

Addome acuto

Emoperitoneo (corpo luteo emorragico, rottura di GEU)

Dolore da infarto (torsione cisti ovarica, torsione e/o necrosi di fibroma)

Dolore da distensione viscerale (GEU)

Ascesso pelvico (Malattia infiammatoria pelvica o PID)

Metrorragia irrefrenabile



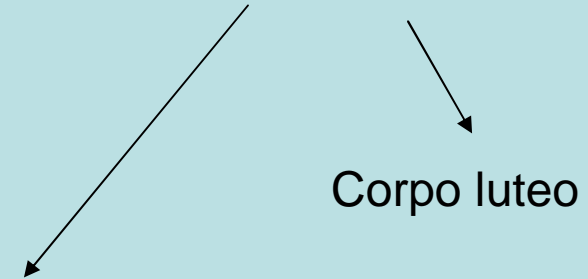
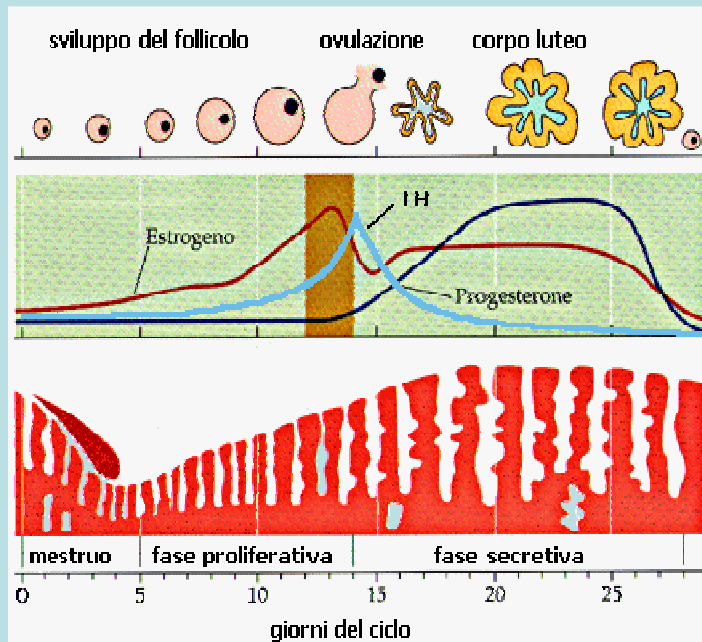
Conservazione fertilità

Conservazione statica pelvica

Dolore pelvico <u>acuto</u>	Dolore pelvico <u>cronico</u>	Dolore pelvico <u>ciclico</u>
Corpo luteo emorragico	Endometriosi	Dismenorrea
PID	Sindrome aderenziale/flogosi	Dolore ovulatorio
Torsione annessiale	Cisti ovariche	Anomalie ostruttive dei dotti mulleriani
Gravidanza extrauterina	Anomalie ostruttive dei dotti mulleriani	
Torsione-necrosi mioma		

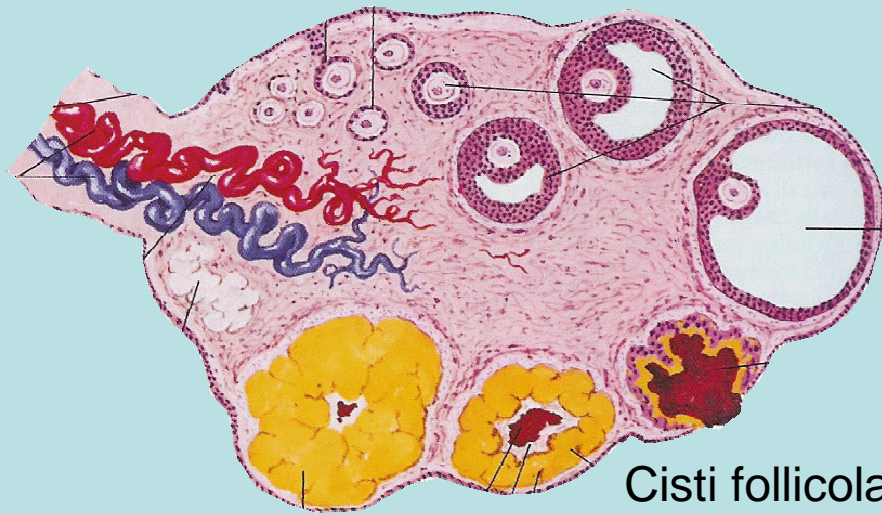
Corpo luteo emorragico

OVULAZIONE → lacerazione della parete follicolare → sanguinamento



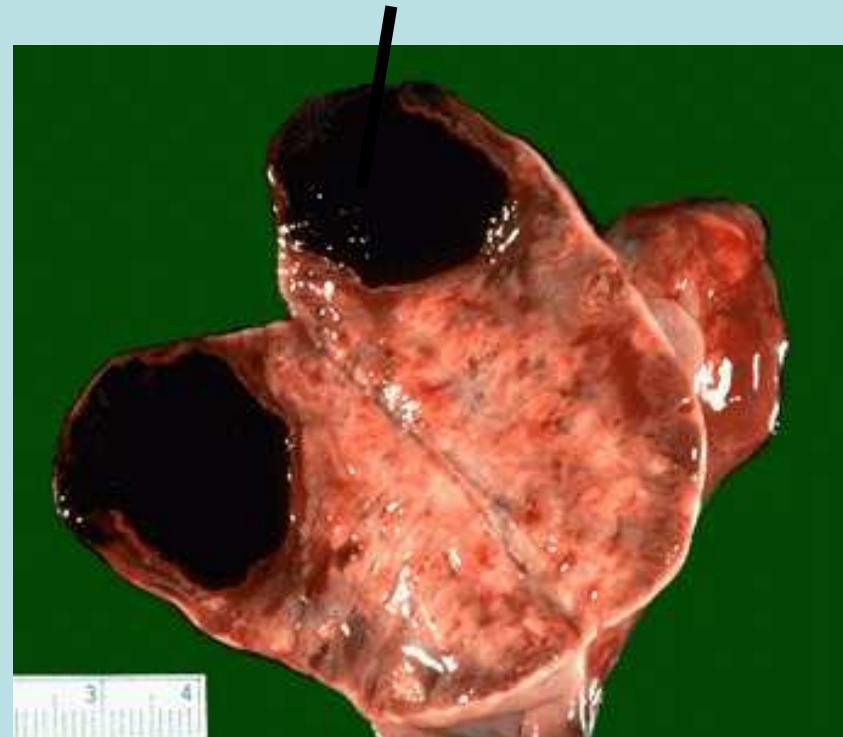
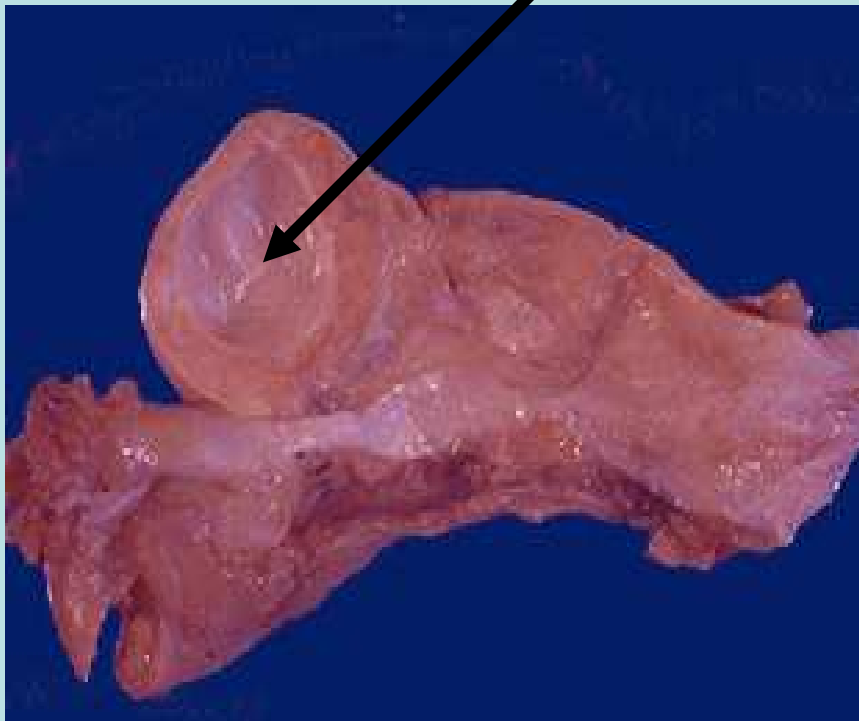
Corpo luteo emorragico con emoperitoneo

Cisti ovariche funzionali



Cisti follicolari

Corpo luteo emorragico

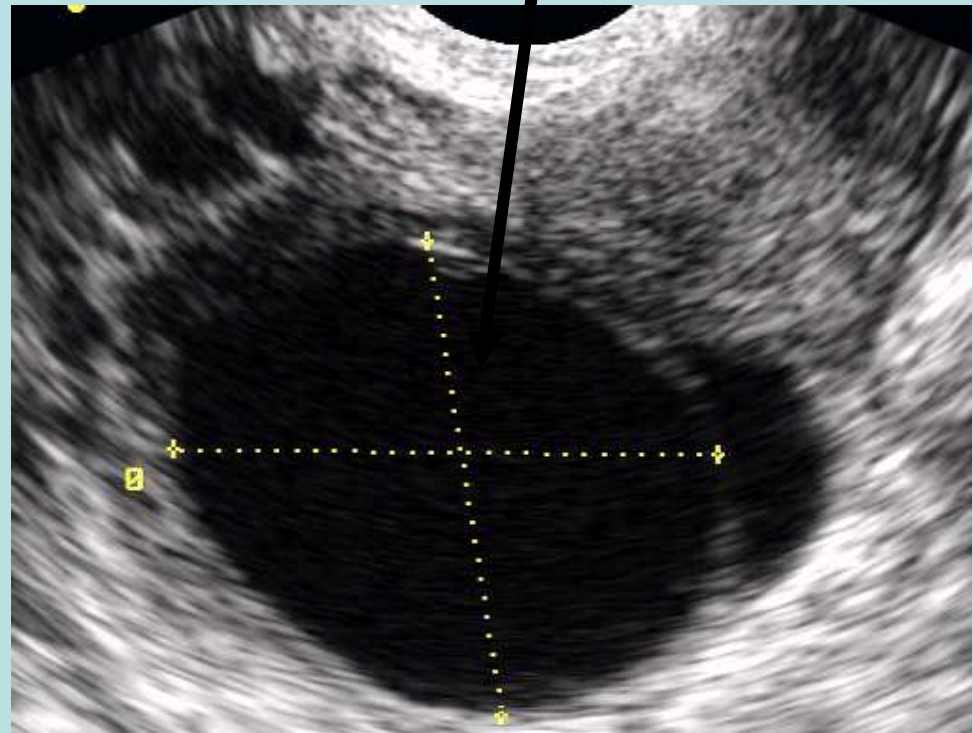
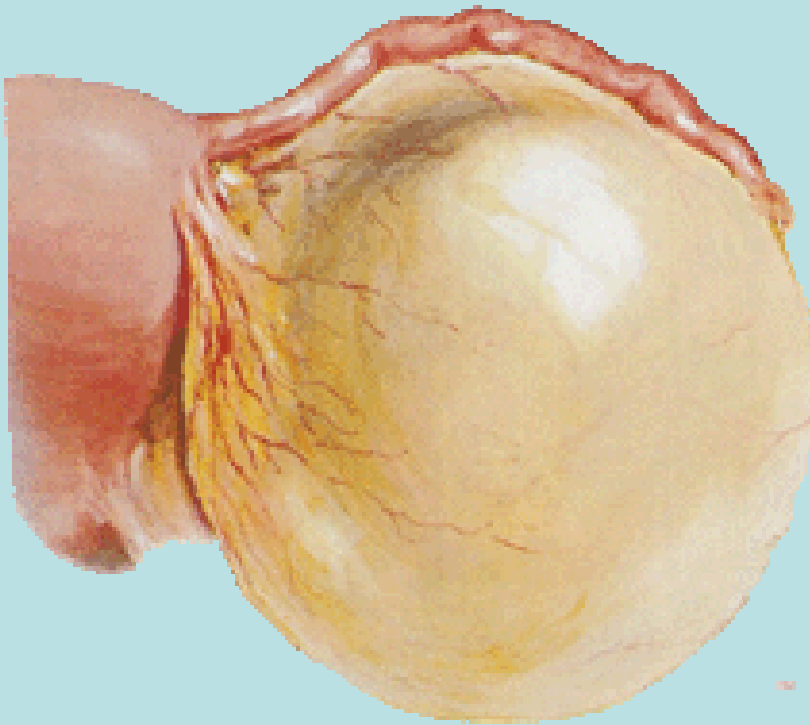


