



CAUSAS ORGÁNICAS DE SUA

MIOMAS Y PÓLIPOS

DRA. MERITXELL GRACIA

Hospital Clínic
Barcelona



LOS MIOMAS UTERINOS...

SON LA **CAUSA MÁS FRECUENTE DE PATOLOGÍA GINECOLÓGICA** EN LA MUJER Y LA PRINCIPAL CAUSA DE SUA EN MUJERES DE **ENTRE 40-50 AÑOS**

LA MAYORÍA SON ASINTOMÁTICOS Y NO REQUERIRÁN TRATAMIENTO.
PREVALENCIA REAL 77% (CLÍNICA 25-30%)

PROBLEMA CLÍNICO Y SANITARIO IMPORTANTE CON IMPLICACIÓN EN COSTES SANITARIOS, CALIDAD DE VIDA. UNO DE LOS PROBLEMAS GINECOLÓGICOS MÁS FRECUENTES DE CONSULTA

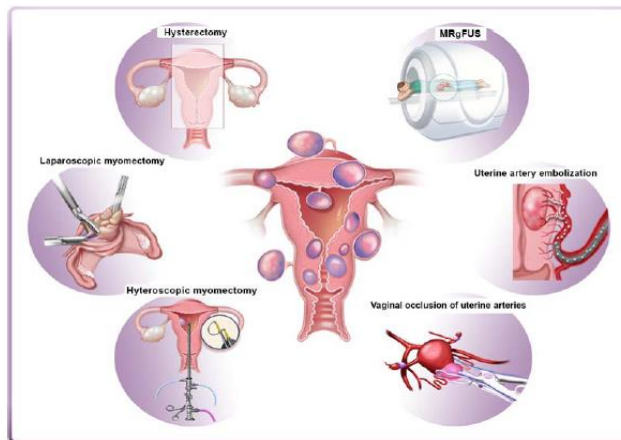
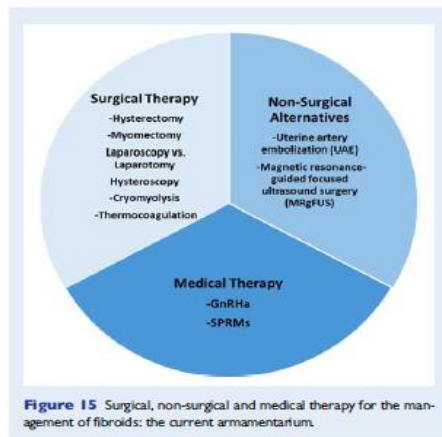
EL 75% DE LAS HISTERECTOMÍAS PRACTICADAS, SON POR SUA ASOCIADAS A MIOMAS

1. Gupta S, Jose J, Manyonda I. Clinical presentation of fibroids. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2008;22(4):615-626..
2. Evans P, Brunsell S. Uterine fibroid tumors: diagnosis and treatment. Am Fam Physician 2007;75(10):1503-1508.
3. Collins J, Crosignani PG. Endometrial bleeding. Hum Reprod Update 2007;13(5):421-431.
4. Downes E et al, European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2010; 152:96-102

SU TRATAMIENTO SE BASA EN LA DECISIÓN EN CUANTO A...

- Severidad de los síntomas.
- Tamaño-número-localización.
- Deseo reproductivo.
- Proximidad a la menopausia.
- Deseo de preservación uterina...
- TRATAMIENTO CADA VEZ MÁS INDIVIDUALIZADO.





Human Reproduction Update, Vol.22, No.6 pp. 665–686, 2016

Advanced Access publication on July 27, 2016 doi:10.1093/humupd/dmw023

human
reproduction
update

GRAND THEME REVIEW

Uterine fibroid management: from the present to the future

Jacques Donnez^{1,*} and Marie-Madeleine Dolmans²



EN LA ACTUALIDAD...

**EL TRATAMIENTO
DE MIOMAS
SINTOMÁTICOS SE
SIGUE BASANDO
EN LA CIRUGÍA
EN LA MAYOR PARTE
DE LOS CASOS.**

Control inadecuado del sangrado	70%	
No mejoría en parámetros de calidad de vida	46%	
Control inadecuado del dolor	32%	
Problemas de fertilidad	37%	
Preferencias de la paciente	19%	
Ef 2arios del tto médico	16%	



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL MIOMA



Hysterectomy is the most effective treatment for symptomatic uterine fibroids. (III)

Myomectomy is an option for women who wish to preserve their uterus or enhance fertility, but carries the potential for further intervention. (II-2)

Hysteroscopic myomectomy should be considered first-line conservative surgical therapy for the management of symptomatic intracavitary fibroids. (II-3A)

7. Anemia should be corrected prior to proceeding with elective surgery. (II-2A) Selective progesterone receptor modulators and gonadotropin-releasing hormone analogues are effective at correcting anemia and should be considered preoperatively in anemic patients. (I-A)



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL MIOMA



1.7.3 When surgery for fibroid-related HMB is felt necessary then UAE, myomectomy and hysterectomy must all be considered, discussed and documented. [2007]

1.7.5 Myomectomy is recommended for women with HMB associated with uterine fibroids and who want to retain their uterus. [2007]

1.8.1 Hysterectomy should not be used as a first-line treatment solely for HMB. Hysterectomy should be considered only when:

- other treatment options have failed, are contraindicated or are declined by the woman
- there is a wish for amenorrhoea
- the woman (who has been fully informed) requests it
- the woman no longer wishes to retain her uterus and fertility. [2007]



TRADICIONALMENTE EL TRATAMIENTO MÉDICO CONSERVADOR SE BASABA EN LOS FUNDAMENTOS:

CONTROL DEL SANGRADO UTERINO ANORMAL

(MEDIANTE ACO, AGNRH, PROGESTÁGENOS, DIU DE LEVONORGESTREL...
SIN ALTERAR DE FORMA SIGNIFICATIVA EL VOLUMEN TUMORAL).

DISMINUCIÓN PREOPERATORIA DEL TAMAÑO TUMORAL

(MEDIANTE AGNRH, RECUPERADA RÁPIDAMENTE TRAS EL CESE DEL TRATAMIENTO).

CONTROL DE LOS SÍNTOMAS EN CASO DE CONTRAINDICACIÓN DE LA CIRUGÍA.



TRATAMIENTO MÉDICO

SABEMOS
QUE
...

Ningún tratamiento médico hace
desaparecer los miomas.

