



Seconda Università degli Studi di Napoli
Dipartimento di Scienze Ginecologiche, Ostetriche
e della Riproduzione

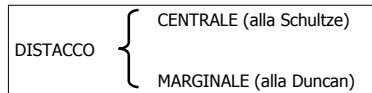
Patologia del secondamento

Il secondamento

Espulsione o estrazione degli annessi fetali dall'organismo materno

Può essere naturale o artificiale (manuale o strumentale)

- Retrazione parete uterina
- Contrazione miometrio
- Rottura dei villi di ancoraggio
- Ematoma retro-placentare

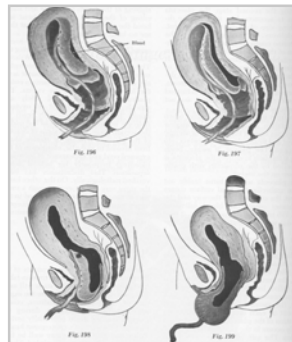


I tempi del secondamento

1. Distacco e passaggio nel SI

2. Passaggio in vagina

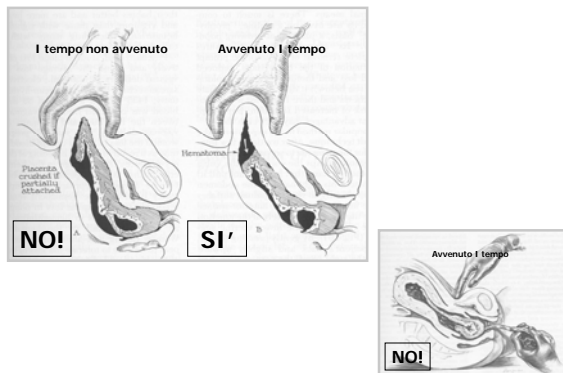
3. Espulsione all'esterno



Diagnosi di avvenuto I tempo

- ✓ Discesa del funicolo
- ✓ Segno di Strassman o del pescatore
- ✓ Risalita del funicolo

Manovra di Credé



Patologie del secondamento

- Emorragia acuta del post-partum
- Placenta accreta
- Inversione uterina
- Rottura d'utero
- Embolia di liquido amniotico

Emorragia del post-partum

definizione

perdita ematica superiore a 500 ml dopo un parto vaginale o a 1000 ml con un taglio cesareo

acuta → durante o entro 24 h dal parto

ritardata → oltre le 24 h dopo il parto

È responsabile di circa il 30% di tutte le morti materne

Emorragia del post-partum

etiologia

- ✓ atonia uterina
- ✓ lacerazioni del canale del parto
- ✓ rottura d'utero
- ✓ ritenzione placentare
- ✓ inversione uterina
- ✓ coagulopatie

Emorragia del post-partum

diagnosi

Si pone per abbondante perdita ematica durante o successivamente al secondamento. La diagnosi è più facilmente effettuabile con l'utilizzazione di routine di sacchetti raccoglitori di sangue

clinica

- ✓ perdita ematica fino a 1000 ml: palpazioni e tachicardia, no modificazioni P.A.
- ✓ perdita tra 1000 e 1500 ml: lieve calo pressorio(80-100 mmHg) con sudorazione e tachicardia
- ✓ perdita è tra 1500 e 2000 ml : calo marcato della pressione con pallore e agitazione
- ✓ perdita superiore ai 2000 ml (oltre il 35% della massa circolante): ipotensione spiccata, collasso, fame d'aria, anuria

Emorragia del post-partum

trattamento

Per perdita di 500-1000 ml di sangue senza segni clinici di shock

- condotta clinica vigile, monitorizzando pressione, polso, respiro
- assicurare vie di perfusione e.v. e somministrare liquidi (cristalloidi)
- monitoraggio dei parametri ematochimici (emocromo completo, coagulazione)
- prova crociata e richiesta di n. 2 unità di sangue
- trasfondere se emoglobina inferiore a 7g/l
- valutare eventuali fenomeni di emoconcentrazione (rischio di sovrastimadel valore dell'emoglobina raffrontare se possibile con valori pre o post partum)

Emorragia del post-partum

trattamento

Per perdita di sangue superiore a 1000 ml o in presenza di ogni segno clinico di shock

