

MIOMI UTERINI



Dr. Lorenzo Aguzzoli

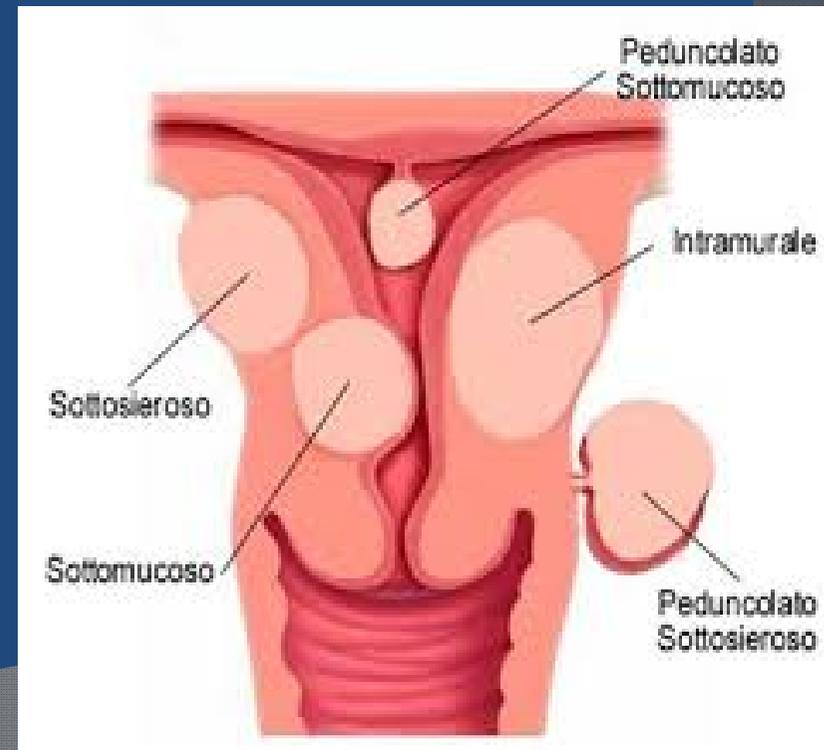
U.O. di Ostetricia e Ginecologia dell'ASMN,

Reggio Emilia

DEFINIZIONE

Masse solide, rotondeggianti, ecostruttura disomogenea, distinte dal miometrio da una pseudocapsula

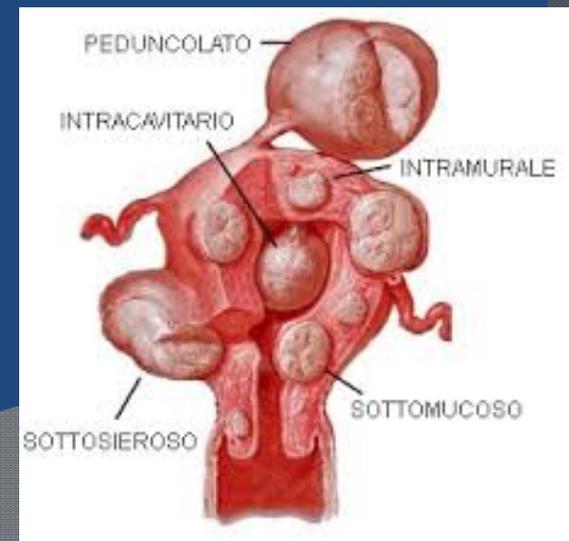
Kurman RJ, Blaustein pathology 2002



I miomi colpiscono, nelle varie casistiche tra il 25-30% delle donne tra i 25 e 64 anni con un picco a 45 anni.

Il cambiamento dei costumi, sociali e culturali, ha spostato in avanti l'età della ricerca di una gravidanza mettendo, sempre più spesso le donne di fronte al problema di cosa fare dei fibromi.

