

In questo numero

Ginecologo e ostetrica a confronto

Lesioni urologiche
in corso di Tc

HPV test
vs Pap test

Parto operativo
vaginale mediante
vacuum extractor

Il ginecologo
e la diagnostica
mammaria

ASCUS e AGC:
che fare?

Il ferro nelle età
della donna

AOGOI

ASSOCIAZIONE
OSTETRICI GINECOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI

Rivista *di ostetricia* ginecologia pratica e medicina perinatale

VOL. XXVII N. 2/2012

Organo Ufficiale dell'Associazione Ostetrici
Ginecologi Ospedalieri Italiani
e dell'European Society of Breast Echography

*per una corretta
igiene intima*

ALIS[®]
GININTIMO



24 ore
di **LIBERTÀ** e **FRESCHEZZA**

VELATES s.r.l.



Indice

Editoriale 2

Carlo Maria Stigliano

Ginecologo e ostetrica a confronto 4

Giuseppe Ettore* e Antonella Marchi**

*Ginecologo, Segretario regionale AOGOI Sicilia

**Ostetrica, Presidente Associazione Italiana di Ostetricia (A.I.O.)

Lesioni urologiche in corso di taglio cesareo: come evitarle..... 9

Alessandro Svelato, Alessandra Famà, Silvia Serra, Mario Giuseppe Meroni

S.O.C. Ginecologia e Ostetricia Ospedale Niguarda, Milano

Parto operativo vaginale mediante vacuum extractor 12

Claudio Crescini* e Antonio Ragusa**

*Direttore U.O. Azienda Ospedaliera di Treviglio (BG) - P.O. San Giovanni Bianco

**Responsabile Sala Parto - Ospedale Niguarda, Milano

ASCUS e AGC: che fare? 17

Roberto Piccoli, Alessandra Bertrando, Nicoletta De Rosa, Giada Lavitola

Dipartimento di Ostetricia, Ginecologia e Fisiopatologia della Riproduzione Umana

Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" Napoli

HPV test vs Pap test: primo round 22

a colloquio con Mario Sideri* e Maggiorino Barbero **

*Direttore dell'unità di ginecologia preventiva dell'Istituto europeo di oncologia di Milano

**S.O.C. di Ginecologia e Ostetricia, Ospedale di Asti

Il ginecologo e la diagnostica mammaria: missione impossibile?..... 25

Raffaella Mellano ed Ernesto Principe

U.O. Ginecologia - Ospedale S Croce, Cuneo

Il ferro nelle età della donna: serve davvero? 27

Maurizio Silvestri

U.O.C. Ginecologia e Ostetricia, Presidio ospedaliero San Matteo degli infermi, Spoleto (Pg)

Colophon

Comitato Scientifico

Antonio Chiàntera
Valeria Dubini
Felice Repetti
Carlo Sbiroli
Carlo Maria Stigliano

Direttore Responsabile

Cesare Fassari

Coordinamento

redazionale
Arianna Alberti
Pubblicità
Edizioni Health
Communication
Via Vittore Carpaccio, 18
- 00147 Roma
Tel. 06.594461
Fax 06.59446228

Editore

Edizioni Health
Communication
Via Vittore Carpaccio, 18
- 00147 Roma
Tel. 06.594461
Fax 06.59446228
redazione@hcom.it
Grafica e impaginazione
Giancarlo D'Orsi

Stampa

Artigrafiche srl
Pomezia (Rm)
Sped. in abbonamento
postale
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004
n. 46) Art. 1, comma 1,
DCB Roma

Reg. Trib. di Milano
del 30.07.1986 n. 425

Finito di stampare:
dicembre 2012

Editoriale

di Carlo Maria Stigliano



Ecco il secondo numero della “nuova” Rivista

Dopo il primo numero speciale che ha inaugurato questo nuovo corso della nostra pubblicazione, i consensi manifestati dalle colleghe e dai colleghi di tutta Italia sono stati veramente numerosi e gratificanti, come non era mai accaduto in passato.

Il linguaggio semplice e discorsivo, il taglio eminentemente pratico, gli argomenti di interesse concreto e il fine prettamente informativo/formativo, hanno riscosso un interesse non prevedibile e altissimo tra i lettori. Non è più tempo di stanche liturgie che riprendono modelli di comunicazione superati e stantii: nessuno più si perita di leggere lunghi articoloni dall'incerto impact scientifico, scritti più per racimolare qualche quarto di punto per le cosiddette pubblicazioni ai concorsi che per diffondere un effettivo messaggio di avanzamento scientifico. Internet ha rivoluzionato completamente la comunicazione anche nel campo dell'informazione scientifica: abbiamo capito che i colleghi preferiscono strumenti freschi e concreti di aggiornamento, in modo diretto al cuore del problema, con informazioni pratiche e facilmente comprensibili ed applicabili.

Il format che abbiamo amichevolmente 'imposto' ai colleghi che hanno accettato (con entusiasmo, va sottolineato) di collaborare a questo nuovo corso della Rivista è incentrato su uno schema semplice e pratico: “che cos'è, che cosa si fa, che cosa sarebbe meglio fare e che cosa non fare per evitare danni, come uscire dai problemi, quali sono le raccomandazioni scientificamente validate”. È veramente ciò che quotidianamente i nostri colleghi si chiedono di fronte alla realtà di una disciplina professionale irta di difficoltà oggettive ma anche gravata da un rischio di contenzioso esagerato: non si può lavorare serenamente, soprattutto in sala parto, con l'ansia da denuncia!

In realtà è tutta l'attività dei medici che viene sottoposta ad una pressione mediatica distorta e ad un atteggiamento dei cittadini-utenti incline alla censura continua e “a prescindere”! Per questa ragione dobbiamo fare formazione e informazione costante ed efficace: abbiamo la necessità di fornire strumenti informativi che consentano al ginecologo impegnato in prima linea nell'attività professionale a tutti i livelli di lavorare bene e in sicurezza, ottenendo in tal modo il duplice risultato di una corretta applicazione della medicina basata sull'evidenza e nel contempo di ridurre al minimo il rischio di malpractice e quindi di contenziosi.

Il gradimento raggiunto ci conforta e ci sprona a continuare su questa strada. E quindi eccoci di nuovo: in questo numero troverete articoli piuttosto vivaci e di agevole approccio su alcuni argomenti “difficili” della pratica quotidiana.

Ovviamente soltanto AOGOI poteva essere in grado di realizzare un progetto di aggiornamento con queste caratteristiche: la nostra Associazione è quotidianamente accanto ai ginecologi italiani, vive direttamente

le loro difficoltà e i loro problemi e ne conosce bene le esigenze professionali. Siamo fortemente impegnati ad offrire sostegno, assistenza e competenze ai nostri colleghi: ci proviamo anche nel campo della formazione sia attraverso il web sia con le pubblicazioni come *GynecoAogoi* e questa nostra Rivista.

In questo numero: innanzitutto la spinosa questione della gestione del blocco parto. Il parto fisiologico deve essere giustamente gestito dalle ostetriche, oltretutto ormai vere 'specialiste' in materia: il problema non facile è "chi/come/quando" riconosce il sottile confine con l'inizio della patologia (di competenza e responsabilità del medico-ginecologo) e soprattutto come tutto ciò si concilia con il principio secondo cui il medico "di guardia" rimane comunque responsabile del blocco parto. Ci aspettiamo un'articolata e pacata discussione ad opera dei colleghi e delle nostre amiche ostetriche: i contributi potrebbero essere ospitati nel numero successivo e anche anticipate nel network curato da Carmine Gigli sul sito www.aogoi.it

Un tema 'scottante' soprattutto per i più giovani: sembra banale, ma il rischio di lesioni all'apparato urinario in corso di TC è sempre presente: come prevenirlo, come trattare eventuali danni?

Utile e interessante per una buona e corretta pratica clinica: come utilizzare al meglio la ventosa ostetrica, consigli pratici da chi ha grande esperienza in materia.

Altro tema interessante è costituito dalle diagnosi "borderline" nel Pap test, in particolare l'ASCUS e l'AGC, diagnosi/non diagnosi che generano spesso incertezze interpretative e inducono ad esami inutili e costosi, con inevitabile aggravio di ansia per la donna e problemi per il ginecologo.

Un argomento collegato in qualche modo al precedente è il ruolo dell'HPV-test: si sta provando a sostituirlo al tradizionale Pap test nello screening del cervico-carcinoma; i ginecologi italiani sono molto perplessi, che ne pensano due esperti della materia?

Ancora, il ginecologo 'generico' di solito non visita la mammella che pure è parte non irrilevante dell'apparato genitale. È una grave lacuna molto diffusa in Italia, a parte poche Scuole: proviamo a dare incisive e pratiche "istruzioni per l'uso".

E poi: si fa un gran parlare di sostenere l'apporto di ferro alle donne: propaganda o verità scientifica? Proviamo a capire.

Dunque, speriamo di avere offerto un buon ausilio concreto e di facile utilizzo per tutti su argomenti che abbiamo scelto per il loro sicuro impatto pratico. Aspettiamo suggerimenti e consigli per migliorare ancora.

Il nostro impegno è garantito, il risultato... lo dovrete valutare voi.



Domanda e risposta

Ginecologo e ostetrica a confronto

Otto domande per capire meglio, con Giuseppe Ettore e Antonella Marchi, come Ginecologo e Ostetrica possano “ritrovarsi” e “ritrovare” – al di là di un dualismo caratterizzato da livelli di competenze, norme, ruoli e responsabilità – il vero senso del gioco di squadra

Giuseppe Ettore
Ginecologo, Segretario
regionale AOGOI Sicilia

Antonella Marchi
Ostetrica, Presidente
Associazione Italiana di
Ostetricia (A.I.O.)

1.
**La presenza di
ostetriche laureate
costituisce un
avanzamento per
l'ostetricia italiana?**

Antonella Marchi

Sono stati innumerevoli i mutamenti che nell'ultimo decennio hanno trasformato radicalmente la professione dell'Ostetrica: sia sul piano normativo sia per quanto riguarda la formazione di base e post-base.

Sicuramente l'Ostetricia italiana ha guadagnato una professionista con una preparazione teorica di gran lunga superiore rispetto al passato, ma ritengo vi sia la necessità di modificare radicalmente la formazione di base delle ostetriche italiane, che deve essere improntata sull'apprendimento della fisiologia di tutto il percorso della vita della donna e del bambino e da qui ripartire per poter apprendere e comprendere co-

sa devia da questa, in modo “limite” e/o “patologico”.

Il coinvolgimento sempre maggiore delle ostetriche nei contenziosi medico-legali sono la conferma di una grande difficoltà a comprendere le “competenze” e a valutare il “rischio” poiché viene a mancare la base di partenza: la fisiologia.

La seconda criticità riguarda l'insegnamento, che dovrebbe essere conferito a ostetriche in possesso di un curriculum vitae che dimostri il grado di preparazione e che attesti che lavorano solo su evidenza scientifica; una competenza che dovrebbe essere rinnovata con esame biennale e con una commissione composta da

membri del mondo universitario, ospedaliero e dai rappresentanti delle società scientifiche, a garanzia che solo le migliori, le più aggiornate e competenti abbiano la responsabilità della formazione delle ostetriche italiane.

Il passo successivo, non differibile, è quello che vede ostetriche e ginecologi fare briefing mattutini e mensili con il proprio direttore/primario, finalizzati ad apprendere e scambiarsi valutazioni cliniche e a capire anche come tutelarsi lavorando secondo evidenza...se fossi un direttore di clinica non farei sconti a nessuno!

Alcuni direttori già lo fanno, ma sono ancora troppi quelli che non ascoltano le reiterate richieste delle ostetriche. E la cosa incredibile è che sono proprio le ostetriche a chiedere i briefing.

Giuseppe Ettore

La laurea ha rappresentato per le ostetriche una rilevante opportunità per il percorso formativo, la crescita culturale e professionale e la carriera.

Ciò può rappresentare senza dubbio un avanzamento per l'Ostetricia italiana se alcuni punti troveranno e determineranno la piena applicazione, sinergia e responsabilità.

In particolare:

- si rende necessaria la rimodulazione dei percorsi formativi del triennio in termini di contenuti, per l'eccessivo carico teorico non surrogato da un sufficiente training pratico e per una scarsa formazione del lavoro in team;
- il nuovo profilo dell'ostetrica dovrebbe comunque conservare quella precisa identità che ha contribuito a scrivere la storia dell'Ostetricia come professionista della nascita fisiologica e delle fasi più significative della vita della donna;
- l'esercizio del proprio ruolo come professionista in autonomia e nel team, nel richiamare non indifferenti livelli di responsabilità, non ha raggiunto ad oggi – nel privato e nel pubblico, nelle strutture territoriali e ospedaliere – una ben netta identità.

2. Ci sarà un miglioramento della qualità dell'assistenza e della sicurezza per le gravide e in sala parto?

Antonella Marchi

La sala parto e tutto il reparto di ostetricia, ginecologia, neonatologia e sale chirurgiche potranno essere migliorate nella qualità e nella sicurezza se anche i direttori impareranno ad avere una maggiore considerazione per le proprie ostetriche e si attiveranno a:

1. effettuare briefing mattutini e mensili con il personale, conferendo anche incarichi per gratificare le persone e farle sentire parte di un team, in cui ostetriche e ginecologi sono complementari.
2. Inserire solo personale composto da ostetriche e OSS per il supporto alberghiero.
3. Pretendere dall'azienda che le proprie ostetriche si occupino dell'assistenza a donne e bambini anziché lavare la sala parto, fare i letti, sporzionare il cibo e quant'altro e venga ammonito chi, facendo leva sul posto di lavoro, impone la copertura dei turni, scoperti per la carenza del personale. Un numero ridotto di ostetriche non può essere in grado di garantire una buona assistenza e la sicurezza di madre e bambino nel parto! Le carenze di personale non sono un problema dei direttori di clinica né delle ostetriche, ma lo sono per le Direzioni sanitarie e per i direttori generali delle aziende, quindi impariamo a scaricare il problema su chi è lautamente retribuito per risolverlo!
4. Obbligare i propri uffici formazione aziendali a formare annualmente il proprio personale; a stabilire con le categorie il piano formativo, che dal livello 1-2 (effettuazione del corso

e consegna Ecm) deve passare al livello 3-4 (dopo l'effettuazione del corso, portare sul campo quanto si è appreso); a progettare, per l'anno in corso, i propri obiettivi, da raggiungere attraverso gli indicatori di esito, risultato e processo.

5. Analizzare, a fine anno, i dati in maniera sistematica, usando questo strumento per individuare e risolvere problemi, per migliorare le prestazioni di intervento e far sì che le ostetriche inizino a fare ricerca sul campo.

Giuseppe Ettore

Spero di sì. Il miglioramento sarà reale se l'ostetrica, consapevole pienamente delle proprie competenze, ruoli e responsabilità nell'ambito del team e non, saprà determinare, difendere e consolidare la propria identità di professionista in autonomia e integrata nel team.

Non si potrà produrre e consolidare qualità, appropriatezza, sicurezza e umanizzazione in tutto il percorso nascita e in sala parto se le ostetriche, in particolare, i ginecologi e le istituzioni non aiuteranno le ostetriche in tal senso.

3. La figura delle ostetriche laureate cambia i compiti del medico e dell'ostetrica in sala parto?

Antonella Marchi

Non penso che un titolo di studio possa modificare quelle che sono le competenze di due professionisti in sala parto, normati in modo chiaro; purtroppo spesso le criticità emergono a causa dell'incomprensione da parte di entrambi riguardo l'inizio e la fine dei relativi ambiti di competenza. Questo per difficoltà di comunicazione e mancanza di briefing!

Ritengo che il medico dovrebbe rispettare il *saper fare* dell'ostetrica nell'ambito della fisiologia mentre l'ostetrica dovrebbe avere la responsabilità di far intervenire il medico quando rileva che da una situazione fisiologica si passa ad una situazione patologica. Ma entrambi devono vigilare ("garbatamente") l'uno sull'altro e condividere le scelte terapeutiche: questo li renderebbe parte di un team... che è poi il motivo che ci ha spinti, ostetriche e ginecologi insieme, a creare un'associazione come l'A.I.O.! Diciamo che siamo tutti in ritardo, ma ancora in tempo, per dimostrare maggiore maturità e complementarietà.

