

La donna e i fibromi: le domande cruciali in ambulatorio chirurgico

Stefano Uccella

*Dipartimento di Ginecologia
Università dell'Insubria - Varese*

Introduzione

I fibromi uterini rappresentano il tumore benigno più frequente degli organi genitali nelle donne in età riproduttiva (Sparic et Al 2016). Se in molti casi questa patologia può essere del tutto asintomatica o paucisintomatica, in altri essa può invece esercitare un pesante impatto sulla qualità di vita della donna, in quanto ha la potenzialità di causare menorragia, anemizzazione, dolore pelvico cronico, dispareunia e sintomi da ingombro pelvico e compressione (Munro et Al 2011).

Tra le numerose opzioni terapeutiche per il trattamento di questa patologia, l'asportazione chirurgica riveste a tutt'oggi un ruolo molto importante (Drayer et Al 2015).

Secondo la letteratura al riguardo, i **miomi rappresentano la più comune indicazione all'isterectomia negli Stati Uniti e in Australia** (Fleischer et Al 2008).

Si stima che circa il **40-60% delle isterectomie** siano effettuate per questa indicazione. E' pertanto estremamente frequente che una donna con fibromi possa essere riferita a un ambulatorio chirurgico ginecologico, al fine di una valutazione pre-chirurgica.

L'avvento di numerose opzioni non chirurgiche in tempi recenti ha tuttavia ridotto lo spazio della chirurgia in questo ambito: sono oggi disponibili infatti alternative quali l'embolizzazione delle arterie uterine, la miolisi a radiofrequenze o la criomiolisi, il trattamento con Intrauterine Device (IUD) al progesterone. Tra i trattamenti farmacologici, l'ulipristal acetato, modulando selettivamente i recettori miometriali del progesterone, induce riduzione dimensionale del fibroma e netta diminuzione o addirittura scomparsa del sanguinamento mestruale associato nel periodo di trattamento (Pearl 1 e 2; Donnez et Al, 2012a, 2012b).

D'altra parte, il dibattito sui rischi della morcellazione non protetta, in caso di sarcomi non diagnosticati pre-operatoriamente, ha ulteriormente avanzato dei dubbi, negli ultimi tempi, circa il ricorso alla chirurgia per fibromi.

La prova di un cambiamento strutturale nella terapia dei fibromi

uterini è fornita anche dai dati sulle isterectomie negli Stati Uniti, che evidenziano come nel periodo tra il 1997 ed il 2005 il **tasso di isterectomie sia sceso dell'1.9% all'anno** e come il tasso di isterectomie per fibromi sia passato dal 31.4% del 1997 al 26.9% del 2005 (Merril et Al 2008).

Le domande cruciali

Di fronte a una paziente inviata per fibromi uterini, esistono due grandi categorie di domande: quelle della **paziente** e quelle dei **medici** incaricati di prendersene cura.

Al fine di cercare di indagare questo spinoso e ben poco studiato argomento, abbiamo deciso di condurre una breve indagine nella realtà della nostra Istituzione, l'Ospedale Filippo Del Ponte di Varese, che risulta essere, dai dati del Piano Nazionale Esiti, il secondo ospedale in Italia per numero di isterectomie.

E' inoltre interessante effettuare un'annotazione preliminare, ovvero che la nostra struttura complessa risulta il centro che nel mondo ha pubblicato la più ampia casistica di isterectomie mini-invasive laparoscopiche per uteri fibromatosi con peso superiore al chilogrammo (Uccella et Al 2014) e al chilogrammo e mezzo (Uccella et Al 2016). Da queste notazioni appare come il nostro Ospedale possa essere considerato un centro di riferimento per il trattamento dei fibromi.

La prospettiva delle donne

Dalla piccola indagine precedentemente citata e condotta su un campione di 62 donne afferite all'Ambulatorio Chirurgico Ginecologico del nostro Nosocomio nel periodo compreso tra luglio ed agosto 2016, ed alle quali è stato somministrato un breve questionario con domande prevalentemente a risposta chiusa, è emerso che:

- solo il 39% delle donne ritiene di avere già ricevuto un adeguato counselling sulla terapia da eseguire per i fibromi, quindi la maggioranza arriva sentendosi **scarsamente informata** sulle reali opzioni e scelte possibili;
- solo il 46% condivide completamente la scelta di rimozione chirurgica dell'utero o dei fibromi (laddove indicata): la maggioranza ha quindi ancora delle **perplexità che non sono state chiarite** prima dell'arrivo all'ambulatorio chirurgico;
- solo il 25% afferma di conoscere le **alternative non chirurgiche** per la cura dei fibromi: la vasta maggioranza **non ne è stata informata**.
- solo il 12% sostiene di essere a conoscenza di una terapia farmacologica in grado di interrompere il flusso mestruale e potenzialmente (ma non costantemente) di ridurre il diametro dei fibromi per un periodo di almeno 3 mesi. Questo significa che **l'opzione con l'ulipristal acetato non è stata nemmeno menzionata nella vasta maggioranza delle consulenze pre-chirurgiche**.

