

## LE METRORRAGIE DEL PRIMO TRIMESTRE DIGRAVIDANZA

Sapete come datiamo la gravidanza? La grav. Dura 40 settimane, prendiamo come riferimento la data dell'ultima mestruazione perché è l'unica data certa in una condizione dove non c'è la possibilità di valutare perfettamente l'epoca gestazionale quindi, storicamente si fa riferimento alla data dell'ultima mestruazione: in una donna con ciclo regolare la data probabile del parto cioè il termine della grav. è 40 settimane dopo la data dell'ultima mestruazione. E' un calcolo abbastanza semplice nel senso che: se la donna ha le ultime mestruazioni il 23 marzo, la data del parto è a dicembre, cioè **9 mesi e 7 giorni dopo** quindi 23 marzo - 30 dicembre per intenderci! Così sappiamo **la data probabile del parto, che è l'ultimo giorno della 40 settimana.**

- La gravidanza è considerata **a termine dall'inizio della 38° sett. Alla fine della 40° sett.**: ciò significa che il feto ha raggiunto la sua maturazione al 100%, quindi dalla fine della 38 alla inizio della 42 sett. Il feto può nascere in qualunque momento e non deve completare ulteriormente la sua maturazione.
- **Dal primogiorno della 42 sett. La gravidanza è considerata post termine.**

### **L' aborto :**

**è quella situazione di interruzione di grav. Che avviene entro il 6 mese di grav. (180gg). L aborto è un concetto oramai non particolarmente** reale in rapporto alla sopravvivenza cioè alla capacità di assistenza del neonato, nel senso che per definizione veniva considerato aborto "tutti quei prodotti del concepimento che nascevano e non avevano possibilità di sopravvivenza"; nella realtà ciò non c'è più perché nell' ultimo periodo esistono tecniche neonatologiche di assistenza che consentono di far sopravvivere feto che nascono intorno al 180 gg. Questo ci farà incappare in una serie di problematiche medico-legali riguardanti sia la mancata o errata assistenza neonatale sia procedure come l'aborto terapeutico.

**L'aborto terapeutico** è quella situazione in cui la madre decide di **interrompere la grav. entro la 12 sett.** Esiste una possibilità di interrompere la grav. quando questa grav. sarà caratterizzata da patologie di tipo genetico o malformativo tali da rendere il vissuto della madre particolarmente precario per cui si rende necessario l'aborto terapeutico che verrà eseguito alla 23-24 sett. A volte però i bambini nascono vitali e quindi poi i neonatologi li devono assistere. Il paradosso è che si può provocare l'aborto terapeutico però, nel momento in cui il bambino nasce e respira, quel bambino deve essere assistito!!! Ritornando alla datazione:

- **fino alla 12 sett.** si parla di **periodo embrionale.**
- **Dalla 12sett. Alla 38 sett.** si parla di **periodo fetale** in cui il feto raggiunge la piena maturità proprio alla fine della 38 sett.

Quindi ragioniamo per settimane e non per mesi.

### **Metrorragie**

Le patologie della grav. del primo trimestre sono le **metrorragie.** La donna nelle prime 12 sett. può presentare delle perdite ematiche che possono dipendere da varie cause:

1. **minaccia di aborto**
2. **aborto in atto**
3. **gravidanza extrauterina**
4. **mola vescicolare**
5. **aborto ritenuto.**

**N.B** è necessario conoscere in primis la clinica delle metrorragie perchè, soprattutto per chi non vuol fare il ginecologo, la presenza di una perdita ematica potrebbe essere la spia di una patologia molto grave. Riconoscere una metrorragia significa indirizzare la gestante ad un iter diagnostico volto a ricercare, successivamente, le cause.

