

BIBLIOTECA DI TESTI E DI STUDI / 809

MEDICINA E SANITÀ

Il testo è disponibile sul sito Internet di Carocci editore
nella sezione “PressOnLine”

I lettori che desiderano
informazioni sui volumi
pubblicati dalla casa editrice
possono rivolgersi direttamente a:

Carocci editore
Corso Vittorio Emanuele II, 229
00186 Roma
telefono 06 / 42 81 84 17
fax 06 / 42 74 79 31

Visitateci sul nostro sito Internet:
<http://www.carocci.it>

Federica Scrimin

Oltre l'isterectomia

Nuovi percorsi terapeutici a favore delle donne

Introduzione
di Carlo Flamigni



Carocci editore

Fotografie di Raffaele Paoletti.

Disegni di Claudia Scrimin.

Con la collaborazione di Simona Cerrato (SISSA Medialab).

1^a edizione, dicembre 2012

© copyright 2012 by
Carocci editore S.p.A., Roma

Realizzazione editoriale: Ingaraò, Roma

Finito di stampare nel dicembre 2012
dalla Litografia Varo (Pisa)

isbn 978-88-430-6685-8

Riproduzione vietata ai sensi di legge
(art. 171 della legge 22 aprile 1941, n. 633)

Senza regolare autorizzazione,
è vietato riprodurre questo volume
anche parzialmente e con qualsiasi mezzo,
compresa la fotocopia, anche per uso interno
o didattico.

Indice

Introduzione	9
di <i>Carlo Flamigni</i>	
Isterectomia: no grazie?	19
STORIA 1. <i>Maria e il vecchio Ospedale Maggiore</i>	20
Che cos'è e che cosa comporta l'isterectomia	23
L'informazione e la scelta	24
Il caso della Svizzera / Il caso dell'Italia	
Le ginecologhe si comportano in modo diverso?	26
STORIA 2. <i>Toglietemi l'utero e lasciatemi lavorare</i>	28
STORIA 3. <i>Una manager e tanti fibromi</i>	30
Dalla parte dei medici	31
Come comincia la storia	35
Il percorso diagnostico	36
SCHEDA 1. Che cos'è l'isteroscopia	38
SCHEDA 2. Il raschiamento	39
STORIA 4. <i>Giovanna e il teatro</i>	40
Il fibroma all'utero	43
STORIA 5. <i>Una storia siciliana</i>	46
Soluzioni alternative	46

STORIA 6. <i>Cristina fortunata</i>	47
SCHEDA 3. L'isteroscopia operativa	48
STORIA 7. <i>Paola in un lago di sangue</i>	49
Le malattie dell'endometrio	51
Soluzione alternative	52
L'assunzione di un ormone: il progesterone e l'ablazione endometriale / La spirale che libera progesterone	
STORIA 8. <i>I proverbi di mia nonna: "canta che ti passa" e "piovi sempre sul bagnà"</i>	53
STORIA 9. <i>Una storia violenta: lo stress ci fa sanguinare</i>	55
L'ablazione, cioè la asportazione totale dell'endometrio	
STORIA 10. <i>A Trieste ha lavorato Franco Basaglia</i>	58
Il prolacco uterino	61
Soluzioni alternative	62
Ginnastica / Una specie di "amaca" / Il pessario	
STORIA 11. <i>Robe dell'altro mondo</i>	64
I tumori maligni	67
Le lesioni pre-invasive del collo dell'utero	67
SCHEDA 4. Il pap test	68
La conizzazione, cioè l'asportazione di un piccolo "cono" del collo dell'utero	
STORIA 12. <i>Una punizione rinviata</i>	71
Le lesioni pre-invasive dell'endometrio	72
Il trattamento conservativo del polipo atipico	73
STORIA 13. <i>Alleanza medica</i>	74
Il trattamento conservativo dell'iperplasia atipica: la spirale medicata al progesterone	
STORIA 14. <i>La paziente inglese, anzi australiana</i>	75
	76

STORIA 15. <i>Come una cantante lirica indisciplinata salva ute-</i>	
<i>ro e carriera</i>	77
STORIA 16. <i>Le giornate positive</i>	78
I tumori più avanzati e le malattie rare	81
Il problema del sarcoma	81
STORIA 17. <i>Una malattia rara</i>	82
I tumori maligni dell'ovaio	83
STORIA 18. <i>Tanja</i>	83
Le malattie del sangue o dei sistemi di coagulazione	87
STORIA 19. <i>Caterina e la storia del brutto anatroccolo</i>	87
STORIA 20. <i>Il quarto figlio</i>	89
Le malattie della tiroide	91
STORIA 21. <i>A volte non si sa da che parte cominciare</i>	91
Le malattie del surrene	95
STORIA 22. <i>Come a 70 anni si possono avere le mestruazioni</i>	95
Le emorragie dopo il parto	97
STORIA 23. <i>Anche i vecchi ostetrici hanno paura</i>	98
STORIA 24. <i>Francesca</i>	98
STORIA 25. <i>Voglio vedere il cielo, non il soffitto</i>	99
Conclusioni	101

Introduzione

Questo libro appartiene alla categoria delle “divulgazioni utili”: è un libro non facile da scrivere e che è stato scritto molto bene, semplicemente e in modo assolutamente piano e comprensibile, ma che non tradisce mai la verità. Che poi la dottorella Scrimin pensi e scriva le stesse cose che penso e che avrei scritto io, è gradevole, ma non essenziale.

Un libro di divulgazione è difficile da scrivere perché solo chi conosce un argomento più di qualsiasi altra persona lo sa spiegare in modo semplice e comprensibile senza tradire le verità della medicina, che si basano soprattutto sui consensi e perciò sono sempre temporanee e mai definitive. Agostino diceva di sapere con sicurezza che cosa è il tempo, ma di non essere in grado di spiegarlo. Questa è la differenza tra intuizione e conoscenza. Non si può fare divulgazione sulle cose che ci limitiamo a intuire. Non si può fare divulgazione (o meglio, si può, ma con pessimi risultati) sulle cose che conosciamo empiricamente. Provateci.

Per ragioni assolutamente incomprensibili nel nostro paese la divulgazione gode di cattiva fama, qualcuno la considera addirittura un modo di tradire la scienza. Trovo questi giudizi assolutamente irrazionali. Anzitutto la medicina non è una scienza, ma una disciplina empirica le cui verità si basano su consensi temporanei; in secondo luogo molte persone scambiano per divulgazione gli incontri organizzati dalle reti televisive nei quali, invece di preoccuparsi di diffondere le conoscenze su argomenti complessi, alcune brave persone si affannano a far conoscere al maggior numero possibile di individui l’indirizzo

del proprio studio professionale. La divulgazione è altra cosa, più complessa e difficile, impegno esclusivo di persone moralmente ineccepibili. E, nella medicina di oggi, indispensabile.

La ragione fondamentale che ha reso così importante la divulgazione va riconosciuta nelle modificazioni alle quali è andato incontro il modello della medicina, il rapporto tra il medico e la persona che si rivolge a lui per guarire da una malattia o per lenire una sofferenza. Vorrei dedicare proprio a questo argomento, il modello di medicina al quale i medici dovrebbero guardare con particolare simpatia, le prossime pagine di questa *Introduzione*.

Per molti secoli la cura delle malattie è stata affidata ai sacerdoti, rappresentanti sulla Terra delle varie divinità e incaricati di chiamarle in causa per lenire le sofferenze degli uomini. La medicina laica, quella basata su regole proprie, prevalentemente razionali, comunque del tutto indipendenti dalle pratiche religiose e magiche, è molto più antica di quanto si pensi e si era consolidata sulle sponde del Mediterraneo secoli prima della diffusione del pensiero ippocratico. In un papiro egiziano che prende il nome dal suo scopritore, Edwin Smith, e che è stato compilato intorno al XVII secolo a.C. (ma che risale a fonti del terzo millennio) sono descritti protocolli medici chirurgici ispirati a criteri razionali, che peccano solo per la mancanza di una qualsivoglia teorizzazione. È vero che le prime tracce di medicina laica riguardano quasi sempre la chirurgia – la causa delle ferite è paleamente umana, e umana può essere la cura – ma ai tempi di Ippocrate nell'isola di Kos esisteva una scuola di medicina laica famosa in tutta la Grecia, mentre non c'erano né templi né culto di Esculapio. Naturalmente la cura delle malattie non passò facilmente dalle mani dei sacerdoti a quelle dei filosofi-medici, residui magici e religiosi sono rintracciabili per molto tempo, ma il principio di affidarsi alla divinità nei casi disperati in realtà non si è mai dissolto.

Esiste dunque una medicina laica “prima di Ippocrate” e una “dopo Ippocrate”. La prima, che troviamo già descritta nell'*Odissea* e che veniva professata dai liberi medici vaganti, non guerrieri né sacerdoti, artigiani con una certa dose di di-

gnità, dovette avere una rapporto conflittuale e molto duro con la casta sacerdotale e se ne fu in qualche modo figlia dovette trattarsi di un parto distocico. La seconda riuscì ad emanciparsi con relativa facilità, pagando prezzi modesti alle tradizioni rituali religiose, e si mantenne viva e feconda fino a tutto il Settecento. Ma quali erano la natura e la finalità della professione medica secondo la medicina ippocratica? Non così diversa da un modello che saremmo probabilmente in grado di apprezzare anche oggi, visto che di tanto in tanto viene citato con qualche sorta di rimpianto. Dunque il medico era un professionista – ricordatevi di questa parola – che aveva dedicato la propria vita all'apprendimento di un'arte specifica, quella della cura dell'uomo malato. Perché era così importante questo lungo apprendistato? Lo dice il primo degli Aforismi, la Bibbia del medico: «la vita è breve, l'arte è vasta, l'occasione istantanea, l'esperimento malcerto, il giudizio difficile». Solo dopo una lunga iniziazione, dunque, in virtù delle conoscenze acquisite e delle molteplici esperienze, il medico poteva finalmente professare (ricordate?) di essere pronto a dedicare quanto restava della sua vita ad alleviare le sofferenze e a curare il male di chi si rivolgeva a lui. È un modello di medicina asciutto e rigoroso, che potrà non piacervi, ma del quale dovete apprezzare la trasparenza: tutto, in questo modello, si fonda sull'impegno personale, sul dovere, sulla sincerità e sulla volontà di collaborare.

È difficile dire, oggi, quanto sia ancora sostenibile la visione ippocratica dello scopo ultimo della medicina, ristabilire la salute, condizione naturale di un organismo teleologicamente ordinato. In realtà, la medicina moderna ha la capacità di prolungare la vita anche senza che il paziente riesca a trarne un qualsiasi beneficio, una novità rispetto al passato che dovrebbe imporre una nuova e differente etica.

Vediamo ora quali sono i mutamenti fondamentali ai quali è andata incontro la nostra società e che hanno determinato a loro volta una serie di cambiamenti interni alla prassi medica. Certamente, la prima cosa che deve essere presa in considerazione è il continuo progredire della scienza, a cui consegue un miglioramento costante dei differenti strumenti della tecnologia, tutte

cose alle quali la medicina è ormai legata in modo indissolubile. Dotato di strumenti migliori, nutrita da una cultura sempre più dipendente dalla ricerca scientifica e molto spesso affidabile, il medico ha acquistato un'autorità che non dipende più solo dal suo carisma, ma gli viene attribuita come conseguenza dell'efficacia dei mezzi dei quali dispone. Tutto ciò determina un progressivo mutamento dell'orizzonte di significato entro cui la prassi terapeutica viene iscritta dai suoi stessi attori e dal loro linguaggio. Questo mutamento è chiamato "trasformazione sistematica della professione".

Le conseguenze di alcuni di questi cambiamenti non sono facilmente prevedibili. Prendiamo ad esempio l'aumento costante dei costi dei processi terapeutici.

Esso dipende in buona parte dai grandi investimenti ai quali è costretta l'industria del farmaco e delle strumentazioni, diagnostiche e curative, e in misura assolutamente non secondaria dal fatto che si tratta di investimenti fatti per ottenere un profitto.

Dunque scompare – o diventa poco visibile – il rapporto tra il medico e il portatore della malattia, un rapporto che era al centro della medicina ippocratica e, più tardi, di quella paternalistica, e diviene fondamentale la relazione tra il sistema della cura e l'ambiente in cui è stato inserito.

Questa trasformazione del modello (ippocratico prima, paternalistico poi) della medicina ha avuto effetti di grande rilievo sulla relazione medico-paziente e chi ha pagato per primo lo scotto di questi cambiamenti è stato il rapporto psicologico tra i due attori. Via via che si verificavano i mutamenti del tessuto sociale sul quale medico e malato cercavano di svolgere la propria relazione terapeutica, si creavano condizioni sempre meno favorevoli all'instaurarsi di un rapporto corretto e soddisfacente.

Non tutte le cause di questa difficoltà sono, per sé stesse, negative. A partire dalla seconda metà dell'Ottocento, negli stessi momenti in cui acquisiva le sue basi moderne, dagli studi di Claude Bernard e di Rudolf Virchow, la medicina si è posta il problema sociale della salute, guardando ben oltre ai problemi soggettivi dei singoli malati e affrontando quelli politici e sociali

del suo tempo. Cominciava al contempo la rivoluzione dei diritti, e gli uomini acquisivano progressivamente la consapevolezza di non poter essere estraniati dal momento delle decisioni che li riguardavano, da cui nascevano insieme il diritto a sapere, a capire e a scegliere. Cambiava, rapidamente, il ruolo del medico.

È molto frequente, quasi inevitabile, che i cambiamenti siano, in qualche modo, dolorosi e abbiano un costo. Se i cittadini rivendicavano il diritto di sapere e di scegliere, la medicina paternalistica, quella che imponeva al malato il dovere di “comportarsi bene”, non aveva più ragione di esistere. Ma non morì: molti medici finsero di accettare le nuove regole, ma la consapevolezza di essere loro i portatori della conoscenza e della verità e di avere il compito di prendere per mano quel povero branco di persone sofferenti e spaventate per portarle a salvamento non li abbandonò mai. Cambiò comunque, per quasi tutti, il rapporto psicologico col paziente. Il modificarsi dei ruoli all’interno della relazione terapeutica non si dimostrò favorevole al mantenimento di un rapporto soddisfacente per entrambi.

Proviamo a metterci dalla parte del cittadino-paziente e a guardare con i suoi occhi questo nuovo medico, sacerdote di una tecnica che si ammanta di scienza.

Cosa vedono questi occhi?

Il nuovo medico tende anzitutto ad essere uno specialista, e se non lo è finisce con l’abdicare alle sue prerogative e a diventare uno smistatore di pazienti, ciascuno dal suo specialista, tu dal cardiologo, tu dallo psicologo. Lo specialista, poi, è un tecnico che considera i suoi pazienti come supporto occasionale di un organo (quello di cui è esperto) ammalato. E poiché non si può essere compassionevoli con un fegato o con un rene, ecco questa sgradevole impressione di “freddezza affettiva”, oh quanto sono preferibili gli stregoni della “medicina alternativa”, forse sono dei ciarlatani, ma almeno ti prendono in considerazione, ti ascoltano, una loro una visita dura 30 minuti contro i 7 della medicina ufficiale. E poi questo medico nuovo è troppo attento al denaro: mescola attività pubblica a lavoro privato, ti attira nelle sue cliniche mostrandoti le lunghe code

di attesa dell'ospedale, il suo nome compare di tanto in tanto in qualche scandalo che riguarda l'industria del farmaco, medicine che servono a poco prescritte a destra e a manca per lucro. È dunque inevitabile che questo medico frettoloso, anaffettivo, certamente non altruista e non compassionevole non meriti più la fiducia che si attribuiva, di regola, al vecchio medico che arrivava a casa, di notte, col calesse. E in mancanza di fiducia scompare anche il ruolo terapeutico del medico, un ruolo che aveva bisogno di una relazione empatica che adesso non c'è più.

Nessuno nega il fatto che ci sia bisogno di specialisti, le competenze sono diventate troppo numerose e troppo complesse per essere gestite da una sola persona. Ma è quasi impossibile evitare che qualche frammentazione della scienza medica divenga fonte di confusione. Manca quasi sempre un referente finale, qualcuno che consideri il paziente come persona e che metta ordine; manca un responsabile, qualcuno al quale chiedere conto. La relazione terapeutica è impersonale, anonima, burocratizzata, disimpegnata. Le attese sono troppo lunghe, qualche volta tanto lunghe da escludere in pratica il malato dalla medicina pubblica e indirizzarlo verso quella privata dove paghi e non aspetti. Può dunque accadere che agli occhi del nostro paziente il medico appaia come un acrobata, intento ad eseguire sulla corda i suoi esercizi di tecnologia applicata; gli acrobati, si sa, non sono minimamente interessati a conoscere l'identità del pubblico che li guarda dalla platea.

Quello che accade intorno al nostro paziente non lo aiuta a riflettere con la necessaria razionalità.

Il nostro cittadino ha molte altre ragioni di essere perplesso e diffidente. Scopre, leggendo i giornali, che i farmaci dei quali ha fatto largo uso da ragazzo non sono più in commercio perché considerati inutili: dove sono finiti gli estratti di fegato e i polivitaminici che pure lo avevano guarito – almeno così lui sapeva – da tanti disturbi? Scopre, sempre leggendo i giornali, che l'industria farmaceutica gode di privilegi impressionanti, come il diritto a “segretare” certe ricerche che non le piacciono. Scopre che i bugiardini, i foglietti illustrativi che accompagnano il far-

maco, li scrivono gli avvocati. Scopre che ci sono congressi molto frequentati dai medici nei quali è tutto pagato dall'industria. Ha confusione in testa, si chiede se può continuare a fidarsi.

Si potrebbe proseguire a lungo con questi esempi, ma ormai dovrebbe essere chiaro quanto sta accadendo. La medicina vive una fase di transizione, i suoi modelli si sovrappongono troppo bruscamente, creano anticorpi. I pazienti vogliono essere autonomi e chiedono di sapere di più per poter scegliere. Di fronte ad un aumento teorico delle offerte di salute, pretendono di poter avere a disposizione tutto e subito.

Il loro nuovo rapporto con il medico è impregnato di spirito critico, ogni volta che ritengono che il medico abbia sbagliato lo portano in tribunale e lo accusano d'incompetenza. Contemporaneamente cercano nel medico migliore qualità umana, compassione, comprensione: quando capiscono che il medico, spaventato dal continuo ricorso alla giustizia, si è rifugiato in una sorta di "medicina difensiva" che lo mette al riparo dalle accuse di incompetenza, si sentono traditi.

In realtà, vivere una fase di transizione è difficile e, spesso, sgradevole. I modelli di medicina che si confrontano riportano, come vedremo, a stili contrattuali freddi, distaccati, tecnicamente validi, ma vagamente disumani, e a comportamenti molto più civili e accettabili che possono persino trarre ispirazione da concetti quali: dedizione personale e compassione. Il problema è questo, si tratta di capire se la nostra società riuscirà a elaborare un modello di medicina orientato in modo moralmente accettabile alla relazione di cura e basato su una definizione condivisa del significato di salute.

In epoca moderna, il primo risultato del riconoscimento dei diritti dei cittadini (diritto a sapere, diritto a decidere in modo autonomo) è riconoscibile nel grande rilievo che è stato concesso al "consenso informato": il cittadino non può essere indirizzato verso nessuna forma di cura se prima non è stato informato dei motivi che hanno orientato il medico a proporla, dei costi e benefici della cura che gli è stata suggerita e delle possibili cure alternative, incluse quelle che il medico non approva. Il cittadino potrà dare il proprio consenso – o negarlo – ma solo

dopo che il medico si sarà reso conto che le sue informazioni sono state recepite, comprese e ritenute adeguate: la firma dei documenti di consenso informato è l'esito di un processo di comunicazione tra medico e paziente al tempo stesso semplice e completo, almeno in teoria.

Al centro di questo modello sta un contratto, prevalentemente esplicito, stabilito tra il medico e un cittadino-paziente, un patto tra soggetti adulti e consenzienti che si mettono d'accordo su un certo tipo di prestazione professionale. Il medico, "proprietario" di un certo numero di conoscenze e di competenze, padrone di particolari tecniche, le mette sul mercato affinché chiunque possa chiedere di avvalersene. Chi difende questa prassi ne sottolinea soprattutto l'omogeneità al linguaggio dei diritti; chi la critica, ne sottolinea l'attitudine alla esecuzione acritica dei desideri del cittadino-paziente e la ritiene in contrasto con il significato morale della professione medica.