Cisti e tumori benigni delle ovaia

- Cisti
 - Funzionali (follicolari, luteiniche, tecoluteiniche)
 - Endometriomi
- Neoplasie benigne
 - Cistoadenomi
 - Sierosi
 - Mucinosi
 - Pseudomucinosi
 - Endometrioidi
 - Cisti dermoidi

La diagnosi differenziale specifica delle cisti ovariche 'benigne' è di solito possibile per mezzo dell'ecografia

Cisti follicolare



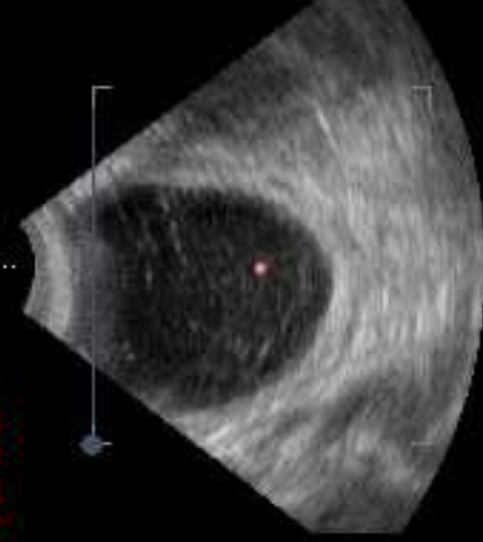
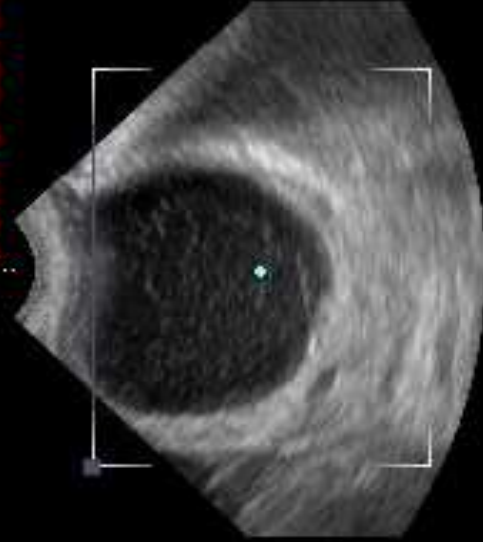
18-07-2007-0004

Extreme
3D5-8EK

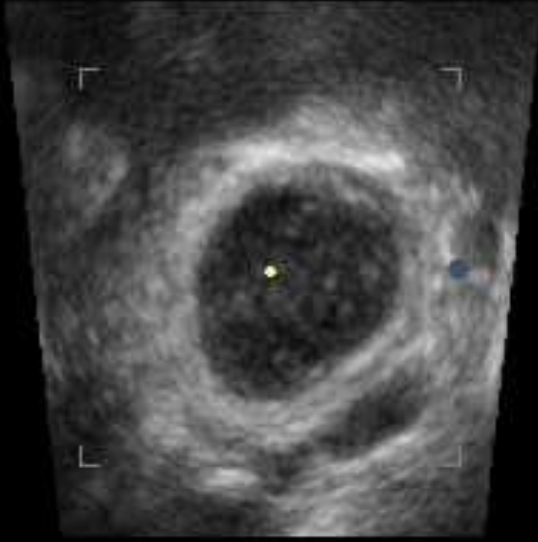
MI 0.9 | 18-07-2007
TIs 0.0 | 16:04:22

Gynecology

CORPO LUTEO EMORRAGICO 3D



© Domenico Defazio 2007





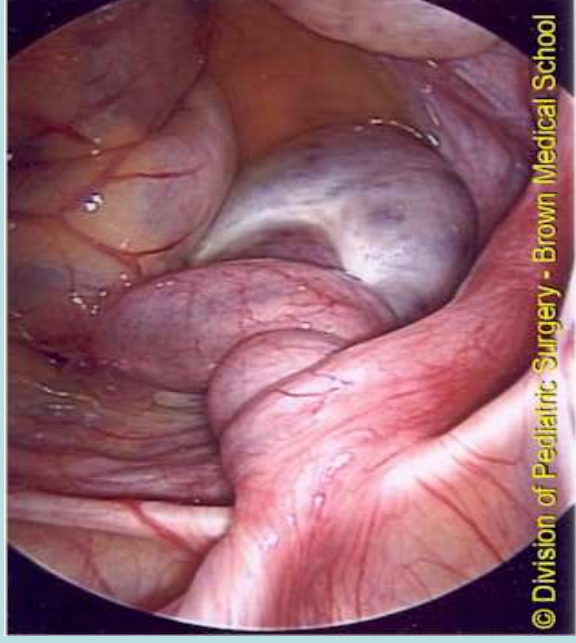
TORSIONE ANNESSIALE

Rara se l'annessio è sano

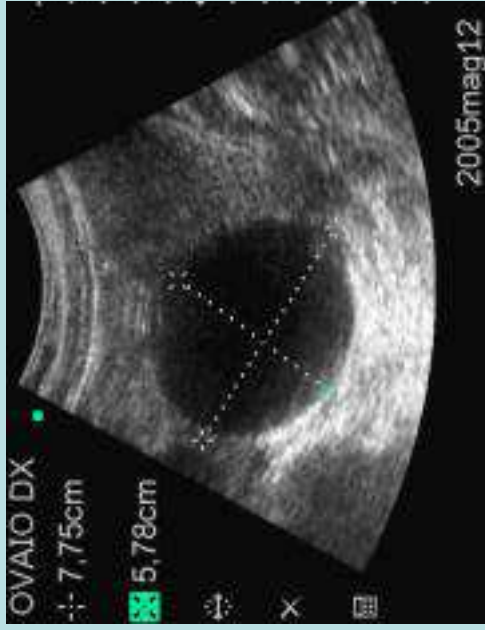
Cisti ovarica / paratubarica
GEU
Idrosalpinge
Endometriosi
Eccessiva lunghezza leg. utero-ovarico

Rara prima del menarca e dopo la menopausa
Età media 26 anni; solo il 30% > 30 anni
20% in gravidanza

Blocco del ritorno venoso e dei vasi linfatici → congestione con edema locale
→ aumento di volume dell'annessio → torsione parziale o completa
→ stiramento capsula → infarto



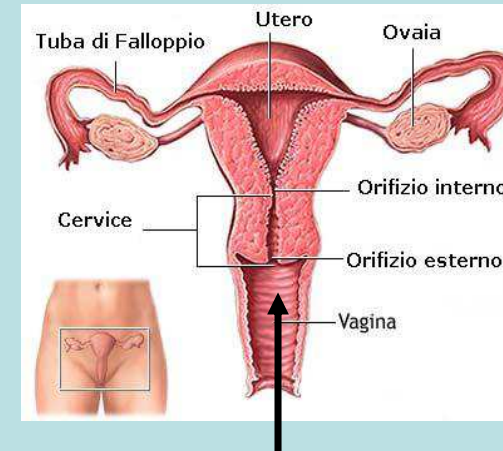
© Division of Pediatric Surgery - Brown Medical School



Malattia pelvica infiammatoria (PID)

PID epifenomeno di vari quadri patologici:

Endometrite
Parametrite
Salpingite acuta
Ooforite
Ascesso tubo-ovarico
Peritonite pelvica



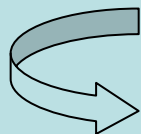
Neisseria Gonorrea
Chlamydia Trachomatis
Mycoplasma hominis
Anaerobi

Età



- In aumento nelle giovanissime
- Bassa prevalenza di anticorpi protettivi per la Chlamydia
 - Elevata penetrabilità del muco cervicale
 - Ectropion cervicale

Abitudini sessuali



- Età precoce del primo rapporto
- Numerosi partners
- Contracezione (barriera, CO, **IUD**)

Malattia pelvica infiammatoria

Criteri per la diagnosi

Criteri minimi

Dolore ai quadranti bassi dell'addome

Dolorabilità agli annessi

Dolorabilità alla mobilizzazione cervicale (segno di Chandelier)

