



# CHIRURGIA MINI INVASIVA E TERAPIA MEDICA IN GINECOLOGIA

FORMAZIONE E ACCREDITAMENTO

**1° MEETING NAZIONALE SICMIG**  
**1° CONFERENZA DEI VALUTATORI CEG**  
**SIMPOSIO SIFIOG**

#### PRESIDENTI

Bruno Andrei, Irene Cetin, Francesco Leone, Massimo Luerti

#### COMITATO DI PRESIDENZA

Mauro Busacca, Massimo Candiani, Walter Costantini, Luigi Fedele  
Enrico Ferrazzi, Angelo Maggioni, Mario Meroni, Franco Vicariotto

**MILANO 9-11 GIUGNO 2011**  
**Padiglione LITA**  
**Polo Universitario L. Sacco, Milano**

Sistema Sanitario  Regione Lombardia



Associazione Ginecologi Consulenti



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



Società di Congressi s.n.c.

Tel. e Fax +39 0371427353, Mob. +39 3385304826

segreteria@eurogyn.it – [www.eurogyn.it](http://www.eurogyn.it)

PROVIDER ECM



**AZIENDA  
OSPEDALIERA  
DELLA  
PROVINCIA  
DI LODI**

## **DESCRIZIONE DEL CONGRESSO E OBIETTIVI**

La chirurgia sta progressivamente e inevitabilmente progredendo verso interventi sempre meno invasivi. Gli obiettivi della chirurgia miniinvasiva, ovvero la riduzione del dolore postoperatorio senza necessità di alte dosi di analgesici, la riduzione del tasso di morbilità e complicanze, la rapida mobilizzazione, la riduzione della durata della degenza e del recupero postoperatorio e un più rapido ritorno alle normali attività, si ottengono minimizzando il trauma ai tessuti.

La miniaturizzazione degli accessi cutanei è solo una delle tante modalità attraverso le quali raggiungere questi obiettivi e non è certo l'unico motivo che rende la mini invasività particolarmente importante per la chirurgia ginecologica, che tratta donne per la maggior parte giovani, in piena attività lavorativa o con un carico familiare sulle spalle.

La Scuola Italiana di Chirurgia Mini Invasiva Ginecologica (SICMIG) ha come missione quella di insegnare e diffondere le tecniche di chirurgia ginecologica mini invasiva, mentre, in parallelo, il Servizio per il Credito in Endoscopia Ginecologica (CEG) ha il compito di accreditare gli operatori e le strutture del nostro paese.

Questo evento celebra il I° Congresso Nazionale della Scuola e vedrà partecipare, oltre a tutti i consiglieri, anche un buon numero di specializzandi e di giovani specialisti in formazione, grazie alla partecipazione gratuita concessa a queste due categorie.

Uno spazio è stato dedicato anche alla terapia medica in Ginecologia, sempre propedeutica e complementare alla chirurgia e all'ecografia, strumento sempre più indispensabile per una corretta diagnosi e selezione dei casi.

Il Congresso si svolgerà attraverso lezioni frontali con interazione tendente a verificare l'impatto delle relazioni sui convincimenti clinici dei partecipanti, attraverso seminari e simposi e attraverso corsi a numero chiuso, miranti ad una formazione eminentemente pratica in alcuni particolari settori della chirurgia.

### **I PRESIDENTI**

Bruno Andrei, Irene Cetin, Francesco Leone, Massimo Luerti

### **IL COMITATO DI PRESIDENZA**

Mauro Busacca, Massimo Candiani, Walter Costantini, Luigi Fedele  
Enrico Ferrazzi, Angelo Maggioni, Mario Meroni, Franco Vicariotto

*Scuola Italiana di Chirurgia  
Mini Invasiva Ginecologica*

**Direttore:** Bruno Andrei

**Segretario:** Massimo Luerti

**Coordinatore Scientifico:** Gian Benedetto Melis

**Consiglieri**

Angioni Stefano  
Barbieri Fabrizio  
Bernasconi Francesco  
Bettocchi Stefano  
Biffignandi Filippo  
Bracco Gian Luca  
Cagnacci Angelo  
Candiani Massimo  
Cela Vito  
Cicinelli Ettore  
Colacurci Nicola  
Costantini Walter  
De Angelis Carlo  
Di Spiezio Sardo Attilio  
Farrugia Martin  
Fasolino Antonio  
Fiaccavento Andrea  
Florio Pasquale  
Gargiulo Tigellio  
Garuti Giancarlo  
Landi Stefano  
Leone Francesco P.G.  
Litta Pietro  
Mangino Francesco  
Marchino Gianluigi  
Nappi Carmine  
Nappi Luigi  
Pace Sebastiano  
Perino Antonio  
Porcelli Alfredo  
Soriano David  
Tiso Ennio  
Vitobello Domenico  
Volpe Annibale  
Zaccoletti Riccardo

## RELATORI E MODERATORI INVITATI

- B. Andrei (Parma)*  
*M. Andreotti (Novafeltria, RN)*  
*S. Angioni (Cagliari)*  
*F. Barbieri (Bussolengo, VR)*  
*M. Barbieri (Milano)*  
*G. Benassi (Parma)*  
*P. Beretta (Busto Arsizio, VA)*  
*F. Bernasconi (Milano)*  
*C.C. Bertellini (Forlì)*  
*S. Bianchi (Milano)*  
*A.M. Biella (Desio, MI)*  
*F. Biffignandi (Vigevano, PV)*  
*T. Bignardi (Milano)*  
*L. Bocciolone (Milano)*  
*G. Bolis (Milano)*  
*U. Bracale (Trento)*  
*G.L. Bracco (Lucca)*  
*M. Busacca (Milano)*  
*G. Calabrò (Milano)*  
*S. Calzolari (Firenze)*  
*M. Candiani (Milano)*  
*M. Canestrelli (Pinerolo, TO)*  
*A. Canino (Milano)*  
*A. Caputo (Peschiera, VR)*  
*R. Carminati (Legnano)*  
*E. Casolati (Milano)*  
*V. Cella (Pisa)*  
*L. Cersosimo (Roma)*  
*M. Cervigni (Roma)*  
*I. Cetin (Milano)*  
***P. Collinet (Lille, France)***  
*M. Coppola (Roma)*  
*W. Costantini (Milano)*  
*A. Crepaldi (Milano)*  
*A. Damiani (Milano)*  
*G. Dante (Modena)*  
*C. De Angelis (Roma)*  
*A. Del Corso (Peschiera, VR)*  
*R. De Stefano (Reggio Emilia)*  
*P. Di Benedetto (Udine)*
- S. Di Lernia (Milano)*  
*L. Di Luzio (Milano)*  
*A. Di Spiezio (Napoli)*  
*G. Dodi (Padova)*  
*A. Ercoli (Abano Terme, PD)*  
*C. Ermio (Lamezia Terme, CZ)*  
*G. Ettore (Catania)*  
*A. Fagotti (Roma)*  
*A. Fasolino (Salerno)*  
*L. Fedele (Milano)*  
*M. Ferrari (Milano)*  
*S. Ferraro (Catania)*  
*E. Ferrazzi (Milano)*  
*A. Fiaccavento (Peschiera, VR)*  
*D. Franchi (Milano)*  
*F. Gaboardi (Milano)*  
*L. Gandini (Milano)*  
*T. Gargiulo (Torino)*  
*G. Garuti (Lodi)*  
*G. Gesmundo (Firenze)*  
*F. Ghezzi (Varese)*  
*S. Guerriero (Cagliari)*  
*M. Gulizzi (Palermo)*  
*B. Inaudi (Cuneo)*  
*F. La Grotta (Taranto)*  
*S. Landi (Sondrio)*  
*C. Lanzani (Milano)*  
*F. P.G. Leone (Milano)*  
*V. Leone (Milano)*  
*P. Litta (Padova)*  
*S. Lomonico (Milano)*  
*M. Luerti (Milano)*  
*V. Mais (Cagliari)*  
*G. Marchino (Torino)*  
*G. Marelli (Milano)*  
*E. Marovello (Roma)*  
*L. Mencaglia (Firenze)*  
*M. Meroni (Milano)*  
*R. Milani (Monza)*  
*R. Milia (Monza)*
- G. Minini (Brescia)*  
*V. Mellone (Roma)*  
*L. Nappi (Foggia)*  
*F. Natale (Roma)*  
*B. Pacchetti (Milano)*  
*S. Palomba (Catanzaro)*  
*E. Papaleo (Milano)*  
*A. Perino (Palermo)*  
*D. Perri (Soverato, CZ)*  
*G. Perrini (Torino)*  
*P. Pifarotti (Milano)*  
*A. Porcelli (Vigevano, PV)*  
*M. G. Porpora (Roma)*  
*G. Pozzi (Siena)*  
*S. Raboni (Parma)*  
*F. Raspagliesi (Milano)*  
*R. Restivo (Giulianova, TE)*  
*A. Riccardi (Cremona)*  
*V. Savasi (Milano)*  
*L. Savelli (Bologna)*  
*S. Scalabrino (Monza)*  
*G. Scambia (Roma)*  
*V. Scotto Di Palumbo (Rieti)*  
*E. Solima (Milano)*  
*E. Somigliana (Milano)*  
*M. Spinelli (Milano)*  
*C. Sportelli (Lecco)*  
*N.. Surico (Novara)*  
*E. Torresan (Milano)*  
*G. Torrisi (Catania)*  
*P. Traversi (Lodi)*  
*P. Vadalà (Reggio Calabria)*  
*F. Vallone (Genova)*  
*P. Vercellini (Milano)*  
*F. Vicariotto (Milano)*  
*R. Viganò (Milano)*  
*M. Vignali (Milano)*  
*D. Vitobello (Milano)*  
*R. Zaccoletti (Peschiera, VR)*  
*M. Zanfrà (Tradate)*

## TAVOLA SINOTTICA

### GIOVEDI' 9 GIUGNO 2011

ORARIO	AULA MAGNA (posti 250)	AULA 2 (posti 95)	AULA 4 (posti 30)
08,00-08,45	REGISTRAZIONE DEI PARTECIPANTI		
08,45-09,00	CERIMONIA INAUGURALE		
09,00-11,00	ISTERECTOMIA: QUANDO, QUALE, COME?	EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE DEI DIFETTI DELLA STATICA PELVICA (I° parte)	<b>CORSO A NUMERO CHIUSO N.1:</b> ECOGRAFIA GINECOLOGICA DI BASE (I° parte)
11,00-11,30	COFFEE BREAK		
11,30-13,30	CHIRURGIA DELL'ENDOMETRIOSI: QUANDO, QUALE, COME?	EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE DEI DIFETTI DELLA STATICA PELVICA (II° parte)	<b>CORSO A NUMERO CHIUSO N.1:</b> ECOGRAFIA GINECOLOGICA DI BASE (II° parte)
13,30-14,30	PRANZO AL SACCO		
14,30-16,15	QUALE RUOLO PRESENTE E FUTURO DELLA CHIRURGIA ROBOTICA IN GINECOLOGIA?	IL CREDITO ENDOSCOPICO IN GINECOLOGIA	<b>CORSO A NUMERO CHIUSO N.2:</b> SUTURE IN CHIRURGIA LAPAROSCOPICA
16,15-18,00	NUOVE TECNICHE E STRUMENTAZIONI IN CHIRURGIA MINIINVASIVA		
18,00-19,00	PRE-SURGICAL LIVE SCANNING		

**VENERDI' 10 GIUGNO 2011**

ORARIO	AULA MAGNA (posti 250)	AULA 2 (posti 95)	AULA 4 (posti 30)
08,00- 13,00-	<b>LIVE SESSION CHIRURGIA MINIINVASIVA</b>	<b>SIMPOSIO SIFIOG</b> RACCOMANDAZIONI E LINEE GUIDA PER L'USO DEGLI INTEGRATORI IN GINECOLOGIA	
		<b>COFFEE BREAK</b>	
		<b>SIMPOSIO SIFIOG</b> RACCOMANDAZIONI E LINEE GUIDA PER L'USO DEGLI INTEGRATORI IN GINECOLOGIA	<b>CORSO A NUMERO CHIUSO N.4:</b> HANDS ON SU TECNICHE DI CHIRURGIA MINIINVASIVA
13,00- 14,00	<b>PRANZO AL SACCO</b>		
14,00- 18,00	TERAPIA DEI DIFETTI DELLA STATICA PELVICA	<b>SEMINARIO AGiCo-AGEO:</b> GESTIONE DEI SANGUINAMENTI UTERINI ANOMALI IN EPOCA PRE-MENOPAUSALE	<b>CORSO A NUMERO CHIUSO N.5:</b> INSTALLAZIONE E TECNICHE LAPAROSCOPICHE DI BASE CON SIMULATORE VIRTUALE
18,00- 19,00	PRE-SURGICAL LIVE SCANNING		

