente nelle donne affette. I leiomiomi possono formarsi a livello della superficie interna della parete uterina (sottomucosi), a livello della superficie esterna (sottosierosi), nello spessore della parete stessa (intramurali) o esternamente alla struttura uterina e collegati ad essa attraverso un lembo tissutale (peduncolati).

In un certo numero di donne, i leiomiomi risultano clinicamente asintomatici. Al contrario, in virtù del loro numero, dimensione e localizzazione, possono provocare una grande varietà di segni e sintomi: sanguinamenti uterini anomali, dolore pelvico cronico o acuto, dolore lombare, dismenorrea, dispareunia, disturbi urinari, disturbi intestinali, aumento della circonferenza addominale, infertilità e aborti spontanei ricorrenti. La torsione di leiomiomi peduncolati, oppure la rapida crescita e la rottura, possono provocare sintomi come dolore pelvico acuto, nausea e vomito. Raramente, possono essere associati a patologia tumorale (sarcomi dell'utero) (SOGC Clinical Practice Guidelines 2015).

I leiomiomi, con i sopraccitati quadri clinico-sintomatologici, sono una delle principali cause di ricovero ospedaliero nel nostro Paese.

Una classificazione facilmente riproducibile dei leiomiomi è di fondamentale importanza per correlare il quadro clinico delle pazienti con la diagnosi di leiomiomatosi e per la decisione del corretto programma terapeutico.

Classificazione dei leiomiomi

Attualmente il sistema classificativo più completo dei leiomiomi,

che cerca di comprendere tutte le possibili manifestazioni anatomiche, è quello proposto dall'International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) nell'ambito del sistema di classificazione dei sanguinamenti uterini anomali (Munro et Al 2011).

A questo scopo, sono stati considerati diversi aspetti:

- ❖ **la relazione del leiomioma con l'endometrio e la sierosa uterina;**
- ❖ **la localizzazione** (segmento uterino superiore o inferiore, cervice, anteriore, posteriore, laterale);
- ❖ **la dimensione delle lesioni;**
- ❖ **il numero delle lesioni;**
- ❖ **i sistemi di classificazione già esistenti.**

Queste informazioni devono essere considerate alla luce di tre diversi livelli di classificazione: primario, secondario e terziario. Il livello secondario e terziario saranno utili per le possibili implicazioni cliniche e diagnostiche.

Il **sistema di classificazione primario** prevede il semplice riconoscimento della presenza di uno o più leiomiomi indipendentemente dalla localizzazione, dimensione e numero. L'ecografia pelvica (transaddominale o transvaginale) è uno strumento sufficiente per tale determinazione.

Il **sistema di classificazione secondario** prevede che il clinico distingua i leiomiomi interessanti la cavità endometriale (sottomucosi, SM) dagli altri (others, O) in quanto i primi sono ritenuti più frequentemente implicati nella genesi dei sanguinamenti uterini anomali.

Classificazione FIGO dei fibromi (adattata da Munro et Al 2011)

Sottomucosi (SM)	0	Peduncolato intracavitario
	1	<50% della massa in sede intramurale
	2	≥50% della massa in sede intramurale
Altri (O)	3	100% della massa in sede intramurale ma a contatto con endometrio
	4	100% della massa in sede intramurale
	5	Sottosieroso con ≥50% della massa in sede intramurale
	6	Sottosieroso con <50% della massa in sede intramurale
	7	Sottosieroso peduncolato
	8	Altri (specificare e.g. cervicali, parassiti)
Leiomiomi ibridi (interessanti sia l'endometrio sia la sierosa uterina)	Indicare 2 numeri separati da un trattino. Per convenzione il primo numero si riferisce al rapporto del leiomioma con l'endometrio (0-2) mentre il secondo al rapporto con la sierosa (3-8). Un esempio è riportato nei riquadri sottostanti	
	2-5	Sottomucoso e sottosieroso, con meno della metà del diametro all'interno della cavità endometriale e pelvica rispettivamente

Il **terzo sistema di classificazione** va quindi a caratterizzare i leiomiomi SM oppure O in base al loro rapporto rispetto allo spessore miometriale e alla sierosa uterina. Sulla base di una classificazione numerica (da 1 a 8), potremo così categorizzare come leiomiomi SM0 i leiomiomi peduncolati del tutto intracavitari, SM1 i miomi sottomucosi che invadono per meno del 50% lo spessore del miometrio ed SM2 quelli che invadono per più del 50% lo stesso spessore.

