

nale. Le domande a cui il chirurgo deve rispondere quando pone l'indicazione all'intervento sono fondamentalmente tre: primo, va stimato il volume dell'utero in maniera precisa; secondo, va valutata l'adeguatezza del passaggio vaginale; terzo, va esclusa la presenza di patologia extrauterina. Le condizioni cliniche che erano storicamente considerate controindicazioni alla chirurgia vaginale (un utero troppo grande, un arco pubico inferiore ai 90°, la nulliparità o la presenza in anamnesi di pregressi interventi addominali) sono state radicalmente ridimensionate da diversi studi recenti. Classicamente, un utero veniva considerato "troppo grande" per la chirurgia vaginale quando il suo volume superava i 280 gr o quello di un utero gravido a 12 settimane. Tuttavia, il perfezionamento di tecniche quali il *morcellament*, permettono sempre più frequentemente di asportare per via vaginale uteri di dimensioni notevolmente maggiori, anche con pesi fino a 1300 gr. Il calibro vaginale deve essere valutato prima dell'intervento, ma la nulliparità di per sé non deve essere considerata una



controindicazione alla chirurgia vaginale. Neanche la pregressa chirurgia addominale deve precludere questo tipo di approccio, a meno che non vi sia una sindrome aderenziale tale da impedire la mobilità uterina. Pertanto, quando sussista il sospetto clinico o anamnestico di importante sindrome aderenziale pelvica è indicata una valutazione per via laparoscopica, in seguito a cui sarà possibile decidere se estrarre l'utero per via vaginale oppure per via addominale.

Quando la via vaginale non sia praticabile, la maggior parte degli autori ritiene preferibile l'ap-

proccio laparoscopico a quello laparotomico, nonostante il già citato aumento nel rischio di lesioni agli organi dell'apparato urinario; la scelta – quando possibile – di un approccio combinato laparoscopico-vaginale riduce notevolmente la durata dell'intervento.

Nonostante queste considerazioni, va sottolineato come l'isterectomia addominale sia a tutt'oggi quella maggiormente praticata nel mondo, per la sua maggiore facilità di esecuzione e per la mancanza di personale medico con una adeguata formazione nell'ambito della chirurgia ginecologica vaginale. **Y**

### Cesarei: Sessione Fgom

## The increasing cesarean section rate: is it justified?

**Gianpaolo Mandruzzato**  
Presidente Fondazione Confalonieri Ragonese

La frequenza con la quale si ricorre al parto cesareo ha dimostrato un continuo, progressivo aumento anche nel mondo occidentale. Nè fanno eccezione alcuni paesi europei che, pur registrando un ricorso significativamente più limitato al cesareo, riscontrano anche i migliori risultati in termini di mortalità perinatale. Questo andamento è motivo di seria preoccupazione sia per le Società Scientifiche che per le

autorità politiche sanitarie. Va sottolineato infatti che, oltre al problema dei costi, il parto cesareo comporta una serie di rischi importanti per la salute materna immediata e futura e non è nemmeno esente da complicazioni per il neonato.

Un principio generale dovrebbe essere quello di optare per il cesareo quando il parto vaginale è più rischioso per la madre e/o il bimbo. Al contrario, pur non essendosi rilevate significative variazioni nella prevalenza di patologie materne e/o fetali, la frequenza dei cesarei aumenta. È stato infatti rilevato che questo preoccupante aumento molto spesso non è dovuto a condizioni cliniche. In Europa, il nostro paese detiene il poco invidiabile primato del più alto tasso di cesarei, sia pur con ampie variazioni da regione a regione.

In occasione del Congresso Sigo la Federazione di Ostetricia e Ginecologia del Mediterraneo (Fgom) è stata gentilmente invitata ad affrontare nell'ambito di una sua sessione questo scottante argomento. Compito dei Relatori è analizzare e discutere l'appropriatezza del parto cesareo in diverse situazioni cliniche e non che, come il cesareo a richiesta, sono ragione di questo aumento, molto spesso non giustificato e supportati dalle evidenze disponibili.

In particolare verranno affron-

tati i seguenti aspetti: Epidemiologia del cesareo (Prof. Antsaklis A., Grecia); Presentazione podalica (Prof. Demir C., Turchia); Gravidanza gemellare e plurima (Prof. Finderle A., Croazia); Restrizione di crescita fetale (Dr. Y. Meir, Italia); Cesareo pregresso (Prof. Giambanco V.); Late preterm ed early term (Prof. Mandruzzato G.P.); Parto cesareo elettivo (Prof. Cabero-Roura L., Spagna); Induzione e cesareo (Prof. Saghir W., Libano); Cesareo a richiesta (Prof. Premru-Srsen T., Slovenia); Cesareo d'urgenza (Prof. Lebbi I., Tunisia); Complicazioni materne dopo cesareo (Prof. Radunovic N., Serbia); Complicazioni neonatali (Prof. Carrapato M., Portogallo).

