

■ RADIOLOGIA DIAGNOSTICO-INTERVENTISTICA

Trattamento mini-invasivo della fibromatosi uterina

■ **Salvatore Alessio Angileri¹, Chiara Floridi¹, Anna Maria Ierardi¹, Gianpaolo Carrafiello^{1,2}**

I fibromi uterini sono i tumori pelvici benigni più frequenti nelle donne in età fertile (20-40%); nascono dal tessuto muscolare dell'utero e possono raggiungere voluminose dimensioni. Circa un quarto delle pazienti con fibroma uterino presentano sintomi clinici che riducono la qualità della vita: cicli mestruali abbondanti e frequenti, perdite ematiche tra un ciclo ed un altro, dolore pelvico e senso di pesantezza, difficoltà nel cominciare e portare a termine una gravidanza. I fibromi uterini possono essere unici o multipli, sono estrogeni dipendenti e possono ingrandirsi durante la gravidanza o con l'utilizzo di pillole contraccettive orali; ridursi invece durante la menopausa. I fibromi possono essere soggetti ad una grande varietà di fenomeni degenerativi, inclusa la degenerazione mixoide, ialina, cistica, emorragica ed adiposa, nonché la calcificazione e la necrosi.

► Diagnostica

La diagnosi viene fatta dal ginecologo durante la visita e confermata da un'indagine ecografica. La risonanza

ASST Santi Paolo Carlo Presidio San Paolo
Università degli Studi di Milano
¹Radiologia Diagnostica ed Interventistica
²Direttore Radiologia Diagnostica ed Interventistica
Prof. Ordinario di Radiologia
Università degli Studi di Milano

magnetica rappresenta la metodica più accurata nella conferma della diagnosi clinica e la migliore tecnica di immagine nel determinare il numero dei fibromi, la localizzazione e le dimensioni. I fibromi uterini sono classificati in relazione alla loro posizione nella parete uterina come intramurali (contenute nel miometrio), sottomucosi (proiettano nella cavità endometriale) o sottosierosi (proiettano verso l'esterno della sierosa dell'utero). Conoscere con esattezza la localizzazione ed il numero è importante per indicare il trattamento adeguato.

► Trattamenti

Le opzioni terapeutiche includono le terapie mediche (ormonali e non ormonali), chirurgiche (miomectomia e isterectomia) e non chirurgiche mini-invasive. Il trattamento farmacologico è in molti casi efficace per la cura dei sintomi. Tuttavia nei casi non responsivi a terapia medica in pazienti sintomatiche, il ginecologo pone indicazione al trattamento chirurgico, in certi casi anche con l'isterectomia, o non chirurgico mini-invasivo. Questi ultimi sono ben tollerati e non precludono il trattamento chirurgico in caso di inefficacia del trattamento.

L'approccio della radiologia interventistica

I trattamenti della radiologia interventistica comprendono tecniche non chirurgiche mini-invasive indirizzate a tutte le donne che vogliono preservare l'utero. Queste tecniche comprendono l'approccio endovascolare mediante embolizzazione o l'approccio percutaneo con tecniche ablativo. Il primo trattamento è rivolto alla fibromatosi multipla (plurimi fibromi dominanti) mentre il secondo nei casi di pochi fibromi dominanti.

► Embolizzazione

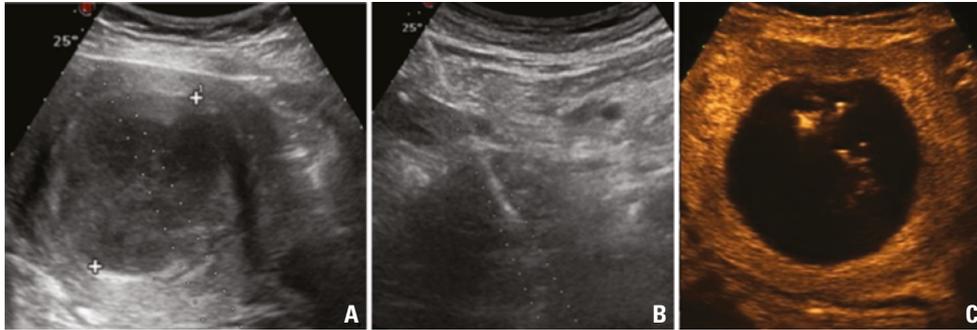
L'embolizzazione delle arterie uterine (UAE) prevede l'occlusione delle afferenze vascolari ai fibromi singoli o multipli; di conseguenza la mancata "alimentazione" di questi ne determina una riduzione di dimensioni ed un miglioramento dei sintomi. Il trattamento non richiede l'anestesia generale, seppur prevede una gestione del dolore intra- e post-procedurale potendo questo diventare intenso nelle prime 24 h a causa dei fenomeni ischemici. La procedura viene svolta in regime di ricovero per un totale di circa 2-3 giorni.

