

SALVARE L'UTERO SI PUO'

Ancora troppo spesso l'eccessivo sanguinamento dall'utero, uno dei disturbi ginecologici più frequenti, si conclude con una isterectomia, cioè con l'asportazione dell'organo stesso mediante un intervento chirurgico che in questi casi ha un effetto "demolitore".

Già durante il periodo della fertilità le donne possono soffrire di mestruazioni molto abbondanti, definite menorragie, che spesso necessitano, per essere controllate, di una terapia ormonale specifica.

Terminato il periodo fertile ed iniziata la fase definita di "premenopausa" che precede la definitiva cessazione dei flussi mestruali o menopausa, tali sanguinamenti, definiti metrorragie perché si verificano anche al di fuori del periodo mestruale, anziché affievolirsi gradualmente, possono addirittura intensificarsi, costituendo un serio problema per l'insorgenza sia di disturbi fisici, come anemia e stanchezza eccessiva, sia di difficoltà psicologiche per la condizione invalidante che la perdita di sangue continua ed abbondante comporta nella vita di relazione.

Lo specialista ginecologo deve in primo luogo escludere che alla base del sanguinamento uterino anomalo ci sia una causa organica, come ad esempio un fibroma uterino, un polipo endometriale, un tumore maligno o una patologia della coagulazione.

Quando ognuna di queste cause è stata accuratamente esclusa con indagini diagnostiche appropriate (visita ginecologica, esami di laboratorio, ecografia, isteroscopia ed eventuale biopsia ecc.) si può porre la diagnosi di sanguinamento uterino disfunzionale e tentare, in prima istanza, una terapia farmacologica per via generale (pillola anticoncezionale, progestinici) o locale (spiraline medicate con Progesterone) eventualmente dopo aver bloccato l'emorragia acuta con una revisione strumentale della cavità uterina (il classico vecchio raschiamento).

Nei casi in cui la terapia farmacologica è inattuabile o fallisce o esaurisce la propria efficacia dopo un periodo più o meno lungo di tempo, oggi si può, ma forse sarebbe più corretto dire "si deve", optare per un intervento chirurgico a bassa invasività denominato ablazione endometriale che consiste nell'asportazione del solo strato di tessuto interno della cavità uterina, appunto l'endometrio, responsabile normalmente del flusso mestruale.

La rimozione chirurgica o ablazione di tale tessuto, spesso solo pochi millimetri, si può ottenere con varie tecniche sperimentate ormai da anni: elettro-ablazione per via isteroscopica, crio-ablazione con freddo, ablazione con radiofrequenze, ablazione con laser, ma la metodica che a tutt'oggi più si è diffusa capillarmente sul territorio è l'ablazione termica dell'endometrio.

Essa consiste nell'introduzione all'interno della cavità uterina di una sonda del diametro di non più di 4-5 millimetri da cui fuoriesce un palloncino in materiale anallergico che viene disteso da soluzione fisiologica o glucosata ed assume la forma della cavità dell'utero come un calco. Tale soluzione, tramite un catetere collegato ad una unità esterna, viene riscaldata ad una temperatura che varia dagli 80 ai 120 gradi centigradi per un tempo della durata dai due agli otto minuti a seconda delle apparecchiature e realizza una coagulazione delle proteine dell'endometrio, allo stesso modo in cui, con un paragone pedestre ma efficace, la padella calda coagula la chiara dell'uovo, il tutto ovviamente con la paziente in anestesia.

Le apparecchiature usate allo scopo sono tutte dotate di moderni sistemi di controllo e di sicurezza per evitare qualsiasi tipo di danno alla paziente. Il calore prodotto dalla sonda provoca così l'inattivazione ed il successivo distacco del solo tessuto endometriale con risparmio del resto del resto delle viscere, e l'eliminazione totale o parziale del sanguinamento anomalo.

Le pazienti trattate presentano nei mesi successivi scarse o nulle perdite ematiche di tipo mestruale con rapida risoluzione anche della eventuale condizione di anemia.

Esse vanno correttamente informate e rese edotte della perdita della fertilità se in età compatibile e rassicurate sulla persistenza della produzione ormonale naturale ovarica.

I vantaggi di questa tecnica rispetto all'intervento tradizionale di isterectomia sono indubbi: non c'è uso del bisturi, né alcun taglio di tessuti, né apertura della cavità addominale; non c'è perdita di sangue; la durata dell'intervento è limitata a pochi minuti per cui l'anestesia può essere endovenosa senza intubazione o addirittura locale con paziente sveglia; il dolore post-operatorio è molto

limitato; i tempi di ospedalizzazione sono brevi (day-surgery) ; il ritorno alla vita normale è immediato; i costi per il Sistema Sanitario Nazionale sono circa un quarto rispetto all'intervento di isterectomia ed infine, i tempi di apprendimento della metodica da parte degli operatori sono estremamente brevi e l'attuazione della procedura tanto semplice che tale tecnica si può applicare facilmente tanto in ospedali ad alta complessità che in strutture di primo livello.

Inoltre tale tecnica può essere usata per trattare pazienti per cui la tecnica tradizionale presenta rischio elevato (diabetiche, obese, cardiopatiche, con patologia coagulativa ecc.)

Pertanto l'intervento classico di isterectomia oggi dovrebbe rappresentare l'eccezione e non la regola. Invece persistono ancora resistenze verso gli interventi mini-invasivi come l'ablazione endometriale, forse perchè i ginecologi, sentendosi prima di tutto chirurghi, optano per l'intervento maggiore, risolutivo, che aumenta la credenziale di professionalità e mette al riparo dalle recidive. Invece i moderni indirizzi di una pratica corretta e scientificamente documentata dovrebbero spingere a scelte terapeutiche che riducano il rischio clinico (interventi mini-invasivi), i costi sanitari e, secondo le ultime evidenze scientifiche, limitino le pratiche mutilanti e demolitrici che alterano profondamente la statica e la dinamica del pavimento pelvico.

Presso il Plesso Ospedaliero di Lagonegro sono stati effettuati nel corso degli ultimi anni circa 50 interventi di ablazione endometriale con una elevata percentuale di risoluzione della patologia e bassissima incidenza di recidive.

Tale tecnica ha infine l'indubbio vantaggio di non essere "operatore-dipendente" e non necessità di un sistema organizzativo ad alta complessità, risultando pertanto ideale proprio per i presidi ospedalieri di I livello diffusi sul territorio, come quello in cui opero ormai da anni.

Dott. Francesco CURZIO
Responsabile Percorsi Integrati di Ostetricia e Ginecologia
ASP di Potenza-Plesso di Lagonegro