

PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE NELLA CHIRURGIA PER ENDOMETRIOSI

Marcello Ceccaroni

Negrar, Verona

L'approccio chirurgico dell'endometriosi è spesso molto complesso a causa di una massiva infiltrazione viscerale e di una sindrome aderenziale che può coinvolgere più organi (retto, utero, ovaie, vescica) e che, nella maggior parte dei casi, altera completamente la normale anatomia pelvica della donna. In assenza di un adeguato *know-how* chirurgico, tali interventi possono essere gravati da importanti complicanze postoperatorie. La resezione intestinale per endometriosi è un'operazione importante che espone le pazienti al rischio di gravi complicazioni digestive e urologiche (fistole rettovaginali, stenosi di anastomosi colorettales, atonia transitoria della vescica, ascesso pelvico, peritonite, fistole ureterali, lesioni vescicali, stenosi ureterali). Molte complicanze derivano dall'ingresso degli strumenti laparoscopici (ago di Veress, trocar); tali complicanze sono prevalentemente legate a lesioni intestinali (soprattutto se sono presenti aderenze) o vascolari. Queste ultime rappresentano una vera e propria emergenza chirurgica.

Esiste inoltre una serie di complicanze che derivano da un trauma chirurgico che coinvolge le branche dei nervi del sistema simpatico e parasimpatico dell'innervazione autonoma degli organi pelvici (plesso ipogastrico superiore, nervi ipogastrici, nervi splanchnici pelvici, plesso ipogastrico inferiore) o del sistema somatico (plesso sacrale, radici sacrali, nervo pudendo, nervo sciatico), i cui tronchi nervosi possono essere sezionati se retratti o coinvolti dal complesso fibrotico o aderenziale. I disordini funzionali delle basse vie urinarie (perdita di sensibilità, deficit di svuotamento, incontinenza urinaria e instabilità del detrusore) sono le complicanze a lungo termine più comuni.

Costipazione e sintomi correlati tra cui dischezia, tenesmo e sensazione di evacuazione incompleta possono essere avvertiti dopo chirurgia per endometriosi profonda (LARS: *Low Anterior Resection Syndrome*). In alcuni casi le donne sottoposte ad asportazione radicale di endometriosi possono manifestare dispareunia, insoddisfazione sessuale e mancato raggiungimento dell'orgasmo.

Per ridurre l'incidenza di queste problematiche è fondamentale candidare le pazienti al trattamento chirurgico solo dopo il fallimento della terapia medica e solo in centri di riferimento. L'attento studio dell'anatomia pelvica aiuta a ridurre le lesioni nervose e vascolari intraoperatorie anche laddove l'anatomia appare fortemente distorta dalla malattia. Un approccio chirurgico multidisciplinare (ginecologo, chirurgo, urologo) appare, ad oggi, il mezzo più idoneo a ridurre al minimo l'incidenza delle sopracitate complicanze.

PATOLOGIE GINECOLOGICHE BENIGNE E DOLORE:



come scegliere
il meglio fra terapie
mediche
e chirurgiche

MILANO
25 MAGGIO 2018

**ATTI E APPROFONDIMENTI
DI FARMACOLOGIA**

a cura di Alessandra Graziottin

8.00 - 8.45 Registrazione

8.45 - 9.00 Apertura dei lavori

Letture magistrale

9.00 - 9.30 **L'adolescente con dolore ginecologico: quando la prima scelta è la terapia medica**
Vincenzina Bruni (Firenze)
 Introducono: *Alessandra Graziottin (Milano)*
 e *Vincenzo Stanghellini (Bologna)*

**09.30
11.00**

Il dolore mestruale e pelvico nella donna giovane: la prospettiva chirurgica

Moderatori: Filippo Murina (Milano) e Rodolfo Siritto (Genova)

9.30-9.50 **Neuroanatomia pelvica e implicazioni chirurgiche**
Marcello Ceccaroni (Verona)

9.50-10.10 **Dolore pelvico nell'adolescente: quando la prima scelta è chirurgica**
Mario Meroni (Milano)

10.10-10.30 **I trigger anorettali del dolore pelvico**
Aldo Infantino (Pordenone)

10.30-10.45 Discussione

10.45-11.00 Coffee Break

Letture magistrali

**11.00
12.00**

11.00-11.30 **Cervello viscerale e dolore: il ruolo dell'intestino**
Vincenzo Stanghellini (Bologna)
 Introducono: *Alessandra Graziottin (Milano)*
 e *Riccardo Torta (Torino)*

