

# LA FUNZIONE RIPRODUTTIVA NELLE PAZIENTI SOTTOPOSTE A LAPARO-MIOMECTOMIA

G. DE LAURENTIIS, M. RONDINELLI,  
B. TAMBUSCIO (\*), G. FRANCO

Università degli Studi di Padova  
Clinica Ostetrica e Ginecologica,  
(Direttore: Prof. A. Onnis)

Cattedra di Patologia Ostetrica e Ginecologica,  
(Direttore: Prof. G. de Laurentiis)

(\*) Assistente alla Cattedra di Anestesia  
e Rianimazione,  
(Direttore: Prof. P. G. Giron)

## SUMMARY

### **The reproductive function after myomectomy.**

In the period 1968-74 at the Department of Obstetrics and Gynecology of University of Padua (Italy), the conservative myomectomy was performed in the 13.9 % of patients affected with fibroids, treated surgically. During pregnancy the conservative operation was carried out in the 93.1 % of cases. The follow-up evaluation of 122 women undergone a myomectomy demonstrated that the reproductive function was retained in the 58.1 % of such cases. In the 96.3 % of pregnant women undergone a myomectomy, the pregnancy kept up and ended with the birth of a viable newborn. On the basis of anatomic characteristics of myomas and of anamnestic factors of single patient, the AA. were not able to predict which woman will retain their own reproductive function after myomectomy. Results were analysed.

---

Giunto in redazione il 24-4-1978.

Sebbene l'intervento conservativo di laparo-miomectomia abbia ormai una storia secolare (<sup>2, 8</sup>), la sua effettuazione rispetto agli interventi demolitori sull'utero, allorché si è in presenza di un fibromioma del viscere, risulta, ancora oggi, percentualmente piuttosto ridotta. I motivi, riportati in Letteratura, di questo raro ricorso all'intervento conservativo sono: il frequente scarso interesse di queste pazienti a conservare le proprie capacità riproduttive e mestruali; il fatto che il fibromioma dell'utero è una condizione patologica che si manifesta più frequentemente nella quarta e quinta decade della vita femminile, età in cui spesso la funzione riproduttiva della donna è stata già sfruttata completamente; la più lunga durata e la maggiore accuratezza necessarie per l'esecuzione dell'intervento conservativo rispetto agli interventi demolitori; una riferita maggiore incidenza di complicazioni post-operatorie nelle pazienti sottoposte ad intervento conservativo; il timore che possa verificarsi una recidiva del miofibroma uterino che renda necessario un nuovo intervento chirurgico di tipo demolitore (<sup>2, 6-7, 13, 15, 17, 23, 25, 28</sup>).

Al contrario, i motivi che più frequentemente fanno optare per l'intervento conservativo sono rappresentati dall'età della paziente e dal suo desiderio di conservare integre le proprie capacità riproduttive (<sup>15, 25</sup>).

Per questo motivo abbiamo ritenuto interessante effettuare sulla nostra casistica uno studio longitudinale a distanza per valutare quale sia la funzione riproduttiva successiva all'intervento nelle pazienti sottoposte a laparo-miomectomia conservativa, e per verificare la attuale validità o meno delle suddette indicazioni e controindicazioni degli interventi conservativi.

## MATERIALE E METODI

Abbiamo preso in esame la casistica della Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Padova dal 1-11-1968 al 31-10-1974. La scel-

ta del periodo da studiare è stata fatta sia per uniformità di indirizzo terapeutico che per disporre di una casistica in cui fosse trascorso un sufficiente intervallo di tempo dal momento dell'intervento, e fosse possibile quindi, valutare correttamente la funzione riproduttiva delle pazienti già sottoposte a laparo-miomectomia.

Nel periodo esaminato sono state ricoverate per essere sottoposte a terapia chirurgica 1.137 pazienti affette da fibromiomi uterini; 29 di esse erano gravide al momento dell'intervento. La laparo-miomectomia conservativa è stata eseguita in 158 casi, 27 in gravidanza e 131 al di fuori di essa; pertanto, mentre l'incidenza globale dell'intervento conservativo è, nella nostra casistica, del 13,9 %, nelle pazienti gravide operate essa è risultata essere del 93,1 % (27 su 29 pazienti).

