



Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Scienze Ginecologiche e della Riproduzione Umana
Scuola di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia
Direttore Prof. Giovanni Battista Nardelli

MIOMA UTERINO IN COLLIQUAZIONE IN GRAVIDANZA

Dott. Stefano Gava

CASO CLINICO

S.A. 40 anni

An. Familiare: madre K. mammella

An. Fisiologica: nega terapia E/P, alvo stitico

An. Patologica remota: Fibrosi cistica diagnosticata a 21 aa, interessamento polmonare, lieve. Buon controllo.

Anamnesi ostetrica:

Infertilità primaria (1 FIVET e 2 IUI pregresse)

Gravidanza attuale ottenuta mediante FIVET

23+3 s.g.

CASO CLINICO

08.12.10:

Trasferimento in Clinica Ostetrica dalla clinica chirurgica I (sospetta appendicite acuta)

An. Patologica prossima: Due giorni prima (06.12.10) insorgenza di dolore di tipo colico in fossa iliaca destra, non irradiato, ingravescente. Nega iperpiressia. Nega nausea e vomito. Alvo canalizzato a feci e gas. No beneficio dall'assunzione di Buscopan.

07.12.10 sera si reca in P.S.:

Visita: Addome trattabile, dolente alla palpazione profonda in fossa iliaca destra, Blumberg e Murphy negativi. Apiretica.

Esami ematochimici: lieve leucocitosi neutrofila ($13,6 \times 10^3/\mu\text{L}$), \uparrow PCR (70,7 mg/L)

ricovero per sospetta appendicopatia



Orudis 1 fl

Unasyn 3g ev/die

CASO CLINICO

08.12.10:

Visita ginecologica all'ingresso: dolore al fianco destro, localizzato. Addome trattabile, non dolente alla palpazione su tutti i quadranti. CU come da amenorrea, non contratto, non perdite patologiche. In posizione superolaterale destra formazione miomatosa di circa 7 cm, modicamente dolente alla palpazione. Apiretica

Ecografia TV e TA: 2 fibromi uterini. Il primo a sviluppo sottosieroso e a larga base di impianto di 6 cm con all'interno area di colliquazione di 3 cm. Il secondo, gemmato sul primo, di 37 mm. La digitopressione di tali strutture evoca dolore. Cervicometria 41,1 mm

Esami ematochimici: leucocitosi lieve, stabile (13, 48 x10.9/L), PCR 85,3 mg/L emoglobina e coagulazione nella norma.



MIOMA IN COLLIQUAZIONE

CASO CLINICO

Induzione maturità polmonare + tocolisi (tractocile) +
Antibioticoterapia ad ampio spettro (Amplital 1gx3/die) +
Paracetamolo ab

+

Stretto monitoraggio

09-10.12.10

- Ematochimico:
progressivo ↑ indici di flogosi (GB: 16,14 PCR: 100 mg/L)
- Condizioni cliniche:
in miglioramento (riduzione della sintomatologia algica)

10.12.10 In considerazione dei rischi legati ad una miomectomia antepartum (parto prematuro) e delle condizioni cliniche, si concorda con la paziente di non intervenire chirurgicamente e di proseguire con il monitoraggio

CASO CLINICO

Progressiva riduzione degli indici di flogosi fino a negativizzazione (12.12.10)

Completa remissione della sintomatologia dolorosa (11.12.10)

Dimissione 24.01.2011:

Esami ematochimici settimanali (indici di flogosi)

Controlli ostetrici presso ambulatorio Gravidanze a Rischio

MIOMI

Neoplasia benigna della muscolatura liscia miometriale

La più frequente neoplasia pelvica femminile

- 10-20% delle donne in età riproduttiva
 - 1-10% delle donne in gravidanza
- } Prevalenza con l'età

Exacoustòs C, Rosati P.: Ultrasound diagnosis of uterine myomas and complications in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1993; 82:97

MIOMI

Fattori di rischio:

- Donne afroamericane
- Menarca precoce (< 10 anni)
- Nessuna gravidanza
- Familiarità
- Ipertensione

Marshall LM et al. Variation in the incidence of uterine leiomyoma among premenopausal women by age and race. *Obstet Gynecol.* 1997;90(6):967

MIOMI

LOCALIZZAZIONE:

95% Corpo uterino

5% Collo uterino

- Sottosierosi: sessili o peduncolati
- Intramurali
- Sottomucosi: G0 (completamente intracavitari), G1 ($\geq 50\%$ intracavitario), G2 ($< 50\%$ intracavitario)

MIOMI

PATOGENESI

Miomi sono responsivi agli ormoni steroidei



espressione recettori E_2 e Pg

GnRH agonisti ↓ dimensioni mioma

Ruolo del Progesterone: NON è chiaro!

