

L'esame obiettivo ginecologico: indicazioni e modalità di esecuzione

L'esame obiettivo ginecologico ha indicazioni prettamente diagnostiche, ma può essere associato a indagini di screening o atti terapeutici. Molte donne, per imbarazzo o per paura del possibile dolore, sono particolarmente ansiose nel sottoporsi a questa indagine: una metodologia corretta e alcuni accorgimenti possono aiutare la paziente e il medico all'atto della visita

L'esame obiettivo ginecologico (EOG), chiamato anche esame pelvico bimanuale, consiste nella valutazione obiettiva delle caratteristiche ispettive e soprattutto palpatorie dei genitali, più in generale degli organi pelvici femminili.

L'EOG ha indicazioni prevalentemente diagnostiche, ma può essere associato a indagini di screening o atti terapeutici. Le principali finalità diagnostiche comprendono la valutazione o l'esclusione di patologie benigne e neoplastiche che alterano la morfologia genitale, come per esempio i fibromi o le cisti ovariche, o che modificano la statica pelvica, come i prolapsi genitali, oppure di patologie infiammatorie. Recentemente anche il *N Engl J Med* ha pubblicato on line un video relativo all'esame pelvico (<http://content.nejm.org/cgi/content/short/356/26/e26>).

Un particolare ambito di utilizzo dell'esame obiettivo ginecologico è la valutazione della cervice e dello sviluppo e contrattilità uterina nella gestione della gravidanza e del parto.

L'esame può completare l'esecuzione dello screening del cervico-carcinoma, permettendo di valutare anche eventuali patologie ginecologiche non rilevabili dalla citologia cervicale, per esempio le caratteristiche palpatorie della cervice e dei parametri o le caratteristiche del corpo uterino e degli annessi.

Diversi atti terapeutici vengono

preceduti o più raramente seguiti dall'EOG, che si può effettuare per esempio prima dell'inserimento di una spirale intrauterina o nel valutare in narcosi le caratteristiche obiettive prima di un intervento ginecologico oppure per valutare la guarigione clinica dopo la terapia antimicrobica per una salpingite acuta.

Il momento in cui l'esame va eseguito è la presenza di almeno una delle indicazioni citate.

L'esecuzione periodica del solo esame obiettivo ginecologico, mirata alla diagnosi precoce di patologie neoplastiche genitali in pazienti asintomatiche, è molto controversa (*Cancer 1995; 76: 2004-10*): per consuetudine molte donne si sottopongono, generalmente una volta l'anno, a questa manovra semeiologica che ha però una bassa sensibilità, se non è integrata da ulteriori indagini, come il Pap test e l'ecografia transvaginale. Inoltre l'accuratezza è enormemente condizionata dalla corretta esecuzione delle manovre e dalla sensibilità ed esperienza dell'operatore.

Le controindicazioni all'esame obiettivo ginecologico sono l'integrità dell'imene, superabile con l'ecografia transrettale o transaddominale e/o l'esame obiettivo bimanuale addomino-rettale.

La mestruazione non è una controindicazione assoluta, ma limita molto la fase di ispezione e non rende possibile l'esecuzione concomitante di indagini cito-istologiche.

L'allergia al lattice è una controindicazione all'uso di guanti di questo materiale, che va sempre indagata, così come l'allergia allo iodio e agli anestetici locali (in caso di colposcopia ed eventuale biopsia), in quanto vi è il rischio di shock anafilattico, che è l'unica potenziale causa di mortalità in corso di esame.

In *tabella 1* sono indicati i prerequisiti per un esame accurato.

Tabella 1

Prerequisiti per un esame obiettivo ginecologico accurato

1. Indicazioni e assenza di controindicazioni
2. Informazione e consenso della paziente, almeno verbale
3. Ambiente idoneo e senza interferenze
4. Vescica vuota
5. Intestino libero da feci e gas
6. Posizione confortevole
7. Rilassamento della muscolatura
8. Adeguata lubrificazione del guanto

Consenso della paziente

Prima di procedere all'EOG, la paziente deve esserne informata e acconsentire o almeno essere messa in grado di rifiutare. Il consenso dovrebbe essere implicito al fatto che la paziente si è presentata per una visita ginecologica, ma la valutazione potrebbe non essere bimanuale, ma solo ecografica. Nel dubbio, è quindi preferibile chie-

dere il consenso almeno verbale, soprattutto quando è possibile che la paziente non abbia ancora avuto rapporti, come nelle donne molto giovani o alla loro prima visita, o quando sia preferibile eseguire anche l'esplorazione rettale, come nel sospetto di endometriosi o nei controlli oncologici. Se la paziente rifiuta l'EOG questo va documentato ed eventualmente controfirmato.

