

METRORRAGIE DEL III TRIMESTRE DI GRAVIDANZA

Perdita ematica genitale in gravidanza avanzata

**CONDIZIONE
PARAFISIOLOGICA**

**Modificazioni della
cervice nel periodo
prodromico**

**ENTITA' DELLA
PERDITA**

**EMERGENZA
OSTETRICA**

**Placenta previa
Distacco di
placenta**

Sedi e cause di perdite ematiche

UTERO-PLACENTARE

- Placenta previa
- Distacco intempestivo di placenta

CERVICЕ UTERINA

- Modificazioni del collo in travaglio
- Trauma da coito
- Trauma iatrogeno da visita ostetrica
- Lesioni benigne (polipi, flogosi, ecc...)
- Lesioni maligne (carcinoma)

VAGINA, VULVA

- Flogosi
- Condilomi floridi

ANO-RETTO

- Emorroidi
- Ragadi
- Polipi

URETRA-VESCICA

- Flogosi
- Calcolosi
- papilloma

METRORRAGIE NEL III TRIMESTRE DI GRAVIDANZA

- **Placenta previa**
- **Distacco intempestivo di placenta**

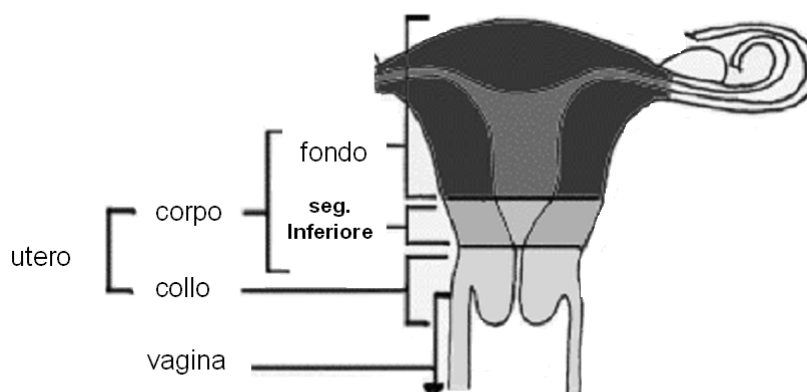
Placenta previa

anomala inserzione della placenta che, nel terzo trimestre di gravidanza, si trova impiantata sul **segmento inferiore dell'utero**

Incidenza = 1:200 parti

L'annidamento dell'uovo fecondato avviene in **sede istmica** per cui nei mesi alti di gestazione la placenta si trova impiantata nel segmento inferiore

Anatomia dell'utero



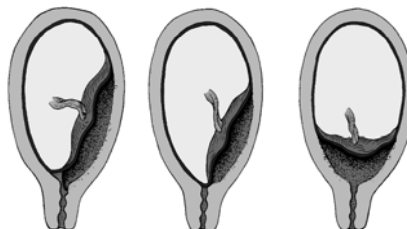
Classificazione

Si distinguono tre forme di placenta previa in relazione ai rapporti che essa contrae con l'orifizio uterino interno (O.U.I.):

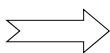
placenta previa laterale

placenta previa marginale

placenta previa centrale

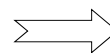


❖ TOTALE



Quando durante il travaglio di parto l' OUI è totalmente ricoperto dalla placenta

❖ PARZIALE



Quando durante il travaglio di parto l' OUI è parzialmente ricoperto dalla placenta

CLASSIFICAZIONE

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

- **PLACENTA PREVIA: LATERALE** → quando il margine placentare dista più di 3 cm dall'O.U.I.
- **PLACENTA PREVIA: MARGINALE** → quando il suo margine è situato a meno di 3 cm dall'O.U.I.
- **PLACENTA PREVIA: CENTRALE** → quando la placenta ricopre l'O.U.I.

↓
si distingue una forma *parziale* ed una *totale*, a seconda che essa occupi in parte o totalmente la superficie dell'orifizio

Fattori di rischio

- **Aumentata età materna > 35 anni**
- **Multiparità**
- **Abortività ripetuta**
- **Pregressa cicatrice uterina**
- **Pregressa placenta previa**

Cause dell'anomalo impianto

- **Fibromatosi uterina**
- **Malformazioni uterine**
- **Sfiancamento della cavità**
- **Esiti di endometriti**
- **Altre condizioni deformanti la cavità uterina**

EZIOPATOGENESI

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 dell'utero) possano favorire l'annidamento nella parte inferiore dell'utero.

