Scuola Italiana di Chirurgia Mini Invasiva Ginecologica

LA NEWSLETTER UFFICIALE DELLA SCUOLA ITALIANA DI CHIRURGIA MINI INVASIVA GINECOLOGICA

questo mese...

L'ALTRO LATO DELL'ENDOMETRIOSI

SICMIG YOUNG: PAROLA AGLI SECIALIZZANDI

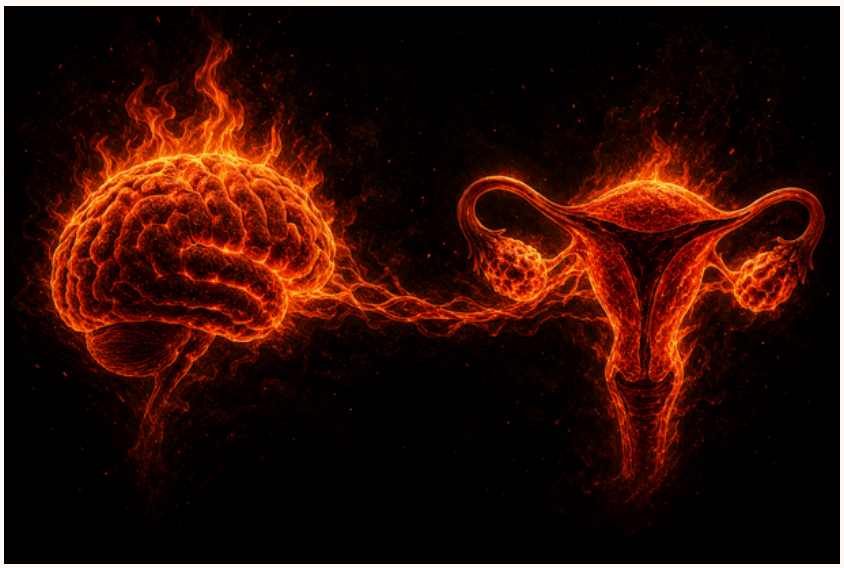
EVENTI E MEETINGS: MOMENTI SICMIG, EVENTI TRASCORSI E PROSSIME TAPPE

Quando il dolore cronico diventa emotivo: endometriosi e psiche

ENDOMETRIOSI, CERVELLO E DOLORE: PERCHÉ LA SALUTE MENTALE È PARTE DELLA MALATTIA

A cura di: Giuseppe Fanelli

L'endometriosi è una delle condizioni in cui la separazione fra corpo e mente mostra più chiaramente i propri limiti clinici. Negli ultimi anni, epidemiologia, genomica, neuroimaging e immunologia hanno progressivamente modificato il modo in cui questa condizione viene letta. Il dato forse più rilevante per il clinico è che la sofferenza psichica osservata nelle pazienti con endometriosi non appare spiegabile unicamente come conseguenza "reattiva" del dolore o dell'infertilità. Sempre più evidenze suggeriscono un terreno biologico condiviso fra endometriosi, regolazione dello stress, neuroinfiammazione e vulnerabilità depressivo-ansiosa.
Questo punto cambia profondamente la prospettiva clinica. Per anni, molte donne con endometriosi hanno ricevuto una lettura implicitamente dualistica del proprio quadro: da un lato la malattia organica, dall'altro il disagio psicologico come elemento accessorio, talvolta persino interpretato come amplificatore del sintomo doloroso. Oggi questa separazione appare sempre meno sostenibile. Le alterazioni immunitarie, endocrine, neuronali e genetiche osservate nell'endometriosi indicano che dolore, cervello e infiammazione partecipano allo stesso processo fisiopatologico.
L'associazione con depressione e ansia è ormai documentata in maniera consistente. Una revisione sistematica recente ha riportato prevalenze estremamente variabili ma frequentemente elevate di sintomi depressivi e ansiosi nelle pazienti con endometriosi, riflettendo l'eterogeneità clinica della malattia e dei diversi setting di reclutamento. Una successiva meta-analisi ha mostrato un aumento del rischio sia per depressione sia per ansia, pur con elevata eterogeneità statistica fra gli studi. Nei grandi database longitudinali il segnale resta stabile.



Nella coorte nazionale svedese, l'endometriosi era associata a un rischio aumentato di depressione e ansia. Uno studio population-based canadese ha riportato un incremento delle diagnosi di salute mentale soprattutto nei primi anni dopo la diagnosi ginecologica. Dati taiwanesi hanno mostrato un rischio più elevato di disturbi mentali complessivi, mentre un recente follow-up retrospettivo ha osservato aumenti di disturbi depressivi, ansiosi e disturbi da uso di sostanze nel lungo periodo .