Più concretamente, quello che la cura ha modificato nella medicina e nei medici è il significato dell'avere interesse per gli altri e il senso dell'attenzione, strumento indispensabile per scoprire le realtà morali del mondo. L'attenzione è stata una qualità essenziale della medicina sin dai tempi della nascita della fisiopatologia, nel XIX secolo: attenzione nell'ascoltare una storia clinica, attenzione nell'esame dei sintomi, attenzione nel formulare una diagnosi. Ma la fisiopatologia aveva indirizzato l'interesse prevalente del medico verso la malattia, distogliendolo dall'analisi dell'esperienza soggettiva che di essa faceva il cittadino-paziente. L'etica della cura sposta l'attenzione verso la sua esperienza fondamentale, la sofferenza, e chiede al medico capacità di ascolto delle voci che non si sono ancora udite. Viene messa al centro della relazione medico-paziente la sofferenza; compare, in cima all'elenco delle responsabilità del medico, la capacità di compassione.

Concludo, anche perché so di essere stato terribilmente noioso. Il lungo colloquio necessario per un consenso informato, il saggio scritto con attenzione e cura per facilitare la comprensione di un problema medico fanno parte delle "piccole virtù" necessarie per instaurare con un cittadino che ha bisogno

di noi un dialogo basato sulla compassione, la trasparenza e la responsabilità. L'etica delle piccole virtù si basa proprio su questi elementi: capacità di ascolto, pazienza, desiderio di dialogo, comprensione di ciò che significa assumersi una responsabilità. L'incontro con il cittadino-paziente significa il lungo racconto di ciò che quel cittadino deve sapere per essere messo nelle condizioni di scegliere, perché la facoltà di scegliere è un diritto che non può essere esercitato se non è assistito dalla conoscenza. E se alla fine di quel colloquio il cittadino-paziente dirà al medico di essere pronto ad affidarsi alle sue cure, gli farà il dono più importante che un medico possa mai ricevere, quello della fiducia.

A questo punto penso di poter concludere dicendo una cosa che, senza queste premesse, sarebbe stata sgradevolmente retorica ma che adesso non dovrebbe esserlo più: questo libro è stato scritto da un medico virtuoso.

CARLO FLAMIGNI

Isterectomia: no grazie?

A un certo punto della vita, a molte donne capita di sanguinare. Non è il sangue mestruale al quale tutte, con più o meno sofferenza, ci siamo abituate: regolare, prevedibile, controllabile. Sono sanguinamenti abbondanti, inaspettati, irregolari, che spaventano.

La decisione di rivolgersi al proprio ginecologo arriva più o meno rapidamente a seconda dell'attitudine della persona: c'è chi al primo piccolo sintomo anomalo si precipita a farsi vedere, e chi cerca invece di procrastinare il più possibile pensando che prima o poi il problema si risolva da solo.

Il medico dirà che si tratta di metrorragie: *emorragie uterine*. Fino a non tanti anni fa, l'unica soluzione era un intervento chirurgico di asportazione dell'utero: *isterectomia*. Ma recentemente la medicina ha fatto grandi passi avanti nella cura delle emorragie uterine e l'intervento di isterectomia può essere evitato in moltissimi casi.

La diffusione di tecniche alternative all'isterectomia procede però lentamente. Perché? Innanzitutto le donne sono in genere poco informate sull'argomento. Inoltre le terapie meno radicali richiedono maggiore comprensione e un atteggiamento più attivo da parte delle pazienti. Esiste infine una resistenza dei ginecologi che vedono nell'isterectomia la strada più vecchia, sicura ed efficace per risolvere il problema del sanguinamento.

Ma è vero che l'isterectomia è oggi la strada più sicura ed efficace?

Per rispondere a questa domanda, a partire dal 2003, come medici abbiamo organizzato annualmente, a Trieste, nel nostro

Ospedale, l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico Burlo Garofolo, un convegno intitolato *Isterectomy: no grazie?* Il titolo è volutamente provocatorio, ma il punto interrogativo alla fine smorza la provocazione e pone una questione seria. In alcuni casi infatti l'isterectomy è indispensabile. Ma quando?

La domanda è ancora aperta, tanto è vero che nel mondo scientifico solo da pochi anni abbiamo cominciato a tracciare delle linee guida su questo intervento.

- Quanto può incidere l'informazione sulla scelta di una donna di sottoporsi a isterectomy?
- Quanto può incidere l'informazione sulla scelta di un medico di sottoporre una donna a isterectomy?
- Quali strumenti possiedono oggi i medici per orientarsi su questi argomenti?
- Quali sono le novità?

Sono queste le domande a cui si vuole rispondere. E per farlo non basta considerare l'aspetto clinico, medico, scientifico. Ci vogliono le persone e le loro storie. Le storie sono la parte bella del lavoro del medico, sono i ricordi, le soddisfazioni e le sconfitte. Sono una finestra particolare sul mondo delle donne, marcato dal ritmo delle mestruazioni, a volte tanto abbondanti da diventare emorragie.

Ripensare alle storie è una buona ginnastica mentale anche per noi medici, in quanto le storie suscitano emozioni, e in questo modo rimangono più facilmente in testa, “fanno accendere la lampadina”, ci fanno ricordare. Hanno il pregio di imporci elasticità, di farci smussare la rigidità dei nostri protocolli clinici, di obbligarci a entrare nei panni del paziente.

STORIA I

Maria e il vecchio Ospedale Maggiore

Maria è la prima paziente che ho conosciuto arrivando da Padova a Trieste della quale ho un ricordo nitido.

Entravo per la prima volta nel vecchio Ospedale Maggiore. Per accedere alla Ginecologia, forse nel tentativo di scoraggiarmi, mi avevano indicato di accedere dal sotterraneo di via Pietà. Il

nome della strada viene dal fatto che in quel lato dell'edificio c'era la ruota, ora ricordata da una lapide, in cui erano depositi i neonati abbandonati.

Sento ancora quell'odore acre di formalina che veniva dal servizio di anatomia patologica misto all'odore dei gatti che giravano indisturbati per il vecchio corridoio. Gli odori che senti in gravidanza (e io lo ero), associati alla nausea, restano indelebili. Io associo questa sensazione di malessere all'immagine di una donna anziana alta e molto magra, coi capelli bianchi spettinati, un camicione scomposto annodato con due lacci sulla schiena e un grande cerotto rosa con scritto: "Ginecologia II piano". Una borsetta sotto al braccio, Maria camminava svelta lungo il sotterraneo cercando l'uscita.

Un'infermiera del Pronto Soccorso la prese sottobraccio, e io le seguii. L'ascensore che portava al secondo piano era molto stretto, ci trovammo vicine. Lei diceva di voler andare a casa, ma senza aggressività, con rassegnazione. Attraversammo un lungo e ampio corridoio con letti in fila occupati da tanti anziani. Un cartello diceva: "II Medica". Non avevo mai visto tante persone anziane, tutte insieme in un grande spazio, staccate dal loro contesto familiare. Dei paraventi malandati cercavano pietosamente di isolare i casi più gravi. Dietro si sentivano i lamenti, il borbottare confuso, il respiro faticoso.

Le infermiere portavano una ridicola cuffietta in testa e venivano chiamate "suore" dai pazienti. Non capivo se si trattava effettivamente di personale religioso: all'appellativo, infatti, non corrispondeva il comportamento. Queste suore si aggiravano per i letti con modi piuttosto spicci e un linguaggio irriverente ben diverso dal cantilenare pietoso della parlata veneta a cui ero abituata a Padova. Mi è indimenticabile la scena di una "suora" che cercava di aiutare una vecchietta magra, rinsecchita, rigida e spaventata a scendere dal letto dicendole: "Rina, cosa ti sta dura come il cazzo al dì de nozze?".

Nei giorni successivi cominciai a lavorare nel reparto subito attiguo a questo, la Ginecologia. Così conobbi meglio la storia di Maria: aveva 86 anni, non aveva figli né parenti, aveva avuto delle perdite di sangue dall'utero e il suo medico l'aveva manda-

ta in ospedale. Il cambiamento di ambiente, la perdita dei punti di riferimento abituali, la lieve anestesia generale subita per eseguire il raschiamento dell'utero l'avevano confusa. La notte non dormiva, si agitava, camminava incessantemente per il reparto, voleva andare via. Girava per l'ospedale e il sotterraneo. Per questo le infermiere le avevano incollato al camiciotto un cerotto con scritto "Ginecologia II piano": chi la incontrava ce la riportava in reparto. Le furono diagnosticati un cancro dell'utero e due noduli alle mammelle che la mammografia rivelò essere maligni.

Tra noi medici si avviò una discussione: c'era chi sosteneva che era meglio lasciarla stare, fare come voleva lei: lasciarla andare a casa, risparmiarle il dolore dell'intervento. I più invece sostenevano che era sbagliato non tentare di curarla, semplicemente perché non era in grado di capire. Avremmo dovuto decidere noi e fare il possibile per combattere la malattia. In questo consisteva il nostro essere medici.

Intanto Maria continuava a scappare: prendeva la sua borsetta e chiedeva a chi incontrava indicazioni per poter andare a casa. A suo modo esprimeva un desiderio. Mi inquietava. Non eravamo ancora abituati alle valutazioni sulla "qualità della vita", che oggi occupano tanto spazio nelle riviste mediche, e tanto meno a porci il problema del consenso informato. Ognuno cercava di fare del suo meglio confrontandosi più con la propria coscienza che con il paziente.

I medici in ospedale erano poco abituati a mettersi in discussione, più abituati a operare. Io ero appena arrivata, l'unica donna, e non mi sentivo così sicura delle mie opinioni.

Maria fu sottoposta all'intervento di asportazione dell'utero e delle due mammelle e dopo un mese morì.

Sono passati 25 anni ma ho ancora un ricordo veramente doloroso. Ripensando a Maria mi rendo conto di quanto siamo cambiati come medici in questi anni.

Oggi le nostre pazienti subito dopo l'intervento chirurgico sono serene, parlano, non hanno dolore. Venticinque anni fa stavano ferme immobili, il fazzoletto sulla fronte, dolori fortissimi che duravano per due o tre giorni. Si lesinavano gli antidolorifici come se fossero nocivi.

Perché? I medici si mettevano meno nei panni dei pazienti? I chirurghi erano più educati a pensare all'organo malato che alla persona. Non ci si poneva il problema di chi doveva decidere se fare o no l'intervento. Esiste da poco la preziosa figura del "tutore" per gli anziani. Da pochi anni ci siamo abituati a spiegare ai pazienti l'intervento chirurgico che proponiamo, i motivi per cui lo riteniamo utile e a far loro firmare un "consenso informato". La firma è un atto formale, ma ha il vantaggio di obbligarci a dedicare tempo al paziente, parlargli e soprattutto ascoltarlo. Possiamo capire le sue aspettative e questo può cambiare anche il nostro comportamento chirurgico. Il libro è un po' la storia di questo cambiamento culturale

Che cos'è e che cosa comporta l'isterectomia

L'isterectomia è l'intervento di asportazione dell'utero. Dopo il taglio cesareo, è l'intervento chirurgico più diffuso al mondo.

Le conseguenze dell'asportazione dell'utero sono l'impossibilità di avere bambini, una modificazione della forma della vagina e della posizione della vescica.

Alcune donne soffrono psicologicamente per questa asportazione perché sentono ferita la loro femminilità, la loro "integrità".

Ogni intervento chirurgico, per quanto semplice, ha sempre dei costi in termini di stress e di dolore. I risultati non sono garantiti, perché in medicina esistono i fattori individuali e le complicazioni, che introducono una variabilità che non si può prevedere a priori. Tutto ciò va messo accuratamente sulla bilancia al momento della scelta. La paziente deve affrontare l'intervento convinta di essere stata adeguatamente assistita e consigliata, e convinta che l'intervento sia per lei la soluzione migliore. Poiché, inoltre, la chirurgia è una scelta definitiva e irreversibile, prima di questa vanno prese in considerazione tutte le soluzioni mediche alternative, cioè i trattamenti con i farmaci.

Nel mondo, il numero di interventi di isterectomia varia moltissimo a seconda delle aree geografiche. In Svezia vengono

sottoposte a isterectomia 2 donne su 1.000, negli Stati Uniti 6 su 1.000. Secondo i dati del 2007 dell'Istituto di Statistica Medica Canadese, l'isterectomia, pur rimanendo l'intervento chirurgico più frequente in ginecologia, è diminuita in frequenza negli ultimi 10 anni. In Canada, si è passati infatti da 9 isterectomie per 1.000 donne sopra i 35 anni a 6. C'è stata dunque una diminuzione molto significativa. Si nota inoltre una forte differenza nel numero di isterectomie nelle diverse regioni del Canada, purtroppo non esistono indicatori che permettano di capire il motivo di differenze così significative. Questo dato può farci supporre che nella scelta di sottoporre le donne a isterectomia possano incidere anche abitudini mediche.

Uno studio recente condotto in Germania conferma anche in questo paese forti differenze nell'incidenza dell'isterectomia nei diversi stati federali: ad Amburgo abbiamo una prevalenza di 2,1 per 1.000 donne mentre nella Pomerania occidentale si passa a 3,6 per 1.000¹.

Anche in Italia, uno studio condotto in Veneto rileva forti differenze di interventi tra aree geografiche. Il ricorso all'asportazione dell'utero varia infatti dallo 0,5 su 1.000 a 1,5 su 1.000. Maggiori sono la concentrazione e la presenza di ospedali in un'area, maggiore è la probabilità per una donna di essere sottoposta nell'arco della sua vita ad asportazione dell'utero. La presenza di molti ospedali privati aumenta ulteriormente le probabilità, in particolare se nell'organizzazione dell'ospedale sono previste remunerazioni per prestazione.

L'informazione e la scelta

Per capire quanto possa incidere l'informazione sulla scelta di sottopersi o sottoporre ad asportazione dell'utero, prendiamo in esame alcuni studi pubblicati sulle più importanti riviste mediche.

1. A. Stang, R. M. Merrill, O. Kuss, *Hysterectomy in Germany: a DRG-Based Nationwide Analysis, 2005-2006*, in "Deutsches Ärzteblatt", 2011, 108, pp. 508-14.

Il caso della Svizzera²

Tra il 1977 e il 1986 è stato analizzato il numero di isterectomie eseguite nel Canton Ticino in Svizzera. Tra febbraio e ottobre 1984 è stata condotta una campagna di informazione sui giornali e la televisione riguardo alla necessità o meno di sottoporsi a intervento di asportazione dell'utero. Dopo l'inizio della campagna e durante l'anno successivo il numero di interventi è sceso del 26%, e addirittura del 33% nella fascia delle donne più giovani, tra i 35 e i 49 anni. Nell'area vicina, nel Cantone di Berna, dove non era stata fornita alcuna informazione, invece, il numero di isterectomie è aumentato dell'1%.

La flessione si è verificata due mesi dopo l'inizio della campagna di informazione, e la diminuzione maggiore è stata registrata negli ospedali non a insegnamento rispetto a quelli a insegnamento universitario.

Secondo gli autori dello studio, la consapevolezza del pubblico sulla necessità o no di eseguire l'asportazione dell'utero influisce sulla pratica professionale. Non sempre l'intervento di isterectomia è indispensabile o per lo meno non sempre è l'unica scelta che possiamo offrire a una donna che sanguina. Se così fosse, infatti, il numero di interventi non dovrebbe essere modificabile dall'informazione.

Il caso dell'Italia³

L'obiettivo di questo studio è stato quello di analizzare i fattori che portano le pazienti a sottoporsi a intervento di asportazio-

2. L'articolo originale si trova in: G. Domeneghetti, P. Luraschi, A. Casabianca, F. Gutzwiller, A. Spinelli, E. Pedrinis, F. Repetto, *Effetto della campagna di informazione da parte dei mass media sui tassi di isterectomia*, in "Lancet", 1988, 2 (8626-8627), pp. 1470-3.

Il "Lancet" è una delle riviste di medicina più autorevoli nel mondo. Gli articoli pubblicati su questa rivista, nota per la serietà e il rigore, hanno grande rilevanza nel mondo medico e scientifico.

3. L'articolo originale si trova qui: *Fattori che determinano l'asportazione dell'utero e delle ovaie nelle donne che frequentano gli ambulatori italiani nel periodo della menopausa*, in "Maturitas", 2000, Jul. 31; 36 (1), pp. 19-25.

ne dell'utero per malattie benigne (fibromi, emorragie, prolassi) nel nostro paese. Gli autori premettono che l'Italia è uno dei paesi occidentali che presenta i più bassi tassi di isterectomia.

Tra il 1997 e il 1999 sono state studiate 25.600 donne, confrontando le caratteristiche di quelle che erano state sottoposte a isterectomia con quelle di chi non aveva subito tale intervento.

I risultati indicano che l'isterectomia per malattie benigne è eseguita più frequentemente in donne meno scolarizzate, di peso corporeo maggiore o con problemi psichici. Articoli scientifici anche recenti confermano queste osservazioni⁴.

Questo studio suggerisce alcune considerazioni importanti. Nei paesi dove funziona un sistema sanitario pubblico (e l'Italia è tra questi) i vincoli riguardanti gli interventi chirurgici sono più rigorosi: l'intervento non è un guadagno economico e i medici si sentono più liberi di seguire le indicazioni scientifiche senza la necessità di far quadrare i bilanci.

Si osserva inoltre che aumentando la scolarità, e quindi la cultura e il reddito, le donne acquisiscono una maggiore capacità di curarsi, di scegliere e di gestire le terapie.

Infine un'informazione indipendente da interessi economici o di parte può avere una funzione importante nel modificare la cultura sia dei medici sia dei pazienti.

Le ginecologhe si comportano in modo diverso?

Negli ultimi anni è molto aumentato in Italia il numero delle studentesse di medicina e oggi diventano medico più donne che uomini, e in particolare nelle scuole di specializzazione in ostetricia e ginecologia prevalgono le donne. Si assiste a uno strano fenomeno: le donne che si occupano di ostetricia lavorano generalmente nelle sale parto, nei reparti, cioè nelle corsie degli ospedali, negli ambulatori, nel territorio, nei consultori. Poche e con difficoltà si dedicano alla chirurgia.

Mi domando spesso il perché di questo e la spiegazione che

4. A. Mantani, H. Yamashita, T. Fujikawa, S. Yamawaki, *Higher Incidence of Hysterectomy and Oophorectomy in Women Suffering from Clinical Depression: Retrospective Chart Review*, in "Psychiatry Clinic Neuroscience", 2010, 64 (1), pp. 95-8.

mi danno i primari, i direttori di clinica è che la chirurgia è faticosa fisicamente. Sinceramente trovo la risposta poco convincente anche perché trovo molto più faticoso il lavoro notturno in sala parto. La sala parto affronta situazioni ad altissimo rischio e imprevedibili. Chi ha poca esperienza chirurgica può trovarsi in difficoltà: penso ai sanguinamenti improvvisi e drammatici che possono richiedere l'asportazione dell'utero...

Quando rivolgo la stessa domanda alle mie colleghe ginecologhe le risposte sono più articolate: effettivamente alcune preferiscono dedicarsi all'attività ambulatoriale al di fuori dell'ospedale perché più tranquilla, programmabile, facilmente conciliabile con una famiglia e l'allevamento dei figli.

Le ginecologhe che scelgono invece di lavorare in ospedale, quindi, accettano i turni e la vita faticosa delle nostre sale parto, vivono con sofferenza e disagio questa esclusione dalle sale operatorie e dalla chirurgia e la addebitano principalmente, anche se non esclusivamente, a un comportamento discriminatorio da parte dei direttori o dei "vecchi" chirurghi. La chirurgia infatti è una pratica artigianale, manuale: lo studio sui libri non è sufficiente per acquisirla. Ci vuole qualcuno che accetti di farti da guida in sala operatoria. La chirurgia come pratica potremmo dire che si tramanda di padre in figlio. Ecco allora che pur avendo le donne voti di laurea mediamente più elevati degli uomini ed essendo in numero maggiore nelle nostre specialità, con un meccanismo di padre in figlio, restano escluse.

L'esclusione ha molte valenze: contribuisce a renderti meno sicura, contribuisce a far sì che nei posti apicali, primari, direttori dei reparti di ostetricia e ginecologia, le donne siano pochissime. In Italia si contano sulle dita di una mano.

Ovunque lavorino le donne ginecologi, incontrando le loro pazienti, si trovano a dover affrontare il problema del sanguinamento anomalo, a dover dare indicazioni, suggerimenti, a consigliare interventi chirurgici. Sono stati pubblicati alcuni studi che hanno esplorato il comportamento dei ginecologi evidenziando le differenze rispetto all'età e al genere, ponendosi la domanda "le donne si comportano in modo diverso dagli uomini?". È stato inoltre chiesto ai ginecologi che tipo di intervento

avrebbero preferito per loro stessi o per le loro mogli in diverse situazioni cliniche. I risultati sono molto interessanti: i ginecologi più giovani preferiscono fare interventi meno aggressivi, più rispettosi dell'integrità del corpo. Le donne si comportano nello stesso modo dei maschi. Molti ginecologi sostengono che per loro stessi avrebbero preferito un intervento meno aggressivo di quello a cui hanno sottoposto le loro pazienti, ma non sono in grado di eseguirlo.

