

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO
U.O.C. di Clinica Ginecologia Ostetrica



SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN GINECOLOGIA E OSTETRICIA
Direttore: Prof. Giovanni Battista Nardelli

TESI DI SPECIALIZZAZIONE

LEARNING CURVE DELLA CHIRURGIA RESETTOSCOPICA

Relatore: Dott. Carlo Saccardi
Correlatore: Dott. Enrico Busato

Dott.ssa Francesca Viganò



LEARNING CURVE

Rapporto tra **tempo** necessario per l'apprendimento e la quantità di **informazioni** correttamente apprese.



Sono state analizzate learning curves per diverse procedure, chirurgiche e non

LEARNING CURVE

Gynecol Obstet Invest. 2011;72(4):227-33. doi: 10.1159/000324384. Epub 2011 Nov 8.

Learning curve and surgical outcome for single-port access total laparoscopic hysterectomy in 100 consecutive cases.

Paek J¹, Kim SW, Lee SH, Lee M, Yim GW, Nam EJ, Kim YT.

CONCLUSIONS: Proficiency for SPA-TLH was achieved after 40 cases. Operating time and postoperative hemoglobin drop decreased with experience, without increasing complication.

J Minim Invasive Gynecol. 2015 May-Jun;22(4):607-11. doi: 10.1016/j.jmig.2015.01.009. Epub 2015 Jan 19.

Learning Curve Analysis and Surgical Outcomes of Single-port Laparoscopic Myomectomy.

Lee HJ¹, Kim JY¹, Kim SK¹, Lee JR², Suh CS³, Kim SH³.

CONCLUSION: Results from the current study suggested that proficiency for SPLM was achieved after about 45 operations. Additionally, operation time decreased with experience without an increase in complication rate.

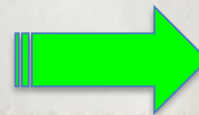
Eur J Gynaecol Oncol. 2014;35(3):219-23.

Accuracy of hysteroscopy made by young residents in detecting endometrial pathologies in postmenopausal women.

De Marchi F, Fabris AM, Tommasi L, Nappi L, Saccardi C, Litta P.

CONCLUSION: Outpatient hysteroscopy made by residents at their endoscopic experience beginning has good accuracy in detecting clear endometrial malignant lesions, unlike in detecting premalignant lesion as hyperplasia with atypia. This could signify that more than 200 hysteroscopies are necessary for a resident to well recognize premalignant and malignant lesions.

In isteroscopia operativa?!

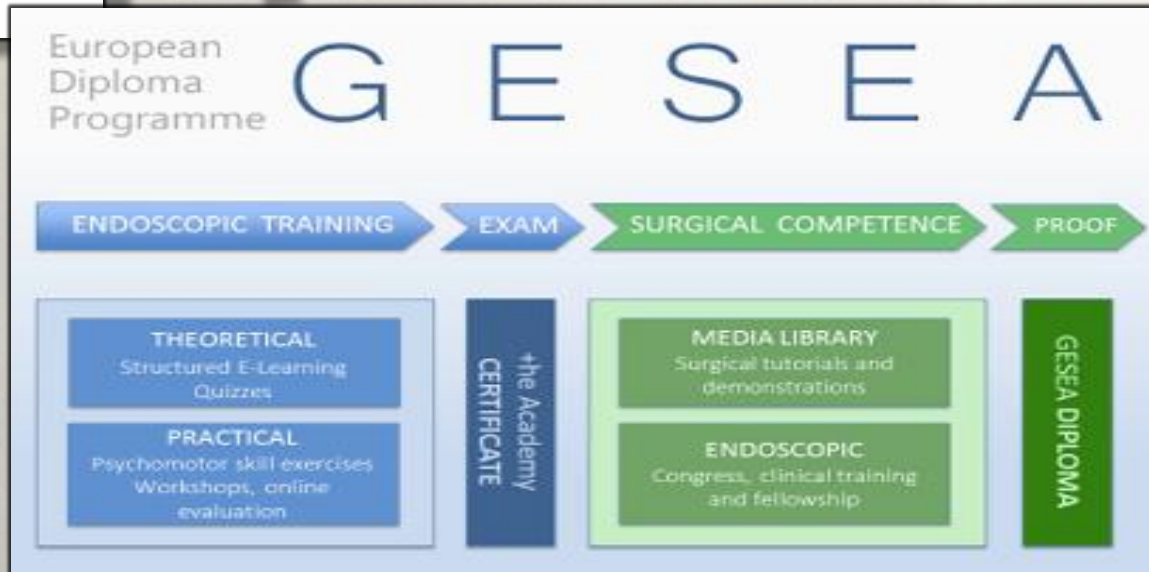


No studi!



