

Isterectomia: come la vive la donna?

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica H. San Raffaele Resnati, Milano

“Anche a me hanno proposto di togliere l’utero: anche io non vorrei. Il ginecologo la fa semplice, ma ho paura delle conseguenze. Che cosa mi potrebbe succedere, dopo?”.

Maria Teresa R. (Tolmezzo)

Dipende. Anche nell’intervento chirurgicamente impeccabile, le conseguenze sono diverse a seconda dell’età e dell’asportazione parallela o meno delle ovaie: se la donna è in età fertile, infatti, l’asportazione delle ovaie causa menopausa chirurgica, con tutte le ben note conseguenze, tanto più pesanti quanto più la donna è giovane. L’impatto è molto diverso se una donna ha trent’anni e non ha ancora avuto figli, rispetto a una signora di 52 anni che ha già completato la sua stagione procreativa ed è già in menopausa.

Anche limitandoci alla sola asportazione dell’utero (“isterectomia semplice”), le conseguenze sono diverse, a seconda della causa che ha portato all’intervento stesso: sollievo e benessere, se la donna aveva emorragie ingovernabili che causavano flussi per 8-10 giorni o più, e che la lasciavano spossata; o se aveva un grosso fibroma che comprimeva la vescica e/o il retto; se aveva un’endometriosi dolorosa o un tumore. Una donna senza sintomi cui l’intervento è stato proposto per fibromi scoperti all’ecografia potrebbe invece notare degli effetti negativi che per le altre passano in secondo piano o sono comunque considerati trascurabili. Gli studi scientifici ci dicono che in genere la sessualità non si modifica (anche se può notare la differenza la donna che ha una componente “uterina” nell’orgasmo).

Dati recenti dicono che subito dopo l’isterectomia il 79% delle donne è soddisfatto, 12% è insoddisfatto e il 9% rimpiange di averlo fatto. Dopo 6-9 mesi, il 20% riporta sintomi fisici e il 32% si sente peggio psicologicamente: è questo il gruppo che riporta anche più sintomi sessuali (minor desiderio, minore eccitazione, più difficoltà orgasmiche), spesso peraltro preesistenti all’intervento.

Per questo è importante valutare prima dell’intervento non solo le indicazioni strettamente mediche, ma anche eventuali problemi psicologici e sessuali, che vanno curati prima, perché potrebbero persistere e peggiorare il vissuto dell’intervento e la qualità della vita, poi.

Prevenire e curare – E’ importante ascoltarsi

In caso di indicazioni benigne (fibromi o emorragie disfunzionali), se la donna non si sente di togliere l’utero, è più saggio iniziare sempre con una o più terapie mediche, farmacologiche.

Se funzionano, riducendo il flusso e i sintomi, e ridando benessere, si evita l’intervento. Se non dovessero essere soddisfacenti, consentono comunque alla donna di prepararsi psicologicamente all’operazione, con la serenità di aver prima provato le alternative.