Per ogni singolo caso abbiamo rilevato l'età, la parità, il numero, la sede, la localizzazione ed il volume dei nodi miomatosi, la presenza o meno di focolai di necrosi, la contemporanea esecuzione di interventi complementari ed il tipo degli stessi, l'eventuale apertura della cavità uterina, le caratteristiche del decorso post-operatorio, l'esito della gravidanza durante il cui decorso era stato effettuato l'intervento, la rilevazione intraoperatoria di focolai di endometriosi, di segni di flogosi pelviche attuali o pregresse, l'esistenza di una occlusione tubarica bilaterale.

Delle 158 pazienti sottoposte a laparo-miomectomia ne siamo riusciti a contattare, a distanza di 4-10 anni dall'intervento, 122, pari al 77,2 % della casistica globale: da queste 122 pazienti abbiamo, quindi, potuto rilevare informazioni relative al verificarsi di gravidanze, successivamente all'intervento, all'esito delle stesse, alla durata dell'intervallo intercorso tra intervento e successiva gravidanza, alle cause della eventuale sterilità secondaria, ed alla eventuale necessità di sottoporsi a nuovi interventi ginecologici dopo la esecuzione della laparo-miomectomia.

Abbiamo, quindi, distinto tre sottogruppi di pazienti formati rispettivamente da 36 donne con gravidanze successive alla miomectomia, da 25 pazienti in cui invece non si sono verificate gravidanze, nonostante il loro desiderio di restare gravide, ed infine da 37 pazienti in cui la sterilità secondaria alla miomectomia è stata volontaria; quest'ultimo gruppo, ovviamente, fungerà da gruppo di controllo. Abbiamo ricercato se fossero individuabili fra i suddetti sottogruppi differenze significative che consentissero un riconoscimento preventivo dei fattori capaci di determinare la diversa prognosi ostetrica successiva alla miomectomia. I risultati sono stati sottoposti ad analisi statistica mediante il calcolo del  $\chi^2$ .

Abbiamo ritenuto, infine, di considerare a parte il gruppo delle 27 laparomiomectomie effettuate in gravidanza, poiché questo tipo di situazione clinica ha aspetti del tutto peculiari ed è stata già oggetto di studio di vari AA. (1, 9, 11, 12, 14, 16, 19, 22, 26, 27, 30). Durante la gravidanza la scelta tra intervento conservativo e demolitore può essere condizionata da una parte dal desiderio di preservare la vita del feto in utero e dall'altra dal timore che le manipolazioni spesso inevitabili sul viscere e la effettuazione dell'anestesia generale possa avere effetti nocivi o teratogeni sul prodotto del concepimento. Quest'ultimo aspetto del problema è stato già oggetto di un nostro precedente lavoro (29).

## RISULTATI E COMMENTO

Nella tab. 1 abbiamo riportato la distribuzione sembra di tipo gaussiano con scarse differenze di incidenza tra i 21 ed i 40 anni, tuttavia, se si tiene conto della diversa frequenza del miofibroma uterino nei vari sottogruppi di pazienti considerate, si può valutare meglio l'influenza che il fattore « età » ha avuto, nella nostra casistica, nel porre l'indicazione al-

Tabella 1.

Età	N. casi	%	Frequenza globale dei fibromiomi	% laparo miomectomie
fino a 20 anni	2	1,3	0,2 %	100,0 %
21 - 30 »	45	28,5	4,2 %	93,6 %
31 - 35 »	52	32,9	5,9 %	77,6 %
36 - 40 »	50	31,6	16,1 %	27,3 %
oltre i 40 »	9	5,7	73,6 %	1,1 %
<i>Totale</i>	158	100,0 %	100,0 %	13,9 %

Tabella 2.

Parità	N. casi	%
0	101	63,9
1	30	19,0
2	14	8,9
3 o +	13	8,2
<i>Pregressi aborti</i>		
1	15	10,4
2 o +	2	1,4

Tabella 3.

	N. casi	%
<i>Numero dei Miomi</i>		
1	93	59,2
2	14	8,9
3	9	5,7
+	41	26,1
non specificato	1	
<i>Sede dei Miomi</i>		
sottomucoso	9	5,7
intramurale	92	58,2
sottosieroso	54	34,2
intrafagamentario	11	7,0
peduncolato	17	10,8
<i>Volume dei Miomi</i>		
piccolo	48	33,1
medio	45	31,0
grande	60	41,4
voluminoso	19	13,1
non specificato	13	
<i>Localizzazione dei Miomi</i>		
fondo	48	37,8
parete anter.	46	36,2
parete post.	31	24,4
parete laterale	13	10,2
istmo	11	8,7
angolo tubarico	19	15,0
non specificata	31	

l'intervento conservativo rispetto a quelli demolitori.