Giuseppe Ettore

A mio avviso no! L'ostetrica laureata, con il triennio e ancor di più con il biennio (specialistica), ha acquisito una veste giuridica che da una parte implementa competenze ruoli e carriera e dall'altra i livelli di autonomia e responsabilità. Nel variegato contesto italiano, per l'ostetrica ciò purtroppo non ha determinato, ad oggi, né la piena autonomia né la piena integrazione e identità nei profili assistenziali territoriali (consultori) e di I e di II livello ospedaliero.

Spesso in molte realtà ci sono medici che svolgono i ruoli delle ostetriche, interferendo ed alterando la fisiologia del parto, così come ci sono ostetriche che assumono ruoli decisionali in condizioni patologiche, in ciò sostituendosi ai medici.

Pertanto, si rende necessaria e improcrastinabile una condotta organizzativa integrata e contestuale tra ostetriche, medici e le figure professionali del percorso nascita (neonatologi, anestesisti, infermieri) nella formazione, nel management, nell'audit e nella responsabilità.

Solo così ostetriche e medici potranno ritrovarsi e ritrovare non solo le proprie competenze, i ruoli e le responsabilità ma soprattutto l'armonia per valorizzare il senso del gioco di squadra.

4. Il ginecologo avrà meno responsabilità nell'attività di sala parto?

Antonella Marchi

Il ginecologo sarà sempre responsabile per quanto di sua competenza, così come l'ostetrica, per il principio dell'affidamento per il quale ogni componente di un'equipe deve confidare nel corretto comportamento dei propri collaboratori ed è obbligo di tutti valutare criticamente l'attività dei colleghi "in vigilando"...non esiste più un rapporto gerarchico poiché con la legge n. 42/1999 l'ostetrica non è più una figura "ausiliaria" del medico.

Giuseppe Ettore

Absolutamente no! Nel nostro ordinamento sanitario, anche se aumenteranno i centri ospedalieri con aree parto a gestione autonoma delle ostetriche (come si auspica), la figura del medico non potrà (e non deve) sottrarsi alle responsabilità derivate dalla gestione dei quadri clinici patologici che necessitano di trattamenti in urgenza/emergenza. In tutto ciò la competenza e il ruolo dell'ostetrica, per la costante presenza accanto alla gestante, è determinante nella valutazione del monitoraggio del benessere fetale e delle condizioni cliniche della donna.

5. Come si realizzeranno nella pratica clinica i rapporti gerarchici in sala parto tra medico e ostetrica e verso il resto del personale?

Antonella Marchi

Parlare ancora oggi di "rapporti gerarchici" significa non riconoscere alle ostetriche il loro ruolo di Professioniste della Fisiologia. L'ostetrica ed il ginecologo, secondo le attuali normative, sono professionisti che lavorano in totale autonomia ed in equipe per quanto riguarda le situazioni limite (poiché l'ostetrica chiede il consulto al medico prima di prendere una decisione clinica) e quelle patologiche; ma è nella patologia che il ginecologo diviene il primo operatore che decide il processo di cura e l'ostetrica il secondo operatore responsabile del piano assistenziale, come avviene ormai da 20 an-

ni nel resto dei paesi europei.

Per quanto riguarda invece il personale di supporto, ginecologo e ostetrica si avvalgono delle loro prestazioni; l'ostetrica, da Profilo Professionale, è responsabile della sua formazione sul campo ma questo non toglie nulla al medico!

Giuseppe Ettore

Medici e ostetriche, alla pari, devono condividere e pianificare i protocolli assistenziali del percorso nascita nella continuità dal territorio all'ospedale e dall'ospedale al territorio attraverso strumenti che possono facilitare i profili di competenze e dei ruoli e ridurre le criticità.



Tutto ciò non è e non può essere ordinato da rapporti gerarchici nel merito bensì esclusivamente nei vari ruoli di responsabilità. Medico e ostetrica non possono finalizzare la loro opera all'interno di un dualismo caratterizzato solo da livelli di competenze, norme, ruoli e responsabilità ma devono operare in una pie-

na sinergia che porti dalla condivisione alla complementarietà in tutto e per tutto. In tali condizioni i rapporti con le altre figure professionali verranno facilitati e orientati secondo le buone norme assistenziali della EBM, con l'obiettivo prioritario di tutelare la normalità del parto.

6. Chi valuta i limiti della fisiologia e il campo della patologia in sala parto?

Antonella Marchi

L'ostetrica valuta la fisiologia e, nelle situazioni limite, chiede il consulto del ginecologo per prendere le decisioni cliniche appropriate. Ovviamente per arrivare a questo livello di competenza deve saper leggere, studiare e interpretare le evidenze scientifiche anche attraverso il briefing di reparto. Il ginecologo ha una competenza di supporto e, quando l'ostetrica riscontra situazioni devianti e patologiche, deve assolutamente richiederne l'intervento. Credo che il primo degli obiettivi di ogni specialista ginecologo ostetrico sia di avere al proprio fianco un'ostetrica preparata, colta, che sa fare in modo competente il suo lavoro!

Giuseppe Ettore

Se si è consapevoli del difficile limite tra fisiologia e patologia si comprende il valore aggiunto del rapporto di complementarietà a cui devono giungere i professionisti del parto (medici e ostetriche). Per fare ciò si rende indispensabile un percorso di formazione di verifica e di controllo degli esiti combinato e mai disgiunto. Tale metodologia è poco diffusa nel nostro paese e si preferisce lavorare per compartimenti stagni. L'esperienza realizzata e promossa da qualche anno dall'Associazione Italiana di Ostetricia (A.I.O.) vuole indicare – nel coinvolgimento alla pari di ostetriche e medici in ogni atto professionale, dalla formazione alla ricerca – la strada vincente.



7.
In caso di parto fisiologico, assistito interamente dall'ostetrica laureata, il medico di guardia rimane comunque responsabile di eventuali eventi negativi emergenti a distanza di tempo?

Antonella Marchi

Anche questo concetto di responsabilità è piuttosto superato, in quanto ogni professionista è responsabile in primis del suo comportamento clinico e delle sue decisioni, ma lo è anche in vigilando sull'equipe. Quindi se l'ostetrica prende decisioni errate il medico specialista ha il dovere di intervenire in vigilando, così come l'ostetrica ha il dovere di intervenire se vede un medico compiere un errore, entrambi nelle forme civili e di educazione. Per tale motivo ritengo che ognuno dei professionisti abbia la responsabilità verso se stesso di essere aggiornato e di svolgere la professione secondo l'evidenza scien-

tifica. Poi ha la responsabilità morale di creare un vero team, in cui si lavora per il benessere della donna e del suo bambino e per il benessere del team!

Giuseppe Ettore

Il medico di guardia è sempre responsabile! Nel caso di aree organizzate per la gestione del parto (a basso rischio) – in totale autonomia strutturale, organizzativa e assistenziale da parte delle ostetriche, con protocolli condivisi e approvati dall'ente sanitario – il medico non può rispondere di esiti di casi clinici in cui non sia stato in precedenza coinvolto.

8.
In caso di evento avverso, come si configureranno in futuro ruoli e responsabilità dinanzi al magistrato?

Antonella Marchi

Come già detto, ognuno per le proprie competenze, per il proprio sapere e saper fare, ma comunque in vigilando sull'altro/a.

Giuseppe Ettore

Tranne che per i casi di colpa grave del singolo componente l'equipe, è auspicabile che dinanzi

al magistrato – medico e ostetrica – si trovino sempre insieme e in sintonia e non l'uno contro l'altro (come spesso accade).

La complessità della professione ostetrica per l'assistenza al parto non può essere affrontata e difesa in modo disgiunto: è l'azione e la responsabilità dell'equipe che deve prevalere e deve essere difesa.

Lesioni urologiche in corso di taglio cesareo: come evitarle

Pur se poco frequenti, le lesioni urinarie in corso di cesareo sono evenienze possibili e da temere. Per questo è necessario che tutti gli operatori mantengano sempre un costante e alto livello di vigilanza. Ecco qualche consiglio utile per la prevenzione del danno

Alessandro Svelato
Alessandra Famà
Silvia Serra
Mario Giuseppe Meroni

S.O.C. Ginecologia
e Ostetricia, Ospedale
Niguarda, Milano

Introduzione

Le lesioni iatrogene del tratto urinario in corso di taglio cesareo, benché poco comuni, possono essere responsabili di significative sequele a breve e lungo termine. Gli organi più frequentemente coinvolti sono la vescica e il tratto distale dell'uretere (1-3). I danni possibili sono: soluzioni di continuo della parete vescicale, angolazioni ed occlusioni ureterali causate da posizionamento errato di suture, e danni diretti dell'uretere, causati da schiacciamento, ischemia, danno termico e parziale o totale sezione (3-5).

Potenziali complicanze includono: tempo operatorio prolungato, infezioni del tratto urinario, prolungata permanenza del catetere vescicale e la formazione di fistole vescico-uterine e vescico-vaginali (6-8).

Dalla revisione della letteratura si evince un'incidenza che varia dallo 0,0016% allo 0,94% per le lesioni vescicali e dello 0,09% per le lesioni ureterali (3-4-9-10).

Fattori di rischio

Possono essere classificati in fattori di rischio patologici remoti e fattori di rischio legati all'anamnesi ostetrica.

I principali fattori di rischio patologici remoti sono: i pregressi interventi chirurgici pelvici, l'endometriosi, la terapia radiante con interessamento della pelvi, la Malattia Infiammatoria

Pelvica (PID) e la diverticolite (11).

I fattori di rischio legati all'anamnesi ostetrica sono: pregressi tagli cesarei, il livello della parte presentata, la situazione fetale (quindi le anomalie di presentazione), basse epoche gestazionali (<32 sett.), il taglio cesareo a dilatazione completa, il taglio cesareo in emergenza, la rottura prematura delle membrane (PROM) e la macrosomia fetale (12-14).

Tra i fattori menzionati, uno dei più importanti è la presenza in anamnesi di interventi chirurgici pelvici e in particolare la presenza di pregressi tagli cesarei. Infatti la letteratura riporta un'incidenza complessiva di lesioni vescicali durante taglio cesareo pari allo 0,31%, con un'incidenza dello 0,19% nei tagli cesarei primari e dello 0,6% in tagli cesarei ripetuti (15).

Un pregresso taglio cesareo è quindi un significativo fattore di rischio per le lesioni vescicali, con un rischio quattro volte maggiore per le pazienti precesarizzate rispetto a quelle che vengono sottoposte a taglio cesareo primario. Tale dato è da imputare alla formazione di tenaci aderenze tra vescica e segmento uterino inferiore (SUI), che potrebbero anche condurre alla lesione vescicale durante la sua dissezione dal SUI. Inoltre, il 43% dei danni vescicali si verificano durante la preparazione della plica vescico-uterina (14).

Tale dato è estremamente importante, in considerazione dell'attuale trend in aumento dei tagli cesarei e che, come conseguenza, condurrà a un aumento di tagli cesarei ripetuti. Tutto ciò si rifletterà verosimilmente in un aumento delle complicanze legate ai tagli cesarei, tra cui anche quelle del tratto urinario.

È stata anche rilevata una correlazione con l'età e la parità delle gravide; in realtà si tratta di un bias dovuto al fatto che più facilmente le donne sottoposte a tagli cesarei ripetuti sono di età maggiore ed hanno un numero maggiore di figli rispetto alle donne sottoposte al primo taglio cesareo (9).

I cesarei eseguiti in urgenza costituiscono un altro fattore di rischio, e secondo alcuni autori anche superiore rispetto alla presenza di pre-

FATTORI DI RISCHIO**PATOLOGICI REMOTI**

- Pregressi interventi chirurgici pelvici
- Endometriosi
- Terapia radiante
- PID
- Diverticolite

OSTETRICI

- Pregressi tagli cesarei
- Livello della parte presentata
- Situazione fetale (malposizioni)
- Basse epoche gestazionali (<32 sett.)
- Taglio cesareo a dilatazione completa
- PROM
- Macrosomia fetale
- Taglio cesareo eseguito in Urgenza

COME EVITARE I DANNI DEL TRATTO URINARIO

- Adeguata preparazione e studio preoperatorio della paziente
- Adeguata conoscenza e comprensione dell'anatomia dell'apparato urogenitale
- Utilizzare tecnica chirurgica meticolosa e metodica
- Mantenere sempre costante alto livello di vigilanza



Il fattore più importante al fine di ottenere un outcome soddisfacente in caso di lesioni del tratto urinario è l'identificazione precoce e il controllo del danno durante l'intervento

gressi tagli cesarei in anamnesi (12-16-17). Infatti l'aumento del rischio di lesioni vescicali e ureterali è insito nel carattere urgente, improvviso e stressante di un intervento chirurgico non programmato. In tali circostanze la rapidità di esecuzione, la non adeguata preparazione della plica vescico-uterina e una breccia uterina molto ampia, realizzata al fine di estrarre rapidamente e facilmente il feto, possono aumentare la probabilità di danno vescicale. Inoltre una larga incisione uterina potrebbe estendersi verso il legamento largo determinando la necessità di apporre punti di sutura che aumentano il rischio di danno anche ureterale.

La percentuale di rischi aumenta ulteriormente se l'intervento in urgenza viene eseguito in una paziente con pregresso taglio cesareo, o a dilatazione completa o nei casi in cui vi sia un feto malposizionato, in cui sarà necessario eseguire manovre più indaginoze per l'estrazione. Tali manovre provocano talvolta l'allargamen-

to dell'incisione e in presenza di dilatazione completa l'incisione risulta inoltre troppo caudale in rapporto con la cervice uterina. La breccia si estende facilmente al legamento largo, giunge ad interessare il peduncolo vascolare uterino e pone dei seri problemi di emostasi e di vicinanza all'uretere. Nella fretta di ottenere una emostasi adeguata, si possono porre a dimora dei punti che talvolta angolano l'uretere pur senza lederlo direttamente stirando il tessuto circostante, oppure pinzandolo nell'avventizia, o transfiggendolo.

Il fattore più importante al fine di ottenere un outcome soddisfacente in caso di lesioni del tratto urinario è l'identificazione precoce e il controllo del danno durante l'intervento. Infatti la mancata identificazione e riparazione del danno vescicale o ureterale durante l'intervento, può aumentare le sequele a lungo termine, tra le quali il danno renale e la formazione di fistole genito-urinarie (17-20).

In questi casi la correzione risulta ostacolata da diversi fattori: innanzitutto le sale predisposte per il parto cesareo non sono dotate degli strumenti necessari per gli urologi e inoltre, l'utero ingrandito e la congestione vasale tipica della gravidanza rende difficoltosa la dissezione chirurgica di vescica ed ureteri pelvici.

Solo il 51,6% dei danni vescicali e l'11,5% dei danni ureterali sono identificati e trattati durante la chirurgia primaria (21).

Le lesioni vescicali spesso sono identificabili per la visualizzazione della fuoriuscita di urina chiara sul campo operatorio, o per la comparsa improvvisa del palloncino del catetere di foley in addome, o per l'identificazione di lesioni francamente visibili del muscolo detrusoriale o per la presenza di ematuria nel sacchetto delle urine (22-23). Nel caso in cui non sia identificabile una lesione franca, ma vi sia il sospetto di avere leso la vescica, è utile instillare attraverso il catetere di foley blu di metilene diluito con soluzione salina e osservare il campo operatorio al fine di evidenziare l'eventuale punto di lesione (11).

Un'ampia soluzione di continuo della vescica potrebbe comportare anche un coinvolgimento ureterale, soprattutto se ad essere interessata è la parete posteriore della vescica. In questi casi è raccomandabile eseguire la cateterizzazione degli ureteri, anche a costo di ampliare la lesione vescicale. Se la vescica fosse intatta e si sospettasse un danno ureterale a tutta parete, è indispensabile eseguire un incannulamento ureterale (17).

Come evitare i danni del tratto urinario

Al fine di ridurre le lesioni del tratto urinario, è raccomandabile una adeguata preparazione

preoperatoria della paziente. È necessario indagare i fattori di rischio patologici remoti e i fattori di rischio legati all'anamnesi ostetrica, al fine di identificare le pazienti ad alto rischio di andare incontro a lesioni vescicali.

È necessario utilizzare una tecnica chirurgica meticolosa e metodica basata su un'adeguata comprensione e conoscenza dell'anatomia dell'apparato urogenitale.

