

La chirurgia mini-invasiva

Daide Lijoi

CHE COSA E'?

TECNICHE CHIRURGICHE

RAPIDO RECUPERO POST-OPERATORIO

DOLORE POST-OPERATORIO

PRINCIPALI PATOLOGIE TRATTABILI TRAMITE CHIRURGIA MINI-INVASIVA:

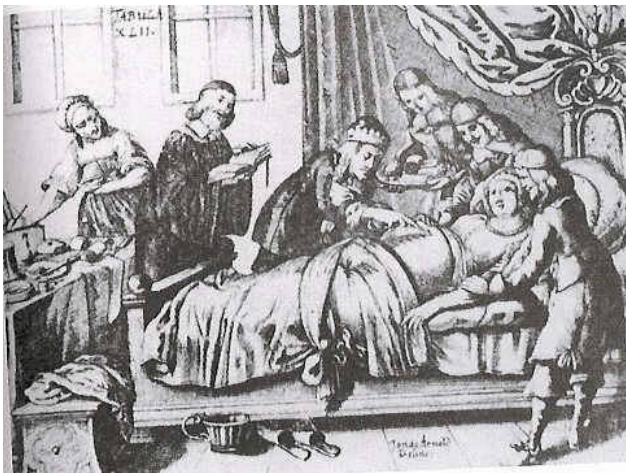
ENDOMETRIOSI

FIBROMI UTERINI

CHE COSA E'?

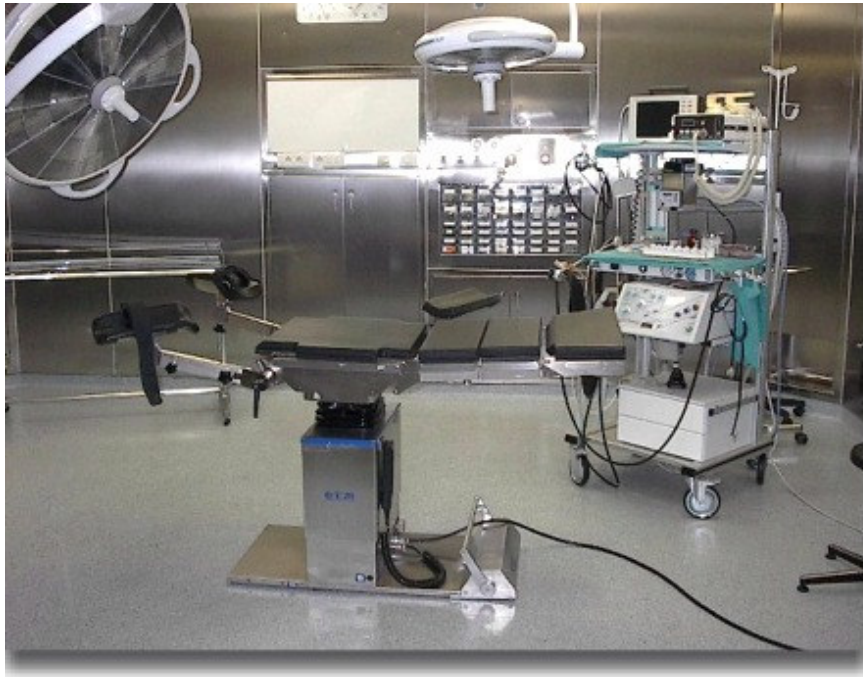
Negli ultimi due decenni la chirurgia ginecologica è andata incontro ad una sempre maggiore semplificazione sia per quanto riguarda le tecniche operatoria che anestesilogiche.

In passato, come ci insegna la storia, la chirurgia veniva eseguita quasi esclusivamente attraverso un accesso "laparotomico".



Gli interventi chirurgici per patologia ginecologica vengono oggi eseguiti per la maggior parte attraverso accessi chirurgici "mini-invasivi". Infatti, se soltanto due decenni fa l'accesso elettivo per la chirurgia ginecologica era quello "laparotomico" (cioè la parete addominale veniva aperta attraverso un taglio che permetteva al chirurgo di visualizzare la cavità addominale e di eseguire l'intervento), oggi gli accessi chirurgici più utilizzati sono quello "laparoscopico" (attraverso un piccolo foro di circa 1 cm di diametro a livello dell'ombelico si entra nella cavità addominale che viene visualizzata attraverso una telecamera) e quello "vaginale" (l'intervento chirurgico viene eseguito attraverso la vagina che permette di evidenziare gli organi pelvici, in particolar modo utero, ovaie e vie urinarie). Gli stessi interventi che oggi vengono eseguiti attraverso la via laparotomica godono di importanti e nuovi concetti che permettono comunque di limitare al minimo lo stress chirurgico.