Criteri addizionali

Temperatura $>38,3^{\circ}$ C

Perdite cervico-vaginali

Leucocitosi

VES elevata

PCR elevata

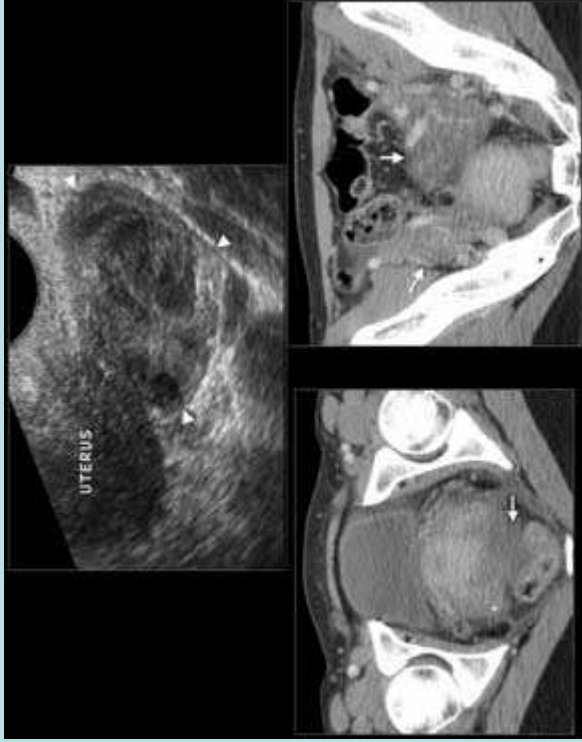
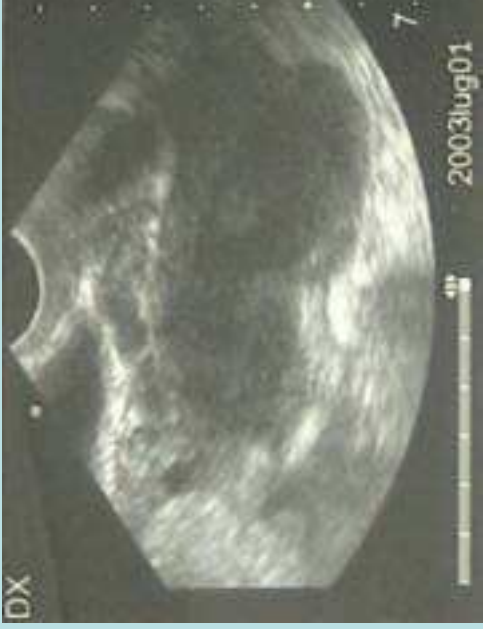
Coltura cervicale positiva per Chlamydia o Neisseria

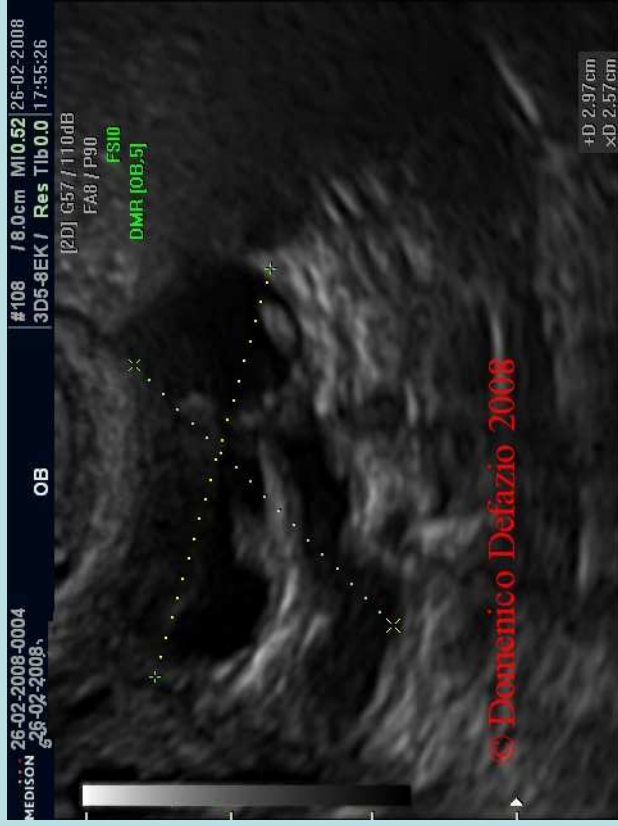
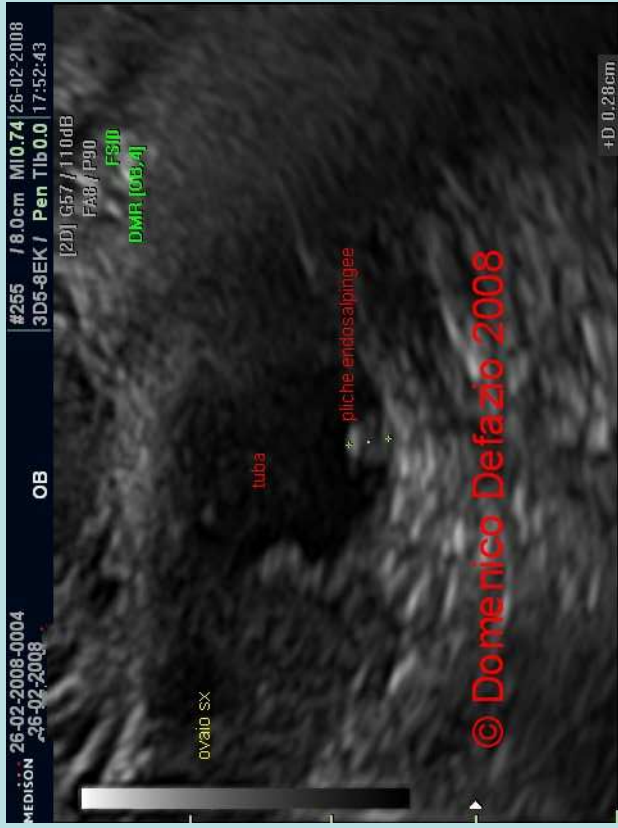
Criteri definitivi

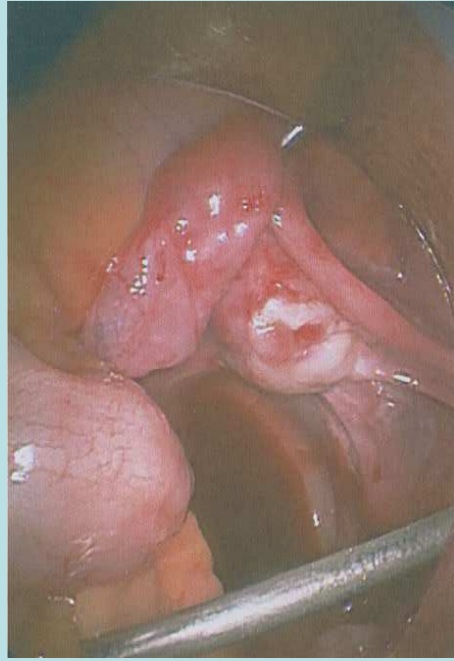
Diagnosi istologica di endometrite alla biopsia endometriale

Presenza di tube ispessite, ripiene di fluido; versamento peritoneale e/o massa tubo-ovarica all'ecografia