Nelle pazienti già sottoposte a taglio cesareo è raccomandabile scollare la vescica tenendo presente che: il piano di clivaggio è caudale e non craniale rispetto alla pregressa cicatrice; se si incide al di sopra della pregressa cicatrice, si rischia

di incidere la parete muscolare e non il SUI, con conseguenti difficoltà nella successiva riparazione e aumento della perdita ematica.

Lo scollamento della vescica deve prevedere l'identificazione del corretto clivaggio e l'evidenza del piano che risulta esangue (11).

Ricordare che le lesioni ureterali sono più frequenti a sinistra, in quanto l'uretere sinistro è più vicino alla cervice rispetto a quello destro (24-25). Infine si raccomanda a tutti gli operatori di mantenere sempre un costante alto livello di vigilanza perché, pur se poco frequenti, le lesioni urinarie in corso di cesareo sono evenienze possibili e da temere.

PER SAPERNE DI PIÙ

- Chan Jk., Morrow J and Manetta A. Prevention of ureteral injuries in gynecologic surgery. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:1273
- Daly JW and Higgins KA. Injury to the ureter during gynecologic surgical procedures. *Surg Gynecol Obstet* 1988; 167:19
- Kaskarelis D, Sakkas J, Aravantinos D, Michalas S and Zolotas J. Urinary tract injuries in gynecological and obstetrical procedures. *Int Surg* 1975; 60:40
- Rajasekar, D. and Hall, M.: Urinary tract injuries during obstetric intervention. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104:731
- Thomas DP, Burgess, NA, Gower, R. L. and Peeling WB. Ureteric injury at caesarean section. *Br J Urol* 1994; 74:122
- Vu KK, Brittain PC, Fontenot JP, Harlass FE, Hawley- Bowland CG, Diaz-Ball F. Vesicouterine fistula after cesarean section: a case report. *J Reprod Med* 1995;40:221-2
- Buckspan MB, Simha S, Klotz PG. Vesicouterine fistula: a rare complication of cesarean section. *Obstet Gynecol* 1983 suppl;62:64s-66s
- Iloabachie GC, Njoku O. Vesico-uterine fistula. *Br J Urol* 1985;57:438-9
- Eisenkop SM, Richman R, Platt LD and Paul RH. Urinary tract injury during caesarean section. *Obstet Gynecol* 1982; 60:591
- Jones OH. Cesarean section in present-day obstetrics. Presidential address. *Am J Obstet Gynecol* 1976; 126:521
- Soundra Pandyan GV et al. Iatrogenic bladder injuries during obstetric and gynecological procedures. *Studi Med J* 2006; 28(1):73-6
- Nielsen TF, Hokegard KH. Cesarean section and intraoperative surgical complications. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1984;63:103-8
- Gungorduk K, Asicioglu O, Celikkol O, Sudolmus S, Ark C. Iatrogenic bladder injuries during caesarean delivery: a case control study. *J Obstet Gynaecol*. 2010;30(7):667-70
- Maureen G. et al. Risk Factors for Bladder Injuries During Cesarean Delivery. *ACOG* 105(1): 156-160
- Eisenkop SM, Richman R, Platt LD, Paul RH. Urinary tract injury during cesarean section. *Obstet Gynecol* 1982; 60:591-6
- Van Ham, MA, van Dongen PW and Mulder J. Maternal consequences of caesarean section. A retrospective study of intra-operative and postoperative maternal complications of caesarean section during a 10-year period. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;74: 1
- Yossepowitch O et al. Urological injuries during cesarean section: intraoperative diagnosis and management. *The Journal of Urology*; 172: 196-9
- Lenkovsky Z, Pode D, Shapiro A and Caine M. Vesicouterine fistula: a rare complication of caesarean section. *J Urol* 1988; 139:123
- Nabi G, Hemal AK, Kumar M, Ansari MS and Dorairajan LN. Diagnosis and management of postcaesarean ureterouterine fistulae. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2000;11:389
- Hemal AK, Kumar R and Nabi G. Post-caesarean cervicovesical fistula: technique of laparoscopic repair. *J Urol* 2001; 165:1167
- Gilmour DT, Dwyer PL, Carey MP. Lower urinary tract injury during gynecologic surgery and its detection by intraoperative cystoscopy. *Obstet Gynecol* 1999; 94: 883-889
- Reynaldo G, Ceballos L, Coburn M, JN Corriere, MC Dixon, Lobels B, et al. Consensus statement on bladder inkuries. *BJU International* 2004; 94: 27-32
- Utrie JW Jr. Bladder and ureteral injury: prevention and management. *Clin Obstet Gynecol* 1998; 41:755-763
- Matani YS, Bani-Hani KE, Bani-Hani IH. Ureteric injuries during obstetric and gynecologic procedures. *Saudi Med J* 2003; 24:365-8
- Onuora VC, al-Mohalhal S, Youssef AM, Patil M. Iatrogenic urogenital fistulae. *Br J Urol* 1993; 71:176-8



Parto operativo vaginale mediante vacuum extractor

Claudio Crescini

Direttore U.O. Azienda
Ospedaliera di Treviglio (BG)
P.O. San Giovanni Bianco

Antonio Ragusa

Responsabile Sala Parto
Ospedale Niguarda Milano

L'intervento operativo vaginale, sia con ventosa ostetrica che con forcipe, è indicato quando vi è una reale necessità di accorciare la durata del periodo espulsivo per motivi relativi al benessere fetale o materno. Questo semplice e chiaro vademecum ci introduce alle principali regole per una corretta e sicura applicazione della ventosa ostetrica

Innanzitutto prendiamo in considerazione le 10 condizioni permettenti l'applicazione di ventosa ostetrica:

1. La dilatazione cervicale deve essere completa
2. La presentazione deve essere cefalica
3. La testa fetale deve essere impegnata quindi il vertice deve essere al disotto della linea che congiunge le spine ischiatiche oppure si deve apprezzare meno di un quinto della testa con la palpazione addominale sovrapubica oppure mediante esplorazione vaginale non si riesce a risalire con le dita tra la testa fetale e la sinfisi pubica oltre il margine inferiore della stessa
4. Si deve riconoscere la posizione della testa fetale individuando la sutura sagittale e la posizione della piccola fontanella
5. La vescica deve essere vuota
6. Deve essere presente il pediatra o il neonatologo ed in ogni caso devono essere garantite le manovre di rianimazione neonatale

7. Ci deve essere la possibilità organizzativa di eseguire un taglio cesareo di emergenza in caso di fallimento entro 15 minuti se l'indicazione è alterazioni del BCF, entro 30' se l'indicazione è arresto della progressione della pp
8. L'operatore deve avere una buona conoscenza della semeiotica e dei meccanismi del periodo espulsivo, della tecnica operativa e della gestione delle possibili complicanze
9. Se l'operatore non ritiene di avere una adeguata esperienza deve chiamare in affiancamento un collega più esperto
10. La paziente deve essere informata di quanto si intende fare e deve essere consenziente.

Le principali regole di sicurezza nell'applicazione della ventosa riguardano:

1. la verifica di tutte le condizioni permissenti
2. l'applicazione della coppetta della ventosa il più possibile sul punto di flessione della testa fetale, che si trova sulla sutura sagittale a 3 cm dalla piccola fontanella
3. la durata dell'intera applicazione, che dovrebbe essere contenuta nei 15 minuti
4. le trazioni, che devono essere concomitanti alla contrazione uterina ed alla spinta della donna
5. la testa, che deve progredire anche di poco ad ogni trazione
6. le trazioni, che non dovrebbero essere superiori al numero di 6
7. l'asse della trazione, che deve essere rivolto verso il basso fino all'incoronamento della testa a livello vulvare
8. In caso di distacco della coppetta dalla testa fetale è consentita una sola riapplicazione ed in presenza di un ostetrico esperto.

Come prevenire il parto operativo vaginale

Le azioni che possono ridurre il ricorso al parto operativo vaginale sono: l'attivo sostegno della donna durante il travaglio di parto (1) e le posizioni verticali rispetto a quelle supine o litotomiche in periodo espulsivo (2). L'analgesia epidurale aumenta il ricorso al parto operativo vaginale (3).

Indicazioni al parto operativo vaginale

Un intervento operativo vaginale sia con ventosa ostetrica che con forcipe è indicato quando vi è una reale necessità di accorciare la durata del periodo espulsivo per motivi relativi al benessere fetale o materno e la via vaginale è preferibile a quella addominale. L'applicazione della ventosa è controindicata in epoca gestazionale inferiore a 34 settimane, di dubbia sicurezza tra 34 e 36 e sicura dopo la 36 settimana. L'indicazione principale all'accorciamento strumentale del periodo espulsivo è rappresentata

dal sospetto che le condizioni di benessere fetale siano compromesse sulla base dei dati della cardiocografia in periodo espulsivo e che il parto per via vaginale possa essere espletato in tempi più brevi rispetto al taglio cesareo.

L'allungamento dei tempi del periodo espulsivo in condizioni di benessere fetale può essere una indicazione al parto operativo vaginale in base ai valori temporali ritenuti fisiologici nel singolo punto nascita ed alle condizioni materne sia fisiche che psichiche determinate da un protratto periodo espulsivo.

In presenza di analgesia peridurale considerare che i tempi del periodo espulsivo si allungano senza necessariamente richiedere il ricorso ad un parto operativo vaginale.

Classificazione del parto operativo vaginale

Il Royal College of Obstetricians and Gynaecologists nell'anno 2011 (4) ha proposto una classificazione adattata da quella dell'American College del 2000, basata su quattro livelli di applicazione dello strumento operativo (ventosa o forcipe):

1. Al piano perineale

La testa fetale è visibile senza la necessità di divaricare le piccole labbra.

La parte ossea della testa fetale ha raggiunto il piano perineale.

La sutura sagittale è o sul diametro antero-posteriore del bacino oppure l'occipite è anteriore o posteriore a destra o a sinistra, ma non necessita di una rotazione maggiore di 45°

La testa fetale è a livello del perineo.

2. Al livello inferiore

La parte ossea della testa fetale (da non confondere con il caput succedaneum) è alla stazione +2 o oltre, ma non ancora al piano perineale.

L'occipite può essere in due posizioni: a 45° o meno dalla posizione occipito-anteriore oppure a più di 45° o in occipito-posteriore.

3. Al medio scavo

La testa fetale è palpabile a livello sovrapubico per non più di un quinto del suo diametro.

La parte ossea della testa fetale è sopra la stazione +2, ma non sopra le spine ischiatiche.

L'occipite può essere in due posizioni: a 45° o meno dalla posizione occipito-anteriore oppure a più di 45° o in occipito-posteriore.

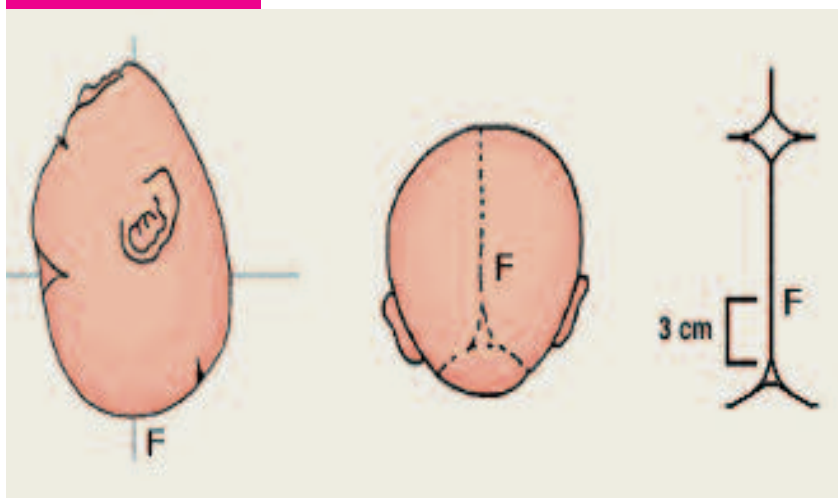
4. A livello alto

Non è consigliabile effettuare un parto operativo vaginale quando la testa fetale è palpabile a livello addominale per 2 quinti o più e quando è sopra il piano delle spine ischiatiche.



In presenza di analgesia peridurale considerare che i tempi del periodo espulsivo si allungano senza necessariamente richiedere il ricorso ad un parto operativo vaginale

FIGURA 1



Punto di flessione sul quale applicare la coppetta della ventosa per favorire la flessione della testa e la sostituzione dei diametri.

Parto operativo di prova con ventosa

In alcune situazioni il rischio di un fallimento dell'applicazione della ventosa è prevedibile e consistente. Tali condizioni sono rappresentate dall'uso del vacuum allo scavo medio quando il diametro biparietale del feto non è ancora a livello delle spine ischiatiche, oppure quando il feto è clinicamente grosso (4000 gr) o la madre in eccesso ponderale (BMI >30) e nelle posizioni posteriori dell'occipite. In questi casi, poiché si può prevedere che ci sia un certo rischio di fallimento del parto operativo, l'applicazione della ventosa può essere considerata "di prova". Poiché in questi casi il danno fetale è correlato al tempo che intercorre tra il fallimento del parto operativo e l'estrazione mediante taglio cesareo (5-6) è indispensabile che la ventosa di prova venga applicata in una realtà organizzativa che permetta l'immediato ricorso al TC in caso di insuccesso.

Quale ventosa utilizzare

Per motivi storici legati alla carenza di una adeguata formazione ostetrica degli operatori di sala parto nel nostro Paese, il ricorso al parto operativo vaginale è in molte realtà evitato e sostituito dal taglio cesareo in periodo espulsivo. Qualora si ricorra al parto vaginale operativo lo strumento adottato è la ventosa ostetrica e non il forcipe.

In molte sale parto italiane è ancora disponibile la ventosa di Malmstrom o simili. Tale ventosa è costituita da una coppetta di metallo a forma di fungo in cui il margine che aderisce alla testa fetale ha un diametro lievemente inferiore rispetto alla restante coppetta. In questo modo durante la creazione del vuoto i tessuti molli della testa fetale vengono risucchiati all'interno della coppetta formando una specie di fungo. Per questo motivo la ventosa di Mal-

mstrom e simili di metallo sono considerate a maggior tenuta (minore percentuale di distacco durante la trazione) rispetto a quelle di plastica rigida tipo Kiwi OmniCup, 21% di fallimenti per le prime contro il 34 % della Kiwi (7-8). Studi più recenti (9) non confermano questa differenza ed attribuiscono alla Kiwi una percentuale di fallimento del 12.9%. Ciò dimostrerebbe che il fallimento del parto operativo non è legato allo strumento utilizzato bensì alle indicazioni e alla esperienza dell'operatore.

Negli ultimi anni si è diffusa anche in Italia la ventosa Kiwy OmiCup (Clinical Innovations Europe Ltd, Abingdon, UK) ideata da Aldo Vacca (10).

Si tratta di una ventosa con coppetta di plastica rigida, monuso, con un indicatore per seguire la rotazione della testa e dotata di un sistema di creazione del vuoto manuale molto semplice inserito nell'impugnatura.

Le ventose morbide con coppetta in silicone sono scarsamente utilizzate poiché, seppur associate a minor trauma sulla testa fetale, hanno una alta percentuale di fallimento per più facile distacco (11).

I fenomeni meccanici e i riferimenti anatomici

I fenomeni meccanici del periodo espulsivo e i riferimenti anatomici che devono essere riconosciuti per una corretta applicazione della ventosa sono:

1. All'inizio del periodo espulsivo (dopo la fase di latenza), quando la testa fetale sta per impegnarsi nel canale del parto, è normale che l'occipite sia in una posizione trasversa o posteriore.
2. In questa fase la sutura sagittale se in posizione trasversa è più vicina al sacro rispetto alla sinfisi pubica, per tale motivo all'espulsione vaginale si apprezzerà maggiormente l'osso parietale anteriore (asinclitismo anteriore). Questo è il motivo per cui se il periodo espulsivo si prolunga e si sviluppa un tumore da parto questo sarà più facilmente localizzato su un parietale.
3. Durante la progressione e discesa le resistenze dei tessuti molli determinano una progressiva rotazione dell'occipite in posizione anteriore sotto la sinfisi pubica. Nel 40% dei casi al momento dell'impegno l'occipite è in una posizione posteriore e deve ruotare di 145° anteriormente per posizionarsi sotto la sinfisi pubica. La rotazione dell'occipite anteriormente è favorita dalla flessione della testa fetale (12).
4. Se tale rotazione anteriore verso la sinfisi pubica non avviene, l'occipite ruota di 45° posteriormente, il periodo espulsivo è prolungato ed il parto avviene in occipito posteriore

Negli ultimi anni si è diffusa anche in Italia la ventosa Kiwy OmiCup (Clinical Innovations Europe Ltd, Abingdon, UK) ideata da Aldo Vacca

(2 - 4.5% dei parti).

