Isterectomia: quali conseguenze se si tolgono anche le ovaie?

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica
H. San Raffaele Resnati, Milano

"Ho 47 anni: i cicli erano sempre più abbondanti, anzi emorragici, per cui sono andata dal ginecologo. Ho l'utero grosso con tanti fibromi cresciuti negli ultimi tre anni (non mi ero fatta più controllare...). Il medico dice che devo togliere l'utero. Per le ovaie: «Signora, decida lei, tanto tra poco va in menopausa!». Già, ma come faccio a decidere? Quali sono i pro e i contro?".
Rosaria L. (Chieti)

Gentile signora, ha ragione. Oggi diciamo troppo spesso: deve decidere la donna. Ma in base a quali criteri? Aiuto quindi molto volentieri lei e le molte donne che devono affrontare questo intervento di asportazione dell'utero (isterectomia), che in Italia interessa il 20% delle donne prima dei 60 anni. Interessante: la scolarità condiziona il rischio di isterectomia. Le donne analfabete o che hanno solo la quinta elementare hanno un rischio doppio di fare l'isterectomia e un rischio doppio di avere complicanze. Il rischio è molto più alto nelle disoccupate rispetto alle impiegate e nelle immigrate rispetto alle donne italiane native. Perché? (Box 1)
La prima riflessione è vedere se l'isterectomia sia veramente necessaria (Box 2): oggi molte terapie mediche ben fatte consentono di salvare l'utero. Se l'isterectomia è davvero indicata, è indicato togliere insieme anche le due tube, da cui origina il 40-50% dei tumori maligni dell'ovaio.

Box 1 – L'alta scolarità riduce il rischio di isterectomia perché aumenta la probabilità che:
- la donna faccia regolari controlli ginecologici;
- abbia diagnosi più precoci con terapie che consentono di salvare l'utero;
- comprenda il linguaggio medico;
- stabilisca con il medico una relazione decisionale più simmetrica;
- condivida a fondo il progetto terapeutico;
- sia più regolare anche nei controlli.

Continuare gli studi con profitto aumenta anche la possibilità di avere una salute migliore, diagnosi più precoci e cure più adeguate. Ecco un altro vantaggio poco considerato dello studiare con amore, per capire e autoproteggersi!

Salvare le ovaie salva il cervello

Perché salvare le ovaie, se sane? Le ovaie producono non solo estrogeni e progesterone, non solo ovociti (le cellule riproduttive), ma anche ormoni maschili, fra cui il testosterone. Anzi, durante il ciclo normale la produzione media di testosterone è maggiore di quella di estrogeni e progesterone. Questa produzione è massima intorno ai 20 anni; si riduce con l'età. A 50 anni abbiamo perso mediamente il 50% del testosterone prodotto dalle ovaie. Ecco il punto: dopo la

© 2018 - Periodici San Paolo - www.alessandragraziottin.it

menopausa, la produzione ovarica di estrogeni e progesterone si esaurisce, mentre continua quella ovarica di testosterone, molto utile per la nostra salute.
Questo ormone maschile, in dosi femminili, aiuta fra l'altro la salute del cervello, dell'osso, del muscolo, dell'apparato genitale. Nel cervello, in particolare, il testosterone, anche nella donna, migliora il desiderio e l'energia vitale, migliora l'umore, la creatività, la memoria, ma anche l'energia motoria, fisica, l'amore per lo sport e la capacità di farlo ad alta performance. Sempre a dosi giuste per la donna. Se il testosterone è prodotto in eccesso, come succede nella sindrome da policistosi ovarica (PCOS), la donna si "mascolinizza", con acne, peli in sedi maschili, seborrea, alopecia, aumento eccessivo della muscolatura. Dunque è sempre importante che anche questo ormone sia nella giusta misura!
Ma se facciamo l'ovariectomia, perdiamo oltre l'80% del testosterone. Con quali conseguenze? Serie, quanto più è precoce nella vita l'asportazione delle ovaie (ma anche la loro distruzione funzionale, anche se restano in sede, con chemioterapia o radioterapia pelvica). Walter Rocca, un medico italiano che lavora alla Mayo Clinic negli Stati Uniti, ha pubblicato una serie di studi su oltre 1400 donne che avevano avuto l'asportazione di una o entrambe le ovaie negli anni Cinquanta, e che sono state seguite (senza fare terapia ormonale) fino al 1987, quindi per ben 37 anni. Rispetto alle donne che hanno conservato le ovaie, le donne ovariectomizzate prima dei 38 anni hanno un rischio quasi triplicato di deterioramento cognitivo; il rischio resta più alto (+ 88%) dei controlli anche nelle donne che hanno avuto l'ovariectomia prima dei 45 anni. Aumentano anche il rischio di depressione e di parkinsonismo.

Come scegliere?
Se la donna ha meno di 50 anni, come lei, se le ovaie sono normali al momento dell'intervento di isterectomia e se la donna non ha familiarità per tumori dell'ovaio o della mammella (altrimenti è saggio fare la ricerca del BRCA1 e del BRCA2, i geni repressori che, se alterati, aumentano moltissimo il rischio di questi due tumori: ne ha parlato tanto Angelina Jolie, con scelta molto coraggiosa) è opportuno:
- salvare le ovaie;
- rimuovere le tube, per attenuare il rischio di cancro ovarico;
- chiarire che in futuro potrebbe essere necessario un altro intervento, se le ovaie dovessero presentare altre patologie,
Va anche ricordato che l'isterectomia tende a far anticipare la menopausa di circa due anni, anche se le ovaie sono lasciate in sede, forse per danno indiretto vascolare.
Dopo i 50 anni, se le ovaie sono sane è opportuno lasciarle in sede (come sopra).
E se le ovaie sono già state tolte? Ecco la soluzione. Bisogna cercare un/a ginecologo/a che prescriva una terapia ormonale sostitutiva aggiungendo all'estradiolo anche testosterone (in pomata) e deidroepiandrosterone (DHEA) (in capsule), l'ormone "genitore" di tutti gli ormoni sessuali, così da ridare al corpo quello che ha perduto e proteggerlo dai rischi cerebrali, e generali, dell'ovariectomia.

Conclusioni

L'opportunità o meno di salvare le ovaie va sempre discussa bene con il medico. Se si opta per la rimozione, è importante fare una terapia ormonale sostitutiva che includa anche una quantità personalizzata, su misura, di ormoni maschili, per potenziare le opportunità di una maggiore longevità in salute, fisica e mentale, sempre insieme a stili di vita sani.

Box 2 – Cause più frequenti di isterectomia

1) Fibromatosi uterina sintomatica:

- cicli abbondanti o emorragici
- anemia da carenza di ferro ("sideropenica")
- sintomi da compressione su vescica e/o retto
- dolore sessuale profondo alla penetrazione

2) Endometriosi/adenomiosi, con cicli mestruali molto dolorosi ("dismenorrea")

3) Cancro del collo dell'utero

4) Cause ostetriche

- rottura d'utero in corso di gravidanza
- rottura della placenta con emorragie
- placenta troppo "radicata" nella parete dell'utero ("placenta accreta o increta")

© 2018 - Periodici San Paolo - www.alessandragraziottin.it