

Italian Journal
of
**Gynæcology
& Obstetrics**

*The Official Journal of the
Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia
(SIGO)*



Supplemento

*Atti del
91° congresso nazionale SIGO
ROMA - 16/19 Ottobre 2016*

Partner-Graf



Italian Journal
of
Gynæcology
& Obstetrics

The Official Journal of the
Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia
(SIGO)



Supplemento

Atti del
91° congresso nazionale SIGO
ROMA - 16/19 Ottobre 2016

Partner-Graf

Editor in Chief

Paolo Scollo, Catania

Editors

Herbert Valensise, Roma

Enrico Vizza, Roma

Editorial Board

Cervigni Mauro, Roma

Chiantera Vito, Napoli

Costa Mauro, Genova

De Stefano Cristofaro, Avellino

De Vita Davide, Salerno

La Sala Giovanni Battista, Reggio Emilia

Locci Maria Vittoria, Napoli

Marci Roberto, Roma

Monni Giovanni, Cagliari

Ragusa Antonio Franco, Milano

Sirimarco Fabio, Napoli

Trojano Vito, Bari

Viora Elsa, Torino

Editorial Staff

Roberto Zerbinati

Serena Zerbinati

Management, Administrative office

Partner-Graf Srl - Via F. Ferrucci, 73 - 59100 Prato

Tel 0574 527949 - Fax 0574 636250

E-mail: info@partnergraf.it

The Italian Journal of Gynaecology & Obstetrics is a digital magazine.

You can download it freely from

www.italianjournalofgynaecologyandobstetrics.com or

www.italianjog.com

SIGO **2016**



91° congresso
nazionale SIGO

56° congresso
nazionale AOGOI

23° congresso
nazionale AGUI

ROMA
Ergife Palace Hotel
16/19 Ottobre 2016

presidenti
Giovanni Scambia
Enrico Vizza

presidenti onorari
Salvatore Mancuso
Carlo Sbiroli

LA SALUTE AL FEMMINILE TRA SOSTENIBILITÀ E SOCIETÀ MULTIETNICA

Presidenti del Congresso

Giovanni Scambia, Enrico Vizza

Presidenti Onorari

Salvatore Mancuso, Carlo Sbiroli

Comitato Scientifico Organizzativo Locale

Angioli Roberto	Caruso Alessandro	Lanzone Antonio	Primicerio Mario
Arduini Domenico	Caserta Donatella	Nicolanti Giorgio	Saccucci Pietro
Bonito Marco	Castellano Antonio	Palazzetti Pierluigi	Benedetti Panici Pierluigi
	Giovannini Massimo	Piccione Emilio	

Comitati

Direttivo SIGO	Direttivo AGUI	Direttivo AOGOI	
Presidente Paolo Scollo	Presidente Nicola Colacurci	Presidente Vito Trojano	Presidenti Onorari Giovanni Adinolfi Mario Campogrande
Past President Nicola Surico	Past President Massimo Moscarini	Vice Presidenti Elsa Viora Sandro Massimo Viglino	Angelo Careccia Piero Curiel Lucio Massacesi Giovanni Monni Carlo Sbiroli Alberto Zacutti
Vice Presidente Mauro Busacca	Segretario Fabio Parazzini	Segretario Nazionale Antonio Chiantera	Tesoriere Carlo Maria Stigliano
Consiglieri Giuseppe De Placido Valeria Dubini Emilio Stola Pier Luigi Venturini	Tesoriere Francesco Maria Primiero	Consiglieri Luigi Alio Pasquale Pirillo Maurizio Silvestri	Consiglio dei Probiviri Giancarlo Cecchini Giuseppina Comitini Roberto Seclì Roberto Sposetti
Tesoriere Sandro Massimo Viglino	Consiglieri Sandro Gerli Roberto Marci Anna Maria Paoletti Antonio Perino	Collegio Revisori dei Conti Gianfranco Quintarelli Franco Rodio Silvia Von Wunster	
Segretario Enrico Vizza	Coordinatore Scuole Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia Fulvio Zullo	Segretari regionali	
Revisori dei Conti Maurizio Silvestri Andrea Bilotti	Coordinatore Corsi di Laurea in Ostetricia Antonio Lanzone	Abruzzo Quirino Di Nisio	Molise Salvatore Cofelice
Probiviri Domenico Arduini Mario Campogrande Ettore Cicinelli Alessandro Melani Anna Maria Paoletti	Presidente Collegio dei Professori Ordinari Salvatore Dessolet	Basilicata Sergio Schettini	Piemonte Roberto Jura
		Calabria Franco Marincolo	Puglia Pier Luigi Sozzi
		Campania Davide De Vita	Sardegna Giovanni Urru
		Emilia R. Ezio Bergamini	Sicilia Giuseppe Ettore
		Friuli V.G. Valter Adamo	Toscana M. Giovanna Salerno
		Lazio Enrico Vizza	Trentino A.Adige Emilio Arisi
		Liguria Vincenzo Maritati	Umbria Giovanni Pomili
		Lombardia Claudio Crescini	V. d'Aosta Dante Salvatore
		Marche Mario Massacesi	Veneto Giancarlo Stellin

Table of contents

<i>Lettera di benvenuto</i> Giovanni Scambia, Enrico Vizza	8
Comunicazioni Orali Ostetricia 17 ottobre 8.30 - 11.00	9
Comunicazioni Orali Pianificazione familiare 17 ottobre 11.00 - 12.30	23
Comunicazioni Orali Ginecologia benigna 17 ottobre 16.30 - 19.00	30
Comunicazioni Orali Ginecologia oncologica 18 ottobre 9.00 - 10.30	40
Posters	48

Lettera di benvenuto

Giovanni Scambia, Enrico Vizza

Cari amici,

benvenuti al 91° Congresso Nazionale SIGO, 56° AOGOI e 23° AGUI dal titolo:

“La salute al femminile tra sostenibilità e società multietnica”.

Abbiamo scelto insieme alla SIGO questo argomento perché riteniamo drammaticamente attuale porre al centro del dibattito sulla salute femminile la questione della sostenibilità dell'innovazione terapeutica, e le sfide organizzative e culturali imposte da una società multietnica in continua evoluzione che richiedono nuove soluzioni strategiche con il superamento dei vecchi schemi culturali e sociali.

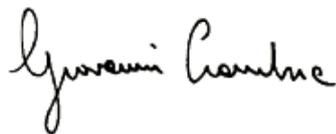
Noi Ginecologi, da sempre siamo vicini nel curare e comprendere le donne nelle diverse fasi della loro vita, più di altri operatori siamo in grado di percepire questi cambiamenti storici e sociali.

L'innovazione in campo tecnologico e farmacologico, che rappresenta la tematica ricorrente dei nostri congressi scientifici, deve essere governata con saggezza in modo da renderla una opportunità sostenibile in un mondo reale, fatto di persone, in un mondo caratterizzato da differenze di Genere e da disuguaglianze culturali e sociali, dalla “fluidità” della società multietnica e globalizzata.

Il congresso si articolerà su più sale in contemporanea in cui verranno affrontati per ciascuna aula i molteplici aspetti che concorrono a definire il concetto di Salute Femminile. Ciascuna aula avrà un filo conduttore diverso: fisiologia e patologia della gravidanza, innovazione in oncologia ginecologica e preservazione dell'integrità riproduttiva ed ormonale, ginecologia benigna e benessere endocrinologico pre- e post-menopausale, contraccezione e pianificazione familiare etc.

Data la valenza non solo scientifica ma anche politica e sociale della tematica, abbiamo ritenuto opportuno allestire una sala congressuale come uno studio televisivo (sala ORANGE). Questa sala ospiterà le Tavole Rotonde condotte da giornalisti e Question Time con le istituzioni in cui SIGO si confronterà con rappresentanti delle Istituzioni e del mondo politico e sociale su tematiche di importante impatto mediatico: *salute della donna in una società multietnica, sostenibilità dell'innovazione tecnologica e farmacologica, nascere in Italia, la responsabilità professionale e la medicina difensiva, la tutela della fertilità, lea pma ed eterologa, DM70 e rete punti nascita.*

Dunque, il 91° Congresso SIGO, 56° AOGOI, 23° AGUI sarà innovativo sia nei temi affrontati che nella formula adottata. Sperando che questa sfida venga compresa e condivisa da tutti, Vi auguriamo una buona permanenza a ROMA.





Italian Journal of Gynaecology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

HLA Class II is aberrantly expressed on circulating syncytiotrophoblast microparticles in early onset preeclampsia

C. Tersigni¹, C.W. Redman², D. Tannetta², R. Dragovic², S. Shahjahan², N. Di Simone¹, I.L.Sargent², M. Vatish²

¹ Department of Obstetrics and Gynaecology, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy

² Nuffield Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Oxford, Oxford, UK

ABSTRACT

Objectives: The lack of expression of major histocompatibility complex (MHC) class II in trophoblast tissues is believed to be one of the escape mechanisms of the semiallogeneic fetus from maternal immune system recognition and rejection. Since an exaggerated systemic inflammatory response is known to be a feature of pre-eclampsia (PET), aim of this study was to investigate the possible abnormal expression of MHC class II molecules, namely HLA-DR, in circulating syncytiotrophoblast microparticles (STBMs) from pre-eclamptic patients.

Methods: STBMs obtained by dual placental perfusion after caesarean section from 9 women with early onset (≤ 34 weeks of gestation) PET (EOPET), 7 women with late onset (> 34 weeks of gestation) PET (LOPET) and 12 women with uncomplicated pregnancies were analysed for HLA -DR and the syncytiotrophoblast-specific placental alkaline phosphatase (PLAP) expression by flow cytometry.

Results: STBMs from women with EOPET showed a significant expression of HLA-DR coupled with PLAP compared to controls ($P=0.03$). No significant difference was found between either controls and LOPET ($P=0.24$) or EOPET and LOPET ($P=0.35$) (Figure 1).

Conclusions: To our knowledge, this is the first observation of an aberrant expression of HLA-DR in STBMs from women with EOPET.

This finding might lead the way to the identification of a novel immunological mechanism representing a co-cause or a consequence of the exaggerated pro-inflammatory status that is a feature of PET. More studies are needed to confirm this observation in a larger cohort of patients and to define the possible functional role of aberrant HLA-DR expressed on STBMs spread in maternal circulation in PET.



Italian Journal of
Gynæcology & Obstetrics
September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Human leukocyte antigen (HLA) DQ2/DQ8 prevalence in recurrent pregnancy loss women

Silvia D'Ippolito¹, Antonio Gasbarrini², Roberta Castellani¹, Sandro Rocchetti³, Leuconoe Grazia Sisti⁴, Giovanni Scambia¹, Nicoletta Di Simone¹

¹ Department of Obstetrics and Gynecology, Università Cattolica Del Sacro Cuore, A. Gemelli University Hospital, Largo Francesco Vito 1, 00168 Rome, Italy

² Department of Internal Medicine, Università Cattolica Del Sacro Cuore, A. Gemelli University Hospital, Largo Francesco Vito 1, 00168 Rome, Italy

³ Institute of Clinical Biochemistry, Università Cattolica del Sacro Cuore, A. Gemelli University Hospital, Largo Francesco Vito 1, 00168 Rome, Italy

⁴ Institute of Public Health, Università Cattolica Del Sacro Cuore, Largo Francesco Vito 1, 00168 Rome, Italy

ABSTRACT

Objectives: Over the last few years, medical scholars have reported the significant association between recurrent pregnancy loss (RPL) and celiac disease (CD). Various pathogenic mechanisms underlying the pregnancy failure in CD have been suggested: among them the ability of anti-transglutaminase antibodies to impair the trophoblast invasiveness and endometrial endothelial cells differentiation and disrupt early placentation. CD shows a complex non-Mendelian pattern of inheritance, involving major histocompatibility complex (MHC) genes. The strongest effects are mapped to the classical human leukocyte antigen (HLA)-DQA1 and HLA-DQB1 genes. Specifically, the common haplotypes DQ2.5, DQ2.2, and DQ8 have been shown to increase CD risk by six-fold on average. MHC region contains genes with immunological functions and is responsible for the strongest association signals observed in most immune-mediated diseases. The aim of our study was to investigate the prevalence of the HLA-DQ2/DQ8 haplotypes in RPL, outside of CD.

Methods: The study population included women with history of RPL (N3 spontaneous pregnancy losses) and women with at least two previous uncomplicated term pregnancies (control group, CTR). All women gave their informed consent to use their data for research purposes.

Results: 97 RPL women and 55 CTR were considered in the study. Mean age of the RPL sample was 37.7 (standard deviation, SD, 3.0; min 27; max 39). Mean age of the control group was 35.6 (SD 3.0; min 26 years; max 38). A significantly increased prevalence of HLA-DQ2/DQ8 haplotype positivity was found in RPL population compared to control women (52.6% vs 23.6%; p = 0.01).

Conclusions: Our observations show for the first time a higher proportion of individuals HLA DQ2/DQ8 positive in women with RPL as compared to controls (and to general population estimates). Further studies are needed to better understand (i) the possible pathogenic mechanism to this observation; (ii) the clinical and therapeutic implications of our observation in order to provide a new approach to RPL couples.



Italian Journal of
Gynæcology & Obstetrics
September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Identificazione di bersagli ostetrici mediante la classificazione di Robson per ridurre il tasso di taglio cesareo in un ospedale di terzo livello

Triunfo Stefania¹, Ferrazzani Sergio¹, Lanzone Antonio¹, Scambia Giovanni¹

¹Polo Salute della Donna e del Bambino, Fondazione Policlinico 'A. Gemelli', Roma

ESTRATTO

Obiettivi: A fine di arginare l'aumento del tasso di tagli cesarei delle ultime decadi valutare il ruolo della classificazione di Robson per identificare i principali contribuenti in un ospedale italiano di terzo livello

Metodi: Un totale di 17,886 parti in sei anni (1998, 1999, 2004, 2005, 2010, 2011) di un periodo complessivo di 13 anni sono stati analizzati mediante l'assegnazione in una delle dieci categorie della classificazione di Robson.

Risultati: Dal 1998 al 2011 un incremento nel tasso di tagli cesarei dal 38.7 al 43.7 per 100 nascite è stato calcolato ($p < 0.001$), associato ad una significativa riduzione del parto vaginale (59.7 vs. 53.7%; $p < 0.001$). Nelle pazienti multipare con taglio cesareo previo (Gruppo 5) un taglio cesareo ripetuto è stato realizzato di routine, risultando l'indicazione più frequente al taglio cesareo (15.4 vs. 16.2%; $p < 0.001$). Le pazienti nullipare a termine con feto singolo in presentazione cefalica in travaglio spontaneo (Gruppo 1, 3.3 vs. 4.7%; $p < 0.001$) o indotto (Gruppo 2, 3.6 vs. 4.5%; $p < 0.001$) sono state identificate come seconde principali contributrici.

Conclusioni: La classificazione di Robson in 10 categorie permette di identificare facilmente i gruppi di pazienti maggiormente responsabili dell'incremento del tasso di tagli cesarei. Proporre e valutare interventi al fine di migliorare la gestione del travaglio nelle pazienti nullipare e promuovere il parto vaginale nelle multipare precedentemente cesarizzate potrebbe mitigare ulteriori incrementi dei tassi di tagli cesarei in futuro.



Italian Journal of
Gynæcology & Obstetrics
September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Il percorso della donazione di sangue del cordone ombelicale: risultati di un'indagine conoscitiva condotta su due centri di raccolta della Calabria Cord Blood Bank

Princi D.¹, Foti G.¹, Marcuccio D.¹, Monteleone R.¹, Surace R.¹, Gatto D.², Larosa F.³, Cosoleto I.³, Silipigni M.³, Battaglia F.², Gervasi A.², Pucci G.²

¹ Calabria CBB UOC SIMT, Az. Osp. Bianchi Melacrino Morelli, Reggio Calabria, Italia

² UO Ostetricia e ginecologia, Az. Osp. Bianchi Melacrino Morelli, Reggio Calabria, Italia

³ UO Ostetricia e ginecologia, Ospedale S. Maria degli Ungheresi, Polistena, Italia

ESTRATTO

Il sangue del cordone ombelicale (SCO) come fonte di cellule staminali ematopoietiche ai fini trapiantologici è una risorsa facilmente fruibile grazie alle numerose madri che decidono di donarlo al momento della nascita del proprio figlio, aumentando così la probabilità di trovare un donatore compatibile per i pazienti onco-ematologici in attesa di trapianto. La raccolta, da parto spontaneo e cesareo, avviene presso Centri di Raccolta (CR) adeguatamente formati dalla Banca.

La Calabria Cord Blood Bank (CCBB) che opera dal gennaio 2006 presso l'Azienda Ospedaliera "Bianchi-Melacrino-Morelli" di Reggio Calabria, ha nel suo inventario 9066 unità di SCO raccolte presso 16 CR regionali, di cui 1016 criopreservate ed immesse nel circuito internazionale per uso trapiantologico.

Negli anni 2014 e 2015, per sensibilizzare le mamme e verificare la volontà a donare, è stata condotta un'indagine su due CR, l'UO Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Reggio Calabria (RC101) e dell'Ospedale di Polistena (RC105). RC101 dal 2006 ad oggi ha raccolto 1165 unità di SCO, bancate 122 (27 dedicati) pari a 10,47%, RC105 dal 2006 ad oggi ha raccolto 1037 unità di SCO, bancate 79 (4 dedicati), pari a 7,62%.

Nel biennio sono state intervistate 1870 mamme di cui 1616 (86,4%) hanno espresso la volontà di donare firmando il consenso informato, 6 hanno effettuato la donazione dedicata (0,4%), mentre il 13,2% delle mamme intervistate (247) hanno negato il consenso (motivi religiosi: 1,6%; opposizione: 1,6%; mancato interesse alla donazione: 48,2%; indisponibilità al Follow up materno: 2%; pazienti stranieri con difficoltà linguistiche: 44,6%; pazienti che hanno optato per la raccolta Autologa: 2%).

Sul totale delle mamme che hanno firmato il consenso a donare, il 25% è stato scartato per anamnesi positiva (129 patologie autoimmuni, 150 familiarità positiva a patologia oncoematologiche e genetiche, ecc), mentre sul 75% delle mamme risultate idonee (anamnesi negativa) solo in 538 casi (44,4%) è stata effettuata la raccolta.

Il motivo principale di mancata raccolta è imputabile a cause ostetriche in 562 casi pari all'83,3% (liquido tinto, cordone non idoneo, ecc.), il 14% (94 casi) per parto distocico, 2,7% (18 casi) per carenza di personale.

Il sondaggio consente di mettere in evidenza che solo 28,7% delle mamme intervistate riesce a donare il sangue cordonale e fa emergere le difficoltà che si incontrano nel percorso donazionale e la necessità di elaborare strategie comuni di miglioramento.



Italian Journal of
Gynæcology & Obstetrics
September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Le mutilazioni genitali femminili e la figura dell'ostetrica: indagine conoscitiva sulla formazione specifica dei Corsi di Laurea in Ostetricia in Italia

Puglia Mavi¹

¹ Ostetrica, Università Cattolica Sacro Cuore, Roma, Italia

ESTRATTO

La nostra società deve essere pronta a rispondere alle esigenze delle donne straniere per favorire una completa integrazione. Secondo uno studio UNICEF del 2013 nel mondo il tasso di donne e bambine con una qualche forma di modificazione dei genitali femminili si aggira intorno ai 125 milioni e oltre 30 milioni di loro sono a rischio di essere sottoposte a tale pratica nella prossima decade. La possibilità, dunque, che ogni professionista sanitario possa entrare in contatto con una donna portatrice di MGF è molto alta. Sapendo che una figura professionale importante di riferimento per la donna è quella dell'ostetrica ci si aspetta da quest'ultima una piena conoscenza del fenomeno.

Secondo le recenti Linee Guida emanate in seguito alla legge del 9 gennaio 2006 n 7, l'ostetrica deve avere una "preparazione scientifica-medica, sociologica e antropologica, per stabilire relazioni positive con le donne che si rivolgono alle strutture sanitarie e con le comunità che praticano le MGF", ma ciò accade veramente? Lo studio si pone come obiettivo quello di realizzare un'indagine presso le sedi dei Corsi di Laurea in Ostetricia in Italia al fine di valutare l'effettiva formazione degli studenti su tale tematica. E' importante, per una qualifica che viene richiesta all'Ostetrica, che la preparazione sia adeguata, vengano colmati i vuoti formativi e rafforzate ed incrementate le azioni volte a tutelare la salute e il benessere di ogni donna.



Italian Journal of Gynæcology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Malformazioni uterine congenite ed anomalie di impianto della placenta: esiste una correlazione tra le anomalie morfologiche e l'incidenza di placenta previa?

Silvia Famiani¹, Maila Romanelli¹, Saverio Arena¹, Giuseppe Luzi¹, Giorgio Epicoco¹

¹S.C. Ostetricia e Ginecologia, Azienda Ospedaliera Universitaria di Perugia

ESTRATTO

Introduzione: Numerosi studi epidemiologici hanno dimostrato come la genesi di un impianto anomalo della placenta trovi correlazione con alcuni fattori predisponenti quali pregresso taglio cesareo, età materna avanzata, pregressa placenta previa, etc. Tra esse particolare attenzione andrebbe focalizzata sulle malformazioni uterine congenite.

Materiali e metodi: Attraverso uno studio retrospettivo abbiamo identificato 32 pazienti con diagnosi ecografica bidimensionale di placenta previa major eseguita presso l'Ambulatorio di Ecografia della S.C. di Ginecologia ed Ostetricia dell'Azienda Ospedaliera di Perugia da Gennaio 2009 a Dicembre 2012. Tale diagnosi è stata successivamente confermata mediante RM pelvi eseguita nella medesima Struttura Ospedaliera alla trentatreesima settimana di gestazione.