Il rapido miglioramento degli strumenti a disposizione e quindi delle tecniche chirurgiche non sempre si accompagna con la stessa rapidità al loro insegnamento⁵. Questo studio potrebbe sottointendere che il sapere chirurgico sia ancora confinato all'esperienza maschile. Le donne tendono a comportarsi secondo una cultura tramandata e non filtrata dalla loro esperienza diretta e quindi in modo analogo ai maschi.

Interessante è invece il cambiamento culturale che investe i giovani chirurghi di entrambi i sessi. Il rispetto dell'integrità del corpo è visto con interesse. Si ricerca una chirurgia meno aggressiva, meno dolorosa. Resta comunque aperto il problema dell'insegnamento delle tecniche chirurgiche.

STORIA 2

Toglietemi l'utero e lasciatemi lavorare

Il giornale oggi riporta la notizia dell'arresto di una donna nigeriana e di un uomo italiano. Le accuse sono: riduzione in schiavitù e induzione alla prostituzione. Chi lavora nei servizi di emergenza e nei Pronto Soccorsi degli ospedali riconosce molto spesso, dietro ai titoli dei giornali, visi, persone, storie. Io dietro questo titolo leggo la storia di Sophie. Il suo vero nome per noi era difficile da pronunciare, ma poiché conteneva la lettera s e la lettera f, per semplicità le era stato dato questo soprannome. Arrivò una prima volta di notte in Pronto Soccorso con l'abbigliamento richiesto dal

⁵. L'articolo originale si trova in: J. L. Einarsson, K. A. Matteson, J. Schulkin, N. R. Schavan, H. Sangi-Haghpeykar, *Tecniche di asportazione dell'utero mini invasive: sguardo sull'attitudine e sulle barriere tra i chirurghi ginecologi*, in "Journal of Minimal Invasive Gynecology", 2010, 17 (2), pp. 167-75.

suo lavoro notturno. Mi colpì perché questo aspetto contrastava con la sua espressione: preoccupata, attenta. Sanguinava molto.

Il test di gravidanza, per escludere l'ipotesi di una emorragia da aborto, risultò negativo. L'ecografia invece ci indicò la presenza di alcuni fibromi. Sanguinava da parecchi giorni, ma si era rivolta a noi solo quando l'emorragia era diventata imponente: la condizione di urgenza le dava diritto di accesso alle cure nonostante fosse clandestina. Le asportammo quindi il fibroma che protrudeva dalla cavità uterina, con un piccolo intervento per via vaginale. L'emorragia si fermò. Dopo pochi mesi riincontrai Sophie nel lettino operatorio per eseguire un aborto volontario. Togliendole il mioma dentro l'utero l'avevamo infatti esposta alla possibilità di avere gravidanze. Era stupita, addolorata: anni prima nel suo paese avrebbe voluto una gravidanza che non era mai venuta e ora che non se la poteva permettere... Parlammo a lungo in particolare del grosso rischio che correva avendo rapporti con i suoi clienti non protetti dal profilattico. La sua storia era simile a quella di tante altre nigeriane: doveva lavorare in strada per saldare i debiti che aveva contratto per venire in Europa ed era caduta nella rete di un'organizzazione che le rubava una grossa fetta di guadagni e la teneva in situazione di sottomissione minacciando vendette e "fatture" nei confronti della famiglia in Nigeria. Era clandestina, non aveva passaporto, era terrorizzata di avere a che fare con la polizia ma aveva capito che l'ospedale era sempre aperto, così ogni tanto veniva a trovarci. Le richieste di interruzioni di gravidanza si ripeterono due o tre volte, finché, durante l'ultimo intervento, le proponemmo di inserire la spirale.

Forse a causa di questa, forse per l'aumento di volume di altri miomi, ricomparvero le emorragie. Sophie cominciò ad arrivare sempre più spesso. Venire in ospedale significava non poter lavorare sulla strada. In occasione di una perdita di sangue più forte ci chiese di toglierle l'utero, in urgenza. In questo modo avrebbe risolto tre problemi: intervento chirurgico garantito anche se clandestina, non più emorragie e quindi aumento del lavoro, non più rischio di gravidanze e aborti. "Quanti anni hai?" le chiesi quando mi fece questa proposta. "Ventiquattro" fu la risposta. "Vuoi avere dei bambini in futuro?". "Sì".

STORIA 3***Una manager e tanti fibromi***

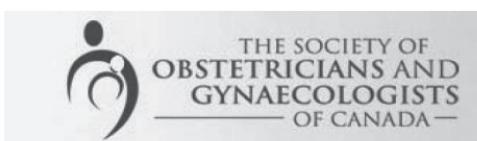
Confesso che avere F.A. tra le mie pazienti un pochino mi lusinga. Leggo spesso di lei e del suo lavoro nei giornali, la seguo con interesse: sono ancora poche in Italia le donne che per la loro preparazione e competenza arrivano a posizioni di prestigio. Tranquilla, riservata, pacchi di documenti da sfogliare durante l'attesa. A me si presenta per il suo utero deformato da numerosi grossi fibromi: ha consultato molti medici e tutti le hanno consigliato di asportarlo perché è molto grosso. F.A. è ingegnere e la parola "grosso" le pare un po' approssimativa. "Grosso rispetto a cosa?" mi domanda, e mi suggerisce un metodo di valutazione. "Non sarebbe più utile valutare fibroma per fibroma in base alla sua localizzazione e ai disturbi che può dare?" Lei non riesce a spiegarsi perché il suo utero non le dia alcun disturbo e cerca qualcuno disposto a seguirla senza intervenire.

F.A. è la paziente ideale perché in grado di capire bene le informazioni, di soppesare il valore del rischio che un mioma sia in realtà un tumore maligno, di confrontarlo con i rischi a cui la sottoporrebbe l'intervento chirurgico.

F.A. è in grado di scegliere. Devo seguirla nei controlli limitandomi a verificare che i fibromi non crescano rapidamente, che non siano molto irrorati di sangue, che non comprimano le vie urinarie, che non si verifichino emorragie.

Dalla parte dei medici

Per ovviare alle necessità di un rapido aggiornamento, che i libri di medicina non possono affrontare per i tempi tecnici che ne caratterizzano la redazione e la pubblicazione, oggi sono a disposizione online raccolte dei lavori scientifici più importanti e linee guida delle società scientifiche che vengono in aiuto ai medici e possono indirizzarli nelle scelte. In campo ginecologico internazionale le società scientifiche che ci forniscono linee guida più aggiornate sono:



SOGC (Società degli ostetrici e ginecologi canadesi)
www.sogc.org



ACOG (Società degli ostetrici e ginecologi americani)
www.acog.org



Royal College degli ostetrici e ginecologi britannici
www.rcog.org.uk



FIGO (Federazione internazionale ginecologi e ostetrici)
www.figo.org

In Italia



AOGOI (Associazione degli Ostetrici e Ginecologi Ospedalieri Italiani)
<http://new.aogoi.it>



SIGO.IT
SOCIETÀ ITALIANA DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA

SIGO (Società Italiana Ginecologia ed Ostetricia)
www.sigo.it



SEGi (Società italiana di endoscopia ginecologica)
www.segionline.it

Queste società sono formate da medici esperti che periodicamente si incontrano per analizzare gli articoli scientifici, valutarne la correttezza ed elaborare dei modi di comportamento condivisi. Molti documenti elaborati da queste società scientifiche sono accessibili in internet.

Nonostante la facilità ad accedere alle informazioni esiste, però, il problema di conoscere le fonti delle informazioni: sapere cioè chi ha finanziato gli studi, sapere se gli "esperti" delle società scientifiche siano effettivamente indipendenti, o siano piuttosto dei collaboratori di industrie del settore che intendono lanciare nuovi farmaci o nuovi strumenti chirurgici nel mercato della sanità.

La questione dell'effettiva indipendenza e obiettività delle

informazioni pubblicate è grave e molto sentita nella comunità dei medici, tant'è che le più importanti riviste scientifiche mediche, come “New England Journal of Medicine”, “Lancet”, “Journal of the American Medical Association”, “British Medical Journal”, hanno scritto parecchi editoriali sull'argomento e hanno stabilito delle regole di comportamento da adottarsi in tali casi. Queste riviste accettano di pubblicare solo quegli studi in cui sia dichiarato l'ente che ha finanziato la ricerca, venga garantito che tutti i ricercatori i quali hanno contribuito possano effettivamente accedere ai dati completi, possano elaborarli e utilizzarli per ulteriori studi. Si sono create inoltre delle organizzazioni scientifiche indipendenti, sostenute da finanziamenti pubblici, che hanno il compito di valutare i lavori scientifici per giudicarne la qualità ed elaborare le conclusioni.

In Italia in ambito ginecologico l'Azienda Sanitaria di Modena e la Regione Emilia-Romagna finanziano il gruppo di lavoro SaperiDoc, che fornisce informazioni libere da spinte commerciali.

SaPeRiDoc

Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva

www.saperidoc.it

Il sito è aperto a tutti per la consultazione gratuita. Da alcuni anni, anche il Bollettino di Informazione dei Farmaci, inviato dal ministero della Salute a tutti i medici e farmacisti italiani, aggiorna periodicamente sull'efficacia dei nuovi farmaci immessi in commercio, in modo autonomo rispetto alle case farmaceutiche che producono i farmaci stessi.

Per quanto riguarda l'isterectomia, cioè l'asportazione dell'utero, tutte le linee guida contengono un'importante affermazione iniziale: il successo di un intervento e la successiva tranquillità e soddisfazione della paziente dipendono in larga parte dalla qualità dello studio pre-operatorio del caso, dal colloquio tra il medico e la paziente e dalla discussione dei possibili trattamenti alternativi.

Come comincia la storia

Cerchiamo di essere pratici. Le storie delle donne che andranno incontro a intervento di asportazione dell'utero iniziano sempre con le perdite di sangue. Le pazienti si rivolgono al ginecologo perché hanno mestruazioni troppo abbondanti che ogni volta le lasciano stanche e anemiche: è la situazione che chiamiamo *menorragia o ipermenorrea*. Oppure perché perdono sangue tra una mestruazione e l'altra: è la situazione che chiamiamo *sanguinamento uterino anomalo o polimenorrea o spotting*.

Immaginiamoci di essere in una situazione reale. Il medico segue le linee guida fornite dalle società scientifiche più autorevoli¹.

Prima di tutto deve fare una **diagnosi**, cioè deve porsi la domanda: perché la donna sanguina in modo irregolare? Sembra un passo banale, dovrebbe essere scontato che il medico si ponga il problema del perché la donna sanguina. Invece scontato non è, ed è importante capire i motivi del sanguinamento perché diverse possono essere le cause e per ogni causa si possono individuare delle soluzioni appropriate.

Nella pratica l'atteggiamento comune è spesso un altro, dettato dalla fretta o dall'abitudine: la donna sanguina e diventa anemica, non può andare avanti così. La soluzione più rapida, e certamente efficace, è togliere l'utero, sicuramente non sanguinerà più. E se per quella stessa donna il semplice inserimento di una

1. L'articolo originale, *Linee guida per la gestione del sanguinamento anomalo*, si trova in: G. A. Vilos, G. Lefevre, G. R. Graves, *Guidelines for the Management of Abnormal Uterine Bleeding*, SOGC Clinical Practice Guidelines, "J. Obstet. Gynaecol. Can.", 2001, 23 (8), pp. 704-9.

spirale medicata al progesterone potesse essere ugualmente efficace? L'individuazione della causa di un certo disturbo e la necessaria attenzione ai pazienti sono fondamentali in medicina. La possibilità di diminuire il numero di isterectomie parte proprio dalla disponibilità dei medici a porsi questa cruciale domanda.

Il percorso diagnostico

La semplice *visita ginecologica* associata alla palpazione dell'addome fornisce le prime informazioni: si sentono le dimensioni dell'utero e quindi è già possibile escludere la presenza di grossi fibromi e controllare la normalità delle ovaie. Poi con lo *speculum* il medico può vedere le caratteristiche della *portio*, cioè di quella parte dell'utero che si affaccia in vagina.

Si passa quindi al *pap test*, cioè il prelievo e l'analisi delle cellule del collo dell'utero per verificare l'eventuale presenza di un tumore.

Un esame completo del sangue permette infine di misurare la quantità di globuli rossi nel sangue e il livello di emoglobina e quindi di valutare la gravità delle perdite.

Nelle emorragie delle giovani o della pubertà si suggerisce anche una valutazione dei sistemi di *coagulazione*. Ci sono infatti malattie o condizioni genetiche che, diminuendo la capacità di coagulazione, favoriscono l'emorragia.

Nelle fasce d'età successive va considerato lo studio della *tiroide*: disturbi della funzione di questa ghiandola possono causare irregolarità mestruali, polimenorrea, metrorragie.

Un *prelievo di endometrio* dovrebbe essere eseguito in tutte le donne con sanguinamento anomalo che abbiano più di 40 anni o che pesino più di 90 chilogrammi. L'endometrio è il tessuto contenuto all'interno dell'utero, quello che ne riveste la cavità, che si modifica aumentando di spessore durante il ciclo mensile. Si sfalda e viene espulso col sangue durante la mestruazione.

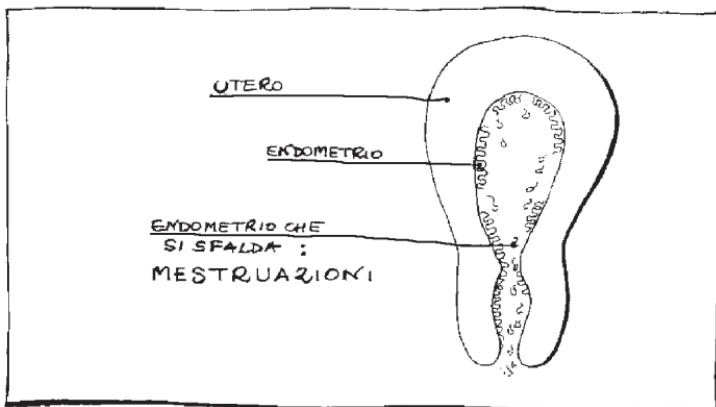
Un'attenzione particolare meritano le donne giovani con perdite di sangue irregolari che abbiano una storia personale o familiare che possa essere messa in correlazione con questo evento: donne sterili per assenza di ovulazione, donne che ab-

biano dei parenti con il cancro dell'endometrio o del colon, o donne che siano state trattate con farmaci dopo l'asportazione di un tumore alla mammella.

L'*ecografia*, infine, permette di osservare l'utero dall'esterno e consente di studiare accuratamente la sua conformazione, di individuare l'eventuale presenza di miomi/fibromi e le loro caratteristiche. Permette inoltre di osservare le ovaie: cisti ovariche o tumori dell'ovaio possono, infatti, essere la causa di sanguinamenti uterini anomali (cfr. FOTO 1, 2 e 3).

FIGURA I

Utero con endometrio che si sfalda



Solo una volta concluso tutto questo percorso diagnostico sarà possibile valutare con la paziente quale sia la causa delle sue emorragie e quindi consigliarla se è veramente necessario togliere l'utero.

Purtroppo questo percorso diagnostico stenta a entrare nella pratica corrente. Una ricerca americana pubblicata nel 2000²

2. L'articolo originale sulla appropriatezza e sulle raccomandazioni relative all'asportazione dell'utero, si trova in: M. S. Broder, D. E. Kanouse, B. S. Mittman, S. J. Bernstein, *The Appropriateness of Recommendations for Hysterectomy*, in "Obstetrics & Gynecology", 2000, 95, pp. 199-205.

riferisce che negli Stati Uniti tre quarti (76%) delle isterectomie eseguite in nove centri della California avevano indicazioni inappropriate. Complessivamente le cause più frequenti di isterectomia in queste donne erano: fibromi (60%), prolassi genitali (11%), dolore (9%), sanguinamento (8%). I motivi più frequenti per cui le indicazioni all'isterectomia sono state valutate inappropriate erano l'inadeguata e insufficiente valutazione diagnostica e il mancato tentativo di trattamenti alternativi prima dell'isterectomia. Ad esempio nel 77% delle donne con dolori pelvici non è stata eseguita prima una *laparoscopia*, un esame che avrebbe permesso di escludere altre cause all'origine del dolore che si sarebbero potute risolvere senza isterectomia. Inoltre al 45% delle donne con perdite di sangue atipiche non era stato fatto nemmeno un semplice prelievo endometriale o un'isteroscopia prima dell'isterectomia. Il 21% delle donne con dolore o sanguinamento non ha ricevuto un ciclo preliminare di terapia medica per tali patologie. Infine il 14% delle donne aveva situazioni cliniche tali che il gruppo di esperti aveva giudicato la procedura inappropriate e l'aveva sconsigliata, a prescindere dal percorso diagnostico.

La conclusione di questo studio è che l'isterectomia è spesso eseguita anche quando non è necessario. Medici e pazienti dovrebbero lavorare insieme per garantire che venga fatta un'adeguata valutazione diagnostica e vengano presi in considerazione altri trattamenti prima di raccomandare l'isterectomia³.

SCHEDA 1

Che cos'è l'isteroscopia

L'isteroscopia (cfr. FOTO 4, 5 e 6) consiste nell'osservazione della cavità uterina, cioè dell'interno dell'utero, attraverso uno strumento lungo e sottile dotato di lenti o fibre ottiche. È proprio l'osservazione dall'interno dell'utero la novità che negli ultimi 10 anni ha permesso di capire con maggiore precisione le cause dei sanguinamenti anomali.

3. ACOG Practice Bulletin, *Clinical Management Guidelines for Obstetrician-gynecologists*, in "Obstetrics and Gynecology", Number 81, May 2007, 109 (5), pp. 1233-48.

Oggi è possibile vedere da dentro come sono la mucosa endometriale e la cavità: sono presenti fibromi? Polipi? Sembra una cosa banale, ma finora i ginecologi consideravano l'interno della cavità uterina come uno spazio buio, da esplorare alla cieca.

Per anni l'unico modo per accedere alla cavità è stata la vecchia *curette*, una specie di lungo cucchiaio con cui si entrava in utero e, grattando, si prelevava il tessuto più friabile.

L'ecografia ha fatto compiere il primo passo avanti: gli ultrasuoni sono in grado di descrivere con più precisione che cosa c'è dentro l'utero, di misurare lo spessore della mucosa endometriale, di vedere se all'interno della cavità ci sono miomi o polipi. Tuttavia non fornisce informazioni complete. L'utero è un muscolo che mantiene sempre un certo tono, lievemente contratto, quindi la cavità uterina è virtuale, cioè le pareti sono vicine tra loro. Questo pone difficoltà diagnostiche all'ecografo. Le strutture individuate sono veramente polipi o sono solo ispessimenti della mucosa?

Solo l'isteroscopio riesce a valutare esattamente la cavità, e in questi ultimi anni sono state fatte numerose scoperte. Si è capito per esempio che le emorragie più rapide e imponenti in donne non gravidate si associano in genere a fibromi che occupano la cavità dell'utero. Le perdite scarse che non migliorano dopo un trattamento con ormoni sono causate molto frequentemente da piccoli polipi.

Nel 30% dei casi le perdite di sangue dopo la menopausa sono dovute a polipi fibrosi non asportabili con la *curette* e di cui una volta non si immaginava nemmeno l'esistenza.

La cavità uterina non è più un buco nero e oggi osservandola possiamo trovare soluzioni specifiche e precise per ogni diversa patologia.

Esistono isteroscopi molto sottili (pochi millimetri) che consentono degli interventi senza dilatare il collo dell'utero, quindi senza dolore, e pertanto possono essere eseguiti ambulatorialmente senza necessità di anestesia.

SCHEMA 2

Il raschiamento

Il vecchio raschiamento deve andare in pensione?

Il raschiamento che moltissime donne conoscono consiste nell'asportazione alla cieca di tessuto contenuto nell'utero utilizzando una specie di cucchiaio, chiamato *curette* (cfr. FOTO 7). Questa tecnica ha ancora un'insostituibile utilità nell'asportazione di materiale

abortivo in seguito a interruzioni di gravidanza, a conclusione dell'aspirazione del materiale stesso o in caso di ritenzione di materiale placentare dopo il parto. Le più importanti società scientifiche non ne raccomandano invece l'uso a scopo diagnostico, cioè nel caso si voglia capire la causa di un sanguinamento uterino al di fuori della gravidanza.

Con il raschiamento, infatti, i medici sbagliano diagnosi nel 10-25% dei casi. Dato che per effettuare un raschiamento è necessario dilatare il collo dell'utero con strumenti meccanici, capita di perforare l'utero stesso e causare un'emorragia nello 0,6-1,3% dei casi. Si tratta inoltre di un intervento doloroso che richiede anestesia. I rischi dell'anestesia vanno quindi a sommarsi ai rischi legati alla tecnica chirurgica.

STORIA 4

Giovanna e il teatro

Giovanna ha 36 anni. Arriva al Pronto Soccorso trasportata dall'ambulanza: è pallida, sudata. È stata raccolta dall'ambulanza per la strada, svenuta. Dice di aver avuto una mestruazione molto abbondante che, invece di terminare, si aggravava progressivamente.

