



Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del Pavimento Pelvico

**ATTIVITA' 2016/17**

*3° Volume AIUG*



# SOMMARIO



- 4. Organigramma
- 5. Presidenti AIUG
- 6. Responsabili Regionali
- 7. Lettera del presidente e Segretario Scientifico
- 8. Corsi AIUG
- 12. Eventi 2016
- 13. Eventi 2017
- 176. Sponsor





## Comitato di Presidenza

Presidente

**Valentino Bergamini**

Vice Presidente

**Gennaro Trezza**

Segretario Scientifico

**Mauro Cervigni**

Senior President

**Gaspere Carta**

Coordinatore Nazionale

**Antonio Perrone**

Tesoriere

**Maurizio Bologna**

Past President

**Mauro Garaventa**

## Commissioni

*Corsi Bodylab:*

Resp. **Gian Luca Bracco**

Biagio Adile

Giulio De Matteis

Emilio Emili

Giuseppe Campagna

*Regionali e Centri di Riferimento:*

Resp. **Valerio Napolitano**

Virginio Ambrogi

Gennaro Trezza

*Sezione Corsi Basic Riab/Urogyn:*

Resp. **Marzio Angelo Zullo**

Francesco Bernasconi

Felice Patacchiola

Gabriella Torrisi

*Clip/Als:*

Resp. **Francesco Deltetto**

Marco Maffiolini

Ciro Sportelli

Antonio Onorato Succu

*Studi multicentrici e trials clinici:*

Resp. **Stefano Dati**

Valentino Bergamini

Gaspere Carta

## Consiglieri

**Angelo Cannizzaro**

**Vittorio Catarinella**

**Davide De Vita**

**Gerardo Pizzirusso**

## Revisori dei conti

Sandro Mastrangeli

Giovanni Carlo Sugliano

## Probi viri

Vito Leanza

Giovanni Pisapia Cioffi

## Executive manager

Francesco Fiorebello

# PRESIDENTI



## TRIENNIO

Consiglio Direttivo 1989 -1991

Consiglio Direttivo 1992 -1994

Consiglio Direttivo 1995 -1997

Consiglio Direttivo 1998 -2000

Consiglio Direttivo 2001-2003

Consiglio Direttivo 2004-2006

Consiglio Direttivo 2007-2009

Consiglio Direttivo 2010-2012

Consiglio Direttivo 2013-2015

Consiglio Direttivo 2016-2018

## PRESIDENTE

Božo Kralj

Luigi Marzetti

Emilio Imparato

Rodolfo Milani

Francesco Catanzaro

Mauro Cervigni

Diego Riva

Antonio Perrone

Mauro Garaventa  
Emilio Emili (2015)

Gaspare Carta (2016)  
Valentino Bergamini (2017)  
Gennaro Trezza (2018)



# RESPONSABILI REGIONALI

ABRUZZO

***Gaspere Carta***

BASILICATA

***Pasquale Silvio Anastasio***

CALABRIA

***Angelo Cannizzaro***

CAMPANIA

***Gennaro Trezza***

EMILIA ROMAGNA

***Claudio Bertellini***

FRIULI VENEZIA GIULIA

***Antonio Azzena***

LAZIO

***Virginio Ambrogio***

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***

TRENTINO ALTO ADIGE

***Francesco Deltetto***

UMBRIA

***Fabrizio Damiani***

VALLE D'AOSTA

***Sandro Benvenuti***

VENETO

***Riccardo Zaccoletti***

# LETTERA DEL PRESIDENTE E DEL SEGRETARIO SCIENTIFICO



Cari Amici e Colleghi,

A.I.U.G. Associazione Italiana di Urologia Ginecologica e del Pavimento Pelvico, è stata fondata nel 1989 e ben presto, grazie all'attivo coinvolgimento, realizzato in maniera multidisciplinare, dei principali esperti di questo settore, si è guadagnata e tuttora mantiene un fondamentale ruolo tra le Società chirurgiche italiane.



Organizzando ogni anno, su tutto il territorio nazionale, una media di trenta corsi con tematiche che vanno da un livello base (Corsi Basic Urogyn) fino ad alta specializzazione (Corsi pratici di chirurgia su cadavere Body Lab) A.I.U.G. dimostra di impegnarsi costantemente nel migliorare la professionalità di coloro che già operano nel settore e nella corretta formazione di nuove generazioni di esperti: tale impegno è ripagato dalla partecipazione di 2213 Soci alle attività dell'Associazione.

Sono stati inoltre sottoscritti accordi con altre Società Scientifiche complementari e importanti settori della Società Civile proprio per favorire lo sviluppo della disciplina e la conoscenza delle tematiche presso la popolazione.

Grazie ad un accordo con AGUI (Associazione Ginecologi Universitari Italiani) i Medici in formazione/specializzazione vengono ospitati e coinvolti gratuitamente nelle diverse attività formative di AIUG. Un accordo con FNCO (Federazione Nazionale Collegi Ostetriche) ha portato alla creazione di un gruppo di lavoro misto Ostetriche/Ginecologi TOPP (Team Ostetriche per il Pavimento Pelvico) e a delineare un percorso formativo per ostetriche che partendo da un livello di base arriva a una specializzazione post universitaria. Accordi con Senior Italia e Coldiretti Donne Impresa coinvolgono la società civile, nelle giornate DONNA = DISAGIO? MAI PIU'!, in eventi informativi dedicati al pubblico in cui i medici incontrano le donne. Senza dimenticare il coinvolgimento attivo di altre società scientifiche che si occupano di chirurgia per favorire un confronto e soluzioni multidisciplinari nell'interesse delle pazienti:

AGUI, AIGEF, AOGOI, EUGA, FIOG, ICS, IUGA, MIPS, SIC, SICCR, SIGO, SIU, SIUCP

Il Presidente AIUG

**Valentino Bergamini**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Valentino Bergamini'.

Il Segretario Scientifico

**Mauro Cervigni**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mauro Cervigni'.

# CORSI AIUG



## BASIC UROGYN

Conoscenza di base per iniziare un percorso uroginecologico

CORSO CONGIUNTO  
AGUI - AIUG



## BASIC RIAB

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

CORSO CONGIUNTO  
FNCO - AIUG



## ALS

### Aiug Live Surgery

Corsi di chirurgia in diretta sulle problematiche ricostruttive del pavimento pelvico.

Working meeting territoriale riservato ai medici della zona.



[www.aiug.eu](http://www.aiug.eu)



# BODY LAB

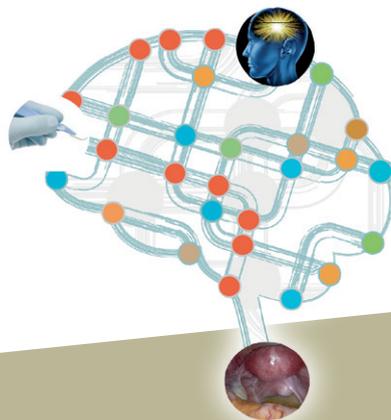
Laboratorio AIUG di anatomia della pelvi femminile. La nostra intenzione è di dare l'opportunità di costruirsi una propria mappa "anatomica". Far prendere conoscenza e confidenza ai colleghi con i principali dispositivi medici utilizzati per la chirurgia del prolasso e dell'incontinenza.

## CLiP

Obiettivi del corso:

Seguire il pre e post operatorio e avere la possibilità di confronto con tecniche chirurgiche in video.

Argomenti: Chirurgia vaginale, laparoscopica o robotica e colorettaile



*Donna=Disagio?*  
*Mai più!*

[www.disagiomaipiu.it](http://www.disagiomaipiu.it)  Donna = Disagio? Mai Più

AIUG promuove la giornata mondiale dedicata alla salute della donna.

I centri aderenti sono aperti gratuitamente al pubblico per una giornata, per fornire informazioni.

WWPC: infezioni, incontinenza, Dolore, Prolasso.

WWBD: "IL PERINEO": prevenzione, educazione e cura.

[www.aiug.eu](http://www.aiug.eu)

**M**aster  
**C**lass 

**Corsi territoriali di chirurgia  
monosponsor**



## GIORNATA UROGINECOLOGICA AIUG

*Conoscenza di base  
per iniziare un percorso  
uroginecologico*



# MASTER

ANNO ACCADEMICO 2016-2017

### **PISA**

Chirurgia Multidisciplinare  
del Pavimento Pelvico

### **ROMA**

Female Pelvic Medicine  
and Reconstructive Surgery



[www.aiug.eu](http://www.aiug.eu)



# PROGETTO T.O.P.P.

## OSTETRICHE UNITE PER IL PAVIMENTO PELVICO

**A.I.U.G.** in collaborazione con la Federazione Nazionale Collegi Ostetriche (**FNCO**), ha deciso di istituire un gruppo di lavoro costituito da ostetriche e incentrato sulle problematiche del pavimento pelvico.

- ▶ Condivisione di esperienze professionali
- ▶ Collaborazione con professionisti del medesimo settore
- ▶ Supporto ai colleghi con minore esperienza
- ▶ Elaborazione di studi clinici per la produzione di pubblicazioni scientifiche
- ▶ Collaborazione con le Università (supporto agli studenti e ai neo-laureati in ostetricia)
- ▶ Formazione e informazione ai professionisti sanitari con lo scopo di formare una figura specifica competente nell'ambito del pavimento pelvico



Federazione Nazionale  
Collegi Ostetriche



Associazione Italiana  
di Urologia Ginecologica  
e del Pavimento Pelvico

# EVENTI 2016



|              |   |              |  |              |   |
|--------------|---|--------------|--|--------------|---|
| <b>P. 14</b> | <b>ALS - Aiug Live Surgery</b><br>Roma<br>29 gennaio 2016     | <b>P. 40</b> | <b>ALS - Aiug Live Surgery</b><br>Crotone<br>7/8 aprile 2016 | <b>P. 70</b> | <b>BASIC RIAB</b><br>Roma<br>30 settembre 2016                    |
| <b>P. 16</b> | <b>ALS - Aiug Live Surgery</b><br>Pisa<br>18 febbraio 2016    | <b>P. 44</b> | <b>CLIP</b><br>Peschiera del Garda<br>8 aprile 2016          | <b>P. 60</b> | <b>BODYLAB</b><br>Arezzo<br>1 ottobre 2016                        |
| <b>P. 22</b> | <b>ALS - Aiug Live Surgery</b><br>Andria<br>26 febbraio 2016  | <b>P. 50</b> | <b>CLIP</b><br>Vicenza<br>6 maggio 2016                      | <b>P. 72</b> | <b>BASIC UROGYN</b><br>Roma<br>27 ottobre 2016                    |
| <b>P. 24</b> | <b>ALS - Aiug Live Surgery</b><br>Sassari<br>3/4 marzo 2016   | <b>P. 52</b> | <b>CLIP</b><br>Roma<br>20 maggio 2016                        | <b>P. 76</b> | <b>ALS - Aiug Live Surgery</b><br>Bergamo<br>11/12 novembre 2016  |
| <b>P. 28</b> | <b>BASIC UROGYN</b><br>Conegliano<br>11 marzo 2016            | <b>P. 56</b> | <b>BASIC UROGYN</b><br>Trento<br>21 maggio 2016              | <b>P. 84</b> | <b>BASIC RIAB</b><br>Roma<br>25 novembre 2016                     |
| <b>P. 32</b> | <b>BASIC UROGYN</b><br>Palermo<br>18 marzo 2016               | <b>P. 60</b> | <b>BODYLAB</b><br>Arezzo<br>21 maggio 2016                   | <b>P. 88</b> | <b>ALS - Aiug Live Surgery</b><br>Battipaglia<br>14 dicembre 2016 |
| <b>P. 36</b> | <b>BASIC UROGYN</b><br>Giulianova<br>18 marzo 2016            | <b>P. 64</b> | <b>BASIC RIAB</b><br>Avezzano<br>26 maggio 2016              | <b>P. 92</b> | <b>CONVENTION</b><br>Milano<br>16 dicembre 2016                   |
| <b>P. 36</b> | <b>ALS - Aiug Live Surgery</b><br>Giulianova<br>19 marzo 2016 | <b>P. 66</b> | <b>CONGRESSO NAZIONALE</b><br>Verona<br>9/11 giugno 2016     |              |   |



- |   |  |  |
|---|--|--|
| <b>P. 96</b> <b>BASIC UROGYN</b><br>Siena<br>13 gennaio 2017                        | <b>P.138</b> <b>BASIC UROGYN</b><br><b>AGUI - AIUG</b><br>Torino<br>20 maggio 2017   | <b>P.158</b> <b>BASIC RIAB</b><br>Termoli<br>29 settembre 2017             |
| <b>P.100</b> <b>CLIP</b><br>Tricase<br>14 gennaio 2017                              | <b>P.142</b> <b>CONGRESSO NAZIONALE</b><br>Napoli<br>25/27 maggio 2017               | <b>P. 60</b> <b>BODYLAB</b><br>Arezzo<br>6 ottobre 2017                    |
| <b>P.104</b> <b>ALS - Aiug Live Surgery</b><br>Lecco<br>26/27 gennaio 2017          | <b>P. 60</b> <b>BODYLAB</b><br>Arezzo<br>16 giugno 2017                              | <b>P.162</b> <b>ALS - Aiug Live Surgery</b><br>Giussano<br>13 ottobre 2017 |
| <b>P.106</b> <b>BASIC UROGYN</b><br>Rieti<br>18 marzo 2017                          | <b>P. 60</b> <b>BODYLAB</b><br>Arezzo<br>28 giugno 2017                              | <b>P.166</b> <b>BASIC UROGYN</b><br>Roma<br>26 ottobre 2017                |
| <b>P.110</b> <b>BASIC RIAB</b><br>Verona<br>31 marzo 2017                           | <b>P.146</b> <b>GIORNATA</b><br><b>UROGINECOLOGICA</b><br>Siena<br>29/30 giugno 2017 | <b>P.170</b> <b>ALS - Aiug Live Surgery</b><br>Milano<br>10 novembre 2017  |
| <b>P.114</b> <b>GIORNATA</b><br><b>UROGINECOLOGICA</b><br>Genova<br>7 aprile 2017   | <b>P.148</b> <b>BASIC RIAB</b><br>Udine<br>30 giugno 2017                            | <b>P.174</b> <b>CONVENTION AIUG</b><br>Roma<br>16 dicembre 2017            |
| <b>P.122</b> <b>BASIC UROGYN</b><br>Belvedere Marittimo<br>21 aprile 2017           | <b>P. 60</b> <b>BODYLAB</b><br>Arezzo<br>21 settembre 2017                           |  |
| <b>P.132</b> <b>ALS - Aiug Live Surgery</b><br>Pescara<br>6 maggio 2017             | <b>P.152</b> <b>BASIC RIAB</b><br>Cervia<br>22 settembre 2017                        |  |
| <b>P.134</b> <b>GIORNATA</b><br><b>UROGINECOLOGICA</b><br>Tricase<br>12 maggio 2017 |  |  |





## ALS AIUG Live Surgery



*Presidente del corso:  
Mauro Cervigni*

*Direttore del corso:  
Giuseppe Campagna*



**ROMA**  
29 Gennaio 2016

# Programma

- 08.15 *Presentazione del Corso*  
M. Cervigni, G. Campagna,  
G. Scambia
- 08.30 *LETTURA: Anatomia chirurgica della pelvi propedeutica agli interventi di ricostruzione dei difetti del pavimento pelvico*  
A. Ercoli
- Presentazione dei casi clinici*  
A. Maglione
- 09.00 *LIVE SURGERY: Trattamento laparoscopico del prolasso pelvico multiorgano*  
Operatore: G. Campagna  
Moderatori:  
E. Finazzi Agrò, A. Ercoli
- 11.30 *LETTURA: Dolore dopo chirurgia uroginecologica*  
G. Panico
- 12.00 *LIVE SURGERY: Trattamento del prolasso pelvico multiorgano per via vaginale.*  
Operatori:  
G. De Matteis, A. Iuliano  
Moderatori:  
M. Cervigni, V. Ambrogi
- 13.30 *Pranzo*
- 14.30 *LETTURA: Inquadramento del Deficit Sfinterico Intrinseco (ISD) - F. Natale*
- Presentazione dei casi clinici*  
L. Vacca
- 15.00 *LIVE SURGERY: Trattamento chirurgico dell'ISD con bulking agents*  
Operatore: M. Zullo  
Moderatore: S. Dati
- 15.30 *LETTURA: Ruolo dell'urodinamica nella paziente affetta da ISD*  
M. Zullo
- 16.00 *LIVE SURGERY: Trattamento chirurgico dell'ISD con sling medio-uretrale a tensione regolabile*  
Operatore: V. Napolitano  
Moderatore: G. De Matteis
- 16.30 *Managment chirurgico della recidiva dell'incontinenza urinaria da sforzo - A. Morciano*
- 16.45 *LIVE SURGERY (video): trattamento chirurgico dell'ISD con sling medio-uretrale a tensione regolabile*  
Operatore: S. Dati  
Moderatore: A. Iuliano
- 17.15 *LETTURA: Trattamento chirurgico del prolasso pelvico multiorgano: stato dell'arte.*  
M. Cervigni
- 17.45 *Conclusione del corso e consegna degli attestati*



## ALS

### AIUG Live Surgery

*Direttori del corso:  
T. Simoncini, M. Bellini, G. Naldini, D. Pistolesi*



# PISA

18 Febbraio 2016

# Programma

- 10.00 Apertura del Master
- 10.15 Presentazione del corso:  
pavimento pelvico a 360°,  
perché un master e perché  
aperto a specialità diverse  
G. Naldini, T. Simoncini
- 10.30 Chirurgia ricostruttiva del  
pavimento pelvico femminile:  
le sfide delle nuove  
tecnologie e dei materiali  
M. Cervigni
- 11.15 Anatomia chirurgica della  
pelvi femminile  
A. Ercoli
- 12.00 Approccio multidisciplinare  
alle problematiche del  
pavimento pelvico:  
la prospettiva del  
chirurgo colo-rettale  
A. Renzi
- 12.45 Problematiche  
gastroenterologiche  
nei disturbi del pavimento  
pelvico  
R. Bocchini
- 13.20 Lunch
- 14.30 La chirurgia ricostruttiva  
del pavimento pelvico:  
evoluzione storica  
G. Carta
- 15.30 Approccio addominale alla  
chirurgia ricostruttiva del  
pavimento pelvico:  
video sessione  
T. Simoncini
- 16.30 Discussione e chiusura  
dei lavori

## ALS - AIUG Live Surgery 18 Febbraio 2016 - Pisa

### Presentazione dell'evento

In data 18 febbraio 2016 si è tenuto presso la Scuola Medica dell'Università di Pisa il corso ALS AIUG in occasione dell'apertura del Master Universitario di II livello in Chirurgia Multidisciplinare del Pavimento Pelvico diretto dal Prof. Tommaso Simoncini. Il corso, organizzato dal gruppo multidisciplinare del Pelvic



Floor Center di Pisa in collaborazione con AIUG, è stato rivolto a professionisti delle varie aree specialistiche che si occupano di pavimento pelvico. Un importante evento di respiro universitario e un'occasione di formazione e confronto con i massimi esperti del settore sul tema della multidisciplinarietà nel trattamento dei disturbi del pavimento pelvico. La giornata, articolata in una serie di interventi frontali ha visto la partecipazione di esponenti nazionali di grande rilievo nell'ambito della patologia uroginecologica femminile, come Gian Luca Bracco, Gaspare Carta, Mauro Cervigni, Alfredo Ercoli, oltre a specialisti di altre aree strettamente connesse con la patologia del pavimento pelvico tra cui il gastroenterologo Renato Bocchini e il chirurgo colo-rettale Adolfo Renzi. Le lezioni magistrali hanno affrontato i temi salienti del master, ovvero la prospettiva multidisciplinare nell'approccio alle problematiche del pavimento pelvico femminile da un punto di vista di inquadramento clinico e soprattutto del trattamento chirurgico con particolare attenzione alle nuove frontiere in ambito di chirurgia ricostruttiva dei difetti avanzati di statica pelvica. Il Master infatti è volto all'approfondimento e allo sviluppo di contenuti multimodali nel campo della terapia medica, riabilitativa e soprattutto della

chirurgia mini-invasiva della patologia del pavimento pelvico. La prima edizione che sta giungendo a termine, ha rappresentato una grande opportunità formativa, di crescita e di confronto per i discenti attraverso la frequenza di ambulatori specialistici e di sala operatoria e la possibilità di confronto attraverso seminari con specialisti di rilievo nel campo del pavimento pelvico femminile.



## Relazione scientifica

### Pavimento pelvico femminile e multidisciplinarietà

*I disturbi del pavimento pelvico femminile (Pelvic Floor Diseases, PFD) comprendono una vasta gamma di condizioni cliniche spesso complesse, che hanno un impatto rilevante sulla qualità della vita delle donne che ne sono affette e che richiedono spesso competenze multi specialistiche per il trattamento. Il prolasso degli organi pelvici (POP), l'incontinenza urinaria (IU), la sindrome da ostruita defecazione (ODS), le disfunzioni della funzione sessuale, il dolore pelvico sono solo alcune delle possibili manifestazioni legate ad una alterazione anatomica e funzionale di una complessa unità come quella del pavimento pelvico femminile. I sintomi più comunemente riferiti come sensazione di pesantezza e dolorabilità a livello vaginale, incontinenza urinaria e fecale, difficoltà nella defecazione e/o nella minzione, dispareunia, spesso rappresentano l'espressione prevalente di uno scenario più complesso con cui la paziente convive. I dati della letteratura e la pratica clinica orientano sempre più verso un approccio multidisciplinare alla paziente con disfunzione del pavimento pelvico. I disturbi legati alla patologia del pavimento pelvico infatti si presentano spesso variamente associati nella stessa paziente e il loro riconoscimento e la loro gestione richiedono un inquadramento multimodale che integri competenze specialistiche diverse.[1]*

*La sindrome da defecazione ostruita (ODS) ad esempio è frequentemente*

*associata a condizioni che si presentano all'attenzione sia del ginecologo, sia del gastroenterologo che del chirurgo colo-rettale come rettocele, enterocele, sigmoidocele, anismo, sindrome del perineo discendente, prolasso e intussuscezione rettale [2]. Così come i disturbi del basso tratto urinario e le forme di incontinenza urinaria possono essere trattati sia da un punto di vista urologico che ginecologico. L'approccio multi specialistico risulta particolarmente rilevante nei casi complessi, in cui coesiste più di una problematica, soprattutto se necessitano di un trattamento chirurgico. In particolare nei casi di difetti di statica pelvica di grado avanzato, ovvero nel prolasso multi compartimentale è frequente l'associazione con disturbi funzionali come incontinenza urinaria e fecale [3], un'alta incidenza di disfunzioni ano-rettali e di dissinergia addomino-pelvica. In questi casi è importante poter offrire alla paziente un percorso completo che vada dalla riabilitazione pelvi-perineale, alla terapia medica e/o neuro modulatoria, fino a un trattamento chirurgico personalizzato. Il trattamento chirurgico di problematiche complesse come la coesistenza di prolasso e sindromi funzionali come l'ODS, la dissinergia pelvi-perineale o la sindrome del perineo discendente è una delle principali sfere in cui una collaborazione multi specialistica permette di pianificare la strategia chirurgica che garantisca*

## ALS - AIUG Live Surgery 18 Febbraio 2016 - Pisa

risultati migliori da un punto di vista anatomico e funzionale. In questi casi infatti il trattamento multi specialistico consente di combinare procedure addominali diverse o l'approccio addominale con quello trans perineale [4, 5].

