

Casi ginecologici complessi: essenziale un progetto di salute a lungo termine

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

La risposta in sintesi

Gentile amica, come sempre premetto che le risposte che posso dare attraverso questo sito sono di carattere generale e non possono assolutamente sostituirsi al parere dei medici delle donne che ci scrivono. E questo per un semplicissimo motivo: non si possono formulare una diagnosi e suggerire una terapia senza una visita completa di anamnesi personale e familiare e di esame clinico obiettivo. Ciò premesso, le anticipo che, dal mio punto di vista, la cisti andrebbe assolutamente asportata, mentre la decisione sull'utero dipende dal progetto terapeutico che si desidera impostare dopo l'intervento. Mi spiego subito, entrando nel dettaglio delle diverse questioni che lei mi pone.

In questo video illustro:

- perché, a 59 anni, una cisti ovarica di 7 centimetri va rimossa senza esitazione;
- per quali motivazioni di prevenzione oncologica è buona regola, dopo la menopausa, asportare non solo la cisti in sé, ma anche le ovaie e le tube;
- come la scelta di tenere o meno l'utero influisca invece sul tipo di terapia ormonale sostitutiva che si desidera impostare per gli anni a venire;
- perché, in caso di isterectomia integrale (ossia estesa alla cervice uterina), è sufficiente una TOS con estradiolo per via transdermica (gel o cerotto) mentre, in presenza dell'utero, è indispensabile assumere anche un progestinico;
- i vantaggi non secondari della terapia solo estrogenica;
- come la TOS, secondo le attuali linee guida internazionali, possa essere proseguita fino a quando i benefici superano i rischi;
- le possibili terapie aggiuntive per contrastare, a livello locale, l'atrofia vulvovaginale e i sintomi urinari (incontinenza, cistiti recidivanti), che nel loro insieme connotano la cosiddetta sindrome genito-urinaria della menopausa.

Realizzazione tecnica di **Monica Sansone**