11.30-12.00 **Letture magistrale**
Endometriosi: il punto sul dolore e gli errori da non commettere
Edgardo Somigliana (Milano)
 Introducono: *Vincenzina Bruni (Firenze)* e
Mario Meroni (Milano)

**12.00
13.15**

Endometriosi e dolore: come scegliere fra terapia medica e terapia chirurgica

Moderatori: Alessandra Graziottin (Milano) e Aldo Infantino (Pordenone)

12.00-12.20 **Strategie terapeutiche di nuova generazione e protezione della fertilità**
Stefano Luisi (Siena)

12.20-12.40 **Prevenzione delle complicanze nella chirurgia per endometriosi**
Marcello Ceccaroni (Verona)

12.40-13.00 **Endometriosi e sessualità, fra omissioni diagnostiche e opportunità terapeutiche**
Alessandra Graziottin (Milano)

13.00-13.15 Discussione

13.15-14.00 Lunch

Lettura magistrale

14.00
14.30

14.00-14.30 Contraccezione estroprogestinica e sintomi mestruali: impatto sulla salute della donna

Franca Fruzzetti (Pisa)

*Introducono: Alessandra Kustermann (Milano)
e Stefano Luisi (Siena)*

14.30
15.40

Fibromi uterini: strategie di personalizzazione terapeutica

Moderatori: Franca Fruzzetti (Pisa) e Alessandra Graziottin (Milano)

14.30-14.50 Fibromi uterini e infertilità

Alessandro Fasciani (Genova)

14.50-15.10 Fibromatosi uterina: ruolo della miolisi in radiofrequenza

Rodolfo Sirito (Genova)

15.10-15.30 Fibromatosi uterina fra progetti di vita e bivi terapeutici

Alessandra Graziottin (Milano)

15.30-15.40 Discussione

15.40
18.00

Il dolore pelvico, vulvare e vaginale: prospettive terapeutiche

*Moderatori: Alessandra Graziottin (Milano), Filippo Murina (Milano)
e Vincenzo Stanghellini (Bologna)*

15.40-16.00 Dolore pelvico neuropatico, tra sistema nervoso centrale e cervello viscerale: quali terapie farmacologiche?

Riccardo Torta (Torino)

16.00-16.20 Dolore da candida, herpes e flogosi croniche vulvovaginali: dalla diagnosi ai protocolli terapeutici

Filippo Murina (Milano)

16.20-16.40 Dolore vulvo-vaginale, atrofia vulvo-vaginale e comorbilità sessuali, proctologiche, vescicali, sistemiche: terapie farmacologiche su indicazioni del Progetto Vu-Net

Alessandra Graziottin (Milano)

16.40-17.00 Dolore vulvare e disfunzione del pavimento pelvico: dalla semeiotica alle scelte fisioterapiche

Arianna Bortolami (Padova)

17.00-17.30 Discussione plenaria

17.30-18.00 Conclusioni

*Alessandra Graziottin (Milano), Rodolfo Sirito (Genova)
e Vincenzo Stanghellini (Bologna)*

18.00

Test ECM

Prefazione e ringraziamenti	<i>Pag. 07</i>
Neuroanatomia pelvica e implicazioni chirurgiche	<i>Pag. 08</i>
Dolore pelvico nell'adolescente, quando la prima scelta è chirurgica	<i>Pag. 09</i>
I trigger anorettali del dolore pelvico	<i>Pag. 15</i>
Cervello viscerale e dolore: il ruolo dell'intestino	<i>Pag. 21</i>
Endometriosi: nuove strategie terapeutiche e fertilità	<i>Pag. 27</i>
Prevenzione delle complicanze nella chirurgia per endometriosi	<i>Pag. 34</i>
Contraccezione estroprogestinica e sintomi mestruali: impatto sulla salute della donna	<i>Pag. 35</i>
Miomi e fertilità	<i>Pag. 39</i>
Miolisi in radiofrequenza: ablazione mirata dei miomi per via transvaginale, isteroscopica e laparoscopica - In singolo o multi-accesso	<i>Pag. 47</i>
Fibromatosi uterina fra progetti di vita e bivi terapeutici	<i>Pag. 51</i>
Dolore da candida, herpes e flogosi croniche vulvovaginali: dalla diagnosi ai protocolli terapeutici	<i>Pag. 56</i>
Vu-Net: Dati preliminari del primo Progetto italiano per lo studio e la formazione medica sul dolore vulvare	<i>Pag. 60</i>
Endometriosi e sessualità, fra omissioni diagnostiche e opportunità terapeutiche	<i>Pag. 66</i>
Dolore vulvare e disfunzione del pavimento pelvico: dalla semeiotica alle scelte fisioterapiche	<i>Pag. 71</i>