Ha le braccia e le gambe magre, mentre l'addome è sproporzionalmente grosso e disteso. A prima vista pensiamo sia in gravidanza, ma l'ecografo rivela la presenza di due grossi reni policistici, che occupano tutta la parte bassa dell'addome, la pelvi, e una grande cisti sul fegato.

Il sanguinamento è abbondante e il livello di emoglobina scende rapidamente.

L'isteroscopio rivela una mucosa dell'utero molto spessa. Si decide di ricorrere al vecchio raschiamento sperando che asportando la mucosa finisce il sanguinamento. Nonostante questo la mestruazione non si ferma. Inseriamo la spirale medicata al progesterone. Il nefrologo insiste perché le togliamo l'utero: Giovanna ha la pressione troppo alta, gli ormoni possono peggiorare il quadro e il problema al fegato si può accentuare. Il sanguinamento rallenta e dopo alcuni giorni si ferma, la giovane donna ci chiede qualche mese per pensare. È appena stata lasciata dal

suo compagno, ha due figli e un lavoro stagionale con contratti a termine, ma non un reddito fisso. Fa l'attrice a teatro e gira con le tournée, durante la stagione teatrale non può essere ammalata e non può operarsi.

Noi confidiamo nell'azione della spirale medicata al progesterone e, raccomandandole di controllare la pressione, la lasciamo ripartire.

Dopo un anno Giovanna torna. Ha passato dei mesi ottimi: mestruazioni scarsissime, si sentiva veramente in forma ma ora d'improvviso un'altra emorragia. Controlliamo con l'ecografo: la spirale è stata espulsa e c'è un fibroma di circa 4 centimetri contenuto nella parete dell'utero.

Riproponiamo l'isterectomia ma Giovanna non accetta: ha un nuovo compagno e vuole una gravidanza. La dimettiamo con trattamento con progesterone naturale per bocca, un ormone compatibile con l'eventuale insorgere di una gravidanza, ma siamo molto preoccupati e perplessi. Temiamo soprattutto il rialzo della pressione.

Dopo tre mesi Giovanna torna. È incinta: il problema è rimandato!

Il fibroma all'utero

Le cause per cui più spesso si ricorre all'isterectomia sono i fibromi (o miomi) (60% delle isterectomie), le emorragie dovute a modificazioni della mucosa endometriale o a polipi (10%), il prolasso cioè l'abbassamento dell'utero verso la vagina (11% delle isterectomie), i tumori maligni. Esistono poi malattie di altre parti del corpo, per esempio dei sistemi di coagulazione del sangue, o di alcune ghiandole come la tiroide o i surreni, che possono essere causa di sanguinamenti anomali¹.

Nelle emorragie drammatiche, imponenti del dopo parto l'asportazione dell'utero può salvare la vita.

Cercheremo di analizzare queste situazioni una alla volta e di vedere se esistono interventi alternativi meno aggressivi per affrontarle.

I fibromi (o miomi) sono tumori benigni formati da fibre muscolari dell'utero. Sono presenti in circa il 30% delle donne di età superiore ai 40 anni. Possono deformare l'utero e ingrossarlo. Possono comprimere gli organi vicini, come la vescica, l'uretere e il retto. Quando sporgono all'interno della cavità uterina possono causare emorragie. Nell'80% dei casi i fibromi sono asintomatici, cioè non provocano alcun disturbo e vengono scoperti in occasione di una visita periodica o a un controllo ecografico.

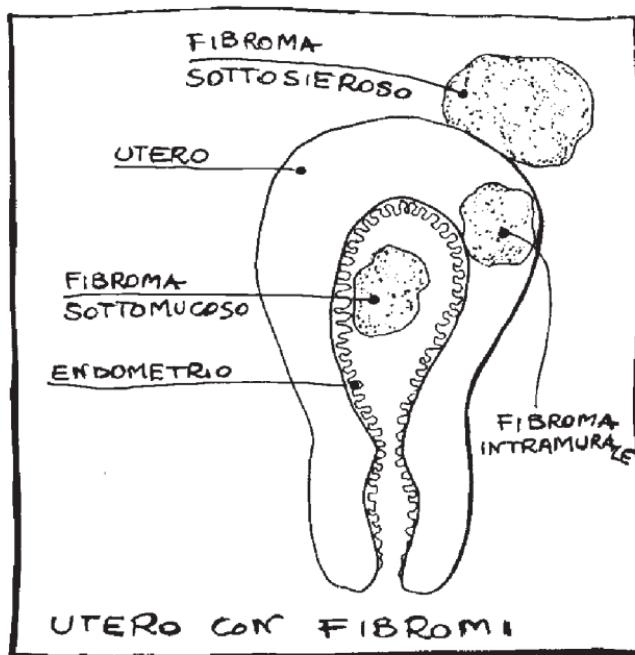
Possono diventare tumori maligni?

1. S. J. Bernstein, *Hysterectomy Ratings of Appropriateness*, "Rapporto RAND"
www.rand.org/publications/MR/MR592.3

Non si conoscono casi di fibromi che si sono trasformati da benigni a maligni. Le forme maligne di tumore del muscolo uterino, i *sarcomi*, nascono come maligne, e sono rare.

FIGURA 2

Utero con fibromi



Distinguere un fibroma da un tumore maligno è molto difficile. L'ecografia può mettere in evidenza il tasso di crescita: normalmente i sarcomi crescono rapidissimamente e i vasi sanguigni sono molto dilatati e fragili. Questi criteri sono considerati insufficienti, ma sono gli unici di cui si disponga.

I fibromi uterini, come abbiamo visto, sono la causa più frequente di isterectomia.

Purtroppo tutti gli studi e le ricerche condotte finora per valutare benefici, rischi e costi dei comuni trattamenti chirurgici o medici per i fibromi sono poco affidabili. Si tratta di

studi di scarsa qualità, eseguiti cioè su gruppi troppo piccoli di pazienti o senza seguire criteri statistici adeguati. Medici e pazienti non dispongono dei dati necessari per prendere decisioni realmente informate sul trattamento appropriato. Data l'enorme diffusione di questa condizione, che interessa il 30% delle donne di età superiore ai 40 anni, e il suo impatto sulla loro vita, una ricerca seria e ben documentata dovrebbe rappresentare una priorità.

Per rimanere nell'ambito di ciò che è disponibile oggi, la prima raccomandazione delle linee guida è che debbano essere trattati solamente i fibromi che danno sintomi, cioè che provocano disturbi alla paziente. Quasi mai si consiglia a una donna di sottoporsi a isterectomia nel caso sia completamente asintomatica, cioè se sta bene. Solo nei casi di fibromi che compaiano o inizino a crescere rapidamente dopo la menopausa, cioè in quei casi in cui vi sia fondato dubbio di trovarsi di fronte non a un fibroma ma a un sarcoma, potrebbe essere consigliato l'intervento chirurgico di asportazione dell'utero anche se asintomatico².

Nei casi in cui il fibroma provochi dei disturbi, il trattamento dovrebbe essere personalizzato in funzione della posizione del fibroma, della sua velocità di crescita e del desiderio di figli della donna.

Fatte tutte queste considerazioni, c'è da domandarsi se sia il medico o la donna la persona più adatta a prendere la decisione sull'opportunità di togliere l'utero affetto da fibromi.

2. G. Lefebvre, G. Vilos, C. Allaire, J. Jeffrey, J. Arneja, C. Birch, M. Fortier, M. S. Wagner, *Clinical Practice Gynaecology Committee, Society for Obstetricians and Gynaecologists of Canada, The Management of Uterine Leiomyomas*, in "J. Obstet. Gynaecol. Can.", 2003; 25 (5), pp. 396-418.

ACOG Practice Bulletin, *Alternatives to Hysterectomy in the Management of Leiomyomas*, in "Obstet. Gynaecol.", 2008 Aug.; 112 (2 Pt 1), pp. 387-400.

M. Sabry, A. Al-Hendy, *Innovative Oral Treatment of Uterine Leiomyoma*, in "Obstet. Gynecol. Int.", 2012; p. 635.

E. R. Myers, M. D. Barber, T. Gustilo-Ashby, G. Couchman, D. B. Matchar, D. C. McCrory, *Management of Uterine Leiomyomata: What Do We Really Know?*, in "Obstet. Gynecol.", 2002, Jul.; 100 (1), pp. 8-17.

STORIA 5***Una storia siciliana***

Anna ha 45 anni. Bella, longilinea, lunghi capelli neri. Quando entra in ambulatorio penso ne abbia 30: "Sono qui per lavoro ma ho consultato il vostro sito 'isterectomianograzie' e così sono venuta per una consulenza. Ho dei grossi fibromi e il mio medico a Catania mi propone di togliere l'utero".

Ho grande simpatia e stima per molti colleghi siciliani e questi viaggi al nord dei pazienti mi provocano sempre sofferenza. Ma Anna è un'imprenditrice, sa gestirsi, ha disponibilità economica e cultura e soprattutto viaggia abitualmente su internet e in aereo. Venire a Trieste non è stata un'impresa. Mi rilasso.

"E lei, che cosa pensa?" le domando. "Io sto bene, quindi faccio fatica ad accettare l'idea," risponde.

Tanti chilometri per darsi una risposta da sola!

Soluzioni alternative

È forse questo il campo più ricco di novità. L'isteroscopio ha permesso di capire che fibromi anche di piccole dimensioni possono causare imponenti emorragie se sono in posizione sottomucosa, cioè se aggettano nella cavità uterina. Ma in questi casi lo stesso isteroscopio offre un'alternativa semplice all'isterectomia: ci permette di asportare il fibroma dall'interno della cavità. Si chiama *miomectomia* ed è una tecnica chirurgica non invasiva: si entra in utero per via vaginale con un intervento che richiede solo sedazione senza anestesia generale. Se il fibroma è di grandi dimensioni viene consigliata l'anestesia spinale. Al risveglio la paziente non ha dolore e può essere dimessa dall'ospedale nella stessa giornata (cfr. FOTO 8, 9 e 10).

Qualora i fibromi causino dolore e siano esterni all'utero, la decisione se asportare solo questi o togliere tutto l'utero dovrebbe dipendere prima di tutto dal desiderio della donna di avere figli.

Alcune donne che hanno dei fibromi uterini non riescono ad avere figli. Non è detto però che la causa dell'infertilità sia

proprio il fibroma, e si dovrebbero studiare le altre possibili cause prima di decidere per l'intervento, soprattutto in caso di fibromi che non si trovino all'interno della cavità.

Il rischio che dopo l'asportazione di un fibroma se ne ripresentino altri è del 15%.

Nel momento in cui il medico informa la paziente e pianifica con lei un intervento di miomectomia è bene che la informi anche della possibilità che in corso di intervento si sia costretti a procedere a una isterectomia.

STORIA 6

Cristina fortunata

Cristina ha 25 anni e arriva in ospedale trasportata dall'ambulanza. I suoi livelli di emoglobina sono molto bassi, ha perso quasi 2/3 di tutto il suo sangue, ha 4 g/dl di emoglobina. La causa della chiamata non è stata però il sanguinamento, ma l'improvviso dolorosissimo gonfiarsi di una gamba. Ha infatti una trombosi venosa profonda molto estesa alla gamba destra. In questi casi si dovrebbe intervenire per diminuire le sue capacità di coagulazione, ma con così poco sangue in corpo è impensabile. Le viene spiegata la situazione e si inizia la trasfusione di sangue. Arrivati a 9 g/dl di emoglobina si parte col trattamento con eparina per rendere il sangue meno coagulabile e sciogliere, per quanto possibile, il trombo già formato. Contemporaneamente viene fatta la visita ginecologica per capire la causa dell'emorragia e della gravissima anemia. Questa rivela la presenza di una formazione di circa 10 centimetri, in parte di tessuto necrotico protrudente dall'utero, in via di espulsione. Portata in sala operatoria le viene asportata d'urgenza.

Arrivo la sera e trovo Cristina sorridente, ironica. Chiacchieriamo e le domando il perché del suo ridere. "Mi consolo: pensi che 'ero vergine', non avevo mai avuto rapporti e in pochi minuti mi sono trovata sul lettino ginecologico, a gambe larghe, con tre medici che mi guardavano e mi visitavano. Non mi ha fatto tanto male... e in fondo con tutto il sangue che perdevo loro non avranno visto se, nel visitarmi, ne hanno provocato altro. Erano così sin-

ceramente preoccupati della mia condizione, concentrati sul mio utero, si sono dimenticati di chiedermi se avevo avuto rapporti!".

L'ironia di Cristina le ha portato fortuna. Dopo pochi giorni arrivò la risposta dell'esame istologico della formazione asportata: si trattava di un grosso mioma sottomucoso che un po' alla volta il suo utero era riuscito a espellere. Nessuno di noi aveva osato dirle che l'aspetto in parte necrotico della formazione ci aveva fatto temere fortemente che si trattasse di un tumore maligno.

Con due interventi successivi, per via isteroscopica, abbiamo asportato il peduncolo e la parte di mioma ancora ritenuto in cavità, ottenendo un utero regolare.

Quest'anno Cristina si laurea e nei suoi progetti c'è un bambino.

SCHEDA 3

L'isteroscopia operativa

Esistono isteroscopi che oltre a consentire di vedere da dentro la cavità uterina permettono anche di intervenire sull'utero stesso. Su questi particolari isteroscopi è possibile applicare forbici, pinze o bisturi elettrici, di asportare polipi contenuti dentro l'utero, setti o fibromi.

L'asportazione dei polipi è un intervento semplice, se si tratta di polipi di piccole dimensioni e soprattutto mucosi cioè facilmente tagliabili con le anse elettriche. Nel nostro ospedale l'intervento può essere eseguito in ambulatorio, senza ricovero. Può essere più difficoltoso se si tratta di polipi di grandi dimensioni (4-5 cm) che presentino un asse centrale rigido. In questo caso sono necessari il ricovero in day hospital e l'anestesia.

L'asportazione dei fibromi richiede un discreto periodo di addestramento per il ginecologo. Si tratta di imparare a orientarsi lavorando dentro lo spazio ristretto della cavità uterina, guardando le immagini non direttamente ma proiettate su uno schermo.

L'elettrobisturi dell'isteroscopio ha una larghezza di circa 4 millimetri, infatti deve entrare in utero attraverso il canale cervicale. Questo comporta che i fibromi di grandi dimensioni debbano essere asportati progressivamente per piccole fette successive che vengono tagliate ed estratte dall'utero (cfr. FOTO 11, 12, 13 e 14).

L'asportazione di un grosso fibroma può richiedere più di un'ora.

Al momento del risveglio però la paziente non prova dolore e può essere dimessa dall'ospedale nella stessa giornata.

Le emorragie gravi, profuse, difficilmente controllabili sono in genere dovute proprio ai fibromi che si sviluppano dentro l'utero, cioè i cosiddetti *miomi intracavitari*. Oggi con l'isteroscopio è possibile scoprire la presenza di un fibroma intracavitario. Sempre con questo strumento è anche possibile asportare un mioma quando non occupa ancora tutta la cavità o non è molto voluminoso. Questo ha permesso di cambiare la storia di molte donne, soprattutto giovani, evitando un'operazione che avrebbe impedito per sempre di rimanere incinte.

STORIA 7

Paola in un lago di sangue

Sto finendo l'attività dell'ambulatorio di isteroscopia, mancano pochi minuti alle 2. Alle 2 inizierò il turno di guardia. Mi chiamano al telefono: "Dottoressa, hanno portato in reparto una signora con una metrorragia", mi informa l'infermiera con voce tranquilla. Interpreto il tono di voce come un messaggio rassicurante, la perdita di sangue non deve essere grave. Finisco l'intervento in cui sono impegnata e poi con calma mi avvio verso il reparto. Paola è già stata sistemata in camera, in una stanza da sola. Entro e mi sembra estremamente pallida, mi avvicino, la chiamo. Paola non risponde. Alzo le lenzuola: un lago di sangue. Chiamo l'infermiera e do l'allarme. In un secondo scatta l'emergenza: Cristina arriva con la cassetta delle emergenze, prendo con lieve difficoltà una vena e avvio la flebo, Daniela avverte la sala operatoria e l'anestesista. Spingiamo tutti insieme il letto e in un attimo siamo in sala operatoria. L'anestesista incanula un'altra vena e Paola comincia riprendersi, appoggiamo la sonda dell'ecografo sull'addome e la informiamo che ha un grosso fibroma dentro la cavità uterina, ha perso molto sangue le chiediamo di firmare il consenso per bloccare rapidamente l'emorragia asportando l'utero. Nel frattempo arriva l'esito dell'emocromo che abbiamo inviato in laboratorio con la richiesta di sangue per trasfonderla: Paola ha 2 g/100 ml di emoglobina! I valori normali sono tra 12 e 14 g/100 ml, praticamente non ha

più sangue. Inizia la trasfusione, la situazione è troppo grave, bisogna rapidamente chiudere i vasi uterini che sanguinano: non ci resta che asportare l'utero. Paola ha 32 anni e non ha bambini.

Le malattie dell'endometrio

L'endometrio è la mucosa, cioè lo strato di cellule che riveste la parte interna dell'utero. Nella donna fertile questa mucosa si sfalda ogni mese in occasione del flusso mestruale.

L'intero ciclo è regolato da ormoni, sostanze che circolano nel sangue e che trasmettono dei messaggi chimici tra cellule o gruppi di cellule. In questo modo gli ormoni regolano il nostro metabolismo e l'attività dei tessuti e degli organi.

Durante il ciclo mensile la mucosa dell'utero viene dappri-
ma stimolata nella crescita dagli ormoni estrogeni. Dopo che
la donna ha ovulato, l'ovaio manda in giro col sangue e quindi
anche all'utero, un'altra sostanza: l'ormone progesterone. Que-
sto arresta la crescita dell'endometrio, lo arricchisce di sostanze
adatte a nutrire l'ovulo qualora sia stato fecondato e si impianti
in utero.

Se il ritmo di produzione di questi ormoni viene alterato, la
crescita dell'endometrio può venire modificata e come conse-
guenza possono avvenire delle perdite di sangue molto abbondanti
durante la mestruazione, che si chiamano *metrorragie*, o
perdite di sangue al di fuori delle mestruazioni. Un tempo que-
sta era una delle cause più frequenti di asportazione dell'utero
nelle donne vicine alla menopausa.

Avvicinandosi all'età della menopausa la donna comincia infatti a ovulare meno frequentemente, le viene a mancare il progesterone, che blocca la crescita dell'endometrio, e questo diventa più spesso, provocando così delle emorragie. L'ispessimento dell'endometrio si chiama *iperplasia*.

Se le cellule rimangono normali, cioè non sono atipiche, possono verificarsi delle emorragie ma non si formano tumori.

Una volta che le ovaie si mettono a riposo, e inizia quindi la menopausa, la faccenda si risolve da sola.

Il problema è però come arrivare alla menopausa: molte donne con iperplasia sanguinano molto, diventano anemiche, pallide, molto stanche. Il rimedio più utilizzato per l'iperplasia dovrebbe essere la somministrazione proprio di quella sostanza naturale che la donna non produce: il progesterone.

Circa il 10% delle isterectomie è dovuto a queste emorragie per alterazioni dell'endometrio.

La società degli ostetrici e ginecologi americani (ACOG) giudica queste isterectomie inappropriate, cioè eseguite senza che ve ne sia la stretta necessità.

Soluzioni alternative

L'assunzione di un ormone: il progesterone e l'ablazione endometriale

Le linee guida delle società scientifiche indicano che in caso di sanguinamenti dovuti a malattie benigne della mucosa interna dell'utero, l'endometrio, non si dovrebbe quindi intervenire chirurgicamente¹.

I sanguinamenti lievi nelle donne giovani, che non desiderano una gravidanza in quel periodo, possono essere risolti con la pillola.

I casi in cui il flusso di sangue sia, invece, più intenso, soprattutto se le donne sono obese o non hanno ovulazione, si

1. NICE Clinical Guideline 44, *Heavy Mestrual Bleeding*, 2007, in www.nice.org.uk.

Le linee guida rappresentano l'opinione degli scienziati dell'Istituto nazionale per la Salute e l'eccellenza clinica inglese e sono elaborate dopo un'attenta considerazione di tutti gli studi disponibili nella letteratura scientifica.

J. Marjoribanks, A. Lethaby, C. Farquhar, *Surgery versus Medical Therapy for Heavy Mestrual Bleeding (Review)*, in "The Cochrane", 2008, 3, pp. 1-14.