L'approccio trans addominale è ad oggi sempre più un approccio mini invasivo sia con tecnica laparoscopica sia con la più recente tecnica robotica, che offre vantaggi peculiari. La sacrocolpopessi è considerata una tecnica superiore all'approccio trans vaginale per il trattamento del difetto apicale avanzato sia primitivo che recidivo [6]. La tecnica di sospensione apicale laterale (Abdominal Lateral Suspension, ALS) con mesh proposta da JB Dubuisson a metà degli anni '90 [7] rappresenta una procedura sicura, particolarmente efficace nel trattamento dei difetti apicali e anteriori avanzati e una valida alternativa nei casi di impossibilità di accesso al promontorio del sacro. Nei casi invece di difetti del comparto posteriore come prolasso rettale, rettocele, enterocele, sigmoidocele, in particolare se associati a difetto apicale con prolasso di volta vaginale, la rettopessi ventrale, intervento protesico di sospensione del retto al promontorio sacrale permette una correzione ottimale dell'ODS nell'80% dei casi e può essere associata a colposacropessi. Nei casi invece di prolasso vaginale o uterino associato a prolasso rettale interno con intussuscezione in cui la sospensione ventrale del retto non garantisca un miglioramento funzionale significativo, una strategia efficace è rappresentata dalla associazione della

sospensione laterale degli organi pelvici e interventi trans perineali come la STARR (stapled transanal resection rectopexy). L'integrazione di tecniche chirurgiche diverse attraverso la collaborazione multi specialistica garantisce una strategia ottimale per la correzione di difetti multipli e sintomi differenti che possono coesistere nella stessa paziente. Da questo punto di vista anche le nuove possibilità tecniche in campo di chirurgia ricostruttiva offrono un armamentario sempre più ampio al chirurgo che si occupa di statica pelvica.

La piattaforma robotica offre una serie di vantaggi significativi in questo tipo di chirurgia. La maggiore intuitività ed ergonomia del movimento robotico, l'assenza del tremore fisiologico della mano dell'operatore, la visione tridimensionale sono tutti vantaggi che permettono di ottimizzare la dissezione degli spazi pelvici profondi, l'accesso ad aree critiche come il legamento pre sacrale e il posizionamento di suture e protesi. Non è ancora chiaro se questo si traduca in un valore aggiunto della robotica in termini di outcomes a lungo termine. I dati relativi all'efficacia a lungo termine della robotica applicata alla chirurgia ricostruttiva del pavimento pelvico sono ancora pochi e prevalentemente relativi all'intervento di sacrocolpopessi. L'approccio robotico in questo tipo di procedura è associato a minor perdita ematica, tempi operatori più lunghi e un paragonabile tasso di cura anatomica sul POP avanzato e il difetto apicale [8, 9] rispetto alle procedure laparotomiche e laparoscopiche. Il tasso di correzione

## ALS - AIUG Live Surgery 18 Febbraio 2016 - Pisa

del difetto apicale per la R-ASC (Robotic-assisted Abdominal Sacrocolpopexy) riportato in letteratura è del 97-100% [10, 11]. L'inquadramento multi disciplinare della patologia del pavimento pelvico femminile è sempre più l'approccio di scelta nei centri che si occupano di queste problematiche. Questo risponde all'esigenza di offrire un percorso diagnostico-terapeutico multi modale alle pazienti e di potenziare le opzioni di trattamento chirurgico nell'ottica di una chirurgia ricostruttiva funzionale sempre più "tailored" sulle caratteristiche anatomiche e sintomatologiche della specifica paziente.

### Bibliografia

1. Chatoor, D., M. Soligo, and A. Emmanuel, Organising a clinical service for patients with pelvic floor disorders. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 2009. 23(4): p. 611-20.
2. Uustal Fornell, E., G. Wingren, and P. Kjolhede, Factors associated with pelvic floor dysfunction with emphasis on urinary and fecal incontinence and genital prolapse: an epidemiological study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2004. 83(4): p. 383-9.
3. Spence-Jones, C., et al., Bowel dysfunction: a pathogenic factor in uterovaginal prolapse and urinary stress incontinence. *Br J Obstet Gynaecol*, 1994. 101(2): p. 147-52.
4. Sagar, P.M., et al., Feasibility and functional outcome of laparoscopic sacrocolpoporectomy for combined vaginal and rectal prolapse. *Dis Colon Rectum*, 2008. 51(9): p. 1414-20.
5. Slawik, S., et al., Laparoscopic ventral rectopexy, posterior colporrhaphy and vaginal sacrocolpopexy for the treatment of recto-genital prolapse and mechanical outlet obstruction. *Colorectal Dis*, 2008. 10(2): p. 138-43.
6. Maher, C., et al., Surgery for women with apical vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016. 10: p. Cd012376.
7. Dubuisson, J.B. and C. Chapron, Laparoscopic Iliac Colpo-Uterine Suspension For the Treatment of Genital Prolapse Using Two Meshes: A New Operative Laparoscopic Approach. *Journal of Gynecologic Surgery*, 1998. 14(4): p. 8.
8. Paraiso, M.F., et al., Laparoscopic compared with robotic sacrocolpopexy for vaginal prolapse: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*, 2011. 118(5): p. 1005-13.
9. Tan-Kim, J., et al., Robotic-assisted and laparoscopic sacrocolpopexy: comparing operative times, costs and outcomes. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*, 2011. 17(1): p. 44-9.
10. Elliott, D.S., G.K. Chow, and M. Gettman, Current status of robotics in female urology and gynecology. *World J Urol*, 2006. 24(2): p. 188-92.
11. Akl, M.N., et al., Robotic-assisted sacrocolpopexy: technique and learning curve. *Surg Endosc*, 2009. 23(10): p. 2390-4.
12. Serati, M., et al., Robot-assisted sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of comparative studies. *Eur Urol*, 2014. 66(2): p. 303-18.



**ALS**  
AIUG Live Surgery

*Presidenti del Convegno:*  
M. Cantatore, E. Cicinelli, G. Loverro

*Presidente Onorario:*  
L. E. Selvaggi



**ANDRIA**  
26 Febbraio 2016

# Programma

08.00 *Registrazione dei partecipanti*

08.30 *Presentazione dell'evento:  
M. Cantatore  
Saluto delle Autorità:*

*LA DUPLICATURA FASCIALE E  
LA SOSPENSIONE LATERALE  
CON MESH NEL POP*

09.15 *LIVE SURGERY  
- PROLASSO TOTALE  
- PROLASSO DI CUPOLA  
Moderatori: A. Perrone,  
A. D' Afiero, E. Stola,  
M. Altomare, M. Vicino*

*In sala operatoria provokers:  
P. De Marzo, B. Martulli*

11.00 *Coffee Break*

12.00 *WORKING MEETING  
(discussione dei casi chirurgici  
trattati)  
Provokers: C. Crescini,  
M. Rosati, D. De Vita,  
M. Guido, F. Petruzzelli,  
G. Di Vagno, L. Milano,  
A. De Marzio*

13.45 *Lunch*

*LA RIPARAZIONE DEL PROLASSO  
GENITALE*

*Moderatori: F. La Grotta,  
A. Belpiede, L. Nappi*

15.00 *La colposacropessi è  
davvero un Gold Standard?  
M. Cervigni*

15.30 *Alternative concrete alla  
colposacropessi  
G. Loverro*

16.00 *Le soluzioni chirurgiche del  
prolasso per via vaginale  
R. Milani*

16.30 *Le complicanze e i fallimenti  
della colposacropessia  
A. Zaccoletti*

17.00 *Il razionale della duplicatura  
fasciale e L.L. POPS  
B. Casalino*

17.30 *Il punto di vista  
del coloproctologo  
D. Altomare*

18.00 *Terapie mediche associate  
alla patologia del prolasso  
genitale  
S. Anastasio*



ALS  
AIUG Live Surgery

*Presidente del Convegno:  
Salvatore Dessole*



**SASSARI**  
3/4 Marzo 2016

# Programma

## **3 MARZO 2016**

13.30 *Saluti autorità*

### PRIMA SESSIONE TEORICA

Moderatori: S. Dessole, G.B. Melis,  
A. Multinu, A. Porcu

- 15.00 *Pavimento pelvico:  
anatomia e funzione*  
M. Farina, E. Donolo
- 15.20 *Terapia estrogenica locale e  
pavimento pelvico*  
A. M. Paoletti
- 15.40 *Riabilitazione del pavimento  
pelvico - F. Cadeddu*
- 16.00 *IUS: terapia chirurgica:  
quali novità? - A. Succu*
- 16.20 *Nuovi approcci chirurgici al  
prolasso organi pelvici.  
Proposta di linee guida*  
G. Capobianco
- 16.40 *Discussione*  
M.F. Careddu, P. Viridis,  
A. Rubattu

### SECONDA SESSIONE TEORICA

Moderatori: S. Angioni, P.L. Cherchi,  
E. Coccollone, F. Pirozzi Farina

- 17.00 *Bulking Agents - G. F. Puggioni*
- 17.30 *Tossina botulinica e vescica  
iperattiva - A. Campiglio*

17.50 *Incontinenza fecale nella  
donna: inquadramento  
clinico-strumentale*  
F. Scognamillo

18.10 *Incontinenza fecale nella  
donna: quale terapia?*  
C. Feo

18.30 *Prevenzione e gestione delle  
complicanze della chirurgia  
del pavimento pelvico*  
A. Azzena

18.50 *Dolore pelvico cronico:  
questo sconosciuto!*  
A. Pishedda

19.10 *“Preemptive peep strategy”  
nelle pazienti obese durante  
chirurgia uroginecologica*  
P.P. Terragni

19.30 *Discussione*  
A. Maccio', M. Farina,  
M. Madonia, G. Urru

## **4 MARZO 2016**

09.00 *Chirurgia in diretta*  
Moderatori: S. Dessole,  
E. Donolo, M. Farina, C. Useli

### SALA OPERATORIA

- TVT-Abbrevio  
A. Multinu, G. Capobianco
- Cura del prolasso con  
conservazione utero - A. O. Succu
- Tossina botulinica e vescica  
iperattiva - A. Campiglio

## Presentazione e rationale scientifico del Corso

Carissimi Colleghi,  
il corso teorico-pratico di uroginecologia e disfunzioni del pavimento pelvico che si è tenuto a Sassari dal 3 al 4 marzo 2016, presso la Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari, sotto l'egida della AIUG e con il Patrocinio del Dottorato di Ricerca in Scienze Biomediche dell'Università degli Studi di Sassari, con la Presidenza del Prof. Salvatore Dessole è stato articolato in una prima giornata di lezioni teoriche (Fig. 1) ed in una seconda giornata pratica in cui i docenti hanno effettuato interventi chirurgici in sala operatoria (Fig. 2). Dalle sale operatorie della Clinica Ostetrica e Ginecologica

dell'AOU di Sassari gli interventi chirurgici sono stati proiettati nell'Aula Magna dove i discenti hanno potuto osservare gli interventi chirurgici (Fig. 3) e hanno potuto rivolgere domande ai chirurghi che eseguivano le operazioni (Fig. 4).

Uno degli obiettivi del Corso è stato quello di aumentare in Sardegna l'interesse e la "cultura uroginecologica" con particolare riferimento alle terapie chirurgiche mininvasive. Per raggiungere questo obiettivo sono stati coinvolti tutti i maggiori esperti chirurghi uroginecologi della Sardegna.

Gli argomenti affrontati hanno riguardato sia la terapia medica ormonale locale dei disturbi urogenitali evidenziando i pro ed i contro sia l'approccio chirurgico mininvasivo alla luce dei dati provenienti dalle nuove pubblicazioni scientifiche. Non sono mancate le discussioni in merito alla terapia riabilitativa del pa-



FIGURA 1



FIGURA 2



vimento pelvico ed il suo cruciale ruolo preoperatorio e postoperatorio.

Sono state presentate le nuove terapie chirurgiche dell'incontinenza urinaria da sforzo con minisling e single incision techniques.

Sono state discusse le innovative terapie del prolasso genitale che prevedono l'utilizzo di protesi di ultima generazione biocompatibili, efficaci nella risoluzione del difetto anatomico e funzionale e, al tempo stesso, sicure in mani esperte.

E' stato illustrato il nuovo approccio mininvasivo con iniezioni vescicali di tossina botulinica nelle pazienti con vescica iperattiva non responsive alla terapia farmacologica convenzionale.

L'incontro scientifico è stato multidisciplinare con la partecipazione di uroginecologi, riabilitatori, urologi, chirurghi generali e colon-proctologi che si sono confrontati scientificamente evidenziando l'importanza delle diverse figure professionali coinvolte nella cura delle disfunzioni del pavimento pelvico.

Non è stata, infatti, trascurata la problematica della incontinenza fecale nella donna che talvolta può essere sincrona con l'incontinenza urinaria.

Il corso chirurgico ALS teorico-pratico ha visto la attiva partecipazione anche dei medici specializzandi della Scuola di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia dell'Università di Sassari i quali hanno attivamente collaborato alle sedute operatorie assistendo i primi operatori e hanno contribuito al successo dell'evento.

Il Presidente del Corso  
Prof. Salvatore Dessole

Il Responsabili del Corso  
Prof. Giampiero Capobianco,  
Dott. Ermes Donolo,  
Dott. Angelo Multinu,  
Dott. Gianfranco Puggioni,  
Dott. Antonio Onorato Succu



## BASIC UROGYN

Conoscenze di base per iniziare  
un percorso uroginecologico

*Direttore del corso:*  
Antonio Azzena



**CONEGLIANO**  
11 Marzo 2016

# Programma

- 08.30 *Registrazione partecipanti*
- 08.45 *Saluto delle autorità e presentazione del corso*  
A. Azzena, F. Benazzi,  
V. Bergamini, G. Carta  
M. Cervigni, A. L. Del Favero,  
F. Zambon
- I SESSIONE:*  
Moderatori: M. Bologna, M. Cervigni,  
M. Garaventa
- 09.00 *Anatomia funzionale del pavimento pelvico*  
G.L. Bracco
- 09.20 *Il parto e le disfunzioni della pelvi e del perineo - G. Carta*
- 09.40 *L'endometriosi dell'apparato urinario: gestione clinica*  
F. Petrucci
- 10.00 *Menopausa e disfunzioni genitali - V. Bruni*
- 10.20 *Le infezioni genitourinarie nella donna: strategie terapeutiche - F. De Seta*
- 10.40 *Integrazione nutraceutica nel trattamento delle infezioni urinarie - M. Manfredini*
- 11.00 *Discussione*
- II SESSIONE:*  
Moderatori: M. Cervigni, F. Gattinoni,  
A. Stuto
- 11.30 *Studio urodinamico: quando è veramente necessario?*  
G.P. Capobianco
- 11.50 *Patologia ginecologica e uroginecologica: ruolo dell'imaging - D. Flecca*
- 12.10 *Management della vescica iperattiva - A. Giannantoni*
- 12.30 *Applicazioni cliniche della neuromodulazione sacrale*  
G. Giorgio
- 12.50 *Le disfunzioni del compartimento posteriore: clinica e trattamento*  
M. Schiano di Visconte
- 13.10 *La rieducazione del pavimento pelvico: come, quando e perchè?*  
P. Di Benedetto
- 13.30 *Utilizzo delle mesh: gestione delle complicanze*  
M. Cervigni

*Basic Urogyn*  
*11 Marzo 2016 - Conegliano*

*13.50 Discussione*

*14.00 Lunch*

*III SESSIONE:*

*Moderatori: M. Bologna,  
M. Garaventa, F. Pirrone*

*14.45 L'evoluzione del trattamento  
chirurgico della IUS  
A. Azzena*

*15.05 Deficit del compartimento  
vaginale anteriore:  
dalla chirurgia fasciale  
alla protesica  
R. Zaccoletti*

*15.25 Deficit del compartimento  
vaginale posteriore:  
quale approccio  
considerare? - M. Maffiolini*

*15.45 Trattamento chirurgico  
conservativo o demolitivo  
del prolasso genitale  
A.O. Succu*

*16.05 La correzione del prolasso di  
volta: approccio vaginale  
F. Deltetto*

*16.25 La correzione del prolasso di  
volta: approccio addominale  
V. Bergamini*

*16.45 Discussione*

*17.00 Conclusioni - A. Azzena*





## BASIC UROGYN

Conoscenze di base per iniziare  
un percorso uroginecologico

*Direttore del corso:  
Roberto Guarino*



# PALERMO

18 Marzo 2016

# Programma

08.30 *Registrazione partecipanti*

08.45 *Introduzione al corso*  
*R.Guarino*

## *I SESSIONE*

*Moderatori: F. La Mantia - A. Perino*

09.00 *Anatomia funzionale del pavimento pelvico - L. Alio*

09.20 *La diagnostica clinica nella valutazione dei difetti del pavimento pelvico e dell'incontinenza urinaria: quali sono gli strumenti realmente necessari?*  
*G. Gugliotta*

09.40 *Urodinamica: quando è necessaria? - M.C. Accursio*

10.00 *L'Imaging in uroginecologia*  
*G. Torrisi*

10.20 *Diagnosi e terapia della vescica iperattiva - B. Adile*

10.40 *Discussione*

11.00 *COFFEE BREAK*

## *II SESSIONE*

*Moderatori: D. Di Trapani - G. Lo Dico*

11.20 *Evento ostetrico e disfunzioni pelvi-perineali*  
*S. Incandela, V. Mascellino*

11.40 *La menopausa e le disfunzioni pelvi-perineali: fisiopatologia e trattamento - D. Gullo*

12.00 *Nuove frontiere sul benessere dell'ecosistema vaginale*  
*M. R. D'Anna, M.C. Pandolfo*

12.20 *Le infezioni urinarie acute e ricorrenti nella donna: strategie - V. Iannone*

12.40 *Integrazione nutraceutica nel trattamento delle infezioni urinarie - M. Manfredini*

13.00 *Discussione*

13.30 *LIGHT LUNCH*

Basic Urogyn  
18 Marzo 2016 - Palermo

III SESSIONE

Moderatori:

G. Canzone, A. Maiorana

14.30 Il ruolo della terapia rieducativa  
del pavimento pelvico:  
quando consigliarla?  
A. Capizzi

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

15.10 Trattamento chirurgico del  
compartimento vaginale  
anteriore: dalla chirurgia  
fasciale a quella protesica  
G. La Ferrera

15.30 Trattamento chirurgico del  
compartimento superiore:  
trattamento protesico o  
demolitivo dell'utero?  
G. Ettore

15.50 Le disfunzioni del  
compartimento posteriore:  
modelli fisiopatologici  
M. Palmeri

16.10 Trattamento chirurgico del  
prolasso rettale: il punto  
di vista proctologico  
N. Tricomi

16.30 Discussione

17.00 Conclusioni - R. Guarino





**BASIC UROGYN**  
Conoscenza di base  
per iniziare un percorso  
uroginecologico

**ALS**  
AIUG Live Surgery

*Presidenti:*  
*Gaspare Carta, Felice Patacchiola*



**GIULIANOVA**  
18/19 Marzo 2016

# Programma

## **BASIC UROGYN - 18 MARZO**

08.30 *Registrazione partecipanti*

08.45 *Introduzione al Corso*

### 1° SESSIONE

*Moderatori: V. Ambrogi, A. Marcozzi*

09.00 *Anatomia funzionale del Pavimento Pelvico*  
*V. Napolitano*

09.20 *Evento ostetrico e disfunzioni pelvi-perineali - V. Catarinella*

09.40 *Endometriosi dell'apparato urinario - A. Di Francesco*

10.00 *Menopausa e disfunzioni pelvi-perineali - G. Ruggeri*

10.20 *Fisiopatologia del Compartimento Posteriore*  
*R. Pietroletti*

10.40 *DISCUSSIONE*

### 2° SESSIONE

*Moderatori: F. Benucci, G. Febo*

11.20 *Diagnostica Clinica dei difetti del pavimento pelvico e dell'incontinenza urinaria*  
*P. Catana*

11.40 *Urodinamica: indicazioni e limiti - M. Zullo*

12.00 *Imaging in uroginecologia*  
*B. Beomonte Zobel*

12.20 *Diagnosi e terapia della Vescica Iperattiva*  
*C. Vicentini*

13.00 *LUNCH*

### 3° SESSIONE

*Moderatori: M. Liberati, F. Matrullo*

14.00 *Le infezioni urinarie acute e ricorrenti nella donna: strategie terapeutiche*  
*F. Patacchiola*

14.20 *Integrazione nutraceutica nel trattamento delle infezioni urinarie - M. Zullo*

14.40 *Nuove frontiere sul benessere dell'ecosistema vaginale*  
*L. Di Giacomantonio*

15.00 *DISCUSSIONE*

# Basic Urogyn - ALS Aiug Live Surgery

## 18/19 Marzo 2016 - Giulianova

### 4° SESSIONE

Moderatori: M. Bologna, M. Rosati

15.20 Il ruolo della Rieducazione del pavimento pelvico

A. Cavalieri

15.40 Terapia dell'incontinenza urinaria: ulteriori opzioni terapeutiche - A. D'Alfonso

16.00 Trattamento chirurgico dell'incontinenza urinaria da sforzo: dal primo intervento alla recidiva - G. Grechi

16.20 Terapia Chirurgica del compartimento anteriore  
G. De Matteis

16.40 Chirurgia conservativa del prolasso uterovaginale severo per via vaginale  
G. Carta

17.00 Terapia Chirurgica del prolasso di cupola: via vaginale vs. via addominale - A. Cannizzaro

17.20 Terapia Chirurgica del compartimento posteriore  
S. Dati

17.40 DISCUSSIONE

18.00 CONCLUSIONI

### ALS - AIUG LIVE SURGERY SABATO 19 MARZO

#### VIDEOFORUM

Sono stati proiettati video della durata massima di 7 minuti seguiti da un commento da parte di un discussant su argomenti di Uroginecologia.

#### 1° SESSIONE

Discussant: V. Ambrogi, G. Ruggeri

08.30 INCONTINENZA URINARIA

#### 2° SESSIONE

Discussant: G. Carta, V. Napolitano

11.15 PROLASSO GENITALE

13.00 LUNCH

#### 3° SESSIONE

Discussant:

A. Cannizzaro, V. Catarinella

14.00 PROLASSO DI CUPOLA VAGINALE

#### 4° SESSIONE

Discussant:

F. Patacchiola, M. Bologna

16.15 MISCELLANEA





## ALS

### AIUG Live Surgery

*Presidenti del corso:*

*T. De Fazio, F. Marincola, C.M. Stigliano, F. Zullo*

*Direttori del corso:*

*G. Ettore, F. Rodio, G. Scambia*



# CROTONE

7/8 Aprile 2016

# Programma

## 7 Aprile 2016

- 08.30 Registrazione partecipanti
- 09.00 Saluto delle Autorità:  
- Direttore Generale A.S.P.  
S. Arena  
- Direttore Sanitario A.S.P.  
A. Talerico  
- Direttore Amministrativo A.S.P.  
G. Fico  
- Direzione Medica di Presidio  
A. Carcea
- Presentazione del Corso  
F. Rodio
- 09.15 Lettura Magistrale  
Ricostruzione del pavimento  
pelvico: passato, presente e  
futuro  
A. D'Afiero, F. Rodio
- I SESSIONE  
Moderatori: T. De Fazio, V. Iozzi
- 10.00 Anatomia del bacino  
G. Brisinda
- 10.20 L'"incontinenza": definizione  
e tipo - F. Rodio
- 11.00 L'anamnesi quale strumento  
di diagnosi di incontinenza  
urinaria (I.U.) nella donna  
V. Aiello
- 11.20 Prevenire l'I.U.: mito o realtà  
G. Torrisi
- 11.40 Prove Urodinamiche: SI o NO?  
F. Greco
- II SESSIONE  
Moderatore: A. Coco
- 12.00 Terapia farmacologica:  
SI o NO?  
F. Zullo
- 12.20 Gestione del paziente prima  
e dopo l'intervento chirurgico  
A. Scicchitano
- 12.40 Che tipo di Anestesia?  
Perché?  
G. Cosco
- 13.00 Preparazione dello  
strumentario per l'intervento  
chirurgico  
P. Cerullo
- 13.20 Il consenso informato e  
aspetti medico legali  
C. Balbi
- 13.40 Discussione
- 14.00 Lunch

# ALS - AIUG Live Surgery 7/8 Aprile 2016 - Crotone

## 8 Aprile 2016

### III SESSIONE

Moderatori: L. D'Orazio, P. Vadalà

09.00 Interventi dalla S.O.

- T.V.T. e T.O.T.

