

RIPETIZIONE ARGOMENTI

di Ginecologia e Ostetricia

commissione matricole pari

(proff. Colacurci, De Franciscis, Labriola)

Cari colleghi,

ho preparato questo file partendo dalle domande che ci sono sul post di Sunhope e l'ho usato per ripetere, spero che possa essere uno strumento utile in qualche modo. Ci tengo a precisare che le domande qui di seguito non coprono tutto il programma e i professori, anche a seconda dei casi che ci sono al momento del vostro esame in reparto, possono chiedere davvero di tutto all'interno del programma (che, orientativamente, è rappresentato dall'indice del nuovo libro scritto da loro, a cui si possono sottrarre giusto un paio di capitoli). In bocca al lupo!

Giovanni Di Lorenzo

- **Che ormoni produce placenta?** Produce diversi tipi di ormoni, alcuni proteici, come l'hCG (simile all'LH e prodotto dal citotrofoblasto, ha la funzione di sostenere la produzione di progesterone da parte del corpo luteo gravidico), ormone lattogeno placentare (prodotto dal sinciotrofoblasto, bilancia le risposte nutrizionali della madre in base ai bisogni del feto: ha azione simile al GH e alla prolattina e regola il metabolismo lipidico, glucidico e proteico, oltre ad avere attività lattogenetica), ACTH, POMC, GnRH, tireotropina e ossitocina, altri steroidi, come il progesterone, gli androgeni e gli estrogeni.
- **Flussimetria, cosa valuta?** È uno studio delle arterie uterine e permette la valutazione di alcuni parametri di eco-color-doppler (indici di pulsatilità e resistenza), che permettono di evidenziare, con una sensibilità del 60-80%, condizioni di pre-eclampsia che possono portare a ritardo della crescita fetale. Se la curva della flussimetria presenta un'incisura protodiastolica mono o bilaterale si deve pensare ad un'incompleta invasione trofoblastica.
- **Gravidanze dove cresce placenta e non embrione->sindrome uovo bianco/chiaro:** è una delle cause di metrorraggia del I trimestre (insieme alla minaccia d'aborto, l'aborto in atto, l'aborto ritenuto e l'aborto settico), si presenta come la presenza del sacco gestazionale in assenza delle strutture embrionali: la sintomatologia si evidenzia con scarse perdite, generalmente di colore scuro, scarsa dolenzia e utero di dimensioni ridotte rispetto all'età gestazionale
- **Differenziazione tra polo placentare e polo embrionale quando avviene?** A partire dalla dodicesima settimana.
- **Quando si forma blastocisti?** Al quinto giorno dalla fecondazione.