FISIOPATOLOGIA

Fasi finali della gravidanza



Distensione progressiva del seg. inferiore



Distensione della placenta previa fino ad un certo grado di estensibilità



Scollamento di parte della base di impianto

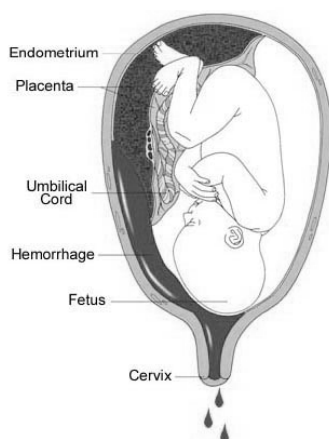


Emorragia

L'emorragia è tanto più precoce e più grave quanto maggiore è il grado di pervietà placentare

Sintomatologia

Emorragia



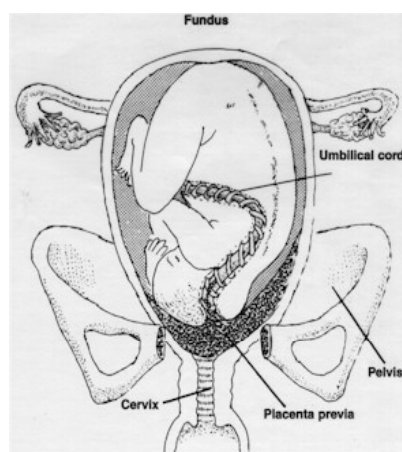
- ✓ comparsa dalla fine del sesto
- ✓ fuoriuscita del sangue all'esterno
- ✓ colore del sangue rosso vivo
- ✓ assenza di dolore
- ✓ comparsa in pieno benessere
- ✓ remissione spontanea
- ✓ recidiva degli episodi

Esame obiettivo

- ✓ Volume dell' utero corrispondente all'epoca di amenorrea
- ✓ Assenza di dolore
- ✓ Tono miometrale normale
- ✓ BCF regolare

Esplorazione vaginale

- ✓ Deve essere eseguita con estrema cautela
- ✓ Evitare di introdurre il dito nell' OUI
- ✓ Sensazione di "sofficità" dei fornici laterali
- ✓ Parte presentata molto alta rispetto all' ingresso pelvico



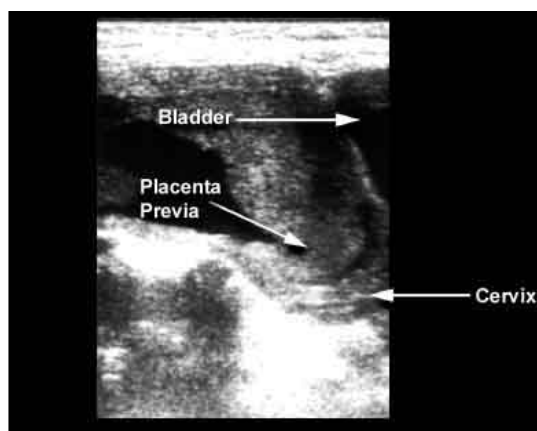
Esame speculare

Importante per valutare le condizioni del collo e per escludere altre cause di emorragia

- ✓ Rottura di varici
- ✓ Lacerazioni da coito
- ✓ Polipi cervicali
- ✓ Cerviciti con erosione sanguinante della portio
- ✓ Cervicocarcinoma

ECOGRAFIA

Permette di individuare la localizzazione della placenta, valutare il suo rapporto con l'orifizio interno e precisare la presentazione fetale



Complicanze

Materne

- Anemia secondaria
 - Shock emorragico
 - Maggiore possibilità di sepsi
-

Fetali

- Sofferenza fetale, ipossia
- Presentazioni anomale
- Malformazioni fetali

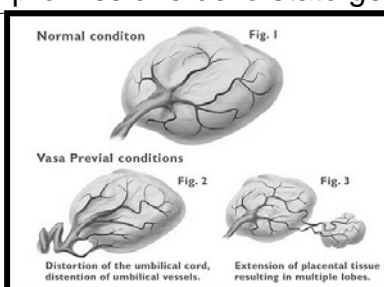
Diagnosi differenziale

1. Rottura di vasi velamentosi previ
2. Distacco intempestivo di placenta normalmente inserita
3. Rottura silente dell' utero

