Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del Pavimento Pelvico

ATTIVITÀ 2015

2° Volume AIUG

A. I. U. G.

SOMMARIO

04. Presidenti AIUG
05. Consiglio Direttivo
06. Responsabili Regionali
07. Storia AIUG
08. Corsi AIUG
09. Eventi 2015
10. Master di II livello
12. Basic Riab Mosciano Sant'Angelo
22. Als Pisa
28. Basic Riab Tivoli
32. Als Bari
34. Basic Urogyn Benevento
38. Basic Urogyn Velletri
44. Als Cetraro
52. Als Ariano Irpino
54. Als Oristano
58. Als Ancona
62. Als Conegliano
68. Bodylab Arezzo
72. Basic Riab Catania
78. XXIV Congresso Nazionale L'Aquila
84. WWPC - World Women Perineal Care
88. Clip Roma
90. Basic Urogyn Roma
96. Clip Forlì
102. Basic Urogyn Verona
106. Basic Riab Imola
110. WWBDD - World Women Bladder Disorders Day
116. Incontro Italo Cinese - Roma
118. Basic Riab Napoli
120. Als Mondovì
122. Convention
124. Eventi 2016
126. XXV Congresso Nazionale Verona
134. Le Aziende

PRESIDENTI AIUG

Consiglio Direttivo 1989-1991	*Božo Kralj*
Consiglio Direttivo 1992-1994	*Luigi Marzetti*
Consiglio Direttivo 1995-1997	*Emilio Imparato*
Consiglio Direttivo 1998-2000	*Rodolfo Milani*
Consiglio Direttivo 2001-2003	*Francesco Catanzaro*
Consiglio Direttivo 2004-2006	*Mauro Cervigni*
Consiglio Direttivo 2007-2009	*Diego Riva*
Consiglio Direttivo 2010-2012	*Antonio Perrone*
Consiglio Direttivo 2013-2015	*Mauro Garaventa,*
	Emilio Emili (2015)
Consiglio Direttivo 2016-2018	*Gaspare Carta (2016)*
	Valentino Bergamini (2017)

CONSIGLIO DIRETTIVO 2016

Comitato di Presidenza

Presidente
Gaspare Carta

Vice Presidente
Valentino Bergamini

Segretario Scientifico
Mauro Cervigni

Senior President
Antonio Perrone

Tesoriere
Maurizio Bologna

Responsabili di commissione

Corsi Bodylab:
Resp. *Gian Luca Bracco*
Giulio De Matteis
Biagio Adile
Emilio Emili

Regionali e centri di riferimento:
Resp. *Valerio Napolitano*
Virginio Ambrogi
Gennaro Trezza

Corsi Basic Riab/Urogyn:
Resp. *Marzio Angelo Zullo*
Francesco Bernasconi
Felice Patacchiola
Gabriella Torrisi

Clip/Als:
Resp. *Francesco Deltetto*
Antonio O. Succu
Marco Maffiolini
Ciro Sportelli

Studi multicentrici e trials clinici:
Resp. *Stefano Dati*
Gaspare Carta
Valentino Bergamini

Past President
Mauro Garaventa

Consiglieri
Angelo Cannizzaro
Vittorio Catarinella
Davide De Vita
Gerardo Pizzirusso

Revisori dei conti
Sandro Mastrangeli
Giovanni Sugliano

Probi viri
Vito Leanza
Giovanni Pisapia Cioffi

Executive manager
Francesco Fiorebello

RESPONSABILI REGIONALI

ABRUZZO
Gaspare Carta

BASILICATA
Pasquale Silvio Anastasio

CALABRIA
Angelo Cannizzaro

CAMPANIA
Gennaro Trezza

EMILIA ROMAGNA
Claudio Bertellini

FRIULI VENEZIA GIULIA
Antonio Azzena

LAZIO
Virginio Ambrogi

LIGURIA
Emanuela Mistrangelo

LOMBARDIA
Marco Maffiolini

MARCHE
Renzo Vincenzi

MOLISE
Bernardino Molinari

PIEMONTE
Michele Giana

PUGLIA
Pasquale Silvio Anastasio

SARDEGNA
Angelo Multinu

SICILIA
Roberto Guarino

TOSCANA
Tommaso Simoncini

TRENINO ALTO ADIGE
Francesco Deltetto

UMBRIA
Fabrizio Damiani

VALLE D'AOSTA
Sandro Benvenuti

VENETO
Riccardo Zaccoletti

STORIA AIUG

L'Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del Pavimento Pelvico è nata nel 1989 e con tenacia e perseverante entusiasmo è riuscita a guadagnarsi un importante ruolo tra le Società chirurgiche italiane.
Non esiste oggi praticamente convegno scientifico attinente il tema della chirurgia pelvica, dell'uroginecologia o dell'incontinenza urinaria femminile che non chieda espressamente il patrocinio dell'AIUG, patrocinio che viene di buon grado concesso dal Consiglio Direttivo dopo valutazione dei requisiti indispensabili per garantire l'adeguata qualità scientifica della manifestazione.

L'Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del Pavimento Pelvico studia da anni le affezioni che riguardano la sfera uro-genitale e la statica pelvica e sta sviluppando importanti linee guida nella classificazione, nella diagnostica e nel trattamento di questi disturbi.
Tutto ciò può rappresentare un valido ausilio professionale per quanti operano nel settore.
Facendo seguito alle richieste dei Soci ed in accordo con il programma scientifico annuale, il Consiglio Direttivo dell'AIUG organizza periodicamente dei Corsi di chirurgia in diretta sulle problematiche ricostruttive del pavimento pelvico comprendenti interventi di chirurgia funzionale e mininvasiva.

Sezioni clinico-didattiche completano il programma su argomenti attinenti la chirurgia o di interesse particolare per dimostrare, nella pratica, la molteplicità dei presidi terapeutici a disposizione del chirurgo pelvico.

CORSI AIUG

BASIC RIAB

Obiettivo del corso:
avere informazioni per iniziare un percorso di terapia rieducativa del pavimento pelvico

ALS
AIUG LIVE SURGERY

Corsi di chirurgia in diretta sulle problematiche ricostruttive del pavimento pelvico.
Working meeting territoriale riservato ai medici della zona
Le aziende possono partecipare intervenendo, mostrando materiale e discutendo con i medici presenti

BODYLAB

Laboratorio AIUG di anatomia della pelvi femminile. La nostra intenzione è di dare l'opportunità di costruirsi una propria mappa "anatomica". Far prendere conoscenza e confidenza ai colleghi con i principali dispositivi medici utilizzati per la chirurgia del prolasso e dell'incontinenza.

BASIC UROGYN

Conoscenza di base per iniziare un percorso uroginecologico

CLiP

Obiettivi del corso:
Avere possibilità di confronto con tecniche chirurgiche in video (in formato HD) realizzati da operatori esperti nel settore
Argomenti:
Chirurgia vaginale, laparoscopica o robotica e colorettale

WWBDD WWPC

I centri resteranno aperti gratis per la Giornata mondiale dedicata alla salute della donna e ripetuta ogni anno a luglio e a novembre.
WWBDD: infezioni, Incontinenza, Dolore, Prolasso
WWPC: "IL PERINEO: prevenzione/ educazione e cura"

EVENTI 2015

BASIC RIAB
Mosciano S. Angelo
29 - 30 gennaio 2015

ALS - Aiug Live Surgery
Pisa
13 - 14 febbraio 2015

BASIC RIAB
Tivoli
20 febbraio 2015

ALS - Aiug Live Surgery
Bari
20 - 21 febbraio 2015

BASIC UROGYN
Benevento
23 febbraio 2015

BASIC UROGYN
Velletri
13 marzo 2015

ALS - Aiug Live Surgery
Cetraro
21 marzo 2015

ALS - Aiug Live Surgery
Ariano Irpino
17 aprile 2015

ALS - Aiug Live Surgery
Oristano
8 - 9 maggio 2015

ALS - Aiug Live Surgery
Ancona
14 maggio 2015

ALS - Aiug Live Surgery
Lecco
21 - 22 maggio 2015

ALS - Aiug Live Surgery
Conegliano
4 - 5 giugno 2015

Body Lab
Arezzo
12 giugno 2015

BASIC RIAB
Catania
15 - 16 giugno 2015

XXIV Congresso Nazionale AIUG
L'Aquila
25 - 27 giugno 2015

Giornate mondiali
World Women Perineal Care
6-10 Luglio 2015

Body Lab
Arezzo
2 ottobre 2015

CLIP
Roma
17 ottobre 2015

BASIC UROGYN
Roma
29 ottobre 2015

CLIP
Forlì
30 ottobre 2015

BASIC UROGYN
Verona
6 novembre 2015

BASIC RIAB
Imola
14 novembre 2015

Giornate mondiali
World Women Bladder Disorders Day
23 - 27 novembre 2015

BASIC RIAB
Napoli
10 dicembre 2015

ALS Aiug Live Surgery
Mondovì
15 dicembre 2015

Convention
Roma
19 dicembre 2015

MASTER di 2° livello
Chirurgia Multidisciplinare del Pavimento Pelvico

INFO
Il Master è rivolto a laureati in Medicina e Chirurgia, Scienze Infermieristiche e Ostetriche

Il Master prevede un numero massimo di 15 iscritti, l'ammissione avviene per valutazione comparativa del curriculum vitae e dei titoli scientifici

ISCRIZIONE
Le iscrizioni dovranno pervenire entro 11/01/2016

Costo iscrizione: 3000 euro, in tre rate.
Per iscrizione: www.unipi.it

Sono previste agevolazioni per i membri AIUG, per info: www.aiug.eu

Il Master ha durata di un anno accademico (60 CFU). Il master prevede l'obbligo di frequenza di almeno l'80% delle attività, organizzate come incontri di due giorni con cadenza mensile, in base a calendario pubblicato sul sito
(Febbraio 2016 - Febbraio 2017).

Il Master in Chirurgia Multidisciplinare del Pavimento Pelvico fornisce un percorso professionalizzante multidisciplinare sulla patologia del pavimento pelvico.

Il corso prevede un aggiornamento avanzato sull'anatomia, sulla fisiopatologia e sull'inquadramento clinico della paziente con disfunzione del pavimento pelvico.

In particolare, il corso prevede l'apprendimento diretto della gestione del paziente e delle tecniche multidisciplinari per la diagnosi strumentale e per immagini delle disfunzioni del pavimento pelvico attraverso attività ambulatoriale.

Durante il corso verranno affrontate con ottica multidisciplinare le strategie terapeutiche riabilitative, mediche, ormonali e neuromodulatorie mirate al trattamento della patologia del pavimento pelvico di interesse urologico, ginecologico, gastroenterologico, proctologico e sessuologico.

Il Master prevede inoltre sessioni pratiche con video, sessioni su simulatore, e frequenza in sala operatoria per l'apprendimento delle tecniche chirurgiche multidisciplinari tradizionali e
moderne per la correzione dei difetti del pavimento pelvico.

Saranno inoltre presentate le tecniche di chirurgia ricostruttiva laparoscopica e robotica del pavimento pelvico.

CONSIGLIO DEL MASTER

DIRETTORE
Prof. Tommaso Simoncini

COORDINAMENTO SCIENTIFICO
Dr. Massimo Bellini
Dr. Paolo Mannella
Dr. Gabriele Naldini
Dr.ssa Donatella Pistolesi

MEMBRI DEL CONSIGLIO
Prof. Ciro Basile Fasolo
Dr. Gian Luca Bracco
Prof. Mauro Cervigni
Prof. Angiolo Gadducci
Prof. Santino Marchi
Prof. Emanuele Neri
Prof. Ferdinando Sartucci
Prof. Cesare Selli

IN SUPREMÆ DIGNITATIS
1343
UNIVERSITÀ DI PISA

DOCENTI DEL MASTER

Dr.ssa Maria Anna Balestri
Dr. Gabrio Bassotti
Dr. Renato Bocchini
Dr. Filippo Bosco
Prof. Giampiero Capobianco
Prof. Gaspare Carta
Dr. Alessandro D'Afiero
Dr.ssa Elisabetta Donati
Dr. Alfredo Ercoli
Dr.ssa Bernardina Fabiani
Dr. Dario Gambaccini
Dr. Iacopo Giani
Dr. Andrea Giannini
Dr.ssa Patrizia Giusti
Dr.ssa Sabina Giusti
Dr. Christian Gozzi
Dr.ssa Francesca Manassero
Dr. Jacopo Martellucci
Dr.ssa Monica Masoni
Dr.ssa Franca Melfi
Dr.ssa Claudia Menconi
Dr. Andrea Moglia
Dr.ssa Chiara Nanini
Dr. Adolfo Renzi
Dr.ssa Eleonora Russo

RIAB - Corso teorico pratico di Riabilitazione del Pavimento Pelvico per Ostetriche, Infermieri e Fisioterapisti

Direttore del corso:
Felice Patacchiola

MOSCIANO SANT'ANGELO

29-30 Gennaio 2015

29 Gennaio 2015

14.00 Registrazione dei partecipanti, saluto delle autorità ed apertura dei lavori

1° SESSIONE
Moderatori: F. Frondaroli - G. Ruggeri

15.00 Anatomia e fisiologia del pavimento pelvico: comparto centrale ed anteriore
F. Patacchiola

15.20 Basi anatomiche e fisiopatologiche dei disturbi del compartimento posteriore
R. Pietroletti

15.40 Discussione

2° SESSIONE
Moderatori: G. Febo - M. Mucci

16.00 Attuali conoscenze nella prevenzione dei danni perineali da parto - G. Carta

17.00 La tutela del pavimento pelvico durante il travaglio di parto: il ruolo dell'Ostetrica - M. Fagioli

17.20 Discussione

3° SESSIONE
Moderatori:
G. Properzi - G. Salvatore - G. Sciarra

17.40 Incontinenza Urinaria: inquadramento clinico e diagnostico - A. Marcozzi

18.00 La Genesi del prolasso genitale: una storia che inizia da lontano
A. D'Alfonso

18.20 Il pavimento pelvico centro di gravità permanente
C. Vicentini

18.40 Discussione

30 Gennaio 2015

APPLICAZIONI PRATICHE SULLE TECNICHE RIABILITATIVE
Coordinatori: F. Patacchiola – E. Sciarra

1° parte

08.00 L'approccio multidisciplinare nelle disfunzioni pelviperineali: interdisciplinarietà e ruolo del Terapista.
La visione unitaria del pavimento pelvico - A.Cavalieri

08.30 La Riabilitazione del Pavimento Pelvico - A. Cavalieri

1. La gestione del paziente in ambulatorio: dalla raccolta anamnestica alla valutazione funzionale del pavimento pelvico.
Modalità di raccolta dati.

2. Progettazione del Percorso Riabiliativo.
Tecniche e strumenti di lavoro: la fisiochinesiterapia, il biofeedback, la stimolazione elettrica funzionale

3. La terapia domiciliare quale sostegno all'intervento domiciliare.

4. Esercitazioni pratiche su modella.

2° parte

14.30 **Respirazione** - F. Liberati

Viene chiesto alle partecipanti di indossare un abbigliamento comodo e l'utilizzo di un tappetino per poter effettuare a terra un lavoro di anatomia esperenziale sulla biomeccanica respiratoria, i tipi di respirazione e le respirazioni funzionali alle patologie perineali.

La lezione teorico-pratica è cosi suddivisa:

- Lavoro esperenziale sull'anatomia e la biomeccanica della respirazione toracica.

- Lavoro esperenziale sull'anatomia e biomeccanica della respirazione diaframmatica.

- Percezione esperenziale della struttura anatomica del bacino e dei suoi movimenti.

- Percezione su come i vari tipi di respirazione incidono sulla struttura ossea.

- Percezione di come i vari tipi di respirazione incidono sul perineo.

- Respirazioni funzionali per il perineo.

Presentazione del corso

Nei giorni 29 e 30 gennaio 2015 si è svolto presso la Sala Conferenze del Poliambultario Adriatico di Mosciano Sant'Angelo (TE) un Corso teorico pratico di riabilitazione del pavimento pelvico per Ostetriche, Infermieri e Fisioterapisti dal titolo "Tecniche riabilitative nella prevenzione e terapia delle disfunzioni perineali ante e post partum".

Il Corso sotto l'egida dell'AIUG è stato patrocinato dall'Università degli Studi de L'Aquila, dalla ASL di Teramo e dal Collegio provinciale delle Ostetriche di Teramo ed ha avuto come Presidente il Prof. Gaspare Carta (Direttore della Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università de L'Aquila) e come Direttore Scientifico il Prof. Felice Patacchiola (Direttore dell'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale "Val Vibrata" di Sant'Omero (TE)).

Nel pomeriggio del 29 si sono svolte una serie di relazioni introduttive volte ad inquadrare la problematica dal punto di vista clinico, diagnostico e terapeutico, a tale sessione hanno contribuito i Medici abruzzesi che si occupano di uroginecologia.
Durante la giornata del 30 si sono svolte le attività pratiche sulle tecniche riabilitative, coordinate dal Prof. Patacchiola.

Tali attività sono state pratiche nel senso vero del termine in quanto la prima sessione dedicata alla riabilitazione del pavimento pelvico (svolta dalla Dr.ssa Antonella Cavalieri) è stata effettuata su una modella, la seconda sulla respirazione (svolta dalla Dr.ssa Francesca Liberati) ha visto il coinvolgimento diretto delle discenti.

A dimostrazione dell'attualità e dell'interesse delle problematiche trattate basti considerare che il corso inizialmente riservato a 40 partecipanti ha visto alla fine la partecipazione di ben 70 discenti.

Felice Patacchiola

Relazione scientifica

IL PAVIMENTO PELVICO FEMMINILE E IL RUOLO DELLA RIABILITAZIONE PELVIPERINEALE

Antonella Cavalieri: Ostetrica Specializzata in Riabilitazione del Pavimento Pelvico, Padova
Felice Patacchiola: Direttore U.O.C.D.U. Ostetricia e Ginecologia Ospedale "Val Vibrata" Sant'Omero (TE), Università de L'Aquila

Il pavimento pelvico è senza dubbio un'importante struttura muscolare, molto complessa, sia dal punto di vista anatomico che da quello funzionale.
Le strutture muscolo-fasciali-connettivali del pavimento pelvico chiudono in basso il bacino, costituendo così il fondo della cavità addomino-pelvica, sul quale appoggiano la vescica, l'utero e il sistema anorettale. Le stesse fibre muscolari s'inseriscono anteriormente a livello del nucleo fibroso centrale, centralmente alle strutture osse del cingolo pelvico, posteriormente al rafe ano-coccigeo. E' importante ricordare, inoltre, come la regione centrale del perineo sia il fulcro dinamico per il sostegno delle pareti vaginali, della regione cervico-trigonale e dell'utero, mentre il sistema di sospensione della vagina e della cervice viene garantito dai legamenti cardinali e da quelli uterosacrali.

Bacino e pavimento pelvico femminile

I muscoli del pavimento pelvico sono disposti su tre strati:

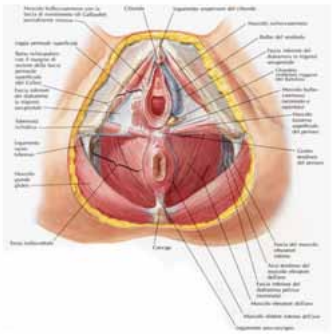
1) Il primo strato è lo strato piu' profondo e prende il nome di diaframma pelvico. Uno strato muscolare ampio ma sottile a forma di imbuto a concavità superiore che si estende tra pube, coccige e ischi. Può essere identificato con il muscolo elevatore dell'ano che è costituito da:
• Muscolo pubo-coccigeo: origina a livello del pube e si dirige verso il coccige.
• Muscolo ileo-coccigeo: segue latero-posteriormente il muscolo pubo-coccigeo e termina a livello del coccige e del rafe anococcigeo (punto di inserzione delle due metà posteriori del muscolo elevatore dell'ano).
• Muscolo ischio-coccigeo: origina dalle spine ischiatiche e termina a livello dell'osso sacro e del coccige.
• Muscolo pubo-rettale: parte dal pube e nel suo percorso iniziale non è facilmente distinguibile dal muscolo pubo-coccigeo. Forma una sorta di fionda che circonda il retto insieme al muscolo

pubo-coccigeo (il cosiddetto angolo della continenza tra retto e canale anale). E' situato nella zona di passaggio tra strato profondo e strato superficiale.
I muscoli pubo-coccigeo, ileo-coccigeo e ischio coccigeo sono coinvolti nel supporto dei visceri pelvici (vescica,utero e retto) funzionando come un pavimento, mentre il muscolo pubo-rettale provvede alle funzioni di apertura e chiusura di uretra, vagina e canale anale.

2) Lo strato intermedio, invece, è formato dal diaframma urogenitale o trigono urogenitale. Si tratta di una robusta membrana muscolare che si estende dalla sinfisi pubica alle tuberosità ischiatiche estendendosi in tutto il triangolo anteriore del PP.
E' formato da:
• Muscolo trasverso profondo del perineo: un muscolo pari e simmetrico che origina dal ramo ischiopubico dell'osso dell'anca per andare a congiungersi alla porzione controlaterale in corrispondenza del centro tendineo del perineo.
• Muscolo sfintere striato dell'uretra: un muscolo impari formato da fibre striate ad andamento circolare che, nella donna, circondano uretra e vagina.

3) Lo strato più superficiale è formato dal piano superficiale del perineo. Occupa sia la regione perineale anteriore che quella posteriore e collega il pube al coccige. E' costituito da:
• Muscolo bulbocavernoso: le sue fibre decorrono attorno ai due sfinteri, vaginale e rettale, e si incrociano a formare un otto.
• Muscoli ischiocavernosi: rivestono, nella donna, la base del clitoride e contribuiscono alla funzione erettile.
• Muscolo trasverso superficiale del perineo: un muscolo pari che partendo dalle tuberosità ischiatiche si congiunge alla porzione controlaterale in corrispondenza del centro tendineo del perineo.
• Muscolo sfintere esterno dell'ano: un muscolo striato che circonda l'ano.
Spesso si usano indistintamente i termini pavimento pelvico e perineo anche se quest'ultimo fa parte del primo e precisamente è la zona compresa tra la fine dell'orifizio vaginale e l'inizio dell'orifizio anale.

Il pavimento pelvico riveste numerose funzioni tra cui:
• Sostegno e supporto agli organi pelvici: vescica, utero e sistema anorettale;
• Garantisce la continenza urinaria e fecale e interagisce nel meccanismo della defecazione;
• Contribuisce alla statica pelvica mantenendo in sede gli organi pelvici;
• Garantisce la qualità della vita sessuale partecipando attivamente alla fase motoria dell'orgasmo;
• Collabora in sinergia con il muscolo diaframma durante la respirazione;
• Contribuisce attivamente sia nel corso di travaglio di parto che durante il passaggio del feto nel canale molle (vagina). Attua modifiche già nel corso della gravidanza.
• Contribuisce in maniera sinergica insieme al bacino, ai muscoli addominali e alla muscolatura della colonna vertebrale (etc) a mantenere un equilibrio stabile del corpo durante i movimenti e le attività quotidiane.
• Somatizza problemi e disagi psicologici, sessuali e relazionali, interagendo con la sfera intima-emotiva-psicologica



Anatomia del pavimento pelvico femminile.

E' bene ricordare, quanto ormai ampiamente dimostrato, che la consistenza delle strutture tendinee e connettivali delle fibre muscolari del pavimento pelvico è modulata dalla quantità di estrogeni e progesterone presenti. Un alterato quadro ormonale, come ad esempio l'ipoestrogenismo, comporta una ripercussione su tutto il pavimento pelvico, predisponendo tale struttura all'insorgenza di disfunzioni pelviperineali. A tal proposito, modelli sperimentali hanno dimostrato che l'attività dei fibroblasti può essere modulata dal trattamento con estrogeni.
Le principali disfunzioni vescico-sfintero-perineali sono rappresentate da: incontinenza urinaria (dribbling incontinence, stress incontinence, urge incontinence, mixed incontinence, functional incontinence), incontinenza anale, ritenzione urinaria, ritenzione fecale, alterazione statica pelvica (prolassi urogenitali e anorettali), dolore pelvico cronico.
La disfunzione muscolare perineale si configura come un'alterazione strettamente muscolare o muscolare-neuromotoria, a carico delle fibre fasiche e/o toniche del pavimento pelvico, in particolare del muscolo elevatore dell'ano. L'alterazione muscolare viene definita in termini di ipovalidità o ipervalidità della muscolatura o di forme miste.
Altre turbe possono interessare alcune forme di dissinergie funzionali perineali quali l'inversione di comando o l'attivazione di altri gruppi muscolari agonisti e antagonisti che interferiscono con la selettività e, quindi con la capacità di isolare la contrazione perineale. Si parla di inversione di comando quando alla richiesta di effettuare la contrazione perineale, si ottiene come unica risposta l'attivazione della muscolatura addominale (si assiste a una esclusiva spinta addominale, l'esatto contrario). Spesso l'inversione di comando è associata a una scarsa coscienza perineale accompagnata da un grave deficit muscolare del muscolo pubo-coccigeo: in questo caso, quello che accade è che il paziente cerca di compensare l'ipovalidità muscolare perineale attivando altri pattner muscolari disfunzionali (muscoli addominali, glutei, adduttori, etc).
Per un approccio terapeutico a tale disfunzioni, risulta fondamentale la valutazione funzionale del pavimento pelvico. Essendo una struttura aponeuretica unica, il pavimento pelvico necessita di un esame completo e approfondito che consideri il comparto anteriore, centrale e posteriore. D'altronde già nel 1944 Bonney considerava il pavimento pelvico come un'unità funzionale inscindibile.

