

DOCUMENTO DI CONSENSO INFORMATO:

MIOMA E MIOMATOSI: DIAGNOSI E TERAPIA.

Il mioma – fibroma:

Mioma o fibroma sono sinonimi e rappresenta il tumore **benigno uterino** per eccellenza in ginecologia.

Secondo il numero in cui si presentano possono essere: unico (un solo nodo) o multiple (miomatosi o fibromatosi multinodulare uterina).

Secondo l'ubicazione, i miomi possono appartenere al corpo uterino, al collo o essere al di fuori dell'utero: legamenti, ovaie, ed altre strutture vicine). I miomi del corpo uterino possono presentarsi nello spessore della parete uterina e si chiamano: intramurali, o sottosierosi (verso la parte esterna), o sottomucosi (verso l'interno, o sia verso la cavità endometriale).

I fibromi/miomi che si trovano al di fuori dei limiti del utero possono mantenere un vincolo all'utero, mezzo un peduncolo vascolare, chiamandosi allora miomi peduncolati. Possono anche essere isolati dall'utero e servirsi della vascolarizzazione naturale degli organi o tessuti che gli sviluppano (alloggiano).

Le dimensioni dei miomi possono variare da pochi millimetri ad oltre 25-30 cm (nei casi estremi possono superare 50 cm –pubblicazioni-).

La differenziazione tra mioma benigno (comune) e maligno (rarissimo) si effettua solo dopo uno studio microscopico in anatomia patologica.

La forma maligna si chiama sarcoma.

Esistono situazioni istologiche intermedie, chiamate miomi cellulati (con un numero eccessivo di mitosi –cellule in riproduzione-) o sarcomi a basso grado di proliferazione, che presentano un decorso generalmente benigno ma, vengono considerati a decorso incerto e per tanto di qualche rilevanza o rischio.

La trasformazione maligna resta un fatto molto raro, quasi eccezionale, per cui, ogni qualvolta si parli di mioma o fibroma, si deve intendere come una tipica patologia benigna.

La diagnosi di primo livello di mioma e miomatosi (o fibroma e fibromatosi) è generalmente clinica ed ecografica, e si effettua con una visita ginecologica ed una ecografia.

La miomectomia:

L'asportazione laparotomica (con un taglio addominale) di miomi o fibromi è una procedura chirurgica molto frequente in ambito ginecologico.

L'approccio chirurgico alternativo è rappresentato da quello laparoscopico (con “buchi” nella parete addominale). La miomectomia laparoscopica, con miomi entro certi limiti di dimensione, può offrire alcuni vantaggi rispetto alla laparotomia tradizionale, non tanto dal punto di vista delle cicatrici come dal tempo totale di ricovero ospedaliero.

Per miomi ubicati all'interno del utero, di piccole dimensioni, che sporgono marcatamente verso la cavità endometriale, esiste anche la possibilità di asportarli con tecnica isteroscopica. In questi casi non si lascia cicatrici, perchè si effettua la miomectomia transitando per gli orifizi fisiologici della vagina e del collo dell'utero.

La scelta fra le diverse tecniche, deve effettuarsi tenendo conto di alcune condizioni che riguardano le caratteristiche e desideri dalla paziente, le dimensione ed ubicazione dei miomi e dal rapporto rischio/beneficio di ogni tecnica, dei mezzi a disposizione e dell'allenamento o abitudine del chirurgo, tutti aspetti importanti che dovranno essere sempre valutati con l'operatore.

Le indicazioni al trattamento chirurgico si pone quando si hanno alterazioni del sanguinamento mestruale e/o l'aumento di dimensioni del mioma e/o il loro numero in un periodo di tempo

relativamente breve e/o all'insorgenza di sintomi urinari e/o cambiamenti morfologici e strutturali dal punto di vista ecografico.

Un ulteriore criterio all'indicazione chirurgica è riservato a fatti dimensionali puri, quando il mioma supera un diametro di 9-10 cm e crea compressione a livello pelvico.

Le tecniche chirurgiche mirano alla asportazione dei fibromi, cercando di non causare i minori danni possibile all'utero.

In particolare in donne giovani, si tenta sempre di preservare intatta la loro capacità riproduttiva rispettando l'integrità dell'endometrio.