Ridurre tutto questo solo a una conseguenza del dolore cronico sarebbe però una semplificazione. Il dolore pelvico persistente resta certamente uno dei mediatori clinici più potenti di distress, insonnia, compromissione relazionale e perdita di funzionamento. Tuttavia, gli studi genetico-epidemiologici suggeriscono che una quota dell'associazione con depressione e ansia esista anche indipendentemente dalla severità algica. In un lavoro pubblicato su JAMA Network Open, Koller e colleghi hanno mostrato che l'associazione fra endometriosi e depressione, ansia e disturbi dell'alimentazione non sembrava dipendere esclusivamente dalla presenza di dolore cronico o da overlap clinico con altre condizioni psichiatriche, suggerendo possibili basi biologiche condivise.
Ancora più interessante è il dato derivante dalla randomizzazione mendeliana, una metodologia genetico-statistica che utilizza varianti genetiche associate a un'esposizione per stimarne il possibile effetto causale su un outcome. Nel lavoro di Koller e colleghi, le varianti genetiche associate a depressione e ansia risultavano associate a un maggior rischio di endometriosi, suggerendo che la vulnerabilità depressivo-ansiosa possa contribuire causalmente, almeno in parte, al rischio di endometriosi attraverso pathway biologici condivisi. Un successivo studio bidirezionale di randomizzazione mendeliana ha riportato risultati coerenti: depressione e neuroticismo mostravano un segnale compatibile con un effetto causale sul rischio di endometriosi, mentre l'evidenza nella direzione opposta appariva più debole. Questo dato sposta l'attenzione dalla semplice comorbidità alla vulnerabilità condivisa: in alcune pazienti, predisposizione depressivo-ansiosa, dolore persistente e malattia endometriosica possono appartenere a una stessa traiettoria clinico-biologica.
È in questa traiettoria, quando dolore cronico, depressione, insonnia e perdita di funzionamento si sommano, che emerge anche il tema della suicidalità. Il dolore cronico è uno dei fattori più solidamente associati a ideazione suicidaria e comportamenti suicidari. Nell'endometriosi, questo rischio non è solo un'inferenza teorica. In uno studio statunitense, le donne con endometriosi presentavano maggiore incidenza di depressione, ansia e violenza autodiretta rispetto ai controlli. Dati più recenti dell'Ontario, su 56.053 pazienti con endometriosi e 112.106 controlli abbinati, hanno mostrato un aumento del rischio composito di autolesionismo intenzionale, overdose e suicidio (aHR 1,42; IC 95% 1,27-1,59). Uno studio clinico del 2025 ha inoltre riportato ideazione suicidaria in circa una donna su cinque con endometriosi, con associazione a peggiore stato di salute, maggiore dolore e indicatori di burden clinico più elevato. Per il ginecologo, il messaggio operativo è netto. Nelle pazienti con endometriosi, dolore refrattario, insonnia, accessi sanitari ripetuti o marcata compromissione funzionale, la valutazione del rischio suicidario dovrebbe essere parte integrante del percorso di cura, non un atto "psichiatrico esterno"
da riservare dai casi più gravi. Questo aumento del rischio suicidario non va letto come un capitolo separato dalla biologia dell'endometriosi.
È proprio questa convergenza che rende necessario passare dal dato epidemiologico ai meccanismi neurobiologici. La neurobiologia dell'endometriosi rafforza ulteriormente questa lettura. Le lesioni endometriosiche non rappresentano semplicemente impianti ectopici inattivi. Generano un microambiente ricco di macrofagi, mastociti,

innervazione sensoriale e mediatori infiammatori, fra cui IL-6, IL-8, TNF-alfa, IL-17, VEGF e prostaglandine. Questi segnali partecipano a neurogenesi aberrante, sensibilizzazione periferica e rimodellamento centrale del dolore. Le review immunologiche più recenti descrivono l'endometriosi come una condizione neuroinfiammatoria sistemica, non limitata alla pelvi.

Anche il cervello sembra modificarsi in modo misurabile. Studi di risonanza magnetica funzionale e spettroscopia hanno mostrato alterazioni della connettività dell'insula anteriore e della corteccia prefrontale mediale nelle donne con dolore pelvico cronico associato a endometriosi, insieme a segnali compatibili con iperattività glutamatergica. Nelle adolescenti con endometriosi dolorosa sono state osservate alterazioni della connettività a riposo dell'insula anteriore. Più recentemente, studi strutturali hanno descritto differenze di volume di sostanza grigia in aree cerebellari e visive rispetto al dolore pelvico cronico non endometriosico. L'interesse di questi dati non sta nel loro utilizzo diagnostico immediato, ma nel fatto che mostrano come il dolore persistente possa associarsi a modificazioni cerebrali misurabili, coerenti con processi di sensibilizzazione centrale.
Un altro elemento spesso sottovalutato riguarda l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA). Diversi lavori hanno descritto profili di risposta allo stress alterati nelle donne con endometriosi e dolore cronico. Già nel 2008 erano stati osservati livelli ridotti di cortisolo salivare nelle pazienti con dolore pelvico cronico. Successivamente, studi focalizzati su coping, ansia e asse HPA hanno proposto l'ipocortisolismo come possibile segnale di disregolazione cronica della risposta allo stress. In ambulatorio, questo quadro biologico coincide spesso con ciò che il ginecologo osserva quotidianamente: fatigue, insonnia, ipervigilanza corporea, ridotta tolleranza allo stress, irritabilità e oscillazioni del tono dell'umore strettamente intrecciate con il decorso della sintomatologia dolorosa.
La genetica dell'endometriosi sta anche attraversando una fase di rapida espansione. Gli studi sui gemelli stimano un'ereditarietà vicina al 50%. Gli studi di associazione genome-wide (GWAS) hanno identificato decine di loci coinvolti in regolazione ormonale, rimodellamento tissutale, immunità e neurogenesi. Dopo il primo locus robusto identificato nel 2011 sul cromosoma 7p15.2, il grande studio di Nature Genetics del 2023 ha individuato 42 loci e correlazioni genetiche con undici condizioni dolorose e infiammatorie. Il successivo studio multi-ancestry pubblicato nel 2026 ha portato a 80 le regioni genomiche associate, integrando dati genomici, epigenetici e multi-omici in circa 1,4 milioni di donne. In parallelo, la letteratura suggerisce che metilazione del DNA, miRNA circolanti e resistenza al progesterone possano rappresentare il ponte biologico fra predisposizione genetica, ambiente e fenotipo clinico. Alterazioni di metilazione in geni coinvolti nella risposta ormonale e immunitaria sono state associate al rischio di malattia e alla funzione endometriale. È un'area ancora lontana dall'uso clinico routinario, ma con implicazioni potenzialmente importanti anche per la stratificazione prognostica e la risposta terapeutica. Sul piano clinico, questi dati pongono una questione pratica: come dovrebbe cambiare la valutazione ginecologica? Probabilmente il primo cambiamento riguarda il modo in cui interpretiamo la sofferenza psicologica nelle pazienti con endometriosi. Ansia, insonnia, depressione, irritabilità, catastrofizzazione o iperattenzione ai sintomi corporei non dovrebbero essere considerate automaticamente come elementi "funzionali" separati dalla malattia organica. Possono invece rappresentare manifestazioni di una stessa biologia del dolore persistente.
Per questo motivo, uno screening regolare di depressione e ansia mediante strumenti brevi e ripetibili come PHQ-9 e GAD-7 appare ragionevole nella pratica ambulatoriale, soprattutto nelle pazienti con dolore severo, dispareunia marcata, insonnia, frequenti accessi sanitari o riduzione del funzionamento lavorativo e relazionale. Nei casi di distress elevato o dolore refrattario, può essere utile indagare in modo mirato anche la storia traumatica, considerando che studi recenti hanno riportato correlazioni genetiche e cliniche fra endometriosi ed esiti trauma-correlati, incluso il disturbo post-traumatico da stress (PTSD).