Lesioni caratteristiche alla laparoscopia

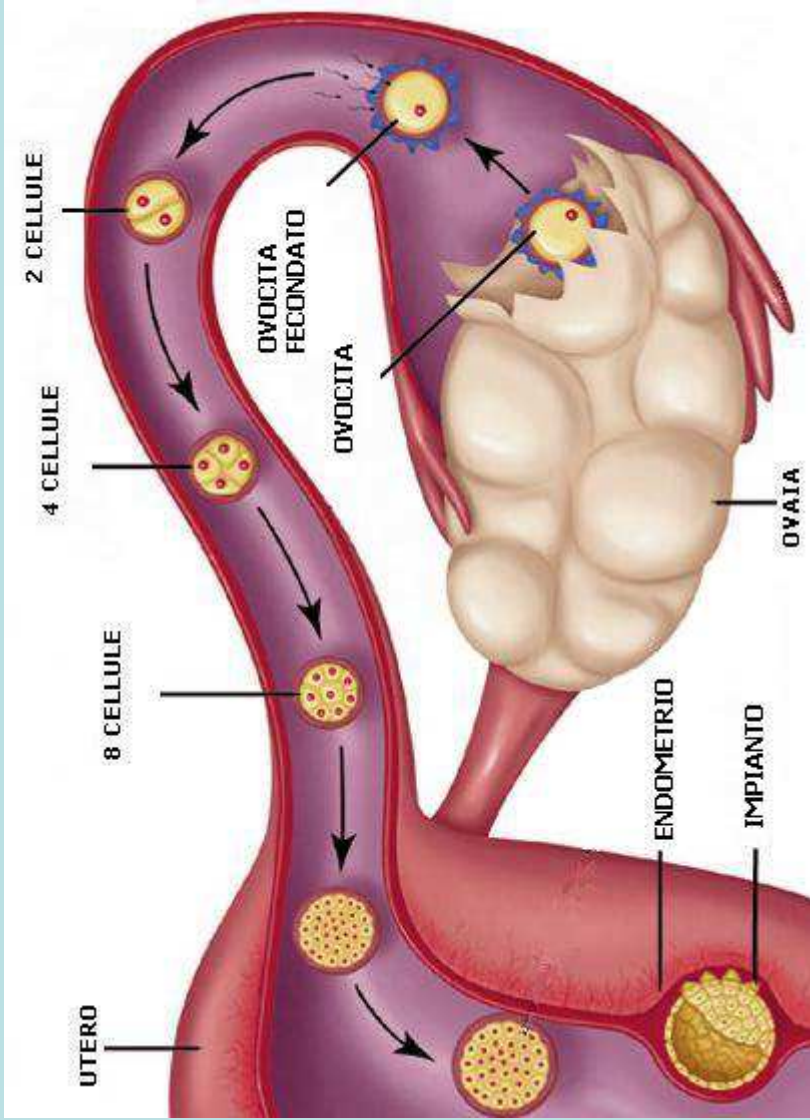




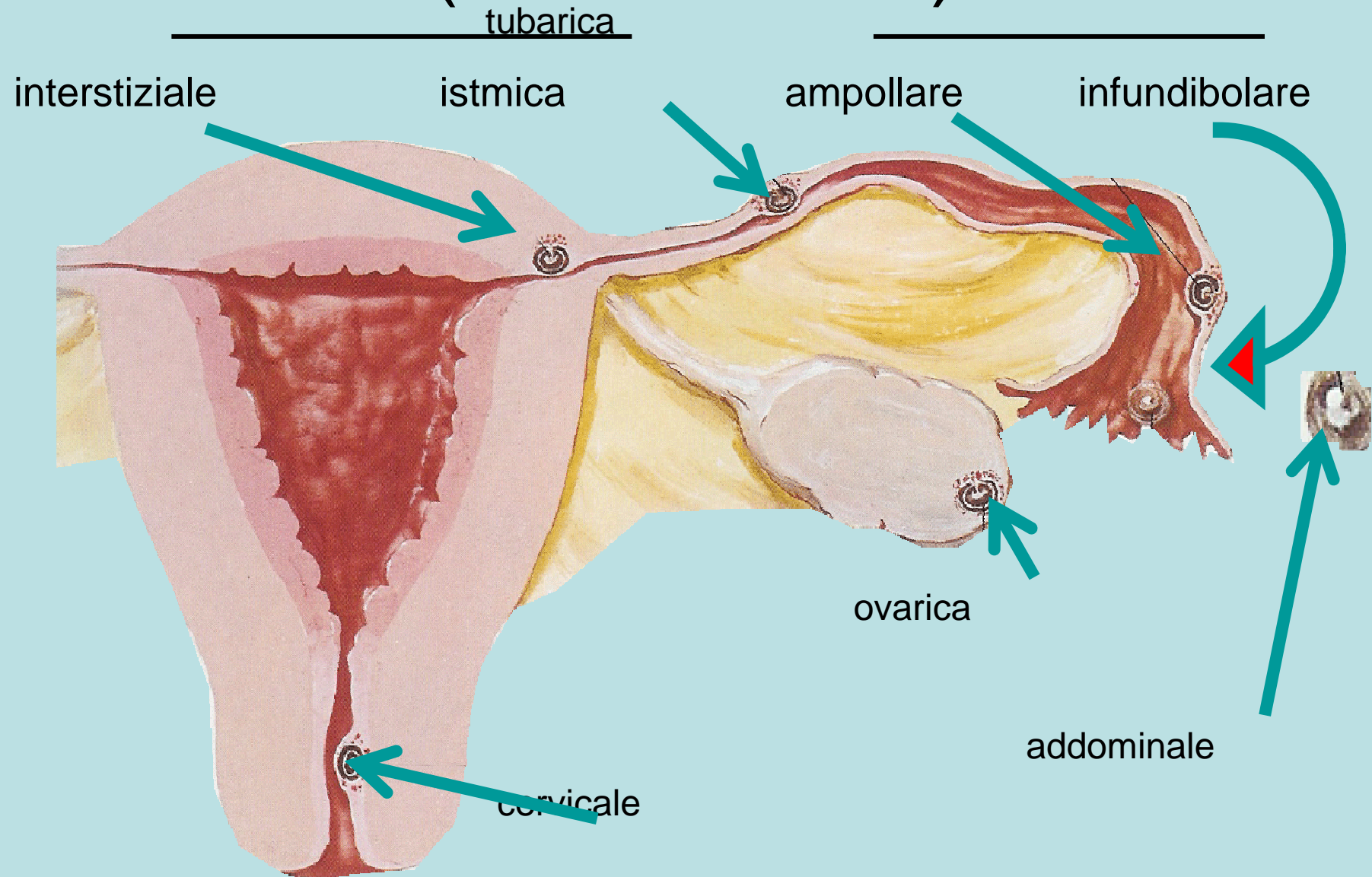


Gravidanza ectopica

- Definizione: camera gestazionale al di fuori del corpo uterino
- Incidenza: 1-2% di tutte le gravidanze
- Fattori di rischio: flogosi pelviche, infertilità, chirurgia tubarica, precedente gravidanza ectopica, uso di dispositivi intrauterini e adozione di tecniche di riproduzione assistita

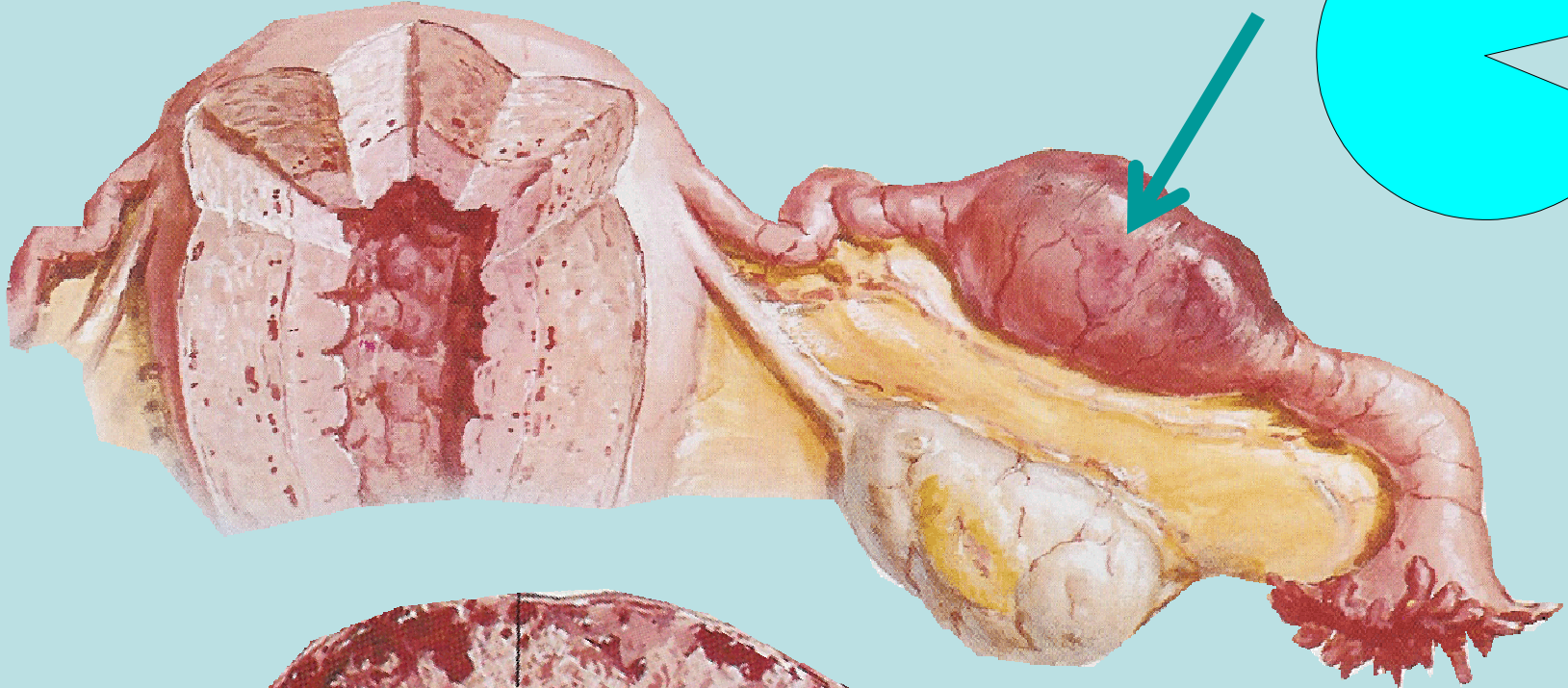
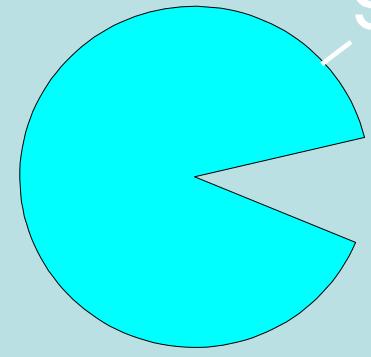


Gravidanze ectopiche (extrauterine)



Gravidanza tubarica

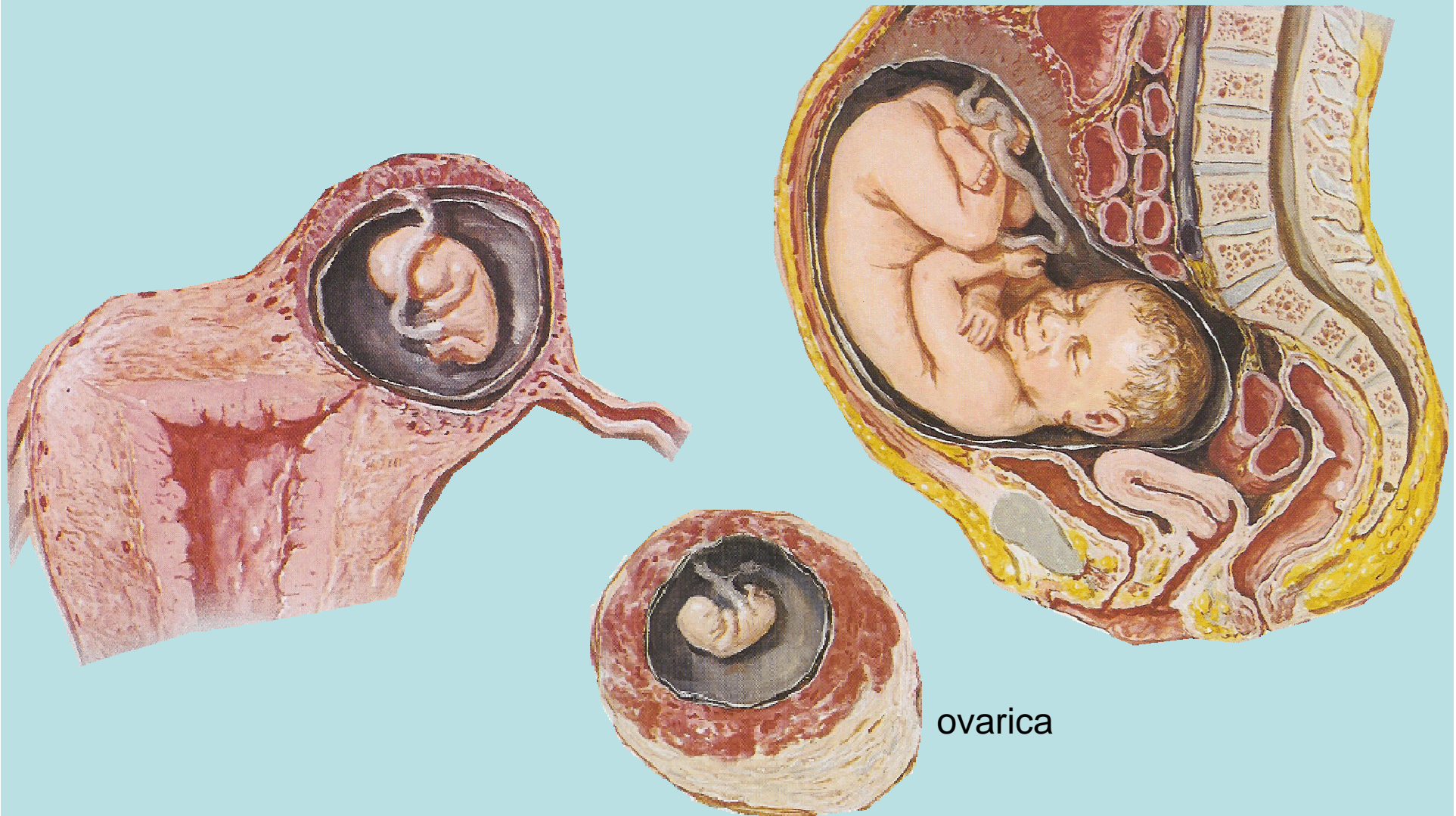
90%



Altre gravidanze ectopiche

Gravidanza interstiziale

Gravidanza addominale



Epidemiologia delle gravidanze ectopiche

	Frequenza/ 100 gravidanze	Morti / 1000 casi	
1970	0.45	3.5	
1980	1.05	0.9	
1987	1.68	0.3	