A. attivare urgenza

B. stabilizzare:

- assicurare via/e di perfusione e.v.
- testa estesa ed inclinata
- somministrare O2 con maschera a 8 l/min
- infondere cristalloidi o colloidi (non destrano)
- richiesta di n. 6 unità di sangue
- trasfusione accelerata di sangue con l'utilizzo di cuffie da compressione sulla sacca

Emorragia del post-partum

trattamento

C. monitoraggio/laboratorio:

- parametri vitali materni (pressione, polso, respiro, temperatura, ecc.)
- monitoraggio ematochimico (emocromo completo, coagulazione)
- ECG, pulsiossimetria
- controllo dell'equilibrio idrico con catetere vescicale a permanenza

D. ricercare la causa del sanguinamento e fermare l'emorragia...

.....atonia uterina (causa più frequente)

Terapia medica:

- ✓ massaggio fundico
- ✓ compressione bimanuale
- ✓ ossitocina 10-40 UI/l e.v. a dosi scalari a seconda della gravità
- ✓ metilergometrina 0.2 mg e.v. e/o i.m.
- ✓ PGF2-alfa (Nalador) e.v. e/o intramiometriale: posologia 1 fl im o 1 fl diluita in 250mg di fisiologica
- ✓ tamponamento utero-vaginale (facilita la contrazione uterina)

In caso di fallimento della terapia medica

Terapia chirurgica (TEMPESTIVA !)

.....Terapia chirurgica

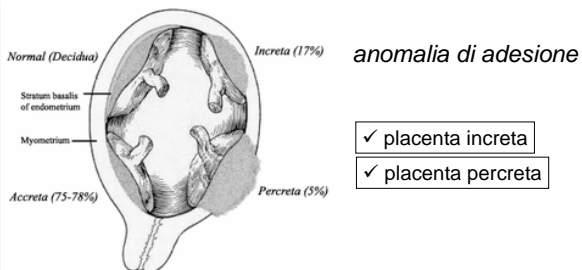
- tamponamento con garza (antibiotici !)
- con addome aperto, iniezione intramiometriale diretta di PGF2-alfa
- legatura bilaterale delle arterie uterine
- legatura bilaterale delle arterie iliache interne (ipogastriche) al di sotto della glutea superiore;
- sutura uterina emostatica (B-Lynch)
- embolizzazione angiografica dell'arteria uterina
- isterectomia totale o subtotale (N.B. non attendere un compromissione irreversibile!)

La somministrazione profilattica di ossitocina (10 UI i.m. o 5 UI e.v. in bolo) dopo la fuoriuscita delle spalle riduce di più del 40% il rischio di emorragia post-partum

Placenta accreta

definizione

condizione in cui si ha una aderenza eccessiva della placenta alla parete uterina nella sua sede d'impianto i villi placentari risultano aderenti al miometrio



Placenta accreta

incidenza

l'incidenza va da 1:1667 ad 1:67000 parti

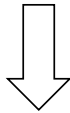
fattori di rischio

- ✓ cicatrice da pregressa isterotomia
- ✓ multiparità
- ✓ malformazioni uterine
- ✓ infezioni pregresse
- ✓ precedenti revisioni strumentali

Placenta accreta

diagnosi

Sospetto ecografico nella delimitazione del letto placentare



Conferma definitiva con RMN

Placenta accreta

trattamento

A. attivare urgenza

B. stabilizzare

- ✓ assicurare via/e di perfusione e.v.; se segni di shock, anche una via centrale
- ✓ monitoraggio parametri vitali materni (pressione, polso, respiro, temperatura)
- ✓ controllo equilibrio idrico; catetere a permanenza
- ✓ monitoraggio parametri ematochimici (emocromo completo, coagulazione)
- ✓ infusione di cristalloidi
- ✓ prova crociata e richiesta unità di sangue

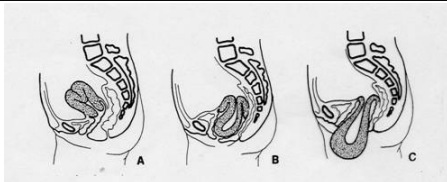
C. terapia chirurgica

- revisione della cavità uterina
- rimozione manuale
- isterectomia
- altre opzioni: osservazione, resezione del sito d'impianto e devascularizzazione uterina

Inversione uterina

definizione

inversione a dito di guanto totale o parziale dell'utero con la placenta ancora inserita o dopo il suo distacco



