Scuola Italiana di Chirurgia Mini Invasiva Ginecologica

LA NEWSLETTER UFFICIALE DELLA SCUOLA ITALIANA DI CHIRURGIA MINI INVASIVA GINECOLOGICA

Un messaggio dal Direttore Scientifico

Cari Colleghi,
la chirurgia ginecologica mininvasiva sta attraversando una fase di profonda trasformazione. Innovazione tecnologica, crescente complessità clinica e nuove esigenze formative stanno ridefinendo il nostro modo di operare, insegnare e fare ricerca. In questo contesto dinamico, il ruolo della nostra Società diventa ancora più centrale: essere punto di riferimento scientifico, culturale e umano per la comunità ginecologica italiana.
Negli ultimi anni abbiamo assistito a un'evoluzione significativa delle tecniche laparoscopiche e robotiche, all'introduzione di strumenti sempre più avanzati e a una maggiore attenzione alla personalizzazione del trattamento chirurgico. Tuttavia, innovare non significa solo adottare nuove tecnologie, ma sviluppare una visione critica e responsabile del loro utilizzo.

questo mese...

NUOVI ORIZZONTI DELLA RICERCA: IMPLICAZIONI CLINICHE E PROSPETTIVE FUTURE

SICMIG YOUNG: PAROLA AGLI SECIALIZZANDI

EVENTI E MEETINGS: MOMENTI SICMIG, EVENTI TRASCORSI E PROSSIME TAPPE

La qualità dell'indicazione chirurgica, la sicurezza della paziente e la formazione strutturata dei giovani chirurghi devono rimanere i pilastri della nostra attività.
La missione della SICMIG è proprio questa: promuovere una chirurgia mininvasiva basata sull'evidenza scientifica, sull'etica professionale e sulla condivisione delle competenze. In questo numero della newsletter troverete contributi che riflettono questa filosofia: aggiornamenti clinici, presentazioni di casi complessi, approfondimenti tecnici e spunti di riflessione sulle nuove prospettive terapeutiche. Ogni articolo rappresenta non solo un contenuto informativo, ma un tassello di un dialogo più ampio tra colleghi che condividono la stessa passione e responsabilità.
Un'attenzione particolare va alla formazione. Investire nei giovani significa investire nel futuro della nostra disciplina. I programmi di tutoraggio, i corsi hands-on, le sessioni dedicate ai casi clinici e il confronto multidisciplinare sono strumenti fondamentali per garantire standard elevati e uniformi su tutto il territorio nazionale. La chirurgia mininvasiva richiede competenza tecnica, ma anche capacità decisionale, visione strategica e consapevolezza dei propri limiti.
Parallelamente, la ricerca clinica e la produzione scientifica devono continuare a crescere. La collaborazione tra centri, la condivisione di database e la partecipazione a studi multicentrici rappresentano un'opportunità straordinaria per rafforzare il peso scientifico della nostra comunità a livello internazionale. Essere protagonisti significa contribuire attivamente alla costruzione delle evidenze che guideranno la pratica clinica dei prossimi anni.
In un'epoca in cui la medicina è sempre più complessa e interconnessa, il valore di una Scuola non si misura solo dalla qualità dei suoi eventi, ma dalla capacità di creare rete, sostenere il confronto e favorire un senso di appartenenza. La SICMIG deve continuare a essere uno spazio aperto, inclusivo e meritocratico, capace di valorizzare l'esperienza dei colleghi senior e l'entusiasmo delle nuove generazioni.
Vi invito a partecipare attivamente alla vita della Scuola: proponete idee, condividete casi, inviate contributi scientifici, prendete parte ai nostri eventi. La crescita della SICMIG è il risultato dell'impegno di ciascuno di noi.
Con spirito di collaborazione e con l'obiettivo comune di offrire alle nostre pazienti il miglior trattamento possibile, continuiamo insieme questo percorso di innovazione, responsabilità e eccellenza.
Buona lettura.

Direttore Scientifico
Michele Bollino

The Clinic of Dr. Gross
Thomas Eakins
1875

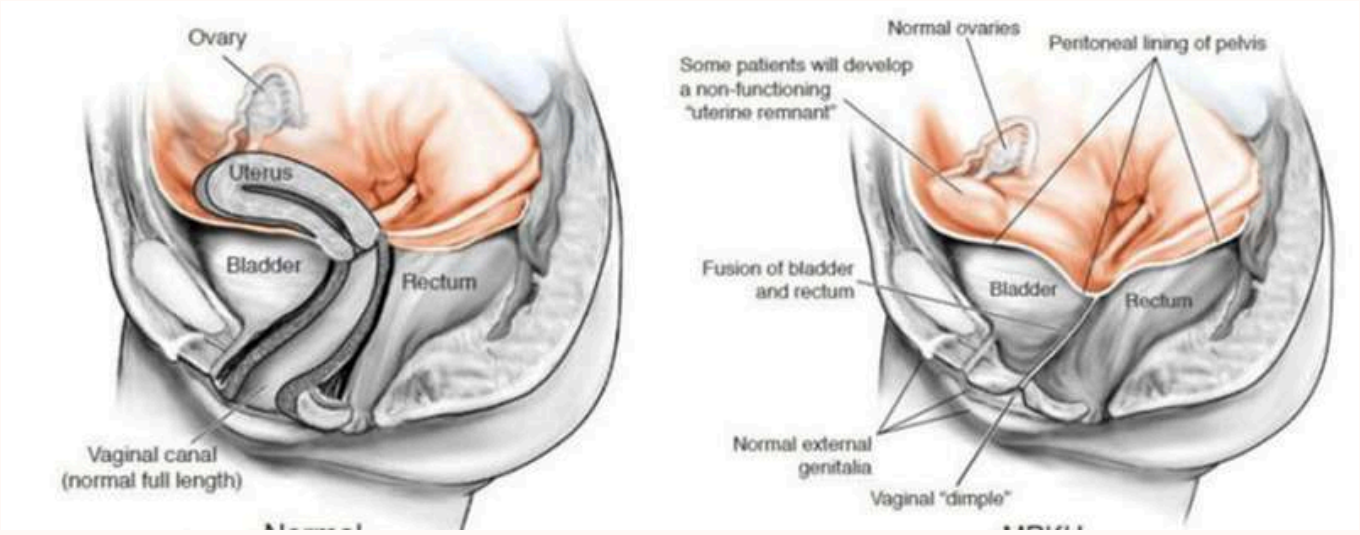
Nuovi orizzonti della ricerca: implicazioni cliniche e prospettive future

TECNICHE CHIRURGICHE PER LA CREAZIONE DI NEOVAGINA NELLE PAZIENTI AFFETTE DA SINDROME DI ROKITANSKY: FOCUS SULLA TECNICA DI DAVYDOV MODIFICATA

A cura di: Vittoria Beninii

Introduzione

La sindrome di Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH) rappresenta una delle principali cause di amenorrea primaria ed è caratterizzata da agenesia o ipoplasia dell'utero e della vagina in presenza di cariotipo 46,XX e normale sviluppo dei caratteri sessuali secondari. La prevalenza stimata è di circa 1 caso ogni 4.000–5.000 nate.
Dal punto di vista clinico, le pazienti si presentano generalmente con amenorrea primaria e impossibilità ai rapporti penetrativi. La sindrome può manifestarsi in forma isolata (tipo I) oppure associata ad anomalie extragenitali, in particolare a carico dell'apparato urinario, scheletrico e cardiovascolare (tipo II).
L'impatto della MRKH sulla qualità di vita è rilevante, coinvolgendo aspetti fisici, psicologici, relazionali e sessuali. Per questo motivo, la gestione di queste pazienti richiede un approccio multidisciplinare, che integri competenze ginecologiche, psicologiche e riproduttive. Uno degli obiettivi principali del trattamento è la creazione di un canale vaginale funzionale, che consenta una soddisfacente vita sessuale.