El tratamiento para pacientes con miomas
está destinado al **tto de los síntomas.**

No está justificado el tratamiento médico
en **pacientes asintomáticas.**



TRATAMIENTOS MÉDICOS DISPONIBLES

AGENTES ANTIFIBRINOLÍTICOS: ÁCIDO TRANEXÁMICO.

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS-PROGESTÁGENOS.

DIU MIRENA.

AGNRH.

MODULADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES DE ESTRÓGENOS (SERM'S).

MODULADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES DE PROGESTERONA (SPRM'S).

INHIBIDORES DE LA AROMATASA.

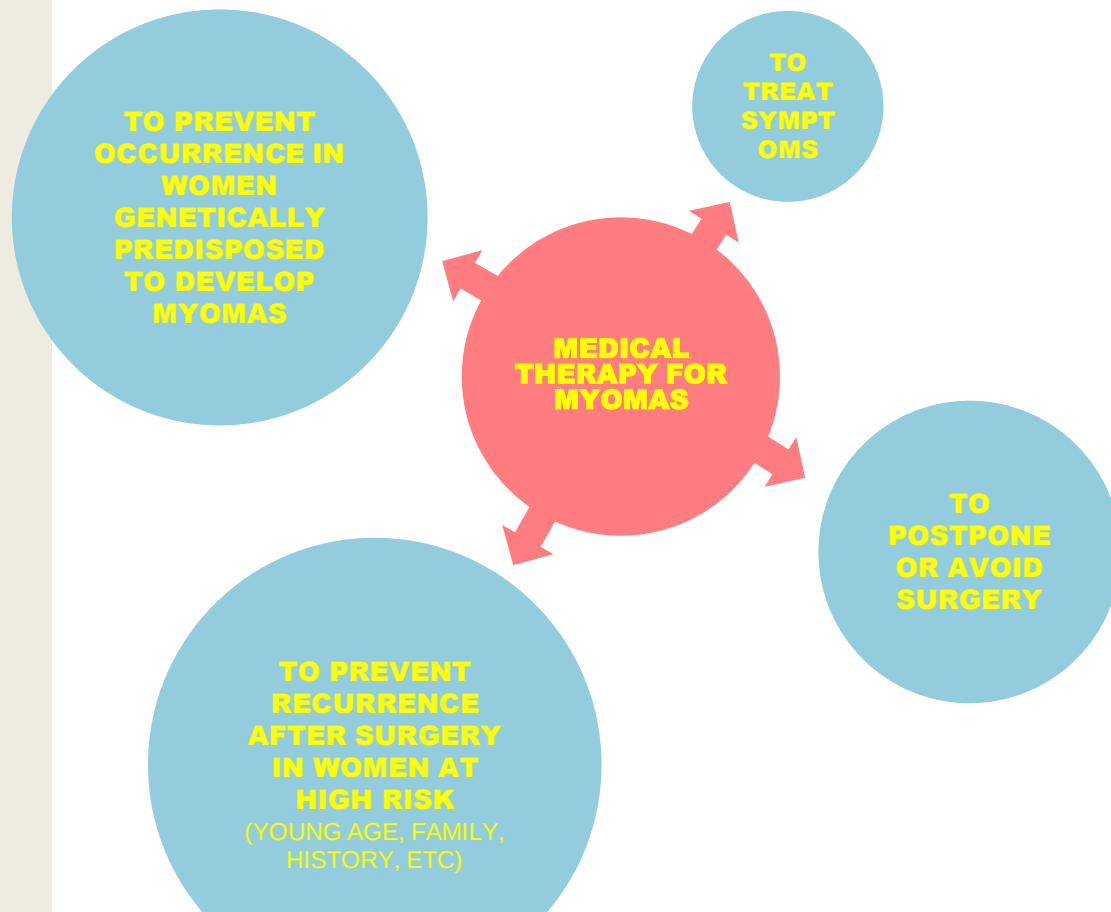
ANÁLOGOS DE LA SOMATOSTATINA.

VITAMINA D.

EXTRACTO DE TE VERDE (EGCG).

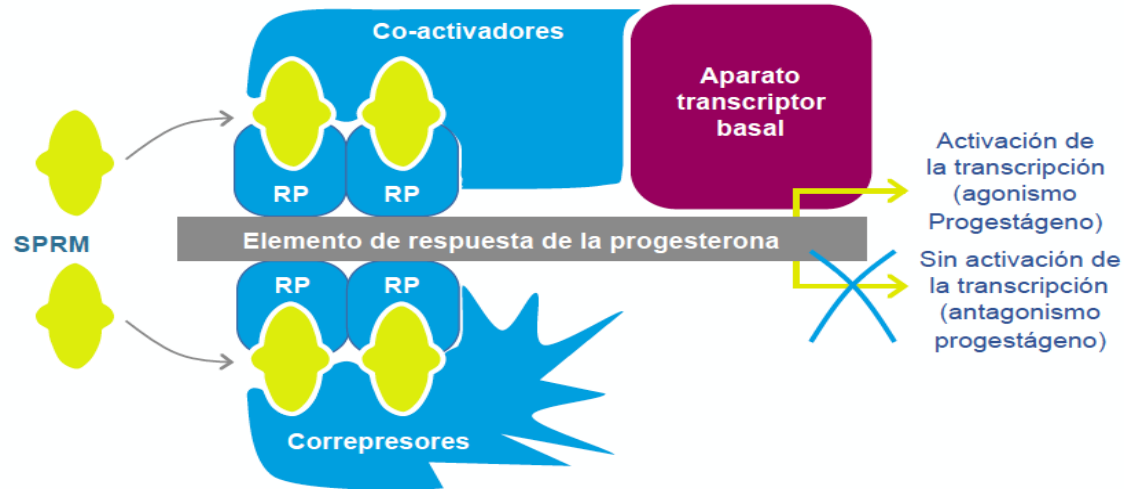


New perspective: MEDICAL THERAPY FOR MYOMAS

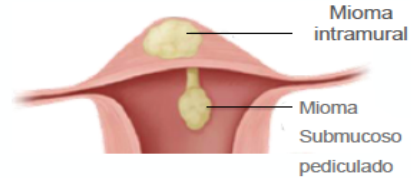




TRATAMIENTOS MÉDICOS DISPONIBLES: SPRMs.



TEJIDOS DIANA, SPRM'S: ACETATO DE ULIPRISTAL



Efecto directo sobre la exéresis tumoral disminuyendo su tamaño.



Ejerce un papel directo sobre el endometrio interrumpiendo el sangrado.

