

Lez. 28/11/2007
prof. Messali

Patologie del secondamento

Il secondamento è l'ultimo periodo del parto cioè l'espulsione degli annessi fetali. Esso si svolge in tre tempi:

- 1) il distacco della placenta e il passaggio nel segmento inferiore,
- 2) il passaggio in vagina,
- 3) l'espulsione all'esterno.

Per patologie del secondamento intendiamo alterazioni o difficoltà a compiersi uno di questi tre tempi:

- Distocie del I tempo,
- distocie del II tempo, (le distocie del III tempo non esistono perchè c'è il passaggio all'esterno),
- poi c'è la ritenzione parziale della placenta o delle membrane (detta anche secondamento incompleto) che rappresenta la principale causa di patologie del secondamento.

-

DISTOCIE del I TEMPO del SECONDAMENTO

possono capitare due eventualità:

1) **la placenta non si distacca affatto.** Abbiamo detto che il distacco si verifica dopo l'espulsione del feto per cui attendiamo alcuni minuti (circa 30 min) entro i quali avviene il distacco, tuttavia parliamo di patologie del I tempo del secondamento quando non si verifica il distacco della placenta per 1 h o entro 1h dopo l'espulsione del feto.

2) **c'è un distacco parziale della placenta** per cui si determina ritenzione della placenta parzialmente distaccata o la placenta può essere ritenuta nel segmento inferiore una volta che si è staccata completamente.

CAUSE: *funzionali ed anatomiche.*

-Funzionali-(più frequenti):

- **Atonia dell'utero** che dopo l' espulsione del feto non si contrae e resta atonico può essere paragonato ad uno straccio completamente molle floscio.L'atonìa può essere dovuta ad una sovradistensione dell'utero per es. se c'è una gravidanza gemellare,un poidramnios,nelle gravidanze plurime in cui la fibra muscolare è eccessivamente distesa per cui viene a perdere le sue caratteristiche di elasticità e contrattilità.Questo si può verificare anche se c'è un travaglio prolungato,maggiore è il tempo che intercorre dall'inizio del travaglio e il suo completamento maggiore è anche la possibilità di un esaurimento funzionale della donna e quindi dell'utero e quindi al momento del secondamento si verifica un'atonìa dell'utero.Nel caso di fibromi o di cicatrici che alterano la componente muscolare dell'utero e quindi la contrattilità determinandone un'atonìa e quindi una difficoltà di diffusione dell'onda contrattile lungo l'utero.
- **Spasmi circoscritti:**incarceramento ossia quando si ha lo spasmo a livello del collo per cui la placenta si distacca va nel segmento inferiore e non può uscire all'esterno perchè il collo è contratto e blocca il passaggio.Incastonamento quando la contrazione si verifica sul margine d'inserzione placentare e quindi la placenta non si distacca affatto o si distacca parzialmente ma resta abboccata nella sua sede d'inserzione.Questi spasmi sono dovuti all'abuso di ossitocici(che si somministrano per aumentare le contrazioni uterine),a esplorazioni vaginali ripetute,all'espressione del feto (cioè se noi spingiamo sull'addome della donna e quindi sull'utero nel tentativo di favorire la progressione del feto attraverso il canale in particolare se l'utero non è completamente dilatato possiamo indurre delle lesioni del collo o al livello del canale del parto che non è ancora preparato),all'espressione della placenta (se noi facciamo la manovra di Grenè,che tende ad espellere la placenta,questa va fatta solo quando è stata già fatta diagnosi di avvenuto primo tempo cioè di distacco della placenta infatti questa manovra non serve a far staccare la placenta ma a favorire il passaggio dal segmento inferiore in vagina).