La prima scelta terapeutica per il trattamento di tali disfunzioni è di tipo conservativo: la riabilitazione perineale risulta ormai da oltre trent'anni una valida e riconosciuta proposta, tanto che l'International Consultation on Incontinence (ICI) ne ha fatto la "regina" considerandola il primo intervento terapeutico consigliato nell'incontinenza urinaria (primo livello assistenziale). Anche Visco e Figuers nel 1998 (1) considerano la riabilitazione come una valida metodica per il trattamento del prolasso genitale, dell'incontinenza urinaria, della stipsi, dell'incontinenza fecale e per le sindromi dolorose perineali.
La terapia riabilitativa assume una valenza sia preventiva che terapeutica. Nel primo caso di fronte a una "pura" insufficienza muscolare, è consigliabile soprattutto per prevenire l'insorgenza di incontinenze (urinarie e/o fecali) e di descensus degli organi pelvici, mentre nel secondo caso, di fronte a una sintomatologia già presente ricopre un vero e proprio ruolo terapeutico.
Le metodiche riabilitative hanno come obiettivo il miglioramento delle performances perineali ; ogni caso deve essere valutato singolarmente in base alle problematiche rilevate in corso di valutazione e deve essere creato un programma riabilitativo individuale. Ogni paziente è a sé e porta una sua storia personale legata non solo alla disfunzione-i oggettivamente rilevata-e, ma a un suo vissuto psicologico-emotivo-relazionale che la rende unica e come tale bisognosa di un approccio personalizzato. Indiscutibile per un buon esito della terapia, è la presenza di un clima empatico fra il terapista e il paziente, il quale "mettendosi a nudo" deve potersi fidare e sentirsi accolto.
Il percorso riabilitativo prevede l'applicazione di tecniche e metodiche riabilitative: la fisiochinesiterapia, il biofeedback e la stimolazione elettrica funzionale rappresentano i cardini della riabilitazione del pavimento pelvico, ma non sono gli unici. Spesso occorre integrare con interventi comportamentali come ad esempio il bladder retraining, la correzione alimentare, l'uso di diari (minzionale, per la stipsi, etc), la rieducazione posturale fino ad arrivare ad utilizzare se necessario trattamenti psicoterapici.
Numerosi studi confermano l'efficacia della riabilitazione nel trattamento delle disfunzioni pelviperineali.
Wainstein et al (2) hanno verificato che la rieducazione pelviperineale migliora significativamente i sintomi della defecazione ostruita in particolare riducendo l'assistenza all'evacuazione tramite la digitazione.
Un altro studio condotto da Reilly et al (3) ha dimostrato l'efficacia del pelvic floor muscles training su un gruppo di primigravide affette da lieve ipermobilità uretrale, rilevando che le 139 donne coinvolte nello studio che hanno eseguito gli esercizi perineali in gravidanza hanno avuto una notevole riduzione dell'insorgenza della IUS nel post parto.
Un ulteriore studio condotto da Dumoulin et al (4) ha confermato l'efficacia del pelvic floor muscles training nel trattamento dell'incontinenza urinaria (1281 donne studiate, delle quali 665 appartenevano al gruppo che ha effettuato gli esercizi, mentre 616 faceva parte del gruppo di controllo).
Tanta altra letteratura è a supporto della terapia riabilitativa come terapia conservativa e di prima scelta nell'approccio alle disfunzioni vescico-sfinteriche-perineali. Affinchè possano ottenersi i migliori risultati occorre un approccio terapeutico multidisciplinare e interdisciplinare, all'interno del quale il terapista ha il compito di fungere da interprete di diverse istanze diagnostiche canalizzandole in una soluzione terapeutica personalizzata.

Bibliografia

1. Visco AG, Figuers C. Nonsurgical management of pelvic floor dysfunction. In: Bump RC, Cundiff GW (eds). Urogynecology and pelvic floor dysfunction. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 1998;849-65.

2. Wainstein C. et al. Results or pelvi-perineal rehabilitation in patients with pelvic floor dyssynergia. Cir Esp. 2014 Feb;92(2):95-9. doi: 10.1016/j.ciresp.2013.03.015. Epub 2013 Nov 12.

3. Reilly ET, Freeman RM, Waterfield MR, Waterfield AE, Steggles P, Pedlar F. Prevention of postpartum stress incontinence in primigravidae with increased bladder neck mobility: a randomised controlled trial of antenatal pelvic floor exercises. BJOG. 2014 Dec;121 Suppl 7:58-66. doi: 10.1111/1471-0528.13213.

4. Dumoulin C, Hay-Smith EJ, Mac Habée-Séguin G. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2014 May 14;5:CD005654. doi: 10.1002/14651858.CD005654.pub3.

5. Paolo Di Benedetto Riabilitazione Uro-ginecologica, II edizione. Edizioni Minerva Medica

A. I. U. G.

ALS
Aiug Live Surgery

Direttori del corso:
Tommaso Simoncini
Gabriele Naldini

PISA
13-14 Febbraio 2015

13 Febbraio 2015

09.00 Introduzione della giornata
T. Simoncini, G. Naldini

Presentazione dello strumentario robotico e dell'allestimento della sala
S. Falossi
Intervento di colposacropessi robotica
T. Simoncini, P. Mannella
Intervento di ventropessi sacrale robotica
T. Simoncini, G. Naldini

13.00 Lunch con presentazione: la robotica in chirurgia tra presente e futuro
F. Melfi

14.00 SALA OPERATORIA

Intervento di istero-cistopessi robotica con tecnica di sospensione laterale
T. Simoncini, P. Mannella

9.00 - 17.00
Esercizi di pratica hands-on a rotazione su simulatore e consolle robotica con trainer esperto

17.00 Tea corner con proiezione di video chirurgici e discussione dei casi clinici
Presentazioni video: J. Giani, P. Mannella

Discussione: S. Basile, G.L. Bracco

14 Febbraio 2015

Inaugurazione del progetto "IL FUTURO DELL'AIUG" per giovani specializzandi

08.30 Presentazione del corso
T. Simoncini, G Naldini, F. Melfi, A. Gadducci, M. Garaventa

Saluto delle Autorità
M. Petrini, C.A. Tomassini, F. Gemmi, M. Ferrari

NUOVE TECNOLOGIE PER LA CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA DEL PAVIMENTO PELVICO
Moderatori: T. Simoncini, G. Naldini

09.00 Il futuro della chirurgia: integrazione tra robotica e simulazione
M. Ferrari

09.20 Discussione: V. Cela, A. Perutelli

09.40 La robotica per il trattamento chirurgico dei difetti del pavimento pelvico - M. Cervigni

10.00 Discussione:
F. M. Costantini, G. Nicita

10.20 Strategie chirurgiche per la riparazione dei difetti del pavimento pelvico, l'approccio vaginale vs. quello addominale
M. Garaventa

10.40 Discussione:
M. Fabbiani, C. Menconi

11.30 L'anatomia chirurgica della pelvi per la chirurgia ricostruttiva addominale dei difetti del pavimento pelvico - A. Ercoli

11.50 Discussione:
M. Filippeschi, C. Selli

12.10 Imaging avanzato nei difetti del pavimento pelvico e impatto sulla chirurgia - E. Neri

12.30 Discussione:
M. Bellini, G. Di Candio

SESSIONE VIDEO CON DISCUSSIONE INTERATTIVA SULLE STRATEGIE CHIRURGICHE PER LA RICOSTRUZIONE DEI DIFETTI DEL PAVIMENTO PELVICO
La chirurgia del prolasso degli organi pelvici e dell'incontinenza urinaria
Moderatori:
G. L. Bracco, M. Garaventa

14.30 Il trattamento addominale del prolasso degli organi pelvici, laparoscopia vs. robotica e implicazioni urologiche
A. Minervini

14.50 Discussione:
R. Marrai, D. Pistolesi

15.10 Le strategie chirurgiche addominali per la riparazione del prolasso degli organi pelvici e dell'incontinenza urinaria ed il ruolo della robotica
T. Simoncini

15.30 Discussione:
S. Tamburro, G. Cariti

LA CHIRURGIA MULTICOMPARTIMENTALE INTEGRATA DEI DIFETTI COMPLESSI DEL PAVIMENTO PELVICO
Moderatori: M. Cervigni, A. Renzi

16.10 Il trattamento del prolasso rettale approccio addominale vs perineale
P. Sileri

16.30 Discussione:
M. Simonelli, L. Morelli

16.50 Strategie chirurgiche per la riparazione del prolasso multicompartimantale complesso - G. Naldini

17.10 Discussione:
D. Granchi Zanieri
J. Martellucci

17.30 Discussione generale

Relazione scientifica

TRATTAMENTO ADDOMINALE DEL PROLASSO APICALE AVANZATO

Prof. Tommaso Simoncini

Il trattamento del prolasso genitale avanzato è una delle principali sfide chirurgiche per chi si occupa di chirurgia ricostruttiva del pavimento pelvico. La presenza di un difetto apicale avanzato è infatti una delle situazioni anatomiche di più difficile trattamento e che più facilmente espone al rischio di recidiva immediata o a distanza di tempo dalla chirurgia. Le procedure per via vaginale pur essendo tecniche caratterizzate da minor invasività, minor tempo di degenza e rapida ripresa funzionale sono gravate da un discreto tasso di recidiva. Le tecniche di chirurgia protesica trans vaginali più recenti in particolare i kits che permettono la sospensione apicale al legamento sacro spinoso hanno tassi di successo alti rispetto alle tecniche non protesiche, ma sono gravate da importanti complicanze legate al materiale protesico stesso[1]. In una recente Cochrane del 2013 Maher, ha analizzato tre trials (Halaska 2012; Iglesia 2010; Withagen 2011) paragonando le protesi trans vaginali, per il trattamento del prolasso multi compartimentale, con la chirurgia fasciale e dimostrando un outcome anatomico a distanza nettamente migliore per le tecniche protesiche, gravate però da un tasso di erosione del 18% e un tasso di re intervento dell'11% (rispetto al 3.7% delle tecniche fasciali).
L'approccio addominale rappresenta una valida alternativa alla chirurgia trans vaginale in particolare nel trattamento del prolasso apicale avanzato o del prolasso recidivo. La sacrocolpopessi addominale (ASC) è considerata il gold standard per il trattamento del difetto apicale avanzato ed è associata a minor tasso di recidiva, minor grado di difetto anatomico residuo e minor dispareunia rispetto a procedure trans vaginali come la sospensione al sacro spinoso, la sospensione ai legamenti utero sacrali e le mesh trans vaginali [2]. In donne giovani, sessualmente attive e con prolasso avanzato sintomatico la sospensione di cervice, utero o volta vaginale al promontorio del sacro, permette un'ottimale e duratura correzione anatomica e la ricostituzione di un più fisiologico asse vaginale [3, 4].
Negli ultimi venti anni la chirurgia mini invasiva laparoscopica ha assunto sempre più importanza per il trattamento dei difetti del pavimento pelvico. La più corta degenza post operatoria, la rapida ripresa funzionale, il minor dolore post operatorio sono tutti vantaggi della tecnica mini invasiva che riducono il gap tra chirurgia ricostruttiva per via addominale e la tradizionale chirurgia trans vaginale. La sacrocolpopessi laparoscopica (ALS) unisce a tassi di successo paragonabili alla tecnica open i vantaggi della mini invasività della laparoscopia. La ALS è comunque una procedura tecnicamente impegnativa con una lunga curva di apprendimento e tempi operatori relativamente lunghi. Le difficoltà tecniche sono legate soprattutto alla necessità di posizionare la rete in spazi pelvici profondi come lo spazio retto vaginale, alla necessità di accedere a zone del bacino come il legamento longitudinale del promontorio sacrale, che può non essere agevole in alcune pazienti

ed esporre a serie complicanze come un danno vascolare (per lesione accidentale della vena iliaca sinistra o dei vasi sacrali medi) o una lesione dell'uretere di destra.
Nel 2005 la FDA ha approvato l'utilizzo della tecnica robotica nella chirurgia ginecologica. L'utilizzo della piattaforma robotica si è dimostrato sicuro e vantaggioso in procedure ginecologiche come l'isterectomia per patologia benigna e la chirurgia ricostruttiva del pavimento pelvico [5]. La maggior ergonomia, l'intuitività della tecnica robotica e il superamento di alcuni limiti della laparoscopia hanno reso il robot particolarmente utile nella chirurgia ricostruttiva del pavimento pelvico. Alcuni tra vantaggi sono il potenziamento della visione del chirurgo, la visione tridimensionale, i 7 gradi di libertà di escursione degli strumenti robotici e l'annullamento del fisiologico tremore della mano dell'operatore. Queste caratteristiche sono particolarmente vantaggiose in procedure come la ALS in cui sono necessarie molte suture e profonde dissezioni, anche se non ovviamente sufficienti ad eliminare completamente il rischio di complicanze soprattutto legate alla dissezione della zona sacrale. La necessità di evitare questi rischi tecnici e di avere una strategia chirurgica alternativa al promontorio del sacro per la correzione del difetto apicale è un concetto da tempo focalizzato e sviluppato nell'ambito della chirurgia del prolasso per via addominale. Nel 1967 Kapandji descrisse una tecnica di sospensione laterale laparotomica per la correzione del difetto apicale, che permetteva di evitare la dissezione del promontorio del sacro e i rischi associati. La tecnica prevedeva l'ancoraggio della parete vaginale anteriore e dell'istmo uterino alla spina iliaca antero-superiore [6]. Nel 1994 Cornier e Madelenat descrissero la stessa tecnica per via laparoscopica [7]. Nel 1998 da JB Dubuisson ha sviluppato una ulteriore evoluzione proponendo una tecnica di sospensione laterale laparoscopica con rete, per il trattamento del prolasso intermedio-avanzato del compartimento apicale e anteriore [8]. La tecnica prevede la dissezione profonda dello spazio vescico vaginale fino a livello del trigono vescicale, l'inserimento di una rete pre-sagomata a T, con un flap anteriore che viene suturato alla parete vaginale anteriore, alla cervice e all'istmo uterino e due lunghe braccia laterali che vengono distese tension-free all'interno di un tunnel peritoneale sviluppato bilateralmente dalla spina iliaca antero-superiore al legamento rotondo. Questo permette di ottenere una trazione laterale sull'apice (che non è quindi orientato posteriormente come nella sospensione al sacro), ricollocando in una sede anatomica più fisiologica utero e vescica. Per ridurre il rischio di una slatentizzazione del difetto anatomico posteriore (enterocele o rettocele) Dubuisson prevede, nell'evoluzione della sua tecnica, il rinforzo contemporaneo del comparto posteriore attraverso l'inserimento di un patch protesico a livello dello spazio retto-vaginale e la sutura mediana dei legamenti utero-sacrali con obliterazione del Douglas, in modo da ricostituire completamente il primo livello di Delancey. Dubuisson ha pubblicato dati su questa tecnica con un risultato anatomico soddisfacente dell'87.7% e un tasso di erosione del 5.5% a un follow-up medio di 19 mesi [9]. L'assistenza robotica permette di aggiungere vantaggi anche in questo tipo di procedura, sicuramente più agevole anche in laparoscopia. La sospensione laterale è quindi una tecnica che permette un'ottima correzione del difetto apicale evitando i rischi legati alla dissezione del promontorio sacrale. Può essere considerata una valida alternativa alla sacrocolpopessi in quei casi di accesso difficile a questa zona anatomica, per costituzione della paziente o per pregressa chirurgia. Inoltre nei casi di recidiva dopo sospensione al sacro l'approccio laterale può essere una valida strategia alternativa per la correzione del difetto apicale.

Presentazione del corso

In occasione dell'evento AIUG tenutosi lo scorso anno presso il Pelvic Floor Center di Pisa, abbiamo organizzato, in collaborazione con il Dr. Naldini e la sua equipe della chirurgia colo-rettale, una giornata di chirurgia robotica per il trattamento del prolasso genitale avanzato. I partecipanti hanno potuto assistere direttamente in sala operatoria ai tempi del docking robotico e alla gestione della piattaforma robotica. Gli interventi presentati sono stati la sospensione laterale con mesh a T, la sospensione al promontorio del sacro con mesh a Y e la rettopessi ventrale con materiale biocompatibile. Abbiamo selezionato le pazienti, tutte con prolasso avanzato di III-IV grado, in base al comparto anatomico prevalentemente interessato. La sospensione laterale con mesh è stata eseguita su un caso di difetto anteriore e apicale avanzato, mentre la sospensione al sacro in un caso di prolasso di volta vaginale con massivo enterocele. La rettopessi ventrale è stata eseguita in una paziente con prolasso rettale sintomatico.
E' nostra convinzione che nell'ambito di una ottimale chirurgia ricostruttiva dei difetti complessi e avanzati del pavimento pelvico, la scelta della via addominale sia quella che offre maggiori garanzie di buoni risultati e di durata nel tempo. Lo sviluppo degli spazi anatomici sotto visione e la collocazione precisa e solida delle mesh sono elementi chiave per una correzione efficace. In questa ottica il valore aggiunto dell'assistenza robotica non è solo quello di rendere più approcciabili interventi complessi, comunque eseguibili in laparoscopia, ma anche quello di garantire un solido ancoraggio della reti attraverso un posizionamento delle suture più rapido ed estremamente riproducibile oltre che più ergonomico rispetto alla tecnica laparoscopica. Se questo si traduca realmente in una ricostruzione migliore e più durevole nel tempo non è supportato da dati conclusivi, e rimane tutt'ora oggetto di dibattito.

Tommaso Simoncini

1. Murphy, M., et al., Time to rethink: an evidence-based response from pelvic surgeons to the FDA Safety Communication: "UPDATE on Serious Complications Associated with Transvaginal Placement of Surgical Mesh for Pelvic Organ Prolapse". Int Urogynecol J, 2012. 23(1): p. 5-9.
2. Maher, C., et al., Surgical management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database Syst Rev, 2013. 4: p. CD004014.
3. Woodruff, A.J., C.C. Roth, and J.C. Winters, Abdominal sacral colpopexy: surgical pearls and outcomes. Curr Urol Rep, 2007. 8(5): p. 399-404.
4. Hilger, W.S., M. Poulson, and P.A. Norton, Long-term results of abdominal sacrocolpopexy. Am J Obstet Gynecol, 2003. 189(6): p. 1606-10; discussion 1610-1.
5. AAGL position statement: Robotic-assisted laparoscopic surgery in benign gynecology. J Minim Invasive Gynecol, 2013. 20(1): p. 2-9.
6. Kapandji, M., [Treatment of urogenital prolapse by colpo-isthmo-cystopexy with transverse strip and crossed, multiple layer, ligamento-peritoneal douglasorrhaphy]. Ann Chir, 1967. 21(5): p. 321-8.
7. Cornier, E. and P. Madelenat, [The M. Kapandji hysteropexy: a laparoscopic technic and preliminary results]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 1994. 23(4): p. 378-85.
8. Dubuisson, J.B., et al., [Laparoscopic repair of pelvic organ prolapse by lateral suspension with mesh: a continuous series of 218 patients]. Gynecol Obstet Fertil, 2011. 39(3): p. 127-31.
9. Dubuisson, J.B., et al., Treatment of genital prolapse by laparoscopic lateral suspension using mesh: a series of 73 patients. J Minim Invasive Gynecol, 2008. 15(1): p. 49-55.

RIAB - Corso teorico pratico di Riabilitazione del Pavimento Pelvico per Ostetriche, Infermieri e Fisioterapisti

Presidente del corso:
Mario Primicerio

Direttori del Corso:
Valerio Napolitano, Marzio Angelo Zullo

TIVOLI

20 Febbraio 2015

20 Febbraio 2015

08.00 Registrazione dei partecipanti, saluto delle autorità ed apertura dei lavori

1° SESSIONE
Moderatori: A. De Arcangelis, L. Masi, M. Bologna, M. Marceca

08.30 Anatomia e fisiologia del pavimento pelvico: comparto centrale ed anteriore
V. Ambrogi

08.50 Anatomia e fisiologia del pavimento pelvico: comparto posteriore
S. Dati

09.10 Alterazioni anatomo funzionali del pavimento pelvico: classificazione e diagnosi
P. G. Paesano

09.30 Epidemilogia e cost of illness delle disfunzioni perineali
M. Garaventa

09.50 La biomeccanica del danno intra-partum
F. Bernasconi

10.10 La neuropatia del pudendo post-partum
V. Napolitano

10.30 Discussione

2° SESSIONE
Moderatori: M. Primicerio, G. Pizziconi, P. Martino

11.00 La prevenzione intra-partum del trauma perineale: quale good obstetric practice in sala parto?
F. Bernasconi

11.20 Il ruolo dell'ostetrica nella prevenzione ante-postpartum delle disfunzioni perineali
E. Torresan

11.40 Evento ostetrico e disfunzioni pelvi perineali: EBM analisys
M. Zullo

12.00 Terapia medica delle disfunzioni pelvi perineali
A. Iuliano

12.20 OASIS: management chirurgico
G. De Matteis

12.40 Nuove evidenze funzionali per la prevenzione del danno ostetrico
M. Cervigni

13.00 Discussione

3° SESSIONE
Esercitazioni pratiche sulle tecniche riabilitative
Moderatori:
V. Napolitano, A. Spagnolo, E. Borboni

14.00 Valutazione uro ginecologica e posturale
F. Liberati

14.20 La riabilitazione perineale: tecniche - F. Liberati

15.00 - 1° parte - CON MODELLA
Esame obiettivo del pavimento pelvico, valutazione uro-ginecologica, valutazione comparto posteriore. Chinesiterapia e tecniche ausiliarie (FES e BFB).

2° parte - Con corsisti: RESPIRAZIONE
Viene chiesto alle partecipanti di indossare un abbigliamento comodo e l'utilizzo di un tappetino per poter effettuare a terra un lavoro di anatomia esperenziale sulla biomeccanica respiratoria, i tipi di respirazione e le respirazioni funzionali alle patologie perineali.
La lezione è cosi suddivisa:
Lavoro esperenziale sull'anatomia e la biomeccanica della gabbia toracica. Lavoro esperenziale sull'anatomia e biomeccanica della respirazione diaframmatica. Percezione di come i vari tipi di respirazione incidono sul perineo.
Respirazioni funzionali per il perineo.

17.30 Chiusura dei lavori

Presentazione del corso

Il 20 Febbraio 2015 si è tenuto a Tivoli un Corso Teorico Pratico di Riabilitazione del Pavimento Pelvico per Ostetriche, Infermieri e Fisioterapisti dal titolo "Tecniche Riabilitative nella prevenzione e terapia delle disfunzioni perineali ante e post partum".

Il Programma Scientifico ha previsto una parte teorica ed una pratica con l'obiettivo di fornire un percorso formativo completo che spaziasse dalla anatomia del pavimento pelvico alla biomeccanica del parto fino ai meccanismi etiopatogenetici del danno da parto.

Di elevato valore scientifico e formativo sono stati i focus sugli aspetti epidemiologici, terapeutici e di prevenzione. Nel pomeriggio è stato, infine, dato ampio spazio alla parte pratica che ha garantito ai discenti un pregnante completamento del messaggio educazionale. che a giudicare dalla soddisfazione dei numerosi partecipanti ha colto nel segno.

Un Caro ringraziamento a tutti colleghi che con il loro contributo hanno garantito il successo della giornata.

Valerio Napolitano

ALS
Aiug Live Surgery

Direttore del corso: Giuseppe Loverro

Segreteria scientifica: Mario Vicino

BARI
20 - 21 Febbraio 2015

20 Febbraio 2015

14.00 Registrazione dei partecipanti

WORKING MEETING
14.30 Presentazione del corso
Prof. Giuseppe Loverro

1° SESSIONE – CHIRURGIA PROTESICA DEL PROLASSO
Moderatori: M. Battaglia - G. Loverro

14.40 Tecniche di chirurgia protesica ricostruttiva: stato dell'arte
A. Perrone

15.00 Punti di repere e sistemi di aggancio nelle procedure protesiche
M. Vicino

15.20 Correzione del prolasso con tecnica POPS
M. Cantatore

15.40 Promontorio sacropessia laparoscopica
A. Ercoli

2° SESSIONE – CHIRURGIA FASCIALE DEL PROLASSO
Moderatori: G. F. Giocoli - S. Anastasio

16.00 Sospensione ileo coccigei
M. Serati

16.20 Sospensione ai ligamenti utero sacrali - G. Loverro

3° SESSIONE - TRATTAMENTO DELLA INCONTINENZA URINARIA
Moderatori: E. Cicinelli - P. Di Tonno

17.00 Tecniche chirurgiche per la terapia della IUS - A. D'Afiero

17.20 Approccio transotturatorio nel trattamento IUS: risultati ed evidenze - A. Saracino

17.40 Tossina botulinica: nuova era nel trattamento della vescica iperattiva

18.00 La neuromodulazione sacrale per le disfunzioni del pavimento pelvico

21 Febbraio 2015

LIVE SURGERY
Moderatori: Di Naro - Ghezzi

08.30 Promontorio sacropessia
- Sospenzione ileo coccigeo
- Correzione prolasso con elevate
- Intervento per ius

13.30 Conclusione dei lavori e saluti:
Prof. Giuseppe Loverro
Dott. Antonio Perrone

BASIC UROGYN

Direttore del corso: Gennaro Trezza

Coordinatore del corso: Marzio Angelo Zullo

BENEVENTO

23 Febbraio 2015

23 Febbraio 2015

08.35 Registrazione dei partecipanti

08.45 Introduzione al corso

I Sessione:
ANATOMIA FISIOPATOLOGIA E INQUADRAMENTO ANAMNESTICO
Moderatori: M. Buonanno, G. Pisapia Cioffi, N. Girardi

09.00 Anatomia funzionale e chirurgica del Pavimento pelvico
G.Trezza

09.20 Fisiopatologia dell'incontinenza urinaria e del prolasso urogenitale
F. Del Deo

09.40 Anamnesi dei difetti del pavimento pelvico: la cartella clinica
G. Coppola

10.30 Diagnostica clinica dei difetti del pavimento pelvico, incontinenza urinaria e incontinenza fecale: quali gli strumenti realmente necessari?
M.A. Zullo

10.50 Urodinamica: quando necessaria e perché
L. Lotti

11.10 Diagnosi e terapia della vescica iperattiva
M. Ieonetti

11.30 La IUS da insufficienza sfinterica dalla diagnosi alla terapia
C. Tammaro

11.50 La disfunzione defecatoria dai modelli fisiopatologici alla gestione terapeutica
C. Fantini

12.10 Casi clinici e discussione interattiva

SESSIONE TRATTAMENTI
Moderatori: N. Colacurci, G. Pisapia Cioffi, M.A. Zullo

14.30 Il ruolo della terapia rieducativa del pavimento pelvico
A. De Marco

14.50 Trattamento chirurgico della IUS dal primo intervento alla recidiva
G Tommaselli

15.10 Trattamento chirurgico del compartimento vaginale anteriore dalla chirurgia fasciale alla protesica
M. Torella

15.30 Trattamento chirurgico del compartimento superiore. Terapia conservativa e demolitiva
C. Rappa

BASIC UROGYN:
Benevento, 23 Febbraio 2015

15.50 Trattamento chirurgico del prolasso di cupola: addominale e vaginale
D.De Vita

16.30 Trattamento chirurgico dei difetti del comparto posteriore
V. Napolitano

16.50 Approccio chirurgico al prolasso rettale
C. Huscher

17.10 Infezioni urinarie femminili dalla eziologia alla terapia. Integrazione nutraceutica nel trattamento
M.Manfredini

17.30 La prevenzione delle cistiti croniche e del dolore pelvico cronico
M.Montuori

17.50 Discussione di casi clinici

19.00 Chiusura dei lavori

BASIC UROGYN

Direttore del corso:
Virginio Ambrogi

Coordinatore del corso:
Marzio Angelo Zullo

VELLETRI

13 Marzo 2015

13 Marzo 2015

08.30 Registrazione dei partecipanti

08.45 Introduzione al corso
Presentazione - V. Ambrogi
Saluti del Direttore Generale e del Direttore Sanitario ASL RM H

I SESSIONE: ANATOMIA, FISIOPATOLOGIA ED INQUADRAMENTO ANAMNESTICO

09.00 Anatomia funzionale del pavimento pelvico
V. Napolitano

09.30 Fisiopatologia dell'incontinenza urinaria e del prolasso urogenitale - A. Iuliano

10.00 L'anamnesi uroginecologica: esempi di cartelle cliniche
A. Bertoldi - E. Tesseri

II SESSIONE: DIAGNOSI CLINICO-STRUMENTALE E TRATTAMENTO

10.45 La diagnostica clinica nei difetti del pavimento pelvico e nell'incontinenza urinaria: quali gli strumenti realmente necessari? - C. Oliva

11.15 Urodinamica: quando è necessaria? L. Quaglieri

11.45 Diagnosi e terapia della vescica iperattiva - C. Mogini

12.15 La IUS da insufficienza sfinterica: dalla diagnosi al trattamento
M. A. Zullo

12.45 Le disfunzioni defecatorie: dai modelli fisiopatologici alla gestione terapeutica - B. Picardi

III SESSIONE: TRATTAMENTI

14.00 Il ruolo della terapia rieducativa del pavimento pelvico: quando consigliarla? - T. Bussu

14.25 La neuromodulazione sacrale un trattamento per le disfunzioni del pavimento pelvico
M. A. Zullo

14.50 Trattamento chirurgico dell'incontinenza urinaria da sforzo: dal primo intervento alla recidiva - S. Dati

15.15 Trattamento chirurgico del compartimento vaginale anteriore: dalla chirurgia fasciale a quella protesica
G. De Matteis

15.40 Trattamento chirurgico del compartimento superiore: terapia conservativa o demolitiva dell'utero?
G. Nicolanti

16.05 Trattamento chirurgico del prolasso di cupola vaginale: approccio vaginale o addominale? - M. Cervigni

16.45 Trattamento chirurgico del compartimento vaginale posteriore: quale approccio considerare? - B. Picardi

17.10 Approccio chirurgico al prolasso rettale - F. Gaj

17.35 Le infezioni urinarie nella donna: dall'eziologia al trattamento. Integrazione nutraceutica nel trattamento. - M. Manfredini

18.00 Casi clinici risolti dai discenti coadiuvati dai docenti
L. Quaglieri - M. Petriglia

Relazione Scientifica

INTEGRAZIONE NUTRACEUTICA NEL TRATTAMENTO DELLE INFEZIONI URINARIE

dott. Milo Manfredini/ dott.Virginio Ambrogi

L'obiettivo che ci poniamo in questa esposizione è quello di focalizzare quale sia la migliore integrazione nutraceutica oggi disponibile per il trattamento della cistite ricorrente. Più precisamente valuteremo come meglio agire nei confronti dell'Escherichia Coli, il battere responsabile nel 85% dei casi delle cistiti ricorrenti. La relazione si basa su una meta-analisi di quanto oggi disponibile in letteratura scientifica e sull'esperienza diretta. In particolare andremo a coinvolgere i tre distretti più importanti collegati al problema delle UTI: l'ambiente intestinale, le vie urinarie e l'ambiente vaginale.