L'ideale sarebbe la presenza del personale sanitario come testimone per limitare il rischio di accuse di violenza sessuale simulate ai fini di ricatto.

■ Metodologia

L'ambiente in cui si svolge la visita deve essere discreto e va possibilmente eliminata o ridotta al minimo la possibilità di interruzioni da parte di telefonate o ingressi e uscite di personale sanitario. Per favorire il dialogo aperto, su temi quali la contraccezione e le malattie sessualmente trasmesse, è preferibile che non siano presenti il partner o i genitori.

La vescica deve essere vuotata prima della visita: tale informazione si può trasferire in sede di appuntamento o mentre la paziente attende la visita. Quando è indispensabile eseguire anche un'ecografia transaddominale la vescica va svuotata dopo questo esame e prima dell'esame obiettivo ginecologico o dell'ecografia transvaginale. Per non perdere tempo e per ridurre i rischi, scrivere in sala d'attesa di ricordarsi di vuotare la vescica e di informare su eventuali allergie al latte.

La presenza di gas e feci nell'intestino limita la possibilità di valutare i genitali interni e la presenza di fecalomi può dare falsa impressione di massa pelvica.

La posizione sul lettino ginecologico deve essere confortevole, in modo da favorire il rilassamento muscolare. A tal fine i supporti per reggere i cavi poplitei e i polpacci devono essere alla giusta altezza. È preferibile che gli arti su-

periori siano distesi lungo i fianchi, non disposti sopra l'altezza delle spalle, per aiutare a detenere la muscolatura addominale. Riuscire a ottenere il migliore rilassamento possibile tramite messaggi rassicuranti, verbali e soprattutto non verbali, condiziona molto l'accuratezza dell'esame. A tal fine è fondamentale eseguire l'EOG come uno degli ultimi atti della visita, in modo da dare il tempo alla paziente per prendere contatto con il personale e con l'ambiente, occorre cioè fare prima tutto ciò che va comunque effettuato e che non è condizionato e modificabile dall'obiettività, per esempio gli approfondimenti anamnestici o la modulistica del Pap test.

Il medico deve controllare la propria mimica facciale, tentando nei limiti del possibile di mantenerla rilassata: questo rassicura molto di più di ogni altro fattore elenca-

to. È utile "rompere il silenzio" informando su quello che si sta per effettuare o dando informazioni che distolgano l'attenzione dalla situazione, che per molte pazienti è imbarazzante, crea una tensione non autocontrollabile e limita moltissimo, fino a renderlo non attendibile, il reperto obiettivo palpatorio.

Un'adeguata lubrificazione dei guanti non solo rende meno fastidioso l'esame, ma limita le contrazioni riflesse della muscolatura addominale e perineale.

■ Riscontri obiettivi

Il referto della visita deve innanzitutto indicare i parametri obiettivi rilevati e possibilmente documentare la metodologia di esecuzione dell'esame, che deve essere estremamente rigorosa al fine di aumentare il più possibile l'accuratezza dell'EOG (*tabella 2*).

Tabella 2

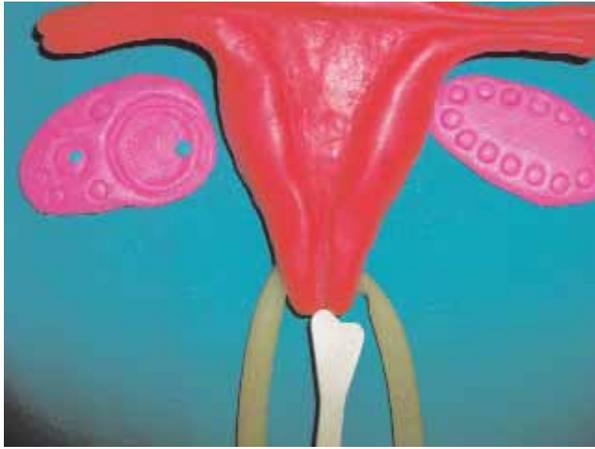
Modalità di esecuzione sistematica dell'esame obiettivo ginecologico