Le revisioni della letteratura del gruppo di scienziati che fanno parte della Cochrane Library sono a loro volta frutto di una attenta lettura di tutti gli studi scientifici a disposizione. Viene valutato anche il rigore metodologico con cui è stato condotto ogni studio.

risolvono con l'assunzione di un ormone: il progesterone². Il progesterone è la sostanza che il nostro corpo produce normalmente dopo che è avvenuta l'ovulazione e rende la mucosa adatta a ricevere la gravidanza. La sua prima azione è quella di bloccare la crescita dell'endometrio. Non sempre i libri di testo riportano che il progesterone, per essere efficace nel bloccare la crescita dell'endometrio, deve agire almeno per 12 giorni. Assumere progesterone per meno di 12 giorni al mese non risolve i sanguinamenti dovuti a aumento di spessore dell'endometrio, chiamate iperplasie. Il medico deve quindi decidere per quanto tempo sia necessario assumere progesterone per risolvere il problema del sanguinamento.

La spirale che libera progesterone

Una terapia recente che si è dimostrata molto efficace nel bloccare le emorragie dovute a malattie della mucosa è rappresentata da una semplice spirale di plastica porosa che libera progesterone dentro l'utero. Il farmaco viene rilasciato progressivamente dentro la cavità uterina durante l'arco di 5 anni, determinando un marcato assottigliamento dell'endometrio. È molto efficace e la sua azione si esercita senza che grandi quantità di sostanza vadano in circolo nel sangue, non arrivando quindi ad altri organi.

Le società scientifiche hanno dato molta attenzione a questa nuova terapia (cfr. FOTO 15).

STORIA 8

I proverbi di mia nonna: "canta che ti passa" e "piovi sempre sul bagnà"

Nada è una nostra infermiera, ha 38 anni: moretta, sorridente, sempre tranquilla. Lavora in neonatologia. Di notte mi fermo spesso al nido a guardarla mentre maneggia i bambini: mi sono

2. I dati sono contenuti in questo articolo di rassegna: *Progesterone e sistemi a rilascio uterino di progesterone*, in "Cochrane Library", 2002, 4, pp. 1-30.

accorta che canticchia. Sono cantilene dolci, ripetitive. Ripete tante volte lo stesso ritornello cambiando il tono di voce, ora lo rende più alto, poi lo abbassa, come in un coro. Le parole sono diverse per ogni neonato e in genere lo descrivono o lo prendono in giro: c'è faccia di luna che guarda il cielo o palla pallina che rotola, qualche volta canta a un rompiballe invitandolo a non piangere e a guardare le stelle.

Oggi, poco dopo l'inizio del turno, Nada mi viene incontro con gli occhi lucidi. Non l'ho mai vista piangere e mi sono stupita, mi era sembrata sempre così serena. D'improvviso ho realizzato che forse di notte cantava per farsi compagnia, per consolare se stessa insieme ai neonati.

"La aspettavo..." mi dice.

Ci sediamo in ambulatorio e in breve vengo a sapere che due anni prima è stata operata per un tumore alla mammella e ora, a un controllo, le è stata riscontrata una iperplasia di grado elevato della mucosa dell'utero (iperplasia atipica). Gli oncologi propongono di togliere l'utero.

Mi racconta del marito, del suo desiderio di avere un bambino, del suo sentirsi inadeguata e dello struggimento che le procura il maneggiare i bambini degli altri... Resto senza fiato. Le dico la verità: qualche notte mi sono fermata ad ascoltarla cantare. Si schernisce, si vergogna, ride e poi scoppia a piangere.

Nada ha una preparazione scientifica e così le do da leggere alcuni articoli che propongono la spirale medicata per il trattamento delle iperplasie atipiche. Ne abbiamo esperienza anche noi. Abbiamo trattato molti casi, mi sento di rassicurarla, l'iperplasia guarirà. Resta però aperto il problema della mammella: il progesterone può interferire con lo sviluppo del tumore alla mammella. Che effetto avrà la spirale? Quanto progesterone andrà in circolo? Impossibile dirlo. Alcuni studi sostengono che il progesterone possa proteggere l'endometrio proprio in donne operate di tumore alla mammella: si tratta però di pochi casi. Non esistono studi abbastanza ampi da permetterci scelte sicure. Come decidere? Non posso scegliere per lei. Dovrà essere lei a valutare i rischi in base ai suoi progetti di vita, al desiderio di bambini, all'ottimismo verso il futuro.

Nada ha la spirale da tre anni. L'iperplasia è guarita. Sono passati cinque anni dal momento dell'intervento alla mammella e l'oncologo le ha dato l'OK per una gravidanza.

Questa sera Nada canticchia al nido. Siamo d'accordo che quando avrà finito di sistemare i bambini al nido li porterà in camera alle mamme e così, in un attimo, toglieremo la spirale...

È proprio vero che il nostro corpo è organizzato nella maniera migliore per aumentare le possibilità di sopravvivere: quando le donne provano forte stress, per esempio in situazioni di malattia grave, di mancanza di cibo, di violenza ripetuta, stimoli nervosi che partono dal cervello bloccano l'ovulazione. Diminuendo il rischio di trovarsi in stato di gravidanza le probabilità che la donna possa sopravvivere aumentano. In questo caso però non produce il progesterone, la mucosa diventa ispessita, iperplastica e spesso compaiono emorragie. È ovvio che in questi casi l'isterectomy non risolve il problema...

STORIA 9

Una storia violenta: lo stress ci fa sanguinare

Carmela, frequentatrice abituale del nostro Pronto Soccorso, si era purtroppo sposata in giovane età con un uomo più anziano di lei che era spesso ubriaco e, quando era ubriaco, la picchiava, la insultava, sminuendola, dicendole che era una buona a nulla. Carmela, che in realtà aveva studiato più del marito, non trovava le forze per liberarsi da questa situazione. In cuor suo lo giustificava, lo vedeva malato e sfortunato, ne aveva pena e poi desiderava molto avere un bambino. Pensava che se gli avesse dato un figlio tutto sarebbe andato a posto, lui la avrebbe rivalutata e sarebbero stati una famiglia come tutte le altre. Lo stress, la paura la rendevano però ogni giorno più fragile, più insicura. Più volte cercammo di convincerla a sporgere denuncia per le percosse subite, a separarsi. Le offrimmo la protezione delle associazioni femminili, degli operatori sociali: Carmela quando era piena di botte e lividi veniva da noi, ma il giorno dopo, "scampato il pericolo", nella

sua mente negava e rimuoveva tutto. Un'altalena continua che la lagnarava, la consumava e frustrava anche noi.

In questa situazione il figlio non veniva, gli anni passavano e Carmela iniziò a sanguinare sempre più abbondantemente e in maniera irregolare: mancando l'ovulazione mancava la produzione del progesterone, l'ormone che blocca la crescita dell'endometrio. Emorragie continue, frequenti a cui si associava sensazione di spessatezza. Anche Carmela "per tirarsi su" cominciò a bere e a ubriacarsi. Dimagrì molto: braccia e gambe sottilissime contrastavano con l'addome che cominciò a gonfiarsi, non per una gravidanza ma per un grave danno al fegato.

Quando il fegato non funziona anche il sangue perde la sua capacità di coagulare: Carmela non voleva assolutamente che le venisse asportato l'utero. La fantasia di poter avere un figlio non la abbandonava mai. La convinsemmo quindi a inserire la spirale medicata al progesterone, provisoriamente. Sono passati ormai 2 anni, la spirale la aiuta molto e i sanguinamenti sono quasi scomparsi.

L'ablazione, cioè la asportazione totale dell'endometrio

L'ablazione endometriale è un'altra possibile alternativa (cfr. FOTO 16 e 17). È una tecnica chirurgica ancora poco diffusa che consiste nell'asportare con un isteroscopio, quindi per via vaginale e cervicale, tutta la mucosa che riveste la cavità uterina. Asportando questa mucosa fino a una profondità di 4-5 mm il flusso mestruale scompare o si riduce notevolmente, senza tuttavia modificare in alcun modo l'equilibrio ormonale. La donna continua ad avere il suo ciclo di ormoni mensile regolare, continua l'ovulazione, ma manca il bersaglio finale su cui agiscono gli ormoni, così la mestruazione non compare. Questa tecnica ha il vantaggio che il tessuto asportato può essere studiato, e con l'esame istologico si può escludere la presenza di malattie tumorali.

Esiste una tecnica più semplice di distruzione dell'endometrio: consiste nella introduzione nella cavità uterina di un palloncino che viene gonfiato con acqua ad 87 C° fino a una pressione di 100 mmHg e tenuto in cavità per 4 minuti. Questa

metodica è semplicissima da eseguire, dal punto di vista chirurgico, ma ha lo svantaggio di non asportare il materiale endometriale e quindi non permette un esame istologico.

Questi interventi possono essere utili in tutte le situazioni in cui le mestruazioni sono molto abbondanti, causano anemia e debolezza, è stata esclusa la presenza di tumori, ma non si può utilizzare il progesterone. Quali sono queste situazioni?

- emicranie gravi: molte donne che soffrono di emicrania riferiscono che il trattamento con la pillola o il progesterone peggiorano molto le crisi emicraniche;
- ipertensione grave: il progesterone può peggiorare alcune forme di ipertensione;
- depressione: è noto che in alcune donne la pillola e i progestinici agiscono sull'umore e hanno un effetto depressivo;
- malattie del sistema di coagulazione del sangue che determinano un aumentato rischio di trombosi;
- varici agli arti inferiori: molte donne con varici riferiscono dolore e pesantezza alle gambe durante il trattamento con la pillola o i progestinici, anche se a un'analisi biochimica non si riscontrano modificazioni dei sistemi di coagulazione;
- cardiopatie ad aumentato rischio trombotico: queste malattie in genere vengono trattate con farmaci anticoagulanti che a loro volta possono determinare perdite di sangue dalla mucosa uterina;
- forme epilettiche, malformazioni artero-venose cerebrali che controindichino l'uso di ormoni.

La domanda che viene spontanea quando viene prospettata questa soluzione è se si possa avere una gravidanza dopo ablazione endometriale. Purtroppo no, perché l'ablazione endometriale rende la cavità uterina non idonea all'impianto di una gravidanza. Va quindi eseguita soltanto in donne che non desiderano gravidanze e hanno già figli.

D'altra parte l'ablazione non può essere considerata come un sistema contraccettivo. Esiste infatti la possibilità che, nel tempo, la mucosa riesca a riformarsi.

Come sempre le donne interessate devono essere informate di tutto ciò.

STORIA IO

A Trieste ha lavorato Franco Basaglia

Mi telefona Daniela, dal consultorio familiare: "Ho una paziente che ha tanto bisogno di aiuto, te la mando. Mi raccomando!". Le dottesse dei consultori familiari hanno una loro idea di noi medici ospedalieri...: nel loro vissuto noi siamo i cattivi che tolgo-no gli uteri, fanno i tagli cesarei... ascolto la storia di Maria.

È piccolina, magra, pallida, ha 48 anni e da tre anni continue perdite di sangue. Con l'esame con l'isteroscopio mi accorgo che c'è qualcosa di anomalo nella mucosa dell'utero a causa di un equilibrio ormonale irregolare. Sono casi molto frequenti nelle donne nel periodo vicino alla menopausa o nelle donne che attraversano periodi di forte stress.

Maria è malata di cuore e prende farmaci anticoagulanti. Ha già provato più volte trattamenti con progesterone nel tentativo di bloccare il sanguinamento ma il farmaco le causa gravi depressioni. Durante l'ultimo trattamento Maria ha tentato il suicidio. Anche le continue perdite di sangue e la lieve cronica anemia contribuiscono a diminuirle le forze, a farla sentire sempre stanca e depressa.

Maria ha voglia di parlare, di raccontare la sua storia, i suoi dispiaceri. Non ha avuto figli e il marito se n'è andato: vive sola. I medici e gli infermieri del Servizio psichiatrico e di Cardiologia sono le sue relazioni più strette, la "sua famiglia". Cerchiamo di pensare insieme a tutte le soluzioni possibili e quando le propongo l'idea di togliere l'utero la donna sobbalza. I cardiologi le hanno detto che col cuore nelle sue condizioni un intervento chirurgico sarebbe molto pericoloso. Di progesterone non vuol sentir parlare, è terrorizzata dalle depressioni. Non resta che l'asportazione dell'endometrio: è un intervento poco aggressivo, non doloroso, si fa in day hospital: ricovero solo in giornata. Le spiego con un disegno: entriamo in vagina e quindi in utero con l'isteroscopio, e con un'ansa elettrica che taglia e brucia asportiamo tutta la mucosa interna, quel sottile strato di tessuto che si sfalda con le mestruazioni. Asportandolo, mestruazioni e sanguinamenti non possono più venire. Maria è convinta che per lei questa sia la soluzione migliore.

Sono passati parecchi anni da quell'intervento.

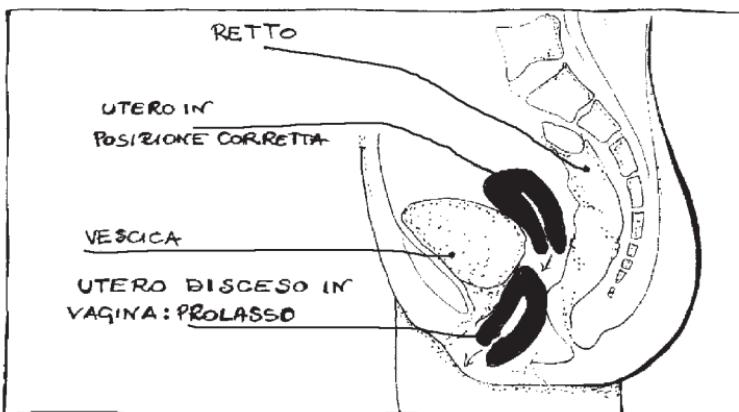
Oggi accompagnano mia figlia all'ex ospedale psichiatrico, dove farà un tirocinio di studio. Entrando le racconto la rivoluzione che è stata compiuta proprio qui da Franco Basaglia, i cui effetti sono sotto i nostri occhi: oggi le persone vanno e vengono libere di costruirsi una vita, una volta venivano etichettate come matte e uscivano solo dopo morte.

Una voce interrompe il racconto: "Dottoressa! Mi riconosce?". È Maria, esce con alcune amiche dalla palazzina del Servizio psichiatrico che la segue da tanti anni. Mi abbraccia. "Vede che sto bene? Mai più perso sangue". E, dandosi importanza, spiega alle amiche la tecnica dell'intervento di ablazione endometriale.

Il prolasso uterino

Quando i muscoli che sostengono l'utero perdono di tono, si indeboliscono, si rilassano troppo, l'utero scivola verso il basso, all'interno della vagina e in alcuni casi può fuoriuscire completamente all'esterno. A volte, insieme all'utero anche la vescica e il retto possono abbassarsi.

FIGURA 3
Il prolasso uterino



Il prolasso uterino costituisce, per frequenza, la seconda causa di isterectomia.

Come si fa ad accorgersene? I sintomi sono la sensazione di protrusione, di ingombro in vagina, il dolore o la pressione

pelvica, la difficoltà a trattenere l'urina o all'inverso la difficoltà a vuotare la vescica o il retto. La gravità dei sintomi deve essere valutata dalla donna insieme al medico, e in base a questi può essere deciso l'intervento di isterectomia. In caso di prolasso uterino l'ultima e definitiva parola, secondo tutte le linee guida mediche, spetta alla donna, in quanto l'obiettivo dell'intervento è quello di eliminare i sintomi.

Se la persona è anziana e non ha più rapporti sessuali può essere proposto di utilizzare un pessario, cioè una specie di anello di gomma che si applica all'interno della vagina e che trattiene in alto l'utero.

Recentemente sono stati prodotti diversi modelli di "pessari" di materiale morbido, di silicone, che le donne possono imparare a inserire e rimuovere da sole. Forse questi potranno essere proposti e provati dalle pazienti prima di ricorrere all'intervento di asportazione dell'utero. La loro introduzione nel mercato Italiano è ancora troppo recente perché noi possiamo darne delle valutazioni conclusive.

Qualora il prolasso sia avanzato non esistono alternative chirurgiche di successo tranne l'isterectomia, cioè l'asportazione dell'utero. Tutte le tecniche di sospensione dell'utero dall'alto (cioè aprendo l'addome) sono state abbandonate perché associate a dolore o perché sono poi risultate inutili.

Soluzioni alternative

Ginnastica

Nelle forme con sintomi lievi, una terapia vaginale con ormoni estrogeni ed esercizi di ginnastica del pavimento pelvico (quella parte di muscoli che sostengono la vescica e l'utero) possono essere di aiuto. Sebbene la ginnastica sia uno strumento utilissimo e in molti casi risolutivo, sono ancora molto pochi i centri ospedalieri, o i servizi territoriali, in Italia, che propongono sedute di ginnastica del pavimento pelvico. La ginnastica del pavimento pelvico è associata a buoni risultati anche ai fini della continenza urinaria e una volta imparata la si può fare da sole per tutta la

vita. Centri di educazione alla ginnastica del pavimento pelvico dovrebbero essere potenziati in tutti i distretti sanitari, anche perché la chirurgia da sola può fallire. Per evitare ricadute la ginnastica è indispensabile anche dopo eseguiti gli interventi di correzione chirurgica.

Una specie di “amaca”

Nel campo degli interventi chirurgici, recentemente è stata proposta una nuova tecnica, sostitutiva all'isterectomia per via vaginale, che consiste nell'applicazione sul pavimento pelvico per via vaginale di una fascetta che agisce come un'amaca. Lo scopo è di rendere il pavimento pelvico più robusto e quindi adatto a contenere l'utero e la vescica.

La tecnica è nuova, non esistono quindi grandi studi che ci permettano di avere le idee chiare e di giungere a conclusioni: al momento attuale se si sceglie la via chirurgica, l'isterectomia per via vaginale (colpoisterectomia) sembra la soluzione migliore.

Su una cosa si è tutti d'accordo: le linee guida delle società scientifiche raccomandano, quando possibile, l'intervento di isterectomia per via vaginale, cioè senza incidere la parete addominale. Il dolore postoperatorio e le complicazioni sono infatti minori se l'intervento viene eseguito per via vaginale.

Il pessario¹

Utilizzato fin dall'antichità, è un anello che, infilato in vagina mantiene l'utero nella sua posizione normale. Negli ultimi trent'anni il suo uso è molto diminuito in favore degli interventi chirurgici di asportazione dell'utero prolassato. La medicina moderna fino agli anni recenti si è disinteressata di questo semplice presidio che in realtà è stato abbandonato più per un atteggiamento culturale che perché esistessero studi controllati che ne valutassero l'efficacia. In particolare una recente revisio-

1. R. Oliver, R. Thakar, A. H. Sultan, *Pessary. The History and Usage: A Review*, in "European J. Obstetrics and Gynecology Reproduction Biology", 2011, 19, pp. 28-32.

ne della letteratura scientifica ha evidenziato che non esistono studi corretti che confrontino rischi e benefici dell'utilizzo del pessario rispetto all'asportazione dell'utero. Non esistono inoltre studi sistematici che evidenzino i danni provocati dal pessario ma solo sporadiche osservazioni. A fronte di tutto ciò esiste il problema della ricorrenza, cioè del ricomparire del prolasso della vagina o della vescica dopo intervento chirurgico.

Considerando che il prolasso uterino colpisce moltissime donne ed è la seconda causa di isterectomia c'è da domandarsi come mai nella nostra epoca non esistano studi rispetto a una pratica così semplice e poco costosa e non ci sia una ricerca clinica sull'utilizzo di materiali più confortevoli e meno traumatici per la vagina. Sarebbe preoccupante che a fronte di un problema che interessa così tante donne nel mondo la ricerca si fosse fermata per il basso valore economico del pessario.

STORIA II

Robe dell'altro mondo

Gabriella mi chiama dallo Sri Lanka. Lavora all'ospedale da campo della Protezione civile italiana per assistere la popolazione dopo il maremoto. La raggiungerò tra pochi giorni. "Prendi carta e penna, che di do la lista delle cose che mancano da portare dall'Italia". Segue un elenco di farmaci e strumenti che si conclude con "Mi raccomando un pessario piccolo, piccolissimo, 3-4 cm di diametro".

"Non so se esiste!" esclamo. Ma lei conclude senza possibilità di repliche: "Ci conto, è importante."

Nessuno dei negozi di articoli sanitari della città ha a disposizione pessari così piccoli. Contatto una ditta che li produce. Riesco a farmene consegnare alcuni proprio pochi minuti prima della partenza. Li guardo con perplessità – sono piccolissimi – e li metto nello zaino.

Arrivo a Trincomalee, una città portuale nell'est dello Sri Lanka. Sono frastornata: il volo sopra il paese con il Canadair a bassa quota è stato meraviglioso per la vista sul paesaggio dolce e le piantagioni di caffè, ma disastroso per il mio stomaco. Ga-

briella mi accoglie coi suoi modi spicci e decisi: "Ce l'hai?". Sto male e non capisco che cosa voglia. Mi fulmina con gli occhi: "Il pessario...". Lo estraggo dallo zaino trionfante.