AMBIENTE INTESTINALE: Il microbiota intestinale trova ogni anno che passa maggiori conferme su quanto sia importante per la salute ottimale delle persone. Si calcola che sia composto da oltre 100.000 miliardi di cellule, anche dieci volte di più di tutte quelle che formano il corpo umano. Con oltre 15000 specie differenti di microorganismi, il microbiota viene ormai considerato un vero e proprio organo che, nel suo insieme, può pesare anche 1kg. Le funzioni benefiche sul corpo umano sono davvero molteplici, tra quelle ormai consolidate ricordiamo:

1. Produzione di enzimi, favorendo così i processi digestivi
2. Decomposizione fermentativa degli zuccheri con produzione di acidi organici e anidride carbonica
3. Decomposizione putrefattiva dei residui proteici con produzione di fenolo, indolo, cresolo, ammoniaca e acido solfidrico
4. Metabolizzazione dei grassi e regolazione plasmatica di colesterolo e trigliceridi
5. Sintesi di vitamine (vitamina K, B1, B6, B12, PP, Acido Folico e Acido Pantotenico)
6. Produzione di acidi grassi a catena corta, come l'acido acetico, propionico e butirrico
7. Decomposizione degli Acidi Biliari, Bilirubina e Ormoni Steroidei
8. Produzione di sostanze ad azione antimicrobica
9. Modulazione del sistema immunitario intestinale
10. Potenziamento della funzione di barriera intestinale, contro l'invasione di batteri patogeni

11. Regolazione della motilità del tubo digerente e della composizione dei gas intestinali e delle feci
12. Regolazione del pH dell'ambiente gastrointestinale. [1]

Quando il microbiota intestinale è in equilibrio di parla di "Eubiosi intestinale", ovvero circa 80% di batteri buoni (lattobacilli, bifido batteri) e 20% batteri potenzialmente patogeni. L'avanzare dell'età, lo stress prolungato, una dieta squilibrata e trattamenti farmacologici, sono tra le principali cause che possono alterare l'equilibrio del microbiota, in questo caso si parla di "Disbiosi intestinale".
VIE URINARIE: Avvengono spesso due complicazioni quando si soffre di cistite ricorrente:
1) disgregazione dello strato protettivo della mucosa vescicale, i GAGs: più lo strato protettivo sarà alterato e più l'escherichia coli colonizzerà con facilità la mucosa vescicale.
2) formazione di biofilm batterico all'interno della vescica: questo problema è presente nell'80% delle cistiti ricorrenti ed è il principale motivo che genera nuove recidive. [2]
AMBIENTE VAGINALE: E' fondamentale mantenere in equilibrio l'ambiente vaginale per preservare l'effetto barriera nei confronti dei batteri che possono provenire dal retto, dalla zona anale.

IL TRATTAMENTO NUTRACEUTICO: con il termine "nutraceutica" si intende lo studio di alimenti che hanno una funzione benefica sulla salute umana, incluse la prevenzione e il trattamento delle malattie. Noi in particolare ci concentreremo sugli "Integratori Alimentari", rimedi naturali composti da principi attivi alimentari dalla provata efficacia benefica sulla salute.
Il rimedio nutraceutico che utilizzeremo per lavorare sull'AMBIENTE INTESTINALE e VAGINALE è un integratore alimentare a base di probiotici di ultima generazione. E' dimostrato infatti che un'integrazione di probiotici aiuta ad inibire la crescita e la virulenza dell'uropatogeno Escherichia Coli. [3] E' anche dimostrato che l'integrazione di probiotici per via orale sembra essere più efficace di quella eseguita in vagina. [4] Visti gli spiacevoli insuccessi ottenuti da molti di noi utilizzando i probiotici, dobbiamo selezionare attentamente il nostro rimedio. Ecco quali parametri ci suggerisce il ministero della salute:
• Devono essere di origine umana: devono cioè essere normali componenti del nostro microbiota
• Devono sopravvivere a temperatura ambiente
• Devono superare la barriera gastroduodenale ed essere attivi e vitali nelle condizioni ambientali intestinali
• Devono aver dimostrato sicurezza (generally regarded as safe): non devono cioè poter scatenare un'infezione, nemmeno in pazienti immunodepressi
• Devono aver dimostrato effetti benefici sull'equilibrio intestinale e sulla salute delle persone
• Devono sintetizzare sostanze ad azione antimicrobica: batteriocine, acido lattico, perossido di idrogeno
• Devono stimolare la risposta del sistema immunitario intestinale
• Devono migliorare e stabilizzare la funzione di barriera intestinale
Il dosaggio ottimale deve prevedere più di 3 miliardi di UFC per ceppo probiotico al giorno. [5]
L'INTEGRATORE DI PROBIOTICI scelto dal relatore e che rispetta tutte le caratteristiche sopra descritte è così composto:
• Saccharomyces Boulardii 4 miliardi UFC

- Lactobacillus Plantarum 2 miliardi UFC
- Bifidobacterium Longum 2 miliardi UFC
- Lactobacillus Acidophilus DDS-1 2 miliardi UFC
- Lactobacillus Rhamnosus 2 miliardi UFC

In totale abbiamo 12 miliardi di fermenti Probiotici per capsula e il dosaggio utilizzato è di 1 capsula prima di colazione + 1 capsula prima di cena. [6]
Il rimedio nutraceutico che utilizzeremo per lavorare sulle VIE URINARIE è il D-MANNOSIO. Si tratta di un monosaccaride, isomero del glucosio, che non viene metabolizzato ed è quindi privo di controindicazioni.
Può essere utilizzato anche in gravidanza! Una volta ingerito, il D-Mannosio viene assorbito nel tratto superiore dell'intestino e, dopo circa 60 minuti, arriva inalterato nelle vie urinarie e inizia ad esercitare la sua azione: l'Escherichia Coli, attraverso le fimbrie FIM-H1 si attacca al D-Mannosio e viene in seguito espulso insieme all'urina.
Sebbene il d-mannosio abbia dimostrato di essere efficace anche in fase acuta, i dosaggi necessari rendono la compliance ancora proibitiva. Nella profilassi invece i dati sono straordinari: con 2 somministrazioni giornaliere otteniamo risultati ottimali nell'80% dei casi e, secondo la nostra esperienza, salendo a 3 somministrazioni giornaliere, il 90% delle pazienti evita nuove recidive. [7]
Il d-mannosio è risultato efficace anche nel risolvere le due complicazioni principali evidenziate quando si soffre di cistiti ricorrenti:
1) un'integrazione continuativa di 6 mesi con il d-mannosio, evitando di fatto nuove recidive, mette l'organismo nelle condizioni ideali per ripristinare naturalmente lo strato protettivo della mucosa vescicale, i GAGs
2) la stessa integrazione di 6 mesi sembra essere sufficiente per eliminare il biofilm batterico formato dall'escherichia coli all'interno della vescica. Questo risultato si ottiene perché l'escherichia coli utilizza le fimbrie FIM-H1 per formare il biofilm [8]
Ma c'è un ulteriore beneficio da evidenziare: abbiamo osservato che dopo un'integrazione di 6 mesi con dmannosio, spesso le persone riconquistano la sensibilità agli antibiotici a cui erano divenuti resistenti!
Questo è possibile perché la mutazione necessaria che permette al battere di diventare resistente, in assenza di antibiotico, lo rende più debole rispetto agli altri batteri che per competizione lo andranno ad eliminare. [9]
Per selezionare l'integratore ideale, dobbiamo sapere che il d-mannosio è diviso nelle sue due frazioni alfa d-mannosio e beta d-mannosio. Solo alfa d-mannosio agisce attivamente nei confronti dell'escherichia coli.
I prodotti in compresse sono certamente da preferire perché mantengono meglio la stabilità in alfa dmannosio e quindi con minor quantità risultano più efficaci rispetto alle polveri contenute in capsule, bustine o barattoli. Normalmente i prodotti in polvere permettono l'utilizzo di grandi quantitativi di dmannosio e ci illudono quindi di aumentarne l'efficacia. In realtà, il d-mannosio, agendo per azione meccanica, viene completamente espulso alla prima minzione della paziente e la sua azione meccanica termina in quel momento. Teniamo bene in considerazione quindi che, per aumentare l'efficacia della terapia a base di d-mannosio, dobbiamo aumentare il numero di somministrazioni giornaliere e non la

quantità per singola somministrazione. Infine, eviterei i prodotti che combinano d-mannosio e cranberry. Il cranberry infatti è stato decisamente screditato da una recente importante meta-analisi di Cochrane. [10]

L'Integratore è in compresse da 425mg di d-mannosio + echinacea che ha una funzione immuno-stimolante.
[11] Il dosaggio consigliato è la tripla somministrazione giornaliera, tenendo in considerazione che va assunto sempre dopo aver svuotato la vescica, lontano dai pasti e bevendo solo ½ bicchiere di acqua, evitando poi di bere e mangiare nei successivi 60 minuti.

CONCLUSIONI: abbiamo osservato che è possibile ottenere una profilassi ottimale nelle UTI grazie ad un'integrazione di 6 mesi continuativi con:
• compresse stabilizzate in D-Mannosio: 1 compressa a metà mattino + 1 compressa a metà pomeriggio + 1-2 compresse la sera prima di dormire.
• probiotici di ultima generazione: 1 capsula prima di colazione + 1 capsula prima di cena.

[1] Lozupone, C. A., Stombaugh, J. I., Gordon, J. I., Jansson, J. K., & Knight, R. (2012). Diversity, stability and resilience of the human gut microbiota. Nature, 489(7415), 220-230.
[2] U. Romling e C. Balsalobre, "infezioni biofilm loro resistenza alla terapia e strategie terapeutiche innovative, " Journale di Medicina Interna , vol. 272, n. 6, pp 541-561, 2012.
[3] (J Physiol Pharmacol 2009 Dec; 60 Suppl 6: 13-8.) (The Canadian Journal of Urology - Feb 2013 Vol. 20, Issue 1, Pages 6607- 6614) (BMC Microbiology 2012, 12:15 doi:10.1186/1471-2180-12-15)
[4] (Kontiokari T et al, Am J Clin Nutr 2003; 77:600-604) (Reid G et al FEMS Immunol Med Microbiol. 2003; 35:131-134) (Eriksson et al 2005 Acta Derm Venereol; 85: 42-46) (Fredricsson et al 1989 Gynecol Obstet Invest 28: 156-160)
[5] Progetto Intesa - www.intesa.unifarm.it
[6] Naturaflora Plus
[7] Oral D-mannose in recurrent urinary tract infections in women: a pilot study – 10 January 2014 Journal of Clinical Urology
[8] (Rodrigues DF, Elimelech M Role of type 1 fimbriae and mannose in the development of Escherichia coli K12 biofilm: from initial cell adhesion to biofilm formation. Biofouling. 2009;25(5):401-11. doi: 10.1080/08927010902833443) (Wellens A. journal of urology 2008)
[9] Gottesman, B. S., Carmeli, Y., Shitrit, P., & Chowers, M. (2009). Impact of quinolone restriction on resistance patterns of Escherichia coli isolated from urine by culture in a community setting. Clinical Infectious Diseases, 49(6), 869-875.
[10] Cranberries for preventing urinary tract infections (Review) - The Cochrane Library 2012
[11] Urogyn

ALS
AIUG Live Surgery

Direttore del corso:
Angelo Cannizzaro

CETRARO

23 Gennaio 2015 - 21 Marzo 2015

23 Gennaio 2015

08.30 Presentazione dei casi clinici da operare

Interventi:
- Due interventi per IUS con mini sling e transotturatorie
A. Cannizzaro - A. D'Afiero

- Trattamento della vescica iperattiva con tossina botulinica di tipo A
M. Rosignuolo

- Polipo uretrale

14.30 Discussione tra operatori e ospiti dei casi clinici

21 Marzo 2015

08.00 Registrazione dei partecipanti

08.30 Presentazione del Corso:
Angelo Cannizzaro
Segretario Regione Calabria AIUG
Saluti – Autorità:
V. Cesareo
Direttore Sanitario P.O. Spoke Cetraro-Paola
M. Garaventa
Presidente Nazionale AIUG
C.M. Stigliano
Tesoriere Nazionale AOGOI
F. Marincolo
Segretario Regione Calabria AOGOI
Apertura dei lavori:
D. Introini
Direttore U.O. Ginecologia e Ostetricia - P.O. Cetraro

I SESSIONE: TECNICHE CHIRURGICHE NELL'INCONTINENZA URINARIA E NEI PROLASSI UROGENITALI
Moderatori:
P. Vadalà – M. Bologna – V. Leanza

09.00 Anatomia chirurgica del pavimento pelvico
C. Palmieri

09.20 Sling vs "single incision e mini-sling" – P.S. Anastasio

09.40 Chirurgia protesica della IUS e sessualità – A. Musella

10.00 Trattamento della IUS associata al prolasso nella chirurgia protesica – D. De Vita

10.20 Attualità nella chirurgia protesica ricostruttiva del pavimento pelvico
F. Del Tetto

10.40 Accesso transotturatorio vs transvaginale nella chirurgia del prolasso – A. Perrone

11.20 Colpoisterectomia vs isteropessi ai legamenti sacro spinosi nei POP severi – A. D'Afiero

11.40 Ruolo della chirurgia "no mesh". Come e quando
S. Palomba

12.00 Attuali indicazioni e controindicazioni all'utilizzo delle reti
A. Cannizzaro

12.20 Nuove proposte mesh nella chirurgia dei deiscensus pelvici
G. Ettore

12.40 Approccio laparoscopico/robotico
M. Cervigni

13.00 Discussione

II SESSIONE: TRATTAMENTO DELL'INCONTINENZA URINARIAE DEI DISTURBI DEL PAVIMENTO PELVICO
Moderatori:
G. Trezza - A. Mistorni – F. Rodio

14.20 L'esame urodinamico nella chirurgia della ius: quando e perché
A. Mollo

14.40 Terapia medica dell'incontinenza urinaria: tra passato e presente
F.M. Nisticò

15.00 Terapie topiche nel trattamento della chirurgia vaginale, pre e post operatoria
G. Valentino

15.20 Le cistiti interstiziali e il dolore pelvico cronico: cause e trattamento
A. Gattuso

15.40 Trattamento dell'OAB idiopatica: tossina botulinica tipo A
G. Pisapia Cioffi

16.00 La riabilitazione del pavimento pelvico prima e dopo trattamento chirurgico
A. Chiacchio

16.20 Complicanze nella chirurgia del pavimento pelvico
M.A. Zullo

16.40 Videoclip di interventi "live surgery" (ogni clip max 10')

Presentazione dei vari chirurghi

17.40 Discussione e Conclusioni

18.00 Chiusura del Corso

Relazione Scientifica

LA CHIRURGIA DEL PAVIMENTO PELVICO FEMMINILE CONFRONTO TRA CHIRURGIA FASCIALE E PROTESICA

Nel marzo 2015 si è tenuto, in Calabria, un corso ALS AIUG con lo scopo di:
1. incrementare, nella regione, le conoscenze relative alle tematiche diagnostiche e terapeutiche della patologia della incontinenza urinaria e del prolasso genitale femminile.
2. Stimolare un confronto tra i sostenitori della correzione chirurgica protesica, utilizzando vari dispositivi, e coloro che ritengono non necessaria l'applicazione protesica negli interventi chirurgici sul pavimento pelvico.
3. L'applicazione preventiva e successiva di presidi medici locali e sistemici per favorire la compliance dell'outcome chirurgico.
4. Presentare l'approccio medico pre e post operatorio al trattamento dell'incontinenza urinaria.

Tra i vari argomenti trattati, descriviamo una sintesi di quello relativo ad una analisi comparativa tra i trattamenti chirurgici fasciali e protesici nelle patologie inerenti il pavimento pelvico.
I progressi nella conoscenza del pavimento pelvico e di meccanismi preposti alla "continenza" hanno portato a considerare con importanza sempre crescente l'aspetto clinico, diagnostico e terapeutico delle disfunzioni del pavimento pelvico.
Il pavimento pelvico è quella struttura muscolo fasciale che chiude in basso la cavità addominopelvica ed ospita le sezioni terminali dell'apparato genito-urinario e del retto.
I difetti del pavimento pelvico possono essere distinti in anatomici e funzionali: si definiscono anatomici i dislocamenti verso il basso, attraverso lo iatus urogenitale del pavimento pelvico, del viscere uterino e della mucosa vaginale e/o rettale; quelli funzionali sono legati all'incapacità della vescica e del retto a controllare la minzione o la defecazione. I difetti anatomici e funzionali spesso coesistono (30-35 %), così è frequente il riscontro dell'incontinenza urinaria e/o fecale in associazione con il prolasso degli organi pelvici.
Il ruolo del pavimento pelvico è: la contenzione visceri pelvici, la continenza urinaria e fecale e il mantenimento di un'adeguata sessualità; ma quando esso non funziona si possono verificare: il prolasso dei visceri (cistocele, isterocele e rettocele), l'incontinenza urinaria, fecale e/o ai gas, l'anorgasmia.
Le strutture di supporto che prevengono le disfunzioni del pavimento pelvico con attività muscolofasciali, di sospensione e di sostegno, si distinguono, come identificato da De Lancey e da Petros, in 3 livelli:
I LIVELLO: legamenti uterosacrali, fasce pubocervicali
II LIVELLO: legamenti pubouretrali, fascia rettovaginale
III LIVELLO: legamento uretrale esterno, membrana perineale, corpo del perineo.
La patogenesi del prolasso urogenitale è conseguenza di un deficit dei supporti del pavimento pelvico, legata al cedimento delle strutture di sospensione e di sostegno con deiscensus permanente e progressivo dei visceri pelvici. La fisiopatologia del prolasso genitale, con le sindromi ad esso correlate, riconosce quale momento eziologico fondamentale le lesioni strutturali del sistema fasciale

associate a debolezza muscolare da danno neurologico periferico o distrettuale.
La perdita di supporto delle pareti vaginali anteriori e posteriori possono causare deficit del compartimento anteriore con cistocele e/o cistouretrocele), del compartimento posteriore con rettocele, enterocele e/o elitrocele). Se a prolassare è l'utero o la cupola vaginale, in caso di pregressa isterectomia, si parla di isterocele o voltacele semplice o complesso per un deficit del compartimento medio.
Data la complessità dei quadri clinici che possono presentarsi alla nostra osservazione, è importante eseguire una scrupolosa valutazione preoperatoria con il riconoscimento della sede del difetto ed una appropriata scelta chirurgica-funzionale mediante tecniche fasciali tradizionali o con chirurgia protesica sostitutiva.
La scelta della tipologia d'intervento, tra le varie opzioni chirurgiche disponibili è indispensabile per garantire il miglior trattamento per ogni singolo caso, frutto del bilancio tra efficacia e rischio di complicanze anatomo-funzionali permanenti.
Si stima che il 2,9% della popolazione femminile soffre di un prolasso sintomatico; altri stimano che sia più alto quasi l'8%. Negli USA si eseguono annualmente circa 300.000 interventi per prolasso degli organi genitali. Il rischio di intervento per POP durante tutta la vita di una donna è dell'11-19% con una percentuale di re-intervento del 30-50%. Gli sforzi per combattere l'alta percentuale di insuccessi e migliorare i risultati a lungo termine, ha portato allo sviluppo e introduzione di diversi materiali, incluse le reti sintetiche chirurgiche, per aumentare le capacità riparative.
IL nostro obiettivo è quello di fornire il razionale, capire le indicazioni e le controindicazioni, rivedere l'efficacia e la sicurezza all'uso delle reti chirurgiche trans-vaginali per riparare il prolasso degli organi pelvici.
La rete chirurgica (mesh) è un dispositivo medico utilizzato per fornire un sostegno supplementare in caso di riparazione di un tessuto indebolito o danneggiato. La maggior parte dei dispositivi a rete chirurgica attualmente disponibili per l'uso è costituita da materiali sintetici o da tessuto animale.
La mesh costituita da materiali sintetici si può trovare sotto forma di rete a maglia lavorata o no. I materiali sintetici utilizzati possono essere: assorbibili, non assorbibili o una combinazione di essi. Le mesh d'origine animale derivano da tessuti quali l'intestino o la pelle, essi vengono lavorati e disinfettati per essere utilizzati come dispositivi da impiantare queste reti d'origine animali sono assorbibili. I principali tessuti usati per produrre queste reti da innestare derivano dal maiale o dalla mucca.
La rete chirurgica non assorbibile rimane nel corpo per sempre ed è considerata un innesto permanente. Essa viene utilizzata per fornire rinforzo permanente alla riparazione uro-ginecologica; mentre la rete chirurgica riassorbibile si degrada e perde forza nel tempo.
La rete chirurgica può essere usata per gli interventi uro-ginecologici, sia nella riparazione del prolasso degli organi pelvici (POP) che nella incontinenza urinaria da sforzo (IUS). Essa viene innestata permanentemente per rinforzare la parete vaginale danneggiata (indebolita) nella riparazione del POP o come supporto dell'uretra o del collo vescicale per riparare la IUS.
Storicamente, l'uso di materiali protesici datano l'inizio del ventesimo secolo dal 1903 con l'introduzione nel Nord America di reti metalliche d'argento e successivamente con altri materiali: introduzione del Nylon per uso chirurgico, del Dacron (Mersilene), del Polypropylene (Marlex).

Nel 1970 i ginecologi iniziano l'uso di mesh addominali per riparare il POP (Sacro-colpopessia) e dal 1990 l'uso di mesh per il trattamento della IUS e la riparazione transvaginale del POP. Dal 2000 l'uso di innesti da animali per la chirurgia ricostruttiva e dal 2004 con un aumento notevole e uso di mesh transvaginali per il POP fino all'utilizzo di dispositivi misti.
A tutt'oggi non esiste una mesh ideale che deve essere un punto di incontro tra l'efficacia e la sicurezza e che deve possedere delle caratteristiche peculiari: biocompatibilità, essere inerte, anallergica, non infiammatoria, resistente allo stress meccanico, resistente alle infezioni, immutabile nelle dimensioni (no shrinkage), sterile, non carcinogena, facile da maneggiare e da usare e accessibile a costi ragionevoli.
Come innanzi descritto, De Lancey e altri nel 1992 descrissero tre livelli nel supporto del pavimento pelvico tutti i livelli sono connessi attraverso la fascia endopelvica, e il danno che ne deriva può essere classificato:
Livello 1 – Danno Apicale (danno del supporto alto della vagina/cervice): prolasso uterino (isterocele), prolasso della cupola vaginale (voltacele), dell'intestino (elitrocele o enterocele).
Livello 2 – Danno mediovaginale che può essere anteriore: cistocele, uretrocele (uretra ipermobile); posteriore: rettocele.
Livello 3 – Danno vaginale basso/perineale: ipermobilità uretrale, danno perineale, rettocele.
Vari sistemi sono stati proposti per valutare clinicamente il prolasso degli organi pelvici: HWS (Half Way System), POP–Q, etc. allo scopo di migliorare l'outcome dell'approccio terapeutico.
Di fronte ad una così complessa e articolata patologia del pavimento pelvico sorgono alcuni quesiti di fondamentale importanza: Come risolvere il POP? Qual è il ruolo dell'utilizzo della mesh e quali sono i risultati clinici? In che modo consigliare la paziente per quanto riguarda la scelta dell'uso o no della mesh? Cosa consigliare nel caso la pz. voglia mantenere il suo utero?
I trattamenti chirurgici tradizionali: colporrafia anteriore e posteriore, sospensione apicale (uterosacrale, sacrospinosa), sacrocolpopessia (addominale,laparoscopica, robotica), isterectomia, isteropessi.
I risultati dei trattamenti tradizionali sono essi stessi estremamente variabili e possono essere sia oggettivi che soggettivi, di tipo anatomico e di soddisfazione della pz nella risoluzione dei sintomi. Oggettivamente la percentuale di successo è del 70% circa con una percentuale di recidiva/re-intervento è del 30-50%. La soddisfazione delle pazienti è molto variabile spesso rispetto alle aspettative.
Perché allora usare delle reti chirurgiche?
IL prolasso egli organi pelvici è causa della debolezza del tessuto: intrinseca, traumi, sforzo cronico. Lo scopo di utilizzare una mesh è quello di fornire una impalcatura per la crescita del tessuto interno, fornire un supporto e ripristinare la normale anatomia e funzione pelvica.
Le indicazioni all'uso di mesh possono comprendere: fallimento di precedente riparazione fasciale, fattori tessutali (debolezza intrinseca/lassità), scarsa qualità della fascia, inevitabile sollecitazione sulla riparazione, necessità di colmare uno spazio, la preoccupazione per la lunghezza vaginale con la riparazione tradizionale e infine da usare nella conservazione dell'utero.
Storicamente, le indicazioni per il trattamento del POP sono incentrati sulla sintomatologia della paziente:
la protrusione vaginale, il senso di peso, disagi della funzione urinaria, intestinale e sessuale.