- **Quanto dura una gravidanza?** Una gravidanza fisiologica dura tra le 37 e le 41 settimane: si parla di gravidanza pretermine estremamente precoce quando finisce prima della 28ª settimana, pretermine precoce quando finisce tra 28 e 31+6, pretermine moderata quando finisce tra 32 e 33+6, pretermine tardiva quando finisce tra 34 e 36+6.
- **Iperplasia endometriale:** è uno dei quadri apprezzabili all'isteroscopia, rappresenta una proliferazione anomala dell'epitelio ghiandolare a discapito della componente stromale e si distingue in semplice e complessa, a seconda del grado di proliferazione; se sono presenti atipie citologiche si parla di forma atipica.
- **TORCH:** complesso di esami che si fa nel primo trimestre di gravidanza, rappresenta la ricerca di 5 patologie: Toxoplasmosi, Other (principalmente *Treponema* e virus epatitici maggiori e minori), Rosolia, Citomegalovirus, Herpes virus.
- **Periodo espulsivo:** inizia alla completa dilatazione cervicale e durante il suo svolgimento si verificano i fenomeni meccanici del parto, può avere durata da 20 minuti nelle pluripare a un'ora nelle nullipare.
- **Come fai a valutare l'impegno?** quando la maggiore circonferenza della parte presentata ha superato il piano dello stretto superiore: la piccola fontanella (indice di presentazione) si trova a livello delle spine ischiatiche. Se si verifica l'impegno significa che la donna può partorire via naturale, se non si verifica e inizia il travaglio si procede con il taglio cesareo.
- **Cos'è il segmento uterino inferiore:** porzione tra corpo e collo dell'utero che normalmente è di pochi millimetri ma che aumenta le sue dimensioni a cavallo del periodo dilatante. È interessato dal fenomeno della meciptasi, al contrario del corpo dell'utero che è interessato dal fenomeno della brachistasi.
- **Indicazioni colposcopia:** Le principali indicazioni all'esecuzione della colposcopia sono un Pap test anomalo, un sospetto di infezione da HPV o di altre malattie a trasmissione sessuale (esempio: verruche genitali, herpes genitale, sifilide ecc), delle perdite di sangue atipiche tra un ciclo mestruale e l'altro o dopo i rapporti sessuali o un riscontro durante la visita ginecologica di lesioni, polipi o di irregolarità del collo dell'utero o della vagina.
- **Betahcg a 100 mUI/ml all'eco cosa vedi** (endometrio decidualizzato), a 1000? vedi camera gestazionale, a 5000bhcg? embrione; se hai 5000 bhcg senza camera gestazionale -> gravidanza ectopica.
- **Ecografia primo trimestre cosa vedi:** datazione della gravidanza, presenza e numero di embrioni, lunghezza cranio-caudale, camera gestazionale, patologie annessiali o uterine associate alla gravidanza.