L'incidenza va da 1:2000 ad 1:20.000 parti
È più frequente nei paesi poco sviluppati, in conseguenza di una assistenza scorretta al secondamento

Inversione uterina

etiologia

- ✓ inserzione fundica della placenta
 - ✓ placenta accreta
 - ✓ parete uterina sottile e poco tonica a livello dell'inserzione placentare
 - ✓ primiparità
- Nel 40% dei casi l'etiologia è sconosciuta

fattori di rischio

il principale fattore di rischio è una inadeguata e/o intempestiva trazione sul cordone associata comunemente alla manovra di Credè

Inversione uterina

diagnosi

inversione completa

- ✓ presenza di massa eritematosa a livello dell'introito vulvare o protrudente dalla vulva
- ✓ la placenta può essersi già distaccata o può essere ancora adesa alla parete uterina
- ✓ la paziente presenta segni di shock spesso sproporzionati all'entità del sanguinamento
- ✓ altre volte l'emorragia è intensa, ed è presente intenso dolore epigastrico
- ✓ non si apprezza il fondo uterino alla palpazione addominale

Inversione uterina

diagnosi

inversione incompleta

- ✓ il fondo uterino arriva a livello dell'orificio uterino esterno
- ✓ la palpazione addominale può evidenziare una invaginazione del fondo uterino

La diagnosi in questi casi è più difficile perché la sintomatologia è meno evidente

Inversione uterina

trattamento

A. attivare urgenza

1) stabilizzare:

- assicurare vie di perfusione endovenosa; se sono presenti segni di shock preparare anche una via centrale
- infusione di cristalloidi

2) monitoraggio/laboratorio:

- prova crociata e richiedere n° 4 unità di sangue
- monitoraggio dei parametri vitali (PA, FC, diuresi, temperatura)
- monitoraggio dei parametri ematochimici (emocromo completo, test della coagulazione)

Inversione uterina

trattamento

B. tentativo di riposizionamento manuale per via vaginale:

- immediato: con le dita a livello della giunzione tra corpo e collo ed il fondo uterino nel palmo, sollevare l'utero in cavità addominale
- con placenta in situ: non rimuovere la placenta ed effettuare il secondamento manuale dopo il riposizionamento
- se il tentativo è efficace: massaggio uterino, uterotonici, antibiotici
- se il tentativo non riesce (probabile anello cervicale) somministrare MgSO₄ 2g e.v. in 5-10 minuti o β -mimetici (se non ipotensione grave, shock o emorragia in atto) e quindi procedere a nuovo tentativo di riposizionamento manuale
- se anche questo tentativo non risulta efficace:
 - anestesia generale (se possibile con alotano)
 - ultimo tentativo di riposizionamento manuale
 - eventuale tentativo con immissione di acqua in vagina (impedendone la fuoriuscita dalla vulva) per sfruttare la pressione idrostatica

Inversione uterina

trattamento

C. opzione chirurgica:

- intervento di Huntington: per via addominale, trazione verso l'alto dei legamenti rotondi e del fondo uterino per riposizione anatomica, eventualmente facilitato da una incisione della parete uterina posteriore
- isterectomia in caso di fallimento delle manovre sopradescritte

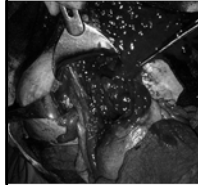
Se l'inversione è prontamente diagnosticata e si procede immediatamente alla riposizione dell'utero, la prognosi è buona

Rottura d'utero

definizione

soluzione di continuo della parete dell'utero

- *rottura incompleta* quando è mantenuto integro il rivestimento peritoneale
- *rottura completa* quando interessa la parete uterina in tutto il suo spessore
- *rottura complicata* quando sono interessati organi vicini (vescica)



quando la rottura incompleta è in sede di pregressa isterotomia e le membrane sono integre, si parla di *deiscenza*

Rottura d'utero

fattori di rischio

- ✓ cicatrice da pregressa isterotomia
- ✓ multiparità
- ✓ manovre ostetriche incongrue
- ✓ distocia meccanica o dinamica
- ✓ uso scorretto di ossitocici
- ✓ presentazioni anomale
- ✓ malformazioni uterine
- ✓ sproporzioni feto-pelviche non riconosciute