Appare quindi indispensabile migliorare la qualità delle informazioni date alle donne affette da fibromatosi, in particolare sul fronte delle **opzioni di terapia medica**, che andrebbero considerate accuratamente come prima opzione. Anche le opzioni chirurgiche meritano un approfondimento che risulta essere ancora molto carente.

In caso di pazienti candidate a miomectomia, le domande più frequenti riguardano il tipo di approccio utilizzabile (laparoscopico o laparotomico) e l'eventuale possibile modalità di parto (vaginale o addominale mediante taglio cesareo). In generale tuttavia, **appare come le pazienti candidate a miomectomia (soprattutto se laparoscopica) raramente percepiscano le specificità ed i rischi di questo tipo di intervento**, erroneamente considerandolo come meno tecnicamente complesso rispetto a un'isterectomia.

In caso di **isterectomia** invece, le domande più frequentemente rivolte dalle pazienti sono:

- E' meglio tenere le ovaie o no?
- Che rischi operatori ci sono?
- Sarà necessaria un'anestesia generale?
- Mi sentirò meno donna?
- Cambierà qualcosa dal punto di vista sessuale?
- E' possibile che dopo mi venga un prolasso?
- E' vero che mi verrà l'incontinenza urinaria?
- Dopo devo prendere ormoni, se tolgo anche l'ovaio?

La prospettiva del medico

A fianco però delle legittime domande delle donne affette da fibromi uterini, emergono anche le domande che gli stessi operatori si pongono quando valutano una paziente affetta da fibromi.

Abbiamo quindi condotto un'ulteriore analisi, chiedendo agli 8 operatori del nostro Ambulatorio di rispondere alle seguenti domande:

- 1- Qual è la domanda che più frequentemente vi ponete di fronte a una paziente con fibromatosi che afferisce al nostro ambulatorio per valutazione?
- 2- Qual è approssimativamente la percentuale di pazienti con fibromi che afferisce al nostro ambulatorio che ritenete sia candidabile al trattamento chirurgico?
- 3- Ritenete che le pazienti riferite al nostro ambulatorio per fibromatosi giungano adeguatamente informate?
- 4- Quali sono le strategie terapeutiche che più frequentemente ponete in essere di fronte alla paziente con fibromi?

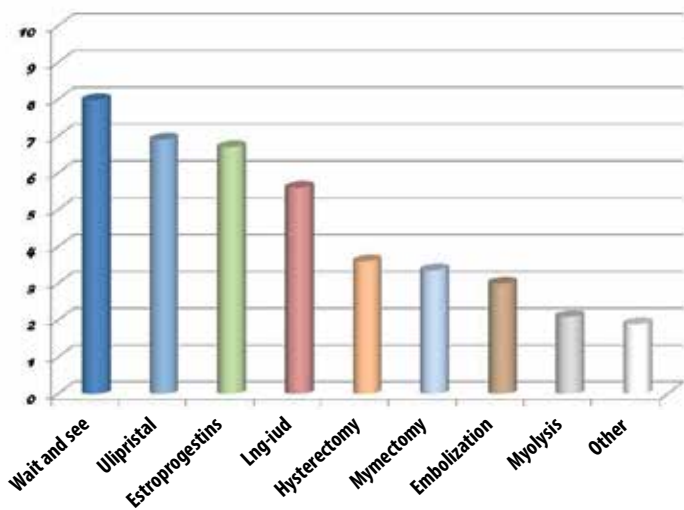
Dall'analisi delle risposte emerge che i nostri operatori sostengono che circa il **15-20%** delle pazienti valutate per fibromatosi è **realmente**

candidabile a chirurgia.

Nessuno dei medici dell'Ambulatorio ritiene che le pazienti giungano adeguatamente informate riguardo alle possibilità terapeutiche per fibromatosi.

Per quanto riguarda la scelta terapeutica preferenziale degli operatori del nostro Ambulatorio, i dati sono riassunti in Figura 1.

Figura 1: Scala di priorità delle strategie terapeutiche per paziente "media" con fibromatosi uterina poste in atto dagli Operatori dell'Ambulatorio Chirurgico Ginecologico dell'Ospedale F. Del Ponte di Varese.



Dividendo gli 8 operatori a seconda del ruolo all'interno della nostra Struttura (ovvero medici specialisti vs. specializzandi) è interessante notare come i **colleghi più esperti** tendano a dare maggiore **priorità alle terapie non chirurgiche** rispetto ai medici in formazione specialistica.

Dall'analisi della nostra breve e certamente limitata analisi emerge come **il livello di informazione percepita dalle pazienti appare insufficiente**, nel momento in cui queste vengono riferite all'attenzione di un ambulatorio dedicato alla selezione delle pazienti candidate a un trattamento chirurgico dei loro fibromi.

Risulta quindi verosimile ipotizzare che nella nostra realtà è necessario **migliorare** il counselling alle pazienti riguardo la fibromatosi uterina, specialmente per quello che concerne **la qualità dell'informazione percepita**.