Opzioni terapeutiche e tecniche chirurgiche

Il trattamento della agenesia vaginale nelle pazienti affette da MRKH può essere conservativo o chirurgico, e deve essere personalizzato in base alle caratteristiche cliniche, alla motivazione della paziente e al contesto psicologico.

Trattamento conservativo

La dilatazione vaginale progressiva rappresenta il trattamento di prima linea nella maggior parte dei casi, con buoni tassi di successo riportati. Questa metodica consente la formazione di una neovagina funzionale senza intervento chirurgico,

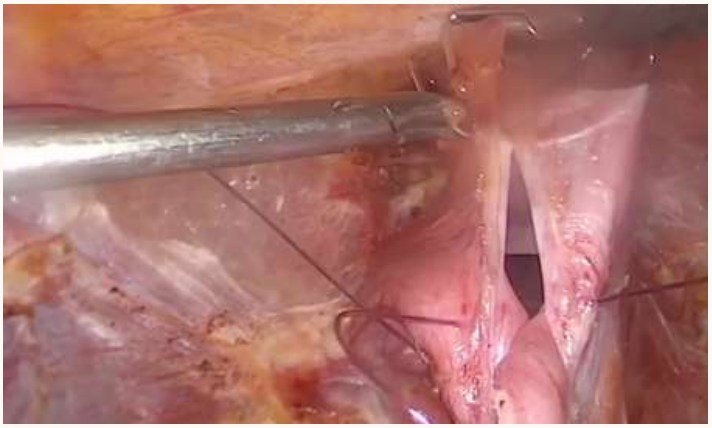
ma richiede elevata compliance, costanza e tempi spesso prolungati, che possono limitarne l'aderenza delle pazienti e il successo di questa metodica.

Tecniche chirurgiche

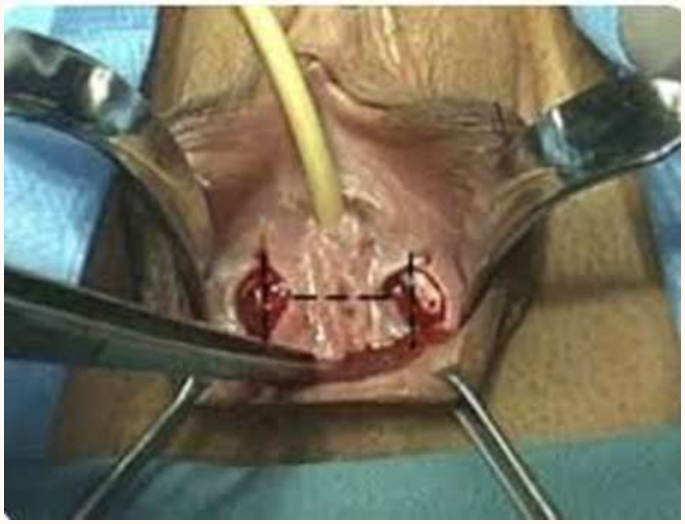
Quando il trattamento conservativo fallisce, non è considerato adatto o non è accettato dalla paziente, è possibile ricorrere alla chirurgia. Le principali tecniche includono:
· Vaginoplastica con segmento intestinale (sigmoidea)
Prevede l'utilizzo di un tratto di colon per la creazione della neovagina. Garantisce una buona lubrificazione, ma è gravata da rischi quali ipersecrezione mucosa, cattivo odore, stenosi, fistole e complicanze intestinali.
· Tecniche di trazione (secondo Vecchietti)
Si basano sull'applicazione di una trazione progressiva mediante l'applicazione di un dispositivo ad oliva a livello dello spazio vescico-rettale, che consente la formazione del canale vaginale. Tale tecnica presenta un buon successo, ma può associarsi a dolore postoperatorio, dispareunia e rischio di stenosi del canale vaginale.
· Tecniche con innesti o lembi
Utilizzano tessuti autologhi o biologici (cute, mucosa buccale, amnios, lembi muscolocutanei o fasciocutanei). Presentano risultati variabili e una maggiore complessità chirurgica.
· Vaginoplastica peritoneale secondo Davydov
Si basa sull'utilizzo del peritoneo per la formazione delle pareti vaginali. Grazie all'approccio laparoscopico, offre buoni risultati anatomici e funzionali, con ridotta invasività.
Tra le varie opzioni, la tecnica di Davydov si è progressivamente affermata come una delle metodiche più affidabili e riproducibili, soprattutto nei centri ad alta specializzazione.

La tecnica di Davydov modificata: descrizione e innovazione con trocar vaginale

La vaginoplastica secondo Davydov utilizza il peritoneo pelvico per rivestire la neovagina, favorendo nel tempo un processo di metaplasia che porta alla formazione di un epitelio simile a quello vaginale.
L'intervento viene eseguito in anestesia generale, con la paziente in posizione litotomica. Dopo l'accesso laparoscopico e la creazione dello pneumoperitoneo, si procede all'esplorazione della cavità addomino-pelvica. Viene quindi eseguita un'incisione trasversale a U rovesciata centralmente tra i due residui uterini e si procede allo scollamento dello spazio vescico-rettale. Successivamente viene mobilizzato il peritoneo mediante incisione dei legamenti rotondi e del peritoneo sopravescicale. Per la creazione della cupola vaginale si applicano due suture a borsa di tabacco a livello delle due emipelvi, coinvolgendo peritoneo, mesoretto laterale e sierosa rettale anteriore (prestando attenzione all'identificazione del decorso ureterale).

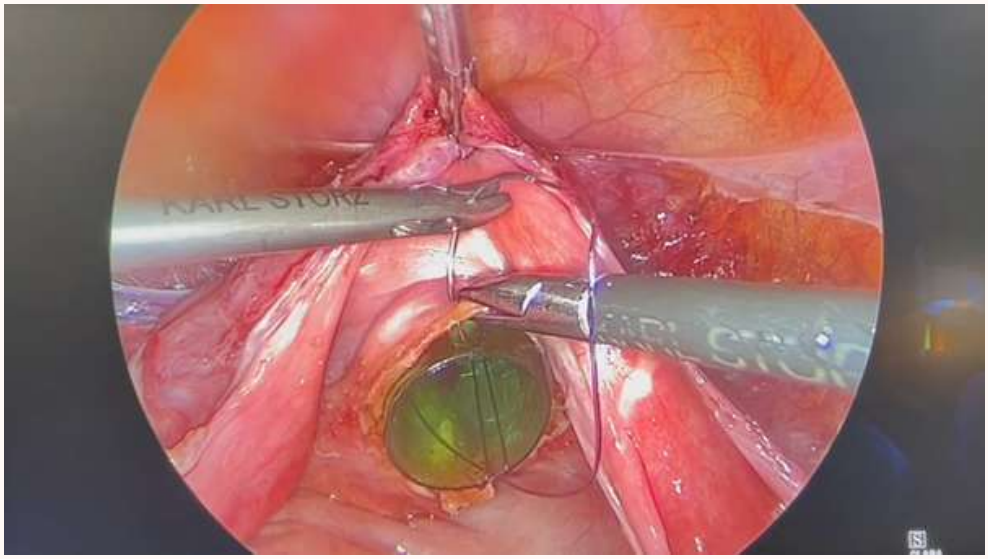


La fase vaginale dell'intervento prevede un'incisione ad H a livello del vestibolo e la creazione di un tunnel tra vescica e retto fino al raggiungimento del peritoneo precedentemente inciso. I punti passati precedentemente al peritoneo vescico-rettale vengono quindi fatti passare attraverso il canale vaginale e fissati alla mucosa vestibolare sana, consentendo la formazione della cupola e delle pareti vaginali.