-Anatomiche-

- **Anomalie della conformazione** : placenta diffusa,bilobata,adesa abnormemente.
- **Anomalie di inserzione**: se la placenta si inserisce sugli angoli tubarici.
- **Anomalie di penetrazione dei villi**:placenta accreta,increta,percreta,in cui la placenta per alterazione dello strato fibrinoide (che blocca l'invasione trofoblastica al livello deciduale) fa si che questo trofoblasto venga a contatto con il miometrio attraverso la mucosa per cui non c'è più quello strato della mucosa tra quello spongioso e quello basale che è il punto in cui si distacca la placenta.Il trofoblasto venendo a contatto con il miometrio ed approfondendosi all'interno del miometrio si determina l'accretismo placentare che a seconda se interessa la strato superficiale del miometrio parliamo di placenta accreta,se interessa lo strato medio parliamo di placenta increta,se interessa lo strato esterno raggiungendo la sierosa dell'utero parliamo di placenta percreta.

SINTOMI

Se la placenta non si distacca affatto i vasi d'inserzione placentare cioè i vasi materni,le arterie spirali perdono la loro spiralizzazione si aprono a pieno canale negli spazi intervillosi e visto che c'è la placenta che li blocca non si aprono per cui non c'è di emorragia.

Se la placenta si distacca in modo parziale si ha l'emorragia che in parte è interna per cui si forma un ematoma tra la parete placentare e l'utero,ma in parte è esterna.

TERAPIA

Nel mancato distacco di placenta possiamo attendere un massimo di 30 min dopo di che interveniamo con il secondamento manuale.

Nel caso di placenta accreta,percreta,increta in cui non c'è possibilità di staccare la placenta manualmente perchè potremmo distaccare dei pezzi di miometrio allora l'unica possibilità in questi casi è l'isterectomia.

SECONDAMENTO INCOMPLETO

Intendiamo la ritenzione di frammenti di placenta o di membrane. Le cause sono ignote ma nella maggior parte dei casi è dovuto a manovre errate o incaute perché al momento dell'espulsione degli annessi non ci siamo accorti che pezzi di placenta o membrane sono rimaste all'interno. Per la diagnosi e quindi per la prevenzione di secondamento incompleto dobbiamo esaminare placenta e membrane accuratamente al momento dell'espulsione. La diagnosi è aposteriori cioè dopo la revisione manuale e strumentale per ripulire l'utero se cacciamo pezzi di membrana o di placenta possiamo dire di aver avuto un secondamento incompleto, quindi noi facciamo la terapia del sintomo cioè l'emorragia da atonia dell'utero. Noi dobbiamo fare una revisione cavitaria manuale prima e strumentale poi dell'utero per vedere se è vuoto o no.

EMORRAGIE del POST PARTUM

L'utero si contrae inizialmente poi nel postpartum si rilascia e comincia l'emorragia, viene meno così il blocco di sicurezza per cui si ha atonia uterina dovuta a ritenzione di placenta o di membrane. Altre possibilità di emorragie sono: lacerazione del canale molle del parto o delle vie genitali, coagulopatie evenienze temibili perché spesso e volentieri si diagnosticano con ritardo possono essere la causa iniziale dell'atonia dell'utero ma anche una conseguenza finale delle condizioni emorragiche dell'utero, ovviamente c'è una anemizzazione acuta con conseguente tachicardia materna primo segno dell'anemia. La perdita ematica nel parto naturale è di 500 mL mentre in quello cesareo può raggiungere anche 1L.

TERAPIA

Infusione con somministrazione di liquidi, uterotonici come il metergin, ossitocina come il sintocinal, prostaglandine come il sulprostone (nome commerciale: nalador).

Massaggio dell'utero, revisione strumentale dell'utero per vedere se è vuoto, se c'è il tamponamento utero-vaginale si mette una garza stipata profondamente cioè deve raggiungere il fondo dell'utero perché altrimenti l'emorragia aumenta cosicché l'utero si può contrarre su questa garza. Alcuni dicono che bisogna somministrare eparina o fibrinolitici se vi è una CID iniziale. Se tutti questi presidi non hanno avuto effetto l'unica cosa da fare è asportare l'utero però ciò

non va fatto troppo in ritardo cioè non ci deve essere una profonda emorragia e quindi la situazione coagulativa è tale da aver alterato tutti gli organi.