Operatori: F. Rodio

- V.S. Anteriore e Posteriore

Operatori: F. Rodio, P. Vadalà

11.00 Coffee break

### IV SESSIONE

Moderatori: L. Ammirati, P. Vadalà

11.30 Interventi dalla S.O.

- Prolasso Totale con incontinenza

Operatori: G. Ettore, D. Galea,  
V. Iozzi

- Cistopessi e T.O.T.

Operatori: A. Cannizzaro

- Riparazione fascia retto – vaginale

Operatori: L. Ammirati, G. Ettore

14.00 Chiusura del Corso

## Presentazione del corso

Cari colleghi,

nei giorni 7 e 8 Aprile 2016 si è svolto il IV Corso di Uro-ginecologia – AOGOI Calabria – AIUG presso l'Aula Magna dell'Ospedale Civile San Giovanni di Dio a Crotone. Erano presenti 150 iscritti tra medici, specialisti e non.

La prima giornata si è aperta con il saluto delle autorità, seguita dalla lettura magistrale e da una parte teorica.

La seconda giornata è stata di chirurgia in diretta con la partecipazione dei colleghi in sala operatoria a gruppi di tre persone.

Un caro ringraziamento a tutti i colleghi che hanno garantito il successo del corso con il loro contributo.

Il Direttore del corso  
Franco Rodio





## CLIP Chirurgia Live della Pelvi femminile

*Responsabile del corso:  
Riccardo Zaccoletti*



# **PESCHIERA DEL GARDA**

**8 Aprile 2016**

# Programma

- 08.00 *Saluto e introduzione al corso*      13.00 *Discussione aperta*
- 08.30 *Lettura Magistrale:  
Anatomia chirurgica  
propedeutica agli interventi  
di correzione dei difetti  
del pavimento pelvico  
A. Ercoli*      13.30 *Lunch*
- 09.00 *Diretta Live Surgery  
su doppia Sala*      14.00 *Come trattare il difetto  
apicale nel prolasso  
complesso*
- Moderatori: M. Bologna, A. Ercoli,  
F. Bernasconi      Moderatori:  
M. Bologna, F. Deltetto, G. Zanni
- I Sessione video*
- Sala A:  
1 - COLPOISTERECTOMIA E  
RICOSTRUZIONE FASCIALE  
R. Milani      14.00 *La colposospensione alta  
ai legamenti utero-sacrali  
R. Milani*
- 2 - COLPOSOSPENSIONE AL  
SACROSPINOSO CON MESH  
F. Deltetto      14.30 *La colpoisterectomia con  
Enseal - M. Maffiolini*
- Sala B:  
1 - COLPOSACROPESSIA  
LAPAROSCOPICA SU CUPOLA  
R. Zaccoletti      15.00 *L'incontinenza urinaria  
associata al prolasso  
complesso - A. Azzena*
- 12.30 *Lettura Magistrale:  
Il razionale della chirurgia  
fasciale.  
Linee guida AIUG  
F. Bernasconi*      15.30 *Discussione sui temi  
R. Milani, A. Azzena,  
M. Maffiolini*
- efficacia e criticità della  
colposospensione fasciale  
- quando ricorrere alla  
chirurgia protesica  
- la gestione delle  
complicanze

## CLIP - Chirurgia Live della Pelvi femminile 8 Aprile 2016 - Peschiera del Garda

16.30 Come trattare il difetto  
apicale nel prolasso  
complesso

17.30 La chirurgia combinata  
vaginale: il ricorso al  
leg. sacrospinoso - G. Zanni

Moderatori:  
F. Barbieri, S. Landi, C. Romagnolo

18.00 Discussione sui temi  
V. Bergamini, F. Bernasconi,  
G. Zanni

Il Sessione video

16.30 Isterectomia subtotale ed  
istmosacropessia  
laparoscopica  
V. Bergamini

- quando ricorrere alla  
chirurgia addominale  
- esistono alternative alla  
colposacropessia?

17.00 La colposospensione  
laparoscopica alla spina  
iliaca - F. Bernasconi

18.30 Conclusione dei lavori

### Presentazione del corso

Il corso ALS tenutosi alla Clinica Pederzoli di Peschiera del Garda l'8 aprile 2016 ha affrontato la problematica della chirurgia del prolasso complesso multicompartimentale.

La giornata si è svolta con una prima sessione, al mattino, dedicata alla live surgery su doppia sala, durante la quale sono stati eseguiti e discussi interventi secondo quattro approcci diversi: per via vaginale, con tecnica fasciale e protesica, e per via addominale laparoscopica, con e senza l'utilizzo di mesh.

La sessione chirurgica è stata introdotta da una lettura magistrale di anatomia chirurgica, con particolare riferimento alle strutture anatomiche di supporto e di sospensione, sottolineando il razionale ma anche le criticità delle tecniche chirurgiche attualmente disponibili.

Nel pomeriggio si è svolta la seconda sessione dedicata al confronto con gli operatori, alla presentazione di video dedicati a nuove tecniche, alla discussione di specifici quesiti tra esperti e partecipanti.

# CLIP - Chirurgia Live della Pelvi femminile

## 8 Aprile 2016 - Peschiera del Garda

### Relazione scientifica

Il prolasso complesso multicompartimentale è la manifestazione di danni anatomici multipli delle strutture pelviche di sostegno e supporto, con diverse ricadute funzionali sulla paziente, non ancora pienamente comprese.

Di conseguenza l'obiettivo chirurgico non riguarda solo la correzione anatomica, ma il miglioramento della qualità di vita e il conseguimento di una normale funzione sessuale, urinaria, digestiva, evitando sequele iatrogene.

La tradizionale chirurgia fasciale ha il presupposto e merito di essere la chirurgia più anatomica ma può presentare dei limiti di efficacia, per motivi di ordine anatomico e tecnico.

L'aspetto anatomico è influenzato dalla integrità delle strutture legamentarie e fasciali, che se compromesse possono essere causa fino ad un 30 % di recidiva anatomica. E' inoltre da prevedere un fisiologico decadimento di queste strutture anatomiche nel tempo, soprattutto nelle categorie a maggior rischio come nelle collagenopatie, nel diabete, nelle fumatrici.

L'aspetto tecnico è legato ai limiti dell'accesso vaginale nella correzione dei difetti laterali paravaginali e apicali complessi, soprattutto se recidivi.

La chirurgia protesica, dopo l'enorme diffusione raggiunta agli inizi del nuovo millennio, ha subito un'importante battuta d'arresto con il warning della FDA, che ha reso evidente i rischi e le sequele derivanti dall'impiego di materiale protesico nella chirurgia vaginale.

In effetti la chirurgia protesica si è rilevata problematica almeno in due aspetti:

1- Se ha ridotto il rischio di recidiva anatomica, ha peraltro aumentato il tasso di reinterventi a causa delle intolleranze alle mesh e alle conseguenti ricadute sulla qualità di vita.

2- Il posizionamento di mesh in un compartimento anatomico aumenta il rischio di difetto anatomico "de novo" su un altro compartimento, probabilmente per una artificiosa alterazione dei vettori di forza.

D'altro canto l'analisi critica delle metodiche chirurgiche protesiche ha favorito una revisione qualitativa dei materiali anche da parte delle aziende e un utilizzo più accorto da parte degli operatori. Benché in mani esperte si siano dimostrati ottimi risultati e basse percentuali di erosioni, si è attualmente concordi ad evitare l'utilizzo indiscriminato di materiale eterologo, riproponendo la chirurgia tradizionale, almeno in taluni casi.

In particolare la chirurgia ricostruttiva con tessuto nativo si realizza mediante il ripristino dell'integrità fasciale e l'aggancio di tali strutture alle pareti pelviche e ai sistemi di sospensione apicale. Una esperta ricostruzione fasciale permette la correzione anatomica in una percentuale di casi superiore all'80%. E' chiaro che se tali strutture sono lesionate o hanno già fallito, appare ragionevole ricorrere alla chirurgia protesica. Questo sembra vero soprattutto per la correzione del compartimento anteriore, gravato da un maggior rischio di recidiva con

## CLIP - Chirurgia Live della Pelvi femminile 8 Aprile 2016 - Peschiera del Garda

la chirurgia fasciale.

Si aprono quindi delle possibili ipotesi di lavoro, nel tentativo di standardizzare alcune procedure chirurgiche, riconoscendo i seguenti presupposti:

1- La chirurgia ricostruttiva fasciale presenta un razionale anatomo-funzionale, permette di correggere tutti i difetti anatomici, con un basso impatto sulla funzionalità e un accettabile tasso di recidiva.

2- Alcune tecniche addominali laparoscopiche, come la colposospensione ai legamenti utero-sacrali, possono migliorare l'outcome della chirurgia fasciale soprattutto a livello apicale, permettendo un recupero più craniale delle strutture anatomiche di sospensione, con minori rischi di complicanze urologiche e neurologiche rispetto all'accesso vaginale.

3- La chirurgia sostitutiva protesica può avere un ruolo senz'altro importante per trattare un precedente fallimento chirurgico o un difetto di grado severo in un compartimento a rischio, come ad esempio quello anteriore.

D'altra parte essa è gravata da un maggiore costo e dal rischio di reazione avversa ai materiali impiegati.

Tali complicanze si manifestano in percentuali non ancora trascurabili, ma riducibili, in funzione dell'esperienza chirurgica e dell'introduzione di nuove tecniche chirurgiche vaginali "single incision", dove la minore esposizione del materiale ne consente anche la minore contaminazione.

4- La chirurgia protesica laparoscopica, storicamente impiegata come tratta-

mento di un precedente fallimento chirurgico, si dimostra molto efficace nel recuperare il difetto apicale, con un buon esito a distanza e con il minimo rischio di erosione, tanto da essere riconosciuta come "gold standard" del trattamento della recidiva anatomica pelvica.

L'interesse per la chirurgia laparoscopica, accompagnato dal timore di utilizzare le mesh per via vaginale, ha indotto molti operatori a forzare le indicazioni di questa tecnica, arrivando a proporre il "Global Repair" laparoscopico, di fatto una nuova tecnica endoscopica che consente di correggere dall'alto tutti i difetti compartimentali, dal livello I al livello III di DeLancey, senza alcuna incisione vaginale.

Tecnica tanto interessante quanto difficile, che richiede una lunga curva di apprendimento e che resta, almeno per ora, appannaggio del chirurgo laparoscopista.

Sono stati effettuati tentativi di semplificazione della tecnica laparoscopica ma senza effettivi vantaggi. Al contrario, da alcuni anni si è rinnovato l'interesse per una vecchia tecnica di sospensione laterale o di ventro-fissazione della cupola vaginale e dell'utero, metodica originariamente laparotomica, poi proposta per via laparoscopica con fili di sospensione non riassorbibili, infine con l'utilizzo di banderelle in polipropilene.

Quest'ultima tecnica appare più semplice e quindi meglio riproducibile rispetto alla colposacropessi, ma corregge solo il compartimento apicale e non dispone ancora di significativi follow-up e consolidati dati bibliografici.

# CLIP - Chirurgia Live della Pelvi femminile

## 8 Aprile 2016 - Peschiera del Garda

validati dati bibliografici.

Nel meeting ALUG di marzo si è giunti quindi alla conclusione che esistono diverse opzioni chirurgiche, efficaci e sicure in mani esperte, ma non esiste l'intervento chirurgico per eccellenza, tale da risolvere tutte le problematiche anatomico-funzionali del pavimento pelvico. E' ovvio quindi che il chirurgo uroginecologo non può ricorrere ad un'unica tecnica a lui nota, ma deve conoscere i diversi approcci chirurgici, per offrire una risposta competente e soddisfacente su ciascuna paziente.

Ma questo non basta, il problema maggiore sta probabilmente a monte: ancora oggi abbiamo conoscenze anatomico-funzionali parziali se non deficitarie, per cui l'inquadramento della paziente e la scelta terapeutica, soprattutto chirurgica, si basa su opinioni e criteri personali, piuttosto che su elementi oggettivi. Non è sufficiente sapere operare e nemmeno sapere svolgere le diverse opzioni chirurgiche. Dobbiamo compiere ancora un grosso sforzo, per arrivare meglio a comprendere i processi eziopatogenetici delle patologie del pavimento pelvico, le conseguenze anatomico-funzionali e le ripercussioni cliniche.

Solo in questo modo si potrà un giorno arrivare, mediante un corretto inquadramento della paziente, a condividere una strategia comune e possibilmente protocolli validati come altri campi della medicina sanno offrire. Futuro o utopia?

### Bibliografia

1. JM van der Ploeg et al. Prolapse surgery with or without stress incontinence

surgery for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. BJOG 2014; 121:537-547.

2. CM Maher et al. Surgical management of pelvic organ prolapse in women: the updated summary version Cochrane review. Int Urogynecol J (2011) 22:1445-1457

3. ND Bedford et al. Long-term outcomes of laparoscopic repair of cystocele. ANZJ Obstet Gynaecol 2015; 55:588-592.

4. J Marschke et al. Transvaginal single-incision mesh reconstruction for recurrent or advanced anterior vaginal wall prolapse. Arch Gynecol Obstet 2015; 291:1081-1087.

5. A.Wattiez et al. Laparoscopic prolapse surgery: types and evidence. Curr Opin Obstet Gynecol 2016; 28:430-434.

6. IL Parkes et al. Sacrocolpopexy for Treatment of Vaginal Apical Prolapse: Evidence-Based Surgery. JMIG 2014; 21: 546-557.

7. GA Filmar et al. Laparoscopic uterosacral ligament suspension and sacral colpopexy: results and complications. Int Urogynecol J 2014; 25: 1645-1653.

8. J Dubuisson et al Laparoscopic Lateral Suspension: benefits of a cross-shaped mesh to treat difficult vaginal vault prolapse. 2016; 23: 672

9. P Dallenbach et al. Incidence and risk factors for mesh erosion after laparoscopic repair of pelvic organ prolapse by lateral suspension with mesh. Int Urogynecol J 2016; 27: 1347-1355.

10. MJ Funch et al. Trends in use of surgical mesh for pelvic organ prolapse AJOG 2013; 208: 79.e1.7



CLIP  
Chirurgia Live  
della Pelvi femminile

*Responsabile del corso:  
Giuliano Zanni*



**VICENZA**  
6 Maggio 2016

# Programma

08.50 *Saluto delle autorità*

**La paziente che soffre di prolasso:  
Correlazioni tra la patologia e i fattori  
che condizionano le scelte  
terapeutiche**

*M. Cervigni, A. Lukanovic*

09.10 *Entità del prolasso e  
sintomatologia - B. Adile*

09.30 *Età e co-morbidità della  
paziente con prolasso  
genitale - B. Adile*

09.50 *La paziente isterectomizzata  
e quella con recidiva  
M.A.Zullo*

10.10 *Discussione*

**Razionale di una scelta terapeutica  
adeguata e sostenibile**

*V. Bergamini, G. Benedetto*

11.10 *Caratteristiche delle  
tecniche chirurgiche  
disponibili: invasività,  
complessità, rischi, durata  
dell'intervento, outcome  
previsto - M. Maffiolini*

11.30 *Razionale chirurgico rispetto  
alle caratteristiche del  
prolasso e della paziente  
M.Cervigni*

11.50 *Sostenibilità della  
promontofissazione  
F.Bernasconi*

12.10 *Sostenibilità della chirurgia  
vaginale protesica  
F. Deltetto*

12.30 *Aspetti anatomo-chirurgici  
del prolasso per via vaginale  
e laparoscopica  
A. Lukanovic*

12.50 *Discussione*

13.20 *Pranzo*

**1° SESSIONE VIDEO**

*C. Romagnolo, T. Patrelli*

- 14.50
- *Chirurgia fasciale vaginale  
V. Bergamini*
  - *Chirurgia protesica  
vaginale - M. Maffiolini*
  - *Promontofissazione  
Laparoscopica - R. Zaccoletti*
  - *Chirurgia robotica  
M. Cervigni*

**2° SESSIONE VIDEO**

*Y.J. Meir, G. Martini*

- *VALS - G. Zanni*
- *Amputazione del collo  
G. Falconi*
- *Colpocleisi - C. Bertellini*

16.20 *Discussione*

16.50 *Tavola rotonda con esperti  
e take home message  
M. Cervigni, A. Lukanovic,  
F. Bernasconi*

18.00 *Conclusione dei lavori*



**CLIP**  
Chirurgia Live  
della Pelvi femminile

*Responsabile del corso:  
Stefano Dati*



**ROMA**  
20 Maggio 2016

# Presentazione del corso

Il Corso, come di seguito, si è articolato in due fasi ed è stato finalizzato alle diverse proposte terapeutiche tra incertezze ancora presenti e opinioni ormai consolidate, nel trattamento anatomo-funzionale dei prolapsi genitali tricompartimentali.

## **I FASE antecedente alla data del Corso**

Identificazione di 3 casi clinici affetti da prolasso urogenitale severo trattati in "live surgery" nelle rispettive sale chirurgiche, con diverse modalità d'intervento:

- Chirurgia fasciale con approccio transvaginale, Ospedale Villa San Pietro  
G. De Matteis
- Trattamento chirurgico ad accesso transvaginale con mesh.  
Policlinico Casilino - S. Dati
- Chirurgia ricostruttiva protesica con ingresso laparoscopico.  
Policlinico Gemelli - G. Campagna

## **II FASE 20 MAGGIO 2016**

Tecniche a confronto nei difetti del pavimento pelvico femminile

Il programma si è articolato nelle seguenti 6 sessioni:

### **I SESSIONE: Percorso uroginecologico pre-chirurgico**

Moderatori: E. Piccione – M. Bologna

09.10 Epidemiologia e fisiopatogenesi del prolasso genitale severo  
V. Napolitano

09.30 Lettura magistrale: Anatomia chirurgica propedeutica alla ricostruzione del pavimento pelvico - A. Ercoli

09.50 Algoritmo diagnostico clinico/strumentale nei prolapsi pelvici multiorgano  
E. Finazzi Agrò

10.10 "Tailored surgery" nelle pazienti affette da difetti del pavimento pelvico  
C. Oliva

10.30 Coffee break

### **II SESSIONE: Tecnica ad accesso transvaginale no - mesh**

Moderatori:

F. Bernasconi - G. Pisapia Cioffi

11.00 Chirurgia ricostruttiva fasciale: quali vantaggi e limiti? - G. Trezza

11.20 Videochirurgia: I caso clinico  
G. De Matteis

12.10 Discussione e commenti

### **III SESSIONE: Tecnica ad accesso transvaginale con mesh**

Moderatori: B. Cinque - M. Maffiolini

12.20 Perché utilizzare le mesh?  
Attualità e proposte innovative nella chirurgia protesica - F. Deltetto

12.40 Videochirurgia: Il caso clinico  
S. Dati

13.30 Discussione e commenti

# CLIP - Chirurgia Live della Pelvi femminile 20 Maggio 2016 - Roma

## IV SESSIONE: Tecnica laparoscopica con mesh

Moderatori:

P. Saccucci, A. Iuliano

14.40 Chirurgia ricostruttiva  
protesica LPS: rationale ed  
indicazioni - A. Ercoli

15.00 Videochirurgia:

III caso clinico

G. Campagna

15.50 LPS vs transvaginale:

tecniche chirurgiche a  
confronto

M. Cervigni

## V SESSIONE: Scelte terapeutiche nel ripristino della statica pelvica anatomo-funzionale

Moderatori:

M. Giovannini, V. Ambrogio

16.20 Approccio laparotomico al  
prolasso pelvico. Quale spazio oggi?

V. Leanza

16.40 Gestione pre-post chirurgica nei  
POP + OAB - F. Natale

17.00 POP + ODS approccio combinato  
o differito? - M. Mongardini

17.20 Prolasso pelvico multiorgano:  
isteropessi o isterectomia.

A. Perrone



17.40 Le recidive anatomiche, quale  
strategie adottare? - M. Cervigni

18.00 Discussione e commenti

## 18.10 VIDEO COLLECTION: CHIRURGIA COLON-RETTALE NELLE PATOLOGIE DEL PAVIMENTO PELVICO

Moderatori: F. Nobili, G. Nicolanti

- Sospensione degli organi pelvici con  
tecnica laparoscopica POPS

V. Gianfreda

- Rettopessi ventrale laparoscopica nel  
prolasso rettale con ODS

A. Stuto

- TPS nel trattamento del perineo  
discendente - A. Renzi

19.00 CONCLUSIONE DEI LAVORI

# CLIP - Chirurgia Live della Pelvi femminile

## 20 Maggio 2016 - Roma

Il Corso Clip è stato inaugurato dall'autorevole intervento del prof. Giovanni Scambia, Direttore Dipartimento UCSC del Policlinico Gemelli di Roma, e presentato dal Presidente AIUG Prof. Gaspare Carta e dal Prof. Mauro Cervigni, Segretario Scientifico dell'Associazione.

### Mission del Corso:

**Ottimizzare** il percorso uroginecologico pre-chirurgico attraverso moderni orientamenti fisiopatogenetici e **identificare** i riferimenti anatomici e funzionali nella ricostruzione del pavimento pelvico per una scelta terapeutica applicabile ad ogni "singolo" caso.

**Considerare** vantaggi e limiti di 3 procedure alternative a diversi accessi, nel trattamento dei difetti complessi del pavimento pelvico (transvaginale no mesh, transvaginale + mesh, laparoscopico + mesh) attraverso presentazione di tecniche videochirurgiche e valutazione degli esiti a breve termine.

**Sciogliere** dubbi e incertezze nelle diverse scelte terapeutiche proponibili, nel ripristino della statica pelvica considerando " i pro e i contro ".

**Conoscere** attraverso una video collection alcune interessanti proposte collettive nel trattamento dei difetti del pavimento pelvico.

Desidero ringraziare in particolare Relatori e Moderatori tutti che, con la loro preziosa presenza e l'alto profilo degli interventi, hanno reso possibile un evento di alta qualità.

Ho altresì accolto con vivo entusiasmo la presenza di giovani colleghi fortemente motivati che rappresentano il futuro di una specialità in continua evoluzione.

Un ringraziamento particolare va alle Aziende che, con il loro determinante contributo, hanno permesso a tutti noi di riunirci con forza, professionalità e determinazione per discutere la nostra grande passione professionale: l'uroginecologia e il suo domani.

Grazie di cuore al dott. Francesco Fiorello e all'efficiente macchina dell'AIUG che ancora una volta hanno sapientemente coordinato tutti gli aspetti organizzativi del Corso.

Auspico un prossimo incontro nel quale si possano sciogliere parte dei nodi ancora esistenti. Gli stessi nodi che determinano dubbi e perplessità nelle opzioni terapeutiche finalizzate al trattamento dei difetti complessi della patologia uroginecologica.





