

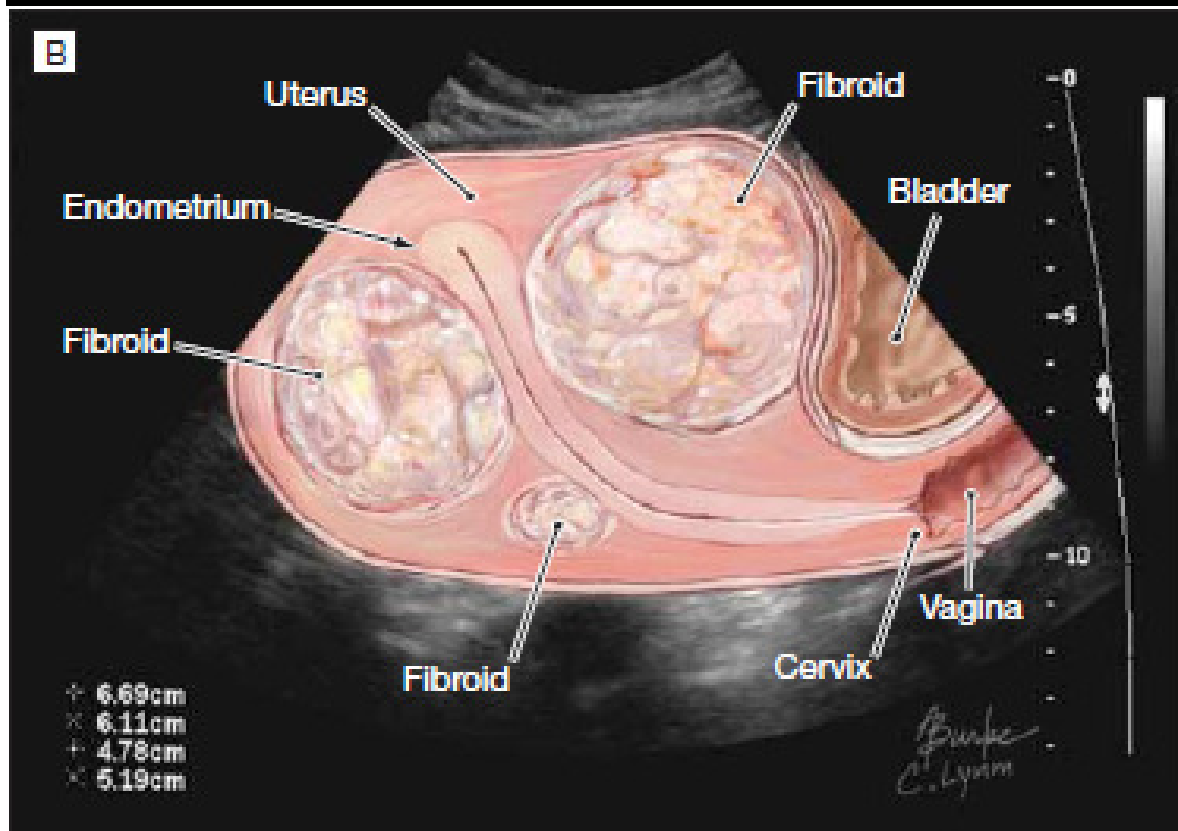


LE LINEE GUIDA: MIOMATOSI UTERINA

prof. Paolo Scollo

**Dipartimento Materno-Infantile
U.O. di Ostetricia e Ginecologia**

Perché la necessità di LdG sul management dei MIOMI UTERINI ?