Anche il trattamento richiede una lettura più integrata. Gli interventi psicologici e mind-body mostrano effetti favorevoli su dolore, qualità di vita e variabili psicologiche, sebbene gli studi disponibili siano ancora eterogenei e spesso di dimensioni ridotte. Trial su counselling, mindfulness e terapia cognitivo-comportamentale hanno riportato miglioramenti del coping, della regolazione attentiva e della percezione del dolore. Parallelamente, le terapie ormonali e gli antagonisti del GnRH mantengono un ruolo centrale nel controllo del dolore e della qualità di vita, ma gli outcome psichiatrici sono ancora poco studiati in modo sistematico.

Le linee guida internazionali si stanno muovendo lentamente in questa direzione. Le linee guida ESHRE del 2022 hanno consolidato un approccio meno dipendente dalla laparoscopia e più centrato sulla gestione longitudinale della paziente. NICE ha esplicitamente riconosciuto che il supporto al benessere mentale nelle donne con endometriosi rappresenta ancora un'area non sufficientemente coperta dai percorsi assistenziali. Rimane però ampia la distanza fra riconoscimento teorico e reale integrazione multidisciplinare.

L'endometriosi sta diventando un modello paradigmatico di medicina integrata fra ginecologia, neuroscienze e psichiatria. Non perché disponiamo già di biomarcatori pronti per l'ambulatorio o di algoritmi genetici clinicamente applicabili, ma perché la malattia obbliga a superare una distinzione troppo rigida fra organico e psicologico. La domanda clinica non è più "quanto del dolore è reale?". La domanda corretta è quale combinazione di neuroinfiammazione, sensibilizzazione centrale, assetto ormonale, vulnerabilità genetica, stress cronico e malattia pelvica stia mantenendo il quadro clinico di questa specifica paziente.

È probabilmente in questo cambio di prospettiva che si giocherà la prossima fase della medicina dell'endometriosi. Non per ridurre la ginecologia alla psichiatria, né per trasformare ogni sintomo corporeo in un sintomo psicologico, ma per riconoscere un principio ormai difficile da ignorare. La salute mentale è salute di tutto il corpo.

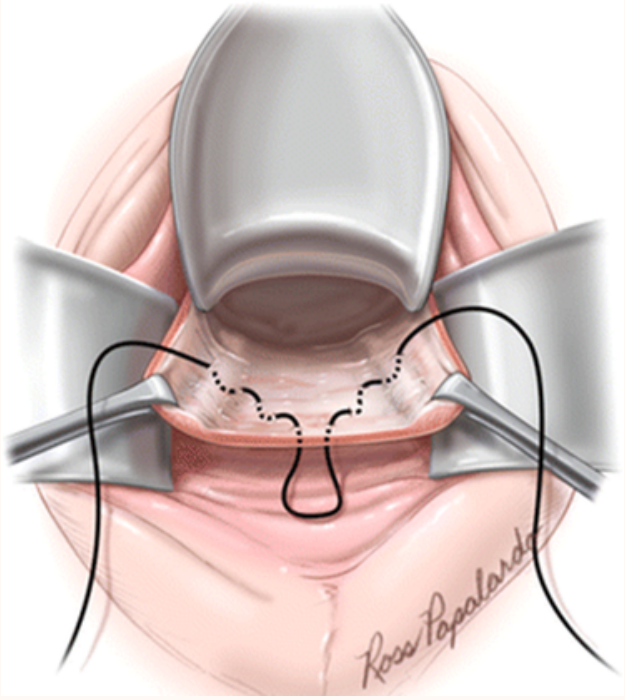
Giuseppe Fanelli, MD, PhD
Docente di Psichiatria presso l'Università degli Studi di Udine
Department of Human Genetics, Radboud University Medical Center, Nijmegen, Paesi Bassi
Email: giuseppe.fanelli@uniud.it

Chirurgia vaginale mesh-free nel trattamento del prolasso pelvico

A cura di: Vittoria Benini

Il prolasso degli organi pelvici rappresenta una delle patologie più frequenti nella donna adulta, con un rischio stimato di intervento chirurgico nel corso della vita pari a circa il 10-20%. Per molti anni l'utilizzo di materiali protesici sintetici è stato considerato una valida strategia per ridurre il rischio di recidiva anatomica, soprattutto nel compartimento anteriore.
Tuttavia, a partire dagli anni 2000, numerose segnalazioni di complicanze correlate alle mesh transvaginali hanno portato a una progressiva revisione del loro impiego. Le complicanze riportate comprendevano erosioni vaginali, dolore pelvico cronico, dispareunia, infezioni, esposizione del materiale protesico e necessità di reinterventi chirurgici.
Nel 2008 e successivamente nel 2011 la Food and Drug Administration (FDA) statunitense ha pubblicato specifici warning riguardanti l'utilizzo delle mesh transvaginali per il trattamento del prolasso. Nel 2019 la stessa FDA ha disposto il ritiro dal mercato statunitense dei principali dispositivi destinati alla riparazione transvaginale del prolasso. Analoghe restrizioni sono state adottate in numerosi Paesi europei.
Questo cambiamento ha determinato una rivalutazione delle tecniche ricostruttive vaginali tradizionali, basate sull'utilizzo dei tessuti nativi ("native tissue repair"), che oggi rappresentano nuovamente il cardine del trattamento chirurgico del prolasso nella maggior parte delle pazienti.
Principi della chirurgia vaginale native tissue
L'obiettivo della chirurgia mesh-free è ripristinare il supporto anatomico degli organi pelvici utilizzando esclusivamente le strutture legamentose e fasciali della paziente.
I principali vantaggi comprendono:
assenza di complicanze correlate ai materiali protesici;
riduzione del rischio di erosione vaginale;
minore incidenza di dolore cronico correlato all'impianto;
costi inferiori.
Le tecniche native tissue richiedono tuttavia una corretta identificazione del difetto anatomico e una personalizzazione dell'intervento sulla base del compartimento coinvolto.
Culdoplastica secondo McCall

