

Metrorragie del terzo trimestre

robertozarcone

www.robertozarcone.it

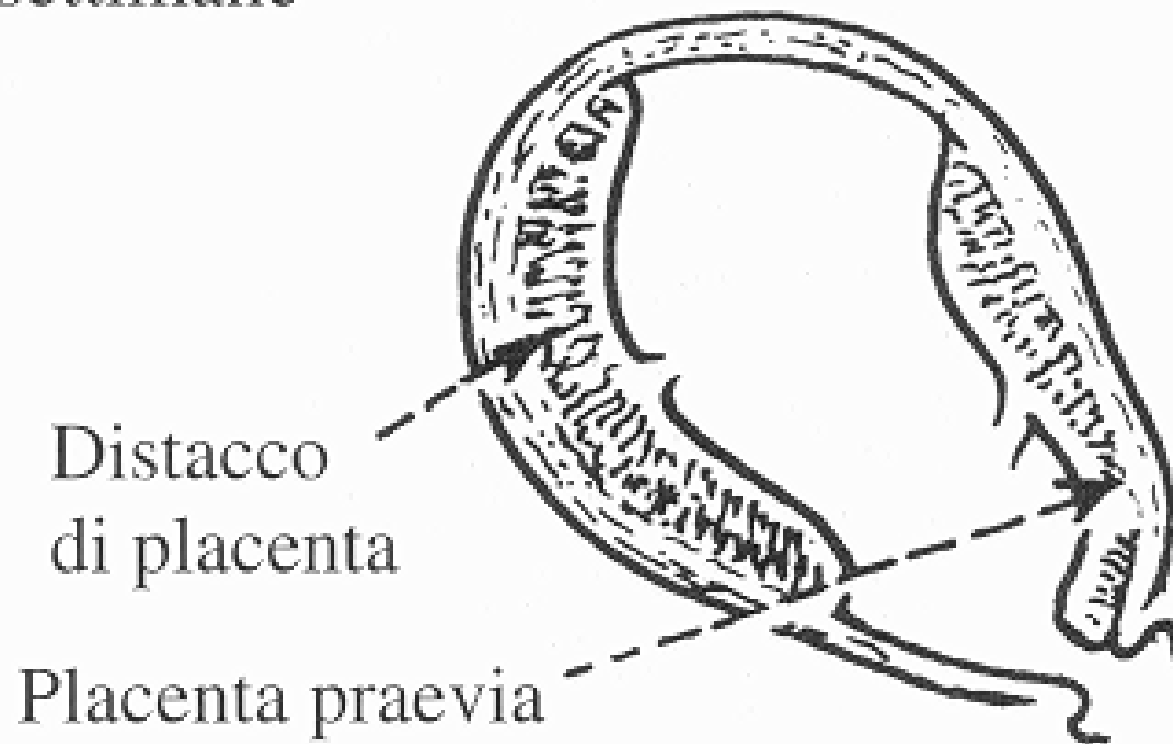
roberto.zarcone@unina2.it

Metrorragia del terzo trimestre
Emorragia ante-partum

- *Placenta prævia (emorragia inevitabile)*
- *Abruptio placentæ (emorragia accidentale)*