Questi importanti cambiamenti nella tecnica chirurgica, ma non solo in quella, hanno permesso di ridurre l'impatto dell'intervento chirurgico sul benessere del paziente consentendo quindi di ridurre i tempi di degenza in ospedale, ridurre il dolore dopo l'intervento e abbreviare il tempo di guarigione complessivo. Questi risultati sono la conseguenza di numerose innovazioni sia tecnologiche che di cultura medica che ci consentono, oggi, di utilizzare materiali e luoghi di cura (sale operatorie e presidi ospedalieri) fino a pochi decenni fa impensabili.

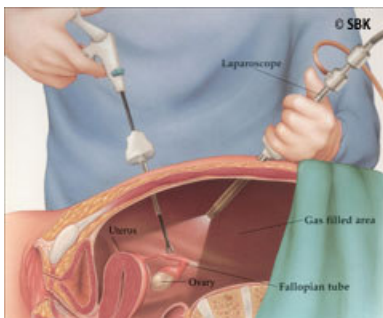


TECNICHE CHIRURGICHE

La **Laparoscopia** rappresenta la più importante metodica di chirurgia mini-invasiva che permette di eseguire manovre chirurgiche anche complesse a "cielo chiuso", mantenendo comunque una visione diretta del campo operatorio grazie all'utilizzo di strumenti ottici, a fronte di un traumatismo estremamente limitato per il paziente.

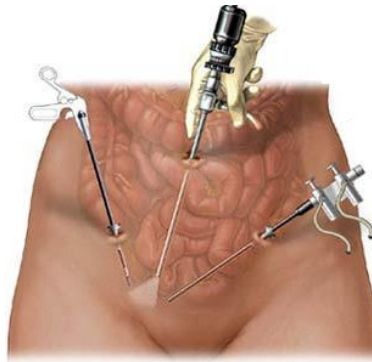
Questa tecnica ha iniziato a svilupparsi nella seconda metà degli anni '80 e da allora ha preso velocemente piede grazie ai progressi fatti in campo bio-ingegneristico e all'intraprendenza di alcuni chirurghi che hanno riconosciuto nella chirurgia laparoscopica le enormi potenzialità in campo diagnostico e terapeutico. Rispetto alla chirurgia tradizionale (laparotomica) le metodiche laparoscopiche, se eseguite da mani esperte, permettono di ottenere risultati estetici migliori con una riduzione dei tempi di ricovero e di convalescenza grazie ad un traumatismo nettamente inferiore in sede operatoria.

La tecnica prevede di non "aprire" la parete addominale per operare sugli organi addominali ma di "esplorare" la cavità addominale attraverso il laparoscopio. Il



laparoscopio viene introdotto nella cavità addominale attraverso l'ombelico (con una piccola incisione della cute di circa 1-1.5 cm) e permette di visualizzare gli organi addominali in quanto dotato di una luce e una telecamera che porta le immagini in tempo reale su uno schermo. Il laparoscopio diventa così "l'occhio" del chirurgo. Il chirurgo esegue l'intervento attraverso altre due piccole incisioni della cute, più laterali e "basse" rispetto all'ombelico, attraverso le quali vengono introdotti gli strumenti chirurgici. Le vie laterali (incisione della cute di circa 0.5-0.8 cm) diventano così le vie "operative" attraverso cui il chirurgo può

eseguire le manovre necessarie a svolgere l'intervento.



La chirurgia laparoscopica è una tecnica di trattamento chirurgico, che non si contrappone a quella tradizionale od "aperta".

La chirurgia laparoscopica è in grado di ridurre:

- la morbilità (la comparsa di malattie o complicanze) postoperatoria
- il dolore postoperatorio
- l'impiego di farmaci antalgici ed antibiotici
- l'impiego d'infusioni postoperatorie reidratanti e nutrizionali
- l'incidenza d'infezioni postoperatorie
- l'ileo postoperatorio (il periodo in cui la motilità intestinale si arresta)
- la degenza in ospedale
- la convalescenza
- il rischio di laparocele (ernia della parete addominale) in sede di ferita
- la ricorrenza d'aderenze postoperatorie (spesso causa di dolore cronico)

La chirurgia laparoscopica favorisce inoltre una pronta ripresa lavorativa e preserva il corpo dalle cicatrici, annullando la sintomatologia parestesica (l'assenza o la riduzione della sensibilità), spesso fastidiosa, correlata alla presenza d'estese cicatrici chirurgiche e riduce il danno estetico e funzionale ad esse correlato, conseguenza inevitabile, fino a poco tempo fa, dell'atto chirurgico.