I primi giorni all'ospedale da campo nell'isola di Kinnya scorrono rapidi. La struttura è semplice, spartana, ma estremamente efficiente grazie alle mani preziose di alcuni artigiani volontari di Aosta e di Bergamo. La sala parto è gestita da ostetriche e medici locali, ma non è prevista una sala operatoria. I casi urgenti che necessitano un intervento chirurgico devono essere trasferiti nell'ospedale principale, a Trincomalee, in ambulanza. È un vecchio ospedale, costruito dai portoghesi in epoca coloniale, con un aspetto decadente. Medici aggiornati secondo le linee guida del British College lavorano a pieno regime, ma ci sono braccia solo per le emergenze. La chirurgia non strettamente indispensabile per la sopravvivenza ha poco spazio. Osservo con molto interesse l'organizzazione di un sistema sanitario pubblico spartano ma efficiente. Sono pochi i paesi poveri che vantano sistemi sanitari pubblici efficienti. Lo Sri Lanka è uno di questi.

La medicina ridotta all'osso, alle strette evidenze scientifiche, al di fuori del consumismo farmaceutico, ti costringe a ripensarti. Dove mi metto? Come posso essere utile? Serve veramente un ecografo se un semplice metro in ambulatorio è in grado, in mani che lo usano quotidianamente, di fare diagnosi di gravidanza gemellare? Il metro può raggiungere anche i paesi più piccoli e poveri, l'ecografo no.

Con la sonda dell'ecografo in mano sprofondo nei miei pensieri, quando nella mia tenda, che fa da ambulatorio, si affaccia una signora anziana piccola, molto minuta, come sono le donne cingalesi. Sorride: una fila di denti bianchi, perfetti e occhi neri. La invito a entrare. Avanza a passetti brevi, prudenti. Mi chiede di essere visitata. Gabriella, l'ostetrica che mi ha preceduto, le ha raccomandato di tornare quando sarei arrivata io. Ed ora è qui.

Con una scaletta sale sul lettino e così capisco il perché della richiesta di Gabriella e anche il motivo dei passetti brevi. L'utero fuoriesce completamente. Devono essere molti anni che è in questo stato, e l'organo nel tempo si è ingrossato, congesto. Un grande ingombro che quando sta in piedi o cammina le provo-

ca dolore. Per fortuna riesce a fare la pipì. Non possiamo capirci senza l'interprete ma il suo sguardo parla da solo. Scruta la mia faccia cercando di interpretare l'espressione. Aspetta calma e fiduciosa. Provo il pessario numero 4, piano con la crema cerco di riportare l'utero al suo posto per poi fissarlo in alto con l'anello. Ma qualsiasi manovra, anche la più delicata compressione dell'organo, le provoca forte dolore. Tutta la pelvi si è adattata a questa situazione. L'utero è così grosso e il bacino così piccolo che non si riesce a farlo rientrare. Mi pare impossibile, negli anni sono riuscita rimettere a posto tanti uteri. Toglierlo per via vaginale sarebbe semplice... Ma la sala operatoria non c'è. La signora mi fa una carezza, si inchina appena con le mani sul petto e, camminando piano piano, esce.

I tumori maligni

Costituiscono un'importante causa di isterectomia. In questo caso l'intervento di asportazione dell'utero diventa necessario per salvare la vita. Non ci sono soluzioni alternative: è bene affidarsi a chirurghi esperti, soprattutto a ospedali che si occupino specificamente di trattamenti più radicali.

In queste pagine analizzeremo solamente le situazioni in cui, pur essendoci delle cellule maligne, la lesione è a livelli così iniziali da permettere di conservare l'utero.

Le lesioni pre-invasive del collo dell'utero

Sono lesioni delle cellule degli strati più superficiali. A questi strati non arrivano vasi sanguigni o linfatici, quindi le cellule malate non possono diffondersi da questi strati al resto del corpo. La malattia è solo locale e noi medici la definiamo “*in situ*”.

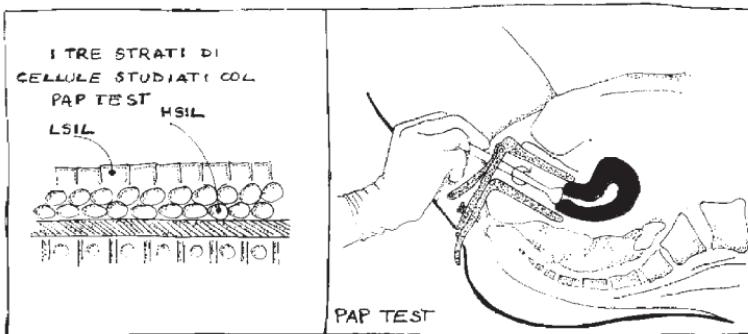
Una delle scoperte più interessanti degli ultimi anni ai fini della salute della donna è stata quella che il tumore del collo dell'utero è associato a un'infezione virale. I virus HPV (*Human papilloma virus*) sono infatti associati a questa malattia che può essere diagnosticata molto presto attraverso il pap test, cioè prima che i virus abbiano fatto ammalare gli strati più profondi delle cellule che formano il collo uterino.

Da qualche anno è in commercio in Italia il vaccino contro questi virus. Dal 2010 è prevista per tutte le ragazzine di 12 anni la vaccinazione gratuita da parte del Servizio sanitario. È stata scelta questa fascia d'età, perché il vaccino è efficace solamente se la ragazza non è ancora mai entrata in contatto con i virus, cioè non ha avuto rapporti sessuali.

Non abbiamo certezze circa l'efficacia nel tempo del vaccino, perché la lesione delle cellule che il virus provoca ha una progressione molto lenta che dipende anche dalla capacità del nostro sistema immunitario. Può succedere che si resti portatori del virus per molti anni. Poi, in seguito a un'altra malattia o per un forte stress, il sistema immunitario s'indebolisce e il virus a quel punto si risveglia e diventa in grado di danneggiare le cellule. Il vaccino è stato studiato per un periodo troppo breve e non si hanno ancora dati affidabili a proposito della protezione nel corso degli anni. Un altro limite del vaccino è che protegge solo da alcuni tipi di virus che determinano più frequentemente carcinomi (cioè tumori maligni) o condilomi (cioè lesioni simili a verruche), ma non dai molti altri sottotipi virali che sono più di un centinaio e di cui non conosciamo la capacità di provocare danni da soli o in associazione con altri.

Se l'efficacia del vaccino sarà confermata negli anni, avremo sconfitto il tumore del collo dell'utero nelle donne, determinando la scomparsa.

FIGURA 4
Epitelio da cui si prelevano le cellule per il pap test



SCHEDA 4
Il pap test

È un test molto semplice ma molto sensibile che in Italia il Servizio sanitario nazionale propone gratuitamente a tutte le donne tra i 24 ed

i 64 anni con scadenza triennale. Consiste nel prelevare con una spatolina e con una sottile spazzola il muco del collo dell'utero sia nel suo tratto più esterno (*esocollo*) che nel più interno (*endocollo*). Il muco viene poi strisciato su un vetrino o sciolto in un contenitore d'acqua. Le cellule in esso contenute vengono studiate al microscopio.

Possiamo trovarci di fronte a diversi tipi di risposta:

- pap test negativo: non sono presenti cellule malate, la donna continuerà a sottoporsi al test ogni 2 o 3 anni.
 - ASCUS: presenza di alterazioni cellulari di significato non chiaro. Le alterazioni possono essere dovute a un'infiammazione provocata da batteri, ma non si può escludere la presenza di lesioni virali. Dopo un trattamento antibiotico per eliminare l'infezione, si ripeterà il pap test. Se anche il secondo pap test non riesce a dare una risposta definitiva, è meglio prelevare del tessuto più profondo attraverso una biopsia.
 - L SIL: sono presenti alterazioni cellulari pre-tumorali negli strati di cellule più superficiali. È il caso di infezione da Papilloma virus. Nelle adolescenti e nelle donne molto giovani ci sono buone probabilità di risoluzione spontanea della malattia. Si raccomanda la ripetizione del pap test ogni 6 o 12 mesi.
 - H SIL: le alterazioni hanno interessato tutti gli strati cellulari, e si consiglia quindi la *colposcopia*, cioè l'osservazione del collo dell'utero con una lente d'ingrandimento. Questo esame permette di identificare le zone di tessuto malate, dove eseguire la *biopsia*, cioè il prelievo più approfondito di tessuto. La biopsia può essere fatta con un bisturi elettrico che asporta un ampio pezzo di tessuto. Alcuni chirurghi praticano direttamente, a fine sia diagnostico sia terapeutico, l'intervento di *conizzazione*: asportano cioè un cono di tessuto uterino che poi viene analizzato al microscopio con un esame istologico.
-

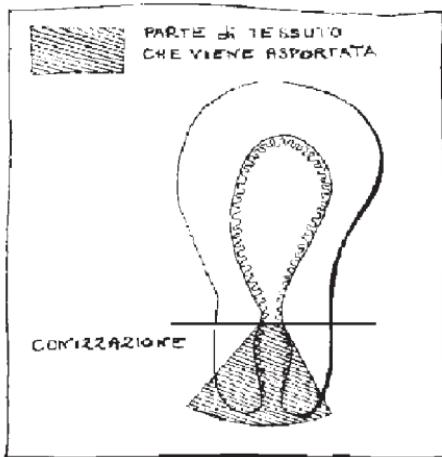
Negli ultimi vent'anni, il pap test ha fatto precipitare la mortalità per tumori del collo dell'utero, che un tempo erano la prima causa di morte nelle donne, ed erano spesso il motivo di grossi interventi di asportazione sia dell'utero sia del tessuto linfatico circostante. Ora siamo abituati a curare con piccoli interventi conservativi, spesso ambulatoriali, solo le lesioni pre-invasive.

Nel 95% di questi tumori troviamo la presenza di virus HPV dei sottotipi ad alto rischio. La trasmissione di questi virus avviene durante i rapporti sessuali. L'educazione all'uso del profilattico va considerata un'importante misura di prevenzione.

La conizzazione, cioè l'asportazione di un piccolo "cono"
del collo dell'utero

Esistono dati sicuri e testimonianze ben documentate che indicano che il carcinoma in situ o intraepiteliale del collo dell'utero non necessita, per essere curato, dell'intervento di isterectomia. È sufficiente l'asportazione della parte malata del collo dell'utero attraverso un piccolo intervento, tradizionalmente chiamato *conizzazione*, perché si asporta un cono di tessuto che spesso può essere effettuato in ambulatorio. La conizzazione ha un indice di guarigione del 99%.

FIGURA 5
Conizzazione

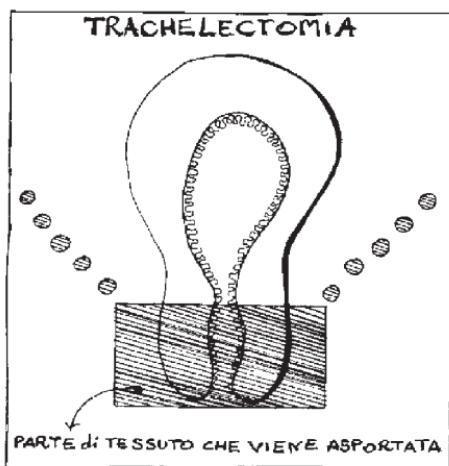


Negli ultimi anni sono stati proposti interventi chirurgici di asportazione del collo dell'utero detti *trachelectomy*¹, anche per tumori del collo dell'utero lievemente più avanzati, con buoni successi. Si sono avute in queste pazienti anche gravidanze. Ri-

1. P. M. Gregoire, M. C. Renaud, M. Roy, *The Vaginal Radical Trachelectomy: An Update of 125 Cases and 106 Pregnancies*, in "Gynecology Oncology", 2011, 19, pp. 290-7.

teniamo che al momento attuale delle conoscenze questi interventi debbano essere eseguiti solo in pochi ospedali oncologici, con adeguati protocolli di studio e monitoraggio della malattia. Riunire gli interventi in pochi centri ci permetterà di arrivare a conclusioni di studio più affidabili.

FIGURA 6
Trachelectomia



STORIA 12

Una punizione rinviata

Da alcuni anni il Servizio sanitario regionale del Friuli Venezia Giulia invia una lettera alle donne invitandole a eseguire il pap test ogni 3 anni. L'inizio di questa bella azione di prevenzione ha determinato per un breve periodo un aumento delle pazienti che si sono rivolte all'ospedale con un carcinoma del collo dell'utero: si trattava di donne che non avevano mai fatto di loro spontanea volontà il pap test in precedenza. La diagnosi di carcinoma è sempre traumatica e queste donne si rivolgono a noi con grande preoccupazione temendo di doversi sottoporre a interventi chirurgici devastanti. Tutte in genere accolgono con grande sollievo l'idea di sottoporsi al semplice intervento di conizzazione.

Angela invece chiedeva insistentemente che le venisse asportato completamente l'utero. Aveva 28 anni. La cosa mi stupì. Parlandole mi trovavo davanti un muro. La sua determinazione a volersi togliere l'utero mi pareva indipendente dalla malattia, mi inquietava, non sapevo come prenderla. Finsi di accettare l'ipotesi e per rompere il ghiaccio iniziai a raccogliere la sua storia per la cartella clinica. Venni così a sapere che non aveva figli. Si apre uno spiraglio: "Il marito non voleva". Quel verbo al passato mi indusse a farle altre domande e d'improvviso il muro di silenzio siruppe: Angela è stata lasciata dal marito da pochi mesi ed eccola qua che si sente brutta, inadeguata, incapace anche di "tenersi" un marito. Togliere l'utero è una giusta punizione... Ne parlammo a lungo, le spiegai comunque che eseguire prima di tutto la conizzazione era indispensabile per chiarire lo stadio della malattia. Si convinse e così rinviammo l'intervento di isterectomia.

È domenica, la sala parto è tranquilla, vorrei approfittarne per completare un articolo o scientifico. Come mi siedo suona il telefono: è arrivata una signora a termine di gravidanza, utero completamente dilatato, parto imminente. Sanguina. Mi precipito giù e mi trovo di fronte una giovane donna, bella, ben curata, spaventata. Una spinta e Riccardo è nato. Noi ostetrici lo definiamo "parto precipitoso". Veloce, una bella fortuna. Arriva trafelato il compagno, non ha fatto in tempo ad assistere al parto, non sa se essere più dispiaciuto o più felice. È premuroso: brava Angela!

Le lesioni pre-invasive dell'endometrio²

Le società scientifiche in presenza di lesioni anche molto localizzate e preinvasive dell'endometrio, la mucosa che ricopre da dentro la cavità uterina, consigliano di eseguire l'isterectomia.

2. Queste informazioni sono contenute nei seguenti articoli scientifici:

Hysterectomy, Linee guida della Società Canadese di Ostetricia e Ginecologia, in "J. Obstet. Gynaecol. Can.", 2002, 24, pp. 37-48.

FIGO, Staging Classification and Clinical Practice Guideline in Gynecologic Cancer, in "Int. J. Gyn. Obstet.", 2000, 70, pp. 209-62.

Esistono però oggi molti studi ed esperienze positive con metodi più conservativi.

Il problema di evitare l'asportazione dell'utero si presenta in particolare in donne giovani che desiderano avere figli.

Le lesioni pre-invasive dell'utero possono interessare tutta la mucosa, in questo caso si parla di iperplasia atipica dell'endometrio, oppure solo una zona molto localizzata, un piccolo polipo.

Può capitare che si formino polipi dentro la cavità uterina e che le lesioni riguardino la mucosa che ricopre questi polipi, che in questi casi vengono allora definiti *polipi atipici*.

Il trattamento conservativo del polipo atipico³

Nel nostro ospedale, che è anche un Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, il Burlo Garofolo di Trieste, abbiamo condotto e pubblicato due studi su questo argomento. Il primo ha riguardato donne anziane con gravi problemi cardiologici. Per loro l'intervento di asportazione dell'utero in anestesia generale sarebbe stato molto pericoloso, con seri rischi per la vita. Dopo averne discusso con le interessate, spesso coinvolgendo i familiari, abbiamo deciso di asportare solo il polipo con l'isteroscopio, senza bisogno quindi di anestesia generale. Dopo 5 anni le 13 pazienti che si sono presentate ai controlli periodici sono risultate completamente guarite.

In seguito a questi risultati positivi, abbiamo progettato un secondo studio che ha interessato donne giovani, desiderose di figli. Anche in questo caso i risultati sono stati molto positivi.

Questi due studi pilota sono incoraggianti e, sebbene siano stati condotti su pochi casi, indicano che la scelta di mini-tratta-

3. Le informazioni relative a questi studi, che propongono la sola asportazione del polipo, anziché di tutto l'utero in caso di polipo atipico, sono qui:

F. Scrimin, F. P. Mangino, U. Wiesenfeld, A. Candiotti, S. Guaschino, *Is Resectoscopic Treatment of Atypical Endometrial Polyps a Safe Option?*, in "American J. Obstet. Gynaec.", 2006, pp. 1328-30.

F. Scrimin, U. Wiesenfeld, A. Candiotti, S. Inglese, L. Ronfani, S. Guaschino, *Resectoscopic Treatment of Atypical Endometrial Polyps in Fertile Women*, in "Am. J. Obstet. Gynecol.", 2008, 199, pp. 365-8.

menti in donne giovani desiderose di figli sia spesso una scelta appropriata. È necessario ancora molto lavoro per giungere a conclusioni sicure che possano costituire vere e proprie linee guida di comportamento.

STORIA 13

Alleanza medica

Sto tentando disperatamente di ritagliarmi un piccolo spazio per pensare e scrivere fuori dall'attività frenetica del reparto. Il direttore scientifico ha imposto scadenze perentorie: entro pochi giorni devono essere presentati i progetti di ricerca. Non gli interessano i ritmi di lavoro, le notti che ci tolgono le forze e la fantasia. Siamo un istituto di ricerca e lui vuole i risultati per i quali abbiamo avuto i finanziamenti. Il mio progetto di studio riguarda l'isterectomia e i casi in cui sia utile ricorrere a questo intervento chirurgico. Io uso l'isteroscopio: un occhio nuovo che scruta dentro l'utero. Che cos'ho da dire in proposito? Penso. Suona il telefonino. Faccio finta di non sentire. Il suono insiste. Non resisto: saranno i figli? Sarà successo qualcosa?

“Pronto sono Clara! Sai volevo dirti che ho la risposta dell'esame istologico del polipo che mi hai tolto la settimana scorsa. È un polipo endometriale con atipie...”.

“Clara devo toglieri l'utero...”.

Clara è una ginecologa, la mia prima “allieva”, sono stata la sua relatrice alla tesi di specializzazione. So che è brava, studiosa, simpatica, attenta ai pazienti. Ma so anche che non ha ancora avuto figli. D'istinto mi ribello. Non voglio toglierle l'utero. In un secondo mi vedo davanti tutte le linee guida delle diverse società scientifiche. Tutte dicono la stessa cosa: togliere l'utero.

Intanto dall'altro capo del telefono Clara dice tranquilla: *“Non me lo toglierai. Sono già in ospedale, dove sei? Vengo su e ne parliamo”.*

Entra con un pacco di articoli scientifici in mano: isolati casi clinici che descrivono storie di giovani donne trattate con progestrone. Ma nessuno parla di polipi.

“Farai su di me una ricerca. Sono pronta. Ogni sei mesi mi

controlli con l'isteroscopio. Se ricompare il polipo me lo togli di nuovo. Vediamo chi vince!".

Così è nato il nuovo progetto di ricerca. Lo abbiamo presentato alla Direzione scientifica, al Comitato etico dell'Istituto e appena ricevuta l'autorizzazione ad avviarlo, non so per quale strana coincidenza, reclutiamo la seconda paziente, la nostra giovane oncologa. Anche lei non vuole sentire ragioni. Non vuole togliersi l'utero.

"Quando le cellule alterate sono sul collo dell'utero mica togliamo tutto l'utero – afferma. – Togliamo solo il pezzetto malato. Farai così anche con me." Nulla da obiettare: lei è un'esperta.

Sulla scia di queste due giovani colleghe, altre donne sono nel progetto. Ognuna col suo polipo malato ma con la sua motivazione per non voler togliere l'utero. In gran parte sono donne giovani che non hanno avuto figli o donne molto anziane che preferiscono sottoporsi ai controlli rispetto all'intervento chirurgico.

Il progetto e i controlli procedono. Per il momento va tutto bene.

Il trattamento conservativo dell'iperplasia atipica: la spirale medicata al progesterone

Le lesioni precancerose dell'endometrio possono interessare anche zone diffuse della mucosa in un contesto di mucosa ispessita, iperplastica. In questo caso si parla di *iperplasia atipica*. Anche per questa malattia, fino ad oggi, tutti consigliano l'isterectomia. Ma qualche spiraglio si sta apendo: qualcuno comincia a proporre dei trattamenti conservativi, utilizzando il progesterone.

Questa malattia presenta aspetti interessanti: compare infatti nelle donne giovani che ovulano più raramente della media in seguito a un particolare assetto ormonale, conosciuto come *policistosi ovarica*. Le ovaie presentano stabilmente una corona di follicoli che sembrano piccole cisti.