**L' ABORTO:** è l' interruzione di gravidanza entro la 12setta. Di amenorrea seguito o meno dalla espulsione del feto. Si possono avere 2 modalità di aborto nel senso che l' embrione che è vitale e del quale noi riconosciamo la camera gestazionale e il battito, improvvisamente

1. si interrompe l' embrione all' interno dell' utero o
2. al contrario incominciano una serie di attività contrattili per cui la donna ha delle contrazioni, avvia un mini travaglio ed espelle il prodotto del concepimento che è ancora vitale.

Normalmente **LA MINACCIA DI ABORTO** è la situazione in cui la donna ha una sola contrazione avvia un mini travaglio del parto molto breve per espellere un feto di 8-9 sett. ma con una dilatazione del collo dell' utero molto inferiore rispetto alla dilatazione necessaria per espellere un feto a termine.

La sintomatologia della m.d.aborto è caratterizzata da

1. contrazione uterina
2. dilatazione del collo dell'utero con espulsione del prodotto del ciclo coriale che generalmente è completo.

**N.B.** quando una donna va dal medico e riferisce che perde sangue, il medico dovrà valutare se la donna è in condizione di **minaccia di aborto – aborto in atto- aborto ritenuto**: tutte condizioni che causano metrorragie!!!! **La minaccia di aborto** è ancora una situazione potenzialmente recuperabile (reversibile), nel senso che è una grav. in evoluzione. E' una condizione differente

dall'**ABORTO INEVITABILE** in cui la grav. non è in evoluzione e quindi non può essere RECUPERATA.

**L'ABORTO RITENUTO**, invece, è una condizione nella quale il prodotto del concepimento è interrotto e quindi non è più evolutiva e nella quale non è, però, ancora avvenuta l' espulsione del prodotto del concepimento che ormai si è interrotto.

Ricapitolando.....dalla slide: l' aborto può essere

- **completo**: quando si ha l' espulsione completa del prodotto del concepimento. E' più facile che si verifichi nei primi tempi di grav. Non si può far nulla!!
- **Incompleto**: espulsione parziale del prodotto del concepimento. L' espulsione viene completata con tecniche strumentali.
- **Ritenuto**: quando la grav è interrotta ma il feto non è espulso. Non vi è l' attività contrattile.

L'aborto si definisce

- **spontaneo**: se si verifica normalmente per eventi patologici.
- **Provocato**: negli altri casi: *aborto terapeutico, evg, aborto terapeutico*

**LA GRAVIDANZA EXTRAUTERINA**: impianto anomalo dell' embrione cioè al di fuori della cavità uterina sua sede normale di impianto, è una urgenza ostetrica!!!! Abbiamo già detto nel capitolo della fecondazione che dove si trova l' embrione al 5 gg dalla sua fecondazione lì si impianta. Nel caso di una g.ex. nel 98% l' embrione si impianta in tuba, nei casi restanti in cavità addominale.

La **MOLA VASCICOLARE** degenerazione atrofica del tessuto coriale, cioè dei villi, che porta alla morte dell' embrione. In questa patologia si può avere la possibilità di trasformazione del tessuto coriale in tessuto tumorale con la formazione del *corion*

**carcinoma.** Tumore altamente maligno che ha però una risoluzione completa con la terapia medica. Anche nel caso di una mancata trasformazione in tessuto tumorale, la mola ha una grande capacità di invadere il miometrio grazie al suo pernicioso tessuto trofoblastico. In questo caso l'utero è molto più delicato rispetto all'utero di una minaccia di aborto. Sono, infatti, pericolose tutte le manovre che consentano di asportare il prodotto del concepimento, ma nel caso della mola vascolare devono essere assolutamente praticate per evitare che lo stesso tessuto molare si trasformi in corion carcinoma.

#### RICAPITOLANDO

.....di fronte ad una donna che perde sangue possiamo avere

1) **MINACCIA DI ABORTO** : grav. in evoluzione che può essere recuperata.

2) **ABORTO INEVITABILE**: grav. che porterà all' espulsione del feto.