Ognuno degli argomenti proposti meriterebbe uno spazio di tempo ben più ampio rispetto a quello disponibile ma in tal modo si vuole focalizzare l'attenzione sulla criticità di questo importante problema clinico che ogni giorno deve essere affrontato. Le macroscopiche differenze rilevabili nel nostro stesso paese, non associate a migliori esiti perinatali, devono indurre tutti i ginecologi a razionalizzare il ricorso al parto cesareo allineando la sua frequenza con quella dei paesi che pur con un tasso di cesarei inferiori del 50% e più rispetto all'Italia riportano esiti perinatali ottimali. **Y**

▶ quanto riguarda le dimensioni delle lesioni né per quanto riguarda l'entità del sintomo, e che la maggior parte delle pazienti asintomatiche al momento della diagnosi rimangono asintomatiche negli anni a venire. Questi dati permettono di evitare il ricorso alla terapia chirurgica nelle pazienti asintomatiche per il solo timore di progressione della patologia.

Un altro elemento che deve essere tenuto in considerazione è l'impatto della chirurgia per endometriosi sulla fertilità. Per quanto riguarda le pazienti con endometriosi lieve o moderata (stadio ASRM I-II) i dati presenti in letteratura sono contrastanti. Esistono infatti due soli studi randomizzati controllati che hanno come obiettivo la valutazione della pregnancy rate in donne infertili sottoposte a intervento, ma essi giungono a conclusioni diametralmente opposte: nello studio multicentrico canadese si ottiene una pregnancy rate maggiore nel braccio di pazienti sottoposte a laparoscopia operativa con asportazione degli impianti peritoneali rispetto a quella ottenuta nel braccio di pazienti sottoposte a sola laparoscopia diagnostica (36% versus 21,9%). Per contro, lo studio multicentrico italiano ha riscontrato una pregnancy rate maggiore nel gruppo di pazienti sottoposte a laparoscopia diagnostica, rispetto a quelle sottoposte a laparoscopia operativa (22,2 versus 19,6%). Non esistono invece studi randomizzati controllati o metanalisi volte ad indagare l'incremento della pregnancy rate determinato dalla terapia chirurgica nelle pazienti affette da patologia endometriosa severa (stadio ASRM III – IV).

Ciononostante, questo aspetto è stato analizzato in molti studi non randomizzati, e in letteratura sembra esservi un consenso generale sull'efficacia della chirurgia nel migliorare la pregnancy rate in queste pazienti. Le percentuali riportate variano tra il 30 e il 67%, con un valore medio pari al 50%. D'altro canto, è assolutamente necessario informare le pazienti e tenere in considerazione l'impatto negativo che la chirurgia notoriamente ha sulla riserva ovarica. Diversi fattori devono pertanto essere presi in considerazione nell'impostazione dell'iter terapeutico, quali ad esempio l'età della paziente stessa, la mono o bilateralità delle cisti, la presenza di pregressa chirurgia per endometriosi e la riserva ovarica preoperatoria. Un recente studio ha dimostrato che le pazienti che sono state sottoposte a enucleazione bilaterale di cisti endometriosiche hanno un rischio basso ma definito di andare incontro a menopausa precoce. I dati in letteratura sulla performance riproduttiva in donne infertili con endometriosi profonda scarseggiano. Negli studi disponibili, i tassi di pregnancy rate post operatoria variano tra il 40 e il 55%, con una media del 40%; si tratta però solo di studi non randomizzati.

### Parto cesareo elettivo

## Il taglio cesareo. Una forma naturale di partorire?

**Luis Cabero Roura**  
Presidente della Commissione di Bioetica della Società spagnola di Ginecologia e Ostetricia (SEGO)

Inizialmente praticato per risolvere conflitti nel corso del parto, il taglio cesareo è stato indicato in misura crescente per risolvere altre circostanze che possono compromettere la salute della madre e/o del feto in situazioni diverse da quella del parto. È apparso che negli ultimi decenni il profilo delle donne che scelgono di diventare madre è cambiato. L'età, il tasso di gravidanze a seguito di fecondazione in vitro, l'aumento dell'obesità, il tasso di gemellarità, ecc... sono tutti fattori che hanno avuto un ruolo importante nell'analisi dell'aumento dei tagli cesarei. Nonostante la maggiore sicurezza offerta da questa pratica sia per il feto sia per la madre, il taglio cesareo viene eseguito più del necessario.

I vantaggi che il taglio cesareo offre quale conclusione del parto contro complicanze tecniche derivanti dalla pratica ostetrica hanno favorito altresì una pratica più frequente a sfavore dei

parti vaginali che richiederebbero un tirocinio. La facilità di esecuzione di un taglio cesareo così come il perfezionamento della sua tecnica hanno influito anche sulle diagnosi di distocia, effettuate con maggiore frequenza, cosa che ha contribuito a sua volta all'aumento del numero di tagli cesarei. Tra le circostanze che hanno contribuito all'aumento dei tagli cesarei abbiamo citato la medicina difensiva, (l'ostetrico/a non desidera avere problemi medico-legali), così come l'influenza dei modelli di apprendimento nel periodo di formazione dei futuri ostetrici/ostetriche. È difficile oggettivare quantitativamente l'influenza di tutti questi fattori (oltre ad altri) sul tasso dei tagli cesarei, tuttavia bisogna tenerli in considerazione per una valutazione critica del problema.