Limitatamente al livello 1, vi sono dati che ci guidano a decidere verso l'uso e le indicazioni all'utilizzo della mesh. Al 2° Consensus Internazionale dello IUGA (Graft Roundtable), si è sottolineato che le "indicazioni" all'uso delle mesh era "troppo forte", era eccessivo (Davila et al. Intl Urogyn J, 2012).
Fattori da considerare nell'uso di mesh vaginali nella chirurgia del POP:

Variabili	Probabile beneficio	Possibile beneficio	Improbabile beneficio	Non raccomandata
Età				
< 50 aa.			•	
> 50 aa.		•		
Recidiva (stessa sede)		•		
Cistocele/Comparto Anteriore				
> 2° Stadio		•		
< 2° Stadio				•
Compartimento Posteriore			•	
Apice (fornice/cupola/cervice)		•		
Debolezza della Fascia		•		
Variabili	Probabile beneficio	Possibile beneficio	Improbabile beneficio	Non raccomandata
Aumento cronico della pressione endoaddominale		•		
Sindromi dolorose (locali/sistemiche)				•
Possibilità di gravidanza				•
Combinazione di fattori				
Recidiva+Cistocele>2°Stadio	•			
Recidiva+Compartimento Posteriore		•		
Recidiva+Apice/volta/cevice	•			
Recidiva+Aumento press. Addominale	•			
Recidiva+debolezza della fascia	•			
Cistocele>2°Stadio+Aumento press. Addominale	•			

Si è notato inoltre che vi è un aumento del rischio di erosione doppio per le over 60.
Anche se non è una controindicazione, ma molto spesso, una concomitante procedura di isterectomia con inserimento di una mesh nel comparto anteriore è associata ad un aumento del rischio di esposizione.
Altre comorbilità da considerare nell'uso delle mesh: diabete, atrofia genitale, l'uso cronico di steroidi e l'abuso di fumo di sigarette, tutte condizioni che danno scarsa probalità di guarigione della ferita.

La maggior parte dei risultati delle procedure con mesh transvaginali derivano dall'osservazione prospettica di gruppi di studi, di questi pochi sono trials randomizzati, la maggior parte dei follow-up è ad un anno o meno, dalle revisioni sistematiche.
RCT di 389 donne ha mostrato una superiorità nelle riparazione con mesh del comparto anteriore (60,8%) rispetto alle riparazioni con tessuto nativo (34,5%) a 1 anno (aOR 3.6, 95% CI 2.2, 5.9), tempi chirurgici più lunghi e una maggiore perdita di sangue nel braccio della mesh ($p < 0.001$), nessuna differenza significativa nelle perforazioni della vescica ($p = 0,07$), percentuale di IUS ex-novo del 12,3% nel gruppo operato con mesh vs 6,3% ($p = 0,05$) e re-intervento chirurgico per l'esposizione della mesh nel 3,2% su186 pazienti (Altman et al. N Engl J Med 2011).
Diverse revisioni sistematiche (SGS, WHO/ICI) hanno mostrato: una debole evidenza nel migliorare l'anatomia del comparto anteriore con l'utilizzo delle mesh rispetto al tessuto nativo; dati insufficienti per raccomandare l'uso nei difetti apicale e nel compartimento posteriore.
Altre recensioni inoltre riflettono un aumento dei tassi di re-intervento per complicanze mesh-correlate rispetto al tessuto nativo.
In una Cochrane Review del 2010 sono stati esaminati 3.773 soggetti in 40 trials di procedure diverse per POP ed è stato concluso che gli innesti con mesh migliorano l'anatomia del comparto anteriore rispetto alle riparazioni tissutali native. Una review SOGC comprendente 18 studi (solo 1 RCT), definisce la guarigione <2° Stadio (79-100%) e raccomanda che questo approccio venga considerato innovativo, tuttavia richiede un training specialistico e un attento consulto con la paziente.
Riassumendo: scarsa evidenza di benefici per il compartimento anteriore; nessun risultato valido a lungo termine. Nessun beneficio nel compartimento posteriore.
Inoltre bisogna tenere ben in evidenza le complicanze nell'uso delle mesh: sanguinamento, infezioni lesioni degli organi periferici, accorciamento della vagina dispareunia e recidive. Relativamente al tessuto natio le mesh sintetiche posso dare esposizione, erosione ed estrusioni (Haylen et al. Intl Urogynecol J, 2011).
In genere le complicanze delle mesh nella riparazione del POP si aggirano tra l'1-15%. E' stato riportato un piccolo ma significativo gruppo di sequele per la QoL, inclusi eventi di morte. Una revisione sistematica del SGS riferisce una percentuale di erosioni del 10,3% .Rardin et altri riportano un tasso di erosioni da 0-25%
Il tasso di esposizione per il livello 1 si aggira tra il 5-19%.
Nel valutare l'approccio chirurgico fasciale versus protesico andrebbe effettuato un resoconto finale: tenendo presente la percentuale di successi oggettivi e soggettivi, le complicanze e i reinterventi, valutare l'applicazione delle mesh vaginali dove i benefici superano i rischi. I chirurghi necessitano di una specifica formazione, esperienza e conoscenza delle procedure ricostruttive.
Non presumere che i nuovi prodotti hanno una eguale sicurezza/efficacia senza dati clinici a lungo termine. Verifica continua e revisione dei risultati (criteri IUGA), elaborazione di un registro per la sorveglianza (ACOG/AUGS Committee Opinion 2011).
In conclusioni nell'agire bisogna fondamentalmente tenere presente la formazione e selezione dei chirurghi, la selezione delle pazienti, la scelta del trattamento chirurgico da eseguire, protesico o no, la valutazione dei risultati basati su: funzionalità, anatomia, sintomi, percentuali di complicanze e reinterventi.

Angelo Cannizzaro

ALS
AIUG Live Surgery

Direttore del corso: Carlo Landolfi

ARIANO IRPINO
17 Aprile 2015

17 Aprile 2015

08.30 Registrazione dei partecipanti

09.00 Inizio dei lavori

Saluto delle autorità
Mario Ferrante
Commissario ASL Avellino
Domenico Gambacorta
Sindaco di Ariano Irpino (AV)

Introduzione
Eugenio Saponiero
Moderatore
Antonio Costanza

09.30 L'anatomia del pavimento palvico
Vincenzo Esposito

10.00 La incontinenza urinaria: diagnostica e terapia
Gennaro Trezza

10.30 Uretro cistocele: sintomatologia e diagnostica
Mauro Cervigni

11.15 Uretro cistocele: terapia chirurgica e protocolli di antibiotico ed estrogeno terapia
Alessandro D'Afiero

Segue proiezione filmato su intervento di correzione con sling e mesh
Antonio Costanza
Carlo Landolfi
Francesco Cipriano

12.15 Confronto tra le varie tecniche chirurgiche
Carmine Malzoni

12.45 Discussione

14.00 Riabilitazione del pavimento pelvico
Anna De Marco

14.30 Attività ambulatori riabilitazione P.O. Ariano e Solofra
Luigi Fabrizio
Francesco Cipriano

15.00 Discussione

15.30 Conclusioni

16.00 Test di apprendimento

ALS
AIUG Live Surgery

Direttore del corso:
Antonio Onorato Succu

Responsabile scientifico:
Gian Franco Puggioni

ORISTANO
8-9 Maggio 2015

8 Maggio 2015

WORKING MEETING

15.30 Arrivo e registrazione dei partecipanti

16.00 Saluti e Introduzione del Direttore del corso

16.10 Reperi anatomici e innervazione di rilievo nella chirurgia pelvica ricostruttiva
A.O. Succu

16.30 Fisiopatologia dell'incontinenza urinaria - A. Campiglio

16.50 Vescica iperattiva e infezioni urinarie ricorrenti nel prolasso genitale: fisiopatologia, diagnosi e trattamento
G.F. Puggioni

17.20 Diagnosi e trattamento della stipsi cronica e incontinenza fecale - F. Cadeddu

17.40 Consenso informato in chirurgia ginecologica
M. Maffiolini

18.00 Esiti e complicanze della chirurgia protesica
A.O. Succu, A. Campiglio

18.20 Presentazione dei casi clinici e discussione

19.00 Termine della sessione pomeridiana

9 Maggio 2015

LIVE SURGERY

08.00 - 14.00
Briefing con i discenti

Interventi in sala operatoria: correzione del prolasso genitale e della IUS

Operatori:
A.O. Succu
A. Azzena
A. Campiglio
M. Maffiolini

15.00 Discussione sugli interventi del mattino

16.30 Conclusione del corso e consegna degli attestati

Presentazione corso

Nei giorni 8 e 9 maggio 2015 si è tenuto ad Oristano presso l'Ospedale San Martino, il corso AIUG Live Surgery "*Il Trattamento mini-invasivo del prolasso genitale e dell'incontinenza urinaria femminile*".

Il corso si è posto due obiettivi complementari: illustrare sia teoricamente che con sedute di live surgery, le nuove tecniche per la correzione del prolasso degli organi pelvici e per la correzione dell'incontinenza urinaria da sforzo femminile; favorire lo scambio di opinioni tra chirurghi uroginecologi esperti per mettere in luce gli aspetti tecnici degli interventi proposti, che possono dirsi ormai condivisi e discutere sui punti critici di anatomia chirurgica che meritano invece un approfondimento e una rivisitazione.

L'esposizione delle relazioni è stata condotta con un approccio evidence-based in modo da suggerire al pubblico partecipante costituito da molti giovani neospecialisti e specializzandi, una riflessione metodologica costruttiva: è stato perciò fondamentale accanto alla illustrazione delle tecniche chirurgiche nelle dirette dalla sala operatoria, suggerire un metodo razionale di approccio alla paziente con patologia dl pavimento pelvico.

Il venerdì 8 maggio è stata organizzata una sessione di lavori in aula in cui le diverse relazioni sono state seguite e partecipate da un pubblico di ginecologi proveniente pressoché da tutti gli ospedali sardi. La prima relazione che ha introdotto i partecipanti nel cuore del corso è stata la trattazione sintetica e completa sui Reperi anatomici e Innervazione di rilievo nella Chirurgia pelvica ricostruttiva. Questa prima relazione tenuta dal Direttore del Corso, il Dr. Antonio Onorato Succu, aveva l'obiettivo di evidenziare con l'ausilio di una ricca iconografia, dove si colloca l'atto chirurgico dell'uroginecologo, quali sono i landmarks anatomici che devono essere conosciuti, individuati e rispettati e anche svelare alcuni accorgimenti di tecnica chirurgica dettati dalla lunga esperienza e pratica di sala operatoria.

L'accento è stato posto su una chirurgia del tutto ricostruttiva, rispettosa della funzione degli organi pelvici e desiderosa di una restituito ad integrum senza tuttavia sottacere i casi difficili in cui è possibile la complicanza o la recidiva.
In particolare si è visto come la conservazione dell'utero, se esente da patologia, sia un

punto di forza di questa chirurgia per il ruolo svolto dalla cervice uterina, snodo di fasce e legamenti dei vari livelli precisati da DeLancey, per il mantenimento della statica e dinamica pelvica fisiologica.

E' seguita quindi un'esposizione ragionata sulla Fisiopatologia dell'Incontinenza urinaria tenuta dal Dr. Antonio Campiglio e sulla Vescica iperattiva da parte del Dr. Gian Franco Puggioni. Quindi la dr.ssa Federica Cadeddu ha esposto su Diagnosi e trattamento della stipsi cronica e incontinenza fecale evidenziando con questa relazione come l'approccio alle problematiche del pavimento pelvico dovrebbe sempre essere multidisciplinare, ricordando nell'ottica della teoria integrale come i sintomi rilevati e i difetti fasciali o dei legamenti di un compartimento abbiano frequentemente un'associazione con difetti di altro compartimento, si da poter richiedere una terapia chirurgica complementare.
Infine con la relazione del Dr. Marco Maffiolini sul Consenso informato in Chirurgia ginecologica si è discusso sul documento elaborato dal gruppo di lavoro AIUG
evidenziando la particolare attenzione da porre nel counselling della paziente cui si propone un intervento chirurgico per la correzione del prolasso o dell'incontinenza.

L'elaborazione del consenso e la sua attuazione potrebbe utilmente avvalersi anche di modalità esplicative che utilizzano immagini o filmati, sempre con le caratteristiche di una spiegazione chiara, completa e concisa, prevedendo poi una documentazione da
allegare alla cartella clinica che rispecchi il colloquio intercorso tra operatore e paziente.
Il sabato 9 maggio si è tenuta la live surgery in cui gli operatori esperti coinvolti
(Antonio Succu, Marco Maffiolini e Antonio Azzena) hanno didatticamente eseguito interventi complessi di correzione dell'incontinenza urinaria da sforzo e di prolasso
genitale con approccio monoincision e mediante l'impianto di mesh.
Qui si è assistito ad una discussione stimolante e ricca di spunti di riflessione tra
pubblico in aula didattica e chirurghi pelvici in sala operatoria (gli interventi erano infatti trasmessi in diretta audio/video), che ha chiarito diversi passaggi di tecnica operatoria e ha coinvolto non solo ginecologi senior ma anche i giovani che si stanno ultimamente avvicinando alla disciplina uro ginecologica.

Antonio Onorato Succu

ALS
AIUG Live Surgery

Direttore del corso:
Gianluca Grechi

ANCONA
14 Maggio 2015

14 Maggio 2015

08.30 Registrazione dei partecipanti

09.00 Saluto delle Autorità
P. Galassi
Direttore Generale Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona

09.15 Introduzione e presentazione del corso
G. Grechi

09.30 Saluto del Presidente del corso
M. Cervigni
in collegamento dal Gemelli di Roma

09.45 Inizio Live Surgery:
L'uroginecologo di fronte al prolasso pelvico.
Strategie a confronto

CHIRURGIA VAGINALE RICOSTRUTTIVA FASCIALE
Operatore: R. Vincenzi
Provokers: A. Ciavattini, C. Cicoli, A. Chiari

CHIRURGIA VAGINALE RICOSTRUTTIVA PROTESICA
Operatore: N. Cester
Provokers: G. Micucci, G. Politi, G. Marmorato

CHIRURGIA VAGINALE RICOSTRUTTIVA SUTURELESS
Operatore: G. Grechi
Provokers: P. Lamanna, A. Mantovani, M. Farotti

15.00 **II sessione**
Moderatori: G. Grechi, N. Cester, R. Vincenzi

Il consenso in chirurgia pelvica ricostruttiva
G. Politi

15.20 **Live surgery in collegamento con l'Istituto Gemelli di Roma**
M. Cervigni

16.30 Tavola rotonda:
Management del prolasso genitale nella regione Marche

17.00 Conclusione del corso e consegna degli attestati

Presentazione del corso

Il 14 Maggio 2015 ho avuto il piacere di organizzare ad Ancona il primo corso Marchigiano ALS AIUG LIVE SURGERY inerente gli "aspetti clinici e condotte terapeutiche nel prolasso genitale". Mi ha onorato della sua presenza in qualità di Presidente del corso il Prof. Mauro Cervigni. Al Prof. Cervigni mi lega un profondo legame di stima e amicizia iniziato circa trent'anni fa con mio padre Giuseppe pioniere della chirurgia uroginecologica ed allora Primario della Divisione di Ginecologia ed Ostetricia dell'Ospedale di Jesi. Per me pertanto la presenza al mio corso del Prof. Cervigni ha rappresentato la legittimazione di un ideale passaggio del testimone, nel segno della continuità, del percorso tracciato mirabilmente da mio padre. Ricordo ancora come con grande sensibilità e professionalità Mauro Cervigni metteva in guardia mio padre e me dalla insidie di una chirurgia affascinante ma non scevra da temibili insidie. Ricordo inoltre come alla base delle loro interessanti diatribe sulla strada migliore da perseguire ci fosse in primo piano sempre la salute della paziente. A loro due attenti osservatori dei cambiamenti che stavano spazzando via teorie anatomo-funzionali uroginecologiche del passato e menti critiche aperte al futuro mi sento di dedicare il mio corso anconetano.

La chirurgia transvaginale rimane ancora oggi la via peculiare e distintiva del ginecologo. Tale chirurgia affascinante ed attraente richiede una particolare competenza anatomo-funzionale pluridistrettuale (ginecologico, urologico e colonproctologico). La chirurgia vaginale per la sua minore invasività rispetto alla chirurgia laparotomica può tranquillamente rapportarsi in termini di risultati alla chirurgia laparoscopica. Le indicazioni alla via vaginale sono molte anche se trova la sua massima espressione nel descensus uro-genitale e nelle alterazioni del pavimento pelvico.

La giornata organizzata in Ancona è stata focalizzata sulla terapia chirurgica del prolasso uro-genitale. In particolare sono state proposte differenti tecniche di chirurgia ricostruttiva del descensus uro-genitale. La finalità del corso è stata quella di cercare di individuare per ciacuna paziente il tipo di chirurgia più idoneo.

L'uroginecologo alla stregua di un sarto confeziona il suo intervento in base alle problematiche antomo-funzionali del paziente. Oggi come mai la chirurgia ricostruttiva pelvica deve essere una chirurgia personalizzata.

Si sono pertanto succeduti tre interventi di chirurgia ricostruttiva del descensus con modalità chirurgica e razionale differente.
Nel primo intervento il Dott Renzo Vincenzi (Direttore della SOC di Ginecologia ed Ostetricia dell'Ospedale di Fermo) ha attuato una isterectomia secondo tecnica classica con ricostruzione fasciale, nel secondo il Dott. Nelvio Cester (Direttore della SOC di Ginecologia ed Ostetricia dell'Ospedale di Senigallia) ha effettuato una isterectomia con tecnica classica con ricostruzione protesica del descensus e nel terzo intervento il sottoscritto ha effettuato un intervento combinato di isterectomia sutureless mediante device a radiofrequenza con ricostruzione fasciale del pavimento pelvico. Gli operatori in collegamento con l'auditorio dell'aula "Mataloni" dell'Ospedale Salesi stesso si sono interfacciati in diretta con i colleghi presenti. Ne sono nate riflessioni e puntualizzazioni importanti che hanno ancora una volta confermato come la vera crescita nel campo chirurgico derivi proprio dal confronto. Tale confronto è fondamentale tra i cultori della materia ma risulta altresì un momento didattico rivolto a tutti i giovani colleghi che si approcciano a questa affascinante chirurgia.
Nel pomeriggio in fine il Prof. Cervigni in collegamento dall'Ospedale Gemelli di Roma ha tenuto una lezione magistrale in collegamento in streaming sul trattamento del prolasso genitale mediante chirurgia robotica questo ancora una volta ad evidenziare come la chirurgia del pavimento pelvico sia un campo in continuo divenire dove l'oggi è già ieri e dove il domani è più vicino di quanto si pensi.

Gianluca Grechi

ALS
AIUG Live Surgery

Direttore del corso:
Antonio Azzena

CONEGLIANO
4-5 Giugno 2015

4 Giugno 2015

16.00 Registrazione dei partecipanti

16.15 Saluto delle Autorità
(G.A. Dei Tos, M. Garaventa, E. Emili, M. Cervigni)

16.30 Presentazione del corso
A. Azzena

Moderatori:
M. Cervigni, M. Garaventa, M. Bologna

16.45 Anatomia chirurgica del pavimento pelvico
A. Ercoli

17.15 Eziopatogenesi dei difetti del pavimento pelvico e dell'incontinenza urinaria
F. Bernasconi

17.45 Lo studio Urodinamico nella chirurgia della IUS
E. Ostardo

18.15 Il consenso informato per la chirurgia con sistemi protesici
M. Maffiolini

18.45 Minamilly invasive flexible injectable implant with long-lasting effect used for the treatment of female SUI
P.Venema

19.15 Discussione

5 Giugno 2015

LIVE SURGERY.
CHIRURGIA DEL PROLASSO DEGLI ORGANI PELVICI E DELL'INCONTINENZA URINARIA: TECNICHE A CONFRONTO
Moderatori in Aula: M. Garaventa, F. Bernasconi, M. Bologna

SALA OPERATORIA 3
Moderatori in S.O.:
M. Cervigni, A. Perrone

08.15 Correzione della IUS con tecnica OUT-IN
E. Emili

09.00 Correzione della IUS con Single Incision Sling
A.O. Succu

09.45 Difetto anteriore: chirurgia fasciale
A. Perrone

11.00 Ruolo della S.T.A.R.R. nel trattamento della sindrome da defecazione ostruita
M. Schiano

12.30 Difetto posteriore: correzione per via vaginale con Mesh
M. Cervigni

13.45 Il trattamento della IUS con bulking agent non riassorbibile
P. Venema

SALA OPERATORIA 4
Moderatori in S.O.:
F. Deltetto, M. Maffiolini

08.45 Correzione della IUS con tecnica IN-OUT
A. Azzena

09.30 Chirurgia della IUS con Sling Regolabile
M. Maffiolini

10.00 Trattamento della OAB con Tossina Botulinica
A. Giannantoni

10.45 Correzione del prolasso di volta con colpopessia al LSS
F. Deltetto

12.15 Colposacropessi laparoscopica nel prolasso di volta
V. Bergamini

15.30 Working Meeting
(discussione dei casi chirurgici trattati la mattina)

17.00 Chiusura del corso
A. Azzena

Relazione Scientifica

TERAPIA CHIRURGICA DEL PROLASSO: APPROCCIO COST-EFFECTIVE

Azzena, Direttore Unità Operativa Complessa di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Civile di Conegliano Ulss 7

In letteratura ci sono numerosi studi sugli effetti di terapie conservative o demolitive sul pavimento pelvico e sull'incontinenza urinaria, ma non si riscontrano studi che valutano le singole disfunzioni del pavimento pelvico e non c'è accordo comune sui parametri che debbono essere seguiti per una corretta valutazione funzionale (1). Le tecniche chirurgiche fino ad oggi adottate si sono basate principalmente sulla ricostruzione del pavimento pelvico usando le strutture fasciali preesistenti; questo tipo di approccio è effettuato prevalentemente per via vaginale ed è associato spesso all'isterectomia. lla fine del secolo altri Autori confermavano dopo quasi un secolo di storia la difficoltà nello stabilizzare un risultato efficace sul segmento vaginale anteriore con una possibilità di recidiva riferita variabile dal 20% al 40% (2). Il rischio che una donna nel corso della sua vita sia sottoposta a chirurgia per prolasso genitale è stimato intorno all'11.1%. (3) I punti chiave della chirurgia del prolasso devono essere quindi la riparazione specifica dei difetti fasciali e l'identificazione dei reali fattori di rischio per le recidive. La gestione chirurgica di successo di una paziente con prolasso da difetto del supporto anatomico non può fare a meno di una valutazione preoperatoria e intraoperatoria del difetto specifico, quindi è fondamentale ricercare e identificare il difetto che sostiene il prolasso e riparare il difetto stesso(4-5). Proprio l'utilizzo di queste strutture "native", le fasce, spesso deboli, può esporre la paziente a rischio di recidiva che oscilla tra il 5 ed il 30 % delle pazienti operate. Esistono moltissimi tipi di intervento per il prolasso pelvico, alcuni prevedono l'accesso per via vaginale, altri l'accesso laparotomico, altri ancora l'accesso laparoscopico. La via vaginale è sicuramente la più utilizzata ed è quella meno invasiva e che prevede la migliore ripresa nel postoperatorio. L'evoluzione delle tecniche di riparazione vaginale anteriore ha portato a un miglioramento del tasso di successo: la colporrafia tradizionale anteriore ha un'efficacia antaomica del 42-97%, tra la riparazione specifica dei difetti fasciali la vaginal paravaginal repair presenta un'efficacia anatomica del 71-98%, l'abdominal paravaginal repair ha un'efficacia anatomica del 90-98%. L'introduzione delle protesi nella chirurgia del prolasso genitale deriva dall'alto tasso di recidiva della colporrafia anteriore che è di circa il 40% (3). Le problematiche anatomiche e funzionali legate al colpocele posteriore ed al suo trattamento rimangono di grande attualità in pelvi-perineologia ed evidenziano la necessità di un dialogo interdisciplinare tra ginecologi, urologi e chirurghi colo-rettali sollevando molti interrogativi sulle risposte offerte a quesiti vecchi e nuovi. Vanno prese in considerazione le tecniche più significative: la colpoperineorrafia con duplicatura mediana della fascia, la correzione transvaginale secondo il King's College Hospital, la miorrafia degli elevatori, la correzione mediante riparazione sito-specifica dei difetti fasciali e la ricostruzione del setto retto-vaginale con e senza mesh. Dagli approcci più tradizionali, come la colpoperineoplastica con le relative varianti, a quelli più recenti come la chirurgia fasciale, l'elemento critico nelle modalità di riparazione vaginale del colpocele posteriore è l'esistenza di una struttura fasciale che separa il retto dalla vagina (6-7). Le tecniche di riparazione del prolasso vaginale posteriore comprendono la colporrafia posteriore tradizionale con efficacia antomica del 76-96% e la riparazione

specifica dei difetti fasciali con effiacia antomica del 77-92%. La scelta di trattare il rettocele con la miorrafia dell'elevatore senza l'uso di mesh, deriva dall'evidenza di un'alta incidenza di complicazioni legato all'uso delle protesi. La preservazione dell'utero in corso di chirurgia per prolasso ha previsto ad oggi 3 tecniche chirurgiche tradizionali: la tecnica di Manchester, l'isteropessia sacrospinosa e l'isteropessia sacrale, interventi non esenti da rischi intraoperatori, eccessivo sanguinamento e notevole dolore post-operatorio, oltre che da un'elevata incidenza di recidiva (20-40%). Data la natura invasiva della chirurgia laparotomica e le difficoltà tecniche della sacrocolpopessia laparoscopica, si sono diffuse numerose tecniche chirurgiche vaginali innovative con l'ausilio di kit chirurgici e nuovi materiali protesici, come la sacropessi infracoccigea, che hanno consentito l'impianto agevole e assolutamente sicuro di protesi negli spazi vaginali, consentendo la possibilità di conservare l'utero e di ridurre l'incidenza di recidive. Da ciò, sulla scia della sacropessi infracoccigea, si è diffuso l'utilizzo della chirurgia protesica nella correzione del prolasso genitale, con l'obiettivo di ridistribuire le sollecitazioni meccaniche su una superficie più ampia e resistente, invece che concentrare la pressione di rottura nel punto di minore resistenza della fascia coinvolta (8-9). L'uso di meshes, tuttavia, si associa a importanti complicazioni, la più importante delle quali è l'erosione (10). La mesh in polipropilene rappresenta la prima scelta nella chirurgia protesica del prolasso urogenitale, in quanto si associa ad un tasso più basso di rischio di infezioni ed erosione rispetto ad altre mesh sintetiche (0-5% vs 4-30% delle mesh in polietilene, poliestere, o silicone). Attualmente sono state introdotte nuove tecniche mini-invasive, sempre con approccio vaginale che prevedono l'utilizzo di reti di polipropilene. Tali sistemi, come la Tension Free Vaginal Mesh o TVM, permettono la sospensione dell'utero senza dover necessariamente ricorrere all'intervento di isterectomia. Nasce così la nuova filosofia funzionale conservativa nella riparazione del "descensus genitale". Il prolasso dell'utero è la conseguenza e non la causa del descensus genitale. Negli USA più di 600.000 donne sono sottoposte ogni anno ad isterectomia, diventando questo il secondo intervento per frequenza di chirurgia maggiore nelle donne dopo il taglio cesareo. L'incidenza di prolasso della volta vaginale dopo isterectomia riportata in letteratura è del 43%. Non è provato che l'isterectomia migliora la durata della riparazione chirurgica. L'utero può essere considerato la "chiave di volta" che se rimossa determina il collasso dell'arco vaginale sia anteriormente che posteriormente. I risultati di 11 studi osservazionali suggeriscono un rischio di incontinenza dopo isterectomia di circa il 40% più alto rispetto a donne non sottoposte a chirurgia. Vi è in letteratura un crescente numero di evidenze che supportano il concetto della conservazione uterina nella chirurgia del prolasso uterovaginale Una recente procedura chirurgica proposta nella correzione del prolasso genitale è la chirurgica funzionale conservativa con approccio vaginale con tecnica tension free mediante l'utilizzo di device quali il "Perigee-Apogee device", l'Avaulta, il Prolift, e il Capio (11-14). Per un buon risultato chirurgico in termini di costo ed efficacia è fondamentale quindi un'appropriata scelta della procedura, una giusta scelta dei materiali di sutura, una buona esperienza chirurgica, la riduzione della pressione intraddominale e la qualità del tessuto connettivo. Pur rimanendo l'isterectomia il trattamento abituale dei grossi prolassi dell'utero, la colpo-istero-sospensione tension-free rappresenta una valida alternativa in quanto tecnica chirurgica semplice, mini-invasiva, riproducibile, con una bassa curva di apprendimento, bassi tempi operatori ed economica. La tecnica transotturatoria e la single vaginal incision rappresentano una procedura innovativa ed una risposta ai limiti delle tecniche transvaginali classiche di correzione del

prolasso in termini di maggiore sostegno, riduzione delle recidive e la possibilità di correzione del difetto laterale. L'utilizzo delle meshes nell'approccio chirurgico del prolasso trova la sua migliore indicazione nei prolassi di grado elevato (> 2) e nelle recidive di prolasso che corrette con tecnica fasciale hanno dimostrato l'inadeguatezza del sostegno della struttura nativa.