Tutte le pazienti arruolate sono state sottoposte a taglio cesareo secondo i protocolli aziendali e rivalutate ecograficamente mediante esame tridimensionale con sonda transvaginale ed eventualmente con conferma isteroscopica a sei mesi di distanza dal parto al fine di evidenziare eventuali cause uterine implicate nell'anomalo impianto placentare.

Risultati: Nel 34,4% della popolazione esaminata con ecografia tridimensionale è stata diagnosticata un'anomalia uterina congenita, confermata successivamente da esame isteroscopico, con una prevalenza maggiore di utero arcuato (18,8%) rispetto ad altre patologie uterine malformative. In nessuna di queste pazienti, esaminate in epoca preconcezionale, era stata ricercata mediante studio ecografico bidimensionale la presenza di tali anomalie.

Discussione: Lo studio svolto dimostra come le malformazioni uterine congenite rappresentino un rilevante fattore di rischio nell'eziopatogenesi della placenta previa. I risultati ottenuti sono stati raggiunti grazie all'impiego dell'ecografia tridimensionale che offre maggiore accuratezza diagnostica rispetto alle metodiche convenzionali e che ha consentito di rilevare come la prevalenza della patologia malformativa nella popolazione generale sia superiore rispetto ai dati pubblicati.

Conclusioni: La ricerca di anomalie uterine congenite dovrebbe diventare uno step fondamentale nello studio della donna che vorrà avere una gravidanza. In questo l'ecografia tridimensionale essendo una metodica non invasiva a costi contenuti potrebbe divenire il gold-standard. Nel presente studio si è posta particolare attenzione al possibile ruolo svolto dalle malformazioni uterine congenite nell'eziopatogenesi della placenta previa centrale sfruttando l'accuratezza diagnostica dello studio ecografico tridimensionale.

Sarebbe pertanto auspicabile l'introduzione dell'esame ecografico tridimensionale in epoca preconcezionale specialmente nelle pazienti con anamnesi ostetrica positiva per placenta previa o con scarso outcome riproduttivo dovuto a poliabortività o infertilità. Una diagnosi precoce della patologia malformativa, eseguita prima della ricerca di una gravidanza, consentirebbe, mediante intervento chirurgico, di aumentare la performance riproduttiva e ridurre i rischi materno-fatali dovuti ad un impianto placentare anomalo.



Italian Journal of
Gynæcology & Obstetrics
September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Management multidisciplinare della placenta accreta con occlusione endovascolare temporanea durante il cesareo: esperienza del gruppo San Camillo (Roma)

Rotondi F.¹, Riu P.², Bartolelli C.¹, Signore F.¹, Minucci S.², Starita A.¹

¹ Ostetricia e ginecologia, Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma, Italia

² Radiologia interventistica, Azienda Ospedaliera SanCamillo-Forlanini, Roma, Italia

ESTRATTO

Introduzione: L'emorragia ostetrica è la maggiore causa di morbilità e mortalità materne nel mondo.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato le emorragie ostetriche come responsabili del 25% delle 600.000 morti materne nel mondo.

Una placentazione anomala, che include placenta accreta e sue varianti, è una delle più comuni cause di grave emorragia ostetrica nei paesi sviluppati. La presenza di placenta accreta è associata ad una mortalità del 7%, così come forte è l'associazione con morbilità intra e post operatoria dovuta a trasfusioni massive (la perdita di sangue media stimata è 3000-5500 mL), infezioni e danni agli organi adiacenti.

Materiali e metodi: Tra il 2010 e 2016, nella nostra A.O. S.Camillo Forlanini, 20 paziente con placenta praevia ed alto sospetto di placenta accreta all'imaging (RMN ed ecodoppler) sono state sottoposte a posizionamento di palloni arteriosi alla biforcazione aortica per via transfemorale in immediato precesareo.

L'insufflazione dei palloni immediatamente dopo il clampaggio del cordone ombelicale ha consentito il tentativo di rimozione della placenta, o in caso di placenta percreta l'isterectomia successiva in sicurezza, con netta riduzione delle perdite ematiche e ridotte ricorso a trasfusioni.

Risultati: Il stop-flow pelvico, con marcata limitazione delle perdite ematiche ha in tutti i casi evitato l'importante emorragia legata a tale patologia.

Nessuna complicanza vascolare è stata osservata. Il tempo di scopia è stato limitato a pochi secondi.

Conclusioni: Si può concludere che il posizionamento temporaneo, perioperatorio e profilattico di cateteri vascolari a palloncino è un'opzione valida per controllare e ridurre la perdita ematica e la necessità di trasfusioni nelle pazienti con sospetto placenta accreta. Consente un'isterectomia secondaria in caso di marcato accretismo, e/o una chirurgia di vicinanza in caso di invasione delle strutture adiacenti "in sicurezza", limitando i rischi di una chirurgia demolitiva d'emergenza.

Nelle donne che sono fortemente motivate a conservare la propria fertilità, e dove l'invasione è limitata, può essere un notevole aiuto al ginecologo nel eventuale tentativo di salvataggio dell'utero, ed in alcuni casi (quanto possibile) una valida alternativa al trattamento chirurgico demolitivo d'emblée.



Italian Journal of
Gynæcology & Obstetrics
September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

“Management multidisciplinare della placenta accreta: Posizionamento temporaneo perioperatorio di cateteri vascolari durante cesareo”

Dr. Fabrizio Signore¹, Dr.ssa Cristina Vallone¹, Dr.ssa Federica Rotondi¹, Dr.ssa Giulia Morosetti¹, Dr.ssa Silvia Giuliani², Dr.ssa Pascale Riu², Dr.ssa Giovanna Scassellati Sforzolini³, Dr.ssa Mizar Paragona³

¹ UOC Ginecologia e Ostetricia

² UOC Radiologia vascolare

³ UOSD L.194 Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini Roma

ESTRATTO

Vantaggi dei cateteri vascolari nel taglio cesareo per placentazione anomala.

Materiali e metodi: Casi: 17 donne con diagnosi di placenta previa sospetta accreta con imaging (Ecografia e RMN) e desiderio di preservare la fertilità. Sottoposte ad intervento di Taglio cesareo preceduto posizionamento di due introduttori vascolari in arteria femorale dx e sn per inserimento di balloon . Con rapida fluoroscopia si è verificato il corretto posizionamento dei cateteri. Controlli: 27 donne con diagnosi di placenta previa, diagnosi intra o postoperatoria di placenta accreta; almeno 1 pregresso taglio cesareo o RCU ≥ 2 ; non desiderio di preservare la fertilità. Sottoposte a taglio cesareo elettivo in assenza del radiologo interventista. In entrambi i gruppi ,dopo l'estrazione del feto, la placenta è stata rimossa e si è controllato il sanguinamento con farmaci uterotonici. Nel caso di letto placentare sanguinante, apposizione di punti emostatici di sutura e curettage del SUI, ove si impiantava la placenta.

Risultati: Nel primo gruppo abbiamo registrato riduzione del ricorso ad emotrasfusioni , di complicanze chirurgiche, di disordini coagulativi. Non sono mai state eseguite suture compressive. Nessuna complicanza seguita al cateterismo.

Conclusioni: Il posizionamento dei cateteri vascolari alla biforcazione aortica, all'origine dell'iliaca comune, in corso di taglio cesareo su placenta previa offre vantaggi in termini di complicanze emorragiche e miglior efficacia sulla perdita ematica. In alcuni casi si è dimostrato l'unico modo per contenere un'emorragia imponente. Grazie all'azione dei balloon si ottiene l'interruzione di flusso arterioso. Si può così eseguire l'intervento in sicurezza senza arrecare danno ischemico per circa 60'. A fine intervento si rimuovono cateteri e introduttori vascolari. Il trattamento combinato radiologico e chirurgico porta vantaggi in termini di morbilità e perdite ematiche se eseguito da personale dedicato.



Italian Journal of Gynæcology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Misoprostolo per il trattamento dell'aborto ritenuto del primo trimestre: applicazione delle recenti linee guida internazionali

V. Stagnati¹, P. D'Oria¹, R. Magri¹, L. Colonna¹, C. Lombardi¹, S. Von Wunster¹

¹ Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Pesenti Fenaroli, Alzano Lombardo (BG)

ESTRATTO

Introduzione: Linee guida internazionali (ACOG 2015, CNGOF 2015), riportano come la terapia medica con misoprostolo sia un valido approccio in pazienti con aborto ritenuto emodinamicamente stabili (Level A). Somministrato per via sublinguale (SL) o vaginale, ha un tasso di successo medio dell' 84%, con blandi effetti collaterali e azzeramento dei rischi chirurgici ed anestesiológicos.

Nel 2013 l'AIFA riconosceva il misoprostolo come farmaco utilizzabile per l'induzione medica dell'espulsione del materiale abortivo. Da allora, presso il nostro presidio è stato introdotto ed applicato il protocollo AIFA per il trattamento ambulatoriale dell'aborto ritenuto.

Scopo dello studio è presentare i dati di efficacia della terapia medica dell'aborto ritenuto del primo trimestre mediante misoprostolo.

Materiali e metodi: Studio prospettico su pazienti afferenti al PSOG del nostro presidio con diagnosi di aborto ritenuto da gennaio 2014 a maggio 2016. Criteri di inclusione: aborto ritenuto con sacco gestazionale (SG) < 40 mm e/o CRL < 30 mm, consenso informato. Esclusione: metrorragia, shock, patologia del trofoblasto, GEU, sepsi, coagulopatia. Previa verifica di parametri vitali, emogruppo ed emocromo e premedicazione con analgesici, è stato somministrato ambulatorialmente misoprostolo SL 600 mcg. I dati relativi ad età della paziente, diametro SG, CRL ed effetti avversi (EA) sono stati raccolti in apposito file. Un controllo ecografico è stato programmato a 15 giorni per valutare la completa espulsione del SG, lo spessore endometriale e la presenza di EA. In caso di endometrio > 20 mm veniva somministrata una 2^a dose di misoprostolo o programmata l'isterosuzione.

Risultati: Nel periodo di studio sono state arruolate 120 pazienti. 18 (15%) di esse non si sono presentate al controllo. Delle rimanenti 102, 13 (12,7%) sono state sottoposte ad isterosuzione per persistenza del SG, 4 (3,9%) per aborto incompleto. Il trattamento con misoprostolo è risultato efficace dopo una unica somministrazione in 77 (75,5%) pazienti, dopo 2 somministrazioni in 8 (7,8%) pazienti. In totale il trattamento medico è risultato efficace nel 83,3% delle pazienti, con necessità di terapia chirurgica nel restante 16,7%. EA minori sono stati riportati nel 12,7%. Una paziente (1%) ha manifestato reazione anafilattica. Il confronto delle caratteristiche clinico-ecografiche tra i due gruppi (risposta vs non risposta alla terapia), non ha evidenziato fattori statisticamente predittivi di efficacia.

Conclusioni: Il trattamento medico con misoprostolo è un'opzione valida, di buona efficacia, basso costo e con scarsi effetti collaterali in caso di aborto ritenuto del primo trimestre. Una survey nazionale potrebbe essere utile al fine di valutare la diffusione e l'efficacia del trattamento sul territorio italiano.



Italian Journal of Gynaecology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Regolazione naturale della fertilità e diagnosi preconcezionale: sinergie classiche e nuovi orizzonti nella prevenzione delle sindromi gestosiche

L. Battini¹, G. Trojano¹, M. Curcio², M. L. Mariotti², D. Musumeci³, B. Chifenti⁴, M. T. Locci⁴, P. Bottone¹, M. A. Bertozzi⁵, M.G. Salerno¹

¹Unità Operativa Complessa di Ostetricia e Ginecologia 2

²Dipartimento di Immunoematologia

³Dipartimento di Fisiologia

⁴Dipartimento di Patologia Sperimentale

⁵Unità Operativa Complessa di Andrologia - Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana "S. Chiara", Pisa

ESTRATTO:

I metodi naturali di regolazione della fertilità, oltre a consentire la diagnosi del "timing ovulatorio", utilizzabile sia a scopo accettivo che "contraccettivo", offrono informazioni predittive anche su una grande varietà di alterazioni ginecologiche. La frequente asintomaticità di diversi quadri di infezioni del tratto genitale inferiore e di latenti alterazioni endocrine associate a cicli mestruali apparentemente regolari, ne valorizza il significato preventivo. In tali situazioni, ulteriori indagini mirate sulla base delle informazioni emergenti dalle modificazioni degli indicatori naturali di fertilità, autoidentificate dalla donna, possono permettere una diagnosi precoce di quadri di disendocrinie e di patologie cervico-vaginali, consentendo una tempestiva attuazione di interventi profilattico-terapeutici, efficaci per la tutela della salute riproduttiva e ginecologica in senso lato. In questo già ampio panorama ginecologico, si profila all'orizzonte la possibilità di una nuova sinergia diagnostico/profilattica anche nel campo dell'ostetricia, la diagnosi di rischio e di prevenzione della preeclampsia, uno dei principali killers dell'ostetricia che minaccia ancor oggi la salute e la vita della madre e del suo bambino. L'associazione del test di istocompatibilità HLA-DR, effettuato in fase preconcezionale in entrambi i partners e la procrastinazione della gravidanza mediante rapporti completi nella fase naturalmente infertile, potrebbe "dare il tempo" per una "immunizzazione di coppia" tale da consentire lo sviluppo di una "tolleranza fetale", ponendo le basi per una placentazione accettiva, in quella che sembra essere una patologia ostetrica da rigetto.

ABSTRACT:

Natural family planning (NFP), beyond ovulation diagnosis, useful to achieve/avoid/delay conception, also provide predictive information on a variety of gynecological disorders. In cases of asymptomatic genital infections or latent gynecological endocrinopathies, targeted survey, based on autoidentified fertility semeiology modifications, may allow early detection and treatment to protect gynecological/reproductive health. In this scenario, new diagnostic/prophylactic perspectives arise, by synergically approaching preconception diagnosis (PD) and NFP also in the field of obstetric. Risk screening and prevention of preeclampsia, the obstetric killer n.1, that still threatens fetal/maternal health and life, is NFP/PDF emerging highlight. We previously demonstrated a significantly association between HLA-DR homozygosity and preeclampsia. The association of HLA-DR test, preconceptionally performed in partners and one-year pregnancy procrastination by NFP in homozygous partners, could give time for couple immunization, allowing fetal tolerance in this enigmatic obstetric killer, but which appears to be a rejection-syndrome.



Italian Journal of Gynæcology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Riduzione dei tagli cesarei per alterazioni della cardiocografia dopo l'introduzione delle recenti linee guida per il trattamento della distocia in travaglio

D'Oria P.¹, Mantegazza P.¹, Stagnati V.¹, Magri R.¹, Bettoni G.¹, Vonwunster S.¹

¹ Materno-infantile, UO Ostetricia Alzano Lombardo Asst Bergamo Est, Alzano Lombardo, Italia

ESTRATTO

Introduzione: La distocia in travaglio è l'indicazione corrente più comune per il taglio cesareo primario. Dati ormai consolidati riconoscono che la velocità di progressione del travaglio è più lenta rispetto al passato e rendono obsolete le curve di dilatazione cervicale precedentemente utilizzate. La correzione delle anomalie di progressione del travaglio quindi è stata rivalutata, nei tempi e nelle modalità (NICE 2014, ACOG 2014). L'ossitocina, utilizzata nella correzione della distocia dinamica, è un farmaco di diffuso utilizzo ma frequentemente associato a esiti perinatali avversi: più della metà dei contenziosi medico legali è causato da un non sicuro utilizzo di questo farmaco.

Pazienti e metodi: Studio retrospettivo su tutte le gravide in travaglio di parto nella nostra UO di Ostetricia dal 2013 al 2015. Fino al 2013 abbiamo utilizzato un partogramma con curve di Friedman e applicato un modello di correzione basato su un management attivo con amnioressi e/o ossitocina quando la velocità di progressione era < 1,2 cm/h nelle nullipare e < 1,5 cm/h nelle pluripare. Dal 2014 abbiamo introdotto nuovi criteri di normalità nella velocità di dilatazione: 0,5 cm/ora fino a 7 cm e 1 cm/h > 7 cm nella fase dilatante; per il periodo espulsivo una durata massima di 4 ore nelle nullipare e di 3 ore nelle pluripare. In caso di analgesia epidurale 4 ore indipendentemente alla parità. Sono stati valutati: 1) l'utilizzo di procedure di correzione (amnioressi e perfusione ossitocica) nel rallentamento della progressione prima e dopo la revisione del protocollo di correzione della distocia in travaglio; 2) l'efficacia della correzione della distocia; 3) il tasso di tagli cesarei (TC) per distocia e per alterazioni della cardiocografia (CTG).

Risultati: Nei tre anni abbiamo avuto 3065 parti, con una incidenza di TC del 21%, di VO del 6,2% e di analgesia peridurale del 36%. La correzione con amnioressi si è mantenuta stabile nei 3 anni osservati (10% vs 9,8% vs 10,6% p=ns) mentre l'utilizzo di ossitocina si è ridotta significativamente (25,4% vs 20,3% vs 16,5% p<0,0001). Si è osservata complessivamente una riduzione non significativa dei tagli cesarei in travaglio (12,5% vs 10,3% vs 9,9% p=ns). I TC per distocia sono stabili (46,9% vs 49,4 vs 46,2 p=ns) mentre si è osservata una significativa riduzione di TC per alterazioni della CTG (45,5% vs 38,2% vs 30,4% p<0,02).

Conclusioni: Una politica di correzione della distocia in travaglio secondo le nuove evidenze che riconoscono una velocità di progressione sostanzialmente più lenta rispetto al passato e una grande variabilità dei tassi di dilatazione cervicale, ha portato in poco tempo ad una significativa riduzione dell'utilizzo di ossitocina e quindi di TC primari per alterazioni della cardiocografia, senza aumentare quelli per distocia.



Italian Journal of
Gynæcology & Obstetrics
September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Ri-organizzare la realtà assistenziale in ambito materno-infantile alla chiusura di un Punto Nascita: risultati preliminari dell'esperienza dell'ASL TO4. Ruolo del coordinatore ostetrico

M. Miletta¹, G. La Valle², R. Favini¹, F. Bogliatto¹, L. Leidi³, L. Mortoni⁴

¹ DMI, Asl TO4, Chivasso, Italia

² Direzione sanitaria, Asl TO4, Chivasso, Italia

³ Direttore di DMI, Asl TO4, Chivasso, Italia

⁴ Direzione di distretto, Asl TO4, Cuorgnè, Italia

ESTRATTO:

Introduzione: Le disposizioni nazionali e regionali, in materia di riorganizzazione della rete ospedaliera, individuano quali requisiti strutturali e funzionali reggenti la presenza di un punto nascita all'interno di un Presidio Sanitario, la necessaria presenza di un Dipartimento di Emergenza ed Accettazione ed uno standard di attività pari ad almeno 1000 parti/anno. Da tali considerazioni, in seguito alla chiusura del punto nascita di Cuorgnè nel dicembre 2014, nasce il progetto di riorganizzazione dell'area materno infantile in ASL TO4, con la creazione di un nuovo modello assistenziale di integrazione sinergica tra territorio e rete ospedaliera.

Obiettivi: Progettare un modello di Care che risponda al bisogno di salute materno -infantile e che integri, in un modello sperimentale modelli di cure territoriali e ambulatoriali, in una unica soluzione operativa, con ottimizzazione di servizi e risorse umane.

Materiali e metodi: Fase iniziale: revisione dei dati assistenziali provenienti dall'iniziale dicotomica suddivisione dei servizi per area di competenza (servizi consultoriali del distretto di Cuorgnè vs servizi dell'ambulatorio divisionale con sede distaccata su Cuorgnè). Fase progettuale: ri-strutturazione di un modello assistenziale nuovo, in grado di integrare fattivamente servizi e risorse delle due realtà. Fase attuativa: messa a regime di piani di lavoro integrati e rimodulati con coordinatore ostetrico unico per la nuova realtà assistenziale.

Risultati: Aumento dell'offerta assistenziale (tipologia e numero di prestazioni erogate), a parità di risorse; efficientizzazione del sistema di rendicontazione; applicazione delle direttive aziendali in termini di governo agende e monitoraggio dei tempi di attesa; interscambio di competenze e specificità professionali dell'equipe territoriale e ospedaliera; aumento del grado di soddisfazione e motivazione del personale.

Conclusioni: La messa in campo di nuovi modelli sperimentali, soprattutto alla chiusura di un Punto Nascita, richiede un notevole sforzo organizzativo e gestionale. Ma è solo con il superamento della dicotomia ospedale-territorio che consente la realizzazione di una realtà assistenziale adeguata e soddisfacente. Il ruolo del coordinatore ostetrico, alla guida di un processo di integrazione di due equipe e di due modelli differenti, ha un ruolo chiave nell'accettazione e nel coinvolgimento del singolo operatore all'interno del complesso processo di cambiamento.



Italian Journal of Gynæcology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Role of Helicobacter pylori infection in the etiopathogenesis of preeclampsia: an antibody-mediated impairment of placental development?

N. Di Simone¹, C. Tersigni¹, S. Cardaropoli², F. Franceschi³, F. Di Nicuolo¹, R. Castellani¹, F. Bugli⁴, C. de Waure⁵, A.F. Cavaliere¹, A. Gasbarrini⁶, M. Sanguinetti⁴, G. Scambia¹, T. Todros²

¹ Department of Obstetrics and Gynecology, Università Cattolica Del Sacro Cuore, Rome, Italy

² Department of Surgical Sciences, Università degli Studi di Torino, Turin, Italy

³ Emergency Department, Università Cattolica Del Sacro Cuore, Rome, Italy

⁴ Institute of Microbiology, Università Cattolica del Sacro Cuore, Rome, Italy

⁵ Institute of Public Health, Università Cattolica Del Sacro Cuore, Rome, Italy

⁶ Department of Internal Medicine, Università Cattolica Del Sacro Cuore, Rome, Italy

ABSTRACT

Background: Preeclampsia (PE) is a severe hypertensive disorder affecting 5-8% of pregnancies. The etiopathogenic mechanisms are still poorly understood and rely on disturbed placental function in early pregnancy. Previous studies have found the association between subclinical infections with CagA-positive Helicobacter pylori (HP) strains and the onset of PE.