Presentazioni anomale

Presentazione di podice

Il podice è un'entità ostetrica costituita dalle 2 natiche e i 2 piedi. Ha un'incidenza del 3%.Può essere completo quando ci sono tutti e quattro gli elementi,se ne manca uno parliamo di podice incompleto con varietà anche o varietà piedi. L'indice fetale della presentazione di podice è la cresta sacrale media. Le posizioni costituiscono il rapporto tra indici fetali e indici materni questi ultimi dati dall'eminanza ileo-pettinea di sx(anteriore) e di dx(posteriore) e dalle articolazione sacro-iliache di dx(anteriore) e di sx(posteriore). A secondo che la cresta sacrale media viene in rapporto con uno di questi indici abbiamo la 1°,2°,3°,4° posizione. Per esempio se il sacro si trova in corrispondenza dell'eminanza ileo-pettinea di sx diciamo 1°posizione cioè sacro sx anteriore e così via per le altre posizioni.

CAUSE

- Materne:pluriparità,stenosi pelviche,miomi,cisti ovariche.
- Fetali :gemellarità,prematurità.
- Annessiali :polidramnios(eccesso di liquido),placenta previa(quando la placenta si inserisce sul segmento inferiore).

DIAGNOSI(si serve dell'esame ostetrico)

L'anamnesi ci dirà se c'è il polidramnios o la placenta previa o il fibroma;l'ispezione non ci da molte informazioni,la palpazione mette in evidenza una superficie grossa, rotondeggiante,levigata,ballottabile;all'esplorazione vaginale la parte presentata è fuori scavo cioè non impegnata e in travaglio quando c'è una certa dilatazione del collo dell'utero e la borsa non sarà piatta ma allungata o a budello (indice di presentazione anomala per mancato effetto tappo tra la parte presentata e il contorno del bacino per cui ci sarà la comunicazione tra le acque anteriori e posteriori per cui la pressione dovuta alle contrazioni si trasmette al liquido delle acque posteriori e questo va in corrispondenza delle acque anteriori con cui è in comunicazione determinando l'allungamento della borsa).Il battito cardiaco fetale anzicchè trovarlo nei quadranti inferiori dell'addome lo troviamo in sede sopraombelicale.

Diagnosi differenziale con le altre presentazioni anomale: di faccia, di arti.

Meccanismo del parto

Il diametro sacro-tibiale che è antero-posteriore (12cm) si confronta con il diametro obliquo di sx.

Il diametro bitrocanterico che è trasversale rispetto a quello sacro-tibiale (10cm) si confronta con il diametro obliquo di dx.

- 1° tempo: riduzione diretta ovvero compressione del diametro che si riduce, in questo momento viene fuori il meconio perché gli arti si flettono sull'addome comprimendolo determinando la fuoriuscita del meconio
- 2° tempo: progressione lenta.
- 3° tempo: rotazione interna del diametro bitrocanterico che si era impegnato nell'obliquo di dx. L'anca anteriore (sx del feto) ruota di 45° da dx verso sx portandosi sotto la sinfisi pubica (che rappresenta il fulcro) in modo che il diametro bitrocanterico si mette sull'antero-posteriormente dello stretto medio in questo modo il corpo si flette lateralmente e si ha il disimpegno del podice per fuoriuscita prima dell'anca posteriore poi di quella anteriore. L'anca posteriore (dx del feto) si porta nella concavità sacrale. Una volta che sono usciti i piedi escono le spalle, il diametro bisacromiale si trova sullo stesso piano del bitrocanterico, alla fine escono i diametri della testa che sono a 90° rispetto al bisacromiale e al bitrocanterico.
- 4° tempo: espulsione della parte presentata. Se il diametro bitrocanterico si è impegnato sull'obliquo di dx dal momento che il diametro bisacromiale è sullo stesso piano anche le spalle si impegneranno sull'obliquo di dx e quindi l'anca sx deve ruotare verso dx in modo che si trovi sullo stesso piano per l'impegno del bisacromiale. La spalla anteriore che è sempre la sx del feto fa da perno sotto la sinfisi pubica, fuoriesce la spalla posteriore (dx del feto) poi quella anteriore. La testa ha il diametro principale a 90° rispetto al bisacromiale e quindi esso si impegna lungo l'obliquo di sx finché arriva alla medio pelvi dove deve andare sull'antero-posteriore, il feto deve ruotare di 90° da sx a dx in modo che le spalle siano trasversalmente e quindi la testa si mette

sull'antero-posteriore. L'occipite è sotto alla sinfisi pubica e quindi per deflessione verrà fuori la faccia, il mento etc.

