



Regione Toscana



Servizio
Sanitario
della
Toscana

WORKSHOP

La chirurgia ginecologica in Toscana: coniugare qualità e innovazione

15 OTTOBRE 2018

.....

L'INNOVAZIONE CHIRURGICA NELLA DONNA TRA I 45 ED I 65 ANNI

DR. GIAN LUCA BRACCO

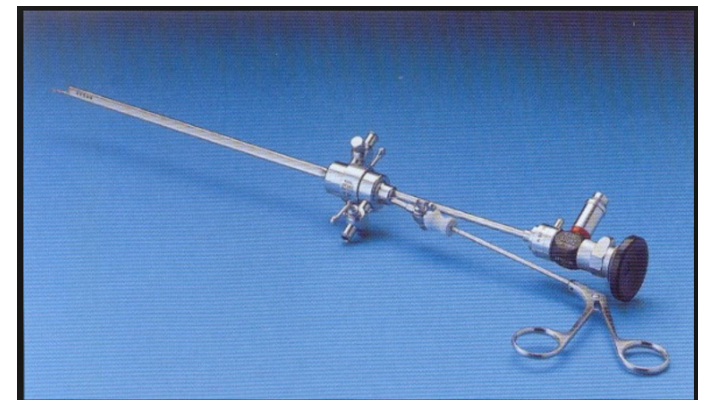
DIRETTORE UOC OSTETRICA E GINECOLOGIA

USL NORDOVEST TOSCANA - LUCCA

POLIPI ENDOMETRIALI

Gli isteroscopi di diametro da 26 a 16 French permettono l'introduzione di strumenti meccanici (pinze, forbici, morcellatori) o elettrici (loop, probe); solo in carenza di una moderna tecnologia la polipectomia viene ancora eseguita alla cieca con un esame di cavità che comporta il rischio di una rimozione incompleta della lesione.

La disponibilità di strumenti tecnologicamente sempre più avanzati e la miniaturizzazione degli isteroscopi permettono di eseguire la polipectomia in setting assistenziali sempre meno complessi e di attivare percorsi diagnostico-terapeutici ambulatoriali, garantendo la stessa sicurezza ed efficacia rispetto al regime di ricovero.



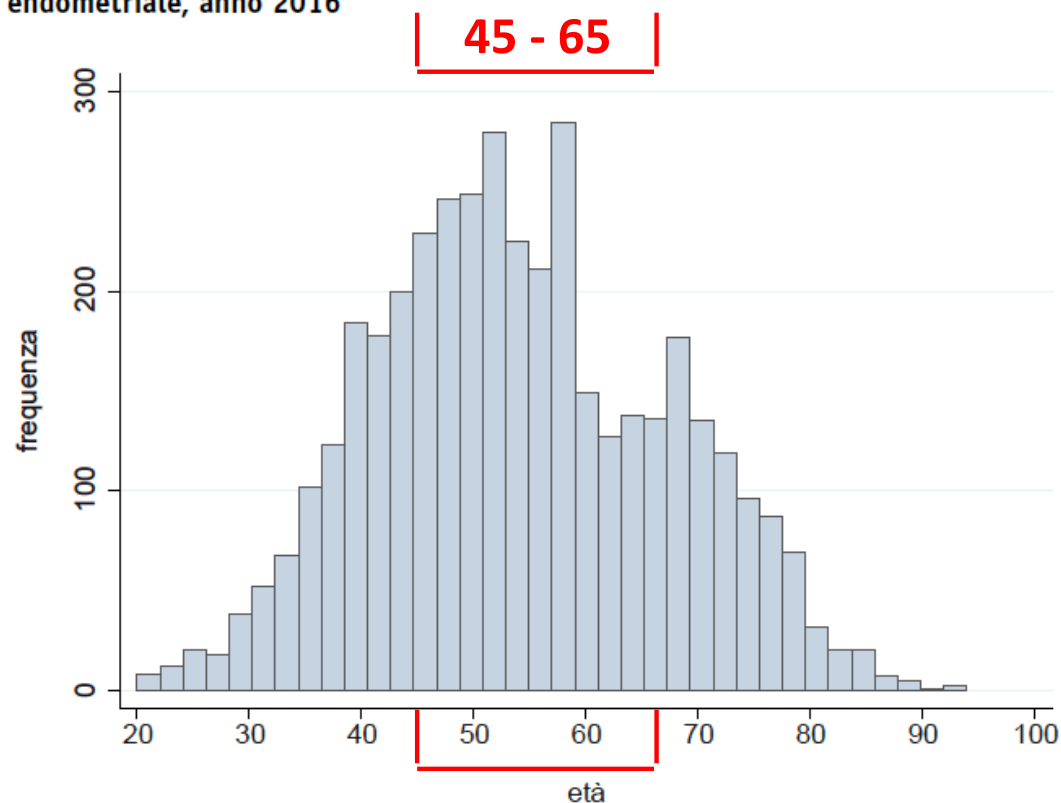
POLIPI ENDOMETRIALI

La **polipectomia isteroscopica** in ambulatorio richiede strumentazioni ad alta tecnologia spesso monouso; i costi aggiuntivi legati all'utilizzo di tali strumenti sono compensati da un utilizzo più appropriato dei letti in reparti di degenza e delle sale operatorie che vengono cos. riservati ai casi più complessi.

TASSI DI RICOVERO E INTERVENTO PER LE DONNE RESIDENTI IN TOSCANA

Figura 1.1

Distribuzione della popolazione femminile residente in Toscana con ricovero ospedaliero per polipo endometriale, anno 2016



Nel 2016, le donne residenti in Toscana hanno effettuato in totale 3.684 ricoveri ospedalieri con diagnosi principale di polipo endometriale. L'analisi della struttura per età ci informa che la **numerosità aumenta progressivamente fino ai 50 anni di età, raggiunge i valori massimi nella decade compresa tra 50 e 60 anni** e diminuisce poi negli anni successivi. Tale andamento, sostanzialmente in linea i dati d'incidenza della patologia riportati in letteratura scientifica.

Tabella 1.2**Distribuzione degli interventi effettuati in donne con diagnosi di polipo endometriale in ospedali toscani anni 2009- 2017** **Suddivisione per modalità di rimozione**

Anno	Rimozione operativa sottovisione		Rimozione alla cieca		Rimozione orientata		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2009	2.603	88,9	134	4,6	192	6,6	2.929	100
2010	2.962	90,9	116	3,6	181	5,6	3.259	100
2011	3.267	92,4	92	2,6	176	5,0	3.535	100
2012	3.582	94,3	63	1,7	152	4,0	3.797	100
2013	3.469	96,3	28	0,8	107	3,0	3.604	100
2014	3.696	95,8	30	0,8	134	3,5	3.860	100
2015	3.806	95,8	23	0,6	142	3,6	3.971	100
2016	3.582	97,2	26	0,7	76	2,1	3.684	100
2017	3.600	98,4	10	0,3	48	1,3	3.658	100
Totale	30.567	94,6	522	1,6	1.208	3,7	32.297	100

Tabella 1.2**Distribuzione degli interventi effettuati in donne con diagnosi di polipo endometriale in ospedali toscani anni 2009- 2017** Suddivisione per modalità di rimozione**45-65 ANNI**

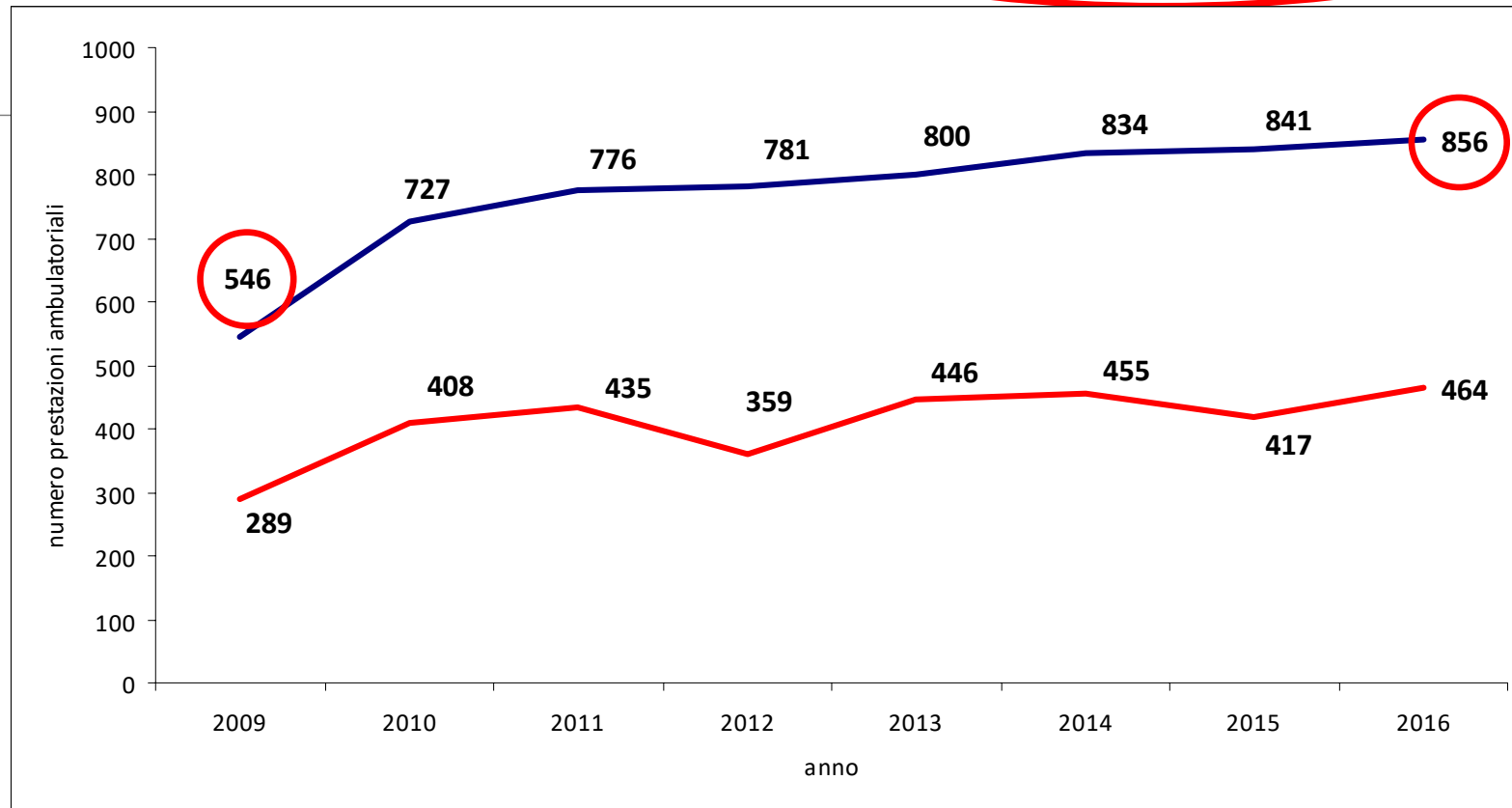
Anno	Rimozione operativa sottovisione		Rimozione alla cieca		Rimozione orientata		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2009	1.323	89,5	62	4,2	94	6,4	1.479	100
2010	1.507	90,6	58	3,5	99	5,9	1.664	100
2011	1.700	92,5	46	2,5	91	5,0	1.837	100
2012	1.765	93,6	38	2,0	82	4,4	1.885	100
2013	1.802	96,3	17	0,9	52	2,8	1.871	100
2014	1.883	95,8	18	0,9	65	3,3	1.966	100
2015	1.965	96,2	10	0,5	68	3,3	2.043	100
2016	1.882	96,7	17	0,9	47	2,4	1.946	100
2017	1.905	98,3	6	0,3	26	1,3	1.937	100
Totale	15.732	94,6	272	1,6	624	3,8	16.628	100

1 su 2 in donne con età 45-65 anni

POLIPECTOMIE AMBULATORIALI

Dal 2009 al 2016, l'andamento del numero di asportazioni eseguite ambulatorialmente è aumentata del 36% passando da 546 prestazioni a 856 con un trend complessivamente in aumento (+49%).