Una misura definitiva ed opposta alla precedente è l'isterectomia (togliere l'utero) per fibromatosi. Questa indicazione si giustifica in casi di enormi masse che coinvolgano tutto l'utero o in casi di numerose formazioni disseminate su tutto l'organo ed all'abbandono del desiderio procreativo.

L'isterectomia con annessiectomia bilaterale è indicata per i rari casi di sarcoma (tumore maligno) o per interventi effettuati in postmenopausa.

Per effettuare l'intervento di miomectomia con il minor rischio di emorragie possibile, si preferisce programmarlo nei momenti di minore irrigazione uterina, o sia, in momenti lontani dai periodi mestruali, anche se questa condizione non è universalmente accettata.

La "temporizzazione" (scegliere il momento più opportuno) dell'intervento potrebbe essere determinante per la scelta del tipo di tecnica chirurgica.

Tecnica laparotomica:

L'intervento si effettua in regime di ricovero ordinario, e preferibilmente con anestesia generale (in rarissimi casi si può effettuare una anestesia peridurale).

L'incisione addominale trasversale secondo tecnica di Pfannenstiel (come quella del taglio cesareo) è nella grande maggioranza dei casi è adeguata ad ottenere un "campo operatorio" soddisfacente.

Le incisioni mediane (verticali) si effettuano in casi dove ci sia già stata effettuata una precedente chirurgia con questa scelta d'incisione, o sia si passa per la medesima cicatrice dell'intervento precedente.

L'incisione isterotomica (il taglio sul utero) è quasi sempre lineare, sopra il nodo miomatoso, rispettando il più possibile la vascolarizzazione del utero.

In relazione alla profondità del fibroma si dovrà transitare per la parete uterina, cercano di non aprire la cavità endometriale.

Per l'enucleazione (asportazione) del mioma, si procederà separando il fibroma dal resto del tessuto uterino per il piano di clivaggio (di facile separazione) dello spazio formato dalla pseudo-capsula. Individuato il pacchetto principale dei vasi che nutrono il nodo fibro-muscolare, si procederà alla pinzatura, legatura e sezione, per poter isolare ed asportare definitivamente il fibroma.

Con l'obiettivo di ridurre il rischio di aderenze post-operatorie, si cercherà di asportare il maggiore numero possibili di miomi, per la stessa breccia chirurgica e risparmiando il numero d'incisioni (tagli e conseguenti cicatrici) sulla parete esterna dell'utero.

La ricostruzione della parete uterina è una fase chirurgica impegnativa ed importante, che a volte da sola, giustifica la scelta di questa via.

Il numero di strati di sutura, dipenderà della profondità a cui si sia dovuto arrivare per effettuare la miomectomia, delle dimensioni del mioma, e del numero dei noduli fibromatosi asportati.

Il tipo di punti e la scelta del materiale di sutura, dipenderà dalle abitudini ed esperienza dell'operatore, come dalla disponibilità del materiale in sede chirurgica.

A fine intervento, sarà opportuna una esplorazione generale della pelvi con controllo dell'emostasi, operando sempre con manovre il meno traumatiche possibile.

Il pezzo (o pezzi) operatorio sarà sempre inviato in anatomia patologica per un accurato esame istologico.

La chiusura della parete addominale verrà effettuata per strati separati.

Quasi mai sarà necessario lasciare un drenaggio pelvico o addominale.

Tecnica laparsocopica:

Anche questa via chirurgica verrà effettuata in regime di ricovero ordinario ed anestesia generale. Si dovranno praticare diversi fori, uno a livello dell'ombelico ed altri 2 - 3 a livello dell'addome inferiore.

In casi particolari si potrebbe rendere necessaria una incisione supplementaria, per l'asportazione del mioma o l'allargamento di una delle brecce dei trocari.

Per l'asportazione del mioma si può anche procedere con una "colpotomia di servizio"; o sia, una incisione nel fondo di sacco del Douglas, dietro l'utero, e procedere con l'estrazione vaginale del fibroma.

E' interessante segnalare che esistono anche una tecniche che seguono la via vaginale, procedendo con una incisione a livello del fondo di sacco del Douglas per afferrare i miomi e procedere con la miomectomia sempre per via vaginale.