EMORRAGIA ANTE-PARTUM

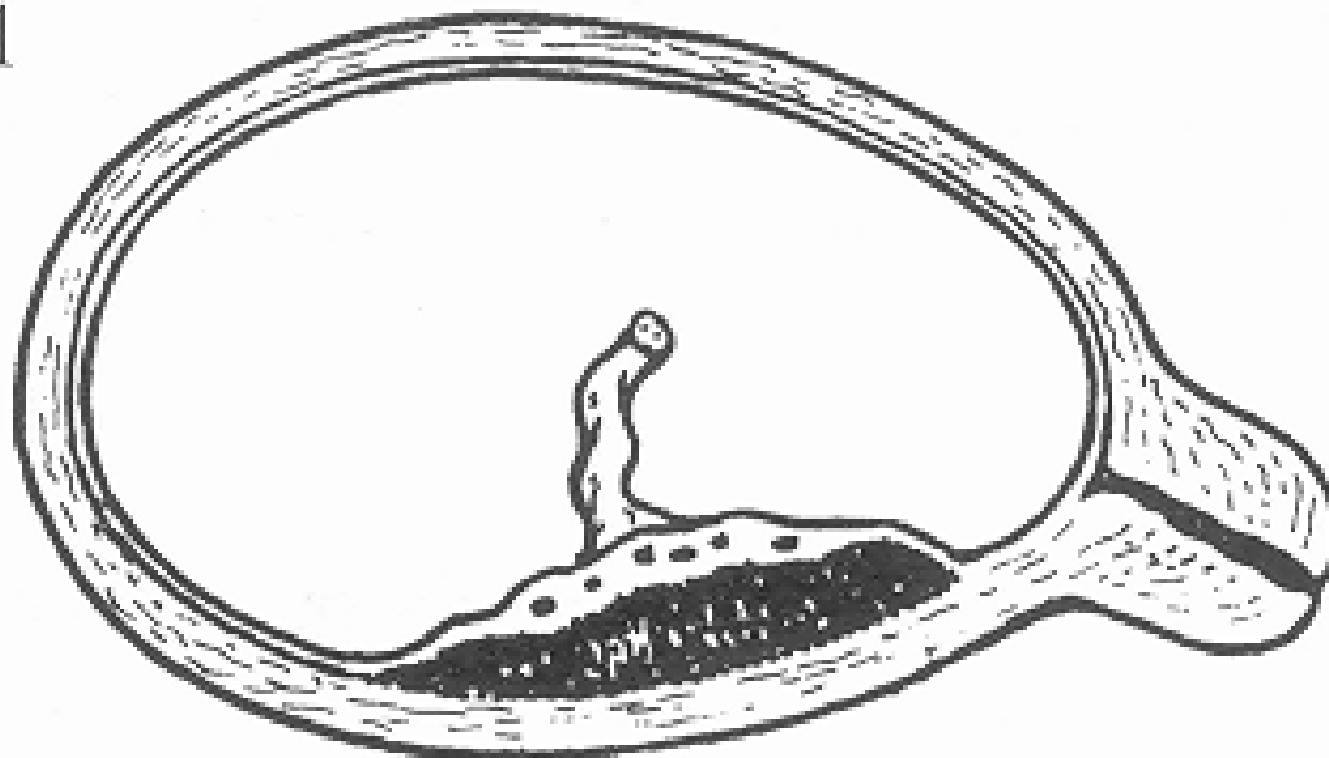
Dopo 24 settimane



Placenta prævia
(Emorragia inevitabile)

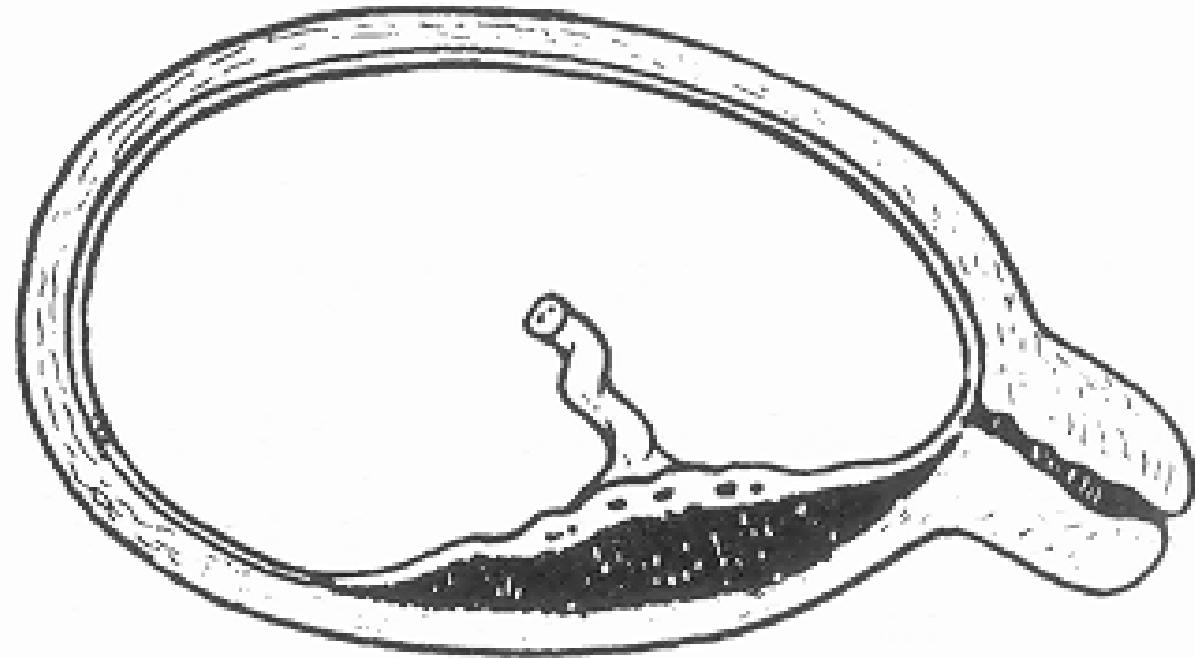
Si intende un impianto basso nella cavità uterina. Tale localizzazione fa sì che essa si trovi lateralmente o di fronte alla parte presentata