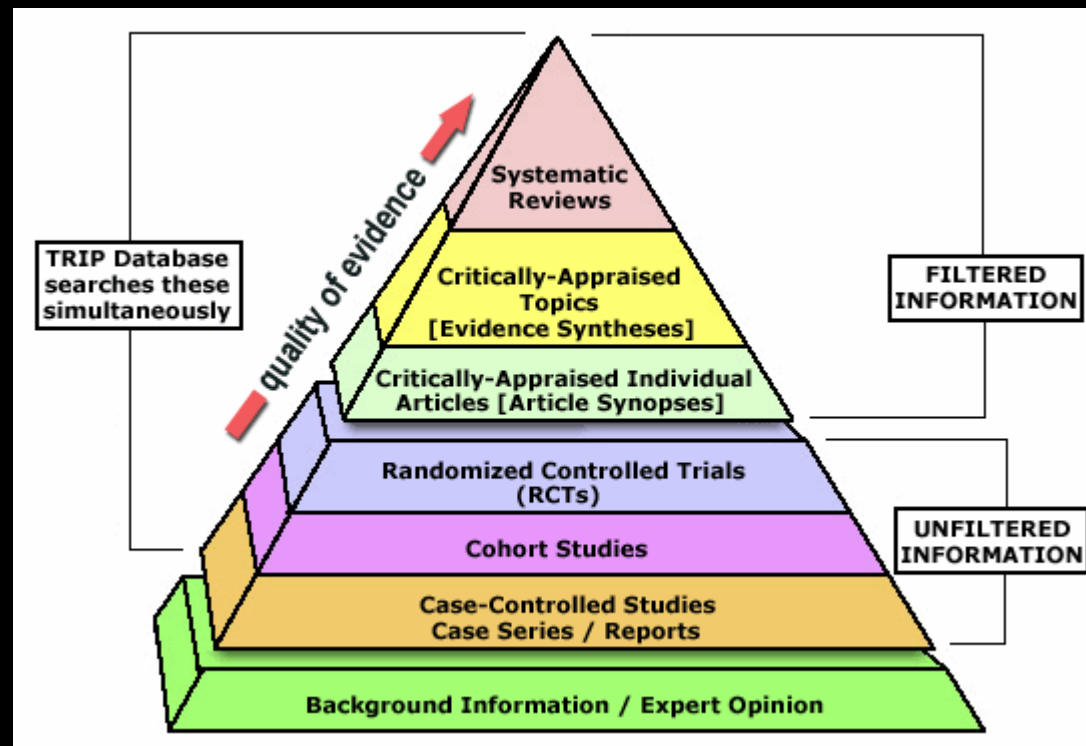
Considerazioni

- epidemiologiche
- economiche
- cliniche



- **tumore pelvico più frequente nelle donne**
- **20-40 % delle donne in età riproduttiva**
- **maggior incidenza 40 - 50 anni**
- **indicazione più frequente all'isterectomia**

La paucità di trial randomizzati e di relative prove di livello A ha determinato il ricorso a bassi livelli di evidenza (opinioni di esperti ed esperienza personale) per il counseling e il management dei miomi uterini

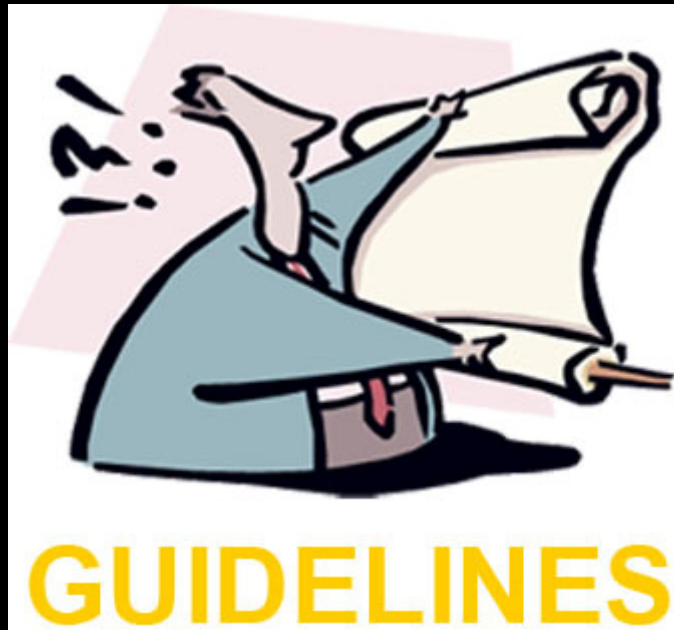


Il management appropriato non è ben definito, come dimostrato da:

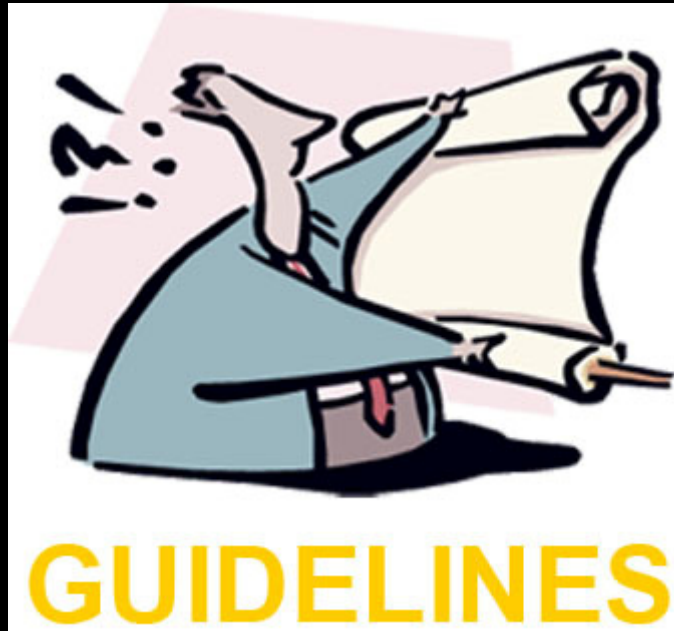
- **variazioni regionali del tasso di isterectomia**
- **mancata aderenza alle LdG sul trattamento**



*Lepine L. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1997; 46:1-15
Broder M. Obstet Gynecol. 2000; 95:199-205*