Marshall, 1997; Wecter et al 2011



LA PIU' FREQUENTE NEOPLASIA DELL' APPARATO GENITALE FEMMINILE

INCIDENZA: 25% NELLE DONNE IN ETA'
RIPRODUTIVA CON MAGGIORE INCIDENZA TRA 35 e 50
ANNI

ISTOLOGIA: FASCI VORTICOIDI DI CELLULE
MUSCOLARI LISCE SIMILI AL MIOMETRIO
NORMALE

COMPORTAMENTO BIOLOGICO: BENIGNO

DEGENERAZIONE MALIGNA

- **Basso rischio di degenerazione in leiomioma (0,2-0,7%)**
- **Inizia dal centro del fibroma aumento rapido di volume fino a diventare fisso e dolente**
- **Maggiori sintomi emorragici non sensibili alla terapia medica**

EZIOPATOGENESI

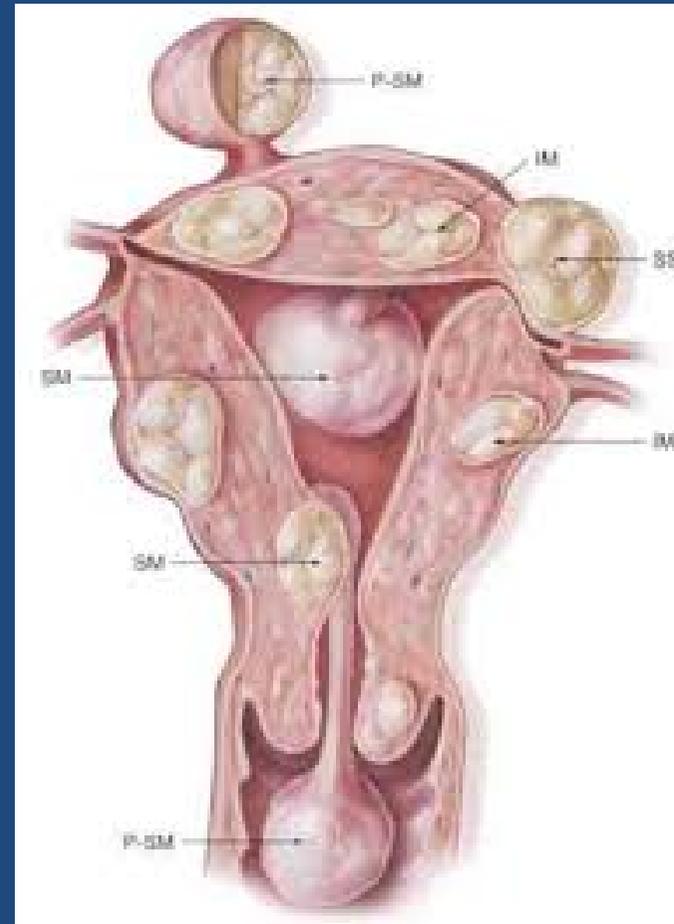
- **Ogni fibroma prende origine da un singolo clone/nucleo somatico di cellule muscolari lisce del miometrio (immature? mesenchimali totipotenti?).**
- **E' un tumore Estrogeno dipendente e risente dell'azione del Progesterone, anche se povero di recettori per E e Pg.**
- **L'estradiolo mantiene i recettori del Pg**
- **Il Progesterone stimola la crescita grazie alla presenza dei recettori.**