Sede	Metodologia di esecuzione	Parametri obiettivi ricercati	Patologie compatibili con il riscontro obiettivo
Vulva e perineo	Ispezione a occhio nudo o con colposcopio, con e senza aumento della pressione addominale.	Alterazioni della cute e mucose vulvari e perineali. Ricerca di eventuali neoformazioni, secrezioni, cicatrici o lesioni da trauma o sessuali. Presenza di prolassi della mucosa vaginale. Alterazioni dei peli pubici o dei nei.	Infezioni, cisti del Bartolino, condilomi, neoformazioni, cancro vulvare, nei sospetti, cicatrici chirurgiche, lesioni traumatiche, prolassi genitali, varici vulvari, emorroidi e lesioni anali, mutilazioni genitali, iperandrogenismi.
Vagina	Ispezione con speculum, a occhio nudo o con colposcopio.	Alterazioni della mucose vaginale e della portio, delle secrezioni vaginali, del trofismo mucoso, dell'orientamento della cervice e della mucosa attorno all'orifizio uterino esterno. Ricerca di eventuali neoformazioni, cicatrici o lesioni da trauma, o presenza di corpi estranei. Presenza di prolassi delle pareti vaginali e/o della portio.	Infezioni, condilomi, neoformazioni, cancro vaginale, cancro della portio, cicatrici chirurgiche, lesioni traumatiche, ipotrofia, retroversione, prolassi genitali, corpi estranei.
Muscoli perineali e della parete addominale. Adipe addominale. Linfonodi inguinali.	Introduzione di uno o due dita in vagina. Palpazione a riposo o dopo contrazione volontaria, con e senza aumento della pressione addominale. Mappatura del dolore.	Tono, trofismo, forza contrattile e capacità volontaria di controllo della muscolatura perineale. Tensione dei muscoli addominali ed eventuali tumefazioni erniarie. Spessore del pannicolo adiposo addominale. Dimensioni, mobilità, elasticità e tono delle pareti vaginali. Punti di alterata sensibilità o accentuata dolorabilità a livello perineale o vestibolare. Consistenza e dolorabilità delle cicatrici chirurgiche, di neoformazioni o di alterazioni flogistiche. Volume, consistenza e dolorabilità dei linfonodi inguinali.	Patologie della statica pelvica, vaginismo, tensione emotiva, adiposità, ernie della parete addominale, laparoceli, vulvodinia, neuropatie, esiti chirurgici, linfoadenopatie, cancro della vulva.
Cervice, parametri e legamenti uterosacrali. Setto rettovaginale e cavo del Douglas.	Palpazione con le dita della mano in vagina mentre la mano esterna fissa il fondo uterino. Mappatura del dolore.	Forma, volume, orientamento, consistenza, mobilità e dolorabilità della cervice. Consistenza e mobilità o eventuale modularità o rigidità dei parametri e dei legamenti uterosacrali. Dolorabilità del fornice vaginale posteriore e del cavo del Douglas.	Flogosi, endometriosi, neoformazioni, cancro della portio, prolassi o neoformazioni della cupola vaginale, elitrocele, emoperitoneo, gravidanza extrauterina, modificazioni della cervice in gravidanza.
Corpo uterino	Palpazione tra la mano esterna e le dita a contatto con la portio.	Forma, volume, orientamento, consistenza, mobilità e dolorabilità del corpo uterino. Presenza di nodulazioni del corpo, loro sede, volume, superficie, consistenza ed eventuale mobilità.	Flogosi, fibromi, neoplasie del corpo uterino, retroversione, aderenze, sviluppo e contrattilità dell'utero in gravidanza.
Ovaie e tube	Palpazione tra la mano esterna lateralizzata e le dita interne a livello dei fornici laterali. Mappatura del dolore.	Forma, volume, orientamento, consistenza, mobilità e dolorabilità delle ovaie. Volume, consistenza e dolorabilità delle tube.	Flogosi, cisti, endometriosi, aderenze, neoformazioni, torsione dell'annesso, cancro ovarico, cancro delle salpingi, gravidanze extrauterine.
Uretra e vescica	Palpazione dell'uretra e del trigono vescicale. Mappatura del dolore.	Dolorabilità, consistenza o neoformazioni.	Uretriti, cistiti, neoplasie urogenitali.
Retto e sigma	Palpazione con singolo dito nel retto o con un dito in vagina e uno nel retto.	Dolorabilità, consistenza o neoformazioni anorettali. ispessimento, nodularità, consistenza e dolorabilità del setto rettovaginale e dei legamenti uterosacrali. Volume, forma e consistenza delle feci.	Proctiti, fecalomi, ragadi anali, polipi anorettali, emorroidi, endometriosi, elitrocele, neoplasie del colon e del retto.