TIPO 1



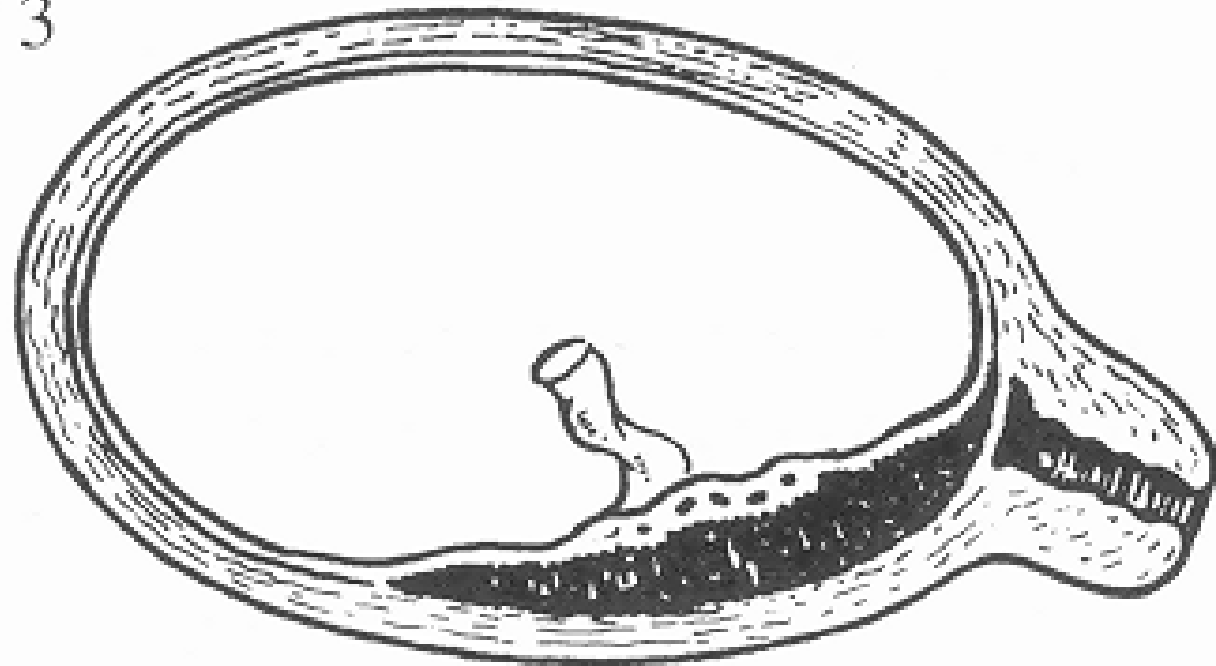
Il margine inferiore della placenta scende sul segmento inferiore (“impianto basso”).