Bibliografia

1. P. Paparella, M. Marturano, A. Scarpa, R. Paparella, atti della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia - Vol. LXXXIII
2. Vineyard DD, Kuehl TJ, Coates KW, Shull BL. Am J Obstet Gynecol. 2002 Jun;186(6):1155-9.
3. S. Bandiera, G. Raciti, A. Aloisi, et al. Urogynaecologia International Journal 2008; 22; 3: 17-24
4. RK Huffaker, TJ Kuehl, BL Shull Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2008 Sep;19(9):1275-81. Epub 2008 May 8
5. BL Shull, C Bachofen, KW Coates, TJ Kuehl. Am J Obstet Gynecol. 2000 Dec;183(6):1365-73; discussion 1373-4.
6. M. Colombo, L. Cardozo, J. Balmforth, M. Cervigni, M. Karram, R. Milani. La chirurgia del colpocele posteriore: le diverse tecniche. Corso chirurgico internazionale 29-30 giugno 2006
7. M. Soligo, R. Milani International meeting report, Pelviperineologia.it, volume 26 n.1 marzo 2007
8. JB Dubuisson, I Eperon, S Jacob, et al. Gynecol Obstet Fertil. 2011 Mar;39(3):127-131. Epub 2011 Mar 5. French.
9. M Cervigni, F Natale, C La Penna, et al. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2011 Feb 28
10. E Costantini, A Zucchi, M Lazzeri, M Del Zingaro, A Vianello, M Porena. Urol Int. 2011 Mar 30. [Epub ahead of print]
11. CY Long, CS Hsu, MY Jang, CM Liu, PH Chiang. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2011 Feb;22(2):233-9. Epub 2010 Sep 10
12. TS Lo, K Ashok.Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2011 Mar;22(3):299-306. Epub 2010 Nov 4.
13. Moore RD, Miklos JR. Adv Urol. 2009:743831. Epub 2009 Aug 24
14. JS Afonso JS, PA Martins, MJ Girao MJ, et al. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2008 Mar;19(3):375-80. Epub 2007 Sep 11. Erratum in: Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2008 Mar;19(3):381.

Body Lab
Formazione AIUG su Cadavere

Segreteria Scientifica:
Mauro Cervigni

Direttori del Laboratorio:
Gian Luca Bracco e Alessandro D'Afiero

AREZZO

12 Giugno 2015 - 2 Ottobre 2015

12 Giugno 2015
2 Ottobre 2015

PARTE TEORICA

11.00 Presentazione del Corso e lezione su "Anatomia chirurgica della pelvi femminile e implicazioni positive e negative della chirurgia tradizionale e protesica".

Illustrazione e spiegazione dei dispositivi medici utilizzabili per la correzione della IUS e del prolasso utero vaginale
Gian Luca Bracco
Alessandro D'Afiero

12.30 Chiusura dei lavori della mattinata

PARTE PRATICA

13.30 Vestizione e riunione presso l'aula settoria dove saranno a disposizione due cadaveri per gruppo.
Briefing.

14.00 Simulazione su 1° cadavere dei seguenti interventi:
TVT retro pubica, TVT transotturatoria, Minisling, sospensione ai legamenti sacro-spinosi

16.00 Intervallo

16.15 Simulazione sul 2° cadavere degli stessi interventi.
Al termine di ogni intervento si eseguirà la dissezione della sede anatomica e si verificherà il corretto posizionamento del dispositivo.

Consegna e compilazione questionario di valutazione apprendimento e valutazione del gradimento dell'evento formativo.

Consegna attestato di frequenza al BODY LAB AIUG

18.30 Chiusura del corso

Body Lab - Formazione AIUG su Cadavere
Arezzo, 12 Giugno 2015 - 2 Ottobre 2015

Il BODY LAB è un laboratorio di anatomia chirurgica della pelvi femminile dove il ginecologo interessato alla chirurgia antomofunzionale del pavimento pelvico può formarsi o affinarsi nelle principali tecniche chirurgiche toccando con mano e visionando le varie strutture anatomiche direttamente sul cadavere, allo scopo di migliorare, studiare e perfezionare la pratica chirurgica e la conoscenza anatomica.

In pratica il nostro scopo è stato quello di far si che ogni collega partecipante potesse costruirsi una propria mappa anatomica ed eseguire tutte le verifiche anatomiche che ritiene opportune, riuscendo quindi a fine corso a sapere dov'è quel particolare repere anatomico, come arrivarci e con quale dispositivo chirurgico.

Inoltre grazie alla collaborazione delle principali ditte di dispositivi uroginecologici i partecipanti hanno potuto visionare tali dispositivi, conoscerli e avere la giusta esperienza per il loro corretto utilizzo.

Nel sito AIUG sono state inserite le modalità per inviare la domanda di partecipazione e di volta in volta il programma dell'evento.
Si sono svolte due edizioni con 12 partecipanti nella prima di giugno (12) e di 13 partecipanti nella seconda di ottobre (2).

In entrambe le edizioni i partecipanti sono stati guidati nelle loro manovre da tutors esperti nel settore facendogli eseguire sul cadavere le principali tecniche chirurgiche nell'incontinenza urinaria e nella correzione del prolasso mediante il legamento sacrospinoso.

Al termine del posizionamento dei devices l'anatomista ha eseguito un'ampia dissezione per dimostrare il corretto posizionamento del dispositivo ed evidenziando le principali strut-

Body Lab - Formazione AIUG su Cadavere
Arezzo, 12 Giugno 2015 - 2 Ottobre 2015

ture anantomiche vascolari e nervose che decorrono in quella zona.
I partecipanti sono stati divisi in vari gruppi ed affidati ad uno dei tutors che li hanno poi seguiti durante tutto il corso, insieme all'anatomista.

MATERIALI e TECNICHE PRESENTATE ed ESEGUITE DURANTE IL CORSO

Durante le due edizioni sono state eseguiti impianti di sling retropubiche, trans otturatorie out-in e in-out e single incision (minisling), impianti di mesh single incision e mesh a braccia; sono inoltre stati utilizzati device per la fissazione ai legamenti sacrospinosi.

RIAB

Corso teorico pratico di Riabilitazione del Pavimento Pelvico per Ostetriche, Infermieri e Fisioterapisti

Direttore del corso:
Giuseppe Ettore

CATANIA

15 - 16 Giugno 2015

15 Giugno 2015

08.30 Registrazione
Apertura dei lavori

1° Sessione
Moderatore: P.Scollo

09.00 L'anatomia del pavimento pelvico
M. D'Asta

09.15 Il controllo anatomo-funzionale della pelvi e del perineo
P. Di Benedetto

2° Sessione
LE DISFUNZIONI PERINEALI
Moderatori: V. Leanza - M. Vicario

09.30 Dimensioni del problema ed impatto sulla qualità di vita delle donne
G. Ettore

10.00 Patogenesi ed analisi dei fattori di rischio
G. Trezza

10.30 Il prolasso genitale: diagnosi e trattamento
F. Bernasconi

11.00 Le problematiche del comparto posteriore
A.Pulvirenti

11.30 Cos'è la vescica iperattiva?
B. Adile

3° Sessione
EVENTO OSTETRICO E PAVIMENTO PELVICO
Moderatori: A. Cianci - A. Rapisarda

12.00 Il pavimento pelvico in gravidanza e dopo il parto: valutazione ecografica
G. Torrisi

12.30 La prevenzione intra-partum del trauma perineale: il ruolo dell'ostetrica
S. Ferraro

13.00 Il trauma perineale severo: gestione delle lacerazioni vagino- perineali di 3°e 4° grado
G. Ettore

4° Sessione
LA RIABILITAZIONE NEL TRATTAMENTO DELLE DISFUNZIONI PERINEALI
Moderatori: P. Di Benedetto - R.Taverna

LE TECNICHE RIABILITATIVE
14.30 Chinesiterapia e percorso educativo e riabilitativo in gravidanza e puerperio
S. Ferraro

15.00 Biofeedback ed elettrostimolazione
G. Torrisi

15.30 La riabilitazione del comparto anteriore: indicazioni e protocolli EBM
F. Bernasconi

16.00 Le tecniche di riabilitazione integrata per il comparto posteriore
A. Pulvirenti

16.30 TAVOLA ROTONDA
La salute del pavimento pelvico: i programmi di formazione
G.Ettore - A. Marchi - M. Panella
M. Vicario

17 .30 Chiusura dei lavori

16 Giugno 2015

APPLICAZIONE PRATICA DELLE TECNICHE RIABILITATIVE
Moderatori: R. Guarino - M.La Milia - O. Ristagno

09.00 Esame obiettivo uroginecologico e Valutazione clinica del pavimento pelvico
G. Torrisi - A. Pulvirenti

09.30 Chinesiterapia Comparto anteriore
S. Ferraro

10.00 Presentazione di Casi clinici

13.00 Pratiche ECM e chiusura dei lavori

Presentazione del corso

Il 15 e 16 giugno 2015 si è svolta a Catania, presso il Dipartimento Materno- Infantile - A.R.N.A.S Garibaldi-Nesima, la seconda delle tre edizioni previste del Corso Basic AIUG per Ostetriche e Fisioterapisti: "Le Tecniche riabilitative nella prevenzione e terapia delle disfunzioni perineali ante e post partum".
Il programma del corso si è articolato in due giornate: la prima dedicata alla conoscenza delle problematiche disfunzionali e l'altra alla pratica riabilitativa.
Gli argomenti sviluppati hanno interessato:
• l'anatomia del pavimento pelvico con particolare riferimento al controllo anatomo-funzionale dello stesso;
• l'epidemiologia, la patogenesi e l'analisi dei fattori di rischio, la cui conoscenza è di vitale importanza per mettere in atto le misure di prevenzione primaria e secondaria;
• la diagnosi e cura del prolasso genitale con la valutazione dell'approccio terapeutico sia conservativo che chirurgico;
• le problematiche del comparto posteriore, puntando sull'aspetto diagnostico e sulle potenzialità del trattamento riabilitativo;
• la vescica iperattiva con l'impatto altamente invalidante sulla qualità di vita delle donne e le attuali strategie di trattamento;
• il danno perineale ed evento ostetrico;
• le applicazioni delle tecniche riabilitative secondo le attuali evidenze ed i protocolli consigliati dalle Società Scientifiche.

Data il precipuo interesse del corso abbiamo voluto dedicare un'intera sessione al danno perineale da parto con un update sulle possibilità di prevenzione e diagnosi. Le relazioni che si sono succedute hanno evidenziato come le moderne tecniche di imaging, studiando il pavimento pelvico per così dire "dal di dentro", costituiscono oggi elemento insostituibile nella diagnosi del danno perineale, soprattutto nelle lesioni di 3° e 4° grado, i cui esiti sono altamente infausti se non viene pianificato nell'immediatezza dell'evento nascita un pronto e corretto intervento.
Ha concluso i lavori della prima giornata la tavola rotonda "La salute del pavimento pelvico: programmi di formazione" con la messa a punto di proposte condivise di formazione specifica nel percorso del Corso di Laurea in Ostetricia.
Particolare interesse ha suscitato nei partecipanti la sezione live della seconda giornata dedicata alla dimostrazione dell'esame obiettivo uroginecologico, arricchito della valutazione ecografica 3D del pavimento pelvico, e delle tecniche riabilitative su modella.
Riteniamo altamente positivo il bilancio conclusivo di questo Corso e quindi della iniziativa di Formazione AIUG, non solo per l'alto numero degli iscritti, ma soprattutto per l'interesse partecipativo degli stessi al dibattito ed alle proposte emerse in ambito di prevenzione e trattamento, a testimonianza del sempre maggiore interesse e desiderio di conoscenza che le problematiche disfunzionali del pavimento pelvico suscitano negli operatori del settore.

Giuseppe Ettore

Relazione scientifica

EVENTO OSTETRICO E PAVIMENTO PELVICO

G.Torrisi, N.Ferraro, G. Ettore

Le disfunzioni del pavimento pelvico rappresentano un problema socio-assistenziale significativo per l'alta prevalenza, l'impatto negativo sulla qualità della vita e gli elevati costi economici. Esse colpiscono le donne di tutte le fasce di età, con una prevalenza che aumenta progressivamente, interessando il 39% della popolazione femminile tra i 60–79 anni ed il 50% di quella con 80 o più anni (1) e riconoscono una etiologia multifattoriale. In età riproduttiva l'evento ostetrico, inteso come gravidanza e parto, è considerato il fattore maggiormente responsabile del danno alle strutture muscolari, fasciali e nervose del pavimento pelvico (2). Il nesso di causalità tra questo evento e l'insorgenza della patologia disfunzionale è difficile da riconoscere perché i sintomi si possono manifestare anche a distanza di anni, quando sopraggiungono altri fattori, quali l'età avanzata e la menopausa che contribuiscono ad alterare l'equilibrio responsabile del mantenimento della statica pelvica.
Dopo parto vaginale circa il 15% delle donne sviluppa incontinenza urinaria da sforzo (3), l'8% incontinenza alle feci ed il 45% incontinenza ai gas, a seguito di lesioni dello sfintere anale anche se riconosciute e riparate (4). A tre mesi dal parto il 4,7% delle primipare è affetta da prolasso del comparto anteriore stadio 2 (5).
La conoscenza dei cambiamenti che si verificano a carico del pavimento pelvico durante la gravidanza ed il parto è ad oggi insufficiente. Le moderne tecniche di Imaging ci vengono incontro permettendo di ricostruire le modificazioni anatomiche dell'area perineale almeno per quanto riguarda la componente muscolare dell'elevatore dell'ano. Il progressivo ampliamento dello hiatus urogenitale che si verifica con il progredire della gravidanza testimonia di un ruolo indipendente della gravidanza nella patogenesi delle problematiche disfunzionali: nel primo trimestre lo hiatus ha un'area di 12,0 ±1,71 cm², nel secondo trimestre di 13.6 ±2 cm², nel terzo trimestre di 15.3 ± 2.6 cm². Dopo il parto si registra un ulteriore aumento statisticamente significativo delle dimensioni dello hiatus (17.4± 3.3cm²) (ANOVA e Tukey test, $p < 0,05$) ed a 3 mesi da esso nelle donne che hanno partorito per via vaginale lo hiatus permane più ampio (14.8 ±2.4 cm²) rispetto a quelle che hanno partorito con taglio cesareo (13±2.4 cm²), ($p<0.005$, test t di Student) (6).
L'avulsione del muscolo elevatore dall'ano dal suo attachment all'arco tendineo della fascia endopelvica è l'altro elemento di destabilizzazione del pavimento pelvico. La prevalenza di avulsione dopo parto vaginale nelle primigravide è dell'11,47% (6). La forte correlazione tra parto vaginale, alterazioni del pavimento pelvico e sviluppo di disfunzioni perineali, come evidenziato anche dalla letteratura internazionale (7), mette in luce le straordinarie potenzialità applicative dell'ecografia 3D nell'identificare le donne ad alto rischio da indirizzare verso i protocolli riabilitativi. I programmi di prevenzione in epoca prenatale devono essere rivolti in particolare alle primipare e prevedono: una corretta informazione sulle problematiche perineali, l'evidenziazione precoce della comparsa di modificazioni del comportamento minzionale, un deciso incoraggiamento all'esecuzione del massaggio perineale, per migliorare l'elasticità del piano perineale, ed alla pratica degli esercizi di Kegel (8,9).
La prevenzione del danno perineale durante il parto si basa sulla identificazione dei fattori di rischio di trauma perineale severo (nulliparità, macrosomia fetale, prolungamento della fase espulsiva),

sulla riduzione/abolizione delle pratiche ostetriche il cui effetto traumatico sul perineo è scientificamente provato (uso del forcipe ed episiotomia mediana) e sulla implementazione di quelle tecniche di assistenza che esercitano un'azione protettiva.
Lasciare alla donna la scelta delle posizioni più consone durante il travaglio, ritardare la spinta, non utilzzare metodi di spinta coercitivi, utilizzare impacchi caldi perineali, massaggiare il perineo con lubrificante, controllare la velocità di estensione della testa fetale durante il coronamento, immergere in acqua la gestante sono pratiche assistenziali di provata evidenza (10) nel migliorare l'outcome perineale e vengono consigliate per una moderna assistenza al parto.
La prevenzione nel post-partum è oltremodo importante perché rappresenta l'unico valido strumento in grado di contrastare il manifestarsi o comunque l'aggravarsi della sintomatologia disfunzionale perineale. Valutare la paziente a 6 settimane dal parto mediante un'accurata anamnesi volta all'individuazione dei fattori di rischio personali ed ostetrici e dei sintomi urinari od anali, eseguire un attento esame obiettivo uroginecologico, associato ove sia possibile ad un'acquisizione ecografica tridimensionale del pavimento pelvico, rappresentano oggi mezzi semplici ma efficaci al conseguimento degli obiettivi che ci siamo posti. Esiste evidenza scientifica per affermare che: l'utilizzo di programmi intensivi di training perineale nelle primipare asintomatiche può prevenire l'insorgenza di incontinenza urinaria od anale sia in corso di gravidanza avanzata che nei primi 3 mesi del post-partum e che la riabilitazione è il trattamento adeguato per le puerpere sintomatiche (9).
L'impegno nella prevenzione primaria e secondaria deve essere obiettivo comune per tutte le figure professionali coinvolte nella cura dell'area perineale e che hanno la responsabilità di minimizzare e prevenire con professionalità e competenza quando più è possibile il danno del pavimento pelvico conseguente ad un evento naturale qual'è il parto.

Bibliografia

1. J.M.Wu, C.P.Vaughan. Prevalence and trends of symptomatic Pelvic Floor Disorders in US women. ObstetGynecol.2014;123(1)
2. Memon H,Handa V. L. Pelvic floor disorders following vaginal or cesarean delivery. Curr Opin Obstet Gynecol 2012 doi: 10.1097/GCO.0b013e328357628b
3. Hansen BB1, Svare J, Viktrup L, Jørgensen T, Lose G .Urinary incontinence during pregnancy and 1 year after delivery in primiparous women compared with a control group of nulliparous women. NeurourolUrodyn 2012; 31:475–480.
4. Eason E, Labrecque M, Marcoux S, Mondor M . Anal incontinence after childbirth. Canadian Medical Association Journal 2002; 166(3):326–30.
5. Torrisi G, Minini G , Bernasconi F, Perrone A, Trezza G, Guardabasso V, Ettore G . A prospective study of pelvic floor dysfunctions related to delivery. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology . 2012; 160: 110–115
6. G. Torrisi,S. Ferraro,G. Ettore . Modificazioni del pavimento pelvico in gravidanza e dopo il parto : valutazione ecografica 3D.Urogynaecologia International journal 2015 ;29-.2
7. DeLancey JO, Morgan DM, Fenner DE, Kearney R, Guire K, Miller JM, Hussain H, Umek W, Hsu Y, Ashton-Miller JA .Comparison of levatorani muscle defects and function in women with and without pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol 2007; 109:295–302.
8. Beckmann MM, Stock OM (2013) Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma Cochrane Database Syst Rev doi: 10.1002/14651858. CD005123.pub 3
9. Boyle R., Hay-Smith EJ, Cody JD, Mørkved S (2012) Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women.CochraneDatabase Syst Rev
10. Aasheim V, Nilsen AB, Lukasse M, Reinar LM(2011) Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database Syst Rev doi: 10.1002/14651858. CD006672.pub2

XXIV Congresso Nazionale AIUG

Presidente del Congresso:
Gaspare Carta

Presidente Onorario:
Massimo Moscarini

Segreteria scientifica locale:
Angela D'Alfonso
Felice Patacchiola

L'AQUILA

25 - 27 Giugno 2015

Si è svolto a L'Aquila dal 25 al 27 giugno 2015 il XXIV Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del pavimento pelvico, presieduto dal Prof. Gaspare Carta, Direttore della Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università degli Studi della stessa Città.
L'anima universitaria de L'Aquila si è subito manifestata fin dalla prima giornata, attraverso due Corsi precongressuali, uno rivolto a Ginecologi, Urologi, Chirurghi ed Infermieri dal titolo "Approccio Multidisciplinare al Pavimento Pelvico" e l'altro rivolto alle Ostetriche dal titolo "Il pavimento Pelvico: le fondamenta della vita". Entrambi questi appuntamenti hanno visto anche la nutrita ed interessata partecipazione di specializzandi in Ginecologia, Urologia e Chirurgia Generale, nonché di studenti in Infermieristica ed in Ostetricia. Fin dalle "prime note" dunque è emersa con chiarezza una prima finalità del Congresso AIUG nelle intenzioni del Direttivo, e cioè quella di creare e diffondere una "cultura uro-ginecologica" fra le nuove generazioni di figure professionali a vario titolo coinvolte nella cura del perineo.

Il Congresso si è poi snodato secondo la formula già sperimentata con successo lo scorso anno a Bologna. E dunque ha previsto l'attivazione contemporanea di 11 sale operatorie da tutta Italia collegate in streaming con la sede del Congresso, una serie di simposi aziendali, letture magistrali, la sessione di anatomia chirurgica in diretta dal Centro ICLO di Arezzo. Tutto questo alternato alle comunicazioni libere in sessione plenaria per realizzare la seconda importante finalità e cioè dare ampio spazio e rilevanza agli interventi dei Colleghi più giovani, con il risultato di un maggior coinvolgimento dell'uditorio ed una vivace circolarità di esperienze.
Di grande importanza è stata la Tavola Rotonda dal titolo "La Uroginecologia che vorrei". Questo momento ha visto riuniti in uno stesso tavolo tutti i Presidenti delle principali Società Scientifiche ginecologiche (SIGO, AGUI, AOGOI, AIUG) e si è potuto discutere di formazione uroginecologica nei vari percorsi universitari, ma anche di linee guida italiane in uroginecologia e di problematiche medico-legali di interesse comune per tutti coloro che si occupano di uro-ginecologia. Da questo incontro sono scaturite iniziative concrete già avviate nelle settimane immediatamente successive, realizzando così un ulteriore obiettivo che ci si era proposto con questo Congresso Nazionale.
Oltre ai momenti piu strettamente educazionali, scientifici e divulgativi, non sono mancate occasioni di aggregazione che rinforzano quel senso di appartenenza che è molto vivo nella nostra Associazione. La splendida cornice del Centro Congressi "San Donato" ha contribuito al successo dell'evento riuscendo a dare, insieme agli alberghi occupati, la giusta ospitalità agli oltre 700 partecipanti.

È lecito affermare che tutti gli ambiziosi obiettivi che gli organizzatori ed il Consiglio Direttivo si erano prefissati nella fase di organizzazione del Congresso Nazionale sono stati centrati e la città de L'Aquila, pur con le sue ferite, ha saputo conquistarsi un posto nella storia dei Congressi AIUG. Il congresso, infatti, è stato una straordinaria occasione di crescita, di confronto e di coesione per i numerosi partecipanti.

Come di consueto la Cerimonia di chiusura ha previsto il take home message con il passaggio di consegne a Verona 2016 dove continueremo insieme il nostro viaggio di approfondimento culturale nelle varie problematiche uroginecologiche.

Gaspare Carta

Giovedì - 25 Giugno 2015

07.30 Registrazione

TRAINING TIME

09.00 *Aula Master* - ECM
Per medici (ginecologi, urologi, chirurghi) e ADO per studenti di Medicina ed Infermieristica. Partecipazione di specializzandi.

09.00 *Aula Junior* - ECM
Per Ostetriche Infermiere e Fisioterapisti e ADO per studenti in Ostetricia.

CONGRESSO - Aula Master - ECM

12.30 Cerimonia Inaugurale e Saluto delle Autorità
13.30 Welcome Lunch
14.30 Tavola Rotonda:
"La Uroginecologia che vorremmo"
15.30 Podium Presentation
16.30 Sessione video: tecniche chirurgiche
17.15 SIMPOSIO AZIENDALE - MV MEDICAL
17.30 Podium Presentation
18.10 SIMPOSIO AZIENDALE - AG PHARMA
18.30 SIMPOSIO AZIENDALE - DEPOFARMA
18.50 Podium Presentation

Venerdì - 26 Giugno 2015

CONGRESSO - Aula Master - ECM

08.30 Live Multiple in streaming
13.00 Lunch
14.00 Lettura ECM
14.20 Podium Presentation
14.30 SIMPOSIO AZIENDALE - HERNIAMESH
14.50 Podium Presentation
15.30 Lettura ECM
15.40 SIMPOSIO AZIENDALE - MEDTRONIC
16.00 Lettura ECM
16.20 Workshop
Il diverticolo uretrale femminile: patologia rara?
17.00 SIMPOSIO AZIENDALE - TEGEA
17.20 Podium Presentation
18.10 SIMPOSIO AZIENDALE - SANTEC
18.30 Suddivisione in 4 classi a numero chiuso con programma a rotazione ripetuto ogni 30 minuti

Sabato - 27 Giugno 2015

CONGRESSO - Aula Master - ECM

08.30 Podium Presentation
09.10 Podium Presentation
09.40 Lettura ECM
10.00 Tavola rotonda
tecniche chirurgiche di base
12.30 Lunch
13.30 Podium Presentation
14.30 Bodylab streaming
15.30 Take home message e passaggio del testimone al prossimo presidente
16.00 Chiusura Congresso

Pro Rettore

WWPC

World Women Perineal Care

"IL PERINEO:
prevenzione/educazione e cura".
6-10 Luglio 2015
Italia - Mondo

Giornata formativa su disfunzioni pavimento pelvico
ultimo aggiornamento: Martedì 07 Luglio 2015 14:55CAMPUSNET

Incontro gratuito su incontinenza, prolasso e riabilitazione del pavimento pelvico. I medici dell'Unità di Chirurgia a Degenza Breve a disposizione delle partecipanti.