Il fatto che oggi nei paesi ricchi le donne tendano a posticipare negli anni le gravidanze ha fatto aumentare molto questi

casi. Posticipando la gravidanza, si allungano infatti gli anni in cui l'endometrio è esposto solo agli estrogeni e non al progesterone. Questo aumenta le probabilità di sviluppo di atipie in donne che non hanno ancora avuto figli.

STORIA 14

La paziente inglese, anzi australiana

Judy mi telefona da Venezia. "Sono appena tornata da Londra dove mi hanno diagnosticato una iperplasia adenomatosa atipica". Judy ha 25 anni, non ha figli ed è molto depressa. A Londra le hanno proposto di togliere l'utero. Il padre, un famoso chirurgo australiano, insiste perché lei torni in Australia. Lei vuole parlare con una ginecologa donna. Siamo nel 1985, le donne ginecologi sono ancora poche. Io lavoro nel vecchio Ospedale Maggiore, le riviste non si leggono in internet ma bisogna andare in biblioteca a consultare i libroni dell'"Index Medicus", da lì individuare gli articoli e quindi recuperare i corrispondenti fascicoli.

Sono pochi gli esempi di trattamenti conservativi: solo qualche trattamento con progesterone a dosaggi elevatissimi, un grammo al giorno, un grammo alla settimana, 50 mg al giorno. Dati eterogenei, presentazione di casi singoli: niente che mi rassicuri.

Judy mi raggiunge a Trieste. Il problema è insorto dopo un brutto periodo: ha appena interrotto una relazione affettiva che per lei era stata distruttiva e stressante, ma che era durata per molti anni. Adesso si sente in colpa anche per la sua malattia: una relazione così stressante ha contribuito forse a bloccarmi l'ovulazione, ha modificato i miei ormoni, ecco la causa dell'iperplasia. Non posso darle torto, ma adesso dobbiamo affrontare il problema. Decidiamo di provare con un progesterone potente: il norestisterone acetato a una dose più alta della dose abituale, 30 mg al giorno.

Dopo una settimana Judy mi telefona: "Non posso sopportare questa terapia, mi aggrava la depressione, sono disperata". L'idea dell'isterectomia a questo punto la tenta, è forse un modo per punirsi dei suoi errori affettivi. Nei giorni successivi ricevo la telefonata dei genitori dall'Australia, sono preoccupati. Un collega

del padre suggerisce di provare con una spirale medicata al progesterone. Negli anni Settanta abbiamo utilizzato anche in Italia, a scopo contraccettivo, questa spirale che poi però è stata tolta dal mercato senza una motivazione specifica. Adesso qui è introvabile. Decidono di spedircela dall'Australia.

Finalmente ci vediamo per l'inserimento. Judy è molto abbatuta, io sono giovane e inesperta. La faccio accomodare sul lettino, disinfecto la vagina e delicatamente pinzo il collo dell'utero. Un secondo e la spirale è inserita, non faccio in tempo a togliere lo speculum che Judy diventa cianotica e ha una crisi convulsiva, poi sviene. Il polso non è percepibile. Nella stanza a fianco, per coincidenza, c'è l'anestesista con la cassetta dell'emergenza in mano. Con l'atropina tutto si risolve. Avviamo i controlli: la ragazza ha come caratteristica una frequenza cardiaca molto bassa.

Da quel giorno non ho mai più fatto una manovra sul collo dell'utero senza utilizzare un pulsometro per tenere sotto controllo la frequenza cardiaca.

Al controllo dopo un anno, eseguito in sala operatoria con anestesista e pulsometro, Judy è guarita, l'iperplasia atipica è scomparsa. Oggi Judy sta bene e ha due figli grandi.

STORIA 15

Come una cantante lirica indisciplinata salva utero e carriera

Miriam ha 23 anni, è alta, robusta. Il seno prosperoso fatica a essere contenuto nella sua camicetta scollata. Quando mi parla espande il torace con profondi respiri, la camicetta si tende, poi il fiato esce e tutto torna a posto, finché Miriam scoppia a piangere e con un singhiozzo salta il bottone. Mi guarda imbarazzata e io scoppio a ridere: la tensione si alleggerisce. Le domando, come se fosse mia figlia, dove va con quella camicia così stretta, e per tutta risposta la ragazza mi dice: "Sono una cantante lirica, non posso dimagrire, mi cambia il tono di voce!".

Miriam viene da un'altra città e si è rivolta al nostro ospedale per un problema di iperplasia atipica dell'endometrio per la quale le è stato proposta l'asportazione dell'utero.

Le spiego che il suo sovrappeso può essere una delle cause

della malattia. La informo che effettivamente l'asportazione dell'utero è una pratica comune per questa malattia, e che esistono anche casi di persone guarite con trattamenti ad alte dosi di progesterone. Si tratta di una scelta importante e, forse perché mi pare mia figlia, insisto perché lei condivida la decisione con i suoi genitori. Ne discutiamo in quattro.

Di dimagrire Miriam non vuol sentir parlare. Lei in futuro vuole tanti bambini e il successo come cantante lirica.

Si decide di tentare la terapia con il progesterone e di inserire in utero la spirale medicata al progesterone che ormai da alcuni anni è tornata in commercio. Questa ha anche il vantaggio di darle una copertura contraccettiva. Miriam si sottoporrà a controllo una volta l'anno.

Passa un anno. Di Miriam nessuna notizia, proviamo a telefonare, inviamo un telegramma. Niente.

La cosa si ripete per 5 anni. In cuor mio spero che la ragazza si ricordi che dopo 5 anni la spirale perde la capacità di liberare progesterone. Spero anche che sia stata effettivamente efficace e che la malattia non sia progredita. Ogni tanto ci penso finché un giorno leggendo il giornale mi cade l'occhio sul programma del teatro lirico: tra i cantanti c'è Miriam.

Compro il biglietto e mi piazzo in prima fila. Quando lo spettacolo sta per finire mi raggiunge la maschera con un foglietto: "Grazie di essere venuta. Ci vediamo domani in ospedale. Miriam".

Ed eccola finalmente al controllo la nostra Miriam: la terapia è stata efficace, tutto a posto. Le sostituiamo la spirale inserendone una nuova. Ancora 5 anni e poi speriamo di rimuoverla per... una gravidanza.

STORIA 16

Le giornate positive

È domenica e sono di turno in sala parto. Sto seguendo un travaglio che prosegue lentamente. Alla paziente è stata effettuata l'analgésia epidurale per cui è serena e non sofferente, la testina del bimbo scende con difficoltà. Controllo con l'ecografo, non dovrebbe essere un bambino molto grande.. Finalmente la mamma

sente il desiderio di spingere: la testina scende, si abbassa durante le spinte, affiora dalla vulva ed eccola che esce. Anna, la specializzanda, tira un sospiro di sollievo ma subito dopo mi guarda e resta perplessa. Io sono molto preoccupata: vedo che la testina è fortemente schiacciata verso la vulva, trattenuta verso il corpo materno. Evidentemente la spalla del bimbo non sta scendendo, è incastrata dietro al pube della mamma. "Distocia di spalla", dico. Ci muoviamo automaticamente. Siamo tutte donne e ognuna sa quello che deve fare. L'operatrice sanitaria chiama l'altro collega di guardia. L'ostetrica stende le gambe delle paziente in dietro verso il suo addome, Anna spinge fortemente dietro al pube io entro delicatamente in vagina con le mani. Le dita sottili mi sono utili, arrivo al cavo ascellare del bimbo, lo afferro e lo spingo lateralmente. Clok... Emma nasce e sta bene.

Una volta fatta riprendiamo in mano il Libro delle Emergenze Ostetriche, ripetiamo le procedure, le manovre ulteriori che in successione avremmo dovuto fare. Solo adesso arriva lo stress: la distocia di spalla può associarsi a danni e anche a morte del feto...

Mi siedo a pensare e suona il telefono: è Federica, la mia amica e collega dell'Ospedale di Oderzo. Perfetto: le scarico addosso tutto lo stress, il brivido, l'emozione, la soddisfazione. Lei può capirmi: in questi casi i racconti tra noi ostetrici sono "epici". Mi ascolta con gran partecipazione, sa che ho bisogno di parlare, di "buttar fuori" il vissuto.

Infine aggiunge: "Oggi è la tua giornata positiva. Ti ricordi l'infermiera che ti avevano inviato da Treviso? Una donna obesa, con un carcinoma intraepiteliale dell'endometrio che voleva figli e non voleva togliersi l'utero? L'avevi trattata per un anno con la spirale al levonorgestrel. Ai controlli isteroscopici la malattia era guarita e me l'hai inviata per una fecondazione assistita 'urgente', prima che la malattia si riformi. Bene, volevo dirti che è incinta". Penso a quelle 8 o forse 64 cellule aggrappate all'endometrio: sarà accogliente? Ce la faremo? Sorrido: oggi è un giorno fortunato. Dai piccoletto, aggrappati!

I tumori più avanzati e le malattie rare

Abbiamo visto che i test e le diagnosi precoci hanno portato a una forte diminuzione degli interventi demolitivi maggiori. Altre forme più aggressive di tumore, ad esempio i sarcomi o tumori in fase più avanzata del collo dell'utero o della sua mucosa interna o dell'ovaio, richiedono l'intervento di asportazione dell'utero o dell'utero con le ovaie o ancora dell'utero con le ovaie e con parte del tessuto circostante (linfonodi).

Il problema del sarcoma

Il sarcoma è un tumore altamente maligno, e l'asportazione dell'utero è l'unico trattamento che offre una possibilità di cura. Proprio il timore del sarcoma ha indotto per anni i ginecologi a eccedere con gli interventi di asportazione dell'utero anche in caso di fibromi.

Come abbiamo già visto l'ecografo non è sempre in grado di distinguere tra queste due malattie. Tradizionalmente il maggior segno clinico per effettuare la distinzione era la rapida crescita di volume dell'utero. Le ricerche più recenti non hanno però confermato questa osservazione. Sono pochissimi i casi in cui si scopre un sarcoma su una donna dopo che le sia stato asportato l'utero in seguito a un fibroma: circa 1 su 2.000.

È importante valutare e confrontare i rischi. Può capitare che un sarcoma non venga riconosciuto e sia diagnosticato come fibroma. Ma c'è anche il rischio di morire in seguito a un intervento di isterectomia non necessaria, che l'American Congress of Obstetricians and Gynecologists ha calcolato pari a 1-1,6 ogni 2.000 casi. È chiaro che, anche a fronte della difficoltà a distinguere fibromi da sarcomi, la decisione di asportare l'utero deve essere presa con molta cautela.

STORIA 17

Una malattia rara

L'infermiera mi chiama: "Ha telefonato più volte la mamma di Franca. Aspetta che le telefoniamo per fissare l'intervento di isterectomia. Franca sta male, è sempre stanca".

Leggo la cartella clinica e noto la data di nascita. "Ma come? Ha 16 anni! Chi ha parlato di isterectomia?".

"Lo ha deciso il direttore", mi informa Roberta, la nostra brava infermiera con tono preoccupato.

Sfoglio la cartella. Effettivamente la TAC e la risonanza magnetica evidenziano una grossa formazione compatta, omogenea, non vascolarizzata, fibrosa dietro l'utero, non separabile da questo, con un diametro di 20 cm. La ragazzina è anemica ma le mestruazioni sono regolari.

Vado dal direttore: anche lui è perplesso. In tanti anni di lavoro non ha mai visto un caso simile. Un fibroma gigantesco a 16 anni. Scendiamo insieme dai radiologi, guardiamo le immagini. Siamo sicuri che questa "cosa" parte dall'utero? Pare proprio di sì. Siamo sicuri che non è un sarcoma? Il doppler non evidenzia vasi sanguigni...

"Fatti venire qualche idea - mi dice il direttore salendo le scale -. Pensa ad altre ipotesi possibili".

Telefono al mio vecchio direttore e a un altro collega. Ci confrontiamo la mattina seguente. Anche altri esami come la TAC o la risonanza magnetica non ci aiutano a capire.

Dopo qualche giorno Franca è sul tavolo operatorio. Il quadro non è chiaro. Abbiamo chiamato anche il chirurgo per unire le nostre esperienze. Io confido nel mio direttore, esperto e sempre tranquillo. Ma questa volta anche lui è perplesso, inquieto. Eseguiamo delle biopsie. Il tessuto è rigido, fibroso, non friabile come il tessuto tumorale e chiudiamo la parete. Dopo pochi giorni arriva la risposta: fibrosi retroperitoneale. È una malattia rara sulla cui storia, causa, evoluzione, terapia si sa ancora poco. La sofferenza di Franca e della sua mamma mi coinvolge, mi sento inadeguata ad affrontare con loro il problema. Franca è seguita dai nostri oncologi ma purtroppo a poco a poco si spegneⁱ.

i. R. Swartz, P. Scheel, *Retroperitoneal Fibrosis: Gaining Traction on an Enigma*, in "Lancet", 2011, 378, pp. 294-6.

I tumori maligni dell'ovaio

Di fronte a una diagnosi di tumore maligno dell'ovaio l'intervento di asportazione dell'ovaio malato si associa abitualmente all'asportazione dell'altro ovaio e dell'utero, perché esiste la possibilità di diffusione della malattia a questi organi.

Esiste però la possibilità di conservare l'utero e l'altro ovaio se la malattia è al primo stadio, cioè iniziale, e la donna malata è giovane e desidera figli. Le pazienti molto giovani con questo tipo di malattia sono molto poche ogni anno in Italia, per cui è opportuno che vengano seguite in centri specializzati che le monitorizzino nel tempo e avviiino per loro accurati controlli periodici¹.

È ovvio che se un medico incontra raramente una malattia, la conosce meno, ed è quindi meno disposto ad avviare trattamenti conservativi, non radicali e non definitivi. In questi casi il monitoraggio delle pazienti deve essere affidato a un gruppo di lavoro di medici a questo dedicati, non alla singola persona.

L'utero e le ovaie non sono organi indispensabili per la sopravvivenza quindi la loro asportazione, soprattutto in caso di tumore, è sempre stata accettata dai ginecologi come una necessità.

STORIA 18

Tanja

Paolo, il mio amico giornalista, telefona: "Vado a prenderle al confine, mi raccomando, preparati ad accoglierle quando arriviamo".

1. G. G. Rao, E. N. Skinner, P. A. Gehring, L. R. Duska, D. S. Miller, J. O. Schorge, *Fertility-sparing Surgery for Ovarian Low Malignant Potential Tumors*, in "Gynecology Oncology", 2005, 98, pp. 263-6.

È il settembre del 1991, la Jugoslavia si sta sfaldando e la guerra tra Serbia e Bosnia sta distruggendo la splendida Sarajevo. Molti amici e colleghi arrivano a Trieste in fuga da quelle terre martoriata. A Trieste, noi ginecologi siamo legati ai medici provenienti dalla ex Jugoslavia, ci conosciamo. I ginecologi jugoslavi sono bravi, c'è una antica e solida scuola di chirurgia che si è mantenuta all'avanguardia dai tempi comuni dell'Impero austroungarico. Tutti abbiamo studiato sul Novak, il testo di chirurgia ginecologica scritto dal vecchio direttore della Clinica di Lubiana. Molti di noi sono andati a imparare la chirurgia in quella clinica, l'ecografia a Zagabria.

Paolo torna accompagnato da una giovane donna. È un medico di Sarajevo che successivamente sarebbe diventata una delle mie più care amiche. La vedo arrivare: una gonna ampia lunga fino alle caviglie, gli occhi azzurri. Spinge un passeggino con una bimba piccola di 1 anno, al suo fianco c'è Miran, di poco più grande. Vicino a loro Tanja: 16 anni, capelli corti, sorridente, molto bella.

Dopo pochi mesi dall'arrivo, Tanja comincia a manifestare irregolarità mestruali. Lo stress, il cambiamento di ambiente – pensiamo, senza darci molto peso.

La situazione nel tempo però non si risolve, compaiono perdite di sangue irregolari, mal di pancia. Decidiamo di fare una ecografia: l'ovaia destra presenta una cisti complessa a pareti interne irregolari con un gettone solido di circa 1 cm, a vascolarizzazione accentuata.

Nonostante la giovane età di Tanja il quadro ecografico può far sospettare l'esistenza di un tumore maligno. Dopo numerose telefonate preoccupate la mia amica decide di mandare Tanja a Mosca. La ragazza parla molto bene il russo e lì vive la maggior parte degli altri parenti.

Tanja viene operata, e proprio in funzione della giovane età le viene tolto solo l'ovaio malato, conservando l'altro ovaio e l'utero. Si tratta di un carcinoma mucinoso allo stadio iniziale. Segue la dolorosa chemioterapia. La madre va e viene a Mosca senza perdersi di animo, combatte con determinazione.

Sono passati 18 anni. Tanja sta bene. Si è sposata e ha due bambine. Ogni anno ripete il controllo ecografico, il dosaggio dei

marcatori tumorali e viene a trovarmi. Sa che una volta avuti i figli sarebbe opportuno togliere anche l'altro ovaio, ma continua a prendere tempo. Le scuse sono sempre diverse.

Ha due femmine, adesso vuole il maschio. Non se la sente di togliersi l'ovaio, ha paura di sentirsi meno donna. Come la vivrà il marito?

Abbiamo incrociato le dita per molto tempo. La mia amica si appoggia a me, ma io sento la necessità di avere l'opinione di un centro di riferimento maggiore e così quest'anno la invio al San Gerardo di Monza. Anche i ginecologi oncologi del gruppo del prof. Mangioni confermano: sarebbe meglio, una volta finito il progetto riproduttivo di Tanja, togliere l'altro ovaio.

Le malattie del sangue o dei sistemi di coagulazione

Il sanguinamento anomalo dell'utero può essere dovuto anche a un'alterazione dei sistemi di coagulazione, cioè a una malattia che altera la capacità di coagulare del sangue. Di solito nelle ragazzine queste malattie si manifestano con le prime mestruazioni che diventano spaventosamente abbondanti rendendole stanche, pallide, anemiche e... terrorizzate delle loro mestruazioni.

La più frequente tra queste condizioni è l'assenza o la riduzione dei fattori di von Willebrand che colpisce circa 1 persona su 1.000 in Italia. Circa il 30% delle ragazzine con metrorragia importante alle prime mestruazioni presenta questa malattia¹.

STORIA 19

Caterina e la storia del brutto anatroccolo

Sono in ritardo e sto andando di fretta, quando mi sento chiamare. Mi volto: una bellissima adolescente alta, slanciata, bionda, occhi neri mi guarda sorridendo. La fisso e lei piega di lato il viso per farsi riconoscere: "Sono Caterina!". La guardo stupita e finalmente la riconosco.

Caterina è venuta trovarci una volta al mese per quasi un anno: era sempre pallidissima, due occhiaie nere e molto sovrappeso. Aveva delle emorragie.

Inizialmente avevamo ipotizzato che le emorragie fossero do-

1. G. Plu-Bureau, M. H. Horellou, *Therapeutic Management of Menometrorrhagia in Hemostasis Disorders*, in "J. Gynecol. Obstetrics Biol. Reprod.", Paris 2008, 37, suppl. pp. 365-7.

vute alla obesità associata all'età. Il grasso trasforma altri ormoni in estrogeni e questi a loro volta stimolano la mucosa dell'utero. Alla fine si ha il sanguinamento. A volte poi le ragazze hanno mestruazioni senza ovulazione. Di conseguenza non viene prodotto il progesterone che è l'ormone che blocca la crescita del tessuto interno dell'utero che poi sanguina.

Sembrava proprio il caso di Caterina per cui le proponemmo un trattamento per 20 giorni con un potente progesterone. Ricordo la sua espressione: ci guardava e si guardava come se ciò che accadeva non la riguardasse. Rifiutava la situazione, rifiutava le mestruazioni e noi con loro. Era attonita, passiva, rispondeva a monosillabi, si lasciava cadere sulla sedia e sul letto. Forse le forti emorragie le toglievano le forze, forse il fastidio per quel suo corpo la sopraffaceva. Le dava fastidio anche la madre bella, magra, molto curata. Quando questa le parlava fingeva di non sentire. Neanche un lamento per i prelievi di sangue difficoltozi, per i numerosi tentativi di scovare le vene in quelle braccia pallide e tonde.

Quando le avevo dato la ricetta del farmaco se n'era andata con sollievo: aveva risolto il problema della relazione con noi che la obbligava a "esistere", poteva tornare nel mondo dei sogni, dormire.

Dopo 25 giorni era tornata una mestruazione abbondante che si era risolta con un ulteriore ciclo di progesterone. Ci eravamo sentite solo al telefono con la mamma: Caterina aumentava di peso e si allontanava sempre di più dal suo corpo con la fantasia. A casa non si riusciva a staccarla dalla televisione: divorava storie di adolescenti eleganti, magre, nervose, stando distesa sul divano. Spesso dormiva anche durante il giorno.