- 5° tempo: restituzione del tronco.
- 6° tempo: disimpegno completo della testa fetale.



Estrazione podalica: si abbassa l'arto che si trova anteriormente mettendo una mano nei genitali si fa trazione di questo in modo da favorire l'espulsione del feto.

Presentazione di spalla

La prima grossa parte che si confronta con l'ingresso pelvico è la spalla. Frequenza 1%. Impossibile il rapporto con gli indici materni per cui le posizioni si individuano riferendoci non all'acromion ma alla posizione della spalla: anteriore o posteriore; e alla posizione del dorso: anteriore o posteriore. La posizione più frequente è quella con la spalla dx e il dorso anteriore perché c'è il fegato e quindi un maggior peso a dx rispetto a sx. Le cause sono le stesse della presentazione di podice.

DIAGNOSI

La situazione è il rapporto tra l'asse dell'utero e quello del feto in questo caso i due assi sono perpendicolari (obliqui o trasversi). Il diametro latero-laterale dell'utero non è comprimibile e quindi vi è una scarsa riducibilità del diametro trasverso la grossa parte fetale è in corrispondenza delle fosse iliache. Il battito è in sede periombelicale. All'esplorazione vaginale non riusciamo a raggiungere la parte presentata ma ci riusciamo solo quando in travaglio la spalla è abbassata quindi con una certa dilatazione possiamo trovare l'acromion che ci permette di dire che si tratta di una presentazione di spalla. Ma se c'è un minimo sospetto di presentazione di spalla si fa un'ecografia per valutare la situazione. Il parto per le vie naturali non è possibile ma solo il Cesareo.

Spalla trascurata

Se noi non facciamo la diagnosi di presentazione di spalla. Facciamo sì che in

questa donna che è in travaglio continui la contrazione dell'utero, che cerca di spingere questo feto che non può passare, si determina quella situazione che è detta minaccia di rottura dell'utero o se non si sospetta nemmeno questa si passa direttamente alla rottura dell'utero.

Amenorree

Alterazione mestruali: scomparsa o irregolarità delle mestruazioni durante la vita riproduttiva che va dalla pubertà alla menopausa.

Le modifiche delle mestruazioni possono interessare: durata, quantità, ritmo. Le mestruazioni si verificano ogni 28 giorni ed hanno una durata di 4-5 giorni e una quantità che non supera 80 mL.

Alterazioni del ritmo

- **proiomenorrea**: quando l'intervallo tra l'inizio di una mestruazione e l'inizio di quella successiva è inferiore a 25 giorni e quindi abbiamo mestruazioni più frequenti del solito.
- **doxomenorrea**: quando l'intervallo tra l'inizio di una mestruazione e l'inizio di quella successiva è maggiore di 36 giorni quindi il ritmo è rallentato e le mestruazioni sono poco frequenti.

Alterazioni della quantità

- **Ipomenorrea**: perdita ematica mestruale è <20mL
- **Ipermenorrea**: perdita ematica è > 80mL
- **Menorragia**: perdita ematica di tipo emorragico che dura più a lungo ed è più abbondante
- **Metrorragia**: qualsiasi perdita ematica diversa dalla mestruazione
- **Menometrorragia**: flusso mestruale di tipo emorragico

Alterazioni della durata

- **Polimenorrea**: >5giorni
- **Oligomenorrea**: <3giorni

Amenorrea significa mancanza della mestruazione per un certo numero di mesi.

Può essere:

1. **Primaria** quando arriviamo a 16 anni d'età e la mestruazione non c'è stata affatto(non c'è stato il menarca).
2. **Secondaria** quando in una donna che ha mestruato manca il ciclo per almeno 3 mesi.

