

Le Metrorragie nel terzo trimestre di gravidanza

Dopo aver visto quali sono le cause di metrorragia nel primo trimestre di gravidanza (fino alla dodicesima settimana gestazionale) e, cioè, aborto, minaccia di aborto, aborto ritenuto, mola vescicolare e gravidanza extra uterina, passiamo alle **metrorragie del terzo trimestre**.

Considerate che la perdita ematica è in assoluto il segno più frequentemente diffuso in ostetricia e ginecologia. Si tratta di un segno aspecifico di qualcosa di patologico (visto che la metrorragia è patologica). Tuttavia, non ci dice se questo qualcosa è di natura organica o funzionale con la necessita di procedere ad una diagnostica differenziale specifica.

Dal 6° al 9° mese di gravidanza (terzo trimestre) sono due le cause possibili di perdite ematiche:

- Placenta Previa
- Distacco intempestivo di placenta.

Placenta Previa

La placenta si definisce previa quando è *situata nella parte bassa della cavità uterina a livello del*

segmento inferiore, risultando, quindi, previa nei confronti del feto.

Il *segmento uterino inferiore* è quella zona tra canale cervicale e cavità uterina, molto sottile che, al termine della gravidanza, si distende e raggiunge notevoli dimensioni permettendo la progressione del feto attraverso il canale del parto.

Epidemiologia

La placenta previa ha un'incidenza che varia fra lo 0,5 e l'1,7% di tutti i parti, aumentando lievemente con la parità e con l'età.

Classificazione

Si distinguono tre gradi di placenta previa in relazione ai rapporti che essa contrae con l'orifizio uterino interno (O.U.I.) che viene preso come punto di reperi:

- *Placenta previa laterale*, quando il suo margine inferiore dista più di 3 cm dall'orifizio uterino interno.
- *Placenta previa marginale*, quando il suo margine inferiore dista meno di 3 cm dall'orifizio uterino interno (coincidendo quasi con esso).
- *Placenta previa centrale*, quando la placenta ricopre l'orifizio uterino interno. Di quest'ultima si distinguono due varietà:
 - *Placenta previa centrale totale*, quando l'orifizio uterino interno è totalmente coperto dalla placenta.
 - *Placenta previa centrale parziale*, quando, invece, lo ricopre parzialmente.
 -

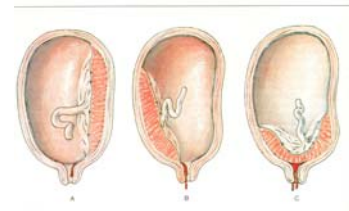


Figura 12.5. Placenta previa: A, laterale; B, marginale; C, centrale.

Etiopatogenesi

Le cause che determinano l'impianto della blastocisti a livello del segmento uterino inferiore non sono del tutto note.

Si suppone che alterazioni della decidua o della vascolarizzazione delle zone dove avviene normalmente l'impianto (fondo uterino) possano favorire l'annidamento nella parte inferiore dell'utero.

Fisiopatologia

Nelle fasi finali di gravidanza il segmento inferiore si distende progressivamente e con esso la placenta previa la cui distensione aumenta fino a che non si esaurisce la sua estensibilità. Quando viene raggiunto il limite di estensibilità della placenta si verifica scollamento di parte della sua base di impianto dal segmento inferiore dell'utero con conseguente emorragia dovuta all'esposizione di vasi placentari normalmente indovati nel tessuto uterino. L'emorragia è tanto più precoce ed abbondante quanto più è bassa la placenta e, cioè, quanto maggiore è il grado di previetà placentare.

Inoltre, la placenta previa, ponendosi al livello del segmento uterino inferiore può occludere l'orifizio uterino interno, ostacolando il parto spontaneo.

Sintomatologia

Consiste essenzialmente in:

- **Emorragia dai genitali** che si manifesta nel terzo mese di gravidanza, in genere tra la 28^a e la 34^a settimana, allorché inizia il periodo di maggiore distensione del segmento inferiore.

Nella placenta previa centrale l'emorragia può verificarsi anche prima della 26^a settimana mentre in quella laterale può presentarsi dopo la 34^a.

Caratteristiche dell'emorragia:

- Sangue di colore rosso vivo. Favorisce dd con il distacco intempestivo di placenta.
 - Insorgenza improvvisa
 - Intensità e durata variabili
 - Assenza di dolore di accompagnamento perché non c'è contrazione uterina. Favorisce la dd con il distacco placentare.
- **Anemia** conseguente ai ripetuti episodi emorragici.