CLASSIFICAZIONE

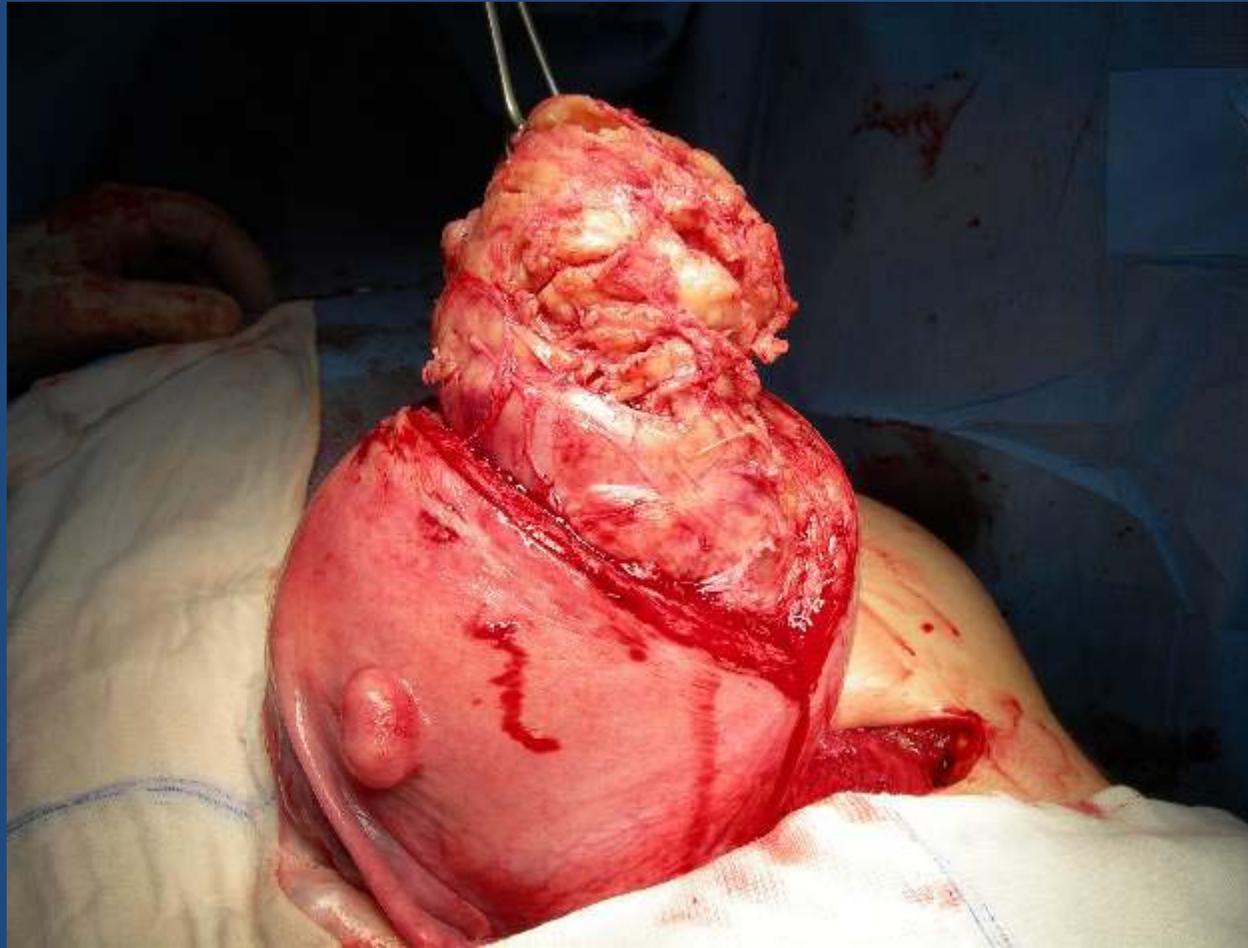
- . SOTTOSIEROSI
- . INTRAMURALI
- . SOTTOMUCOSI

Localizzazione:

- 95% nel corpo uterino
- 3,5% collo
- 1,5% istmo

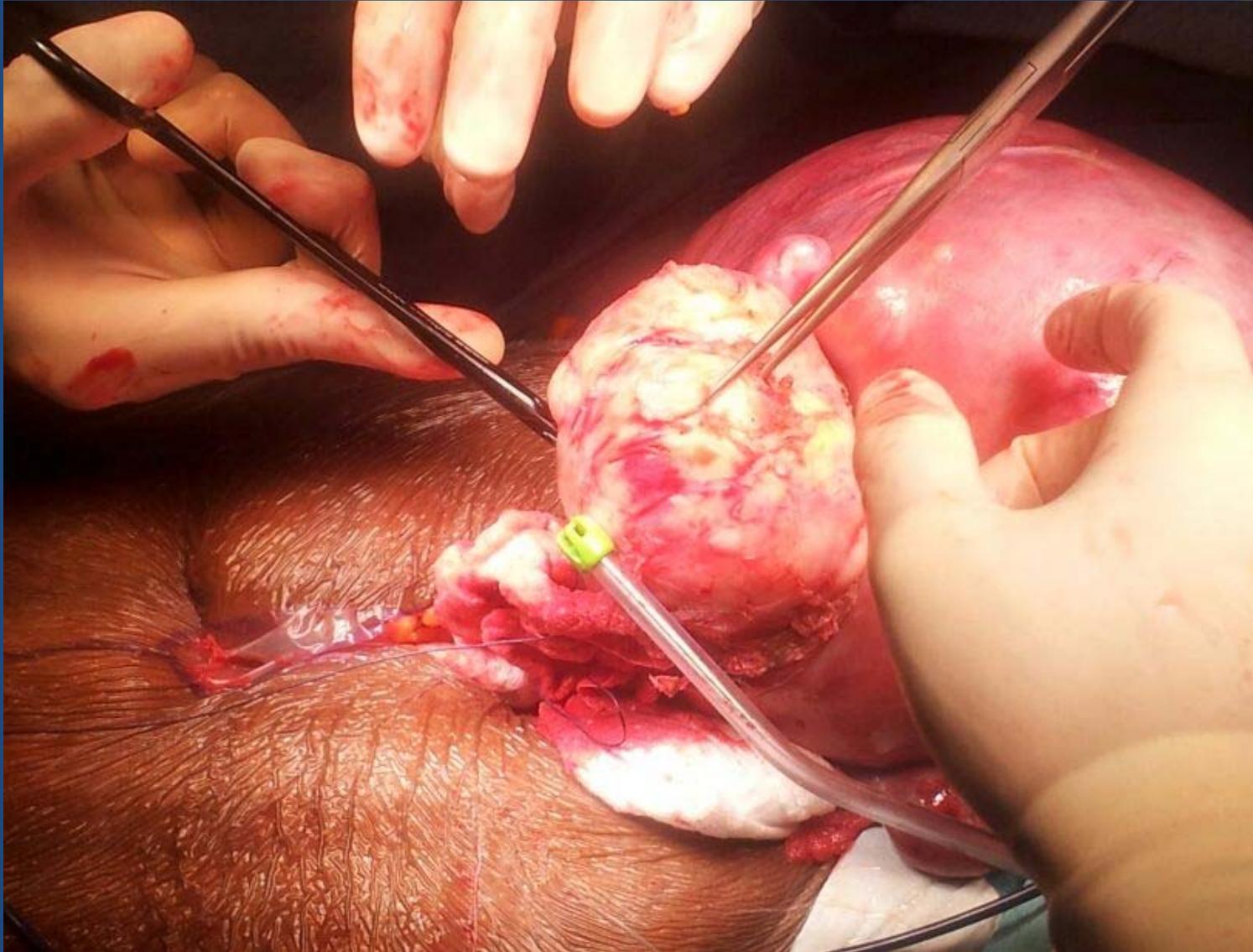


INTRAMURALI

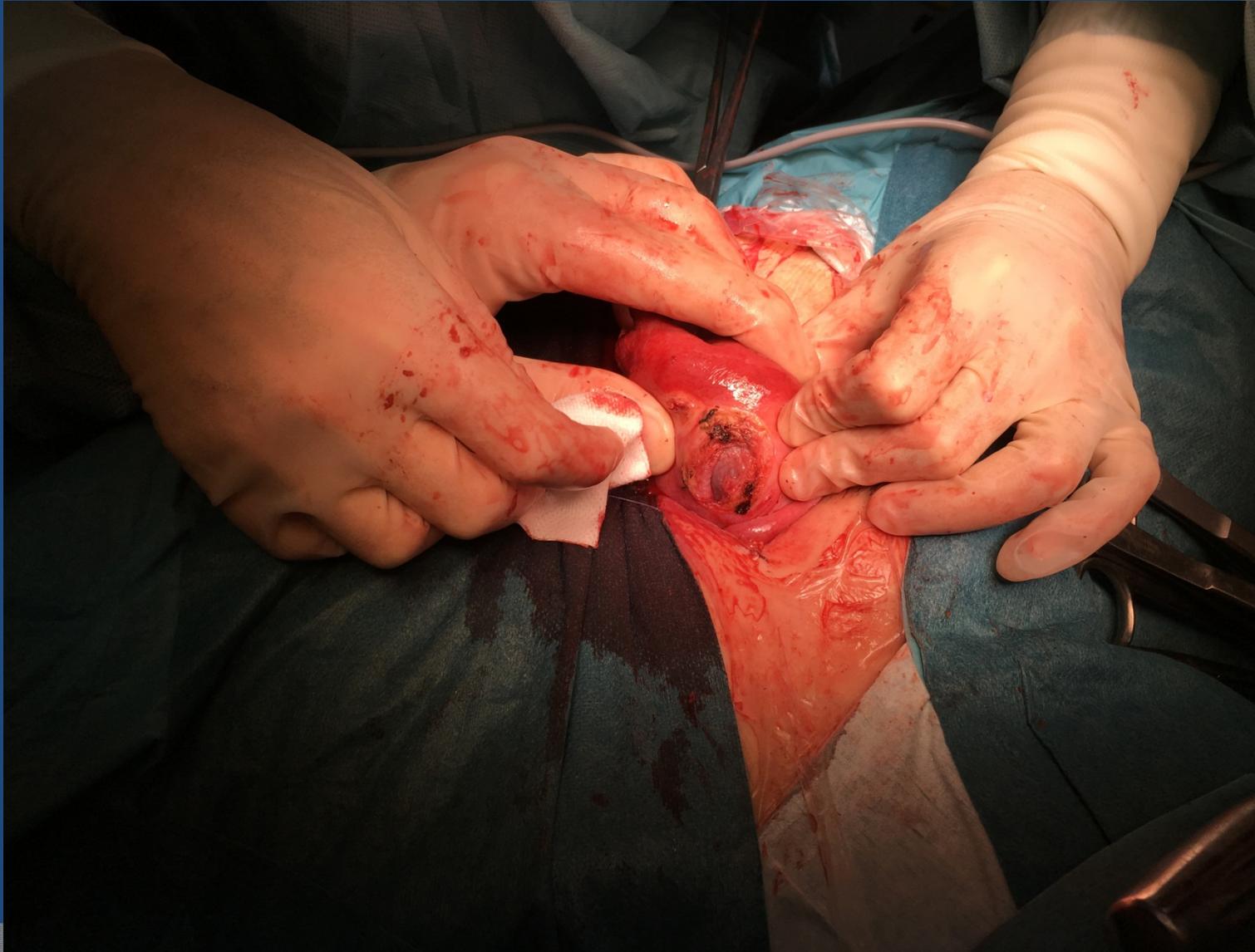




SOTTOSIEROSI



SOTTOMUCOSI



SEGNI E SINTOMI

Il fibroleiomioma è sintomatico solo nel 20-50% dei casi, per lo più riscontrato occasionale nel corso di una visita ginecologica di controllo.



**SEGNI E SINTOMI SONO
DIPENDENTI DALLA SEDE E DALLE DIMENSIONI
DEI FIBROMI**

- . IPERMENORREA, MENOMETRORRAGIE,
ANEMIZZAZIONE SECONDARIA**
- . DISMENORREA**
- . ALGIE PELVICHE E LOMBOSACRALI**
- . TURBE DELL'ALVO E DELLA DIURESI**
- . STERILITA'/INFERTILITA'**

SINTOMATOLOGIA EMORRAGICA

nel 50% delle pazienti

- **Incremento della perdita ematica mestruale con ipermenorrea/menorragia/menometrorragia**
- **Si esaurisce di solito con la menopausa**
- **Le emorragie hanno spesso andamento recidivante fino all'anemizzazione**
- **Perdite ematiche intermestruali (3%) con spotting o metrorragia**

DOLORE PELVICO

Quando causato dal fibroma è correlabile alle sue

COMPLICANZE:

- Infezione
- Necrosi
- Torsione acuta: noduli sottosierosi pedunculati o sottomucosi, dolore pelvico acuto e reaz. peritoneale, nausea, vomito, stato occlusivo o subocclusivo