POLIPECTOMIE **AMBULATORIALI**



Dal 2009 al 2016, l'andamento del numero di **polipectomie eseguite ambulatorialmente è aumentata**, passando da 546 prestazioni a 856 con un trend complessivamente in aumento (+56%).

La proporzione di donne, tra i 45 e i 65 anni, trattate ambulatorialmente sono circa 1 su 2 e tale proporzione è in aumento

LEIOMIOMI UTERINI

La miomectomia per via isteroscopica è l'intervento conservativo di prima scelta per i miomi sottomucosi con un conseguente significativo incremento del tasso di gravidanza.

I miomi uterini rappresentano la più comune indicazione all'isterectomia: uno studio statunitense condotto nel 2001 mostra che circa il 38,8% dei casi di fibroma sono stati trattati con asportazione uterina.

Numerosi recenti studi identificano l'UPA come farmaco di prima scelta per il trattamento dei fibromi. L'UPA risulta efficace sia nel controllo il sanguinamento che si normalizza dopo 7 giorni con un'azione quindi più rapida rispetto al GnRHa (circa 30 giorni), sia nella riduzione delle dimensioni del fibroma prima di un eventuale trattamento chirurgico sia, dal 2016, come trattamento medico intermittente a lungo termine alternativo alla chirurgia.

Figura 2.1

Distribuzione della popolazione femminile residente in Toscana con ricovero ospedaliero per leiomioma dell'utero, anno 2017

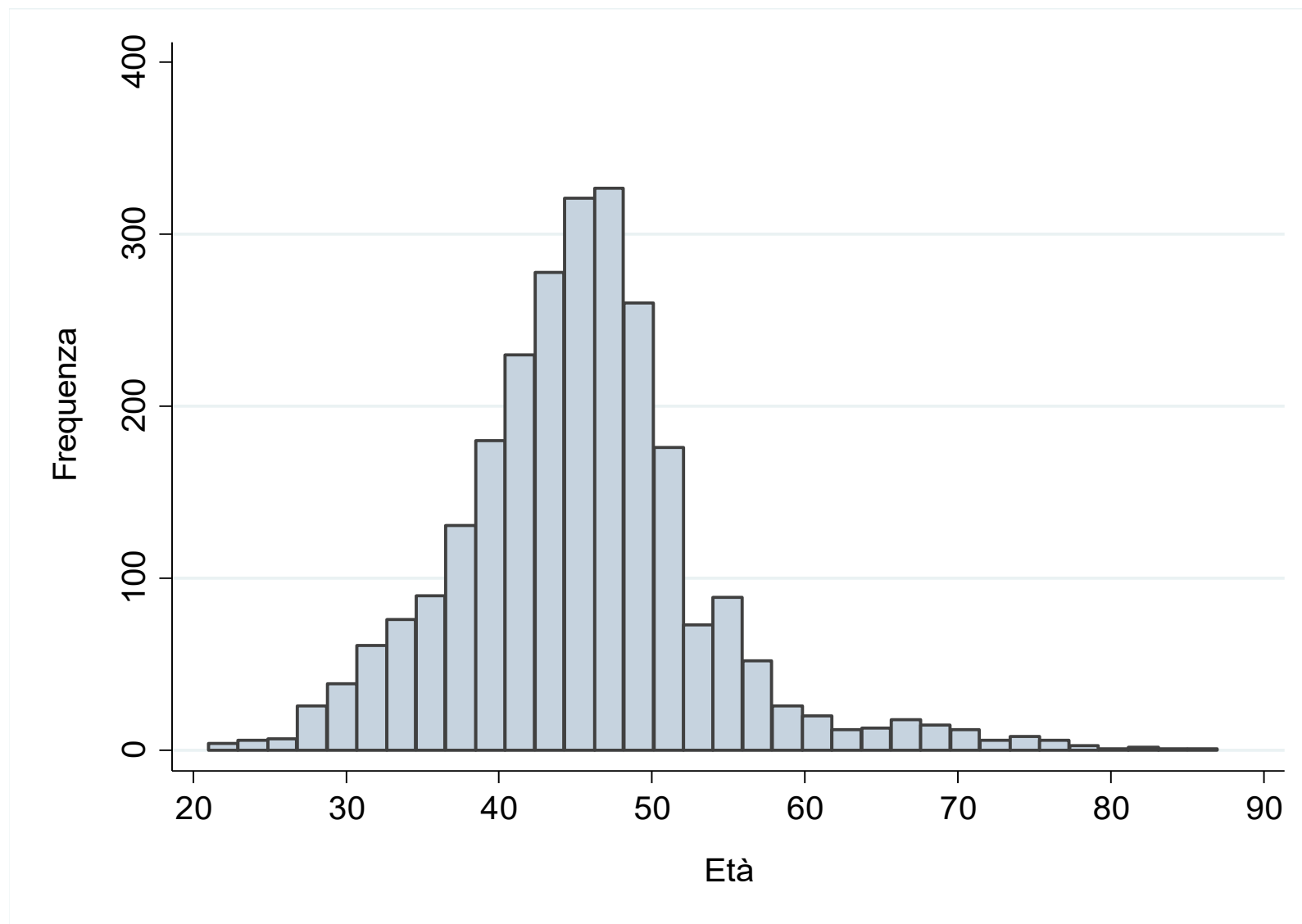


Tabella 2.2**Distribuzione degli interventi effettuati in donne con diagnosi di leiomioma dell'utero in ospedali toscani anni 2009-2016 - Suddivisione per via d'accesso**

Anno	Laparotomie N (%)	Laparoscopie N (%)	Isteroscopie N (%)	Vaginale N (%)	Totale N (%)
2009	1.525 (59,1)	483 (18,7)	550 (21,3)	21 (0,8)	2.579 (100)
2010	1.746 (58,9)	560 (18,9)	634 (21,4)	20 (0,6)	2.960 (100)
2011	1.687 (59,3)	493 (17,3)	648 (22,7)	17 (0,6)	2.845 (100)
2012	1.429 (51,9)	587 (21,3)	714 (25,9)	19 (0,6)	2.749 (100)
2013	1.361 (51,8)	591 (22,5)	665 (25,3)	9 (0,3)	2.626 (100)
2014	1.398 (53,3)	506 (19,3)	703 (26,8)	12 (0,4)	2.619 (100)
2015	1.316 (53,4)	427 (17,3)	702 (28,5)	17 (0,6)	2.462 (100)
2016	1.313 (54,0)	425 (17,5)	678 (27,9)	12 (0,4)	2.428 (100)
Totale	11.775 (55,4)	4.072 (19,1)	5.294 (24,9)	127 (0,6)	21.268 (100)

LPT ↓**LPS****IST** ↑

Per quanto riguarda il trattamento chirurgico dei fibromi, più della metà degli interventi (55,4%) sono stati eseguiti per via laparotomica, il 24,9% per via isteroscopica, il 19,1% per via laparoscopica e solo una quota residuale per via vaginale.

Il ricorso ai differenti approcci chirurgici nel periodo in studio è stato caratterizzato da un aumento degli interventi isteroscopici (dal 21,3% al 27,9%) e da una riduzione dei laparotomici (da 59,1% a 54%).

Tabella 2.2

Distribuzione degli interventi effettuati in donne con diagnosi di leiomioma dell'utero in ospedali toscani anni 2009-2017 - Suddivisione per via d'accesso

45-65 ANNI

anno	Laparotomie		Laparoscopie		Isteroscopie		Vaginali		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2009	680	23,3	201	17,3	271	58,5	11	0,9	1.163	100
2010	838	21,8	218	15,9	298	61,3	14	1,0	1.368	100
2011	817	24,8	190	14,1	335	60,4	10	0,7	1.352	100
2012	665	28,6	244	18,9	369	51,6	12	0,9	1.290	100
2013	694	25,8	269	20,6	337	53,1	6	0,5	1.306	100
2014	720	28,2	238	17,7	379	53,5	9	0,7	1.346	100
2015	665	28,1	227	18,0	354	52,9	12	1,0	1.258	100
2016	668	30,6	201	15,9	388	52,7	10	0,8	1.267	100
2017	697	27,2	242	18,7	352	53,8	5	0,4	1.296	100
Total	6.444	26,5	2.030	17,4	3.083	55,3	89	0,8	11.646	100
Tutte le donne	13.094	55,3	4.514	19,0	5.953	25,1	135	0,6	23.696	100

Se il dato complessivo per tutte le donne, dice che il ricorso ai differenti approcci chirurgici nel periodo in studio è stato caratterizzato da un aumento degli interventi isteroscopici (dal 21,3% al 25,1%) e da una riduzione dei laparotomici (da 59,1% a 55,3%), **il trend è inverso se guardiamo i dati riferiti alle donne in fascia di età 45-65: diminuzione delle isteroscopie e aumento delle laparotomie.**

MIOMECTOMIA LPS

Vantaggi

- ottima visualizzazione del campo operatorio e degli altri organi
- piccole incisioni
- minore degenza ospedaliera
- minor dolore postoperatorio
- Minore formazione di aderenze
- rapida ripresa



Oxford Journals > Medicine > Human Reproduction > Volume 21, Issue 5 > Pp. 1248-1254.

 **The new App**
for the ESHRE Journals

Reduction of postoperative adhesions with an auto-crosslinked hyaluronan gel in gynaecological laparoscopic surgery: a blinded, controlled, randomized, multicentre study

V. Mais^{1, 5}, G.L. Bracco², P. Litta³, T. Gargiulo⁴ and G.B. Melis¹

[+ Author Affiliations](#)

⁵To whom correspondence should be addressed at: Division of Gynecology, Obstetrics and Pathophysiology of Human Reproduction, Department of Surgery, Maternal-Fetal Medicine and Imaging, University of Cagliari, Ospedale S. Giovanni di Dio, Via Ospedale 46, 09124 Cagliari, Italy. E-mail: gineca.vmais@tiscali.it

Received May 16, 2005.
Revision received October 4, 2005.
Accepted December 14, 2005.

