

mani, non fanno sempre l'interesse della paziente. Vale la pena, a tale proposito, di ricordare il Prof. Ingiulla quando metteva acutamente in dubbio che questi interventi, da lui definiti « ad occhio socchiuso », fossero più utili di una vera e propria laparotomia. Non va dimenticato infatti che l'incisione di Pfannenstiel bassa, eseguita un centimetro al di sotto del limite superiore dei peli pubici, può rappresentare, in questi casi, una valida alternativa.

RIASSUNTO

Sulla base dell'esperienza personale e dei dati reperibili nella letteratura, vengono prese in esame le indicazioni della laparoscopia nella patologia endocrina genitale, soprattutto tenendo conto dell'apporto che in tali casi può essere fornito da altre metodiche diagnostiche. Vengono poi illustrati i principali quadri celioscopici della patologia ovarica nonché la tecnica della biopsia ovarica per celioscopica. Di quest'ultima si riportano i risultati, fissando soprattutto l'attenzione sui quadri istologici dell'ovaio nella diversa patologia dell'organo.

Nuove tecniche diagnostiche nelle algie pelviche croniche non ritmate dagli episodi mestruali

G. D. MONTANARI

Limitiamo il nostro intervento alla descrizione di alcuni metodi da noi messi a punto, e che possono essere utilizzati anche allo scopo di evidenziare la causa di dolori pelvici cronici non ritmati dagli episodi mestruali.

La topografia dei dolori pelvici cronici spontanei è estremamente mutevole. Il dolore provocato con opportune manovre può fornire utili informazioni diagnostiche.

Dall'esperienza di Vecchiotti risulta che, esercitando una compressione profonda sulla parete addominale circa a livello del promontorio, si provoca spesso la comparsa di un dolore che s'irradia per lo più in due modi: 1) prevalentemente verso l'ipogastrio, se la causa del dolore pelvico cronico è genitale; 2) prevalentemente verso l'epigastrio, se la causa del dolore è da riferirsi ad una patologia a carico dell'apparato digerente.

È stato anche osservato che nelle pazienti con dolori pelvici cronici conseguenti a parti traumatizzanti, la compressione transvaginale delle pareti pelviche induce molto spesso la comparsa di un dolore che s'irradia diversamente a seconda del livello cui la compressione viene esercitata: 1) la compressione della parete pelvica laterale provoca dolore nella fossa iliaca omolaterale con irradia-

Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Torino (Dir. Prof. G. Vecchiotti).

Relazione al Congresso di Ajaccio della Società di Ginecologia ed Ostetricia del Mediterraneo Latino, 23-25 maggio 1974.

zione saltuaria in quella controlaterale, nonché verso la faccia interna della coscia; 2) la compressione della parte intermedia della parete pelvica laterale provoca un dolore che si diffonde a tutta la regione ipogastrica ed egualmente alla faccia interna della coscia; 3) la compressione del tratto posteriore provoca un dolore che s'irradia verso il retto (2-8).

Nelle pazienti affette da pelvidinie, il collo dell'utero è, molto spesso, aumentato di volume. Dalla misurazione delle dimensioni del collo e dell'isterometria, in uteri asportati per condizioni patologiche diverse associate a dolore pelvico, abbiamo ricavato dei dati che permettono di stabilire il valore diagnostico di questo reperto. Dalle correlazioni tra isterometria e superficie di sezione del collo risulta evidente che una marcata ipertrofia cervicale deve far sospettare che il dolore pelvico cronico sia da attribuire a fibrosclerosi uterina. Se esiste il dubbio che si tratti di una fibromatosi uterina, si procede all'isterometria che fornirà valori vicini alla norma in caso di fibrosclerosi e valori più elevati in caso di leiomiomi uterini. Per la valutazione in vivo delle dimensioni del collo ci si può servire di un apposito calibro.