- Espulsione di un nodulo sottomucoso

DOLORE PELVICO

Dismenorrea (24% dei casi) che può essere causata da:

- **alterazioni della contrattilità miometriale (più freq)**
- **endometriosi associata (13%)**
- **stenosi del collo**

Pur essendo riferito dal 40% circa delle pazienti, il più delle volte non è imputabile al fibroma ma a patologie associate (PID, endometriosi, diverticoli).

SINTOMI DA COMPRESSIONE

- **Vie urinarie: pollachiuria o più raramente ritenzione urinaria**
- **Apparato digerente: stipsi, subocclusione**

RIDUZIONE DELLA FERTILITA' ostruzione canale cervicale o osti tubarici

AUMENTO DELL'ABORTIVITA' associazione con situazione di alterazioni vascolari o stromali (annidamento)

ALTRI

- **Policitemia: produzione EPO dal fibroma - Ascite - Aumento volume addome**

DIAGNOSI

ANAMNESI ED ESAME OBIETTIVO

ECOGRAFIA PELVICA:

- . NUMERO, TOPOGRAFIA E SVILUPPO DEI NODULI
- . MARGINE LIBERO MIOMA-SIEROSA (MIOMI ENDOCAVITARI)
- . DISTANZA DALL'ENDOMETRIO (MIOMI INTRAMURALI)



ECOGRAFIA – MIOMA SOTTOMUCOSO



ECOGRAFIA – MIOMA INTRAMURALE



ECOGRAFIA – MIOMA INTRAMURALE



DIAGNOSI

ISTEROSCOPIA:

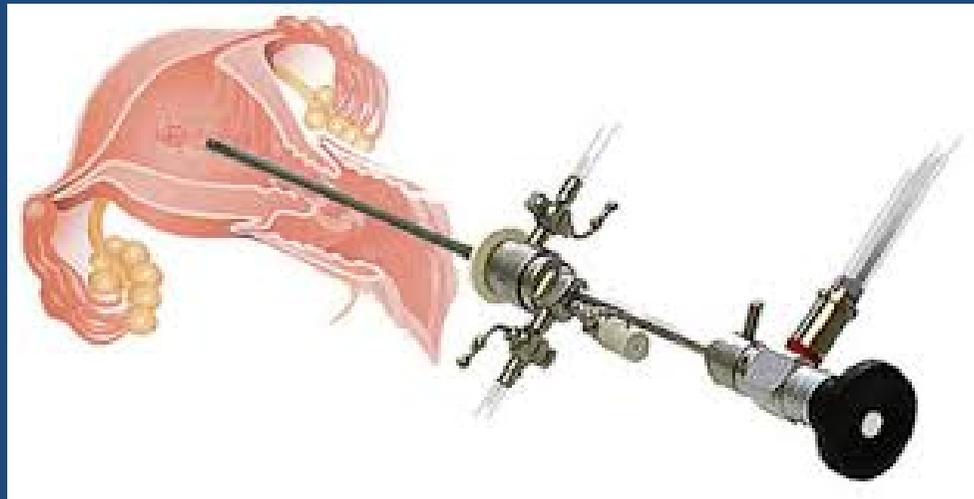
. IMPATTO SULLA MORFOLOGIA DELLA CAVITA' UTERINA

. TAC, RMN

La RMN è più efficace dell'ecografia specialmente nei miomi voluminosi (>375 ml.) e multipli (>4)



ISTEROSCOPIA



MIOMA SOTTOMUCOSO G1
Resezione con anse termiche e fredde

ISTEROSCOPIA

RUOLO DELL'ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA:

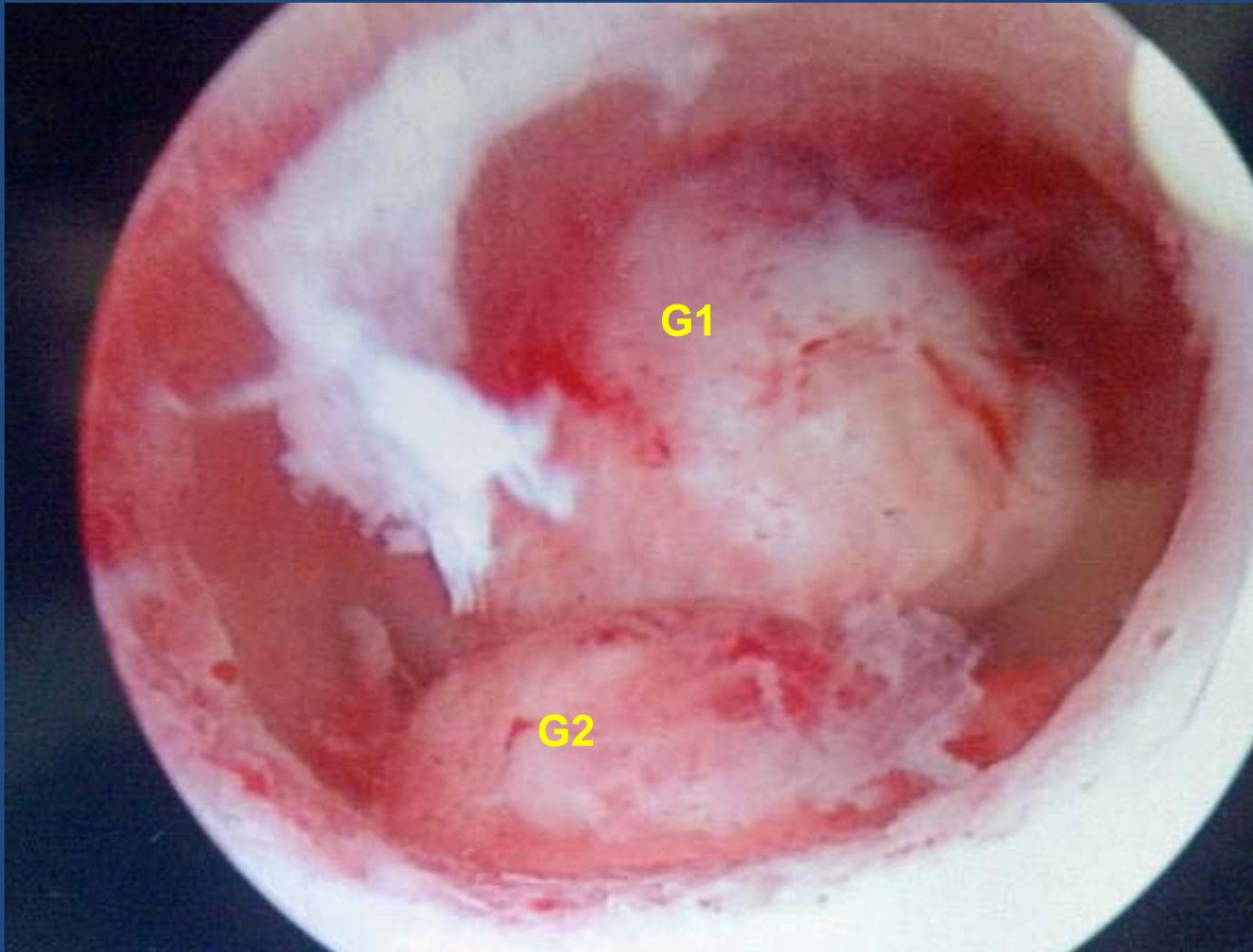
- . indispensabile per la valutazione dei miomi sottomucosi
- . utile in tutti gli altri casi (valutazione preoperatoria)