Le patologie ginecologiche che più frequentemente possono beneficiare del trattamento chirurgico per via laparoscopica risultano essere:

- L'endometriosi
- Le patologie annessiali (cisti ovariche, gravidanze extrauterine tubariche)
- I miomi (o "fibromi") uterini

La via Vaginale è un accesso chirurgico esclusivo del Ginecologo e, talvolta, dell'Urologo. Tale tecnica chirurgica prevede di "operare" attraverso il canale vaginale. La vagina viene cioè incisa e attraverso tale incisione si entra nella cavità addominale potendo trattare le patologie a carico di utero, vescica e annessi uterini.

Tale accesso chirurgico, come la laparoscopia, prevede di non incidere la parete addominale e consente quindi di ridurre notevolmente il traumatismo chirurgico. Queste caratteristiche peculiari della tecnica chirurgica vaginale permettono di ridurre i tempi di durata dell'intervento e il dolore post-operatorio e di migliorare la convalescenza e il recupero post-operatorio. Tali caratteristiche collocano a pieno titolo le tecniche chirurgiche vaginali fra quelle mini-invasive. Importante ricordare, infine la completa assenza di cicatrici visibili dopo l'intervento e la possibilità di eseguire l'intervento con una tecnica anestesiológica mini-invasiva quale la "spinale".

Le interventi chirurgici che più frequentemente possono beneficiare dell'accesso vaginale risultano essere:

- Il trattamento del prolasso uro-genitale e dell'incontinenza urinaria
- L'isterectomia (asportazione dell'utero) per varie cause

La tecnica **Mini-laparotomica** è un'evoluzione della tecnica laparotomica classica. Viene definita come un'incisione della parete addominale di piccole dimensioni (idealmente fra 4 e 6 cm complessivi). La riduzione delle dimensioni dell'incisione della cute limita naturalmente il traumatismo dell'intervento chirurgico contribuendo a fare di questa tecnica una tecnica mini-invasiva.



Ma non si tratta solo delle dimensioni della ferita. L'obiettivo della "mini-invasività" viene raggiunto con questa tecnica adottando numerosi accorgimenti tecnici che permettono di ridurre i traumi che i tessuti e gli organi subiscono nel corso dell'intervento. Si tratta di non utilizzare il divaricatore automatico (strumento che permette di divaricare i tessuti e esporre gli organi addominali), avere particolare attenzione nel ridurre in sanguinamento durante l'intervento, eliminare completamente il dolore post-operatorio con una oculata e razionale somministrazione di farmaci anti-dolorifici, non utilizzare o rimuovere appena dopo l'intervento il catetere vescicale. Questi e altri accorgimenti tecnici possono contribuire, insieme alla tecnica mini-laparotomica, a rendere la chirurgia tradizionale (laparotomica) il più vicino possibile alle tecniche mini-invasive per eccellenza (laparoscopia e chirurgia vaginale).

RAPIDO RECUPERO POST-OPERATORIO



La chirurgia mini-invasiva risulta essere quindi una "filosofia" che prescinde dal semplice atto tecnico e chirurgico, per quanto questo rimanga comunque il principale protagonista, e si traduce quindi in una attenzione complessiva al trattamento del paziente e alla sua patologia. La presa in carico da parte del chirurgo inizia ben prima dell'intervento in sala operatoria e si conclude con la messa in atto di una serie di accorgimenti e attenzioni che proseguono nel periodo post-operatorio.

Molto è stato fatto per razionalizzare la maggior parte delle procedure pre-, intra- e post-operatorie: l'osservazione di una dieta pre-operatoria, la precoce rimozione del catetere vescicale, la somministrazione di alimenti nelle prime ore dopo l'intervento chirurgico, la precoce mobilitazione attiva del paziente, la riduzione e ottimizzazione della somministrazione di farmaci, l'elastocompressione, sono solo alcuni esempi dei correttivi che, correttamente applicati, permettono l'ottenimento di un risultato a cui, complessivamente, si può dare il nome di "rapido recupero post-operatorio in chirurgia ginecologica". Con tale dizione con cui si indica il più rapido ritorno alle quotidiane attività dopo l'intervento chirurgico.

Il medesimo sforzo è stato compiuto in campo anestesilogico dove la semplificazione degli interventi e la combinazione e razionalizzazione dell'uso dei farmaci hanno contribuito in modo sostanziale all'ottenimento dell'obiettivo "mini-invasività". La collaborazione tra le diverse figure sanitarie (chirurghi, anestesisti, infermieri di sala operatoria e di corsia, fisioterapisti) è fondamentale nella realizzazione di questo protocollo chirurgico-assistenziale che permette di dimostrare la stretta correlazione tra patologia chirurgica, trattamento intra- e post-operatorio e la dimissione precoce.