Una recente modifica tecnica ha previsto l'introduzione di un trocar per via vaginale sotto visione laparoscopica diretta. Dopo aver creato lo spazio retto-vescicale, un trocar da 10 mm viene inserito attraverso il fondo vaginale fino a raggiungere la cavità peritoneale.

Questa innovazione consente:
· un accesso diretto e controllato alla cavità addominale;
· una più agevole presa delle suture peritoneali;
· una semplificazione della fase di trazione dei lembi;
· una riduzione del tempo operatorio complessivo.
Grazie all'utilizzo del trocar, le suture vengono rapidamente convogliate nel canale vaginale senza la necessità di dissezioni prolungate o manovre complesse, riducendo il rischio di traumatismi ai tessuti circostanti.
L'introduzione del trocar vaginale ha dimostrato di ridurre significativamente i tempi chirurgici senza compromettere i risultati anatomici e funzionali. Inoltre, l'accesso sotto visione diretta aumenta il profilo di sicurezza della procedura, minimizzando il rischio di lesioni vescicali o rettali.



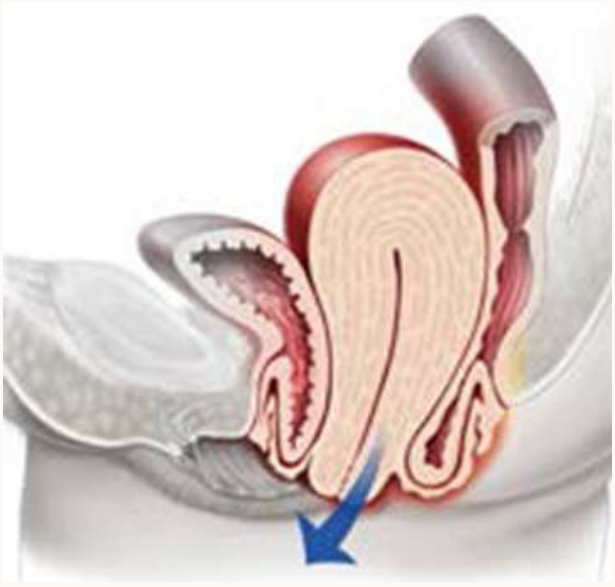
I principali benefici della tecnica di Davydov modificata includono:
· elevata riproducibilità;
· basso tasso di complicanze intra- e postoperatorie;
· rapido recupero funzionale;
· buoni risultati in termini di lunghezza e ampiezza vaginale;
· soddisfacente ripresa dell'attività sessuale.
Nel postoperatorio, è fondamentale l'utilizzo regolare di dilatatori vaginali per mantenere la pervietà del canale e favorire l'epitelizzazione. L'educazione della paziente e il follow-up multidisciplinare rappresentano elementi chiave per il successo a lungo termine della procedura.

Conclusioni

La gestione chirurgica dell'agenesia vaginale nella sindrome di MRKH richiede competenze specialistiche e un approccio personalizzato. Tra le diverse tecniche disponibili, la vaginoplastica peritoneale secondo Davydov si conferma una metodica efficace, sicura e funzionale.
L'introduzione del trocar vaginale rappresenta un'importante evoluzione tecnica, in grado di migliorare l'efficienza operatoria senza compromettere i risultati anatomici e clinici. Questa modifica contribuisce a rendere la procedura ancora più standardizzabile e adatta alla pratica nei centri di riferimento.
In un contesto di crescente attenzione alla qualità di vita e alla salute sessuale delle pazienti, la tecnica di Davydov modificata si configura come una valida opzione di riferimento per il trattamento chirurgico della MRKH, soprattutto se inserita all'interno di un percorso multidisciplinare strutturato.

CHIRURGIA CONSERVATIVA DEL PROLASSO UTERINO

A cura di: Matteo Frigerio



Il prolasso uterino è una condizione clinica comune nelle donne in gravidanza. Le pazienti possono essere infastidite da rigonfiamento vaginale, incontinenza urinaria, disfunzione minzionale, disturbi intestinali o sintomi sessuali. La gestione del prolasso prevede sia terapie non chirurgiche, come l'allenamento dei muscoli del pavimento pelvico e l'inserimento di un pessario vaginale, sia un trattamento chirurgico, a seconda dello stadio del prolasso, dei sintomi, dello stato di salute generale e delle preferenze della paziente.
La chirurgia può essere proposta alle pazienti in declino o in cui la gestione conservativa fallisce, e possono essere eseguite procedure basate sull'isterectomia o tecniche di conservazione dell'utero. Recentemente, la chirurgia di conservazione dell'utero ha riacquistato popolarità tra medici e pazienti. Le procedure di conservazione dell'utero sono associate a tempi operatori più brevi, minori perdite di sangue e un ritorno alle attività più rapido rispetto all'isterectomia. La preservazione dell'utero è interessante per le pazienti preoccupate per il cambiamento della loro immagine corporea e della loro sessualità dopo l'isterectomia, nonostante la mancanza di prove di un impatto positivo della preservazione dell'utero sulla funzione sessuale femminile. Inoltre, le procedure di conservazione dell'utero sono obbligatorie per le donne che desiderano preservare la fertilità. Le controindicazioni includono un aumento del rischio di tumori ginecologici, anomalie uterine, sanguinamento post-menopausale e l'impossibilità di sottoporsi alla sorveglianza ginecologica di routine.

Attualmente, sono disponibili diverse procedure di conservazione dell'utero, sia per via vaginale che addominale, con o senza l'uso di mesh, ma il miglior approccio chirurgico deve ancora essere dimostrato. La revisione dell'attuale letteratura mostra che la maggior parte delle procedure conservative può offrire risultati anatomici e soggettivi paragonabili alle procedure basate sull'isterectomia. Tuttavia, il confronto tra le diverse procedure non è possibile a causa dei dati limitati e delle definizioni eterogenee (o non specificate) di successo negli studi disponibili.