CLASSIFICAZIONE ISTEROSCOPICA MIOMI ENDOCAVITARI (ESGE 1993)

SOCIETA' EUROPEA DI GINECOLOGIA ENDOSCOPICA:

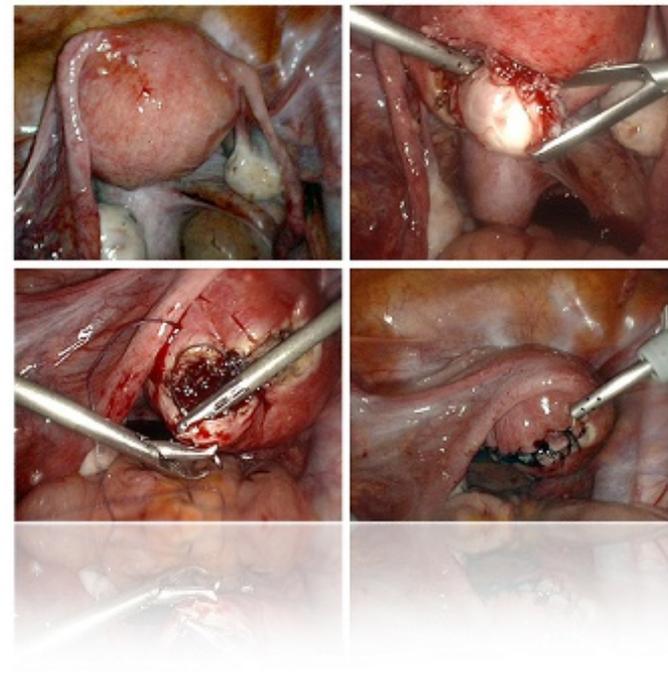
- . G-0: TOTALE SVILUPPO ENDOCAVITARIO
- . G-1: > 50% ENDOCAVITARIO
- . G-2: < 50% ENDOCAVITARIO

MIOMI SOTTOMUCOSI



Molte donne in cerca di un figlio si trovano, quindi, ad affrontare il problema della terapia o dell'asportazione dei fibromi anche se l'impatto sulla fertilità non è ancora ben chiarito.

Metwally et al. 2011, Vimercati et al 2007



Trattamento Quando operare e quando aspettare?

Trattamento conservativo:

- Desiderio di gravidanza
- Rifiuto della terapia chirurgica
- Correggere l'anemia prima dell'intervento
- Fattori di rischio
- Post-menopausa

Trattamento demolitivo (Isterectomia):

- Pre-menopausa
- Non desiderio gravidanze
- Utero di grandi dimensioni (>12-14 w EG)
 - Considerare miomectomia se fertile
- Preoccupazione per rischio di patologia maligna
- Ostruzione ureterale

Nessuna terapia medica è in grado di curare definitivamente un fibroma

La maggior parte delle terapie più efficaci non possono essere somministrate per periodi superiori a 6 mesi

Alla sospensione del farmaco i sintomi si ripresentano dopo un tempo variabile

La terapia più comunemente proposta è chirurgica:

miomectomia per le donne che desiderano una gravidanza ed **isterectomia** per le donne che hanno concluso il loro ciclo riproduttivo.