Per quanto riguarda la parità delle pazienti sottoposte a laparo-miomectomia (tab. 2) si può rilevare come man mano che la parità aumenta diminuisca il ricorso all'intervento conservativo; l'infertilità, invece, è scarsamente rappresentata, nella nostra casistica, poiché solo due pazienti presentavano un dato anamnestico di aborti ripetuti.

Nella tab. 3 sono riportate le distribuzioni percentuali di alcune caratteristiche principali dei miomi asportati. Come si nota, risultano percentualmente più rilevanti i casi con un unico nodo miomatoso, intramurale o sottosieroso, di volume piuttosto variabile da come una mandorla

(piccoli) ad una testa di feto a termine (grandi), localizzati prevalentemente sul fondo o sulle pareti anteriore e posteriore del viscere. Da questa tabella si nota come la somma delle incidenze percentuali parziali sia superiore a 100: ciò è dovuto al fatto che in diverse pazienti erano contemporaneamente presenti più nodi miomatosi con caratteristiche diverse fra loro, e ci è sembrato più corretto, in questi casi, calcolare le singole incidenze percentuali in base al numero delle pazienti e non in base al numero globale dei miomi.

In 58 casi sono stati eseguiti interventi chirurgici complementari alla miomectomia (tab. 4); gli interventi più frequenti sono risultati essere quelli sugli annessi, le viscerolisi, mentre le isteropessi secondo Cova sono state spesso eseguite più per peritoneizzare opportunamente le sedi cruentate della miomectomia che non per correggere eventuali malposizioni dell'utero.

Il decorso post-operatorio nelle pazienti sottoposte a laparo-miomectomia è

Tab. 4. — *Interventi complementari.*

	N. casi	%
Resezione ovarica	19	12,0
Isteropessi sec. Cova	15	9,5
Viscerolisi	14	8,9
Annessiectomia monolat.	12	7,6
Appendicectomia	7	4,4
Cistopessi sec. Perrin	1	0,6
Idatide del Morgagni	1	0,6
Cerchiaggio sec. Benson	1	0,6
Totale	58	36,7

risultato normale nella stragrande maggioranza dei casi, assumendo caratteristiche francamente febbrili solo nel 12 % delle pazienti; a questo proposito, tuttavia, bisogna tenere presente che in tutte le pazienti era stata effettuata una copertura antibiotica a largo spettro nei primi giorni successivi all'intervento (tab. 5).

Tab. 5. — *Decorso post-operatorio.*

	N. casi	%
Regolare	113	71,5
Sub-febbrile	26	16,5
Febbrile	19	12,0
<i>Totale</i>	158	100,0

Tab. 6. — *Ricomparsa sintomi.*

	N. casi	%
Nessun sintomo	55	45,1
Algie pelviche	44	36,1
Dismenorrea	26	21,3
Menorragia	24	19,7
Perdite ematiche	22	18,0
Lombalgie	5	4,1
Cefalea	4	3,3
Febbre	3	2,5
Mastodinia	3	2,5
Disuria	2	1,6
Meteorismo	2	1,6
Assenza di dati	36	22,8

nano le cause di questa elevata sterilità secondaria (tab. 7), si può notare come essa sia stata involontaria solo in 26 pazienti (21,3 %), essendo la sterilità secondaria attribuibile nella maggioranza dei casi restanti alla esplicita volontà delle pazienti di evitare gravidanze successive o per motivi personali o per timore di eventuali complicazioni.

Tab. 7. — *Cause di sterilità secondaria*

	N. casi	%
Volontaria	37	30,3
Involontaria	26	21,3
Paura di complicazioni	13	10,7
Sconsiglio dei medici	3	2,5
Nubili	3	2,5
Menopausa	2	1,6
Timore di malformaz. fet.	1	0,8
Sterilità partner	1	0,8
Occlusione tubarica	1	0,8
Assenza di dati	36	22,8

Tabella 8.