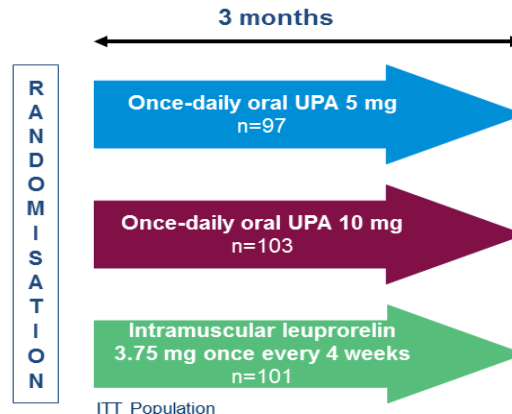
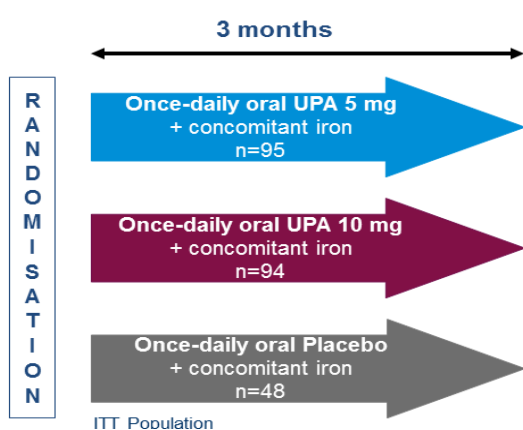
AUP Modo de Acción



AUP actúa sobre la pituitaria induciendo amenorrea.



RESUMEN ESTUDIOS AUP



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Ulipristal Acetate versus Placebo for Fibroid Treatment before Surgery

Jacques Donnez, M.D., Ph.D., Tetyana F. Tatarchuk, M.D., Ph.D.,
Philippe Bouchard, M.D., Lucian Puscasiu, M.D., Ph.D.,
Nataliya F. Zakharenko, M.D., Ph.D., Tatiana Ivanova, M.D., Ph.D.,
Gyula Ugocsai, M.D., Ph.D., Michal Mara, M.D., Ph.D., Manju P. Jilla, M.B., B.S., M.D.,
Elke Bestel, M.D., Paul Terrill, Ph.D., Ian Osterloh, M.R.C.P.,
and Ernest Loumaye, M.D., Ph.D., for the PEARL I Study Group*

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

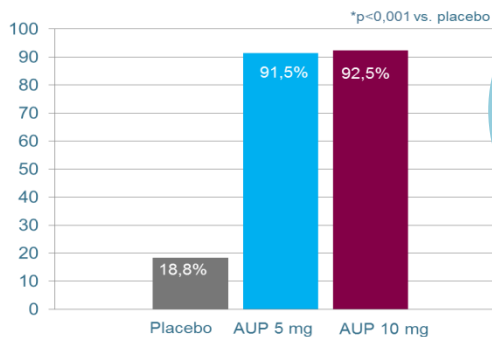
ORIGINAL ARTICLE

Ulipristal Acetate versus Leuprolide Acetate for Uterine Fibroids

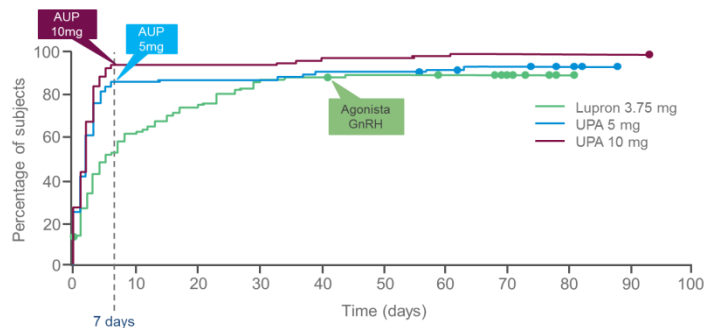
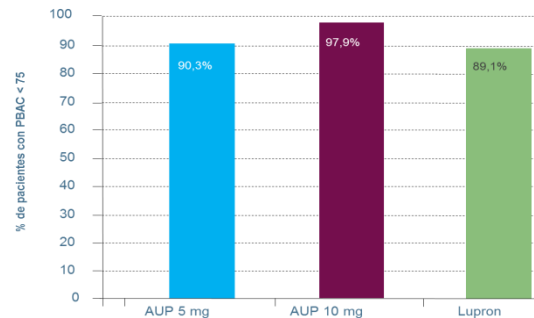
Jacques Donnez, M.D., Ph.D., Janusz Tomaszewski, M.D., Ph.D.,
Francisco Vázquez, M.D., Ph.D., Philippe Bouchard, M.D.,
Bogusław Lemieśczuk, M.D., Francesco Baró, M.D., Ph.D., Kazem Nouri, M.D.,
Luigi Selvaggi, M.D., Krzysztof Sadowski, M.D., Elke Bestel, M.D.,
Paul Terrill, Ph.D., Ian Osterloh, M.R.C.P., and Ernest Loumaye, M.D., Ph.D.,
for the PEARL II Study Group*