European
+theAcademy of
Gynaecological
Surgery

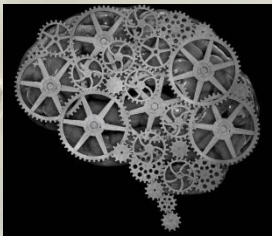
TRAINING



SCOPO DELLO STUDIO



Valutare la curva di apprendimento di un operatore con esperienza in isteroscopia diagnostica nella chirurgia resettoscopica.



MATERIALI E METODI

Studio osservazionale prospettico di coorte

Reclutate pazienti afferite presso il servizio di DH che necessitavano di chirurgia resetoscopica da luglio 2015 a giugno 2016.

Criteri di esclusione:

- *Controindicazioni mediche alla procedura*
- *Necessità di un operatore esperto: miomi G2, miomi SM > 3 cm, setti uterini completi, indicazioni alla resezione endometriale*

MATERIALI E METODI

Le pazienti reclutate sono state sottoposte ad isteroscopia operativa.

Strumentario:

- *resetoscopio operativo* (\varnothing 10 mm, ottica a 0° , ansa diatermica monopolare)



- *mezzo di distensione*: soluzione ipotonica (glicina 1% + mannitolo 1%)



MATERIALI E METODI

Tutte le procedure sono state eseguite dallo stesso operatore medico specializzando in Ginecologia ed Ostetricia



*esperto in isteroscopia diagnostica
ambulatoriale e RCU*



privo di esperienza in resetoscopia



MATERIALI E METODI

Ogni isteroscopia è stata valutata da un isteroscopista esperto accreditato presso la SEGI e ESGE.

Criteri di valutazione GESEA (punteggio da 1 a 10)

- Dilatazione ed introduzione dello strumento
- Valutazione del campo operatorio
- Manualità con lo strumento
- Tecnica di asportazione della lesione
- Valutazione complessiva

European Diploma Programme

GESEA

Gynaecological Endoscopic Surgical Education and Assessment

THREE proficiency levels

One must fulfil the criteria for each level before progressing to the next level.

LEVEL 1	BACHELOR in Endoscopy
LEVEL 2	Minimal invasive Gynaecological Surgeon MIGS
LEVEL 3	MASTER

Sono stati raccolti inoltre i seguenti dati:

- Durata dell'intervento



- Complicanze durante la procedura

RISULTATI

Reclutate 85 pazienti.



75 polipectomie endometriali

7 miomectomie

3 metroplastiche



RISULTATI

Dati clinico demografici delle pazienti

	N. PAZIENTI	ETA' MEDIA	PARITA'
MENOPAUSA	50 (58,8%)	60	-Nullipare: 8 (16%) - Pluripare: 42 (84%)
ETA' FERTILE	35 (41,2%)	41	-Nullipare: 10 (28,6%) - Pluripare: 25 (71,4%)
TOTALI	85	52,31 ± 12,138	-Nullipare: 18 (21,2%) - Pluripare: 67 (78,8%)

STENOSI CERVICALI: 16 pazienti (18,8%)!!!



RISULTATI

Polipi endometriali → multipli in 22 casi (29,3 %)



Localizzazione:

La dimensione complessiva delle lesioni da asportare variava da un diametro minimo di 5 mm ad un diametro massimo di 60 mm.

- posteriore in 27 pz (32,9%)
- laterale in 22 pz (26,8%)
- anteriore in 17 pz (20,7%)
- fundica in 9 pz (11%)
- cornuale in 7 pz (8,5%)

RISULTATI

Abbiamo analizzato la CORRELAZIONE
tra il numero di isteroscopie eseguite e le
variabili di competenza