- **HKCOG Guidelines No. 13. Guidelines for the management of uterine leiomyoma. November 2009.**
- **ACOG practice bulletin No. 96. Alternatives to hysterectomy in the management of leiomyomas. Obstet Gynecol. 2008; 112:387-400.**
- **RANZCOG College Statement: C-Gyn 23. Uterine artery embolisation for the treatment of uterine fibroids. March 2008.**
- **Viswanathan M. Management of uterine fibroids: an update of the evidence. Evidence report/technology assessment No. 154. AHRQ publication No. 07-E011. July 2007.**



- **Evans P. Uterine fibroid tumors: diagnosis and treatment. Am Fam Physician. 2007; 75:1503-8.**
- **SLOG – Raccomandazioni. Trattamento conservativo dei miomi uterini.**
- **SOGC Clinical practice guidelines No. 150. Uterine fibroid embolization (UFE). J Obstet Gynaecol Can. 2004; 26:899-911.**
- **SOGC Clinical practice guidelines No. 128. The management of uterine leiomyomas. J Obstet Gynaecol Can. 2003; 25:396-405.**
- **New Zealand Guidelines Group. An evidence-based guideline for the management of uterine fibroids. April 2000.**

Problemi aperti

- **mancanza di una metodica diagnostica singola più affidabile delle altre**
- **mancanza di trial randomizzati di comparazione fra diversi approcci terapeutici:**
 - attesa
 - terapia medica
 - terapia chirurgica
 - terapie alternative
- **controversie sulla via chirurgica ideale**
- **miomi e gravidanza; miomi e infertilità**

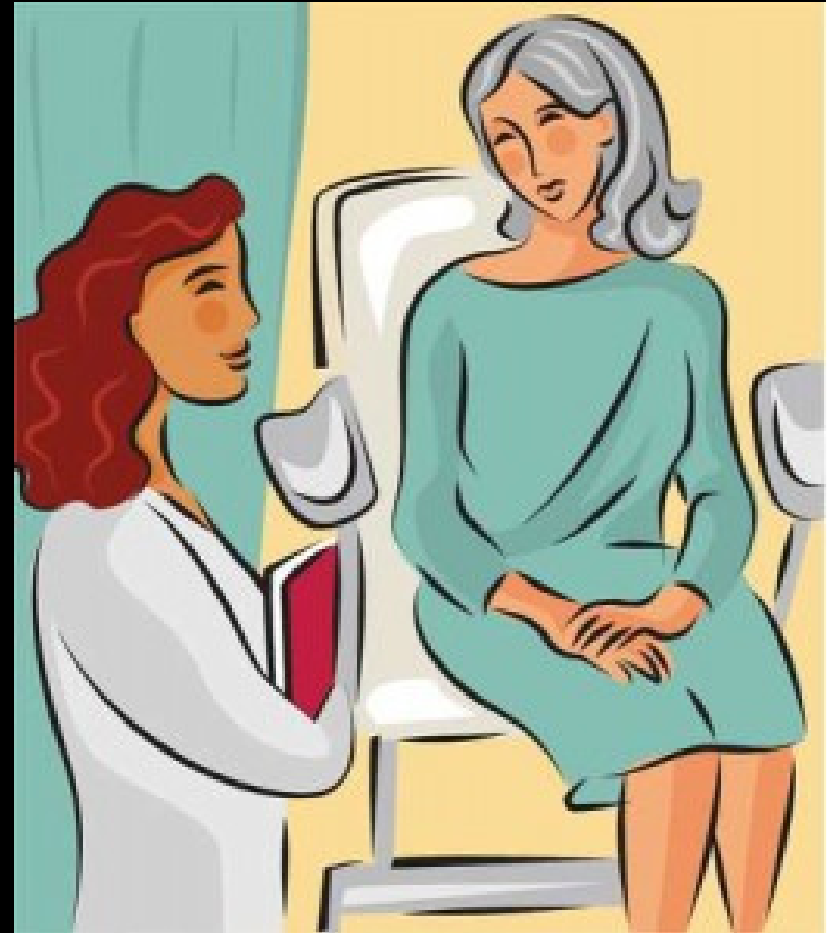
Sintomatologia

- **asintomatico (50 %)**
- **sanguinamento uterino anomalo (abbondante o prolungato)**
- **sintomi da congestione uterina o da aumentata pressione endopelvica**
- **dolore**
- **disfunzioni della sfera riproduttiva**
- **disordini correlati alla gravidanza**
- **alterazioni strutturali del fibroma**