Ipotesi: E_2 ↑ recettori Pg → azione mitogena

In gravidanza??

Ishikawa H. Ishi K. Et al. Progesterone is essential for maintenance and growth of uterine leiomyoma. Endocrinology June 2010, 151(6): 2433-2442

MIOMI IN GRAVIDANZA

VARIAZIONE DI VOLUME

Maggior parte dei miomi NON varia di volume!!

il **20%** dei miomi ↑ di volume:

- Miomi già medio-grandi: diametro > 5 cm
- Generalmente durante il 1° trimestre e inizio del 2°. Mai durante il 3° trimestre (ev. ↓)
- L'aumento medio è del 12% del volume iniziale. (Raramente ↑ > 25%)

Rosati P. Exacoustòs C. Mancuso S. Longitudinal evaluation of uterine myoma growth during pregnancy. A sonographic study. Journal Ultrasound Med 1992; 11:511

MIOMI IN GRAVIDANZA

COMPLICANZE

10 – 40% delle gravidanze con miomi

Valutazione del rischio: localizzazione del mioma, rapporto con la placenta, dimensione iniziale ed evoluzione, numero, costituzione e vascolarizzazione del mioma.

- DOLORE: complicanza più frequente!
- ABORTO: grandi miomi sottomucosi o miomi in rapida crescita
- PERDITE EMATICHE (OR 1,82): miomi retroplacentari
- DISTACCO DI PLACENTA (OR 3,2): miomi sottomucosi retroplacentari e miomi grandi (> 8 cm)

~~PLACENTA PRAEVIA~~

MIOMI IN GRAVIDANZA

COMPLICANZE

- PARTO PRETERMINE (OR 1,9): miomi numerosi
- ANOMALIE DELLA PRESENTAZIONE FETALE (OR 3,98): grandi miomi sottomucosi che distorcono la cavità uterina, soprattutto se nel segmento uterino inferiore
- DISTOCIA DINAMICA (OR 1,85): miomi numerosi
- PARTO CESAREO (OR 3,7): presentazione anomala, distocia dinamica, distacco di placenta
- EMORRAGIA POSTPARTUM (OR 1,8): miomi grandi (> 3cm) retroplacentari

David W. Ouyang MD et al. Obstetric complications of fibroids. Obstet Gynecol Clin N Am 33 (2006) 153-169

DOLORE

Complicanza più comune¹: 5 - 15% delle donne gravide con miomi necessitano di ospedalizzazione per dolore

Interessa il **1° trimestre e inizio del 2°**

Fattori di rischio²:

- Miomi grandi (> 5 cm)
- Miomi più piccoli in rapida crescita
- Miomi sottosierosi pedunculati

1. Exacoustòs C, Rosati P.: Ultrasound diagnosis of uterine myomas and complications in pregnancy. Obstet Gynecol 1993; 82:97

2. Rice JP et al. The Clinical significance of uterine leiomyomas in pregnancy. Am Journal Obstet Gynecol 1989; 160:1212-6

DOLORE

Eziopatogenesi:

Necrosi ischemica



per crescita del mioma



per torsione di un mioma sottosieroso
peduncolato

Manifestazioni cliniche (mioma in colliquazione):

Intenso dolore addominale localizzato, lieve leucocitosi,
meno frequentemente iperpiressia, nausea e vomito

MIOMA IN COLLIQUAZIONE

DIAGNOSI:

Manifestazioni cliniche!!

+

Visualizzazione ecografica del mioma in necrosi:

- Aree ipoecogene irregolari non vascolarizzate nel contesto del mioma
- Vascolarizzazione periferica ad alta impedenza (pseudocapsula)
- Mioma dolente alla pressione della sonda

MIOMA IN COLLIQUAZIONE

DIAGNOSI DIFFERENZIALE:

- Massa annessiale torta (cisti/massa ovarica, paraovarica,)
- Ascesso appendicolare
- Ascesso annessiale



- massa dolente distinta dall'utero,
- assenza di peduncolo proveniente dalla parete uterina.
- vascolarizzazione caratteristica della massa (power Doppler)

Cacciatore B. Savelli L. Ecografia transvaginale in ginecologia. Ed Bovocelli L Atena Audiovisual Modena 2001

Lefebvre Y Fibromi uterini. Encycl Mèd Chir (Elsevier, Parigi) 1993 6p.