La culdoplastica secondo McCall rappresenta una delle procedure storiche per la prevenzione e il trattamento del prolasso apicale.
La tecnica viene generalmente eseguita contestualmente all'isterectomia vaginale e consiste nella plicatura dei legamenti uterosacrali sulla linea mediana con obliterazione del cavo di Douglas. In questo modo viene ricostituito il supporto della cupola vaginale riducendo il rischio di enterocele e di successivo prolasso apicale.
Numerosi studi hanno dimostrato una significativa riduzione delle recidive apicali rispetto alla semplice chiusura della cupola vaginale, con un basso tasso di complicanze e tempi operatori contenuti.



Sospensione al legamento sacrospinoso

La sospensione al legamento sacrospinoso rappresenta una delle procedure più utilizzate per il trattamento del prolasso severo della cupola vaginale e del prolasso uterino avanzato.
La tecnica prevede l'ancoraggio della cupola vaginale o della cervice al legamento sacrospinoso, generalmente a destra (per evitare lesioni a livello del retto-sigma), mediante apposizione di punti permanenti o a lento riassorbimento.
I principali vantaggi sono rappresentati dall'approccio completamente vaginale e dall'assenza di materiali protesici. I risultati anatomici e funzionali a lungo termine risultano generalmente soddisfacenti, con percentuali di successo superiori all'80%.
Le possibili complicanze includono dolore gluteo transitorio, lesioni vascolari e recidive del compartimento anteriore legate alla modifica dell'asse vaginale.

Correzione del cistocele

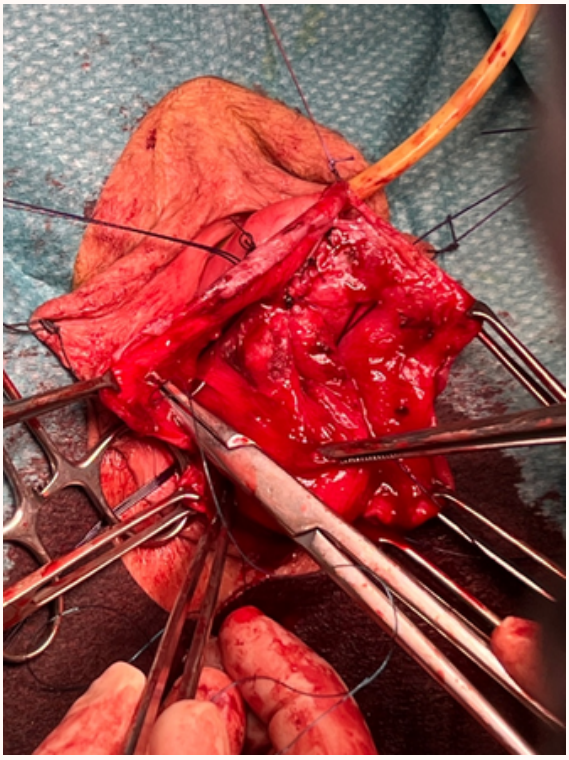
La colporrafia anteriore continua a rappresentare la tecnica più diffusa per la correzione del cistocele. L'intervento prevede la dissezione della mucosa vaginale anteriore e la plicatura della fascia pubocervicale al fine di ripristinare il supporto della vescica. Negli ultimi anni particolare attenzione è stata rivolta all'identificazione dei difetti laterali e alla loro correzione mediante tecniche paravaginali selezionate (definite “ultralateral”).
Sebbene il rischio di recidiva anatomica sia superiore rispetto ad alcune riparazioni con mesh, l'assenza delle complicanze protesiche rende la colporrafia anteriore ancora oggi il trattamento di prima scelta nella maggior parte delle pazienti.

Correzione del rettocele

La colporrafia posteriore costituisce il trattamento standard del rettocele sintomatico.
La procedura prevede la dissezione della parete vaginale posteriore e la ricostruzione del setto retto-vaginale mediante plicatura dei tessuti fasciali. L'intervento può essere associato alla riparazione del corpo perineale nei casi di difetto concomitante, tramite perineorrafia dei muscoli bulbocavernoso e perineale trasverso.
Oltre al miglioramento anatomico, la procedura consente frequentemente una riduzione dei sintomi evacuativi e della sensazione di ingombro vaginale.
Le moderne tecniche di colporrafia posteriore tendono a evitare eccessive resezioni tissutali, riducendo il rischio di dispareunia post-operatoria.

Conclusioni

Le restrizioni all'utilizzo delle mesh transvaginali hanno determinato un importante ritorno alle tecniche vaginali native tissue, che oggi rappresentano la principale opzione chirurgica per il trattamento del prolasso degli organi pelvici.
Procedure consolidate come la culdoplastica secondo McCall, la fissazione sacrospinosa, la colporrafia anteriore e posteriore continuano a offrire risultati clinici soddisfacenti, con un favorevole profilo di sicurezza e senza le complicanze associate ai materiali protesici.
La moderna chirurgia del prolasso non si basa più sulla ricerca di una soluzione universale, ma sulla scelta della tecnica più appropriata per la singola paziente, privilegiando un approccio personalizzato, anatomico e funzionale.