Diagnosi differenziale

1. Rottura di vasi velamentosi previ (quando il cordone ombelicale non prende contatto diretto con la placenta, ma si inserisce sulle membrane; in questo caso i vasi decorrono per un tratto più o meno lungo liberi nel contesto delle membrane)

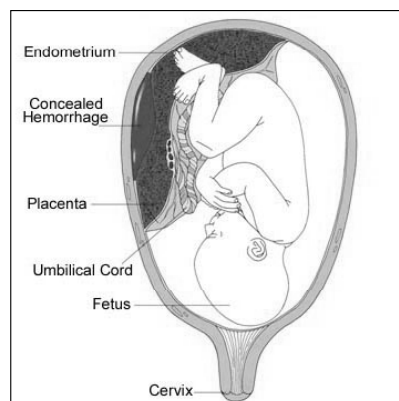
- ✓ Sangue rosso vivo e assenza di dolore
- ✓ Comparsa in travaglio subito dopo la rottura delle membrane
- ✓ Scomparsa immediata del BCF
- ✓ Assenza di compromissione dello stato generale materno



Diagnosi differenziale

2. Distacco intempestivo di placenta normalmente inserita

- ✓ Presenza di segni di preeclampsia
- ✓ Emorragia prevalentemente interna
- ✓ Presenza di dolore
- ✓ Tono dell' utero aumentato
- ✓ Sofferenza fetale



Diagnosi differenziale

3. Rottura silente dell' utero

- ✓ Emorragia prevalentemente interna
- ✓ Anamnesi positiva per interventi chirurgici pregressi
- ✓ Dolore uterino nella sede della deiscenza
- ✓ Compromissione dello stato generale materno
- ✓ Compromissione delle condizioni fetali

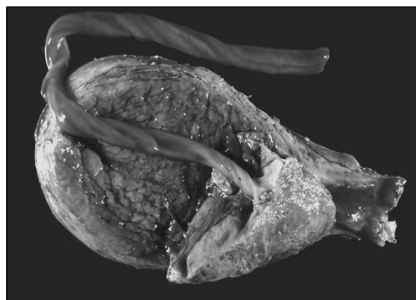
Prognosi

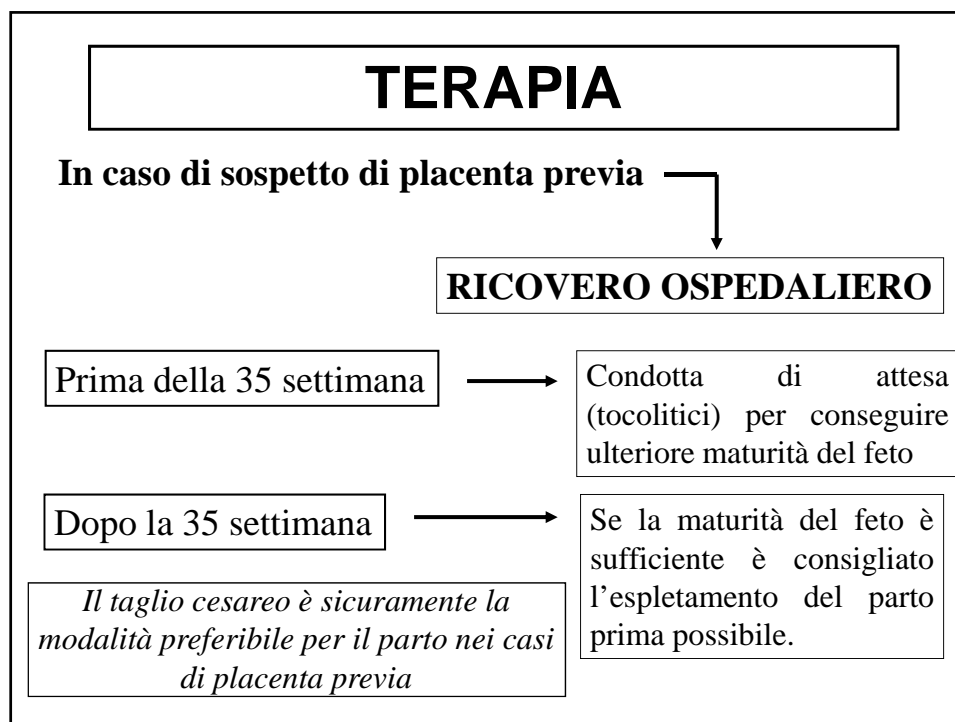
MATERNA

- ✓ **Grado di previetà placentare**
- ✓ **Precocità della sintomatologia**
- ✓ **Entità e durata degli episodi emorragici**