In particolare, non esistono linee guida su quale opzione di conservazione dell'utero sia preferibile nel caso di donne che desiderano una gravidanza, poiché i dati sugli esiti ostetrici dopo un intervento chirurgico per il prolasso sono scarsi . Ad esempio, sono state descritte solo poche gravidanze dopo un intervento chirurgico protesico e l'impatto di una rete impiantata su un utero gravidico è poco noto. Di conseguenza, è difficile per i medici consigliare adeguatamente le giovani donne che desiderano una gravidanza su quale procedura possa rappresentare l'opzione più sicura in termini di esiti ostetrici, anche se ogni tecnica porta con sé vantaggi e svantaggi (Tabella 1)

	SLH	MP	HULH	LMH	PFH	RAFH
Data availability	+	+	+	–	±	±
Cure rates	+	+	+	N/A	+	+
Feasible in advanced prolapse	+	–	+	+	–	+
Complication severity	+	±	+	N/A	–	±
Vaginal habitability	+	+	+	±	+	+
Minimally invasive	±	±	±	+	+	–
Pregnancy data availability	±	±	±	N/A	–	±
Pregnancy outcomes	+	–	+	N/A	N/A	+

SLH sacrospinous ligament hysteropexy, *MP* Manchester procedure, *HUHL* high uterosacral ligament hysteropexy, *LMH* levator myorrhaphy hysteropexy, *PFH* pubocervical fascia hysteropexy, *RAFH* rectus abdominis fascia hysteropexy, *N/A* not available

Nel complesso, gli esiti ostetrici avversi cumulativi sono risultati bassi per le tecniche considerate, con un punteggio del 4,6%. Tuttavia, la procedura Manchester è stata associata al più alto tasso di esiti ostetrici avversi (42,9%), tra cui un 28,6% di rottura prematura delle membrane pretermine, che è considerevolmente superiore al tasso atteso. Ciò potrebbe essere ragionevolmente correlato all'amputazione cervicale del segmento uterino inferiore, che espone al rischio di insufficienza cervicale e parto pretermine. Di conseguenza, la procedura Manchester non dovrebbe essere raccomandata nelle donne che desiderano una gravidanza. Le procedure con mesh sembrano essere associate ad una incidenza statisticamente maggiore di esiti ostetrici avversi rispetto alla chirurgia con tessuto nativo (dopo l'esclusione della procedura Manchester). Inoltre bisogna considerare che le complicanze correlate alla mesh nella chirurgia del pavimento pelvico possono manifestarsi anche dopo alcuni anni, e che l'impianto di materiale sintetico su un utero in crescita può portare a potenziali gravi complicanze ancora sconosciute.

In conclusione la procedura di Manchester non è raccomandata per la correzione del prolasso per le pazienti che desiderano una gravidanza. La chirurgia con mesh è stata associata a un rischio maggiore di esiti ostetrici avversi. Le procedure con tessuti nativi, ad eccezione della procedura di Manchester, non sono state associate a esiti ostetrici avversi e rappresentano probabilmente le opzioni più prudenti per le donne che desiderano una gravidanza.

5 French meccanici una meteora?

A cura di: Gaetano Perrini

Introduzione: Una Rivoluzione Tecnologica e Culturale

L'isteroscopia contemporanea ha vissuto una vera e propria metamorfosi. Se in passato l'approccio operativo era indissolubilmente legato alla sala operatoria e alla dilatazione cervicale, oggi la miniaturizzazione degli strumenti ha spostato il baricentro verso l'ambiente ambulatoriale. Nonostante l'introduzione di tecnologie sofisticate come la corrente bipolare, il plasma, il laser a diodi e i moderni sistemi di morcellazione meccanica, le pinze da 5 French (1,67 mm) rimangono la "chiave di volta" della chirurgia mininvasiva. La loro persistenza nel tempo non è un segno di staticità, ma la prova di un'efficacia insuperata nel trattamento quotidiano delle patologie endouterine.

La Filosofia "See-and-Treat": Efficienza e Rispetto della Paziente

Il vero punto di svolta è rappresentato dalla capacità di questi strumenti di integrarsi perfettamente nei canali operativi degli isteroscopi di ultima generazione (con diametri esterni totali spesso inferiori ai 5 mm). Questo permette di implementare la strategia
"See-and-Treat":
• Atraumaticità: L'assenza di necessità di speculum o pinze da collo (tenaculum) riduce drasticamente il dolore percepito.
• Sicurezza: L'evitare la dilatazione forzata del canale cervicale minimizza il rischio di perforazioni uterine e reazioni vasovagali.
• Continuità: Il chirurgo può passare dalla fase diagnostica a quella operativa in tempo reale, aumentando il tasso di soddisfazione della paziente e l'efficienza organizzativa della struttura sanitaria, come evidenziato dalle linee guida della Società Italiana di Endoscopia Ginecologica (SEGI).

Classificazione Funzionale e Analisi degli Strumenti

Il dialogo proattivo tra la pratica clinica e l'ingegneria biomedica ha prodotto una gamma di varianti specializzate:
1. Pinze da Biopsia (Cup Forceps): Caratterizzate da punte a "cucchiaio" con bordi affilati, sono essenziali per la campionatura mirata. A differenza della biopsia "alla cieca", queste permettono di prelevare tessuto esattamente dove risiede il sospetto diagnostico, riducendo i falsi negativi.
2. Pinze "Alligatore" (Grasper): Dotate di una dentellatura robusta, sono insostituibili per la rimozione di corpi estranei. Risultano cruciali per il recupero di dispositivi intrauterini (IUD) migrati o con fili risaliti nel canale, evitando procedure invasive sotto anestesia generale.
3. Forbici (Scissors): Rappresentano lo strumento di precisione per eccellenza. Le varianti a punta acuta permettono la lisi di sinechie (aderenze) con estrema accuratezza, mentre le versioni a punta smussa sono ideali per rifilare la base di impianto di piccoli polipi o per eseguire l'incisione di setti uterini parziali.
4. Pinze a Morso (Tenaculum/Biopsy): Progettate per agire su tessuti a bassa elasticità o fibromatosi, garantendo una presa che non lacera il tessuto durante la trazione.

5. Pinze a Canestro (Grasping Basket): Strumento derivato dall'urologia, il canestro metallico è perfetto per "intrappolare" frammenti di tessuto liberi nel lume uterino, impedendo che vengano persi durante il deflusso del liquido di distensione.

Caratteristiche Strutturali e Meccaniche

Le performance di una pinza da 5 French dipendono da dettagli costruttivi che influenzano il feedback tattile del chirurgo:
• Dinamica del movimento: Le pinze ad azione doppia offrono un'apertura maggiore, utile per abbracciare lesioni voluminose; quelle ad azione singola garantiscono invece una stabilità superiore della valva fissa, ideale per tagli di precisione chirurgica.
• Semirigidità e Flessibilità: La struttura semirigida è preferita per la trasmissione della forza (push-pull), mentre la flessibilità è necessaria per navigare in canali operativi curvi.
• Rotazione Assiale: La possibilità di ruotare la punta indipendentemente dal corpo dell'isteroscopio permette di affrontare la lesione da qualsiasi angolazione, migliorando l'ergonomia e riducendo lo stress fisico dell'operatore.

Materiali e Manutenzione: Il Futuro è Sostenibile?

Il dibattito attuale si concentra sulla scelta tra strumentario pluriuso e monouso.
• Pluriuso: Richiedono cicli di sterilizzazione rigorosi e un controllo costante del filo delle lame. Una forbice non perfettamente affilata può causare strappi tissutali anziché tagli netti.
• Monouso: Garantiscono prestazioni costanti al 100% e azzerano il rischio di infezioni crociate, sebbene pongano sfide in termini di costi e smaltimento rifiuti.

Conclusioni

Le pinze da 5 French non sono semplici accessori, ma l'estensione della mano del chirurgo all'interno della cavità uterina. La loro evoluzione continuerà a seguire il percorso della mini-invasività estrema, rendendo l'isteroscopia una procedura sempre più sicura, rapida e tollerata naturalmente da affiancare alle tecnologie presenti e future che permetteranno al chirurgo esperto di poter scegliere in base al tipo di patologia e alla compliance della paziente e al budget disponibile .