**SABATO 11 GIUGNO 2011**

ORARIO	AULA MAGNA (posti 250)	AULA 2 (posti 95)	AULA 4 (posti 30)	
08,00- 13,30	<b>LIVE SESSION CHIRURGIA MINIINVASIVA</b>			
		COFFEE BREAK		
13,30- 14,00	<b>VALUTAZIONE APPRENDIMENTO E GRADIMENTO PROCEDURE ECM CHIUSURA DEI LAVORI</b>			

## RELATORI E MODERATORI INVITATI

- B. Andrei (Parma)*  
*M. Andreotti (Novafeltria)*  
*S. Angioni (Cagliari)*  
*F. Barbieri (Bussolengo)*  
*M. Barbieri (Milano)*  
*G. Benassi (Parma)*  
*P. Beretta (Busto Arsizio)*  
*F. Bernasconi (Milano)*  
*C.C. Bertellini (Forlì)*  
*S. Bianchi (Milano)*  
*A.M. Biella (Desio)*  
*F. Biffignandi (Vigevano)*  
*T. Bignardi (Milano)*  
*L. Bocciolone (Milano)*  
*U. Bracale (Trento)*  
*G.L. Bracco (Lucca)*  
*M. Busacca (Milano)*  
*G. Calabrò (Milano)*  
*S. Calzolari (Firenze)*  
*M. Candiani (Milano)*  
*M. Canestrelli (Pinerolo)*  
*A. Canino (Milano)*  
*A. Caputo (Peschiera)*  
*R. Carminati (Legnano)*  
*E. Casolati (Milano)*  
*V. Cella (Pisa)*  
*L. Cersosimo (Roma)*  
*M. Cervigni (Roma)*  
*I. Cetin (Milano)*  
***P. Collinet (Lille, France)***  
*M. Coppola (Roma)*  
*W. Costantini (Milano)*  
*A. Crepaldi (Milano)*  
*A. Damiani (Milano)*  
*G. Dante (Modena)*  
*C. De Angelis (Roma)*  
*A. Del Corso (Peschiera)*  
*R. De Stefano (Reggio Emilia)*  
*P. Di Benedetto (Udine)*  
*S. Di Lernia (Milano)*
- L. Di Luzio (Milano)*  
*A. Di Spiezio (Napoli)*  
*G. Dodi (Padova)*  
*A. Ercoli (Abano Terme)*  
*C. Ermio (Lamezia Terme)*  
*G. Ettore (Catania)*  
*A. Fagotti (Roma)*  
*A. Fasolino (Salerno)*  
*L. Fedele (Milano)*  
*M. Ferrari (Milano)*  
*S. Ferraro (Catania)*  
*E. Ferrazzi (Milano)*  
*A. Fiaccavento (Peschiera)*  
*D. Franchi (Milano)*  
*F. Gaboardi (Milano)*  
*L. Gandini (Milano)*  
*T. Gargiulo (Torino)*  
*G. Garuti (Lodi)*  
*G. Gesmundo (Firenze)*  
*F. Ghezzi (Varese)*  
*S. Guerriero (Cagliari)*  
*M. Gulizzi (Palermo)*  
*B. Inaudi (Cuneo)*  
*F. La Grotta (Taranto)*  
*S. Landi (Sondrio)*  
*C. Lanzani (Milano)*  
*F. P.G. Leone (Milano)*  
*V. Leone (Milano)*  
*P. Litta (Padova)*  
*S. Lomonico (Milano)*  
*M. Luerti (Milano)*  
*M. Maffiolini (Pieve di Coriano)*  
*V. Mais (Cagliari)*  
*G. Marchino (Torino)*  
*G. Marelli (Milano)*  
*E. Marovello (Roma)*  
*L. Mencaglia (Firenze)*  
*M. Meroni (Milano)*  
*R. Milani (Monza)*  
*R. Milia (Monza)*
- G. Minini (Brescia)*  
*V. Mellone (Roma)*  
*L. Nappi (Foggia)*  
*F. Natale (Roma)*  
*B. Pacchetti (Milano)*  
*S. Palomba (Catanzaro)*  
*E. Papaleo (Milano)*  
*A. Perino (Palermo)*  
*D. Perri (Soverato)*  
*G. Perrini (Torino)*  
*P. Pifarotti (Milano)*  
*A. Porcelli (Vigevano)*  
*M. G. Porpora (Roma)*  
*G. Pozzi (Siena)*  
*S. Raboni (Parma)*  
*F. Raspagliesi (Milano)*  
*R. Restivo (Giulianova)*  
*A. Riccardi (Cremona)*  
*V. Savasi (Milano)*  
*L. Savelli (Bologna)*  
*S. Scalabrino (Monza)*  
*G. Scambia (Roma)*  
*V. Scotto Di Palumbo (Rieti)*  
*E. Solima (Milano)*  
*E. Somigliana (Milano)*  
*M. Spinelli (Milano)*  
*C. Sportelli (Lecco)*  
*N.. Surico (Novara)*  
*E. Torresan (Milano)*  
*G. Torrisi (Catania)*  
*P. Traversi (Lodi)*  
*P. Vadalà (Reggio Calabria)*  
*F. Vallone (Genova)*  
*P. Vercellini (Milano)*  
*F. Vicariotto (Milano)*  
*R. Viganò (Milano)*  
*M. Vignali (Milano)*  
*D. Vitobello (Milano)*  
*R. Zaccoletti (Peschiera)*  
*M. Zanfrà (Tradate)*

## TAVOLA SINOTTICA

### GIOVEDI' 9 GIUGNO 2011

ORARIO	AULA MAGNA (posti 250)	AULA 2 (posti 95)	AULA 4 (posti 30)
08,00-08,45	REGISTRAZIONE DEI PARTECIPANTI		
08,45-09,00	CERIMONIA INAUGURALE		
09,00-11,00	ISTERECTOMIA: QUANDO, QUALE, COME?	EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE DEI DIFETTI DELLA STATICA PELVICA (I° parte)	<b>CORSO A NUMERO CHIUSO N.1:</b> ECOGRAFIA GINECOLOGICA DI BASE (I° parte)
11,00-11,30	COFFEE BREAK		
11,30-13,30	CHIRURGIA DELL'ENDOMETRIOSI: QUANDO, QUALE, COME?	EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE DEI DIFETTI DELLA STATICA PELVICA (II° parte)	<b>CORSO A NUMERO CHIUSO N.1:</b> ECOGRAFIA GINECOLOGICA DI BASE (II° parte)
13,30-14,30	PRANZO AL SACCO		
14,30-16,15	QUALE RUOLO PRESENTE E FUTURO DELLA CHIRURGIA ROBOTICA IN GINECOLOGIA?	IL CREDITO ENDOSCOPICO IN GINECOLOGIA	<b>CORSO A NUMERO CHIUSO N.2:</b> SUTURE IN CHIRURGIA LAPAROSCOPICA
16,15-18,00	NUOVE TECNICHE E STRUMENTAZIONI IN CHIRURGIA MINIINVASIVA		
18,00-19,00	PRE-SURGICAL LIVE SCANNING		

**VENERDI' 10 GIUGNO 2011**

ORARIO	AULA MAGNA (posti 250)	AULA 2 (posti 95)	AULA 4 (posti 30)
08,00- 13,00-	<b>LIVE SESSION CHIRURGIA MINIINVASIVA</b>	<b>SIMPOSIO SIFIOG</b> RACCOMANDAZIONI E LINEE GUIDA PER L'USO DEGLI INTEGRATORI IN GINECOLOGIA	
		<b>COFFEE BREAK</b>	
		<b>SIMPOSIO SIFIOG</b> RACCOMANDAZIONI E LINEE GUIDA PER L'USO DEGLI INTEGRATORI IN GINECOLOGIA	<b>CORSO A NUMERO CHIUSO N.4:</b> HANDS ON SU TECNICHE DI CHIRURGIA MINIINVASIVA
13,00- 14,00	<b>PRANZO AL SACCO</b>		
14,00- 18,00	TERAPIA DEI DIFETTI DELLA STATICA PELVICA	<b>SEMINARIO AGiCo-AGEO:</b> GESTIONE DEI SANGUINAMENTI UTERINI ANOMALI IN EPOCA PRE-MENOPAUSALE	<b>CORSO A NUMERO CHIUSO N.5:</b> INSTALLAZIONE E TECNICHE LAPAROSCOPICHE DI BASE CON SIMULATORE VIRTUALE
18,00- 19,00	PRE-SURGICAL LIVE SCANNING		

**SABATO 11 GIUGNO 2011**

ORARIO	AULA MAGNA (posti 250)	AULA 2 (posti 95)	AULA 4 (posti 30)
08,00- 13,30	<b>LIVE SESSION CHIRURGIA MINIINVASIVA</b>		
		COFFEE BREAK	
13,30- 14,00	<b>VALUTAZIONE APPRENDIMENTO E GRADIMENTO PROCEDURE ECM CHIUSURA DEI LAVORI</b>		

# Giovedì 9 giugno 2011

## AULA MAGNA

8.00-8.45

**REGISTRAZIONE DEI PARTECIPANTI**

8.45-9.00

**CERIMONIA INAUGURALE**

**SALUTO DEL DIRETTORE GENERALE CALLISTO BRAVI**

**ISTERECTOMIA: QUANDO, QUALE, COME?**

9.00-11.00

**Moderatori:** I. Cetin, G. L. Marchino, A. Porcelli

9.00-9.20

**Isterectomia: tecniche a confronto**

M. Luerti

9.20-9.40

**Tecnica di una moderna isterectomia vaginale**

N. Surico

9.40-10.00

**Tecnica di una moderna isterectomia laparoscopica**

M. Vignali

10.00-10.20

**Isterectomia laparoscopica nelle pazienti con carcinoma endometriale e BMI elevato**

F. Ghezzi

10.20-10.40

**Classificazione dell'isterectomia totale e radicale: principi di anatomia e tecnica chirurgica**

A. Ercoli

10.40-11.00

**DISCUSSIONE**

11.00-11.30

**COFFEE BREAK**

11.30-13.30

**CHIRURGIA DELL'ENDOMETRIOSI: QUANDO, QUALE, COME?**

**Moderatori:** M. Busacca, B. Andrei, P. Beretta

11.30-11.50

**E' sempre necessario il trattamento dell'endometriosi nella paziente infertile?**

E. Somigliana

11.50-12.10

**E' sempre necessaria la chirurgia nella diagnosi e nel trattamento dell'endometriosi?**

F.P.G. Leone

**CONFRONTIAMOCI CON GLI ALTRI SPECIALISTI**

12.10-12.40

**Trattamento dell'endometriosi vescicale e ureterale**

P. Litta, F. Gaboardi

12.40-13.10

**Trattamento dell'endometriosi coloretale, quando fermarsi?**

F. Barbieri, U. Bracale

13.10-13.30

**DISCUSSIONE**

# Giovedì 9 giugno 2011

## AULA MAGNA

### **14.30-16.30** **QUALE RUOLO PRESENTE E FUTURO DELLA CHIRURGIA ROBOTICA IN GINECOLOGIA?**

**Moderatori:** M. Meroni, V. Cela

**14.30-15.00** **La robotica nella patologia ginecologica benigna**  
D. Vitobello

**15.00-15.30** **La robotica nella patologia ginecologica maligna**  
L. Bocciolone

**15.30-16.15** **Tavola rotonda e discussione: Robotica tra costi e benefici**  
M. Meroni, V. Cela, L. Bocciolone, D. Vitobello