■ Suggerimenti pratici

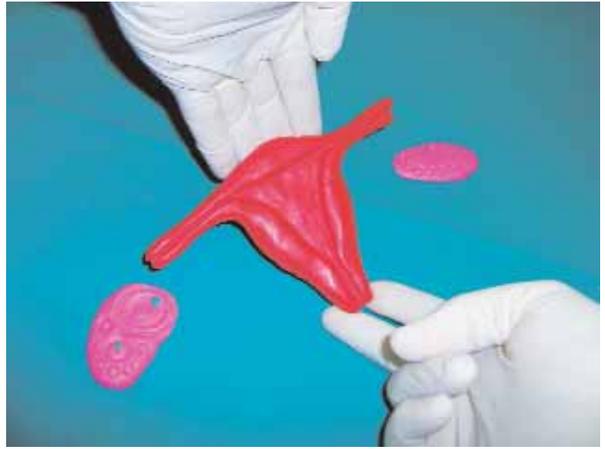
- Dicendo alla paziente di spingere all'atto dell'ispezione e all'inizio della palpazione si evidenziano meglio eventuali difetti della statica pelvica e si valuta il controllo volontario e la sinergia tra i muscoli perineali e addominali. Inoltre, chiedendo di rilassare subito dopo, si rende meno fastidiosa l'introduzione dello speculum nella prima fase e delle dita nella seconda fase dell'esame. Se i muscoli glutei vengono contratti, la paziente appare rigida o il bacino appare sollevato. È consigliabile dire alla paziente di appoggiarsi bene sul lettino: la aiuta a rilassare i muscoli perineali e a sentire meno fastidio.
- Lo speculum va scelto della misura adatta alle dimensioni presunte della vagina. Sono preferibili gli speculum monouso trasparenti, che consentono di ispezionare anche più agevolmente tutta la vagina. Lo speculum va lubrificato, poi inserito prima con la fessura tra le branche parallele alle piccole labbra e poi gradualmente inserito mentre lo si ruota di 90° fino a raggiungere una delle branche a contatto con un fornice vaginale. L'apertura consigliata è quella minima, che consenta l'ispezione o l'esecuzione di eventuali prelievi (*figura 1*).
- Le dita indice e medio, protette dal guanto ben lubrificato, vanno inserite gradualmente in vagina, dopo avere delicatamente separato le piccole labbra. Per rendere meno fastidiosa l'introduzione è preferibile effettuare la maggiore pressione verso l'ano, invece che verso l'uretra. Nelle donne che contraggono molto i muscoli peritoneali o nelle donne anziane o in quelle che sono state sottoposte a intervento chirurgico si può usare solo un dito, anche se in questo modo la valutazione è meno accurata rispetto alla possibilità offerta della due dita di contornare la cervice a livello dei fornici e di fissarla e mobilizzarla adeguatamente (*figura 2*).
- La mappatura delle aree dolorose si esegue premendo sistematicamente e con intensità gradualmente crescente le diverse strutture pelviche. A livello vulvare si può anche usare un cotton fioc. La palpazione bimanuale permette di valutare la mobilità e dolorabilità alla pressione selettiva, in particolare per quanto riguarda la cervice e le ovaie.
- La mano che palpa l'addome deve tentare di allontanare le anse intestinali e di uncinare il fondo uterino tramite movimenti delicati, in modo da non stimolare la contrazione riflessa antalgica delle muscolatura addominale. Nell'effettuare queste manovre è importante avvisare la donna che più riesce a rilassarsi più accurato e meno fastidioso sarà l'esame (*figura 3*).
- Le ovaie sono difficili da palpare, soprattutto se sono piccole e se vi sono ostacoli tra le mani del medico che tenta di apprezzarle: adipe, muscolatura contratta, intestino meteorico, feci. Quando le ovaie non sono chiaramente palpabili, in donne non a rischio di neoplasie ovariche, può essere sufficiente escludere la presenza di masse annessiali. Normalmente non si palpano le salpingi: se le tube sono palpabili sono patologiche, ma non è facile distinguerle dalle anse intestinali (*figura 4*).
- L'esplorazione rettale va sempre eseguita nelle pazienti affette da neoplasie ginecologiche, in quanto è indispensabile fare un'accurata e completa valutazione. Dopo gli interventi oncologici la vagina è spesso corta, mentre per via rettale il dito può esplorare più profondamente la pelvi per escludere la presenza di neoformazioni sospette per recidiva.

Figura 1



Ispezione ed eventuale esecuzione di Pap-test.