Intervallo interv. gravidanza success.	N. casi	%	Esito gravidanza	N. casi	%	
meno di 1 anno	8	22,2	{	aborto (*)	6	75,0
				taglio cesareo	1	12,5
				parto spontaneo	1	12,5
1 - 3 anni	14	38,9	{	aborto (*)	2	14,3
				taglio cesareo	5	35,7
				parto spontaneo	7	50,0
più di 3 anni	14	38,9	{	aborto (*)	2	14,3
				taglio cesareo	6	42,9
				parto spontaneo	6	42,9

(\*) =  $P < 0,01$

In poco più della metà delle nostre pazienti si è verificata una ricomparsa dei sintomi (tab. 6). I sintomi che più frequentemente sembrano recidivare sono quelli algici, mentre quelli meno-metrorragici ricompaiono in poco meno di 1:5 delle pazienti operate.

Tra le 122 pazienti controllate a distanza, solo 36 (29,5 %) sono risultate aver avuto gravidanze successive alla laparo-miomectomia; tuttavia, se si esami-

Tab. 9. — *Interventi successivi alla miomectomia.*

Tipo di intervento	N. casi	%
Isterectomia totale	7	5,7
Asportazione cisti ovarica	1	0,8
Salpingectomia (gravid. extrauterina)	1	0,8
Riparazione laparocèle	1	0,8
<i>Totale</i>	10	8,2

Tabella 10.

Parametro considerato	Gravidanze successive		Sterilità second. involontaria		Controlli	
	N. casi	%	N. casi	%	N. casi	%
<i>Età</i>						
fino a 20 anni	1	2,8	0	0	0	0
21 - 30 »	17	47,2	4	16,0	4	10,8
31 - 35 »	11	30,6	9	36,0	17	45,9
36 - 40 »	7	19,4	10	40,0	12	32,4
oltre i 40 »	0	0	2	8,0	4	10,8
<i>Parità</i>						
0	26	72,2	23	92,0	17	45,9
1	7	19,4	2	8,0	8	21,6
2	3	8,3	0	0	6	16,2
3 o +	0	0	0	0	6	16,2
<i>Aborti progressi</i>						
1	5	14,7	2	9,5	5	13,9
2 o +	1	2,9	0	0	1	2,8
<i>Numero miomi</i>						
1	19	54,3	8	32,0	27	73,0
2	4	11,4	2	8,0	5	13,5
3	1	2,9	2	8,0	2	5,4
+	11	31,4	13	52,0	3	8,1
<i>Sede miomi</i>						
sottomucoso	3	8,3	3	12,0	0	0
intramurale	23	63,9	15	60,0	25	67,6
sottosieroso	11	30,6	9	36,0	11	25,6
intralegamentario	2	5,6	4	16,0	1	2,3
peduncolato	5	13,9	0	0	6	14,0
<i>Localizzazione miomi</i>						
fondo	6	25,0	8	42,1	13	38,2
parete anter.	12	50,0	7	36,8	12	50,0
parete poster.	10	41,7	4	21,1	4	11,8
parete laterale	2	8,3	3	15,8	3	8,8
istmo	2	8,3	1	5,3	4	11,8
angolo tubarico	1	4,2	5	26,3	6	17,6
<i>Volume miomi</i>						
piccolo	13	43,3	11	47,8	9	25,0
medio	12	40,0	10	43,5	10	27,8
grande	13	43,3	9	39,1	16	44,4
voluminoso	3	10,0	0	0	4	11,1

Tabella 11.

Parametro considerato	Gravidanze successive		Sterilità second. involontaria		Controlli	
	N. casi	%	N. casi	%	N. casi	%
<i>In necrosi</i>	4	11,1	1	4,0	2	5,4
<i>In gravidanza</i>	6	16,7	1	4,0	3	8,1
<i>Apertura cavità</i>	1	2,8	2	8,0	2	5,4
<i>Interventi complem.</i>	14	38,9	13	52,0	14	37,8
resezione ovarica	4	11,1	2	8,0	7	18,9
annessiectomia	1	2,8	5	20,0	4	10,8
appendicectomia	1	2,8	0		2	5,4
Perrin-Legér	0		1	4,0	0	
cerch. sec. Benson	1	2,8	0		0	
viscerolisi (*)	3	6,3	8	32,0	0	
asport. idat. Morgagni	1	2,8	0		1	4,0
isteropessi sec. Cova	5	13,9	2	8,0	4	10,8
<i>Decorso post-operatorio</i>						
regolare	28	77,7	15	60,0	25	67,6
subfebrile	6	16,7	6	24,0	6	16,2
febrile	2	5,6	4	16,0	6	16,2
<i>Ricomparsa sintomi</i>						
algie pelviche	11	30,6	12	48,0	11	29,7
perdite ematiche	6	16,7	2	8,0	6	16,2
menorragie	4	11,1	4	16,0	10	27,0
dismenorrea	1	2,8	8	32,0	9	24,3
lombalgie	1	2,8	2	8,0	1	2,7
febbre	0		0		1	2,7
sindr. premestruale	0		0		3	8,1
meteorismo	0		1	4,0	1	2,7
disuria	0		1	4,0	0	