CAUSE

- **Patologie dell'Asse ipotalamo-ipofisi-ovaio-utero.** Nell'amenorrea possiamo avere alterazioni a ciascuno di questi livelli.
 1. Amenorree ipotalamiche(S. di Calmar) causate da perdita di peso,anoressia,bulimia, attività sportiva, stress psicogeno.C'è un deficit congenito isolato di GnRH, releasing factor di stimolo delle gonadotropine, l'ipofisi non rilascia gonadotropine che agiscono sull'ovaio che non può produrre estrogeno e progesterone e l'endometrio quindi è atrofico.
 2. Amenorree ipofisarie causate da adenomi: craniofaringiomi, sindrome della sella vuota, sindrome di Shjan(necrosi ipofisaria in caso di emorragia postpartum acuta), l'iperprolattinemia blocca l'ovulazione: amenorrea anovulatoria.
- **Amenoree ovariche:** sindrome di Turner, sindrome dell'ovaio policistico, discinesie gonadiche. A carico dell'utero possono verificarsi delle sinechie(condizione iatrogena) cioè delle aderenze per cui la cavità dell'utero scompare completamente, agenesie vaginali o dell'utero stesso, malformazioni, sindrome di femminizzazione testicolare(insensibilità agli androgeni).

DIAGNOSI

- Anamnesi
- Esame obiettivo: genitali esterni, esplorazione dei genitali interni, caratteri sessuali secondari
- Esami di laboratorio.
- *Test al progesterone:* diamo progesterone alla donna per vedere se la

donna mestrua o no.

1. Se ha il ciclo in seguito alla somministrazione del progestinico ciò ci dirà che c'è un endometrio recettivo al progesterone ed esso è stato preparato prima dagli estrogeni (fase proliferativa) quindi normale produzione di estrogeni, integrità delle vie genitali
2. Se non c'è stata la mestruazione significa che l'endometrio non è sensibile al progesterone o la quantità è così bassa da non renderlo sensibile al progesterone (ipoestrogenismo).

Non abbiamo informazioni sull'integrità delle vie genitali (nell'amenorrea primaria) ma è fondamentale visitare la paziente perché può avere un'imene imperforata cioè ha la mestruazione ma non viene fuori il flusso di sangue.

Progesterone positivo e presenza degli estrogeni andiamo a dosare la prolattina perché le gonadotropine in particolare l'FSH, responsabile della produzione di estrogeni, dovrebbe essere normale perché gli estrogeni sono prodotti ed eventualmente dosare gli ormoni tiroidei.

La prolattina aumentata determina *Amenorrea secondaria iperprolattinematica*.

Se invece il progesterone è negativo dosiamo l'FSH perché può esserci un problema a livello dell'ovaio che non produce gli estrogeni ma lo stimolo dell'ipofisi ci arriva o l'ipofisi non stimola l'ovaio per cui dosiamo l'FSH che se è aumentato abbiamo *un'Amenorrea ipergonadotropa* e l'ovaio iperstimolato non produce estrogeni per deficit intrinseco quindi non c'è l'azione a livello dell'utero. Se l'ipofisi non produce FSH abbiamo *un'amenorrea ipogonadotropa*.

TERAPIA

Se abbiamo un deficit ipofisario dobbiamo vedere se il problema è legato strettamente all'ipofisi o all'ipotalamo per cui facciamo un test al GnRH.

Le condizioni di ipergonadotropinemia poiché indicano un deficit dell'organo bersaglio sono difficilmente risolvibili se non con una terapia sostitutiva: estrogeni e progesterone;

Se il problema è a *livello ipotalamico* diamo il *clomifene* ma se è a livello ipofisario diamo le gonadotropine che stimolano l'ovaio così abbiamo una risoluzione dell'amenorrea stessa.

Nel momento in cui l'amenorrea è progesterone positivo e si hanno amenorree anovulatorie per la terapia dobbiamo vedere se la donna è interessata o meno alla gravidanza, se non è interessata diamo solo progesterone se invece è interessata a una gravidanza somministriamo farmaci che stimolano l'ovulazione che comunque danno effetti collaterali.

E' inutile somministrare la pillola se la persona comunque li produce gli estrogeni possiamo avere un blocco al livello ipotalamico basta il progestinico. Nei casi in cui manca l'estrogeno diamo un estroprogestinico solo così otteniamo la mestruazione.