Tale inversione di tendenza rispetto agli anni precedenti ha portato ad una riduzione media del ricovero ospedaliero post-operatorio (meno 50% rispetto ai dati remoti) e un più veloce ritorno alle attività quotidiane con conseguente riduzione delle liste d'attesa per il trattamento della patologia ginecologica chirurgica.

DOLORE POST-OPERATORIO

Il controllo del dolore post-operatorio è da sempre una delle priorità maggiori per il chirurgo. La figura del medico anestesista ha anche il compito di aiutare nell'ottenimento di tale importantissimo risultato. Il dolore è correlato a diversi fattori quali sono la dimensione della ferita chirurgica, il trauma sulle strutture muscolari stirate dai divaricatori, l'acidosi (l'abbassamento del pH dei liquidi) e, non ultimo, l'atteggiamento psicologico, col quale il Paziente affronta l'intervento: la chirurgia mini-invasiva, "filosofia" medica culturale più che semplice gesto tecnico, modifica sensibilmente alcuni di questi parametri tentando di incidere sulle diverse componenti che producono il dolore dopo l'intervento chirurgico.

Si tratta, quindi, di lavorare in prospettiva non pensando solamente di eliminare il dolore quando la

sensazione dolorifica si sia instaurata, ma, invece, prevenendo tale sensazione e motivando il Paziente a recuperare al più presto possibile il benessere.

La razionalizzazione dell'uso dei farmaci anti-dolorifici, la riduzione del traumatismo chirurgico, la stimolazione del paziente ad alzarsi nelle prime ore dopo l'intervento, il non uso del catetere vescicale e altre procedure pre- e post-operatorie consentono di ridurre il dolore post-operatorio ottenendo una maggiore soddisfazione da parte del paziente.



PRINCIPALI PATOLOGIE TRATTABILI TRAMITE CHIRURGIA MINI-INVASIVA:

ENDOMETRIOSI

Definizione

L'endometriosi è una malattia benigna determinata dalla presenza di tessuto simile all'endometrio (il tessuto che normalmente riveste la cavità uterina e tramite lo sfaldamento provoca la mestruazione) al di fuori dell'utero. Nella malattia endometriosica il tessuto endometriale tipicamente si localizza nella pelvi dove può dare luogo ad aderenze, cisti ovariche, sanguinamenti ed un vasto corredo di sintomi che vanno da una infertilità inspiegata in una donna completamente sana ed asintomatica, alla dismenorrea intensa (dolore invalidante durante il ciclo mestruale), al dolore pelvico cronico.



L'endometriosi viene definita una **malattia "socialmente rilevante"**. Si stima infatti che nel mondo colpisca circa il 3-10% delle donne in età riproduttiva. Risulta una malattia rarissima prima del menarca (inizio dei cicli mestruali) e molto rara dopo la menopausa. L'età media della prima diagnosi si

colloca tra i 20 ed i 35 anni.

La causa dell'endometriosi è a tutt'oggi non completamente nota. L'ipotesi più antica e forse più accreditata è quella della mestruazione retrograda: durante il flusso mestruale alcune cellule endometriali (a partenza cioè dall'endometrio) seguirebbero un percorso inverso, risalendo lungo le tube e localizzandosi poi nella pelvi. Tuttavia tale teoria non riesce a spiegare alcuni fenomeni che possono talvolta osservarsi nella malattia endometriosica. Per questo alcuni ricercatori hanno sviluppato teorie differenti sulle cause dell'endometriosi (disseminazione delle cellule endometriali per via linfatica o ematogena, alterata risposta immunitaria, predisposizione genetica). Si per ora tratta soltanto di ipotesi, l'origine vera della malattia è purtroppo ancora sconosciuta e ulteriori studi sono necessari.