I setting assistenziali nell'isteroscopia moderna: l'impatto clinico della gestione del dolore e dell’ansia

A cura di: Gaetano Perrini

La corretta allocazione della procedura isteroscopica nel rispettivo setting assistenziale rappresenta oggi uno dei principali fattori critici di successo nella moderna pratica ginecologica. Ottimizzare questo percorso non significa soltanto migliorare l'efficienza dei tempi clinici e ottimizzare le risorse della struttura, ma risponde soprattutto alla necessità di garantire la massima compliance algica della paziente, preservando al contempo la sicurezza e l'accuratezza diagnostico-terapeutica.
In conformità con le più recenti linee guida e raccomandazioni dei maggiori esperti nazionali e internazionali delle maggiori Società , l’approccio contemporaneo ha superato la storica e rigida dicotomia tra ambulatorio e sala operatoria . Oggi l'isteroscopia si articola in tre precisi percorsi organizzativi e clinici, modulati sulla base della complessità della patologia, del calibro della strumentazione e delle reali necessità analgesiche della paziente. Tuttavia, l'efficacia di questi setting — in particolare di quelli miniinvasivi — è strettamente interconnessa a due variabili cliniche spesso sottovalutate, ma ampiamente documentate in letteratura: l dolore e l'ansia pre-procedurale. Office Hysteroscopy: il setting ambulatoriale puro Il primo livello è rappresentato dall'Office Hysteroscopy, ovvero il setting ambulatoriale nella sua accezione più pura senza alcuna forma di anestesia farmacologica, né locale né sistemica. Il successo di questo approccio si fonda interamente sull'applicazione della tecnica vaginoscopica “No-Touch"introdotta da Stefano Bettocchi, che esclude l’utilizzo dello speculum e della pinza da trazione cervicale (tenaculum), annullando così i riflessi neurovegetativi e vasovagali legati al trauma della cervice. Dal punto di vista tecnologico, l'ambiente Office richiede l'impiego di mini-ottiche rigide di ultimissima generazione, dotate di camicie a flusso continuo con un diametro esterno totale inferiore o uguale a 4 / 5 mm. Questa miniaturizzazione estrema permette di superare l'ostio uterino interno senza la necessità di ricorrere alla dilatazione meccanica del canale, azzerando la stimolazione dei nocicettori cervicali. È il setting d’elezione per tutto l'inquadramento diagnostico di primo livello, per l'esecuzione di biopsie endometriali mirate, per la rimozione di filamenti di IUD dislocati e per il trattamento See-and- Treat di piccole lesioni focali (come polipi di dimensioni inferiori al centimetro). Il vantaggio cardine per la paziente è l'assoluta miniinvasività: al termine dell'esame la dimissione è immediata e la donna può riprendere istantaneamente le proprie attività quotidiane.

Outpatient Hysteroscopy

Quando la complessità del quadro clinico o le dimensioni della patologia endokavitaria aumentano, il setting ideale diventa l'Outpatient Hysteroscopy, configurabile all’interno di idonee sale chirurgiche ambulatoriali. Questo contesto organizzativo si differenzia dall'ambulatorio puro per la possibilità di supportare la paziente attraverso una sedazione conscia (monitored anesthesia care) l’uso del protossido di azoto o mediante l'esecuzione di un blocco paracervicale avanzato con infiltrazione locale di anestetico (es. mepivacaina all'1%). La strumentazione impiegata in questo setting sale leggermente di calibro, assestandosi su diametri compresi tra i 4.5 e i 5.5 mm. Questo incremento millimetrico è necessario per l'alloggiamento di canali operatori più performanti, idonei al passaggio di strumenti da 5 French (micro-forbici, micro-pinze, elettrodi bipolari tipo Versapoint) o di moderni morcellatori uterini meccanici tessutali Office. Questi strumenti hanno rivoluzionato il trattamento della patologia benigna intermedia, permettendo la rimozione rapida e controllata di polipi di grandi dimensioni (>1.5 - 2 cm), di miomi sottomucosi di tipo G0 o G1 inferiori al 1,5 cm ,la risoluzione di istmoplastiche (istmocele) o sinechie di lieve e moderata entità metroplastiche per setti e uteri a T

Il controllo algico intra-procedurale è garantito anche dalla gestione delle pressioni di distensione della cavità, mantenute stabilmente a 80 mmHg tramite pompe a flusso continuo con soluzione salina isotonica preriscaldata a 36-37°C. Questo accorgimento previene lo spasmo miometriale riflesso indotto dallo "shock termico" e riduce la pressione sui barocettori uterini. Al termine della procedura, un breve periodo di monitoraggio post-operatorio assicura una dimissione in totale sicurezza (fast-track) in tempi rapidi.

Inpatient Hysteroscopy

Svolto all'interno della sala idonea con la presenza dell'anestesista attivamente parte della equipe. Questo setting è oggi rigorosamente riservato a quelle patologie più complesse o che richiedono tempi chirurgici prolungati, non compatibili con la tollerabilità della paziente sveglia. La procedura viene eseguita in anestesia generale (narcosi) o loco-regionale (spinale), condizioni che permettono il completo rilasciamento muscolare e l'azzeramento della sensibilità dolorifica. In questo scenario si utilizzano gli resettoscopi convenzionali tradizionali, con camicie che presentano diametri compresi tra i 7 e i 9 mm. Dimensioni di questo tipo impongono una dilatazione meccanica forzata del canale cervicale tramite i dilatatori di Hegar, manovra fortemente algogena e traumatica che giustifica l'anestesia.
Miomectomie (maggiori di 1,5 cm e con componente intramurale), Polipectomia di grosso volume , Ablazione endometriale , presenza di stenosi serrate del OUEe del CC sono certamente oggetto di trattamento in questo tipo setting che richiede una gestione complessa anche del bilancio dei fluidi (prevenzione della la sindrome da intravasazione).

Il legame tra ansia e dolore: la neurofisiologia della compliance

La gestione della sintomatologia algica nei setting mini-invasivi (Office e Outpatient) non può prescindere da una profonda comprensione dei meccanismi psicofisici della paziente dallo studio preventivo della patologia da trattare . Numerosi studi clinici randomizzati (es. Kokanali et al.; Carta et al.) evidenziano una correlazione statistica diretta tra i livelli di ansia pre-operatoria e il punteggio del dolore percepito (scala VAS) durante l'esame. L'ansia agisce come un potente amplificatore centrale della nocicezione: induce una iperattivazione del sistema nervoso simpatico, che si traduce in un aumento del tono muscolare pelvico e in una tendenza alla contrattilità miometriale riflessa. Una paziente severamente ansiosa presenterà una soglia di tolleranza al dolore significativamente più bassa, esponendo la procedura al rischio di fallimento tecnico o all'insorgenza di crisi v asovagali(ipotensione, bradicardia). Inoltre, la letteratura evidenzia come tempi di attesa in sala d'aspetto superiori ai 45-60 minuti agiscano come un fattore scatenante (trigger) nell'impennata dei livelli di ansia acuta.