BENEFICIOS QUE APORTA, PEARL I-II: Sangrado

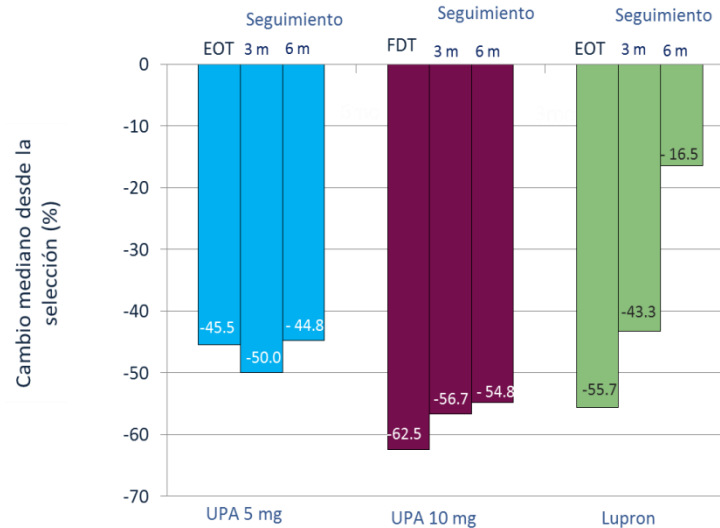


**PACIENTES
CON UN
PBAC<75 AL
FINALIZAR
TRATAMIENTO
(semana 13)
(población ITT)**





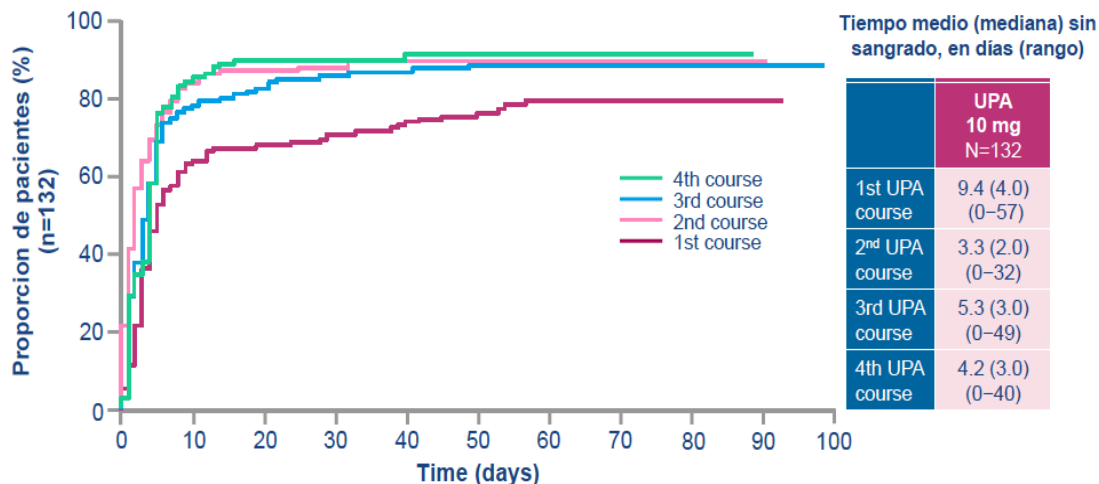
BENEFICIOS QUE APORTA, PEARL I-II: Volumen



FDT
(semana 13)
M (meses)



QUÉ APORTA PEARL III Y P III EXTENSION: SANGRADO

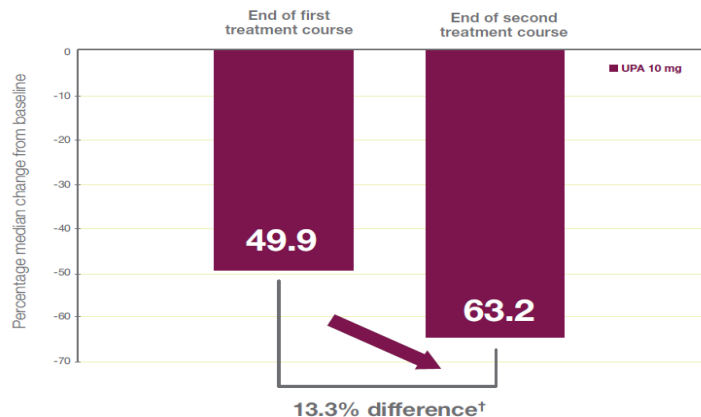


**Tras el primer ciclo de AUP 10mg, el efecto es más rápido
Y se estabiliza en los ciclos sucesivos de AUP 10mg**



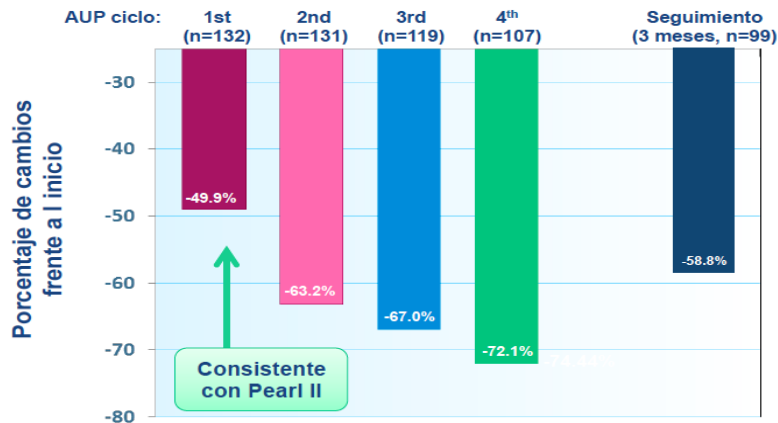
QUÉ APORTA PEARL III Y P III EXTENSION: SANGRADO

Pearl III - Median change in volume of the three largest fibroids*[†]



*Due to the comparable efficacy of the 5 mg & 10 mg doses of ulipristal acetate demonstrated in studies PEARL I & II, it is expected that similarly to the 10 mg dose, the efficacy of the 5 mg dose in the first treatment course will be maintained in the second treatment course.¹

[†]Differences between treatment courses were not tested for statistical significance.





CONCLUSIONES USO AUP MIOMA UTERINO

Control de Sangrado

- Amplia mayoría de pacientes (80%) entran en amenorrea ya en el primer ciclo
- El control de sangrado es muy rápido al inicio de cada ciclo

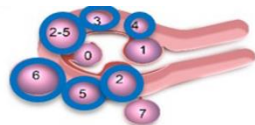
Reducción de Miomas

- 80% de las pacientes presentan una reducción significativa en la reducción del volumen de los miomas
- El volumen de los tres fibromas mayores se redujo un 72% después de 4 ciclos con AUP

Los resultados de este estudio indican que **el uso repetido de más de un ciclo optimiza los beneficios potenciales del tratamiento con AUP**
(Nuevos estudios en marcha para confirmar este dato)



Premenopausal women with type 2 to 5 myomas or multiple symptomatic type 2-5 myomas who wish to preserve their uterus



LONG-TERM INTERMITTENT SPRM THERAPY
(4 courses of 3 months)