Diagnosi

Si basa sull'**ecografia** effettuata nel terzo trimestre che permette di individuare la localizzazione della placenta, valutare il suo rapporto con l'orifizio uterino interno e precisare la presentazione fetale. (Uno dei momenti dello studio ecografico nel terzo trimestre è proprio la localizzazione placentare). Talora è preferibile effettuare l'esame con vescica piena perché quest'ultima fa da contraltare permettendo di individuare il margine inferiore della placenta.

La diagnosi ecografica di placenta previa *non può essere posta prima del terzo trimestre di gravidanza* perché, sebbene la formazione della placenta avvenga nel punto in cui si realizza l'impianto, (fisiologicamente al livello del fondo uterino) con il progredire della

gravidanza e con l'aumento delle dimensioni dell'utero un impianto placentare originariamente basso potrebbe risalire e quindi non interessare l'orificio uterino interno.

L'**esame clinico** è impreciso e, soprattutto, rischioso in quanto l'esplorazione vaginale può comportare un ulteriore distacco placentare ed una lesione vascolare con comparsa di un'emorragia imponente e di difficile soluzione, per arrestare la quale bisognerà far nascere il feto ed asportare manualmente la placenta. Pertanto, se è presente il sospetto di placenta previa, la visita ginecologica deve essere gentile e non ripetuta.

Diagnosi differenziale

Va posta con il distacco intempestivo di placenta che differisce dalla placenta previa per le seguenti caratteristiche:

- Sangue rosso scuro
- Quantità più ridotte
- Dolore continuo per la contrattura uterina

Terapia

Qualsiasi tipo di terapia deve tener conto di due protagonisti, la madre ed il feto.

In caso di sospetta placenta previa la paziente va ricoverata in ospedale.

La scelta terapeutica è quindi condizionata da:

- **Maturità polmonare fetale**, generalmente raggiunta intorno alla 36^a settimana, in quanto il rischio maggiore per il feto in un parto pretermine è il Distress Respiratorio Fetale.
- **Entità della perdita ematica materna.**

Prima della 36^a settimana

In genere si assume una condotta di attesa per consentire la maturazione dell'apparato respiratorio fetale a meno che la perdita ematica materna non sia particolarmente cospicua con grave anemizzazione e rischio di shock ipovolemico.

Dopo la 36^a settimana

È consigliato l'espletamento del parto prima possibile una volta appurata la maturità polmonare fetale. Il taglio cesareo è sicuramente la modalità preferibile per il parto nei casi di placenta previa, soprattutto se si tratta di una placenta previa centrale. In presenza di una placenta previa laterale, può anche esser valutata la scelta del parto spontaneo, in base alle condizioni cliniche locali.

Distacco intempestivo di placenta normalmente inserita

Si indica come distacco intempestivo di placenta normalmente inserita *il distacco della placenta che avviene prima dell'espulsione del feto dall'interno dell'utero e, cioè, a gravidanza in corso.*

Inciso fisiologico

Il parto consta di 3 fasi successive:

- **Travaglio di parto** in cui l'utero si contrae e c'è dilatazione del canale cervicale con scomparsa del collo

- **Fase espulsiva**, caratterizzata dall'espulsione del feto
- **Fase di secondamento** in cui vengono espulsi la placenta e gli altri annessi (*distacco tempestivo*).

Quando nasce il bambino il cordone ombelicale viene tagliato e si aspetta che la placenta si stacchi e che cioè si stacchi dalla parete uterina completamente in modo che l'utero possa contrarsi formando, in questo modo, il cosiddetto *globo di sicurezza*. Grazie alla contrazione dell'utero, i vasi che prima irroravano la placenta e che ora si trovano beanti e quindi sanguinanti, vengono strozzati all'interno delle maglie muscolari uterine con conseguente arresto dell'emorragia. La natura ha pertanto disposto che l'utero si contragga solo quando non ha più nulla al suo interno.

Epidemiologia

Interessa lo 0.5-2% di tutti i parti.

Classificazione

Si definisce:

- **Prematuro**, quando si realizza negli ultimi mesi di gravidanza al di fuori del travaglio di parto
- **Precoce**, quando si realizza durante il travaglio di parto

Può essere:

- **Parziale**, quando lo scollamento interessa solo una parte dell'inserzione placentare
- **Totale**, quando lo scollamento interessa tutta l'area di inserzione placentare

Eziopatogenesi

I motivi per cui si verifica il distacco intempestivo di placenta non sono esattamente conosciuti.