- **Periodo dilatativo:** avvengono i fenomeni dinamici nella madre: delimitazione del segmento inferiore, raccorciamento del collo uterino, formazione della borsa amnio-coriale, rottura della borsa, dilatazione della vagina.
- **Preeclampsia:** condizione in cui si associa uno stato di ipertensione ad una proteinuria significativa. Si distingue una forma lieve (sistolica 140-159 e diastolica 90-110, proteinuria superiore a 0.3 gr/die, condizione generale di ritenzione idrica, si fa nifedipina o labetalolo, mentre si evitano ACE-inibitori o sartani, si può pensare di anticipare il parto ma non è una considerazione assoluta, la condizione pressoria dovrebbe normalizzarsi entro le 12 settimane dal parto, ma in alcuni casi c'è un peggioramento nelle 72 ore successive al puerperio) da una forma grave (sistolica >160, diastolica >110, oliguria, segni neurologici [cefalea e iperreflessia] e visivi, edema polmonare, la terapia farmacologica non deve far scendere troppo rapidamente la pressione e, in caso di gravità evidente, si fa prevenzione anticonvulsivante con MgSO₄, non ci sono riscontri significativi per aspettare l'espletamento del parto oltre le 32 settimane, le complicanze della condizione grave sono la sindrome HELLP [**H**aemolysis, **E**levated **L**iver enzymes, **L**ow **P**latelets], la CID e l'eclampsia [condizione in cui ci sono uno o più episodi convulsivanti durante la gravidanza o, raramente, nelle 48 ore successive, che può portare a distacco di placenta, distress respiratorio, IRA, emorragia, morte materna/fetale/neonatale, non è una patologia prevedibile ma di solito il primo attacco è di breve durata e funge da allarme, si deve tenere sotto controllo la pressione e, in casi non gravi, non somministrare nulla, altrimenti si usa MgSO₄]).
- **Diabete gestazionale:** intolleranza al glucosio diagnosticata per la prima volta in gravidanza e che scompare entro 6 settimane dopo il parto. Si deve ricordare che nelle prime 20 settimane di gestazione c'è un periodo sorretto da ormoni anti-diabetogeni (estrogeni, progesterone e HCG), da quel momento in poi sopravanzano gli ormoni diabetogeni (HPL, cortisolo, prolattina) e riducono progressivamente la sensibilità al glucosio della madre portando un iperinsulinismo nel feto, dato che dal secondo trimestre il glucosio riesce a superare il filtro placentare. Il feto può presentare ritarda di accrescimento intrauterino per le complicanze micro/macrovascolari della malattia o macrosomia, iperglicemia perinatale, distress respiratorio e aumento di ittero/policitemia. Si fa diagnosi di diabete in gravidanza con due glicemie a digiuno in giorni diversi >126 o con due glicemie random >200 o con glicata >6.5%, mentre per la diagnosi di diabete gestazionale serve la curva da carico di glucosio, con valori <180 dopo un'ora e <153 dopo due ore. Si consiglia alla madre di fare controlli seriati delle glicemie, attenzione alla dieta e pratica di moderato esercizio fisico aerobio, nei casi di controllo scompensato si può ricorrere alla terapia insulinica. Il parto andrebbe espletato tra le 37 e 38 settimane in assenza di complicanze, se sono presenti polidramnios [condizione di aumento del liquido amniotico che nel feto da madre diabetica accade perché l'iperglicemia protratta porta a poliuria che si riversa nell'amnios] e/o macrosomia si procede al parto già alla 37° settimana.
- **Fibroma uterino:** conosciuto anche come mioma, è la patologia neoplastica benigna più diffusa: non si conosce bene la sua eziopatogenesi, sembrano coinvolti l'iper-estrogenismo, alcuni fattori genetici e c'è una maggiore incidenza nelle donne nere. È una formazione solida pseudocapsulata che si forma nella parete uterina staccata dal restante miometrio. Può essere singolo o multiplo e si localizza di solito nel corpo uterino, dove può avere un posizionamento sottomucoso, intramurale (più frequente), sottosieroso o infralegamentoso (si sviluppa ai lati dell'utero e crea uno spazio nel legamento largo, le cui pareti vengono sdoppiate e ci cresce dentro). Spesso non c'è sintomatologia, ma possono portare sanguinamenti anomali, dolore e pesantezza pelvica, infertilità, pattern mestruale menorragico. Il volume pelvico tende ad aumentare, il che peggiora la sintomatologia. La diagnosi si avvale dell'ecografia e dell'isteroscopia, che valuta anche il grado di penetrazione nella regione intramurale e si classifica in G0 (nessuna estensione), G1 (<50% con angolo <90°), G2 (>50% con angolo >90° [quanto più è acuto l'angolo tanto meno è invasa la regione]). Esiste una terapia medica dei miomi asintomatici con estroprogestinici o analoghi del GnRH e dal 2014 esiste l'Ulipristal Acetato, che è un modulatore dei recettori del progesterone che inibisce la proliferazione inibendo i fattori di crescita. La terapia dei miomi sintomatici è quella chirurgica, attraverso tecnica