3) **ABORTO RITENUTO**: grav. Interrotta in cui il feto non è stato espulso.

4) **MOLA VESCICOLARE**

5) **GRAVIDANZA EXTRAUTERINA.**

Di fronte ad una donna che perde sangue, cosa faccio? Sicuramente faccio una

- **ANAMNESI**: chiedo la data della ultima mestruazione che può essere un dato attendibile ma anche poco indicativo nel senso che, la gravidanza dura 40 sett. a partire dall'ultima mestruazione, ma nella realtà dura 38 sett. Perché i 15 gg che vanno dalla mestruazione alla ovulazione non vengono considerati. E dunque solo una convenzione teorica dire che la grav. dura 40 sett. In rapporto allo sviluppo embrionale, noi consideriamo l'embrione che si è appena formato 2 sett. dopo l'ovulazione come un embrione di 4 sett. ; cioè una donna che ha 2gg di ritardo è già alla 4/5sett. Di grav. nella realtà si è impiantato da 4gg e la fecondazione è avvenuta da 14gg. Noi, però, datiamo comunque l'embrione dalla data dell'ultima mestruazione considerando che l'ovulazione avviene al 14gg del ciclo; ciò significa che se l'ovulazione è avvenuta al 28gg. del ciclo la grav. sarà più piccola di 2sett. (il dato anamnestico non corrisponde all'epoca di sviluppo reale della grav.). In questo caso il feto sarà più piccolo rispetto al dato anamnestico, ma non sarà, però, un feto patologico; si tratta semplicemente di una grav. che è cominciata 2 sett. dopo e quindi la data del parto va spostata di 2 sett. Per datare una grav. oltre al dato clinico ci serviamo di *parametri strumentali e parametri ormonali* che vengono analizzati facendo eseguire alla gravida una
- **ECOGRAFIA e un**
- **DOSAGGIO della B-HCG.** LA b-hcg è una gonadotropina prodotta dal tessuto trofoblasto. Questo ormone è dotato di 2 catene :

- la CATENA  $\alpha$ : è in comune con altri ormoni come LH e FSH.

- LA CATENA  $\beta$  è quella tipica della gravidanza perché prodotta dal trofoblasto.

Anche nella donna in menopausa la hcg è alta ma è alta  $\alpha$ -hcg.

La  $\beta$ -hcg viene prodotta dal trofoblasto al momento dell'impianto, infatti, 14gg dopo la fecondazione la  $\beta$ -hcg è già positiva!!!!!!

Ciò vuol dire che nel periodo che va dalla fecondazione all'impianto noi non abbiamo nessun parametro che ci attesti che la fecondazione è avvenuta; se l'embrione si interrompe prima dell'impianto noi non avremo nessuna informazione riguardo quella gravidanza.

**N. B.** il prof. Dice che tutte le polemiche circa il ruolo abortivo di determinati contraccettivi (pillola del giorno dopo ecc..) non hanno ragion d'essere, poiché nella realtà si va ad interferire sull'impianto e non sulla formazione dell'embrione, quindi, poiché non

sappiamo se la donna è già gravida , questi contraccettivi non sono aborigeni e le polemiche sono inutili!!!!!!!!!!!!

Anche se il dosaggio della b-hcg è la prima informazione di grav. 14gg dopo la fecondazione, lo stesso dosaggio *non dà informazioni sulla evoluzione della grav.* poiché la b-hcg viene prodotta anche quando il feto è morto.

Nell'**aborto ritenuto**, infatti, la b-hcg può continuare ad essere prodotta .

È interessante vedere, però, anche come varia nel tempo la produzione della b-hcg considerando che essa *raddoppia ogni 2gg fino a raggiungere livelli max fino alla 10 sett. a partire dalla quale regredisce.* In tale contesto è interessante una diagnostica della fase iniziale.