Per quanto riguarda poi l'analisi dei dati sulle risposte degli operatori del nostro Ambulatorio emerge come le opzioni chirurgiche siano percepite non come una prima scelta, sebbene le pazienti arrivino

già tendenzialmente selezionate rispetto a una procedura invasiva.

Inoltre, è interessante notare come, dalla stratificazione tra specializzandi e strutturati, gli operatori più giovani tendano a porre le opzioni chirurgiche tra le prime 4 scelte terapeutiche per le pazienti con fibromi, mentre gli operatori più esperti prediligano le alternative farmacologiche o comunque meno invasive.

Conclusioni

La donna con fibromi uterini pone (e si pone) una serie di domande che si possono difficilmente evadere con una analisi rapida e veloce.

Da quanto emerso dalla nostra breve e limitata survey, le pazienti riferite al nostro Ambulatorio Chirurgico arrivano riferendo di avere percepito (indipendentemente se a torto o a ragione) **un livello di informazione lontano dall'ottimale** nel loro percorso prima di giungere alla nostra struttura.

D'altra parte, è molto interessante notare come, anche in un centro con un'esperienza decisamente ampia nell'ambito della chirurgia per fibromatosi uterina (Uccella et Al 2013) e nell'isterectomia mini-invasiva per uteri estremamente grandi (Uccella et Al 2013, 2015, 2016), gli operatori pongano le soluzioni chirurgiche solo come un'alternativa all'osservazione clinica ed alla terapia farmacologica, e non come la prima scelta terapeutica.

Bibliografia

- Donnez J, et al; PEARL II Study Group. Ulipristal acetate versus leuprolide acetate for uterine fibroids. *N Engl J Med*. 2012a;366:421-32.
- Donnez J, et al.; PEARL I Study Group. Ulipristal acetate versus placebo for fibroid treatment before surgery. *N Engl J Med*. 2012b;366:409-20.
- Drayer SM, et al. Prevalence, morbidity, and current medical management of uterine leiomyomas. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;131:117-22.
- Fleischer R, et al. Pathophysiology of fibroid disease: angiogenesis and regulation of smooth muscle proliferation. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2008; 22(4): 603-614
- Merrill RM. Hysterectomy surveillance in the United States, 1997 through 2005. *Med Sci Monit*. 2008;14(1):CR24-31.
- Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS; FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011 Apr;113(1):3-13. doi: 10.1016/j.ijgo.2010.11.011. Epub 2011 Feb 22.
- Sparic R, et al. Epidemiology of Uterine Myomas: A Review. *Int J Fertil Steril*. 2016;9:424-35.
- Uccella S, et al. Systematic implementation of laparoscopic hysterectomy independent of uterus size: clinical effect. *J Minim Invasive Gynecol*. 2013;20:505-16
- Uccella S, et al. Laparoscopic hysterectomy in case of uteri weighing ≥ 1 kilogram: a series of 71 cases and review of the literature. *J Minim Invasive Gynecol*. 2014;21:460-5.
- Uccella S, et al. Minilaparoscopic versus standard laparoscopic hysterectomy for uteri ≥ 16 weeks of gestation: surgical outcomes, postoperative quality of life, and cosmesis. *J Laparosc Adv Surg Tech A*. 2015 May;25(5):386-91.
- Uccella S, et al. Laparoscopic Versus Open Hysterectomy for Benign Disease in Women with Giant Uteri (≥ 1500 g): Feasibility and Outcomes. *J Minim Invasive Gynecol*. 2016 May 17. pii: S1553-4650(16)30073-5. doi: 10.1016/j.jmig.2016.05.002. [Epub ahead of print]

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

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 18.15

- | | |
|----------------------|---|
| 15.00 - 15.20 | Fibromatosi e adenomiosi: strategie diagnostiche e terapeutiche <i>Marcello Ceccaroni (Verona)</i> |
| 15.20 - 15.40 | Miomectomia isteroscopica: quando, a chi, perché <i>Claudio Crescini (Milano)</i> |
| 15.40 - 16.00 | Miomectomia laparoscopica: le trappole da evitare <i>Mario Meroni (Milano)</i> |
| 16.00 - 16.20 | Morcellement laparoscopico: insidia o vantaggio? <i>Fabio Landoni (Milano)</i> |
| 16.20 - 16.40 | L'isterectomia laparoscopica: i semafori rossi da rispettare <i>Rodolfo Siritò (Genova)</i> |
| 16.40 - 17.00 | Isterectomia per fibromatosi. Perché no <i>Federica Scrimin (Trieste)</i> |
| 17.00 - 17.20 | Fibromatosi e dolore, dalla patofisiologia ai fattori iatrogeni <i>Alessandra Graziottin (Milano)</i> |
| 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 |
| Contraccezione 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 |
| Miomectomy isteroscopica: quando, a chi, perché | pag. 92 |
| Miomectomy laparoscopica: le trappole da evitare | pag. 98 |
| Morcellement 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 |