laparoscopica, laparotomica o tramite embolizzazione delle arterie uterine (che distrugge i vasi che irrorano il mioma): se la paziente non vuole preservare la sua fertilità si fa isterectomia totale.

- **Isteroscopia terapeutica e diagnostica:** l'isteroscopia diagnostica è un esame endoscopico che si svolge ambulatorialmente durante la fase proliferativa del ciclo, ha indicazione per sanguinamenti anomali, infertilità, perdita del dispositivo intrauterino, iperplasia endometriale, aborti ricorrenti, anomalie ecografiche. Permette lo studio della cervice, dell'utero e degli osti tubarici e si avvale di un mezzo ottico, di una camicia del diametro di 5-7 french (1.5-2.5 mm) per il passaggio di strumenti, un erogatore di soluzione fisiologica e una sorgente di luce fredda. L'isteroscopia operativa riconosce una chirurgia office (con strumentazione simile alla diagnostica, serve per la resezione di miomi G0 <2cm, di sinechie parziali, polipi e piccoli setti) o una chirurgia resettoscopica (il resettoscopio è uno strumento mutuato dall'urologia, che ha un calibro maggiore della camicia per la diagnostica, viene utilizzata per sinechie estese, setti completi, miomi G0 >2cm, ablazione endometriale).
- **Sanguinamenti perimenopausali:** sanguinamenti caratteristici di quel periodo di 2-8 anni che precede la menopausa e si conclude un anno dopo di essa. Sono dovuti ad uno sbilanciamento tra estrogeni e progesterone a favore dei primi, che porta ad aumento di cicli anovulatori, con tendenza all'ipertrofia/iperplasia senza adeguato sviluppo dello stroma, che configura una scarsa resistenza del tessuto e il suo conseguente più facile sfaldamento. Se i livelli di estrogeni sono moderati si avranno episodi di scarso sanguinamento, ma se i livelli aumentano si osserveranno periodi di amenorrea a periodi di metrorragia
- **Metrorragie del III trimestre:** sono la **placenta previa** (condizione in cui la placenta si posiziona anteriormente al feto, può essere centrale totale o parziale, marginale o laterale per il rapporto che contrae con l'orifizio uterino esterno; non tutte le placente anteriori al secondo trimestre evolvono in placente previe, si devono sempre valutare al terzo trimestre; gemellarità, pluriparità, tagli cesarei ed età avanzata sono fattori di rischio; è una condizione asintomatica in cui è presente un sanguinamento rosso vivo senza dolore né contrazioni; l'ostetrica può rilevare il mancato impegno della parte presentata a causa dell'ingombro rappresentato dalla placenta, a livello strumentale si può fare eco; se arriva paziente di 36 settimane con malattia lieve si fa profilassi steroidea per il sistema respiratorio, se ci sono complicanze si fa il cesareo), il **distacco intempestivo di placenta** (che normalmente si distacca dopo l'espulsione del feto; può essere precoce, se durante il travaglio, o prematuro, se prima del travaglio; può essere occulto, parziale o totale e ci sono tre gradi dal punto di vista clinico: grado I con piccolo sanguinamento e poca attività contrattile, grado II con sanguinamento abbondante e tetania uterina con decelerazioni tardive, grado III con sanguinamento massivo, tetania uterina dolorosa e segni di shock; se il distacco è lieve si può aspettare la maturazione polmonare del feto ed espletare il parto, altrimenti si procede al cesareo immediato), l'**apoplessia utero-placentare** (grave complicanza del distacco di placenta con formazione di un ematoma che può anche portare imbibizione del miometrio e rottura dello stesso) e la **CID**.
- **Placenta accreta:** condizione in cui si ha eccessiva aderenza tra placenta e parete uterina con i villi che sono aderenti al miometrio, oppure sono penetrati nel miometrio (placenta increta) o hanno raggiunto la sierosa (placenta percreta). Il principale fattore di rischio è una cicatrice isterotomica e il sospetto viene confermato da eco/RM: il trattamento è a base di ossitocina endovena oppure è chirurgico. Tutte queste condizioni rientrano nel mancato distacco di placenta, che si può realizzare per ritenzione della placenta (condizione in cui, per cause ancora misconosciute, la cervice uterina inizia a chiudersi prima che la placenta sia stata espulsa e si può procedere al secondamento manuale o alla trazione controllata del funicolo) o per secondamento incompleto (in cui una parte della placenta non viene espulsa, condizione nella quale rientra la placenta accreta).
- **Ecografia a 37 settimane ma vedo che il feto è di 34 com'è possibile?** Si tratta di ritardo di crescita intrauterino (il feto si classifica piccolo, adeguato o grande per età gestazionale in base ai percentili, la normalità è tra 10° e 90° percentile): il ritardo può essere simmetrico, se interessa armonicamente tutte le parti del corpo del feto e può essere indice di aneuploidie o infezioni fetali precoci, o asimmetrico, in cui l'addome è più piccolo rispetto alle altre parti del corpo per un meccanismo che tende a mantenere normalmente irrorati gli organi nobili per preservarli da un danno massivo, normalmente avviene dopo la 28° settimana e le dimensioni del cranio e del femore sono normali.

