

Mamme, il fibroma non fa paura

Prof.ssa Alessandra Graziottin

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

“Ho 35 anni. Finora avevo rimandato la decisione di avere un figlio. Avevo fatto l'ultimo controllo ginecologico tre anni fa. Sono rimasta di sale quando il ginecologo mi ha detto che ho un fibroma di quattro centimetri, esterno all'utero, e un altro più piccolo (un centimetro) nello spessore della parete. Mi ha detto che posso togliere quello esterno in laparoscopia e poi tentare subito una gravidanza, prima che si ingrossi anche l'altro o ne compaiano di più. Lei che cosa dice? Perché non toglierli tutti e due? E perché i fibromi possono essere così negativi per la fertilità?”.

Maria Paola L. (Cagliari)

Mi sembra che il consiglio del suo ginecologo sia molto saggio. Togliendo solo il fibroma esterno (probabilmente “peduncolato”, come il batocchio di una campana) è possibile rimuovere una massa che potrebbe torcersi sul peduncolo, causando un addome acuto. Nello stesso tempo, lasciando in sito il fibroma più piccolo, si evita di incidere la parete uterina: questa attenzione consente di iniziare la ricerca di un figlio subito dopo l'intervento. Se invece venisse rimosso anche il mioma più piccolo, l'incisione della parete uterina (il “miometrio”) richiederebbe poi un ben più lungo periodo di attesa, prima di una nuova gravidanza, per consentire una perfetta cicatrizzazione e la successiva distensione della parete uterina. Un'opzione più recente è l'“embolizzazione” del fibroma: con questa tecnica si inietta nell'arteria che lo nutre una sostanza che ne provoca una significativa riduzione. Questa tecnica è tuttavia praticata in pochi centri.

I fibromi possono causare sterilità o problemi in gravidanza?

Questo dipende dal momento della vita della donna in cui il/i fibroma/i viene diagnosticato, dall'età della donna stessa, dalla sede in cui il fibroma si trova, dalle sue dimensioni, dal fatto che sia unico o multiplo. Un fibroma può causare difficoltà di concepimento (infertilità), soprattutto se è localizzato vicino all'inserzione delle tube. Se ha una crescita sotto mucosa, ossia con sviluppo verso la cavità uterina, il fibroma può indurre aborti precoci o malposizioni del feto in utero o, ancora, difficoltà di accrescimento del bambino. Specie quando i fibromi sono multipli, o posti sotto l'inserzione della placenta, possono causare parti prematuri e anche emorragie dopo il parto. Infine, se il fibroma si accresce verso il collo dell'utero (ossia se è “previo”), può essere indicato il taglio cesareo di elezione.

Un consiglio pratico è questo: se si ha familiarità per i fibromi, perché li hanno già avuti la mamma, le zie o una sorella maggiore, è meglio non rimandare la maternità oltre i trent'anni, così da non correre il rischio che il sogno venga poi rovinato dalla scoperta dei fibromi. E, naturalmente, è saggio fare controlli periodici annuali dal ginecologo di fiducia, già dai vent'anni.

Come si fa la diagnosi di fibromatosi?

Visita ginecologica ed ecografia, meglio se per via transvaginale, sono in genere sufficienti a

darci le informazioni più importanti: sede e numero dei fibromi, dimensioni e caratteristiche, per esempio la qualità della vascolarizzazione.

La terapia dipende dai sintomi e dagli obiettivi: può essere medica, o chirurgica. Il trattamento medico è finalizzato a rallentarne la crescita, mediante la somministrazione di progesterone naturale, oppure di progestinici come il diidrogesterone o il medrossiprogesterone acetato. Se invece è necessaria anche un'azione più emostatica, per ridurre la quantità del flusso mestruale, sono ottimali altri progestinici, come il nomegestrolo acetato o il norestisterone acetato. Questo per dirle che la scelta terapeutica può essere molto varia, e personalizzata, a seconda degli obiettivi. In genere il medico prescrive una compressa alla sera dal 15° al 26° giorno del ciclo (contando a partire dal primo giorno di flusso). Se il flusso resta abbondante, si può anticipare la somministrazione fino a coprire gran parte del mese (dal 5° al 26° giorno). In alternativa, la pillola contraccettiva si è dimostrata utile nel ridurre la velocità di crescita dei fibromi, la quantità di flusso per ciclo e il dolore mestruale.

E' vero che prima dell'intervento bisogna bloccare le mestruazioni per tre mesi?

Non sempre. Si preferisce bloccare temporaneamente il ciclo soprattutto per rompere il circolo vizioso delle emorragie, specie se causano gravi anemie. Si usano allora i cosiddetti "analoghi del GnRH", ossia delle sostanze che nel cervello attivano l'ipofisi e da qui il ciclo ovulatorio. Un'iniezione mensile blocca la produzione di ormoni femminili. Questo può dare una riduzione rapida delle dimensioni del fibroma, facilitandone l'asportazione e riducendo la perdita di sangue durante l'intervento.

La terapia chirurgica prevede la sola asportazione dei fibromi, la "miomectomia" (strada che viene scelta se il fibroma è unico e/o se la donna vuole figli o è comunque giovane). L'asportazione dell'utero (isterectomia) viene riservata alle donne che non vogliono più figli, alle fibromatosi multiple recidive, in cui l'intervento di sola miomectomia è già stato fatto ed è stato vanificato dalla ricomparsa dei fibromi oppure quando le emorragie mestruali risultano resistenti ad ogni terapia medica.

Quando si desidera un figlio, è bene optare per l'intervento meno invasivo, così da poter ottimizzare la ricerca di gravidanza dopo l'intervento. Molti auguri di cuore.

Approfondimento – La gravidanza causa davvero la crescita dei fibromi?

Non sempre. Uno studio appena pubblicato, condotto su donne affette da fibromatosi uterina in tre periodi distinti della gravidanza (prime 19 settimane, dalla ventesima alla trentesima, e poi dalla trentunesima settimana al termine della gravidanza) ha dimostrato che:

1) durante le prime 19 settimane:

- il 55,1 per cento dei fibromi si è ridotto di volume, con un decremento medio del 35 per cento;
- il 44,9 per cento dei fibromi è invece aumentato di volume, con un aumento medio del 69 per cento;

2) nel periodo tra la ventesima e la trentesima settimana, e la fase finale, invece:

- il 75 per cento dei fibromi si è ridotto di dimensioni, mediamente del 30 per cento;
- il 25 per cento è aumentato di dimensioni, mediamente del 102 per cento.

Contrariamente a quanto si ritiene, nella maggioranza delle donne i fibromi uterini tendono a ridursi spontaneamente in gravidanza: e questa è una buona notizia per quante desiderano avere un bambino, specie se il fibroma è ancora piccolo!