Il protocollo di gestione multimodale: ansia e dolore

Per spezzare questo circolo vizioso, le evidenze scientifiche internazionali suggeriscono l'adozione di un protocollo di gestione multimodale, che combina presidi farmacologici e strategie non farmacologiche :
1. Gestione dell'Ansia (Approccio Non Farmacologico e Comunicativo): Il primo pilastro è il counseling informativo pre-procedurale. Spiegare nel dettaglio le fasi dell'esame, i tempi reali (3-5 minuti per il diagnostico) e la natura del fastidio (simile a un crampo mestruale) riduce drasticamente l'ansia da ignoto. Tecniche di distrazione visiva (es. monitor sdoppiato per permettere alla paziente di seguire l'esame) o l'ascolto di musica (musicoterapia) durante la procedura si sono dimostrate efficaci nel ridurre i parametri ormonali dello stress (cortisolo) e i punteggi VAS del dolore.
2. Ansiolisi Farmacologica Selettiva: In pazienti con punteggi elevati nelle scale di ansia (es. STAI-Y) o con anamnesi positiva per attacchi di panico, è raccomandata la somministrazione pre-procedurale di una benzodiazepina a breve emivita (es. alprazolam gocce o lorazepam sublinguale) circa 30-45 minuti prima dell'ingresso in ambulatorio. Questo presidio stabilizza la paziente senza compromettere la vigilanza e la deambulazione immediata.

3. Analgesia Sistemica (FANS-Grado di Raccomandazione
A): La somministrazione orale di un inibitore delle prostaglandine (es. ketoprofene 100 mg o ibuprofene 600 mg) effettuata 45-60 minuti prima della procedura non annulla il dolore acuto della progressione del fondo uterino, ma è altamente efficace nel bloccare la cascata infiammatoria successiva. Riduce drasticamente i crampi uterini reattivi nel periodo post-procedurale immediato, abbreviando i tempi di recupero e facilitando il fast-track .
4. Presidi da Evitare: Le linee guida della letteratura concordano nel sconsigliare l'uso routinario di oppioidi (es. tramadolo) prima dell'isteroscopia d'ufficio, poiché l'incidenza di effetti collaterali sistemici (nausea severa, vomito, vertigini) supera ampiamente il beneficio analgesico nel setting ambulatoriale.
Conclusioni e integrazione clinica
La corretta selezione del setting assistenziale, supportata da una gestione integrata del dolore e dell'ansia, ci permette attualmente di trattare in regime mini-invasivo ed ambulatoriale oltre l'85% delle patologie endokavitarie riscontrate nella pratica quotidiana. Curare l'aspetto psicologico e l'analgesia preventiva rappresenta il miglior strumento a nostra disposizione per coniugare l'efficacia terapeutica con il rispetto e la tutela della paziente.

SICMIG YOUNG: PAROLA AGLI SECIALIZZANDI

Sei mesi di formazione in Germania: un'esperienza professionale e personale indimenticabile...

A cura di: Laura Vona

Sono attualmente al quinto anno della Scuola di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia dell'Università di Foggia. Tra novembre e maggio del mio quarto anno ho avuto l'opportunità di svolgere un periodo di formazione presso la Rheinland Klinikum di Dormagen, in Germania, sotto la guida del Professor Günter Karl Noé.
Dormagen è una cittadina del Nordrhein-Westfalen, situata tra Colonia e Düsseldorf. La possibilità di svolgere questa esperienza è nata grazie al Professor Bettocchi, che ha contattato il Professor Noé per chiedergli la disponibilità ad accogliermi per un percorso formativo in chirurgia ginecologica. Fin dal primo contatto, il Professor Noé si è dimostrato estremamente disponibile, fornendomi tutte le informazioni necessarie per organizzare il trasferimento.
La preparazione alla partenza è iniziata molto prima del viaggio. Sebbene avessi già una buona conoscenza del tedesco, per poter frequentare l'ospedale come medico in formazione era richiesto il livello C1. Per questo motivo ho seguito per un anno un corso privato di lingua, un investimento che si è rivelato fondamentale. Un altro grande aiuto è arrivato direttamente dall'ospedale, che mi ha messo a disposizione un alloggio riservato ai dipendenti, rendendo l'organizzazione pratica molto più semplice.
Uno degli aspetti più interessanti è stato confrontarmi con un sistema formativo diverso da quello italiano. In Germania gli specializzandi vengono assunti direttamente dagli ospedali, universitari e non, sulla base del curriculum. Durante il percorso possono cambiare sede lavorativa in funzione delle opportunità disponibili e dei propri interessi professionali, purché completino il programma formativo previsto. Inoltre, godono generalmente di una maggiore autonomia clinica e organizzativa rispetto ai colleghi italiani, svolgendo molte attività senza la costante supervisione di un tutor.
L'adattamento non è stato immediato. Anche con una buona preparazione linguistica, lavorare quotidianamente in una lingua straniera rappresenta una sfida completamente diversa. Capire e farsi capire in sala operatoria, durante i briefing o nelle discussioni cliniche richiede uno sforzo continuo. A questo si aggiungeva la necessità di orientarsi in una realtà professionale con abitudini e responsabilità differenti da quelle a cui ero abituata.
Fin dal mio arrivo sono stata assegnata prevalentemente alla sala operatoria, che rappresentava il principale obiettivo del mio percorso formativo. La struttura era relativamente piccola: sei specialisti e sei specializzandi si dividevano ogni giorno tra sala parto, ambulatori e sale operatorie. Grazie alla presenza del Professor Noé come tutor, ho trascorso la maggior parte delle mie giornate in sala operatoria e due volte a settimana lo affiancavo inoltre nell'ambulatorio di uroginecologia.