Dopo le giornate di luglio e novembre scorsi, alle quali hanno aderito circa 200 donne, torna al Policlinico Universitario Campus Bio-Medico l'incontro gratuito dedicato alla prevenzione e all'informazione su incontinenza, prolasso e riabilitazione del pavimento pelvico.
Venerdì 10 luglio, dalle 15:30 alle 17:30, in occasione della Giornata Mondiale dedicata alla Salute della Donna (World Women Perineal Care) organizzata dall'Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del Pavimento Pelvico (AIUG), si terrà un incontro rivolto alle pazienti e a tutte le donne che sono interessate a un approfondimento su come prevenire e curare i disordini perineali (incontinenza, prolasso e riabilitazione del pavimento pelvico).

Gli specialisti dell'Unità Operativa di Chirurgia a Degenza Breve terranno un incontro informativo sul pavimento pelvico e sulle sue disfunzioni e patologie. Al termine, i medici resteranno a disposizione per rispondere alle domande delle partecipanti e dare consigli e indicazioni. L'appuntamento è presso l'Aula P15 del Policlinico Universitario.

Le disfunzioni pelvi-perineali, tra cui le principali sono incontinenza urinaria, anale (alle feci o ai gas) e prolasso utero-vaginale, influiscono negativamente sulla qualità di vita delle donne sia nell'ambito psico-fisico che emotivo, affettivo, relazionale e socio-comportamentale.

L'insorgenza di questi problemi sono spesso conseguenza delle trasformazioni fisiologiche che accompagnano la gravidanza, il parto e la menopausa. In particolare, la gravidanza sembra avere un ruolo soprattutto nell'insorgenza dell'incontinenza urinaria, mentre il trauma da parto avrebbe un ruolo rilevante nella comparsa sia di disfunzioni a breve termine, in genere recuperabili entro 12-18 mesi, che a lungo termine. Queste alterazioni si possono però prevenire applicando delle specifiche tecniche di rieducazione

L'ASL INFORMA

Notizie
Comunicati stampa

Corsi e formazione
Procedure

San Martino, giornata mondiale dedicata alla salute della donna

Lunedì 6 luglio medici a disposizione per informare su prevenzione, educazione e cura del perineo.

ORISTANO, 2 LUGLIO 2015 – Anche l'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale "San Martino" di Oristano, diretta dal dottor Antonio Onorato Succu, aderisce alla World Women Perineal Care, la giornata mondiale dedicata alla salute delle donne organizzata dall'AIUG (Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del Pavimento Pelvico).

Lunedì 6 luglio il centro di riferimento per le patologie del pavimento pelvico, attivo all'interno del reparto di Ostetricia e Ginecologia (quarto piano del S. Martino), sarà aperto al pubblico per l'intera mattinata: dalle 8.00 alle 14.00 gli specialisti saranno a disposizione delle donne per fornire informazioni su dolore pelvico, incontinenza urinaria e prolasso genitale. Sarà inoltre possibile ricevere opuscoli e brochure su questi disturbi ed eventualmente prenotare una visita specialistica.

Per informazioni:
Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia – 4° piano ospedale "San Martino" Oristano
tel. 0783. 317205

Materiale informativo
Locandina WWPC [file.pdf]
Pieghevole WWPC [file.pdf]

Video
Intervista al dott. Antonio Onorato Succu, responsabile dell'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale "San Martino di Oristano

BONIFICA AMIANTO E REALIZZAZIONE COPERTURE ISOTERMICHE CIVILI E INDUSTRIALI

Salute femminile: giornata informativa alla Ginecologia del Manzoni

Listino Prezzi

LECCO - Diverse le realtà sanitarie, sul territorio nazionale, che aderiscono nel mese di luglio al Word Woman Perineal Care (WWPC), una Giornata Mondiale dedicata alla salute della popolazione femminile.

L'ospedale Manzoni è una di esse e vi parteciperà aprendo le porte, mercoledì 22 luglio, dalle ore 8.30 alle ore 17.00, dell'Ambulatorio di Ginecologia (lo spazio ambulatoriale è situato al primo piano adiacente al Punto Accoglienza ginecologico).

Per l'occasione i ginecologi del nosocomio di via dell'Eremo saranno a disposizione delle donne interessate fornendo loro tutte le informazioni relative ai disturbi del perineo e del pavimento pelvico. L'iniziativa è promossa e sostenuta dall'AIUG, l'Associazione Italiana di Urogynecologia.

Gli specialisti spiegheranno alle donne che interverranno i fattori che contribuiscono all'insorgenza dei disturbi.

"Vale la pena ricordare che le patologie del perineo colpiscono prevalentemente le donne

Cerca su Lecco Notizie CERCA

CITROËN C3 9.250 €

O.F. Galli LECCO

GLI ARTICOLI PIÙ LETTI

Caldo da record: a Lecco il picco sarà sabato, max fino a 37°

Al via una giornata dedicata alla salute della donna

10 luglio 2015 18:34 Sanità Prato

Il nuovo ospedale Santo Stefano

L'' Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del Pavimento Pelvico (AIUG) , ha ideato e promosso il World Women Perineal Care " WWPC ", una giornata dedicata alla salute della donna.

L'Azienda Sanitaria A.S.L. 4 di Prato ed il Servizio di Uroginecologia dell'U.O. di Ostetricia e Ginecologia comunicano che venerdì 10 luglio

Share Like 0 Tweet 0 +1 0

Altri articoli di Prato Pistoia

13-07-2015 19:23 Pistoia | Scomparsa da casa, ritrovata sotto shock in zona Pian di Giuliano

13-07-2015 19:04

OggiCronaca.it

Quotidiano di informazione online - martedì, 14 luglio 2015

Home Alessandria Tortona Novi-Acqui-Ovada Valenza-Casale Dove Andare Lettere in redazione

Fatti trovare con la pubblicità di Google Con un credito di €75

Tortona

L'ambulatorio dell'ospedale di Tortona aderisce all'iniziativa internazionale sul perineo della donna

C'è anche il Centro di incontinenza Urinaria dell'ospedale SS.Antonio e Margherita di Tortona tra quelli che aderiscono all'edizione 2015 del WWPC – World Women Perineal Care, la seconda giornata mondiale della salute della donna promossa dall'A.I.U.G. – Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del Pavimento Pelvico (www.aiug.eu).

L'ambulatorio di Urologia dell'ospedale tortonese nella mattinata di **giovedì 9 luglio 2015** sarà a disposizione, gratuitamente, di tutte coloro che richiederanno informazioni, in particolare su:

"IL PERINEO: prevenzione/educazione e cura"

(Il Perineo che cos'è? Fasi di mutamento biologico nel corso della vita di una donna. Disordini perineali e alterazione dell'equilibrio psico fisico. Fattori di rischio e Sintomi. Corretto stile di vita. Piano terapeutico e riabilitativo).

Ricerca notizie

Ci pensi

Oggi Cronaca

Clicca su q per informaz

fis CENTRO DI RECUPERO E

termoli online.it

TERRA VECCHIA

Visite gratuite all'ospedale San Timoteo nel reparto di Ginecologia

Pubblicato in Lavoro ed economia | emanuelabraccini@termolionline.it 7 Luglio, 2015 | Stampa o segnala

Mi piace Condividi 221 Tweet 1

TERMOLI. Si rinnova l'impegno del reparto di ostetricia e ginecologia dell'ospedale San Timoteo di Termoli. l'Aiug, Associazione italiana di urologia ginecologica e del pavimento pelvico ha indetto e promosso Wwpc (World Women Perineal Care) una giornata mondiale dedicata alla salute della donna.

Il responsabile Regionale Aiug Bernardino Molinari ha previsto un'apertura gratuita per tutta la giornata odierna nell'ambulatorio dedicato della Uoc di ginecologia e ostetricia del "San Timoteo", in cui gli specialisti saranno a disposizione per favorire informazioni su: "Il perineo:

Nella notizia

Fatti trovare con la pubblicità di Google

Scopri di più

Swiss Stem Cell Bank

La banca svizzera delle cellule staminali

800 122 788

CLIP
Chirurgia Live della Pelvi femminile

Direttori del corso:
Maurizio Bologna, Fabio Gaj,
Filippo La Torre

ROMA
17 Ottobre 2015

17 Ottobre 2015

08.30 Registrazione

08.50 Presentazione del corso
M. Bologna - F. Gaj - F. La Torre

1° SESSIONE
Moderatori: G. Carta

09.00 La Stipsi - L. Candeloro

09.20 La diagnostica e non solo
V. Piloni

09.40 Overview sulla letteratura
M. Cervigni

10.00 Biotecnologie delle reti
S. Dati

10.20 Vescica iperattiva post mesh
P. Paesano

2° SESSIONE
Moderatori: G. Milito - P. Saccucci

11.00 Presentazione dei casi clinici trattati nella prima fase
Correzione protesica per via trans-vaginale
G. De Matteis

Correzione protesica per via trans-vaginale
F. Deltetto

Correzione protesica per via addominale open
F. La Torre

Correzione protesica per via laparoscopica
V. Bergamini

Correzione protesica per via laparoscopica
F. La Grotta

3° SESSIONE
Moderatori: G. Campagna - M. Panei

14.00 Presentazione dei casi clinici trattati nella prima fase

Correzione protesica per via laparoscopica
B. Masci

Correzione protesica per via laparoscopica
S. Bottari

Correzione protesica per via Robotica
M. Cervigni

4° SESSIONE
Moderatori: M. Cervigni - M.A. Zullo

15.30 Discussione interattiva
Discussant: V. Napolitano

17.00 Conclusioni

BASIC
UROGYN

Presidenti del corso
R. Alloni, R. Coppola

Direttori del corso
M.A. Zullo, V. Ripetti

ROMA
29 Ottobre 2015

29 Ottobre 2015

08.30 Registrazione dei partecipanti

08.45 Introduzione al corso
F. Barela
G. Oricchio
S. Morini
R. Coppola
R. Alloni

I SESSIONE
Moderatori: R. Coppola, F. Agrò, G. Flammia

09.15 Utilizzo razionale delle risorse economiche nell'incontinenza urinaria
R. Messina

09.35 Anatomia funzionale del pavimento pelvico
S. Morini

09.55 Evento ostetrico e disfunzioni pelvi-perineali
G. Carta

10.15 L'Endometriosi dell'apparato urinario
G. Muto

10.35 La menopausa e le disfunzioni pelvi-perineali: fisiopatologia e trattamento
F. Maneschi

II SESSIONE
Moderatori: R. Angioli, P. Di Roberto, P. Saccucci

11.15 La diagnostica clinica nella valutazione dei difetti del pavimento pelvico e dell'incontinenza urinaria: quali sono gli strumenti realmente necessari?
C. Oliva

11.35 Urodinamica: quando è necessaria?
A. Iuliano

11.55 L'Imaging in uroginecologia
B. Beomonte Zobel

12.15 Diagnosi e terapia della vescica iperattiva e del dolore pelvico cronico
M.A. Zullo

12.35 Le disfunzioni del compartimento posteriore: dai modelli fisiopatologici al trattamento
V. Ripetti

12.55 Nuove frontiere sul benessere dell'ecosistema vaginale
M.A. Zullo

III SESSIONE
Moderatori: M. Bologna, G.B. Serra, V. Scotto di Palumbo

14.00 Il ruolo della terapia rieducativa del pavimento pelvico: quando consigliarla?
C. Gioci

14.20 Trattamento chirurgico dell'incontinenza urinaria da sforzo: dal primo intervento alla recidiva
M.A. Zullo

14.40 La IUS da insufficienza sfinterica: dalla diagnosi al trattamento
V. Ambrogi

15.00 Trattamento chirurgico del compartimento vaginale anteriore: dalla chirurgia fasciale a quella protesica
V. Napolitano

15.20 Trattamento chirurgico del compartimento superiore: trattamento protesico o demolitivo dell'utero?
G. De Matteis

15.40 Trattamento chirurgico del prolasso di cupola vaginale: approccio vaginale o addominale?
M. Cervigni

16.00 Trattamento chirurgico del compartimento vaginale posteriore: quale approccio considerare?
S. Dati

16.20 Le infezioni urinarie acute e ricorrenti nella donna: strategie
F. Patacchiola

16.40 Integrazione nutraceutica nel trattamento delle infezioni urinarie
M. Manfredini

17.00 Conclusioni

Presentazione del corso

Il corso Basic Urogyn tenutosi all'Università Campus Bio-Medico di Roma il 29 Ottobre 2015 ha trattato le conoscenze di base urginecologiche. Si è rivolto soprattutto a neo-adepti dell'uroginecologia, rappresentati da Medici di Medicina generale, Specializzandi in ginecologia e ostetricia, urologia e chirurgia generale e personale, Personale Sanitario non Medico e Neospecialisti.
La partecipazione è stata importante e preziosa. Sono stati invitati i maggiori Esperti e Cultori della materia locali, fornendo conoscenze di base sulle disfunzioni del pavimento pelvico e rispettando le regole della Medicina Basata sull'Evidenza.

Il corso si è svolto nell'ambito di una giornata suddividendo gli argomenti in 3 sessioni.
La prima sessione ha affrontato la parte economica dell'incontinenza, l'anatomia funzionale del pavimento pelvico ed alcuni argomenti specifici interessanti l'ambito uroginecologico.
La seconda sessione ha affrontato soprattutto la parte diagnostica dell'incontinenza urinaria e fecale e del prolasso uro-genitale, toccando anche le terapie riguardanti la vescica iperattiva.
La terza sessione ha riguardato soprattutto le tecniche chirurgiche più utilizzate nell'incontinenza e nel prolasso uro-genitale seguendo le regola della Medicina Basata sull'Evidenza ed evidenziando le nuove problematiche correlate all'uso di materiale protesico.
Un ringraziamento va a tutti i partecipanti del Corso sperando che sia servito per iniziare un nuovo percorso uroginecologico proficuo e ricco di soddisfazioni.

Marzio Angelo Zullo

Relazione scientifica

LA NEUROMODULAZIONE SACRALE: UNA OTTIMA SOLUZIONE PER L'INCONTINENZA URINARIA

L'incontinenza urinaria rappresenta una realtà nascosta in quanto considerata ancora un tabù e vi è una scarsa conoscenza delle possibilità di trattamento esistenti sia da parte dei pazienti che dei medici. Oltre 4 milioni di persone (7.1% della popolazione) soffre di incontinenza urinaria in Italia di cui oltre 3 milioni di sesso femminile. La prevalenza varia proporzionalmente con l'aumentare dell'età: infatti interessa circa il 30-50% della popolazione con età > 65 anni.
Fra le diverse tipologie di incontinenza urinaria, quella da sforzo (perdita che avviene durante gli sforzi, es. colpo di tosse, starnuto, sollevamento di pesi, etc) è indicata come la più diffusa, tuttavia, la forma di incontinenza urinaria che rivela le conseguenze più problematiche sia dal punto di vista psicologico che gestionale è quella da urgenza (caratterizzata dalla impossibilità a trattenere le urine a causa di contrazioni involontarie della muscolatura vescicale).
Le terapie variano in funzione del tipo e della gravità dell'incontinenza e possono essere riabilitative, farmacologiche o chirurgiche, ma, secondo uno studio americano, solo il 24% delle pazienti affette da incontinenza consulta un medico, solo il 14% effettua accertamenti e solo il 7% accede ad una terapia.

Attualmente, nell'immaginario collettivo gli assorbenti sembrano l'unica soluzione per l'incontinenza mentre vi sono diverse possibilità di trattamento, sia farmacologiche che con dispositivi medico-chirurgici, a seconda della tipologia dell'incontinenza. La quantità di assorbenti erogata dal Sistema Sanitario Nazionale è di 120 pezzi/mese a paziente, con un costo annuo pro capite di 2.030 € ed un costo globale annuo di oltre 3 miliardi di Euro.
Spesso esistono forme più sfumate di urgenza minzionale, in cui la paziente non ha perdite urinarie, ma deve frequentemente recarsi presso servizi igienici ed eseguire la minzione, spesso associata ad urgenza. In questo caso non si parla di incontinenza urinaria da urgenza, ma di sindrome della vescica iperattiva, che può rappresentare l'inizio della forma più grave.
Il trattamento dell'incontinenza da urgenza o della sindrome della vescica iperattiva è rappresentato in prima ipotesi da terapia riabilitativa o terapia farmacologica, ma quest'ultima spesso non è eseguita dalla paziente per scarsa efficacia, per presenza di effetti collaterali o per eccessivo costo mensile di questi farmaci, tutti a carico della paziente. Un recente studio farmacologico ha mostrato che la continuazione terapeutica oltre i 12 mesi di trattamento per incontinenza urinaria da urgenza o sindrome da vescica iperattiva era compresa tra il 14 ed il 35% con minime differenze tra i diversi farmaci.
Il trattamento di seconda linea più accreditato in questo tipo di patologia è sicuramente la neuromodulazione sacrale. La Neuromodulazione sacrale è stata sviluppata all'inizio degli anni '80 ed è stata approvata in Europa nel 1994. Più di 160.000 pazienti hanno ricevuto questo trattamento nel mondo. Attualmente la neuromodulazione sacrale è raccomandata per il trattamento della sindrome da vescica iperattiva resistente a farmaci, comprendendo anche l'incontinenza urinaria da urgenza. Questa terapia contribuisce al ripristino della normale attività nervosa, consentendo di urinare regolarmente nei luoghi e nei tempi appropriati. Per mezzo di un piccolo dispositivo medico impiantato sotto pelle, si inviano lievi impulsi elettrici a quei nervi, posizionati appena al di sopra del sacro (nervi sacrali) e che regolano la corretta funzionalità vescicale.
La terapia prevede 2 fasi: la fase di valutazione e la fase di impianto. Le pazienti che riscontrano un sollievo dei sintomi durante la fase di valutazione possono essere candidate ad un impianto permanente. La fase di valutazione si svolge con l'inserimento nella zona sacrale (regione glutea) in prossimità dei nervi sacrali (ma solo in prossimità e non a contatto con i nervi, con rischio di danno nervoso pari a zero!) di un sottile filo metallico (diametro appena maggiore di un capello!), chiamato elettrodo. Questo elettrodo viene poi collegato ad uno stimolatore elettrico esterno (piccola scatola di plastica), che trasmette lievi impulsi elettrici ai nervi. Questa procedura richiede di norma meno di un'ora e viene eseguita in anestesia locale. La stimolazione induce sensazioni che variano da persona a persona, ma che nella maggior parte sono descritte come un leggero senso di trazione, di formicolio o di pulsazione nella zona pelvica. Tali sensazioni non sono mai dolorose e con il passare del tempo si riducono fino a non essere più percepibili. La fase di valutazione può durare diverse settimane (generalmente non superiore ai 2 mesi). La paziente può continuare comunque a condurre la sua vita quotidiana.

Nel momento in cui la fase di valutazione sarà terminata con risultati giudicati dal medico curante e dalla paziente soddisfacenti, si passerà alla seconda fase, quella dell'impianto del neuromodulatore ("pacemaker vescicale"). L'elettrodo sarà collegato al piccolo neurostimolatore (poco più grande di una moneta da 2 euro), sarà impiantato sotto la pella nell'area superiore dei glutei, in una posizione che sia la più confortevole possibile ed esteticamente accettabile. Questa procedura minimamente invasiva può richiedere meno di un'ora ed è eseguita in anestesia locale. Il medico con un tecnico programmerà i parametri di stimolazione in modo da riprodurre gli effetti ottenuti durante la fase di valutazione. Il neurostimolatore impiantato funzionerà a ciclo continuo (24 ore/giorno) per diversi anni, rimanendo invisibile sotto la pelle, nel punto in cui è stata effettuata l'incisione. La percezione del neurostimolatore tenderà gradualmente a diminuire fino a scomparire del tutto. I controlli successivi saranno utili per valutare l'efficacia del trattamento ed eventualmente per variare i parametri di stimolazione in caso di riduzione dell'efficacia.
Dopo diversi anni, la batteria del neurostimolatore si esaurisce e la stimolazione elettrica diviene meno efficace. In tal caso si potrà decidere di sostituire solo il neurostimolatore eseguendo un intervento simile a quello già effettuato durante la fase di impianto.

I benefici del trattamento persistono dai 3 ai 5 anni dopo l'impianto. Il 67% delle pazienti impiantate beneficiano per più del 50% di riduzione degli episodi di incontinenza urinaria. Tra il 67% delle pazienti impiantate il 39% ha ottenuto la continenza completa ed è stato calcolato che tra l'80 ed il 90% delle pazienti si sottoporrebbero nuovamente all'intervento.
Gli effetti collaterali riguardanti la neuromodulazione sacrale sono stati estesamente discussi. Un recente studio riporta le complicanze più comunemente riscontrate: il dolore nel sito di impianto, lo spostamento dell'elettrocatetere per problemi traumatici sopravvenuti successivamente all'intervento e problemi legati alla ferita chirurgica. Comunque la maggioranza di questi eventi avversi non richiede intervento chirurgico ma solo trattamento conservativo.
L'utilizzo della neuromodulazione sacrale può essere raccomandata anche nella popolazione anziana, visto che i risultati clinici sono sovrapponibili a quelli della popolazione più giovane. Inoltre, il fatto che questo intervento è eseguibile sempre in anestesia locale, permette l'utilizzo anche in popolazioni cosiddette ad "alto rischio chirurgico"

In conclusione si può affermare che le attuali evidenze scientifiche supportano l'efficacia della neuromodulazione sacrale a breve e a lungo termine nel trattamento della sindrome da vescica iperattiva intrattabile, comprendendo anche l'incontinenza urinaria da urgenza. Inoltre tale affermazione risulta valida anche per la bassa incidenza di eventi avversi che nella maggioranza dei casi non richiedono neanche un reintervento.

CLIP
Chirurgia in Video clips della Pelvi femminile

Direttore del Corso
Celestino Claudio Bertellini

FORLI
30 Ottobre 2015

30 Ottobre 2015

08.30 Saluto delle autorità e presentazione del corso

1° SESSIONE: Trattamento chirurgico dell'incontinenza urinaria da sforzo e dell'insufficienza uretrale
Moderatori: E. Emili, M. Balducci

09.00 Relazione introduttiva: fisiopatologia della IUS e tecniche chirurgiche correttive
C.C. Bertellini

Presentazioni video:

09.20 TVT
M. Fiori

09.30 TOT con tecnica OUT-IN
E. Emili

09.40 TOT in-out
C.C. Bertellini

09.50 TOT con benderella regolabile
D. Viviani

10.00 Minisling: 5 diverse tipologie
M. Maffiolini

10.20 Relazione: agenti voluminizzanti uretrali
F. Bernasconi

10.40 Discussione

2° SESSIONE: Chirurgia demolitiva e ricostruttiva fasciale del prolasso tricompartimentale
Moderatori: M. Salieri, P. Busacchi

11.15 Relazione introduttiva: classificazione dei prolassi uro-genitali
S. Mastrangeli

11.30 Relazione: trattamento con tecniche chirurgiche ricostruttive fasciali dei difetti del pavimento pelvico
G. Baudino

Presentazioni video:

11.45 Cistopessi
N. D'Urso

11.55 Colpoperineoplastica
G. Baudino

12.05 Colpoisterectomia con colposospensione all'ileo-coccigeo
D. De Paoli

12.15 Colpoisterectomia con Ligasure: ricostruzione fasciale anteriore e posteriore
G. Grechi

12.25 Colpoisterectomia con tecnica di Clavè
C. Alboni

12.35 Sospensione alta della volta vaginale ai legamenti utero-sacrali
G. Micucci

12.45 Trattamento del colpocele anteriore associato a difetto centrale mediante approccio vaginale fasciale associato a fissazione al sacro-spinoso
G. Zanni

12.55 Importanza del punto di Mc Call nella chirurgia fasciale ricostruttiva
F. Bernasconi

13.10 Discussione

3° SESSIONE: Chirurgia protesica per il prolasso tricompartimentale
Moderatori: M. Maffiolini, N. Giulini

14.30 Relazione introduttiva: Razionale dell'uso delle mesh in chirurgia pelvica
M. Giana

Presentazioni video:
14.50 Elevate anteriore e Capio nel prolasso della cupola e cistocele di III grado
Dr. G.L. Bracco

15.00 Applicazione di protesi anteriore e posteriore nel colpocele anteriore e posteriore
F. Deltetto

15.15 Trattamento del cistocele con rete biologica
S. Voce

15.25 Colpoisterectomia e protesi posteriore
P. Farnell

Relazione Scientifica

INCONTINENZA URINARIA E PROLASSO PELVICO TRICOMPARTIMENTALE: TECNICHE CHIRURGICHE A CONFRONTO

Il 30 Ottobre 2015 si è tenuto presso l'aula convegni dell'Ospedale Morgagni di Forlì il corso AIUG "Incontinenza urinaria e prolasso pelvico tricompartimentale: tecniche chirurgiche a confronto".

Il Corso aveva i seguenti obiettivi:
1. Aumentare in Romagna l'interesse e la "cultura uroginecologica" con particolare riferimento alle possibilità terapeutiche chirurgiche.
2. Affrontare in una unica giornata gli approcci chirurgici più importanti nell'incontinenza urinaria da sforzo e nel prolasso tricompartimentale mettendoli a confronto.
3. Coinvolgere nelle presentazioni il maggior numero di Operatori rendendo così il più ampio possibile il panorama delle esperienze chirurgiche e cliniche presentate.
4. Allargare l'accesso anche ad altri operatori sanitari inevitabilmente coinvolti come infermieri di sala operatoria, infermieri di reparti di ginecologia e urologia, ostetriche e fisioterapisti.
Per raggiungere il primo obiettivo sono stati coinvolti nelle presentazioni e moderazioni molti urologi e ginecologi che in Romagna e in Emilia si occupano attivamente di chirurgia uroginecologica cercando di dare un taglio pratico all'evento.

Il secondo obiettivo presupponeva l'impossibilità di eseguire una chirurgia live in un'unica giornata che avrebbe permesso la presentazione di pochi casi. Pertanto ecco la necessità di eseguire, oltre che a relazioni introduttive e conclusive di ogni sessione, la proiezione di molte videoclips con il commento degli Operatori.

Si è cercato di mettere a confronto Chirurghi provenienti dalle aree vicine ma anche da molte Regioni limitrofe e non (6 Regioni) dando spazio a nomi noti e di comprovata esperienza ma anche a operatori non noti che in Italia rappresentano la maggioranza e che magari hanno notevoli capacità e casistica. Alla fine il corso è stato condotto da 24 tra Moderatori, Relatori e Operatori/Relatori.