## BASIC UROGYN Il Pavimento Pelvico

*Responsabile del corso:  
Francesco Deltetto*



**TRENTO**  
21 Maggio 2016

# Programma

- 08.30 *Registrazione partecipanti*
- 08.45 *RAZIONALE*  
V. Bergamini, F. Deltetto
- Moderatori:*  
V. Bergamini, M. Bologna
- 09.00 *ANATOMIA*  
G. Capobianco
- 09.20 *URODINAMICA*  
- Quando: M. Tiberi  
- Come: L. Cito
- 10.00 *ECOGRAFIA*  
L. Cito
- 10.15 *INCONTINENZA URINARIA*  
Terapia: G. Bellini
- 10.35 *SALUTO DELLE AUTORITA'*  
Madre Superiora, Assessore
- 10.50 *Coffee break*
- 11.10 *CHIRURGIA PROLASSO  
GENITALE*  
- LPS: S. Tateo  
- Vaginale: F. Deltetto
- 11.50 *TERAPIA PROTESICA*  
- No mesh: M. Maffiolini  
- Si mesh: A. Azzena
- 12.30 *NUTRACEUTICA*  
*Infezioni urinarie*  
M. Manfredini
- 12.50 *LUNCH*
- 14.00 *NUTRACEUTICA*  
*Ecosistema vaginale*  
A. Sobczynska Di Dionisio
- 14.20 *RIABILITAZIONE*  
*Prevenzione: S. Manfredi*  
*Terapia: D. Arervo*
- 15.00 *GESTIONE*  
*Dom.: G. Caprini*  
*Osp.: I. Penner*
- 15.40 *Discussione*
- 16.00 *Fine congresso*

## Basic Urogyn 21 Maggio 2016 - Trento

*L'UroGinecologia ha assunto un ruolo sempre più importante nella salute delle Donne, diventando una delle Branche portanti della Ginecologia.*

*Naturalmente in questo percorso di crescita l'insieme delle conoscenze si è allargato partendo dall'eziopatologia e dalla diagnostica per arrivare alla terapia.*

*La diagnostica ecografica si avvale oggi di un'alta definizione delle immagini anche negli ecografi di fascia intermedia portando anche negli studi professionali individuali la possibilità di "vedere" quello che prima si immaginava solo.*

*Anche la chirurgia attraverso la Laparoscopia ha fatto un percorso analogo, anche qui permettendo di "vedere" e imparare l'anatomia. Questo passaggio ha determinato però la riacquisizione da parte del Ginecologo dell'accesso vaginale, aiutato dalla moderna tecnologia con "devices" e "mesh". Esistono molte tecniche chirurgiche per curare un solo problema ma si può anche dire che esistono tanti tipi di prolasso e quindi molte soluzioni. Quindi non bisogna chiudere ma anzi aprire i propri orizzonti di conoscenza.*

*E oggi all'orizzonte compaiono, trasmigrando dalla chirurgia estetica, anche tecniche di trattamento locale, non solo ormonali ma anche fisiche, che determinano un rimodernamento del collagene vaginale. Infine quando si parla di fisico occorre ricordare che l'educazione motoria è una componente troppo spesso trascurata e parte dall'adolescenza, ma diventa fondamentale per la gravidanza e il parto.*







## BODYLAB

### Formazione AIUG su cadavere



*Segreteria Scientifica:*  
Mauro Cervigni

*Direttore del Laboratorio:*  
Gian Luca Bracco



## **AREZZO**

**21 Maggio 2016, 1 Ottobre 2016  
16 Giugno 2017, 28 Giugno 2017  
21 Settembre 2017, 6 Ottobre 2017**

# Programma

## PARTE TEORICA MATTUTINA

- 11.00 *Presentazione del Corso*
- 11.30 *Anatomia pelvica*  
*Giuseppe Campagna*
- 12.40 *Tecniche chirurgiche di correzione della IUS e del Prolasso genitale per via transvaginale*  
*Gian Luca Bracco*
- 13.00 *Spiegazione dello svolgimento della sessione pomeridiana su cadavere: vestizione, divisione per gruppi (10 partecipanti divisi in due gruppi da 5 ed assegnati ad un tutor ed entrambi hanno lavorato su 2 cadaveri)*
- 13.15 *Lunch*

## PARTE PRATICA POMERIDIANA

- 13.45 *Riunione presso l'aula settoria*
- 13.45 – 15.45  
*Simulazione sul 1° cadavere dei seguenti interventi:*
- *Impianto sling transotturatorie*
  - *Impianto sling retro pubiche*
  - *Impianto minisling*
  - *Impianto mesh single incision e mesh a braccia*
  - *Sospensione utero/vagina ai leg sacrospinosi*
- 15.45 – 17.30  
*Simulazione sul 2° cadavere degli stessi interventi*
- Al termine di ogni intervento l'anatomista eseguirà la dissezione della sede anatomica e si verificherà il corretto posizionamento del dispositivo.*



Bodylab, Arezzo

21 Maggio 2016, 1 Ottobre 2016, 16 Giugno 2017,  
28 Giugno 2017, 21 Settembre 2017, 6 Ottobre 2017

**LABORATORIO DI ANATOMIA  
CHIRURGICA DELLA PELVI FEMMINILE**

*La chirurgia protesica della IUS  
La chirurgia del legamento sacro spinoso*

*L'essenza del laboratorio:*

*E' L'ANATOMIA CHIRURGICA.*

*E' dare ai colleghi l'opportunità di costruirsi una propria mappa (anatomica).  
E' fare tutte le verifiche anatomiche che crede.*

*E' poter rispondere tutte le volte alle quattro domande correlate all'efficacia e alla sicurezza durante una procedura chirurgica pelvica:*

- *Che cosa è questo?*
- *Dove è quello?*
- *Come ci arrivo?*
- *Con cosa ci arrivo?*

*E' prendere conoscenza e confidenza con i principali dispositivi utilizzati per la chirurgia del prolasso e dell'incontinenza per via vaginale.*

*L'assistenza di un anatomista ha permesso di valutare dopo ogni gesto chirurgico sul cadavere la corretta applicazione dei dispositivi con la dissezione della zona anatomica interessata.*

*Avendo avuto a disposizione un secondo cadavere, il corsista ha potuto riprovare la procedura e verificare i suoi progressi dopo l'esperienza maturata sul primo cadavere.*

*I partecipanti sono stati divisi in due gruppi ed affidati ad un tutor che li ha seguiti nel corso, insieme all'anatomista,*



*Bodylab, Arezzo*

*21 Maggio 2016, 1 Ottobre 2016, 16 Giugno 2017,  
28 Giugno 2017, 21 Settembre 2017, 6 Ottobre 2017*

*con a disposizione due pelvi per ciascun gruppo.*

### **Reclutamento dei partecipanti**

*Il programma del BODY LAB è stato inserito nel Programma di Formazione e Certificazione dell'AIUG per il 2016/2017. Nel sito AIUG sono state inserite le modalità per inviare la domanda di partecipazione.*

### **Anatomista**

*Giuseppe Campagna*

### **MATERIALI e TECNICHE PRESENTATE ed ESEGUITE DURANTE IL CORSO**

*Sono state eseguite le seguenti tecniche:*

- Impianto sling transotturatorie*
- Impianto sling retro pubiche*
- Impianto minisling*
- Impianto mesh single incision e mesh a braccia*
- Sospensione utero/vagina ai leg sacrospinosi*





## BASIC RIAB

Corso teorico-pratico AIUG  
Tecniche riabilitative nella  
prevenzione e terapia delle  
disfunzioni perineali ante e  
post-partum



*Presidenti del corso:*

*Gaspare Carta, Giuseppe Ruggeri*



# AVEZZANO

26 Maggio 2016

# Programma

08.00 Introduzione  
Gaspere Carta

08.30 - 10.30

## I SESSIONE

Moderatori: Felice Patacchiola,  
Giuseppe Ruggeri

Discussant: Maurizio Bologna,  
Giulio De Matteis,  
Franco Frondaroli

Anatomia e fisiologia del  
pavimento pelvico  
Stefano Dati

Attuali conoscenze nella  
prevenzione dei danni  
perineali da parto  
Gaspere Carta

Danno perineale da parto:  
la perineal card come  
strumento di diagnosi  
precoce  
Angela D'Alfonso

Il recupero del pavimento  
pelvico nel post-partum:  
la validità delle strategie  
riabilitative  
Martina Marchegiani

Incontinenza urinaria:  
inquadramento clinico e  
diagnostico  
Virginio Ambrogi

La riabilitazione del  
pavimento pelvico  
Antonella Cavalieri

10.30 - 11.00 Coffee Break

## APPLICAZIONI PRATICHE SULLE TECNICHE RIABILITATIVE

11.00 - 13.30

Esercitazioni pratiche  
su modella  
Antonella Cavalieri

13.30 - 14.30 Light lunch

14.30 - 17.00 Respirazione  
Francesca Liberati



## XXV Congresso Nazionale AIUG

*Presidente del Congresso:  
Valentino Bergamini*



**VERONA**  
9/11 Giugno 2016

# Programma

## Giovedì - 9 Giugno 2016

08.00 Registrazione

TRAINING TIME

09.00 - 12.30 AIUG - AGUI

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE AL PAVIMENTO PELVICO

09.00 - 18.00 AIUG - FNCO

GRAVIDANZA E PAVIMENTO PELVICO: LE FONDAMENTA DELLA VITA

12.30 - 15.00 INAUGURAZIONE CONGRESSO

15.00 - 17.40 SESSIONE IL DOLORE PELVICO

18.00 - 19.15 SESSIONE RIABILITAZIONE

## Venerdì - 10 Giugno 2016

08.30 - 09.50 SESSIONE MENOPAUSA

09.50 - 13.30 SESSIONE INCONTINENZA

13.30 - 15.30 SESSIONE RETI/PROLASSO

15.30 - 18.50 TECNICHE CHIRURGICHE

## Sabato - 11 Giugno 2016

08.30 - 13.30 SURGERY

13.30 - 14.30 TAKE HOME MESSAGE



**170 OSTETRICHE**

**118 FACULTIES**

**750 INGRESSI UNICI**

**40 AZIENDE SPONSOR**

**94 SPECIALIST AZIENDE**





*Guarda tutte le foto  
del XXV Congresso  
Nazionale AIUG*





## BASIC RIAB

Prevenzione e riabilitazione  
del danno Pelvi-perineale da parto

*Responsabile del corso:  
Vittorio Catarinella*



**ROMA**  
30 Settembre 2016

# Programma

08.00 Registrazione dei partecipanti

08.15 Saluto e introduzione  
Mario Filippo Segatore

## I SESSIONE

Moderatori:

Patrizia Forleo, Felice Patacchiola

08.30 - 09.00

La prevenzione del danno perineale in sala parto - Vittorio Catarinella

09.00 - 09.30

Il parto in analgesia perimidollare: effetti sul pavimento pelvico  
Maria Grazia Frigo, Rosaria Paglione

09.30 - 10.00

Le posizioni "libere" nel travaglio fisiologico - Alessia Giulianelli, Laura Giustini, Rosaria Paglione

10.00 - 10.30

Il parto operativo - Paolo Fusco

10.30 - 11.00

Domande e Risposte

## II SESSIONE

Moderatori:

Simonetta Draghi, Valerio Napolitano

11.30 - 12.00

Utilizzo della PERINEAL CARD e organizzazione del PELVIC CENTER  
Angela D'Alfonso

12.00 - 12.30

Ruolo dell'ecografia transperineale dopo il parto - Giorgia Perniola

12.30 - 13.00

La preparazione del perineo in gravidanza - Antonella Cavalieri

13.00 - 13.30

Domande e Risposte

13.30 - 14.30

Lunch

## III SESSIONE

Moderatori:

Angela D'Alfonso, Marina Natili

14.30 - 15.00

La riabilitazione del pavimento pelvico indicazioni nelle diverse disfunzioni  
Antonella Cavalieri

15.00 - 15.30

La riabilitazione del pavimento pelvico: le tecniche - Antonella Cavalieri

15.30 - 17.45

Esercitazioni pratiche di riabilitazione del pavimento pelvico stage riabilitativo (con modella) - Antonella Cavalieri

17.45 - 18.15

Conclusioni e somministrazione questionario di apprendimento  
Vittorio Catarinella, Felice Patacchiola, Annalisa Stroppolo



## BASIC UROGYN

Conoscenza di base per iniziare  
un percorso uroginecologico



*Presidenti del Corso:*  
R. Alloni, R. Coppola

*Direttori del Corso:*  
M.A. Zullo, V. Ripetti



**ROMA**  
27 Ottobre 2016

# Programma

08.15 *Registrazione dei partecipanti*

08.40 *Introduzione e presentazione del corso*

## *I SESSIONE*

*Moderatori: R. Coppola, M. Bologna  
M.A. Zullo*

09.00 *Federanziani e le problematiche dell'incontinenza*  
*R. Messina*

09.20 *Anatomia funzionale del pavimento pelvico*  
*S. Morini*

09.40 *Evento ostetrico e disfunzioni pelvi-perineali - G. Carta*

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

10.20 *L'oncologia urologica e l'incontinenza urinaria*  
*G. Muto*

10.40 *Le acque curative delle Terme d'Italia*  
*R. Del Monaco*

## *II SESSIONE*

*Moderatori: P. Di Roberto,  
F. Patacchiola, 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? - F. Natale*

11.55 *L'Imaging in uroginecologia*  
*B. Beomonte Zobel*

12.15 *La terapia della vescica iperattiva - M.A. Zullo*

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

12.55 *Nuove strategie terapeutiche sul benessere dell'ecosistema vaginale: percorso di 1 anno*  
*G. Trezza*

13.15 *LUNCH*

## Basic Urogyn 27 Ottobre 2016 - Roma

### III SESSIONE

Moderatori: G. Nicolanti,  
V. Scotto di Palumbo, G. Trezza

- |       |   |       |  |
|-------|---|-------|--|
| 14.00 | Il ruolo della terapia rieducativa del pavimento pelvico: quando consigliarla?<br>R. Sandomingo                           | 16.00 | Trattamento chirurgico del compartimento superiore: via vaginale - G. De Matteis                                       |
| 14.20 | Tecniche ipopressive (Low Pressure Fitness) ed incontinenza urinaria<br>M. Rodriguez Adami                                | 16.20 | Trattamento chirurgico del compartimento superiore: razionale ed indicazioni della tecnica protesica LPS<br>G.Campagna |
| 14.40 | Nuovo test diagnostico per la neuromodulazione sacrale<br>M.A. Zullo  | 16.40 | Prolasso pelvico multiorgano: tecniche chirurgiche a confronto - M. Cervigni   |
| 15.00 | Trattamento chirurgico dell'incontinenza urinaria da sforzo: dal primo intervento alla recidiva<br>V. Ambrogi             | 17.00 | Trattamento chirurgico del compartimento vaginale posteriore: quale approccio considerare? - S. Dati                   |
| 15.20 | La IUS da insufficienza sfinterica: dalla diagnosi al trattamento<br>P. Paesano   | 17.20 | Integrazione nutraceutica nel trattamento delle infezioni urinarie - M. Manfredini                                     |
| 15.40 | Trattamento chirurgico del compartimento vaginale anteriore: dalla chirurgia fasciale a quella protesica<br>V. Napolitano | 17.40 | Chiusura lavori  |





## ALS

AIUG Live Surgery



*Presidenti:*

*A. Longo, M. Maffiolini*

*Direttori del corso:*

*P. Boccasanta, M. Luerti*



# BERGAMO

11/12 Novembre 2016

# Programma

## 11 NOVEMBRE 2016

08.30 *Registrazione dei partecipanti e presentazione del corso*

09.00 - 13.00

*ANATOMIA, FISIOPATOLOGIA E DIAGNOSTICA DEI DIFETTI DEL PAVIMENTO PELVICO E DELL'INCONTINENZA URINARIA*

*Moderatori: V. Bergamini, C. Sportelli*

*- Anatomia funzionale del pavimento pelvico - A. Ercoli*

*- L'ecografia nella diagnostica nei prolassi degli organi pelvici  
F. Leone*

*- Dalla teoria unitaria del prolasso al prolasso genitale multi organo  
A. Longo*

*- L'anamnesi uroginecologica e la diagnosi clinica nei difetti del pavimento pelvico e nell'incontinenza urinaria  
M. Maffiolini*

*- POP: quando trattare una IUS associata o latente? - F. Natale*

*- Il ruolo della perineografia nella diagnostica del prolasso pelvipерineale  
G. Calabrò*

14.00 - 18.00

*TAVOLA ROTONDA:*

*Controversie nella chirurgia della correzione della statica pelvica  
Moderatori: G. Carta, M. Bologna*

*Introduzione delle controversie*

*- Quale trattamento chirurgico dell'incontinenza urinaria da sforzo, dal primo intervento alla recidiva?  
F. Bernasconi*

*- Quale trattamento chirurgico del compartimento vaginale anteriore: chirurgia fasciale o protesica?  
S. Salvatore*

*- Quale trattamento chirurgico del difetto centrale: isterectomia o conservazione dell'utero? - G. Carta*

*- Quale trattamento chirurgico del difetto centrale: approccio vaginale o laparoscopico? - M. Serati*

*- Pelvic organ prolapse suspension (POPS) laparoscopica: nuova alternativa chirurgica?  
S. Agradi, V. Gianfreda*

## ALS - Aiug Live Surgery 11/12 Novembre 2016 - Bergamo

- *Transverse Perineal Support (TPS)*  
per il trattamento del perineo  
disceso

A. Renzi

- *Unità funzionale di pelvipеринеologia: sogno o realtà?*

P. Boccasanta

### **12 NOVEMBRE 2016**

08.00 - 14.00

VIDEO SESSION

Moderatori: M. Cervigni,

V. Gianfreda, D. Riva

Video presentati da:

S. Agradi, B. Andrei, M. Luerti,

M. Maffiolini, D. Riva

- *Isterectomia per via vaginale  
senza suture e correzione dei difetti  
con tecnica fasciale*

- *Cervicoistmosospensione al  
sacrospinoso con cistopessi*

- *Posizionamenti di sling sottouretrale  
per IUS*

- *POPS con conservazione dell'utero*

- *Isterectomia laparoscopica  
sopracervicale con POPS*

- *Correzione della IUS e del  
colpocele anteriore con mesh  
eterologa*

*Proiezione di video nell'intervallo tra  
gli interventi*

## Presentazione del corso

*I difetti della statica pelvica rappresentano una gran parte delle patologie femminili che portano la donna prima alla consultazione ginecologica e poi spesso ad affrontare un intervento di correzione chirurgica. I difetti della statica pelvica sono infatti all'origine del prollasso dell'utero, della vagina, della vescica o del retto con una serie di sintomi che vanno dal senso di peso, alla protrusione di organi dai genitali esterni, all'incontinenza urinaria e fecale. Attraverso la via vaginale possono essere effettuati gran parte degli interventi di correzione, ma anche la via laparoscopica si sta dimostrando sempre più utile in una serie di circostanze ben identificate. Un'altra variabile che si è andata ad inserire nel repertorio chirurgico della correzione di queste patologie è l'uso di protesi, in alternativa alla chirurgia fasciale che, utilizzando i tessuti della paziente, è gravata da un'elevata percentuale di fallimenti e di recidive. Recentemente è andata affermandosi anche l'ecografia e più in generale le tecniche di imaging per una diagnostica più precisa del tipo e gravità del difetto, così come della valutazione dei risultati. Obiettivo di questo corso è quello di offrire una possibilità di aggiornamento sulle possibilità offerte dalla chirurgia transvaginale e laparoscopica nella chirurgia della correzione dei difetti della statica pelvica con sessioni di chirurgia in diretta e con discussione delle principali controversie relative all'utilizzo delle diverse tecniche, oltre che mostrare le possibilità della diagnostica di imaging nel work up preoperatorio, attraverso un confronto con specialisti di estrazione e formazione diversa (ginecologi, coloproctologi, chirurghi generali, urologi), anche alla luce dei risultati ottenuti dai Direttori del Corso attraverso una condivisione di esperienze e conoscenze, che hanno portato tra l'altro a mettere a punto alcune modifiche all'intervento di POPS, che potrebbe essere proposto come valida alternativa alla sacropessia laparoscopica.*

## Relazione scientifica

Proposte di correzione chirurgica del difetto centrale e posteriore  
Massimo Luerti: Responsabile U.O. di Ginecologia, Istituto Clinico Città Studi di Milano

Il rettocele è forse il meno indagato e conosciuto dei prolapsi degli organi pelvici. Di fatto esistono diversi tipi di rettocele, anteriori, laterali e posteriori. Quello più conosciuto dai ginecologi è il rettocele anteriore. Alla base della diagnosi e del trattamento di questo difetto deve stare la conoscenza delle sue basi anatomiche, che vanno ricercate in modifiche della parete del viscere rettale o del muscolo elevatore dell'ano, che lo supporta. Il rettocele è peraltro sempre associato ad un perineo discendente, in quanto, quando il retto è posizionato normalmente, l'osso pubico ne impedisce la dilatazione anteriore. Gli studi anatomo-istologici non hanno confermato l'esistenza del cosiddetto "setto rettovaginale", non esistendo evidenza di uno strato fasciale distinto tra la parete vaginale posteriore e gli strati fibromuscolari della vagina, che usualmente vengono utilizzati per la correzione chirurgica del rettocele e supportare quindi la parete anteriore del retto. La cosiddetta "fascia" che viene utilizzata durante la colporrafia consiste in realtà di un tessuto connettivo moderatamente denso con fibre muscolari lisce, simile agli strati profondi della parete vaginale e risulta da un artefatto della dissezione chirurgica tra la parete vaginale e il retto.

Anche il cosiddetto "pavimento pelvico" è una definizione non del tutto corretta, in quanto in realtà il supporto degli organi pelvici è esercitato dai legamenti sospensori che li vincolano alla parete pelvica. La definizione corretta dovrebbe essere "diaframma pelvico", perché la sua funzione è in realtà quella di aprire e chiudere vagina e retto. Il perineo iperdisceso dovrebbe essere invece considerata un'alterazione secondaria del prolasso dei visceri pelvici, in quanto è sempre associato al prolasso di uno di essi e scompare con la correzione chirurgica corretta.

Il prolasso rettale si associa sempre al prolasso genitale quando è presente una sindrome da defecazione ostruita (ODS): le pazienti possono raggiungere la defecazione attraverso un meccanismo compensatorio, ma i legamenti di supporto dei visceri pelvici non possono consentire la presenza di un prolasso rettale senza prolasso genitale.

Da quanto sopra emerge che, se il prolasso rettale primario può essere trattato solo dal coloproctologo, il prolasso rettale secondario dovrebbe essere trattato o da un chirurgo pelvico dotato di competenze multidisciplinari o, in assenza di esso, dalla collaborazione del coloproctologo e dell'uroginecologo.

Tra le tecniche chirurgiche più utilizzate

## ALS - Aiug Live Surgery 11/12 Novembre 2016 - Bergamo

ad oggi nella correzione del difetto centrale e/o posteriore, la colposacropessia può esitare nella presenza di rettocele o prolasso rettale, in una incompleta evacuazione dovuta a premiti inefficaci, a orizzontalizzazione della vagina e a perineo iperdisceso.

Anche la colposospensione secondo Mc Call può esitare in ODS da ostruzione del Douglas. Il problema viene spesso ignorato degli uroginecologi, che raramente valutano la presenza di ODS dopo correzione del prolasso genitale. Una proposta di correzione chirurgica alternativa è quella della cosiddetta POPS, intervento di sospensione proposto originariamente da Dubuisson, che consiste nella solidarizzazione di una mesh che trova il proprio punto di aggancio sulla fascia dei muscoli obliqui esterni, con la fascia cervicale (in caso di conservazione dell'utero o di isterectomia sopracervicale) o con la fascia vaginale (in caso di correzione del prolasso della cupola vaginale); la sospensione è laterale e tension-free e rispetta l'anatomia della pelvi, senza obliterare il cavo del Douglas e danneggiare l'innervazione del sigma-retto. Obiettivo primario è vicariare la funzione del legamento cardinale, principale supporto del viscere uterino e della vagina, le indicazioni sono le stesse della colposacropessia, dalla quale si differenzia solo per il punto di attacco alto della mesh, mentre il confezionamento e l'aggancio di questa alla cervice uterina piuttosto che alla cupola vaginale non dovrebbero differire. Andrei ed io, rispettivamente Direttore e Segretario

della Scuola Italiana di Chirurgia Mini Invasiva Ginecologica, abbiamo apportato qualche modifica alla tecnica laparoscopica proposta da Dubuisson e da Longo, riducendo l'invasività e migliorando la tecnica di fissazione bassa della mesh.