Dal punto di vista chirurgico, l'esperienza è stata straordinariamente intensa. Ogni giorno potevo assistere a interventi complessi e confrontarmi con un professionista che stimavo profondamente. Il Professor Noé rispondeva con pazienza a ogni mia domanda, e ne avevo davvero molte. Anzi, quando per qualche tempo non ne facevo, era lui a chiedermi se fosse tutto a posto.
Naturalmente non sono mancati i momenti difficili. Il lungo inverno tedesco, con l'alba dopo le 8 del mattino e il tramonto prima della fine della giornata lavorativa, richiedeva un certo spirito di adattamento. Fortunatamente l'ospedale era immerso in un grande parco, un piccolo angolo di natura che rendeva più piacevoli anche le giornate più grigie.
La vera prova, però, è arrivata quando ho iniziato a operare come primo operatore. In Germania il primo operatore è responsabile anche della stesura del verbale operatorio. Farlo in tedesco, almeno all'inizio, mi sembrava un'impresa quasi impossibile. Se esiste una definizione pratica del concetto di "uscire dalla propria zona di comfort", probabilmente è scrivere un verbale chirurgico in una lingua straniera.
Anche dal punto di vista umano è stato necessario conquistarsi gradualmente uno spazio. La mia presenza costante in sala operatoria non è stata accolta da tutti con entusiasmo fin dal primo giorno. Le domande curiose, talvolta sospettose, non sono mancate. Con il tempo, però, ho cercato di costruire un buon rapporto con tutti e, dopo i primi mesi, ho iniziato a sentirmi davvero parte del gruppo.
Un ruolo speciale lo hanno avuto gli infermieri di sala operatoria. Trascorrendo gran parte della giornata in sala con il primario, persona molto riservata, e con ritmi di lavoro che lasciavano poco spazio a pause conviviali, sono stati loro a rappresentare i volti più familiari e accoglienti durante i primi mesi. Con il passare del tempo sono diventati una vera seconda famiglia. A poco a poco l'intero ospedale è diventato casa.
Quando è arrivato il momento di tornare in Italia, mi sono resa conto di quanto quei sei mesi mi avessero cambiata. Le persone che inizialmente sembravano più diffidenti si erano trasformate in amici e colleghi a cui ero profondamente affezionata. Il giorno della partenza tutti mi hanno salutata con un regalo, accompagnandolo dalla speranza che non fosse un addio ma soltanto un arrivederci.
Per quanto mi mancassero l'Italia, la mia famiglia e le mie abitudini, quella esperienza e quel sistema formativo mi sono rimasti nel cuore. Ho avuto l'opportunità di crescere professionalmente, osservare una diversa organizzazione sanitaria, migliorare le mie competenze chirurgiche e imparare ad adattarmi a un contesto nuovo.
Se oggi qualcuno mi chiede se sia valsa la pena studiare una lingua complessa come il tedesco e trasferirsi all'estero per alcuni mesi, la mia risposta è sempre la stessa: mille volte sì. Perché un periodo di formazione all'estero non è soltanto un'opportunità per imparare una medicina diversa; è soprattutto un'occasione per scoprire capacità che non si sapeva di avere, costruire legami inattesi e tornare a casa con uno sguardo più ampio sul proprio lavoro e sul mondo.

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

FIRENZE 10 APRILE 2026
ISTEROSCOPIA CONTEMPORANEA
ONE DAY

Cari Amici,

a nome mio di Giovanna e Karin, sentiamo il dovere di ringraziare la nostra Scuola con tutti i suoi Consiglieri.
Scuola che ha collaborato ad organizzare e realizzare questo evento il 10 Aprile a Firenze, "Isteroscopia contemporanea One Day", seguendo la nostra missione/vocazione che ci porta ad insegnare ed a diffondere la Chirugia Mini Invasiva Ginecologica.
La prima parte dell'evento, direttamente in live surgery dalle sale operatorie dell'Ospedale Palagi, ci ha permesso di condividere diverse patologie (8 interventi) con diversi operatori e con diverse tecnologie avanzate.
E' stata possibile inoltre una discussione interattiva, contemporanea alla chirurgia ed anche successiva in sala Convegni, fra gli operatori e gli esperti, ma soprattutto con i numerosi discenti.
Incontro diretto che integra esperienze, scelte cliniche e tecnologia.
Le registrazioni degli interventi con le relative discussioni live sono già presenti sul canale YouTube
SAVE THE UTERUS Modern Hysteroscopy

La seconda parte dell'evento è stata dedicata a relazioni mirate ad argomenti attuali e sensibili con particolare attenzione alla fertilità
affrontati ed approfonditi, anche nell'aspetto pratico, da esperti con la chiarezza doverosa per una Scuola.

Take home messages

E.A. Fera

Endometrio in età fertile. Trattamento Fertility sparing nel carcinoma endometriale

Il trattamento fertility sparing del carcinoma endometriale è
finalizzato solo all'ottenimento di una gravidanza in giovani donne desiderose di prole.
Progestinici e resezione endometriale isteroscopica in combinazione sono considerati il trattamento di scelta.
E' raccomandato un follow up isteroscopico ogni 3-6 mesi con ampio sampling endometriale mirato con imaging.
La classificazione molecolare della patologia endometriale può influenzare o anche controindicare il trattamento conservativo.
Dopo la gravidanza proporre l'intervento chirurgico definitivo.

F.Pozzati

Evidenze per il trattamento delle malformazioni uterine

La metroplastica isteroscopica rappresenta il trattamento di scelta per il setto uterino e per alcune forme di utero dismorfico sintomatico, essendo una procedura sicura ed efficace che migliora significativamente fertilità e prognosi ostetrica; tuttavia l'indicazione deve essere personalizzata in base alla storia clinica e riproduttiva della paziente.