Il terzo obiettivo è stato raggiunto quindi con una vasta gamma di filmati presentatati.
L'ultimo scopo era quello di coinvolgere nell'evento tutte le figure professionali che affrontano i

problemi uroginecologici per aumentare le conoscenze sul razionale e i passaggi delle varie tecniche chirurgiche nell'incontinenza e nel prolasso. Tale intento è stato molto apprezzato con una ottima risposta rendendo ancora più evidente come l'approccio delle patologie uroginecologiche è, oltre che multidisciplinare, anche multiprofessionale. E' stato inoltre chiaro che la cultura di tale problematiche debba avere una diffusione il più ampia possibile.

L'incontro è stato suddiviso in tre sessioni:
1. Trattamento chirurgico dell'incontinenza urinaria da sforzo e dell'insufficienza uretrale.
2. Chirurgia demolitiva e ricostruttiva fasciale del prolasso tricompartimentale.
3. Chirurgia protesica per il prolasso tricompartimentale.

Nella prima sessione, dopo la relazione introduttiva del Direttore del Corso, Dott. Celestino Claudio Bertellini, dal titolo "Fisiopatologia IUS e tecniche chirurgiche della correttive", i vari Operatori hanno presentato le videoclips di interventi fatti da loro con commento in diretta delle principali tecniche correttive. In tale escursus si è evidenziato come si sia passati da tecniche più complesse e difficili, con risultati spesso non entusiasmanti, a tecniche sempre meno invasive e con risultati positivi del 90-98%, a secondo delle casistiche. Ha concluso la sessione l'interessante relazione del Dott. Bernasconi dal titolo "Agenti voluminizzanti uretrali" esponendo un capitolo su un tipo di trattamento non molto diffuso ma con un preciso razionale nella insufficienza uretrale (incontinenza urinaria da sforzo di tipo III). E' seguita una interessante discussione che ha coinvolto il pubblico e gli operatori facendo capire come il confronto sull'argomento sia ancora aperto.

La seconda sessione è stata introdotta dalle relazioni del Dott. Mastrangeli sulla "Classificazione dei prolassi urogenitali" e del Dott. Baudino sul "Trattamento con tecniche chirurgiche ricostruttive fasciali dei difetti del pavimento pelvico". Sono seguite le presentazioni commentate di interessanti clips di interventi demolitivi con ricostruzione fasciali dai più semplici (ma non per questo meno importanti) ai più complessi e meno noti. Dalla maggioranza delle relazioni è emersa l'importanza della ricostruzione fasciale nel trattamento dei deiscensus e nella prevenzione delle recidive del prolasso che in alcune casistiche raggiungono il 30% e oltre. Ribadita anche l'importanza del punto di Mc Call confermata dalla relazione del Dott. Bernasconi, conclusiva della sessione.

L'ultima sessione ha inevitabilmente affrontato l'uso delle protesi nell'approccio del prolasso tricompartimentale. Ha introdotto la sessione la relazione del Dott. Giana,

"Razionale dell'uso delle mesh in chirurgia pelvica". A seguire le presentazioni-video commentate su interventi classici di correzione protesica anteriore e posteriore e di interventi più complessi (Dott. Zanni e Dott. Bracco). Si è evidenziando anche come esistono vari tipi di tecniche e di materiali proposti dalle varie ditte produttrici ma sempre nell'ottica di semplificare l'operatività, migliorare i materiali impiegati e rendere gli interventi meno invasivi e più sicuri. L'impiego di tali presidi deve sempre tener presente delle reali indicazioni vista la possibilità di problemi legati al loro uso come risulta dalla relazione conclusiva della sessione del Dott.Busacchi dal titolo "Le complicanze della chirurgia protesica".

L'evento ha assolto agli obiettivi preposti, ha avuto sicuramente un taglio pratico, ha destato l'interesse di tutte le figure professionali coinvolte e ha messo a confronto, in una unica giornata, un notevole numero di Operatori e Relatori noti e meno noti permettendo di evidenziare e chiarire molti aspetti della chirurgia uroginecologica.

Celestino Claudio Bertellini

BASIC UROGYN

Presidenti del corso:
Valentino Bergamini
Massimo Franchi

Direttore del corso:
Gaia Bellini

VERONA

6 Novembre 2015

6 Novembre 2015

08.20 Registrazione dei partecipanti

08.30 Saluti dei Presidenti
V. Bergamini
M. Franchi

08.45 Introduzione al corso
G. Bellini

I SESSIONE: ANATOMIA, FISIOPATOLOGIA, INQUADRAMENTO CLINICO-ANAMNESTICO

09.00 Anatomia funzionale e del pavimento pelvico
G. Bellini

09.30 Fisiopatologia dell'incontinenza urinaria e del prolasso urogenitale
M. Maffiolini

10.00 L'anamnesi uroginecologica e la diagnosi clinica nei difetti del pavimento pelvico e nell'incontinenza urinaria
G. Bellini

II SESSIONE: DIAGNOSI STRUMENTALE E TRATTAMENTO

10.45 Urodinamica: quando è necessaria?
C. Divan

11.15 Diagnosi e terapia della vescica iperattiva
G. Bellini

11.45 La IUS da insufficienza sfinterica: dalla diagnosi al trattamento
C. Divan

12.15 Le disfunzioni defecatorie: dai modelli fisiopatologici alla gestione terapeutica
G. G. Delaini

III SESSIONE: TRATTAMENTI

13.05 Il ruolo della terapia rieducativa del pavimento pelvico: quando consigliarla?
C. Divan

13.35 Trattamento Chirurgico dell'incontinenza urinaria da sforzo: dal primo intervento alla recidiva
V. Bergamini

14.05 Trattamento Chirurgico del Compartimento Vaginale Anteriore: dalla chirurgia fasciale a quella protesica
G. Bellini

14.35 Trattamento Chirurgico del compartimento superiore: terapia conservativa o demolitiva dell'utero?
M. Maffiolini

15.05 Trattamento Chirurgico del prolasso di cupola vaginale: approccio vaginale o addominale?
V. Bergamini

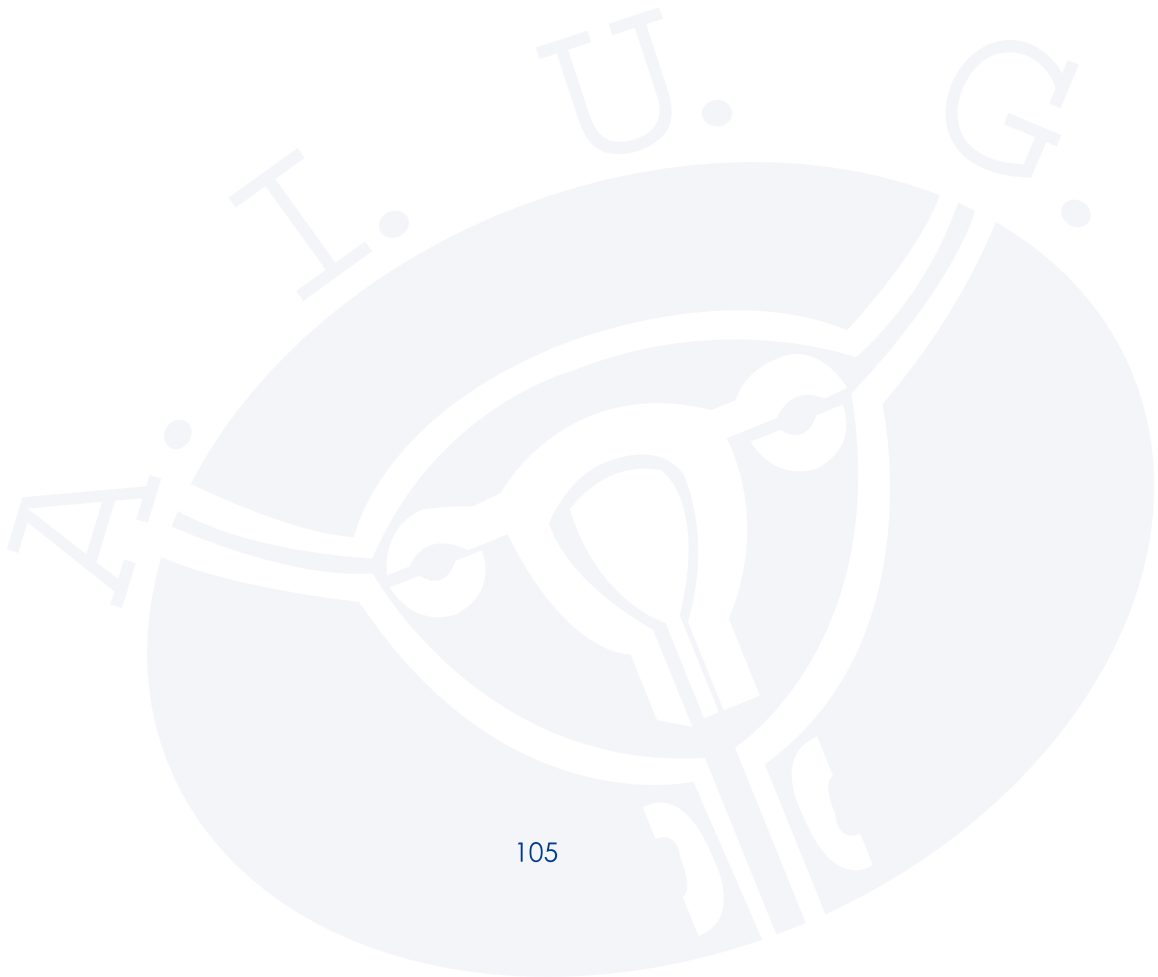
15.25 Trattamento Chirurgico del compartimento vaginale posteriore: quale approccio considerare?
M. Maffiolini

15.45 La neuromodulazione sacrale la terapia per le disfunzioni del pavimento pelvico
L.Ricci

16.05 Le infezioni urinarie nella donna: eziopatogenesi, trattamento e prevenzione con integrazione nutraceutica
M. Manfredini

16.25 Domande dal pubblico

16.45 Chiusura dei lavori



BASIC RIAB
Le Tecniche riabilitative nella prevenzione e terapia delle disfunzioni perineali ante e post partum

Direttore del corso:
Emilio Emili

IMOLA
14 Novembre 2015

14 Novembre 2015

08.00 Registrazione partecipanti
Saluto delle autorità

1° Sessione
Moderatore: G. Bazzocchi

09.00 Anatomia e fisiologia del pavimento pelvico: comparto centrale e anteriore
C. Guaraldi

09.25 Anatomia e fisiologia del pavimento pelvico: comparto posteriore
E. Emili

09.50 Epidemiologia e cost of illness delle disfunzioni perineali
M. Garaventa

2° Sessione
Moderatore: S. Zucchini

10.30 Patogenesi, fattori di rischio e prevenzioni del trauma del parto
D. Costantino

11.00 La neuropatia del pudendo
V. Napolitano

11.30 Inquadramento clinico e diagnostico delle disfunzioni pelvi perineali femminili (incontinenza, prolasso, dolore pelvico, etc)
F. Costa

12.00 Le disfunzioni perienali: dalla prevenzione alla riabilitazione
F. Liberati

12.30 Sessione interattiva con l'aula

14.00 - APPLICAZIONI PRATICHE SULLE TECNICHE RIABILITATIVE

1° parte
La Riabilitazione del Pavimento Pelvico
A. Cavalieri

L'approccio multidisciplinare nelle disfunzioni pelviperineali: interdisciplinarietà e ruolo del Terapista.
La visione unitaria del pavimento pelvico.
1. La gestione del paziente in ambulatorio:
dalla raccolta anamnestica alla valutazione funzionale del pavimento pelvico. Modalità di raccolta dati.
2. Progettazione del Percorso Riabiliativo.
Tecniche e strumenti di lavoro: la fisiochinesiterapia,
il biofeedback, la stimolazione elettrica funzionale
3. La terapia domiciliare quale sostegno all'intervento domiciliare.
4. Esercitazioni pratiche su modella.

2° parte
Respirazione - F. Liberati

La lezione è cosi suddivisa:
- Lavoro esperenziale sull'anatomia e la biomeccanica della respirazione toracica.

- Lavoro esperenziale sull'anatomia e biomeccanica della respirazione diaframmatica.

- Percezione esperenziale della struttura anatomica del bacino e dei suoi movimenti.

- Percezione su come i vari tipi di respirazione incidono sulla struttura ossea.

- Percezione di come i vari tipi di respirazione incidono sul perineo.

- Respirazioni funzionali per il perineo.

17.30 Chiusura del corso

Presentazione del corso

Il 14 novembre 2015 si è tenuto a Imola un Corso Teorico Pratico di Riabilitazione del Pavimento Pelvico per Ostetriche, Infermieri e Fisioterapisti dal titolo "Tecniche Riabilitative nella prevenzione e terapia delle disfunzioni perineali ante e post partum".

Il corso ha riscontrato un'importante partecipazione e motivazione di 58 partecipanti, confronto al numero chiuso iniziale di 30; evince quindi una grande necessità di divulgare questa materia ai più poco conosciuta e organizzata.

Il Programma Scientifico ha previsto una parte teorica ed una pratica con l'obiettivo di fornire un percorso formativo completo che spaziasse dalla anatomia del pavimento pelvico alla patogenesi fino alle disfunzioni perineali.

Vincente la "diretta" condotta dalla Dott.ssa Liberati e dalla Dott.ssa Cavalieri che ha prodotto vivaci interrelazioni tra i partecipanti al fine di visitare i Centri dove queste metodiche vengono effettuate correntemente.
Ciò ha garantito ai discenti un completamento del messaggio educazionale che a giudicare dalla soddisfazione dei numerosi partecipanti ha colto nel segno.

Un Caro ringraziamento va a tutti colleghi che con il loro contributo hanno garantito il successo della giornata.

Emilio Emili

WWBDD

World Women Bladder Disorders Day

Infezioni, incontinenza,
dolore e prolasso.
23 - 27 Novembre 2015
Italia - Mondo

COMUNICATI STAMPA

ASLOristano

SISTEMA SANITARIO DELLA SARDEGNA

Chi siamo | Servizi al cittadino | Argomenti | Asl informa | Albo pretorio | Servizi sanitari | Distretti

Notizie | Comunicati stampa | Corsi e formazione | Procedure | Comitato consultivo zonale

asloristano › asl informa › comunicati stampa › giornata della salute della donna: porte aperte al...

L'ASL INFORMA

- Notizie
- Comunicati stampa
- Corsi e formazione
- Procedure
- Comitato consultivo zonale

Giornata della salute della donna: porte aperte al 'San Martino'

Domani gli specialisti del reparto di Ginecologia e Ostetricia saranno a disposizione delle utenti per fornire consulenze gratuite sui disturbi pelvi-perineali.

ORISTANO, 25 NOVEMBRE 2015 – L'Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del pavimento pelvico (Aiug) ha ideato e promosso per domani, giovedì 26 novembre, la Wwbdd (World Women Bladder Disorders Day), una giornata mondiale dedicata alla salute della donna.

Per l'occasione l'Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia dell'ospedale "San Martino" di Oristano diretta dal dottor Antonio Onorato Succu, Centro di riferimento per le patologie del pavimento pelvico, nella mattinata di domani aprirà le sue porte per fornire informazioni su infezioni, incontinenza, dolore e prolasso genitale. Gli specialisti saranno a disposizione delle donne dalle ore 8.00 alle 14.00. Per ulteriori informazioni è possibile chiamare il numero 0783.317205.

Oggi più di due milioni di donne soffrono di incontinenza urinaria, una delle disfunzioni pelvi-perineali più diffuse, che insieme a cistite, endometriosi, infezioni urinarie e prolasso genitale, limita fortemente la qualità della vita, incidendo in alcuni casi anche sulla fertilità. Da qui la scelta del parte del reparto di Ostetricia e Ginecologia di Oristano di aderire all'iniziativa dell'Aiug, dedicando a questi disturbi, spesso sottovalutati, una giornata informativa ed aprire le porte alle donne che desiderano informazioni sulle disfunzioni pelvi-perineali.

Per informazioni:
Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia – 4° piano ospedale "San Martino" Oristano
tel.0783.317205

SardegnaSalute

SISTEMA SANITARIO DELLA SARDEGNA

Assistenza | Approfondimenti | Bandi e concorsi | Come fare per | Area operatori | Notizie

Primi piani | Corsi e convegni | Archivio notizie | Video

sardegnasalute › notizie › archivio notizie › giornata mondiale per la salute della donna

NOTIZIE

Primi piani
Corsi e convegni
› Archivio notizie

Video

Giornata mondiale per la salute della donna

NUORO, 23 NOVEMBRE 2015 - A.I.U.G., Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del pavimento pelvico, ha ideato e promosso WWBDD, World Women Bladder Disorders Day: una giornata mondiale dedicata alla salute della donna.

Anche l'ASL di Nuoro parteciperà all'iniziativa con l'Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale San Francesco, diretta dal Dott. Angelo Multinu, che resterà aperta gratuitamente al pubblico giovedì 26 novembre.
Durante la mattinata, dalle ore 9.00 alle ore 13.00, gli specialisti del reparto saranno a disposizione, previa prenotazione, per le visite e per offrire informazioni su infezioni, incontinenza, dolore e prolasso.

Per informazioni e prenotazioni rivolgersi all'U.O. Ginecologia e Ostetrica del P.O. San Francesco di Nuoro, via Salvatore Manironi 1, telefono 0784 240240.

sardegnasalute@regione.sardegna.it

© 2015 Regione Autonoma della Sardegna

credits | mappa | note legali | contattaci

ASLNuoro

SISTEMA SANITARIO DELLA SARDEGNA

Chi siamo | Asl informa | Albo pretorio | Argomenti | Servizi al cittadino | Distretti | Servizi sanitari

Notizie | Comunicati | Formazione | Biblioteca

aslnuoro › asl informa › notizie › 26 novembre: salute della donna

L'ASL INFORMA

› Notizie

Comunicati
Formazione
Biblioteca

26 novembre: salute della donna

A.I.U.G., Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del pavimento pelvico, ha ideato e promosso WWBDD, World Women Bladder Disorders Day: una giornata mondiale dedicata alla salute della donna.

Anche l'ASL di Nuoro parteciperà all'iniziativa con l'Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale San Francesco, diretta dal Dott. Angelo Multinu, che resterà aperta gratuitamente al pubblico giovedì 26 novembre.

Durante la mattinata, dalle ore 9.00 alle ore 13.00, gli specialisti del reparto saranno a disposizione, previa prenotazione, per le visite e per offrire informazioni su infezioni, incontinenza, dolore e prolasso.

Per informazioni e prenotazioni rivolgersi all'U.O. Ginecologia e Ostetrica del P.O. San Francesco di Nuoro, via Salvatore Manironi 1, telefono 0784 240240.

Portale della Salute
curarelacistite
Informazioni pratiche di cura e prevenzione
VIVERE MEGLIO
SAPERE FARE VIVERE MEGLIO PARTECIPARE DOVE ANDARE? GLOSSARIO INFOGRAFICHE
World Women Bladder Disorders Day
23/27 nov 2015
• INFEZIONI • INCONTINENZA • DOLORE • PROLASSO
WWBDD
WWBDD: una giornata dedicate alla salute della donna

il Portale della Salute
Più informati, più in salute, ogni giorno
World Women Bladder Disorders Day
23/27 nov 2015
• INFEZIONI • INCONTINENZA • DOLORE • PROLASSO
WWBDD
Una giornata per la salute della donna

il Fatto Nisseno.it

SALUTE

Giornata mondiale dedicata alla salute della donna: lo studio del ginecologo nisseno Giuseppe Giannone aperto gratuitamente il 27 novembre

CALTANISSETTA – L'associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del Pavimento Pelvico (AIUG), in occasione della giornata mondiale dedicata alla salute della donna WWSDD, che si terrà tra il 21 al 27 novembre 2015, organizza eventi qualificati che, aderendo all'iniziativa, restano aperti gratuitamente al pubblico per fornire informazioni su incontinenza, dolore e prolasso. Nel territorio di Caltanissetta in data 27 novembre 2015 dalle ore 15.30 alle ore 19.00 saranno a disposizione gratuitamente per informazioni su incontinenza, dolore pelvico e prolasso il Dott. Giuseppe Giannone Ginecologo presso lo studio in piazza Giovanni XXIII n.24 a Caltanissetta.

Tutte le donne che avranno ricevuto appuntamenti potranno chiedere una consulenza gratuita potranno prenotare telefonando al numero 0934599000.

L'iniziativa assume un particolare significato perché le patologie in oggetto hanno avuto negli ultimi anni un incremento importante colpiti l'incontinenza urinaria nella popolazione femminile è presente con percentuali pari al 20-30% nella fascia giovanile, al 30-40% nella fascia di mezza età e al 30-50% nella categoria degli anziani.

Le pazienti, infatti, tendono a non riferire il disturbo fino a quando i sintomi non diventano invalidanti. Il fatto di non affrontare la questione rapidamente che la paziente possa trarre giovamento dai nuovi farmaci e dai presidi disponibili.

La grande maggioranza dei casi è infatti curabile, sia con procedure chirurgiche sia con terapie farmacologiche. L'incontinenza urinaria non va considerata un disturbo minore, ma piuttosto un grave e serioso problema di salute pubblica, che può influire negativamente sulla sulla persona, sulla situazione generale di benessere e sulla produttività lavorativa.

L'incontinenza urinaria può portare la donna a ridurre notevolmente le proprie attività sociali e mentali igieniche. Molti pazienti con incontinenza urinaria non si rivolgono al [illegible] ed impedisce loro di poter trarre beneficio dai diversi nuovi farmaci e presidi meccanici disponibili per il trattamento del disturbo. Circa per le definizioni esatte, una sorta "vergognazione del silenzio" sembra circondare il problema delle incontinenza urinaria femminile. Le donne hanno spesso timore e vergogna di discutere apertamente del problema (il medico stesso tende, a volte, ad evitare di affrontarla per non imbarazzare le pazienti).

L'inizio dell'incontinenza urinaria è stata da sempre associata al parto, essendo frequente [illegible] postpartum un'incontinenza transitoria (24-36%) e più raramente definitiva (3-10%) della letteratura scientifica concordano che almeno il 5-10% delle donne che hanno incontinenza urinaria nel corso della gravidanza continueranno in seguito a lamentare un'incontinenza effettiva.

Un altra patologia dell'apparato urinario è La Cistite Ricorrente è una patologia che provoca reali pericoli alla vita, ma è estremamente invalidante per chi ne soffre.

Si tratta di un'infiammazione della mucosa vescicale che, più frequentemente, viene da un'infezione nelle vie urinarie.

Le cistiti ricorrenti è caratterizzata da 2 principali aspetti:

• Presenza costante del microrganismo isolato all'inizio del trattamento • Almeno 2 [illegible] nell'arco di 6 mesi, oppure 3 o più episodi durante l'anno, nel corso del quale l'episodi si risolve, sia a seguito da un'altra infezione.La Cistite Ricorrente COLPISCE CIRCA DELLE GIOVANI DONNE attive sessualmente e il 25% DELLE DONNE IN RELIG Il problema interessa sale invece al 30% nelle donne di età compresa tra i 50 e i 65 anni.

Dolore pelvico, causato da diverse patologie, è largamente diffuso e se trascurato, può condizionare pesantemente la qualità della vita, può essere causa di sterilità.

Inoltre negli ultimi anni sono comparse soluzioni terapeutiche non tradizionali farmacologici, protesici o trattamenti fisioterapici che permettono alle donne di conquist qualità di vita sempre migliore permettendo un inserimento ottimale nel mondo lav lavorativo.

26 novembre: salute della donna

Categorias: salute

Direzione Generale

Ufficio Stampa

COMUNICATO STAMPA

25 NOVEMBRE 2015

GIORNATA MONDIALE PER LA SALUTE DELLA DONNA

A.I.U.G., Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del pavimento pelvico, ha ideato e promosso WWSDD, World Women Bladder Disorders Day: una giornata mondiale dedicata alla salute della donna.

Anche l'ASL di Nuoro parteciperà all'iniziativa con l'Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale San Francesco, diretta dal Dott. Angelo Multinu, che resterà aperta gratuitamente al pubblico giovedì 26 novembre.

Durante la giornata gli specialisti del reparto saranno a disposizione, previa prenotazione, per le visite e per offrire informazioni su infezioni, incontinenza, dolore e prolasso.

Per informazioni e prenotazioni rivolgersi all'U.O. Ginecologia e Ostetrica del P.O. San Francesco di Nuoro, via Salvatore Manniron 1, telefono 0784 240240.

www.aslnuoro.it direzionegenerale@aslnuoro.it
Direzione Generale
Via Demurtas 1 08100 Nuoro
T. 0784 240626 F. 0784 232095
Ufficio Stampa Dott. Gianluca Corsi Tel. 0784 240755
Cell. 3458980223
e.mail: ufficio.stampa@aslnuoro.it

Giornata Mondiale Salute della Donna 25.11.2015

25 November
Malaguti Lamarche Centro Medico
Via Boccaccio, 29 - 20123 - Milan -
Malaguti Lamarche Centro Medico

Il nostro Centro Medico Malaguti Lamarche, di Via Boccaccio 29 a Milano parteciperà alla giornata mondiale per la Salute della Donna WWBDD , organizzata da AIUG (Associazione Italiana di Urologia, Ginecologia e del Pavimento Pelvico). Il nostro centro sarà aperto gratuitamente MERCOLEDI' 25 NOVEMBRE 2015 DALLE ORE 17.00 ALLE ORE 19.00 dove tutti gli specialisti saranno a disposizione dei partecipanti per fornire informazioni su INFEZIONI, INCONTINENZA, DOLORE, PROLASSO. Parlare di queste dinamiche pelviche non è un tabù .. discutiamone insieme! Impariamo a riconoscere il problema e ad apprendere la prevenzione nel campo! Si prega di confermare la presenza all'evento al numero 02-43955102.

SaRdegna Reporter.it

ATTUALITA' SPORT RUBRICHE POLITICA LE PROVINCE EDITORIALI IL MIS...FATTO QUOTIDIANO EDILIZIA Cerca

Home / LE PROVINCE / Nuoro. Il San Francesco aderisce alla Giornata Mondiale per la salute della donna

Nuoro. Il San Francesco aderisce alla Giornata Mondiale per la salute della donna

Di La Redazione pubblicato il 23 novembre 2015

ASLNuoro

L'**Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del pavimento pelvico** (A.I.U.G.) ha ideato e promosso il **WWBDD**, World Women Bladder Disorders Day: **una giornata mondiale dedicata alla salute della donna**.

Anche l'**ASL di Nuoro** parteciperà all'iniziativa con l'**Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale San Francesco**, diretta dal **Dott. Angelo Multinu**, che resterà aperta gratuitamente al pubblico **giovedì 26 novembre**.

Durante la giornata gli specialisti del reparto saranno a disposizione, previa prenotazione, per le visite e per offrire informazioni su infezioni, incontinenza, dolore e prolasso.

Per informazioni e prenotazioni rivolgersi all'U.O. Ginecologia e Ostetricia del P.O. San Francesco di Nuoro, via Salvatore Mannironi 1.