FETALE

- ✓ **Prematuranza**
- ✓ **Immaturità**
- ✓ **Sofferenza cronica**





**Distacco intempestivo di
placenta normalmente
inserita**

Si definisce *Distacco intempestivo di placenta normalmente inserita* il distacco della placenta prima dell'espulsione del feto

La sua frequenza varia dallo 0,5 al 2% di tutti i parti

In condizioni fisiologiche, la placenta si distacca nel corso del parto, dopo l'espulsione del feto, in quel periodo denominato secondamento (*distacco tempestivo*)

Distacco di placenta normalmente inserita

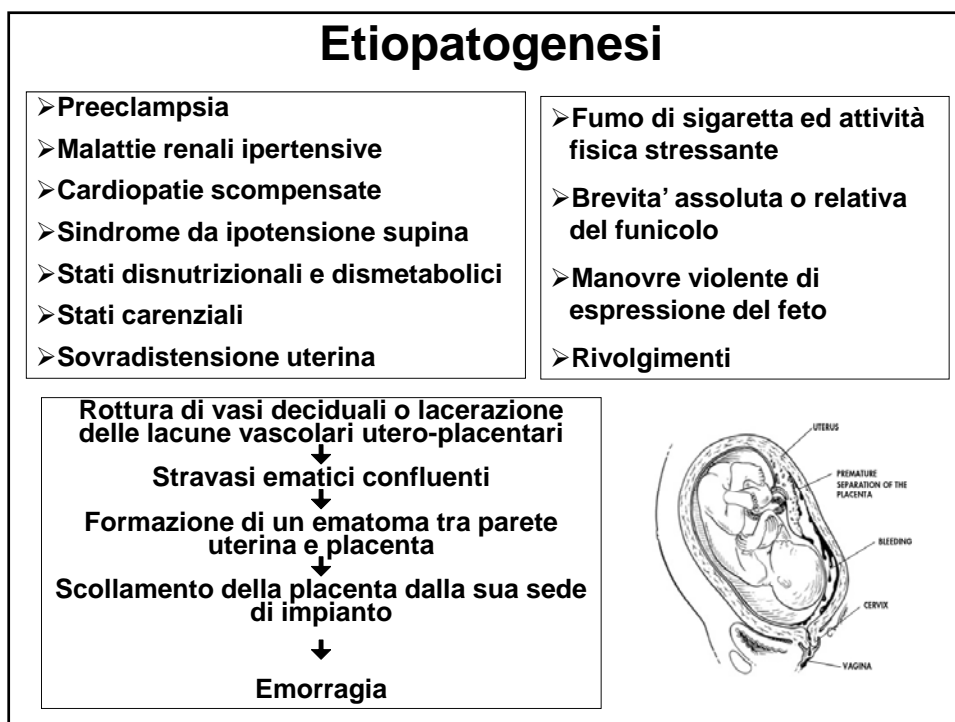
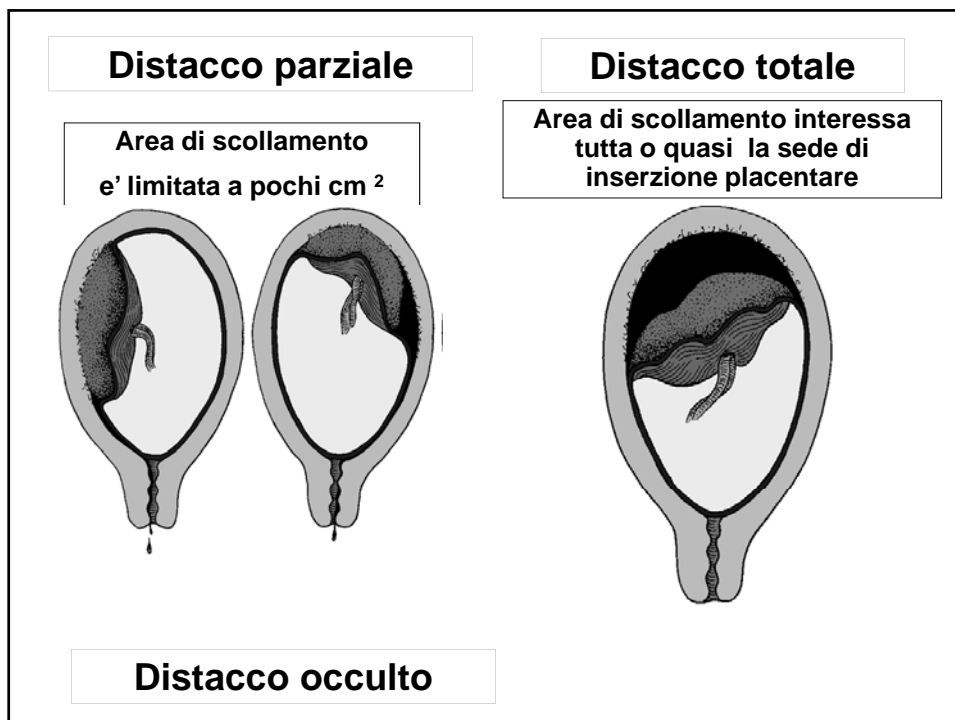
➤ **Tempestivo :**