I sintomi dell' endometriosi sono molto variabili. Talora vi sono donne con endometriosi molto grave ma con sintomi molto modesti, e, viceversa, donne con endometriosi lieve possono soffrire di sintomi molto intensi. L' intensità del dolore non è in rapporto all' estensione o alla dimensione delle lesioni: anche le piccole formazioni (focolai endometriosici) possono causare sintomi gravi. I sintomi riscontrati più frequentemente sono:

- dismenorrea (dolore prima e durante le mestruazioni)
- dispareunia (dolore durante o dopo i rapporti sessuali)
- dolore pelvico cronico
- dolore o senso di peso nel retto
- diarrea e/o stitichezza
- defecazione dolorosa
- minzione dolorosa
- affaticamento cronico
- dolore nella regione lombare o lungo un arto inferiore

L'infertilità colpisce il 30-40% circa delle donne con endometriosi. Ciò dipende spesso dal danneggiamento del tessuto ovarico per effetto dell' endometriosi, oppure da processi aderenziali a livello pelvico, che fanno sì che i rapporti tra tube e ovaie siano alterati, o anche da altri fattori biochimici e/o immunitari.



La diagnosi di endometriosi è molto spesso casuale nel corso di indagini o interventi chirurgici effettuati per altri motivi. Lo specialista ginecologo che si occupa del trattamento di tale malattia spesso comincia a sospettarne l'esistenza durante il colloquio medico-paziente: elementi importanti per la diagnosi sono una storia di dolore mestruale, di dispareunia (dolore durante i rapporti sessuali), di dolore pelvico cronico. Le lesioni sono facilmente riconoscibili da un chirurgo esperto. La storia clinica ed una attenta visita ginecologica sono molto utili per arrivare ad un forte sospetto diagnostico. L'orientamento del chirurgo ginecologo può essere confermato dall'ecografia pelvica, dal dosaggio sierico del CA-125, dalla Risonanza Magnetica Nucleare, dalla laparoscopia. Quasi sempre la diagnosi di certezza viene fatta con la laparoscopia, che, oltre a consentire una visualizzazione diretta degli organi pelvici (utero, tube e ovaie) e delle lesioni endometrioidiche, permette la rimozione chirurgica delle lesioni e quindi il successivo esame istologico.

La terapia dell'endometriosi deve basarsi su diversi fattori:

- le dimensioni, la localizzazione e l'estensione delle lesioni endometrioidiche
- l'entità della sintomatologia
- l'età della paziente
- eventuale desiderio di gravidanza
- eventuale infertilità associata

In alcuni casi di endometriosi lieve, con pochi sintomi, si può tenere una condotta di attesa, senza instaurare alcuna terapia, limitandosi ad eseguire dei regolari controlli periodici. Il dolore, se presente, può essere attenuato con l'uso di antidolorifici (come per esempio Ibuprofene).

In altri casi si può far ricorso a varie scelte terapeutiche, la cui adeguatezza va valutata in ogni singola paziente, tenendo conto anche e soprattutto delle esigenze e delle aspettative della singola donna.

Un concetto importante da tener presente è che, non essendo nota con certezza la causa dell'endometriosi, qualunque terapia noi pratichiamo non ci può dare la certezza di risolvere in maniera definitiva la malattia, ma può essere utile a ridurre la sintomatologia o a favorire la fertilità. Pertanto, talvolta, dopo la sospensione della terapia medica o dopo l'eventuale intervento chirurgico, si può assistere alla ricomparsa della sintomatologia.

Tali elementi hanno consentito di sviluppare strategie terapeutiche differenti stabilite caso per caso in modo da adeguare la terapia stessa alla risposta clinica della paziente: tra *i farmaci* impiegati ricordiamo:

- estrogeno-progestinici (la comune pillola contraccettiva)
- pillole ad esclusivo contenuto progestinico
- analoghi del GnRH (che creano uno stato menopausale temporaneo; bloccano così la produzione degli estrogeni, inducendo una "pseudomenopausa". Questa situazione fa sì che vi sia una netta riduzione della sintomatologia, se non addirittura una sua scomparsa. Dopo la sospensione della terapia è comunque possibile una riattivazione dell'endometriosi. Gli effetti collaterali possono consistere in sintomi da carenza estrogenica: secchezza vaginale, vampate di calore, cefalea, insonnia, depressione, irritabilità, riduzione della libido, ecc)
- danazolo (somministrato anche per via vaginale)
- dispositivi intrauterini a rilascio di progesterone.



La terapia chirurgica ha lo scopo di eseguire una asportazione completa di tutte le lesioni visibili che concorrono a determinare il dolore pelvico come le cisti endometrioidiche, le aderenze, i focolai peritoneali e quelli localizzati nel setto retto-vaginale (lesioni responsabili del dolore durante i rapporti sessuali). La chirurgia dell'endometriosi è generalmente una chirurgia conservativa che si avvale molto spesso dopo l'intervento (e talvolta anche prima) della terapia medica. L'accesso chirurgico nel trattamento dell'endometriosi è oggi quasi sempre mini-invasivo (laparoscopia).