Le cause sono più spesso dovute a condizioni metaboliche sfavorevoli della madre, ma si può presentare anche in corso di gravidanza gemellare. **Cosa fai?** La prima cosa da fare è una corretta datazione della gravidanza e successivamente ecografia con metodica color-doppler. **Doppler su quali vasi? Quanti sono?** Si fa su arteria ombelicale (vaso più importante, in cui si osserva un aumento delle resistenze vascolari fino all'inversione del flusso in diastole), arteria cerebrale media (con diminuzione delle resistenze perché il cervello è più irrorato) e dotto venoso (con aumento delle resistenze vascolari e insufficienza del flusso anterogrado, poi scomparsa del flusso durante la diastole e infine inversione del flusso in diastole).

- **Menopausa:** scomparsa del ciclo mestruale e condizione di amenorrea protratta e continua per almeno 12 mesi in assenza di altre cause. Ci sono sintomi a breve, medio e lungo termine: a breve termine ci sono sintomi vasomotori/neurovegetativi (vampate di calore, sudorazione notturna, insonnia, parestesie e cardiopalmo) e psicologici (ansia, umore altalenante); a medio termine i sintomi sono dovuti all'ipoestrogenismo che porta a secchezza vaginale che può portare a vaginiti ricorrenti e dispareunia; a lungo termine abbiamo ripercussioni sull'osso, sulla pressione sanguigna e sul lato cognitivo. **Assetto ormonale:** alti livelli di FSH e bassi di estradiolo. **Perché può comparire incontinenza?** Perché gli estrogeni normalmente hanno un'azione sul trofismo dei muscoli vescicali e ne mantengono il tono. **Neoplasie ginecologiche e screening in menopausa:** si fa screening per tumore al seno (autopalpazione), tumore all'endometrio (eco transvaginale), tumore ovarico (eco transvaginale con color-doppler) e cervicale (Pap test).
- **Metrorragie del primo trimestre:** aborto in atto (emorragia abbondante, dolore intenso, collo aperto), minaccia di aborto (sintomatologia lieve e sfumata, algie e crampi in regione pelvica, feto vitale), aborto ritenuto (feto non più vitale non espulso, lievi sanguinamenti, niente dolore né sintomi simpatico-gravidici come nausea, vomito e tensione al seno), uovo chiaro (vedi sopra), aborto settico (febbre, dolore intenso, perdite vaginali); gravidanza ectopica (di solito tubarica, nella prima fase la blastocisti si impianta nella tuba e si sviluppa per 6-8 settimane, la betaHCG è più bassa della gravidanza normale, nella seconda fase ci può essere aborto tubarico [senza rottura della tuba] o la rottura della tuba [che può portare a disseminazione addominale e impianto in altre sedi del feto] con sintomatologia dolorosa violenta e segni di shock emorragico; si può fare trattamento medico con tamoxifene o chirurgico con approccio demolitivo [di solito in laparoscopia] o conservativo [se la donna ha desiderio di avere altre gravidanze e non ha un'altra tuba disponibile, nel caso si fa salpingotomia]); malattia trofoblastica gestazionale (mola vescicolare, mola invasiva, corioncarinoma).
- **Endometriosi:** presenza di tessuto endometriale ectopico, si definisce adenomiosi se coinvolge il miometrio, si definisce pelvica se interessa gli organi pelvici, extrapelvica se si estende al di fuori di essa. Ci sono diverse teorie eziopatogenetiche, come quella del reflusso tubarico, della metaplasia dell'epitelio celomatico, della disseminazione chirurgica e ad oggi si fa una sintesi di tutte queste. **Come sono le lesioni, come le vedi a livello ovarico?** Vescicole sovrelevate di colore rosso scuro capaci di rilasciare mediatori dell'infiammazione; a livello ovarico si distingue una forma superficiale da una profonda, la superficiale presenta microcisti, la profonda presenta lesioni capsulate ripiene di sangue scuro. **Stadiazione:** secondo l'indice dell'American Fertility Society si distingue endometriosi minima (1-5 punti), lieve (6-14 punti), moderata (15-40 punti), severa (>40 punti). **Clinica:** sanguinamenti anomali, dispareunia profonda, dolore pelvico, sterilità, dismenorrea. **Trattamento sterilità da endometriosi:** exeresi laparoscopica delle lesioni in stadio I o II.
- **I vari tempi della PMA extracorporea:** induzione della superovulazione (34-36 ore), prelievo (aspirazione dei follicoli tramite via transvaginale ecoguidata), fase laboratoristica, transfer embrionario (mai dopo il 5° giorno perché solo la blastocisti può impiantarsi). **Differenza FIVET e ICSI:** nella FIVET gli spermatozoi sono inoculati in un ovulo che presenta ancora il suo cumulo ooforo, mentre nell'ICSI l'ovulo è nudo. **Come stimoli superovulazione?** Con gonadotropine esogene (FSH e LH) che superano il meccanismo fisiologico della dominanza di un singolo follicolo e ne portano un numero maggiore in quello stato; oppure con GnRH che prevengono il picco di LH ed evitano che il follicolo scoppi prematuramente.