GOOD RESPONSE

Volume reduction $\geq 25\%$
Control of bleeding

STOP

treatment until
recurrence of symptoms

INSUFFICIENT RESPONSE

in terms of volume and/or
bleeding

**Hysterectomy
Myomectomy
UAE**

Human Reproduction Update, Vol.22, No.6 pp. 665–686, 2016
Advanced Access publication on July 27, 2016 doi:10.1093/humupd/dmw023

human
reproduction
update

GRAND THEME REVIEW

**Uterine fibroid management:
from the present to the future**

Jacques Donnez^{1,*} and Marie-Madeleine Dolmans²



TRATAMIENTOS NO QUIRÚRGICOS

EAU

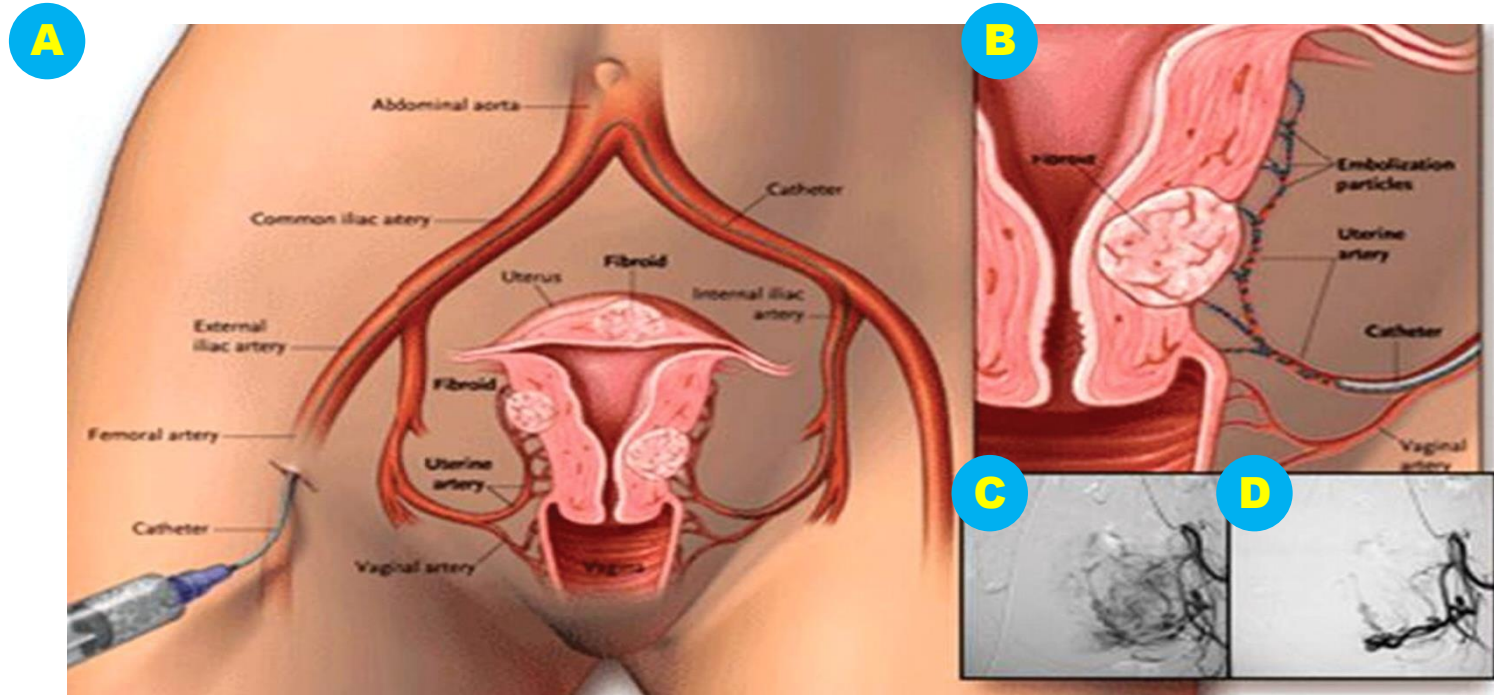
FUS- GUIADO POR ECO O RMN

OTROS

Ultrasound-guided ablation: nuevo dispositivo transcervical (VizAblate™) que combina la ecografía a tiempo real con ablación por radiofrecuencia (RF).



TÉCNICAS NO QUIRÚRGICAS MÍNIMAMENTE INVASIVAS: EAU



EAU



EAU

VENTAJAS

- **No** es un **tratamiento quirúrgico**
- **Efectivo**
 - **80 – 85%** Disminuye el sangrado
 - **70 – 80%** Disminuye el dolor

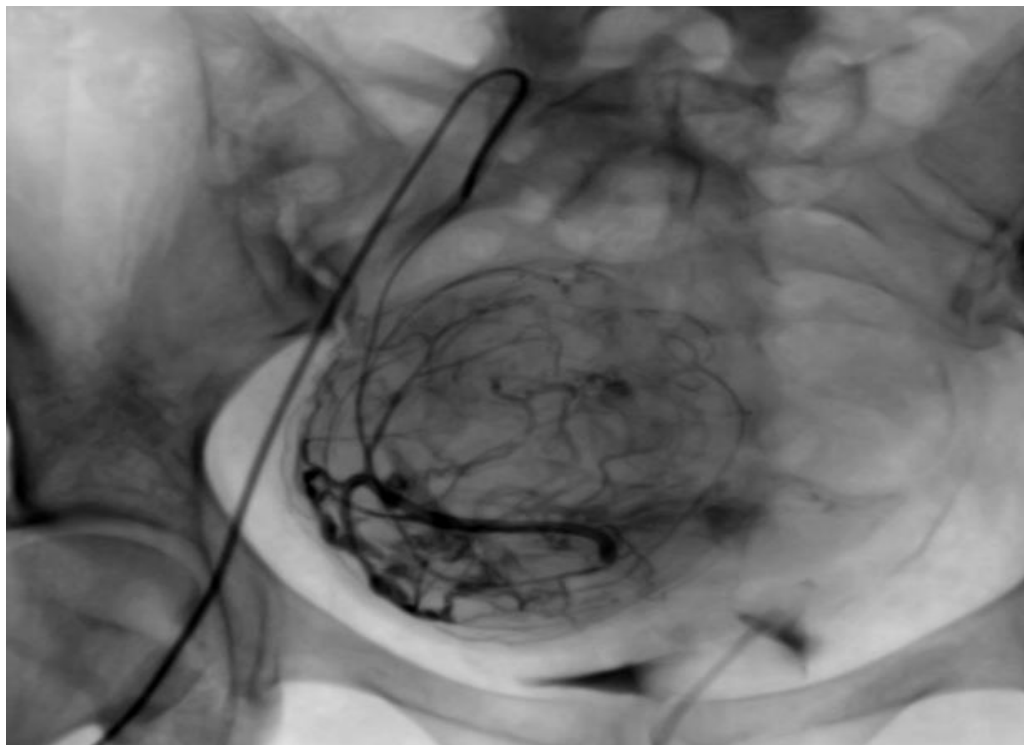
INCONVENIENTES

- Dolor **2 – 6 semanas**
- **Fertilidad controvertida**
- **Otros:** infección, reacciones alérgicas, fallo ovárico.
- **No definitivo – sangrado – tamaño recidivan a los 5 años:**