Objectives: To investigate: a) correlation between HP infection and clinical severity of the disease; b) cross-reaction of anti-CagA antibodies with antigens expressed at maternal-fetal interface.

Methods: Blood samples from 93 pregnant women with PE and 87 women with uneventful pregnancies were collected and analysed for anti-Urease B and anti-CagA antibodies positivity (ELISA, immune-blot). Polyclonal IgG fraction from high titer anti-CagA positive PE patients' sera and commercial monoclonal anti-CagA antibody were tested on human primary trophoblast cultures and Human Endometrial Endothelial Cells (HEEC) cultures and in a murine model of angiogenesis.

Results: Pre-eclamptic women showed higher seroprevalence of Hp infection (57.0%) compared to controls (33.3%) ($p < 0.001$). The seropositivity for CagA positive strains of Hp was 45.2% in pre-eclamptic women versus 13.7% in controls ($p < 0.001$). In PE women Hp infection was associated with abnormality of uterine arteries Doppler ($p < 0.001$). Hp+ IgG fractions from pre-eclamptic patients bound to trophoblast and endometrial endothelial cell cultures, reducing in vitro invasiveness and angiogenesis, respectively, and inhibited angiogenesis in mice.

Conclusions: Our data suggest a role for Hp infection in impairing placental development and increasing the risk to develop PE, thus, opening the new perspective of a potential screening and treatment for Hp infection in pregnancy.



Italian Journal of
Gynæcology & Obstetrics
September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Utero incarcerato e gravidanza: un dilemma diagnostico (case report)

Silvia Famiani¹, Saverio Arena¹, Giuseppe Luzi¹, Giovanni Pomili¹, Giorgio Epicoco¹

¹S.C. Ostetricia e Ginecologia, Azienda Ospedaliera Universitaria di Perugia

ESTRATTO

L'incarceramento dell'utero nella piccola pelvi è una condizione rara che si verifica in corso di gravidanza ma che richiede una corretta e tempestiva diagnosi prenatale al fine di poter valutare attentamente i rischi connessi alle modalità del parto.

Il presente caso clinico riguarda una primigravida di trentadue anni trasferita presso il nostro presidio ospedaliero con iniziale diagnosi di placenta previa centrale, sospetto accretismo ed insorgenza di attività contrattile uterina alla trentunesima settimana di gestazione.

La diagnosi iniziale però non trova conferma dalle successive valutazioni. Anzi si generano incongruenze tra le varie valutazioni. L'ecografia condotta con sonda transvaginale mostrava in prima battuta un'anomalia di impianto placentare. La risonanza magnetica confermava tale ipotesi con sospetto accretismo. Dall'altra parte però la ridotta altezza del fondo uterino rispetto alla sinfisi pubica, nonostante un accrescimento fetale pari al 70° percentile, una cervice non palpabile alla visita ostetrica, l'insorgenza di ritenzione urinaria con necessità di cateterizzazione vescicale e l'immagine ecografica di una placenta fundica alla sedicesima settimana di gravidanza ponevano il sospetto di un utero incarcerato con normale posizionamento della placenta. A favore di tale ipotesi appariva anche l'arteriografia delle ipogastriche che ha evidenziato un decorso anomalo dell'arteria uterina di sinistra dovuto all'alterata anatomia dell'utero conseguente all'incarcerazione del viscere nella piccola pelvi.

La paziente è stata sottoposta a taglio cesareo alla trentaquattresima settimana di gravidanza per iniziale travaglio di parto. L'intervento chirurgico ha dato conferma del sospetto clinico poiché il fondo uterino risultava incarcerato a livello dello scavo del Douglas. La corretta valutazione clinica del caso ha consentito di stabilire la corretta modalità del parto e di attuare strategie preventive evitando severe complicanze materno-fetali.

L'utero incarcerato è una condizione solitamente legata a patologie preesistenti alla gravidanza quali adenomiosi, endometriosi, fibromatosi uterina, malformazioni uterine, infiammazione pelvica cronica, interventi chirurgici pregressi. Con il progredire della gravidanza l'accrescimento dell'utero incarcerato nella pelvi va incontro ad una flessione estrema tale da evidenziare un'apparente anomalia di impianto della placenta e dei vasi sanguigni.

La patologia è estremamente poco frequente ma richiede una tempestiva diagnosi per pianificare correttamente il percorso clinico e prevenire le complicanze materno-fetali.



Italian Journal of Gynæcology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Efficacia del counselling nella scelta contraccettiva per il postIVG

Laura Imbruglia¹, Laura Colonna¹, Valentina Stagnati¹, Roberta Magri¹, Gaya Bettoni,¹
Priscilla Mantegazza¹, Silvia von Wunster¹

¹ UOC Gin e Ost, Osp. Alzano L. (BG), ASST Bergamo Est

ESTRATTO

Introduzione: Le linee guida delle maggiori società scientifiche internazionali prevedono che i medici della struttura che effettua l'IVG forniscano alle pazienti un adeguato counselling sulla contraccezione, garantendo la disponibilità del metodo sin da subito. Infatti, la scelta dei metodi LARC (long acting reversible contraception), inseriti già al momento della IVG, si è rivelata efficace nel ridurre le IVG ripetute.

Obiettivo: Lo scopo dello studio è stato quello di valutare la scelta del metodo contraccettivo tra le donne richiedenti IVG, dopo adeguato counselling, garantendone l'immediato inizio, anche attraverso l'inserimento del LARC contestualmente all'intervento.

Metodi: Studio prospettico condotto tra il 2013 e il 2016 mediante un questionario diffuso tra le richiedenti IVG sui dati socioeconomici, sull'anamnesi ostetrica e le eventuali IVG precedenti, sui metodi contraccettivi già utilizzati e sulla scelta del metodo contraccettivo dopo IVG. Tale metodo veniva immediatamente prescritto e nel caso del LARC, veniva inserito contestualmente alla IVG.

Risultati: 828 le pazienti reclutate, 424 italiane (51%) e 404 straniere (49%). Le donne con precedente IVG erano il 28%, con differenze tra le italiane (21%) e le straniere (35%), in linea con i dati italiani. Il 52,4% delle donne (tot.434) optava per un metodo LARC. In particolare delle 232 donne con precedente IVG il 65,5% preferiva tale metodo. I metodi short acting venivano scelti dal 33% delle donne, mentre il 10% non esprimeva una scelta. Le adolescenti sceglievano più di frequente un metodo short acting (65%) e tra i LARC (27%) l'impianto contraccettivo (17%) era quello preferito rispetto ai dispositivi intrauterini (10%). Sopra i 25 anni invece la scelta cadeva sui LARC nel 58% dei casi, sui metodi short term nel 27%.

Conclusioni: L'offerta di un counselling contraccettivo mirato ad una contraccezione sicura, associata alla immediata disponibilità del metodo scelto, inclusa la possibilità di inserire un metodo LARC durante l'IVG, si è rivelata efficace nell'incrementare la scelta dei metodi che garantiscono la maggiore sicurezza contraccettiva. Si ritiene che la diffusione di tale strategia a livello nazionale possa contenere la percentuale di IVG ripetute.



Italian Journal of Gynæcology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Gravidanze precoci in Mozambico: l'esperienza dei SAAJ

Schiavone M.¹, Putoto G.², Pita G.³, Cuppini E.⁴, Boscardin C.⁴, Di Gennaro F.⁵, Da Dalt L.⁴, Pizzol D.⁶

¹ Unità di neonatologia e terapia intensiva, Università di Bari, Bari, Italia

² Unità di ricerca operativa, Medici con l'Africa CUAMM, Padova, Italia

³ Dipartimento di salute distrettuale di Beira, Beira, Mozambico

⁴ Dipartimento di salute della donna e del bambino, Università degli studi di Padova, Padova, Italia

⁵ Dipartimento di malattie infettive, Università di Bari, Bari, Italia

⁶ Unità di ricerca operativa, Medici con l'Africa CUAMM, Beira, Italia

ESTRATTO

Introduzione: La salute della popolazione adolescente è un tema attuale, in particolare l'“adolescent fertility rate” è assunto dall'OMS come indicatore di salute di una popolazione. Le gravidanze precoci hanno implicazioni sulla salute delle adolescenti, sulle loro condizioni socio-economiche e sono associate ad un aumentato rischio di complicanze nel neonato. Attualmente non esiste una strategia per affrontare tale problema ma vari studi indicano l'importanza dell'educazione rivolta alla sessualità, alla contraccezione ed anche agli stili di vita. Medici con l'Africa CUAMM è una ONG presente in Mozambico dal 1978. Dal 2014 nella città di Beira sostiene i SAAJ (Servicios amigos dos jovens e adolescentes) ambulatori rivolti alla popolazione di giovani ed adolescenti a cui dedica servizi relativi a consulenze pre/post-natali, contraccezione e prevenzione e cura di HIV e malattie sessualmente trasmesse. Il Mozambico è infatti uno dei Paesi con maggiore diffusione di infezione da HIV con una prevalenza del 16% (dati 2011), dell'8.4% nelle donne gravide di 15-19 anni e del 16% in quelle di 20-24 anni. Fattori culturali e sociali contribuiscono al problema delle gravidanze precoci: i matrimoni contratti in giovane età, lo stato socio-economico, il livello di educazione.

Materiali e metodi: Analisi retrospettiva dei dati relativi al 2014 di 6 SAAJ riguardanti le consulenze per gravidanza, l'età, il livello di educazione e lo status HIV della popolazione considerata.

Risultati: Nel 2014, 8300 donne si sono rivolte a tali servizi. Il 37% di loro ha richiesto una consulenza relativa alla gravidanza, la metà di queste avevano un'età inferiore ai 20 anni. Il 60% di tutte le giovani donne che hanno avuto accesso ai Saaj ed il 30-40% di quelle gravide sono state sottoposte al test per la diagnosi di infezione da HIV. In queste ultime in particolare la positività del test varia dal 2-3% nella popolazione di 15-19enni e 20-24enni, all'11% delle ragazze con più di 24 anni.

Conclusioni: I nostri dati mettono in evidenza il problema delle gravidanze precoci. I Saaj rappresentano un punto di riferimento sul territorio per le giovani e le adolescenti gravide per ottenere informazioni riguardo alla gravidanza ed ai suoi rischi. E' emersa inoltre la necessità di implementare l'utilizzo del test per HIV in quanto la diagnosi in gravidanza permette un inizio precoce della terapia e la prevenzione della trasmissione verticale.



Italian Journal of Gynæcology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

La qualità della vita sessuale in gravidanza

Modonutti G.B.¹

¹Gruppo di Ricerca sulla Educazione alla Salute (GRES) - Trieste

ESTRATTO

Nell'immaginario collettivo si guarda alla vita sessuale in gravidanza con estrema prudenza in quanto è strisciante l'idea che questa possa influenzare la qualità dei rapporti sessuali, il buon esito dell'evento e la salute del nascituro. Per valutare la prevalenza di questo sentire abbiamo chiesto a 603 gestanti (Ge=>18-46aa, età media 31,8aa, età gestazionale 32,6 settimane), presentatesi (2007/2013) al SOC di Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale Civile di Tolmezzo (UD), di descrivere la loro vita sessuale nell'anno precedente la gravidanza (Pg) e durante la gestazione (Dg).

Le Ge dichiarano che nel Pg hanno avuto rapporti sessuali (Rs) mediamente 2,6+1,6 volte alla settimana (n/w). In questo periodo il 7,5% delle Ge ha avuto Rs <1,0n/w, il 41,2% 1-2n/w, per il 34,6% è avvenuto 3-4n/w, al 5,3% è successo 5-6n/w e per il 2,2% >7,0n/w.

Il grado di soddisfazione percepito (Gsp) relativo ai Rs avvenuti nel Pg è "nessuno" per lo 0,5% delle Ge, scarso per lo 0,7%, il 4,3% lo definisce insufficiente, il 27,4% sufficiente, per il 42,9% è buono e per il 18,8% ottimo.

Nel periodo Dg il 78,9% delle Ge ammette di avere Rs in media 1,2+1,2 n/w, evento riconducibile per il 33,2% delle Ge a <1,0n/w, dichiarato dal 37,9% fra 1-2n/w, mentre per il 6,8% si è verificano 3-4n/w, per un altro 0,3% è avvenuto 5-6n/w e per il rimanente 0,7% più di 7n/w.

"Nessuno" è il Gds nei confronti dei Rs in gravidanza espresso dal 6,1% delle Ge, il 4,6% lo ritiene scarso, un altro 8,6% lo definisce insufficiente, è sufficiente per il 30,4%, buono per il 29,9% e ottimo per il 9,3% delle gravide.

Dal confronto Pg vs Dg emerge che la percentuale delle Ge che hanno Rs nel Dg è nettamente inferiore ($p < 0,0005$) a quella del Pg, così è decisamente inferiore la media dei Rs delle Ge in gravidanza rispetto a quella stimata per l'anno precedente l'evento ($p < 4,5E-49$).

La percentuale delle Ge che ritengono il Gds dei Rs in gravidanza "nessuno (Dg vs Pg: $p < 0,0005$)", scarso (Dg vs Pg: $p < 0,0005$) o insufficiente (Dg vs Pg: $p < 0,0005$) prevale su quella riferita dalle Ge per il Pg, mentre è di gran lunga inferiore la percentuale delle Ge che definiscono come buono (Pg vs Dg: $p < 0,0005$) o ottimo (Pg vs Dg: $p < 0,0005$) il Gds nei confronti dei Rs in Dg rispetto a quello percepito nel Pg.

La diminuzione dei Rs e del Gsp nel corso della gravidanza può creare insoddisfazione, minare l'autostima, la qualità del rapporto con il partner, la tranquillità della vita familiare e favorire la depressione.



Italian Journal of Gynæcology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

La fecondazione eterologa di secondo livello dopo la sentenza della Corte Costituzionale: la nostra esperienza

F. Terio¹, E. Sarcina¹, F. Causio²

¹Centro Medico San Luca Bari, Procreazione Medica Assistita

²Università degli Studi di Bari, Clinica Ostetrica e Ginecologica

ESTRATTO

Introduzione: La fecondazione eterologa è una tecnica consentita nuovamente in Italia a seguito della sentenza della Corte Costituzionale del 2014, entrando nuovamente a far parte delle tecniche, praticate dal nostro centro. Nonostante fosse eseguita diffusamente fino al 2004, gli aspetti della nuova realtà hanno avuto bisogno di numerosi aggiustamenti, alla luce delle nuove normative europee ed italiane.

Lo scopo di questo studio è stato quello di verificare, dopo più di due anni dalla sentenza della Corte Costituzionale, gli aspetti nuovi e le problematiche incontrate nella applicazione clinica e di laboratorio nel nostro gruppo di lavoro.

Materiale e metodi: Sono state sottoposte a fecondazione eterologa di secondo livello un totale di 49 coppie. I gameti sono stati donati gratuitamente da pazienti del nostro centro che si stavano sottoponendo a PMA, secondo la tecnica dello sharing e non sono mai stati acquistati. I gameti erano congelati, controllati per gli aspetti infettivi e quindi scongelati e donati.

I cicli con donazione di spermatozoi erano 26, quelli con donazione di ovociti erano 23. Le donne che hanno donato una parte dei loro ovociti sono state 23. Ogni paziente donava un massimo di sei ovociti una sola volta. Sono incluse le gravidanze con camera gestazionale e BCF. La tecnica utilizzata per il congelamento è sempre stata la vitrificazione.

Risultati: L'età media delle donatrici degli ovociti era di 28,1 anni. L'età media delle riceventi di ovociti era di 44,1 anni. Sono stati effettuati 26 cicli di secondo livello, in coppie che hanno richiesto la donazione di spermatozoi e sono state ottenute 14 gravidanze (53,9%).

Sono stati effettuati 23 cicli da ricezione di ovociti e sono state ottenute sei gravidanze (26.1%). Le donatrici di ovociti sono state 23 ed hanno ottenuto per se stesse 13 gravidanze (56.6).

Conclusioni: La Normativa consente la fecondazione eterologa con lo sharing. I risultati ottenuti sono ottimi nella donazione dei gameti maschili e sono di buon livello nella donazione di gameti femminili, alla luce della tecnica di congelamento-scongelo.

Miglioramenti sono da ricercare alla luce della differenza di gravidanze nelle donne donatrici e riceventi (26.1% versus 56.6%).



Italian Journal of Gynæcology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Lo spessore endometriale all'HCG, ovociti prodotti e percentuali di gravidanze evolutive

F. Terio¹, E. Sarcina¹, F. Causio²

¹ Centro Medico San Luca Bari, Procreazione Medica Assistita

² Università degli Studi di Bari, Clinica Ostetrica e Ginecologica

ESTRATTO

Introduzione: La recettività endometriale e la qualità embrionale appaiono essere i fattori principali che incidono sulla riuscita della fecondazione in vitro con trasferimento degli embrioni (IVF). Lo studio dello spessore endometriale delle pazienti che sono destinate a trasferimento embrionale è un parametro fondamentale sia per i cicli a fresco, che per quelli dopo congelamento. Metodica facile e non invasiva, può essere eseguita facilmente ed in maniera ripetibile, in confronto alle altre tecniche di studio della recettività endometriale. I dati della letteratura non sono univoci e le opinioni sono controverse.

Materiali e metodi: Abbiamo analizzato retrospettivamente i dati di 823 pazienti che sono state sottoposte per la prima volta a ciclo Fivet/Icsi con long protocol GnRH-a/gonadotropine/HCG per verificare l'impatto dello spessore endometriale, il giorno della somministrazione dell'HCG, sulla percentuale di gravidanze (PR), in relazione al numero di ovociti prodotti. Erano incluse solo le pazienti di età ≤ 35 anni. Basandosi sulla risposta all'induzione della superovulazione come numero di ovociti prodotti, le pazienti erano divise in Gruppo 1, poor (≤ 4 ovociti), Gruppo 2, medium (5-11 ovociti), Gruppo 3, high (≥ 12 ovociti). In relazione allo spessore endometriale il giorno della somministrazione dell'HCG, ogni gruppo era a sua volta suddiviso in tre gruppi, in relazione allo spessore endometriale: gruppo A, spessore endometriale sottile (≤ 6 mm); gruppo B, spessore endometriale medio (7-12 mm); gruppo C, spessore endometriale grande (≥ 13 mm).

Nel gruppo delle pazienti poor responders, la PR era significativamente differente nei tre gruppi dello spessore endometriale (18,27%, 27,22%, 35,71%; $P < 0.05$). Nel gruppo delle pazienti con risposta media, la PR era 23,45%, 29,33% e 32,41%. La differenza non risultava significativa. Nel gruppo delle pazienti high responders, la PR era significativamente differente nei tre gruppi (26,24%, 36,14% e 41,21%; $P < 0.001$).

Conclusioni: I nostri dati appaiono indicare che per le pazienti sottoposte a Procreazione Medica Assistita con risposta ovarica diversa, quelle che sviluppano un endometrio sottile hanno una significativa ridotta possibilità di ottenere una gravidanza.



Italian Journal of Gynaecology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Potenzialità di sviluppo ed efficienza clinica in PMA: confronto tra ovociti vitrificati con sistema asettico (closed) rispetto ad ovociti freschi in un programma di ovodonazione

Gullo G.¹, Papatheodorou A.², Prapas Y.³, D'Anna R.¹, Prapas N.³

¹ Department of pediatric, gynecological, microbiological, and biomedical sciences, University of Messina, Italy

² Fertility center, Lakentro Advanced Medical Center, Thessaloniki, Greece

³ Department of obstetrics and gynecology, Aristotle university /Lakentro Advanced Medical Center, Thessaloniki, Greece

ESTRATTO

Obiettivi: Comparare i due sistemi di crioconservazione ovocitaria mediante vitrificazione (chiuso vs aperto) e validare l'efficacia della metodica a sistema asettico rispetto al sistema aperto.

Materiali e metodi: Creazione di due piastre per la raccolta di ovociti assegnati casualmente.

Gruppo fresco (piastra1 -Gruppo1) fecondati lo stesso giorno e trasferiti al giorno 5 Gruppo closed da vitrificare (piastra 2 - Gruppo 2).

Criteri di inclusione ed esclusione: 92 cicli di donazione, donatrici età ≤ 32 aa, BMI < 25, cicli ed ovaie regolari, PCOS, no endometriosi o altre patologie, fertilità già nota, screenate per cariotipo, pregresse infezioni, talassemia e fibrosi cistica. Un singolo ciclo di stimolazione incluso per ogni donatrice e quando recuperati < 10 ovociti esclusi tali casi dallo studio.

184 coppie riceventi (abbinata con le loro donatrici: n=92) incluse nello studio, età < 50aa, non endometriose e screenate insieme ai loro partner.

Escluse riceventi con pregresso fallimento di ovodonazione o se diagnosticata patologia utero-annessiale tramite ISG e/o isteroscopia.

Reclutamento follicolare multiplo donatrici con protocollo gonadotropinico step - up con Gn - RH antagonista fisso al 6 ° g. ciclo, preparazione endometriale riceventi con iniezione di analogo del GnRH 3,75 al 20 ° giorno del ciclo precedente l'ovodonazione.

Somministrazione di 12 gg. di estrogeni per uno spessore endometriale di 9 mm pre progesterone.

Inclusione di ovociti in M - II.

Gruppo 1 inseminati 1h dopo, gruppo 2 vitrificati dopo 30-60 min. post denudamento.

Questi ultimi dopo scongelamento coltivati in SSM™ per 3h pre-ICSI.

Fecondazione valutata 16 - 20 h dopo ICSI mediante visualizzazione di due pronuclei.