In particolare:

- abbiamo sostituito la miniincisione cranio dorsale alla sede di introduzione dei trocars accessori, attraverso la quale i colleghi preparano l'accesso al tunnel preperitoneale attraverso il quale la mesh viene fatta scorrere fino alla fascia dei muscoli obliqui, con un'altra introduzione di un trocar da 5 mm, con il quale si prepara il tunnel e attraverso il quale si introduce una pinza laparoscopica da presa per afferrare le estremità craniali della mesh (Fig. 1);



Fig. 1

- abbiamo utilizzato "barbed sutures" non riassorbibili per fissare l'estremità caudale della mesh sulla fascia cervicale, piuttosto che sulla fascia vaginale, preparando adeguatamente gli spazi posteriori e anteriori e ponendo attenzione a non trapassare la parete vagi-

# ALS - Aiug Live Surgery

11/12 Novembre 2016 - Bergamo

nale in caso di fissazione sulla cupola (Fig. 2, 3, 4);



Fig. 2

- abbiamo confezionato, in caso di sospensione del moncone cervicale, l'estremità distale della mesh come un anello da posizionare intorno al moncone stesso, così da riprodurre la funzione del "pericervical ring" (Fig. 5);



Fig. 5



Fig. 3

- abbiamo utilizzato, per solidarizzare le estremità craniali della mesh alla fascia muscolare, degli aghi di Reverdin monouso (Endo Close™ Trocar Site Closure Device), così da garantire una adeguata fissazione della mesh anche in pazienti obese (Fig. 6, 7);



Fig. 4



Fig. 6

## ALS - Aiug Live Surgery 11/12 Novembre 2016 - Bergamo

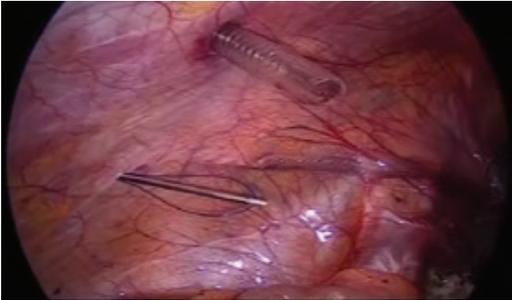


Fig. 7

- abbiamo peritoneizzato con accuratezza la mesh (Fig. 8).



Fig. 8

Nella nostra esperienza la POPS per via laparoscopica sembra ottenere ottimi risultati anatomici e buoni risultati funzionali anche sulla ODS e sulla IUS. Inoltre è una tecnica semplice, con un tasso di complicazioni basso. Prima di trarre conclusioni definitive e di proporla come tecnica alternativa alla sacropessia, è auspicabile un allargamento del numero di centri che la utilizzano e, ancora meglio, la loro partecipazione ad uno studio controllato di confronto.

### Principali referenze bibliografiche

1. Laparoscopic treatment of genital prolapse: lateral suspension with 2 meshes. Results of a series of 47 pts. Dubuisson JB et al. *Gynecol Obstetric Fertil* 2002 Feb ; 30(2):114-20.
2. Treatment of genital prolapse by laparoscopic lateral suspension using mesh.a series of 73 pts. Dubuisson JB et al. *J Minim Invasive Gynecol* 2008 Jan-Feb;15(1):49-55.
3. Laparoscopic treatment of genital prolapse by lateral suspension with meshes : a continous series of 218 pts.Dubuisson JB et al. *Gynecol Obstetric Fertil* 2011 Mar; 39(3):127-31.
4. Laparoscopic repair of vaginal vault prolapse by lateral suspension with mesh. Dubuisson J et al. *Gynecol Obstetric Fertil* 2013 Feb;287(2):307-12.
5. Management of disorders of the posterior pelvic floor. Berman L et al. *Yale J Biol Med.* 2005 Jul;78(4):211-21.



## BASIC RIAB

Tecniche riabilitative nella prevenzione e terapia delle disfunzioni perineali ante e post-partum



*Presidenti:  
Stefano Dati  
Felice Patacchiola  
Marzio Angelo Zullo*



**ROMA**  
25 Novembre 2016

# Programma

08.30 Registrazione Partecipanti

08.45 Saluti e Presentazione  
del corso

## I SESSIONE

Moderatori: M. Bologna,  
M. Cervigni, P. De Carli

09.00 Epidemiologia delle  
disfunzioni perineali e  
impatto sulla qualità di vita  
V. Ambrogi

09.20 Anatomia e fisiologia del  
pavimento pelvico:  
comparto centrale e  
anteriore  
E. Vizza

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

10.00 Evento ostetrico e disfunzioni  
vescico-uretrali: EBM analysis  
M. Cervigni

10.20 Evento ostetrico e disfunzioni  
ano-rettali: EBM analysis  
M. A. Zullo

10.40 Coffee Break

## II SESSIONE

Moderatori: G. Carta, M. Giovannini,  
M.A. Zullo

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

11.20 Episiotomia e lacerazioni  
perineali di 3°/4° grado:  
EBM analysis  
R. Pietroletti

11.40 Inquadramento clinico e  
diagnostico delle disfunzioni  
pelvi perineali femminili:  
valutazione clinica del  
perineo danneggiato  
V. Napolitano

12.00 Valutazione strumentale del  
pavimento pelvico in  
gravidanza, dopo il parto e  
dopo traumi perineali  
G. Perniola

12.20 Prevenzione intrapartum del  
danno perineale: il ruolo  
dell'ostetrica - A. Cavalieri

12.40 La respirazione e la terapia  
rieducativa del pavimento  
pelvico  
R. Sandomingo

**BASIC RIAB**  
**25 Novembre 2016 - Roma**

*III SESSIONE*

*Moderatori: A. Cavalieri, S. Dati,  
F. Patacchiola*

*14.00 FisiokinesiTerapia e percorso  
educativo e riabilitativo  
A. Cavalieri*

*14.20 Biofeedback ed  
elettrostimolazione  
R. Sandomingo*

*14.40 Applicazione pratica  
riabilitativa su modelle e  
presentazione della  
modulistica  
A. Cavalieri, L.Milano,  
R. Sandomingo*

*16.00 Fisiologia pratica del  
travaglio e del parto  
(esercitazioni su manichino)  
A. Ragusa*

*17.00 Patologia pratica del  
travaglio e del parto  
(esercitazioni su manichino)  
A. Ragusa*

*18.00 Chiusura corso*





ALS  
AIUG Live Surgery

*Responsabile Scientifico:  
Davide De Vita*



**BATTIPAGLIA**  
14 Dicembre 2016

# Programma

08.00 Registrazione dei partecipanti

08.30 Saluto delle autorità

## SESSIONE CHIRURGICA

08.45 Inizio lavori  
Presentazione del Corso e del Progetto  
"Dolore Pelvico ASL SA"  
D. De Vita, I. Andreozzi

09.00 - 10.15  
I SESSIONE TRATTAMENTO  
DELL'INCONTINENZA URINARIA  
CHIRURGIA IN VIDEODIFFERITA

Presidenti:  
A. Chiantera, G. Spaziante

Moderatori:  
V. Clemente, G. Forte, R. Tesauro

- Miniarc: G. Pisapia Cioffi
- T-Sling plus: D. Piroli Torelli
- TVT-O: A. Perrone

Dibattito: "Il dolore dopo intervento per Incontinenza Urinaria"

Discussant:  
S. De Vivo, N. Iannantuoni, V. Marra

10.15 - 12.15  
II SESSIONE TRATTAMENTO DEL POP  
CHIRURGIA IN VIDEODIFFERITA

Presidenti: S. Cofelice, P. Puggina

Moderatori:  
A. Cannizzaro, A. D'Aferio, S. Ronsini

- Approccio vaginale fasciale: isterectomia e colpo sospensione  
G. Trezza

- Approccio laparoscopico mininvasivo - M. Cantatore

- Approccio vaginale protesico: isteropessi o colpo sospensione protesica ai legamenti sacrospinosi  
D. De Vita

Dibattito: "Il dolore dopo interventi per POP"

Discussant: M. Renzo, A. Sgambato, L. Terracciano

12.30 - 12.50  
Moderatori: S. Anastasio, S. Dati  
LETTURA MAGISTRALE:  
DOLORE PELVICO CRONICO  
STATO DELL'ARTE - M. Cervigni

# ALS - AIUG Live Surgery

## 14 Dicembre 2016 - Battipaglia

12.50 - 13.05

Intervento preordinato

“La terapia batterica nelle infezioni uro-ginecologiche ricorrenti”

C. Di Carlo

13.05 - 14.30 Lunch

SESSIONE POMERIDIANA  
WORKSHOP MEETING

14.30 - 15.30

III SESSIONE DISFUNZIONI

GENITOURINARIE DIAGNOSTICA E  
TERAPIE CONSERVATIVE INNOVATIVE

Presidenti: G. Auriemma, A. Elberti

Moderatori: G. De Francesco,  
C. Muccione, A. Vitiello

- Tossina botulinica indicazioni e tecnica - A.R. Cicalese

- Vescica iperattiva - C. Rappa

- Nicturia e vescica neurogena  
T. Realfonso

Discussant: F. De Laurentiis,  
G. Gerosolima, C. Sciorio

15.30 - 16.30

IV SESSIONE DISPAREUNIA E  
VAGINISMO

“Progetto ASL SA Dolore Pelvico Cronico”

Presidente: R. D'Amato

Moderatori: G De Silvio, R. Guglielmi,  
G. Tramontano

- Cellule staminali: applicazioni nelle disfunzioni urogenitali - D. De Vita

- Algoritmo del Dolore Pelvico Cronico - D. De Vita

- Terapia medica nell'atrofia vulvo-vaginale - R. Morgera

Discussant: G. De Masellis,  
F. Guerriero, P. Paudano, M. Soria

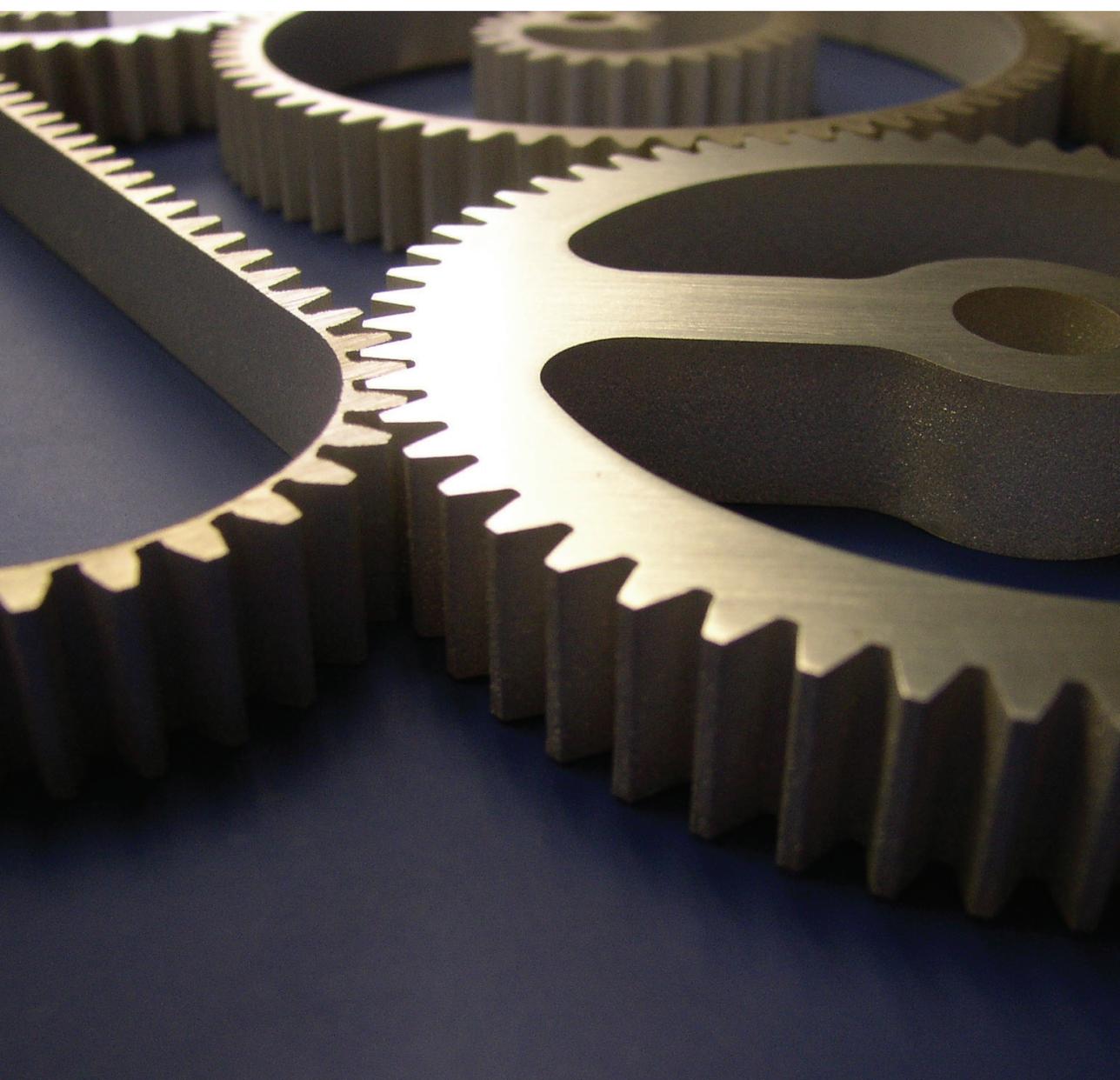
Chiusura dei lavori





# CONVENTION

*per gli Associati AIUG*



# MILANO

## 16 Dicembre 2016

### **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*





Guarda le foto  
della Convention  
AIUG 2016





## BASIC UROGYN

Conoscenza di base per iniziare un percorso uroginecologico



*Presidente del Corso:  
Gabriele Barbanti*

*Direttori del Corso:  
Gian Luca Bracco, Gerardo Pizzirusso*



**SIENA**  
13 Gennaio 2017

# Programma

08.45 Registrazione  
dei partecipanti

Introduzione e presentazione  
della giornata

## SESSIONE I

Moderatori: G. Barbanti, F. Petraglia

09.00 Epidemiologia delle  
disfunzioni del pavimento  
pelvico ed impatto sulla  
qualità di vita - G. Pizzirusso

09.20 Cenni di anatomia ed  
anatomia funzionale  
G.L.Bracco

09.40 Evento ostetrico e disfunzioni  
pelvi-perineali - F. Vellucci

10.00 La menopausa e  
le disfunzioni pelvi-perineali:  
fisiopatologia e trattamento  
C. Regini

10.20 L'esame obiettivo e  
la diagnostica strumentale:  
quando e perchè  
F. Cecconi

10.40 Linee guida sull'incontinenza  
urinaria ed il prolasso  
urogenitale: la realtà italiana  
M.A.Zullo

11.00 Coffee break

## SESSIONE II

Moderatori: T. Simoncini, G.Pizzirusso

11.30 La vescica iperattiva,  
l'incontinenza urinaria da  
urgenza e mista: opzioni  
terapeutiche. Cosa fare in  
caso di fallimento? - M.A.Zullo

11.50 Le disfunzioni del  
compartimento posteriore:  
dai modelli fisiopatologici al  
trattamento - G. Naldini

12.10 Il ruolo della terapia  
conservativa  
nell'incontinenza urinaria  
come prevenzione del  
danno ostetrico - E. Torresan  
  
...e come primo approccio  
terapeutico - G. Pizzirusso

13.00 Light lunch

## SESSIONE III

Moderatori: G.L. Bracco, G. Vittori

13.30 La IUS: dalla diagnosi al  
trattamento - F. Cecconi

13.50 Il trattamento chirurgico del  
compartimento vaginale  
anteriore e centrale: dalla  
chirurgia fasciale a quella  
protesica  
G. L. Bracco

Basic Urogyn  
13 Gennaio 2017 - Siena

14.10 *Il trattamento chirurgico del compartimento vaginale posteriore: quale approccio considerare?*  
G. Naldini

14.30 *Il trattamento chirurgico del prolasso pelvico di grado elevato e multiorgano: l'approccio mini-invasivo laparoscopica e robotica*  
T. Simoncini

15.10 *La cistite interstiziale/dolore pelvico cronico: una questione ancora aperta*  
F. Cecconi

15.50 *Integrazione nutraceutica nel trattamento delle infezioni urinarie*  
M. Manfredini

16.00 *Discussione*





## CLIP

### Chirurgia Live della Pelvi femminile

*Direttori del Corso:*

*Andrea Morciano, Dario Caliandro*

*Presidenti del Corso:*

*Liborio Milano, Antonio Perrone*

*Segretario Scientifico:*

*Mauro Cervigni*



# TRICASE

14 Gennaio 2017

# Programma

08.00 Registrazione dei partecipanti

08.30 Apertura e presentazione del Corso

I sessione: IL PROLASSO PELVICO

Moderatori:

L. Milano - G. Scambia - M.G. Viola

09.00 Lettura magistrale: Anatomia chirurgica propedeutica alla ricostruzione del pavimento pelvico - A. Ercoli

09.30 Algoritmo diagnostico clinico-strumentale nei prolassi pelvici multiorgano  
F. Natale

09.45 Chirurgia vaginale fasciale e protesica: up to date  
M. Cervigni

10.00 Chirurgia laparoscopica: Colposacropessia  
A. Morciano

10.15 Chirurgia laparoscopica: Rettopessi Ventrale  
G. Campagna

10.30 Chirurgia laparoscopica: duplicatura fasciale con sospensione laterale e posteriore  
M. Cantatore

10.45 Discussione

11.00 Coffee break

11.15 Lettura magistrale: Rischio oncologico e chirurgia uroginecologica  
G. Scambia

II sessione:

L'INCONTINENZA URINARIA

Moderatori:

A. Perrone - G. Carluccio - P.L. Sozzi

11.40 Algoritmo diagnostico clinico-strumentale nelle incontinenze urinarie  
D. Caliandro

12.00 Terapia dell'incontinenza da sforzo: approccio sovrapubico e transotturatorio - L. Milano

VIDEOSURGERY

12.15 Terapia dell'incontinenza da urgenza: tossina botulinica  
G. Russo

12.30 Terapia dell'incontinenza da deficit sfinterico: bulking agents - G. Panico

13.00 Management dell'incontinenza urinaria da stress recidiva  
A. Morciano

# CLIP - Chirurgia Live della Pelvi femminile

## 14 Gennaio 2017 - Tricase

- |   |   |
|---|---|
| 13.15 <i>Discussione</i>  | 15.30 <b>COLPOSACROPESSI<br/>LAPAROSCOPICA</b><br>A. Morciano                                       |
| 13.30 - 14.30 <i>Lunch</i>  |   |
| 14.30 <i>Lettura magistrale:<br/>Cistite interstiziale/Dolore<br/>Pelvico Cronico: due entità<br/>di un unico problema?</i><br>M.Cervigni | 16.45 <b>SHULL LAPAROSCOPICA</b><br>R. Zaccoletti   |
|   | 17.00 <b>RETTOPESSI VENTRALE<br/>LAPAROSCOPICA</b><br>G. Campagna                                   |
| <i>III sessione: VIDEO COLLECTION</i><br>Moderatori: A. Ercoli, P.S. Anastasio,<br>A. Perrone, S. Casarano                                | 17.15 <b>DUPLICATURA FASCIALE<br/>CON SOSPENSIONE LATERALE<br/>E POSTERIORE LPS</b><br>M. Cantatore |
| 15.00 <i>TOT - D. Caliandro</i>   |   |
| 15.15 <b>TENSION-FREE CYSTOCELE<br/>REPAIR &amp; LEVATOR<br/>MYORRAPHY - F. Natale</b>  | 17.30 <i>Discussione e commenti</i>   |
|   | 18.00 <i>Conclusione dei lavori</i>   |







## ALS AIUG Live Surgery

*Responsabile del corso:  
Ciro Sportelli*



**LECCO**  
26/27 Gennaio 2017

# Programma

## **26 Gennaio 2017**

- 14.30 *Registrazione e Saluto delle autorità*
- 15.00 *Presentazione del corso  
A. Pellegrino, C.Sportelli*
- 15.15 *Anatomia fisiologica e patologica nel prolasso degli organi genitali  
M. Villa*
- 15.45 *Percorso diagnostico preoperatorio - F. Deltetto*
- 16.15 *Trattamento conservativo del prolasso degli organi genitali  
F. Bernasconi*
- 16.45 *Coffee Break*
- 17.00 *Materiali protesici nel trattamento del prolasso degli organi genitali  
M. Cervigni*
- 17.30 *Chirurgia demolitiva con tecnica fasciale  
C. Sportelli*
- 18.00 *Analisi dei costi: chirurgia conservativa protesica Vs chirurgia demolitiva  
G. Fachechi*

- 18.30 *Discussione e conclusione dei lavori*

## **27 Gennaio 2017**

- 08.30 *Presentazione dei casi clinici*
- 08.45 *Live surgery chirurgia demolitiva*
- 10.30 *Coffee Break*
- 10.45 *Live surgery chirurgia conservativa con materiale protesico*
- 12.30 *Discussione*
- 13.00 *Pausa Pranzo*
- 14.00 *Il trattamento del prolasso degli organi genitali associato a IUS  
S. Scalabrino*
- 14.30 *Il ruolo dell'Ostetrica nel management del prolasso degli organi genitali  
G. Severi*
- 15.00 *Discussione finale e chiusura dei lavori  
C. Sportelli, M. Cervigni, F. Bernasconi, F. Deltetto, S. Scalabrino*



## BASIC UROGYN

Conoscenza di base per iniziare  
un percorso uroginecologico

*Responsabile del corso:  
Felice Patacchiola*



**RIETI**  
18 Marzo 2017

# Programma

08.30 Registrazione partecipanti

08.45 Introduzione e presentazione del corso  
V. Bergamini, G. Carta,  
F. Patacchiola, M.A. Zullo

## I SESSIONE

Moderatori: M. Bologna, S. Dati,  
A. Perino, G. Ruggeri

09.00 Epidemiologia delle disfunzioni del pavimento pelvico e impatto sulla qualità di vita – V. Ambrogi

09.15 Anatomia funzionale del pavimento pelvico - E. Vizza

09.30 Evento ostetrico e disfunzioni pelvi-perineali – G. Carta

09.45 La menopausa e le disfunzioni pelvi-perineali: fisiopatologia e trattamento  
V. Napolitano

10.00 La diagnostica clinica nella valutazione dei difetti del pavimento pelvico e dell'incontinenza urinaria  
F. Patacchiola

10.15 Urodinamica: indicazioni e limiti – C. Oliva

10.30 Discussione

10.45 Coffee Break

## II SESSIONE

Moderatori: F. Benucci, A. D'Alfonso,  
P. De Carli, D. Torrioli

11.00 L'Imaging in uroginecologia  
B. Beomonte Zobel

11.15 Le disfunzioni del compartimento posteriore: dai modelli fisiopatologici al trattamento  
R. Pietroletti

11.30 Il ruolo della terapia rieducativa del pavimento pelvico  
A. Cavalieri

11.45 Trattamento chirurgico dell'incontinenza urinaria da sforzo: dal primo intervento alla recidiva  
M. Cervigni

12.00 La IUS da insufficienza sfinterica: dalla diagnosi al trattamento  
A. Cannizzaro

12.15 Infezioni del basso tratto urinario: prevenzione e trattamento con la nutraceutica  
M. Manfredini

**BASIC UROGYN**  
**18 Marzo 2017 - Rieti**

12.30 *La vescica iperattiva:  
diagnostica e trattamento*  
A. Giannantoni

12.45 *Discussione*

13.00 *Lunch*

**III SESSIONE**

*Moderatori: V. Catarinella,  
F. Frondaroli, A. Marcozzi, G. Paradisi*

14.00 *Trattamento chirurgico del  
compartimento vaginale  
anteriore: dalla chirurgia  
fasciale a quella protesica*  
G.C. Zanni

14.20 *Trattamento chirurgico  
del compartimento superiore*  
G. De Matteis

14.40 *Prolasso pelvico multiorgano:  
tecniche chirurgiche a  
confronto*  
G. Trezza

15.00 *Trattamento chirurgico del  
compartimento vaginale  
posteriore: quale approccio  
considerare?*  
M.A.Zullo