(\*) =  $P < 0,05$

Globalmente, fino ad oggi, nelle 122 pazienti controllate a distanza, si sono verificate 42 gravidanze successive all'intervento, di queste 29 sono esitate nella nascita di neonati vivi e vitali e 13 in aborto. In definitiva 28 pazienti (22,95%) hanno partorito almeno un feto vivo e vitale, dopo essere state sottoposte alla laparo-miomectomia; le capacità riproduttive post-operatorie sono risultate conservate nel 58,1% (36 su 62) delle pazienti interessate a questa funzione, e nel 45,2% (28 su 62) si è ottenuta la nascita di un feto vivo e vitale.

Abbiamo, quindi, voluto valutare se l'intervallo di tempo, intercorso tra la esecuzione della laparo-miomectomia e la prima gravidanza successiva all'intervento, avesse qualche importanza nel determinare l'esito della gravidanza stessa (tab. 8). Nella nostra casistica abbiamo potuto rilevare come un intervallo di tempo inferiore ad un anno determinasse una significativa maggiore incidenza di aborti rispetto ai casi in cui quest'intervallo era stato invece più lungo. Le modalità dell'espletamento del parto, invece, non sembrano dipendere da questo parametro,

Tab. 12. — *Miomectomie in gravidanza.*

Parametro considerato	N. casi	%	Parametro considerato	N. casi	%
<i>Numero miomi</i>			<i>Esito gravidanza in atto</i>		
1	20	74,1	aborto	1	3,7
2	3	11,1	parto spontaneo	13	48,1
3	0		applicazione di V.E.M.	1	3,7
+	4	14,8	taglio cesareo	12	44,4
<i>Sede miomi</i>			<i>Decorso post-operatorio (**)</i>		
sottomucoso	2	7,4	regolare	25	92,6
intramurale	14	51,9	febbrile	2	7,4
sottosieroso	10	37,0	subfebbrile	0	
intrafigamentario	1	3,7	<i>Cause sterilità secondaria</i>		
peduncolato	4	14,8	volontaria	3	11,1
<i>Localizzazione miomi</i>			involontaria	1	3,7
fondo	9	33,3	paura complicazioni	5	18,5
parete anteriore	7	25,9	sconsiglio medico	3	11,1
parete posteriore	5	18,5	assenza di dati	7	25,9
parete laterale	1	3,7	<i>Età</i>		
istmo (*)	6	22,2	fino a 20 anni	0	
angolo tubarico	2	7,4	21 - 30 » (**)	13	48,1
<i>Volume miomi</i>			31 - 35 »	6	22,2
piccolo	6	22,2	36 - 40 »	7	25,9
medio	5	18,5	oltre i 40 »	1	3,7
grande	11	40,7	<i>Parità</i>		
voluminoso	6	22,2	0	14	51,9
<i>Miomi in necrosi (*)</i>	7	25,9	1	9	33,3
<i>Gavidanze successive</i>	6	22,2	2	0	
<i>Esito gravidanze successive</i>			3 o +	4	14,8
aborto	1	14,3			
parto spontaneo	4	57,1			
applicazione di V.E.M.	1	14,3			
taglio cesareo	1	14,3			

(\*) =  $P < 0,01$ ; (\*\*) =  $P < 0,05$ 

poiché in tutti i sottogruppi l'incidenza relativa del taglio cesareo è abbastanza simile ed ammonta circa al 50 % delle gravidanze giunte a termine.

Nella tab. 9 abbiamo riportato gli interventi successivi alla laparo-miomectomia effettuati nelle 122 pazienti controllate a distanza. Come si nota solo 10 pazienti (8,2 %) sono state rioperate, e più precisamente solo in 7 (5,7 %) è stato necessario effettuare un intervento demolitore; da questi dati appare evidente come le recidive del miofibroma uterino siano,

nella nostra casistica, molto rare, confermando indirettamente la validità dell'intervento conservativo.