I numeri da 3 a 8 sono da riferire a tutti gli altri tipi di leiomiomi O. Il numero 3 sarà da riferire a leiomiomi del tutto intramurali con solo contatto con la porzione endometriale senza deformarla. Il numero 4 rispecchia le stesse caratteristiche del 3 ma senza contatto endometriale. Il numero 5 indica la presenza di un leiomioma sottosieroso occupante per più del 50% lo spessore miometriale e il numero 6 se lo invade per meno del 50%. Il numero 7 si riferisce a leiomiomi peduncolati esterni alla struttura uterina e il numero 8 indicherà tutte le altre forme non classificabili nelle precedenti categorie (incluse forme parassitarie che si distaccano completamente dalla struttura uterina ottenendo il supporto vascolare in altre sedi anatomiche).

Possono esistere anche forme "ibride" di leiomiomatosi in cui un mioma presenta caratteristiche comuni alla forma SM e alla forma O. In questi casi, il leiomioma sarà classificato con un numero della struttura terziaria riferito ai leiomiomi SM (0-2) e un numero riferito ai leiomiomi O (3-8), separati da un trattino.

Conclusioni

Questo tipo di classificazione permette di definire nel modo più riproducibile possibile tutte le diverse forme di presentazione della fibromatosi uterina. Risulta quindi molto importante nell'ambito della ricerca, ma presenta anche notevoli risvolti clinici soprattutto in ambito chirurgico, al fine di conoscere in maniera più precisa le caratteristiche dei miomi e stabilire le corrette strategie chirurgiche.

Ovviamente, per quanto riproducibile, questo tipo di classificazione, se usata pre-operatoriamente, prevede un'accurata valutazione da parte di clinici esperti soprattutto nella diagnostica ecografica. Questo potrebbe rappresentare una notevole limitazione soprattutto in caso di scarsa esperienza nella valutazione ultrasonografica della fibromatosi uterina.

Bibliografia

- Day Baird D, Dunson DB, Hill MC, Cousins D, Schectman JM. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:100-7.
- Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS; FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) or causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011 Apr;113(1):3-13.
- SOGC Clinical Practice Guidelines The Management of Uterine Leiomyomas. *J Obstet Gynaecol Can* 2015;37:157-178

Alessandra Graziottin
(a cura di)

ATTI E
APPROFONDIMENTI DI FARMACOLOGIA

FIBROMATOSI UTERINA, DALL'A ALLA Z

**anemia, dolore, comorbidità
e strategie terapeutiche**

MILANO 21 OTTOBRE 2016

 **Fondazione
Alessandra Graziottin** onlus
PER LA CURA DEL DOLORE NELLA DONNA

www.fondazionegraziottin.org

PROGRAMMA

8.15 - 8.45 **Registrazione**

8.45 - 9.00 **Introduzione e saluti**

9.00 11.50

FIBROMATOSI UTERINA: IMPLICAZIONI PER LA SESSUALITÀ, LA FERTILITÀ E LA SALUTE IN LIFE-SPAN

Moderatori: Alessandra Graziottin (Milano), Rodolfo Sirito (Genova)

Discussant: Anna Maria Paoletti (Cagliari)

9.00 - 9.30 **Fibromatosi uterina: implicazioni su salute e sessualità**
Alessandra Graziottin (Milano)

9.30 - 9.50 **Anemia sideropenica: il lato oscuro della fibromatosi**
Audrey Serafini (Milano)

9.50 - 10.10 **Miomi e fertilità**
Mauro Costa (Genova)

10.10 - 10.30 **Gravidanza e parto nella donna con fibromatosi**
Enrico Ferrazzi (Milano)

10.30 - 10.50 **Fibromatosi in menopausa: come affrontarla?**
Marco Gambacciani (Pisa)