15.20 *Complicanze della chirurgia  
protesica in uroginecologia*  
E. Emili

15.40 *Discussione*

16.00 *Chiusura lavori*





## BASIC RIAB

Tecniche riabilitative nella prevenzione e terapia delle disfunzioni perineali ante e post-partum

*Presidenti:*

*Massimo Franchi, Valentino Bergamini*

*Direttore:*

*Gaia Bellini*



# VERONA

31 Marzo 2017

# Programma

08.30 Registrazione partecipanti

08.45 Saluti e presentazione  
del corso

## I SESSIONE:

Le disfunzioni perineali: valutazione  
epidemiologica, eziopatogenesi e  
prevenzione

09.00 Epidemiologia delle  
disfunzioni perineali e  
impatto sulla qualità di vita  
Mauro Garaventa

09.20 Anatomia e fisiologia del  
pavimento pelvico:  
compartimento centrale  
ed anteriore  
Gaia Bellini

09.40 Anatomia e fisiologia del  
pavimento pelvico:  
compartimento posteriore  
Marco Maffiolini

10.00 Evento Ostetrico e disfunzioni  
perineali  
Giovanni Zanconato

10.20 Discussione

10.40 Coffee Break

## II SESSIONE:

Le disfunzioni perineali: diagnosi e  
trattamento

11.00 La prevenzione intrapartum  
del trauma perineale: quale  
good obstetric practice  
in sala parto?  
Francesco Bernasconi

11.20 Episiotomia e lacerazioni  
perineali 3°/4° grado:  
EBM analysis - Enrico Busato

11.40 Inquadramento clinico e  
diagnostico delle  
disfunzioni pelvi perineali  
femminili: valutazione clinica  
del perineo danneggiato  
Francesco Deltetto

12.00 Valutazione strumentale del  
pavimento pelvico in  
gravidenza, dopo il parto  
e dopo traumi perineali  
Lorita Cito

12.20 Vulvodinia: inquadramento  
clinico e terapeutico.  
Il ruolo  
dell'elettrostimolazione  
Marco Maffiolini

12.40 Il biofeedback nel dolore  
cronico: dal EMG all'HRV  
Ester Veronesi

13.00 Discussione

13.10 Lunch

**BASIC RIAB**  
**31 Marzo 2017 - Verona**

*III SESSIONE:*

*La Riabilitazione nel trattamento conservativo delle disfunzioni perineali*

*14.10 La Riabilitazione del pavimento pelvico: dalla valutazione funzionale al programma terapeutico  
Antonella Cavalieri*

*14.30 La Rieducazione posturale: interrelazione tra diaframma respiratorio, diaframma pelvico e postura  
Ester Veronesi*

*IV Sessione pratica riabilitativa*

*14.50 Applicazione pratica e riabilitativa su modelle e/o manichini  
Antonella Cavalieri  
Ester Veronesi*

*Tutor di sala: Nadia Urli*

*17.30 Discussione*

*17.45 Chiusura del corso*



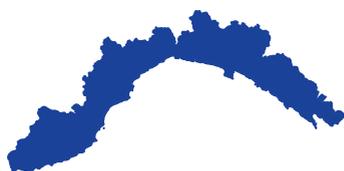


## Giornata Uroginecologica Aiug



*Presidente del Corso:  
Claudio Gustavino*

*Responsabile del Corso:  
Maurizio Leone*



**GENOVA**  
7 Aprile 2017

# Programma

08.30 Registrazione al Corso

08.45 Saluto autorità e  
presentazione del Corso

1° SESSIONE

LA VESCICA IPERATTIVA

Moderatori:

Franco Gorlero, Carlo Introini

09.15 Diagnostica della vescica  
iperattiva  
Giorgio Canepa

09.40 La terapia farmacologica  
Mauro Garaventa

10.05 L'impiego della tossina  
botulinica criteri di  
ammissione e di esclusione  
delle pazienti  
Giorgio Canepa

10.30 Discussione

10.45 Coffe break

2° SESSIONE

LE CISTITI RICORRENTI E INTERSTIZIALI

Moderatori:

Claudio Gustavino, Carlo Terrone

11.00 Le cistiti ricorrenti e la cistite  
interstiziale: inquadramento  
diagnostico clinico,  
laboratoristico e strumentale  
Gabriella Torrisi

11.25 Ruolo delle terapia  
antibiotica  
Valerio Delbono

11.50 Il ruolo dei probiotici  
Maurizio Leone

12.15 Nuove frontiere di  
regolazione del dolore  
neuropatico nella cistite  
interstiziale  
Salvatore Cuzzocrea

12.40 Vecchie e nuove terapie  
della cistite interstiziale  
Giorgio Canepa

13.00 Discussione

13.20 Lunch

3° SESSIONE

CAMPI DI APPLICAZIONE DELLE  
TERAPIE "EUTROFIZZANTI"

Moderatori:

Rodolfo Sirito, Gabriele Vallerino

14.20 Terapie topiche e sistemiche  
eutrofizzanti  
Paolo Sala

14.40 Ruolo del laser nel  
trattamento della sindrome  
genito – urinaria della  
menopausa  
Emanuela Mistrangelo

# Giornata Uroginecologica AIUG 7 Aprile 2017 - Genova

## TAVOLA ROTONDA

Come integrare le competenze del ginecologo territoriale e di quello ospedaliero nella diagnosi e terapia in uroginecologia.

Aspetti organizzativi e formativi

Moderatori: Claudio Gustavino,  
Giovanni Sugliano, Sandro Viglino

15.00 Il modello  
"Disease Management  
Team": opportunità cliniche,  
organizzative e formative  
Paolo Pronzato

15.15 Il "team" multidisciplinare  
aziendale  
Maurizio Leone

15.30 Un esempio di modello  
integrativo: la rete del tratto  
urogenitale dell'ASL  
TO4 Piemonte  
Fabrizio Bogliatto

15.45 La struttura interaziendale  
Giovanni La Valle

16.00 Discussione e chiusura  
del corso



## Presentazione dell'evento

*Il 7 aprile 2017 si è svolto a Genova il Corso AIUG organizzato dal Dott. Maurizio Leone, Responsabile del Coordinamento di Uroginecologia dell'Ospe-*  
*dale Policlinico San Martino di Genova, dal titolo:*

**TERAPIE MEDICHE INTEGRATE IN UROGINECOLOGIA VERSO UNA MAGGIO-**  
**RE COOPERAZIONE FRA OSPEDALE E TERRITORIO**

*Gli Obiettivi formativi sono stati*

- 1) Sviluppare strategie diagnostiche in tema di vescica iperattiva, cistite ricorrente e cistite interstiziale".*
- 2) Acquisire competenze in merito alla pianificazione di protocolli terapeutici appropriati nel trattamento della vescica iperattiva, della cistite ricorrente e della cistite interstiziale.*
- 3) Favorire l'acquisizione di conoscenze teoriche su nuove molecole della farmacologia tradizionale e sulla nutraceutica utilizzabili in campo uroginecologico.*
- 4) Favorire strategie di cooperazione fra operatori ospedalieri e territoriali attraverso la condivisione di protocolli diagnostici e terapeutici.*

*Hanno partecipato medici, infermiere, ostetriche e operanti in strutture ospedaliere e territoriali.*

## Relazione scientifica

### *A New Model of Care: The Lower Female Anourogenital Network*

*Lower female genital tract disorders represent a wide spectrum of diseases involving different disciplines. It is no longer possible for any physician dealing with these disorders to achieve an in-depth expertise in more than one or two of the rapidly expanding subspecialist fields. The boundaries between the traditional areas of specialization become barriers to optimal best practice management of the patients having such a disease. The unitary view of the lower female "anourogenital" tract is the only way to ensure more rational and effective solutions to the patients.*

*Communication between different specialists for the same patient is frequently suboptimal. Too often, the patient has to follow a fragmented management. This situation may be overcome with a patient-centered care and a coordinated approach, extended from functional to oncological diseases, through the planning of a "lower female anourogenital network."*

*The network is a new clinical and organizational model, entirely devoted to lower female anourogenital tract health through a multidisciplinary approach, coordinated and synergistic. The network is not a concrete management unit for single disease but a new mental*

*approach, without walls, to treat different diseases in the same patient.*

*Lower female anourogenital tract is now to be considered as a composite group of different organ systems that interact with one another from a functional point of view. Consequently, a single disease may affect more than one organ system, and comorbidities may interact.*

*An anterior and posterior pelvic organ prolapse must require different approaches in terms of diagnosis and treatment, and the proctologist cannot restrict his competence to the posterior compartment, just as the urologist and the gynecologist, when evaluating pelvic floor diseases, must take into account the posterior compartment.*

*Perineal/vulval pain represents serious health problem for any woman and also a challenge for any physician; behind this symptom, a variety of overlapping conditions may exist: vulvodynia, interstitial cystitis, somatization disorders, pelvic floor dysfunction, bowel disorders, and myofascial disorders. The team care approach is critical to get a more in-depth understanding of the pain cascade and to define a coordinated integrated management. Gynecologist, urologist, physiatrist, sexual therapist, trained midwife, and physical therapist have to interact*

## Giornata Uroginecologica AIUG 7 Aprile 2017 - Genova

in solving the vicious circle of pain.

An intraepithelial neoplasia of the lower anourogenital tract is to be considered a multiorgan disease requiring a combined concomitant medical and surgical management; a multispecialistic coordinated treatment avoids time-consuming repeated procedures, limiting women's discomfort and psychological distress.

These few examples clearly show the complexity and the comorbidity of the lower female anourogenital tract disorders, encompassing pelvic organ prolapse, lower urinary tract dysfunction, anorectal dysfunction, vulvar diseases, infections, sexual interest and arousal disorder, pelvic and perineal pain, intraepithelial neoplasia lesions, and invasive neoplasias of the different sites. These disorders, alone or combined, may affect all the different episodes of a woman's life, requiring a proper continuity of care. Until the 1990s, the close relationship between vaginal birth and the resultant pelvic floor injuries led to the belief that the management of pelvic floor was "what gynecologists do." In the following years, there was a growing focus on care of women affected by urogenital tract disorders, with particular attention to the complex problems requiring a urogynecologic approach. During the years, the recognition and classification of pelvic and perineal floor dysfunction, vulvar pain and vulvodynia, HPV and intraepithelial neoplasia, and intraepithelial and infectious disorders have led to defining a group of overlapping condi-

tions affecting the entire anourogenital tract. In addition, the intensive development of social implications of anourogenital tract-associated disorders has increased the number of women referred for these diseases and the medical consideration of this region.

Today, in a patient-centered health-care approach, the women affected by lower anourogenital tract disorders require careful clinical assessment, appropriate investigations, and counseling before embarking on a well-defined management pathway, including behavioral and lifestyle changes, conservative treatments (pelvic support pessaries, physical therapy, and biofeedback), pharmacotherapy, and minimally or invasive specialized surgery. In this complex group of patients, a team approach is crucial, if good clinical care and governance are to be ensured. The past compartmentalization of the pelvic floor in independent sites and, consequently, the partitioning of the patients into urological, gynecological, or anorectal approach, depending on the patients' presenting symptoms, are no longer advisable.

We strongly believe that the cornerstone of the management of these multisystem disorders is the integration, among the different involved specialists, of their expertise: urologist, gynecologist, vulvologist (and/or dermatologist), proctologist, physiatrist, radiologist, pathologist, sexologist, midwife, and physical therapist.

## Giornata Uroginecologica AIUG 7 Aprile 2017 - Genova

The definition of the fields of competence, among the different specialists, is the first step in organizing the network.

The different specialist backgrounds may converge in a shared overlapping knowledge, avoiding disagreement. The second step is the definition of the multidisciplinary clinical pathway for each disease to be managed.

This result is achievable only with the designation of a coordination group. This team of specialists, individually involved in anourogenital tract diseases, is the core of the network.

The group defines the specific roles for the different healthcare workers of the network in accordance with a level of capability. Particularly, level 1 comprises general practitioners and outpatient services to achieve the correct assessment of the patient and access to the network. Level 2 comprises the hospital multidisciplinary treatment approach. Level 3 is reserved for complex cases requiring expert decision management.

The group identifies a research coordinator chair, to be able to conduct discussions, to define trials of new and emerging treatment paradigms, update the protocols according to the recent literature, and apply for research funding. Particular importance is given to continued education. While retaining disciplinary specialization of each physician at advanced levels, the coordination group identifies common underlying concepts and specific modules and

measures to support reinforcement of basic theoretical principles. Clinical case discussion permits testing of the clinical pathways. Interdisciplinary course organization about lower genital tract disorder management, starting from junior level to advanced level in the main topics, facilitates updating of teachers and fellows. Self-education of the group encourages achievement of an advanced level of knowledge in specific topic (rehabilitation, psychosexual therapy, and minimally invasive surgery) to achieve a high standard and uniformity in the different procedures.

The use of the same language (terminology and classification) and the same diagnostic and therapeutic approach (guidelines), the weekly case discussion, the project work with continuous learning, and self-education are the principal tools in this organization. By these techniques, there is diffuse comprehension regarding functional and oncological disorders, and any clinician acquires skills in different specialties, particularly focused on lower genital tract problem solving. The organization of a "lower female anourogenital network" facilitates improvement in the clinical care, according to a patientcentered and coordinated approach, to organize a continued medical education program increasing the level of knowledge about different specialists and to coordinate research and development of new care program.

## Giornata Uroginecologica AIUG 7 Aprile 2017 - Genova

*Over time, the participants become specialists in lower female anourogenital tract diseases.*

*The first example of this organization model was defined in Italy in 2014. The "lower female anourogenital network" of the Azienda Sanitaria Locale di Ciriè, Chivasso e Ivrea (ASLTO4) covers a catchment area of more than half a million people and encompasses 4 hospitals and outpatient divisions related to lower anourogenital tract management; urological, gynecological, and colorectal surgical wards and outpatient services; perineal rehabilitation and physical therapy services; and psychological and sexual services. In this perspective, according to the network philosophy, other*

*2 subnetworks on perineal rehabilitation and pelvic perineal pain management are developing.*

*A strategic functional and structural lower anourogenital coordinated network has permitted us to achieve a human resource rationalization, expense reduction, knowledge diffusion, and women's health improvement in both prevention and management*



## BASIC UROGYN

Conoscenza di base per iniziare  
un percorso uroginecologico

*Presidente del corso:*

*Giuseppe Ettore*

*Direttore del corso:*

*Angelo Cannizzaro*



# **BELVEDERE MARITTIMO**

**21 Aprile 2017**

# Programma

## I SESSIONE

Moderatori: P. S. Anastasio,  
M. Bologna, F. Rodio

- 09.00 *Epidemiologia delle disfunzioni del pavimento pelvico e impatto sulla qualità di vita - O. Notaro*
- 09.20 *Anatomia funzionale del pavimento pelvico  
G. L. Bracco*
- 09.40 *Evento ostetrico, menopausa e le disfunzioni pelvi-perineali: fisiopatologia e trattamento  
M. A. Zullo*
- 10.00 *Preparazione al parto e prevenzione dei difetti del pavimento pelvico  
A. Cannizzaro feat M. Vicario*
- 10.20 *La diagnostica clinica nella valutazione dei difetti del pavimento pelvico e dell'incontinenza urinaria: quali sono gli strumenti realmente necessari?  
M. G. Carbone*
- 10.40 *Urodinamica: quando è necessaria? - A. Mollo*
- 11.00 *L'Imaging in uroginecologia  
G. Torrisi*

11.20 *Coffee Break*

## II SESSIONE

Moderatori: A. Gattuso, V. Leanza,  
G. Pisapia Cioffi

- 11.40 *La vescica iperattiva e sindromi urenti vulvo-genitali  
F. M. Nisticò*
- 12.00 *Le disfunzioni del compartimento posteriore: dai modelli fisiopatologici al trattamento  
Davide De Vita*
- 12.20 *La IUS da insufficienza sfinterica: dalla diagnosi al trattamento  
G. Trezza*
- 12.40 *Trattamento chirurgico dell'incontinenza urinaria da sforzo: dal primo intervento alla recidiva  
F. Deltetto*
- 13.00 *Infezioni del basso tratto urinario: prevenzione e trattamento.  
La Nutraceutica  
M. Manfredini*
- 13.20 *Il ruolo della terapia rieducativa del pavimento pelvico: quando consigliarla?  
V. Napolitano*

**BASIC UROGYN**  
**21 Aprile 2017 - Belvedere Marittimo**

13.40 Lunch

**III SESSIONE**

Moderatori: F. Battaglia,  
F. Bernasconi, A. Perrone

14.40 **Lettura MAGISTRALE**  
*La chirurgia uroginecologica  
e il suo futuro*  
M. Cervigni

15.00 *Trattamento chirurgico del  
compartimento vaginale  
anteriore: dalla chirurgia  
fasciale a quella protesica*  
A. D'Aferio

15.20 *Trattamento chirurgico del  
compartimento superiore:  
via vaginale*  
G. Ettore

15.40 *Trattamento chirurgico del  
compartimento superiore:  
via addominale*  
V. Leanza

16.00 *Prolasso pelvico multiorgano:  
tecniche chirurgiche a  
confronto*  
C. Di Carlo

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

16.40 Chiusura dei lavori

## Relazione scientifica

### Preparazione al parto e prevenzione dei difetti del pavimento pelvico

Angelo Cannizzaro\* - Maria Vicario\*\*

\*U.O.C. Ginecologia e Ostetricia -Servizio di Uroginecologia- P.O. "G. Iannelli" Cetraro ASP Cosenza

\*\* Presidente della FNCO – Federazione Nazionale Collegio Ostetriche.

*La salute perineale incide qualitativamente nella vita della donna dalla pubertà alla menopausa.*

*Eventuali alterazioni del pavimento pelvico possono essere motivo di limitazione sociale, sessuale e relazionale.*

*Il Ginecologo e l'Ostetrica sono le principali figure professionali preposte a promuovere, prevenire, curare la salute perineale.*

*E' ampiamente dimostrato che la gravidanza e il parto costituiscono importanti fattori di rischio per la comparsa di disabilità del pavimento pelvico. In Italia nel 2016 vi sono stati 474.000 parti (ISTAT); si stima che il 75-80% delle donne hanno un danno perineale e si comprende l'enorme impatto sociale ed economico che ne deriva.*

*Il danno perineale si esplica principalmente nella fase espulsiva del parto, ma anche nel corso della gravidanza. Inoltre nella fase iniziale del parto si verificano lesioni che possono essere più o meno gravi a carico delle strutture perineali. La patogenesi del danno perineale si verifica principalmente a carico delle strutture muscolo fasciali e*

*legamentose del perineo attraverso un trauma diretto di tipo meccanico (lacerazioni, stiramento), neurologico (denervazione), a compressione vascolare (ischemia), a fattori ormonali (relaxina). Le alterazioni della statica pelvica originano prima del parto, infatti, il maggior carico ponderale dell'utero gravido e il conseguente riassetto posturale, accentuazione della cifosi dorsale e della lordosi lombare con antiversione del bacino, determinano lo spostamento del vettore pressorio intraddominale in direzione dello iato uro-genitale. Inoltre, la gravidanza agisce come una condizione stressante che evidenzia una fragilità individuale, in parte congenita, dovuta ad una predisposizione su base genetica.*

*Numerosi fattori aumentano il rischio del danno perineale durante il parto: la macrosomia fetale, il prolungamento del 2° stadio del parto, l'anestesia peridurale, il parto operativo (forcipe, ventosa), presentazioni cefaliche anomale (bregma), primiparità, spinte eccessive prima della dilatazione completa, manovra di Kristeller, razza caucasica e asiatica,*

## BASIC UROGYN

21 Aprile 2017 - Belvedere Marittimo

parto indotto, episiotomia, etc.

La fase di maggiore sollecitazione delle strutture perineali si verificano durante il disimpegno della parte presentata (testa fetale) attraverso lo stiramento del perineo posteriore e l'allungamento del segmento pre-coccigeo, per retropulsione del coccige con trazione in avanti e in alto del nucleo fibroso centrale del perineo, che è una struttura di grande importanza nella statica pelvica.

In questa fase si verificano lo stiramento dei rami nervosi del pudendo, sia a livello dello sfintere anale che di quello uretrale e se si supera uno stiramento maggiore del 25% si verifica un danno permanente.

La maggior parte delle donne (53-79%) presenta lacerazioni durante il parto. Esse possono essere spontanee o iatrogene (episiotomia – parti operativi). Nel 75% dei casi è necessario eseguire una sutura per riparare le lacerazioni.

Le lacerazioni perineali vengono classificate in base alla loro gravità:

- 1° grado, lacerazione dell'epitelio vaginale o cute perianale;
- 2° grado, coinvolgimento dei muscoli perineali ma non dello sfintere anale;
- 3° grado, interruzione della integrità dei muscoli dello sfintere anale:
  - a. Meno del 50% dello spessore dello sfintere esterno
  - b. Più del 50% dello spessore dello sfintere esterno
  - c. Lacerazione dello sfintere interno
- 4° grado, lacerazione a tutto spesso-

re dello sfintere anale con interruzione dell'integrità dell'epitelio anale (ICI 2002).

Le lacerazioni di 3°-4° grado presentano una recidiva del 7,1% nei parti successivi. Le lacerazioni dello sfintere anale, spesso sottostimate, vengono identificate in un secondo momento (cd. lesioni occulte) attraverso un esame ecografico endoanale; sono molto frequenti (27%) dopo il primo parto vaginale.

Le conseguenze del danno perineale vanno dall'incontinenza urinaria, alla incontinenza anale, al prolasso genitale nonché al dolore pelvico cronico, alla vulvodinia e alla dispareunia.

L'incontinenza urinaria può essere da sforzo, da urgenza o mista.

L'incontinenza da urgenza (IUU) ha una bassa prevalenza nelle donne giovani (<7%) ma aumenta con l'età. In gravidanza vi è un progressivo aumento con l'avanzare dell'epoca gestazionale superando il 12% a termine di gravidanza. Essa è scarsamente correlata al parto.

L'incontinenza da sforzo (IUS) è molto frequente in gravidanza raggiungendo il 35-67%, persistendo nel 31% dei casi anche nel postpartum. Questo tipo di incontinenza è strettamente correlata alla gravidanza e al parto, ma anche all'età della paziente, alla multiparità, a predisposizioni genetiche e all'obesità. Il trauma del parto vaginale spiega i casi di IUS de novo (non presente in gravi-

danza). La IUS è parzialmente reversibile se persiste per oltre i sei mesi dal parto. L'effetto protettivo del TC è per lo più transitorio. Nel corso degli anni la IUS diventa sovrapponibile sia nelle donne che hanno partorito con parto cesareo che in quelle che hanno partorito per via vaginale.

L'incontinenza anale (IA) è ogni perdita involontaria di feci e gas (ICS). La continenza anale dipende dall'integrità dei muscoli sfinterici dell'ano (sfintere interno ed esterno) e della loro innervazione. Lo sfintere interno è un muscolo involontario. La sua innervazione è dovuta a fibre simpatiche e parasimpatiche del plesso pelvico. Lo sfintere esterno è un muscolo volontario innervato da fibre del nervo pudendo (radici di S2-S3-S4). Oltre un terzo delle primipare sperimenta almeno un episodio al mese di perdita involontaria di feci e/o un episodio a settimana di perdita involontaria di gas durante l'ultimo trimestre di gestazione. Pertanto è necessario porre maggiore attenzione nell'esecuzione dell'anamnesi in gravidanza. L'incontinenza anale a 3 mesi dal parto si aggira intorno al 28,6% fino ad arrivare, a 5 anni dopo recidiva di lacerazioni da parto severe, al 50%.

Prolasso genitale che comprende l'isterocele nei suoi vari gradi accompagnato da cistocele e da rettocele, con significative alterazioni della stati-

ca pelvica nei suoi vari compartimenti, da quello anteriore, a quello apicale e al posteriore. Fattori di rischio per il prolasso genitale: multiparità, ipotonia muscolare pelvica, parto vaginale, macrosomia fetale, BMI elevato.