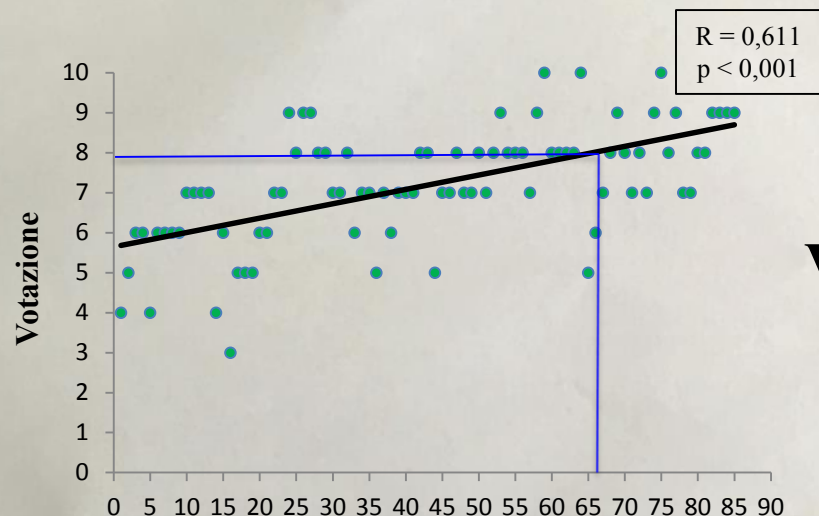


RISULTATI

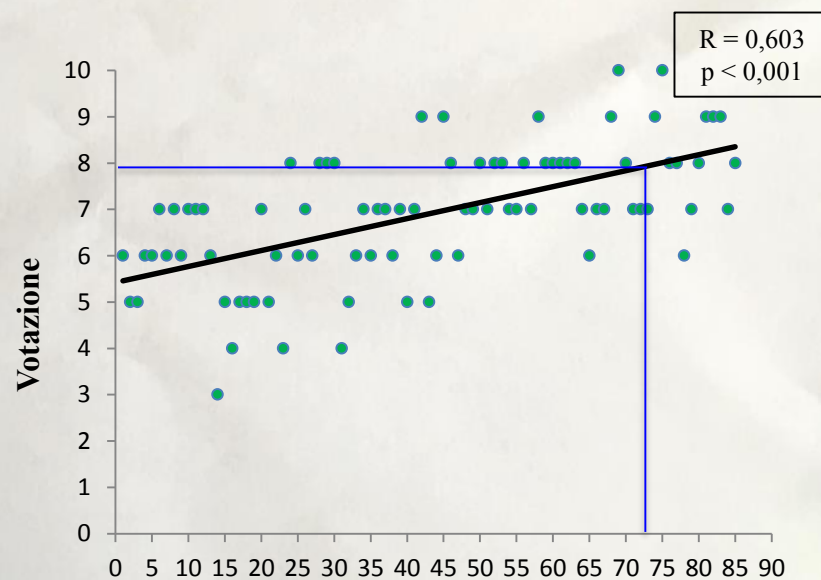
G E S E A

Gynaecological Endoscopic Surgical
Education and Assessment

Dilatazione ed introduzione dello strumento



Valutazione del campo operatorio



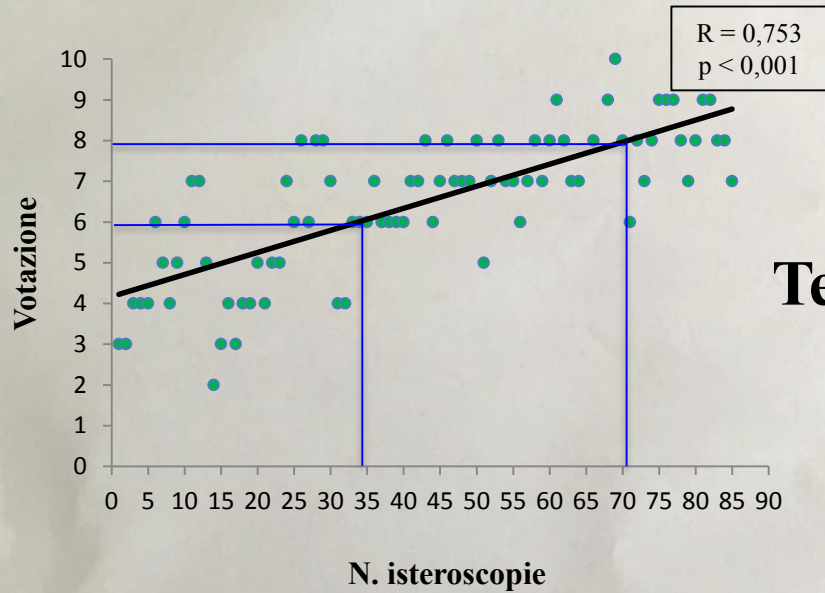
N. isteroscopia



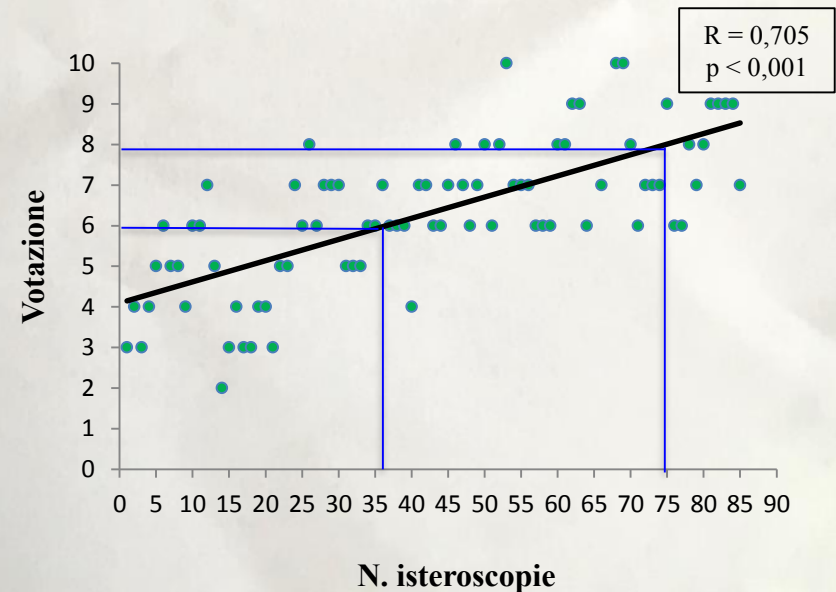
Parametri meno influenzati dal numero di isteroscopia poiché l'operatore era già esperto in isteroscopia diagnostica ambulatoriale e RCU.