1^a causa di morte nel I trimestre di gravidanza

Gravidanza tubarica: clinica

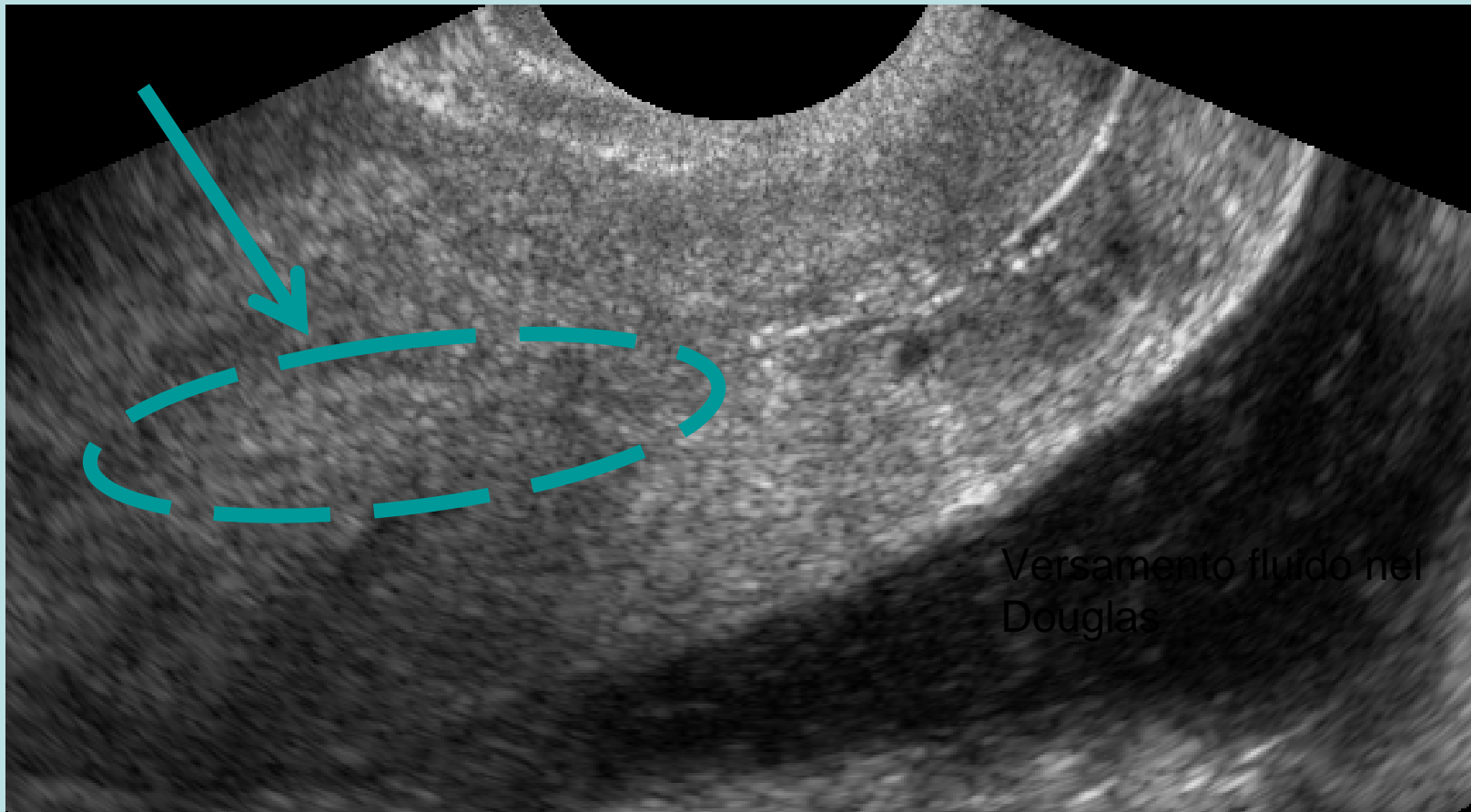
- Metrorragia: sfaldamento decidua (insufficiente produzione progesterone), emorragia proveniente dalla salpinge
- Dolore: contrazioni uterine, distensione della salpinge, emoperitoneo
- Addome acuto, shock emorragico: rottura della salpinge con emoperitoneo

Gravidanza tubarica: diagnosi

- Ecografia
- Dosaggio β -hCG
- Laparoscopia (-tomia)

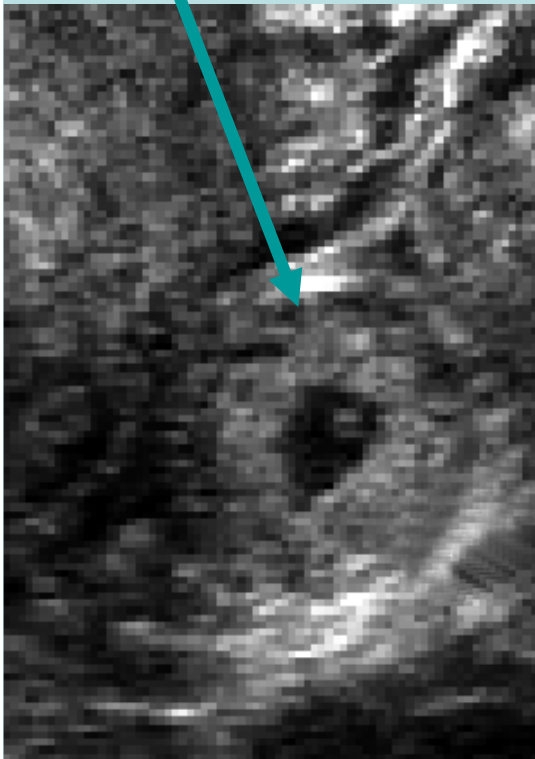
Ecografia di gravidanza tubarica

Utero privo di camera gestazionale

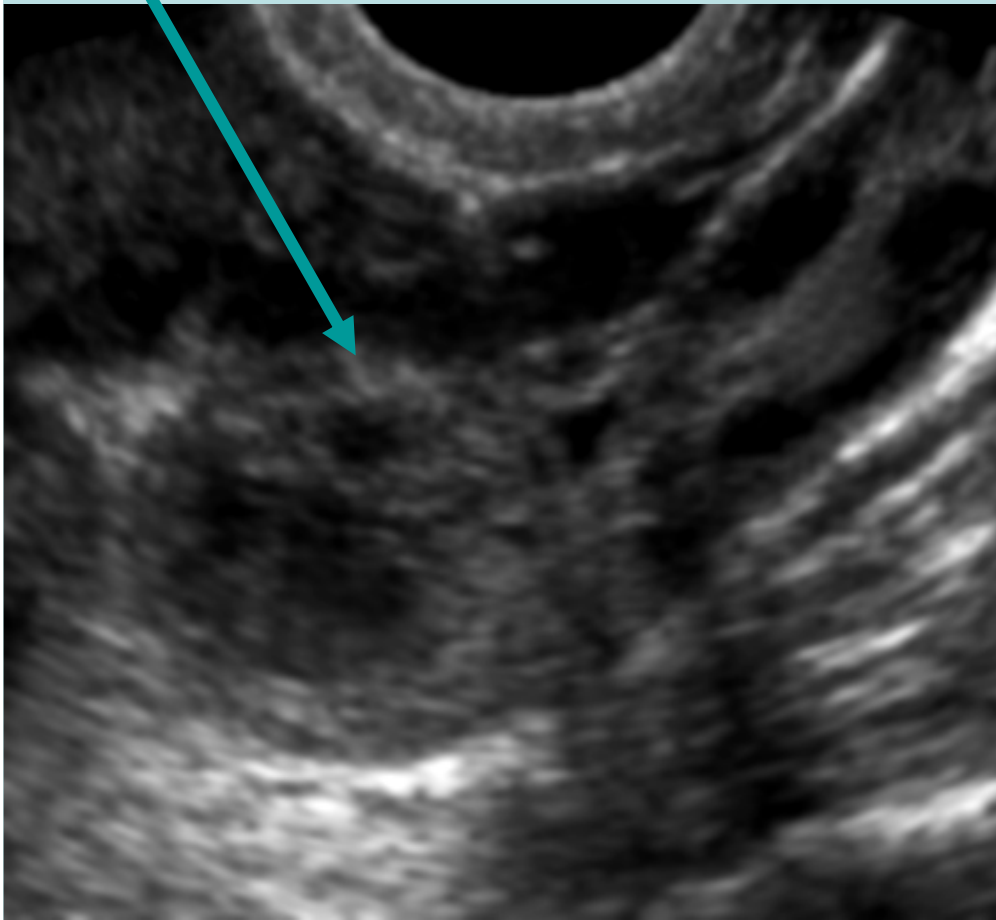


Ecografia di gravidanza tubarica: salpinge intatta

Tumefazione annessiale

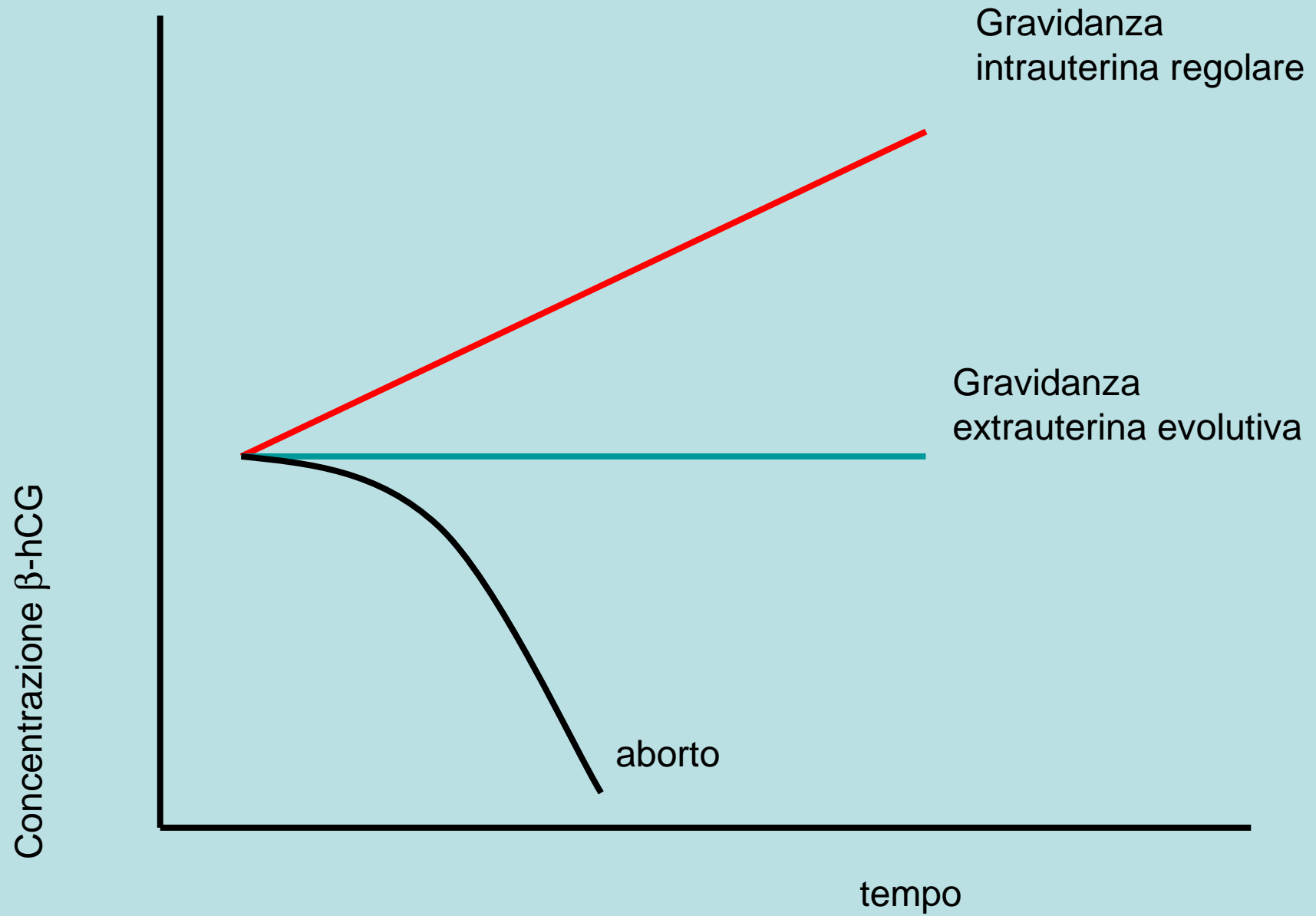


Ecografia di gravidanza tubarica: ematosalpinge



Diagnosi di gravidanza tubarica in evoluzione

- La identificazione del sacco nella tuba può essere difficile con l'ecografia
- Controlli seriatati ecografia e β -hCG (tipicamente nelle gravidanze tubariche in evoluzione i livelli si mantengono stabili, mentre in caso di aborto si riducono rapidamente e nelle gravidanze intrauterine regolari aumentano rapidamente)
- Raramente, è necessaria una laparoscopia diagnostica

