

Fibroma uterino: dalla diagnosi alla terapia

Spesso la diagnosi di fibroma uterino è casuale ed entra nella sfera del Mmg in occasione di una visita di controllo. La terapia suggerita è possibilmente conservativa

Il fibroma (leiomioma, mioma, fibromioma) è la più frequente neoplasia benigna dell'utero, con un'incidenza pari a circa il 30% nella popolazione femminile in età fertile, ma in realtà risulta sottostimata poiché spesso è asintomatico. La prevalenza del fibroma uterino è del 4% tra i 20 e i 30 anni, l'11-18% tra i 30 e i 40 anni e raggiunge il 33% tra i 40 e i 60 anni. Il fibroma uterino è espressione del tessuto muscolare dell'utero e può essere compreso tra pochi mm e i 15 cm fino ad occupare, in casi eccezionali, un notevole spazio nell'addome. La sua localizzazione interessa nel 90% dei casi il corpo dell'utero, collo e istmo sono coinvolti nei restanti casi e, a seconda delle dimensioni e della sede, tende a deformare la morfologia dell'utero.

A livello di interessamento anatomico si distinguono tre forme:

- intramurale: presente nello spessore del muscolo uterino;
- sottomucoso: sporge nella cavità endometriale;
- sottosieroso: sporge verso l'esterno entrando in contatto con la sierosa del peritoneo, a forma a volte pedunculata.

Si parla di utero fibromatoso senza fibromi quando tutto il miometrio da tessuto muscolare si trasforma in tessuto fibroso.

Il fibroma uterino entra nella sfera diagnostica del Mmg in occasione di una visita medica o un'ecografia pelvica o quando si evidenziano sintomi legati alla sua presenza: menometrorragie al di fuori del normale periodo mestruale, dolore pelvico anche a carattere muscolotensivo, aborto spontaneo, infertilità, sintomi da compressione quando il fibroma ha raggiunto dimensioni considerevoli.

Tra i fattori di rischio si comprendono: età >40 anni, familiarità, nulliparità e obesità, razza nera, mentre il rischio è minore con un numero di gravidanze >5, postmenopausa, uso di contraccettivi orali. I fibromi uterini sono legati alla funzione riproduttiva della donna ed essendo influenzati dall'attività estrogenica, la dimensione si riduce nel periodo postmenopausale.

La diagnosi si avvale, oltre alla visita ginecologica, dell'ecografia pelvica transvaginale che, pur avendo sensibilità e specificità basse, rappresenta il primo ausilio per potere individuare la sede, il numero e le dimensioni dei fibromi.

L'isteroscopia permette l'individuazione dei fibromi sottomucosi e di quelli situati negli spazi di congiungimento tra tube e utero. L'isterosalpingografia può documentare anch'essa fibromi sottomucosi e viene utilizzata soprattutto in caso di sospetta sterilità. La risonanza magnetica va utilizzata solo se i fibromi sono di pertinenza chirurgica. Se i fibromi uterini insorgono in gravidanza, si possono presentare varie situazioni. Possono aumentare di volume o creare alterazioni circolatorie. In genere i fibromi sottosierosi non sono problematici in gravidanza.

Quelli intramurali, invece, a causa della loro collocazione all'interno del miometrio, possono alterare la contrattilità dell'utero e quindi condizionare le contrazioni durante il travaglio oppure provocare un parto prematuro.

I fibromi sottomucosi possono essere abortigeni, mentre quelli in prossimità del collo dell'utero, potendo ostruire la via vaginale, possono rendere necessario il parto cesareo.

Terapia

Se i fibromi sono piccoli o di dimensioni maggiori ma asintomatici viene privilegiata una condotta di attesa, con valutazione semestrale (visita ginecologica ed ecografia). La terapia medica mira all'eliminazione delle perdite ematiche e al controllo del dolore. Contro le menometrorragie si utilizzano progestinici, danazolo e GnRh analoghi. Questi interventi non possono però fare regredire i fibromi uterini.

La terapia chirurgica si riserva ai casi con menometrorragie resistenti alla terapia medica, nei disturbi da compressione alla vescica e all'intestino e nei casi in cui si sospetta una degenerazione maligna. Infine vanno rimossi chirurgicamente i fibromi che ostacolano la fertilità. La miomectomia tende a salvaguardare la struttura dell'utero e si esegue mediante isteroscopia, laparoscopia e laparotomia a seconda della sede del fibroma. Se i fibromi sono inferiori a 4 cm e a sede sottomucosa, il mezzo chirurgico elettivo è l'asportazione sotto isteroscopia. Se invece i fibromi sono sottosierosi, cioè sporgenti nella cavità peritoneale, si impone la modalità laparoscopica. Nei casi di fibromi voluminosi si attua l'asportazione mediante laparotomia. Infine sono da menzionare la miolisi, che si esegue utilizzando aghi bipolari o il laser e l'embolizzazione dell'arteria uterina che provoca un infarto della neoplasia. È da sottolineare che, se la donna ha perso la funzione riproduttiva, non va eseguita la miomectomia ma l'isterectomia totale, in quanto l'utero, dopo la fase fertile, non è più indispensabile. A tale proposito il medico dovrebbe rassicurare le pazienti che esse non vanno in menopausa e che l'attività sessuale non viene modificata dopo isterectomia.