Le strette connessioni vascolari tra annessi, corpo e collo uterino fanno sì che le modificazioni della velocità di circolo, dell'apporto di ossigeno e quindi del metabolismo ossidativo delle parti più alte del tratto genitale possano ripercuotersi sull'equilibrio acido-base del sangue capillare della portio. Lo studio di tale equilibrio sarà in grado di rilevare spesso se il dolore pelvico in atto è da attribuire o meno a delle turbe vascolari. Durante la fase post-mestruale, con una lancetta si provoca una soluzione di continuo dell'esocollo. A mezzo di un tubo di plastica si aspira poi una piccola quantità del sangue che fuoriesce dalla lesione stessa. Su questo vengono determinate tutte le componenti dell'equilibrio acido-base mediante il micrometodo di Astrup. Tale indagine dimostra una evidente diminuzione del pH, un'elevazione della pCO_2 e dell'eccesso di basi in tutte le condizioni patologiche associate a dolore nelle quali è presente congestione venosa pelvica. A riprova della validità del metodo stanno i risultati dello studio dell'equilibrio acido-base prima e dopo l'intervento di isteropessi in pazienti con malposizione uterina associata a congestione pelvica. In questi casi appare evidente una normalizzazione del quadro ematochimico. A questo proposito ricordiamo anche di aver osservato che il dolore è presente quasi esclusivamente nelle retroposizioni uterine associate a chiare alterazioni dell'equilibrio acido base del sangue cervicale.

La giustificazione biologica dell'utilizzazione della termografia nei casi di dolore pelvico cronico può essere ritenuta la ricerca di zone profonde di iperproduzione autoctona di calore per accresciuto metabolismo, per iperflusso arterioso o per stasi venosa. Secondo la nostra esperienza la termografia addominale fornisce in questi casi reperti utilizzabili solo nel 20% dei casi, dimostrando esclusivamente aree lievemente ipertermiche in pazienti nelle quali il dolore ipogastrico cronico sia causato da una marcata congestione pelvica. La termografia cervicale permette invece di vedere l'aspetto nettamente ipertermico della portio in casi di dolore da intensa congestione pelvica soprattutto se conseguente a retroflessione uterina. A nostro avviso questo metodo però serve solo a « documentare » in senso quantitativo uno stato di congestione cervicale. Quest'ultima infatti è ben visibile anche a occhio nudo e meglio ancora in colposcopia.

La velocità di deflusso di un tracciante radioattivo iniettato nel collo è tanto più rallentato quanto maggiore è l'impedimento allo scarico venoso del plesso ovarico, delle vene uterine e del plesso utero-vaginale. Per eseguire il test della

clearance cervico-uterina del $^{133}\text{Xenon}$ s'inietta l'isotopo nel collo e si rileva la radioattività mediante un contatore a scintillazione con collimatore disposto in regione sovrapubica. Il flusso sanguigno cervico-miometrale si dimostra notevolmente piú basso nelle pazienti con dolori pelvici legati a stasi circolatoria. Anche la curva di allontanamento dell'isotopo è caratteristica; in caso di congestione risulta infatti notevolmente piú prolungata.

Fattori irritativi discreti che possono causare dolore pelvico cronico sono in grado di modificare il quadro citologico del sedimento della piccola quantità di liquido peritoneale spesso presente nell'escavazione retto-uterina.

La culdocentesi eseguita con ago sottile non arreca grandissimo disturbo alla paziente. La formula cito-peritoneale è stata da noi studiata in soggetti che, controllati poi all'intervento, presentavano: 1) ginecopatie benigne associate a marcata congestione pelvica; 2) ginecopatie benigne associate a chiari segni di irritazione peritoneale oltreché a modesta ed incostante congestione; e 3) ginecopatie benigne senza congestione pelvica né irritazione peritoneale. Da tale indagine è risultato che solo in presenza d'irritazione si può repertare un quadro citologico caratterizzato da aumento dei linfociti, dei polimorfonucleati e degli istociti con un minor numero di emazie integre ma con presenza di emazie alterate che rendono il fondo basofilo. Tale quadro contrasta nettamente con quello normale dominato da cellule mesoteliali in lembi su un fondo pulito. La congestione pelvica influenza la quantità del versamento ma non la formula cito-peritoneale.

Tra i segni radiologici di alterazione congestizia e varicosa dei vasi pelvici, uno dei principali è la dilatazione dei plessi utero-vaginali. È ragionevole ammettere che una parte di questi plessi possa risultare compresa in un tomoecogramma eseguito a livello dei fornic vaginali. Ci si serve di una sonda con piastrina piezoelettrica perpendicolare all'estremità che viene introdotta in vagina fino al fornice anteriore a vescica piena. Nel caso di algie pelviche che all'intervento non si dimostrano associate a congestione venosa o dilatazione varicosa delle vene pelviche, il reperto tomoecografico piú frequente è caratterizzato dalla presenza di piccole cavità addossate le une alle altre e localizzate lateralmente all'utero al di sotto della vescica. Nelle pazienti affette da dolore pelvico associato alle turbe circolatorie suddette, la dimensione delle immagini riferibili ai vasi è nettamente superiore.