Se ho dei dubbi, dunque, faccio una  $\beta$  oggi e una  $\beta$  dopo 4gg e vedo se la  $\beta$  è aumentata in maniera corrispondente a come dovrebbe aumentare o è aumentata di meno.

> nella **gravidanza interrotta** si potrebbe avere un livello di  $\beta$ -hcg inferiore ai parametri ottimali.

> nella **gravidanza extrauterina** si hanno dei valori più bassi di  $\beta$ -hcg di quelli di una gravidanza uterina

> nella **mola vescicolare** si hanno dei valori di  $\beta$ -hcg notevolmente superiori rispetto a una grav. intrauterina.

Quindi in base al dato evolutivo di  $\beta$  - hcg è possibile fare una D.D tra le varie patologie.

È chiaro che il dato strumentale è un dato che deve essere associato al dato clinico che si basa sul

= **DATO ANAMNESTICO**: importante per conoscere informazioni riguardanti l' epoca di gestazione , la regolarità o meno del ciclo mestruale e la presenza o meno di fattori di rischio per gravidanze extrauterine (come processi infiammatori delle strutture annessiali con dolorabilità alle fosse iliache) .

= **DATO OBIETTIVO con VISITA GINECOLOGICA**: importante per valutare due cose ,

1) **volume dell' utero**: vediamo se l' utero è corrispondente alla epoca della gravidanza. E' da dire che non tutti gli uteri sono uguali. Nella donna con utero fibromatoso , ad esempio, l'utero sarà più piccolo rispetto ad un utero di pari epoca gestazionale. Se siamo di fronte ad un utero più piccolo potremmo trovarci, inoltre, di fronte ad una *gravidanza interrotta* o a una *gravidanza extrauterina*.

2) **consistenza, forma, e apertura del collo dell' utero**:

Il collo dell'utero ha un labbro posteriore, un labbro inferiore e un canale cervicale; con il dito non si riesce mai ad entrare nel canale cervicale perché il collo è chiuso. quando c'è una dilatazione del canale cervicale il collo diventa pervio al dito ed io riesco ad entrarci; la penetrazione di un dito nel canale cervicale determina il collo pervio; quando il collo non è completamente aperto la gravidanza è sicuramente interrotta. Cioè si è avviato un processo inevitabile per cui tutte le contrazioni che hanno portato a quella dilatazione non si riescono più a fermare.

Oltre la pervietà del collo si può avere contemporaneamente la perdita di tessuto coriale.

- Quindi in presenza di perdite ematiche e un collo perfettamente chiuso posso avere o una **minaccia di aborto** o un'altra di quelle patologie non collegate all'aborto in atto.
- Se ho, invece, un collo completamente pervio e perdita di tessuto coriale lo posso considerare come un **aborto inevitabile** o come un **aborto in atto**.

Quindi dopo la clinica si passa alla ECOGRAFIA.

L'eco mi permette di valutare la presenza della *camera gestazionale* all'interno o all'esterno dell'utero. Ovviamente l'immagine ecografia è diversa a seconda della

settimana: ci sarà prima una positività per la  $\beta$ -HCG e poi una visualizzazione dell'immagine ecografia.

Dopo la 5°/6° settimana ci sarà la presenza di una macchia nera che è la *camera gestazionale*, poi, dopo qualche giorno, compaiono: i *foglietti embrionali* e *sacco vitellino* e successivamente ho la percezione dell'*embrione con il battito*, quindi è una progressione!

#### ATTENZIONE:

Ho un'immagine ecografia della camera gestazionale o della camera gestazionale e dell'embrione solo per livelli di  $\beta$  superiori a 1500-2000U, per livelli inferiori io non ho nessuna immagine ecografia, cioè un gravidanza con 500 di  $\beta$  non ha nessuna immagine ecografia.