### **16.15-18.00** **NUOVE TECNICHE E STRUMENTAZIONI IN CHIRURGIA MINIINVASIVA**

**Moderatori:** E. Ferrazzi, E. Solima, S. Landi

#### **LETTURA MAGISTRALE**

**16.15-16.35** **Laparoscopia in gravidanza: quali conseguenze per il feto?**  
I. Cetin

**16.35-16.50** **Indicazioni e limiti della single port laparoscopy (SPAL) in ginecologia**  
S. Angioni

**16.50-17.05** **Isteroscopia operativa ambulatoriale: potenzialità e limiti nella pratica clinica**  
L. Nappi

**17.05-17.20** **Il morcellatore isteroscopico: vantaggi e limiti di una tecnica alternativa**  
M. Luerti

**17.20-17.35** **Gli strumenti di sigillazione dei vasi: una evoluzione della tecnica chirurgica?**  
G Benassi

**17.35-17.50** **Utilizzo del sistema a radiofrequenza "Ligasure" in laparoscopia ginecologica**  
A. Riccardi

**17.50-18.00** **DISCUSSIONE**

**18.00-19.00**

**PRESURGICAL LIVE SCANNING**

# Giovedì 9 giugno 2011

## AULA 2

9.00-11.00

### EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE DEI DIFETTI DELLA STATICA PELVICA

**Moderatori:** G. Beretta, V. Leone, E. Casolati

9.00-9.15

#### Epidemiologia e COI delle disfunzioni vescico-uretrali

F. Bernasconi

9.15-9.30

#### Epidemiologia e classificazione delle disfunzioni colon-proctologiche

F. Di Lernia

9.30-9.45

#### Anatomia e fisiologia del pavimento pelvico

P. Pifarotti

9.45-10.00

#### L'esame obiettivo e la valutazione neuro-motoria perineale

F. Vallone

10.00-10.15

#### Il danno perineale da parto in Italia : risultati di uno studio multicentrico

G. Torrisi

10.15-10.30

#### Gravidanza , parto e disfunzioni perineali: aspetti fisiopatogenetici

G. Minini

10.30-10.45

#### Valutazione funzionale del danno perineale : ruolo dell'ecografia 3D intra e post-partum

G. Ettore

10.45-11.00

#### DISCUSSIONE

11.00-11.30

COFFEE BREAK

**Moderatori:** F. Bernasconi, P. Di Benedetto, A.M. Biella

11.30-11.45

#### Quale strategia di prevenzione e terapia del danno perineale ?

F. Vallone

11.45-12.00

#### Le tecniche riabilitative

R. Milia

12.00-12.15

#### La rieducazione ante-partum nella prevenzione del danno perineale da parto

E. Torresan

12.15-12.30

#### Metodi e risultati della riabilitazione post-partum

N. Ferraro

12.30-12.45

#### L'approccio riabilitativo nelle disfunzioni ano-rettali

G. Calabrò

12.45-13.00

#### Take home message

F. Bernasconi

13.00-13.30

#### DISCUSSIONE

# Giovedì 9 giugno 2011

## AULA 2

### IL CREDITO ENDOSCOPICO IN GINECOLOGIA

14.30-18.30

#### **Credito, accredito e qualità endoscopica in ginecologia: il quadro europeo**

14.30-15.00

L. Mencaglia

#### **La nascita del CEG**

15.00-15.30

B. Andrei

#### **Il Credito italiano:**

- **Classificazione**
- **Ammissione**
- **Permanenza**
- **Docenza**

15.30-16.45

Commissione costituente: B. Andrei, M. Andreotti, S. Angioni, C.C. Bertellini, F. Biffignandi, G.L. Bracco, S. Calzolari, M. Canestrelli, V. Cela, W. Costantini, C. De Angelis, R. De Stefano, C. Ermio, T. Gargiulo, G. Gesmundo, M. Gulizzi, B. Inaudi, F. La Grotta, P. Litta, M. Luerti, V. Mais, E. Marovello, V. Mellone, L. Nappi, A. Perino, D. Perri, A. Porcelli, M. G. Porpora, R. Restivo, V. Scotto Di Palumbo, P. Vadala'

#### **Dubbi e chiarimenti: discussione aperta**

16.45-17.30

**Moderatore:** W. Costantini - Segreteria nazionale CEG

# Giovedì 9 giugno 2011

## AULA 4

9.00-11.00

### **CORSO A NUMERO CHIUSO N.1: ECOGRAFIA GINECOLOGICA DI BASE (I° parte)**

**Responsabile :** F. P. G. Leone

**Docenti:** M. Barbieri, S. Guerriero, L. Savelli, D. Franchi, C. Lanzani, T. Bignardi, L. Di Luzio

#### **Metodologia dell'esame endovaginale e refertazione**

L. Savelli

#### **Le modificazioni ovariche nelle diverse età della donna ed aspetti funzionali**

L. Di Luzio

#### **Caratterizzazione ecografica delle neoformazioni ovariche**

D. Franchi

#### **Caratterizzazione ecografica della salpinge normale e della patologia tubarica -**

M. Barbieri

11.00-11.30

COFFEE BREAK

11.30-13.30

### **CORSO A NUMERO CHIUSO N.1: ECOGRAFIA GINECOLOGICA DI BASE (II° parte)**

**Le modificazioni endometriali nelle diverse età della donna e durante terapia medica -**  
C. Lanzani

**Aspetti ecografici della patologia endometriale e sonoisterografia -**  
T. Bignardi

**Miometrio normale ed aspetti ecografici tipici della patologia benigna: miomi e adenomiosi**

S. Guerriero

**Discussione & Take Home messages**

S. Guerriero, F.P.G. Leone, L. Savelli

# Giovedì 9 giugno 2011

## AULA 4

14.30-18.30

### **CORSO A NUMERO CHIUSO N.2: SUTURE IN CHIRURGIA LAPAROSCOPICA**

**Responsabile:** R. Zaccoletti

**Docenti:** A. Fiaccavento, A. Del Corso, A. Caputo

#### **I principi della spazialità in chirurgia laparoscopica**

Utilizzo corretto degli strumenti chirurgici sul pelvic trainer ed esercizi introduttivi alla sutura laparoscopica

- il set di sutura
- introduzione ed estrazione di aghi e fili attraverso i trocars
- gli angoli di impatto: il punto perfetto
- l'orientamento dell'ago con mano destra e sinistra

#### **I principi dell'annodamento in chirurgia laparoscopica**

Introduzione alle tecniche di annodamento in chirurgia

- il nodo in chirurgia: il seminodo e la semichiave
- il nodo intracorporeo
  - l'orizzonte del filo: l'accomodamento del filo e dell'ago
  - la regola del "gladiatore": esecuzione della tecnica con mano destra e sinistra
  - l'incrocio e la sequenza di blocco
  - esercitazioni su modelli seguendo tracciati con angoli e piani diversi
- il nodo extracorporeo
  - il nodo scorrevole
  - il nodo scorrevole rollante: la semichiave
  - la sequenza di blocco
  - il nodo scorrevole tipo cappio: il nodo di Roeder
  - la sequenza bloccante del nodo di Roeder

**SESSIONE PRATICA SU PELVIC TRAINER (Hands on Pelvic trainer)**

Venerdì 10 giugno 2011

## AULA MAGNA

8.30-13.30

### LIVE SESSION

## CHIRURGIA MINIINVASIVA

**Discussant:** M. Candiani, S. Bianchi, A. Fasolino, A. Damiani, B. Andrei, M. Luerti

**Operatori:** P. Collinet, G.L. Marchino, M. Meroni, F. Leone, V. Leone, R. Carminati

Sala A	Sala B
Isterectomia vaginale + correzione dei difetti della statica pelvica con chirurgia fasciale	Isterectomia laparoscopica sopracervicale
Isterectomia vaginale + correzione dei difetti della statica pelvica con chirurgia protesica	Miomectomia isteroscopica
Miomectomia vaginale	Isterectomia+colposacropessia laparoscopica
	Sling sottouretrale

13.00-14.00

PRANZO "AL SACCO"

14.00-18.00

### CORREZIONE DEI DIFETTI DELLA STATICA PELVICA (I° parte)

**Moderatori:** S. Lomonico, R. Viganò

14.00-14.20

**Indicazioni e fattori di rischio di fallimento della chirurgia ricostruttiva fasciale nel prolasso genitale**

M Maffiolini

14.20-14.40

**Tecniche e risultati della chirurgia sostitutiva con mesh**

F. Collinet

14.40-15.00

**Le sling a singola incisione : quali risultati e quali indicazioni ?**

C. Sportelli

15.00-15.20

**Ruolo della laparoscopia nella chirurgia ricostruttiva pelvica**

R. Zaccoletti

15.20-15.40

**I bulking agents nella IUS**

L. Gandini

15.40-16.10

**LETTURA MAGISTRALE**

**Tradizione e innovazione nella chirurgia pelvica: quali criteri di scelta?**

M. Cervigni

15.10-16.30

**DISCUSSIONE**

## **CORREZIONE DEI DIFETTI DELLA STATICA PELVICA (II° parte)**

**Moderatori:** S. Scalabrino, M. Meroni, V. Leone

16.30-16.50

**Classificazione e flow-chart diagnostico-terapeutiche delle disfunzioni vescico-uretrali**  
M. Zanfra

16.50-17.10

**La chirurgia mini-invasiva della incontinenza urinaria femminile: EBM analysis**  
S. Palomba

17.10-17.40

**La chirurgia ricostruttiva delle disfunzioni colon-proctologiche: tecniche a confronto**  
G. Dodi

17.40-18.00

**DISCUSSIONE**

18,00-19.00

**PRESURGICAL LIVE SCANNING**

# Venerdì 10 giugno 2011

## AULA 2

9.30-11.30

### **SIMPOSIO SIFIOG: RACCOMANDAZIONI E LINEE GUIDA PER L'USO DEGLI INTEGRATORI IN GINECOLOGIA**

**Moderatore:** A. Canino, F. Vicariotto

9.30-9.50

#### **Integrare o curare?**

**Capire l'integratore e le sue potenzialità nella pratica medica**

B. Pacchetti

9.50-10.20

**Biofilm microbici vaginali: lactobacilli vs microorganismi patogeni**

G. Pozzi

10.20-10.40

**Terapie con probiotici in ginecologia**

F. Vicariotto

10.40-11.00

**DISCUSSIONE**

11.00-11.30

**COFFEE BREAK**

**Moderatore:** E. Papaleo, F. Vicariotto

11.30-11.50

**Reali applicazioni terapeutiche con integratori nella sindrome premestruale**

G. Dante

11.50-12.10

**Evidenze cliniche dell'uso degli integratori nell'infertilità maschile**

G. Marelli

12.10-12.30

**Evidenze cliniche dell'uso degli integratori nell'infertilità femminile**

V. Savasi

12.30-13.00

**DISCUSSIONE**

13.30-14.30

**PRANZO "AL SACCO"**

# Venerdì 10 giugno 2011

## AULA 2

14.30-18.00

**SEMINARIO AGiCo-AGEO:**

**GESTIONE DEI SANGUINAMENTI UTERINI ANOMALI IN EPOCA  
PRE-MENOPAUSALE**

**Responsabile:** F. P.G. Leone

**Docenti:** A. Crepaldi, C. Marciante, F. Vicariotto, G. Garuti

**Moderatore:** L. Cersosimo

**Percorso diagnostico-terapeutico della menometrorragia**

C. Marciante

**Terapia medica della menometrorragia disfunzionale: analisi critica delle attuali  
alternative ed indicazioni all'uso del dispositivo al levonorgestrel**

A. Crepaldi

**Un nuovo impianto contraccettivo sottocutaneo**

F. Vicariotto

**Ablazione termica dell'endometrio, nuovo "gold standard" chirurgico miniinvasivo?:  
analisi critica delle attuali indicazioni**

G. Garuti

**DISCUSSIONE**

**ESERCITAZIONI PRATICHE**

Inserimento di Mirena

Tecniche di ablazione endometriale di 2° generazione

# Venerdì 10 giugno 2011

## AULA 4

11.30-13.30

**CORSO A NUMERO CHIUSO N.4:  
HANDS ON “TECNICHE CHIRURGICHE SEMPRE PIU’ MININVASIVE:  
DALL’UROGINECOLOGIA ALLA ENDOSCOPIA”**

