

Fibroma e maternità non sono inconciliabili

Prof.ssa Alessandra Graziottin

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

“Ho 35 anni, a marzo 2007 ho fatto una visita ginecologica per iniziare a prendere la pillola. In quell'occasione la mia dottoressa mi riscontra un mioma di 31 x 34 mm e mi consiglia un controllo dopo 6 mesi. Inizio a prendere la pillola. A fine settembre 2007 ho la visita di controllo e il mioma fundico anteriore che lambisce la cavità uterina è di 35 x 38 mm: a quel punto mi consiglia una visita da un collega esperto che si esprime così: “In considerazione del fatto che la paziente è asintomatica e nullipara, e il mioma è di piccole dimensioni, consiglieri controlli ecografici semestrali”. Ad aprile 2008 ulteriore controllo: il mioma è di 45.6 mm, la mia dottoressa mi consiglia di continuare i controlli semestrali e di pensare ad una gravidanza senza aspettare troppo. Sono preoccupata perché non riesco a capire quanto sia pericoloso questo mioma per la mia salute e per la possibilità di avere figli: in questo momento della mia vita non li prevedo e ho paura che il mioma continui a crescere: a che dimensioni si interviene di solito? Dopo l'operazione è impossibile avere dei figli? Durante una gravidanza questo può provocare problemi? La pillola influisce sulla crescita del mioma?”.

Chiara L. (Chieti)

Gentile signora, il fibroma può comportare problemi diversi a seconda della sede, delle dimensioni, della velocità di crescita, del desiderio o meno di gravidanza, dell'età della donna... Come vede, le variabili sono molteplici. Nel suo caso, gli elementi di merito decisionale riguardano innanzitutto il futuro procreativo, visto che al momento il fibroma è asintomatico, ossia non le causa nessun problema, né di ciclo (che potrebbe in futuro aumentare di quantità diventando emorragico), né di compressione su organi vicini, date le dimensioni per ora ancora molto contenute.

In caso di gravidanza, come si comporta un fibroma di queste dimensioni?

Le possibilità sono diverse, ma non così negative come una volta si temeva. Studi controllati hanno dimostrato che un fibroma di dimensioni ancora contenute (intorno ai quattro, massimo cinque centimetri di diametro) tende sì a crescere nei primi tre mesi (preoccupando molto la donna e, a volte, il medico) ma tende poi a distendersi (“slaminarsi”) in oltre la metà dei casi: si adatta cioè alla crescita dell'utero, senza ulteriori complicanze. Molto dipende anche dalla sede del fibroma: quelli che si sviluppano sul fondo dell'utero (“fundici”) tendono a dare meno problemi in gravidanza rispetto a quelli che si sviluppano verso il collo dell'utero (“istmici”) e che possono invece causare malpresentazioni del bambino (alterando cioè la posizione ideale del feto prima del parto), costituendo quindi un'indicazione per il taglio cesareo. Inoltre le possibili complicanze variano anche rispetto alla posizione del fibroma nella parete dell'utero. Quelli “sottomucosi”, che si sviluppano cioè subito al di sotto della mucosa endometriale, verso la cavità uterina, possono ridurre le possibilità di impianto dell'embrione o alterare l'annidamento della placenta, e contrastare la contrazione dell'utero dopo il parto, favorendo le emorragie post-

partum. Quelli che si sviluppano all'interno del muscolo uterino ("intramurali") possono dare difficoltà se molto voluminosi. Quelli che si sviluppano verso l'esterno della parete uterina ("sottosierosi") sono i meno preoccupanti, a meno che non siano peduncolati ("a batacchio di campana"), nel qual caso comportano un certo rischio di torsione sul peduncolo, causando un addome acuto.

Come agisce la pillola sui fibromi?

Anche qui le possibilità sono diverse: in genere la pillola riduce del 50% la comparsa dei fibromi e tende a ridurre la crescita. Questo tuttavia non si verifica in tutte le donne, né in ugual misura. La scelta dovrebbe orientarsi su una pillola a basso dosaggio e a dominanza progestinica, oppure usando il solo progestinico in continua, perché questo ormone tende a ridurre la crescita del fibroma. E' sempre opportuno controllare la crescita ecograficamente, ogni sei mesi, come le è stato consigliato. Se il fibroma cresce, nonostante la terapia medica effettuata, bisogna allora prendere altre decisioni.

Se la gravidanza viene rimandata di qualche anno, come è meglio comportarsi?

La decisione va presa valutando accuratamente e direttamente la storia clinica della donna e le caratteristiche del fibroma. In linea generale, visto che il fibroma è unico, sta crescendo, ma al momento lei non prevede di avere figli, mi sembra che possa essere più indicata la sua rimozione. Questa può essere fatta per via laparoscopica (ossia introducendo, in anestesia generale, un piccolo strumento operatorio a livello ombelicale, così da rimuovere il fibroma senza incisioni addominali); oppure per via laparotomica, ossia incidendo la cute dell'addome all'altezza dei peli pubici: tecnica oggi meno applicata, in quanto si preferisce la via laparoscopica, a meno che la sede del fibroma, le sue dimensioni e/o la presenza di aderenze da pregresse infezioni pelviche, endometriosi o interventi addomino-pelvici non suggeriscano l'opportunità di un intervento "a cielo aperto", ossia aprendo l'addome per controllare meglio la situazione.

Dopo l'intervento, tuttavia, è indispensabile aspettare almeno 18 mesi prima di iniziare una gravidanza, perché la cicatrice sia perfettamente consolidata. La poderosa crescita della parete dell'utero in gravidanza (da 60-80 grammi in condizioni pregravidiche può arrivare a oltre il chilo, chilo e mezzo al termine della gravidanza) può altrimenti comportare il rischio di una rottura d'utero.

Un'alternativa interessante è invece lasciare il fibroma in sede, causandone però la regressione mediante un intervento di "embolizzazione", in cui viene sclerotizzata l'arteria che nutre il fibroma stesso. Si causa così l'involuzione del fibroma: intervento possibile quando il fibroma è unico e di dimensioni contenute, come nel suo caso. E' importante però rivolgersi a centri di consolidata esperienza in questo campo.

Il tempo di attesa prima di iniziare la gravidanza e l'età della donna sono quindi altri fattori che intervengono a orientare la scelta terapeutica migliore per quella specifica donna. In generale, è saggio non aspettare i 38-40 anni, perché le chances di gravidanza diminuiscono poi nettamente, e ancor più in un utero che ha tendenza a formare fibromi!

Prevenire e curare – Come prevenire i fibromi e le loro complicanze

La contraccezione ormonale è amica della prevenzione. Cinque anni di pillola contraccettiva (ma anche di cerotto contraccettivo o di anello vaginale) riducono del 50% il rischio di avere fibromi. "Riduzione", tuttavia, non significa che non compariranno, ma che potrebbero manifestarsi a un'età più avanzata e avere un'evoluzione più lenta.

Attente alla familiarità! Se mamma, zie o nonna hanno avuto fibromi, è saggio:

- a) fare un controllo ecografico annuale (oltre alla visita ginecologica), dai vent'anni in su;
- b) utilizzare un contraccettivo ormonale finché non si desiderano figli;
- c) non rimandare la prima gravidanza oltre i trent'anni;
- d) anche quando è diagnosticato un fibroma, se piccolo, utilizzare comunque contraccettivi ormonali o progestinici in continua, finché non si desideri un figlio;
- e) se si desidera più di un figlio, cercare il secondo dopo lo svezzamento del primo (altre situazioni permettendo), così da ottimizzare la stagione procreativa prima che i fibromi rendano più difficile un'altra gravidanza.