Dopo qualche mese pensammo a una malattia della tiroide ma gli esami risultarono regolari. All'ecografia lo spessore endometriale si era normalizzato, nonostante questo il flusso mestruale restava abbondante.

Scartate tutte le alte ipotesi, si eseguì il dosaggio dei fattori della coagulazione. Risultò una diminuzione della capacità di coagulazione del sangue. Si passò a una pillola a medio dosaggio e per ridurle il numero dei cicli mestruali le insegnammo a fare la

sospensione dell'assunzione ogni tre scatole, cioè ogni 63 giorni. Così da avere solo quattro cicli mestruali all'anno. La soluzione evidentemente funzionò, e non tornò in ospedale.

Caterina adesso è contenta di vedermi, ha voglia di spiegarmi che a suo tempo, durante le emorragie, doveva mangiare tanto, altrimenti non aveva la forza di stare in piedi, nessuno la capiva. Con la pillola, diminuite le emorragie, si sentiva benissimo e ecco il risultato: una ragazza splendida, sorridente, piena di voglia di vivere.

STORIA 20

Il quarto figlio

Sandra è una giovane ricercatrice argentina. È venuta in Italia a causa della grave crisi economica che ha colpito il suo paese alcuni anni fa. Nonostante il titolo di studio, lo stipendio non le basta per vivere. Ha già tre figli. Mi contatta periodicamente via internet, così spesso, quando accendo il computer, trovo richieste di aiuto per le sue mestruazioni abbondantissime.

Finalmente riusciamo a vederci. La sottopongo a tutti i controlli di routine: pap test regolare, isteroscopia regolare, ecografia regolare. Penso alla tiroide: anche quella risulta regolare. Provo allora a proporle di assumere la pillola, ma Sandra non ne vuole neanche sentir parlare: "L'ho provata tante volte in Argentina. Con la pillola vado di male in peggio: sanguino tutto il mese!".

Cerco di spiegarle che forse ha utilizzato dosaggi troppo bassi, ma lei non è convinta.

Decidiamo di indagare ancora, non ci resta che eseguire le prove di coagulazione. Dopo una settimana abbiamo i risultati: a Sandra manca un gruppo di proteine che favoriscono la coagulazione del sangue. Non so sinceramente cosa proporle, lei dice di aver sentito parlare di una spirale medicata al progesterone che diminuisce molto i flussi mestruali. Io temo che durante i primi mesi la spirale in utero possa determinare perdite molto abbondanti, ma non vedo altra soluzione. Proviamo. Inseriamo la spirale. Ogni giorno messaggi in computer: Sandra sanguina, dopo venti giorni la mestruazione si trasforma in una emorragia

imponente. Sandra è a casa sola coi figli, non può venire in ospedale, comunica via internet... La mestruazione si ferma e per due mesi non ho notizie. Un giorno invece trovo un suo messaggio: "Dottoressa, sono Sandra, volevo dirle che sono in gravidanza". Evidentemente l'abbondante emorragia aveva provocato l'espulsione della spirale e Sandra non se n'era accorta. Adesso si pone un altro problema importante per noi ostetrici: quello dell'emorragia dopo il parto. Dopo i parti precedenti, in Argentina, infatti Sandra ha avuto gravi emorragie ed è stata sottoposta a numerose trasfusioni di sangue. Lei lo ricorda ed è molto spaventata. Le spiego che avendo capito quali sono le cause delle sue emorragie ci prepareremo al parto somministrandole i fattori della coagulazione che le mancano. Avremo 9 mesi per parlarne.

Le malattie della tiroide

Per un complesso sistema di correlazione tra ormoni, la tiroide, una ghiandola posta alla base del collo, può modificare il ritmo e la quantità delle mestruazioni. Le malattie della tiroide possono, indirettamente, causare emorragie uterine.

In questi casi è evidente che asportare l'utero fa scomparire le emorragie ma non agisce sulla causa, cioè la malattia della tiroide. Le malattie della tiroide sono una delle cause più frequenti di asportazione dell'utero non necessaria: curando la tiroide le mestruazioni tornano regolari¹.

STORIA 21

A volte non si sa da che parte cominciare

Conosco Sara dal giorno della sua prima mestruazione a 13 anni. Arriva in ospedale pallida, due occhiaie profonde nere. Seria, il viso corruggiato. Tre assorbenti uno sopra l'altro e tanto mal di pancia. La sorella la trascina, ma lei fa resistenza. È stanca dei dottori. La tiroide non le funziona bene, una psoriasi feroce le provoca lesioni fastidiose alla pelle, è sovrappeso anche a causa dei farmaci antiepilettici che è costretta ad assumere. Ed ora la prima mestruazione così abbondante. Sara è una ragazza Down, fatico un po' a conquistarla.

1. W. Chemaitilly, C. Thalassonis, *Metrorrhagia Revealing Primary Hypothyroidism in a Child with Down's Syndrome*, in "Archives Disease Child", 2003, 88, pp. 330-1.

R. Dittrich, M. W. Beckmann, P. G. Oppelt, I. Hoffmann, L. Lotz, T. Kuwert, A. Mueller, *Thyroid Hormone Receptors and Reproduction*, in "J. Reproduction Immunology", 2011, 90, pp. 58-66.

Vorrei farle un esame del sangue per vedere se tenerla in osservazione o iniziare un trattamento e mandarla a casa. Impossibile. Concordiamo con la sorella di provare con un trattamento ormonale a base di progesterone. L'endocrinologo interviene migliorando il funzionamento della tiroide.

Per alcuni mesi il sanguinamento s'interrompe ma poi riprende: non più emorragie ma scarse perdite frequenti, irregolari accompagnate da mal di pancia. Sara non vuole più uscire di casa, non vuole più andare a scuola, né in piscina. Passiamo a una pillola ad alto dosaggio: il sanguinamento scompare. Guadagniamo così ancora un po' di tempo sperando che, passata la fase adolescenziale, gli ormoni di Sara si stabilizzino spontaneamente. Dopo un anno le mestruazioni diventano però molto abbondanti e ricompiono crisi epilettiche che Sara non presentava da tempo. Forse la causa sono proprio gli estrogeni contenuti nella pillola. Proviamo a diminuirli e Sara riprende a sanguinare in modo irregolare.

Facciamo altri esami per escludere eventuali problemi di coagulazione del sangue.

Ormai ho imparato: quando il telefonino squilla alle 11 di mattina è Sara. Sanguina, non vuole andare a scuola e rimane a dormire fino a tardi adducendo il mal di pancia. Tutta la famiglia è in difficoltà. La mamma e la sorella perdono giornate di lavoro, la ragazzina si isola e si intristisce. Si decide di provare con la pillola con dosaggio intermedio: non troppo alto per l'epilessia, non troppo basso per il sanguinamento. Va bene per un anno poi le crisi epilettiche si riaccentuano e il neurologo ci chiede di pensare ad altre soluzioni. Cerchiamo giorno dopo giorno di aggiustare il tiro modulando la terapia con scarsi risultati.

Per due anni ci siamo parlate al telefono e ci siamo incontrate al Pronto Soccorso. Gli anticorpi contro la tiroide oscillano in modo capriccioso, così gli ormoni tiroidei, così il malessere e l'umore di Sara.

La famiglia ci chiede di toglierle l'utero. Stefania la giovane specializzanda mi guarda: "E adesso cosa facciamo? Perché il destino si è così accanito con Sara?".

Cerchiamo di prendere tempo, modificando il dosaggio dei farmaci. Dopo altri 2 anni decidiamo di sondare l'utero con l'iste-

roscopio e inserire una spirale medicata al progesterone, che non avrebbe avuto effetti sull'epilessia.

Per tre mesi dopo il piccolo intervento Sara mi telefona quasi ogni giorno per lamentarsi. Poi, un bel giorno, fine delle telefonate e dei lamenti.

Adesso ogni tanto chiamo io, ma spesso il telefono suona a vuoto: Sara non ha tempo di rispondere. Va in piscina, va a cavallo, va a scuola: le mestruazioni sono praticamente scomparse.

Le malattie del surrene

I surreni sono ghiandole che, come suggerisce il loro nome, sono posizionate sopra ai reni. Queste producono delle sostanze (ormoni) che il nostro corpo utilizza nelle situazioni di stress. In rari casi, per la presenza di un tumore benigno o maligno, la loro componente in eccesso può essere trasformata in estrogeni cioè gli ormoni che stimolano lo sviluppo della mucosa dentro l'utero: l'endometrio¹. Ecco quindi che una malattia di queste ghiandole può determinare emorragie uterine e portare ad asportazioni dell'utero inutili.

STORIA 22

Come a 70 anni si possono avere le mestruazioni

Al pomeriggio, finita l'attività in ambulatorio, con calma, da sola, scorro tutte le risposte degli esami istologici che ci invia il patologo. Sugli esami normali non mi soffermo, metto una sigla e via. Sto per mettere la sigla su una risposta “normale”, ma per un automatismo mi cade l'occhio sull'età della donna: 70 anni. Non può avere una mucosa ancora stimolata dagli ormoni, deve essere in menopausa. Nei giorni successivi la richiamiamo e la signora Natalia si presenta in ambulatorio con un bel pacco di esami e ci racconta la sua storia.

“Dottoressa, continuo ad avere le mestruazioni anche se non regolari, a 70 anni, ho fatto tanti esami ma mi dicono che sono

¹. O. Bouyahia, L. Gharsallah, M. Ouderni, S. Boukthir, *Feminizing Adrenocortical Adenoma in 5 Year-old Girl*, in “Journal Pediatric Endocrinology Metabolism”, 2009, 22, pp. 79-84.

normali. Io per un po' ci credo, ma poi mi viene paura perché a me non pare tanto normale. Ho girato più ambulatori e due ospedali, mi hanno fatto anche l'ecografia: l'utero è normale, le ovaie normali, l'esame istologico normale, ma io non mi sento normale, a questa età, col pannolino... ”.

Mi guarda interrogativa, aspetta una risposta. Effettivamente non è tanto normale, ha ragione, dico tra me e me. Le spiego che doseremo i suoi ormoni e cercheremo di capire se sono ancora alti e perché. Dopo alcuni giorni abbiamo la risposta: gli estrogeni, cioè gli ormoni sessuali che stimolano la crescita della mucosa uterina, sono alti. Scendiamo e ripetiamo un controllo ecografico accurato delle ovaie: sono due striscioline sottili, appena intuibili, non sono presenti cisti, né tumori. Non possono essere loro a produrre ormoni.

A questo punto penso che gli estrogeni possano partire dall'altra ghiandola del nostro corpo che può produrre ormoni sessuali, se malata: il surrene. Programmiamo una TAC. Eccolo là: Natalia ha un piccolo tumore del surrene. Adesso è tutto chiaro, ma basta pensarci, deve accendersi la lampadina in testa... Fino ad oggi non si era accesa. Natalia viene operata e dopo qualche mese ci rincontriamo. Ci ha portato il presnitz, il dolce pasquale triestino: noci, mandorle, uva passa, miele e pastasfoglia, una delizia. Le notizie sono buone: "Dottoressa era un tumore benigno, me lo hanno tolto e adesso non ho più le mestruazioni!".

Sono passati 10 anni e in reparto siamo abituati a mangiare i presnitz della signora Natalia, ogni anno più buoni, alla vigilia di Pasqua.

Le emorragie dopo il parto

C'è una situazione che tutti gli ostetrici temono moltissimo: è l'emorragia acuta, infrenabile con i farmaci, dopo il parto. È un evento poco frequente, ma quando si verifica può generare in breve tempo una condizione molto critica con grave rischio di morte.

Questo è il motivo per cui anche nei paesi più avanzati, con sistemi sanitari molto bene organizzati, la mortalità da parto non è completamente azzerata¹.

Le cause di queste gravi emorragie possono essere diverse: l'incapacità dell'utero di contrarsi, gravi lacerazioni della parete uterina, placente che si attaccano troppo tenacemente all'utero invadendolo, malattie del sangue e dei sistemi di coagulazione associate alla gestosi, l'embolia di liquido amniotico.

In questi casi decidere rapidamente di asportare l'utero, senza esitare, può salvare la vita.

Non è mai una decisione facile: stiamo parlando infatti di donne giovani, spesso desiderose di avere altri bambini, ben lontane dall'immaginarsi di poter morire.

Se le cose finiscono male, l'eco riempie tutti i giornali accompagnando la vita di qualcuno di noi per sempre. In genere la notizia di una donna morta di parto si associa alla parola "ma-

1. M. C. Hogan, K. J. Foreman, M. Naghavi, S. Y. Ahn, M. Wang, S. M. Makela, A. D. Lopez, R. Lozano, C. J. Murray, *Mortalità materna in 181 paesi del mondo*, in "Lancet", 2010, 373, pp. 1389.

S. Donati, S. Senatore, A. Ronconi e Gruppo Regionale di studio della mortalità materna, *Mortalità materna in Italia*, in "British Journal of Obstet. Gynaec.", 2011, 118, pp. 872-9.

lasanità". Il giudizio è sommario e si lega al commento "Come è possibile morire di parto oggi in Italia?".

Ogni anno in Italia muoiono di parto circa 10 donne, che corrisponde a 4-6 ogni 100.000 parti. Negli Stati Uniti circa 8 ogni 100.000 parti. Secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità la mortalità da parto è la causa maggiore di morte delle donne nel mondo. Nessun paese è riuscito ad azzerarla. L'Italia è tra i paesi del mondo con la più bassa mortalità materna da parto.

STORIA 23

Anche i vecchi ostetrici hanno paura

Finito il Congresso ci si trova a gruppetti a chiacchierare, i giovani ginecologi ascoltano i più vecchi, è quasi un rituale scaramantico: inevitabilmente finiamo col raccontarci i casi più complessi, a volte i più ridicoli, altre volte le storie che ci hanno fatto più soffrire, le situazioni su cui abbiamo bisogno di sentire un'altra opinione. Ma il discorso va a finire sempre lì: le emorragie dopo il parto. Conosciamo tutti i casi che sono capitati nell'anno, non solo nella nostra regione ma forse in tutta Italia.

Stiamo ascoltando Bepi, il primario di uno dei più grossi ospedali del Veneto. È una persona semplice, diretta, un gran lavoratore. Lo stimiamo, quando lavora è tranquillo, insegnava. Alberto, giovane, spavaldo, sornione lo interroga: hanno avuto una paziente in cui dopo il parto la placenta non si staccava, un'emorragia drammatica e lui vuol sapere se Bepi, arrivato da casa d'urgenza, mentre la operava aveva paura. Questa è la risposta: "Più passano gli anni e più ne hai viste, più hai paura".

"Più te se strenzi el cul", corregge Paolo in triestino.

"Ma non devi farlo vedere – continua Bepi –. Devi restare freddo e lasciare che le mani lavorino. Solo quando tutto è finito e la paziente sta bene puoi lasciar spazio alla paura".

STORIA 24

Francesca

Non scrivo per accusare nessuno, non sono ricorso ai tribunali, ma devo sfogare il mio dolore: Francesca, la mia dolce piccola Fran-

cesca non c'è più. È morta a 22 anni dopo aver dato alla luce la nostra bambina. Siamo andati in ospedale sereni, pieni di gioia, di sogni... Come è possibile morire di parto nel 2007 in Italia? Non sono un medico e non riesco a capire, ma so che Francesca mi manca, mi manca tanto [...]. Lettera al quotidiano “la Repubblica”.

STORIA 25

Voglio vedere il cielo, non il soffitto

Tarsa ha 24 anni e 4 bambini piccoli. Da alcuni giorni è ricoverata nel reparto di terapia intensiva: dopo il parto ha avuto una gravissima emorragia, il suo sistema di coagulazione si era alterato, e abbiamo dovuto toglierle l'utero in emergenza. Le condizioni sono state critiche fino ad oggi. Scorro i suoi esami e vedo che finalmente le piastrine stanno salendo. Ha ripreso a urinare regolarmente. Tutto fa pensare che la buriana sia passata, mi pare che anche lei si senta un po' meglio. Adesso è il momento di fare una chiacchierata con calma per rispiegarle l'accaduto. Prendo una sedia e mi accomodo vicino al letto, una ragazzina di 14-15 anni sta chiacchierando con lei. Allungo l'orecchio ma non solo non capisco niente ma neppure il suono della lingua mi è familiare, le guardo con espressione interrogativa.

“È Sinti, – si affretta a spiegarmi Tarsa in perfetto italiano –. Noi siamo Sinti. Eravamo una tribù nomade ma adesso siamo stabilmente a Trieste da più di una decina d'anni. Siamo giostrai, lavoriamo, non rubiamo come gli altri”.

Mi si apre davanti agli occhi un mondo sconosciuto, ma, come tutti i mondi, pieno di divisioni, barriere, pregiudizi, conflitti.

“Siete zingari?”, chiedo.

“Zingari non vuol dire niente, siamo tribù diverse che una volta giravano il mondo. Oggi giriamo un po' meno. Ogni tribù ha organizzazione, tradizioni e lingue proprie”.

Ormai il fiato di Tarsa si è fatto corto, la invito a stare tranquilla: il suo bambino sta bene, e oggi anche lei sta meglio. Le ricordo che le abbiamo dovuto togliere l'utero. Le domando se capisce che cosa vuol dire. Fa cenno di sì con la testa. “Non potrò più avere altri bambini”.

La guardo interrogativamente e lei aggiunge: "Non è tanto grave, ne ho già quattro. L'importante è che sono viva". Gli altri discorsi sono rimandati ai prossimi giorni.

Nei giorni successivi mi siedo spesso vicina a Tarsa per ascoltare: scopro così che tra i Sinti comandano le donne, vige il matriarcato. Anche il cognome che viene dato ai figli è quello della madre. I matrimoni non sono combinati: le donne si scelgono i compagni, la famiglia può sconsigliare ma non ostacolare. "In tutte le altre tribù di nomadi comandano gli uomini – mi informa Tarsa –. Le loro donne stanno molto peggio di noi, se tu avessi tolto l'utero a una di loro il marito avrebbe potuto mandarla via... E poi hai letto sui giornali in questi giorni. In alcune tribù obbligano le giovani a prostituirsi, questo da noi è impensabile. Noi siamo più libere – racconta –. Sai non posso più vedere il soffitto, mi manca l'aria in queste stanze, non sono abituata agli ambienti chiusi. Voglio vedere il cielo. Quando mi mandate via?"

Conclusioni

Questo libro non vuole condannare l'isterectomia. L'asportazione dell'utero ha salvato la vita a molte donne e ad altre ne ha senz'altro migliorato la qualità.

Vorrei però fosse un invito ai medici a condividere le scelte delle loro pazienti, ad ascoltarne le storie, a rispettarle, a pensare alle cause e alle diverse soluzioni. La medicina va avanti e il progresso ha contribuito molto a diminuire il dolore e a rispettare l'integrità del corpo. Oggi i nuovi risultati scientifici grazie a internet sono facilmente consultabili e accessibili a tutti.

L'asportazione dell'utero non può essere una palestra di chirurgia, una guerra di prestigio.

Spero che le lettrici ne traggano strumenti per capire che ci sono molte possibilità, diverse malattie, diverse soluzioni: parlarne con il medico è importante. Il dolore si può e si deve evitare, non è un compagno necessario nella nostra vita.

Gli strumenti chirurgici sono in continua evoluzione permettendoci oggi trattamenti veramente poco invasivi anche di fronte a malattie gravi. L'isteroscopio è uno di questi ed è stato una prodigiosa innovazione nello studio delle malattie dell'utero. Per una fortunata coincidenza i chirurghi che in Italia hanno appreso per primi questa tecnica hanno sempre lavorato insieme, confrontandosi e soprattutto hanno cercato di insegnarla. Non è una cosa banale o scontata. Infatti a tutt'oggi nel mondo universitario del nostro paese le conoscenze e l'abilità chirurgica sono considerate una forma di potere che va insegnata solo a pochi. L'esclusione delle donne medico dalle nostre sale operatorie è ancora molto elevata.

Ringrazio: Vittorio Basevi di Saperidoc, sito prezioso di revisione della letteratura scientifica in campo ostetrico e ginecologico, tutti gli specializzandi in Ostetricia e Ginecologia dell'Università di Trieste che in questi anni hanno lavorato con noi dandoci entusiasmo e voglia di studiare, Claudio Crescini, Francesco Mangino, Ivan Mazzon, Gianpiero Gubbini, Piero Litta, generosi insegnanti di tecnica chirurgica isteroscopica. Ringrazio ancora Raffaele Paoletti, medico ostetrico ginecologo, che ha insegnato le tecniche chirurgiche isteroscopiche a generazioni di ginecologi condividendo fotografie, immagini, casi clinici, e regalando “i segreti del mestiere”.

Claudia Scrimin ha capito il nostro messaggio che ha tradotto in facili disegni. Sono i disegni semplici che i medici dovranno tracciare nelle cartelle cliniche quando spiegano alle pazienti gli interventi: un segno del loro tentativo di spiegare, per raccogliere il “consenso informato” alle pratiche chirurgiche.