Ciò mi serve per fare una D.D. tra la **gravidanza extrauterina** e la **gravidanza interrotta**: perché se io ho una donna che perde sangue ed un utero con volume inferiore e con  $\beta$  di 500 io non so questa donna in che condizione si trova, perché può essere tanto una gravidanza iniziale con minaccia d'aborto e poi una settimana dopo trovo 3000 di  $\beta$  e una camera gestazionale nell'utero, sia può essere una gravidanza interrotta in cui non vedrò mai la camera gestazionale. Oppure posso avere una gravidanza extrauterina perché in utero non troverò mai la camera gestazionale e l'embrione ma troverò all'esterno sia la camera gestazionale sia l'embrione però molto frequentemente non vedrò la camera gestazionale, tutto al più vedrò una massa a livello della regione annessiale; ma il dato fondamentale, in quest'ultimo caso, è che a livello dell'utero non vedrò mai la camera gestazionale e l'embrione.

Quindi faccio dei dosaggi seriatati di  $\beta$  insieme a delle ecografie per vedere l'evoluzione sia della  $\beta$  che dell'eco e confrontando i dati della  $\beta$  con i dati dell'eco riesco a fare una diagnosi;

- allora se mi trovo davanti a una minaccia di aborto con 500 di  $\beta$  dopo 4 giorni mi devo trovare 3000 di  $\beta$ , poi mi devo trovare la camera gestazionale nell'utero;
- se mi trovo 3000 di  $\beta$  senza camera gestazionale posso sospettare che sia una gravidanza interrotta nel senso che non c'è l'embrione vivo ma soltanto il trofoblasto che continua a funzionare; in questo caso non è una gravidanza evolutiva con 3000 di  $\beta$  e senza l'embrione, ma esiste una patologia della gravidanza nella quale l'embrione non si sviluppa. Si chiama **UOVO BIANCO**: situazione nella quale la parte embrionale non si sviluppa e il trofoblasto continua a produrre per fatti suoi la  $\beta$ -HCG. È una variante della patologia della gravidanza nella quale l'embrione non si forma proprio, per cui avremo la camera gestazionale senza embrione che continua a produrre  $\beta$ -HCG.
- E' diverso dalla **gravidanza interrotta** nella quale io vedrò l'embrione che dopo qualche giorno non pulserà più e rimane invariato. Nell'immagine ecografia troverò una camera gestazionale con l'embrione che avrà delle dimensioni che non si modificano nel tempo: ciò ci serve per datare l'età embrionale.

Questi ultimi due casi sono due gravidanze non evolutive che avranno lo stesso esito e che dovranno essere svuotate in maniera strumentale se le contrazioni non avverranno in maniera spontanea.

Quindi fondamentale è capire bene come l'indagine ecografia e il dosaggio della  $\beta$  ti permettono di fare diagnosi. Quindi

- nella **minaccia d'aborto** avremo: 1) livelli di  $\beta$  normali, 2) ecografie normali 3) collo conservato e chiuso. Quindi se ho perdite ematiche, collo conservato o leggermete pervio e, livelli di  $\beta$  che aumentano allora la gravidanza è ancora in evoluzione e viene consigliato il riposo per cercare di portare avanti la gravidanza.
- Se ho un 1) collo pervio con tessuto coriale che fuoriesce la donna sta abortendo (**aborto inevitabile**).

- Se invece il collo è chiuso potrà essere sia un **uovo bianco**, sia un **aborto ritenuto** quindi la diagnosi la facciamo immediatamente con la  $\beta$  e con l'indagine ecografia in rapporto all'epoca di gestazione; è chiaro che se io vedo all'eco l'embrione e non vedo attività cardiaca, faccio la diagnosi immediatamente **di gravidanza interrotta**. In questo caso i livelli di  $\beta$  non sono indicativi perché io vedo l'embrione e non il battito. In un'epoca più precoce, quando posso non vedere la camera gestazionale, i livelli di  $\beta$  potrebbero avere altre indicazioni.
- Se ho 3000 di  $\beta$  e non vedo la camera gestazionale in utero sarà una **gravidanza extrauterina**. A questo punto farò delle indagini strumentali (laparoscopia) più approfondite nella individuazione di masse addominali.