Oltre il Baltico...incontri formativi con specializzandi svedesi

CESAREAN SCAR PREGNANCY - ROBOTIC LAPAROSCOPIC REMOVAL WITH SIMULTANEOUS REPAIR OF THE UTERINE DEFECT

A cura di: Ellen Hofgaard

Cesarean scar pregnancy (CSP) represents an implantation of the placenta in a previous Cesarean scar. This used to be a rare condition but is now one of the most reported types of uterine ectopic pregnancy with an estimate of one in 500 women with at previous Cesarean delivery (CD), further increased by multiple CDs. CSP is associated with significant maternal and fetal morbidity and several classification systems, diagnostic criteria and treatments are described.

This January AJOG and Antoine et al. presented the endometrium free double layer closure technique for hysterotomy incision at CD as a potential strategy to reduce the complication rate of adverse events such as CSP, uterine rupture and placenta accreta spectrum disorders (PAS) in future pregnancies. Their 30-year retrospective study of consecutive CDs using this closure technique reported a reduction in abnormal implantation in subsequent pregnancies. They hypothesize that the commonly favored CD single layer “bulk” closure is linked to an increased risk of cesarean scar defects and other long-term complications due to impaired tissue healing through disruption of the uterine anatomic layers. The bulk closure is popular by some clinicians due to its hemostatic favorable outcome and generally short operating time and previous studies have not proven the single layer technique inferior. The authors speculate that this method might have contributed to the rising incidence of PAS. At Lund University hospital we teach residents in double layer endometrium free closure technique in line with the recommendations from the Swedish Society of Obstetrics and Gynecology. This study further indicates this technique as beneficial and generally recommended in elective cases.

CSP can generally be divided into two subtypes, Type 1 “on the scar” or Type 2 “in the niche”. Type 2 is associated with a lower residual myometrial thickness (RMT) and severe outcomes such as uterine rupture, major bleeding and development into advanced PAS. Type 1 is associated with larger RMT and a better outcome. The management of advanced gestational age and PAS is not discussed in this report.

A modified Delphi procedure to develop a standardized sonographic evaluation and reporting system for CSP in the first trimester was published by John Wiley & Sons Ltd on behalf of International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology in 2021. They concluded that the first cesarean scar evaluation to determine the location of the pregnancy should be performed at 6–7 weeks' gestation and a CSP was defined as an implantation in or in close contact with, the niche. The presence of a niche is mandatory, and the term CSP should not be used in relation to a well healed cesarean scar. The recommended sonographic descriptions include gestational sac size, vascularity, location in relation to the uterine vessels, RMT and location of the pregnancy in relation to the uterine cavity and serosa. They further suggested classification of CSP as: “(1) CSP in which the largest part of the GS protrudes towards the uterine cavity; (2) CSP in which the largest part of the GS is embedded in the myometrium but does not cross the serosal contour; and (3) CSP in which the GS is partially located beyond the outer contour of the cervix or uterus.” The appearance on ultrasound may change with advanced gestation and should be elevated in early pregnancy.

Both active and expectant management of CSP is described but there is no consensus regarding optimal treatment. At Lund University Hospital, as well as most other Centras, we recommend early termination of the pregnancy to minimize the risk of severe maternal outcomes. In cases of Type 1 CSP medical or surgical management through dilation and vacuum suction/curettage is often feasible. In cases of Type 2 we recommend robotic laparoscopic removal with simultaneous repair of the uterine defect. The method has been used since 2008, where Persson et al. first described robot-assisted laparoscopic surgery as a treatment for a live CSP, including temporary intraoperative occlusion of the uterine blood supply and a repair of the niche, in J Robot Surg 2009.

In 2021 we published a small case series in Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol to describe perioperative adverse events, fertility and obstetric outcome, following a robot assisted laparoscopic approach for treating CSP as. The study indicated high feasibility and safety of a combined CSP removal and repair of the uterine niche by minimally invasive surgery. Given a median age of 36 years at time of surgery a post intervention conception rate of 64 % with most full-term deliveries was encouraging.

.The surgery was performed with the technique described by Persson et al. using a four arm da Vinci-S or Si system (Intuitive Surgical, Sunnyvale, CA) set-up for pelvic surgery and a 12-mm assistant trocar. Following dissection of the pelvic sidewalls, removable metal clips or clamps were applied to occlude the uterine and superior vesical arteries at surgeon's discretion (fig. 1-2), similar clamps can be applied to the propria ligaments (fig.3). The amniotic sac was dissected from the bladder and kept intact through half the circumference before being opened (fig.4-5). The pregnancy including the fetus was evacuated using a laparoscopic retrieval bag (fig.6-7). Any remaining gestational tissue was removed with a 10-mm suction device . To achieve non-scarred tissue, the myometrium was excised around the defect before readapting in two layers with single 2-0 Vicryl or a continuous V-Loc suture (fig. 8-9). Finally, the metal clips were removed. A video of the procedure is available as online material, hyperlinked below. During and after surgery 0.4 mg Misopristol was administered vaginally or rectally to achieve uterine contraction. Antibiotic and thrombosis prophylaxis were administered. Perioperative data was registered in a protocol used for all robotic procedures. After surgery, a color Doppler ultrasonography was performed to ensure patent uterine blood flow. Postoperatively, serum β-hCG was monitored until normalized. Women were counseled to postpone attempts of pregnancy at least 6 months after surgery.

One to three units of Vasopressin can be injected into the myometrium surrounding the CSP at surgeon’s discretion, mainly in women where no clips are applied. Temporally hemostatic interrupted sutures can be placed through the myometrium around the gestational sac prior to dissection.

Morlando et al reported general pregnancy rates after CSP to 70%, with a 18% risk of recurrence of CSP in Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology, December 2023.

Wang et al published their article of subsequent pregnancy outcomes of excisional surgery vs conservative surgery for cesarean scar pregnancy in AJOG nov 2025. The pregnancy rate in the excisional group was significantly greater than that in the conservative group.

They recommended excisional surgery of CSP with a thinner RMT to improve the pregnancy rate while effectively reducing the risk of CSP recurrence. The pregnancy rate in the excisional group was 62.5%, in line with our small retrospective case series.

We believe that the uterine scar defect should be immediately repaired at the time of laparoscopic removal due to the easy identification of the defect and well vascularized tissue. Others have described various methods with initial dilatation and curettage/vacuum aspiration followed by later simultaneous hysteroscopic guided laparoscopic niche repair as well as Indocyanine green imaging of isthmocele. Our experience is that a later uterine niche repair of an isthmocele may have a less favorable result.