RISULTATI

Manualità con lo strumento

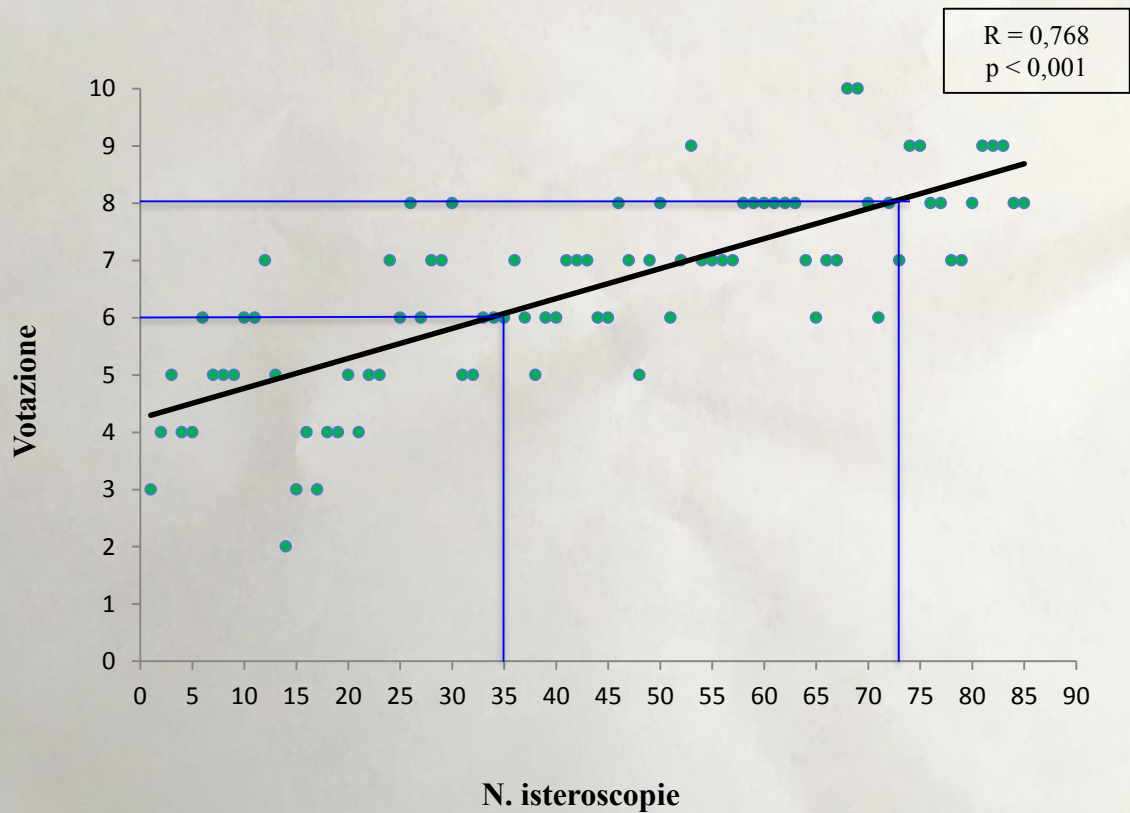


Tecnica di asportazione della lesione



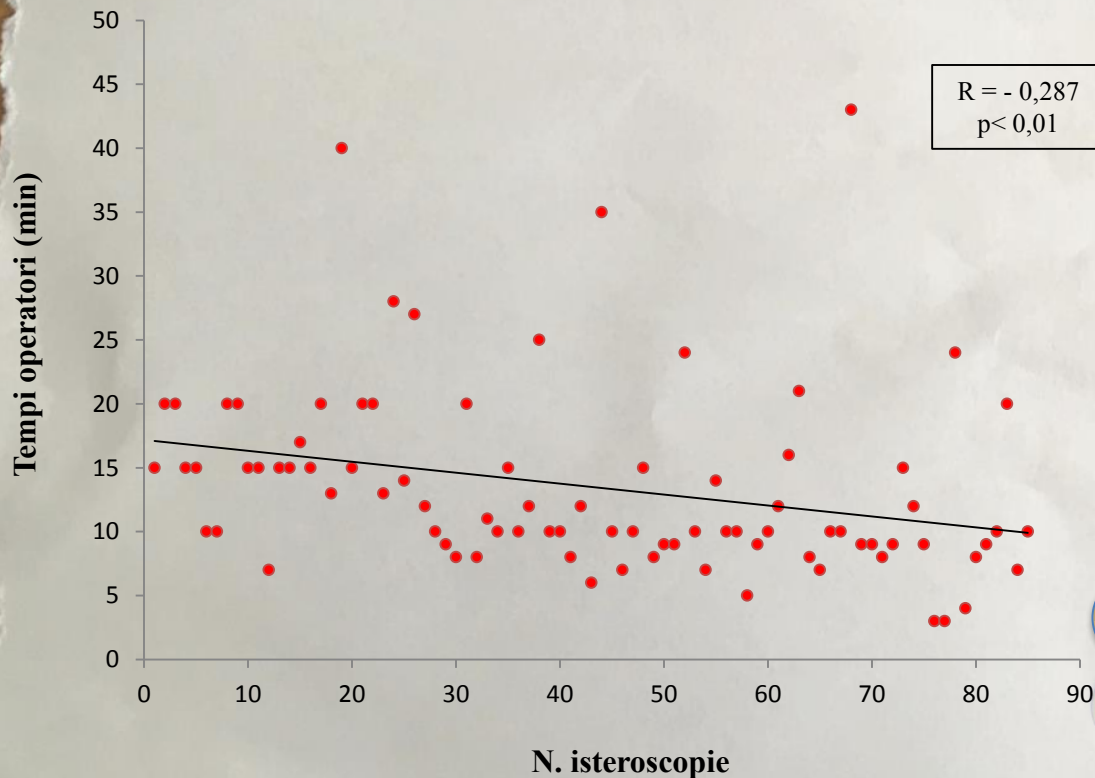
RISULTATI

Valutazione complessiva



RISULTATI

Tempi operatori



*La correlazione **non è così forte** perché i tempi sono influenzati maggiormente anche ad altri parametri (tipo di patologia, numero di lesioni, localizzazione delle lesioni,..)*

RISULTATI

Complicanze

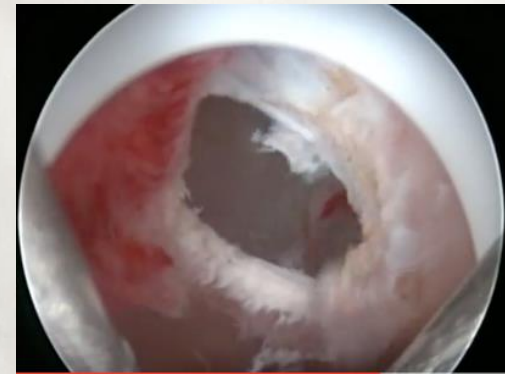


Tutte in fase di dilatazione:

2 false strade



1 perforazione uterina



La pazienti erano tutte e tre nullipare ed in menopausa!



CONCLUSIONI

- Il nostro studio ha evidenziato come con un adeguato training si può raggiungere un livello sufficiente di autonomia nella resettoscopia di base dopo circa 35 procedure ed un livello buono dopo circa 75 isteroscopie.
- I rischi rimangono bassi e confinati perlopiù alla fase di dilatazione.
- Risulta necessaria la presenza di un tutor esperto durante l'apprendimento e una buona esperienza in isteroscopia diagnostica ed RCU.
- Questo lavoro potrebbe risultare utile nell'ambito dello sviluppo di percorsi di formazione.