

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 pre-operatoria. Un recente studio ha dimostrato che le pazienti che sono state sottoposte a enucleazione bilaterale di cisti endometriose 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 oggettivamente quantificare 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.





A quanto detto si aggiunge il fatto che, sempre più frequentemente, è la propria paziente a richiedere il taglio cesareo (cesareo su richiesta). Tale richiesta è dovuta, probabilmente, alla convinzione molto diffusa che il taglio cesareo sia una pratica ugualmente sicura tanto per la madre quanto per il feto rispetto al parto vaginale. Se si pratica un taglio cesareo su richiesta, teoricamente tutti i rischi sono a carico della donna e del feto; in caso contrario, tutti i rischi sono a carico del medico (allerta, conseguenze medico-legali). Comunque, il tasso di mortalità materna generale (tutti i tipi di taglio cesareo) è all'incirca sei volte maggiore rispetto al parto vaginale. Queste differenze sono sufficientemente importanti affinché, in assenza di altre prove, sembri inopportuno e chissà, forse anche imprudente, discutere su quale sia il modo di partorire più sicuro. In questo senso, per alcune donne e alcuni medici il ricorso crescente al taglio cesareo acquisisce legittimità se si considera l'autonomia materna che mira ad una maggiore comodità, ad evitare il dolore e il danno alla struttura pelvica, e sempre con l'obiettivo di proteggere il feto, a fronte di possibili costi aggiuntivi per il parto chirurgico.

Qualsiasi decisione che aumenti la chirurgia maggiore, nonostante il tasso di mortalità associato sopra indicato, deve essere attentamente valutata da tutti gli attori coinvolti. Una donna che acconsenta ad un qualsiasi trattamento medico deve ricevere informazioni complete ed imparziali circa le possibilità di risultati positivi (efficacia) o negativi (rischi) del procedimento scelto. Comunque, i medici non dispongono sempre di informazioni adeguate sia per mancanza di letteratura di riferimento sia per discrepanze.

Ad ogni modo, i fattori paramedici sono probabilmente i più importanti per giustificare l'incremento del numero di quei tagli cesarei che aumenterebbero in modo ingiustificabile il rischio di invertire negativamente il quoziente vantaggio-rischio per la madre e per il feto. Nella sua terza riflessione, la Commissione di Bioetica della SEGO dichiara: "Riteniamo necessarie e imprescindibili tutte quelle attività che favoriscono, promuovono e convincono per credibilità i seguenti concetti fondamentali che, in modo più o meno sottile, si mettono in discussione: 1) Il parto è un processo naturale che nella maggior parte dei casi si svolge spontaneamente e naturalmente, soprattutto se in presenza di condizioni socio-igieniche adeguate. 2) La corretta assistenza durante la gravidanza e al momento del ricovero per il parto, con riferimento ad una maternità adeguatamente seguita e supportata da personale specializzato in servizio stabile, offre innegabili vantaggi per un'ottima protezione della madre e del feto. 3) Al giorno d'oggi, il taglio cesareo con una indicazione corretta è stato un fattore di primo piano nella protezione della salute della madre e del feto. 4) La mentalità tecnica prevalente tende a sopravvalutare i vantaggi del parto cesareo rispetto a un parto spontaneo per la rapidità e la comodità e a sottovalutare gli inconvenienti per la madre ed il feto." Per cui, riassumendo, si potrebbe dire che si praticano più tagli cesarei di quelli consigliati da un punto di vista medico e che si dovrà fare una analisi coscienziosa delle eventuali cause di questo fatto, nonché proporre soluzioni pertinenti al fine di minimizzare il forte impatto negativo che può aversi sulla salute (attuale e futura) delle nostre madri. **Y**

Strategie di prevenzione dell'infezione da HPV a livello nazionale e regionale

Vaccinazione anti Hpv: a che punto siamo

Carlo Maria Stigliano
Direttore Ginecologia preventiva e dei consultori familiari
Asl di Castrovillari (Cs)