Diagnosi

Limiti dell'esame bimanuale

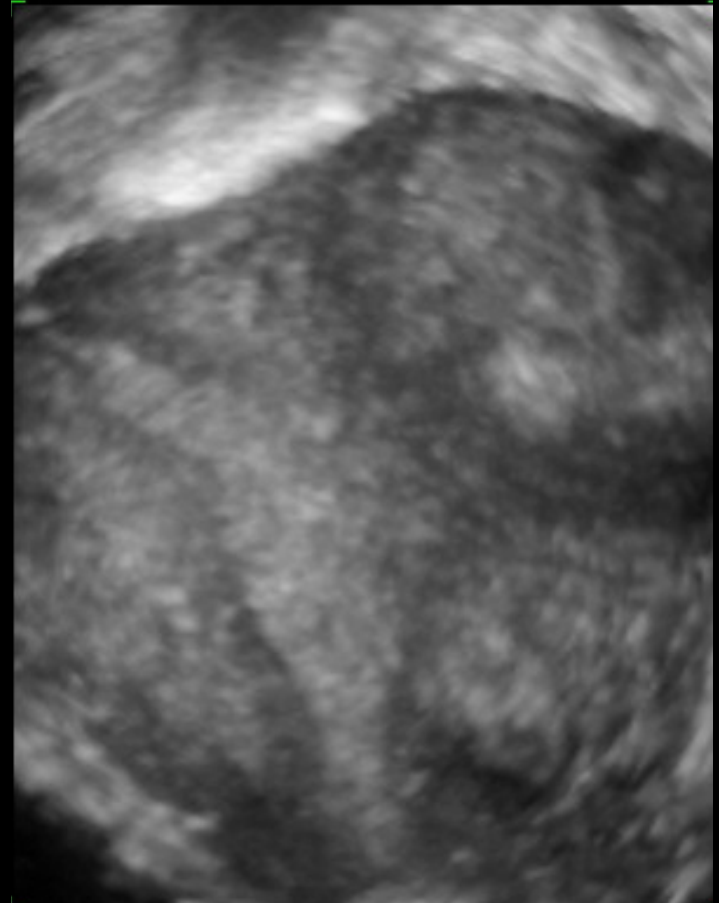
- miomi di piccole dimensioni
- obesità
- miomi sottomucosi



Diagnosi

Ecografia pelvica più accurata

- **transaddominale**
- **transvaginale**
- **sonoisterografia**
- **3D**



Diagnosi

Isteroscopia

- d.d. con polipi
- asportazione dei miomi sottomucosi



Diagnosi

RMN

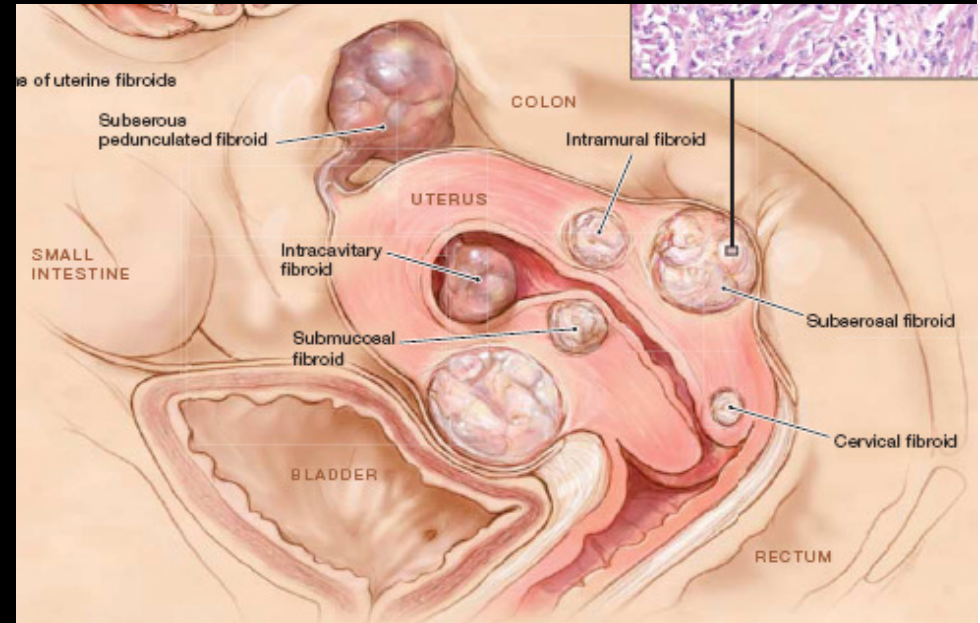
- **immagini di elevata qualità**
- **utilità clinica limitata**
- **costo elevato**
- **d.d. con adenomiosi**
- **complemento all'ecografia**



Management

Dipende da:

- **sintomatologia**
- **età della paziente**
- **dimensione, numero e sede dei miomi**
- **desiderio riproduttivo**
- **velocità di crescita dei miomi**



Possibili opzioni

- **attesa: ragionevole in donne asintomatiche**
- **terapia medica: utile per un tempo limitato, in preparazione alla terapia chirurgica**
- **terapia chirurgica: isterectomia e miomectomia rimangono le procedure più diffuse**
- **embolizzazione delle a. uterine: valida alternativa alla via chirurgica**
- **altre metodiche: considerate ancora sperimentali**