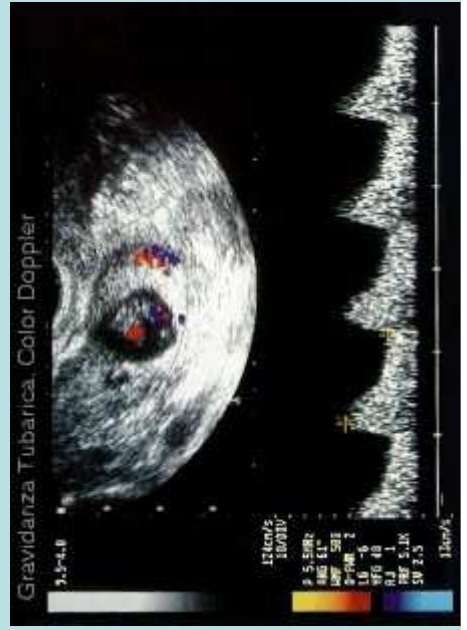
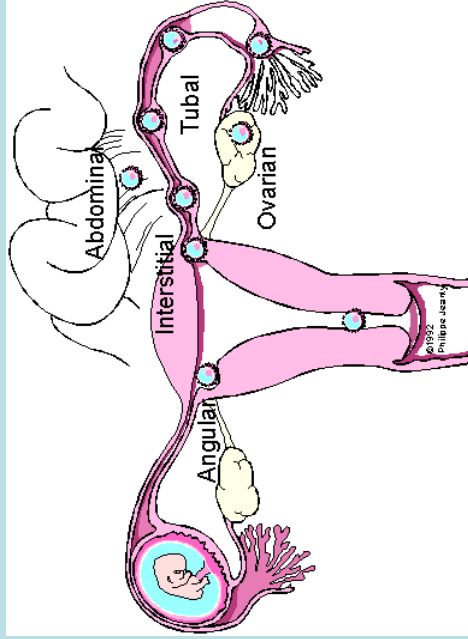


Gravidanze ectopiche: terapia

- Risoluzione spontanea 50% dei casi
- Chirurgia (salpingectomia, salpingotomia) inevitabile nei casi di rottura della salpinx, voluminose tumefazioni tubariche, o ad evoluzione rapida
- Condotta di attesa/terapia medica (metotrexate) nei casi con piccole lesioni poco evolutive

Gravidanza ectopica: sintesi

- Definizione: camera gestazionale al di fuori del corpo uterino, di solito in una salpinge
- Incidenza: 1-2% di tutte le gravidanze
- Eziologia: flogosi pelviche, induzione ovulazione, FIVET
- Clinica: *metrorragia*, algie, addome acuto
- Diagnosi: (visita), ecografia, b-hCG, (laparoscopia)
- Terapia: conservativa / medica (metotrexate) / chirurgica (laparoscopica)



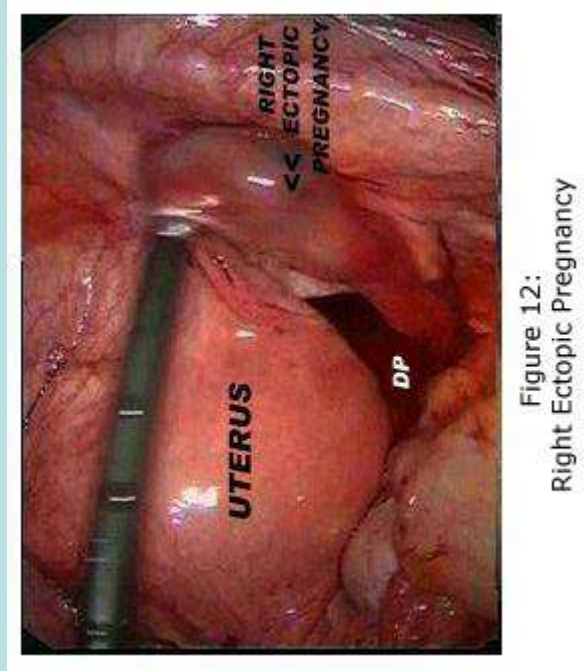
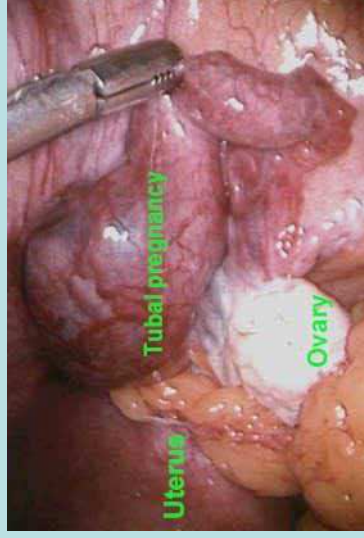
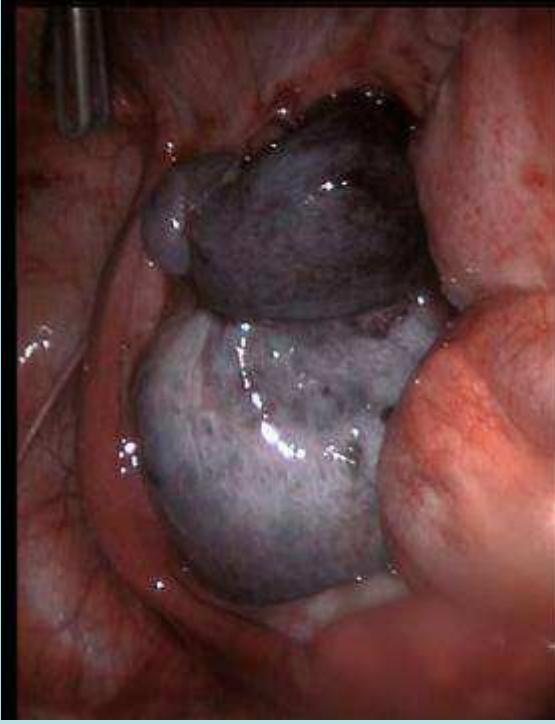


Figure 12:
Right Ectopic Pregnancy

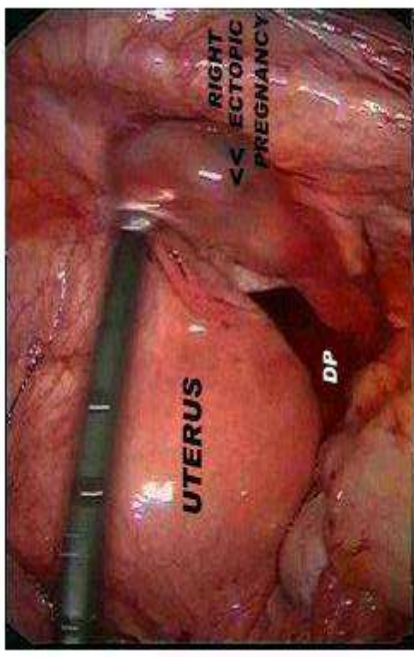
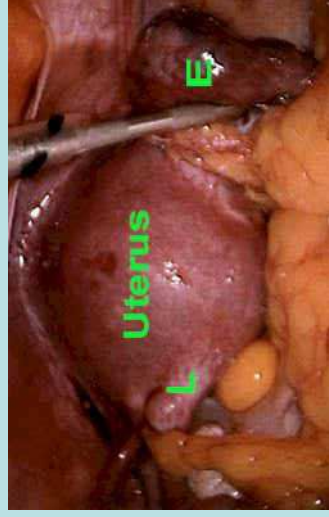
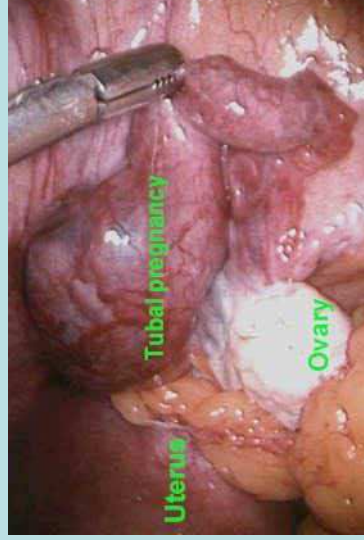
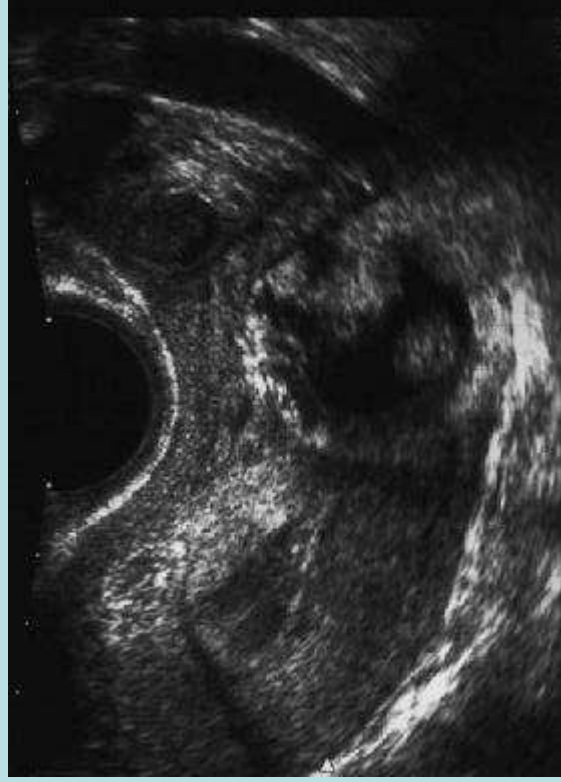
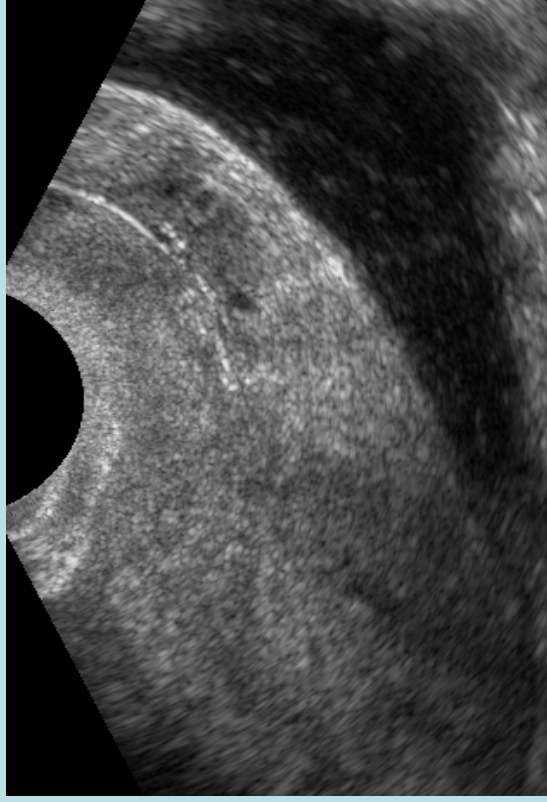