Qualità embrionaria valutata al giorno 3 e 5.

In tutti i casi di entrambi i gruppi ET eseguiti al giorno 5 eco - guidato.

Risultati: Ovociti freschi ed asetticamente vitrificati: simile potenziale di sviluppo ed efficienza clinica Percentuali di gravidanze, cliniche e/o in corso non differiscono.

Outcome da ovociti asetticamente vitrificati simili a quelli da ovociti freschi. Percentuali di sopravvivenza del gruppo con vitrificazione ovocitaria al 93,7 %. Percentuali di fertilizzazione, cleavage, top cleavage e di blastocisti simili tra i due gruppi. Tasso di blastocisti di qualità superiore a favore del gruppo che utilizza ovociti freschi.

Dato importante che non ha determinato impatto negativo negli outcome clinici del gruppo II.



Italian Journal of Gynæcology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Storia di 15 aborti spontanei in una coppia con traslocazione cromosomica bilanciata in entrambi i partners

Sciorio C.¹, Spartano S.², De Vita D.³

¹ Asl NA2 Nord, Ospedale Santa Maria delle Grazie, Pozzuoli, Italia

² Ematologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia

³ UOC ostetricia e ginecologia, Ospedale Santa Maria della Speranza, Battipaglia, Italia

ESTRATTO

Caso Clinico: Donna di 34 anni con storia clinica di 15 aborti spontanei consecutivi di nnd. Tutti gli episodi sono stati caratterizzati da aborto tra la 7^a e la 10^a settimana. A parte la presenza di omozigosi per la metil tetraidrofolato reductasi, tutti i fattori anatomici e ormonali potenzialmente coinvolti sono stati investigati e risultati normali; tra questi ecografia uterina e isteroscopia, LH e FSH, screening infettivologico (toxoplasmosi, citomegalovirus, epatiti, HIV e HSV), screening autoimmunitario (ANA ed ENA, Ab anti-fosfolipidi), tipizzazione linfocitaria completa, glucosio, insulina ed emoglobina glicata, sideremia, ferritina, vitamina B12, vitamina D, prolattina (dosaggio seriato), paratormone, VDRL, mutazione del fattore V di Leiden, deficit di antitrombina III, attività pro S, resistenza alla PCa, attività proteina C, lupus anticoagulant e omocisteina. La donna non aveva altre patologie, eccetto la presenza di gozzo multinodulare eutiroideo che è stato rimosso ma la rimozione non ha determinato alcun beneficio dato che la donna ha avuto aborti spontanei anche nelle successive gravidanze. È stato quindi effettuato studio cromosomico con bandeggio Q ad alta risoluzione che ha mostrato una traslocazione cromosomica bilanciata tra il braccio corto del cromosoma 16 e il braccio lungo del cromosoma 6 di entrambi i partner.

Discussione: Durante la gametogenesi, le coppie con riarrangiamenti cromosomici bilanciati possono produrre gameti anomali con sbilanciato riarrangiamento cromosomico e trasferire questa anomalia al loro feto, con conseguente interruzione della gravidanza prima della decima settimana. In teoria, solo il 25% dei gameti di ciascun partner sono normali, quindi sarebbe idoneo effettuare in questi casi la diagnosi prenatale per la ricerca del cariotipo fetale o la diagnosi genetica preimpianto. È stato descritto precedentemente che il problema più frequente nei portatori di traslocazione bilanciata è un elevato rischio di aborto spontaneo a causa della presenza di gameti cromosomicamente sbilanciati. Il nostro caso clinico suggerisce che i portatori di traslocazione bilanciata dovrebbero essere seguiti e indirizzati alla diagnosi preimpianto per evitare anomalie fetali. A causa della trasmissione ereditaria di questa anomalia cromosomica, è altamente consigliato, a tutti gli altri membri della famiglia, di effettuare analisi citogenetica e consulenza genetica prima di una gravidanza.

Bibliografia: Karakus N, Karal N, Tural S, et al. A Retrospective Study of Balanced Chromosomal Translocations in a Turkish Population. *Int J Hum Genet* 2012;12:319-23.



Italian Journal of
Gynæcology & Obstetrics
September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Approccio transbrachiale per il trattamento dei leiomiomi uterini con embolizzazione delle arterie uterine: preliminare esperienza clinica

Pieri S.¹, Marasca E.², Moreschi E.², Di Felice M.², Calcagni M.², Agresti P.¹

¹U.O.C. Radiologia Cardiovascolare e d'Urgenza Az. Osp "S.Camillo-Forlanini" ROMA

²U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia Az. Osp "S.Camillo-Forlanini" ROMA
Servizi territoriali di ginecologia

ESTRATTO

Introduzione: I leiomiomi uterini sono tumori benigni dell'utero, presenti in molte donne, in una fascia di età compresa tra 35 e 50 anni. Tradizionalmente sono controllati con la terapia medica e/o con varie opzioni chirurgiche. Recentemente, è stata presentata l'opzione di radiologia interventistica: l'embolizzazione delle arterie uterine, con approccio transfemorale. Questo obbliga ad una immobilizzazione della paziente per almeno 6-12 ore. In questo studio riportiamo la nostra esperienza di approccio transbrachiale, verificandone la fattibilità, la sicurezza, e l'efficacia clinica.

Materiali e metodi: Tra il 2009 e il 2015, sono state trattate 252 pazienti con embolizzazione delle arterie uterine, per leiomiomi uterini sintomatici; in 42 di queste pazienti è stato impiegato l'approccio transbrachiale.

La scelta dell'approccio transbrachiale, iniziata casualmente nelle pazienti in sovrappeso, si è estesa a quelle che presentavano un'anatomia vascolare sfavorevole all'approccio transbrachiale, per poi continuare nell'intento di limitare l'immobilizzazione della paziente.

I criteri d'inclusione delle pazienti erano quelli della presenza di uno o più leiomiomi sintomatici, in donne che desideravano preservare la fertilità, con una prevalente localizzazione intramurale, che non volevano essere sottoposte ad intervento chirurgico. Oltre a questi, c'era il criterio radiologico, della fattibilità tecnica dell'intervento, accertata con la risonanza magnetica.

L'approccio transbrachiale è stato effettuato con la guida ecografica, in modo da pungere una sola parete dell'arteria; l'embolizzazione è stata effettuata con particelle idrofiliche calibrate, da 600 e 700 micron. Per ogni paziente sono stati misurati anche i dati di radioesposizione e di durata dell'esame.

I controlli clinici prevedevano la visita ginecologica a 1, 3, 6 e 12 mesi; il controllo di risonanza magnetica era programmato a 3 e 12 mesi dall'intervento radiologico, integrato dall'esame eco-color-Doppler dell'arteria brachiale.

Risultati: L'età media delle 42 pazienti trattate con l'approccio transbrachiale era di 44,5 anni (range 29-54); 18 non erano italiane. I sintomi prevalenti erano la metrorragia, l'assunzione regolare di farmaci per contrastare l'anemia, l'urgenza urinaria e i dolori addominali.

Il diametro medio del leiomioma maggiore era di 6,7 cm; la localizzazione prevalente era intramurale con abbondante sconfinamento intramucoso. Tutte le pazienti erano state sottoposte a terapia medica, con risultati considerati non soddisfacenti. Alcune avevano un precedente chirurgico in anamnesi.

La puntura dell'arteria brachiale, a livello della piega del gomito, è stata agevole in tutti i casi, anche se abbiamo riscontrato il limite di 3,5 mm come minimo diametro arterioso in cui effettuare la puntura. Il cateterismo selettivo delle arterie uterine è stato agevole in 40 pazienti; non si è dovuto ricorrere al cambio di catetere angiografico; il tempo medio di fluoroscopia è stato di 16,6' contro i 25 dell'approccio femorale; il tempo di cateterizzazione bilaterale delle arterie uterine è stato di 112" per l'approccio femorale, contro i 45" di quello transbrachiale.

La metrorragia è risultata curata nel 94% delle pazienti, il dolore addominale nel 78%, l'anemia in tutti i casi.

A 3 mesi, il volume dell'utero era diminuito del 35%, con una regressione volumetrica dei fibromi del 40%; a 1 anno, i risultati erano di poco migliorati. Non è stata riscontrata alcuna complicazione all'arteria brachiale, sia morfologica che funzionale; 2 parestesie transitorie sono state registrate in pazienti con diametro inferiore a 3 mm.

Discussione: L'intervento di radiologia interventistica di embolizzazione delle arterie uterine per trattare i leiomiomi sintomatici, in casi selezionati, si conferma essere una valida opzione terapeutica.

Sicura, efficace, presuppone una completa convergenza culturale tra lo specialista ginecologo e il radiologo interventista, ciascuno con il propria sfera di azione.

L'approccio transbrachiale rappresenta una ulteriore novità, in grado di garantire una precoce mobilitazione della paziente, un minor tempo di permanenza del catetere vescicale, arrivando a conferire un alone di ambulatorietà all'intervento, quindi una maggiore accettabilità.





Italian Journal of
Gynæcology & Obstetrics
September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Endometriosi e patologie autoimmuni: possibile associazione

Porpora M.G.¹, Imperiale L.¹, Fuggetta E.¹, Resta S.¹, Ticino A.¹, Zinicola, G.¹, Sacco A.¹,
Cozzolino M.², Coccia M.E.²

¹ Dipartimento di scienze ginecologico-ostetriche e urologiche, Policlinico Umberto I, Università degli studi "Sapienza", Roma, Italia

² Dipartimento di scienze biomediche sperimentali e cliniche, Università degli studi di Firenze, Firenze, Italia

ESTRATTO

Obiettivi: Dati recenti sembrano suggerire una correlazione tra endometriosi e malattie autoimmunitarie. Obiettivo dello studio è stato quello di valutare la prevalenza delle patologie autoimmuni nelle pazienti affette da endometriosi.

Materiali e metodi: In questo studio di coorte sono state arruolate 172 pazienti, afferenti al Dipartimento di Scienze Ginecologico-Ostetriche e Urologiche del Policlinico Umberto I di Roma e al Dipartimento di Scienze Biomediche Sperimentali e Cliniche di Firenze dal 2013 al 2015, affette da patologie autoimmuni, con diagnosi istologica di endometriosi. Sono state prese in considerazione le seguenti patologie autoimmuni: sindrome di Sjögren (SS), lupus eritematoso sistemico (LES), artrite reumatoide (AR), artrite psoriasica (AP), diabete mellito di tipo 1 (DM1), sclerosi multipla (SM), malattia celiaca (MC), connettivite mista (CM), morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa (RCU), tiroidite di Hashimoto e morbo di Basedow-Graves. La diagnosi è stata effettuata su base clinico-strumentale e valutando i livelli sierici anticorpali (TPOAb, TgAb, ANA, ENA, anticorpi anti-cardiolipina, anticorpi anti-fosfolipidi, Anti SSA-SSB).

Risultati: La prevalenza delle patologie autoimmuni in pazienti affette da endometriosi è stata confrontata con quella della popolazione generale italiana: MC è stata diagnosticata in 25/172 pazienti (14.53% vs 0.5%), LES in 7/172 (4.1% vs 0.4%), tiroidite di Hashimoto e morbo di Basedow-Graves in 110/172 pazienti (63.9% vs 5%), AR è stata confermata in 5/172 (2.9% vs 0.5%), AP in 6/172 (3.48% vs 0.5%), SS in 1/172 (0.58% vs 0.3%), morbo di Crohn in 2/172 (1.16% vs 0.2%), RCU è stata diagnosticata in 3/172 (1.74% vs 0.1%), CM in 4/172 (2.32% vs 0.003%), DM1 in 5/172 (2.9% vs 0.04%), SM in 4/172 donne (2.32% vs 0.1%).

Conclusioni: I dati evidenziano una possibile correlazione tra endometriosi, malattia celiaca e tiroidite su base autoimmune. Nessun aumento nella prevalenza è stato invece riscontrato per le altre patologie autoimmuni.



Italian Journal of Gynæcology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Esiti ostetrici nelle pazienti sottoposte a chirurgia per endometriosi pelvica, in base alla localizzazione delle lesioni

Cardinale S.¹, Uccella S.¹, Marconi N.¹, Casarin J.¹, Serati M.¹, Cromi A.¹, Zaffaroni E.¹, Miraglia A.¹, Monti P.R.¹, Gisone B.¹, Ghezzi F.¹

¹Ostetricia-ginecologia, Università degli studi dell'Insubria, Varese, Italia

ESTRATTO

L'endometriosi pelvica si associa a tassi di fertilità ridotti nelle pazienti affette. Recenti studi suggeriscono la possibilità di effetti negativi dell'endometriosi anche in corso di gravidanza.

Lo scopo di questo studio è di valutare l'impatto, attualmente non conosciuto, sugli esiti ostetrici delle diverse localizzazioni e delle diverse forme di endometriosi. Si tratta di uno studio retrospettivo che ha confrontato 3 diversi gruppi di donne affette da endometriosi pelvica con un gruppo di controllo costituito da pazienti senza endometriosi.

Sono state identificate le donne nullipare sottoposte a trattamento chirurgico dell'endometriosi e che, successivamente, hanno partorito presso l'Unità Ostetrico-Ginecologica dell'Università degli Studi dell'Insubria (Varese), tra il 1 gennaio 2004 e il 31 dicembre 2014.

Il gruppo di studio, composto da donne sottoposte a laparoscopia per il trattamento dell'endometriosi, è stato suddiviso in 3 sottogruppi in base alla localizzazione anatomica della malattia: endometriosi profonda infiltrante (\pm peritoneale) (Gruppo 1=21), endometriosi peritoneale (Gruppo 2=16) e endometriosi ovarica (\pm peritoneale) (Gruppo 3=45). Questi gruppi sono stati confrontati con 1714 donne nullipare non affette da endometriosi (gruppo di controllo) in termini di esiti ostetrici.

Il Gruppo 1 rispetto ai controlli aveva un'incidenza più alta di ipertensione/preeclampsia [4 (19%) contro 102 (5,9%); $p = 0,04$] e una più bassa epoca gestazionale al parto ($p=0,05$).

Il Gruppo 2 aveva un'incidenza più alta di secondamento manuale ($p=0,0006$), episiotomia ($p=0,04$) e parto operativo ($p=0,002$) rispetto ai controlli. Il Gruppo 3 aveva un tasso più basso di travaglio spontaneo ($p=0,01$) e un maggiore rischio di fallimento dell'induzione rispetto ai controlli. ($p = 0,03$). In generale, si è notata una tendenza verso una maggiore incidenza di induzione del travaglio, di parto operativo vaginale e di secondamento manuale nelle donne del Gruppo 3 (endometriosi ovarica), rispetto agli altri due gruppi.

Questo studio rappresenta un ulteriore approfondimento sull'impatto dell'endometriosi nel corso della gravidanza e suggerisce che l'endometriosi ovarica si associa a un maggiore rischio di complicanze ostetriche rispetto alle altre forme di questa malattia.



Italian Journal of
Gynæcology & Obstetrics
September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Il laser CO2 non ablativo nel trattamento dei sintomi dell'atrofia vaginale post-menopausale

Antonio Castelli¹, Alberto Liberatore², Gaspare Amodéo³

¹ Ginecon-laserCentro Althea, Palermo

² Casa di Cure Candela, Palermo

³ Casa di Cure Villa Serena, Palermo

ESTRATTO

Dal 40 al 60% delle donne in menopausa presentano sintomi dell' atrofia vaginale, quali dispareunia, secchezza vaginale, bruciore, prurito, IUS. Il trattamento non ablativo con laser a CO2 è stato proposto per ridurre i sintomi generati dalla atrofia vaginale attraverso una procedura priva di rischi e discomfort per le pazienti.

Obiettivo di questo studio prospettico è analizzare dati pre e post trattamento sui sintomi soggettivi (secchezza vaginale, dispareunia, prurito essenziale valutati da una scala VAS) e alla visita ginecologica valutare la condizione fisiologica vaginale (elasticità, pH, perdite vaginali, integrità della mucosa e umidità) con il Vaginal Health Score Index (VHI). Se il punteggio totale è inferiore a 15, la mucosa vaginale viene considerata atrofica e la paziente inserita nello studio.

Le pazienti incluse nello studio (30) sono state trattate presso il Ginecon-laser del Centro Althea di Palermo. Il sistema utilizzato MIXTO-PRO V-LASE è stato proposto con un "setting" di base per atrofia severa, con una potenza di emissione pari a 13w in modalità CW, con unica ripetizione dello spot e con un tempo di emissione (CCS) di 150millisec. La procedura ambulatoriale utilizzata ha previsto tre trattamenti a distanza di 30 giorni e un follow up a tre mesi.

Prima del trattamento tutte le pazienti hanno eseguito tampone vaginale e visita ginecologica per la valutazione dei criteri di esclusione allo studio.

Tutte le pazienti pre-trattamento avevano una diagnosi di severa atrofia, (VHI medio 11,7) e riportavano in oltre il 95% severa dispareunia con secchezza vaginale o bruciore che impediva i rapporti intimi col partner.

Dai risultati a tre mesi dalla fine del trattamento l'80% delle pazienti non riportano secchezza vaginale, mentre nel 20% permane un moderato sintomo; il 90% delle pazienti non riferisce dispareunia e difficoltà ai rapporti e solo nel 10% riferisce una modesta dispareunia. Il VHI medio post trattamento è di 19,7.

La procedura vaginale laser con il sistema a CO2 non ablativo MIXTO-PRO V-LASE è certamente un valido e sicuro trattamento dei sintomi legati alla atrofia vaginale in menopausa.

Key words: atrofia vaginale, laser co2 non ablativo, menopausa, dispareunia, secchezza vaginale.



Italian Journal of Gynæcology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Laser ER: YAG frazionato studio di efficacia in pazienti oncologiche affette da atrofia vaginale

Rodella Rosita¹, Agoni Lorenzo¹, Quaglia Federico², Zorzi Fausto²

¹ Dipartimento salute della mamma e del bambino, Fondazione Poliambulanza, Brescia, Italia

² Servizio di anatomia istologica e citologia patologica, Fondazione Poliambulanza, Brescia, Italia

ESTRATTO

Il laser Er: YAG ha una lunghezza d'onda nel campo dell'infrarosso di 2940nm che è fortemente assorbita dai tessuti che contengono acqua.

Per questa sua caratteristica ha trovato applicazione nel trattamento di problematiche inerenti i tessuti a basso contenuto d'acqua, quali ad esempio le mucose.

L'influsso ad emissione frazionata permette al laser di attraversare i tessuti senza danneggiarli e penetrare sino agli strati profondi ove agisce esercitando una stimolazione e rigenerazione delle componenti connettivali (fibroblasti e collagene).

Sono state incluse n.31 pazienti affette da menopausa iatrogena, temporanea o definitiva, associata a problematiche spesso correlate quali: dispareunia, incontinenza urinaria, lichen vulvare, secchezza vaginale e vulvare e vulvodinia. Sono state escluse le pazienti non disponibili al follow up o che avessero condizioni non permissive oppure patologia sospetta con indicazione ad indagini diagnostiche ulteriori.

Criteri di valutazione oggettivi:

- Pap test negativo, non antecedente ai 12 mesi.
- Quadro colposcopico negativo al momento del trattamento ripetuto dopo 30 gg dal 2° trattamento.
- Esame istologico (biopsia vaginale) prima del trattamento e 30 gg dopo il 2° trattamento.
- Criteri soggettivi (sintomi riferiti): VAS (secchezza vaginale o vulvare), bruciore vaginale o vulvare prurito vulvare, dispareunia e incontinenza urinaria.

E' stata effettuata una statistica dove sono stati registrati i sintomi, la variazione VAS un mese dopo il 2° trattamento e la modificazione del quadro colposcopico ed istologico.

Le 31 pazienti incluse sono state sottoposte a n.2 trattamenti laser ER:YAG con un intervallo di 30 giorni, previa esecuzione di esame colposcopico con biopsia vaginale (prima del trattamento e a conclusione).

Sono state escluse n. 2 pazienti per riscontro microscopico di L-SIL/VAIN1.

L'80% delle pazienti ha riferito un miglioramento soggettivo (sintomi riferiti / VAS).

La comparazione dei preparati istologici pre- e post trattamento ha evidenziato in un intervallo temporale medio di 30/40 gg: incremento della deposizione di fibrille collagene e neoangiogenesi nella lamina propria (documentate con colorazione istochimica Tricromica rispettivamente ed immunocolorazione per CD31) ed iperplasia degli strati parabasali dell'epitelio vaginale.



Italian Journal of Gynæcology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Trattamento ambulatoriale della sindrome della congestione pelvica: approccio transbrachiale

Agresti P.¹, Pieri S.¹, Marasca E.², Moreschi E.³, Di Felice M.³, Calcagni M.², Starita A.³

¹ U.O.C. Radiologia Cardiovascolare e d'Urgenza Az. Osp "S.Camillo-Forlanini", Roma

² Servizi territoriali di ginecologia

³ U. O.C. Ginecologia ed Ostetricia Az. Osp "S.Camillo-Forlanini" Roma

ESTRATTO

Introduzione: Il dolore pelvico cronico e la sindrome della congestione pelvica sono enigmatiche condizioni cliniche che hanno un notevole impatto nella qualità e nello stile di vita di una donna, arrivando a rappresentare fino ad un 30% della pratica ambulatoriale di un ginecologo.

I trattamenti tradizionali hanno impiegato sia la terapia medica, che quella chirurgica, da soli o in associazione, con risultati deludenti.

Riportiamo la nostra esperienza nella gestione terapeutica della sindrome da congestione pelvica, con l'intervento di radiologia interventistica, con approccio transbrachiale.

Materiali e metodi: Tra il 1996 e il 2015, 118 donne sono state sottoposte al trattamento percutaneo di sindrome della congestione pelvica, con l'intervento di radiologia interventistica, sclerosi o scleroembolizzazione, tramite accesso venoso transbrachiale.