FIBROMI UTERINI

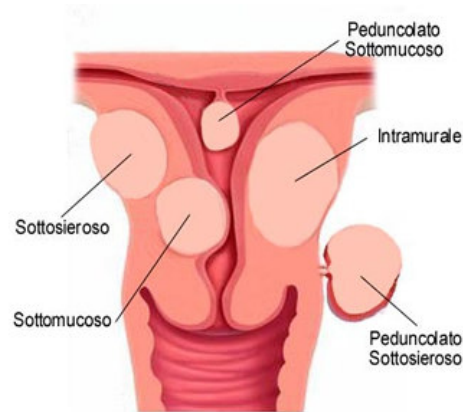
Definizione

I fibromi uterini possono anche essere chiamati miomi o più tecnicamente fibromiomi o leiomiomi: si indica sempre la stessa patologia. I fibromi sono dei tumori benigni delle cellule muscolari dell'utero. I fibromi sono i tumori più frequenti della regione pelvica femminile. Infatti circa il 25-30% delle donne sviluppa un fibroma nel corso della propria vita. I fibromi possono rimanere asintomatici o determinare sintomi molto differenti tra loro. Il 30% circa delle donne portatrici di fibroma denuncia sintomi dovuti alla presenza di tale tumore. Un fibroma può presentarsi con dimensioni molto variabili, potendo variare il suo diametro da pochi millimetri fino a oltre 10-15 cm, raggiungendo nei casi estremi delle dimensioni tali da occupare buona parte dell'addome. Inoltre nella stessa paziente può presentarsi un singolo fibroma o più fibromi simultaneamente, di forma, sede e dimensioni variabili.

La possibilità che un fibroma possa degenerare in forma maligna (diventando così un sarcoma dell'utero) risulta rara (si indica un caso circa su 1000 fibromi).

Un fibroma può presentarsi in diverse zone dell'utero (Figura 1):

- Fibroma intramurale: si sviluppa esclusivamente nello spessore della parete muscolare uterina, comportando una modificazione di forma e volume dell'utero
- Fibroma sottosieroso: tende ad accrescersi sempre a partenza della parete uterina, ma sviluppandosi prevalentemente verso l'esterno, sotto la sierosa peritoneale che riveste l'utero. In tal caso la forma dell'utero tende a manifestare una alterazione circoscritta alla sede del fibroma. Talora un fibroma a sviluppo sottosieroso mantiene contatto con la parete uterina solo con un peduncolo (fibroma peduncolato).
- Fibroma sottomucoso: si accresce sempre a partenza della parete uterina, ma sviluppandosi prevalentemente verso l'interno, verso la cavità endometriale.



Cause

Non si conosce la causa dell'insorgenza dei fibromi uterini. Si sa che la familiarità rappresenta un fattore di rischio. Si osserva spesso, infatti, che nelle figlie di donne con fibroma uterino si riscontra la stessa patologia.

Sintomatologia

Circa un terzo delle donne con fibromi ha dei sintomi. Il fibroma può essere causa di sintomi variabili:

- menometrorragie (sanguinamenti uterino eccessivo)
- anemia sideropenica (conseguenza delle menometrorragie)
- dolore pelvico
- disuria (difficoltà a urinare)

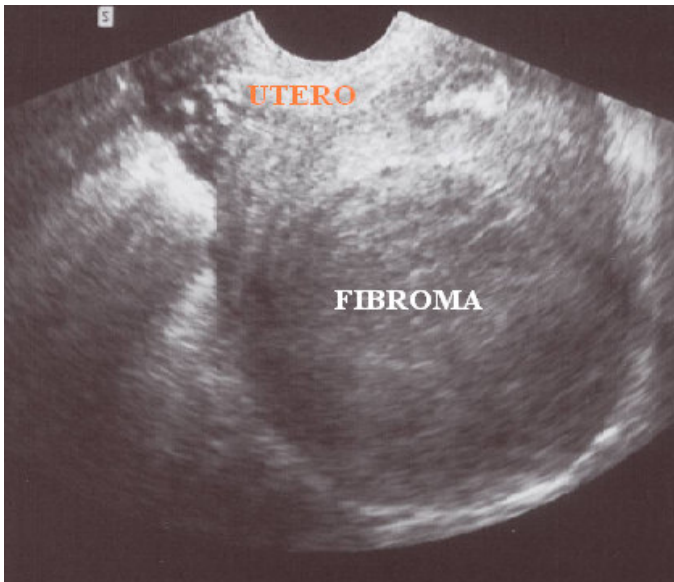
Le menometrorragie possono manifestarsi come sanguinamenti tra un ciclo mestruale e l'altro o come una mestruazione più abbondante della norma. Esistono notevoli differenze tra una donna e l'altra. Nei casi più gravi tali sanguinamenti possono determinare l'anemia sideropenica (da carenza di ferro) che porta ad astenia (incapacità a svolgere le più semplici attività quotidiane) profonda e conseguente riduzione sensibile della qualità della vita. Il dolore pelvico è sintomo frequente nelle donne portatrici di fibromi voluminosi o multipli. Questo sintomo è generato o dalla pressione diretta del fibroma sulle strutture adiacenti o dalla degenerazione interna del fibroma. La degenerazione interna del fibroma è un fenomeno spontaneo rappresentato da una necrosi ischemica del fibroma stesso. Questo fenomeno è più frequente nei fibromi voluminosi che non sono adeguatamente vascolarizzati e possono quindi andare incontro a veri e propri infarti con conseguente dolore. La disuria (difficoltà a urinare o aumentata frequenza delle minzioni) è un sintomo che si può osservare nel caso in cui il fibroma eserciti una pressione sulle pareti vescicali.