Recentemente il desiderio espresso da molte donne di conservare l'utero quale simbolo di femminilità e preservare così l'integrità anatomica del proprio corpo è stato preso in considerazione dai Sanitari.

A tal fine negli ultimi anni sono stati introdotti trattamenti conservativi atti non solo a preservare l'utero e la fertilità ma anche a ridurre la morbilità e i tempi di ripresa rispetto alla terapia chirurgica.

Embolizzazione delle arterie uterine

- In seguito a tale procedura i miomi si riducono del 39/60%.

- **Complicazioni:**

Endometrite, Ascesso tubo-ovarico, Necrobiosi, Espulsione per via vaginale di un mioma sottomucoso, Amenorrea, Morte

- **Ricorrenza dei miomi: 20% in 5 anni**

- **Necessità di reintervento: 10% in 1 anno**

TERAPIE CHIRURGICHE

A seconda della grandezza del numero e della localizzazione dei fibromi nell'utero possono essere utilizzate diverse tecniche chirurgiche:

- **la tecnica laparoscopica**: il medico opera facendo penetrare nella cavità addominale gli strumenti ottici e chirurgici attraverso tre piccole incisioni, una sotto l'ombelico e due nella parte bassa dell'addome.
- **la tecnica laparotomica**: il medico opera "ad addome aperto" attraverso un'incisione della parete addominale.
- **le tecniche vaginale ed isteroscopica**: il medico opera introducendo gli strumenti chirurgici attraverso la vagina.

Si sono sviluppate tecniche più conservative e miniinvasive per il trattamento dei fibromi.

A fianco della Laparotomia ha acquisito un importante ruolo la Laparoscopia.

Negli ultimi anni, invece, si è sviluppata la tecnica della Minilaparotomia anche per il trattamento di grossi fibromi.

Esistono molti lavori di confronto tra le tecniche miniinvasive.

Laparoscopia e minilaparotomia nel caso della miomectomia sono le 2 tecniche a confronto.

Le conclusioni dei vari studi sono simili:

- **minilaparotomia: minor tempo chirurgico, minori complicanze;**
- **laparoscopia: migliore ripresa, minor uso di analgesici.**

Durata dell'intervento:

**Nessuna differenza tra laparotomia e minilaparotomia
mentre la laparoscopia ha una durata superiore.**

Perdita di sangue e ileo postoperatorio:

**Vantaggio della minilaparotomia sulla laparotomia ma
poca differenza tra minilaparotomia e laparoscopia**

Ospedalizzazione:

Vantaggio della minilaparotomia sulla laparotomia mentre la laparoscopia prevede un'ospedalizzazione più breve.

Complicazioni intra e postoperatorie:

Nessuna differenza tra minilaparotomia, laparotomia e laparoscopia.

Alcune considerazioni

L'approccio laparoscopico non permette la palpazione dell'utero e per questo possono sfuggire i piccoli miomi intramurali di 1-2 cm che sono alla base della recidiva della patologia miomatosa.

Per questo, in caso di miomectomia laparoscopica occorre una mappatura ecografica dei fibromi molto precisa fatta prima dell'intervento.

Le scelte tra le 2 tecniche sono spesso orientate a indirizzi di «scuola».



Può esistere un razionale nella scelta?

Numero dei fibromi? **Più di 3 laparotomia.**

Dimensioni dei fibromi? **Più di 8 cm laparotomia.**

Interessamento della cavità? Qualità della ricostruzione?

La ricostruzione laparotomica è migliore

Durata dell'intervento? **In caso di intervento complesso laparotomia.**

Per ora non esiste una risposta scientifica ma solo un'applicazione del Buon senso clinico.

CONCLUSIONI

- La classica laparotomia va abbandonata
- In caso di 1-3 fibromi, di dimensioni non superiori a 7-8 cm, che non arrivano in cavità l'approccio laparoscopico va incoraggiato
- In caso di fibromi numerosi, a rapida crescita, di dimensioni maggiori di 10 cm, con impegno della cavità endometriale va riconosciuto un vantaggio alla minilaparotomia
- Vale sempre la regola per cui deve fare quello che è capace di fare....

Grazie per l'attenzione