Tutte le pazienti presentavano un dolore pelvico cronico, da oltre 6 mesi, continuo nel 70% dei casi, esacerbato dalla lunga posizione eretta o dall'avvicinarsi del ciclo. 49 presentavano anche dispareunia, 19 urgenza urinaria; circa l'80% delle pazienti assumeva regolarmente farmaci anti-dolorifici.

La diagnosi clinica veniva avvalorata dall'esame eco-color-Doppler e dalla RM.

Tutte le pazienti sono state sottoposte ad intervento in regime di D.H., dopo anestesia locale. La sclerosi era effettuata con l'iniezione di sodiotetradecilsolfato, l'embolizzazione con spirali o tappi vascolari.

Il controllo nel tempo prevedeva la visita clinica e l'eco-color-Doppler al 3° e/o al 6° mese; ultimamente la RM a 1 anno e un questionario o una telefonata con risposte a domande fisse a 3 e 9 mesi.

Risultati: Le 118 donne avevano un'età media di 36,8 anni; solo 8 non avevano avuto gravidanze, mentre le altre avevano avuto 1,8 gravidanze in media.

All'ecografia transvaginale, il diametro medio delle vene ovariche era di 5,2 mm a destra (range 4,4-8,9) e di 7,6 mm a sinistra (range 5,2-9,7).

All'intervento abbiamo riscontrato una sindrome della congestione pelvica solo a destra in 9 casi, solo a sinistra in 32 e bilaterale nelle rimanenti.

A 3 mesi dall'intervento, il dolore pelvico cronico era presente solo in 24 pazienti; continuo in 7 e intermittente nelle altre; solo un lieve miglioramento si è registrato ad 1 anno. La terapia anti-dolorifica continua era stata sospesa in tutte le pazienti.

Discussione: La sindrome della congestione pelvica che non risponde alla sola terapia medica può trovare una soluzione nell'intervento di radiologia interventistica. Sicuro, efficace, poco invasivo, risulta meno costoso e meglio accettato di qualunque soluzione chirurgica. E' in grado di restituire una adeguata qualità della vita alla paziente. L'approccio transbrachiale conferisce un alone di ambulatorietà all'intervento.



Italian Journal of
Gynæcology & Obstetrics
September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Trattamento non chirurgico dei fibromi uterini con embolizzazione (UFE)

¹ Esperienza del gruppo San Camillo-Roma

ESTRATTO

Introduzione: I fibromi uterini sono una patologia molto frequente con una prevalenza in aumento con l'età. Sono presenti in 60% delle pazienti over 40, sintomatici soltanto in 20 ai 50% dei casi.

Una regressione spontanea si osserva in menopausa, verosimilmente come risultato di una riduzione della sintesi ormonale ovarica.

I sintomi tuttavia, in particolare le emorragie, se importanti e prolungate con anemia secondaria, possono avere un impatto negativo sulla qualità di vita, ed hanno significanti ricadute sull'accesso al sistema sanitario e costi correlati.

I fibromi possono inoltre causare dolori, e sindromi di compressione pelvica.

L'embolizzazione delle arterie uterine è stata introdotta nel 1995 nel trattamento dei fibromi uterini sintomatici sulla scia dell'embolizzazione post partum; si è progressivamente affermata nel tempo come la tecnica non invasiva conservativa più utilizzata dopo la miomectomia.

Materiali e metodi: nel corso degli ultimi 5 anni presso il nostro istituto sono stati indirizzati ad embolizzazione dei fibromi uterini 250 pazienti. Presentavano nella maggior parte dei casi fibromi multipli ed erano desiderose di un trattamento conservativo miniinvasivo. Sono stati eseguiti una RMN pre-embolizzazione ed a 6 mesi in 99% dei casi (l'angioTC in 1 % per controindicazione alla RMN)

Risultati: l'embolizzazione è stata tecnicamente possibile e bilaterale in tutti i casi meno uno (unilaterale) con 2 notte di ricovero e 7-10gg di convalescenza. Le complicanze sono state, EP (1), espulsione (1), riammissione per dolori e/o febbre (3), riintervento a distanza (10) con chirurgia or nuova embolizzazione per risultato incompleto.

Discussione: Il grado di soddisfazione delle pazienti (con remissione dei sintomi clinici) era del 85% ad 1 anno, con una riduzione volumetrica superiore al 60% nel 90% dei casi alla RMN di controllo a 6 mesi, proseguendo nel tempo nella maggior parte dei casi. Tali dati sono in linea con quanto riportato dalla la maggior parte dei trials disponibili.

Conclusione: L'embolizzazione dei fibromi uterini si conferma nella nostra esperienza come una valida e miniinvasiva alternativa all'isterectomia ed alla miomectomia e deve essere offerta alle pazienti con fibromatosi uterina. Per quanto attiene alla fertilità futura esiste ancora una evidenza anche se di basso grado a favore della miomectomia.



Italian Journal of
Gynæcology & Obstetrics
September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Utilizzo di dilatatori osmotici per indurre la maturazione cervicale in una procedura abortiva

Schonauer L.M.¹, Loverro M.¹, Di Naro E.¹, Loverro M.T.¹, Mastrolia S.A.¹

¹Ostetricia e ginecologia, Azienda ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari, Università degli studi di Bari "Aldo Moro", Bari, Italia

ESTRATTO

L'induzione di un travaglio abortivo può rivelarsi complessa a causa della limitata esposizione della cervice uterina agli ormoni inducenti la maturazione cervicale, specialmente nelle donne nullipare. La somministrazione di suppositori contenenti PGE2 (dinoprostone, gemeprost) può indurre attività contrattile uterina, ma non sempre è in grado di indurre la dilatazione cervicale. Ciò determina un quadro doloroso e può essere dannoso in pazienti che hanno subito precedenti interventi chirurgici a carico dell'utero. Un'alternativa alla somministrazione di prostaglandine, in tali casi, può essere rappresentata dalla dilatazione meccanica, eseguibile mediante l'applicazione di cateteri endocervicali (rischiosa e dolorosa in caso di cervice impreparata con orifizio uterino esterno chiuso) o di dilatatori osmotici.

I dispositivi osmotici possono conseguire una dilatazione meccanica graduale attraverso il lento assorbimento di liquidi provenienti dai tessuti circostanti, consentendo un ammorbidimento della cervice uterina, probabilmente derivante da un rilascio locale di prostaglandine.

Il presente report descrive il caso di una paziente secondigravida di 39 anni, con un taglio cesareo a termine per distocia cervicale nella sua storia ostetrica. La paziente è giunta alla nostra osservazione a 19 settimane e due giorni di amenorrea per una procedura di interruzione della gravidanza, giustificata da una diagnosi di trisomia del cromosoma 21 nel feto. La paziente è stata sottoposta, presso la nostra Istituzione, a protocollo di trattamento consistente in 3 dosi di gemeprost supposte, al dosaggio di 1 g ogni 3 ore, rivelatosi fallimentare.

Dopo un giorno dal termine di tale procedura, la paziente ha acconsentito all'utilizzo di dilatatore igroscopico (Dilapan-S) di 4 mm di diametro da posizionare nel canale cervicale e da lasciare in sede per 24 ore.

Questo ha determinato una maturazione cervicale tale da permettere la espulsione del feto dopo sette ore dalla nuova somministrazione di gemeprost. L'effetto clinico dei dilatatori osmotici sintetici appare paragonabile all'applicazione delle prostaglandine, ma più controllabile. Il loro uso è sicuro, non attualmente correlato con complicanze infettive, ed associato ad un rischio minimo di ipersensibilità uterina. Pertanto, i dilatatori osmotici sono un'opzione ottimale per la maturazione della cervice, soprattutto in condizioni nelle quali l'uso delle prostaglandine sia controindicato, come nel caso da noi riportato.



Italian Journal of
Gynæcology & Obstetrics
September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Vulvodinia: la crisi di efficacia di un paradigma

Bogliatto F.¹, Miletta M.¹, Leidi L.¹

¹ Rete di Patologia del Tratto Anourogenitale Femminile – ASLTO4 Chivasso - Torino

ESTRATTO

Il dolore vulvare è la risultate di processi fisiopatologici difformi e molteplici che rappresentano una vera e propria sfida per il professionista coinvolto nella gestione di tale sintomo, spesso invalidante. Nel corso degli anni sono state proposte terminologie e classificazioni con il fine di identificare il dolore vulvare con un termine onnicomprensivo e facilmente riproducibile, passando da vestibolite a disestesia vulvare sino a vulvodinia.

Quest'ultima definizione ha assunto nel corso del tempo una elevata diffusione di utilizzo assumendo il ruolo di paradigma medico. L'approccio riduzionistico di limitare in un solo termine una sindrome complessa, pur fecondo di nuove conoscenze e di risultati sperimentali, non ha risolto la complessità del sintomo dolore vulvare.

Nel prosieguo evolutivo terminologico, l'inclusione della vulvodinia tra i disturbi somatoformi ha perpetrato la convinzione che la causa principale fosse di natura psicologico/psichiatrica, condizionando il trattamento e limitandolo talora all'utilizzo di psicofarmaci.

Recentemente il DSM V ha abbandonato la definizione di disturbi somatoformi, e ha introdotto il "dolore genito-pelvico, disturbi della penetrazione" nelle disfunzioni sessuali di origine psichiatrica. Una semplificazione eccessiva porterebbe pertanto a identificare le donne con dispareunia o iperattività del pavimento pelvico come affette da un disturbo psichiatrico con conseguente gestione terapeutica inadeguata e impatto negativo sulle donne affette.

A tal proposito la International Society for the Study of Vulvar Diseases (ISSVD) insieme alla International Society for the Study of Pain (IASP) ha recentemente elaborato una nuova complessa classificazione del dolore vulvare in cui la vulvodinia è definita come dolore vulvare presente da almeno 3 mesi senza causa visibile ma con potenziali fattori associati.

La vulvodinia rappresenta pertanto una sindrome dolorosa ad eziologia complessa, con possibili implicazioni psicologiche, che necessita di una diagnosi basata su un approccio multidisciplinare. L'approccio al dolore vulvare con medicina d'equipe, con la collaborazione di ginecologo, dermatologo, fisiatra, ostetrica, fisioterapista, psico-sessuologo, esperti in tale ambito, permette di superare il paradigma di una malattia precedentemente costretta dentro una rigida procedura congetturale, passando da una clinica osservazionale ad una clinica relazionale in grado di definire un approccio clinico-terapeutico adeguato.



Italian Journal of
Gynæcology & Obstetrics
September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Diagnosi di patologia endometriale in menopausa: ipotesi di score predittivo di carcinoma dell'endometrio

Silvia Famiani¹, Giuseppe Luzi¹, Giorgio Epicoco¹, Saverio Arena¹

¹S.C. Ostetricia e Ginecologia - Azienda Ospedaliera di Perugia

ESTRATTO

Introduzione: La studio della cavità endometriale in menopausa spesso è caratterizzata da un'eccessivo spreco diagnostico nella ricerca di patologie oncologiche. Obiettivo dello studio è proporre un modello predittivo di carcinoma endometriale in donne in menopausa. Tale modello prevede l'applicazione di uno score ottenuto dall'associazione di parametri ecografici e caratteristiche cliniche in modo da poter discriminare donne ad alto o basso rischio di carcinoma dell'endometrio.

Materiali e metodi: E' stato condotto uno studio retrospettivo da Gennaio 2012 a Febbraio 2016 in cui sono state incluse 458 pazienti in menopausa inviate presso l'Ambulatorio di Isteroscopia Diagnostica dell'Azienda Ospedaliera di Perugia dopo aver eseguito esame ecografico di I livello. Le pazienti venivano inviate da noi per perdita ematica e/o ispessimento endometriale. Per ciascuna paziente sono stati considerati come fattori di rischio di carcinoma endometriale obesità, diabete Mellito tipo II, ipertensione arteriosa, pregresso carcinoma della mammella in trattamento farmacologico. Tutte le pazienti sono state sottoposte ad isteroscopia diagnostica ed è stata eseguita una biopsia dell'endometrio con sospetto di patologia maligna.

Risultati: Delle 458 pazienti esaminate, 47 (10,2%) sono risultate affette da carcinoma endometriale, in 197 (43%) è stata posta diagnosi di patologia endometriale benigna (polipo, mioma, iperplasia semplice), mentre per 214 (46,8%) la cavità uterina è risultata priva di anomalie. L'analisi di regressione logistica ha individuato come fattori predittivi più significativi per il carcinoma dell'endometrio siano il sanguinamento uterino anomalo, il Diabete Mellito di tipo II, l'obesità, l'ipertensione arteriosa, età avanzata (>65anni), ispessimento endometriale (distinguendo quest'ultimo in due sottogruppi). Impiegando i fattori predittivi insieme ai parametri ecografici è stato possibile formulare due diversi modelli, uno definito A basato sui dati raccolti ed un score già esistente in letteratura, ed uno B caratterizzato esclusivamente dai nostri dati. Attraverso predictive Odds Ratio è stato attribuito per ciascun fattore predittivo un punteggio e stabilito, mediante diagnostic Odds Ratio, il punteggio di cut-off per ciascun modello (modello A da 0-9 con cut-off di 4; modello B da 0-33 con cut-off di 9). Il 97,8% delle pazienti con punteggio al di sopra del cut-off presentava neoplasia endometriale.

Discussione: La definizione di un modello clinico che possa ridurre percorsi diagnostici ridondanti e poco utili potrebbe essere l'obiettivo del prossimo futuro. Stimare il rischio di patologia endometriale non basandosi solo sul riscontro ecografica potrebbe ridurre l'incidenza di falsi positivi aumentando l'accuratezza diagnostica nei casi a rischio. Nel nostro studio abbiamo identificato due modelli di score ed entrambi si sono rivelati estremamente sensibili per aver identificato il 97,8% delle pazienti affette da carcinoma endometriale e hanno mostrato accuratezza diagnostica moderata, secondo l'area sottostante la curva di ROC (0,76), nel discriminare le pz affette o meno da neoplasia.

Conclusioni: E' auspicabile l'introduzione del modello predittivo nella pratica clinica che consenta una diagnosi precoce, un management tempestivo e soprattutto adeguato, finalizzato alla riduzione del vasto numero di indagini invasive risultate inappropriate e non prive di rischi per la paziente.



Italian Journal of Gynæcology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Identificazione di due nuovi potenziali fattori prognostici nel carcinoma iniziale dell'endometrio di tipo endometriode: NF-YAS e lamina A

Cicchillitti L.¹, Corrado G.², Carosi M.³, Dabrowska M.³, Loria R.¹, Falcioni R.¹, Cutillo G.², Piaggio G.¹, Vizza E.²

¹ Area dipartimentale funzionale di ricerca traslazionale, Istituto nazionale tumori "Regina Elena", Roma, Italia

² Dipartimento di chirurgia oncologica, Istituto nazionale tumori "Regina Elena", Roma, Italia

³ Dipartimento di prevenzione e diagnostica oncologica, Istituto nazionale tumori "Regina Elena", Roma, Italia

ESTRATTO

Il carcinoma dell'endometrio è la neoplasia più importante del corpo dell'utero e costituisce la quarta causa più comune di cancro nel sesso femminile. Il carcinoma di tipo endometriode, che rappresenta l'85% dei casi, insorge su una iperplasia atipica dell'endometrio e ha generalmente un decorso clinico poco aggressivo ed una buona prognosi. Malgrado ciò, circa il 20% dei casi recidiva e allo stadio I con basso fattore di rischio, in cui non sia stata eseguita radioterapia, le recidive variano tra il 3 ed il 6%. Allo scopo di caratterizzare l'aggressività del carcinoma endometriode e di identificare biomarcatori predittivi di aggressività del grado 1, abbiamo effettuato uno studio retrospettivo da un punto di vista biologico su una serie di tessuti paraffinati.

Questa analisi ci ha permesso di identificare NF-YAs, una isoforma di splicing di NF-YA, e la lamina A quali due nuovi potenziali biomarcatori di aggressività nel cancro di tipo endometriode di grado 1. E' stato recentemente dimostrato che NF-YAs è coinvolta nei meccanismi trascrizionali che caratterizzano le cellule staminali embrionali. Diversi lavori hanno dimostrato che la lamina A ha un importante ruolo nello sviluppo e nell'aggressività di vari tipi di tumore. Nel nostro studio, abbiamo osservato che NF-YAs è espressa esclusivamente nei tessuti tumorali, mentre la lamina A è fortemente down-modulata nei tessuti tumorali rispetto ai tessuti benigni e la sua perdita di espressione correla con un più alto grado istologico e maggiore aggressività. I risultati ottenuti dimostrano che NF-YAs è espressa solo nel 55% dei tessuti di carcinoma endometriode di grado 1, mentre nei tessuti di grado 2 e 3 e non endometrioidi è sempre espressa.

E' importante sottolineare che la presenza di NF-YAs correla con minori livelli di espressione della lamina A. Inoltre, abbiamo osservato che la presenza di NF-YAs e la perdita di espressione di lamina A sono associate in maniera consistente a minori livelli di recettori degli estrogeni (ER) e ad un aumento di espressione della famiglia di miR-200 e una diminuzione dei livelli di ZEBs, ambedue indicatori di aggressività. Questi dati confermano il potenziale ruolo di NF-YAs e lamina A come biomarcatori prognostici con un potenziale di utilità clinica per la terapia personalizzata del carcinoma endometriode, in particolare quelli di grado 1.



Italian Journal of
Gynæcology & Obstetrics
September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Il ruolo prognostico del washing peritoneale nel tumore dell'endometrio

Emanuela Mancini¹, Giacomo Corrado¹, Giuseppe Cutillo¹, Ermelinda Baiocco¹, Giuseppe Vocaturo¹, Cristina Vincenzoni¹, Ashanti Zampa¹, Arabella Bufalo¹, Enrico Vizza¹

¹Unità di Ginecologia Oncologica, Dipartimento di Chirurgia Oncologica, Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena", Roma, Italia

ESTRATTO

Obiettivo: Scopo del lavoro è stato valutare il ruolo del washing peritoneale nelle pazienti trattate per cancro dell'endometrio.

Materiali e metodi: E' stato condotto uno studio retrospettivo, includendo tutte le donne con diagnosi di carcinoma dell'endometrio, trattate presso l'Istituto Nazionale Tumori, "Regina Elena di Roma" dal 2001 al 2013. Il trattamento chirurgico condotto per via addominale, laparoscopica, o robotica, comprendeva washing peritoneale (WP), isterectomia radicale tipo A o B1 secondo la classificazione Querleau-Morrow, annessiectomia bilaterale e, a seconda dei casi, omentectomia, linfadenectomia pelvica e/o lomboaortica.

Le pazienti sono state divise in due gruppi in base all'esito del washing peritoneale, considerando: l'età, l'istologia, lo stadio FIGO (\leq IB e $>$ IB), il numero di linfonodi asportati, lo stato linfonodale, i trattamenti adiuvanti. La coorte di pazienti è stata quindi suddivisa in base allo stadio FIGO (IA-IB e $>$ IB) ed è stato valutato il tasso di recidiva, la disease free survival (DFS) e l'overall survival (OS).

Risultati: Sono state incluse nello studio 766 donne, con un'età mediana di 62 anni (range 28-90). 696 (90.9%) donne avevano washing peritoneale negativo, 70 (9.1%) washing positivo.

Il tasso di recidiva nelle pazienti con washing peritoneale positivo risultava maggiormente evidente negli stadi iniziali (WP+ 18.4% vs WP- 5.9%) che negli stadi avanzati (WP+ 28.1% vs WP-19.8%).

All'analisi multivariata, il washing positivo, il grading e lo stadio di malattia, correlavano con una peggiore OS e DFS, in tutta la coorte delle pazienti e negli stadi iniziali (IA/IB).

In particolare, l'OS è risultata significativamente (p 0.004) peggiore in pazienti con washing peritoneale positivo (83.2%) vs negativo (95%), negli stadi IA/IB.

Conclusione: La citologia peritoneale positiva nei pazienti con stadio iniziale di cancro dell'endometrio è significativamente associata con altri fattori di rischio e con l'OS, suggerendo un suo ruolo come fattore prognostico negativo da considerare nel management della paziente.



Italian Journal of Gynæcology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Impatto del tracciante a fluorescenza nella ricerca del linfonodo sentinella nei tumori della cervice in stadio iniziale: confronto tra Tc99 e blu di metilene Vs. indocianina verde

Buda A.¹, Bussi B.², Papadia A.³, Zapardiel I.⁴, Vizza E.⁵, Ghezzi F.⁶, De Ponti E.⁷, Di Martino G.¹, Verri D.¹, Crivellaro C.⁸

¹ Dipartimento di ostetricia e ginecologia, Ospedale San Gerardo, Monza, Italia

² Università Milano-Bicocca, Monza, Italia

³ Dipartimento di ostetricia e ginecologia, Ospedale universitario di Berna, Berna, Svizzera

⁴ Unità di ginecologia oncologica, Ospedale universitario di La Paz, Madrid, Spagna

⁵ Dipartimento di chirurgia oncologica, Istituto nazionale tumori "Regina Elena", Roma, Italia

⁶ Dipartimento di ostetricia e ginecologia, Ospedale del Ponte, Varese, Italia

⁷ Dipartimento di fisica medica, Ospedale San Gerardo, Monza, Italia

⁸ Dipartimento medicina nucleare, Ospedale San Gerardo, Monza, Italia"

ESTRATTO

Background. L'impiego della metodica del linfonodo sentinella (LS) nei tumori della cervice si sta sempre più affermando come valida alternativa alla linfadenectomia radicale nello staging linfonodale delle pazienti con malattia allo stadio iniziale (IA2-1B1). I risultati migliori sono stati ottenuti con l'utilizzo di un radiocolloide (Tc-99m) con blu di metilene (MB). Recentemente tuttavia, l'introduzione dei nuovi traccianti fluorescenti come l'indocianina verde (ICG), sembrano migliorare i risultati in termini di detection rate (DR) e bilateralità (BM).