[« Previous](#) | [Next Article »](#)
[Table of Contents](#)

This Article
Hum. Reprod. (May 2006) 21 (5): 1248-1254.
doi: 10.1093/humrep/dei488
First published online: January 26, 2006

Abstract *Free*
» [Full Text \(HTML\)](#) *Free*
[Full Text \(PDF\)](#) *Free*

All Versions of this Article:
[dei488v1](#)
21/5/1248 *most recent*

Classifications

Search this journal:

[Advanced »](#)

Current Issue
March 2013 28 (3)



Miglioramento della fertilità con incremento della percentuale d'impianto nelle donne che si devono sottoporre a tecniche di procreazione medicalmente assistita PMA

Dubuisson JB Ann N Y Acad Sci 2001

RECIDIVE A LUNGO TERMINE LPS vs LPT

81 miomectomie randomizzate LPS e LPT con miomi > 3 cm e numero non superiore a 7

Follow-up 40 mesi

Recidive

- LPS -> 27%
- LPT -> 23%

L'unico fattore di rischio ($p < 0,02$) è risultato l'uso degli GnRHa

Conclusioni: il numero di recidive è simile tra LPS e LPT

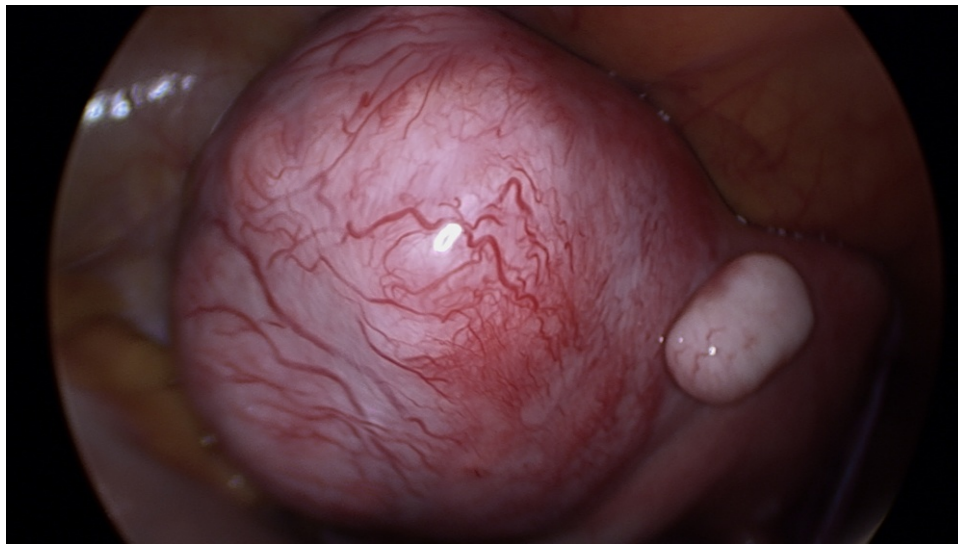
A. Rossetti Human Reproduction, Vol. 16, No. 4, 770-774, April 2001

PROGNOSI MIOMECTOMIA LPS

La prognosi della miomectomia laparoscopica può essere influenzata negativamente dalla presenza di piccoli miomi intramurali nelle pazienti selezionate per una miomectomia laparoscopica

Il rischio di recidiva pertanto aumenta con l'aumentare del numero di miomi da rimuovere:

- 16% in pz con un solo mioma
- 36.6% in pz con tre o più miomi



MIOMECTOMIA LPS E ROTTURA DELL'UTERO IN GRAVIDANZA

Tsankova M et al. Akush Ginekol (Sofia). 2012;51(5):50-3.

[Spontaneous uterine rupture in third trimester twin ivf pregnancy following myomectomy].

This case reinforces that pregnancy after myomectomy should be closely monitored with respect to uterine rupture.

Torbé A et al. Medicina (Kaunas). 2012;48(4):182-5.

Uterine rupture in the second trimester of pregnancy as an iatrogenic complication of laparoscopic myomectomy.

Special attention must be paid to the potential solutions that limit the risk of postoperative uterine rupture, if the absolute necessity for the enucleation of myomas during the reproductive age occurs and a decision about laparoscopic intervention is made.

Parker WH J Minim Invasive Gynecol. 2010 Sep-Oct;17(5):551-4. doi: 10.1016/j.jmig.2010.04.015. Epub 2010 Jun 29.

Risk factors for uterine rupture after laparoscopic myomectomy.

It seems reasonable for surgeons to adhere to techniques developed for abdominal myomectomy including limited use of electrosurgery and multilayered closure of the myometrium. Nevertheless, individual wound healing characteristics may predispose to uterine rupture.

COMPLICANZE MIOMECTOMIA LPS

J Minim Invasive Gynecol. 2012 Nov-Dec;19(6):762-7

**Report of 7 uterine rupture cases after laparoscopic myomectomy: update of the literature.
Pistofidis G et al**

Myomas were single in 85.7% of patients, subserosal or pedunculated in 85.7%, and ≤ 5 cm in 71.4%.

Bipolar diathermy was the sole method used for hemostasis in 28.6%, and could be characterized as excessive in 85.7%.

A 2-layer closure with stitches of the myometrium was performed in just 14.3% of cases.

Mean (SD) time between surgery and pregnancy was 1.4 (0.5) years.

Uterine rupture occurred at 34 weeks of gestation or later in 85.7%, and during labor in 14.3% of cases.

All women survived. Fetal demise was reported in 1 twin pregnancy (both fetuses) with rupture at 24 weeks of gestation.

Laparoscopic myomectomy should be performed by adequately trained and experienced surgeons. Excessive use of diathermy for hemostasis should be avoided, and multiple-layer suturing should always be used for repairing the myometrial defect in cases of intramural and subserosal myomas with deep intrusion.

MIOMECTOMIA LPS E SUCCESSO NEL PARTO VAGINALE

Table 1

Correlation of operative findings between successful and failed vaginal birth after laparoscopic myomectomy

	Successful VBALM (n = 59)	Failed VBALM (n = 15)	p
No. of myomas	3.1 ± 2.8 (2.4–3.8)	3.0 ± 2.8 (1.6–4.4)	.12
No. of hysterotomies	2.7 ± 2.3 (2.1–3.3)	2.5 ± 2.3 (1.3–3.7)	.76
Location of largest myoma			
Anterior wall	23 (39.0%)	5 (33.3%)	.69
Posterior wall	36 (61.0%)	10 (66.7%)	
Depth of largest myoma			
Subserosal	26 (44.1%)	5 (33.3%)	.61
Intramural	27 (45.8%)	9 (60.0%)	
Submucosal	6 (10.2%)	1 (6.7%)	
Diameter of largest myoma (mm)	64.2 ± 19.8 (59.1–69.3)	65.8 ± 23.3 (54–77.6)	.26
No. of suturing layers for largest myoma	2.7 ± 1.0 (2.4–3.0)	3.0 ± 1.0 (2.5–3.5)	.30
<u>Perforation to endometrial cavity</u>	2/59 (3.4 %)	4/15 (26.7%)	.01*
Duration of operation (min)	93.2 ± 43.8 (82–104.4)	92.3 ± 39.0 (72.6–112)	.94
Blood loss (mL)	121.9 ± 271.2 (52.7–191.1)	106.9 ± 183.7 (14–199.8)	.20
Weight of total myomas (g)	137.7 ± 123.3 (106.2–169.2)	140.7 ± 169.3 (55–226.4)	.07

VBALM = vaginal birth after laparoscopic myomectomy.

Data are presented as mean ± SD and parenthesis are presented as 95% CI.

* Significant was set at less than .05.

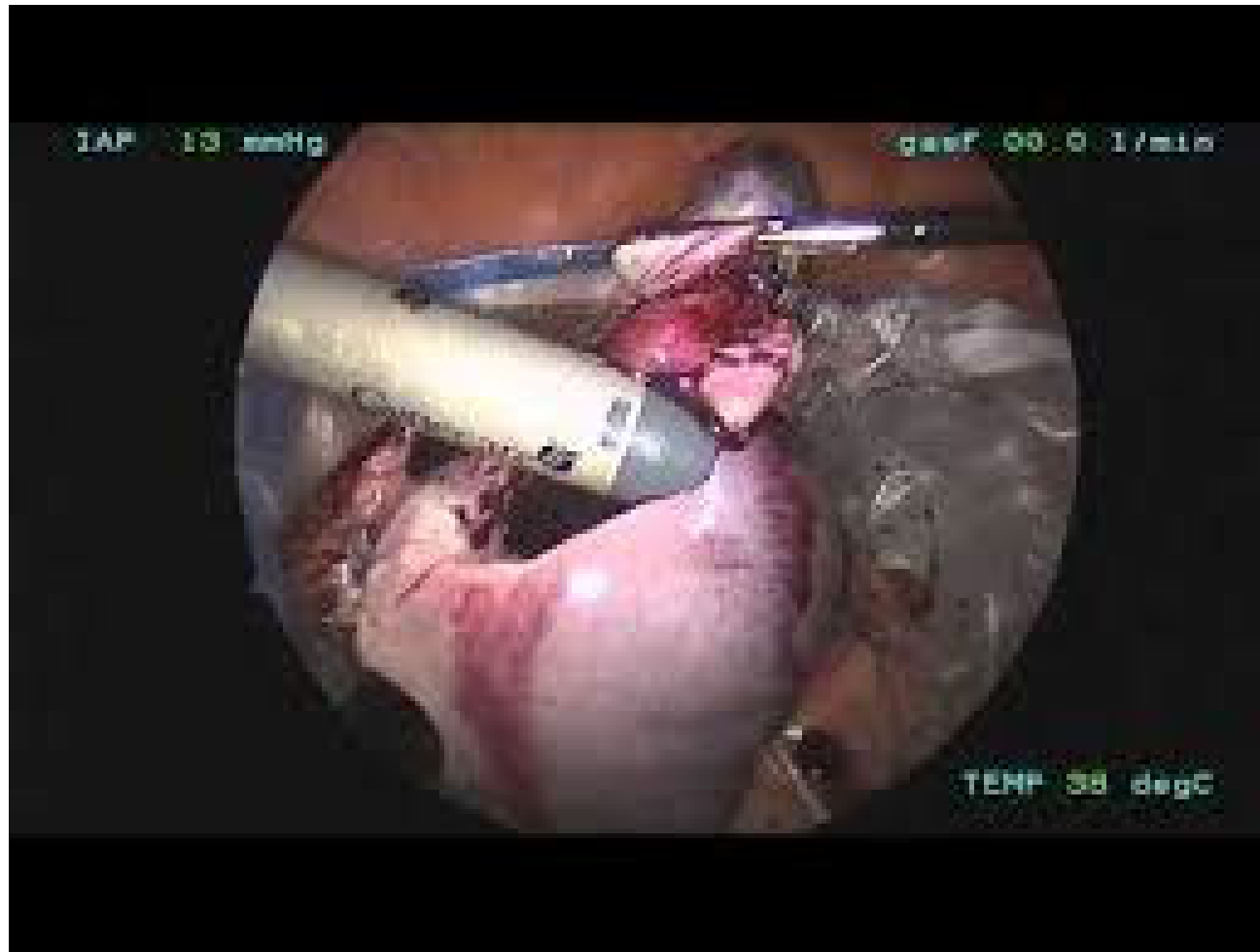
Since nearly complete suturing is possible in LM as in laparotomy, vaginal delivery can be accomplished safely without uterine rupture even after LM, provided that delivery is managed as in VBAC VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN SECTION

morcellatore



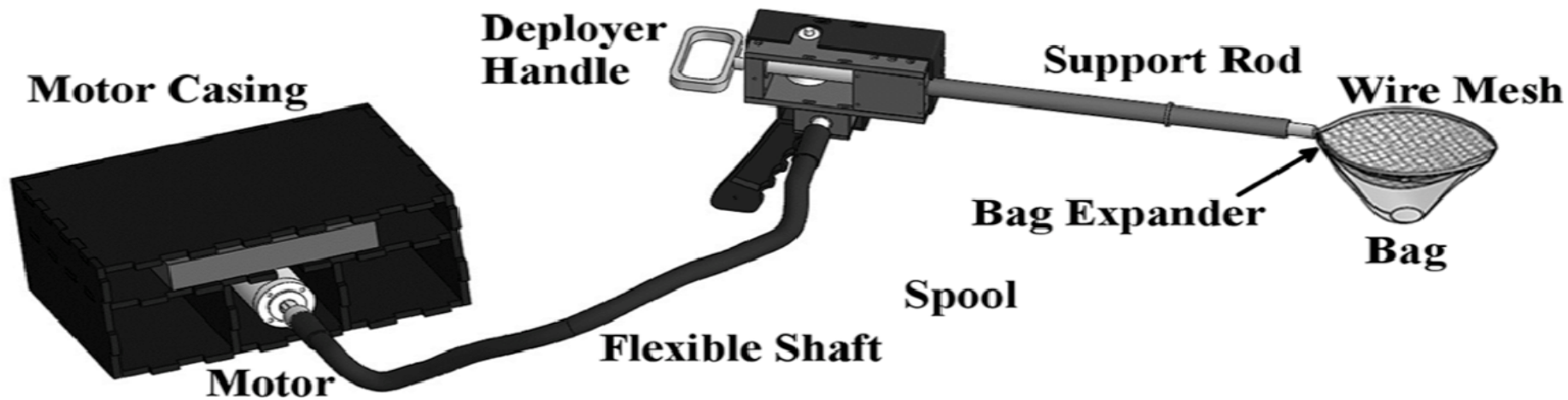
Va sottolineato che l'incidenza del leiomiosarcoma è maggiore oltre i 40 anni, essendo molto rara al di sotto dei 35 anni e con età media alla diagnosi di 65 anni