**Responsabile:** M. Luerti

**Docenti:** M. Coppola, G. Perrini, P. Traversi, L. Zanfrà

Correzione dell’IUS con minisling su modello anatomico

Correzione dei difetti della statica pelvica con mesh su modello anatomico

Chirurgia endoscopica con strumenti ad energia bipolare di ultima generazione

Isteroscopia con strumenti ad energia bipolare di ultima generazione

Ablazione endometriale termica con palloncino

13.30-14.30

PRANZO “AL SACCO”

# Venerdì 10 giugno 2011

## AULA 4

14.30-18.00

### **CORSO A NUMERO CHIUSO N.5: INSTALLAZIONE E TECNICHE LAPAROSCOPICHE DI BASE CON SIMULATORE VIRTUALE**

**Responsabile:** W. Costantini

**Docenti:** B. Andrei, M. Luerti, S. Raboni

**L'installazione della laparoscopia**

**La strumentazione laparoscopica di base**

**Hands on: esercizi di coordinamento schermo-occhi-cervello-mano**

**Tecniche di base con simulatore virtuale**

**Interventi di I livello con simulatore virtuale**

Salpingotomia

Annessiectomia

Biopsia ovarica

Aspirazione di cisti ovariche

Ovarian drilling

Occlusione tubarica

Adesiolisi

Sabato 11 giugno 2011

## AULA MAGNA

8.30-13.30

### LIVE SESSION

### CHIRURGIA MINIINVASIVA

**Discussant:** G. Scambia, P. Vercellini, F. Raspagliesi, B. Andrei, M. Luerti

**Operatori:** P. Litta, R. Zaccoletti, A. Ercoli, A. Fagotti, A. Di Spiezio, D. Vitobello, F. Leone

Sala A	Sala B
Annessiectomia laparoscopica TriPort	Isterectomia laparoscopica sopracervicale
Isterectomia laparoscopica totale	Miomectomia isteroscopica
Isterectomia laparoscopica totale	Miomectomia robotica

13.30-14.00

VALUTAZIONE APPRENDIMENTO E GRADIMENTO

PROCEDURE ECM

CHIUSURA DEI LAVORI

## **INFORMAZIONI**

### **QUOTA DI ISCRIZIONE:**

**Medici:** € 300 + IVA 20% (€ 360)

**Ostetriche/i e infermiere/i:** € 100 + IVA 20% (€ 120)

**Specializzandi in Ostetricia e Ginecologia e iscritti AGIF:** gratuita

**Dipendenti A.O. Polo Universitario L. Sacco:** gratuita

Da diritto alla partecipazione a:

- Sessioni congressuali
- Kit congressuale
- Lunch
- Coffee breaks

### **METODOLOGIA DIDATTICA**

Le giornate si svolgeranno mediante:

**sessioni congressuali**

**live sessions**

**seminari**

**corsi teorico pratici a numero chiuso**

### **COFFEE BREAK**

**Il coffee break sarà disponibile durante tutta la durata dei lavori, che verranno interrotti dalle ore 11,00 alle 11,30**

### **LIGHT LUNCH**

**Un light lunch sarà disponibile per tutti i partecipanti dalle ore 13,30 alle ore 14,30**

### **ECM**

**E' stato richiesto l'accreditamento ECM Regionale per Medico, Ostetrica/o, Infermiere**

**E' possibile conseguire i crediti ECM partecipando fino al termine dei lavori a ciascuna giornata congressuale**

### **UBICAZIONE DELLE AULE**

**Aula magna:** Settore 1

**Aula 2:** Settore 2 piano terra

**Aula 4:** Settore 2 I° piano

### **PROGRAMMA SOCIALE**

**Cena sociale il 10 giugno al costo di € 60,00 (solo su prenotazione in scheda di adesione)**

**Aida colossale, Stadio San Siro Sabato 11 giugno ore 20.30**

(solo su prenotazione in scheda di adesione, il costo del biglietto varia a seconda del settore ed è consultabile su [www.vivaticket.it](http://www.vivaticket.it))

# **SI RINGRAZIANO PER LA PARTECIPAZIONE**

**AB MEDICA**

**AG PHARMA**

**BAYER SCHERING PHARMA**

**BOSTON SCIENTIFIC**

**BRUNO FARMACEUTICI**

**COVIDIEN ITALIA**

**CREMASCOLI**

**FINDERM FARMACEUTICI**

**FUTURE HEALTH ITALIA**

**JOHNSON & JOHNSON MEDICAL**

**MEDCOMP**

**ORGANON SCHERING PLOUGH**

**KARL STORZ ENDOSCOPIA ITALIA**

**SMITH & NEPHEW**

**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**



Società di Congressi s.n.c.

Tel. e Fax +39 0371427353, Mob. +39 3385304826  
segreteria@eurogyn.it – segreteria.eurogyn@gmail.com  
[www.eurogyn.it](http://www.eurogyn.it)

## ABSTRACTS

### La Chirurgia Robotica in Ginecologia Oncologica: l'innovazione tecnologica al servizio della chirurgia per la miglior cura delle pazienti

Luca Bocciolone

La chirurgia robotica è la più innovativa tecnica chirurgica oggi disponibile. Rappresenta una valida alternativa sia alla chirurgia laparotomica sia a quella laparoscopica permettendo di effettuare con approccio mini-invasivo interventi complessi e delicati come quelli richiesti nel trattamento dei tumori ginecologici (isterectomia radicale - linfadenectomia pelvica e lombo-aortica).

Il robot grazie alla visione tridimensionale, alla presenza di bracci meccanici che sorreggono senza tremare e senza stancarsi gli strumenti che sono dotati di estrema manovrabilità, accomuna i vantaggi sia della chirurgia laparotomica sia di quella laparoscopica convenzionale.

I movimenti delle mani del chirurgo vengono demoltiplicati, filtrati e traslati in movimenti di alta precisione eseguiti dai micro-strumenti posizionati all'interno del campo operatorio, permettendo un'accurata dissezione anatomica ed un minor traumatismo tissutale.

I principali benefici per le pazienti sottoposte a trattamento con chirurgia robotica includono:

- Minore dolore post-operatorio e ridotta somministrazione di analgesici;
- Minore perdita ematica intraoperatoria e limitata necessità di emotrasfusioni;
- Minore degenza con contenimento dei costi di ospedalizzazione;
- Piccole cicatrici chirurgiche con migliori risultati estetici, minore rischio di infezione e laparoceli post-operatori e limitato impiego di antibiotici;
- Rapida convalescenza con ripresa tempestiva delle abituali attività quotidiane.

I principali svantaggi del sistema robotico includono l'assenza di sensibilità tattile che in parte viene compensata dalla migliore visualizzazione e la ridotta flessibilità degli strumenti tra i campi operatori.

L'isterectomia radicale rappresenta attualmente il più significativo potenziale campo di applicazione della tecnologia robotica in termini di accuratezza e precisione chirurgica. La maggior parte dei lavori fino ad ora pubblicati indica che la chirurgia endoscopica è generalmente da preferire alla laparotomia nelle pazienti da sottoporre ad isterectomia radicale. L'approccio robotizzato sembrerebbe condividere tutti i significativi vantaggi della chirurgia mini-invasiva tradizionale in termini di riduzione della perdita ematica intra-operatoria e della degenza. La durata media degli interventi effettuati con tecnica robotica risulta inoltre significativamente inferiore nei confronti di quelli laparoscopici, con tempi operatori sovrapponibili a quelli delle procedure laparotomiche. La maggior parte delle iniziali esperienze evidenzia anche un'adeguata capacità di cura dell'isterectomia radicale robotica: il numero di linfonodi pelvici rimossi e le percentuali di recidiva della neoplasia della cervice uterina sono analoghi a quelle osservate in chirurgia tradizionale laparotomica. Ed infine, le percentuali di complicanze osservate nelle pazienti sottoposte a isterectomia radicale roboticamente assistita sono estremamente contenute con tassi minimi di conversione a laparotomia.

La diffusione sempre più costante in questi ultimi decenni della laparoscopia ed la sua attuale applicazione anche in ginecologia oncologica ha richiesto lo sviluppo di nuovi strumenti progettati nell'intento di assistere il chirurgo nel migliorare la qualità delle procedure operatorie. L'assistenza robotica in sala operatoria, in rapido sviluppo e diffusione, sembrerebbe rappresentare la più significativa innovazione tecnologica al servizio della chirurgia per la miglior cura delle pazienti.

### Minisling (SIS) Evoluzione di una rivoluzione?

C. Sportelli

L'incontinenza urinaria da sforzo (IUS) è il tipo di incontinenza femminile più frequente, con un'incidenza dell'86% tra le donne incontinenti. Nel corso degli anni sono stati proposti numerosissimi interventi chirurgici per il trattamento della IUS. Sino alla metà degli anni 90, la colposospensione secondo Burch (con sospensione del tessuto vaginale periuretrale al legamento di Cooper a livello della faccia interna della sinfisi pubica), sia per via laparotomica che per via laparoscopica, è stata considerata la procedura di riferimento per la gestione chirurgica della IUS.

La tecnica *tension-free vaginal tape* (TVT) con applicazione di una benderella in polipropilene a livello della media-uretra con passaggio retro pubico ha rivoluzionato il trattamento della IUS. Basandosi su studi sperimentali sul meccanismo di chiusura uretrale e sulla teoria integrale descritta da Petros e Ulmsten, lo scopo della TVT è la correzione o la ricostruzione delle disfunzioni/difetti dei legamenti pubo-uretrali, dell'amaca vaginale e dei tessuti parauretrali e di fornire sostegno alla medio-uretra.

I vantaggi maggiori di questa tecnica sono una ridotta ospedalizzazione, tempi operatori e di recupero post-operatori e tassi di complicanze limitati. Anche se la TVT ha mostrato tassi di cura sovrapponibili alla colposospensione, intorno al 75-80% dopo 11 anni, sono emerse preoccupazioni riguardo la sua sicurezza in relazione a lesioni di organi (vescica ed intestino) e vasi, con un'incidenza dall'1 al 7%.

Per ridurre questi rischi, Delorme ha descritto una nuova via per l'inserimento della benderella attraverso il forame otturatorio, con una traiettoria dall'esterno all'interno (trans-obturatorio suburethral tape, TOT). Anche se si ritiene che la TOT sia una procedura sicura, potrebbe occasionalmente causare lesioni uretrali e vescicali. Nel 2003, de Leval ha descritto un diverso approccio per il passaggio trans-obturatorio con una traiettoria dall'interno verso l'esterno. Entrambe le procedure si sono dimostrate efficaci almeno quanto la TVT retropubica nel trattamento della IUS e sono attualmente adottate su vasta scala nella pratica clinica.

Nonostante numerosi dati indichino che i posizionamenti delle reti protesiche per la correzione della IUS siano procedure sicure con elevate percentuali di cura, complicanze intraoperatorie e post-operatorie ridotte, costi sanitari accettabili e degenze ospedaliere di breve durata, queste tecniche presentano alcuni inconvenienti specifici:

**dolore** all'interno delle cosce, che in alcuni, rari casi, può essere refrattario alla terapia antidolorifica e necessitare della rimozione del dispositivo;  
**retrazioni o dislocazioni** della protesi con conseguenti ritenzionismi urinari postoperatori che necessitano di procedure ulteriori quali autocatetrismi o dilatazioni uretrali fino alla eventuale rimozione della rete.

In relazione agli inconvenienti insorti con l'uso delle sling full length la ricerca ha prodotto delle reti protesiche di lunghezza ridotta e, di conseguenza, impiantabili con procedure meno invasive, "single incision" con percorsi che riducono i passaggi attraverso strutture tissutali a rischio di lesioni vascolo-nervose.

Queste nuove protesi dette **minisling** prevedono differenti metodiche di inserimento (ad amaca, ad "U") e sono dotate di diversi sistemi di ancoraggio e/o regolazione del tensionamento.

Sono state prese in considerazione le più comunemente usate quali la TVT-secur, la Miniarc, la Adjust e la TVT abbrevio.