Video available as online material.
Ellen Hofgaard, Katarina Westman, Malin Brunes, Thomas Bossmar, Jan Persson,
Cesarean scar pregnancy: Reproductive outcome after robotic laparoscopic removal with simultaneous repair of the uterine defect,
European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology,
Volume 262, 2021, Pages 40-44.
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211521002189?via%3Dihub

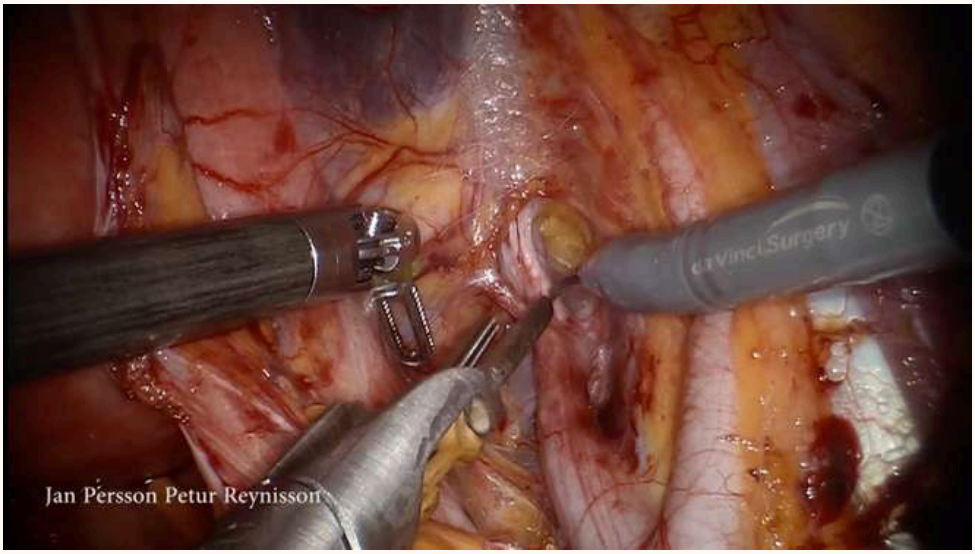


fig.1

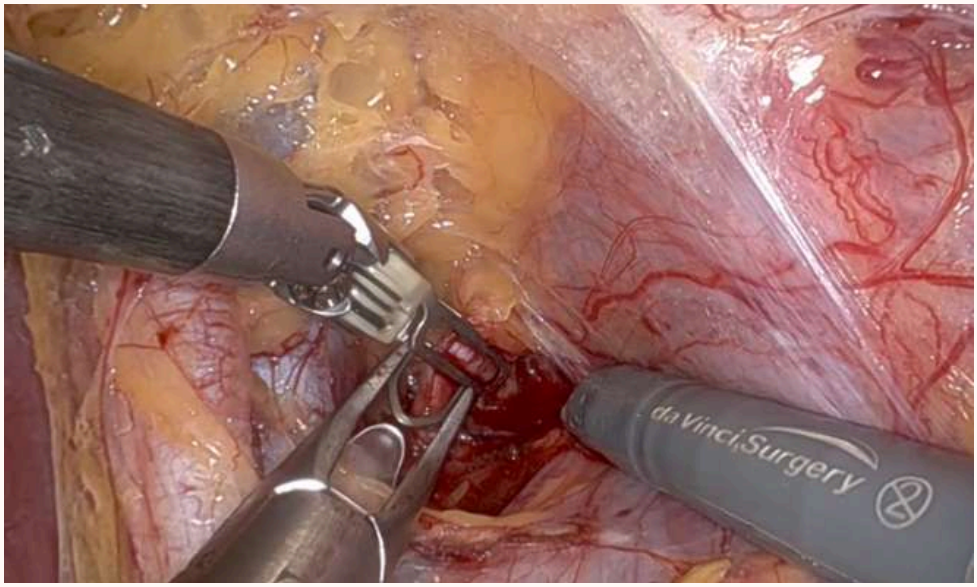


fig.2

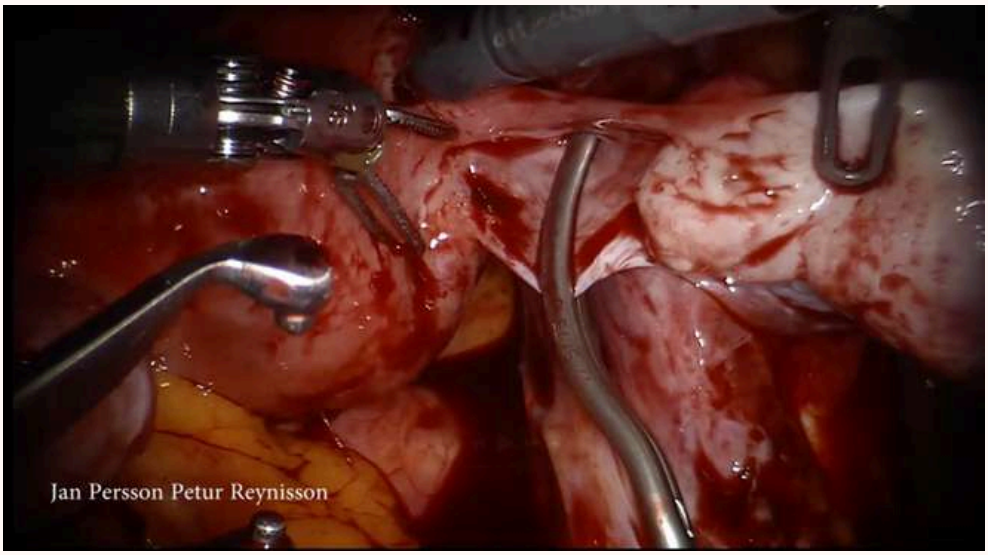


fig.3

fig.4

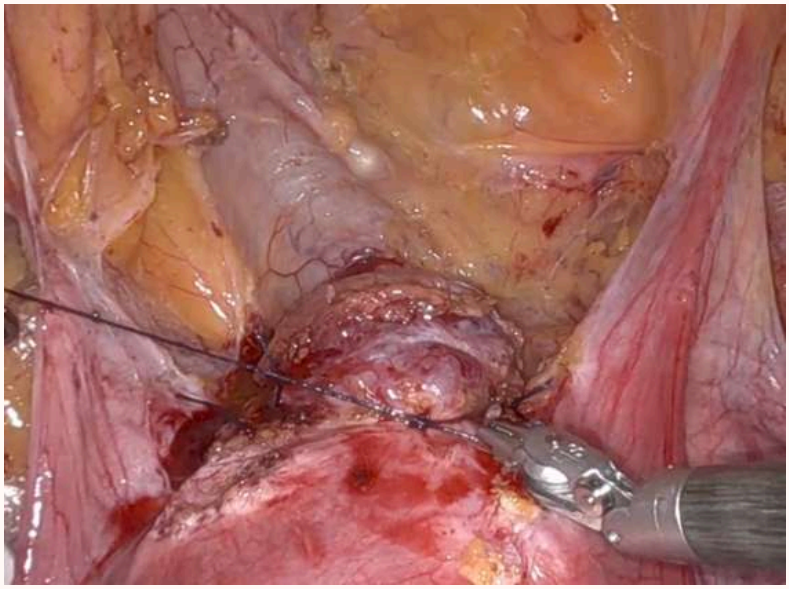


fig.5

fig.6

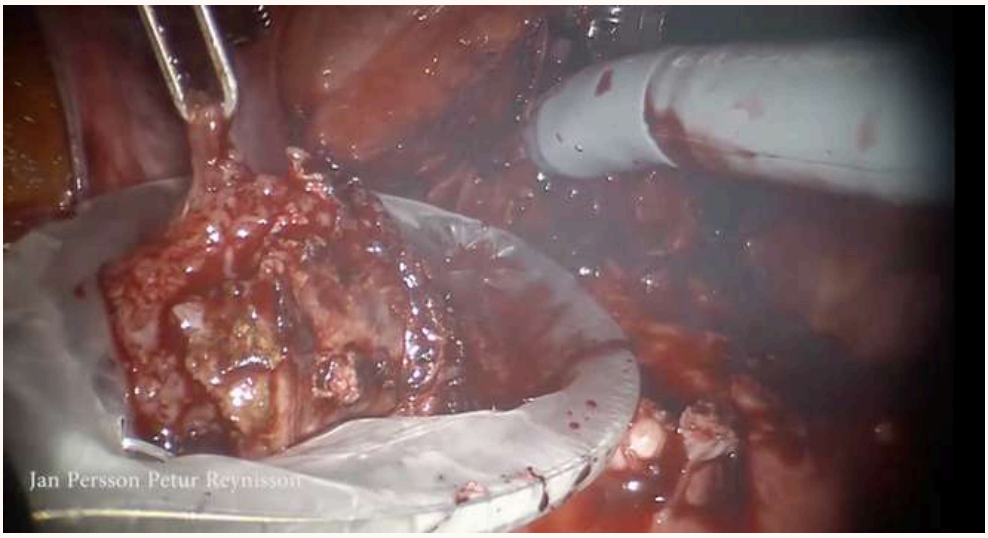


fig.7

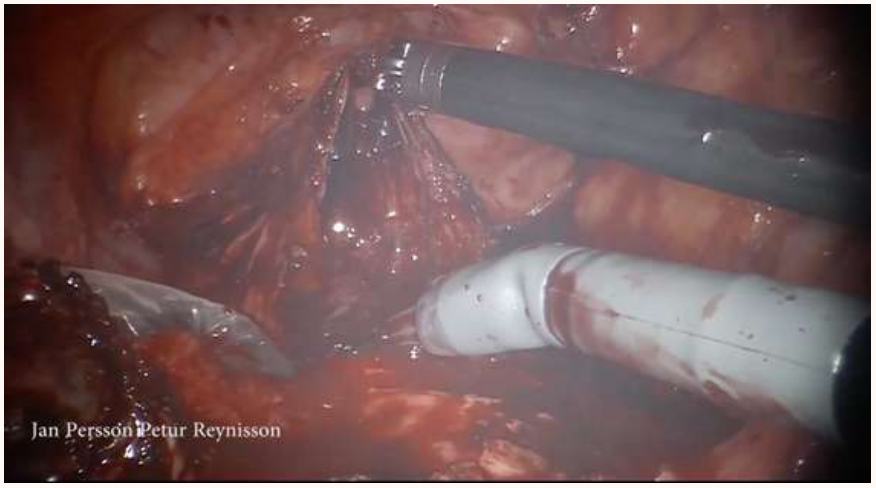


fig.8

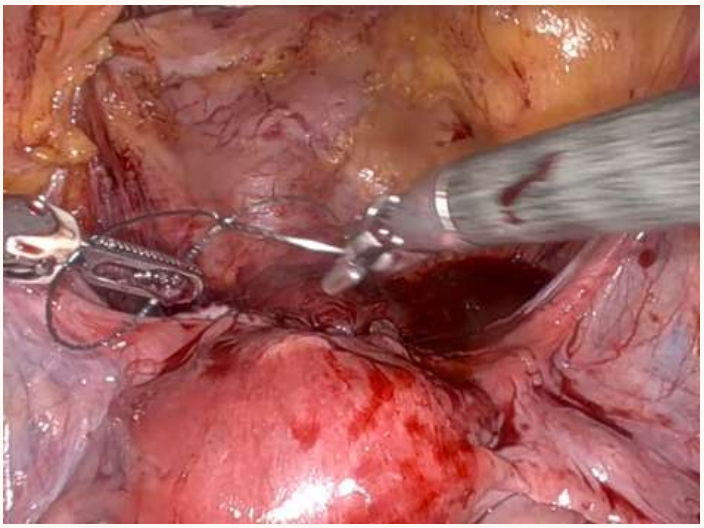


fig.9

EVENTI E MEETINGS: MOMENTI SICMIG, EVENTI TRASCORSI E PROSSIME TAPPE

FIRENZE 10 APRILE 2026
ISTEROSCOPIA CONTEMPORANEA
ONE DAY

Cari amici vi aspettiamo a Firenze il 10 Aprile per incontrarci al consueto Convegno, ormai ultra decennale, con tutti i precedenti documentati sul nostro Canale YouTube Save the Uterus.

Isteroscopia Contemporanea
One Day

Il titolo vuole essere coerente col percorso minimamente invasivo, risolutivo, ma conservativo dell'Isteroscopia che possiamo distinguere in Ambulatoriale o Chirurgica con ricovero giornaliero.
In ambedue i percorsi c'è una riduzione dell' impegno per la paziente ed un ritorno alla propria attività al massimo dopo 1 giorno e quindi un notevole risparmio per il Sistema Sanitario ed Assistenziale
Quest' anno, come vedrete, il nostro focus è sulla consevazione
della fertilità.