G.L.Marchino

Studio dell'endometrio nella donna infertile e sterile

I messaggi da conservare possono essere così riassunti e
di fronte alle richieste di indagare le cause di aborti ricorrenti, sterilità inspiegate e mancati impianti si dovrebbe ricorrere:
1 all'isteroscopia per una completa valutazione endoscopica dell'endometrio nella diagnosi di endometrite cronica. Le tre caratteristiche fondamentali per il riconoscimento dello stato flogistico endometriale sono l'iperemia locale, l'edema stromale,i micropolipi.
2 all'immunoistochimica (su sampling endometriale in corso di Isteroscopia) .
Attualmente è universalmente riconosciuto che al quesito posto nei casi di mancato impianto in PMA o di aborti ricorrenti, sia in gravidanze spontanee che in PMA, è indispensabile fornire oltre al dato visivo isteroscopico anche il risposta dell'anatomo patologo circa la presenza o meno di plasmacellule e (recentemente) di uNK
3 all'indagine molecolare del fluido endometriale.
Studio del microbioma individuando:

EUBIOSI lattobacilli con percentuale superiore al 90% e assenza di patogeni
DISBIOSI con presenza di patogeni chiave (Garnerella, Enterococco Ureaplasma, Sphingomonas) che possono avere un trattamento mirato per rientrare nel'eubiosi
Solo l'unione di queste tre indagini permetterà la corretta gestione delle pazienti con le appropriate terapie allo scopo di ottenere impianti e fisiologico decorso delle gravidanze fino al raggiungimento dei risultati attesi.

M. Farrugia

Istmocele: diagnosi e trattamento in paziente infertile

L'istmocele da taglio cesareo è definito come un difetto o una nicchia con una profondità superiore a 2 mm. Si tratta di un riscontro molto comune, con un'incidenza media riportata del 65% nelle pazienti con una storia di almeno un taglio cesareo.
La riparazione anomala dei tessuti in corrispondenza della cicatrice del taglio cesareo è il meccanismo alla base della formazione dell'istmocele, ma l'eziologia e il meccanismo preciso di formazione del difetto non sono noti. La grande maggioranza degli istmoceli è asintomatica e non dovrebbe essere trattata. Perdite ematiche post-mestruali o sanguinamento prolungato, così come dismenorrea e dispareunia, sono sintomi correlati al difetto.
Il difetto cicatriziale crea un ristagno di sangue mestruale che causa sanguinamento irregolare e influenza l'ambiente endometriale, compromettendo la recettività endometriale e l'impianto. Si verifica anche un'infiammazione cronica derivante dai prodotti di degradazione del sangue trattenuto, che crea un ambiente uterino ostile.
L'istmocele diventa sintomatico di infertilità secondaria dopo che tutte le altre cause sono state escluse.
Esistono numerose evidenze che confermano un miglioramento dei tassi di concepimento e di nati vivi dopo il trattamento chirurgico dell'istmocele sintomatico, indipendentemente dalla via di somministrazione (isteroscopica o laparoscopica).
E' necessaria imaging US TV per valutare la profondità della nicchia, nonché la lunghezza e la larghezza del difetto. È ormai un consenso che lo spessore miometriale residuo (RMT) determini l'approccio chirurgico. Se l'RMT è inferiore a 3 mm, si predilige un approccio laparoscopico, robotico o vaginale. Se l'RMT è superiore a 3 mm, la correzione isteroscopica è un approccio efficace per ripristinare la fertilità con minori complicanze rispetto alle vie alternative.
Recenti documenti di consenso confermano che le pazienti asintomatiche con istmocele non dovrebbero essere trattate.

K.L. Anderrson

Miomi, Joint venture: terapia medica, radiofrequenza, ed isteroscopia.Indicazioni ed equilibri

La gestione dei miomi uterini oggi si fonda su un equilibrio tra terapia medica, radiofrequenza e isteroscopia, con l'obiettivo di massimizzare efficacia e mini-invasività. La radiofrequenza rappresenta una soluzione "scar free" per miomi selezionati, riducendo sanguinamento e tempi di recupero, mentre l'isteroscopia resta il riferimento per i miomi sottomucosi. La scelta del trattamento va sempre personalizzata su sintomi, sede e volume dei miomi, età e desiderio riproduttivo, integrando le diverse opzioni in un unico percorso terapeutico.

F. Perelli

Isteroscopia in età pediatrica: indicazioni e criticità

L'isteroscopia e la valutazione chirurgica in età pediatrica sono indicate per diverse condizioni: anomalie congenite del tratto genitale, corpi estranei vaginali, lesioni da trauma (inclusi casi sospetti di abuso), infezioni refrattarie, sanguinamenti anomali e patologie oncologiche pediatriche.

Molte malformazioni mülleriane e alcune masse pelviche richiedono una diagnosi accurata con imaging e un intervento chirurgico dedicato per risolvere sintomi, prevenire complicanze e preservare la funzione riproduttiva futura.

Nei tumori ginecologici pediatrici il trattamento è spesso multimodale (chemioterapia e chirurgia) e beneficia di un approccio che tenga conto della chemosensibilità e della conservazione degli organi. Per eseguire procedure diagnostiche e terapeutiche in sicurezza sono necessari strumenti specifici, tecniche miniinvasive adattate ai piccoli pazienti e un'adeguata preparazione, documentazione e follow-up.

Tutto ciò rende imprescindibile il lavoro in team multidisciplinare — ginecologi pediatrici, chirurghi pediatrici, pediatri e oncologi — per garantire la miglior scelta terapeutica e gli esiti a lungo termine.

Per questi motivi è fondamentale inviare tutte le pazienti sotto i 18 anni eleggibili per valutazione chirurgica al Centro di riferimento Meyer — Servizio di Ginecologia Pediatrica, dove esiste un team dedicato e l'esperienza necessaria per offrire diagnosi, trattamento e percorsi di cura integrati e orientati alla preservazione della salute e della fertilità.

Infine un fondamentale ringraziamento e grande riconoscenza a tutti gli operatori sanitari ed al personale tecnico che, con grande professionalità e competenza, hanno reso possibile un eccellente risultato.
Stefano Calzolari

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

EUROGYN EVENTI & CONGRESSI

segreteria@eurogyn.it - Tel. 3452585327 - 3385304826

PROVIDER ECM ID 3994

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 Zanghì, 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 · EEGI · 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. Giuseppe Fanelli
Dott.ssa Laura Vona

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