Nel 75-80% dei casi è una complicanza della **gestosi del 3° trimestre** caratterizzata dalla triade sintomatologica: edemi, proteinuria ed ipertensione. L'ipertensione, se è ben equilibrata, non dà, in genere, complicanze. In caso contrario si può verificare, durante una crisi ipertensiva, il distacco intempestivo della placenta.

Negli altri casi l'eziologia è diversa:

- Stadi ipertensivi materni non dipendenti da gestosi
- Cardiopatie scompensate
- Stati disnutrizionali, dismetabolici (es. diabete, iperlipidemie, etc.) o carenziali (es. avitaminosi, carenza di acido folico)
- Traumi addominali
- Uso ed abuso di alcol
- Fumo di sigaretta
- Attività fisica stressante
-

Fisiopatologia

Alla base del distacco intempestivo di placenta vi è la *rottura* (frequentemente su base ipertensiva) *di vasi deciduali e uteroplacentari*. Ciò determina una serie di stravasi ematici che portano, per confluenza, alla formazione di un *ematoma retroplacentare* responsabile dello scollamento della placenta dalla sua sede d'impianto con conseguente emorragia. L'emorragia può essere:

- **Interna**, quando l'ematoma rimane localizzato tra placenta ed endometrio. Il fatto che l'emorragia possa essere interna costituisce un'importante differenza rispetto alla placenta previa in cui le perdite ematiche sono sempre esterne. Pertanto dalla loro entità si può risalire alla gravità della condizione patologica.
- **Esterna**, quando il sangue defluisce all'esterno attraverso il canale cervicale
- **Mista**, quando gran parte del sangue resta in utero e una scarsa quantità fuoriesce all'esterno
- **Endoamniotica**, quando il sangue dopo lesione delle membrane si riversa nella cavità amniotica

In genere l'emorragia è inizialmente solo interna per poi divenire anche esterna (emorragia mista). Come in tutte le situazioni abbiamo delle conseguenze immediate su entrambi i versanti, sia materno che fetale.

Conseguenze immediate del distacco:

- 1) Riduzione degli scambi materno-fetali cui consegue l'instaurarsi di una sofferenza endouterina del feto che varia in rapporto all'entità del distacco stesso. È pertanto importante fare diagnosi precoce di distacco intempestivo di placenta per minimizzare la sofferenza del feto ed evitarne la morte intrauterina. Attenzione quindi ai segni di sofferenza fetale!
- 2) Insorgenza di una contrattura riflessa miometriale, che determina un aumento dell'estensione dell'area di distacco e quindi un incremento di volume dell'ematoma. Inoltre, l'instaurarsi di una persistente subcontrazione uterina compromette ulteriormente gli scambi gassosi materno-fetali per la seguente motivazione:
Normalmente durante il travaglio del parto l'utero si contrae. A ciascuna ascesa, rappresentata da una contrazione uterina, corrisponde una discesa, in cui si assiste al rilassamento delle fibrocellule muscolari. Quest'ultimo periodo è detto di *Ristoro* e la sua funzione è quella di garantire la persistenza degli scambi materno-fetali durante il travaglio di parto. In caso di distacco intempestivo della placenta, l'instaurarsi di uno stato di subcontrazione uterina annulla la fase di ristoro, incrementando la riduzione degli scambi materno-fetali. Quindi, il distacco di placenta, provoca compromissione degli scambi materno-fetali sia direttamente che attraverso l'induzione di uno stato di subcontrazione uterina.
- 3) Compromissione delle condizioni generali.

Sintomatologia

È caratterizzata da:

- **Emorragia** (intesa come interna, esterna, mista o endoamniotica) pari all'estensione del distacco. In genere le perdite ematiche vaginali sono tardive, modeste e di colore rosso scuro.
- **Anemizzazione materna**
- **Dolore intenso** dipendente dalle contrazioni uterine apprezzabili mediante la palpazione dell'addome che rivela un **utero persistentemente subcontratto**, senza fasi di ascesa e discesa contrattile, **di consistenza duro-ligneo**.
- **Segni di shock**
- **Segni di sofferenza fetale** che variano in relazione al grado di compromissione degli scambi materno-fetali.

Diagnosi

Viene raggiunta mediante:

- **Anamnesi**
- **Esame obiettivo**
- **Misurazione della pressione arteriosa** che può rivelare uno stato ipertensivo
- **Ecografia**
Permette di individuare la localizzazione della placenta, l'estensione del distacco e le dimensioni dell'ematoma sottocoriale.
Consente anche la valutazione del BCF e delle condizioni del feto

Terapia

Dipende dalle situazione materna e da quella fetale.