Metodi. In questo studio retrospettivo multicentrico sono state incluse 144 pazienti consecutive con diagnosi di tumore della cervice (stadio IA2-1B1), reclutate in 5 centri europei. Tutte le pazienti sono state sottoposte a chirurgia radicale con linfadenectomia pelvica bilaterale in aperto, o minivasiva laparoscopica, preceduta dall'identificazione e rimozione del LS, dopo iniezione intracervicale dei traccianti. In 76 pazienti (53%) è stata utilizzata un'iniezione di Tc99 preoperatoriamente in Medicina Nucleare e di MB dopo l'anestesia (gruppo 1). In 68 pazienti (47%) è stata iniettata l'ICG intra-operatoriamente (gruppo 2). Sono stati confrontati DR e BM tra i due gruppi.

Risultati. Nelle 144 pazienti studiate, la mediana dei linfonodi sentinella asportati è stata 2 (range 0-7) per il gruppo 1 e 3 (range 1-15) nel gruppo 2. Il DR è stato rispettivamente del 96% (gruppo 1) e del 100% (gruppo 2). Il mapping bilaterale è stato significativamente più alto nel gruppo 2 (98.5% vs 76.3%; $p < 0.0001$). La sensibilità, il valore predittivo negativo e la percentuale di falsi negativi sono risultati 96%, 99% e 0.04%.

Conclusioni. Nella nostra casistica, l'utilizzo dell'ICG nelle pazienti con tumore della cervice in stadio iniziale ha ottenuto risultati superiori in termini di DR e BM rispetto all'impiego della tecnica combinata Tc99 + MB. La riproducibilità e l'accuratezza della tecnica che presenta costi contenuti e nessun disagio per le pazienti, rendono l'utilizzo del mapping con indocianina un valido strumento per l'identificazione dei LS in queste pazienti. In attesa che gli studi randomizzati in corso consentano di definire più chiaramente il tracciante ideale, il significato dell'identificazione e l'impatto sulla sopravvivenza delle micrometastasi, l'identificazione del LS con ICG, potrebbe in futuro sostituire la linfadenectomia nelle pazienti candidabili a questa procedura.



Italian Journal of
Gynæcology & Obstetrics
September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Ruolo di L1CAM nella progressione dei tumori dell'endometrio

Loria R.¹, Corrado G.², De salvo L.¹, Laquintana V.¹, Cicchillitti L.¹, Piaggio G.¹, Carosi M.¹, Mancini E.², Cutillo G.², Vizza E.², Falcioni R.¹

¹ Ricerca, diagnostica avanzata e innovazione tecnologica, Istituto Nazionale Tumori Regina Elena, Roma, Italia

² Clinico sperimentale oncologico, Istituto Nazionale Tumori Regina Elena, Roma, Italia

ESTRATTO

Il tumore dell'endometrio è la neoplasia ginecologica più frequente in Italia e nei Paesi sviluppati e si manifesta più frequentemente nelle donne in post-menopausa, è raro prima dei 40 anni. La prognosi generalmente è buona; infatti, il tumore è spesso diagnosticato quando la malattia è confinata al corpo uterino. Nonostante la sopravvivenza globale sia buona (75%), alcune donne con uno stadio iniziale della malattia e presumibilmente con una buona prognosi, possono sviluppare una recidiva a indicare che ancora oggi la classificazione di questo tumore non è definitiva e che è necessario identificare nuovi marcatori che permettano di individuare una popolazione a rischio di ricaduta.

La molecola di adesione cellulare L1 (L1CAM), una glico-proteina di superficie, è molto espressa in diversi carcinomi umani e di recente è stata descritta come un nuovo marcatore dei carcinomi dell'endometrio e dell'ovaio. Nel presente lavoro abbiamo analizzato l'espressione di L1CAM e di N-caderina, un marcatore di staminalità, in 58 recidive derivate da una casistica di circa 900 tumori dell'endometrio agli stadi G1, G2, e G3.

I risultati ottenuti indicano che il 91% dei tumori analizzati è positivo per l'espressione di L1CAM e di N-caderina e che l'espressione delle due molecole è sovrapponibile. Inoltre, i più alti livelli di L1CAM (score 3+) correlano con le recidive a distanza suggerendo che l'espressione di questa molecola possa essere legata alla componente staminale del tumore più coinvolta nei processi metastatici.

Per verificare se L1CAM e N-caderina possano rappresentare marcatori significativi di ricaduta di malattia, stiamo analizzando l'espressione delle due molecole nello stesso numero di tumori agli stadi G1, G2, e G3 che non hanno recidivato.



Italian Journal of Gynæcology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Spettro dei tumori ginecologici di Beira (Mozambico) dal 2010 al 2014

Marcella Schiavone¹, Josefo Ferro², Telma Sande², Federica Laterza³, Giovanni Putoto⁴, Damiano Pizzol⁵

¹Unit of Neonatology and Intensive Care, General Hospital - University of Bari, Italy

²Pathologic Anatomy, Central Hospital of Beira, Mozambique

³Gynecology and Obstetrics Unit, General Hospital - University of Bari

⁴Operational Research Unit, Doctors with Africa CUAMM - Padova, Italy

⁵Operational Research Unit, Doctors with Africa CUAMM - Beira, Mozambique

ESTRATTO

Introduzione: I tumori ginecologici, in particolare modo quelli uterini e ovarici rappresentano un serio problema di salute pubblica in tutto il mondo. Nei paesi industrializzati i carcinomi endometriali sono quelli maggiormente diffusi e, nonostante l'introduzione del Pap test abbia ridotto notevolmente la mortalità del carcinoma cervicale, esso rappresenta ancora un problema rilevante. Nei Paesi in via di sviluppo, pur non essendoci vasta letteratura a riguardo, il cancro della cervice è quello maggiormente rappresentato, seguito, per incidenza, da quelli di origine vulvare e vaginale.

Materiali e metodi: Questo studio retrospettivo, dal 2010 al 2014, prende in considerazione i casi di tumore ginecologico registrati presso il servizio di Anatomia Patologica dell'Ospedale Centrale di Beira (Mozambico) che serve una popolazione di 470 mila abitanti. Li abbiamo perciò classificati in base al referto istologico.

Risultati: Nel 2010 sono state eseguite 83 diagnosi, a donne di età 41 + 14, dei seguenti tumori ginecologici: 74 (89%) collo dell'utero, 3 (4%) vulva, 3 (4%) vagina, 2 (2%) ovaio e 1 (1%) endometrio. Nel 2011 a 106 donne di 39 + 13 anni è stata fatta diagnosi istologica di: 92 (86%) collo uterino, 8 (8%) vulva, 2 (2%) endometrio, 1 (1%) ovaio e 3 (3%) alla placenta. Nel 2012 le 111 donne, con età di 42 + 13 anni presentavano: 98 (88%) collo uterino, 6 (5%) vulva, 2 (2%) vagina, 2 (2%) placenta e 3 (3%) ovaio. Nel 2013 sono le 98 neoplasie diagnosticate a donne di 44 + 13 anni erano così classificate: 85 (87%) collo uterino, 8 (9%) endometrio, 3 (3%) ovaio e 1 (1%) placenta. Infine nel 2014, 120 donne di età 42 + 11 anni presentavano i seguenti istotipi: 112 (93%) collo dell'utero, 5 (4%) vulva, 2 (2%) endometrio e 1 (1%) placenta.

Conclusioni: Questo studio mette in evidenza innanzi tutto la carenza di servizi sanitari se si considera che in una popolazione di quasi 500 mila abitanti le diagnosi istologiche di tumori ginecologici sono circa 100/anno. Nonostante la scarsità di dati emerge chiaramente come il cancro del collo dell'utero sia l'istotipo predominante variando dal 85% al 93% dei casi analizzati nei 5 anni. Queste evidenze impongono un rafforzamento del sistema sanitario soprattutto in termini di prevenzione primaria e di diagnosi precoce. Inoltre, essendo l'HPV agente eziologico del tumore del collo dell'utero, s'impone una riflessione su eventuali strategie di prevenzione mirata.



Italian Journal of
Gynæcology & Obstetrics
September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Studio multicentrico sul trattamento chirurgico del tumore dell'endometrio mediante il sistema robotico Single Site

G. Corrado¹, L. Mereu², S. Bogliolo³, V. Cela⁴, L. Freschi⁴, R. Carlin², B. Gardella³, E. Mancini¹, S. Tateo², A. Spinillo³, E. Vizza¹

¹Department of Oncological Surgery - Gynecologic Oncologic Unit - "Regina Elena" National Cancer Institute - Rome, Italy

²Obstetrics and Gynecological Department, Santa Chiara Hospital, Trento, Italy

³Department of Obstetrics and Gynaecology, IRCCS-Fondazione Policlinico San Matteo and University of Pavia, Italy

⁴Department of Obstetrics and Gynaecology, University of Pisa, Pisa, Italy

ESTRATTO

Obiettivi: valutare la fattibilità e la sicurezza dell'isterectomia robotica single site (RSSH) più o meno linfadenectomia pelvica nel trattamento del carcinoma dell'endometrio stadio FIGO I-II.

Materiali e metodi: Abbiamo raccolto prospetticamente dati clinici, chirurgici, anatomo-patologici, ed oncologici di tutte le pazienti sottoposte a RSSH più o meno linfadenectomia pelvica per nel trattamento del carcinoma dell'endometrio stadio FIGO I-II

Risultati: Dal gennaio 2012 al febbraio 2015, 125 pazienti sono state incluse nel nostro studio. L'età media delle pazienti è stata di 59 anni (range, 35-84 anni) e l'indice di massa corporea media è stata di 27kg/m² (range, 19-52kg/m²). Una paziente è stata convertita in chirurgia vaginale a causa di problemi di ipercapnia. Il tempo medio di aggancio del sistema robotico, il tempo di console, e il tempo operatori totale è stato di 11 minuti (range, 4- 40 minuti), 80 minuti (range 20-240 minuti) e 122 minuti (range, 35-282 minuti), rispettivamente. La perdita ematica mediana è stata di 50mL (range, 10-250mL).

Nessuna conversione laparoscopica / laparotomica è stata registrata. Ventuno pazienti sono state sottoposte a linfadenectomia pelvica (16,8%) e la mediana di linfonodi pelvici asportati è stata di 13 (range, 3-32). Il tempo mediano alla dimissione è stato di 2 giorni (range, da 1 a 3 giorni). Nessuna complicazione intra-operatoria si è verificata, mentre abbiamo osservato 10 (8%), complicanze post-operatorie.

Conclusioni: RSSH più o meno linfadenectomia pelvica è tecnicamente fattibile, sicura e riproducibile e potrebbe essere il trattamento di scelta per le pazienti affette da tumore dell'endometrio stadio FIGO I-II. Tuttavia, sono necessari studi randomizzati e controllati per confermare questi risultati.



Italian Journal of Gynæcology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Studio pilota sull'isterectomia radicale Single Site con linfadenectomia pelvica nel trattamento del tumore ginecologico

Giacomo Corrado¹, Giuseppe Cutillo¹, Emanuela Mancini¹, Ermelinda Baiocco¹, Ashanti Zampa¹, Arabella Bufalo¹, Enrico Vizza¹

¹Department of Experimental clinical Oncology, Gynecologic Oncology Unit, "Regina Elena" National Cancer Institute, Rome, Italy

ESTRATTO

Obiettivi: valutare la fattibilità e la sicurezza dell'isterectomia radicale nerve sparing robotica single site (RSSRH) più linfadenectomia pelvica nel cancro dell'endometrio o del collo dell'utero.

Materiali e metodi: Le pazienti con tumore dell'endometrio stadio FIGO II, con cancro iniziale della cervice stadio FIGO IB1 o con cancro della cervice localmente avanzato (stadio FIGO IB2-IIB) con risposta clinica completa dopo la chemioterapia neo-adiuvante sono state arruolate in uno studio prospettico di coorte. Tutti i casi sono stati eseguiti utilizzando il sistema robotico single site Da Vinci Si®.

Risultati: Tra aprile 2014 e aprile 2016 venti pazienti sono state incluse nel nostro studio pilota. Tre e 17 pazienti sono state sottoposte a RSSRH tipo B1 o C1 più linfadenectomia pelvica rispettivamente. L'età media delle pazienti è stata di 45 anni (range, 36 - 68 anni) e l'indice di massa corporea media è stata di 23 kg/m² (range, 19,1 - 36,3 kg/m²). Il tempo medio di aggancio del sistema robotico, il tempo di console, e il tempo operatorio totale è stato di 7 minuti (range, 5 - 10 minuti), 150 minuti (range, 60 - 250 minuti) e 185 minuti (range, 90 - 280 minuti), rispettivamente. La perdita ematica mediana è stata di 75ml (range 25-700ml) e la mediana dei linfonodi pelvici rimossi è stata di 16 (range 10-23). Nessuna conversione laparoscopica/laparotomica è stata registrata e il tempo mediano di degenza è stato di sei giorni (range, da 4 a 16 giorni). Nessuna complicanza intra-operatoria si è verificata mentre 4 (20%) complicanze post-operatorie sono state registrate: un ascesso pelvico, una linforrea, una perforazione intestinale e una deiscenza vaginale.

Conclusioni: RSSRH più linfadenectomia pelvica è tecnicamente fattibile in pazienti affetti da tumori ginecologici. Tuttavia, ulteriori studi devono essere eseguiti per esplorare i possibili benefici di RSSRH.



Italian Journal of
Gynæcology & Obstetrics
September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

L'utilizzo della scala P.O.S.A.S. (Patient and Observer Scar Assessment Scale) nella valutazione del risultato cosmetico della chirurgia robotica monoaccesso nel trattamento del carcinoma dell'endometrio

Giacomo Corrado¹, Gloria Calagna², Giuseppe Cutillo¹, Salvatore Insinga², Emanuela Mancini¹, Ermelinda Baiocco¹, Antonio Perino², Enrico Vizza¹

¹Department of Experimental clinical Oncology, Gynecologic Oncology Unit, "Regina Elena" National Cancer Institute, Rome, Italy

²Department of Obstetrics and Gynecology, University Hospital of Palermo "P. Giaccone", Palermo, Italy

ESTRATTO

Obiettivi: L'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare il risultato estetico della isterectomia robotica single site (RSSH) nel trattamento del cancro dell'endometrio a basso rischio.

Materiali e metodi: Abbiamo raccolto prospetticamente i dati clinici, chirurgici, anatomo patologici e cosmetici di tutte le pazienti che sono state sottoposte a RSSH per il trattamento del carcinoma endometriale a basso rischio. La scala di valutazione del paziente e del chirurgo sulla cicatrice (POSAS) è stata utilizzata per la valutazione del risultato estetico.

Risultati: Dal gennaio 2012 al ottobre 2015, 40 pazienti sono stati inclusi nel nostro studio. L'età media delle pazienti è stata di 63 anni (range 35-84 anni) e l'indice di massa corporea media di 26.5kg/m² (gamma, 18-39kg/m²). Nessuna conversione laparoscopica / laparotomica è stata registrata. Il tempo medio di aggancio del sistema robotico Da Vinci Si, il tempo di console, e il tempo operativo totale è stato di 7 minuti (range, 4-14 minuti), 48 minuti (range: 20-80 minuti) e 90 minuti (range: 45-145 minuti), rispettivamente. La perdita di sangue mediana è stata di 50 ml (range, 10-150mL). Il tempo mediano alla dimissione è stato di 2 giorni (range, da 1 a 3 giorni). Nessuna complicazione intra-operatoria è stata registrata, mentre abbiamo osservato una (2,5%) complicanza post-operatorie. Il risultato oncologico è stato direttamente paragonabile alla letteratura. Le pazienti hanno riferito un basso dolore post operatorio e un'alta soddisfazione in termini di cicatrici post-operatorie. I punteggi POSAS hanno confermato l'ottimo risultato estetico di RSSH.

Conclusioni: La robotica single site si è dimostrata un'opzione efficace per la chirurgia ginecologica. Nelle donne sottoposte a RSSH, il POSAS ha rivelato un ottimo risultato estetico sia da parte del chirurgo che della paziente.



Italian Journal of Gynæcology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

HIV, cancro della cervice uterina e HAART: valore dello screening citologico della colposcopia

Donvito VR.1, Casavola V.1, Saracino A.2, Ladisa N.2, Del Prete R.3, Angarano G.2, Cicinelli E.1, Lepera A.1

¹ Scienze biomediche ed oncologia umana, UOC ginecologia ed ostetricia, Bari, Italia

² Scienze biomediche ed oncologia umana, UOC. malattie infettive, Bari, Italia

³ Interdisciplinare di medicina, UOC. microbiologia, Bari, Italia

ESTRATTO

Introduzione: Nel 1993 i CDC definirono la patologia neoplastica della cervice uterina “ AIDS-defining disease “ valutando la sua prevalenza allo 0,5 % tra le pazienti affette. Linee guida nazionali ed internazionali hanno spiegato i tempi e i percorsi clinico diagnostici fondamentali per garantire al meglio la prevenzione e la terapia delle lesioni preneoplastiche e neoplastiche cervicali in questo gruppo di pazienti.

Obiettivi: correlare i risultati di Pap test e colposcopia con i dati infettivologici relativi allo stato immunitario, viremia ed eventuale HAART di un gruppo di 303 pazienti HIV+ valutate in 3 anni di studio.

Materiali e metodi: Il campione è costituito da 303 pazienti HIV+ valutate con Pap test, HPV test e colposcopia negli anni 2010-2013. Sono stati acquisiti i dati citologici, virologici, infettivologici di viremia, stato immunitario ed eventuale concomitante HAART.

Risultati: Delle 303 pazienti arruolate:

1- il 64,4% ha linfociti CD4 nella norma, di queste il 91,3% ha bassa viremia poichè in HAART, il 61,5% non ha contratto infezione da HPV, l' 8,2% ha Pap test positivo (Ascus e LSIL) e l' 8,7% evidenzia alterazioni colposcopiche correlate;

2 - il 32% ha linfociti CD4 lievemente ridotti , di queste l' 83,5% ha bassa viremia poichè in HAART, il 38,1% non ha contratto infezione da HPV, il 5,2% ha Pap test positivo (LSIL) e il 9,3% evidenzia alterazioni colposcopiche correlate;

3 - il 3,6 % ha linfociti CD4 fortemente ridotti, di queste il 63,7% ha alta viremia nonostante in terapia, il 91% ha contratto infezione cervicale da HPV, il 54,5% ha Paptest positivo (HSIL e ca. invasivo) e il 54,5% possiede alterazioni colposcopiche correlate.

Conclusioni: Delle 303 pazienti valutate il 91,9% ha Pap test negativo, il 5,9% presenta L-SIL, lo 0,7% HSIL, il 2% ASCUS e lo 0,3% Ca.invasivo. Sempre delle 303 pazienti il 91,3% ha un quadro colposcopico normale mentre l' 8,7% presenta alterazione colposcopica correlata alla lesione citologica. Correlando tali dati a quelli infettivologici si evince che laddove vi è una maggiore deplezione immunitaria con scarsa risposta all' HAART e alta viremia vi è una maggiore presenza della infezione da HPV, delle lesioni citologiche e delle alterazioni colposcopiche ad essa correlata. Lo screening periodico di queste pazienti garantisce la prevenzione oncologica e il contenimento delle procedure terapeutiche.



Italian Journal of Gynæcology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Il ricorso alla contraccezione prima e dopo la gravidanza

Modonutti G.B.¹

¹ Gruppo di ricerca sull'educazione alla salute, Gres, Trieste, Italia

ESTRATTO

Lo studio si propone far luce sulle modalità di approccio, d'uso ed il possibile futuro ricorso ai contraccettivi di un gruppo di gestanti (Ge) - 603, di età 18-46aa, in media 31,8aa, età gestazionale 32,6 settimane-, presentatesi (2007/2013) al SOC di Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale Civile di Tolmezzo (UD).

Ha già utilizzato dei contraccettivi 87,0% delle Ge, lo hanno usato per la prima volta fra i 12 ed i 18 anni, in media a 19,2aa (C.I. 95%:18,9-19,6), il 26,7% prima dei 18 anni.

Il primo contraccettivo utilizzato dalle 52,5% delle Ge è stato il "condom" (Co), il 21,1% si sono affidate al "contraccettivo orale" (Pi) (Co vs Pi:p<0,0005), il 12,0% al "Coitus interruptus" (Ci) (Co vs Ci:p<0,0005;Pi vs Ci:p<0,0005), lo 0,7% si è rivolta al "metodo ritmico (Mr)", lo 0,5% allo IUD e lo 0,2 alle "Creme e schiume (Cs)".

Il primo utilizzo del Co da parte delle Ge è avvenuto a 14-36aa, in media a18,8aa (CI 95%:18,4-19,2aa), quello del Ci a 13-30aa, mediamente a 19,2aa (CI 95%:18,4-20,0aa), più tardivo (Co vs Pi: p<0,0002; Ci vs Pi: p<0,06) -fra i 12-35aa, in media 20,3aa (CI 95%:19,6-21,0,0aa)- è stato il primo ricorso al Pi Il 18,4% delle Ge che hanno usato per la prima volta il Co, il 4,7% di quelle che si sono avvalse del Pi (CO VS Pi. P<0,0005) ed il 3,5% di quelle che si sono affidate al Ci (Co vs Ci:p<0,0005) erano minorenni.

Prevede di far uso dei contraccettivi nei dodici mesi successivi alla gravidanza il 69,9% delle Ge, il 59,1% pensa di utilizzare un solo contraccettivo, il 9,1% due, l'1,3% tre e lo 0,3 quattro.

In questo periodo intendono far ricorso al Co il 32,2% delle Ge, il 26,1% alla Pi (Co vs Pi:p<0,025%), l'11,0% si affideranno al Ci (Co vs Ci:p<0,0005%), il 4,3% allo IUD(Co vs IUD:p<0,0005%) , un altro 1,7% al Mr (Co vs Mr: p<0,0005%) e l'1,3% al diaframma (Co vs Di: p<0,0005%).