La placenta si distacca durante il secondamento

➤ **Intempestivo**

PRECOCE ⇒ durante il travaglio di parto

PREMATURO ⇒ al di fuori del travaglio di parto



EMORRAGIA RETROPLACENTARE

EMORRAGIA INTERNA →

Quando l'ematoma rimane localizzato tra placenta ed endometrio

EMORRAGIA ESTERNA →

Quando il sangue defluisce all'esterno attraverso il canale cervicale

EMORRAGIA MISTA →

Quando gran parte del sangue resta in utero e una scarsa quantità fuoriesce all'esterno

**EMORRAGIA
ENDAMNIOTICA** →

Quando il sangue dopo lesione delle membrane si riversa nella cavità amniotica

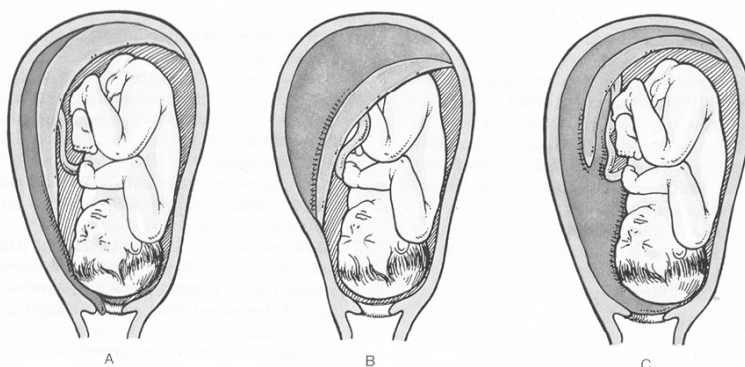


Figura 12.7. Distacco intempestivo di placenta normalmente inserita: A, con emorragia esterna; B, con emorragia ritenuta; C, con emorragia intramniotica.

CONSEGUENZE DEL DISTACCO

- 1) **Insorgenza di una contrattura riflessa miometriale che determina un aumento dell'estensione dell'area del distacco e quindi un aumento del volume dell'ematoma**
- 2) **Riduzione degli scambi materno-fetali cui consegue l'istaurarsi di una sofferenza endouterina del feto in rapporto all'entità del distacco stesso**
- 3) **Compromissione delle condizioni generali**
- 4) **Coagulopatie (CID)**
- 5) **Apoplezia utero-placentare - Infarcimento emorragico del miometrio fino alla sierosa peritoneale - Utero di Couvelaire**

Sintomatologia

- ✓ Tono dell' utero aumentato fino alla contrazione tetanica
- ✓ Emorragia di entità pari all'estensione del distacco
- ✓ Presenza di dolore

- ✓ Segni di sofferenza fetale

- ✓ Segni di shock

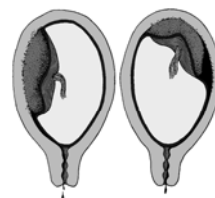
- ✓ Presenza di segni di preeclampsia

In rapporto all'entità del distacco

Sintomatologia

Distacco marginale o parziale →

- Scarse perdite ematiche
- Lieve aumento del tono uterino
- Dolore spontaneo o provocato alla palpazione
- Segni di sofferenza fetale