TIPO 2



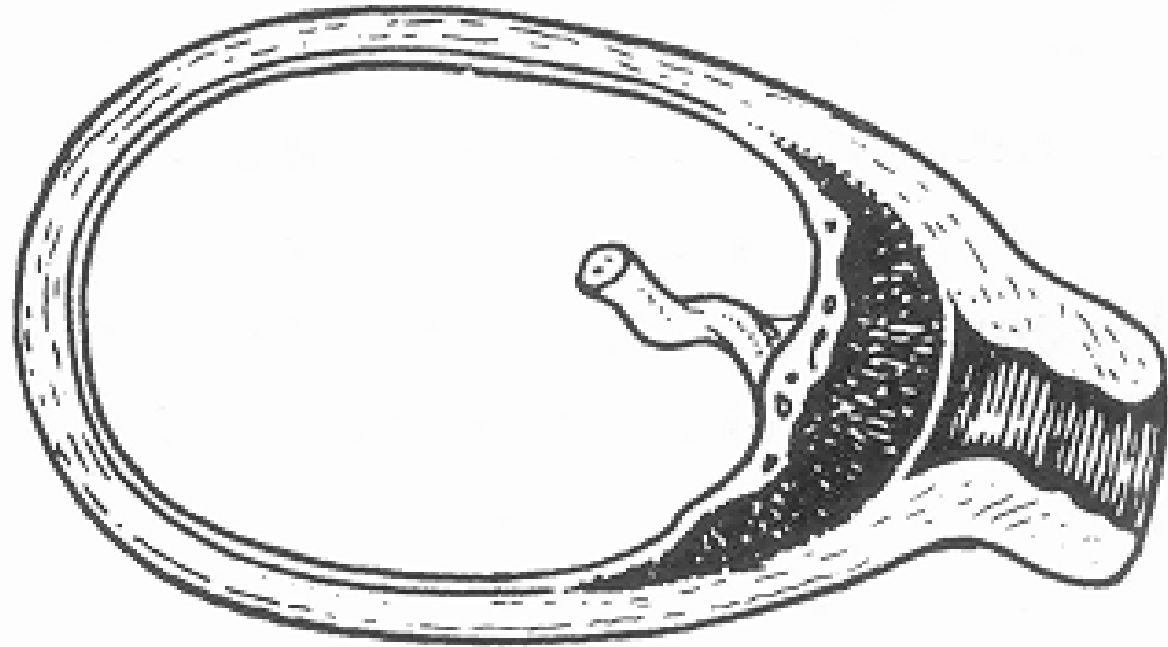
La placenta raggiunge l'orifizio interno quando è ancora chiuso, ma non lo ricopre (“marginale”).

TIPO 3



La placenta ricopre l'orifizio interno quando questo è ancora chiuso, ma non quando è completamente dilatato (“parziale” o “incompleta”).

TIPO 4



La placenta ricopre l'orifizio anche quando la cervice è completamente dilatata (“centrale” o “completa”).

Placenta prævia

Segni e sintomi

- *Intorno alla 32^a settimana, in seguito alla formazione del segmento inferiore, per stiramento, avviene la separazione del lembo placentare interessato e vi è sanguinamento*
- *Il sanguinamento è lieve e ricorrente*
- *Non vi è dolore perché il sangue non è trattenuto in cavità*

Placenta prævia

Diagnosi

- *La placenta nel segmento inferiore spinge in alto la parte presentata*
- *Può essere causa di malpresentazione fetale*
- *Può essere causa di situazione fetale anomala*
- *L'addome è soffice e rilassato*
- *Sofficità alla palpazione dei fornici (visita in camera operatoria)*
- *Conferma diagnostica con l'ecografia*
- *Limite ecografico per le localizzazioni posteriori*