Nelle tabb. 10 e 11 abbiamo riportato il confronto, per i diversi parametri considerati, tra pazienti con gravidanze successive alla laparo-miomectomia, pazienti con sterilità secondaria involontaria e pazienti di controllo con sterilità secondaria volontaria. Da questo confronto pur potendosi rilevare che le gravidanze successive sono più frequenti nelle pazienti più giovani, con un unico fibroma, soprattutto

to se peduncolato, non sito sul fondo o in corrispondenza dell'angolo tubarico, in cui durante l'esecuzione dell'intervento non è stato necessario aprire la cavità uterina, in cui il decorso post-operatorio non è stato febbrile, la ricomparsa dei sintomi è meno frequente, ed in modo particolare nelle pazienti in cui la miomectomia è stata effettuata nel corso di gravidanza, tuttavia, l'unica differenza risultata significativa all'analisi statistica è risultata essere rappresentata dall'esecuzione o meno della viscerolisi complementare, ovviamente nel senso che questa eventualità sembra notevolmente più rappresentativa nelle pazienti con sterilità secondaria involontaria che non negli altri due sottogruppi.

Infine per quanto si riferisce alle 27 pazienti sottoposte a laparo-miomectomia in corso di gravidanza (tab. 12), ci sembra interessante sottolineare come nel 96,3 % di questi casi la gravidanza sia proseguita normalmente ed abbia esitato nella nascita di un feto vivo e vitale. In queste pazienti, inoltre, rispetto a quelle operate al di fuori della gravidanza sembra statisticamente significativa una maggiore incidenza di localizzazioni del mioma in corrispondenza dell'istmo, di presenza di focolai di necrosi all'interno del mioma, di un decorso post-operatorio non febbrile, e di una età inferiore ai 30 anni. Il particolare trattamento farmacologico complementare da attuare in periodo perioperatorio e gli accorgimenti da seguire nella esecuzione dell'anestesia generale di queste pazienti sono stati già oggetto di un nostro precedente studio, cui rimandiamo per eventuali dettagli (29).

## CONCLUSIONI

Dai risultati del nostro studio ci sembra di poter trarre alcune considerazioni conclusive:

I) Viene confermata l'attuale validità terapeutica della laparomiomectomia conservativa, allorché la paziente desidera

conservare le proprie capacità riproduttive e/o mestruali.

II) L'intervento conservativo può essere affrontato tranquillamente, poiché i rischi per la paziente, in tema di mortalità, morbilità, sequele a distanza e possibilità di recidiva del miofibroma risultano attualmente notevolmente ridotti se non del tutto assenti, e comunque non differiscono in modo significativo da quelli esistenti per gli interventi demolitori.

III) La funzione riproduttiva nelle pazienti sottoposte a laparo-miomectomia risulta conservata nel 58,1 % delle pazienti interessate ad essa, e nel 45,2 % di queste si è ottenuta la nascita di un feto vivo e vitale dopo la esecuzione dell'intervento chirurgico.

IV) Nella nostra casistica, sulla base delle caratteristiche del mioma, del decorso post-operatorio e dell'età e parità delle pazienti non è possibile prevedere quali pazienti, dopo l'intervento, potranno avere gravidanze e quali invece andranno incontro ad una sterilità secondaria.

V) Per quanto riguarda, infine, le laparo-miomectomie effettuate in corso di gravidanza, l'intervento conservativo appare totalmente consigliabile, poiché consente nel 96,3 % dei casi (26 su 27) di condurre a termine la gestazione con la nascita di feti vivi e vitali. Anche il decorso post-operatorio, nella nostra casistica, appare migliore in queste pazienti rispetto a quelle operate al di fuori della gravidanza.

## RIASSUNTO

Negli anni 1968-74, nella Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Padova, la laparo-miomectomia conservativa è stata effettuata nel 13,9 % delle pazienti affette da miofibroma dell'utero, sottoposte ad intervento chirurgico. Durante la gravidanza, l'intervento conservativo è stato effettuato, invece, nel 93,1 % dei casi operati. Il controllo longitudinale a distanza di 122 pazienti miomectomizzate ha permesso di accertare che le capacità riproduttive dopo l'intervento erano presenti nel 58,1 % e che nel 45,2 % si era verificata la nascita di un feto vivo e vitale. Sulla base

delle caratteristiche anatomiche dei miomi e dei fattori costituzionali ed anamnestici delle pazienti, non è possibile prevedere il futuro ostetrico delle pazienti da sottoporre a miomectomia.