Histerectomía: 10%

Miomectomía: 3%

Nueva EAU: 2%





Cardiovasc Intervent Radiol (2013) 36:676–681
DOI 10.1007/s00270-012-0485-y



CLINICAL INVESTIGATION

ARTERIAL INTERVENTIONS

Randomized Comparison of Uterine Artery Embolization (UAE) with Surgical Treatment in Patients with Symptomatic Uterine Fibroids (REST Trial): Subanalysis of 5-Year MRI Findings

RESEARCH

www.AJOG.org

GENERAL GYNECOLOGY

Uterine artery embolization vs hysterectomy in the treatment of symptomatic uterine fibroids: 5-year outcome from the randomized EMMY trial

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 169 (2013) 69–74



Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

European Journal of Obstetrics & Gynecology and
Reproductive Biology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ejogrb



The effect of treatment preference and treatment allocation on patients' health-related quality of life in the randomized EMMY trial

Sanne M. van der Kooij^{a,b,*}, Wouter J.K. Hehenkamp^c, Erwin Birnie^d, Willem M. Ankum^b, Ben W. Mol^b, Sicco Scherjon^e, Jim A. Reekers^a



EAU

vs.

CIRUGÍA

The **REST** (multicentre randomised controlled trial comparing uterine artery embolisation with surgical treatment for uterine fibroids):

THE RATE OF MINOR COMPLICATIONS WAS HIGHER IN THE UAE GROUP. NO STUDY FOUND A SIGNIFICANT DIFFERENCE BETWEEN THE GROUPS IN MAJOR COMPLICATIONS IN EITHER SHORT- OR LONG-TERM FOLLOW-UP.

5-year follow-up data from the **EMMY** (embolization versus hysterectomy) :
There is a five-fold increase in the likelihood of needing further intervention after **UAE**.

SATISFACTION RATES WERE SIMILAR IN BOTH THE GROUPS. UAE INITIALLY APPEARS TO BE A COST-EFFECTIVE ALTERNATIVE TO HYSTERECTOMY, THE LONG-TERM FOLLOW-UP AT 5 YEARS SHOWS THAT THIS ADVANTAGE IS LOST DUE TO A SUBSEQUENT HIGHER RATE OF RE-INTERVENTION.



Buena evidencia (nivel I) de que no hay diferencias significativas entre embolización y cirugía en tasas de satisfacción a los 2 años del tratamiento ni en la tasa de complicaciones.

Comparado con la cirugía, la EAU disminuye la duración del procedimiento, menor estancia hospitalaria, tiempo de recuperación menor y disminuye la posibilidad de transfusión.

Parece estar asociada con mayores tasas de complicaciones menores (fiebre, dolor, náuseas), con una tasa más alta de reingresos (en la mayoría de los casos por fiebre o por dolor) y con un aumento de la posibilidad de requerir una segunda intervención a los 2-15 años.

Uterine artery embolization for symptomatic uterine fibroids
(Review)

Gupta JK, Sinker A, Lumsden M, Hickey M



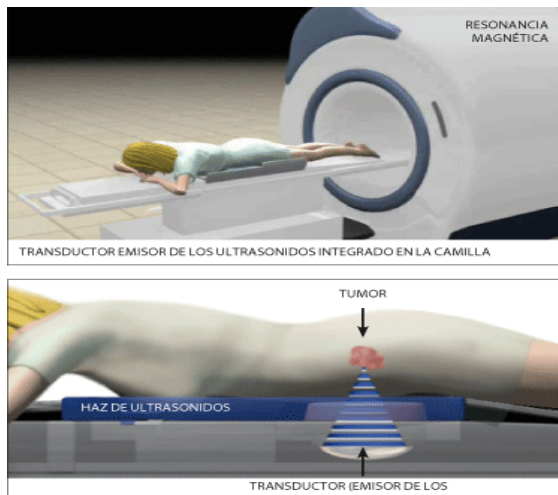


TÉCNICAS NO QUIRÚRGICAS MÍNIMAMENTE INVASIVAS: **HIFU** (High Intensity Focused Ultrasound)



Destrucción de los miomas basada en necrosis coagulativa. Método relativamente nuevo (2004 aprov FDA) de ablación térmica que utiliza ultrasonidos de alta intensidad (HIFU) que pasan a través de la pared abdominal anterior convergiendo en un punto específico (mioma) alcanzando temperaturas de 55°C-90°C suficiente para inducir necrosis. Procedimiento guiado por RMN (MR-g HIFU) o por ecografía (US-g HIFU).

CRITERIOS DE SELECCIÓN Estrictos: MIOMAS DE TAMAÑO LIMITADO, EN CARA ANTERIOR, PACIENTES NO OBESAS Y SIN CICATRICES ABDOMINALES



RECOMENDACIONES FDA

General exclusion criteria	Contraindication to MRI Contraindication to MR contrast-agent Suspected uterine malignancy Pregnancy Future childbearing plans Active pelvic infection Pedunculated subserosal fibroid (pedicle <50% of total fibroid diameter) Completely autoinfarcted fibroids
Additional exclusion criteria for MR-g HIFU	Bowel, surgical clips, implants in the planned ultrasound beam path Intrauterine device Uterine size > 24 gestation week Fibroid size > 10 cm in diameter More than 5 fibroids
Additional exclusion criteria for UAE	Severe concomitant adenomyosis Contraindication to iodinated contrast-agent Uncorrectable coagulopathy

**Tratamiento NO Hormonal 1ª Línea si:
ciclos ovulatorios, deseo genésico
o limitación tto hormonal.**

- Tempany CM et al. Radiology. 2003;226:897-905.
- Hindley J, et al. AJR Am J Roentgenol. 2004;183:1713-1719.
- Stewart EA, et al. Fertil Steril. 2006;85:22-29.
- Voogt MJ, et al. Eur Radiol. 2012;22:411-417.
- Rabinovici J, et al. Fertil Steril. 2010;93:199-209.



Contents lists available at ScienceDirect

European Journal of Radiology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ejrad

OUTCOMES

➤ Comparar EAU- FUS en cuanto a tasa de reintervenciones durante el proceso de seguimiento (media de 60 meses) por reaparición de síntomas.