Diagnosi

I *fibromi sottosierosi ed intramurali* vengono spesso diagnosticati nel corso della visita ginecologica. L'ecografia pelvica, preferibilmente per via transvaginale, completa l'iter diagnostico confermando la diagnosi e fornendo importanti informazioni su numero, sede e dimensioni dei fibromi. In alcuni casi selezionati la Risonanza Magnetica Nucleare può fornire al chirurgo ginecologo informazioni preziose per la terapia successiva di tali tipi di fibromi.

Per fare diagnosi di *fibroma sottomucoso* è invece spesso necessario eseguire l'isteroscopia. Tale metodica consente di avere una visione diretta della cavità dell' utero, potendo così accertare la presenza di fibromi sottomucosi, che si sviluppano quindi verso la cavità deformandone le sue pareti; è possibile anche valutare la presenza di fibromi in prossimità degli sbocchi delle tube verso l' utero, con conseguente ostacolo alla fertilità.



Terapia

La scelta della terapia dipende da vari fattori. La presenza di sintomi è il cardine della terapia. L'orientamento scientifico attuale consiglia di non trattare i fibromi asintomatici. Nella donna portatrice di fibromi che non presenti sintomi si consiglia una condotta di attesa, limitandosi all'esecuzione di controlli periodici (visita ginecologica ed ecografia ogni sei mesi - un anno).

La terapia si impone dunque in una donna portatrice di fibroma che denunci uno o più sintomi. In questo caso le variabili da considerare per scegliere la terapia più adeguata sono:

- tipo ed entità dei sintomi
- età della paziente
- eventuale desiderio di gravidanze
- volume del fibroma

Sulla base di tali variabili e tenendo necessariamente conto dei desideri e delle aspettative della donna si possono fare le terapeutiche, che possono essere in alcuni casi di tipo farmacologico, e in altri di tipo chirurgico.

La scelta di una *terapia farmacologica* può essere utile soprattutto per il controllo delle menometrorragie, e, se necessario, per far fronte al dolore. Non ci si può aspettare però dalla terapia medica la regressione totale del fibroma. Per dominare la sintomatologia emorragica possiamo disporre di diverse categorie di farmaci. I farmaci più frequentemente utilizzati risultano essere:

Progestinici: questi sono essere particolarmente indicati nel bloccare la menometrorragia, e talora riescono anche a ridurre la sintomatologia dolorosa. Solitamente vengono assunti per via orale (in forma di compresse) per 10-15 giorni a ciclo per più cicli, secondo l' indicazione del ginecologo

Contraccettivi orali (pillola): anche questi preparati sono efficaci nel controllare le menometrorragie e, in alcuni casi, rallentano l' ulteriore eventuale sviluppo del fibroma

GnRH analoghi: questi preparati (solitamente somministrati in forma di iniezioni intramuscolari, per 4-6 mesi) comportano un blocco temporaneo della attività di produzione ormonale da parte delle ovaie. Si viene così ad instaurare una sorta di menopausa farmacologica reversibile, in conseguenza della quale si ha una cessazione delle mestruazioni (amenorrea) ed una certa riduzione di volume dei fibromi. Questi effetti però non sono permanenti; infatti dopo la sospensione della terapia può ripresentarsi la precedente sintomatologia emorragica, ed inoltre può riprendere l' accrescimento dei fibromi. D' altra parte tale terapia non può essere protratta per un periodo molto lungo a causa degli effetti collaterali che possono instaurarsi (vampate di calore, disturbi metabolici, l' effetto favorente l' osteoporosi) Questo tipo di terapia viene spesso scelta o in vista di un intervento chirurgico (con l' intento di favorire una riduzione di volume del fibroma per agevolare l' intervento), o in una paziente molto vicina alla menopausa per controllare le menometrorragie fino alla cessazione spontanea delle mestruazioni.