La scelta terapeutica è infatti condizionata da:

- **Maturità polmonare fetale**, generalmente raggiunta intorno alla 36^a settimana, in quanto il rischio maggiore per il feto in un parto pretermine è il Distress Respiratorio Fetale.
- **Entità della perdita ematica materna**

Prima della 36^a settimana

Nei casi di distacco parziale e di benessere del feto si assume una condotta di attesa per consentire la maturazione dell'apparato respiratorio fetale. L'attesa va associata a:

- Riposo assoluto
- Correzione dell'anemia
- Somministrazione di miolitici e vasoprotettori
- Monitoraggio fetale continuo

Se il distacco è completo indipendentemente dalla settimana andiamo ad operare.

Dopo la 36^a settimana ed in condizioni di estrema gravità

Si procede all'espletamento del parto mediante taglio cesareo.

Tuttavia il cesareo può essere seguito da una complicanza che consiste nella mancata contrazione dell'utero dopo estrazione del concepito ed asportazione di placenta e coaguli. Ciò può accadere soprattutto se l'emorragia è stata profusa e di lunga durata, per cui i coaguli hanno infiltrato tutte le fibrocellule muscolari miometriali con l'utero che appare di colorito violaceo ed incapace di formare il globo di sicurezza necessario per obliterare le arterie uterine beanti e, quindi, per arrestare l'emorragia.

La mancata formazione del globo di sicurezza determinerà una condizione clinica patologica detta **Atonia post partum** (una delle patologie del secondamento) dovuta all'assenza delle contrazioni uterine.

In questo caso bisogna somministrare farmaci uterotonici come le Prostaglandine intramuscolo oppure direttamente all'interno del corpo dell'utero. Tuttavia se nonostante ciò, l'utero non si contrae dovrà effettuare un'isterectomia.

Altre complicanze sono:

- Morte fetale intrauterina
- CID (principale causa di morte delle donne colpite da distacco intempestivo innescata dal consumo dei fattori della coagulazione verificatosi durante il distacco).

Diagnosi differenziale tra Placenta Previa e Distacco intempestivo di placenta:

Se viene da noi una donna che perde sangue attraverso la vagina prima di tutto vediamo se è shockata o meno.

Poi controlliamo la pressione arteriosa, che in questo caso ha un valore molto importante.

Se la pressione è alta sarà espressione di un aumentato rischio di distacco della placenta. Tuttavia se la donna si sta shockando allora potrebbe avere livelli pressori normali o bassi, per cui ciò non esclude in automatico che ci si trovi di fronte ad un Distacco intempestivo di placenta, se però mi trovo di fronte ad una donna con P art pari a 200/140 al 90% si tratterà di un Distacco intempestivo di placenta.

Cosa altro faccio?

Valuterò la presenza delle contrazioni uterine con la palpazione addominale cercando il fondo dell'utero. La percezione di un utero contratto è alquanto semplice visto che l'organo presenterà una consistenza duro-ligneo ed è suggestivo di Distacco mentre un utero non contratto avrà una consistenza più soffice e sarà indicativo di Placenta previa.

Oltretutto un utero contratto è molto più dolente per cui con la palpazione risveglierò la sintomatologia dolorosa.

Valuterò anche le caratteristiche ematiche: se il sangue è rosso chiaro sarà più probabilmente una Placenta previa, mentre sarà rosso scuro se si tratta di un Distacco.

Segni importanti di Distacco sono, pertanto, subcontrazioni uterine, presenza di dolore, sangue di colorito scuro, elevata pressione arteriosa.

Se arriva una donna con un quadro come questo le prendiamo un accesso venoso, perché semmai si dovesse shockare sarebbe molto più difficile prendere una vena visto che esse collabiscono con l'abbassarsi della P art.

Dal punto di vista clinico eviterò di visitarla, soprattutto se ho il sospetto di una Placenta previa e la invierò all'ecografia ed in rapporto alle condizioni di benessere fetale, grado di distacco, età gestazionale valuterò se intervenire o meno.

Fatta una diagnosi precisa, nel caso in cui sia una Placenta previa, decido, in relazione all'entità della perdita ematica, se tenerla sotto osservazione o intervenire chirurgicamente.

Se mi trovo invece di fronte ad un distacco allora, in rapporto all'entità del distacco, all'età e al benessere fetale decido se intervenire o meno.