► Ablazione

Le procedure di ablazione mediante l'applicazione di energia termica determinano la necrosi coagulativa del fibroma con conseguente riduzione di volume dello stesso, peraltro è possibile anche trattare più fibromi nella stessa seduta. Attualmente esistono diverse tecniche ablativo divise in base all'energia utilizzata per il trattamento: ra-

Figura 1

Ecografia sovrapubica: planning e trattamento



A, B, C: l'ecografia sovrapubica mostra il fibroma uterino ed il planning del trattamento. (A); Immagine ecografica mostra il corretto posizionamento dell'antenna al centro del fibroma (B); L'esame ecografico con il contrasto (CEUS) mostra la devascularizzazione della porzione centrale di ablazione

di frequenza (RFA), microonde (MW), ultrasuoni focalizzati ad alta intensità (HIFU). Le procedure che utilizzano RF e MW comportano l'inserimento di un ago elettrodo/antenna attraverso la cute direttamente nel tessuto bersaglio nella maggior parte dei casi sotto guida ecografica. Dopo aver confermato la posizione corretta dell'ago l'energia viene erogata in base all'algoritmo raccomandato per l'ablazione del tessuto ed il diametro complessivo del fibroma. La procedura non determina importante dolore dopo il trattamento e la paziente è generalmente dimissibile il giorno dopo la procedura. L'HIFU può essere guidato dalla risonanza magnetica (MR) o dagli ultrasuoni, è una tecnica di ablazione termica non invasiva promettente e non prevede l'utilizzo di aghi o bisturi. Indipendentemente dalla modalità di imaging questa tecnica viene utilizzata per fibromi di dimensioni contenute ed in pazienti selezionati.

► Complicanze

Per il trattamento di embolizzazione le complicanze maggiori come quelle che richiedono ulteriori interventi e/o

ospedalizzazione (e.s. sanguinamenti, perforazioni) sono molto rare. Le complicanze comuni riportate sono perdite ematiche e febbre (4%), insuccesso tecnico (4%) e sindrome post-embolizzazione (3%). L'amenorrea è riportata in \pm il 4%. Per il trattamento ablativo dei fibromi, non sono state osservate complicazioni maggiori. Sono stati segnalati solo dolore in sede pelvica, sporadiche e scarse perdite ematiche e microframmenti di tessuti necrotici dalla vagina.

► Follow-up

Il follow-up clinico strumentale viene eseguito con un esame clinico ed ecografico a circa 1 mese dal trattamento e con risonanza magnetica a 6 mesi ed 1 anno dallo stesso.

► Conclusioni

Sudette procedure mini-invasive vengono consigliate alla paziente dal ginecologo e vengono eseguite nel reparto di radiologia Interventistica. Il reparto di Ginecologia dell'Ospedale San Paolo di Milano, diretto dalla

Prof.ssa Anna Maria Marconi, collabora con la Radiologia dello stesso, diretta dal Prof. Gianpaolo Carrafiello. Questa collaborazione ha portato ad affinare le metodiche di diagnosi e di trattamento di questa patologia. In particolare, sempre più si sta optando per le procedure ablative percutanee, essendo l'équipe di Radiologi Interventisti di questo ospedale altamente specializzata in tale campo ed avendo dimostrato la buona compliance delle pazienti nell'accettare questo tipo di procedura. I risultati dimostrati da pubblicazioni su riviste scientifiche sono ottimi e sono inoltre accompagnati da un tasso di complicanze e di recidive inferiore all'1%.

Per informazioni

salvatore.angileri@asst-santipaolocarlo.it



Attraverso il presente QR-Code è possibile ascoltare con tablet/smartphone il commento di Salvatore A. Angileri e di Chiara Floridi