La necessita o meno dei suddetti accorgimenti tecnici dipenderanno delle dimensioni, dell'ubicazione, del numero e della forma del mioma o dell'opportunità o meno di suddividerlo in pezzi più piccoli.

La procedura laparoscopica (come quella vaginale) non differisce concettualmente da quella effettuabile in via laparotomica.

In laparoscopia verranno utilizzati largamente, strumenti speciali ed innovativi (Legasure, Ultrasonic, etc) tanto per il tempo operatorio di una isterotomia o come per l'enucleazione del mioma.

Il nodulo fibromatoso, per la sua asportazione laparoscopica, potrà essere "impacchettato" in un sacchetto o tolto della cavità, senza copertura (mioma nudo).

Per la ricostruzione della parete uterina (mioplastica ricostrutiva), se si rende necessaria, si utilizzano punti di sutura specifici o agraffes speciali per uso laparoscopico.

L'accurato controllo dell'emostasi e un tempo operatorio molto importante, impegnativo e lungo particolarmente in modalità chirurgica laparoscopica.

Raramente, per complicanze o impossibilità tecnica di completare l'intervento laparoscopico, il chirurgo potrebbe essere costretto a passare alla via laparotomica, cambiamento chiamato "**conversione**". Questo evento, determina il passaggio dalla laparoscopia alla tecnica precedentemente descritta, laparotomica.

Tecnica isteroscopica:

Per effettuare questo tipo di miomectomia la paziente può essere trattata in regime ambulatoriale o ricoverata tanto in Day Surgery come in ricovero ordinario. L'anestesia da proporre, dipenderà della tipologia dell'intervento, delle particolarità del mioma e delle condizioni generali e tolleranza al dolore della paziente. La sedo-narcosi e l'anestesia generale sono le più frequenti in queste procedure.

Le miomectomia isteroscopica non necessita di vie di accesso diverse da quelle naturali: Transitando per la vagina, si passa per la cervice uterina e si arriva alla cavità uterina, dove si effettua la miomectomia.

Questa modalità chirurgica, quindi non lascia cicatrici visibili.

La via isteroscopica viene riservata al trattamento di miomi sottomucosi, che sporgano marcatamente verso l'interno della cavità endometriale.

I miomi sono meglio trattabili se di piccole dimensioni.

La terapia medica (farmacologica) preoperatoria può in alcuni casi aiutare a diminuire le dimensioni e la vascolarizzazione dei miomi, ma questo non sempre migliora le possibilità di rimozione.

La tecnica classica di miomectomia isteroscopica prevede l'utilizzo di un isteroscopio operativo, in sala operatoria, in regime di ricovero di Day Surgery u ordinario. Con questa tecnica, sarà necessaria una anestesia di sedo-narcosi o l'anestesia generale.

Dopo aver dilatato la cervice si potrà introdurre l'isteroscopio operativo con l'ansa elettrica.

Con costante irrorazione di liquido elettrolitico (manitolo-sorbitolo) si procede alla distensione della cavità uterina.

Il mioma potrà essere asportato dopo un taglio unico o dopo essere stato "affettato" con diversi passaggi dell'ansa attivata elettricamente.

Il pericolo specifico di questa tecnica si chiama "intravasazione". Questo rischio è rappresentato dal passaggio del liquido (osmoticamente attivo) al torrente sanguineo della paziente con conseguenze idro-elettrolitiche, metaboliche e tossiche in particolare a livello neurologico.

Quando si utilizzeranno liquidi osmotici, si renderà necessaria l'applicazione di un protocollo specifico di controlli molto serrato, in un postoperatorio che durerà non meno di 4 ore di osservazione.

In certe condizioni, come miomi tenacemente incarcerati alla parete uterina o di dimensioni non ottimali, si potrebbe effettuare una resezione isteroscopica parziale; situazione che richiederà la ripetizione dell'indagine e completamento della terapia in un secondo tempo.

Alcune varianti alla tecniche isteroscopica prevedono l'utilizzo delle anse senza il passaggio dell'elettricità, consentendo l'utilizzo della soluzione fisiologica (molto meno rischiosa).