Il nostro "amichevole" incontro non ha le caratteristiche tipiche di un Convegno, ma ha come altro focus una diretta, per tutta la mattina, di live surgery dalle sale operatorie dell' Ospedale Piero Palagi dove esperti Operatori di Scuole diverse affrontano varie patologie.
Ogni caso viene attentamente inquadrato con esami sierologici e di imaging in prevalenza US.
Dobbiamo qui nuovamente e fortemente sottolineare come l'ecografia non sia mai in competizione con l'isteroscopia, sarebbe d'altronde impossibile.
Oggi l'Imaging US con la sua evoluzione tecnologica si integra sempre di più, anche in tempo reale, nel percorso isteroscopico rendendola insostituibile.

Durante l' intervento l'Operatore commenta l'intervento e, se possibile, può rispondere in diretta alle domande poste dalla Sala Congressi.
Lo scopo didattico è quello di offrire l'opportunità per mettere a confronto le diverse modalità per affrontare diverse patologie.
Nel pomeriggio cominciano le relazioni dedicate ad argomenti specifici e la prima parte è dedicata alla discussione approfondita sui casi Chirurgici

L' isteroscopia contemporanea deve essere inserita oggi in un circuito virtuoso dove clinica chirurgica e tecnologia si integrano positivamente nel migliorare ed ottimizzare i risultati senza over/under treatment ed è nostro compito approfondire al meglio questo percorso.

E' importante sottolineare che non esistono setting migliori o peggiori, ma setting più idonei alla patologia da affrontare,
all'esperienza dell' Operatore, alla tecnologia presente, ma anche alle situazioni organizzative ed amministrative.

Stefano Calzolari
Karin Louise Andersson
Giovanna Giarrè

LA SFIDA GLOBALE DELLA FERTILITÀ: UNA NUOVA VISIONE CON HARTUS.