A dicembre 2007 l'Intesa tra il Ministero della Salute e le Regioni ha definito l'offerta attiva della vaccinazione contro il papilloma virus umano (Hpv), identificando come target prioritario le dodicenni (coorte di nascita del 1997 per il 2008), in accordo con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. La scelta delle dodicenni, oltre a garantire la massima efficacia vaccinale, permette di rivolgersi a ragazze che frequentano la scuola dell'obbligo, di sfruttare le occasioni di contatto con le strutture vaccinali dedicate agli adolescenti, già target di altri interventi vaccinali, e di facilitare la comunicazione con le famiglie, che si rivela importante specialmente per programmi connessi alle malattie a trasmissione sessuale. L'Intesa Stato-Regioni del 2007 aveva fissato come obiettivo del programma di vaccinazione una copertura pari al 95% entro il 2013 con tre dosi di vaccino.

In Italia, ad oggi, è prevista

quindi per le dodicenni un'offerta attiva e gratuita, per le tredicenni il recupero gratuito non attivo (in quasi tutte le Regioni); per le ragazze tra i 14 e i 26 anni di età, che vengono considerate come target secondari, è previsto il recupero ("vaccinazione di catch up") con copayment (pagamento con tariffa agevolata).

Per quanto riguarda altre fasce d'età, possibili target della vaccinazione anti-Hpv, nel gruppo d'età 14-26 anni, le donne naïve rispetto all'infezione da Hpv, riceveranno pieni benefici dalla vaccinazione mentre ci si pone il problema per le giovani sessualmente attive che potrebbero essere state esposte all'infezione da Hpv.

Relativamente alla prevalenza dell'infezione da Hpv in relazione alle diverse fasce di età della popolazione un noto studio di Ronco ha confermato i dati internazionali: la prevalenza è risultata più elevata, infatti, per le donne di età compresa tra 25-39 anni (13-14%) con andamento decrescente all'aumentare dell'età (pari a 11.5% per le donne di età compresa tra 40-44 anni e 5% per le donne di età >45 anni).

Per questa ragione il piano della vaccinazione vede come target annuale primario la fascia costituita da circa 280.000 undicenni che dovrebbero ricevere le 3 dosi di vaccino anti-Hpv. Tale età è stata ritenuta ottimale per l'alta sieroconversione in età compresa tra i 9 e i 13 anni, ma anche per la minore possibilità che le bambine abbiano già avuto i primi rapporti sessuali, momento in cui è più alta la possibilità di presentare un'infezione da Hpv.

Anche tra coloro che hanno già avuto rapporti sessuali non è comunque elevata la possibilità di avere al momento della vaccinazione un'infezione da parte di tutti i ceppi vaccinali. Il beneficio che si può ricavare dalla vaccinazione rimane quindi elevato. Anche coloro che hanno già avuto

un'infezione da tipi di Hpv uguali a quelli contenuti nel vaccino e già risolta al momento della vaccinazione possono comunque avere un beneficio dalla vaccinazione stessa.

Dal 5 al 15% delle donne sessualmente attive sopra i 25 anni possono acquisire un'infezione da Hpv oncogeni ogni anno e circa 1 o 2% di queste infezioni saranno da Hpv 16 e/o 18. Si è anche riscontrato che nelle donne sopra i 25 anni le infezioni da Hpv possono più facilmente divenire persistenti e più facilmente portare ad alterazioni cer-



vicali quali CIN3.

Sebbene non sia indicata una vaccinazione di massa in donne più avanti con l'età, essendo il rapporto costo-beneficio sempre meno favorevole andando avanti con l'età, tuttavia anche donne di età superiore ai 25 anni possono beneficiare del vaccino e sembra corretto che abbiano l'opportunità di scegliere se vaccinarsi, sulla base di scelte individuali.

Bisogna inoltre ricordare che le donne trattate per lesioni genitali Hpv-correlate hanno maggiore probabilità di altre donne di avere recidive o nuove alterazioni legate allo stesso o ad altri Hpv. Il vaccino non si è dimostrato efficace nel trattare le infezioni o le lesioni presenti al momento della vaccinazione ma ha dimostrato un beneficio nel ridurre il rischio di recidive o nuove alterazioni. Tutte le donne che ricevono trattamenti conservativi per patologie

Hpv correlate dovrebbero essere informate del