Figura 2



Esplorazione vaginale: posizione delle dita a livello dei fornici vaginali.

Nell'endometriosi è importante valutare sempre accuratamente il setto rettovaginale e i legamenti uterosacrali, possibilmente inserendo contemporaneamente un dito in vagina e uno nel retto e spingendo in basso l'utero con la mano esterna.

Referto

Nell'atto di refertare l'esame obiettivo ginecologico non è prudente scrivere direttamente la diagnosi, affermando per esempio che si palpa una "cisti ovarica", ma è preferibile limitarsi a descrivere i riscontri obiettivi, per esem-

pio: "massa annessiale sinistra, teso-elastica, mobile, di 3.5 cm, a superficie liscia, dolorabile e ipomobile".

Con questi caratteri obiettivi non si possono infatti escludere patologie quali gravidanza extrauterina, sactosalpinge, fecaloma o cancro ovarico.

Nelle conclusioni, in cui si riassume quanto desumibile dall'integrazione dei dati anamnestici clinici ed eventualmente laboratoristici e strumentali, va indicata la diagnosi "compatibile" con tali dati obiettivi, le eventuali ulteriori indagini consigliate e dopo quanto tempo rifare il controllo.

Limiti dell'EOG e indagini aggiuntive

L'EOG rimane un'indagine con bassa sensibilità per quanto riguarda la diagnosi precoce del cancro ovarico, soprattutto se eseguita in circostanze non ideali, in modo non sistematico o da operatori non esperti (*Obstet Gynecol* 2000; 96: 593-8). Si stima che sia necessario esaminare circa 10.000 donne in età fertile (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>) o circa 1.000 donne in età postmenopausale per trovare un cancro ovarico, che alla diagnosi clinica in genere è già in stadio avanzato, mentre in circa lo 0.8-1.8% delle

Figura 3



Palpazione addominale e uncinamento del fondo uterino.

Figura 4



Posizione delle mani nella valutazione degli annessi.

donne si rilevano all'EOG masse annessiali clinicamente non rilevanti: pertanto l'esame non può essere usato al solo fine dello screening del cancro ovarico (*Med J Aust 1995; 162: 408-10*).

La sensibilità dell'EOG nella diagnostica delle masse ovariche è di circa il 45% e la specificità del 90% (www.ahrq.gov/clinic/tp/adnextp.htm). Per l'ecografia transvaginale la sensibilità è del 86-91% e la specificità del 68-83%, ma se si combina la morfologia ecografica con il Doppler la specificità raggiunge il 91%. In sintesi l'accuratezza diagnostica ecografica è paragonabile a quella della Tac, della Rmn e della Pet.

Il cancro dell'endometrio si manifesta nella maggioranza dei casi negli stadi iniziali con perdite ematiche. L'ecografia transvaginale può rilevare alterazioni della rima endometriale e indicare quali casi vadano valutati con l'isteroscopia e

la biopsia endometriale. Il cancro endometriale si rileva in genere solo negli stadi avanzati con modificazioni obiettivamente all'EOG.

Il cancro della cervice si rileva all'esame obiettivo ginecologico solo quando è almeno minimamente invasivo. Pertanto l'EOG non è nemmeno paragonabile come sensibilità allo screening con Pap test e alla colposcopia con biopsia cervicale. Nelle neoplasie della portio l'EOG ha comunque un ruolo importante nella stadiazione, pur essendo irrisorio il suo ruolo nella diagnosi precoce.

■ Conclusioni

La maggioranza delle visite di controllo vengono richieste dalle donne con l'obiettivo principale di essere rassicurate del fatto di non avere neoplasie degli organi genitali. L'esecuzione dell'esame obiettivo ginecologico, senza il suppor-

to di un'ecografia transvaginale, non ha una sensibilità sufficiente per fornire sempre una sufficiente rassicurazione in tal senso. L'esecuzione sistematica dell'ecografia transvaginale subito dopo l'EOG è quindi oggi indispensabile non solo perché aumenta molto l'accuratezza diagnostica, ma consente al medico di fare un costante e immediato autocontrollo della propria abilità. Quando il medico non è in grado di eseguire una diagnosi accurata per la mancanza - o per la temporanea indisponibilità - di un ecografo, è deontologicamente e legalmente obbligato ad informare la paziente dei limiti della prestazione fornita.

In futuro è probabile che la diagnostica per immagini e le indagini di laboratorio permettano di arrivare a diagnosi sempre più precoci di patologie non ancora visibili o palpabili e auspicabilmente nemmeno sintomatiche.