10.50 - 11.10 **La donna e i fibromi: le domande cruciali in ambulatorio chirurgico**
Stefano Uccella (Varese)

11.10 - 11.20 **Discussione**

11.20 - 11.50 **Coffee break**

11.50 15.00

TERAPIE MEDICHE DEI MIOMI

Moderatori: Claudio Crescini (Milano), Marco Gambacciani (Pisa)

Discussant: Franca Fruzzetti (Pisa)

11.50 - 12.10 **Ruolo dei progestinici nella fibromatosi**
Anna Maria Paoletti (Cagliari)

12.10 - 12.30 **Contraccezione e miomi: ruolo dei regimi estesi**
Franca Fruzzetti (Pisa)

12.30 - 12.50 **Fibromatosi, IUD e controllo del ciclo. Indicazioni e limiti**
Novella Russo (Roma)

12.50 - 13.10 **Ulipristal acetato nella fibromatosi**
Nicoletta Biglia (Torino)

13.10 - 13.30 **Discussione**

13.30 - 14.30 **Lunch**

14.30 - 15.00 *Lettura:*
Fibromatosi uterina: ruolo della radiologia interventistica (HIFU)
Franco Orsi (Milano)
Presenta: Alessandra Graziottin (Milano)

**FIBROMATOSI UTERINA:
TERAPIE CHIRURGICHE**

Moderatori: Fabio Landoni (Milano), Mario Meroni (Milano)
Discussant: Nicoletta Biglia (Torino)

- 15.00 - 15.20** **Fibromatosi e adenomiosi: strategie diagnostiche e terapeutiche**
Marcello Ceccaroni (Verona)
- 15.20 - 15.40** **Miomectomia isteroscopica: quando, a chi, perché**
Claudio Crescini (Milano)
- 15.40 - 16.00** **Miomectomia laparoscopica: le trappole da evitare**
Mario Meroni (Milano)
- 16.00 - 16.20** **Morcellement laparoscopico: insidia o vantaggio?**
Fabio Landoni (Milano)
- 16.20 - 16.40** **L'isterectomia laparoscopica: i semafori rossi da rispettare**
Rodolfo Siritò (Genova)
- 16.40 - 17.00** **Isterectomia per fibromatosi. Perché no**
Federica Scrimin (Trieste)
- 17.00 - 17.20** **Fibromatosi e dolore, dalla patofisiologia ai fattori iatrogeni**
Alessandra Graziottin (Milano)
- 17.20 - 17.40** **Discussione plenaria**
- 17.40 - 18.15** **Conclusioni e Take Home Message**

INDICE

Prefazione e ringraziamenti	pag. 05
La classificazione dei miomi uterini	pag. 08
Fibromatosi uterina: implicazioni per la salute e la sessualità	pag. 12
Anemia da carenza di ferro e fibromatosi	pag. 23
Miomi e fertilità	pag. 28
Gravidanza e parto nella donna con fibromatosi	pag. 37
Fibromatosi in menopausa: come affrontarla?	pag. 43
La donna e i fibromi: le domande cruciali in ambulatorio chirurgico	pag. 46
Ruolo dei progestinici nella fibromatosi	pag. 51
Contracezione e miomi: ruolo dei regimi estesi	pag. 57
Fibromatosi, IUD e controllo del ciclo. Indicazioni e limiti	pag. 60
Ulipristal acetato nella fibromatosi	pag. 65
Il ruolo della radiologia interventistica – High Intensity Focused Ultrasound, HIFU – nella fibromatosi	pag. 71
Fibromatosi e adenomiosi: strategie diagnostiche e terapeutiche	pag. 86
Miomectomia isteroscopica: quando, a chi, perché	pag. 92
Miomectomia laparoscopica: le trappole da evitare	pag. 98
Morcellamento laparoscopico: insidia o vantaggio?	pag. 104
L'isterectomia laparoscopica: i semafori rossi da rispettare	pag. 111
Isterectomia per fibromatosi. Perché no	pag. 116
Fibromatosi e dolore, dalla patofisiologia ai fattori iatrogeni	pag. 122