➤ Comparar parámetros de calidad de vida utilizando el cuestionario validado de severidad e impacto en la calidad de vida (UFS-QoL)

During the previous 3 months, how distressed were you by ...	Not at all	A little bit	Somewhat	A great deal	A very great deal
1. Heavy bleeding during your menstrual period	1	2	3	4	5
2. Passing blood clots during your menstrual period	1	2	3	4	5
3. Fluctuation in the duration of your menstrual period compared to your previous cycles	1	2	3	4	5
4. Fluctuation in the length of your monthly cycle compared to your previous cycles	1	2	3	4	5
5. Feeling tightness or pressure in your pelvic area	1	2	3	4	5
6. Frequent urination during daytime hours	1	2	3	4	5
7. Frequent nighttime urination	1	2	3	4	5
8. Feeling fatigued	1	2	3	4	5



RESULTADOS

Comparison of long-term follow-up results in SS and Total HRQoL scores after UAE and MR-g HIFU.

UFS-QOL scores	N ^a	UAE median (25th and 75th)	MR-g HIFU median (25th and 75th)	p value (Mann-Whitney U)
SS	48	6.3 (2.3–25.0)	26.6 (14.8–38.3)	<i>p</i> = 0.019
Total HRQoL	46	100 (91.8–100)	87.9 (83.2–97.4)	<i>p</i> = 0.049

^a Number of patients with complete subscores to allow calculation of SS and total HRQoL.

Mejoría estadísticamente significativa de la EAU respecto HIFU en cuanto a severidad de los síntomas.

La tasa de re-intervención tras EUA (5/41 = 12.2%) fue significativamente menor (< 0.001) que tras MR-g HIFU (24/36 = 66.7%) en el seguimiento a largo plazo.

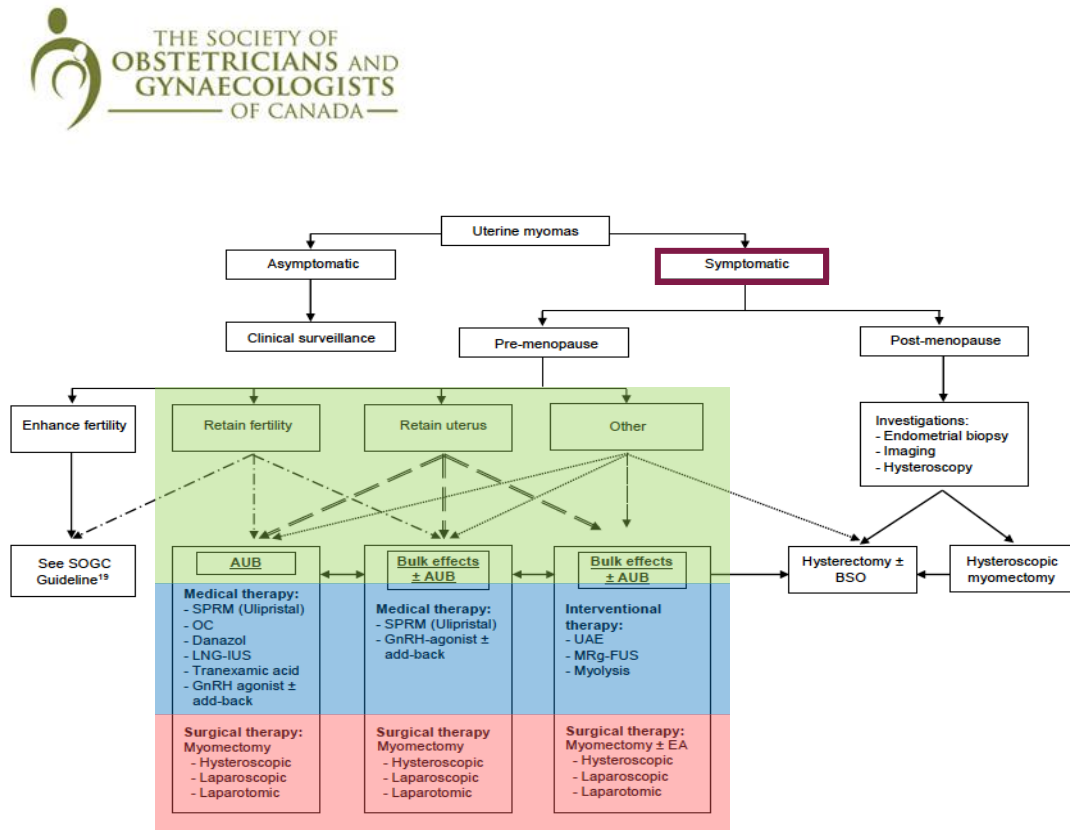
ALGORITMOS

DE TRATAMIENTO



2015

FIGURE 2
Algorithm for the
Management of
Uterine myomas





2016

NICE National Institute for
Health and Care Excellence

NICE
guideline

Heavy menstrual bleeding: assessment
and management

Clinical guideline
Published: 24 January 2007
nice.org.uk/guidance/cg44

© NICE 2007. All rights reserved. Last updated August 2016

Fibroids less than 3 cm in diameter or no fibroids

- 1.5.1 Pharmaceutical treatment should be considered where no structural or histological abnormality is present, or for fibroids less than 3 cm in diameter which are causing no distortion of the uterine cavity. [2007]

IUD-LNG
Ac Tranexamic
Progestins

Fibroids 3 cm or more in diameter

- 1.5.11 Offer ulipristal acetate 5 mg (up to 4 courses)^[1] to women with heavy menstrual bleeding and fibroids of 3 cm or more in diameter, and a haemoglobin level of 102 g per litre or below. [new 2016]
- 1.5.12 Consider ulipristal acetate 5 mg (up to 4 courses)^[1] for women with heavy menstrual bleeding and fibroids of 3 cm or more in diameter, and a haemoglobin level above 102 g per litre. [new 2016]