Le motivazioni che possono indurre ad una *scelta chirurgica* sono molteplici. La chirurgia si impone nei casi in cui le emorragie sono frequenti e abbondanti e non traggono beneficio dalla terapia medica. La scelta chirurgica si riserva anche a quei casi in cui il volume cospicuo di un fibroma (o di un utero fibromatoso) crea dolore o disturbi da compressione di organi vicini (vescica e/o intestino) o nei casi in cui il fibroma che per la sua sede ostacola fertilità.

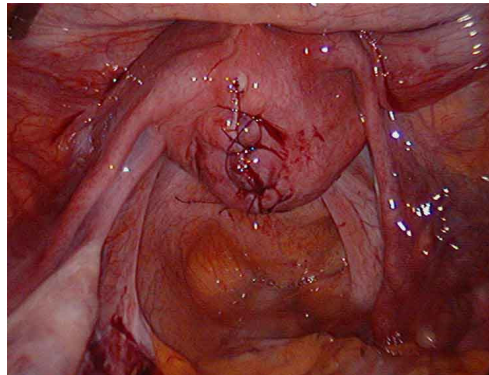
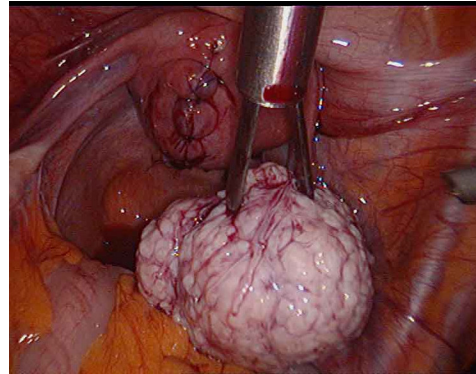
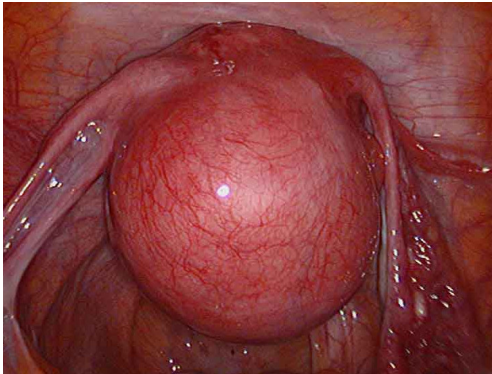
Nella scelta chirurgica va considerato il tipo di intervento (isterectomia o miomectomia) e la tecnica chirurgica utilizzata (laparoscopia, laparotomia o isteroscopia).

A proposito del tipo di intervento:

- miomectomia: con tale termine si intende la semplice asportazione di uno o più fibromi, conservando quindi l' utero. Tale scelta è abitualmente da privilegiare, a meno che la paziente non desideri l'asportazione dell'utero
- isterectomia: asportazione dell' utero. Tale scelta è più indicata nella paziente in età peri- o postmenopausale, ed in quei casi più complessi, in cui, a causa di miomi multipli e/o voluminosi, l'intervento di miomectomia non può garantire una ricostruzione adeguata dell'utero. L'isterectomia per fibromatosi viene generalmente eseguita per via addominale o laparotomica ma un ginecologo esperto in chirurgia può eseguire l'intervento per via vaginale (colpoisterectomia) o per via laparoscopica.

La tecnica chirurgica utilizzata deve tener conto di più fattori: numero, grandezza e sede dei miomi, eventuale consistenza di un problema di fertilità, età della paziente, eventuale altra patologia associata.

- Laparoscopia: sta diventando la tecnica di riferimento per eseguire la miomectomia per fibromi intramurali e sottosierosi. Ha enormi vantaggi in termini di riduzione del dolore post-operatorio, tempi di degenza e riduzione delle cicatrici sull'addome.



- Laparotomia: In passato il gold standard, oggi si riserva a fibromi multipli o particolarmente voluminosi (diametro superiore a 7-8 cm). Oggi si usa comunque un accesso "mini-laparotomico" (lunghezza dell'incisione sulla cute di 4-6 cm) in modo da ridurre comunque l'invasività chirurgica e le cicatrici addominali.



- Isteroscopia: tecnica di prima scelta per i fibromi dislocati verso l' interno della cavità uterina (intracavitari o sottomucosi)