HARTUS 2026
27-29 Aprile 2026 (Roma)

La fertilità sta affrontando una sfida globale senza precedenti. Il calo dei tassi di natalità è il risultato della posticipazione del tempo di genitorialità, dell'aumento di incidenza di condizioni che alterano la fertilità. Il ricorso alle tecnologie di procreazione medicalmente assistita (PMA) non è sostenibile e non garantisce sempre il successo riproduttivo.
È urgente la ridefinizione dell'assistenza alla donna con desiderio riproduttivo, che operi una sintesi nella frammentazione delle discipline ultraspecialistiche afferenti alla ginecologia ed alla medicina della riproduzione. In tal senso, al fattore uterino viene riconosciuto un ruolo di primaria importanza – trattandosi di un organo esposto a processi di bioinvecchiamento non differenti ma meno prevedibili dei gameti femminili, su cui si è invece sempre concentra la massima parte dell'attenzione del medico della riproduzione.
Su questa premessa nasce HARTUS: un nuovo modello di cura basato sulla multidisciplinarietà e sulla integrazione delle competenze in isteroscopia (H-, hysteroscopy), tecnologie di procreazione medicalmente assistita (ART-, Assisted Reproductive Technology) ed ecografia (US-, ultrasonography).
Nella definizione, HARTUS svela la sua natura: una discussione integrata e di pari livello tra diverse competenze nel processo di gestione della donna con desiderio riproduttivo.
Con questa visione, un gruppo di esperti di rilevanza internazionale si è riunito a Roma nell'aprile 2024 per il primo Meeting Internazionale HARTUS: un evento unico con circa 500 partecipanti. Quella che inizialmente era una tavola rotonda di confronto tra specialisti è rapidamente evoluta in un'iniziativa permanente: HARTUS, un forum scientifico e tecnico dedicato alla collaborazione, clinica e scientifica, e finalizzato al successo nella gestione dell'infertilità.
L'ambizione dei fondatori di HARTUS e della community globale che oggi anima il movimento è che il futuro ginecologo diventi un H-ART-iST: l'operatore che sa adoperare sapientemente i diversi strumenti e le diverse tecnologie utili alla ottimizzazione dei fattori della fertilità, nell'ottica del successo riproduttivo.
Uno sguardo al futuro: HARTUS 2026, 27-29 Aprile 2026, Roma.
Dopo il grande risultato della prima edizione, HARTUS ha cresciuto e supportato una comunità globale di professionisti impegnati nel campo della fertilità (Global Leaders HARTUS): veri ambasciatori nel mondo.

Il prossimo appuntamento è il Secondo Meeting Internazionale HARTUS, che si terrà presso l'Auditorium della Tecnica, a Roma, dal 27 al 29 aprile 2026.
Non capita tutti i giorni di avere nella stessa sala Garcia Velasco, Luca Gianaroli, Luis Alcazar, Caterina Exacoustos, Sergio Haimovich, Luis Alonso Pacheco (Co-Chairs del congresso). Ma anche Paul Pirtea, Grigoris Grimbizis, Dirk Timmerman, Jacques Donnez, Ursula Catena e molti altri.
La comunità HARTUS continua a crescere, offrendo opportunità di apprendimento, aggiornamento e collaborazione a tutti coloro che vogliono contribuire attivamente al futuro della medicina riproduttiva. Il congresso offrirà un programma scientifico rinnovato, con nuove tematiche, contenuti innovativi e un focus sulle tecnologie emergenti. La presenza di nuovi ospiti internazionali, sessioni di simulazione, corsi pre-congressuali multidisciplinari sviluppati per i futuri H-ART-iST renderà l'evento un'opportunità unica di aggiornamento.
Nuove prospettive. Nuove tecnologie. Nuovi protagonisti. IA, corsi pratici e contenuti inediti per guidare il futuro della ginecologia nell'ambito dell'infertilità.

Per saperne di più su HARTUS: https://www.hartus.it/
Per tutte le novità e le iscrizioni al congresso e ai corsi pratici: Meridiano Event Registration
Per restare aggiornato con un click:
https://www.instagram.com/hartus_meeting?igsh=bG85MDZzeXF6bzlt
https://www.facebook.com/hartusmeeting
HARTUS MEETING - YouTube

15° Meeting annuale SICMIG

Scuola Italiana
di Chirurgia Mini Invasiva
Ginecologica

Evento ECM Nazionale in corso di accreditamento

Alessandria 14-17 ottobre 2026
SALONE DI RAPPRESENTANZA
OSPEDALE SS. ANTONIO E BIAGIO

Presidenti
Bruno Andrei, Davide Dealberti
Responsabili scientifici
Walter Costantini – Carlo De Angelis

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Alessandria

AOU AL Azienda Ospedaliero-Universitaria di ALESSANDRIA

Segreteria organizzativa
EUROGYN EVENTI & CONGRESSI

Provider ECM nazionale standard n. 3994
CIGO CONFEDERAZIONE ITALIANA GINECOLOGI OSPEDALIERI

segreteria@eurogyn.it - Tel. 3452585327 - 3385304826

CORSO PRECONGRESSUALE

13° CORSO AOGOI-SICMIG

CORSO TEORICO PRATICO DI CHIRURGIA ISTEROSCOPICA

Alessandria 14-15 ottobre 2026

Evento ECM Nazionale in corso di accreditamento

CORSO POSTCONGRESSUALE

4° CORSO AOGOI-SICMIG

CHIRURGIA MINI INVASIVA IN OSTETRICIA

Le emergenze ostetriche e la routine ostetrica

Alessandria 17 ottobre 2026

Evento ECM Nazionale in corso di accreditamento

Patrocini richiesti

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

PROVIDER ECM ID 3994

segreteria@eurogyn.it - Tel. 3452585327 - 3385304826

Università di Catania

MASTER DI II LIVELLO

PATOLOGIA DISFUNZIONALE DEL PAVIMENTO PELVICO FEMMINILE

DURATA: marzo 2026-marzo 2027 (60 CFU)
ISCRITTI: MAX: 16
RIVOLTO A: medici chirurghi, ginecologi, urologi, chirurghi generali, fisiatri, ostetriche, fisioterapisti, infermieri.

2^Edizione
Scadenza Bando
30 Gennaio 2026

MODULI DI INSEGNAMENTO:

1.Anatomia
2.Fisiologia
3.Fisiopatologia
4.Prolasso pelvico
5.Incontinenza urinaria
6.Disfunzioni minzionali
7.Disfunzioni evacuative
8.Disfunzioni sessuali
9.Disfunzioni neurologiche
10.Fisiopatologia del dolore
11.Valutazione e management del dolore pelvico cronico
12.Trattamenti integrati per la cura del dolore
13.Tecniche riabilitative
14.Farmacologia applicata
15.Tecniche chirurgiche

LEZIONI FRONTALI
ESERCITAZIONI
SEMINARI
SIMULAZIONI
CADAVER LAB

Al termine del master il candidato avrà una conoscenza dettagliata della anatomia e della fisiologia del pavimento pelvico; acquisirà una visione completa dei diversi aspetti fisiopatologici responsabili delle varie disfunzioni del pavimento pelvico e una formazione sulle diverse metodiche diagnostiche e terapeutiche, spaziando dalla prevenzione, approccio psicosociale, olistico, riabilitativo, trattamento medico e chirurgico

Comitato Scientifico : Prof.ssa L Mereu, Prof. S Cimino, Prof.A Zanghi, Prof. M Vecchio, Prof. P Scollo
Bando al link: https://www.unict.it/it/didattica/master-universitari/2025-2026/patologia-disfunzionale-del-pavimento-pelvico-femminile
Segreteria organizzativa: tel. 095/3781100.
E-mail: master.dppf@unict.it.

SIGO Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia · AGUI · SEGI · Scuola Italiana di Chirurgia Mini Invasiva Ginecologica

SICMIG
NEWSLETTER

DIRETTORE RESPONSABILE
Prof. Walter Costantini

DIRETTORE SCIENTIFICO
Dott. Michele Bollino

CORPO REDAZIONALE:
Dott. Maurizio Nicola D'alterio
Dott. Gaetano Perrini
Dott. Matteo Frigerio
Dott.ssa Vittoria Benini
Dott. Francesco Paolo Giuseppe Leone

CONTRIBUTORS
Dott.ssa Ellen Hofgaard

Per contatti: michele.bollino@med.lu.se