Sono dell'idea che il contraccettivo più congeniale al rapporto di coppia sia la Pi il 28,7% delle Ge, il 7,1% lo identifica con il Co (Pi vs Co:p<0,0005), il 2,5%con il Ci (Pi vs Ci:p<0,0005) e l'1,8% nello IUD Ci (Pi vs IUD:p<0,0005).

Quanto emerge dalla ricerca, a proposito dell'approccio alla contraccezione, dei metodi utilizzati ed all'ipotesi del loro utilizzo futuro, rappresenta un patrimonio culturale importante da spendere nella programmazione di interventi mirati di informazione, formazione e promozione della genitorialità responsabile e della riduzione del rischio delle MST.



Italian Journal of Gynæcology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Il tumore della cervice uterina In Uganda: un modello di campagna di screening

Mazzara Calogero¹, Occhi Francesca², Strudel Martina³, Vaccaro Vanja⁴, Vari Sabrina⁴, Aloifrancesco⁵⁻⁶, Antonella Savarese⁴, Giacomo Corrado⁷

¹ Università Campus Bio-Medico di Roma

² Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Valtellina e Alto Lario

³ Sapienza Università di Roma – Polo Pontino, Latina

⁴ Divisione di Oncologia Medica A, Istituto Nazionale Tumori Regina Elena, Roma

⁵ Istituto di patologia speciale medica e semeiotica medica, Università Cattolica del Sacro Cuore

⁶ AISPO Associazione Italiana per la solidarietà tra i popoli e St. Francis Nsambya Hospital

⁷ Divisione di Ginecologia Oncologica, Istituto Nazionale Tumori Regina Elena, Roma

ESTRATTO

Introduzione: Afron Oncologia per l’Africa è un’organizzazione italiana senza scopo di lucro che lavora per la prevenzione e trattamento del cancro femminile nella zona sub-sahariana, soprattutto in Uganda. Molti specialisti di aree oncologiche, radiologiche e chirurgiche cooperano per raggiungere il miglioramento dell’efficacia dello screening dei tumori femminili nei paesi in via di sviluppo. L’Uganda, con una popolazione totale di 37.579.000 persone, è caratterizzata da una bassa aspettativa di vita (57 anni) e una probabilità di morire tra i 15 e i 61 anni del 38%. Il cancro cervicale è il cancro più comune che colpisce le donne ugandesi. L’Organizzazione Mondiale della Sanità riporta che ogni anno 3577 donne hanno una diagnosi di cancro cervicale e 2464 muoiono dalla malattia. La mortalità media a 5 anni è del 81%, a causa del fatto che non esiste un programma di assistenza adeguata per lo screening e il trattamento della malattia nelle sue fasi iniziali e le poche donne nelle zone rurali non possono permettersi il costo del trattamento e trasporto ai principali ospedali.

Metodi: Tra gennaio 2011 e ottobre 2015 cinque campagne di screening sono state svolte, a Kampala (Nsambya Hospital) e Kitgum (San Giuseppe Hospital). Radio talk-show, social network e opuscoli informativi sono stati usati per diffondere informazioni sulle campagne di screening. Le campagne sono state eseguite da un team multidisciplinare di ginecologi, patologi, oncologi medici, radiologi e infermieri. Tali campagne di screening dei tumori cervicali vertevano sulla visita ginecologica e sul VIA TEST (Visita con Ac. Acetico). I casi di tumore venivano riferiti agli ospedali locali per le cure del caso.

Risultati: Su un totale di 6.757 donne coinvolte, 6.655 sono state sottoposte a screening per il tumore della cervice (età media 34.3, range 8-90), con una mediana di visite eseguite di 129 al giorno. Nel complesso, abbiamo trovato 361 VIA test anormali (5,4%), che sono stati ulteriormente indirizzati al PAP test (4,0%) o biopsie (1,4%). Tra le donne con anomalie cervicali, 50 di loro hanno presentato un L-SIL (0,5%) o H-SIL (0,3%). In 26 pazienti è stato diagnosticato un carcinoma invasivo della cervice (0,39%) e sono state indirizzate agli ospedali di riferimento per essere sottoposte a trattamenti chirurgici o chemioterapici o radianti. Il costo medio di ogni campagna di screening è stato di circa 14.000 €.

Conclusioni: La popolazione in screening ha capito l’importanza di eseguire una visita ginecologica almeno una volta nella vita (riduzione del rischio 25-36%). L’incidenza del cancro cervicale invasivo è risultato di 4 volte superiore a quello stimato dal Kampala Cancer Registry, in modo da indicare che l’incidenza del cervicocarcinoma in Uganda è sottovalutata. Il limite principale di questo programma è la precisione insufficiente del VIA test; questo può essere attribuito alla sua bassa sensibilità e, in particolare, alla sua bassa specificità e operatore-dipendenza. Questo spiegherebbe il basso livello delle lesioni intra-epiteliali rilevate in questa popolazione campione. Nuovi approcci di screening cervicale, come il test HPV-DNA a basso costo sono ora disponibili per i paesi in via di sviluppo, e la loro applicazione deve essere fortemente incoraggiata. Anche se con i limiti sopraindicati, consideriamo positivo il programma di screening eseguito, sia per la formazione che ha coinvolto personale paramedico sia per la sensibilizzazione della popolazione femminile su questa malattia e il modo di proteggere se stessi; questo vale non solo per le donne che hanno partecipato, ma anche per i loro vicini, parenti e amici. Dopo queste campagne, un centro di screening del cervicocarcinoma è stato definitivamente stabilito in entrambi gli ospedali.



Italian Journal of Gynaecology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Infezione da HPV sulla cervice uterina in donne HIV+: correlazione con lo stato immunitario e la viremia

Berardi G.¹, Casavola V.¹, Ladisa N.², Saracino A.², Del Prete R.³, Angarano G.², Lepera A.¹, Cicinelli E.¹

¹ Scienze biomediche ed oncologia umana, Ii UOC. ginecologia ed ostetricia, Bari, Italia

² Scienze biomediche ed oncologia umana, UOC. malattie infettive, Bari, Italia

³ Interdisciplinare di medicina, UOC. microbiologia, Bari, Italia

ESTRATTO

Introduzione: Nelle donne HIV+ l' infezione da HPV è presente da 3 a 10 volte in più rispetto alla popolazione generale ed è dimostrata un' elevata prevalenza di infezione da hrHPV 16,58,35,51 e 52, sia singolarmente che in forma multipla dando luogo ad infezioni spesso persistenti. In esse vi è maggiore incidenza di SIL cervicali, più estese, multifocali, recidivanti, con comparsa in un intervallo di tempo più breve se coesiste grave deficit immunitario e alta carica virale.

Obiettivo: Valutare la frequenza e la tipologia del virus HPV in donne HIV+ in relazione allo stato immunitario e alla carica virale.

Materiali e metodi: Campione: 118 donne HIV+ con un numero di controlli ginecologici eseguiti > o = di 3 svolti in un periodo di 5 anni. Abbiamo incrociato gli esiti degli HPV-tests con la conta dei linfociti CD4+ (v.n. 400-2240 cell/mm³) e le copie di HIV-RNA (v.n. <25 cp/ml) a livello plasmatico.

Risultati: Due gruppi individuati: gruppo 1 - 44 pazienti con HPV-tests effettuati sempre negativi; gruppo 2 - 74 pazienti con almeno un HPV-test positivo eseguito. Nel gruppo 1 abbiamo ottenuto 149 controlli con HPV-tests negativi di cui 100 in ottimo stato immunitario e virologico e 49 con deficit immunitario e alta viremia. Nel gruppo 2 invece:

- Presenza di HPV ad alto rischio oncogeno: HPV 16 (22%), 58 (15%), 31 (12%), 53 (11%) in ottimo stato immunitario e bassa viremia versus HPV16 (20%), 58 (20%), 53 (13%) con immunodepressione e alta viremia;
- Presenza di HPV a basso rischio oncogeno: HPV 6 (20%), 42 (19%), 54 (19%) in ottimo stato immunitario e bassa viremia versus HPV 6 (26%), 54 (26%) con immunodepressione e alta viremia;
- Presenza di HPV ad alto e basso rischio oncogeno: nelle donne immunocompetenti sono presenti gli HPV 16, 58, 45, 31, 6, 54, 42; nelle donne con deficit immunitario e alta viremia invece sono presenti gli HPV 16, 45, 31, 6 e 54.

Conclusioni: Circa il 70% delle pazienti HIV+ con HPV-tests sempre negativi sono immunocompetenti e con virus non in replicazione attiva; l' HPV 16 è risultato tra i ceppi ad alto rischio oncogeno più presente sia in donne immunocompetenti che nelle immunodepresse; il virus emergente HPV 58 è presente in modo cospicuo in entrambi gli stati immunologici e viremici; HPV 18 è poco presente; in larga diffusione è presente l'HPV 6, così come anche l'HPV 42 e 54; infine poco frequente è invece HPV 11.



Italian Journal of Gynæcology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

La prevenzione delle infezioni post-chirurgiche nel trattamento delle lesioni squamose cervicali di alto grado (HSIL)

Bogliatto F.¹, Garrone E.¹, Sozzani P.¹, Mainini R.¹, Leidi L.¹

¹ Rete di Patologia del Tratto Anourogenitale Femminile - ASLTO4 Chivasso - Torino

ESTRATTO

Premessa: L'aumentata diagnosi precoce delle lesioni cervicali squamose intraepiteliali di alto grado (HSIL) in donne giovani in età riproduttiva richiede un trattamento chirurgicamente conservativo e oncologicamente radicale. L'escissione mediante ansa della zona di trasformazione (LLETZ) è il gold standard nella terapia chirurgica delle HSIL. Scarsi sono i dati in letteratura circa le infezioni post chirurgiche (0.5-8%). Scopo del presente lavoro è valutare l'efficacia di un trattamento post LLETZ con clorexidina 0.2% ovuli vaginali in donne sottoposte a LLETZ in regime ambulatoriale protetto.

Materiali e metodi: Dal gennaio 2015 al Maggio 2016 presso la Rete di Patologia del Tratto Anourogenitale Femminile dell'ASLTO4 - Chivasso (Torino), 204 donne sono state sottoposte a LLETZ in regime ambulatoriale protetto per HSIL con HR-HPV.

L'età media delle pazienti è di 40 anni (24-62, mediana 42). La disinfezione prechirurgica è stata effettuata con clorexidina 2% in soluzione acquosa. Non è stata effettuata profilassi antibiotica. L'infezione post operatoria è stata valutata sulla base di leucorrea vaginale, cervicite, infiammazione pelvica.

Dal 5° giorno post operatorio è stata prescritta somministrazione vaginale di clorexidina 0.2% in ovuli per 10 giorni. Tutte le pazienti sono state rivalutate a 30 giorni con citologia e colposcopia.

Risultati: Delle 204 pazienti, solamente 3 (1.4%) hanno presentato infezione post chirurgica con leucorrea vaginale, prurito, pH >4.5, carica batterica e clue cells al controllo citologico. In tali casi è stata somministrata una terapia con metronidazolo e clotrimazolo topico per 5 giorni, con guarigione clinico-citologica.

Nessuna paziente ha riferito dolore post chirurgico (VAS 0 alla dimissione).

Discussione: In letteratura la prevalenza di infezioni post LLETZ raggiunge l'8%. Il 65% delle donne affette da HSIL presentano carica batterica vaginale aumentata.

Dalla nostra esperienza, il basso tasso di infezione (3 paz - 1.4%) dimostra come il regime ambulatoriale protetto e l'utilizzo di ovuli vaginali di clorexidina 0.2% riducano il rischio infettivo post LLETZ migliorando l'outcome post operatorio. Nessuna paziente ha presentato stenosi del canale cervicale; la giunzione squamo-colonnare visibile alla colposcopia indica come la prevenzione delle infezioni migliori la riparazione tessutale rendendola ottimale. Nessuna paziente ha presentato effetti avversi al trattamento con clorexidina post LLETZ, con un'ottima compliance clinico-terapeutica.

Bibliografia

- Sutthichon P, Kietpeerakool C. Perioperative complications of an outpatient loop electrosurgical excision procedure: a review of 857 consecutive cases. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2009;10:351-4.
- Park JY, Lee SM, Yoo CW, Kang S, Park SY, Seo SS. Risk factors predicting residual disease in subsequent hysterectomy following conization for cervical intraepithelial neoplasia (CIN) III and microinvasive cervical cancer. *Gynecol Oncol.* 2007;107:39-44.
- Verguts J, Bronselaer B, Donders G, Arbyn M, Van Eldere J, Drijckoning M, Poppe W. Prediction of recurrence after treatment for high-grade cervical intraepithelial neoplasia: the role of human papillomavirus testing and age at conisation. *BJOG.* 2006;113:1303
- Bogliatto F. Ambulatory Surgery Center Experience: Perioperative Complications After Cervical High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion Excision. *J Low Genit Tract Dis.* 2016 Mar 30. [Epub ahead of print]



Italian Journal of Gynæcology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Menorrhagia in I.U.C.D. users (hysteroscopic and histopathological study)

Dr Azza M.R (M:B:B:Ch)¹, Dr, Ibrahim G.¹, Dr Gamal. I¹, Prof Dr Mohamed E.²

¹ Assist Prof of Obstet, Gynecol. Faculty of medicine Zagazig University

² Professor and Head of Pathology Department Faculty of medicine Zagazig University

ABSTRACT

Background: Increase in menstrual blood loss in women using I.U.C.D as a method contraceptive method is an important problem that to discontinuation of this method. Many studies were done to know the possible cause of menorrhagia with I.U.C.D study of endometrial pathology, measurement of the uterine cavity with selection of the suitable size of I.U.C.D. Other studies of blood coagulation profile (Hb level Bleeding time, Clotting time and other factors in which any disturbance in its level in the blood may cause menorrhagia).

By advance of hysteroscope as a recent technology, evaluation of the endometrial cavity, diagnosis of endometrial lesions such as endometrial polyp, submucous fibroid and any uterine congenital anomalies and with inserting suitable I.U.C.D in proper site , the problem of menorrhagia may resolved.

Material and methods: This study was performed on 60 women divide into three groups, Group (1) included 40 women complaining of menorrhagia with I.U.C.D. Group(2) included 10 women with normal pattern of menstruation with I.U.C.D. Hysteroscopic examination for all patients of these groups was done to evaluated the site of I.U.C.D. and to explore the endometrial cavity Group (3) contain 10 women for whom for whom we had done panoramic hysteroscope before and after I.U.C.D. insertion to evaluate the proper site of I.U.C.D. and to exclude any endometrial lesion that may cause menorrhagia and follow- up after 3 month for 6 cycles monthly.

Results:- In group (1) 20 cases presented by misplaced I.U.C.D. (50%) , 12 cases with endometrial changes (30%), 11 cases with intracavity lesion (27.5 %) and 3 cases with undetected cause (7.5) , also 6 cases have double lesion findings, these cases were the most significant as regard the increase in the duration of menstruation in comparison to the control group. In group (2) , 2 cases with abnormality were reported , one of them had low down place I.U.C.D and anther with uterine synechia. In group (3) , only 2 cases complaining of menorrhagia for whom hysteroscopic examination and biopsy were done, it was found that one case had low down I.U.C.D. and anther case showed simple hyperplasia. Hysteroscopic finding was confirmed by the histopathological diagnosis with accuracy reported in 83.3% of cases

Conclusions: From this study it can be concluded that. Menorrhagia in the I.U.C.D. users as contraceptive method most of cases may be due to; 1, the presence of I.U.C.D. in wrong place is the most common causes. 2, the presence of associated intracavity lesion as endometrial polyps, submucous fibroid and uterine congenital anomalies. 3, presence of endometrial changes like proleferative endometrial changes, 4, presence of one or more from the previous causes.

Recommendation: It is preferable for any women to do panoramic hysteroscopy before I.U.C.D. insertion to exclude the presence of endometrial lesions, to detect endometrial changes and to insert the I.U.C.D. in the proper site in the uterus.

Keywords: *menorrhagia/I.U.C.D./Hysteroscope/Indometrial lesion , endometrial hisopathology*



Italian Journal of Gynæcology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Optimizing anaesthesia management in pelvic surgery: a study proposal

Enrico Vizza¹, Anna Miceli Caprino², Giorgio L. Colombo³, Antonio Corcione⁴,
Edoardo De Robertis⁴, Yigal Leykin⁵, Luigia Scudeller⁶, Paolo Scollo²

¹ Segretario SIGO – Società Italiana Ginecologia e Ostetricia, Roma

² Azienda Ospedaliera Cannizzaro, Catania

³ Dipartimento di Scienze del Farmaco, Università degli Studi di Pavia

⁴ Università degli Studi di Napoli Federico II

⁵ Università degli Studi di Trieste e Udine, Ospedale Santa Maria degli Angeli, Pordenone

⁶ Direzione Scientifica, Policlinico San Matteo, Pavia

ESTRATTO

Introduzione: Studi hanno evidenziato che l'uso del blocco profondo rispetto al moderato è associato a migliorate condizioni chirurgiche durante gli interventi laparoscopici e che una curarizzazione a pressioni inferiori diminuisce il dolore intrascapolare dopo interventi di isterectomia. Una conduzione ottimale dell'anestesia può avere effetti positivi sulla gestione dell'intervento chirurgico. Un gruppo di lavoro congiunto (anestesisti e ginecologi) ha disegnato uno studio clinico per valutare la migliore strategia anestesiológica.

Obiettivi: Valutare, se in un gruppo di pazienti da sottoporre a intervento di isterectomia e patologia benigna annessiale per via laparoscopica con blocco neuromuscolare profondo [rocuronio 1.2 mg/kg (induzione) + 0.3-0.6 mg/kg/h (TOF 0; PTC 1-2)], il risultato sia migliore del blocco neuromuscolare moderato [rocuronio 0.6 mg/kg (induzione) + 0.15-0.25 mg/kg/h (TOF 1-3)] in termini clinici, organizzativi/gestionali ed economici.

Disegno dello studio, setting e durata: Studio randomizzato 1:1 e controllato a due bracci paralleli, in cieco, di superiorità, multicentrico, in 15 centri italiani che effettuino almeno 1000 procedure laparoscopiche/anno.

Criteri di elegibilità: Pazienti da sottoporre a intervento di isterectomia e patologia benigna annessiale per via laparoscopica, a pressione d'insufflazione tra 8-10 mm/Hg, età <60 anni, ASA I-II, consenso informato.

Endpoints primario: AUC del dolore misurato con scala NRS (da 0 a 10) a 30'-1h-2h-3h e successivamente ogni 3 ore dal risveglio della paziente nelle prime 24 ore. Secondari: necessità di dose rescue di antidolorifici, dose totale di oppiacei nei due giorni successivi all'intervento, qualità della vita, QALY, costi diretti e indiretti, tempo al ritorno alle attività quotidiane, soddisfazione del chirurgo rispetto alla qualità del campo operatorio.

Risultati: Clinici: migliori condizioni chirurgiche e minor consumo di analgesici (intra e postoperatori) nel gruppo del blocco profondo. Economici: riduzione del costo medio di gestione del blocco neuromuscolare compreso tra il 30-40%. Inoltre, sostanziale invarianza dei ricoveri in terapia intensiva (ICU) non pianificati. Questo potrebbe determinare un beneficio economico in termini di ricoveri evitati in ICU correlati a curarizzazione residua postoperatoria e favorire un rapido turnover di pazienti nelle sale operatorie, con un rapporto benefici su costi favorevole al blocco neuromuscolare profondo.



Italian Journal of Gynaecology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Studio multicentrico sui rischi per la salute degli adolescenti: la contraccezione

Modonutti Giovanni Battista¹

¹ Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute (GRES), Trieste

ESTRATTO

Di fronte alla recrudescenza del rischio di gravidanza (RdG) e di malattie sessualmente trasmesse (MST) ci siamo riproposti -utilizzando una scheda questionario anonima, autosomministrata- di studiare le modalità di approccio e d'uso dei contraccettivi da parte degli studenti della Scuola Secondaria di 2° grado (SS2).

La ricerca ha coinvolto 1018 SS2 di Catania (2006/07 - M:51,5%; F:48,5%; 13-21aa), 1002 di Grosseto (2003/04 - M:44,6%; F:55,4%; 13-20aa) e 660 di Trieste (2003/05-M:40,6%;F:59,4%; 13-19aa).

Il ricorso alla contraccezione ha già coinvolto il 26,5% dei giovani di CT (M:26,3%;F:26,7%), il 35,0% dei coetanei di GR (M:34,9%;F:35,1%) ed il 36,2% di quelli di TS (M:35,8%;F:36,5%).

Il primo utilizzo dei contraccettivi è avvenuto mediamente a 15,2aa a CT (M:15,0aa;F:15,5aa; p<0,03), a 15,0aa a GR(M:14,8aa;F:15,1aa; p<0,02) ed a 15,3aa a TS (M:15,0aa;F:15,5aa; p<0,07).

Il condom si è rivelato il "metodo" più utilizzato nel primo approccio alla contraccezione per il 79,9% dei giovani di CT (M:86,7%;F:73,6%; p<0,025), per l'88,1% di quelli di GR (M:89,3%;F:87,1%) e per l'84,6% di quelli di TS (M:87,1%;F: 83,1%).

Hanno usato la "pillola" come primo metodo contraccettivo il 21,1% degli SS2 di CT (M:12,2%;F:29,2%; p<0,05), decisamente meno numerosi (CT vs GR: p<0,0005; CT vs TS:p<0,0005) e pari al 3,9% (M:2,7%;F:4,8%) ed al 5,3% (M:4,7%;F:5,6%) sono rispettivamente i coetanei che a GR ed a TS hanno condiviso questa scelta.

