

Le complicanze di una isterectomia

Sergio Perini

Medico di Medicina Generale, Carpenedolo (BS)

Camilla Treccani

Corso di formazione in Medicina Generale
Carpenedolo (BS)

Una paziente di 50 anni, in cura presso una clinica chirurgica per aderenze pelviche estese e per una sospetta fistola linfatica pelvica, ha un'anamnesi ginecologica e una storia clinica complessa. I numerosi interventi a livello uterino a cui è stata sottoposta sono la causa del suo attuale problema.

Storia clinica

La paziente inizia ad avere problemi nel lontano 1986, all'età di soli 28 anni, quando viene sottoposta a una miomectomia per l'asportazione di due fibromi uterini. L'intervento viene eseguito con successo in assenza di complicanze, tanto che per i dieci anni successivi la donna gode di buona salute, fino a quando nel 1996 deve sottoporsi a una isterectomia subtotale, per la comparsa di altri fibromi.

Per alcuni anni la paziente non presenta altri disturbi, ma nel 2002 accusa dolori acuti e persistenti in zona pelvica. Viene nuovamente ricoverata per essere sottoposta a una laparoscopia operativa nel sospetto di una neoplasia maligna a carico dell'utero. Durante il ricovero viene eseguita una laparotomia con biopsia che risulta negativa per eteroplasia.

La paziente è costretta a stare in ospedale per quattro mesi e alla dimissione la diagnosi è di periviscerite massiva con sierocele del cavo di Douglas. Nel 2006, ancora a causa di un'importante sintomatologia algica, la paziente viene sottoposta a una ecografia addominale completa.

L'indagine evidenzia a livello del cavo di Douglas un vasto sierocele di 78x45 mm pluriconcamerato e un ovaio sinistro >45 mm, con ecostruttura micropolicistica. Viene posta l'indicazione per una nuova laparoscopia.

Nuovi interventi

La paziente viene nuovamente ricoverata e la diagnosi di dimissione è la seguente: aderenze pelviche estese con obliterazione completa del cavo addominale e sospetta fistola linfatica pelvica.

Negli ultimi due anni la paziente subisce periodici svuotamenti del sierocele sia per via addominale sia per via transvaginale, con posizionamento di cateteri a permanenza a livello della cupola vaginale.

Nel corso del tempo la qualità di vita della paziente è andata peggiorando, con difficoltà anche di carattere emotivo, tanto da mettere in discussione la relazione con il marito.

Commento

Il caso clinico che abbiamo illustrato è un esempio emblematico della nostra professione. Di fronte a un problema iperspecialistico, a patologie complicate e difficili da curare anche per i colleghi specialisti, non dobbiamo dimenticare il nostro ruolo di counsellor. In particolare è importante mantenere i contatti telefonici e/o epistolari con i colleghi ed è altrettanto importante recarsi in ospedale per dimostrare una vicinanza emotiva con il paziente. È in questi frangenti che si può creare una alleanza terapeutica tra paziente e medico, che rappresenta il *sine qua non* per il futuro della relazione stessa.

Nel caso specifico, la paziente nel corso degli anni non è mai riuscita ad avere spiegazioni esaurienti riguardo alla sua difficile e rara situazione clinica da parte dei molti specialisti che l'hanno avuta in cura. È qui che si inserisce il ruolo del Mmg che, pur non sostituendosi al collega specialista, rimane una figura di riferimento per la paziente, cercando, per quanto possibile, di ascoltare, capire e dare spiegazioni a ciò che crea dubbi e timori.

Anche sulle difficoltà manifestate dalla paziente nella relazione con il partner il ruolo del Mmg è molto delicato ed è necessario molto tatto e

sensibilità nel consigliare la coppia sulle loro difficoltà.

Note & approfondimenti

I fibromi uterini sono le neoformazioni mesenchimali benigne più frequenti dell'apparato genitale femminile; generalmente sono multipli e con minore frequenza solitari. Rari prima dei 20 anni, per la lenta crescita si rendono in genere evidenti verso la quarta decade di vita con un'incidenza che si avvicina al 20%. Con maggior frequenza (70%) si sviluppano a carico della parete uterina (intramurali), il 20% invece a carico della superficie addominale (sottosierosi e peduncolati) e il 10% verso la cavità uterina, sollevando l'endometrio (sottomucosi e peduncolati), meno frequenti sono i miomi infralegamentari.

I fibromi sono monoclonali, originando probabilmente da una singola cellula muscolare liscia; avendo dei recettori per gli estrogeni tendono ad aumentare di dimensione durante la vita riproduttiva e a regredire dopo la menopausa.