Dopo aver brevemente accennato alle indagini da noi proposte ed ai risultati ottenuti vogliamo concludere ricordando che nei casi di dolore pelvico non ritmato dagli episodi mestruali, il procedimento diagnostico dev'essere programmato in funzione del disturbo che le metodiche diagnostiche possono arrecare alla paziente. Gli esami che abbiamo descritto comportano un impegno piú che accettabile e, se l'ulteriore esperienza confermerà la loro efficacia, solo raramente si sarà costretti a ricorrere ad indagini piú traumatizzanti (flebografia, celioscopia, ecc.). Una tecnica diagnostica infatti deve impegnare la paziente in modo proporzionale all'entità della patologia che si sospetta ed è tanto migliore quanto maggiore è il numero d'informazioni che fornisce e quanto minore è il trauma per chi la deve subire.

RIASSUNTO

La relazione si fonda sulla esposizione di nuove metodiche diagnostiche atte a definire l'origine dei dolori pelvici cronici non ritmati dagli episodi mestruali.

Tali tecniche permettono di evidenziare soprattutto le forme alla base delle quali stanno delle turbe del circolo sia primitive che secondarie a lacerazioni parametrali da parto (Sindrome di Master ed Allen).

BIBLIOGRAFIA

1. Vecchietti G.: *Comunicazione personale*. - 2. Montanari G. D., Grella P. e Alfieri G.: *Nuove tecniche diagnostiche nella patologia venosa dell'apparato genitale femminile: risultati preliminari*. Arch. Osped. Mare, 24, 237, 1972. - 3. Montanari G. D., Mincato C. e Marconato A.: *Valore diagnostico della citologia peritoneale in alcune ginecopatie benigne associate o meno a congestione pelvica*. Min. Ginecologica, 26, 1974. - 4. Montanari G. D., Grella P., Pizzinato U. e Marconato A.: *Il collo uterino nella sindrome da congestione pelvica*. Min. Ginec., 26, 1974. - 5. Montanari G. D., Macrí C., De Salvia D. e Grella P.: *Clearance dello ¹³³Xenon per lo studio del flusso sanguigno miometrale nella sindrome da congestione pelvica*. Min. Ginec., 26, 1974. - 6. Montanari G. D., Di Maggio C., Mincato C. e Grella P.: *La termografia nello studio della congestione pelvica*. Min. Ginec., 26, 1974. - 7. Montanari G. D., Alfieri G., Grella P., Laureti E. e Mincato C.: *La tomografia ultrasonica nella diagnosi di congestione pelvica*. Min. Ginec., 26, 1974. - 8. Montanari G. D. e Grella P.: *L'equilibrio acido base del sangue capillare della portio uterina nella congestione pelvica*. Min. Ginec., 26, 1974.

Considerazioni su due casi di iperstimolazione ovarica da trattamento della sterilità da ciclo anovulatorio

A. ROS, G. DOLCETTA, V. AZZINI e M. BOUCHÈ

INTRODUZIONE

Da piú di 10 anni il trattamento della sterilità endocrina femminile viene eseguito con terapia medica da moltissimi AA. I principali farmaci usati sono:

- a) HMG (Pergonal 500) - associato ad HCG con gli schemi di terapia piú vari.
- b) Clomifene associato o meno ad HCG.
- c) Recentemente: Releasing Hormone associato o meno ad HCG.

Releasing Hormone (RH): il decapeptide sintetizzato dal gruppo di Schalley ha un'attività sull'ipofisi che non dura, una volta somministrato per via endovenosa, intramuscolare e sottocutanea, piú di 30-40' per le prime due vie e 3-4 ore per la via sottocutanea.

Questo fatto è assai svantaggioso in quanto, sia per ottenere una secrezione ipofisaria preovulatoria adeguata, sia nell'intento di attuare il picco ovulatorio che si ha nel ciclo normale, la somministrazione di tale ormone dovrebbe essere troppo frequente e praticamente non attuabile.

Molto in ogni modo ci sembra di poter attendere dalla recente sintesi che