Ancora, si sono affidati al Coitus interruptus l'8,8% degli adolescenti di CT (M:5,1%;F:12,3%;p<0,0005), il 5,7% di quelli di GR (M:4,0%;F:7,0%) ed l'8,8% a TS (M:5,7%;F:7,1%).

Al momento, il 16,6% degli SS2 di CT (M:15,3%;F:16,1%) usa dei contraccettivi, lo fanno CTvsGR;p<0,0005;CTvsTS:p<0,0005 p<0,0005) il 23,7% dei colleghi a GR (M:23,0%;F:24,3%) ed il25,3% a TS (M:21,3%;F:28,1%).

La maggioranza degli SS2 utilizza il condom (CT:68,4%;GR:77,0%;TS69,6%), buona parte si avvale della "pillola" (CT:15,2%;GR:19,3%;TS:30,4%), molto meno numerosi del Coitus interruptus (CT:4,7%;GR:9,0%;TS:7,7%).

Nell'anno successivo alla ricerca intendono utilizzare un qualche metodo contraccettivo il 22,3% degli SS2 di CT, il 48,4% di quelli di GR ed il 54,7% di quelli di TS.

La precocità dell'iniziazione, il ricorso attuale e futuro alla contraccezione ed i metodi contraccettivi utilizzati rendono quanto mai importante informare, formare e sensibilizzare i giovani nei confronti dei RdIG e delle MST.



Italian Journal of Gynæcology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Sul ricorso alla contraccezione degli adolescenti

Modonutti G.B.¹, Leon L.¹, Costantinides F.²

¹ Gruppo di Ricerca sull'Educazione alla Salute (GRES) - Trieste

² Medicina Legale, Università di Trieste

ESTRATTO

Lo studio si propone di documentare l'approccio, l'attuale ed il futuro ricorso alla contraccezione degli adolescenti al fine acquisire elementi utili alla prevenzione dei rischi correlati alla vita sessuale.

La ricerca (2011-2013) ha coinvolto 1090 studenti (M: 52,8%; F: 47,2%) della Scuola Secondaria di 2° grado di Trieste (SS2) fra i 13 e 23aa ed età media di 16,1 aa.

Ha già sperimentato la contraccezione (Sp) il 36,1% degli SS2 (M:36,1%;F:37,5%), in media a 15,4aa (M:15,1aa;F:15,7aa;p<0,0001), per il 64,1% degli Sp prima dei 16 anni (M:51,8%;F:76,7%;p<0,0005).

Al momento di decidere cosa utilizzare per evitare una gravidanza il 77,0% degli Sp ha scelto il profilattico (M:75,3%;F:78,8%), il 10,2% (Pr vs Pi=>M:p<0,00005;F:p<0,0005;MF:p<0,0005) la pillola (M:8,1%;F:10,9%) ed il 4,3% (Pr vs Co=>M:p<0,00005;F:p<0,0005;MF:p<0,0005) ha optato per il coitus interruptus (M:3,5%;F:5,2%).

Attualmente, il 25,0% degli SS2 (M: 23,5%; F: 26,8) ricorre alla contraccezione, il 63,8% di questi ultimi utilizza il profilattico (M:73,3%;F:52,9%;p<0,0005), il 33,4% (Pr Vs Pi:p<0,0005) la pillola (M:17,8%;F:48,6%;p<0,0005), mentre il 4,8% (Pr Vs Co:p<0,0005;Pil. Vs Coin:p<0,0005) sceglie il coitus interruptus (M: 2,2%;F:7,2%;p<0,06).

Pensano di usare i contraccettivi nel prossimo anno il 40,8% degli SS2 (M:35,7%;F:46,6%;p<0,0005), il 65,8% di questi intende avvalersi del profilattico (M:76,6%;F:55,8%;p<0,0005), meno numerosi (Pr vs Pi=>M:p<0,0005;F:p<0,0005;MF:p<0,0005) il 37,8% (Pr vs Pi=>M:p<0,0005;F:p<0,0005;MF:p<0,0005) sono quelli che ricorrono alla pillola (M:19,5%;F:53,3%;p<0,0005) e il 3,6% (Pr vs Co=>M:p<0,0005;F:p<0,0005;MF:p<0,0005; Pi vs Co=>M:p<0,0005;F:p<0,0005;MF:p<0,0005) sono i futuri utenti del coitus interruptus (M:3,9%;F:3,3%).

Riconoscono nella pillola il metodo contraccettivo "più congeniale al rapporto di coppia" il 42,7% degli adolescenti che hanno già fatto uso dei contraccettivi (M:27,0%;F:59,1%; p<0,0005), un altro 41,2% (M:42,5%; F:39,9%;p<0,06) è convinto che questa qualità sia appannaggio del profilattico, mentre 1,8% (M:3,0%;F:0,5%) la attribuisce al coitus interruptus (Pi vs Co:p<0,0005; Pr vs Co: p<0,0005).

Il precoce ricorso alla contraccezione, i contraccettivi utilizzati, le opinioni sul loro futuro utilizzo e l'elevata percentuale di SS2 che non ha ancora una vita sessuale agita ci inducono a ritenere prioritario investire risorse intellettuali ed economiche nella prevenzione delle gravidanze indesiderate e delle malattie sessualmente trasmesse.



Tecnica di riposizionamento di IUD a seguito della sua espulsione: descrizione di un caso

Schonauer L.M.¹, Loverro M.¹, Blevé C.¹, Di Naro E.¹, Mastrolia S.A.¹

¹Ostetricia e ginecologia, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Bari, Italia

ESTRATTO

Un dispositivo intrauterino (IUD) è il metodo più diffuso di contraccezione con circa 160 milioni di utenti in tutto il mondo. Tra i motivi principali del fallimento di tale metodo di contraccezione vi è la sua espulsione, con tassi comunemente descritti tra il 2 % e il 10 % e varianti a seconda del tipo di dispositivo. Tuttavia non esiste letteratura disponibile in merito al riposizionamento di IUD a seguito della sua espulsione. A tal proposito, descriviamo un caso di riposizionamento immediato di IUD a seguito della sua espulsione in una paziente sottoposta ad isteroscopia diagnostica.

La paziente è giunta alla nostra attenzione con una diagnosi di menometrorragia meritevole di ulteriore approfondimento diagnostico, portatrice di IUD medicato al levonorgestrel posizionato cinque mesi prima. La storia ostetrica della paziente presentava quattro parti espletati mediante taglio cesareo. All' esame ecografico si osservava la presenza dello IUD migrato nell'istmocele conseguente ai tagli cesarei.

Durante esame isteroscopico eseguito nel workup per lo studio della menometrorragia e finalizzato anche all'ottenimento di una biopsia endometriale (esito negativo per patologia neoplastica), si rimuoveva il dispositivo e, in accordo con la paziente, si decideva di riposizionarlo immediatamente con la seguente tecnica: 1) disinfezione dello IUD; 2) legatura dei bracci aperti con un filo di seta 0; 3) una volta annodato un capo veniva lasciato lungo circa 30 cm, l'altro invece veniva tagliato in prossimità del nodo; 4) afferrato il capo lungo a circa 1 cm dal nodo con micropinza isteroscopica, previa esposizione della portio con uno speculum, si introduceva detta pinza in cavità in modo da trasportare lo IUD; 5) rimossa quindi la pinza si procedeva a isteroscopia operativa; e 6) raggiunto lo IUD in cavità con microforbici si sezionava il filo di seta che veniva quindi rimosso trazionando il capo lungo determinando l'apertura dei bracci. Al controllo ecografico transvaginale eseguito due giorni dopo si rinveniva lo IUD in situ. Dopo cinque mesi dalla precedente ospedalizzazione, persistendo sanguinamenti uterini anomali nonostante la assunzione di minipillola progestinica, la paziente ha deciso di sottoporsi ad intervento laparotomico di isterectomia e si trova attualmente in uno stato di buona salute.

In conclusione, il riposizionamento di IUD mediante la tecnica ivi descritta è possibile, a condizione che se ne monitori il permanere nella sede adeguata.



Italian Journal of Gynæcology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

The Er:Yag role in Vulvar Lichen Sclerosus: report two cases

F. Frascani¹, F. Anglana¹

¹ Commissione AOGOI per la dermatologia applicata all'ostetricia e alla ginecologia, Bios Roma, Italia

ESTRATTO

Aim: In this case report we evaluated the ablative effects of Vaginal Erbium Laser (VEL) in the treatment of Vulvar Lichen Sclerosus (VLS) in a 33-year old women and in a 55-year old women.

Methods: LS was assessed in this women before and after VEL (one treatment every 15 days and a check at 1 month and at 3 month); LS was also evaluated with subjective (visual analog scale, VAS) and objective (Vulvar Health Index Score, VHIS) measures.

Results: VEL treatment induced a significant decrease of VAS of both vaginal dryness and dyspareunia, with a significant increase of VHIS. The effects were rapid and long lasting, up to the 24th week of the observation period. VEL was well tolerated without adverse events.

Conclusions: This case report demonstrates that VEL induces a significant improvement of VLS, including reduction of itching, vaginal dryness, dyspareunia and a clear renewal of the skin tropism. Vulvar skin appears less atrophic and pinkish. A juicing up with partial recovery of the labia majora volumes was also observed. Further studies are needed to explore the role of laser treatments in the management of VLS.



Italian Journal of Gynaecology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Trapianto di tessuto adiposo autologo a livello vulvare nel Lichen sclero-atrofia-vulvare severo: caso clinico

Davide De Vita¹, Carmen Sciorio², Serena Spartano³

¹ UOC Ostetricia-Ginecologia PO S. Santa Maria della Speranza, Battipaglia, SA

² UOC Ostetricia-Ginecologia Ospedale S. Maria delle Grazie, Pozzuoli, NA

³ Dipartimento di Ematologia Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

ESTRATTO

Introduzione: Il lichen sclero atrofico vulvare è una patologia abbastanza diffusa, degenerativa che condiziona in maniera significativa la qualità di vita delle pazienti, la sintomatologia è caratterizzata da dispareunia, atrofia vulvare e si associa spesso a dolore pelvico cronico, vulvodinia e vestibolodinia. Dal punto di vista patogenetico, essendo una patologia che interessa prevalentemente lo strato cutaneo è classificata anche come patologia dermatologica di dermatite atopica, con un progressivo assottigliamento dello spessore cutaneo, perdita di elasticità e comparsa di abrasioni e lesioni superficiali. La patogenesi è sconosciuta, ma rientra nelle patologie di eziologia immunitaria; sembra essere più comune nelle pazienti con infezioni virali, patologie reumatiche ed endometriosi. I trattamenti tradizionali sono la terapia medica con applicazione locale di creme e/o unguenti a base di cortisone a x 15-2 gg ciclicamente, testosterone propionato al 2%, vitamina E ed estrogeni locali. Spesso la terapia medica non è sufficiente e si verificano riacutizzazioni della patologia.

Caso Clinico: Paziente di anni 66, affetta dal lichen sclero atrofia vulvare da diversi anni con impossibilità ai rapporti sessuali per dispareunia, disuria conseguente al contatto delle urine con la cute abrasa, dolore, associata a malattia reumatica, già trattata da circa 18 mesi con terapia locali a base di cortisone mediante gli schemi tradizionali a giorni alterni per 3 mesi con intervalli di 2 mesi e seguiti da testosterone propionato al 2% e Vitamina E, e terapia ormonale locale e terapia sistemica con vitamina A. Visto il perdurare della sintomatologia e resistenza alle terapie farmacologiche ed il peggioramento del quadro locale con abrasioni della forchetta e delle piccole labbra, con una iniziale retrazione fibrosa della vulva e della cute perianale con la classica lesione ad otto (vedi foto 1), la paziente veniva sottoposta a biopsia vulvare che risultava negativa per neoplasie.

La paziente accettava la proposta di sottoporsi ad una terapia innovativa proposta di trapianto di cellule staminali mesenchimali (prelevate dal tessuto adiposo autologo) impiantate in sede vulvare con l'obiettivo di promuovere la proliferazione e la differenziazione cellulare, nonché di stimolare la neovascolarizzazione della sede danneggiata da un processo cronico degenerativo. La paziente nel Maggio 2016 veniva sottoposta in anestesia loco-regionale, a prelievo di tessuto adiposo autologo grasso in sede addominale, e mediante processazione non enzimatica (Lipogems) del materiale cellulare prelevato, si procedeva ad iniezione delle cellule staminali mesenchimali in sede vulvare prevalentemente nelle zone più danneggiate come la forchetta, le piccole labbra e la zona periclitoreide nella stessa seduta. La paziente è stata dimessa entro le 24 ore senza nessuna complicanza postoperatoria anche a distanza. Il rapido miglioramento è comparso già dopo 15 giorni dalla trattamento, soggettivamente la paziente ha riferito assenza di disuria per assenza delle abrasioni, assenza del dolore vulvare al semplice tatto e oggettivamente dal reperto locale con assenza di lesioni sulla forchetta, assenza di retrazione fibrosa perivulvare e perianale, colorito roseo della cute e sofficià dei tessuti vulvovaginali.

Discussione: L'esclusività di questo caso clinico sta nel fatto che è il primo caso pubblicato di utilizzo di trapianto di tessuto adiposo autologo, processato con metodo non enzimatico a livello vulvare nel Lichen sclero-atrofia-vulvare severo. Il razionale che ci ha spinto ad sperimentare tale procedura nel lichen sclero atrofico vulvare sta nell'utilizzare le caratteristiche proliferative, differenziative, immunosoppressive ed immunomodulatorie delle cellule staminali particolarmente necessarie ai tessuti colpiti da questa patologia altamente debilitante. Le cellule mesenchimali sono cellule staminali multipotenti non emopoietiche, che hanno la capacità di differenziarsi, rigenerare e riparare i vari

tessuti come: cartilagini e ossa, tessuto cardiaco e muscoli scheletrici, tendini ed altri tessuti (es. quello adiposo). Le cellule mesenchimali sono state identificate in molti tessuti, come il midollo osseo, il tessuto adiposo, il tessuto del cordone ombelicale, la polpa dentaria e l'epitelio polmonare. In particolare, il tessuto cordonale, la polpa dentaria ed il tessuto adiposo rappresentano una fonte ricca di cellule staminali mesenchimali. Sono le cellule staminali adulte piu' studiate in quanto presentano caratteristiche proprie in aggiunta a quelle di staminali derivanti da altri tessuti e organi, facilmente isolabili grazie alla loro capacità adesiva, facilmente separabili da altre tipologie cellulari grazie all'espressione di un set di marcatori di membrana specifici, facilmente espandibili in vitro in quanto presentano un elevato potenziale replicativo ed in grado di espletare funzioni immunosoppressive ed immunomodulatorie attraverso la migrazione spontanea nei tessuti di origine ed anche selettivamente nei tessuti danneggiati (multiorgan homing capacity/trofismo). Infatti, le cellule mesenchimali, che si distinguono per la loro attività proliferativa ed immunosoppressiva, sono tra i maggiori produttori di esosomi (frammenti circolari di membrana o microvescicole, di diametro 40-100 nm rilasciati dal compartimento endosomico oppure dalla membrana cellulare), e sono proprio essi ad essere terapeutici in molti modelli animali ed hanno attività immunosoppressiva e proliferativa ed è stato ipotizzato che gli esosomi rilasciati dalle mesenchimali rappresentano una delle componenti critiche nel favorire il "self-renewal" e l'espansione delle mesenchimali stesse. Giocano un ruolo fondamentale nella

comunicazione cellula-cellula attraverso un'interazione coi loro recettori o possono trasferire dalla cellula d'origine diverse molecole bioattive tra cui gli esosomi secreti dalle mesenchimali possono indurre o riprogrammare le cellule sopravvissute del tessuto danneggiato a rientrare nel ciclo cellulare e quindi favorire la rigenerazione del tessuto. In sede di danno promuovono la rigenerazione del tessuto compromesso, mediante differenziamento e secrezione paracrina di fattori antiinfiammatori, spiccata plasticità funzionale ed un potenziale differenziativo multilineage, secondo la nuova teoria "developmental plasticity", ossia la capacità di oltrepassare i confini differenziativi segnati dal tessuto di appartenenza. Il tessuto adiposo processato con la metodica LIPOGEMS contiene una quantità di esosomi nettamente superiore al tessuto trattato enzimaticamente e ciò spiegherebbe la sua migliore efficacia, infatti permette di ottenere dei cluster tissutali che mantengono le cellule in un ambiente più "nativo", che supporta quindi meglio la funzionalità cellulare tra cui la secrezione di esosomi, importanti mediatori di comunicazione cellula-cellula in termini di proliferazione, rigenerazione tissutale ed infiammazione. A differenza del metodo enzimatico che digerisce la matrice extracellulare affliggendo il pattern secretorio, la digestione danneggia le cellule stesse in termini di funzionalità e vitalità, risultando troppo aggressivo distruggendo gli esosomi durante il processamento. La tendenza ora è di usare cellule staminali adulte sia per problematiche etiche di non sacrificare un embrione sia per la sicurezza oncologica, inoltre possono essere usate con totale sicurezza in autologous setting escludendo il problema della risposta immunologica e del rigetto.

Bibliografia:

Cellule staminali dal tessuto adiposo grasso: una nuova risorsa per la medicina rigenerativa? *Chirurgia* 2010 Sep;81(9):826-32. Mendez et al. (Diabetes Research Institute - University of Miami - Miller School of Medicine, Miami, FL, USA).

Micro Fractured and Purified Adipose Tissue Graft (Lipogems®) Can Improve the Orthognathic Surgery Outcomes Both Aesthetically and in Postoperative Healing - Before author's corrections Raffaini M. , Tremolada C.

Non-Responsive Knee Pain with Osteoarthritis and Concurrent Meniscal Disease Treated With Autologous Micro-Fragmented Adipose Tissue Under Continuous Ultrasound Guidance R.D. Striano. *Horan Regenerative Medicine, Optimum Joint, New York, USA CellR4* 2015; 3 (5).

Review Adipocyte Transplantation and Stem Cells: Plastic Surgery Meets Regenerative Medicine Carlo Tremolada,* Istituto Image and San Paolo Hospital, Milan, Italy Cell Transplant Center, Diabetes Research Institute, University of Miami, Miami, FL, USA *Cell Transplantation*, Vol. 19, pp. 1217-1223, 2010.

Differences in exosome content of human adipose tissue processed by non-enzymatic and enzymatic methods M. García-Contreras, F. Messaggio, O. Jimenez, A. Mendez *CellR4* 2014; 3 (1): e1423.



Italian Journal of Gynaecology & Obstetrics

September 2016 - Vol. 28 - N. 5 - Supplement - Quarterly - ISSN 2385 - 0868

Atti del 91° congresso nazionale SIGO - ROMA 16/19 Ottobre 2016

Trattamento ostetrico-riabilitativo di un caso di vulvodinia, complicato da IUS, in gravidanza

Miletta M.¹, Bogliatto F.¹, Leidi L.¹

¹Dmi, Rete patologia basso tratto, Chivasso, Italia

ESTRATTO

L'obiettivo di questo studio è quello di determinare se il percorso assistenziale-riabilitativo di un caso clinico di incontinenza e vulvodinia, insorto in gravidanza, e trattato da un'ostetrica, in maniera coordinata e sinergica con un Team multiprofessionale di una rete di patologia del basso tratto ano-uno-genitale, riduce il dolore perineale, la sintomatologia da stress incontinenza e la qualità di vita (QoL).

Materiali e metodi: Il lavoro si presenta come lo studio di un singolo caso: una donna, 42 anni, accede alla Rete. In seguito a bilancio di salute perineale, viene effettuata una valutazione multidisciplinare di Rete, con lo specialista ginecologo, il fisiatra e l'ostetrica, e posta diagnosi di vulvodinia, viene predisposto un ciclo riabilitativo non strumentale (con pelvic floor muscle training, massaggio perineale, trattamento manuale dei trigger points, valutazione posturale, tecniche di rilassamento globali), già in gravidanza; implementato con supporto farmacologico e trattamento con biofeedback, in puerperio. La paziente è stata valutata in termini di indici di funzionalità perineale, dolore (VAS Score), sintomi urinari e qualità di vita (ICI-Q SF, IIC short form questionnaires), al momento della presa in carico in gravidanza (T1), in puerperio (T2) e a termine ciclo (T3).

Risultati: Al termine del trattamento (T3) la paziente riferisce un miglioramento soggettivo della sintomatologia. E' stato possibile rilevare un miglioramento degli indici di funzionalità perineale (regressione dello stato di ipercontrattilità muscolare, aumento della componente fasica e tonica del gruppo muscolare dell'elevatore dell'ano) in T3, con analogo riduzione del dolore (VAS Score 10 in T1, 9 in T2, ridotto a 4 in T3), riduzione dei sintomi urinari e conseguente miglioramento della qualità di vita rilevabili, sia in T2 che in T3, mediante confronto degli scoring correlati ai questionari somministrati.

Conclusioni: La specificità, in termini di competenze e conoscenze, degli operatori coinvolti in un percorso diagnostico-riabilitativo di disfunzioni del pavimento pelvico di natura molto complessa, rappresenta una grande risorsa per ottenere outcomes clinici favorevoli. La maggiore potenzialità risiede nella capacità sinergica di integrarsi in una vera azione terapeutica di Team, che comprenda un approccio olistico, al fine di evitare la frammentazione assistenziale del percorso di cura e, al contrario, amplificarne l'effetto positivo in termini di outcomes.

Bibliografia:

Jacob Bornstein MD, MPA, Andrew Goldstein MD, and Deborah Coady MD. 2015 Consensus terminology and classification of persistent vulvar pain. IISVD. Sitografia <http://issvd.org/resources/terminology>.

Rosenbaum TY, Owens A. The role of pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic and genital pain-related sexual dysfunctions (CME). J Sex Med, 2008; 5: 513-23.

Hartmann D, Sarton J. Chronic pelvic floor dysfunction. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2014; 28: 977-90.