← Distacco totale



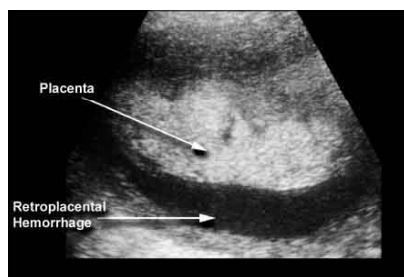
- Dolore intenso, continuo o diffuso
- Emorragia di notevole entità
- Collasso cardio-circolatorio

DIAGNOSI

QUADRO CLINICO

+

ECOGRAFIA →



Permette di individuare la localizzazione della placenta, l'estensione del distacco e le dimensioni dell'ematoma sottocoriale.

Permette anche la valutazione del BCF e delle condizioni fetali

TERAPIA

Prima della 35 settimana

ATTEGGIAMENTO DI ATTESA

(per raggiungere la maturità fetale 35-36 sett.)

- **RIPOSO ASSOLUTO**
- **CORREZIONE DELL'ANEMIA**
- **MIOLITICI E VASOPROTTETTORI**
- **MONITORAGGIO FETALE CONTINUO**
- **MONITORGGIO FATTORI COAGULAZIONE**

TERAPIA

Dopo la 35 settimana e in condizioni di estrema gravità

ESPLETAMENTO DEL PARTO

SPONTANEO

AMNIORESSI

TAGLIO CESAREO

Il TC è la modalità di espletamento del parto più frequente ed opportuna nei casi di distacco

METRRORRAGIE DEL III TRIMESTRE

Iter diagnostico decisionale

I livello diagnostico —————> CLINICO
(medico di base, guardia medica, accettazione ospedaliera)

Si può sospettare una placenta previa o un distacco di placenta ?

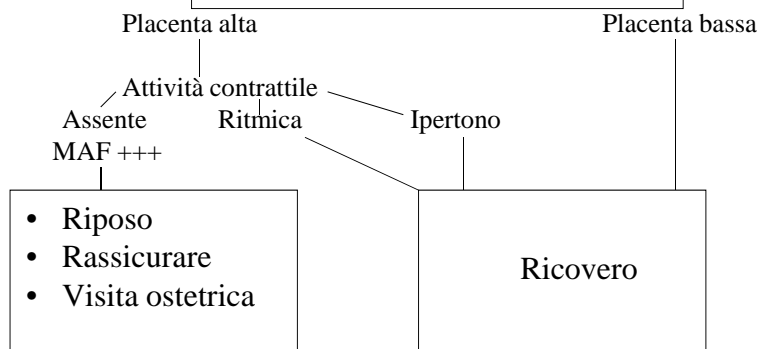


- Anamnesi mirata
- Esame clinico / strumentale

Iter diagnostico decisionale

PERDITA EMATICA LIEVE

- » Anamnesi
- » Eco per localizzazione placenta
- » Rilievo attività contrattile
- » MAF



Iter diagnostico decisionale

PERDITA EMATICA MEDIA o GRAVE



RICOVERO URGENTE

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Valutare parametri emodinamici • Infondere liquidi • Ossigenoterapia • Allertare il centro di destinazione | <ul style="list-style-type: none"> • Invio urgente in ambulanza attrezzata con medico a bordo al più vicino centro nascita adeguato alla età gestazionale <ul style="list-style-type: none"> – <32 sett III livello – 32-34 II livello – >34 I livello |
|---|---|

Placenta previa centrale

Trattamento

Placenta previa marginale/laterale

Perdita ematica lieve o assente

- Osservazione
- Riposo assoluto
- Controllo anemia
- Controllo benessere fetale
- T.C elettivo a 37-38 sett.

Perdita ematica media < 34 sett

- Induzione maturità fetale
- Tocolitici
- Controllo materno
- Controllo fetale
- T.C. a 35.36 sett

Perdita ematica rilevante

- T. cesareo immediato

➤ Perdita ematica scarsa

➤ Non sofferenza fetale



**Amniorexi precoce
in travaglio**

Trattamento

Distacco di placenta normalmente inserita

Limitato e con perdita ematica lieve

- Osservazione
- Ricerca segni ipertensione gestazionale
- Controllo materno
- Se < 34 sett. Induzione maturità fetale

Esteso

- Taglio cesareo immediato