INCONTRO ITALO-CINESE

Direttore del corso
Stefano Dati

ROMA

2 Dicembre 2015

2 Dicembre 2015

Il 2 dicembre 2015, presso il Policlinico Casilino di Roma, si è svolta una giornata di "live surgery" presieduta da Stefano Dati con la sua équipe (F. Di Luzio - M. Di Stefano – S. Cappello) di chirurgia ricostruttiva vaginale, alla presenza di una attenta delegazione di urologinecologi cinesi.
La "live surgery", proposta dall'Azienda Herniamesh alla nostra Associazione, ha suscitato notevole partecipazione degli ospiti che, con le numerose domande e curiosità, hanno concorso a rendere l'incontro di indubbio interesse scientifico. E' stato gratificante e stimolante cogliere nell'ospite cinese un vivo interesse per le opzioni chirurgiche proposte.

La chirurgia del pavimento pelvico è un campo in continuo divenire, dove innumerevoli tecniche si sono avvicendate rapidamente in questi anni, di pari passo alle nuove conoscenze anatomo-funzionali pelviperineali.
Una giornata di "live surgery" risponde, pertanto, alla necessità di un momento di forte riflessione che permetta un dialogo costruttivo tra cultori della materia. E' necessario confrontarsi, apprendere, mettersi in discussione e crescere nell'esperienza, anche durante l'insegnamento rivolto, in questo caso, a colleghi appartenenti ad una potenza in continua ascesa economico-sociale qual'è la Cina.

BASIC RIAB
Le Tecniche riabilitative nella prevenzione e terapia delle disfunzioni perineali ante e post partum

Direttore del corso:
Gennaro Trezza

NAPOLI
10 Dicembre 2015

10 Dicembre 2015

10.00 Iscrizioni

10.15 Saluti e Presentazione del corso
Moderatori: G. Paribello, G.Piacente, G.Pisapia Cioffi, G.Tommaselli

10.30 Epidemiologia delle disfunzioni perineali e impatto sulla qualità di vita
C. Tammaro

10.50 Evento ostetrico e disfunzioni perineali: i fattori di rischio
G. Trezza

11.10 Prolasso genitale totale e disfunzioni perineali
F. Bernasconi

11.30 Trauma perineale di 3° e 4° grado ed esiti a distanza
M. Torella

Moderatori: V.Napolitano, D. De Vita, V.Napolitano, T. Saccardo, M.Vigliotti

11.50 Valutazione clinica del perineo danneggiato
C. Rappa

12.10 Valutazione ecografica del pavimento pelvico in gravidanza e dopo il parto
G. Torrisi

12.30 Prevenzione intrapartum del danno perineale.
Il ruolo dell'ostetrica
S. Ferraro

12.50 Discussione

Moderatori: A. De Marco, M. Del Giudice, C.Tancredi

14.30 FisioKinesiTerapia e percorso educativo e riabilitativo in gravidanza e puerperio
S. Ferraro

15.00 Biofeedback ed elettrostimolazione
G.Torrisi

15.30 **TAVOLA ROTONDA**
Salute del Pavimento Pelvico. Confronto tra programmi di formazione e realtà ostetrica regionale
N. Colacurci, A. D'Alessio, C. Muccione, G. Pannella, A. Tolino, M. Vicario, R. Zapparella

16.30 Applicazione pratica riabilitativa su modelle e sessione video

18.30 Chiusura corso

ALS
AIUG Live Surgery

Direttore del corso:
Luciano Galletto
Mauro Garaventa
Andrea Puppo

MONDOVI'
15 Dicembre 2015

15 Dicembre 2015

08.30 Registrazione dei partecipanti

08.45 Saluto delle autorità e presentazione della giornata.
L. Galletto
A. Puppo
M. Garaventa

09.00 Anatomia chirurgica del pavimento pelvico.
G. Baudino

09.30 Presentazione casi clinici
A. Peroglio

10.00 LIVE SURGERY:
CHIRURGICA FASCIALE,
CHIRURGIA PROTESICA,
LAPAROSCOPIA

Operatori:
L. Galletto, M. Garaventa,
A. Bianciotto, A. Puppo

Moderatori in sala:
M. Colombo, G. Vaudano,
G. Baudino

PARTE TEORICA:
ATTUALITÀ IN UROGINECOLOGIA
Moderatori: L. Galletto, G. Menato,
A. Barbano, Mondovì

14.40 Evidence Based Medicine nella diagnostica del prolasso genitale e dell'incontinenza
E. Mistrangelo

15.00 Isterectomia vaginale nell'utero voluminoso
M. Camanni

15.20 La chirurgia fasciale
P. Cristoforoni

15.40 La chirurgia laparoscopica
A. Scoletta

16.00 Utilizzo ragionato dei materiali protesici
A. Bianciotto

16.20 Quale chirurgia della IUS?
M. Garaventa

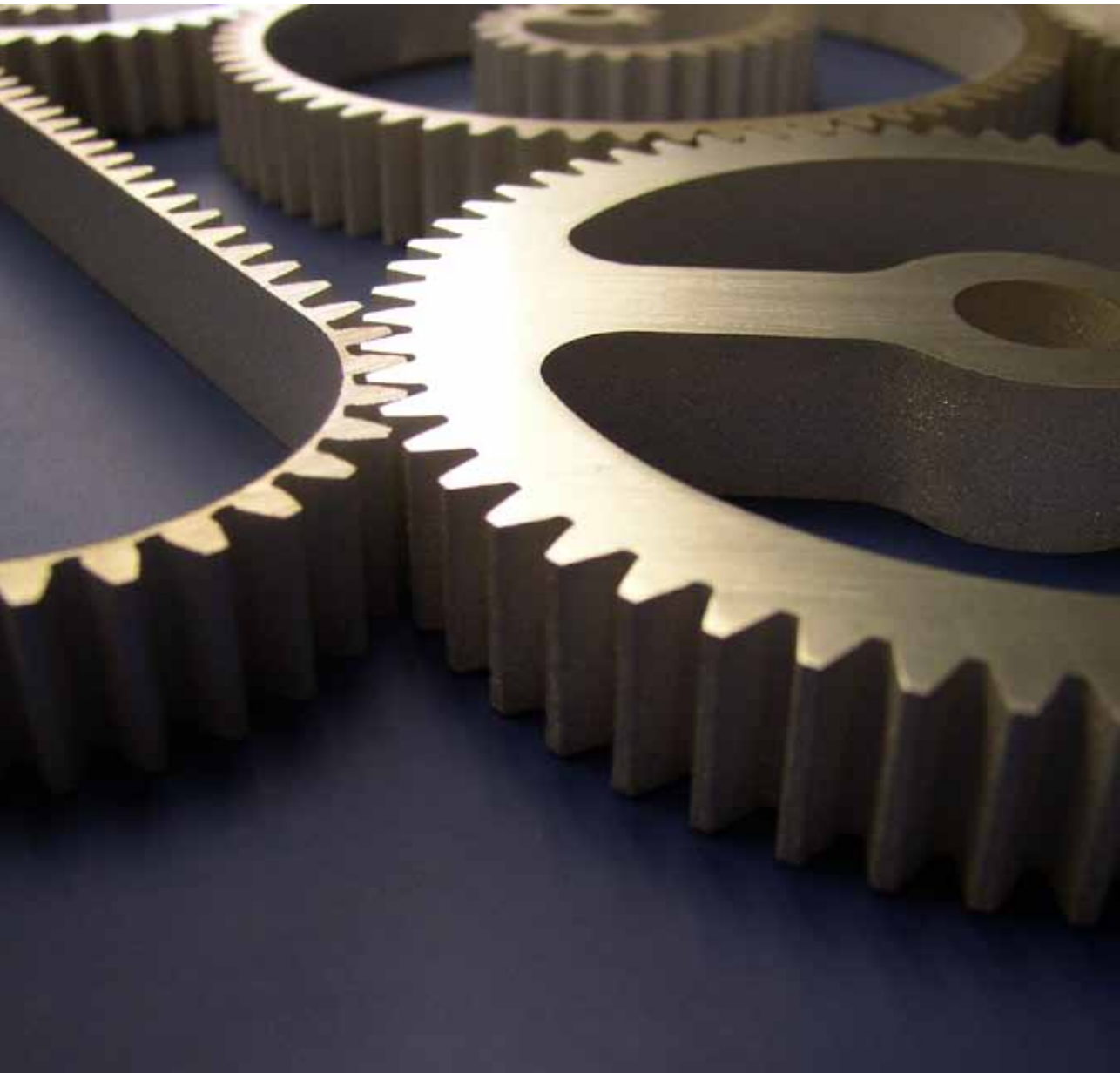
16.40 Patologia del comparto posteriore: dall'anatomia alla funzione
P. Barisone

17.00 Overview sulla terapia farmacologica
T. Filocamo

17.20 Saluti finali e chiusura dei lavori

CONVENTION

per gli Associati AIUG

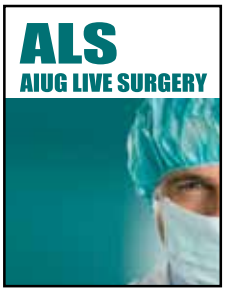


ROMA
19 DICEMBRE 2015

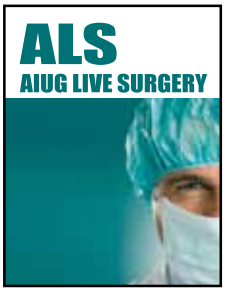
OBIETTIVI DELLA CONVENTION

- *Divulgare il calendario delle attività future dell'AIUG*

- *Dare la possibilità alle Aziende di presentare le loro esigenze e definire strategie comuni*

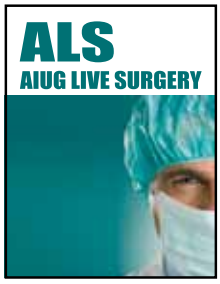


ALS
Aiug Live Surgery
Roma
29/01/2016

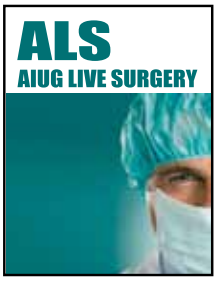


ALS
Aiug Live Surgery
Pisa
18/02/2016

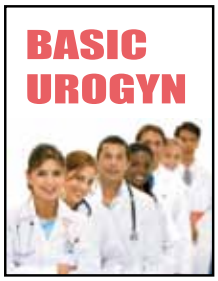
Master
di 2° livello
Pisa
18/02/2016



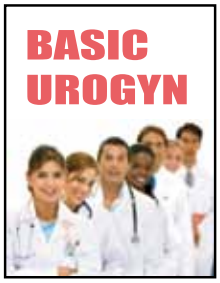
ALS
Aiug Live Surgery
Andria
26/02/2016



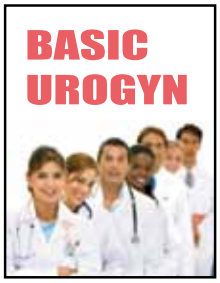
ALS
Aiug Live Surgery
Sassari
03-04/03/2016



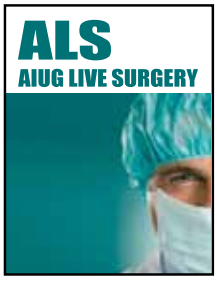
Basic Urogyn
Conegliano
11/03/2016



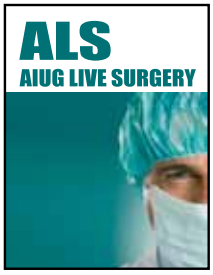
Basic Urogyn
Palermo
18/03/2016



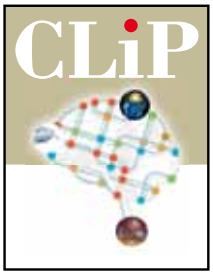
Basic Urogyn
Giulianova
18/03/2016



ALS
Aiug Live Surgery
Giulianova
19/03/2016



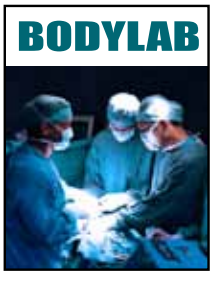
ALS
Aiug Live Surgery
Crotone
07-08/04/2016



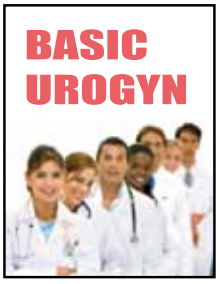
CLIP
Peschiera del Garda
08/04/2016

CLIP
Vicenza
06/05/2016

CLIP
Roma
20/05/2016



BODYLAB
Arezzo
21/05/2016

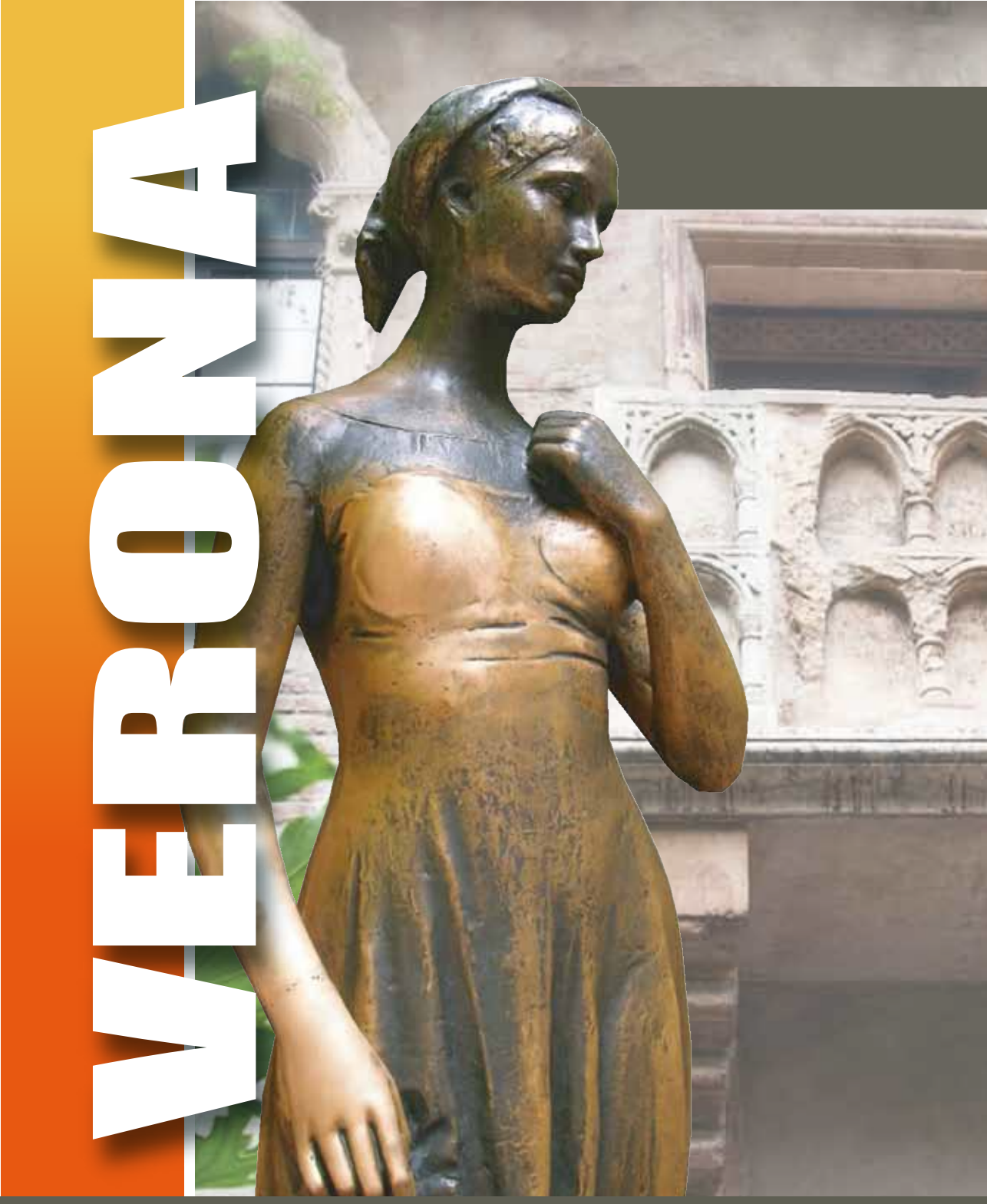


Basic Urogyn
Trento
21/05/2016

Basic Riab
Avezzano
26/05/2016

XXV Congresso
Nazionale AIUG
Verona
09-11/06/2016

VERONA



XXV Congresso Nazionale

Presidente:
Valentino Bergamini

A. I. U. G.

9-11 Giugno 2016

SAVE THE DATE

www.aiug.eu

2016

gennaio

28	29	30	31	**01**	02	**03**
04	05	**06**	07	08	09	**10**
11	12	13	14	15	16	**17**
18	19	20	21	22	23	**24**
25	26	27	28	29	30	**31**
01	02	03	04	05	06	**07**

febbraio

01	02	03	04	05	06	**07**
08	09	10	11	12	13	**14**
15	16	17	18	19	20	**21**
22	23	24	25	26	27	**28**
29	01	02	03	04	05	**06**
07	08	09	10	11	12	**13**

marzo

29	01	02	03	04	05	**06**
07	08	09	10	11	12	**13**
14	15	16	17	18	19	**20**
21	22	23	24	25	26	**27**
28	29	30	31	01	02	**03**
04	05	06	07	08	09	**10**

aprile

28	29	30	31	01	02	**03**
04	05	06	07	08	09	**10**
11	12	13	14	15	16	**17**
18	19	20	21	22	23	**24**
25	26	27	28	29	30	**01**
02	03	04	05	06	07	**08**

maggio

25	26	27	28	29	30	**01**
02	03	04	05	06	07	**08**
09	10	11	12	13	14	**15**
16	17	18	19	20	21	**22**
23	24	25	26	27	28	**29**
30	31	01	**02**	03	04	**05**

giugno

30	31	01	**02**	03	04	**05**
06	07	08	09	10	11	**12**
13	14	15	16	17	18	**19**
20	21	22	23	24	25	**26**
27	28	29	30	01	02	**03**
04	05	06	07	08	09	**10**

luglio

27	28	29	30	01	02	**03**
04	05	06	07	08	09	**10**
11	12	13	14	15	16	**17**
18	19	20	21	22	23	**24**
25	26	27	28	29	30	**31**
01	02	03	04	05	06	**07**

agosto

01	02	03	04	05	06	**07**
08	09	10	11	12	13	**14**
15	16	17	18	19	20	**21**
22	23	24	25	26	27	**28**
29	30	31	01	02	03	**04**
05	06	07	08	09	10	**11**

settembre

29	30	31	01	02	03	**04**
05	06	07	08	09	10	**11**
12	13	14	15	16	17	**18**
19	20	21	22	23	24	**25**
26	27	28	29	30	01	**02**
03	04	05	06	07	08	**09**

ottobre

26	27	28	29	30	01	**02**
03	04	05	06	07	08	**09**
10	11	12	13	14	15	**16**
17	18	19	20	21	22	**23**
24	25	26	27	28	29	**30**
31	**01**	02	03	04	05	**06**

novembre

31	**01**	02	03	04	05	**06**
07	08	09	10	11	12	**13**
14	15	16	17	18	19	**20**
21	22	23	24	25	26	**27**
28	29	30	01	02	03	**04**
05	06	07	**08**	09	10	**11**

dicembre

28	29	30	01	02	03	**04**
05	06	07	**08**	09	10	**11**
12	13	14	15	16	17	**18**
19	20	21	22	23	24	**25**
26	27	28	29	30	31	**01**
02	03	04	05	**06**	07	**08**

2017

gennaio

26	27	28	29	30	31	**01**
02	03	04	05	**06**	07	**08**
09	10	11	12	13	14	**15**
16	17	18	19	20	21	**22**
23	24	25	26	27	28	**29**
30	31	01	02	03	04	**05**

febbraio

30	31	01	02	03	04	**05**
06	07	08	09	10	11	**12**
13	14	15	16	17	18	**19**
20	21	22	23	24	25	**26**
27	28	01	02	03	04	**05**
06	07	08	09	10	11	**12**

marzo

27	28	01	02	03	04	**05**
06	07	08	09	10	11	**12**
13	14	15	16	17	18	**19**
20	21	22	23	24	25	**26**
27	28	29	30	31	01	**02**
03	04	05	06	07	08	**09**

aprile

27	28	29	30	31	01	**02**
03	04	05	06	07	08	**09**
10	11	12	13	14	15	**16**
17	18	19	20	21	22	**23**
24	**25**	26	27	28	29	**30**
01	02	03	04	05	06	**07**

maggio

24	25	26	27	28	29	**30**
01	02	03	04	05	06	**07**
08	09	10	11	12	13	**14**
15	16	17	18	19	20	**21**
22	23	24	25	26	27	**28**
29	30	31	01	**02**	03	**04**

giugno

29	30	31	01	**02**	03	**04**
05	06	07	08	09	10	**11**
12	13	14	15	16	17	**18**
19	20	21	22	23	24	**25**
26	27	28	29	30	01	**02**
03	04	05	06	07	08	**09**

luglio

26	27	28	29	30	01	**02**
03	04	05	06	07	08	**09**
10	11	12	13	14	15	**16**
17	18	19	20	21	22	**23**
24	25	26	27	28	29	**30**
31	01	02	03	04	05	**06**

agosto

31	01	02	03	04	05	**06**
07	08	09	10	11	12	**13**
14	**15**	16	17	18	19	**20**
21	22	23	24	25	26	**27**
28	29	30	31	01	02	**03**
04	05	06	07	08	09	**10**

settembre

28	29	30	31	01	02	**03**
04	05	06	07	08	09	**10**
11	12	13	14	15	16	**17**
18	19	20	21	22	23	**24**
25	26	27	28	29	30	**01**
02	03	04	05	06	07	**08**

ottobre

25	26	27	28	29	30	**01**
02	03	04	05	06	07	**08**
09	10	11	12	13	14	**15**
16	17	18	19	20	21	**22**
23	24	25	26	27	28	**29**
30	31	**01**	02	03	04	**05**

novembre

30	31	**01**	02	03	04	**05**
06	07	08	09	10	11	**12**
13	14	15	16	17	18	**19**
20	21	22	23	24	25	**26**
27	28	29	30	01	02	**03**
04	05	06	07	**08**	09	**10**

dicembre

27	28	29	30	01	02	**03**
04	05	06	07	**08**	09	**10**
11	12	13	14	15	16	**17**
18	19	20	21	22	23	**24**
25	**26**	27	28	29	30	**31**
01	02	03	04	05	**06**	**07**

NOTE

NOTE

NOTE

NOTE

Tecnologia al servizio della salute

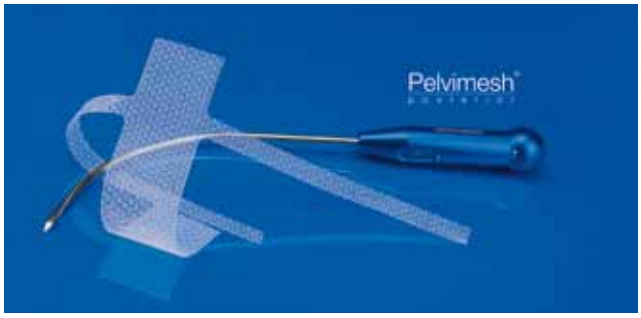
Herniamesh® è l'*Azienda italiana delle reti* dal 1995 quando il suo fondatore, il Dr. Ermanno Trabucco, già Chirurgo affermato, inizia a produrre Hertra®1, la rete presagomata per l'ernia inguinale destinata all'omonima tecnica chirurgica, "*sutureless tension-free*".
Da subito l'Azienda viene lanciata nello scenario internazionale ed oggi Herniamesh sviluppa, produce e commercializza:

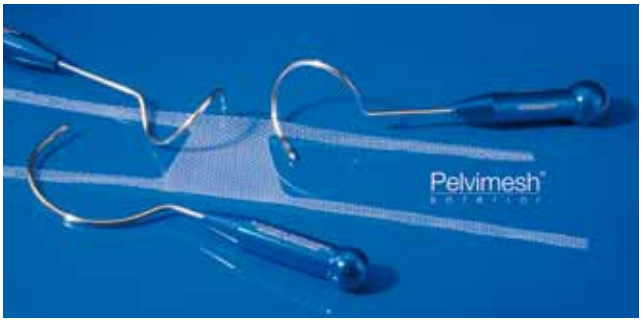
- Reti in polipropilene monofilamento di grado medicale e composite per la riparazione dell'ernia e della parete addominale;

- ***Sistemi per la riparazione dell'incontinenza urinaria e dei prolassi;***

- Dispositivi per l'impiego nel settore vulnologia e patologie vertebrali minori.

Dal 2007, successivamente all'acquisizione delle quote di maggioranza della Tessitura Texsiva, Herniamesh ha investito in ricerca e sviluppo ed implementato il proprio centro di ricerca al fine di realizzare un ciclo produttivo completo con il controllo diretto dei materiali impiegati destinati ai dispositivi per il settore medicale, con caratteristiche tecnologiche sofisticate ed una rigorosa attenzione alla qualità ed alla sicurezza,





requisiti essenziali, alla base del nostro progresso scientifico.

Herniamesh considera fondamentale lo studio dei materiali e la collaborazione con servizi di ricerca nazionali, come le Università e il CNR, o con le più importanti aziende internazionali.
Il mantenimento di un rapporto costante con i principali opinion leader e Società di settore, italiani ed internazionali, ci permette di monitorare le esigenze degli utilizzatori, riducendo al minimo il trauma chirurgico ed i rischi.

Herniamesh ha una rete di vendita globale ed esporta in tutti i continenti.

La verticalizzazione della catena di produzione, dalla progettazione della protesi al prodotto finito, la cooperazione dei reparti, dalla ricerca al marketing, la formazione continua ed il legame con il mondo scientifico fanno di Herniamesh, società del settore biomedicale, una azienda stimata in tutto il mondo.

Nel settore del ***Pavimento Pelvico***, Herniamesh propone una gamma di protesi realizzate con una tecnologia di tessitura brevettata, progettata per rendere resistente e stabile, una rete leggera e morbida, definendola *la rete ideale per il pavimento pelvico*.

www.herniamesh.com

Farmaci nella forma migliore

LE AZIENDE

A. I. U. G.

ITALFARMACO

Johnson&Johnson

Linker
Pharma

LJ
Pharma

ELLEERRE PHARMA

Mast Tech srl

BANCA
MEDIOLANUM
GRUPPO BANCARIO MEDIOLANUM

Meditrend

Medtronic

M.I.T. Italia s.r.l.
Medical Innovative Technology

MVMedical Solutions

NATHURA

Nestlé

PACINOTTI
gruppo ab medica

PICCIN

Promed

SANDOZ

shedirpharma

sigma-tau

ase
SANTEC

SOFAR

sunmedical
center

Tegea

TEVA

Wellspect
HEALTHCARE

Segreteria AIUG
c/o Laborweb srl
Casella postale 158 Varese
Tel. 0332.288199 - Fax 0332.233047
segreteria@aiug.eu
www.aiug.eu