5. La testa fetale ha la forma di un ovoide in cui il diametro più piccolo e quindi più favorevole al passaggio nel canale del parto è quello sotto-occipito-bregmatico, mentre quello più sfavorevole è l'occipito-frontale. Il meccanismo della flessione della testa fetale durante l'impegno nel canale del parto porta alla sostituzione del diametro più sfavorevole con quello più favorevole.
6. Trattandosi di un ovoide vi è un punto su di esso dove l'applicazione di una forza di trazione ne determina un cambiamento di asse tale da posizionare l'ovoide stesso con il diametro più favorevole. Tale punto è definito punto di flessione.
7. Il punto di flessione è situato sulla testa fetale a 3 centimetri dalla piccola fontanella lungo la sutura sagittale. Applicando la ventosa su tale punto ed eseguendo una trazione si induce la flessione della testa fetale e si facilita la sua autorotazione in senso anteriore sotto la sinfisi pubica e di conseguenza se ne facilita la progressione (Figura 1).

Tecnica dell'applicazione della ventosa

Verificate tutte le condizioni permissenti, indicazioni e controindicazioni, qualora si ritenga opportuno espletare il parto per via vaginale con l'ausilio della ventosa ostetrica si dovrà individuare il punto di flessione della testa fetale che è situato a 3 cm dalla piccola fontanella lungo la sutura sagittale.

Nell'applicazione al piano perineale il punto di flessione è localizzabile facilmente in quanto si colloca all'introito vaginale, la sutura sagittale è verticale e la testa flessa. Quindi l'applicazione della coppetta può essere fatta direttamente sull'area della testa fetale che appare all'introito vaginale.

Se la testa fetale non ha completato la rotazione e la sutura sagittale è obliqua, ma con l'occipite anteriore e con qualche grado di asinclitismo, in questo caso il punto di flessione non è al centro dell'introito vaginale, ma va ricercato lateralmente e una coppetta sottile tipo Kiwi Omnicup è facilmente posizionabile.

Negli arresti della progressione al medio scavo la sutura sagittale è in posizione occipito-trasversa e spesso si accentua l'asinclitismo anteriore. In questi casi il punto di flessione è molto posteriore ed è facile applicare erroneamente la coppetta sul parietale se non viene ricercato con precisione il punto di flessione. L'asinclitismo posteriore (sutura sagittale vicina alla sinfisi pubica) può essere invece considerato una controindicazione al parto operativo vaginale. Nelle posizioni posteriori dell'occipite la testa fetale è frequentemente deflessa con qualche

FIGURA 2

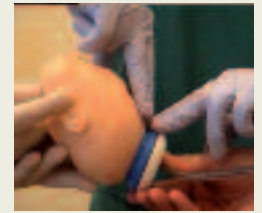
Come valutare la distanza a cui si trova il punto di flessione per collocare correttamente la coppetta



Distanza punta dito medio - art. metacarpofalangea circa 11 cm



Distanza tra punta dito medio - prima art. interfalangea è 6 cm



La coppetta della ventosa è posizionata correttamente sul punto di flessione e la trazione favorirà il movimento di flessione della testa fetale favorendone la rotazione e la flessione

grado di asinclitismo ed il punto di flessione è lontano dall'introito, posterolaterale e dietro il tumore da parto.

Localizzare il punto di flessione

L'individuazione manuale del punto di flessione richiede la conoscenza dell'anatomia della testa fetale ed in particolare di tre riferimenti: piccola fontanella posteriore, grande fontanella anteriore, sutura sagittale mediana.

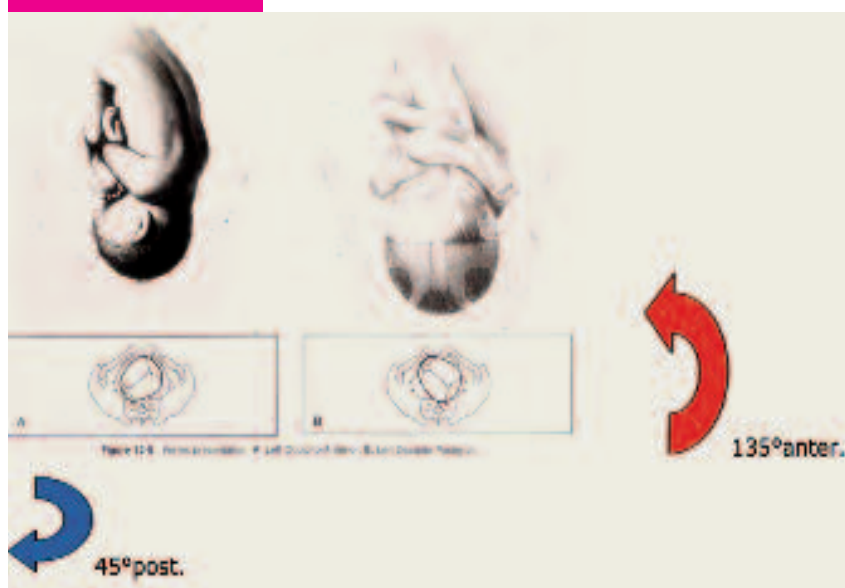
Raggiunta con la punta del dito medio della mano esploratrice la piccola fontanella si retrarrà la mano per 3 centimetri scorrendo lungo la sutura sagittale (la distanza a cui si colloca il punto di flessione dalla piccola fontanella). A questo punto affioreranno alla rima vulvare a livello della forchetta o l'articolazione metacarpofalangea o la prima interfalangea. Questi due riferimenti hanno lunghezze sostanzialmente simili negli esseri umani, la lunghezza punta dito medio-artic. metacarpofalangea è circa 11 cm., mentre la distanza tra punta dito medio-prima art. interfalangea è 6 cm. Utilizzando quindi le dita della mano esploratrice è possibile valutare la distanza a cui si trova il punto di flessione e, grazie ai marcatori centimetrici posti sul cavo di trazione della ventosa (a 6 e 11 cm sulla Kiwi), collocare la coppetta il più precisamente possibile sul punto di flessione stesso (Figura 2).

Autorotazione della testa fetale

Le manovre di trazione della ventosa correttamente applicata favoriscono la flessione della testa ed esercitano una forza traente della stessa nel canale del parto. Queste due azioni favo-

Negli arresti della progressione al medio scavo la sutura sagittale è in posizione occipito-trasversa e spesso si accentua l'asinclitismo anteriore

FIGURA 3



Autorotazione della testa fetale

riscono la rotazione della testa fetale portando l'occipite sotto la sinfisi pubica.

Nelle applicazioni di ventosa su occipite posteriore la testa fetale può ruotare anteriormente di circa 135° e posizionarsi con l'occipite sotto la sinfisi pubica, oppure meno frequentemente ruotare posteriormente e determinare il parto in occipite-posteriore. In ogni caso l'operatore può osservare e valutare in tempo reale l'auto-rotazione della testa fetale osservando il movimento della tacca posizionata alle ore 12 della coppetta (Figura 3).

Asse di trazione della ventosa

Poiché l'asse del bacino in posizione litotomica è diretto verso il basso e l'occipite fetale deve ruotare sotto la sinfisi pubica con un movimento di spiccata flessione l'asse di trazione della ventosa deve essere verso il basso.

Quando la testa fetale è visibile all'introito e la sutura sagittale è antero-posteriore, solo allora è possibile rettilineizzare la trazione.

Se si rettilineizza la forza di trazione troppo precocemente aumenta il rischio di distacco della coppetta.

Consenso e informazione

Le gravide dovrebbero essere informate sulla possibilità di un parto operativo vaginale e la metodica dovrebbe essere illustrata durante i corsi di accompagnamento alla nascita.

Al momento del parto il consenso può essere solo verbale se non esiste la possibilità di un consenso scritto.

Importante è documentare adeguatamente in cartella le ragioni della decisione di ricorrere all'uso della ventosa.

PER SAPERNE DI PIÙ

- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2007;(3):CD003766
- Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth RMD. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev 2000;(1):CD002006
- Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database Syst Rev 2005;(4):CD000331
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Operative vaginal delivery. Green-top Guideline No 26 January 2011
- Obstetrical Care Review Committee. Eighth annual report of the Obstetrical Care Review Committee for the Office of the Chief Coroner for Ontario. January-December 2001. Toronto, Canada: Ontario Medical Association
- Revah A, Ezra Y, Farine D, Ritchie K. Failed trial of vacuum or forceps-maternal and fetal outcome. Am j obstet Gynecol 1997;176:200-4
- Attilakos G, Sibanda T, Winter C, Johnson N, Draycott T. A randomized controlled trial of a new handheld vacuum extraction device. BJOG 2005; 112:1510-5
- Groom KM, Jones BA, Miller N, Paterson-Brown S. A prospective randomised controlled trial of the Kiwi Omnicup versus conventional ventouse cups for vacuum assisted vaginal delivery. BJOG 2006;113:183-9
- Baskett TF, Fanning CA, Young DC. A prospective observational study of 1000 vacuum assisted deliveries with the OmniCup device. J Obstet Gynaecol Can 1008;30:573-80
- Aldo Vacca. Handbook of vacuum delivery in obstetric practice. Vacca Research Brisbane 2003
- Johanson R, Menon V. Soft versus rigid vacuum extractor cups for assisted vaginal delivery (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2 Oxford :Update Software 2001
- Riethmuller D, Teffaud O, Eyraud J-L, Sautière J-L, Schaal J-P, Maillet R. Pronostic maternel et foetal du dégageement en occipito-sacré. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1999;28:41-47

Quando la testa fetale è visibile all'introito e la sutura sagittale è antero-posteriore, solo allora è possibile rettilineizzare la trazione

ASCUS E AGC che fare?

La rapida evoluzione delle conoscenze, in particolare i rapporti fra HPV e cancro cervicale e la recente disponibilità del vaccino HPV, rendono ancor più pressante la necessità di percorsi diagnostici e clinici condivisi e coerenti con le conoscenze scientifiche ma anche attenti ad esigenze di economia sanitaria

**Roberto Piccoli,
Alessandra Bertrando,
Nicoletta De Rosa,
Giada Lavitola**

Dipartimento di Ostetricia,
Ginecologia e Fisiopatologia
della Riproduzione Umana -
Azienda Ospedaliera
Universitaria "Federico II"
Napoli

Il programma di screening per il cervicocarcinoma costituisce un importante modello di medicina preventiva e di integrazione tra molteplici figure professionali, consentendo non solo di ridurre efficacemente la mortalità, ma anche di raccogliere dati di assoluta rilevanza dalla cui analisi possono derivare nuove soluzioni per risolvere le problematiche emergenti. Nella realizzazione dei programmi di screening organizzato sul territorio, i ginecologi sono chiamati alla gestione del II livello (colposcopia, biopsia mirata, terapia, follow-up clinico) e a partecipare agli approfondimenti dei richiami o dei casi positivi. La rapida evoluzione delle conoscenze, in particolare i rapporti fra HPV e cancro cervicale e la recente disponibilità del vaccino HPV, rendono ancor più pressante la necessità di per-

corsi diagnostici e clinici condivisi e coerenti con le conoscenze scientifiche, ma anche attenti ad esigenze di economia sanitaria.

Il sistema di classificazione Bethesda, standardizzato nel 1991 e aggiornato nel 2001, è il sistema di refertazione citologica attualmente in uso a livello mondiale e riconosce come anormali le seguenti categorie: ASCUS, ASC-H, AGC, LSIL, HSIL, AIS, carcinoma squamoso, adenocarcinoma. È innegabile che il sistema Bethesda abbia contribuito, in alcuni Paesi, ad unificare delle terminologie quanto mai varie (classi, sottoclassi, categorie di probabilità/possibilità/compatibilità diagnostica) e ha migliorato così la comunicazione fra citologo e clinico (1). Tuttavia, la soggettività di giudizio e i casi con criteri sfumati sono caratteristiche intrinseche

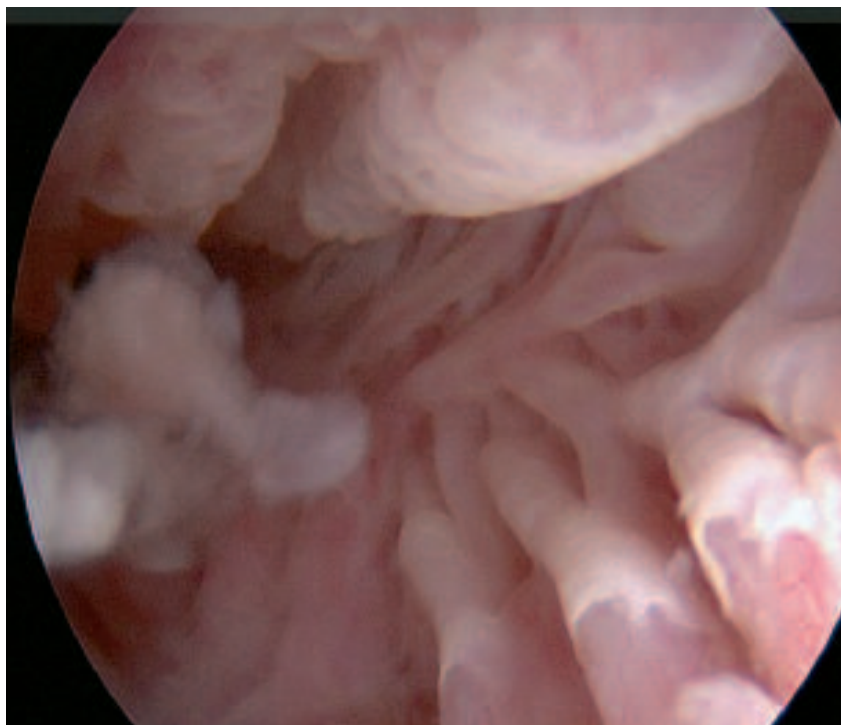
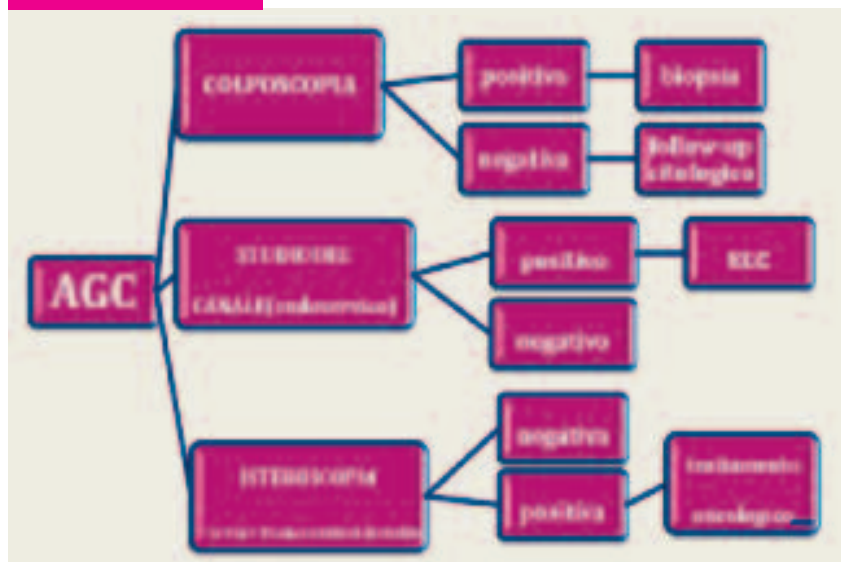


FIGURA 1



Indicazioni alla colposcopia, allo studio del canale cervicale e all'isteroscopia

della citologia (e dell'istologia) ed è dubbio che la sola applicazione di una nomenclatura possa riuscire a cancellare queste prerogative.

La **citologia borderline**, infatti, costituisce una problematica ancora attuale ed importante dello Screening del cervico-carcinoma, rappresentando il più comune risultato di un pap-test "anomalo" per cui si richiedono approfondimenti diagnostici: costi alti quantizzabili, pubblici e privati - visite, pap-test ripetuti, colposcopie, biopsie - e non quantizzabili, per la

paura, lo stress, l'ansia quando non l'angoscia, per la donna.