- **Aree di impegno:** nel bacino abbiamo due diametri obliqui che prendono il nome dalla loro estremità anteriore, pertanto avremo l'obliquo sinistro che si estende dall'eminanza ileo-pettinea sinistra all'articolazione sacro-iliaca destra e viceversa per il diametro obliquo destro. I due diametri obliqui rappresentano a loro volta gli assi di due aree ovoidali dette "aree di impegno" che non sono altro che lo spazio disponibile al passaggio del feto. **Quando fai monitoraggio continuo e come lo fai:** si effettua come pratica standard alla 40° settimana e, associato a visita ed ecografia, serve per monitorare il benessere della mamma e del bambino. Si può anticipare alla 27°/28° settimana in caso di necessità, su valutazione del ginecologo curante, per monitorare eventuali patologie. È un esame utilizzato di norma anche prima del parto durante la fase del travaglio. L'esame si esegue appoggiando due sonde (tre nel caso dei gemelli) sulla pancia donna, in corrispondenza dell'utero, e ha due obiettivi: monitorare la frequenza cardiaca del feto, registrandone le variazioni, e valutare le contrazioni uterine in una registrazione della durata di almeno 30 minuti. Di norma, questo esame si effettua al termine della gestazione, ma può essere utile farlo a partire da 27-28 settimane di gravidanza nei casi in cui sia necessario monitorare il benessere fetale o l'attività contrattile della gravida se riferisce di avere contrazioni ed essere a rischio di parto pretermine. Può essere però necessario effettuarlo anche in altri casi in cui siano presenti patologie della gravidanza, come l'ipertensione materna, il ritardo di crescita del feto (iposviluppo fetale), una minaccia di parto pretermine, o la rottura anticipata delle membrane. L'esame si esegue anche in fase di travaglio sempre per valutare il benessere fetale in questo momento. **Quanto tempo dopo avviene il secondamento?** Tra 30 minuti e un'ora dopo il parto.
- **K endometrio (compresi i diversi approcci chirurgici in base alla stadiazione):** tra i più comuni tumori ginecologici, ha un picco di incidenza dopo la menopausa, molto raramente si presenta prima, riconosce come fattori di rischio l'iperestrogenismo e condizioni metaboliche come obesità, ipertensione e diabete, anche la nulliparità e l'iperplasia endometriale tendono ad associarsi a rischio aumentato. Si riconoscono due varianti con patogenesi differente: il carcinoma tipo I (estrogeno-dipendente, correlato a silenziamento del gene PTEN o a instabilità dei microsatelliti, si presenta come carcinoma endometrioidale, di solito in età perimenopausale ed ha prognosi migliore) e il carcinoma tipo II (estrogeno-indipendente, riconosce mutazioni di p53 e mutazioni inattivanti p16, si presenta come carcinoma sieroso-papillare, carcinoma a cellule chiare, carcinoma adenosquamoso o indifferenziato). Nella valutazione dell'iperplasia endometriale si devono distinguere i quadri con o senza atipie (vedi sopra). Il primo segno di solito è il sanguinamento anomalo, si procede all'ecografia e si continua con isteroscopia (per la valutazione del miometrio) a cui può seguire biopsia, TC e RM per studiare rispettivamente l'infiltrazione linfonodale e miometriale. Le **stadiazioni** prodotte per questo tumore sono la FIGO (più utilizzata) e AJCC: la **FIGO** riconosce uno stadio I con tumore al corpo uterino, uno stadio II con tumore limitato all'utero ma ha invaso lo stroma, uno stadio III con tumore esteso loco-regionalmente e stadio IV con tumore extrapelvico o che ha coinvolto la vescica o il retto. La stadiazione **AJCC** è fondamentalmente una stadiazione TNM che segue quasi gli stessi gradi di definizione della FIGO ma è molto utile per il parametro N, che si distingue in Nx (linfonodi non valutabili), N0 (linfonodi non interessati), N1 (interessamento linfonodi pelvici) ed N2 (interessamento linfonodi paraortici). La terapia è prevalentemente chirurgica e prevede **isterectomia totale extrafasciale con annessiectomia bilaterale e colpectomia del segmento superiore della vagina**, tranne nel caso di paziente giovane che vuole avere gravidanze e ha un tumore allo stadio I, nel qual caso si rimuove solamente la parte interessata dal tumore e la si sottopone a terapia ormonale: se il tumore è a stadi avanzati e/o infiltrante si aggiunge terapia neoadiuvante, mentre se la paziente è inoperabile si procede a chemioradioterapia.
- **K cervice (sempre molto improntato alla terapia chirurgica):** tumore con picco di incidenza tra 40 e 65 anni, che riconosce come fattori di rischio la precocità dell'attività sessuale e il numero di partner, fumo e assunzione di estroprogestinici. Di solito è preceduto da infezione da HPV (i genotipi 16 e 18 sono quelli maggiormente aggressivi), che da sola non basta a dare malattia, che di solito tende a decorrere asintomatica, ma può anche presentarsi con perdite vaginali, dolore pelvico/lombosacrale e leucorrea. La diagnosi si pone dopo visita ginecologica e Pap test, a cui si può aggiungere una colposcopia, mentre la TC e la RM sono più utili ai fini della stadiazione. Questo tumore si presenta