MIOMA IN COLLIQUAZIONE

TRATTAMENTO:

TERAPIA DEL DOLORE, RIPOSO, IDRATAZIONE, (ev. Antibiotico)



1°- PARACETAMOLO

2°- in caso di persistenza del dolore (25% dei casi con mioma > 5 cm)
e età gestazionale < 32 s.g., FANS

In caso di dolore refrattario alla terapia medica, se possibile:

MIOMECTOMIA ANTEPARTUM

Katz VL et al. Complications of uterine leiomyomas in pregnancy. Obstet Gynecol 1989;
75:81-4

INDOMETACINA

Cox inibitore non selettivo, molto efficace: > 90%

MA

Rischio di importanti effetti collaterali fetali (e materni):

- **Costrizione e chiusura del dotto arterioso di Botallo:**
 - ↳ **> 24 s.g., il rischio ↑↑ dopo le 32 s.g.**
terapia di durata > 48 h, rischio ↑↑ se > 72 h
- **Oligoidramnios: terapia > 72 h**

Dildy GA et al. Indomethacin for the treatment of symptomatic leiomyoma uteri during pregnancy. Am Journal Perinatol 1992; 9:185-9

INDOMETACINA

Età gestazionale < 32 s.g.

INDOMETACINA 25 mg ogni 6 ore, per 48 ore

In caso di trattamento > 48 h (max 72 h):

- Ecografia settimanale: velocimetria dotto arterioso + LA
- Se oligoidramnios e/o stenosi d.a.: sospendere terapia (reversibilità??)

Dildy GA et al. Indomethacin for the treatment of symptomatic leiomyoma uteri during pregnancy. Am Journal Perinatol 1992; 9:185-9

MIOMECTOMIA ANTEPARTUM

Eseguita solo in casi eccezionali: 0,5 – 1%

INDIAZIONI:

- Addome acuto (mioma ss torto, emoperitoneo)
- Dolore refrattario alla terapia medica
- Mioma in rapida crescita (raddoppio del volume in meno di 8 sett), soprattutto se comprime visceri importanti

Generalmente 1° o 2° trimestre e miomi ss o im

MIOMECTOMIA ANTEPARTUM

LPT con incisione mediana

Enucleazione del mioma complicato: facilitata dall'edema peripseudocapsulare legato all'ischemia e alla gravidanza.

Importante: NON raggiungere la cavità uterina!

Tocolisi postoperatoria

MIOMECTOMIA ANTEPARTUM

COMPLICANZE

- **Emorragia** —→ **isterectomia!**

rischio ↑ con l'età gestaz.

(1° trim. utero riceve 2-3% della gittata)

(3° trim. utero riceve 17% della gittata)

- **Aborto / Parto pretermine**
- **Rottura d'utero nel 3° trim./travaglio**

rischio ↑ con l'approfondirsi del mioma nello spessore miometriale

Mollica G. et al. Elective uterine myomectomy in pregnant women. Clin Exp Obstet Gynecol 1996; 23: 168-72

Lolis DE et al. Successful myomectomy during pregnancy. Human Reproduction vol. 18, n.8 pp 1698-1702, 2003

MIOMECTOMIA ANTEPARTUM

PROGNOSI

Gli studi presenti in letteratura riguardano miomectomie eseguite:

- Nel 1° o 2° trimestre (a circa 19 ± 4 s.g., sempre < 24 s.g.)
- A carico di miomi sottosierosi, più raramente intramurali (distanza mioma-cavità > 5 mm) [Lolis DE et al. 2003]



a queste condizioni la **PROGNOSI è BUONA**: rischio di parto pretermine/aborto 5,6%, è ancora inferiore il rischio di emorragia e rottura d'utero (taglio cesareo) [Mollica G. et al 1996]

GRAVIDANZA NON E' UNA CONTROINDICAZIONE ASSOLUTA ALLA MIOMECTOMIA

[David W. et al. 2006]

MIOMECTOMIA ANTEPARTUM

BIAS:

Publicati principalmente risultati positivi

Studi con poche pazienti



**Miomectomia antepartum: ultima scelta
terapeutica e solo in casi selezionati**

Adeguate consenso informato