Rischio di cancro ovarico e ovariectomia preventiva: orientamenti attuali

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica, H. San Raffaele Resnati, Milano

"Buonasera, vorrei chiedere a lei in quanto donna un consiglio. Ho un utero di 14 centimetri per via di tre miomi e ho già programmato l'intervento chirurgico. Ieri ho fatto il pre-ricovero e il chirurgo mi ha consigliato di togliere anche le ovaie, oltre all'utero e alle tube. Le mie ovaie però sono sanissime e io non vorrei indurre la menopausa, che potrebbe arrivare a breve o fra qualche anno. Non voglio subire anticipatamente le famose vampate, e non vorrei assolutamente avere un calo di desiderio sessuale legato alla secchezza vaginale. Il medico mi consiglia l'asportazione per non rischiare un cancro alle ovaie. Nella mia famiglia, però, non ci sono mai stati tumori di nessun genere. Sono molto confusa e vorrei un suo consiglio. Grazie per l'attenzione".
T.C.

Gentile signora, l'orientamento di molti ginecologi è di togliere le ovaie proprio come profilassi verso il cancro ovarico, obiettivamente di diagnosi difficile e tardiva, e con una mortalità che supera il 50%. Tuttavia, anche nella letteratura scientifica, l'orientamento non è univoco. Se lei ritenesse eccessiva questa precauzione, può farlo presente al medico limitandosi alla sola asportazione dell'utero (isterectomia semplice).
L'opzione di tenere i fibromi può essere considerata, in quanto il rischio di degenerazione tumorale di queste formazioni benigne è molto raro.
I fattori da considerare per scegliere l'opzione migliore (togliere l'utero o tenere i fibromi sotto controllo) includono:
a. il volume complessivo dell'utero;
b. se causi emorragie mestruali o no;
c. se e quanto l'utero ingrossato a causa dei fibromi "prema" su vescica e/o retto e quanto pesino alla donna i sintomi provocati (per esempio, senso di peso in regione sovrapubica, minzione frequente, peso e fastidio in regione ano-rettale);
d. se la donna vorrà fare terapie ormonali sostitutive dopo la menopausa:
- senza utero, è possibile usare solo estradiolo, ossia estrogeno bioidentico, eccellente dal punto di vista della soddisfazione d'uso, con riduzione anche del rischio di tumori alla mammella, oltre che al colon, oltre a tutti gli altri vantaggi per il cervello, l'osso, il cuore, le articolazioni, la sessualità e la bellezza…
- con l'utero, sarà necessario usare anche i progestinici che aumentano, seppur di pochissimo (0,08 per cento dopo 5 anni di terapia, dopo i 50 anni), il rischio di tumori al seno;
e. se la donna non vuole fare terapie ormonali dopo la menopausa, avrà una progressiva diminuzione dei fibromi per fibrosi, ma anche lo svantaggio di un invecchiamento non rallentato

© 2014 - Fondazione Alessandra Graziottin - www.fondazionegraziottin.org

dalla terapia ormonale.

Scelga con saggezza… e lungimiranza. Con i migliori saluti e auguri.