Analizzati i vari studi e le varie casistiche si può dire con certezza che tutti i suddetti device garantiscono elevati tassi di guarigione o notevole miglioramento della incontinenza urinaria da sforzo femminile, tuttavia non sono completamente risolti alcuni problemi correlati alla natura dei materiali impiantati ed alla stabilità dei risultati nel lungo periodo.

Saranno le **minisling** il gold standard della terapia chirurgica della IUS femminile nei prossimi anni?

Potranno esserci metodiche alternative, meno invasive, a costi ridotti, senza impianti protesici eterologhi ed ugualmente efficaci?

### La chirurgia mini-invasiva della incontinenza urinaria femminile: EBM analysis

Stefano Palomba

L'incontinenza urinaria è una condizione clinica comune e la cui prevalenza nella popolazione femminile è stimata fra il 35 ed il 60%. L'incontinenza urinaria da stress rappresenta la forma suscettibile di trattamento chirurgico e, fra tutte le forme di incontinenza si riscontra tra il 4% delle forme pure all'80% delle forme miste. È noto, ed ormai provato da diversi studi clinici, come tale patologia condizioni fortemente la qualità di vita delle pazienti affette. La crescente ricerca di cure unitamente alla moderna spinta verso la chirurgia mini-invasiva hanno portato verso l'ideazione e l'impiego di nuove procedure chirurgiche.

Attualmente tra le tecniche mini-invasive per il trattamento dell'incontinenza urinaria rientrano diverse opzioni. Gli sling medio uretrali ad oggi impiegati rappresentano tre generazioni di sling medio-uretrali e sono classificabili in sling retropubici, transotturatorii ed a singola incisione. Le evidenze attuali riguardano prevalentemente gli sling retropubici e transotturatorii. Tali evidenze suggeriscono una maggiore efficacia a breve ed a lungo termine ed una migliore sicurezza intra e postoperatoria degli sling, considerati nella loro totalità, rispetto alla chirurgia tradizionale. Riguardo gli sling retropubici si associano a tassi di cura oggettiva migliori, ma a fronte di maggiori complicanze rispetto ai transotturatorii. Poche, ma crescenti evidenze sono presenti in letteratura riguardo i dispositivi a singola incisione, tuttavia i kit necessari per il loro posizionamento sono presenti da tempo sul mercato, pertanto vengono attualmente applicati in assenza di una solida evidenza scientifica in termini di efficacia e sicurezza cliniche. Un cenno a parte meritano gli agenti "bulking", sostanze volumizzanti uretrali. Tale approccio viene ad oggi comunemente impiegato come trattamento di ultima scelta o come terapia per le pazienti con comorbidità che ne condiziona l'operabilità.

### **I bulking agents nella IUS**

*L. M. Gandini*

La terapia con bulking agents nell' incontinenza urinaria da sforzo (IUS) e' un trattamento chirurgico mini-invasivo che consiste nell' iniettare sostanze volumizzanti nel tessuto sottomucoso dell'uretra.

La procedura puo' essere eseguita sia in anestesia locale, che spinale o generale e sia sotto controllo endoscopico che alla cieca utilizzando speciali applicatori.

I bulking agents trovano la loro principale indicazione nei casi di IUS con deficit sfinterico intrinseco, ma vengono utilizzati anche in pazienti con incontinenza urinaria residua dopo pregresso intervento chirurgico o donne in eta' fertile che desiderano prole o donne anziane per le quali e' controindicato un intervento chirurgico di routine o che necessitano di una degenza postoperatoria breve o per le quali risulta controindicata l'anestesia generale o spinale.

Le caratteristiche ideali dei bulking agents dovrebbero essere: non-immunogenico, biocompatibile, non provocare fibrosi o reazione infiammatoria, non riassorbibile, e resistente alla migrazione; diversi sono i bulking agents in commercio, ma a tutt'oggi nessuno rispecchia pienamente i criteri ideali sovraesposti.

La procedura chirurgica consiste nell'eseguire precise iniezioni volumizzanti nel tessuto sottomucoso dell'uretra in tre diversi punti in modo da ottenere un visibile bulging ed il contatto della mucosa uretrale a riposo.

La procedura e' rapida e di semplice esecuzione ed e' indicata nelle pazienti per le quali risultano controindicate le altre procedure chirurgiche per la correzione della IUS, anche se le recenti tecniche mini-invasive single incision competono con i bulking agents per le rapidita' e la semplicita' della procedura, a vantaggio di questi ultimi rimane una minor incidenza di complicanze ed effetti collaterali.

In pazienti selezionate questa procedura puo' rappresentare una soluzione semplice della IUS soprattutto come seconda linea in caso di fallimento di altre procedure, la letteratura riporta tassi di guarigione molto variabili soprattutto se si confronta il breve ed il lungo periodo, sicuramente i bulking agents se non rendono asciutte le pazienti, migliorano notevolmente la loro qualita' della vita, diminuendo la quantita' di perdita di urina e l'uso dei pannoloni.

### **Indicazioni e limiti della single port laparoscopy (SPAL) in ginecologia**

*S. Angioni*

Lo sviluppo di competenze tecniche e di strumentazioni chirurgiche innovative hanno consentito una minore invasività nell'approccio chirurgico favorendo l'esecuzione di procedure con un singolo accesso. Il termine SPAL (Single port access laparoscopy) denomina una procedura chirurgica laparoscopica effettuata introducendo sia l'ottica che gli strumenti attraverso una singola incisione cutanea. Taluni considerano la chirurgia single port transombelica un tipo di chirurgia NOTES, in quanto l'ombelico può essere considerato un orifizio naturale embriologico. Le prime applicazioni single port sull'uomo sono state eseguite in chirurgia urologica e chirurgia gastrointestinale; solo di recente si sono avute le prime pubblicazioni in ginecologia.

I limiti di questa tecnica sono l'assenza di triangolazione, riduzione della trazione, accavallamento degli strumenti e visione in linea, che si ripercuotono sui movimenti del chirurgo, ridotta ergonomia e aumento del tempo operatorio. Alcuni accorgimenti per facilitare l'intervento chirurgico sono l'uso di strumenti flessibili e curvi che si articolano dall'impugnatura e di lunghezze diverse, e la possibilità di manovrare gli strumenti con la mano controlaterale. Il trocar singolo accesso da noi utilizzato è l' X-Cone ( S-Portal X-Cone; Karl Storz, Tuttlingen, Germany) che è costituito da 5 porte di accesso; questo dispositivo, riutilizzabile, è composto da due parti metalliche simmetriche che unendosi formano un cono a forma di X, che può essere collegato con un tappo di silicone che contiene le porte di accesso. Le indicazioni all'utilizzo del sigle port access in chirurgia ginecologica stanno aumentando con il miglioramento degli strumenti e con il miglioramento del training chirurgico. Allo stato attuale la patologia annessiale benigna e la LAVH può essere trattata con approccio SPAL. Altri interventi come la miomectomia, la colpo promonto fissazione e la linfadenectomia pelvica sono allo stato attuale in valutazione.

### **Terapia medica della menometrorragia disfunzionale: analisi critica delle attuali alternative ed indicazioni all'uso del dispositivo al levonorgestrel**

*A. Crepaldi*

I problemi legati alle menometrorragie disfunzionali rappresentano una causa frequente di consultazione medica, sia del medico di medicina generale che dello specialista.

Nonostante esistano linee-guida ed evidenze in favore di schemi terapeutici consolidati, risultano molto diffusi trattamenti medici impropri che possono risultare inefficaci e portare a scelte chirurgiche inappropriate. Diventa quindi rilevante dedicare attenzione al corretto approccio per ogni singola paziente in base ai dati clinici, ad eventuali trattamenti precedenti o ad elementi decisionali dipendenti dall'orientamento della paziente. A questo scopo ci si può avvalere dell'impiego di numerosi farmaci di comprovata efficacia: antifibrinolitici, antiinfiammatori non steroidei, estroprogestinici, steroidi agonisti parziali, agonisti LHRH, progestinici. Nel corso della relazione analizzeremo le indicazioni delle diverse alternative terapeutiche farmacologiche, ponendo particolare attenzione all'uso dei dispositivi uterini contenenti levonorgestrel.

### **Valutazione funzionale del danno perinale: ruolo dell'ecografia 3D post-partum**

*Giuseppe Ettore*

Le società scientifiche assegnano all'ecografia del pavimento pelvico **ancora** un ruolo ancillare nel work-up delle affezioni uro ginecologiche, in associazione con lo studio clinico e funzionale; tale metodica però per l'assenza di invasività, la rapidità di esecuzione, i costi contenuti, l'ottima compliance, si è affermata con successo nella valutazione delle disfunzioni perineali e si propone come una metodica di valutazione complessiva nei confronti sia delle alterazioni anatomiche che di quelle funzionali, integrando gli elementi di ordine uro-genitale e colon-proctologico. Lo sviluppo dell'eco 3D (con approccio trans perineale od intracavitario con sonda rotante) ha reso possibile l'accesso al piano assiale, che è quello dello hiatus uro-genitale ed ha aperto un nuovo ed interessante campo di indagine che riguarda lo studio del piatto degli elevatori. ( Dietz H, Biometry of the pubovisceral muscle and levator hiatus by three-dimensional pelvic floor .ultrasound. UltrasoundnObstet Gynecol 2005;25:580-5.)

Tali applicazioni tecniche hanno dato risultati interessanti nella valutazione e comprensione delle disfunzioni perineali conseguenti al danno perineale da parto. Hanno permesso infatti di identificare le alterazioni anatomiche del pavimento pelvico riguardanti in primo luogo le strutture muscolari e fasciali, determinate dal passaggio del feto attraverso il canale da parto, quali appunto: l'avulsione mono o bilaterale dei fasci del muscolo pubo-coccigeo dall'arco tendineo del perineo, le soluzioni di continuo unilaterali o bilaterali del muscolo. l'ampliamento dello hiatus urogenitale. (Dietz H, Avulsion of the pubovisceral muscle associated with large vaginal tear after normal vaginal delivery at term.

Aust N Z J Obstet Gynaecol 2007;47:341-4.)

Sia l'avulsione del pubo-coccigeo che la maggiore ampiezza dello hiatus uro-genitale a riposo e con manovra di Valsalva rappresentano fattori di rischio riconosciuti per lo sviluppo di prolasso urogenitale, pertanto l'approfondimento delle conoscenze in questo settore riveste un ruolo di grande interesse sia scientifico che sociale, in quanto volto alla prevenzione della patologia disfunzionale del pavimento pelvico.

### **Caratterizzazione ecografica delle neoformazioni ovariche**

*Dorella Franchi*

La corretta caratterizzazione delle masse annessiali è importante per la miglior gestione clinica della paziente. Le masse considerate benigne possono essere gestite conservativamente o con una chirurgia mini-invasiva. La patologia maligna deve essere riconosciuta ed inviata ai centri di riferimento per il trattamento oncologico più appropriato.

L'aspetto morfologico di una massa annessiale, se adeguatamente interpretato, può fornirci indicazioni circa la sua benignità o malignità.

E' stato dimostrato che la malignità è improbabile in presenza di una formazione cistica uniloculata a pareti regolari, ma la presenza di parti solide può incrementare il rischio di malignità.

Nel tempo sono stati sviluppati diversi score morfologici nel tentativo di classificare le masse annessiali, ma non sempre le variabili prese in esame erano definite in maniera obiettiva e riproducibile.

L'uso del Color-doppler ha consentito un ulteriore miglioramento nella caratterizzazione delle masse annessiali, è stata descritta una associazione tra flussi a bassa impedenza e malignità, ma sono anche state dimostrate significative sovrapposizioni tra i parametri flussimetrici di masse maligne e benigne. Più recentemente è stato suggerito l'uso di parametri semi-quantitativi del color-score per definire le caratteristiche flussimetriche di una massa.

Gli studi IOTA hanno fornito una nuova terminologia per la definizione morfologica delle masse annessiali utilizzando un metodo standardizzabile, ma basato sull'impressione soggettiva.