Per quanto riguarda le miomectomie in gravidanza, invece, nel 96,3% l'esecuzione dell'intervento sembra non influire negativamente sul decorso e sul normale proseguimento della gestazione in corso, consentendo la nascita di feti vivi e vitali. I risultati ottenuti sono stati sottoposti ad analisi statistica.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) Accigliaro G., Zanolò L.: *Attual. Ost. Gin.*, 23, 702, 1977.
- 2) Andreoli C.: *Atti Soc. It. Ost. Gin.*, 52, 339, 1966.
- 3) Bonney V.: *J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, 29, 591, 1922.
- 4) Bottiglioni F.: *Atti Soc. It. Ost. Gin.*, 56, 822, 1974.
- 5) Brown A.B., Chamberlain R., Telinde R. W.: *Am. J. Obst. Gyn.*, 71, 759, 1956.
- 6) Candiani G.B., Tronconi G.: *Interventi conservatori sull'utero (la miomectomia). In Fertilità e Sterilità*, Atti Corso di Agg. sulla sterilità coniugale. Palermo, 19-24/4/1971, Ed. Piccin, Padova, 1972.
- 7) Candiani G.B., Vignali M.: *La chirurgia della fertilità uterina. Prospettive e limiti*. Atti II Corso di Agg. O.M. «Cà Granda», 25-27/3/1974, pag. 167.
- 8) Colombino C.: *Ann. Ost. Gin.*, 57, 361, 1925.
- 9) D'Andrea A.: *Miomectomia in gravidanza. Scritti in onore del Prof. Tesauro G.*, 1, 607, 1963.
- 10) Davids A.M.: *Am. J. Obst. Gyn.*, 63, 592, 1952.
- 11) Davids A.M.: *Surg. Clin. N. Am.*, 37, 563, 1957.
- 12) Eiseman J.R.: *Am. J. Obst. Gyn.*, 28, 561, 1934.
- 13) Finn W. F., Muller P.F.: *Am. J. Obst. Gyn.*, 60, 109, 1950.
- 14) Garrufi S., Benzi G., Giannice C.: *Min. Gin.*, 16, 309, 1964.
- 15) Giles A.E.: *J. Obst. Gyn. Brit. Emp.*, 29, 608, 1922.
- 16) Grandin D.J.: *Am. J. Obst. Gyn.*, 57, 532, 1949.
- 17) Guerrero C.D.: *Int. J. Fertil.*, 7, 167, 1962.
- 18) Hilesmaa V., Kauraniemi T.: *Ann. Chir. Gyn. Fenn.*, 49, 254, 1960.
- 19) Ihaliotis S.: *Gyn. Prat.*, 9, 231, 1958.
- 20) Lardaro H.H.: *Am. J. Obst. Gyn.*, 79, 43, 1960.
- 21) Mahon R.: *Rev. Franc. Obst. Gyn.*, 1, 32, 1934.
- 22) Mahon R., Grandin R.: *Rev. Franc. Gyn. Obst.*, 42, 311, 1947.
- 23) Moracci E.: *Miofibroma uterino ed infertilità primaria. Importanza della miomectomia estensiva. Scritti in onore del Prof. Tesauro G.*, vol. II, 1439, Montanino, Napoli, 1962.
- 24) Moracci E.: *Min. Gin.*, 15, 1019, 1963.
- 25) Moracci E.: *Osservazioni e rilievi sulla terapia chirurgica della sterilità ed infertilità da miofibroma uterino*. Atti VIII Congr. Naz. Soc. It. Fert. Steril., Salsomaggiore Terme 20-22/6/1975, Ed. Minerva Medica, pag. 123, 1975.
- 26) Parks J., Barter R.M.: *Am. J. Obst. Gyn.*, 63, 260, 1952.
- 27) Pierson R.N.: *Am. J. Obst. Gyn.*, 14, 333, 1927.
- 28) Remotti G., Tronconi G.: *Ann. Ost. Gin.*, 86, 582, 1965.
- 29) Rondinelli M., Tambuscio B., Suma V., Donato A., De Laurentiis G.: *Riv. It. Gin.*, 1978 (in corso di stampa).
- 30) Zanella S.: *Atti Soc. It. Ost. Gin.*, 42, 892, 1952.