## TERAPIA

### MINACCIA D'ABORTO

- RIPOSO
- TERAPIA MEDICA:
  - PROGESTERONE AD ALTE DOSI perché potrà risolvere minacce d'aborto da cause ormonali e da cause autoimmunitarie; il progesterone ha infatti attività autoimmunitarie, modulerebbe la risposta immunitaria della madre contro gli antigeni fetali. Questo tipo di terapia va fatta massimo fino alla dodicesima settimana, oltre non ha più senso.
  - ANTISPASTICI per ridurre le attività contrattili.
- $\beta$  mimetici: sono farmaci sempre ad attività antispastica che però vengono dati dopo la quindicesima settimana perché prima l'utero non ha recettori per tali farmaci.

### CAUSE DI ABORTO SPONTANEO

La diagnostica delle cause di aborto non si fa mai perché si tratta di un evento abbastanza frequente specialmente in età avanzata. La ricerca delle cause si fa solo in caso di aborti ripetuti dove la causa spesso è una malattia autoimmune anche silente. In questo caso si parla di diagnostica dell'aborto ripetuto, in questo caso faccio fare alla donna una serie di indagini (ricerca di auto-anticorpi). Spesso la causa è di tipo ovulare (malattie genetiche: patologie cromosomiche che danno alterazioni del prodotto del concepimento), che sono incompatibili con la vita.

(slide) CAUSE DI ABORTO SPONTANEO:

#### MATERNE:

malattie infettive: tifo, lue, epatiti, appendiciti.

Malattie sistemiche

Malformazioni uterine

Insufficienze cervico-istmica

Miofibromi

Esiti ormonali di parti regressi: lacerazioni del collo ecc.

#### Ovulari (più frequenti):

- Genetiche: presenza di geni disreattivi, aberrazioni cromosomiche

- Alterazione degli annessi fetali: assenza del funicolo ombelicale, degenerazione dei villi coriali.

### **ABORTO RITENUTO**

La diagnosi si fa con il dosaggio ormonale e con l'eco. Un segno prognostico sfavorevole di gravidanza interrotta è la scomparsa di fenomeni simpatico-gravidici: nausea, vomito, tensione al seno, tensione dell'umore ecc.

Normalmente all'inizio della gravidanza compaiono disturbi neurovegetativi dipendenti dai livelli di  $\beta$ , di solito però terminano verso la fine del terzo mese. Se compaiono prima si considerano un segno prognostico sfavorevole di interruzione di gravidanza.

La terapia è strumentale, si utilizzeranno delle curette che vengono introdotte alla "cieca" e vanno a raschiare le pareti dell'utero. Poiché è una manovra che viene fatta alla cieca ha come complicanze la rottura dell'utero. Più si è avanti con la gravidanza più le complicanze aumenteranno, per cui il raschiamento si pratica fino alla 12° settimana. Successivamente l'espulsione del prodotto del concepimento si otterrà con l'induzione del parto in maniera che la donna espelli il prodotto del parto attraverso contrazioni prodotte con le prostaglandine.

Nelle gravidanze di epoca inferiore utilizziamo le prostaglandine ma non per provocare il parto, ma per provocare una dilatazione più naturale e non traumatica del collo dell'utero e una sua riduzione più facile. Il collo chiuso che noi abbiamo, lo dilatiamo con delle sonde di HEGAR: cilindri progressivamente più grandi che sono variabili in rapporto all'epoca di gestazione perché la dilatazione dell'utero è variabile in base alla quantità di tessuto che deve essere asportato. Ciò si potrebbe fare in anestesia locale ma i prof preferisce l'anestesia generale perché l'impatto emotivo per la paziente è molto forte. Se la diagnosi di aborto ritenuto è fatta occorre agire subito per evitare il rischio di sepsi.

## INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA

Accenni.....

E normata dalla legge n 194 del 22/05/78

Può essere realizzata entro i primi 90gg(12sett.): la donna la motiva per cui viene certificato dal medico ed dopo 7gg viene eseguita. Non viene indagata la motivazione perché la legge parte dal presupposto che bisogna rispettare le esigenze della gravida. Questa legge è differente dalla legge 40 (fecondazione assistita) nella quale l'embrione è salvaguardato come la madre perché considerato avente pari dignità. Nella legge del 78, invece, viene dato rispetto alla condizione della gravida così come nell'aborto terapeutico dove importante è l'indicazione della madre che però deve avere delle motivazioni (il feto è affetto da malformazioni gravi per cui psicologicamente la donna non riesce a portare avanti la gravidanza). L'aborto terapeutico si fa max entro la 24° sett.

## GRAVIDANZA EXTRAUTERINA

Nel 95% dei casi la localizzazione è tubarica (sede *ampollare*)

È un tipo di gravidanza che non va mai a termine per impossibilità della parete tubarica di espandersi e di adattarsi al volume dell'embrione.

In teoria 1/1000 di grv. extra potrebbe andare avanti ed è quella addominale dove la placenta potrebbe annidarsi sulle anse intestinali con conseguenze successive al parto.

Le cause sono spt. esiti di flogosi pelvica (salpingite, endometriti) che impediscono la funzionalità della tuba. La grv. exta. può evolvere in un aborto tubarico, in questo caso possiamo non fare nulla perché si riassorbe. Ma ciò avviene raramente perché il trofoblasto tende ad erodere la parete dell'utero e a romperla spt. quando la parete della tuba è molto sottile. Ciò causa una perdita ematica intraddominale che causa un *emoperitoneo* massivo ed immediato che può portare a morte la donna.

La clinica

La grav,extra. è preceduta da disturbi che devono essere ben interpretati:

- perdite ematiche di pochi giorni
- dolore alla spalla per irritazione del frenico
- dolori fugaci in una delle fosse iliache
- fenomeni simpatico mimetici modesti
- dolore al fornice posteriore per sangue nel Douglas

All' esame obiettivo:

- utero di dimensioni inferiori alla norma
- annesso dolente ed aumentato di volume alla palpazione
- presenza di indici di shock emorragico

La diagnosi e terapia

Si basa sul *quadro clinico*.

Però poiché a noi interessa una diagnosi precoce è necessario il confronto tra *esame ginecologico, dosaggio di  $\beta$ -hcg, ecografia*.

Sicuramente la diagnosi definitiva la facciamo con la *laparoscopia o con la laparotomia* a seconda dei casi. Si asporta la tuba e gravidanza o solo la gravidanza, l'uno o l'altro dipende da vari fattori.

Si apre la tuba , si asporta la camera gestazionale e la tuba si richiude spontaneamente.

-Se la l' altra tuba è sana di solito quella affetta si toglie perché sempre più a rischio di un' altra gravidanza tubarica.

-Se anche l' altra tuba è lesa ,allora,quella affetta viene lasciata per consentire una possibilità cmq di gravidanza.

La condotta chirurgica dipende:

- dallo stato della parete tubarica
- localizzazione
- sede
- accessibilità
- eventuali complicanze(bleeding incontrollato).

Esiste anche la possibilità di una terapia medica , in questo caso si utilizza il *metotrexate* che agisce sui tessuti in rapida evoluzione per cui blocca l' attività proliferativi del trofoblasto. La terapia medica si preferisce quando:

- i livelli di  $\beta$ - hcg sono molto bassi
- massa non molto evidente
- se una parte del trofoblasto non è stato asportato ed è caduto nel peritoneo per cui possiamo avere una persistenza della  $\beta$ -hcg.