Attesa

- **di prima scelta in donne asintomatiche**
- **terapia chirurgica correlata con morbidità (complicanze chirurgiche e alterazioni della statica pelvica)**
- **non esistono trial che comparano l'attesa con la terapia chirurgica**
- **indicati controlli clinici ed ecografici seriati**

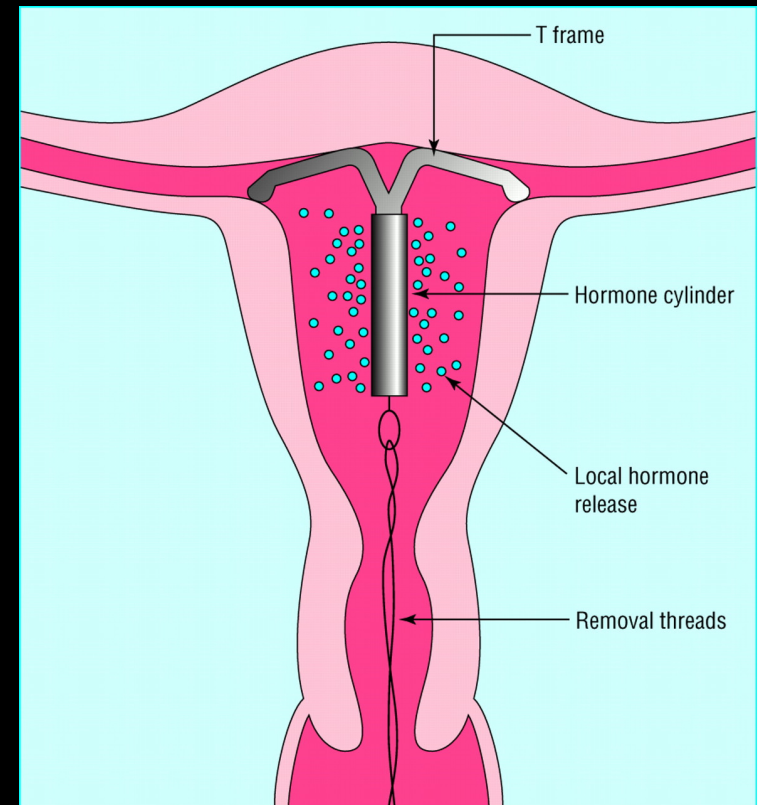
Terapia medica

- **agonisti del GnRH, progestinici, mifepristone, raloxifene**
- **molti studi hanno follow-up limitati (< 2 anni)**
- **agonisti del GnRH (\pm add back) per un periodo limitato per facilitare l'isterectomia o la miomectomia**
- **dati insufficienti per raccomandare la terapia medica per un periodo prolungato**

Lethaby A. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2008; 22:307-31
Friedman A. Hum Reprod. 1994; 9:1618-25
Van Voorhis B. JAMA. 2009; 301:82-93

IUD a rilascio di levonorgestrel

- **efficace nel trattamento delle perdite ematiche**
- **alto tasso di espulsione e spotting**



Terapia chirurgica

- **miomectomia: maggior perdita ematica operatoria, tempo chirurgico più lungo e maggior rischio di emorragia postoperatoria rispetto all'isterectomia**
- **assenza di trial randomizzati di qualità elevata che confrontano la morbidità di miomectomia (laparotomica o laparoscopica) e isterectomia**
- **agonisti del GnRh riducono la morbidità dell'isterectomia ma non della miomectomia**

Garcia C. Obstet Gynecol Clin North Am. 1993; 20:337-48
Sawin S. Am J Obstet Gynecol. 2000; 183:1448-55
Lethaby A. Cochrane Database Syst Rev. 2001; CD000547

Isterectomia

- **trattamento definitivo dei miomi sintomatici**
- **miglioramento della qualità di vita ed elevato livello di soddisfazione a breve e lungo termine**
- **effetto controverso sulla funzione ovarica (menopausa più precoce di circa 4 anni)**
- **preferibile la via vaginale per l'outcome migliore**
- **via laparoscopica: tempo chirurgico più lungo, necessita di esperienza specifica**

Garcia C. Obstet Gynecol Clin North Am. 1993; 20:337-48
Sawin S. Am J Obstet Gynecol. 2000; 183:1448-55
Lethaby A. Cochrane Database Syst Rev. 2001; CD000547
Johnson N. Cochrane Database Syst Rev, 2006; CD003677

Isterectomia sopracervicale

- **riduzione tempo chirurgico, perdita ematica operatoria e iperpiressia**
- **perdita ematica ciclica per circa un anno**
- **assenza di evidenze su miglioramento funzione sessuale e riduzione incontinenza e stipsi**

Miomectomia

- **indicata in donne con desiderio di prole**
- **persistenza di metrorragia 10% e di dolori pelvici 33%**
- **57% di gravidanza in donne con infertilità**
- **rischio di recidiva di miomi e successiva isterectomia:**
 - **pregr. mioma singolo: 27% e 11%**
 - **pregr. miomi multipli: 59% e 26%**