Per aiutare gli ecografisti meno esperti, sono state individuate alcune semplici regole, applicabili al 76% delle masse annessiali, con una sensibilità del 93% ed una specificità del 90%. Le cinque semplici regole che meglio definiscono le masse maligne sono: 1) tumore solido irregolare; 2) presenza di ascite; 3) almeno 4 formazioni papillari; 4) tumore multiloculare-solido con il diametro maggiore di almeno 10 cm; 5) intensa vascolarizzazione (score 4). Le cinque semplici regole suggestive per un tumore benigno sono: 1) cisti uniloculari; 2) presenza di papille di diametro massimo inferiore a 7 mm; 3) presenza di coni d'ombra; 4) tumore multiloculare a superficie liscia di diametro inferiore a 10 cm; 5) assenza di vascolarizzazione (score 1).

Per i tumori che non possono essere classificati con queste semplici regole è sempre utile ricorrere al parere di un ecografista più esperto.

### **Le tecniche riabilitative**

*Roberta Milia*

Le tecniche riabilitative, in campo uro-ginecologico, stanno assumendo connotati sempre più precisi con il coinvolgimento di più figure professionali con specifiche competenze.

La riabilitazione uroginecologica, nel trattamento delle disfunzioni dei disturbi anatomico-funzionali del basso tratto urinario, va probabilmente intesa in senso più estensivo di quanto il termine riabilitazione implichi.

Sebbene i benefici del trattamento conservativo siano da tempo riconosciuti, recenti proposte lo stanno ponendo sempre più come trattamento di prima istanza nelle disfunzioni del basso tratto urinario.

La tecnica più usata continua ad essere la chinesiterapia pelvi-perineale atta a migliorare la funzione della muscolatura del pavimento pelvico; partendo dall'approccio propriocettivo iniziale essa mira a ripristinare gli automatismi perineo-addominali dopo un adeguato training di selettivo rinforzo muscolare.

La metodica di facilitazione propriocettiva muscolare, descritto da Herman Kabat nel 1940, si affianca con efficacia al più conosciuto metodo sec.Kegel; il principio neurofisiologico su cui si basa questa tecnica riabilitativa definisce che la risposta volontaria di un muscolo deficitario può essere facilitata per mezzo di patterns globali di un distretto corporeo posto sotto massima resistenza. Quindi è possibile reclutare il muscolo pubo-coccigeo partendo da una contrazione massimale contro resistenza e protratta nel tempo dei muscoli a lui sinergici, rispetto alla stabilizzazione del bacino.

Anche il biofeedback è un trattamento riabilitativo attivo in grado di fornire informazioni riguardanti processi biologici proposte alla donna attraverso mezzi diversi dal normale canale propriocettivo quali la vista e l'udito.

L'elettrostimolazione funzionale è invece una metodica passiva che mira a provocare un effetto eccitomotore sul complesso muscolare uretro-sfintero-perineale in via diretta o in via riflessa tramite l'eccitazione del nervo pudendo (arco riflesso pudendo-pudendo); ha inoltre un effetto inibitorio sul muscolo detrusore o tramite l'attivazione dell'arco riflesso facilitatorio pudendo-ipogastrico o mediante l'arco riflesso inibitorio pudendo-pelvico.

### **Isteroscopia operativa ambulatoriale: potenzialità e limiti nella pratica clinica**

*Luigi Nappi*

Dagli inizi degli anni '80 l'isteroscopia ha dimostrato di essere un ottimo strumento diagnostico nella visualizzazione del canale cervicale e della cavità uterina. Nell'ultima decade il progresso tecnologico ha portato alla produzione di endoscopi dotati di un canale operativo, in cui è possibile inserire uno strumento operativo da 5 Fr., e di uno spazio attraverso il quale si realizza il flusso continuo del mezzo liquido di distensione. Attualmente si predilige come mezzo di distensione della cavità uterina una soluzione salina che consente la diagnosi di patologie che altrimenti potrebbero passare inosservate e soprattutto permette di adottare la filosofia del "see and treat", conferendo alla isteroscopia, oltre che la capacità diagnostica, quella terapeutica. Un altro importante beneficio apportato dal progresso nello sviluppo degli strumenti elettromedicali è l'impiego dell'energia bipolare piuttosto che monopolare. L'energia bipolare ha infatti una capacità di penetrazione, in termini di profondità dell'energia elettrica nel tessuto che si sta sezionando, dell'ordine di 2-3 mm rispetto all'ordine di centimetri della energia monopolare. Ulteriori benefici vengono ottenuti impiegando il così detto "approccio vaginoscopico", ossia l'esecuzione dell'esame isteroscopico senza la necessità di impiegare lo speculum, la pinza da collo e senza alcuna anestesia o sedazione, riducendo notevolmente il disagio della paziente rispetto all'approccio tradizionale. Tale approccio risulta particolarmente indicato per le pazienti virgo. Per tali ragioni, l'isteroscopia ambulatoriale può essere considerata come la metodica di elezione per la valutazione della cavità uterina e dell'endometrio, in tutte le età della donna, dalla pubertà alla postmenopausa, potendo essere considerata il gold standard per i sanguinamenti uterini anomali e raggiungendo elevatissime percentuali di sensibilità e specificità quando l'esame viene completato dalla esecuzione di una biopsia mirata. Controindicazioni assolute all'isteroscopia ambulatoriale sono la malattia infiammatoria pelvica acuta, le cervicovaginiti e il carcinoma della cervice. Controindicazioni relative sono, invece, pazienti non collaboranti e la presenza di flusso mestruale in atto.

### **Anatomia e fisiopatologia del pavimento pelvico**

*P. Pifarotti*

Il pavimento pelvico è una struttura costituita da muscolo, fascia e legamenti a cui sono deputate le funzioni di supporto dinamico dei visceri pelvici, di mantenimento della continenza urinaria e fecale. La pelvi è una struttura muscolo-fasciale-legamentosa che ha un ruolo funzionale di supporto dei visceri pelvici. L'osso e la struttura fasciale rappresentano il supporto passivo; il muscolo, invece costituisce il supporto attivo. Procedendo dai piani più profondi a quelli superficiali incontriamo: fascia endopelvica, muscolo elevatore dell'ano, diaframma urogenitale e perineo. Il sistema di sospensione dei visceri pelvici è costituito da tre livelli: I livello legamenti utero-sacrali e cardinali, II livello tramite la connessione dell'arco tendineo della fascia endopelvica, III livello legamenti pubo-vescicali e vescico-uterini.

L'uretra è un condotto muscolare lungo 3-5 cm, rivestito internamente da mucosa. Origina a livello dell'apice del trigono vescicale e, dopo aver attraversato il pavimento pelvico, in corrispondenza del diaframma urogenitale, termina con il meato uretrale esterno nel vestibolo vaginale. La muscolatura liscia dell'uretra è organizzata in due strati: uno circolare esterno che costituisce lo sfintere uretrale esterno e uno longitudinale interno.

La differenza tra prolasso genitale femminile e ernia è limitata dalla mancanza nel primo, del foglietto peritoneale che riveste gli organi pelvici. Comune alla base di entrambi è infatti il meccanismo della pulsione: questa diviene una sollecitazione patologica, causa di dislocazione dei visceri pelvici, nel momento in cui esiste un danno o un indebolimento alle strutture di sospensione e/o di supporto. Nella donna il fattore causale più importante e di maggiore impatto è rappresentato dalla gravidanza e dal parto vaginale.

La continenza urinaria dipende dall'integrità anatomica e funzionale delle diverse strutture tra loro interconnesse: uretra e vescica, muscoli pelvici e sistema nervoso che ad essi sovrintende. L'instaurarsi dell'incontinenza presenta quindi una patogenesi multifattoriale. L'aumento della pressione endoaddominale determina perdite di urina a causa di due fattori, che possono agire sia isolati che associati.

1. ALTERAZIONI DEL SUPPORTO PELVICO (meccanismo estrinseco)
2. INSUFFICIENZA SFINTERICA INTERNA (meccanismo intrinseco)

L'incontinenza urinaria colpisce prevalentemente il sesso femminile e la sua incidenza aumenta con l'aumentare dell'età. Studi epidemiologici descrivono un'incidenza globale nella popolazione femminile del 10-15%. La forma più comune è quella da sforzo (49%), quindi mista (29%) ed infine la forma di urgenza (22%).

## Utilizzo del sistema a radiofrequenza "Ligasure" in laparoscopia ginecologica

A. Riccardi

L'utilizzo di elettricità applicata alla chirurgia ha modificato notevolmente la tecnica chirurgica sia per via laparoscopica che secondo le più classiche vie, vaginale e open.

Sono numerose infatti le pubblicazioni che riportano l'efficacia e la sicurezza del taglio e del coagulo con strumenti elettrici anche su peduncoli vascolari di cospicue dimensioni.

L'introduzione di correnti bipolari "avanzate", utilizzate per la sintesi dei vasi, rappresenta la nuova frontiera della elettrochirurgia.

Le caratteristiche di questi strumenti sono:

1. la capacità di ricevere un "feedback" da parte del tessuto che stanno coagulando (impedenza) e sulla base di questo modulare la quantità di energia elettrica necessaria alla coagulazione.
2. erogare corrente in modo discontinuo (con pause di erogazione che consentono al tessuto di raffreddarsi).

Queste due caratteristiche permettono di "asciugare" il tessuto compreso tra le branche della pinza determinandone una modificazione ultrastrutturale che porterà a sigillare il tessuto stesso (sealing) e non solo a coagularlo. L'erogazione secondo questa modalità consente quindi la sintesi vasale ma anche la drastica riduzione della carbonizzazione del tessuto evitandone la sua distruzione e, di conseguenza, una emostasi temporanea.

Inoltre, la importante riduzione della temperatura sul punto di coagulazione, la riduzione della temperatura nelle aree adiacenti allo strumento, permettono una notevole riduzione del danno termico laterale.

Il sistema ligasure racchiude queste caratteristiche in un manipolo multifunzionale: lo strumento, del diametro di 5 mm, consente la sintesi dei vasi, la presa, il taglio, la dissezione per via smussa. Il morso della pinza infatti è robusto e dotato di piccole sagomature che consentono la presa anche di un tessuto in tensione. Dopo l'attivazione della corrente di sintesi è possibile, con un pulsante dedicato, attivare la lama a freddo che sezionerà il tessuto coagulato. La punta della pinza chiusa consente delicate dissezioni in tessuti lassi.

Come tutti gli strumenti chirurgici è necessario conoscere esattamente le potenzialità di questa pinza ed i suoi eventuali limiti: per ottenere il massimo effetto di sintesi è necessario comprendere una quantità di tessuto non eccessiva in rapporto al morso della pinza, ridurre la tensione sul tessuto stesso nel momento di attivazione della corrente e attendere la fine del ciclo di erogazione che viene segnalato dal generatore elettrico.

L'attivazione della lama a freddo deve avvenire a pinza chiusa e su tessuto non in tensione. Una apertura precoce della branca, a lama non retratta rischia di bloccare lo strumento, l'erogazione su un tessuto troppo teso provocherà un sanguinamento da cattiva "lettura" del tessuto.

Comprendere più funzioni all'interno dello stesso strumento rappresenta la nuova sfida della moderna laparoscopia: avere la possibilità di utilizzare una pinza adeguata per il gesto necessario consente una chirurgia meno invasiva sul tessuto, più sicura, più facile, più veloce. Inoltre non è più necessario cambiare o invertire spesso gli strumenti all'interno dei trocar. L'adeguato utilizzo di un sistema di sintesi vasale compreso in una pinza multifunzionale permette di aumentare la sicurezza, la versatilità, la precisione della nostra chirurgia.