Figure 12:
Right Ectopic Pregnancy





© Domenico Defazio 2003



Anamnesi generale

Storia ginecologica ed ostetrica

Anamnesi prossima

Natura del dolore:

-Inizio

-Carattere: continuo, intermittente, trafittivo, sordo, costrittivo, gravativo, puntorio

-Sede ed eventuali irradiazioni

-Intensità: scala del dolore

-Durata

-Rapporto con il ciclo mestruale

Parametri vitali: -Alterati —————> stabilizzazione —————> ev.chirurgia
-Stabili



Completamento diagnostico

-Sintomi associati: febbre, nausea, perdite ematiche, diarrea, disturbi urinari, altro

-Esame obiettivo generale e ginecologico

-Segni associati: rigidità addominale, rebound, masse

-Esami di laboratorio: VES, Emocromo con formula leucocitaria, HCG, es. colturale cervicale o urinario

-Ecografia, esami radiologici

-Terapia medica o chirurgica

CLINICA

Malattia	Segni e sintomi tipici
Corpo luteo emorragico	Dolore acuto che insorge tipicamente nel periodo vicino all'ovulazione, diffuso alla pelvi. Possono associarsi episodi di sincope
PID	Dolore che compare alla fine o subito dopo la mestruazione, diffuso ai quadranti inferiori dell'addome, aggravato dalla mobilizzazione della cervice uterina. Raramente compaiono inappetenza, nausea e vomito. Spesso sono presenti perdite vaginali. Presenza di febbre.
Torsione annessiale	Dolore improvviso trafittivo in fossa iliaca. Nausea e vomito possono seguire la comparsa del dolore
Gravidanza extrauterina	Dolore improvviso di forte intensità e persistente che insorge dopo una mestruazione irregolare o assente, generalmente pelvico, e spesso associato a ipotensione e tachicardia

LABORATORIO

	Hb	GB Neutrofili	VES	PCR	CA125	Coltura cervice	HCG
Corpo luteo emorragico	↓	— ↑	—	—	—	—	—
PID	—	↑↑	↑	↑	↑	+ / -	—
Torsione annessiale	—	— ↑	—	—	—	—	—
GEU	↓ —	—	—	—	—	—	↑

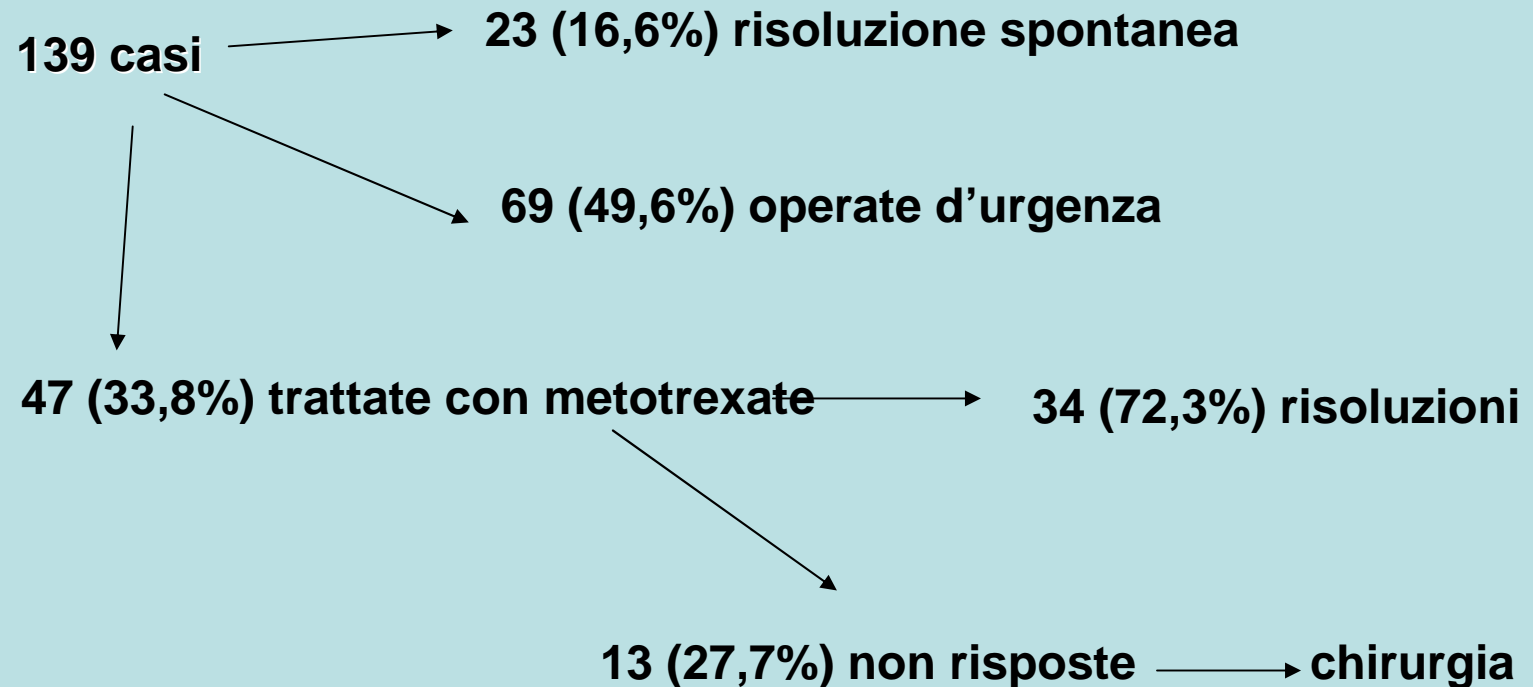
Diagnostica per immagini

	ECOGRAFIA
Corpo luteo emorragico	+++ (cisti ecogena ovarica, versamento pelvico)
PID	++ (sactosalpinge, ascesso tubo-ovarico, raccolte)
Torsione	++ (cisti annessiale, successivo aumento ecogenicità)
GEU	++ (assenza di camera gestazionale nell'utero, "tubal ring", embrione con BCF nella tuba)

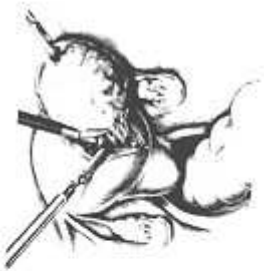
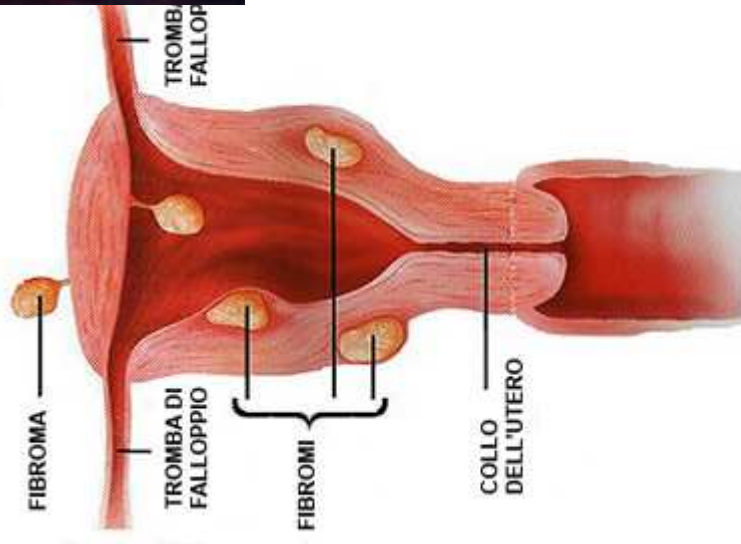
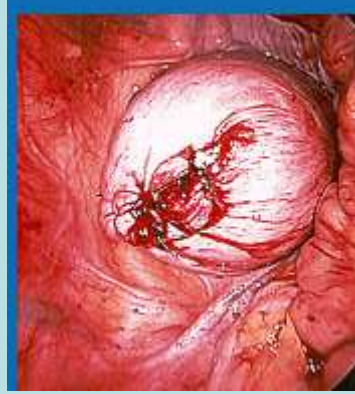
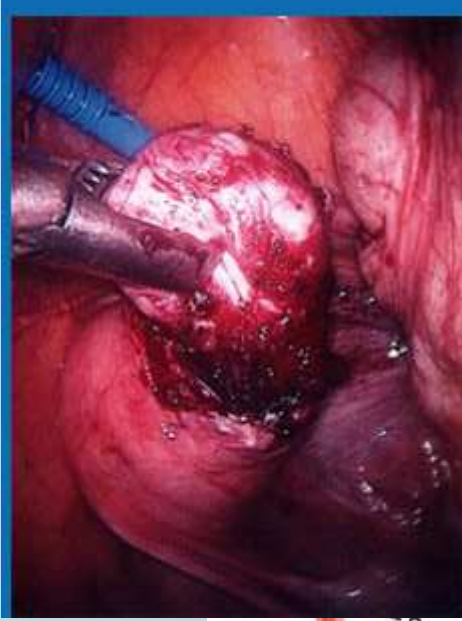
TERAPIA