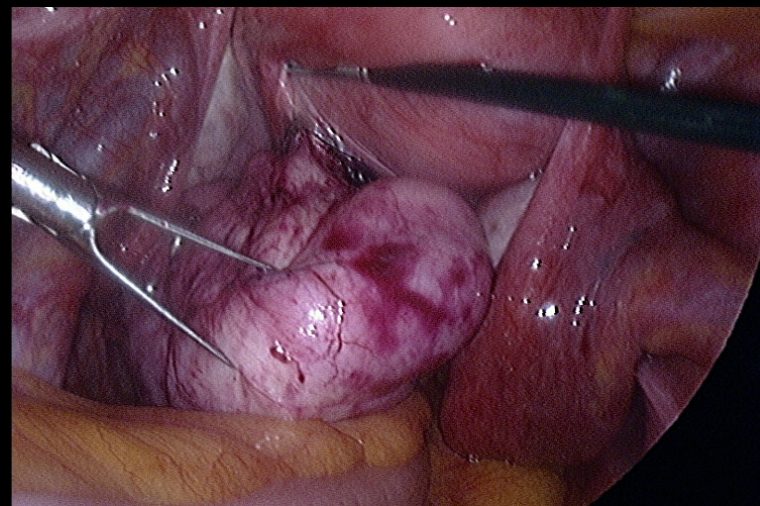
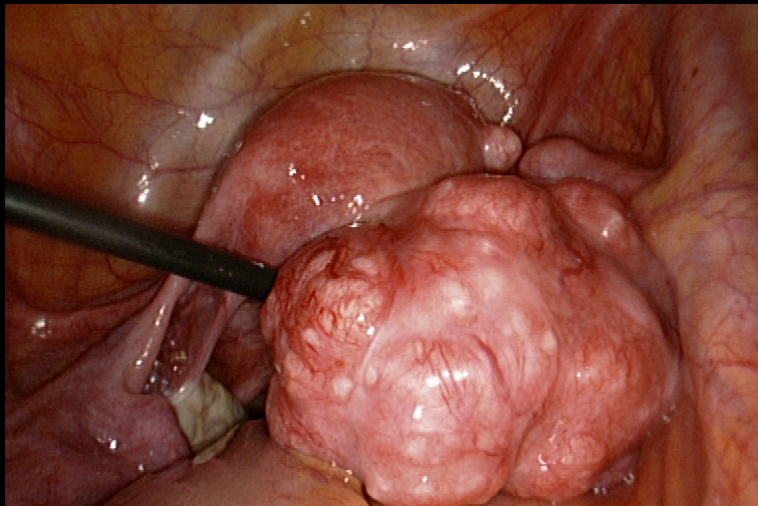
LaMorte A. Obstet Gynecol. 1993; 82:897-900

Malone L. Obstet Gynecol. 1969; 34:200-3

Vercellini P. Hum Reprod. 1998; 13:873-9

Miomectomia

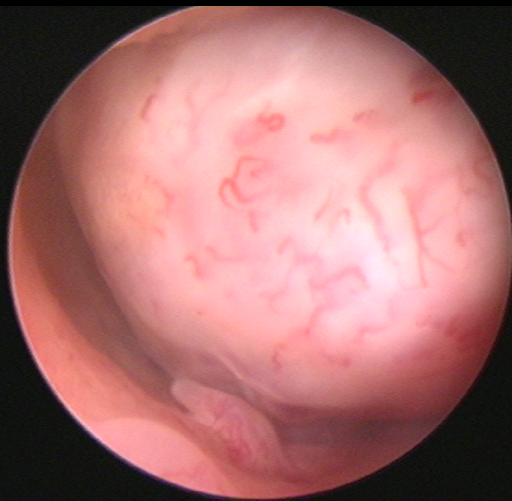
- l'approccio dipende dalla localizzazione del mioma e dall'esperienza dell'operatore
- laparoscopia: minore morbidità, recupero più veloce; tempo operatorio più lungo