più spesso come carcinoma squamoso o adenocarcinoma e a livello microscopico possiamo riconoscere l'esistenza di alcune **lesioni precancerose**, prima classificate come CIN1 (displasia lieve con atipie al terzo inferiore), CIN2 (displasia moderata con atipie ai due terzi inferiori) e CIN3 (displasia grave con atipie oltre i due terzi inferiori), ad oggi classificate come SIL di basso grado (che corrisponde al CIN1) e SIL di alto grado (che corrisponde a CIN2 e 3). La **stadiazione** tumorale è la **FIGO** che riconosce uno stadio 1 con tumore alla sola cervice, uno stadio 2 con tumore che ha superato la cervice ma che è confinato entro il terzo inferiore della vagina, uno stadio 3 in cui il tumore ha superato inferiormente il terzo inferiore della vagina e superiormente ha causato kidney failure o idronefrosi e uno stadio 4 in cui il tumore è extrapelvico o ha coinvolto vescica o del retto. La terapia delle lesioni precancerose è fondamentalmente la diatermocoagulazione oppure la conizzazione di lesioni non infiltranti (se sono infiltranti la conizzazione è solo diagnostica), mentre per il tumore l'approccio chirurgico è quello dell'**isterectomia totale radicale con rimozione di parametrio, paracolpo e almeno un cm di vagina per via laparoscopica, laparotomica o robotica**: a seconda della radicalità dell'exeresi del paracervice esiste la classificazione di Morrow, che identifica un tipo A con resezione minima del margine mediale dell'uretere, un tipo B con resezione della paracervice ureterale, un tipo C con rimozione dei legamenti utero-sacrali e utero-vescicali e un tipo D con rimozione del paracervice della parete pelvica. Si procede alla terapia chirurgica nelle pazienti in post-menopausa, si aggiunge chemioradioterapia in stadio 3 e 4, mentre se la donna è giovane e ha desiderio di prole con un tumore in stadio 1 o 2 si procede a linfadenectomia laparoscopica con asportazione della cervice ma non dell'utero (trachelectomia).

- **Indicazioni al ricovero**: contrazioni percepibili chiaramente dalla donna, che devono durare almeno 40 secondi e ce ne deve essere almeno una ogni 10 minuti, scomparsa del collo dell'utero, dilatazione di almeno 2 cm, rottura della borsa amnio-coriale. Una volta avviato il ricovero si calcola l'indice di Bishop per valutare la possibilità che la donna ha di partorire naturalmente, si prendono in considerazione la lunghezza, la dilatazione e la consistenza del collo, la posizione del collo e il livello della testa e viene assegnato a ciascun parametro un punteggio da 0 a 3, se il totale è compreso tra 0 e 3 le condizioni sono altamente sfavorevoli per il parto naturale, da 4 a 5 sono mediamente sfavorevoli, da 6 a salire le condizioni sono favorevoli.
- **Cardiotocografia**: valuta il benessere fetale attraverso la rilevazione della frequenza cardiaca istantanea del feto e delle contrazioni uterine. Si posizionano due trasduttori (tre nel caso di gravidanza gemellare) sull'addome della madre, il tocografo si applica sul fondo uterino e l'altro si applica sul dorso del feto (che è il punto di massima rilevazione del battito cardiaco fetale). Si valutano cinque parametri: **frequenza basale** (FC media per 10 minuti, è normale tra 110 e 160 bpm), **variabilità** (differenza tra FC massima e minima, è normale se nell'arco di 20-30 minuti è superiore a 5 bpm), **presenza di accelerazioni** (intese come aumenti transitori della FC di 15 bpm per 15 secondi, sono dovute all'azione del simpatico che aumenta il suo tono nelle fasi terminali della gravidanza), **assenza di decelerazioni** (intese come diminuzioni transitorie della FC di 15 bpm per 15 secondi, esistono quelle precoci, cioè sincrone ad una contrazione uterina e considerate normali perché dovute a compressione della testa fetale, quelle tardive, che iniziano dopo la metà di una contrazione e hanno significato patologico perché significa che c'è riduzione del flusso sanguigno conseguente a ipossia, e quelle variabili, che si devono a compressione transitoria del funicolo che comporta un inizio molto rapido ed una fine altrettanto rapida della decelerazione) e **valutazione delle contrazioni** (delle quali si studiano l'intensità e la durata). La cardiotocografia si può fare prima del travaglio o durante il travaglio e va sempre consigliata quando c'è un aumento del rischio di sofferenza fetale o di morte perinatale.
- **Emorragie post partum (EPP, tutte le cause e il loro trattamento)**: si **definiscono** primarie se insorgono entro 24 ore dal parto e secondarie se insorgono tra 24 ore e 12 settimane dal parto; si definiscono minori se comprese tra ½ litro e maggiori se superiori a 1 litro, le maggiori si distinguono in controllate se le condizioni materne necessitano di attento monitoraggio e persistenti se sono anche presenti segni di shock con potenziale pericolo di vita. Il monitoraggio della donna con emorragia consta di diversi parametri e attualmente la **scala MEWS** è attuata in modo da avere graficamente sotto controllo lo stato della paziente dal punto di vista di tutti i parametri che devono