Rauh-Hain JA 2013



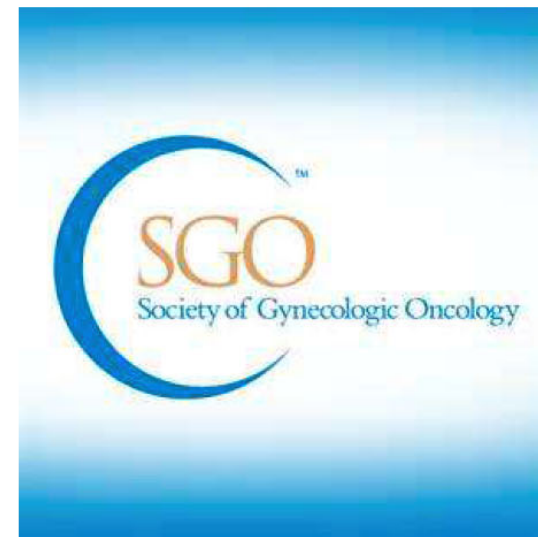
Alcuni Autori hanno proposto l'introduzione di appropriati devices che consentano una morcellazione delle lesioni in cavità addominale in un sistema "chiuso", e cioè mediante isolamento in appositi endobag (in bag morcellation), allo scopo di ridurre il rischio di disseminazione intraperitoneale di malattia in caso di neoplasia occulta.

Einarsson JI 2014 – Cohen SL 2014



DICHIARAZIONI DELLA SGO ALL'FDA

*“Come medici sappiamo che dobbiamo sforzarci per non danneggiare mai nessuno dei nostri pazienti. Ma vietare la morcellazione può causare maggiori danni a più pazienti. Pertanto, la posizione della SGO è che, **con appropriato consenso informato, si dovrebbe continuare ad utilizzare la morcellazione meccanica**”*



MIOMECTOMIA LPS

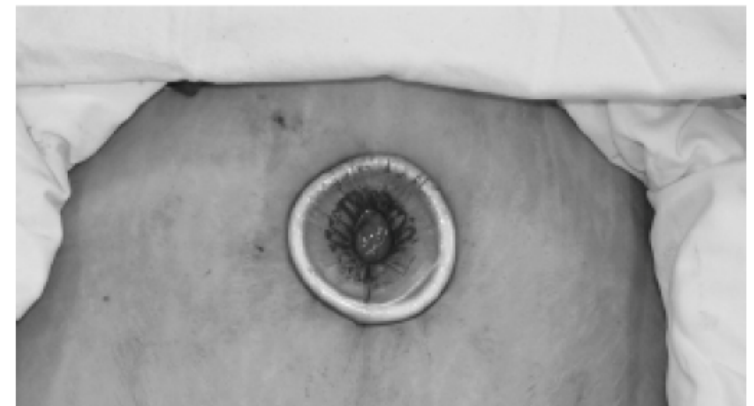
Obiettivi futuri:

- migliorare la diagnostica preoperatoria
 - calcolare la reale incidenza di sarcoma in donne che si sottopongono a miomectomia e isterectomia per fibromi
 - calcolare il reale rischio della morcellazione nella popolazione generale
 - sviluppo tecnologico:
 - auto-divaricatori in campo vaginale o minilaparotomico
 - carotatori che utilizzano corrente bipolare
 - carotatori laparoscopici “contained”
- (endobag insufflata con CO2 con carotatore al suo interno)

Auto-divaricatori in campo vaginale o minilaparotomico

Sono divaricatori che permettono una retrazione atraumatica del tessuto con una circonferenza di 360 °

Permettono all'operatore di avere libero accesso al sito operatorio con entrambe le mani massimizzando l'assistenza chirurgica e facilitando la rimozione del pezzo operatorio.



Microcistitis is performed extracorporeally.
Gomez. Manual manipulation of the uterus. Am J Obstet Gynecol 2011.

Alexis® wound retractor XS
was inserted on umbilical area

Yi SW
2009

Carotatori laparoscopici "contained"

Sono endobag all'intero dei quali si insuffla CO2 e si inserisce il carotatore

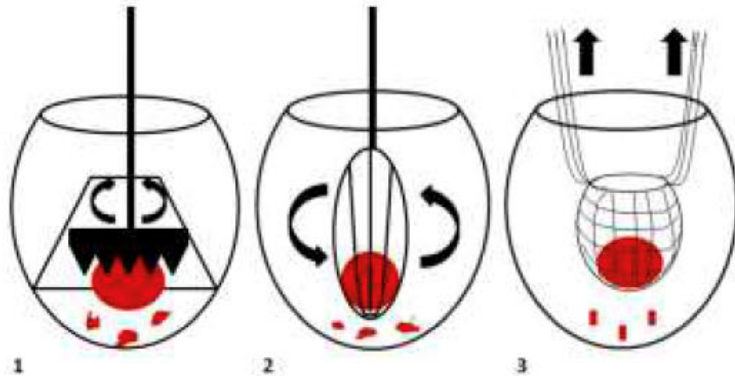


Fig. 2 Initial schematic rendering of three concepts in the mechanical debulking strategy. The first concept is the addition of a modified blade cover and a bag surrounding current morcellators. The second concept is rotary cutting along the edge of the tissue, with pieces falling into a bag. The third concept is linear radial cutting with a mesh, such that pieces fall into the surrounding bag.

VANTAGGI:

teoricamente il rischio di disseminazione di cellule maligne si annulla.

Sacchetto per morcellazione protetta More-Cell-Safe®



Tabella 2.3**Distribuzione degli interventi effettuati in donne con diagnosi di leiomioma dell'utero in ospedali toscani anni 2009-2017 - Suddivisione per via d'accesso laparoscopica e laparotomica e tipo di intervento**

anno	Laparotomie				Laparoscopie			
	Conservativi		Estesi		Conservativi		Estesi	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2009	910	59,7	615	40,3	297	61,5	186	38,5
2010	1.005	57,6	741	42,4	386	68,9	174	31,1
2011	994	58,9	693	41,1	338	68,6	155	31,4
2012	846	59,2	583	40,8	386	65,8	201	34,2
2013	796	58,5	565	41,5	380	64,3	211	35,7
2014	823	58,9	575	41,1	296	58,5	210	41,5
2015	748	56,8	568	43,2	237	55,5	190	44,5
2016	750	57,1	563	42,9	250	58,8	175	41,2
2017	731	55,4	588	44,6	228	51,6	214	48,4
Total	7.603	58,1	5.491	41,9	2.798	62,0	1.716	38,0

Dal 2009 al 2017, gli interventi conservativi hanno subito una riduzione del 4,3%, mentre c'è stato un incremento di quelli di tipo esteso sia tra i laparotomici ma soprattutto tra i laparoscopici (+ 10%).

il dato complessivo per tutte le donne, indica che l'intervento maggiormente eseguito è di tipo conservativo anche se nel corso degli anni la numerosità si è ridotta: -19% per le laparoscopie e -8% per le laparotomie.

Tabella 2.3

Distribuzione degli interventi effettuati in donne con diagnosi di leiomioma dell'utero in ospedali toscani anni 2009-2017 - Suddivisione per via d'accesso laparoscopica e laparotomica e tipo di intervento

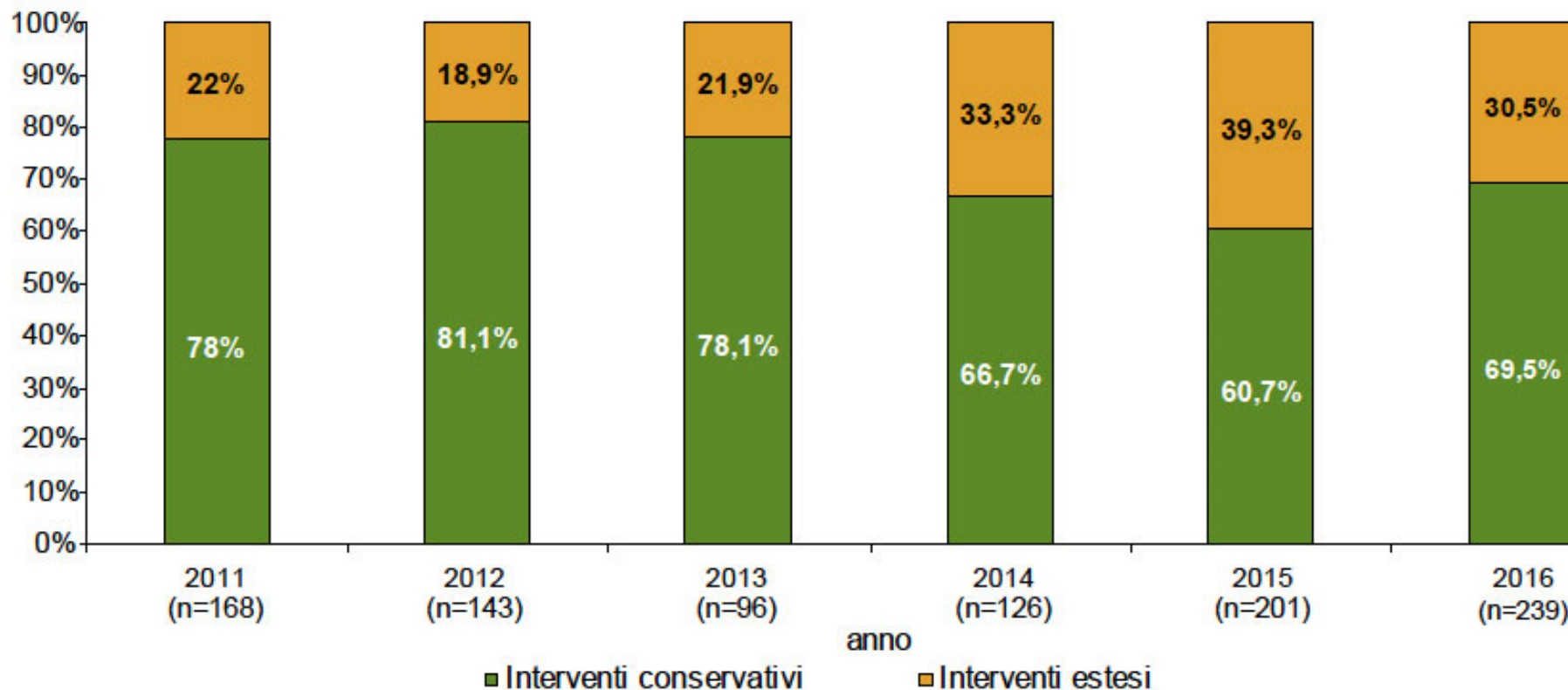
45-65 ANNI

anno	Laparotomie				Laparoscopie			
	Conservativi		Estesi		Conservativi		Estesi	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2009	206	30,3	615	69,7	63	31,3	138	68,7
2010	267	31,9	741	68,1	84	38,5	134	61,5
2011	274	33,5	693	66,5	75	39,5	115	60,5
2012	225	33,8	583	66,2	90	36,9	154	63,1
2013	258	37,2	565	62,8	99	36,8	170	63,2
2014	263	36,5	575	63,5	69	29,0	169	71,0
2015	207	31,1	568	68,9	70	30,8	157	69,2
2016	219	32,8	563	67,2	68	33,8	133	66,2
2017	219	31,4	588	68,6	62	25,6	180	74,4
Total	2.138	33,2	4.306	66,8	680	33,5	1.350	66,5

Per le **donne con età compresa tra i 45 e i 65 anni**, l'intervento maggiormente eseguito è di tipo esteso e, nel corso degli anni, la numerosità si è ridotta per le laparotomie -1,6% e aumentata per le laparoscopie +7,7%.