Rottura d'utero

Sintomatologia

- ✓ dolore
- ✓ alterazioni della frequenza cardiaca fetale (sembra essere il segno più precoce)
- ✓ agitazione materna
- ✓ cessazione delle contrazioni
- ✓ risalita della parte presentata
- ✓ palpazione di parti fetali nell'addome
- ✓ emorragia vaginale (può essere modesta, ma accompagnarsi ad emorragia interna)
- ✓ ipovolemia e shock

diagnosi

- Clinica
- Ecografica

Rottura d'utero

trattamento deiscenza

- ✓ diagnosi dopo parto vaginale
- ✓ osservazione clinica
- ✓ programmazione taglio cesareo in gravidanza successiva
- ✓ diagnosi in occasione di taglio cesareo ripetuto
- ✓ riparazione

Non è in genere consigliato l'accertamento digitale della cicatrice uterina dopo un parto vaginale in donna già cesarizzata in assenza di sintomi

Rottura d'utero

trattamento rottura

A. attivare urgenza

B. stabilizzare

- ✓ assicurare via/e di perfusione e.v.; se segni di shock, anche una via centrale
- ✓ monitoraggio parametri vitali materni (pressione, polso, respiro, temperatura)
- ✓ controllo equilibrio idrico; catetere a permanenza
- ✓ monitoraggio parametri ematochimici (emocromo completo, coagulazione)
- ✓ infusione di cristalloidi
- ✓ prova crociata e richiesta unità di sangue

C. terapia chirurgica (TEMPESTIVA !):

- lesione longitudinale e/o laterale: isterectomia
- lesione trasversale sul segmento inferiore: isterectomia o riparazione

Rottura d'utero

complicazioni

Materne

- Anemizzazione
- Shock

Fetali

- Ridotta superficie di scambio placentare
- Rottura vasi fetali
- Grave ipossia
- Exitus

Embolia di liquido amniotico

definizione

Passaggio rapido di liquido amniotico nel distretto circolatorio materno con embolizzazione elettiva polmonare.

incidenza

L'incidenza riferita varia da 1:8.000 ad 1:80.000 parti comporta una mortalità materna superiore al 60% nelle pazienti sintomatiche ed è la causa del 10-20% di tutte le morti materne. In un'alta percentuale (oltre il 50%)

Embolia di liquido amniotico

etiologia

La patogenesi non è ancora sufficientemente chiarita. Verosimilmente, il passaggio nel circolo materno di vari elementi di origine fetale (cellule, vernice, ecc.) comporta una diretta embolizzazione dei vasi polmonari o un vasospasmo legato alla liberazione di mediatori endogeni

Embolia di liquido amniotico

diagnosi

fase prodromica:

- ✓agitazione
- ✓dispnea
- ✓ansia
- ✓fame d'aria

Sintomi clinici (non esistono sintomi caratteristici):

- ✓tachipnea, ipossia, cianosi
- ✓insufficienza cardiaca destra, edema polmonare acuto
- ✓emorragia massiva da coagulazione intravascolare disseminata (può essere il primo sintomo)

Embolia di liquido amniotico

trattamento

- ✓ mantenere la pressione arteriosa sistolica sopra i 90 mmHg, la pO₂ sopra 60 mmHg e la diuresi oltre i 25 ml/h
- ✓ correggere la discoagulopatia

Embolia di liquido amniotico

Condizione medica allertando il rianimatore

- mantenere la ventilazione (O₂) con maschera o con intubazione
- rapida infusione di cristalloidi
- esami di laboratorio: emocromo, test della coagulazione, emogasanalisi, Rx torace e ECG
- somministrazione di fenilefrina e di dopamina; digitalizzazione rapida
- somministrazione di sangue fresco congelato, di globuli rossi concentrati, di plasma e di piastrine
- se possibile clinicamente, porre un catetere nell'arteria polmonare per il corretto management emodinamico
- aspirazione del sangue per la ricerca di eventuali elementi fetali; (laddove sia disponibile laboratorio attrezzato per la corretta diagnosi della natura dell'embolia)
- se la paziente sopravvive al fatto acuto, la degenza successiva dovrà proseguire in una Unità di Terapia Intensiva.

Embolia di liquido amniotico

Conduzione ostetrica

- ✓ estrazione del feto prima possibile (taglio cesareo)
- ✓ accurata descrizione del quadro clinico e dei provvedimenti adottati nella cartella clinica
- ✓ nei casi venuti a morte richiedere riscontro autoptico, con particolare riguardo al circolo polmonare (ricerca di elementi di origine fetale)