Dolore da danno perineale. Il dolore pelvico può assumere le caratteristiche di un dolore pelvico cronico o quelle di una vulvodinia, ma in entrambi i casi alla base c'è un ipertono dei muscoli pelvici, connesso ad un danno a carico del pudendo. Ancora una volta fra i fattori di rischio di un danno neurologico a carico del pudendo troviamo una serie di fattori ostetrici: multiparità, parto operativo, aumento durata del secondo stadio, lacerazioni perineali di terzo e quarto grado, elevato peso alla nascita. Il taglio cesareo riduce il rischio di danno perineale, tuttavia aumenta di 4 volte il rischio di morbidità materna. Attualmente non può essere considerato una reale soluzione al problema. L'ACOG ha pubblicato una Committee Opinion che esplicitamente sconsiglia l'utilizzo della valutazione dell'incidenza delle lacerazioni severe come indicatore di qualità dell'assistenza ostetrica adducendo come giustificazione il fatto che, focalizzando l'attenzione sul trauma ostetrico, si corre il rischio di un aumento dei TC. Se infatti induce un danno perineale ridotto, tuttavia non riduce l'incontinenza a lungo termine ed aumenta la morbidità materna.

## BASIC UROGYN

21 Aprile 2017 - Belvedere Marittimo

La prevenzione del danno perineale deve essere effettuata durante la gestazione, durante il travaglio di parto e nel puerperio.

### Prevenzione Ante-Partum

- Identificazione delle donne a rischio (diabete-macrosomia fetale, razza, età, peso, abitudini di vita, stipsi, ipermobilità uretrale ecc)
- Interventi di informazione e sensibilizzazione soprattutto durante i corsi di accompagnamento alla nascita
- Massaggio perineale
- PFMT - esercizi di Kegel

Il massaggio perineale viene eseguito a partire dalla 35<sup>a</sup> settimana di gestazione; nelle nullipare riduce del 9% il rischio di lacerazioni. Tale riduzione è soprattutto legata alla minore incidenza di episiotomie selettive (-16%). Il massaggio viene eseguito con olio di mandorle o con creme varie (collagene, fitocollagene, ac. ialuronico, vitamina E). Si esegue con movimenti circolari sulla zona vulvo-perineale 1-3 volte a settimana. Gli esercizi di Kegel sono contrazioni volontarie isometriche dei muscoli perineali. Sono utili soprattutto per la prevenzione e trattamento della IUS e sono particolarmente efficaci se supervisionati da personale specializzato. Si stima che il rischio di IUS nell'ultimo mese è del 56% e che a sei mesi è ancora del 30%.

### Prevenzione Intra-Partum

Favorire le posizioni libere materne nel 2° stadio del travaglio di parto; la posizione litotomica andrebbe evitata perché in genere si accompagna ad un più alto tasso di episiotomie e ad alterazioni del tracciato cardiocografico. Laddove si deve o si vuole accelerare il 2° stadio del parto sono da preferire le posizioni verticali, mentre la posizione sul fianco riduce l'incidenza di lacerazioni. Si calcola che la forza esercitata sul pavimento pelvico durante il parto varia da 19N nella posizione supina a 37N in posizione verticale (questa differenza di + 18N è dovuta alla forza di gravità). Tale forza raggiunge 54N durante una intensa contrazione superando i 120N nella spinta volontaria.

Rispettare i tempi fisiologici ed evitare spinte intempestive. Bisogna sempre rispettare i tempi fisiologici evitando le spinte prima della dilatazione completa del collo, non incitare a "spingere" finché non si sente lo stimolo irresistibile in presenza di dilatazione completa. Non incitare a spingere in apnea a glottide chiusa (Valsalva) in quanto vi è un maggior rischio di disfunzione urinaria postuma. In assenza di stimolo impellente e nella necessità di espletare rapidamente il parto, invitare a spingere solo quando sono trascorse 2 ore dalla dilatazione completa nella primipara e 1 ora nella pluripara. Infatti, in caso di posizione occipito-sacrale-posteriore,

*l'attesa favorisce la rotazione anteriore spontanea dell'occipite. Il blocco tronculare dei pudendi può risultare utile in quanto blocca la contrattura riflessa dei muscoli perineali ciò evita le spinte intempestive secondarie al premito; inoltre ha una notevole efficacia analgesica in caso di parto operativo e successiva riparazione delle lacerazioni.*

*Molto utilizzata, ma pochi ne parlano, è la manovra di Kristeller. Consiste in una spinta a livello del fondo uterino per facilitare l'espulsione della testa fetale. Essa, in genere, è usata in caso di ipocinesia secondaria, sofferenza fetale acuta in avanzato periodo espulsivo, come coadiuvante in caso di estrazione con forcipe o ventosa, se esiste uno sfiancamento delle forze materne. La manovra di Kristeller è vietata in molti paesi in quanto i rischi superano i benefici: aumentata incidenza di lacerazioni perineali di III e IV grado, alcune complicanze gravi, descritte in letteratura, quali rottura d'utero, fratture neonatali, danno cerebrale. Inoltre in uno studio randomizzato, la manovra non si è dimostrata efficace nel ridurre la durata del II stadio del parto.*

*Anche l'ossitocina spesso viene somministrata in assenza di un apparente motivo (distocia). In un recente studio norvegese condotto su 559 nullipare a basso rischio, senza distocia si è constatato un significativo aumento di parti operativi e di episiotomie. Normalmente la fase attiva del parto presenta una*

*dilatazione di 1cm/ora. In caso di rallentamento e di scarse contrazioni si parla di distocia dinamica.*

*Un altro punto su cui si discute è l'approccio "hands on" oppure "hands off". Hands on consiste nell'eseguire manovre manuali di protezione del perineo durante il disimpegno della testa fetale. Hands off è quando si osserva il disimpegno della testa fetale senza intervenire con le mani (si interviene solo se il disimpegno avviene troppo rapidamente per frenare la fuoriuscita della testa).*

*La condotta migliore per la protezione del perineo è quella di fare impacchi con compresse calde o effettuare un delicato massaggio perineale con lubrificante e quindi istruire la donna a soffiare o spingere in basso delicatamente a glottide aperta per evitare un disimpegno troppo rapido della parte presentata, toccando il meno possibile. Questo tipo di massaggio in fase espulsiva con lubrificante mostra una riduzione delle lacerazioni spontanee ed un aumento di perinei integri.*

*La "protezione del perineo", approccio Hands on, pur garantendo l'integrità anatomica della cute e delle mucose, non impedisce slaminamenti e lesioni delle strutture muscolo-aponeurotiche profonde.*

*Episiotomia. Negli USA la percentuale di episiotomie si ridotta dal 1980 al 2012 dal 90% al 12%. L'episiotomia è*

un atto chirurgico che richiede un uso selettivo con una attenta valutazione del rapporto rischio-beneficio rispetto al singolo caso. Infatti, l'episiotomia selettiva è associata a un numero minore di lacerazioni di III e IV grado, ma ad un lieve incremento di lacerazioni anteriori di lieve entità. L'episiotomia comporta la sezione del muscolo pubo-coccigeo, che è il principale protettore delle lacerazioni in quanto la sua forza contrasta la pressione esercitata dalla parte presentata verso l'ano e costringe questa a ruotare. Il tasso di episiotomie consigliato dall'OMS per una buona pratica è inferiore al 20%. Le indicazioni all'episiotomia sono rappresentate da un perineo rigido o cicatriziale, dal parto operativo, da indicazioni fetali (macrosomia, asfissia neonatale, distocia di spalla, posizione posteriore dell'occipite, etc.). L'angolo appropriato in cui eseguire l'episiotomia medio-laterale deve essere a 60° per ridurre al minimo le lesioni dello sfintere anale. L'episiotomia eseguita al primo parto aumenta significativamente il rischio di una seconda episiotomia e di lacerazioni perineali spontanee nei parti successivi. E' buona pratica, da fare sistematicamente, per una corretta esecuzione dell'episiotomia, l'esplorazione rettale per valutare eventuali estensioni di lacerazioni perineali. Utile l'ecografia endoanale postuma per l'identificazione di lesioni occulte. In caso di lacerazioni di III e IV grado per la riparazione dello sfintere esterno

si può ricorrere alla tecnica overlapping (sovrapposizione) o a quella end to end (accostamento). Le due tecniche hanno dato un outcome sovrapponibile.

La tecnica chirurgica dell'overlapping, cioè della sovrapposizione dei monconi sfinteriali è migliore rispetto alla tecnica end to end sulla incontinenza anale. Purtroppo studi di follow-up dimostrano che nonostante la tecnica adoperata, a distanza di tempo, i processi fibrotici inducono una prevalenza di incontinenza fino al 50% con numerosi tentativi descritti di riparazione sfinteriale. Da qui l'importanza della fisioterapia riabilitativa. Secondo le linee guida della RCOG la riparazione primaria andrebbe fatta in sala operatoria da personale ostetrico addestrato. Dopo 6 settimane la paziente va ricontrollata. In caso di riparazione non adeguata andrebbe indirizzata al colon proctologo. Per quanto riguarda lo sfintere interno, se si riesce ad identificarlo è preferibile ripararlo separatamente.

Parto in acqua. Il parto in acqua presenta vantaggi relativi nel I stadio con una riduzione della percezione dolorosa delle contrazioni, della durata (-32 minuti), il ricorso all'uso della partoanalgesia. Nessuna differenza per quanto riguarda il ricorso al parto cesareo, all'uso dell'ossitocina, a traumi perineali e a infezioni materne. Vi sono maggior numero di lacerazioni spontanee di II grado e infezioni neonatali.

## BASIC UROGYN

21 Aprile 2017 - Belvedere Marittimo

*La partoanalgesia produce un aumento di gravi traumi perineali in quanto triplica il rischio di ricorrere ad un parto operativo. Benché la partoanalgesia migliori il benessere psicofisico della donna, la necessità di ricorrere spesso al parto strumentale causa un peggioramento dello stato del perineo, con aumento del tasso di lacerazioni importanti. Non è la partoanalgesia a causare un aumento delle lacerazioni ma l'indiretto ricorso al parto operativo.*

*Prevenzione nel puerperio. Nel puerperio a secondo del rischio verificatosi, basso, medio, alto dopo tre mesi dal parto si invia la paziente ad un Pelvic Center per la riabilitazione di gruppo o individuale, attraverso l'esecuzione sistematica della Perineal Card, che dà una valutazione dei fattori di rischio intercorsi prima e durante la gestazione di tipo materni, fetali e iatrogeni.*



## ALS - AIUG Live Surgery

*Presidente del corso:  
Marco Liberati, Gaspare Carta*

*Direttore del corso:  
Franco Frondaroli*



**PESCARA**  
6 Maggio 2017

# Programma

09.00 Registrazione e apertura lavori

09.30 - 1° SESSIONE  
Chirurgia vaginale protesica del prolasso

SLIDE / VIDEO  
A.Santarelli

DISCUSSANT  
G. Febo, A.Marcozzi, G. Micucci, G. Ruggeri

10.00 - 2° SESSIONE  
Chirurgia vaginale fasciale conservativa e/o demolitiva del prolasso

SLIDE / VIDEO  
Franco Frondaroli

DISCUSSANT  
E. Castelli, G.Grechi, F. Patacchiola, M. Rosati

10.30 - 3° SESSIONE  
Chirurgia addominale del prolasso

SLIDE / VIDEO  
M. Cervigni

DISCUSSANT  
F. Benucci, A.Chiari, A.Di Francesco, F. Matrullo

11.00 COFFEE BREAK

11.30 - 4° SESSIONE  
Prospettive future nella chirurgia del prolasso  
M. Cervigni

12.00 - 5° SESSIONE  
La realtà uroginecologica in Abruzzo  
Prof. G.Carta, Prof.ssa A. D'Alfonso, Dott. F. Frondaroli

12.30 PRANZO

13.30 - 6° SESSIONE  
Moderatori:  
A. D'Alfonso, A. Di Francesco

Focus sulla terapia della vescica iperattiva  
D. Murgano

14.00 - 7° SESSIONE  
Moderatori: G. Carta, M. Liberati

Il punto di vista dell'urologo  
L. Schips, C. Vicentini

Il punto di vista del coloproctologo  
L. Di Sebastiano, R. Pietroletti

Complicanze neurologiche nella chirurgia del prolasso  
F. Fanfani

15.30 - CONCLUSIONI  
F. Frondaroli



*Giornata  
Uroginecologica  
Aiug*

*Direttori del Corso:  
Andrea Morciano, Dario Caliandro*



**TRICASE**  
**12 Maggio 2017**

# Programma

08.30 Iscrizione dei partecipanti

09.00 Saluto dei Direttori del Corso  
A. Morciano, D. Caliandro

I sessione

DIAGNOSTICA UROGINECOLOGICA

Moderatori: L. Milano, A. Morciano,  
L. Scalerà

09.30 Visita uroginecologica  
A. Morciano

09.45 Ecografia del pavimento  
pelvico  
S. Alcaïno

10.00 Isteroscopia - G. Marzo

10.15 Urodinamica - D. Caliandro

10.30 Diagnostica radiologica  
D. Palladino

10.45 Discussione

11.00 Coffee break

II sessione

ALGORITMI TERAPEUTICI

Moderatori: D. Caliandro, S. Caretto,  
G.C. Carluccio

11.30 Incontinenza Urinaria  
da Sforzo  
S. Caretto

11.45 Incontinenza Urinaria  
da Urgenza  
D. Caliandro

12.00 Prolasso urogenitale  
anteriore ed apicale  
A. Morciano

12.15 Lectio magistralis  
Nuove frontiere per il dolore  
pelvico cronico:  
Neuromodulazione  
M. Cervigni

12.35 Infezioni del basso tratto  
urinario: prevenzione e  
trattamento con  
la nutraceutica  
M. Manfredini

12.50 Prolasso urogenitale  
posteriore  
A. Morciano

13.05 Discussione

13.15 Lunch

## GIORNATA UROGINECOLOGICA AIUG 12 Maggio 2017 - Tricase

- III sessione  
MANAGEMENT PRE- E POST-CHIRURGICO  
Moderatori: S. Casarano, P. Alba,  
A. Morciano
- 14.05 *Gravidanza e prolasso*  
P. Alba
- 14.20 *Il pavimento pelvico  
in gravidanza*  
B. Hajdini
- 14.35 *Riabilitazione del pavimento  
pelvico*  
R. Chiuri
- 14.50 *Preparazione della Sala  
Operatoria in uroginecologia*  
R. Cuomo
- 15.05 *Gestione del post-operatorio*  
P. S. Anastasio
- 15.20 *Discussione*
- 15.40 *Conclusione dei lavori*





## BASIC UROGYN

Conoscenza di base per iniziare  
un percorso uroginecologico

*Presidenti del corso:*

*Tullia Todros, Maurizio Bologna*

*Responsabile del corso:*

*Francesco Deltetto, Paolo Petruzzelli*



# TORINO

20 Maggio 2017

# Programma

08.45 *Introduzione e presentazione della giornata*  
T. Todros, M. Bologna

## 1° Sessione

*LE DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO*

*Moderatori: G. Menato, G. Gregori*

09.00 *Epidemiologia ed impatto sulla qualità di vita*  
M. Bologna

09.20 *Eziopatogenesi*  
M. Gallo

09.40 *Anatomia funzionale del pavimento pelvico*  
S. Cosma

10.00 *Discussione*

## 2° Sessione

*INQUADRAMENTO CLINICO, PREVENZIONE E TRATTAMENTO*

*Moderatori: S. Danese, E. Viora*

10.10 *L'esame obiettivo e l'ecografia perineale*  
L. Cito

10.30 *Il prolasso e l'incontinenza urinaria: indicazioni al trattamento*  
M. Barbero

10.50 *L'urodinamica: quando è necessaria?*  
L. Chiarolini

11.10 *L'incontinenza da urgenza*  
M. Preti

11.30 *Infezioni del basso tratto urinario: prevenzione e trattamento con la nutraceutica*  
M. Manfredini

11.50 *Discussione*

12.00 *Lunch*

## 3° Sessione

*ALTERNATIVE ALLA CHIRURGIA*

*Moderatori: C. Benedetto, V. Bergamini*

13.30 *Terapie mediche e fisiche della IU*  
F. Deltetto

Basic Urogyn  
20 Maggio 2017 - Torino

13.50 Riabilitazione pre e post  
partum  
F. Bernasconi

14.10 Educazione motoria  
D. Arervo

14.30 Quale spazio per il pessario  
S. Parisi

14.50 Discussione

4° Sessione

INDICAZIONI E TRATTAMENTI  
CHIRURGICI: LA PERSONALIZZAZIONE  
DELLA CURA MIGLIORATA DALLE  
NUOVE TECNICHE

Moderatori: M. Bologna, N. Surico

15.00 La IUS: quali trattamenti  
M. Giana

15.30 La chirurgia vaginale fasciale  
P. Cortese

16.00 La chirurgia vaginale  
con mesh  
F. Deltetto

16.30 La sospensione al  
sacrospinoso  
M. Chiadò

17.00 L'approccio laparoscopico:  
sacropessia e POPS  
P. Petruzzelli

17.30 La paziente prima e dopo  
la chirurgia: PDTA e  
complicanze  
E. Olearo

18.00 Discussione e chiusura lavori





## XXVI Congresso Nazionale AIUG

*Presidente del Congresso:  
Gennaro Trezza*



**NAPOLI**  
25/27 Maggio 2017

# Programma

## Giovedì 25 maggio 2017

08.00 Registrazione

TRAINING TIME

09.00 - 13.00 SESSIONE AGUI - EUGA - AIUG

09.00 - 18.30 SESSIONE FNCO - AIUG

13.00 - 14.00 INAUGURAZIONE CONGRESSO

15.00 - 16.30 LA PAZIENTE NELLA TERZA ETÀ'

16.30 - 18.50 SESSIONE DOLORE PELVICO CRONICO

DOLORE PELVICO CRONICO: COME RICONOSCERLO E TRATTARLO

18.50 - 20.20 SESSIONE MEDICINA ESTETICA E FUNZIONALE - AIGEF - AIUG

RECUPERO DEL BENESSERE VAGINALE

## Venerdì 26 maggio 2017

09.00 - 15.40 SESSIONE INCONTINENZA

16.10 - 19.00 SESSIONE PROLASSO (Via addominale)

## Sabato 27 maggio 2017

08.40 - 12.10 SESSIONE PROLASSO (Via vaginale)

12.10 - 12.15 PREMIO UMBERTO BOLOGNA

12.15 - 13.45 TAVOLA ROTONDA IL FUTURO DELL'UROGINECOLOGIA

13.45 - 14.00 CHIUSURA CONGRESSO E TAKE HOME MESSAGE







*Guarda tutte le foto  
del XXVI Congresso  
Nazionale AIUG*





## GIORNATA UROGINECOLOGICA AIUG



*Presidenti del Corso:  
Filippo Gentile, Gian Luca Bracco*

*Responsabili del Corso:  
Filippo Cecconi, Gerardo Pizzirusso,  
Simone Puccetti*



**SIENA**  
29,30 Giugno 2017

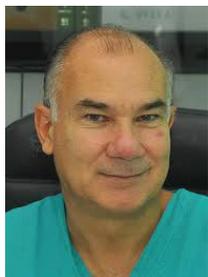
# Programma

## 29 Giugno 2017

- 10.00 *Registrazione partecipanti*
- 10.30 *Presentazione della Giornata uroginecologica e filo diretto con il Body Lab appena conclusosi ad Arezzo*  
G. Pizzirusso, G. L. Bracco, F. Gentile, F. Cecconi
- a) *Discussione scientifica sul Body Lab*  
G. L. Bracco
- b) *Dal Body Lab alla Live Surgery: presentazione dei casi clinici*  
G. L. Bracco, G. Pizzirusso
- 13.00 *Lunch*
- 14.00 *Infezioni urinarie ricorrenti nella donna, con particolare riferimento a quelle legate a germi multiresistenti. Il ruolo della profilassi antibiotica pre-operatoria*  
C. Tascini
- 14.15 *Valutazione e confronto delle nuove mesh single incision per il prolasso anteriore e apicale*  
G.L. Grechi

## 30 Giugno 2017

- 08.00 *LIVE SURGERY*  
*La colposacropessi robotica*  
F. Gentile
- La Pops*  
T. Simoncini
- 11.00 *LIVE SURGERY*  
- *Cistite interstiziale: Cistoscopia con biopsia*  
- *Vescica iperattiva idiopatica: tossina botulinica intradetrusoriale*  
- *Dolore pelvico cronico: neuromodulatore sacrale*  
G. Pizzirusso, F. Cecconi
- 12.30 *LIVE SURGERY*  
*La correzione dell'incontinenza urinaria da sforzo: TVT-O vs minisling*  
G. L. Bracco, M. Cencini
- 14.30 - 15.30 *WORKING MEETING*  
1) *Colposacropessi vs Pops*  
F. Gentile, T. Simoncini  
2) *Approccio transotturatorio nella IUS: dalla TVT classica alla minisling*  
G. L. Bracco, M. Cencini  
3) *Cistite interstiziale e dolore pelvico cronico*  
F. Cecconi
- 16.00 *Tavola rotonda e chiusura dei lavori*



## BASIC RIAB

Tecniche riabilitative nella prevenzione  
e terapia delle disfunzioni perineali  
ante e post-partum

*Responsabile del Corso:  
Antonio Azzena*



# UDINE

30 Giugno 2017

# Programma

09.00 *Registrazione Partecipanti*

09.15 *Saluti e Presentazione  
del corso  
A. Azzena, A. Cagnacci*

*I SESSIONE: Le disfunzioni perineali:  
valutazione epidemiologica,  
eziopatogenesi e prevenzione  
Moderatori: A. Cagnacci,  
F. Deltetto, M. Maffiolini*

09.30 *Epidemiologia delle  
disfunzioni perineali e  
impatto sulla qualità di vita  
F. Bernasconi*

09.50 *Anatomia funzionale del  
pavimento pelvico  
S. Dati*

10.10 *Evento ostetrico e disfunzioni  
perineali: quale prevenzione  
A. Azzena*

10.30 *Le disfunzioni del pavimento  
pelvico: impatto psicologico  
P.L. Righetti*

10.50 *Discussione*

11.10 *Coffee Break*

*II SESSIONE: Le disfunzioni perineali:  
diagnosi e trattamento  
Moderatori: D. De Santo, S. Dati,  
A. Rossi*

11.40 *Inquadramento clinico e  
diagnostico delle disfunzioni  
pelvi perineali femminili:  
valutazione per  
compartimenti  
F. Deltetto*

12.00 *Valutazione strumentale del  
pavimento pelvico in  
gravidanza, dopo il parto  
e dopo traumi perineali  
L. Cito*

12.20 *La gestione delle lacerazioni  
perineali di 3°/4° grado  
V. Napolitano*

12.40 *Vulvodinia: dalla diagnosi  
al trattamento  
M. Maffiolini*

13.00 *Discussione*

13.20 *Lunch*

**BASIC RIAB**  
30 Giugno 2017 - Udine

*III SESSIONE: La riabilitazione nel trattamento delle disfunzioni perineali*  
Moderatori: F. Bernasconi,  
C. Del Neri, S. Floris

14.20 *La riabilitazione del pavimento pelvico: dalla valutazione funzionale al percorso riabilitativo*  
A. Cavalieri

14.40 *L'approccio osteopatico nella valutazione integrata dei sistemi somato/viscerali interessati da una disfunzione pelvica*  
G. Tarricone

15.00 *Lo yoga come strumento di supporto al trattamento riabilitativo*  
T. Albertin

15.20 *Discussione*

15.40 *Sessione pratica riabilitativa su modelle e/o manichini*  
A. Cavalieri - G. Tarricone

17.40 *Chiusura corso*  
A. Azzena, A. Cagnacci





## BASIC RIAB

Tecniche riabilitative nella prevenzione  
e terapia delle disfunzioni perineali  
ante e post-partum