Figura 2.8

Donne con diagnosi di leiomioma dell'utero sottoposte a trattamento farmacologico nei 12 mesi precedenti l'intervento. Toscana, anni 2011-2016 - Suddivisione per tipo di intervento

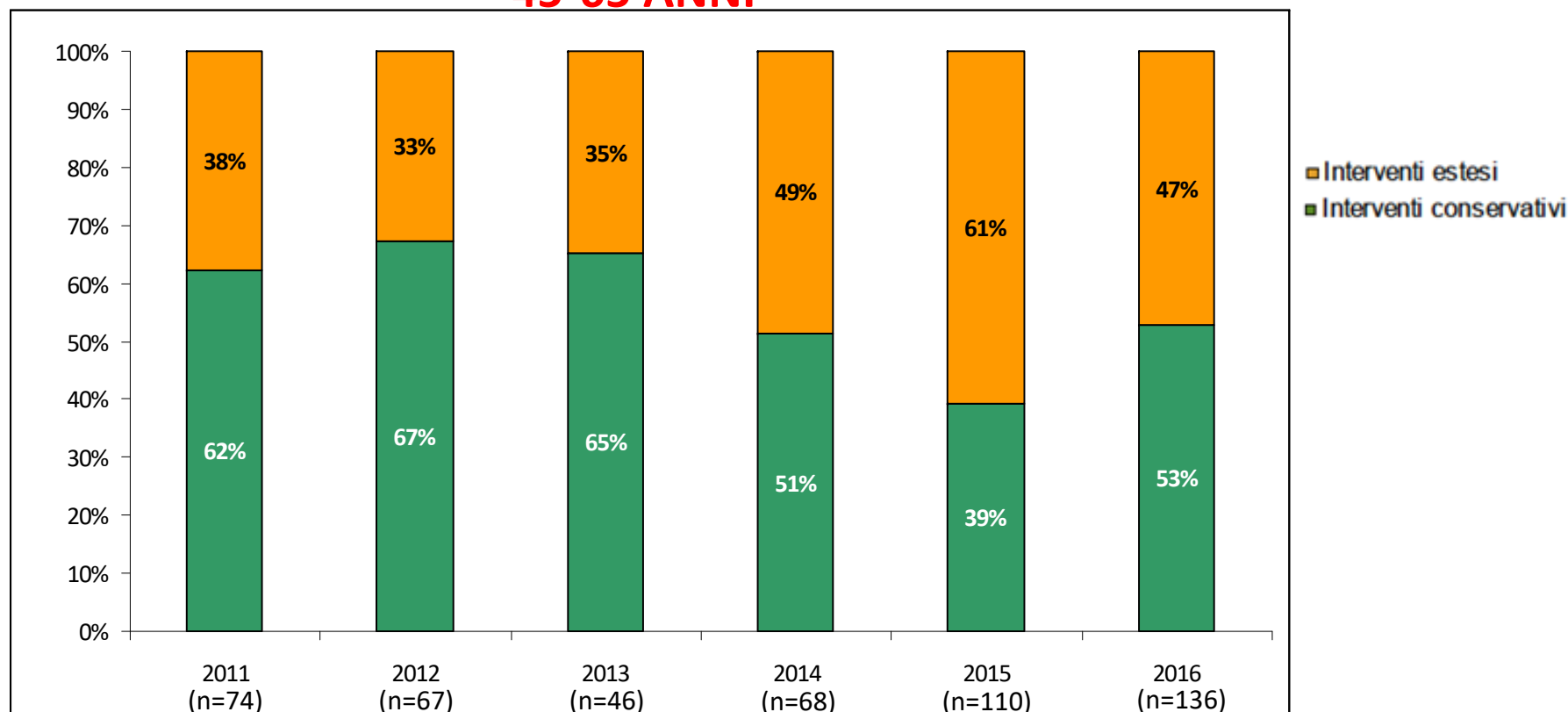


Sebbene non sia stata evidenziata un'associazione statisticamente significativa tra somministrazione del farmaco e tipologia di intervento ($p = 0,11$), la percentuale di interventi conservativi eseguiti dopo trattamento farmacologico è maggiore rispetto al numero di quelli estesi (71,3% vs 28,7%).

Figura 2.8

Donne con diagnosi di leiomioma dell'utero sottoposte a trattamento farmacologico nei 12 mesi precedenti l'intervento. Toscana, anni 2011-2016 - Suddivisione per tipo di intervento

45-65 ANNI



Sebbene non sia stata evidenziata un'associazione statisticamente significativa tra somministrazione del farmaco e tipologia di intervento ($p = 0,11$), la percentuale di interventi conservativi in donne tra i 45 e i 65 anni, eseguiti dopo trattamento farmacologico è generalmente maggiore rispetto al numero di quelli estesi ad eccezione del 2015.

CISTI OVARICHE

CISTI OVARICHE

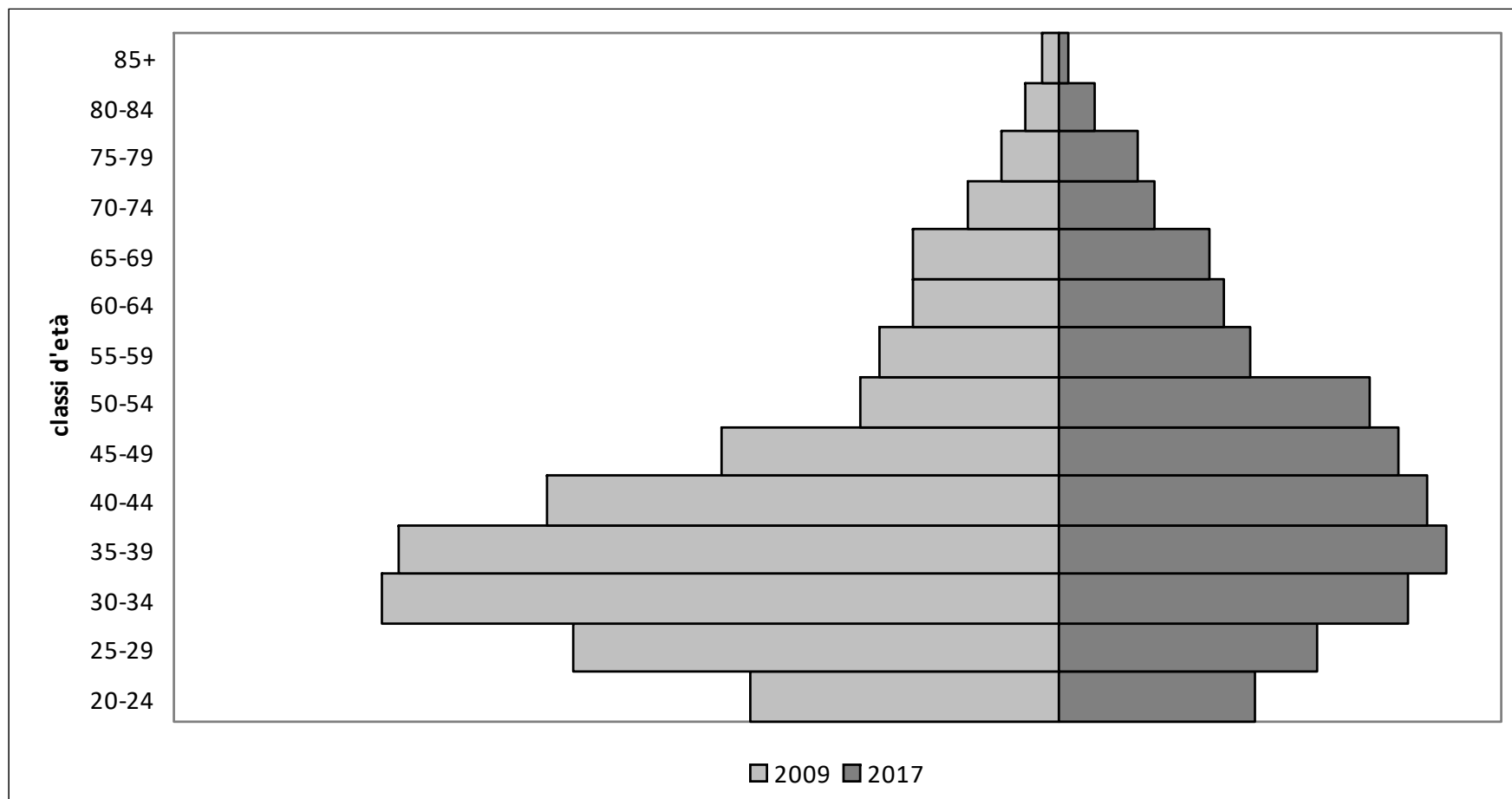
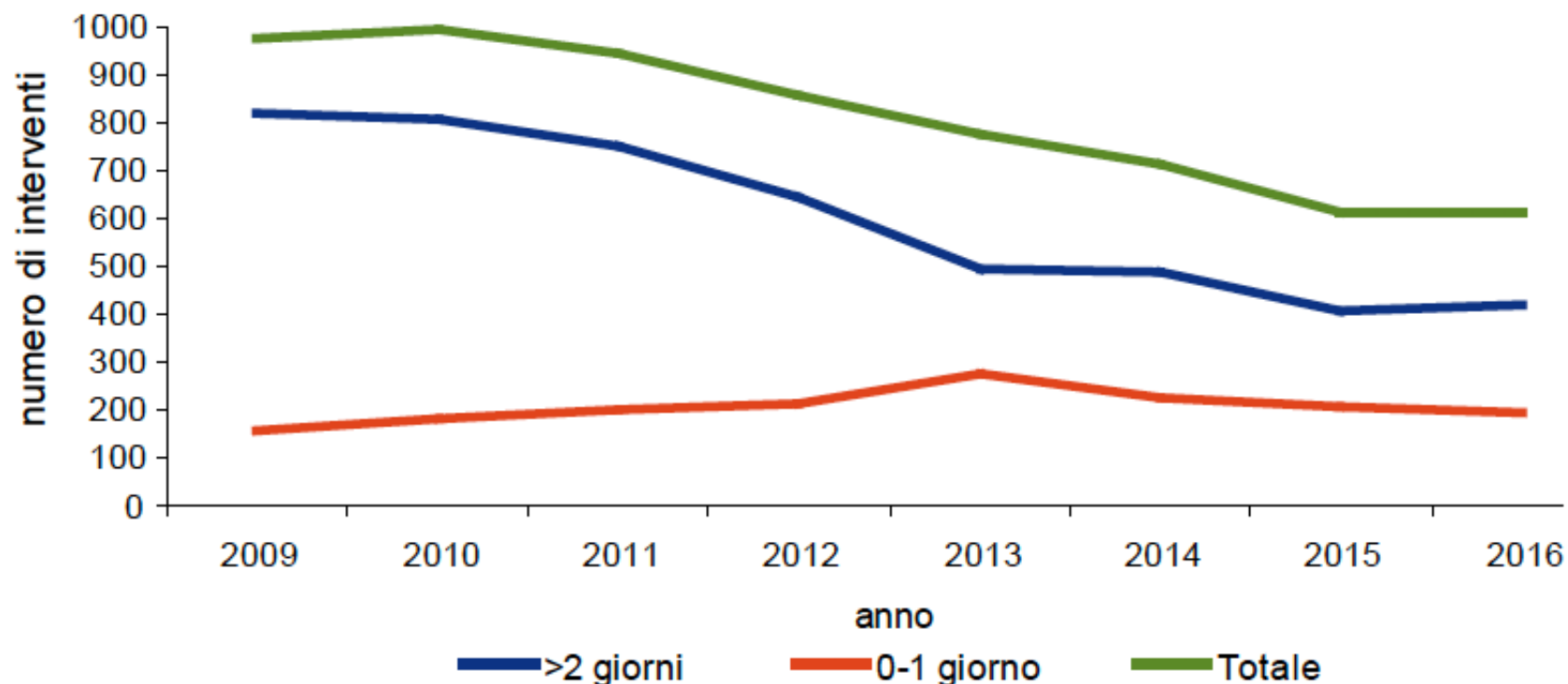