Problema e gestione

Per "citologia borderline" si intendono le categorie AGC (0,1-1%) e ASC (1-10%) riconosciute dalla classificazione Bethesda del 2001.

Nella categoria AGC rientrano tutte le alterazioni delle cellule ghiandolari, endocervicali o endometriali, che non sono francamente benigne o reattive tipiche, ma neppure presentano quelle alterazioni cellulari sufficienti per una diagnosi di neoplasia.

Nella classe ASC rientrano invece alterazioni delle cellule squamose quantitativamente e qualitativamente ancora insufficienti per una diagnosi definitiva di displasia; ASC non descrive infatti una vera e propria entità diagnostica, ma comprende uno spettro ampio di alterazioni cellulari che possono avere patogenesi infettiva, flogistica, reattiva, metaplastica e anche neoplastica. All'interno di questa categoria si rilevano due sottoclassi: ASC-US "cellule squamose atipiche dal significato indeterminato" e ASC-H "cellule squamose atipiche senza possibilità di escludere una lesione di alto grado".

Il VPP (valore predittivo positivo) delle AGC complessivamente considerate in letteratura è riportato con variazioni molto ampie (dal 9 al 54% per la SIL, dallo 0 all'8% per l'AIS, dall'1 al 9% per l'adenocarcinoma invasivo), ma uno studio recente riporta un VPP complessivo per lesioni ghiandolari e squamose (almeno HSIL) del 72% (55,7% per le sole lesioni squamose) (2).

Una correlazione così alta con quadri patologici sottostanti più gravi, giustifica un iter diagnostico completo ed imprescindibile che prevede colposcopia, studio del canale cervicale ed isteroscopia (Figura 1).

Tale step trova concordi i diversi autori e le linee guida della SICPCV (Società Italiana di Colposcopia e Patologia Cervico Vaginale), della ASCCP (American Society for Colposcopy and Cervical Pathology) e della NCCN (National Comprehensive Cancer Network) (3-5).

L'invio a colposcopia ha la sua base razionale non solo sulla possibilità di identificare le lesioni squamose che possono aver indotto anomalie in cellule ghiandolari e lesioni squamose coesistenti in quanto derivate dalle stesse cellule di riserva totipotenti, ma anche sulla frequente localizzazione a ridosso della GSC delle alterazioni ghiandolari e soprattutto dell'AIS (2).

L'endocervice potrà essere studiata con metodiche cieche (curettaggio del canale cervicale ECC) o con metodiche che cercano di individuare topograficamente l'eventuale lesione, (endocervicoscopia), o con l'escissione cilindrica diagnostica (laser, con ago a radiofrequenza) del tessuto

circostante il canale cervicale. Tutte le metodiche, tranne ovviamente l'ultima, presentano comunque dei limiti diagnostici già nella ricerca delle lesioni endocervicali squamose; tali limiti saranno ancora più importanti nella ricerca delle lesioni ghiandolari.

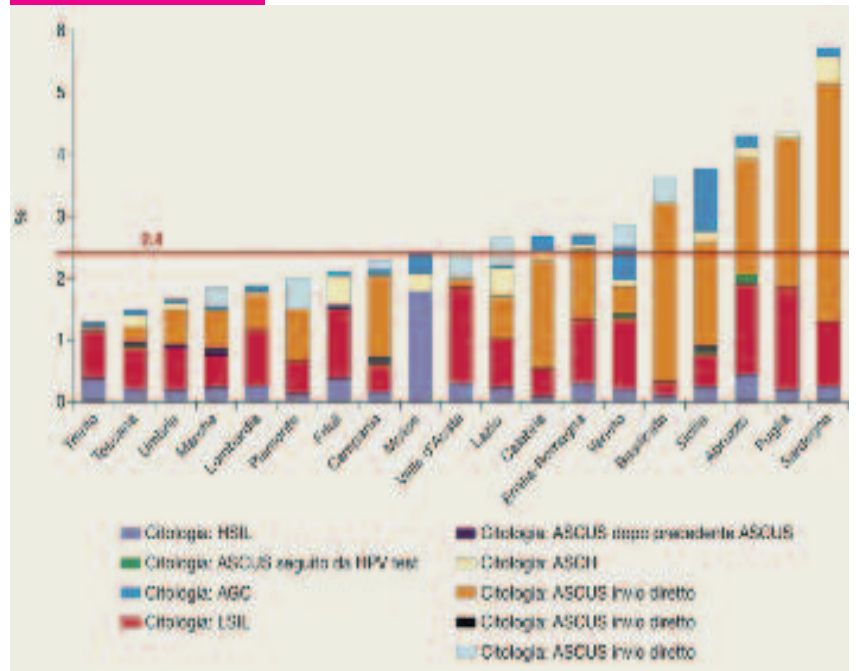
Per lo studio del canale cervicale è nostra consuetudine associare al tradizionale curettage cervicale l'esecuzione dell'endocervicoscopia, una tecnica perfezionata anche nei nostri ambulatori che consente di visualizzare la Giunzione Squamo-Colonnare nel caso non fosse colposcopicamente visibile e di valutare la presenza e l'estensione di un'eventuale lesione endocervicale su cui effettuare un prelievo "guidato" (6). L'isteroscopia è indicata in caso di pazienti con età ≥ 35 anni o in presenza di fattori di rischio per carcinoma endometriale (5).

Per le pazienti con citologia ASC-US, la previsione di avere una diagnosi istologica di CIN 2+ è di circa il 5-17%; l'eventualità di giungere ad una diagnosi istologica di carcinoma è di circa dello 0.2% (7). D'altro canto, per la dimensione della categoria ASC-US, anche se associata ad un basso VPP, il numero assoluto di CIN 2+ non è trascurabile. Infatti, nonostante i programmi di screening pongano al 5% la percentuale di ASC-US quale "indicatore di qualità", tale percentuale è, nella realtà, di gran lunga superiore, e rappresenta il 50% dei richiami per pap-test "positivo" (Fig.2 Survey su attività GISCI 2007). Una diagnosi di ASCUS superiore a questi limiti riflette una sovrastima di modificazioni cellulari benigne o infiammatorie, dovuta, in parte, anche all'assenza di criteri citologici ben codificati. Altre situazioni, infatti, in cui ASC-US può essere una diagnosi "appropriata" comprendono alterazioni cellulari a carico del nucleo indicative ma non patogenomiche di infezione da HPV, metaplasia squamosa atipica, fenomeni riparativi atipici, strisci atrofici e paracheratosi atipica (8). È dimostrato che la citologia ASC-US è, per sua natura, difficilmente riproducibile, anche tra citologi esperti.

L'invio ad accertamento colposcopico di tutte le ASC-US è pertanto sconsigliato poiché comporterebbe accertamenti inutili in oltre il 90% dei casi. Perciò il gold standard della gestione dell'ASC-US sarebbe l'individuazione delle CIN 2+ e la stratificazione degli ASC-US sulla base della presenza di fattori di rischio per la progressione verso il cervicocarcinoma.

La diagnosi ASC-US, inoltre, trova un picco di prevalenza nella fascia d'età compresa tra i 49 ed i 54 anni con ulteriore riduzione del VPP per le lesioni di alto grado rispetto all'età fertile (9). La carenza estrogenica che insorge in questa fase della vita non significa solo modificazione del pH, alterazione dell'ecosistema urogenitale e

FIGURA 2



invasioni batteriche; l'aspetto critico, conseguente all'atrofia progressiva della mucosa cervicale e vaginale, include modificazioni in grado di alterare in modo significativo la composizione e l'interpretazione del reperto colpo-citologico, che possono giustificare l'aumento di prevalenza.

Sebbene esista un consenso generale riguardo la gestione delle lesioni intraepiteliali di alto grado HSIL e dell'ASC-H che vengono indirizzate alla valutazione colposcopica e istologica, non è disponibile un altrettanto condiviso management dei Pap-test che presentano anomalie citologiche ASC-US e che costituiscono la più frequente causa di anormalità in ambito di screening per il carcinoma cervicale.

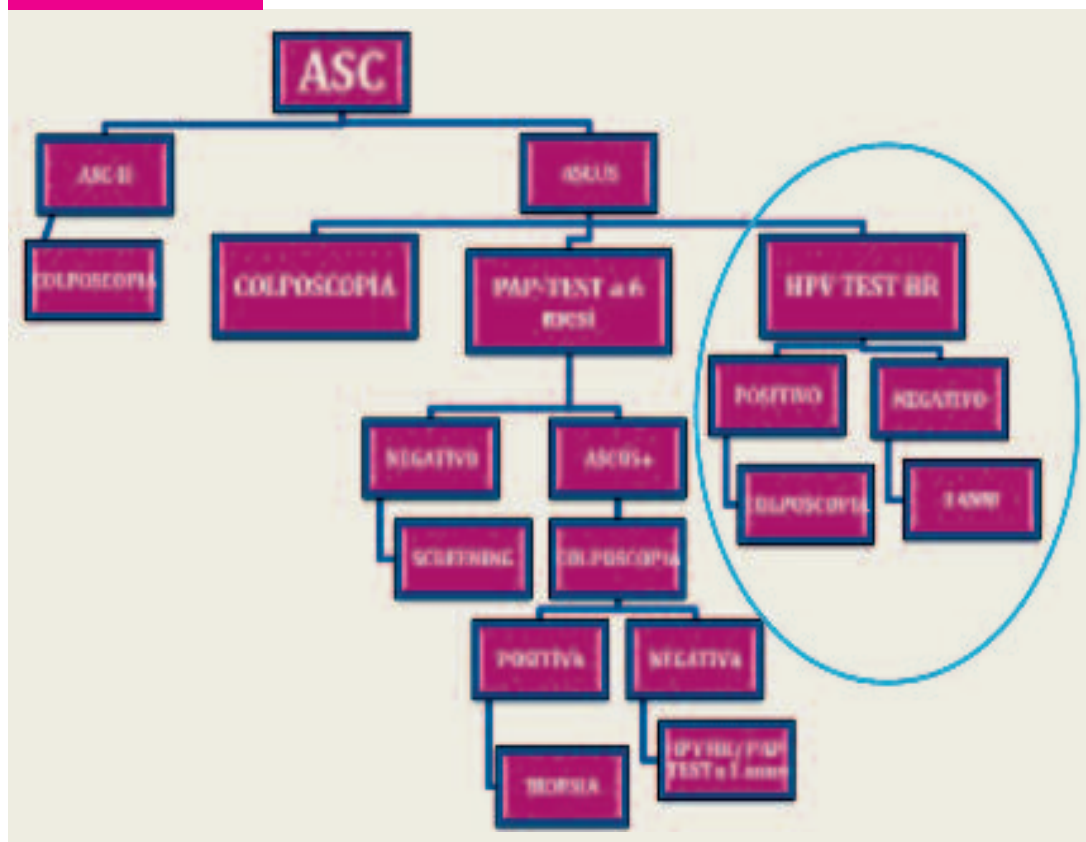
A questo proposito è indispensabile fare riferimento allo studio ALTS, che ha rappresentato la chiave di volta in questo ambito: tale studio multicentrico, randomizzato, sponsorizzato dal National Cancer Institute, ha previsto il confronto, in termini di sensibilità/specificità, delle tre opzioni terapeutiche: colposcopia, citologia ripetuta e HPV test (10).

La colposcopia immediata è stata identificata come l'opzione più sicura, ma con lo svantaggio dei costi elevati e della potenziale sovrastima dei trattamenti necessari.

La citologia ripetuta è stata proposta al fine di ovviare alla sensibilità relativamente bassa di una singola tornata di citologia convenzionale. Infatti la singola ripetizione del pap-test, pur trovando una spiegazione nel fatto che parte

Proporzione di donne inviate in colposcopia (referral rate) per causa. Survey su attività 2007. Distribuzione tra le Regioni (Fonte GISCI 2007)

FIGURA 3



Le pazienti con citologia ASC-US che risultano negative all'HPV DNA test possono essere inviate a un follow-up citologico annuale; quelle che risultano positive dovrebbero essere gestite alla stessa stregua dei casi L-SIL e inviate all'esame colposcopico

della categoria ASC-US sottende una infezione transiente da HPV che solo in una minoranza di casi persisterà al controllo a sei mesi, comporta, pur migliorando il VPP, una flessione della sensibilità, con mancata diagnosi di circa un 20 % di CIN 2+ (3).

L'utilizzo dell'HPV test risulta essere la soluzione più vantaggiosa per il triage della citologia ASC-US, evidenziando una sensibilità nei confronti delle lesioni CIN2+ che oscilla tra l'83% e il 100%. Va tuttavia ricordato come il test per l'HPV presenti una minore specificità rispetto alla citologia, evidenziando anche infezioni latenti e/o transitorie che non hanno ancora prodotto alterazioni citologiche o che potrebbero non determinarle mai. Pertanto, l'utilizzo di HPV test non indicato nei protocolli routinari nello screening primario, può invece essere utile applicato nel triage di lesioni ASC-US identificando le donne che richiedono un più serrato follow-up. Le pazienti con citologia ASC-US che risultano negative all'HPV DNA test possono essere inviate a un follow-up citologico annuale; quelle che risultano invece positive dovrebbero essere gestite alla stessa stregua dei casi L-SIL e inviate all'esame colposcopico (Figura 3).

L'HPV DNA test non dovrebbe essere eseguito a intervalli inferiori a 12 mesi tra 2 test. In questo modo si otterrebbe uno snellimento delle pro-

cedure diagnostiche e si porrebbe rimedio al sovraffollamento dei centri di colposcopia. In questo contesto, l'adozione di test "intermedi", come il test HPV, in grado di selezionare le pazienti a rischio per lesioni di alto grado da inviare alla colposcopia, offrirebbe notevoli benefici clinici, organizzativi ed economici connessi alla considerevole riduzione dei costi di gestione della "citologia borderline" (11).

L'utilizzo dell'HPV è ancora più utile nella gestione dell'ASC-US in età peri- e post-menopausale. In tale fase della vita della donna, di pari passo alla ridotta incidenza di infezione da HPV, si assiste a modificazioni dell'epitelio cervico-vaginale che causano aumento della prevalenza degli ASC-US "inutili", dovuti a modi-

ficazioni menopausali con conseguente riduzione dell'accuratezza diagnostica ed incremento degli esami. È stato infatti dimostrato un picco di prevalenza di ASCUS in tale fase della vita (2%), con valori più che doppi rispetto all'età fertile (0,9%), con ulteriore riduzione del VPP per le lesioni di alto grado (12). Se alla base di tutto questo incremento di ASCUS, approfondimenti e costi vi è l'atrofia menopausale, è conseguente pensare che una terapia estrogenica locale possa costituire l'elemento in grado di modificare i fattori predisponenti alla sovrastima diagnostica.

La terapia estrogenica locale sembra costituire un'alternativa economica e costruttiva alla colposcopia nelle donne con ASCUS e atrofia epiteliale menopausale; risulta infatti meno costosa della ripetizione di visite, pap-test e colposcopia e, oltre a ridurre i sintomi associati alla atrofia stessa, modula in modo positivo l'obiettività clinica e colposcopica, con un miglioramento della salute vaginale e vescicale a lungo termine (13). Consente inoltre, di ottimizzare le risorse umane in termini di tempo speso per i controlli ripetuti e di stress e ansia che può insorgere nelle pazienti a causa di una diagnosi così frequente e così poco riproducibile e indicativa di una reale patologia.

Conclusioni

In un programma di screening l'adozione di Linee Guida comportamentali condivise favorisce la ricerca del miglior comportamento possibile; per quanto riguarda la gestione della citologia borderline, in particolare dell'ASC-US, tale risultato auspicabile non rappresenta l'unica strategia da attuare.

In prima battuta, vanno sicuramente adottate opportune procedure di verifica e miglioramento della qualità nella lettura citologica, che deve essere in grado di monitorare e migliorare la riproducibilità e il livello di accuratezza in termini di sensibilità, specificità e valore predittivo.

È essenziale adottare controlli di qualità interni basati sul monitoraggio delle diagnosi (quantità e qualità), sulla predittività delle classi diagnostiche e sulla revisione dei falsi negativi. Inoltre, il citologo, nonostante le difficoltà derivate dalla definizione propria di ASC-US, dovrà attenersi alle "regole", rispettare i protocolli e gli standard di qualità evitando le diagnosi di ASC-US che derivano dalla pratica della citologia difensiva, volta ad evitare, quanto più è possibile, il falso negativo diagnostico, che spesso è l'innescò per azioni legali di rivalsa.