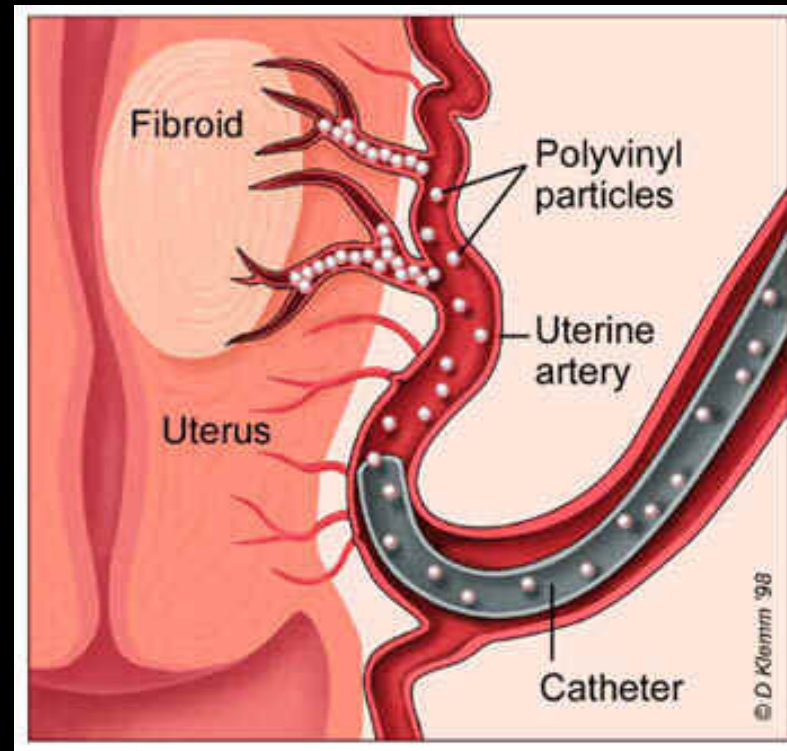
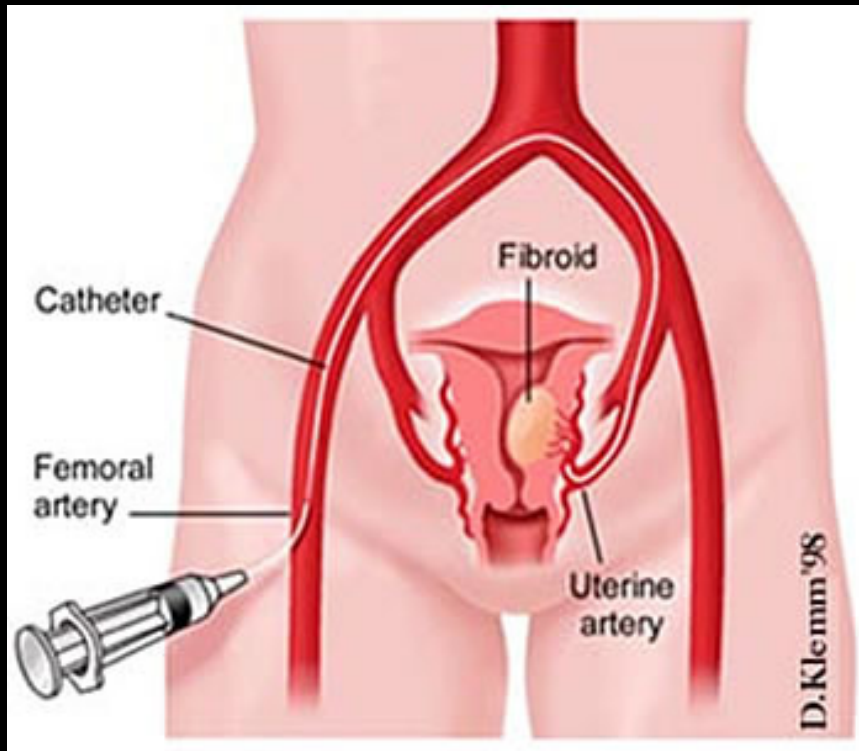
Myers E. Obstet Gynecol. 2002; 100:8-17
Seracchioli R. Hum Reprod. 2000; 15:2663-8

Miomectomia isteroscopica

- di prima scelta in caso di miomi sottomucosi con perdite ematiche atipiche e infertilità
- dipende da sviluppo cavitario ed esperienza dell'operatore
- dati controversi su fertilità successiva (17-77%) e complicanze (0.3-27%)
- gravidanza: rischio di rottura d'utero quasi assente



Embolizzazione delle a. uterine



Embolizzazione delle a. uterine

- **indicato in donne sintomatiche:**
 - **che desiderano preservare l'utero**
 - **con controindicazioni alla terapia chirurgica**
 - **che rifiutano la terapia chirurgica**
- **non indicato in donne asintomatiche o solo con problemi di fertilità**
- **obiettivo: ridurre sintomi e crescita dei miomi**
- **morbilità a breve termine simile vs tecniche chirurgiche**

*The Ontario Uterine Fibroid Embolization Trial. 2003
SOGC clinical practice guidelines. Int J Gynaecol Obstet. 2005; 89:305-18
Gupta J. Cochrane Database Syst Rev. 2006; CD005073*

Embolizzazione delle a. uterine

- **incidenza 40% di sindrome post-embolizzazione (dolore, malessere e iperpiressia lieve); recupero veloce**
- **basso costo e basso tasso di complicanze operatorie o post-dimissione**
- **reintervento nel 20% (isterectomia 14%, miomectomia 4%, emboliz. 2%) e recidiva dei sintomi del 25% a 5 anni**
- **maggior tasso di complicanze della gravidanza (aborto spontaneo, PPT, placentazione anomala, EPP)**
- **miomectomia di scelta in caso di desiderio di gravidanza**