Anche in Office Histeroscopy (con un isteroscopio particolarmente sottile) utilizzando normalmente la soluzione fisiologica si possono effettuare miomectomie.

Con questa tecnica si possono effettuare tanto polipectomie come miomectomie utilizzando microforbici, micropinze, punte bipolari, o particolari apparecchiature di radiofrequenza e laser, capaci di vaporizzare le lesioni endocavitarie molto piccole.

In rare occasioni, può capitare che la paziente arriva alla consulta con un mioma in espulsione "partorendolo" dalla cervice uterina. In queste condizioni l'intervento di miomectomia può risultare molto veloce, estremamente semplice, in regime ambulatoriale e senza bisogno di anestesia o solo di analgesia locale.

In altre occasioni il peduncolo vascolare del mioma risulta molto grosso o largo ed importantemente vascolarizzato rendendo opportuno un ricovero di Day Surgery o in regime ordinario, per una adeguata terapia in totale sicurezza. (senza correre rischi emorragici).

Terapia medica e farmacologica:

L'utilizzo sistematico preoperatorio di farmaci analoghi dei GnRH è stato quasi abbandonato nella pratica moderna.

Tali farmaci possono essere utilizzati in casi molto particolari, con la consapevolezza che possono diminuire le dimensioni del mioma, ma anche, potrebbero rendere i piani di clivaggio (mioma - miometrio) più difficili da identificare e gestire chirurgicamente.

E' altrettanto importante sapere che la diminuzione dimensionale ottenibili con farmaci, non è duratura e non sempre risulterà una collaborazione positiva alla capacità operativa del chirurgo.

La terapia marziale (ferro) o trasfusionale (sangue fresco, sangue da pre-deposito o globuli rossi concentrati) potrebbero essere necessarie a correggere uno stato di deficit ematico.

In alcuni studi sperimentali si stanno provando terapie di embolizzazione selettiva di miomi

Complicanze della miomectomia:

La miomectomia condivide le complicanze relative a tutti gli interventi addominali e pelvici.

Il rischio di complicanze specifiche alla miomectomia è stato standardizzato per tipo d'intervento, per malattie associate alle pazienti e per centro o struttura sanitaria.

In generale, in donne sane, la loro incidenza è molto bassa.

La principale e più frequente complicanza relazionata alla miomectomia, **resta l'emorragia.**

Si ritiene buona norma preoperatoria, informare il centro trasfusionale di riferimento per poter contare con sangue –globuli rossi concentrati omologhi- a disposizione (con il consenso della paziente).

Le infezioni, le cicatrici anomale, gli ematomi pelvici, le aderenze e sinechie come le fistole, sono anche loro altre complicanze probabili, ma rare di osservare nella pratica quotidiana.

Dopo una miomectomia, in particolare dopo una importante ricostruzione della parete muscolare uterina, sarà rigorosamente richiesto di non rimanere gravida, per un tempo prudenziale non minore a sei mesi.

Sara necessario, in conseguenza, concordare un metodo anticoncezionale transitorio adeguato.

Il follow-up dipenderà della tecnica chirurgica adottata, dalle condizioni generali della paziente e dalle abitudini del medico operatore.

Non esiste uno standard internazionale ed è necessario concordarlo caso per caso.

Tutte le informazioni generiche contenute in questo documento non pretendono di essere una risposta a domande specifiche dei casi individuali.

Le modificazioni personali nelle tecniche chirurgiche di miomectomia sono la regola tra i diversi chirurghi.

Questo documento **NON è sostitutivo del consenso informato** personalizzato, ne' potrà rimpiazzare il colloquio personale medico-paziente, indispensabile e doveroso, in una scelta consapevole per un intervento di miomectomia o d'isterectomia. Si chiede formalmente di **NON** decidere in riferimento solo a quanto fin qui spiegato.

Per una appropriata ed opportuna discussione di ogni singolo caso, si esorta a consultare il proprio medico di fiducia.

Dr. Gustavo Mascotti. Medico Chirurgo. 02.70601599 – 3488400274. gus.mascotti@tiscali.it
Specialista in Ostetricia e Ginecologia. Oncologia Ginecologica e Senologia.
Responsabile dell'Unità Operativa del Policlinico San Marco di Zingonia. (BG)