*Responsabile del Corso:  
Celestino Claudio Bertellini*



**CERVIA**  
22 Settembre 2017

# Programma

08.00 *Registrazione partecipanti*

08.30 *Saluti e presentazione  
del Corso*

## PRIMA SESSIONE

*Anatomia e fisiologia del pavimento  
pelvico e inquadramento delle  
disfunzioni pelvi-perineali*

*Moderatori: E. Emili, R. Martinello*

08.50 *Anatomia e fisiologia del  
pavimento pelvico:  
comparto centrale e  
anteriore*  
*M. C. Meriggiola*

09.10 *Anatomia e fisiologia del  
pavimento pelvico:  
comparto posteriore*  
*R. Riccardi*

09.30 *Alterazioni  
anatomo-funzionali del  
pavimento pelvico:  
classificazione e diagnosi*  
*D. Viviani*

09.50 *La neuropatia del nervo  
pudendo nel post-partum*  
*M. B. De Ramundo*

10.30 *Discussione e coffee-break*

## SECONDA SESSIONE

*Le disfunzioni perineali:  
prevenzione, diagnostica e  
trattamento*

*Moderatori: D. De Paoli, F. Spelzini*

11.00 *Il ruolo dell'ostetrica nella  
prevenzione ante-partum  
delle disfunzioni perineali*  
*R. Bondavalli*

11.20 *La prevenzione intra-partum  
del trauma perineale: quale  
buona pratica in sala parto?*  
*F. Bernasconi*

11.40 *Biomeccanica del danno  
intra-partum*  
*D. Costantino*

12.00 *Gestione delle lacerazioni  
da parto*  
*C. Bertellini*

12.20 *Valutazione urodinamica  
nelle disfunzioni e alterazioni  
morfologiche del pavimento  
pelvico*  
*M. Fiori*

12.40 *Riabilitazione pelvi-perineale:  
l'esperienza di Forlì*  
*M. Cimatti*

**BASIC RIAB**  
**22 Settembre 2017 - Cervia**

13.00 *Discussione*

13.30 *Lunch*

**TERZA SESSIONE**

*La riabilitazione nel trattamento  
delle disfunzioni perineali*

*Moderatori: C.Bertellini, A.Contarini*

14.30 *Lavorare in Equipe: il ruolo  
dell'osteopata nella cura  
delle disfunzioni pelvipereineali*  
G. Gariglio

14.50 *La riabilitazione del  
pavimento pelvico:  
dalla valutazione funzionale  
al percorso riabilitativo*  
A. Cavalieri

15.10 *Ruolo dei presidi nel supporto  
alla terapia domiciliare*  
F. Patacchiola

15.30 *La disciplina Yoga come  
strumento di supporto  
al trattamento riabilitativo*  
T. Albertin

15.50 *Discussione*

16.10 *Sessione pratica Yoga  
Perineale*  
T. Albertin

16.30 *Sessione pratica riabilitativa  
su modella*  
A. Cavalieri

17.30 *Chiusura dei lavori*

## Presentazione dell'evento

*Il 22 settembre 2017 si è svolto sulla riviera romagnola a Cervia (RA), nella cornice dello splendido Club Hotel Dante, il Corso Basic AIUG per Ostetriche, Fisioterapisti, Ginecologi, Urologi e Proctologi: "Tecniche riabilitative nella prevenzione e terapia delle disfunzioni perineali ante e post-partum". Il Corso è stato organizzato dall'Unità Operativa di ostetricia e ginecologia di Forlì (FC) con Direttore il Dott. Celestino Claudio Bertellini. La sede è stata scelta per l'accoglienza della località turistica e per permettere a chi voleva di rimanere a godersi il mare e i posti della splendida Romagna. Il Direttore del Corso ha voluto dare anche una connotazione più globale aziendale e quindi ha scelto una località diversa dalla sede, Forlì, dell'Unità operativa in cui lavora. In pratica il Corso era rivolto soprattutto a chi era interessato nell'Azienda AUSL Romagna che comprende le province di Forlì-Cesena, Ravenna e Rimini con circa 1.200.000 abitanti, pur avendo adesioni da altre zone. Gli iscritti al Corso son stati ben 115 in maggioranza ostetriche. Un vero successo!*

*Il nutrito programma si è svolto in un giorno cercando di dare, in poco tempo, il massimo delle informazioni e della pratica possibile sul tema della riabilitazione del pavimento pelvico in campo ostetrico. Le sessioni sono state tre.*

### PRIMA SESSIONE:

#### ANATOMIA E FISIOLOGIA DEL PAVIMENTO PELVICO E INQUADRAMENTO DELLE DISFUNZIONI PELVI-PERINEALI.

*La prima sessione era doverosamente rivolta a dare un inquadramento della anatomia e della fisiologia del pavimento pelvico e delle sue disfunzioni. Si sono succedute pertanto le relazioni della Dott.ssa Paganotto Maria Chiara, in sostituzione della Prof.ssa Meriggiola della Clinica Universitaria di Bologna, sul comparto centrale ed anteriore del pavimento pelvico e*

## BASIC RIAB

### 22 Settembre 2017 - Cervia

*del Dott. Riccardi Riccardo, proctologo di Faenza (RA), sul comparto posteriore. La Dott.ssa Viviani della Clinica Universitaria di Parma ha parlato della classificazione e della diagnosi delle alterazioni anatomo-funzionali del pavimento pelvico. Ha concluso la sessione la Dott.ssa De Ramundo Maria Biagina dell'Azienda ASMN di Reggio Emilia con una interessante relazione sulla neuropatia del nervo pudendo nel post-partum.*

#### SECONDA SESSIONE:

##### *LE DISFUNZIONE PERINEALI: PREVENZIONE, DIAGNOSTICA E TRATTAMENTO.*

*Nella seconda sessione si è parlato delle disfunzioni perineali, in particolare l'Ostetrica Bondavalli Rosa ha presentato una relazione sull'importante ruolo dell'Ostetrica nella prevenzione ante partum delle disfunzioni in oggetto. A seguire brillante relazione del Dott. Bernasconi Francesco dell'U.O.S. Uroginecologia di Carate Brianza (MB) sulla prevenzione intra-partum del trauma perineale. Poi relazione del Dott. Costantino Demetrio sulla Biomeccanica del danno intra-partum e del Direttore del Corso Dott. Bertellini sulla gestione delle lacerazioni da parto. E' stato coinvolto anche l'esperto urologo di Forlì dott. Fiori Massimo sulla valutazione urodinamica nelle disfunzioni e alterazioni morfologiche del pavimento pelvico per far capire alla platea quando e quali esami urodinamici eseguire nelle problematiche urinarie del post-partum. Ha concluso la sessione la Fisioterapista di Forlì Ci-matti Maria presentando l'importante esperienza riabilitativa della Fisioterapia di Forlì.*

#### TERZA SESSIONE:

##### *LA RIABILITAZIONE NEL TRATTAMENTO DELLE DISFUNZIONI PERINEALI*

*La terza sessione è stata dedicata alla riabilitazione con l'interessante relazione dell'Ostetrica Gariglio di Torino sull'importanza del lavoro in Equipe e sul ruolo dell'osteopata nella cura delle disfunzioni pelviperineali. A seguire l'Ostetrica Cavalieri ha parlato della valutazione funzionale e ha definito il percorso riabilitativo. Infine la novità della disciplina Yoga come strumento*

## BASIC RIAB

### 22 Settembre 2017 - Cervia

*di supporto nel trattamento riabilitativo dell'Osterica Albertin che ha fatto fare alla platea alcuni esercizi. Dopo la Discussione si è passati alla parte pratica con la partecipazione di una modella che ha permesso di mostrare i passaggi per la diagnostica, l'applicazione degli ausili tecnici per l'elettrostimolazione e il bio-feed-back e i vari esercizi riabilitativi da far eseguire alle pazienti. La parte pratica è stata svolta dalle Ostetriche Cavalieri Antonella e Veronesi Ester.*

*A conclusione si può dire che l'evento, fra i primi in Romagna, ha suscitato grande interesse soprattutto fra le ostetriche e ha focalizzato l'importanza degli eventi ostetrici nella dinamica e insorgenza delle patologie pelviperineali. Da questi presupposti l'importanza della corretta gestione ostetrica del parto, della precoce individuazione delle disfunzioni pelvi-perineali e delle modalità di correzione e trattamento.*

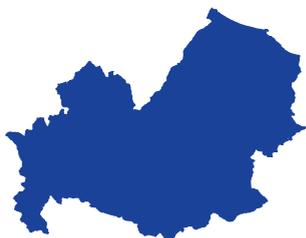
*Celestino Claudio Bertellini*



## BASIC RIAB

Tecniche riabilitative nella prevenzione e terapia delle disfunzioni perineali ante e post-partum

*Responsabili del Corso:  
Bernardino Molinari, Felice Patacchiola*



**TERMOLI**  
29 Settembre 2017

# Programma

08.30 Registrazione Partecipanti

09.00 Saluti e Presentazione  
del corso  
Bernardino Molinari,  
Felice Patacchiola

## I SESSIONE

*Le disfunzioni perineali: valutazione epidemiologica, eziopatogenesi e prevenzione*

Moderatori: Maurizio Bologna,  
Franco Frondaroli, Bernardino Molinari

09.15 *Epidemiologia delle disfunzioni perineali e impatto sulla qualità di vita*  
Gian Luca Bracco,  
Valeria Ebano

09.30 *Anatomia funzionale del pavimento pelvico*  
Gaia Bellini

09.45 *Evento ostetrico e disfunzioni perineali*  
Felice Patacchiola

10.00 *Discussione*

10.20 *Coffee Break*

## II SESSIONE

*Le disfunzioni perineali: diagnosi e trattamento*

Moderatori: Fabio Benucci,  
Quintino Desiderio, Carlo Vicentini

11.00 *Inquadramento clinico e diagnostico delle disfunzioni pelvi perineali femminili: il compartimento anteriore e centrale*  
Mauro Cervigni

11.15 *Inquadramento clinico e diagnostico delle disfunzioni pelvi perineali femminili: il compartimento posteriore*  
Renato Pietroletti

11.30 *Ruolo della microflora gastrointestinale nelle disfunzioni colon-rettali*  
A. Cavalieri

11.45 *Valutazione strumentale del pavimento pelvico in gravidanza, dopo il parto e dopo traumi perineali*  
Angela D'Alfonso

12.00 *La Gestione delle lacerazioni perineali di 3°/4° grado*  
Gennaro Trezza

12.15 *Discussione*

12.30 *Lunch*

## III SESSIONE

*La riabilitazione nel trattamento delle disfunzioni perineali*

Moderatori: Maria Castellani Perelli,  
Giorgio Febo, Anna Marcozzi

13.00 *La riabilitazione del pavimento pelvico: dalla valutazione funzionale al percorso riabilitativo*  
Antonella Cavalieri

13.15 *Ruolo dei presidi nel supporto alla terapia domiciliare*  
Antonella Cavalieri,  
Felice Patacchiola

**BASIC RIAB**  
**29 Settembre 2017 - Termoli**

- 13.30 *Approccio osteopatico nella valutazione integrata dei sistemi somato-viscerali interessati da una disfunzione pelvica*  
Giovanna Gariglio
- 13.45 *Lo yoga come supporto al trattamento riabilitativo*  
Tania Albertin
- 14.00 *Discussione*
- 14.30 - 16.30  
*Applicazione pratica riabilitativa su modelle e/o manichini a cura delle Ostetriche del TOPP*  
coordinamento Nadia Urli
- 16.30 **TAKE HOME MESSAGE**  
e chiusura corso





## ALS AIUG Live Surgery

*Presidenti del corso:*  
F. Bernasconi, M. Maffioli

*Direttori del corso:*  
F. Bernasconi, G. L. Bracco,  
M. Maffioli, V. Silingardi



# GIUSSANO

13 Ottobre 2017

# Programma

08.00 Registrazione dei partecipanti

08.30 Saluti e presentazione del corso

08.45 Lettura magistrale  
Le flow-chart diagnostico terapeutiche nella IU femminile - F. Deltetto

09.15 La chirurgia mini-invasiva della IU femminile:  
tecniche a confronto  
Provoker in aula:  
M. Bologna, F. Deltetto

Collegamento Live Surgery dalla sala operatoria dell'Ospedale di Carate Brianza (MB)

Operatori:

J. Antolini, F. Bernasconi, G.L. Bracco, M. Maffioli, V. Silingardi

Interventi programmati :

TVT exact, TVT abbrevio, Ophira, Altis, Aiust, infiltrazione periuretrale con macroplastique, infiltrazione vescicale con botulino

IUS E DINTORNI

Moderatori : M. Maffioli,  
G.L.Bracco

14.30 Efficacia dell'associazione di Adelmidrol e Acido ialuronico in situazioni di neuroinfiammazione vescicale - S. Cuzzocrea

15.00 Ruolo della radiofrequenza nella sindrome genito-urinaria  
F. Deltetto

15.20 Le terapie conservative nella IUS e nelle sindromi vescico-uretrali: riabilitazione, acido ialuronico e ozonidi, estrogeni e anticolinergici a confronto  
F. Bernasconi

15.40 Discussione

UPDATE SULLE TECNICHE CHIRURGICHE MINI-INVASIVE DELLA IU FEMMINILE

Moderatori: F. Bernasconi, F. Scieli

16.00 Risultati delle minisling nella IUS - G. L. Bracco

*ALS - Aiug Live Surgery*  
*13 Ottobre 2017 - Giussano*

16.30 *Le infiltrazioni periuretrali:  
tecniche e risultati*  
*F. Bernasconi*

17.00 *La chirurgia mini-invasiva  
nella IU maschile*  
*S. Sandri*

17.00 *Coffee-break*

17.20 *La terapia intravesicale  
con botulino*  
*V. Silingardi*

17.50 *Indicazioni e risultati della  
neuro-modulazione*  
*O. Risi*

18.20 *La profilassi trombo embolica  
nella chirurgia uro  
ginecologia*  
*F. Bernasconi*

18.40 *Discussione*

19.00 *Conclusioni e chiusura  
dei lavori*







## BASIC UROGYN

Conoscenza di base per iniziare  
un percorso uroginecologico

*Responsabile del corso:*  
Marzio Angelo Zullo



**ROMA**  
26 Ottobre 2017

# Programma

- 08.30 Registrazione dei partecipanti
- 08.50 Introduzione e presentazione del corso  
F. Barela, Presidente Università Campus Bio-Medico di Roma  
G. Minotti, Preside Facoltà Med. e Chirurgia Università Campus Bio-Medico di Roma  
M. De La Viesca, Direttore Generale del Policlinico  
R. Coppola, Resp. DPT Chirurgia Generale  
R. Alloni, Resp. Unità Semplice di Chirurgia a Degenza Breve
- I SESSIONE  
Moderatori: M. Bologna, R. Coppola, M.A. Zullo
- 09.10 Senior Italia e l'incontinenza urinaria e fecale  
R. Messina
- 09.30 Anatomia funzionale del pavimento pelvico  
S. Morini
- 09.50 Evento ostetrico e disfunzioni pelvi-perineali  
G. Carta
- 10.10 La menopausa e le disfunzioni pelvi-perineali: fisiopatologia e trattamento  
F. Maneschi
- 10.30 Acido ialuronico a bassissimo peso molecolare nella IUS e nella prevenzione delle cistiti  
M. Florio
- 10.50 Le acque curative delle Terme d'Italia  
R. Del Monaco
- 11.10 COFFEE BREAK
- II SESSIONE  
Moderatori: P. Di Roberto, F. Patacchiola, P. Saccucci
- 11.20 La diagnostica clinica nella valutazione dei difetti del pavimento pelvico e dell'incontinenza urinaria: quali sono gli strumenti realmente necessari?  
C. Oliva
- 11.40 Urodinamica: quando è necessaria? - F. Natale
- 12.00 L'Imaging in uroginecologia  
B. Beomonte Zobel
- 12.20 La terapia della vescica iperattiva  
M.A. Zullo
- 12.40 Le disfunzioni del compartimento posteriore: dai modelli fisiopatologici al trattamento - V. Ripetti

Basic Urogyn  
26 Ottobre 2017 - Roma

13.00 *Integrazione nutraceutica nel trattamento delle infezioni urinarie*  
M. Manfredini

13.20 LUNCH

III SESSIONE

Moderatori: V. Ambrogi, F. Battaglia,  
V. Scotto di Palumbo

14.00 *Il ruolo della terapia rieducativa del pavimento pelvico: quando consigliarla?*  
R. Sandomingo

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

14.40 *Trattamento chirurgico del compartimento vaginale anteriore: chirurgia fasciale*  
E. Imparato

15.00 *Trattamento chirurgico del compartimento vaginale anteriore: chirurgia protesica*  
V. Napolitano

15.20 *Trattamento chirurgico del compartimento superiore: via vaginale*  
G. De Matteis

15.40 *Trattamento chirurgico del compartimento superiore: razionale ed indicazioni della tecnica protesica LPS*  
G. Campagna

16.00 *Prolasso pelvico multiorgano: tecniche chirurgiche a confronto*  
M. Cervigni

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

16.40 *Chiusura lavori*





**ALS**  
AIUG Live Surgery

*Responsabile del corso:  
Massimo Luerti*



**MILANO**  
10 Novembre 2017

# Programma

09.00 Registrazione  
Saluti ai partecipanti  
Presentazioni

09.30 Welcome coffee

## RELAZIONE INTRODUTTIVA

09.45 Il setto retto vaginale,  
la fascia di Denonvillier  
e i legamenti di sostegno  
della cervice uterina  
M. Maffiolini

Discussione

SESSIONE: Controversie nelle  
tecniche chirurgiche  
Moderatori:  
G.L. Marchino, G. Trezza

10.25 Il difetto posteriore:  
quando e come  
correggerlo?  
M. Cervigni

10.45 Il difetto anteriore: quale  
chirurgia fasciale?  
A. Azzena

11.05 La sospensione laterale  
laparoscopica (POPS):  
alternativa alla sacropessia?  
M. Luerti

11.25 Coffee break

12.00 Quale e se trattamento  
chirurgico nella ODS?  
S. Agradi, P. Boccasanta

12.20 Transotturatoria vs sling single  
incision nel trattamento  
della IUS? - F. Bernasconi

12.40 Isterectomia o conservazione  
dell'utero nel prolasso  
utero vaginale?  
V. Bergamini

Discussione

13.00 Light lunch

SESSIONE: La tecnica  
dell'isterectomia  
vaginale oggi  
Moderatori:  
M. Bologna, G. Carta

14.00 La tecnica classica:  
ancora valida?  
G. Bracco

14.20 L'isterectomia vaginale con  
i sistemi di sintesi tissutale  
M. Maffiolini

14.40 La sospensione della cupola  
vaginale dopo isterectomia  
vaginale  
S. Dati

*ALS - Aiug Live Surgery  
10 Novembre 2017 - Milano*

*Discussione al termine della sessione*

*SESSIONE VIDEO*

*Moderatori: B. Andrei, E. Imparato*

*15.30 L'isterectomia vaginale  
con curved jaw  
M. Luerti*

*15.50 La sospensione laterale  
laparoscopica (POPS)  
T. Simoncini*

*16.10 La correzione del difetto  
apicale con mesh  
"intelligenti"  
G. Bracco*

*16.30 La correzione del difetto  
anteriore  
M. Maffioli*

*16.50 La correzione del difetto  
posteriore  
M. Cervigni*

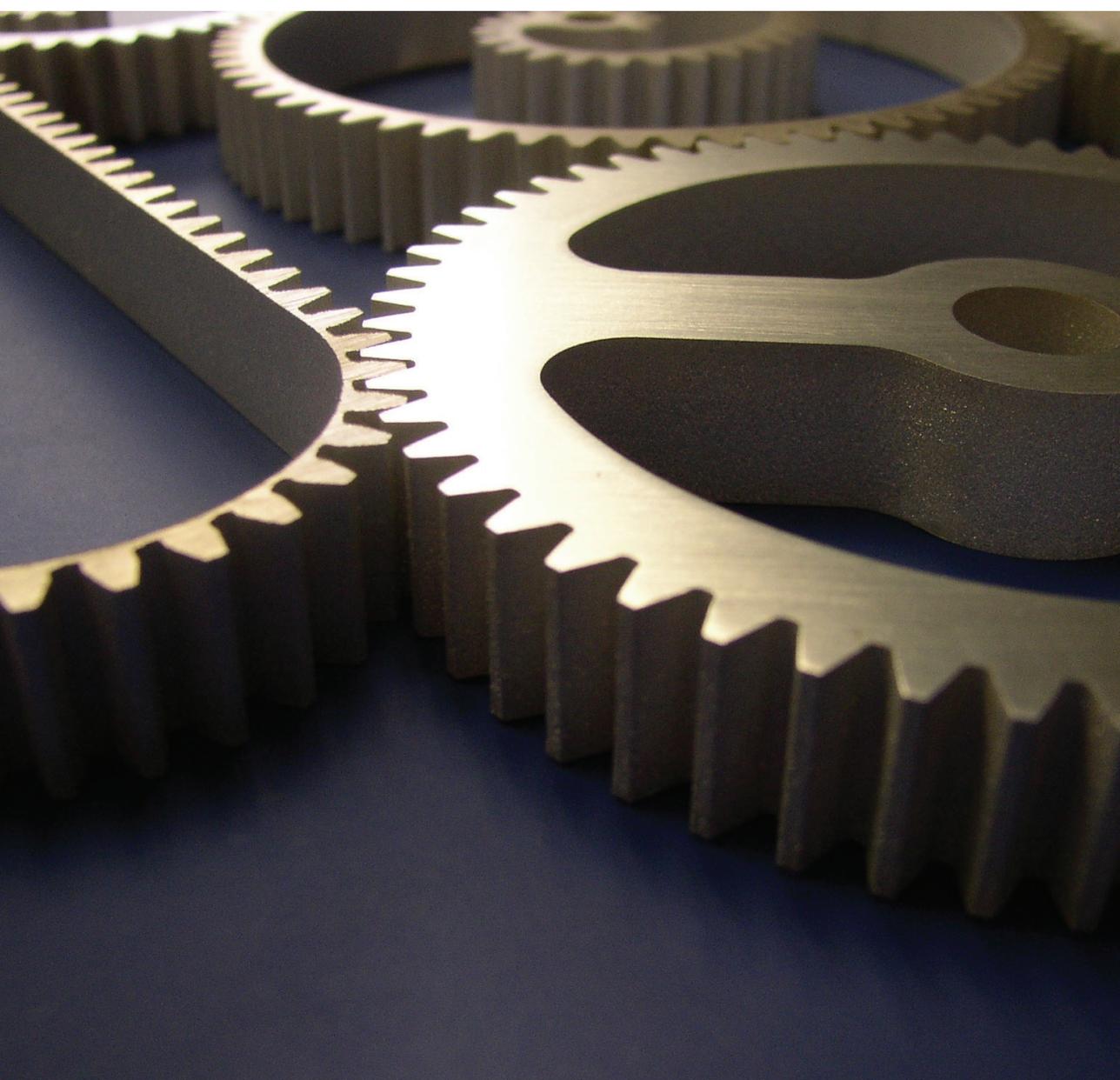
*17.10 DISCUSSIONE GENERALE:  
Quale chirurgia dei difetti  
della statica pelvica?  
Moderatori: M. Cervigni*

*17.40 CHIUSURA DEI LAVORI:  
informazioni sull'ottenimento  
dei crediti ECM*



# CONVENTION

*per gli Associati AIUG*



# ROMA

## 16 Dicembre 2017

### **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*









Segreteria AIUG  
c/o See Make Show Srls  
Via Bernascone, 12 - 21100 Varese  
tel. 0332.288199 - cell. 324.9063363  
fax 0332.233047 - [segreteria@aiug.eu](mailto:segreteria@aiug.eu)  
[www.aiug.eu](http://www.aiug.eu)