Placenta prævia

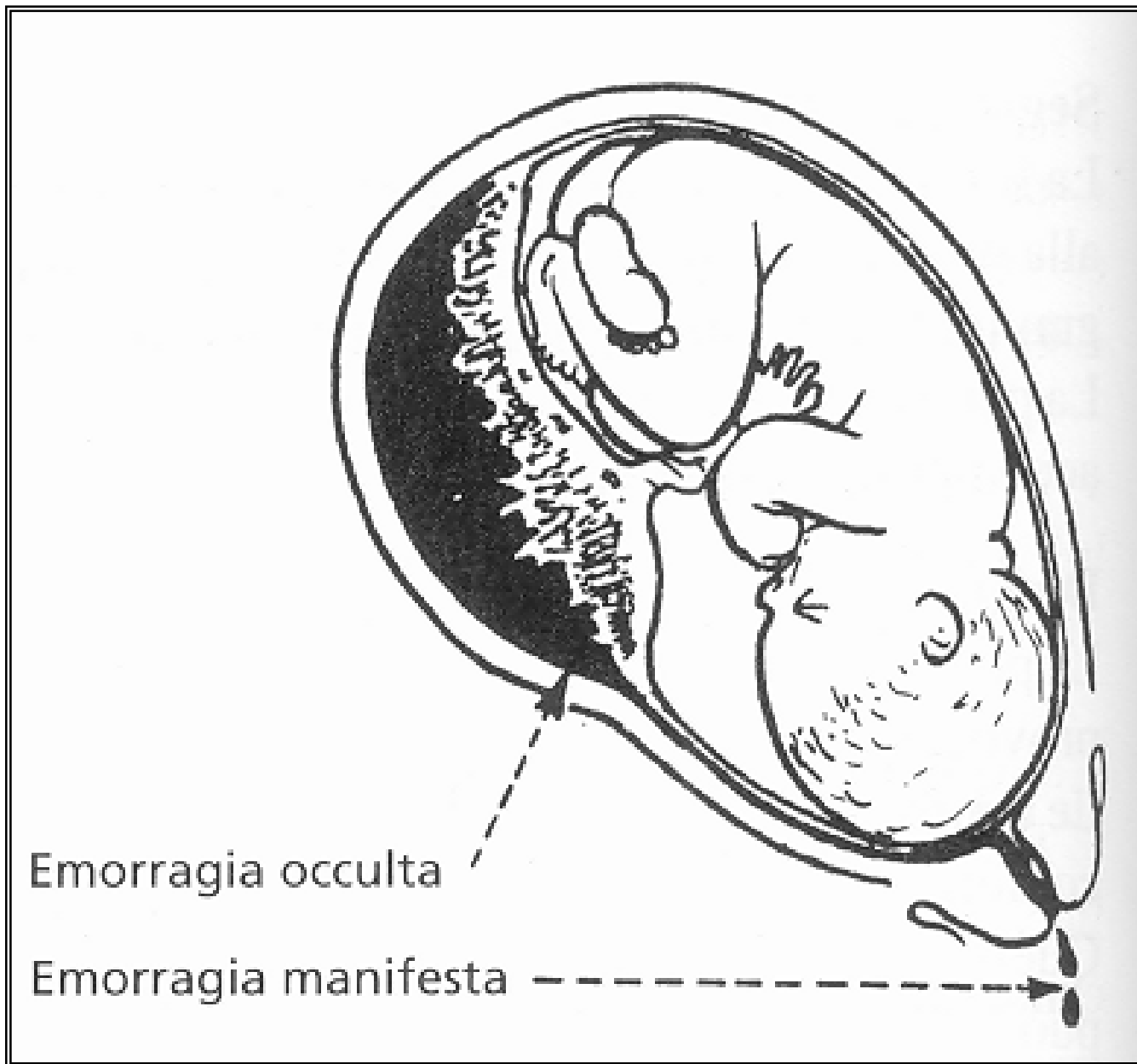
trattamento

- *Prima della 37^a scopo del trattamento è conservativo*
- *Ospedalizzazione*
- *Disponibilità di sangue compatibile*
- *Se il parto pretermine è inevitabile somministrare steroidi per la maturità polmonare fetale*
- *Taglio cesareo*
- *Solo nel primo tipo si può tentare il parto vaginale*
- *L'amnioressi può facilitare la risalita del lembo prævio e l'impegno della parte presentata*