È necessario, altresì, lo studio costo-beneficio per formulare una modalità nuova di impostazione dello screening che, pur non aumentando eccessivamente i costi, possa cogliere il beneficio di una migliore diagnosi precoce. Riconosciuto il valore dell'iter diagnostico completo in caso di citologia AGC, a proposito della citologia ASC-US l'adozione di test "intermedi", come il test HPV, in grado di selezionare le donne a rischio per lesioni di alto grado da inviare alla colposcopia, offrirebbe notevoli benefici clinici, organizzativi ed economici connessi alla considerevole riduzione dei costi di gestione della "citologia borderline". Infatti si tratterebbe di inviare a colposcopia ed eventuale biopsia mirata solo le donne che risultano HPV positive, cioè poco più del 30% di tutte le ASCUS. In questo modo si otterrebbe uno snellimento delle procedure diagnostiche e si porrebbe rimedio al sovraffollamento dei centri di colposcopia.

Il triage con HPV Test, più accurato rispetto alla ripetizione della citologia nella gestione della citologia ASC-US, è particolarmente indicato nelle realtà che utilizzano la citologia in fase liquida, in quanto non richiedendo la ripetizione dell'esame, tale test aumenterebbe non solo la compliance all'HPV, ma rappresenterebbe anche per il citologo uno strumento diagnostico aggiuntivo utile, probabilmente dirimente, nell'identificazione di alterazioni cellulari "non più ASC-US".

PER SAPERNE DI PIÙ

- Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA* 2002; 287: 2114-9
- Sopracordevole F et al. Percorso diagnostico-terapeutico delle pazienti con lesioni ghiandolari. *La Colposcopia in Italia Anno XIX - (3): 5-11*
- Linee Guida della Società Italiana di Colposcopia e Patologia Cervico Vaginale (SICPCV) 2006. Gestione della paziente con Pap-test anormale. Anno XXI - (1) Dicembre 2006
- Consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical screening tests. ASCCP-Wright 2007
- Cervical Cancer Screening. Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines TM) 2011
- Bifulco G, Piccoli R, Lavitola G, Di Spiezio Sardo A, Spinelli M, Cavallaro A, Nappi C. Endocervicoscopy: a new technique for the diagnostic work-up of cervical intraepithelial neoplasia allowing a tailored excisional therapy in young fertile women. *Fertil Steril* 2010 Dec; 94(7):2726-31. Epub 2010 May 7
- Boselli F. Colposcopia e gestione della paziente con pap-test anormale. *Riv It Ost Gin* 2008; (19) Sp. pag. 908
- Kurman RJ, Solomon D. The Bethesda system for reporting cervical/vaginal cytologic diagnoses. Definitions, criteria and planatory notes for terminology and specimen adequacy". Springer Verlag, New York, 1994: 30-43
- Caprara L, Monari F, Sassoli De Bianchi P, Amadori A, Bondi A. ASCUS in screening. *Pathologica* 2001;93:645-650
- Solomon D, Schiffman M, Tarone R. ALTS Study group. Comparison of three management strategies for patients with atypical squamous cells of undetermined significance: baseline results from a randomized trial. *J Natl Cancer Inst* 2001; 93: 293-299
- Triage ASCUS con HPV. Riflessioni e analisi comparativa della esperienza di Firenze e Trento nel triage di ASCUS con test HPV Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma GISCI
- Costa S. Gestione del Pap-test borderline in menopausa". Aggiornamento in *Medicina Ginecologia* 2004;6:1-5
- Piccoli R, Mandato VD, Lavitola G, Acunzo G, Bifulco G, Tommaselli GA, Attianese W, Nappi C. Atypical squamous cells and low squamous intraepithelial lesions in postmenopausal women: Implications for management. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2008;140: 269-274



A colloquio con **Mario Sideri e Maggioreino Barbero**

a cura di **Carlo Maria Stigliano**

HPV test vs Pap test primo round

Il 53% dei ginecologi italiani intervistati da Aogoi si è detto contrario all'introduzione dell'Hpv-test nello screening in sostituzione del Pap test. Questo dato evidenzia la necessità di favorire un cambiamento "culturale", che richiederà del tempo e delle informazioni adeguate. Abitudini consolidate, il ruolo del ginecologo nel gestire un test dall'esito articolato, il rapporto con il citologo, l'abitudine delle donne ad un test ritenuto comunque fondamentale per la loro salute, una certa pigrizia mentale dei colleghi: sono tutte ragioni importanti per giustificare le resistenze che verosimilmente incontrerà il nuovo sistema di prevenzione del cervico-carcinoma.

Approfondiamo con due illustri colleghi, Mario Sideri e Rino Barbero, i vari aspetti di questo argomento, che ha tutte le caratteristiche di un "hot item"

SIDERI:

"Il test HPV salva delle vite che il Pap test invece perde"

Professor Sideri, è possibile che ben il 53 per cento dei ginecologi italiani sia contrario all'introduzione dell'Hpv-test nello screening in sostituzione del Pap test?

....mah, sarò pessimista ma per me sono il 90 per cento. Rimangono fuori solo alcuni dei pochi "addetti" ai lavori. Anche tra gli addetti ai lavori comunque ci sono molti contrari. Cito, per esempio, Carlo Liverani, un "giovane" (come noi, si fa per dire..) certamente preparato e intelligente. Quindi, sono d'accordo: esiste un problema importante.

Dal punto di vista scientifico però non ci sono dubbi: al di qua ed al di là dell'Atlantico il Pap test annuale non è più il punto di riferimento; la letteratura degli ultimi 10 anni parla chiaro. Per quanto riguarda l'Italia, tra l'altro, è appe-

na uscito il rapporto HTA sull'introduzione del test HPV al posto del Pap test nello screening da parte del Ministero. Ma i ginecologi sono contrari. Non è che sono in dubbio, sono proprio contrari!

Le "giro" due tra le osservazioni più frequenti dei colleghi: "Non basta più fare il Pap una volta all'anno? Allora lo facciamo ogni sei mesi!" e ancora: "A che serve fare il test HPV se quando è positivo si ripete l'anno dopo?". **Che ne pensa?**

Andiamo a prendere i dati: il Pap test perde circa il 25-30% dei CIN3. Non sono pochi, sono alcune centinaia di migliaia in Italia ogni anno su 9 milioni di pap test. Non solo, è dimostrato che la mancata diagnosi di questi CIN3 comporta lo sviluppo di alcuni tumori, che il Pap test non può identificare, neppure facendo il Pap ogni 6 mesi. Allo IEO l'80% delle donne con un tumore cervicale aveva fatto un Pap test negli ultimi 3 anni; in quasi il 30% dei casi il Pap era negativo (globale 27.7%; Squamo 25%; Adeno 36.6%). Fare il test HPV significa poter identificare le donne con HPV persistente che sono a rischio di tumore con Pap negativo nonostante si controllino regolarmente. Infatti in queste donne con HPV positivo per 12 mesi (due test a distanza di un anno) si esegue un colposcopia. Il test HPV salva delle vite che il Pap test invece perde. Tutti avrete sentito qualche caso di tumore con Pap negativo l'anno prima. Certo, sono pochi ma non così rari da non poter capitare anche ad una vostra paziente. Il test HPV previene questi tumori e porta un vantaggio di salute alle vostre pazienti; il test HPV è un diritto irrinunciabile delle donne. Ed i ginecologi, che sono i medici delle donne hanno il compito di fornire alle pazienti il meglio che la scienza mette a disposizione.

Tra le "resistenze" all'HPV test, c'è il timore che l'arco temporale di 3-5 anni possa allontanare la paziente dai controlli, e quindi dal ginecologo...

Il "più spesso" non significa "meglio" e, in questo caso, "il troppo" è peggio. Se la terapia antibiotica è di tre giorni, fare la terapia per sette o prendere 3 compresse in una volta sola è dannoso; anche in prevenzione gli interventi vanno misurati. Perché? Lo screening cervicale porta ad identificare moltissime infezioni transitorie, i pap ASC-US e displasia lieve che consociamo benissimo; una manna per il ginecologo con i controlli ravvicinati, per la donna il solo rischio di avere biopsie, colposcopie e trattamenti inutili. Impatto sul tumore zero. Il ginecologo deve essere consapevole di dover proteggere la donna sana da questi che sono gli effetti indesiderati dello screening. Come gi ef-

fetti indesiderati degli antibiotici se presi in dosi e in tempi non corretti.

L'Aogoi è al vostro fianco per aiutarvi ad affrontare questo cambiamento. Vediamo che cosa dovrebbe fare il ginecologo nel proprio studio...il primo problema è: "dove vado a fare il test HPV?"

Risposta: semplicissimo; ci sono numerose aziende di servizi per ginecologia che si occupano di ritiro e consegna referti; sistema di fatturazione in chiaro (beh questo può essere un problema...); vengono in studio si firma il contratto, ed in men che non si dica ti fanno il servizio, in tutta Italia. Ti portano le provette, le vengono a prendere, ti mandano l'esito via mail. Si può fatturare direttamente alla donna.

Secondo: a chi faccio il test HPV? Una diciottenne sessualmente attiva fin dalla pubertà rientra nella categoria di donne che potrebbero trarre più vantaggio da questo test?

Innanzitutto va chiarito che il test va eseguito solo sopra i 30 anni. Sotto i trenta se ne fa volentieri a meno. È un test per le "attempate" (meglio dire per le over 30), per le donne che regolarmente hanno fatto il Pap e che non hanno una storia di Pap positivi. In sintesi, le donne morigerate e "tranquille", quelle che vediamo regolarmente una volta l'anno: queste sono le donne del test HPV.

Perché fare il test HPV proprio a queste donne "a basso rischio"?

Perché il test serve a chi è negativo, così da poter spostare lo screening a tre oppure a cinque anni, e per capire invece chi, in mezzo a questo gruppo a basso rischio, deve essere seguito più da vicino perché è a rischio: Pap negativo ma HPV positivo. E poi: se fate il test alle donne "più tranquille", queste torneranno ogni anno per il controllo.

E le altre categorie? Chi ha i condilomi, chi ha il Pap positivo, chi ha alle spalle una storia di Pap positivo oppure di un trattamento LEEP?

Lasciamole agli esperti. Nel prossimo numero magari potremmo dare qualche semplice suggerimento per questi casi.

"Il test HPV è un diritto irrinunciabile delle donne e i ginecologi, che sono i medici delle donne, hanno il compito di fornire alle pazienti il meglio che la scienza mette a disposizione"

Mario Sideri

Direttore dell'Unità di ginecologia preventiva dell'Istituto europeo di oncologia di Milano

BARBERO:
“Rischio di indagini inutili e costose se il passaggio dal Pap test all’HPV test non verrà programmato, sperimentato e attuato correttamente”

Maggiorino Barbero
SOC Ginecologia
e Ostetricia, Ospedale Asti

Professor Barbero, l’HPV test effettuato ogni 5 anni nello screening organizzato, rispetto al Pap test ogni 3, sarà altrettanto valido ed efficace?

La storia naturale dell’infezione virale e della lesione squamosa intraepiteliale (SIL) sono coerenti con un intervallo di tempo che potrebbe essere di 5 anni (forse 7 anni) invece dei 3 che si utilizzano in questo momento, come confermato da dati di letteratura nazionali ed internazionali (studio NTCC italiano e screening danese).

Sulla reale efficacia e sugli intervalli di tempo così lunghi il dibattito è assolutamente ancora aperto. Esistono alcuni studi che evidenziano negatività all’HPV test in presenza di lesioni cervicali di alto grado, diventa pertanto un po’ “ardimentoso” non vedere una paziente per 5/7 anni e poi rivederla con una lesione invasiva.

HPV-test vs Pap-test: quali limiti?

Due tipologie di test diversi: uno molecolare, l’altro morfologico. I limiti sono dati dall’essere, il primo, molto sensibile ma poco specifico, il secondo, al contrario, poco sensibile ma molto specifico.

Sostituzione del Pap test dopo tanti anni di onorato servizio: quali sono le criticità attese e come si spera di superarle per evitare il rischio di sfiducia nella efficacia preventiva dell’HPV-test e quindi di un possibile aggravio dei costi ?

La estrema sensibilità del test virale (HPV test) può far esplodere il sottile equilibrio dell’invio alla colposcopia delle pazienti positive all’HPV (mediamente 6%); si ovvia a ciò utilizzando un test molto specifico, cioè il Pap test (test di triage), che riporterà, dopo un periodo transizionale di training, al giusto equilibrio la positività dell’HPV test, mediato dalla citologia, all’invio alla colposcopia (mediamente non superiore al 2%). Quindi il Pap test in ogni caso dovrà continuare il suo onorato servizio per molti anni ancora, probabilmente per sempre, ma diventerà un esame di II livello.

L’utilizzo dell’HPV test nello screening modifi-

cherà le indicazioni dello stesso nella pratica clinica? Per le giovani donne, tutto continuerà come prima?

No, anzi aiuterà ad utilizzare il test virale (HPV test) nelle lesioni borderline (ASC-US, L SIL) e nel controllo delle pazienti trattate per lesione displastica.

I costi del Pap test sono molto bassi rispetto all’HPV-test: è realmente giustificato un simile cambiamento? E in una Sanità regionalizzata sarà possibile la sostituzione su base nazionale o assisteremo ad un inaccettabile utilizzo a pelle di leopardo? E i Paesi a basse risorse dovranno continuare ad usare il test citologico per ragioni di costi?

Dai dati della letteratura il test HPV trova il suo campo di utilizzo specifico nelle donne con età superiore ai 35 anni (o comunque non prima dei 30). Nelle fasce di età precedenti il Pap test sarà il test da utilizzare in ambito screening. Per quanto riguarda la differenza di costo “crudo” tra i due test, va considerato che il maggior costo dell’HPV test con metodica dell’alto rischio validata verrà compensato dal minor impiego di personale e dall’allungamento del periodo da un controllo all’altro dai 3 ai 5 anni, che farà risparmiare un terzo del costo attuale dello screening. Il basso numero dei test HPV positivi (mediamente il 6%) e l’utilizzo di tecnologia automatizzate porrà il problema di quanti centri bisognerà preventivare per coprire la popolazione femminile chiamata allo screening ogni 5 anni con una percentuale del 6% ed inoltre con un numero di vetrini di triage estremamente basso (ad esempio, in Piemonte, 6.000 vetrini round/anno). Sarà più facile avere una copertura veramente nazionale. Per i “paesi poveri” si pongono in essere delle tecnologie di ricerca con test virale ad un costo molto vicino ad un Pap test con una sensibilità per il dato negativo che si avvicina al 98%.

Il ginecologo, soprattutto nell’ambito dell’ambulatorio privato, si sentirà svilito nel suo ruolo di clinico di fronte a un test di laboratorio “a risposta secca”, rispetto al Pap test che imponeva anche una valutazione clinica?

Assolutamente no, anzi dovrà attuare un counselling molto circostanziato e preciso senza prescindere dal dato clinico-anamnestico utilizzando l’esito del test HPV e della citologia di triage, e non solo di triage, per un corretto approccio alla patologia della cervice uterina. Il rischio di ulteriori indagini “tanto inutili quanto costose” e la possibilità di trattamenti superflui e quindi dannosi è sicuramente alle porte se il passaggio dal Pap test all’HPV test non verrà programmato, sperimentato e attuato con la massima correttezza scientifica ed anche con una elevatissima dose di buon senso, dote questa a volte carente anche tra i ginecologi più scrupolosi.

Per quanto riguarda la differenza di costo “crudo” tra i due test, va considerato che il maggior costo dell’HPV test con metodica dell’alto rischio validata verrà compensato dal minor impiego di personale e dall’allungamento del periodo da un controllo all’altro dai 3 ai 5 anni, che farà risparmiare un terzo del costo attuale dello screening



Il ginecologo e la diagnostica mammaria: missione impossibile?

Molto spesso le patologie della mammella non vengono trattate dai ginecologi, in parte perché in molte regioni sono i chirurghi generali che valutano e operano questi casi, in parte perché il primo approccio al sospetto di malattia è spesso radiologico e, solo secondariamente, clinico.

Cerchiamo con poche domande di chiarirci alcuni dubbi

Dobbiamo richiedere mammografia/ecografia per ogni nodo palpato?