essere valutati: per ogni parametro ci sono almeno due possibili risultati, uno di tranquillità e uno di allarme crescente, identificati con il colore giallo e il colore rosso a seconda dell'attenzione che deve essere prestata, in presenza di un valore rosso o di due gialli si devono far intervenire gli specialisti. **Condizioni favorevoli** all'insorgenza di EPP sono una precedente EPP, preeclampsia, placenta previa, peso fetale >4 Kg, gravidanza multipla, mancata progressione degli stadi del travaglio. Esistono quattro cause fondamentali di EPP: **Tono uterino** (normalmente l'utero si contrae e si forma il globo di sicurezza, in caso di EPP si assiste ad atonia uterina che può essere trattata con ossitocina, acido tranexamico [fibrinolitico strutturalmente riconducibile alla lisina che blocca il sito di legame della lisina sulla plasmina, inibendo il normale effetto della plasmina, la lisi del coagulo di sangue. A dosi basse agisce da inibitore competitivo della plasmina, mentre a dosi alte risulta un inibitore non competitivo. Viene usato per il suo effetto emostatico.], tamponamento tramite balloon [con posizionamento di un balloon di gomma o silicone che provoca compressione vascolare ed emostasi della superficie sanguinolenta], legatura delle arterie pelviche, embolizzazione delle arterie uterine, isterectomia [in extremis]), **Trauma** (che può essere da lesione perineale o cervicale, da ematoma genitale [tutti e tre i casi necessitano di sutura] o da rottura d'utero [che deve essere trattata con sutura della parte lesionata in laparotomia e concomitante trattamento emostatico]), **Tessuto** (per presenza di detriti placentari o di membrane, il cui trattamento si avvale di un curettage in associazione alla somministrazione di farmaci uterotonici) e **Trombina** (cioè valutazione dell'aspetto coagulativo della paziente per scongiurare una pericolosissima CID, che si valuta studiando PT, aPTT, fibrinogeno di Clauss e la conta piastrinica, e si tratta con somministrazione di eparina a basso peso molecolare).

- **Mola idatiforme (con trattamento chirurgico, medico e follow up con HCG):** è una delle malattie trofoblastiche gestazionali, tra le tre è quella con andamento più benigno. Si caratterizza per un'ipertrofia del trofoblasto e degenerazione dei villi, può dare un quadro di **mola completa** se assume l'aspetto di cisti o vesciche ripiene di liquido giallastro che somigliano a un grappolo d'uva (questa condizione si associa ad un assetto euploide perché lo spermatozoo feconda un ovulo privo di DNA e poi duplica il suo corredo), o di **mola parziale** se la degenerazione è solo focale sul trofoblasto (questa condizione si associa a cariotipo triploide di origine biparentale perché due spermatozoi fecondano un ovulo aploide). La mola completa si presenta a 6-8 settimane con metrorraggia ed ingrandimento delle dimensioni uterine superiore alla datazione della gravidanza, accompagnate da nausea e vomito, mentre la mola parziale ha una sintomatologia molto più sfumata. Il trattamento consiste nello **svuotamento chirurgico** della cavità uterina, mentre il **follow up** si avvale del controllo dei dosaggi seriati di betaHCG che, se presenta valori superiori a 20.000 dopo 4 settimane dallo svuotamento, aumenta in tre dosaggi consecutivi o risulta ancora dosabile dopo 4-6 mesi, avvia la paziente al **trattamento medico** con metotrexato.
- **Diagnosi di avvenuto primo tempo:** si deve accertare 1. distacco e passaggio nel segmento inferiore e discesa del funicolo, 2. passaggio in vagina (Segno di Strassman o del pescatore), 3. espulsione all'esterno e risalita del funicolo.
- **Patologie del secondamento:** EPP, placenta accreta, rottura d'utero, **inversione uterina** (inversione totale o parziale del fondo dell'utero, si riconosce un grado 1 se il fondo non arriva all'orifizio esterno, un grado 2 se arriva in vagina ma non è visibile dall'esterno e un grado 3 se è anche visibile dall'esterno. Si procede a riposizionamento manuale, facendo attenzione a posticipare il distacco di placenta per non aggravare l'emorragia, o a un trattamento chirurgico di emergenza, dato che la patologia ha un esordio violento e improvviso e, potendosi associare a EPP e shock, la sua persistenza aumenta il rischio di morte), **embolia di liquido amniotico** (può coinvolgere madre, feto o entrambi e si realizza per il passaggio di liquido amniotico nella circolazione materna che può invadere il distretto polmonare che provocano embolizzazione o vasospasmo dei vasi polmonari a causa della presenza di elementi fetali che attivano la liberazione di mediatori endogeni).