Worthington-Kirsch R. Obstet Gynecol. 2005; 106:52-9

Spies J. Obstet Gynecol. 2005; 106:933-9

Mara M. Cardiovasc Intervent Radiol. 2008; 31:73-85

Hirst A. The HOPEFUL study. Health Technol Assess. 2008; 12(5)

Altre tecniche sperimentali

- **occlusione laparoscopica delle a. uterine: rischio di complicanze chirurgiche e mancanza di follow-up a lungo termine**
- **occlusione temporanea transvaginale delle a. uterine mediante clampaggio Doppler-guidato: dati insufficienti**
- **MR guided Focused Ultrasound (MRgFUS): US ad alta frequenza per termocoagulazione del mioma su guida RM; promettente**

Hald, K. Obstet Gynecol. 2007; 109:20-7

Lichtinger M. J Minim Invasive Gynecol. 2005; 12:40-2

Tempany C. Radiographics. 2007; 27:1819-26

Tropeano G. Hum Reprod Update. 2008; 14:259-74

Altre tecniche sperimentali

- **ablazione con radiofrequenze: tecnica percutanea o laparoscopica; promettente**
- **miolisi (coagulaz. mono-bipolare, laser, radiofrequenze): elevato tasso di aderenze; no se desiderio di gravidanza**

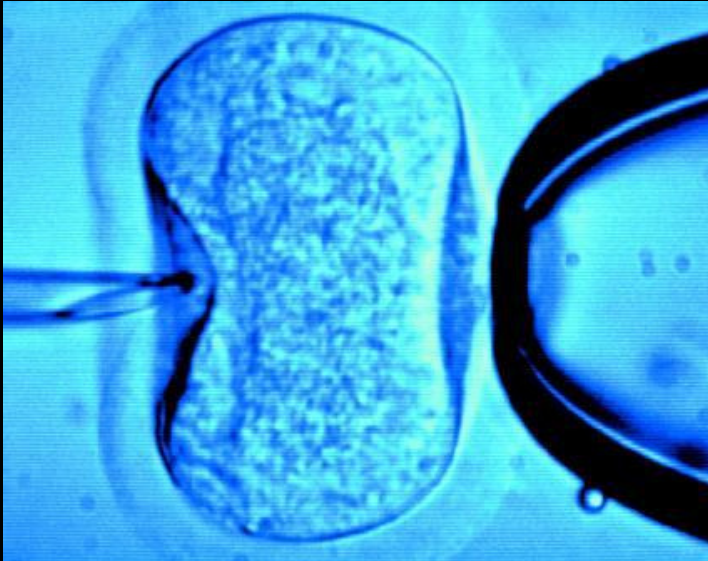
Ghezzi F. Surg Endosc. 2007; 21:2081-5

Recaldini C. Am J Roentgenol. 2007, 189:1303-6

Arcangeli S. Obstet Gynecol. 1997; 89:857

Condizioni particolari: infertilità

- l'asportazione di miomi asintomatici può essere indicata in casi di subfertilità con distorsione della cavità uterina o in candidate alla PMA, in assenza di altre cause di infertilità
- miglioramento del tasso di gravidanze e di parti in donne infertili trattate



*HKCOG Guidelines No. 13. 2009
Somigliana E. Hum Reprod Update. 2007; 13:465-76*

Fibroids and female reproduction: a critical analysis of the evidence

E. Somigliana^{1,2}, P. Vercellini^{1,2,3,4}, R. Daguati^{1,2,3}, R. Pasin^{1,3}, O. De Giorgi^{1,2} and P.G. Crosignani^{1,3}

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Via Commenda 12, 20122 Milan, Italy; ²Center for Research in Obstetrics and Gynecology (C.R.O.G.), Milan, Italy; ³Università degli Studi di Milano, Milan, Italy

- **la mancanza di ampi trial randomizzati rende difficile stilare linee guida sul management dei miomi in donne infertili**
- **attualmente è raccomandato un approccio personalizzato, previa corretta informazione sui rischi della terapia e della gravidanza**

Condizioni particolari: gravidanza

- **miomectomia indicata in caso di precedenti gravidanze con complicanze correlate ai miomi; non indicata la miomectomia preventiva**
- **miomi retroplacentari: sorveglianza fetale più stretta**
- **miomectomia sconsigliata in gravidanza per rischio di sanguinamento; possono fare eccezione miomi sottosierosi sintomatici con peduncolo < 5 cm**



Conclusioni

- **il management dei miomi uterini comprende un gran numero di opzioni terapeutiche**
- **mancono trial di qualità elevata per la comparazione degli esiti a breve e lungo termine fra interventi routinari, come isterectomia e miomectomia**
- **altre metodiche sono ancora sperimentali e necessitano di studi a supporto della loro efficacia**
- **in assenza di evidenze derivanti da ampi trial il management dei miomi sintomatici va individualizzato**



LINEE GUIDA AOGOI



OSPEDALE CANNIZZARO

CATANIA

AZIENDA OSPEDALIERA PER L'EMERGENZA

Grazie