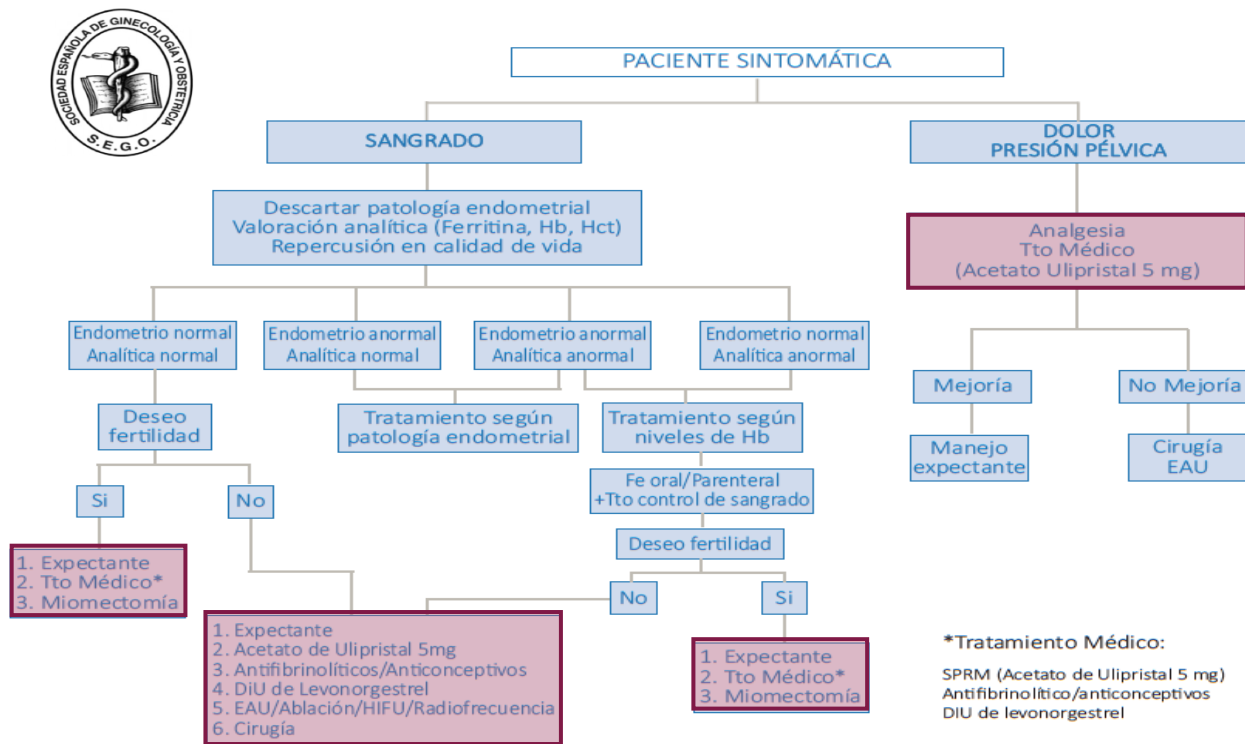
UPA



2015

FIGURE 8

Manejo de los Miomas en la Paciente Sintomática



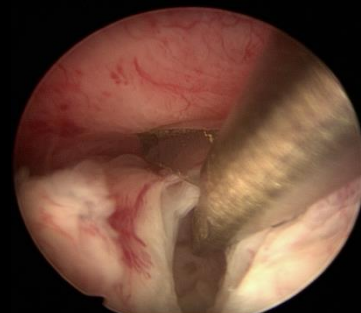
LOS PÓLIPOS ENDOMETRIALES

- Son la causa del **15% de SUA** en edad reproductiva y **25% en la menopausia**; Prevalencia estimada **24% (Kurman)**
- **Mecanismo de SUA:** Fricción continua y atrofia progresiva de la superficie del pólipo; infartos vasculares; malignidad

HISTEROSCOPIA

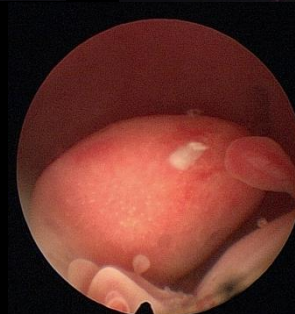
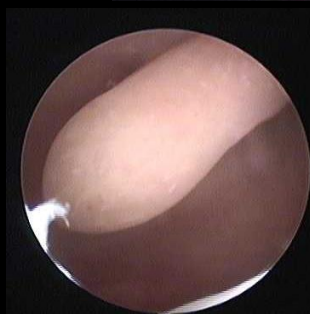
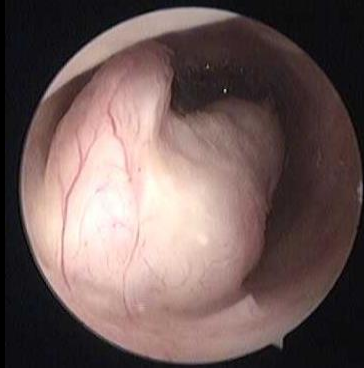
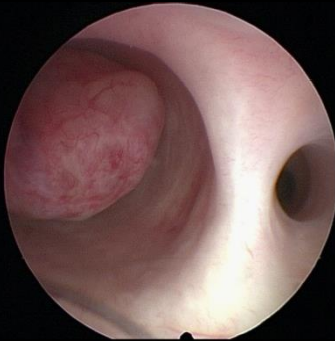
CONFIRMA PRESENCIA DEL PÓLIPO, LOCALIZACIÓN, TAMAÑO, VALORA RIESGO DE MALIGNIDAD POR EL ASPECTO Y PERMITE DECIDIR LA CONDUCTA A SEGUIR.

(Garuti-2001: sensibilitat **95,3%**
especificitat **95,4%** VPP **81,7%** VPN **98,9%**)





DIFERENTES ASPECTOS SEGÚN TIPO HISTOLÓGICO



HIPERPLÁSICOS: los más frecuentes

ATRÓFICOS: glándulo quísticos o fibrosos.

FUNCIONALES: igual al endometrio circundante

Adeno Miomatosis/Atípicos:
vasos atípicos, superficie irregular...



¿CONDUCTA? ¿RIESGOS?

PROCEDIMIENTO: POLIPECTOMÍA HISTEROSCÓPICA

➤ MALIGNIDAD

0,52% (1) **1,6%** (3) **3,5%** (2) **HCP: 0,87%** (5)

➤ FACTORES DE RIESGO DE MALIGNIDAD

Menopausia (1,2,4)

Edad (2)

SUA (1,2,4)

Tamaño del pólipo: >18 mm (3) **>10 mm** (1)

➤ OTROS FACTORES

Asociados pero no estadísticamente significativos:
HTA, diabetes, obesidad, TMX, THS. (1)

1-Jian-Hua. Opportunities and Risk Factors for Premalignant and Malignant Transformation of Endometrial Polyps: Management Strategies JMIG Jan.2010;17(1):53-58

2-Baiocchi G. Malignancy in endometrial polyps: a 12-year experience AJOG Nov. 2009; 201:462.e1-4

3-Ferazzoli E. How often are endometrial polyps malignant in asymptomatic postmenopausal women? A multicenters study. AJOG March 2009; 200:235.e1-235.e6

4-Lee S C. The oncogenic potential of endometrial polyps. A systematic review and meta-analysis. Obstet Gynecol Nov.2010; 116(5):1197-1205

5-Martinez MA Prog.Obstet Ginecol 2004;47(11):506-10.



MUCHAS
GRACIAS