Innanzitutto se la tumefazione ha margini netti, ben mobilizzabile sui piani sovra e sottostanti è molto probabile che sia di origine benigna. Bisogna poi valutarne la consistenza: se è teso-elastica potrà essere una cisti, se è più dura un fibroadenoma. Per conferma verrà richiesta un'ecografia mammaria bilaterale se la paziente ha meno di 45 anni, se ne ha di più o se all'ecografia vi è un sospetto di patologia verrà richiesta la mammografia, a giudizio del radiologo. Sarà sempre il radiologo, a seconda dell'esito, che deciderà se continuare la valutazione con eventuale biopsia o confermare la diagnosi di benignità. Viceversa se vi è un addensamento diffuso, spesso dolente, potrebbe essere fibroadenosi, meglio comunque richiedere ecografia per non farsi sfuggire eventuali mastiti, anche di tipo neoplastico. Se il nodo si presenta a margini irregolari, non mobile o ipomobile e di consistenza solida, sarà bene inviarla subito al radiologo che effettuerà RX mammografia bilaterale + ecografia con biopsia mirata (meglio del citologico perché ci da una diagnosi più sicura). Ricordiamoci di palpare sempre i cavi ascellari.

Cosa significa "screening" e a che età si deve iniziare la prevenzione?

Per screening si intende un programma regionale che prevede un invito con regolare scaden-

za, rivolto a tutte le donne di una certa età, ad effettuare una mammografia con lo scopo di diagnosticare precocemente il carcinoma mammario. In Piemonte, ad esempio, vengono invitate, con lettera a domicilio, tutte le donne dai 50 ai 70, ogni due anni; dai 45, solo su richiesta delle pazienti, verrà eseguita annualmente fino ai 50.

Se non esiste questo tipo di progetto regionale, l'obiettivo del ginecologo resta la prevenzione e la diagnosi precoce. Prima dei 40 anni, se non ci sono fattori di rischio (età, familiarità, predisposizione genetica, nulliparità, recidiva di tumore, obesità, dieta ipercalorica), basta un controllo senologico annuale e l'autopalpazione. L'età compresa tra i 40-45 è un'area grigia: si consiglia RX mammografia bilaterale annuale nelle donne a rischio, dopo i 45 a tutte ogni anno fino ai 50, in seguito è sufficiente ogni due anni, salvo casi sottoposti a controlli più stretti. Ricordarsi che un seno denso, tipico delle donne giovani o di quelle in ormono-terapia, è meno esplorabile dai raggi quindi può essere necessario un controllo annuale. Nelle donne che hanno subito mastoplastica additiva: eco-

**Raffaella Mellano,
Ernesto Principe**

U.O. Ginecologia
Ospedale S Croce, Cuneo

grafia o RMN, a seconda del sospetto e delle possibilità organizzative.

Se la mamma è affetta dal tumore al seno devo fare accertamenti radiodiagnostici preventivi?

“Familiarità” significa 3 parenti prossimi in linea materna malati. Prima dei 50 si consigliano controlli con RX mammografia bilaterale annuale o anche RMN (con attenzione ai falsi positivi).

Nei casi di familiarità i test genetici sono da fare?

In effetti meglio proporre alle pazienti la consulenza genetica e secondariamente i test genetici, in modo che, se risultano positive, sarà opportuno un follow-up stretto con RMN per una diagnosi precoce. Alcuni optano anche



Le attuali pillole a basso dosaggio nelle giovani donne non sembrano aumentare il rischio di tumore al seno

la mastectomia profilattica e l'ovariectomia bilaterale nelle donne ancora fertili. Valutare la possibilità di eseguire una consulenza psicologica alla paziente prima di eseguire il test.

False credenze da sfatare: pillola aumenta rischio K mammella?

Le attuali pillole a basso dosaggio nelle giovani donne non sembrano aumentare il rischio di tumore al seno, anche perché spesso i cancri giovanili sono prevalentemente genetici e non ormono-dipendenti. Un recente studio pubblicato sul “New England Journal of Medicine” da ricercatori dei CDC di Atlanta, sostiene infatti che l'uso di contraccettivi orali, anche per lungo tempo, non aumenta il rischio nelle donne di età compresa fra 35 e 64 anni. Il rischio, invece, è risultato maggiore nelle donne con precedenti familiari della malattia. Ricordiamoci di non somministrare comunque la pillola anticoncezionale a donne dai 50 anni di età.

Terapia ormonale sostitutiva (HRT) e menopausa: amica o nemica delle donne?

Il dato clinico che abbiamo è che la terapia ormonale sostitutiva data a lungo termine in donne in post menopausa aumenta il rischio di 4/1000 (tra le donne che non utilizzano la terapia ormonale sostitutiva, tra i 50 ed i 65 anni di età, ci si aspetta una diagnosi di cancro mammario in 32 donne ogni 1000).

Non dovremmo quindi utilizzarla nei soggetti a rischio (obesità, età avanzata, diabete, cardiopatie, familiarità) e per più di 5 anni ma ricordiamo anche che un buon utilizzo migliora di molto la vita della donna oltre a migliorare la qualità dell'osso e, in caso di utilizzo di solo estrogeno nelle donne isterectomizzate, oltre a non aumentare il rischio di tumore al seno, sembra migliorare l'assetto lipidico e glicidico riducendo il rischio di patologie cardiovascolari.

Per tutte le donne in terapia ormonale, il rischio aggiuntivo di carcinoma mammario diventa evidente entro qualche mese dall'inizio della terapia, aumenta con la durata dell'assunzione, ma sembra tornare al rischio della popolazione generale entro 3-5 anni dopo la sospensione. Ovviamente non daremo HRT nelle donne affette da K mammella.

Gravidanza e tumore al seno: cosa fare?

In Italia è una gestazione su 3000 a essere accompagnata dal cancro alla mammella: il 15% delle neoplasie al seno colpiscono le donne under 35 gravide.

In gravidanza il tumore è più veloce e aggressivo nelle donne giovani. Spesso i sintomi non vengono riconosciuti in tempo e il ritardo della diagnosi peggiora la prognosi. Infatti, da un lato, l'ingrossamento della ghiandola mammaria legato alla gravidanza e, dall'altro, i timori della futura mamma a sottoporsi a esami strumentali (l'ecografia mammaria rimane il gold standard ma la mammografia bilaterale si può fare con schermatura della pancia), per paura di nuocere al piccolo, rischiano di rendere più difficoltoso riconoscere la malattia. Anche il trattamento del tumore durante la gravidanza necessita di alcune cautele: la chemioterapia, nel primo trimestre di gestazione è da evitare, mentre la radioterapia è sempre controindicata durante tutti i nove mesi, per i possibili rischi a carico del nascituro. Per quanto riguarda il “quando” progettare una gravidanza dopo trattamento oncologico, gli studi clinici dimostrano che non vi è un impatto negativo sulla prognosi ma si consiglia di attendere almeno due anni, questo infatti è il periodo con un maggior tasso di recidive.

Nella nostra quotidianità possiamo trovarci nel dubbio di prescrivere il ferro alle nostre pazienti anche perché tale terapia non sempre è ben tollerata. Proviamo a chiarirci le idee

Il ferro nelle età della donna: serve davvero?

La sideropenia rappresenta la carenza alimentare più diffusa al mondo e le donne sono circa 10 volte più soggette a svilupparla. Nei primi anni di vita la richiesta di ferro aumenta per sostenere la crescita

delle masse muscolari e per espandere la volemia, e ciò sarà ancora più evidente nella pubertà. In età fertile la mestruazione, pur essendo un evento fisiologico, costringe l'organismo a

ricostruire ogni mese le sue scorte di ferro. La gravidanza, il parto e l'allattamento determinano un depauperamento delle già precarie scorte marziali dell'organismo femminile

Il metabolismo del ferro

Il ferro, elemento 28 della tavola periodica di Mendeleev, è un oligoelemento, cioè un minerale indispensabile per il nostro organismo, il cui fabbisogno quotidiano è molto piccolo, misurandosi nell'ordine dei microgrammi.

Ha un ruolo cruciale in alcuni processi vitali quali: il trasporto di ossigeno nei tessuti, il trasferimento di elettroni nella catena respiratoria mitocondriale, la catalizzazione in importanti sistemi enzimatici. Nel nostro organismo sono presenti 4-5 grammi di ferro così distribuiti: emoglobina 65%, mioglobina 10%, ferritina ed emosiderina 25%, enzimi tracce.

Lo introduciamo attraverso il cibo e di solito la quantità di ferro presente nella nostra dieta è appena sufficiente a compensarne le perdite fisiologiche quotidiane (perdita urinaria e fecale,

Maurizio Silvestri

U.O.C. Ginecologia
e Ostetricia
Presidio ospedaliero
San Matteo degli infermi
Spoleto (Pg)



Il ferro negli alimenti è presente in due forme con differente biodisponibilità: ferro eme e non eme. Il ferro eme, legato principalmente ad emoglobina e mioglobina, è presente soprattutto nella carne e nel pesce.



sudorazione, flusso mestruale, sfaldamento cellulare, perdita di capelli, taglio delle unghie) che sono nell'ordine di 0.8 mg per l'uomo e 1.4 mg per la donna in età fertile.

Negli alimenti è presente in due forme con differente biodisponibilità: ferro eme e non eme. Il ferro eme, legato principalmente ad emoglobina e mioglobina, è presente soprattutto nella carne e nel pesce, e ha una biodisponibilità del 25% che non dipende dalla composizione della dieta. Il ferro non eme, o inorganico, è invece presente negli alimenti vegetali, e ha una biodisponibilità del 2-13% che dipende dalla composizione della dieta (calcio, fibre, fitati e polifenoli ne limitano l'assorbimento, mentre acido ascorbico, carne e pesce ne potenziano l'assorbimento). Nella nostra dieta il ferro deriva soprattutto da alimenti vegetali (verdura e ortaggi 40%, cereali e derivati 30%, carne e pesce 30%) quindi viene assunto nella forma non eme. L'assorbimento del minerale avviene a livello della mucosa del duodeno e della prima parte del digiuno, le cui cellule svolgono anche funzione regolatrice l'assorbimento del minerale (trasporto attivo). L'individuo sano assorbe solo il 10-20% del ferro contenuto nella dieta, mentre in condizioni di sideropenia l'assorbimento del minerale può raggiungere anche l'80% di quello contenuto negli alimenti ingeriti; tale fe-

LE ETÀ PIÙ A RISCHIO DI SIDEROPENIA

■ ADOLESCENZA

Periodo della vita in cui l'organismo aumenta le richieste di ferro per l'intenso sviluppo fisico e l'espansione della volemia. Le prime mestruazioni, a volte menorragiche, associate frequentemente a diete inadeguate con diminuito apporto di ferro, riducono le riserve marziali portando all'anemia con conseguente impatto negativo sulla qualità della vita.

■ PERIODO FERTILE

Le donne con flussi mestruali normali soddisfano l'aumentata necessità di ferro con una dieta adeguata (a volte la dieta non è adeguata per motivi di "linea" oppure per abitudini vegetariane). Nelle donne con eccessi mestruali il fabbisogno giornaliero di ferro sarà maggiore e quindi non compensabile con il solo apporto alimentare. Anche l'utilizzo dello IUD può, nel tempo, causare sideropenia.

■ GRAVIDANZA

Il fabbisogno giornaliero di ferro aumenta da 1.4 mg/die a 4.8 mg/die per assicurare le necessità fetoplacentari e far fronte all'espansione della volemia materna. L'Oms stima che il 15% delle gestanti nei paesi occidentali presenta anemia ferro carenziale. Di solito le scorte di ferro nell'organismo femminile prima della gravidanza sono scarse (circa il 30% delle donne che iniziano la gravidanza ha carenza di ferro più o meno grave), pertanto è opportuno sia incoraggiare la

donna a consumare alimenti ricchi di ferro, che ad intervenire il prima possibile con trattamenti farmacologici al fine di evitare che tale carenza sfoci in anemia sideropenica. La richiesta di ferro in gravidanza aumenta fra il secondo e terzo trimestre, quando le scorte fisiologiche sono al minimo e l'equilibrio fra l'introduzione ed il consumo del ferro è nettamente spostato verso il consumo.

■ PUERPERIO E ALLATTAMENTO

Aumentano le richieste di ferro per compensare le perdite ematiche che si sono avute durante il parto. Non tutti poi concordano che ci sia un significativo aumento del fabbisogno del minerale nel periodo dell'allattamento, ma diversi autori ritengono che debba essere reintegrato nell'organismo materno il ferro che viene trasferito al feto attraverso il latte.

nomeno viene definito “intelligenza della mucosa nell’assorbimento del ferro” ed è regolato principalmente da una proteina sintetizzata dal fegato: l’epcidina.

Una volta assorbito dalla mucosa intestinale il ferro viene captato dalla transferrina, proteina plasmatica con il compito di legare il ferro e trasportarlo agli organi bersaglio, soprattutto al midollo osseo.

Il ferro in eccesso viene depositato nelle cellule sotto due forme: principalmente ferritina, ed in misura molto minore, emosiderina. Il 60% della ferritina si trova nel fegato, mentre il 40% nei muscoli e nei macrofagi (dove viene accumulato soprattutto il ferro derivante dal catabolismo degli eritrociti).

La ferritina è quindi il sistema biologico con il quale viene “stoccato” il ferro in eccesso all’interno della cellula per essere poi liberato nel circolo in base alle esigenze dell’organismo. In condizioni normali vi è un preciso equilibrio fra la quantità di ferritina dei depositi cellulari e la ferritina plasmatica. La ferritinemia è quindi un parametro utile nella quotidianità clinica per valutare l’entità delle riserve marziali dell’organismo. Gli aggregati di ferritina sono detti emosiderina, proteina presente soprattutto nel fegato dove sono maggiori i depositi del ferro. In condizioni di sovraccarico marziale l’emosiderina potrà trovarsi in tutti i tessuti.

Aspetti clinici della sideropenia

Il ferro assunto con la dieta compensa le normali perdite del minerale ma ci sono condizioni che possono portare alla ferro carenza per:

1. apporto inadeguato
2. assorbimento inadeguato
3. aumentato fabbisogno
4. perdita protratta di ferro.

Abbiamo visto che l’organismo ha la capacità di aumentare l’assorbimento del minerale presente negli alimenti per compensarne le richieste, ma se questo meccanismo è insufficiente si sviluppa prima una sideropenia, quindi un’anemia da carenza di ferro.

Nei paesi occidentali l’anemia-sideropenica è dovuta in genere a sanguinamento, ma si riscontra anche nei giovani che seguono diete inadeguate nelle diete vegetariane il ferro contenuto nella frutta e verdura è reso meno bio-disponibile dai nitrati, fosfati, fitati, ossalati e tannini). Nelle donne in età fertile la causa principale sono gli eccessi mestruali; nelle bambine, nelle adolescenti (soprattutto nel periodo puberale), in gravidanza e nell’allattamento l’organismo aumenta invece il bisogno di ferro che, se non soddisfatto, conduce all’anemia ferro carenziale.

In caso di sideropenia nelle pazienti in post me-



nopausa è invece necessario avviare delle indagini mirate soprattutto all’apparato gastrointestinale (gastroscoopia, colonscoopia, esplorazione rettale), ma anche urinario (micro e/o macro ematuria) per localizzare l’origine delle perdite ematiche. Molto insidiose sono le piccole emorragie persistenti, come quelle dovute ad emorroidi, che spesso ignorate dalla paziente possono condurre ad anemia sideropenica anche di grado elevato.

La donna con carenza di ferro può presentare una sintomatologia differente che dipende dalla gravità dell’anemia e dalla rapidità, anemia acuta o cronica, con la quale s’instaura. Oltre ai sintomi e segni classici quali il pallore, l’astenia, la tachicardia, la ridotta resistenza all’esercizio fisico, la difficoltà alla concentrazione e alla memorizzazione, molto importanti sono anche il diradamento e la fragilità dei capelli, la fragilità delle unghie e, negli stati persistenti, la loro curvatura a cucchiaino. Anche la chelite, cioè la fissurazione degli angoli della bocca, è un sintomo delle condizioni avanzate.