Figura 3.5

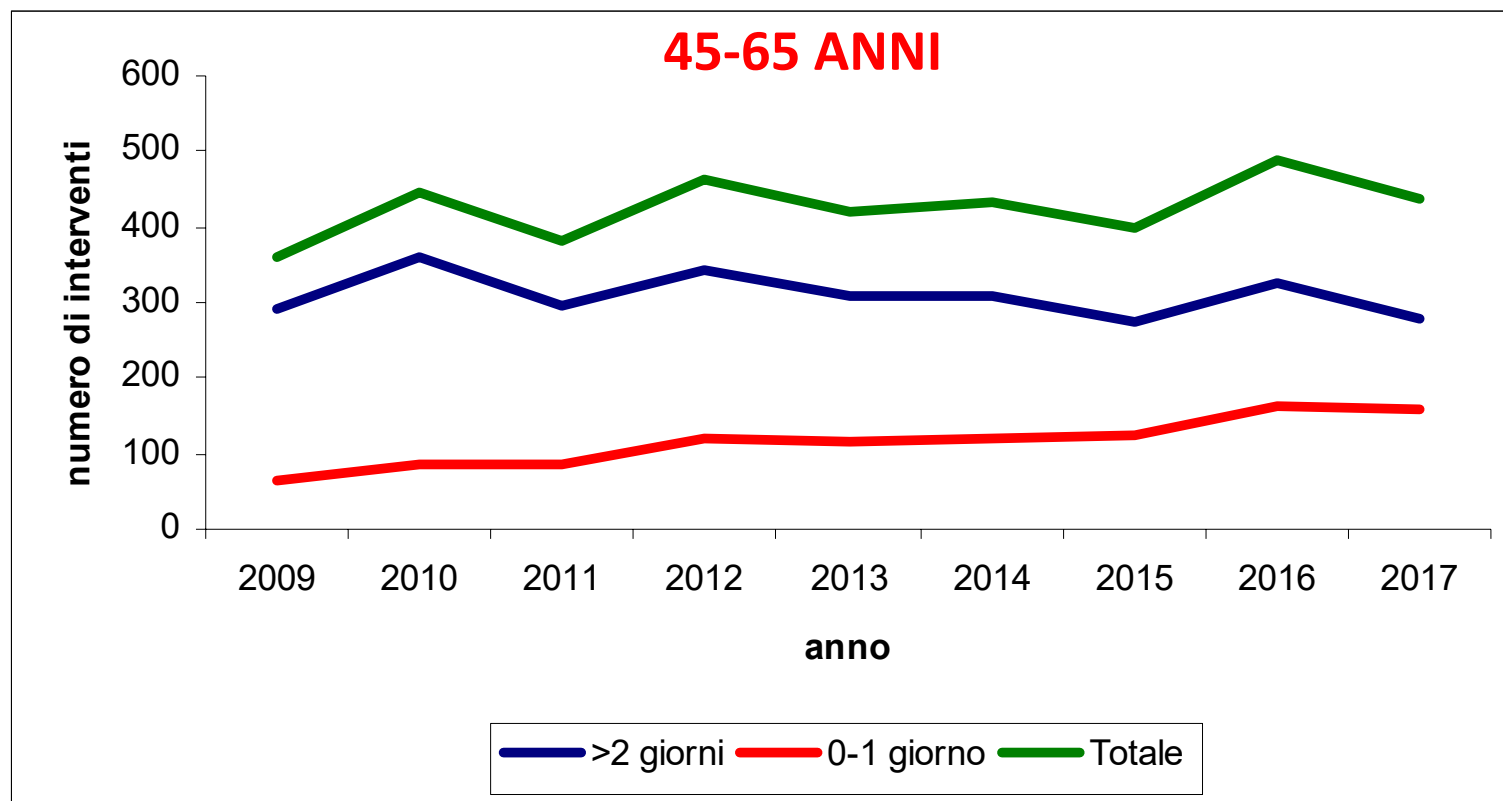
Andamento temporale degli interventi effettuati in donne con diagnosi di cisti ovarica in ospedali toscani, anni 2009-2016 - Suddivisione per degenza: ≥ 2 giorni e 0-1 giorno



Il numero totale di interventi per cisti ovariche nelle strutture ospedaliere toscane . in calo negli ultimi anni (-36,8%). La maggior parte dei ricoveri hanno una degenza superiore o uguale a 2 giorni (nel 2016 n= 419 pari al 68,1%), sebbene quelli in daysurgery (ricoveri di durata 0-1 giorno) siano in aumento: da 157 nel 2009 (16,1%) a 196 nel 2016 (31,9%).

Figura 3.5

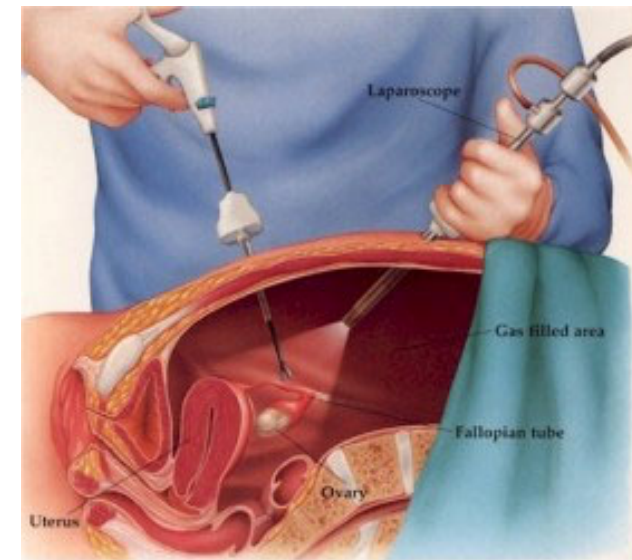
Andamento temporale degli interventi effettuati in donne con diagnosi di cisti ovarica in ospedali toscani, anni 2009- 2017 - Suddivisione per degenza: ≥ 2 giorni e 0-1 giorno



Nelle donne 45-65 anni, il numero totale di interventi per cisti ovariche nelle strutture ospedaliere toscane è in aumento negli ultimi anni (18%). La maggior parte dei ricoveri hanno una degenza ≥ 2 giorni (nel 2017 n= 280 pari al 64%), sebbene quelli in day-surgery (ricoveri di durata 0-1 giorno) siano in aumento: da 66 nel 2009 (18%) a 159 nel 2017 (36%).

Tabella 3.2**Distribuzione degli interventi effettuati in donne con diagnosi di cisti ovarica in ospedali toscani anni 2009-2016 - Suddivisione per via d'accesso**

Anno	Laparotomie	Laparoscopie	Totale
	N (%)	N (%)	N (%)
2009	182 (18,8)	788 (81,2)	970 (100)
2010	132 (13,3)	859 (86,7)	991 (100)
2011	129 (13,7)	811 (86,3)	940 (100)
2012	100 (11,7)	755 (88,3)	855 (100)
2013	88 (11,4)	683 (88,6)	771 (100)
2014	66 (9,3)	643 (90,7)	709 (100)
2015	54 (8,9)	556 (91,1)	610 (100)
2016	66 (10,8)	547 (89,2)	613 (100)
Totale	817 (12,7)	5.642 (87,3)	6.459 (100)



Per quanto riguarda il trattamento chirurgico, la maggior parte degli interventi (87,3%) sono stati eseguiti per via laparoscopica, il 12,7% per via laparotomica. Il ricorso alla laparotomia si è ridotto, passando dal 18,8% nel 2009 al 10,8% nel 2016, a fronte di un maggior ricorso alla via laparoscopica (da 81,2% a 89,2%).

Tabella 3.2**Distribuzione degli interventi effettuati in donne con diagnosi di cisti ovarica in ospedali toscani anni 2009-2017 - Suddivisione per via d'accesso****45-65 ANNI**

Anno	Laparotomie ↓		Laparoscopia ↑		Totale	
	N	%	N	%	N	%
2009	94	26,3	263	73,7	357	100
2010	84	18,9	361	81,1	445	100
2011	85	22,4	294	77,6	379	100
2012	97	21,2	361	78,8	458	100
2013	85	20,2	336	79,8	421	100
2014	72	16,7	359	83,3	431	100
2015	59	14,9	338	85,1	397	100
2016	66	13,6	418	86,4	484	100
2017	63	14,4	376	85,6	439	100
Totale	705	18,5	3106	81,5	3.811	100

Per quanto riguarda il trattamento chirurgico, la maggior parte degli interventi sono stati eseguiti per via laparoscopica.

Il ricorso alla laparotomia si è ridotto a fronte di un maggior ricorso alla via laparoscopica.