## Il ruolo della dieta nel periodo periconcezionale

V. Savasi

L'alimentazione materna è riconosciuta essere uno dei principali fattori ambientali influenti lo sviluppo embrionale e fetale. In Italia, il fenomeno della malnutrizione rappresenta un problema importante che interessa 4 milioni di persone affette da obesità e 16 milioni da sovrappeso, e in continua crescita, con aumenti, nella popolazione femminile del 5% e del 2% rispettivamente nei due gruppi. Se questa condizione si verifica nel periodo pre-concezionale la fertilità della donna può essere compromessa, così come lo sviluppo embrionale. Bloomfield et al. in studi condotti sulle pecore ha dimostrato che un deficit alimentare tale da portare a riduzione del 10-15% del dell'animale, protetto prima e dopo l'accoppiamento altera lo sviluppo dell'asse ipotalamo-ipofisario fetale in maniera non correggibile. I risultati infatti mostrano un'accelerata maturazione dell'asse ipotalamo ipofisario nei soggetti del gruppo sottoposto a restrizione alimentare. Inoltre, uno stato di denutrizione nel primo trimestre di gravidanza aumenta il rischio di coronaropatia ed obesità nell'età adulta, come suggerito da studi epidemiologici che hanno analizzato gli outcome della gravidanza in donne sopravvissute alle carestie avvenute durante la Seconda Guerra Mondiale. Roseboom et al. riporta un incremento della mortalità del 11.5%, nei neonati nati da gravidanza esposte alla carestia nel primo trimestre, con un profilo lipido aterogenico nell'età adulta, aumentate concentrazioni plasmatiche di fibrinogeno, diminuite concentrazioni di Fattore VII ed un maggiore BMI configurando così una popolazione più a rischio di patologie cardiovascolari. Nel secondo e terzo trimestre l'aumento della mortalità è risultato essere del 11.2% e del 14.6% con una ridotta tolleranza glucidica nell'età adulta in entrambi i gruppi. Questi dati sembrano suggerire che promuovere una corretta alimentazione significa da un lato favorire la fertilità della donna, dall'altro ridurre la morbilità materna e fetale. In particolare, un ruolo centrale è svolto dai micronutrienti, come suggerito dalla riduzione del rischio di ipertensione indotta dalla gravidanza in seguito all'aumento dell'intake di calcio e magnesio, dalla riduzione del rischio di difetti del tubo neurale e di anemia megaloblastica materna conseguenti all'incremento dell'apporto di acido folico nel periodo pre-concezionale, e dalla riduzione del rischio di parto prematuro in presenza di un apporto adeguato di zinco. Gli acidi grassi polinsaturi a lunga catena hanno dimostrato avere un ruolo importante sia nello sviluppo del sistema cognitivo e visivo fetale come pubblicato da Lauritzen et al., sia ridurre il rischio di alcune patologie della gravidanza tra cui il rischio di parto prematuro, come riportato da Koletzko B et al. Recentemente, il Nurses Health Study ha analizzato una possibile relazione tra infertilità, dieta, esercizio fisico e stile di vita. Sulla base di evidenti associazioni, è stata formulata la cosiddetta "Fertility Diet", in cui sono suggeriti consigli alimentari finalizzati a migliorare la fertilità della donna. Infine, dati recenti suggeriscono un importante effetto delle specie reattive dell'ossigeno (ROS) sulla fertilità. La produzione di radicali liberi danneggia sia la fertilità maschile, con influenze negative su numero, morfologia e motilità degli spermatozoi, sia quella femminile, danneggiando la funzionalità ovarica e i processi di fertilizzazione e impianto. Gli antiossidanti, quali vitamina C ed E e i cofattori antiossidanti (selenio, zinco e rame) modulano e limitano la formazione dei ROS. Pertanto, il loro apporto sembra poter avere un effetto protettivo. L'aspetto nutrizionale è quindi un punto importante da valutare insieme con i pazienti al fine di aiutarli a raggiungere l'obiettivo di una gravidanza e di ridurre fattori di rischio per la patologia ostetrica e fetale.

## Tecnica di una moderna isterectomia vaginale

N. Surico

Il novanta per cento delle isterectomie sono eseguite per patologie benigne. L'isterectomia vaginale (VH) è stata inizialmente introdotta per prolasso degli organi pelvici, ma in realtà è la prima scelta per sanguinamento uterino disfunzionale in uteri di dimensioni normali. VH è meno invasiva rispetto alla via addominale (AH), con minore morbilità febbrile dopo l'intervento chirurgico, minor rischio di trasfusioni di sangue e di lesioni dell'uretere. Gli svantaggi sono legati a maggior incidenza di complicanze emorragiche intraoperatorie e di lesioni alla vescica. L'isterectomia laparoscopica (LH) si sta diffondendo grazie alla possibilità di riconoscere e trattare concomitante malattia sconosciuta pelvica (per esempio endometriosi), la possibilità di togliere le ovaie, un'emostasi più accurata per la visione diretta del campo operatorio e il tempo di convalescenza più breve. LH ha un vantaggio statisticamente significativo rispetto AH, come rapido ritorno alla vita normale con dimissione precoce, meno dolore, meno infezioni, a dispetto di tempi più lunghi di funzionamento e maggior rischio di lesioni del tratto urinario. Svantaggi di LH rispetto a VH sono i più lunghi tempi di apprendimento, più sanguinamento, un maggior uso di farmaci per il dolore postoperatorio, costi più elevati e maggior rischio di lesioni del tratto urinario.

Pertanto VH deve essere utilizzata il più possibile. Nei casi in cui VH non sia fattibile, LH deve essere eseguita a preferenza di AH.

L'Isterectomia vaginale con BiClamp è una nuova tecnica di isterectomia vaginale che permette di ridurre ulteriormente la perdita ematica intraoperatoria e il dolore postoperatorio. La strategia è stata ideata dal Prof. Clavè, Chirurgo Ginecologo esperto con un'ampia casistica operatoria nel campo della chirurgia vaginale demolitiva e protesica. La sua espressione della tecnologia BiClamp alla chirurgia vaginale è espressione di una nuova "filosofia" di chirurgia ginecologica realmente mini-invasiva, proprio perchè sfrutta il canale vaginale come unica via di accesso alla pelvi.

## Valutazione e trattamento riabilitativo dell'incontinenza urinaria femminile

F. Vallone

L'incontinenza urinaria è la perdita involontaria di urina al di fuori di un atto minzionale cosciente. In Italia, circa 3 milioni di individui sono affetti da incontinenza urinaria, e il dato è sicuramente in difetto. Negli Stati Uniti l'incontinenza urinaria è la principale causa di ricovero in casa di riposo e interessa circa 11 milioni di donne anziane. Circa il 25% delle donne di età compresa fra i 30 e i 59 anni riferisce difficoltà a trattenere l'urina, specie durante l'attività fisica. L'incontinenza può portare a spendere cifre considerevoli (2400 dollari all'anno) in pannolini o altro materiale assorbente. In considerazione del fatto che l'incontinenza urinaria è un sintomo e non una diagnosi, appare utile a scopo didattico utilizzare una classificazione basata non sull'eziopatogenesi ma su quanto è desumibile dall'anamnesi e dall'esame obiettivo.

Sono quindi individuabili i seguenti tipi di incontinenza:

- > INCONTINENZA DA STRESS (STRESS INCONTINENCE)
- > INCONTINENZA DA URGENZA (URGE INCONTINENCE)
- > INCONTINENZA MISTA (STRESS + URGENZA)
- > INCONTINENZA DA RIGURGITO (OVERFLOW INCONTINENCE)
- > INCONTINENZA FUNZIONALE

INCONTINENZA DA STRESS: è caratterizzata da perdita di urina a seguito di aumenti pressori addominali, quale tosse o sforzi. È tipica della donna pluripara e classicamente legata a danno meccanico o neurologico delle strutture muscolo aponevrotiche di sostegno della vescica. L'uretra o l'intera vescica scivolano al di sotto del piano dei muscoli perineali, mentre l'angolo vescico-uretrale posteriore aumenta di ampiezza.

INCONTINENZA DA URGENZA: è presente desiderio impellente di urinare e pollachiuria con nicturia. Si verifica in seguito all'insorgere di contrazioni del detrusore, involontarie e non volontariamente sopprimibili per patologia neurogena (nel qual caso si parla di iperreflessia detrusoriale) o non neurogena (si parla in tal caso di instabilità vescicale). I due concetti di vescica iperreflessica e instabile sono riuniti nella moderna dizione di "vescica iperattiva". L'incontinenza da urgenza non neurogena può essere idiopatica, comportamentale, ostruttiva (evenienza frequente nel sesso maschile: caso dell'ipertrofia prostatica). L'incontinenza da urgenza neurogena può essere dovuta a danni neurologici corticali (ictus) o spinali toraco lombari (in cui si realizza una condizione di vescica simile a quella del neonato). Va qui ricordato che la sclerosi multipla in fase iniziale può provocare incontinenza.

INCONTINENZA MISTA: è caratterizzata dalla presenza sia dei sintomi dell'incontinenza da urgenza che di quelli dell'incontinenza da stress

INCONTINENZA DA RIGURGITO: è caratterizzata da assenza di tono e contrattilità della vescica ed è dovuta a due principali cause:

1. ritenzione di urina da ostruzione cervicouretrale organica o funzionale;
2. acontrattilità detrusoriale farmacologica o neurogena (diabete, etc.)

INCONTINENZA FUNZIONALE: è caratterizzata da perdita di urina per incapacità ad utilizzare la toilette a causa di deficit cognitivo, per "disabilità" fisica, per compromissione psicoemotiva o per presenza di barriere architettoniche.

### TERAPIA

La terapia dell'incontinenza deve essere il più possibile eziologica: risolvendo la causa si risolverà il sintomo.

In circa il 10% dei casi ciò non è possibile (vescica iperattiva idiopatica; difficoltà a praticare tutti gli steps diagnostici) ed allora il trattamento farmacologico ex-juvantibus o terapie conservative non farmacologiche (presidi per incontinenza) restano l'unica soluzione.

Nell'ambito dei provvedimenti terapeutici si può distinguere: la terapia farmacologica, il cateterismo intermittente, la riabilitazione, l'impianto di stimolatori delle radici sacrali, la terapia chirurgica, la terapia endoscopica; lo sfintere artificiale.

### RIABILITAZIONE

Le tappe principali del processo riabilitativo sono la visita fisiatrica, la riabilitazione funzionale, il biofeedback e la stimolazione elettrica funzionale.

VISITA FISIATRICA: La visita fisiatrica consiste in una integrazione dei dati della obiettività uroginecologica ai fini di valutare la funzionalità del pavimento pelvico mediante:

- Somministrazione di uno specifico test sulla descrizione dei disturbi, con attribuzione di punteggio.
- Somministrazione di test analogico visivo sulla gravità soggettiva del disturbo, con attribuzione di punteggio da 1 a 10.
- Rilevazione della presenza di eventuale prolasso utero-vescicale-rettale spontaneo o indotto dalla tosse.
- Verifica delle sensibilità superficiali della regione perineale
- Evocazione dei riflessi cutaneo-addominali, clitorideo-anoale, bulbo-cavernoso, cremasterico e riflessi profondi degli arti inferiori.
- Esecuzione di tests specifici (vedi oltre)

### TESTS SPECIFICI EFFETTUATI DURANTE LA VISITA FISIATRICA

- > PC test, cioè verifica manuale delle contrazioni del muscolo PC con attribuzione di un punteggio da 0 a 5 intendendo come 0=assenza di contrazione e 5=contrazione normale.
- > Test del pannolino cioè verifica del peso di un pannolino prima e dopo l'esecuzione di una serie di esercizi
- > Controllo della eventuale presenza di sinergie agoniste e antagoniste o addirittura inversione del comando alla richiesta di contrazione elettiva del m. PC

➤ Esame posturale della paziente: sebbene possibile una correlazione fra iperlordosi e IUS poiché l'antiversione del bacino orienta la direzione delle forze intraaddominali verso la vagina e non verso la regione anococcigea, più resistente.

È nostra opinione che la riabilitazione funzionale pelvi perineale sia consigliabile (su una paziente collaborante, motivata e istruita sul piano terapeutico) per l'assenza di effetti collaterali, per i buoni risultati che si possono ottenere e perché non compromette una eventuale successiva opzione chirurgica. Viene effettuata dapprima in ambito ospedaliero e poi proseguita a domicilio.

Le indicazioni principali sono le fasi precoci di incontinenza urinaria e fecale, l'incontinenza da instabilità detrusoriale, il cistocele di 1° grado, l'insufficienza dei muscoli perineali, nella pre e post chirurgia pelvica, nel post partum, nelle algie perineali e nell'anorgasmia.

Il programma riabilitativo ha lo scopo di informare la paziente e correggere le cattive abitudini messe in atto per prevenire, ridurre o nascondere gli episodi di incontinenza (c.d. fase preliminare). Successivamente occorre rendere la paziente "cosciente della funzione della muscolatura pelvica" (c.d. presa di coscienza). Infine si cercherà di attuare un rafforzamento della muscolatura pelvica (c.d. chinesiterapia pelviperineale).