Il laboratorio ci permette di confermare la ferro carenza e l’anemia sideropenica. L’OMS definisce anemica una donna con valori di emoglobina inferiori a 12 g/dl (lieve con Hb > 10 g/dl, moderata con Hb compresa fra 8 g/dl e 10 g/dl, severa con Hb < 8 g/dl). L’aspetto delle cellule della serie rossa (soprattutto l’ipocromia e la microcitemia) nello striscio di sangue periferico orientano verso la sideropenia alla base dello stato anemico. Gli altri principali indici di laboratorio utili alla diagnosi sono: la sideremia, la ferritina sierica e la transferrinemia con la sua saturazione.

Il trattamento della carenza marziale

Una volta diagnosticata la carenza di ferro bi-

La donna con carenza di ferro può presentare, oltre ai sintomi e segni classici, anche il diradamento e la fragilità dei capelli, la fragilità delle unghie e la chelite, cioè la fissurazione degli angoli della bocca

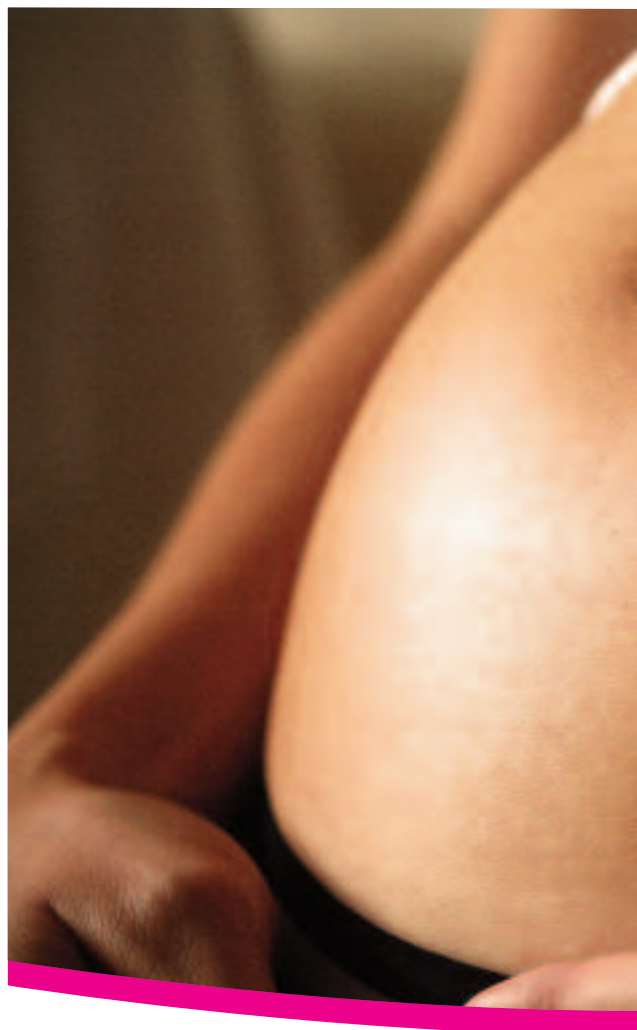
sognerà stabilirne la causa e, per quanto possibile, prontamente rimuoverla; al tempo stesso si renderà necessario ripristinare rapidamente le riserve di ferro dell'organismo.

Il primo provvedimento, per ricostituire le scorte marziali, è incrementare il ferro nella dieta aumentando il consumo di alimenti ricchi di questo minerale e nella sua forma più biodisponibile. Bisognerà aumentare il consumo di carne magra, pesce, pollame, frutta a guscio, cereali arricchiti ed associare alimenti che contengono vitamina C, che favorisce l'assorbimento del ferro alimentare. Importante è la correzione di errate abitudini alimentari come quella, in uso nelle giovani donne, che sostituiscono porzioni di frutta e verdura con integratori alimentari, oppure aumentano l'assunzione di fibre contenenti sostanze che riducono l'assorbimento del ferro.

Trattamento orale

Quando la dieta non è sufficiente, nelle pazienti stabili dal punto di vista emodinamico, la carenza marziale può essere supplita per via orale. Abbiamo a disposizione due categorie di prodotti per la supplementazione del ferro: integratori e farmaci. Questi ultimi possono contenere ferro elementare o in forma ferrica o in forma ferrosa. I farmaci in forma ferrosa sono più utilizzati poiché hanno un migliore assorbimento. Il ferro ferroso lo troviamo sotto forma di: solfato ferroso, fumarato ferroso e gluconato ferroso, che differiscono per la quantità di ferro elementare (quello disponibile per l'assorbimento da parte dell'organismo) contenuto rispettivamente nel 20%, 33% e 12%. Il trattamento per os è quello di prima linea in quanto economico, sicuro ed efficace per ristabilire le riserve. La dose giornaliera raccomandata varia da 60 mg/die a 120 mg/die di ferro ferroso (in relazione alla gravità dell'anemia) somministrata lontano dai pasti poiché i sali di ferro vengono assorbiti di meno se legati agli alimenti. Tali dosaggi di ferro possono essere raggiunti solo dai farmaci a base di ferro e non attraverso l'utilizzo di integratori che per definizione non devono contenere dosaggi terapeutici. Particolare gradimento riscuotono i preparati a lento rilascio che permettono la liberazione di ferro lentamente durante il transito intestinale del prodotto. Si migliora così sia l'assorbimento che la tollerabilità del farmaco. L'assorbimento infatti è inversamente proporzionale alla quota di ferro presente nel duodeno e nel digiuno mentre l'incidenza degli effetti collaterali gastrointestinali è direttamente proporzionale alla medesima quota. Le formulazioni a lento rilascio permettono quindi la liberazione di piccole quantità di fer-

Il primo provvedimento, per ricostituire le scorte marziali, è incrementare il ferro nella dieta aumentando il consumo di alimenti ricchi di questo minerale ed associare alimenti che contengono vitamina C, che ne favorisce l'assorbimento



ro che per un tempo maggiore vengono in contatto con la mucosa intestinale, migliorando così sia l'assorbimento che la tollerabilità del minerale.

Recentemente è stato introdotto sul mercato italiano un farmaco a base di solfato ferroso unito ad un innovativo complesso polimerico che permette di ottenere la stessa efficacia terapeutica con un dosaggio di ferro più basso aumentando così la compliance da parte del paziente che avrà una minore incidenza di effetti collaterali. L'aggiunta di vitamina C, di vitamina B12 oppure di folato al ferro non sembra invece dare giovamento in termini di migliore assorbimento del minerale o di minore incidenza degli effetti collaterali.

Di solito dopo 3-4 settimane di trattamento inizia ad aumentare l'emoglobina mentre il recupero della condizione anemica avviene di solito dopo due mesi anche in relazione alla gravità dell'anemia. La terapia marziale dovrà continuare fino a raggiungere una concentrazione di ferritina sierica superiore a 50 ng/ml



PRINCIPALI INDICI DI LABORATORIO NELLA CARENZA DI FERRO

SIDEREMIA

Misura la concentrazione del ferro nel sangue.
(v.n. nella donna adulta 37-145 µg/dl)

Bassa sideremia

- Carente apporto alimentare di ferro (malnutrizione, diete vegetariane, diete non bilanciate)
- Cattivo assorbimento del ferro presente nella dieta a livello intestinale (morbo celiaco, diarrea cronica, abuso di lassativi, alcolismo, malassorbimento, gastrectomia, acloridria)
- Aumentato utilizzo del ferro (rapida crescita nell'adolescente)
- Aumentate perdite di ferro (mestruazioni, gravidanza, allattamento, emorragie gastrointestinali o genitourinarie)
- Patologie tumorali

Elevata sideremia

- Somministrazione eccessiva di ferro
- Emocromatosi ed emosiderosi
- Scarsa utilizzazione del ferro a livello midollare (anemie aplastiche, ipoplastiche e megaloblastiche)
- Epatopatie (distruzione di cellule degli organi di deposito del ferro)
- Iperemolisi

TRANSFERRINA SIERICA

Determina la capacità dell'organismo di trasportare il ferro ed è sintetizzata prevalentemente a livello epatico

Valori di riferimento nel sangue sono 190-280 mg/dl

I livelli di transferrina aumentano con la deplezione delle scorte marziali, diminuiscono invece per flogosi, epatopatie, sindrome nefrosica, malnutrizione, malattie infiammatorie croniche, neoplasie, terapie marziali.

SATURAZIONE TRANSFERRINICA

È la percentuale di proteina legata al ferro

In condizioni normali la transferrina plasmatica è saturata con il ferro trivalente per circa il 30%. Se tale percentuale è inferiore al 16% indica una eritropoiesi carente di ferro. Aumenta parallelamente all'apporto di ferro. La saturazione della transferrina ha fluttuazioni circadiane.

FERRITINA SIERICA v.n. 10 - 291 ng/ml

Indice indiretto di riserva del ferro a livello tissutale

In condizioni normali vi è un preciso equilibrio fra la quantità di ferritina dei depositi cellulari e quella plasmatica. Misura indiretta di quanto ferro di riserva è a disposizione dell'organismo.

Principali condizioni che ne aumento i valori

Alcolismo • Anemie emolitiche croniche • Artrite reumatoide • Neoplasie • Emocromatosi • Epatopatie • Farmaci (eccessiva assunzione di ferro) • Infezioni • Lupus eritematoso sistemico (LES) • Trasfusioni

Principali condizioni che ne diminuiscono i valori

Carenza di vitamina C • Deficit di introduzione di ferro • Emorragie • Gravidanza

oppure empiricamente per 4-6 mesi.

La terapia può essere limitata da effetti collaterali gastrointestinali, come: pirosi, dolori addominali, nausea, costipazione, e feci di colore scuro, che si possono attenuare iniziando il trattamento con piccole dosi aumentando progressivamente fino a raggiungere il dosaggio desiderato ed eventualmente frammentare il dosaggio con più somministrazioni al giorno.

Trattamento parenterale

Quando le perdite ematiche sono abbondanti (oltre 5 mg di ferro/die) e/o persistenti e l'anemia è refrattaria al trattamento marziale orale per ridotto assorbimento intestinale, oppure il paziente è assolutamente intollerante al ferro per os, potrà essere effettuata la terapia marziale parenterale. Questa modalità di trattamento può determinare nello 0,2-3% reazioni anafilattiche anche ad esito letale. Per ridurre queste reazioni la somministrazione endovenosa deve essere preceduta da una do-

USO PREVENTIVO DELLA TERAPIA MARZIALE

Si discute se la necessità dell'uso preventivo della terapia marziale, che per la maggior parte degli

autori, dovrebbe essere riservato a pazienti ad alto rischio fra cui le donne gravide, in allattamento, donne con perdite mestruali eccessive, adolescenti in rapida crescita, persone

anziane. Si è invece concordi a scoraggiare l'uso di "prodotti da banco" contenuti miscele di vitamine e minerali per prevenire la ferro carenza.

ro, gluconato di ferro, ferumoxytolo. Non ci sono molti studi comparativi utili a fornire le dosi terapeutiche e la frequenza delle infusioni, questo rappresenta un fattore limitante l'uso di questi prodotti.

Conclusioni

Abbiamo visto quanto il ferro sia importante nella nostra vita, permettendo tra l'altro la respirazione cellulare. Continuamente questo minerale viene eliminato e reintrodotta nel nostro organismo mantenendo un delicato equilibrio che può rompersi soprattutto nella donna in età fertile. S'instaura così la sideropenia che dobbiamo sempre trattare ma con particolare cura quando è in programma una gravidanza. Nel sospetto clinico di sideropenia (attenzione anche allo sfibramento dei capelli) oppure in presenza di eccessi mestruali, è importante accertarsi dello stato dei depositi marziali. Se questi dovessero risultare carenti bisognerà reintegrarli con adeguata alimentazione associata a preparati di ferro per os. La terapia marziale orale dovrà dare meno effetti collaterali possibili per una migliore compliance della paziente.

se saggio pari ad quarto della dose totale. Il ferro per via endovenosa deve essere sempre infuso lentamente. In caso di reazione idiosincrasia la somministrazione va immediatamente sospesa e somministrata adrenalina e cortisonici. Con il trattamento parenterale la quantità di ferro fornita all'organismo può raggiungere valori circa doppi rispetto a quelli forniti per os, la correzione dell'anemia sarà più rapida. La quantità del ferro da infondere endovena si ricava dall'uso di tabelle che tengono conto del grado di anemia, del peso e del sesso del paziente. Sono disponibili diversi preparati di ferro: ferro destrano (di costo minore ma con maggiore rischio di dare più reazioni anafilattiche), saccarosio di fer-

PER SAPERNE DI PIÙ

- Anderson GJ, Frazer DM, McLaren GD. Iron absorption and metabolism. *Curr Opin Gastroenterol* 2009;25:129-135
- Berger J, Dillon JC. Control of iron deficiency in developing countries. *Sante* 2002;12:22-30
- Bermejo F, Garcia-Lopez S. A guide to diagnosis of iron deficiency and iron deficiency anemia in digestive diseases. *World J Gastroenterol* 2009;15:4638-4643
- Boley SJ, DiBiase A, Brandt LJ, Sammartano RJ. Lower intestinal bleeding in the elderly. *Am J Surg* 1979;137:57-64
- Byrnes V, Barrett S, Ryan E, Kelleher T, O'Keane C, Coughlan B, et al. Increased duodenal DMT-1 expression and unchanged HFE mRNA levels in HFE-associated hereditary hemochromatosis and iron deficiency. *Blood Cells Mol Dis* 2002; 29:251-260
- Clark SF. Iron deficiency anemia: Diagnosis and management. *Curr Opin Gastroenterol* 2009;25:122-128
- Conrad ME, Umbreit JN. A concise review: Iron absorption – the mucin-mobilferrin-integrin pathway. A competitive pathway for metal absorption. *Am J Hematol* 1993;42:67-73
- De Domenico I, Lo E, Ward DM, Kaplan J. Hcpidin-induced internalization of ferroportin requires binding and cooperative interaction with Jak2. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2009;106:3800-3805
- Harrington M, Hotz C, Zeder C, Polvo GO, Villalpando S, Zimmermann MB et al. A comparison of the bioavailability of ferrous fumarate and ferrous sulfate in non-anemic Mexican women and children consuming a sweetened maize and milk drink. *Eur J Clin Nutr* 2011;65:20-25
- Hillman R., Henderson PA. Control of marrow production by the level of iron supply. *J Clin Invest* 1969;48:454-460
- Lysionek AE, Zubillaga MB, Salgueiro MJ, Caro RA, Leonard NM, Ettlin E, et al. Stabilized ferrous gluconate as iron source for food fortification: Bioavailability and toxicity studies in rats. *Biol Trace Elem Res* 2003;94: 73-78
- Silverstein SB, Rodgers GM. Parenteral iron therapy options. *Am J Hematol* 2004;76:74-78
- Till SH, Grundman MJ. Prevalence of concomitant disease in patients with iron deficiency anaemia. *BMJ* 1997;314:206-208
- Zhang AS., Enns CA. Molecular mechanisms of normal iron homeostasis. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program* 2009;1:207-214

DermovitaminaA Ragadi seno

Trattamento specifico
per le ragadi al seno
durante la gravidanza
e l'allattamento



Dispositivo medico CE 0546

SENZA CONSERVANTI

Contiene
COLOSTRO

- **Previene e ripara** le ragadi
- **Attenua** il dolore
- **Rigenera** la cute del capezzolo

Dermovitamina Ragadi Seno mantiene la fisiologica **elasticità** delle pelle, previene la formazione di fissurazioni e ragadi, **attenua** i sintomi fastidiosi e dolorosi quali **dolore, bruciore, prurito**. Aiuta la fisiologica **rigenerazione della cute del capezzolo**, facilitando la **chiusura della ragade**, grazie anche alla presenza di colostro adeguato substrato interattivo che **mantiene intatte** la barriera cutanea e favorisce la restituzione dell'integrità della pelle.

Dermovitamina Ragadi Seno forma un film protettivo sulla cute del capezzolo, si può utilizzare sia a scopo preventivo a partire dall'8° mese di gravidanza, sia durante tutto il periodo di allattamento, sulla ragade già formata per facilitarne la scomparsa.

La formulazione originale di **Dermovitamina Ragadi Seno** non contiene profumo ed è priva di conservanti.



Il prodotto specialista nel trattamento di cicatrici
e smagliature **N° 1** in 11 paesi nel mondo*,
ora è disponibile in Italia.

Per maggiori informazioni contattare
Chefaro Pharma Italia al numero verde 800-432722
o all'indirizzo bio-oil@chefaro.it.