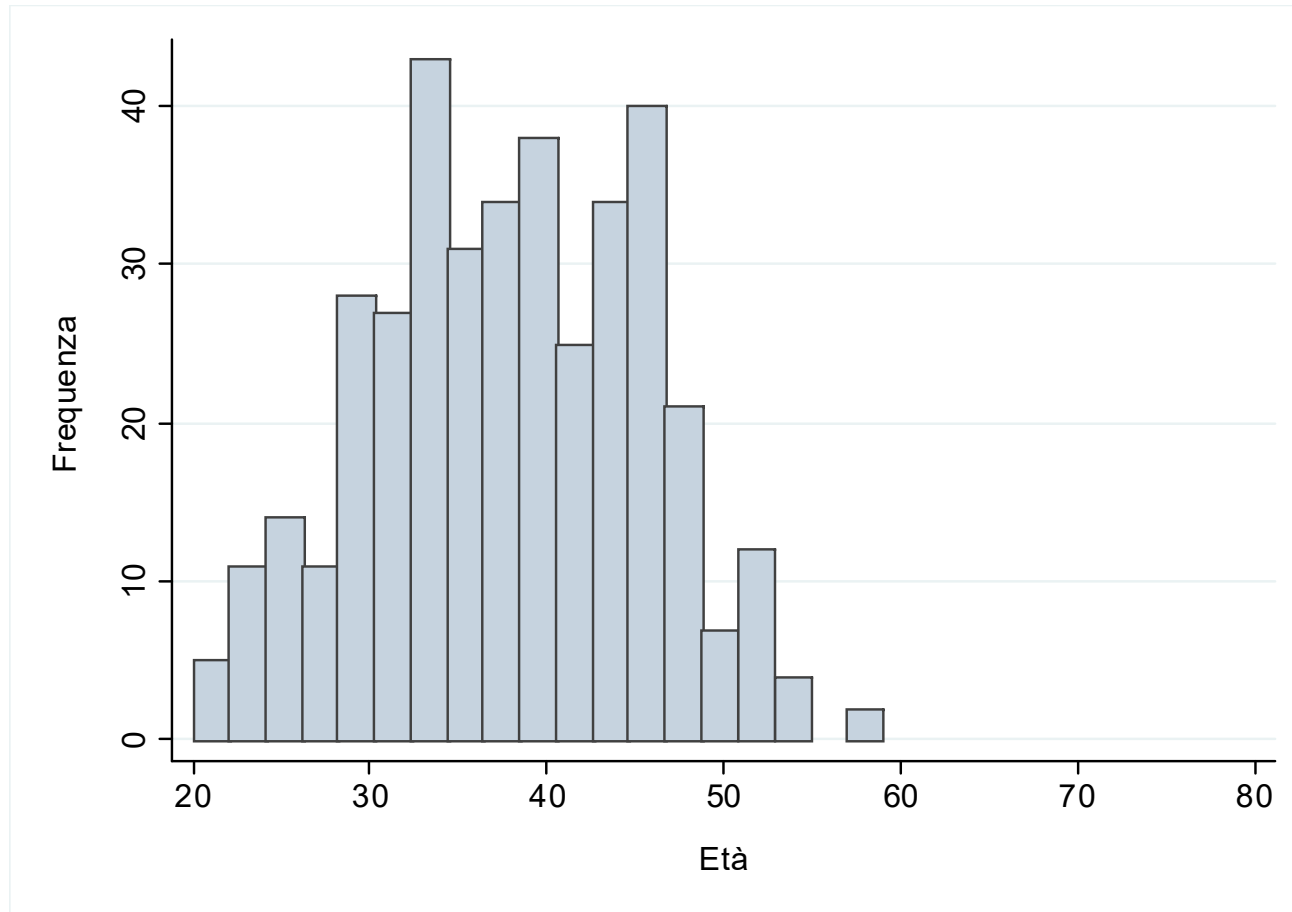
ENDOMETRIOSI

...

TASSI DI RICOVERO E INTERVENTO PER LE DONNE RESIDENTI IN TOSCANA

Figura 4.1

Distribuzione della popolazione femminile residente in Toscana con ricovero ospedaliero per endometriosi, anno 2017

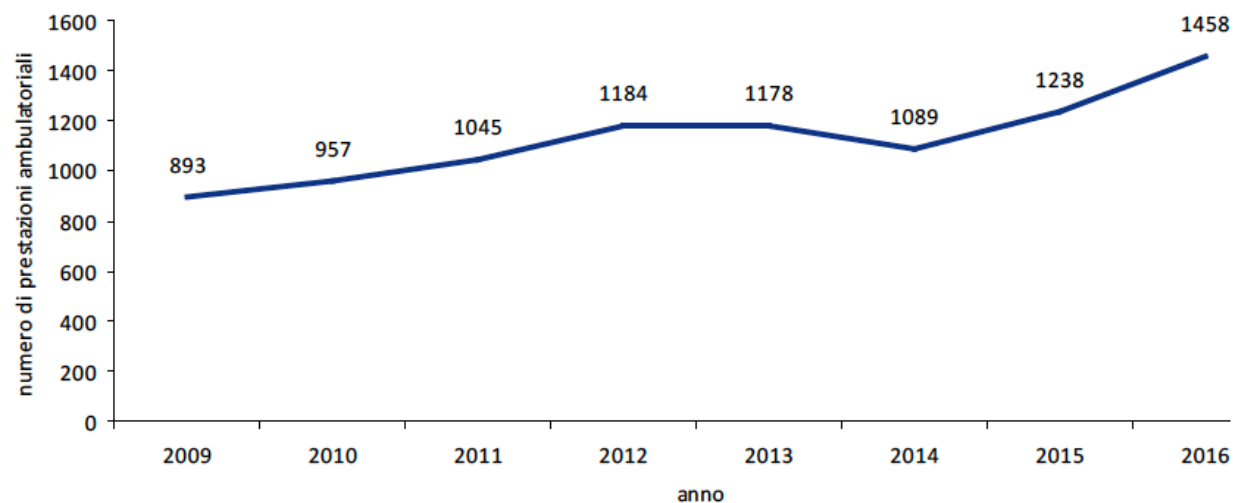


DISPLASIA CERVICALE

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Figura 5.7

Andamento temporale degli interventi di conizzazione eseguiti in regime ambulatoriale in Toscana, anni 2009-2016



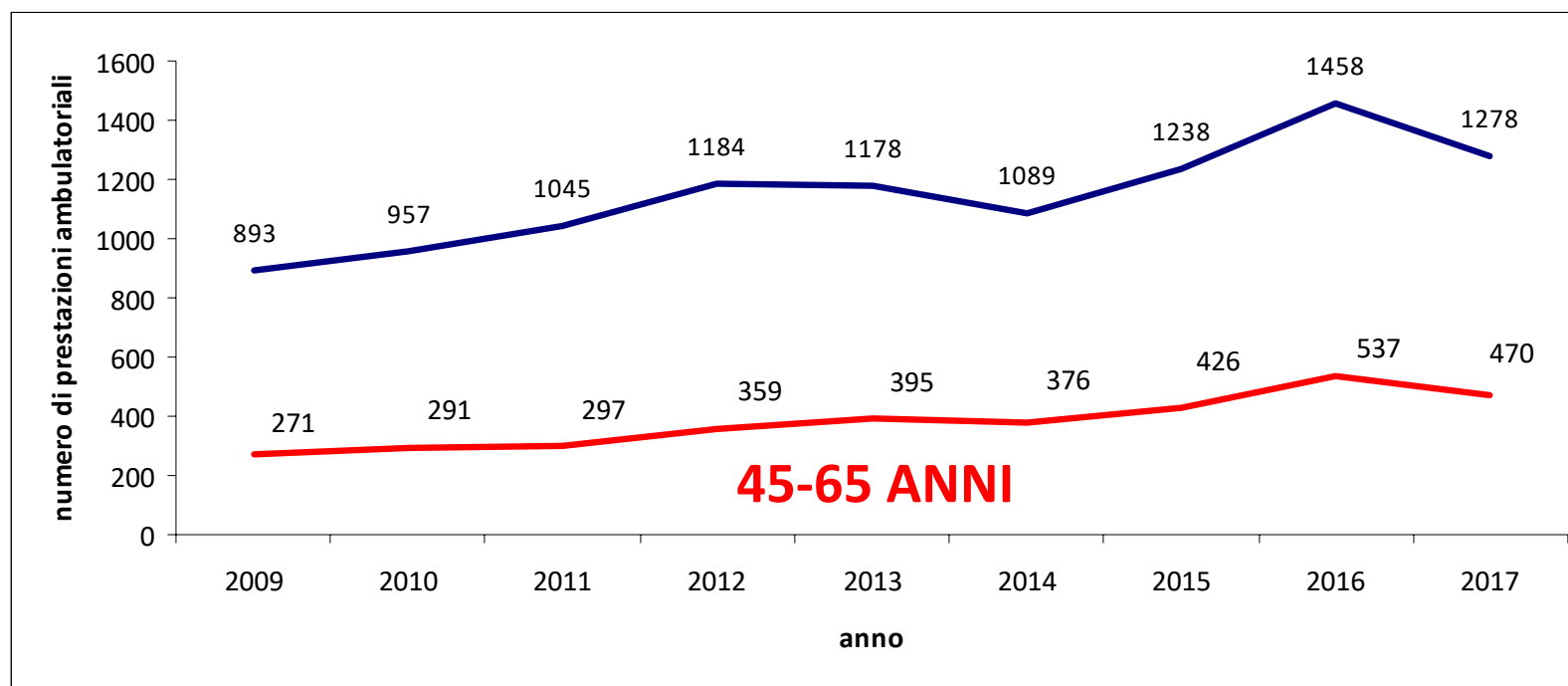
Analizzando il trend dal 2009 al 2016 si osserva che la numerosità dei trattamenti ambulatoriali per displasia sono aumentati complessivamente del 63,3%.

DISPLASIA CERVICALE

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Figura 5.7

Andamento temporale degli interventi di conizzazione eseguiti in regime ambulatoriale in Toscana, anni 2009- 2017



Analizzando il trend dal 2009 al 2017 si osserva che la numerosità dei trattamenti ambulatoriali per displasia sono complessivamente aumentati. Nelle donne tra i 45 e i 65 anni tale aumento è del 42%

PROLASSI DEGLI ORGANI PELVICI

Si stima infatti che circa il 50% delle donne sviluppi un prolasso nel corso della vita, ma che soltanto il 10-20% di esse si sottoponga ad una valutazione medica per tale condizione.

Studi epidemiologici stimano che nel mondo le donne affette siano oltre 400 milioni (di cui 4 milioni circa in Italia).

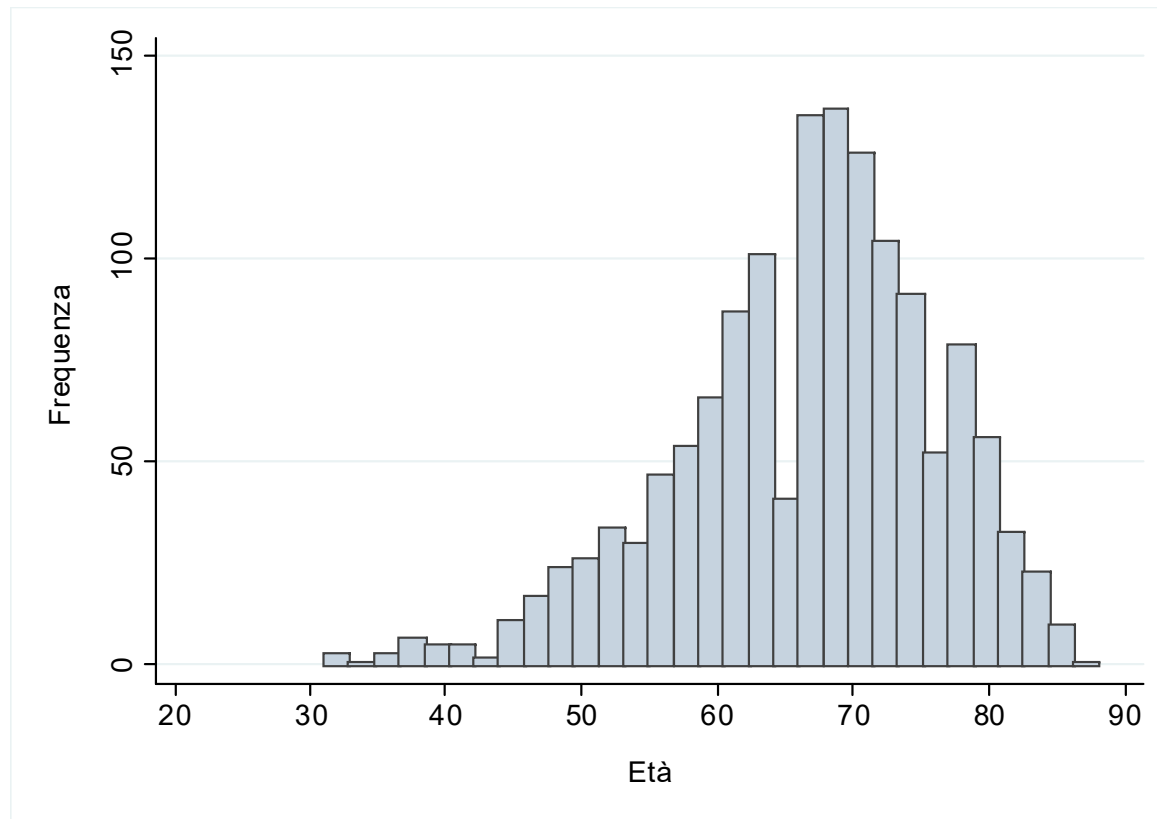
L'incidenza aumenta progressivamente con l'età, in particolare dopo i 65 anni, ed è maggiore nelle donne pluripare. Luber et al. hanno dimostrato, in un ampio studio demografico, che il picco di incidenza dei sintomi attribuiti al POP è intorno ai 70 e 79 anni.