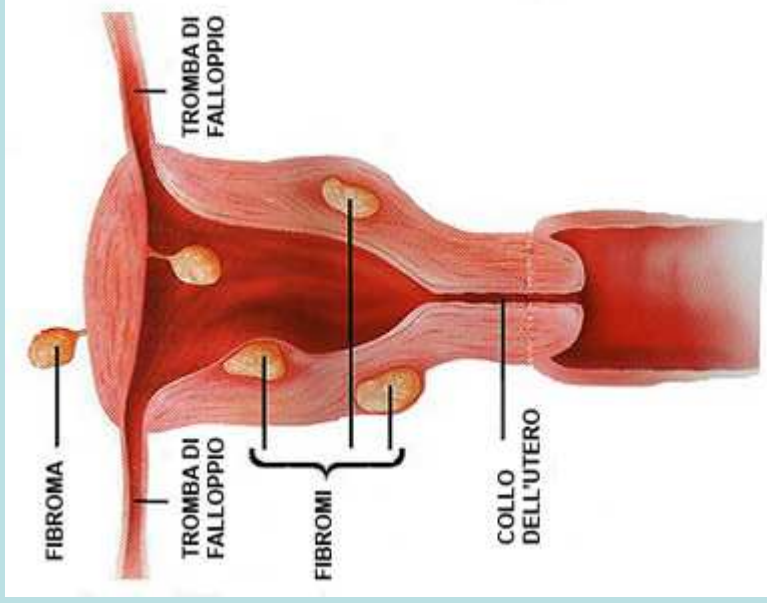
Corpo luteo emorragico	OSSERVAZIONE (si risolve in 72 ore) ↓ CHIRURGIA
PID	TERAPIA ANTIBIOTICA PER 48-72 ORE ↓ CHIRURGIA
Torsione annessiale	CHIRURGIA (DE-TORSIONE, ASPORTAZIONE)
Gravidanza extrauterina	OSSERVAZIONE TERAPIA MEDICA TERAPIA CHIRURGICA

Trattamento gravidanze extrauterine Nostra esperienza 2006-2012



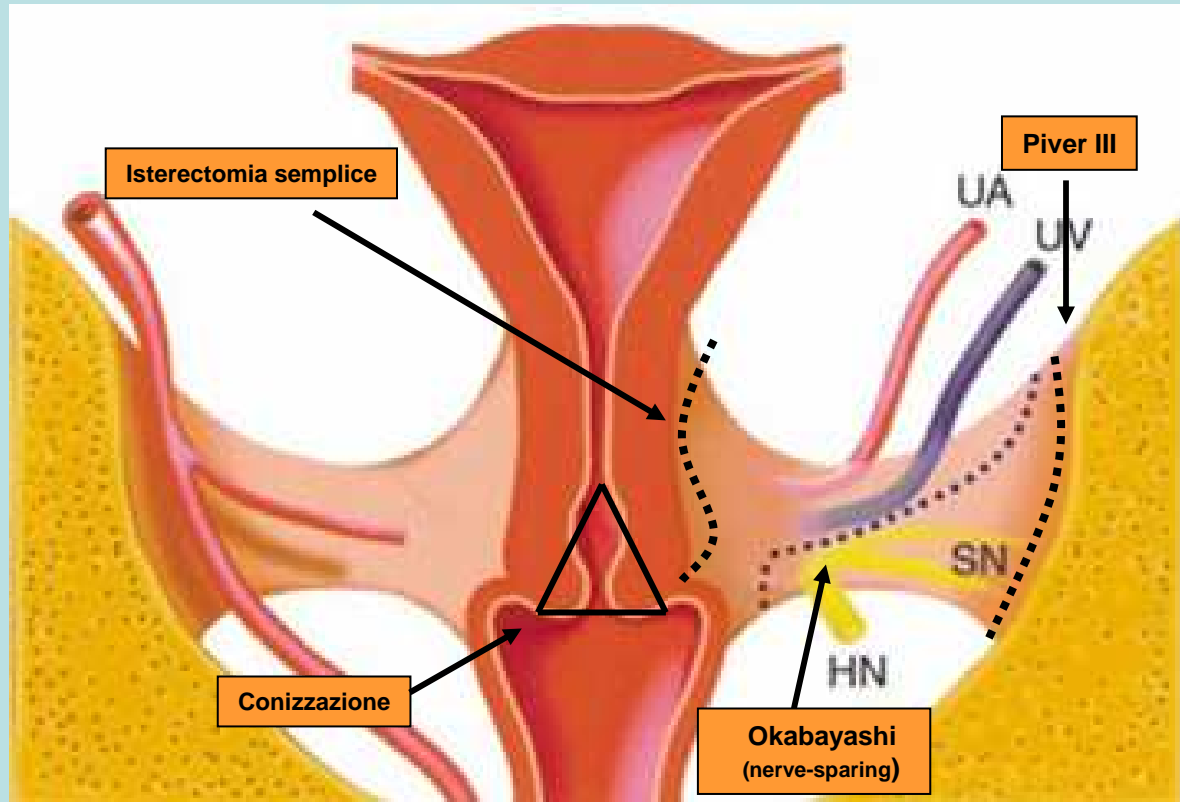
13/139 = 9% risparmio chirurgia





Diagnosi precoce

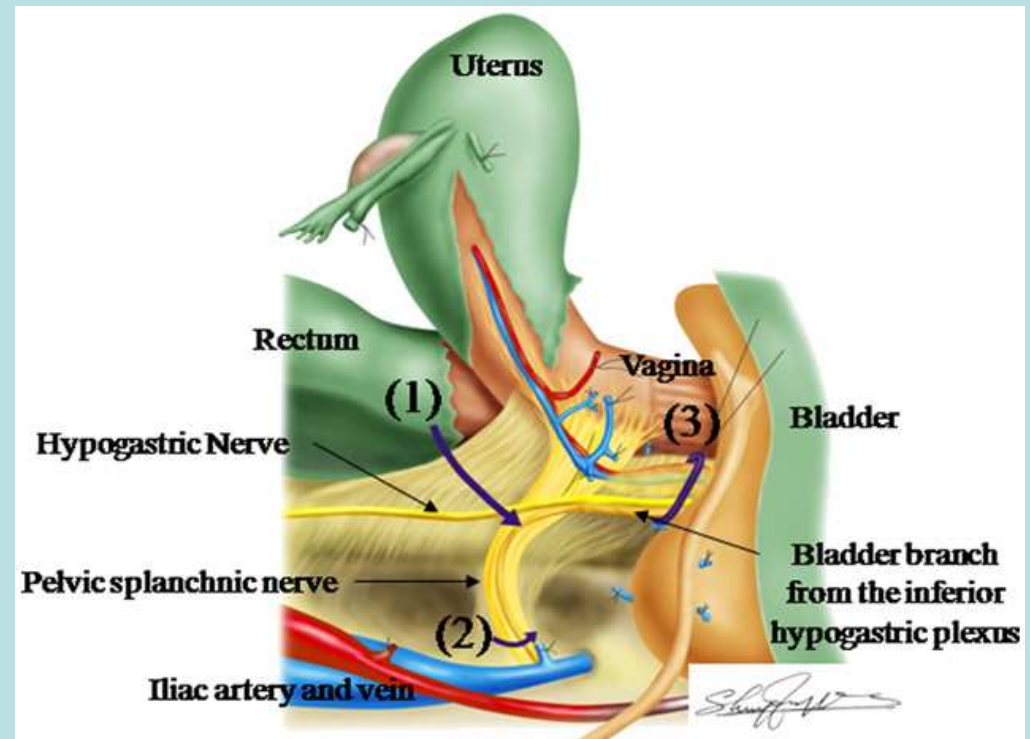
- Miglioramento della prognosi
- Interventi conservativi

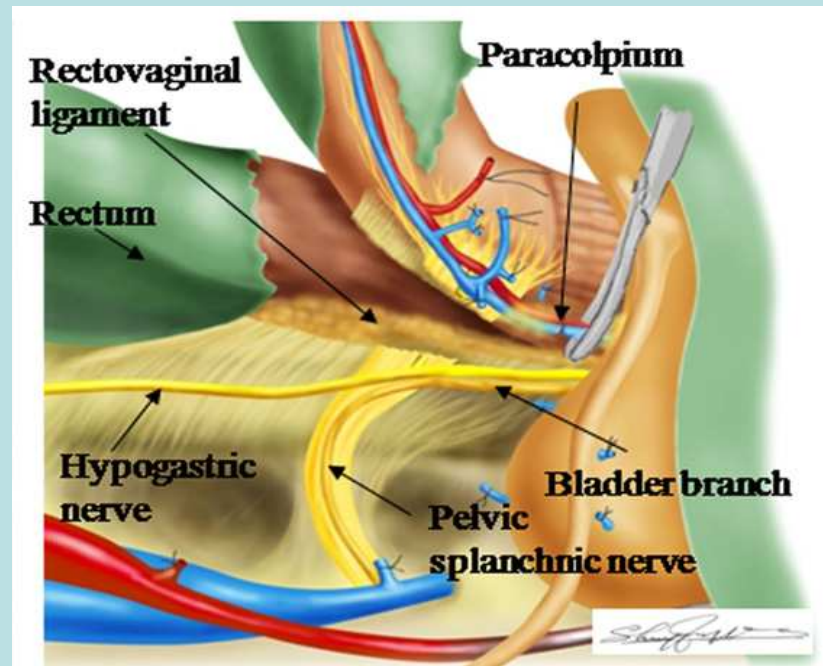
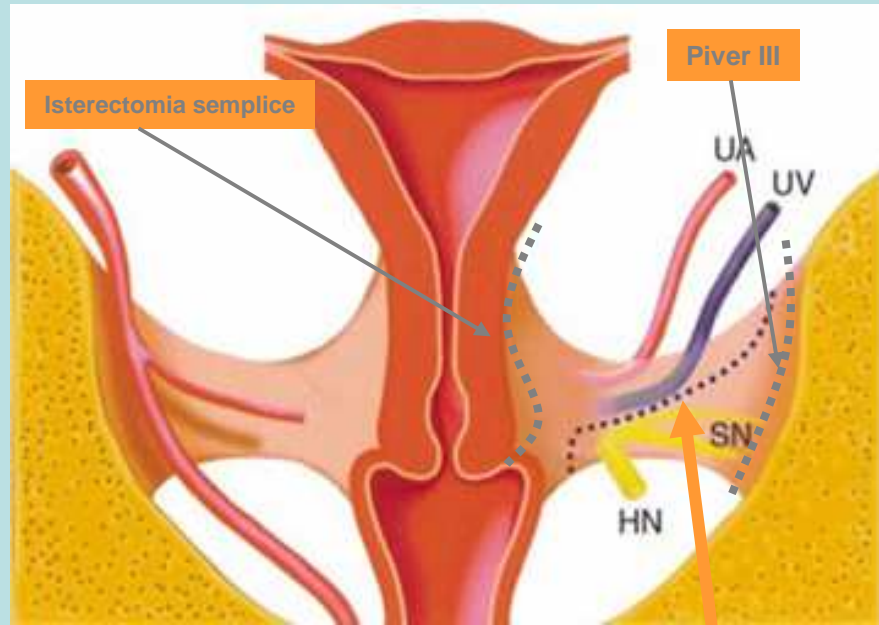


Isterectomia e danno neurovascolare

Tempi chirurgici potenzialmente lesivi

- **Nervo ipogastrico (1):**
leg. uterosacrale - leg. rettovaginale
- **Nervo splancnico (2):**
vena uterina profonda
- **Plesso ipogastrico inf. (3)**
paracolpo





Okabayashi (nerve-sparing)