La presa di coscienza è la fase più delicata ed importante del programma ed ha lo scopo di facilitare la presa di coscienza di una regione poco rappresentata a livello corticale e poco conosciuta per fattori razziali, educazionali, religiosi e iatrogeni. Si agirà anche sulla sfera propriocettiva eseguendo pressioni e stiramenti a livello perineale, perivaginale e del nucleo fibroso, con paziente in posizione ginecologica modificata, rilassata e dotata di una buona tecnica di respirazione addominale.

La chinesiterapia pelviperineale si attua attraverso tecniche endovaginali di messa in tensione e stiramento del muscolo pubo coccigeo. Tale manovra interessa prima la componente elastica del muscolo poi il muscolo vero e proprio stimolando il riflesso miotattico da stiramento. La paziente è sollecitata alla contrazione del muscolo con una spinta verso l'alto che normalmente solleva le dita esploranti di 2 - 4 cm.; la manovra viene eseguita più volte con le dita del terapeuta posizionale anche trasversalmente sulla parete laterale della vagina (alle "ore 3 e 9").

Quando la paziente avrà appreso la contrazione volontaria, le si chiede la contrazione isolata e volontaria per 5 secondi del P.C. che dovrà avvenire con addominali, glutei ed adduttori rilassati e con associata una corretta respirazione.

Successivamente si passerà alla fase di automatizzazione delle contrazioni muscolari perineali durante le normali attività della vita quotidiana e gli sforzi programmando esercizi globali in cui l'attività motoria perineale si andrà ad integrare con schemi di lavoro che prevedono la contemporanea attivazione della restante muscolatura agonista ed antagonista. Tali esercizi sono eseguibili per lo più a domicilio e vanno assiduamente continuati dopo la dimissione.

Al fine di favorire il lavoro di ripresa della coscienza e la tonificazione di perineo, nella nostra pratica ambulatoriale associamo alla chinesiterapia due metodiche strumentali ausiliarie che sono il biofeedback e la stimolazione elettrica funzionale.

Il BFB ha la finalità di indurre una contrazione elettiva del muscolo P.C., migliorare il grado di affaticabilità della muscolatura pelviperineale e migliorare la propriocettività. La metodica ci fornisce una informazione contemporanea dell'attività dei muscoli perineali e dei muscoli sinergici. Le tecniche più usate sono il BFB manometrico, con sonde registranti la pressione esercitata dalla contrazione del P.C. e il BFB EMG con sonde rigide fornite di elettrodi di superficie registranti l'attività elettrica sviluppata dalla contrazione del P.C.

La stimolazione elettrica funzionale, nella riabilitazione uroginecologica, è attuata con sonde anali e vaginali dotate di anelli conduttori posizionate a contatto del muscolo elevatore dell'ano. Andremo ad ottenere una stimolazione diretta del muscolo attraverso una depolarizzazione della sua membrana a cui segue la contrazione muscolare ed una stimolazione indiretta attraverso la depolarizzazione della membrana del nervo pudendo, successiva partenza di segnale afferente al centro sacrale e conseguente evocazione di una contrazione muscolare indiretta.

Le caratteristiche principali della S.E.F. sono:

- La forma d'onda: bifasica.
- L'intensità: subdolorifica.
- La frequenza: circa 10 Hz nell'instabilità detrusoriale e 20 - 50 Hz nel deficit muscolare.
- La durata dell'impulso: da 0.1 a 1.5 msc.
- La durata della terapia: da 15 a 30 minuti con intervallati tempi di elettrostimolazione e di pausa.

Le principali indicazioni della S.E.F. sono:

- l'ipovalidità dei muscoli perineali con o senza incontinenza.
- l'urgenza sensitiva detrusoriale.
- l'instabilità detrusoriale.
- l'incontinenza urinaria (I.U.S. - Vescica iperattiva - Mista).
- l'insufficienza sfinterica.
- il post partum.
- il cistocele di 1° grado.
- il "pelvic cronic pain".
- la pre chirurgia pelvica.
- le pazienti inoperabili per elevato rischio.
- le pazienti multioperate.

Le controindicazioni principali risultano essere la denervazione perineale completa, il pace maker cardiaco e lo IUD, la gravidanza, le mestruazioni o le perdite ematiche, le vaginiti, le infezioni urinarie e gli importanti prolassi.

### **Tecnica di una moderna isterectomia laparoscopica**

*M. Vignali*

Troppo spesso l'aggettivo "moderno" è identificato con "tecnologico", quasi che non si debba tenere in debita considerazione l'esperienza accumulata nel passato ed i traguardi raggiunti. Una "moderna" isterectomia laparoscopica non deve avere come primo obiettivo la tecnologia ma, come sempre nell'ambito medico, il bene della paziente. Pertanto deve tenere conto dell'innovazione tecnologica ma solo nell'ottica di impiegare i nuovi dispositivi per migliorare gli *outcomes* della procedura chirurgica a beneficio della paziente: ridurre i tempi operatori, la perdita ematica intraoperatoria, il dolore post-operatorio e soprattutto ridurre le complicanze. La ricerca di nuove metodiche di approccio all'isterectomia laparoscopica ha portato a ridurre il calibro degli strumenti da 5 a 3 mm, a ridurre il numero di vie d'accesso da 3 o 4 ad un'unica via ombelicale, tuttavia il reale impatto di queste innovazioni in termini di effettivo beneficio per la paziente non sembrano essere così determinanti. L'introduzione di nuovi dispositivi elettrochirurgici che limitano al massimo l'espansione del danno termico possono costituire un valido aiuto in quei casi dove la distorsione anatomica aumenta il rischio di lesioni ureterali e quindi della formazione di una fistola, che rimane la complicanza più frequente in questo tipo di intervento.

### **Ruolo della laparoscopia nella chirurgia ricostruttiva pelvica**

*R. Zaccoletti*

La moderna chirurgia laparoscopica prevede essenzialmente due diverse modalità chirurgiche per il trattamento del difetto apicale vagina:

- 1) Una tecnica *ricostruttiva* che si ispira alle metodiche vaginali di colposospensione ai legamenti utero-sacrali.
- 2) Una tecnica *sostitutiva* che ricorre all'impiego di materiali protesici atti a sospendere indirettamente la vagina al promontorio sacrale.

In entrambe le metodiche l'intento è quello di ricostituire l'anello pericervicale ripristinando la continuità anatomica tra legamenti uterosacrali, i legamenti cardinali e la fascia pubocervicale: viene in tal modo assicurata la correzione del I livello anatomico di De Lancey.

Tra i ben noti vantaggi di un approccio laparoscopico, quali la più precoce dimissione, il più rapido recupero ed il decorso post-operatorio meno doloroso, nella correzione dei difetti del pavimento pelvico si aggiunge la possibilità di disporre contemporaneamente sia di una visione complessiva della statica pelvica sia del particolare difetto anatomico.

In tal modo, con una minima invasività, è possibile correggere multipli difetti anatomici ed ottenere un adeguato e completo recupero anatomico.

La chirurgia ricostruttiva laparoscopica appare la tecnica più efficace nel ripristinare l'originario asse vaginale, mantenendolo sagittale lungo la linea mediana, con un angolo di inclinazione posteriore naturale, lungo il profilo del muscolo elevatore dell'ano. Probabilmente è per tale motivo che si è dimostrata la tecnica meno gravata da sequele funzionali sfavorevoli.

La tecnica sostitutiva, cioè la promontosacropessi laparoscopica, è nata come tecnica alternativa alla tradizionale metodica laparotomica.

Nel tempo si è però differenziata in molti centri, divenendo una nuova metodica chirurgica per la correzione globale dei difetti anatomici del pavimento pelvico.

La possibilità infatti di disporre di una visione ottimale e di accedere anche ai piani più caudali del pavimento pelvico consente di correggere difetti che venivano affrontati in precedenza per via vaginale.

Rispetto a quest'ultima però la tecnica laparoscopica presenta il vantaggio di non procurare alcuna apertura della parete vaginale, riducendo al minimo l'impatto sulla funzione sessuale.

In letteratura queste tecniche sono descritte e riprodotte da più scuole ma mancano dati a lungo termine riguardanti i risultati sul piano anatomico e gli effetti sul piano funzionale.

Dal 2000 è attivo presso il nostro team un ambulatorio di follow-up allo scopo di registrare in maniera prospettica i dati anatomici e funzionali relativi a queste due tecniche chirurgiche.

### **Le modificazioni endometriali nelle diverse età della donna e durante terapia medica**

*C. Lanzani*

In età fertile le modificazioni di utero e ovaio durante le fasi del ciclo dipendono dall'asse Ipotalamo – Ipofisario attraverso la secrezione di ormoni che si manifesta a livello dei vari tessuti che presentano recettori per estrogeni e progesterone. In menopausa l'ipoestrogenismo determina caratteristiche endometriali e ovariche di atrofia.

L'ausilio dell'ecografia transvaginale permette di monitorare in modo accurato le modificazioni fisiologiche dell'endometrio nelle varie fasi della vita femminile e durante terapie ormonali, siano esse effettuate per scopo contraccettivo (terapia estro progestinica), terapeutico (terapia progestinica in presenza di cicli metrorragici perimenopausali), trattamento sostitutivo in menopausa, oppure terapie adiuvanti il carcinoma mammario (tamoxifene).

Attraverso le diverse applicazioni: Ecografia bidimensionale, Power / color Doppler bidimensionale, Ecografia tridimensionale, Power / color Doppler tridimensionale, è possibile valutare in modo accurato l'endometrio e le sue modificazioni.

La valutazione ecografica dello spessore endometriale, la sua consensualità alla fase del ciclo o alla fase della vita della donna è un parametro fondamentale per la valutazione il follow up, i trattamenti, approfondimenti diagnostici.

Ci si avvale di criteri quantitativi (misura dello spessore endometriale) e di un criterio morfologico (ecogenicità endometriale).

### **Percorso diagnostico-terapeutico della meno metrorragia**

*C. Marcianite*

Il sanguinamento uterino anomalo in generale (AUB) costituisce uno dei motivi più frequenti di consultazione ginecologica.

Definire il sintomo e identificarne una causa precisa sono i target fondamentali per l'impostazione di un trattamento efficace. Le ipotesi da valutare sono classificabili in quattro categorie: cause disfunzionali, patologie sistemiche, lesioni benigne o maligne. L'esame obiettivo ginecologico deve essere integrato con ausili diagnostici che consentano un'indagine dettagliata del miometrio e della cavità uterina: l'ecografia transvaginale, la sonoisterografia e/o l'isteroscopia diagnostica. In base ai dati ed alle considerazioni espone sarà esposto un algoritmo diagnostico.

La corretta diagnosi è inoltre fondamentale per un trattamento efficace sia di tipo medico, che chirurgico. Nel corso della relazione verranno quindi illustrate le indicazioni alle diverse alternative terapeutiche farmacologiche e/o chirurgiche.

### **I principi della spazialità in chirurgia laparoscopica**

*A. Fiaccavento*

Le suture rappresentano un momento fondamentale nella moderna chirurgia laparoscopica in ginecologia. Obiettivi della relazione sono quelli di fornire i fondamenti tecnici, relativi ad aghi, fili, set di sutura e di proporre una tecnica riproducibile per il confezionamento del nodo laparoscopico.

#### **Il nodo intracorporeo**

*A. Caputo*

Il nodo intracorporeo è estremamente versatile in chirurgia laparoscopica utile nelle sia nelle suture che non richiedono stiramento dei tessuti che in quelle che richiedono un'efficace emostasi. Implicazioni cliniche e tecnica di confezionamento sono obiettivi della relazione.

#### **Il nodo extracorporeo**

*A. Del Corso*

Il nodo extracorporeo può essere di tipo rotolante (semichiave) o scorrevole (Roeder).

Il primo tipo è più adatto alla sutura di tessuti pluitransfissi come punto di accostamento, il secondo tipo come sutura emostatica vascolare (one way Knot). Obiettivi del corso indicazioni cliniche e tecniche di confezionamento.