TASSI DI RICOVERO E INTERVENTO PER LE DONNE RESIDENTI IN TOSCANA

Figura 7.1

Distribuzione della popolazione femminile residente in Toscana con ricovero ospedaliero per prolasso degli organi pelvici (POP), anno 2017



La numerosità aumenta dai 60 anni in poi raggiungendo valori massimi nella decade 65-75 anni.

E' comunque considerevole il numero di donne che richiedono cure per un prolasso prima dei 65 anni (circa il 30-35%).





Tabella 7.2**Distribuzione degli interventi effettuati in donne con diagnosi di POP in ospedali toscani anni 2009-2016 - Suddivisione per via d'accesso**

Anno	Laparotomie N(%)	Laparoscopie N(%)	Vaginali N(%)	Totale N(%)
2009	34 (2,2)	28 (1,8)	1.501 (96,0)	1.563 (100)
2010	40 (2,6)	23 (1,5)	1.494 (96,0)	1.557 (100)
2011	21 (1,4)	20 (1,3)	1.469 (97,3)	1.510 (100)
2012	34 (2,2)	42 (2,7)	1.455 (95,0)	1.531 (100)
2013	32 (2,1)	78 (5,0)	1.448 (92,9)	1.558 (100)
2014	40 (2,6)	67 (4,4)	1.422 (93,0)	1.529 (100)
2015	26 (1,8)	107 (7,5)	1.285 (90,6)	1.418 (100)
2016	21 (1,6)	107 (8,2)	1.184 (90,2)	1.312 (100)
Totale	248 (2,1)	472 (3,9)	11.258 (94,0)	11.978 (100)

Per quanto riguarda il trattamento chirurgico del POP, il 94% degli interventi è stato eseguito per via vaginale, il 3,9% per via laparoscopica, il restante 2,1% per via laparotomica.

Dal 2009 al 2016 gli interventi effettuati per via vaginale diminuiscono, non solo numericamente ma anche percentualmente, passando dal 96% al 90,2%. Aumentano invece gli interventi eseguiti per via laparoscopica passando da 1,8% a 8,2%.

Tabella 7.2**Distribuzione degli interventi effettuati in donne con diagnosi di POP in ospedali toscani anni 2009-2017** **Suddivisione per via d'accesso****45-65 ANNI**

Anno	Laparotomie		Laparoscopie 		Vaginali 		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2009	12	1,9	12	1,9 	621	96,3	645	100
2010	19	2,9	11	1,7	620	95,4	650	100
2011	8	1,3	6	1,0	599	97,7	613	100
2012	13	2,1	18	2,9	591	95,0	622	100
2013	18	2,9	34	5,5	561	91,5	613	100
2014	18	3,1	34	5,8	531	91,1	583	100
2015	10	2,0	46	9,2	445	88,8	501	100
2016	7	1,3	46	8,8	472	89,9	525	100
2017	6	1,1	76	14,5 	442	84,4	524	100
Totale	111	2,1	283	5,4	4.882	92,5 92,5	5.276	100

Per quanto riguarda il trattamento chirurgico del POP, il 92,5% degli interventi è stato eseguito per via vaginale, il 5,4% per via laparoscopica, il restante 2,1% per via laparotomica.

Dal 2009 al 2017 gli interventi effettuati per via vaginale diminuiscono, non solo numericamente ma anche percentualmente, passando dal 96% al 92%. Aumentano invece gli interventi eseguiti per via laparoscopica passando da 1,9% a 14,5%.

Tabella 7.3**Distribuzione degli interventi effettuati in donne con diagnosi di POP in ospedali toscani, anni 2009-2016 - Suddivisione per tipo di intervento**

Anno	Isterectomie	Isterectomie e interventi riparativi	Interventi riparativi	Totale
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
2009	98 (6,3)	850 (54,4)	615 (39,3)	1.563 (100)
2010	102 (6,6)	855 (54,9)	600 (38,5)	1.557 (100)
2011	101 (6,7)	788 (52,2)	621 (41,1)	1.510 (100)
2012	86 (5,6)	799 (52,2)	646 (42,2)	1.531 (100)
2013	91 (5,8)	831 (53,3)	636 (40,8)	1.558 (100)
2014	126 (8,2)	867 (56,7)	536 (35,1)	1.529 (100)
2015	86 (6,1)	743 (52,4)	589 (41,5)	1.418 (100)
2016	89 (6,8)	656 (50,0)	567 (43,2)	1.312 (100)
Totale	779 (6,5)	6.389 (53,3)	4.810 (40,2)	11.978 (100)

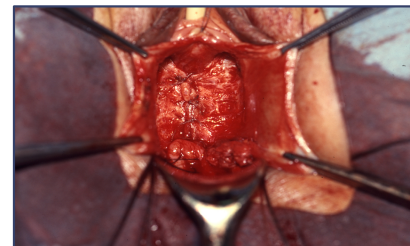
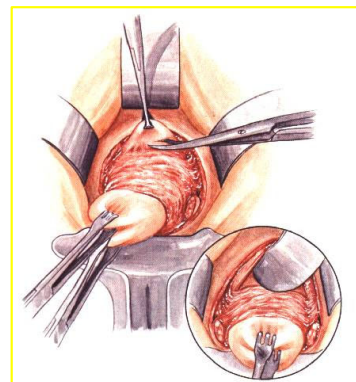


Tabella 7.3

Distribuzione degli interventi effettuati in donne con diagnosi di POP in ospedali toscani, anni 2009- 2017 - Suddivisione per tipo di intervento

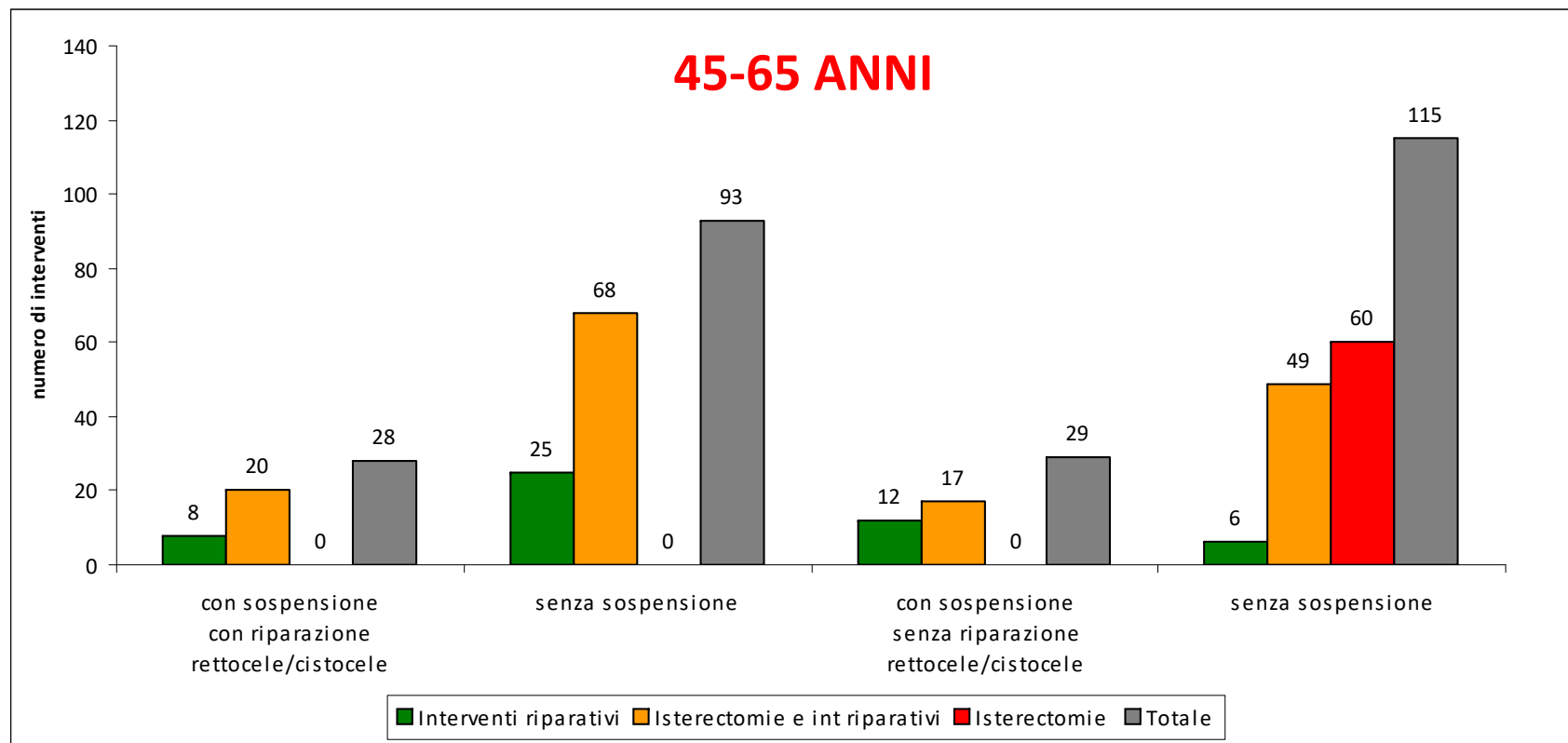
45-65 ANNI

Anno	Isterectomie		Isterectomie e interventi riparativi		Interventi riparativi		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
2009	38	5,9	342	53,0	265	41,1	645	100
2010	41	6,3	333	51,2	276	42,5	650	100
2011	42	6,9	300	48,9	271	44,2	613	100
2012	35	5,6	297	47,7	290	46,6	622	100
2013	36	5,9	304	49,6	273	44,5	613	100
2014	42	7,2	326	55,9	215	36,9	583	100
2015	30	6,0	246	49,1	225	44,9	501	100
2016	40	7,6	230	43,8	255	48,6	525	100
2017	48	9,2	212	40,5	264	50,4	524	100
Totale	352	6,7	2.590	49,1	2.334	44,2	5.276	100

Gli interventi riparativi eseguiti in concomitanza di una isterectomia sono circa la metà degli interventi complessivi, i soli interventi riparativi rappresentano il 44,2% della casistica e le isterectomie il 6,7%.

Figura 7.5

Distribuzione degli interventi effettuati in donne con diagnosi di prolasso uterino in ospedali toscani, anni 2009- 2017 - Suddivisione in base a presenza o assenza di procedure di riparazione del rettocele/cistocele e di sospensione uterina



Nei casi specifici di prolasso uterino, con associato un intervento di riparazione del cistocele/rettocele (n=121), è stata eseguita una sospensione dell'utero nel 23% dei casi (n=28).

Anche quando non è associata una procedura di riparazione di cistocele/rettocele (n=144), una minoranza di interventi vengono eseguiti con sospensione (n=29), vale a dire senza togliere l'utero.



Dr. Gian Luca Bracco
Nuovo Ospedale San Luca – Lucca

gianluca.bracco@uslnordovest.toscana.it