La degenerazione inizia con la riduzione della vascolarizzazione ed è descritta come ialina, mixomatosa, calcifica, cistica, grassa, rossa (di solito durante la gravidanza) o necrotica. Sebbene le pazienti siano spesso preoccupate di una possibile degenerazione neoplastica maligna, la trasformazione sarcomatosa è estremamente rara.

Sintomi e diagnosi

Specie se di piccole e medie dimensioni, spesso i miomi sono asintomatici. Il sintomo più frequente è il sanguinamento uterino anomalo (presente in circa il 30% delle pazienti, in prevalenza in quelle con miomi sot-

tomucosi) determinato dalle alterazioni meccaniche dell'endometrio indotte dal mioma. Più raramente causano senso di peso pelvico, gonfiore e tensione e dolenzia addomino-pelvica. La pollachiuria è causata da miomi della parete anteriore, a livello basso o da miomi voluminosi a prevalente sviluppo anteriore.

Il dolore pelvico è causato da torsione di miomi peduncolati o da necrosi di miomi in rapida crescita, più frequente in gravidanza. La degenerazione o la crescita di un fibroma causa un dolore acuto che può diventare cronico con il perdurare della degenerazione. Solitamente non interferiscono con la possibilità di avere una gravidanza, ma possono tuttavia complicarla, causando prematuramente contrazioni o travaglio o la mal presentazione del nascituro, che richiede il ricorso al taglio cesareo.

La diagnosi avviene durante l'esame clinico ginecologico, l'affinamento diagnostico preciso viene fornito dall'ecografia transaddominale e transvaginale; TAC ed eventualmente RMN vengono riservate a casi particolarmente complessi.

Il monitoraggio clinico ed ecografico dei miomi va impostato ogni 4-6 mesi per accertare la velocità di crescita del fibroma; per i fibromi stabili è sufficiente il controllo annuale.

■ Terapia

La presenza e l'intensità di sintomi dovuti alla presenza di miomi dovrebbero essere i principali indicatori per definire la strategia terapeutica. Secondo le raccomandazioni delle linee guida, per le pazienti asintomatiche non vi è indicazione ad alcun trattamento, mentre per controllare la sintomatologia sono disponibili terapie mediche (progestinici, antifibrinolitici, estroprogestinici a basso dosaggio), che prevedono la soppressione della secrezione estrogenica per arrestare l'eventuale sanguinamento, non sempre risultano però efficaci e il loro impiego rimane limitato. Con l'obiettivo di una temporanea riduzione volumetrica dei miomi e di un sostanziale miglioramento della sintomatologia si è dimostrato valido il trattamento con gli analoghi del GnRH.

La chirurgia è di solito riservata alle donne che hanno una massa pelvica in rapida crescita, un sanguinamento uterino ricorrente non responder al trattamento medico, un dolore o una compressione persistenti addominali intollerabili o disturbi urinari o intestinali. Le tecniche chirurgiche più frequenti sono la miomectomia - che sempre più spesso viene eseguita per via laparoscopica - e l'isterectomia ed entrambe devono essere considerate interventi maggiori. La miomectomia può essere utile nelle donne infertili o con aborti ricorrenti e che desiderano una gravidanza, quando non sono state identificate altre cause di infertilità.

L'isterectomia andrebbe riservata alle pazienti che hanno concluso il periodo di vita riproduttiva, con malattia molto estesa e che concordano per un intervento demolitore, oppure nei casi in cui il trattamento chirurgico conservativo non dia adeguate garanzie di risultato per l'elevato rischio di persistenza.

Dal momento che i fibromi uterini si presentano spesso multipli, non è in-

frequente ricorrere alla miomectomia multipla, che però può essere molto più difficoltosa dell'isterectomia, poiché quando i fibromi vengono rimossi, può rimanere solo una piccola quantità di miometrio sano, rendendo impossibile la ricostruzione di un utero normale.

Quindi la scelta della paziente è importante, ma deve essere basata sulle informazioni complete circa le difficoltà e le sequele della miomectomia rispetto all'isterectomia. Anche in questo caso di fronte al tecnicismo dell'atto chirurgico, il ruolo del Mmg è importante per aiutare la donna a decidere quale scelta sia la migliore.

Oltre alle difficoltà tecniche relative alla ricostruzione dell'utero, rimangono le altre complicanze della miomectomia, ovvero le emorragie secondarie e la formazione di aderenze epiploiche o intestinali sul fondo uterino, che rientrano nel range della normale incidenza dopo interventi laparotomici. Inoltre nel 5% dei casi si possono avere anche lesioni delle vie urinarie.