Abruptio placentæ *(emorragia accidentale)*

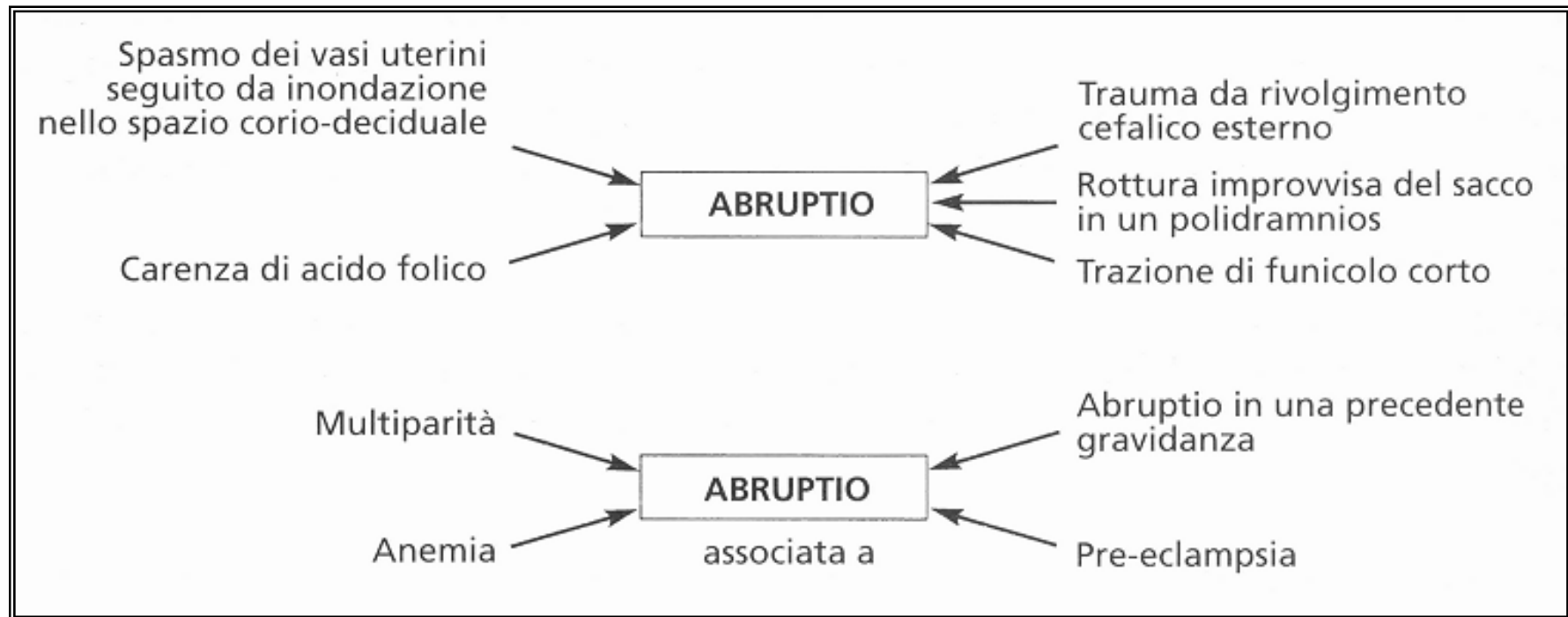
*Distacco parziale di placenta normalmente inserita
ha come conseguenza:*

- 1. Sanguinamento vaginale "manifesto"*
- 2. Sanguinamento retroplacentare "occulto"*
- 3. Sanguinamento "misto"*



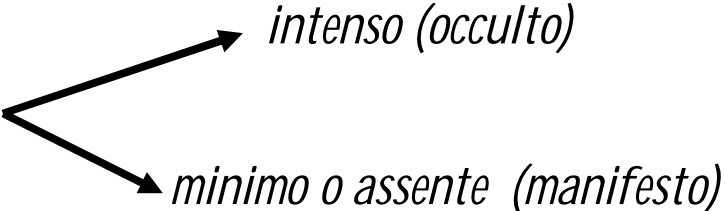
Abruptio Placentæ

Etiologia



Abruptio placentæ

Segni e sintomi

- *Forte dolore (severo e costante)* 
 - intenso (occulto)*
 - minimo o assente (manifesto)*
- *Il sanguinamento vaginale, quando presente, permette la diagnosi*
- *L'utero può presentarsi teso (ritenzione coaguli o stravasamento di sangue nella parete uterina) (utero di Couvelaire)*
- *Nei casi severi il sangue può farsi strada nel legamento largo o nella cavità peritoneale*
- *BCF non facilmente percepibile con lo stetoscopio*
- *Contrazioni uterine difficilmente percepibili*
- *Ipovolemia in base all'emorragia*
- *Morte del feto in casi molto gravi*

Abruptio placentæ

Diagnosi differenziale

Abruptio occulto può essere distinto da:

- *Polidramnios acuto*
- *Degenerazione di fibromi*
- *Peritonismo da perforazione di ulcera peptica
appendicite o altre cause*

Abruptio placentæ

Complicazioni

Deficit di coagulazione

- *Consumo dei fattori della coagulazione e/o sviluppo di fibrinolisi*
- *Riscontrare e correggere i difetti coagulativi prima del parto*
- *Trasfusione di sangue (plasma fresco congelato e concentrati piastrinici)*

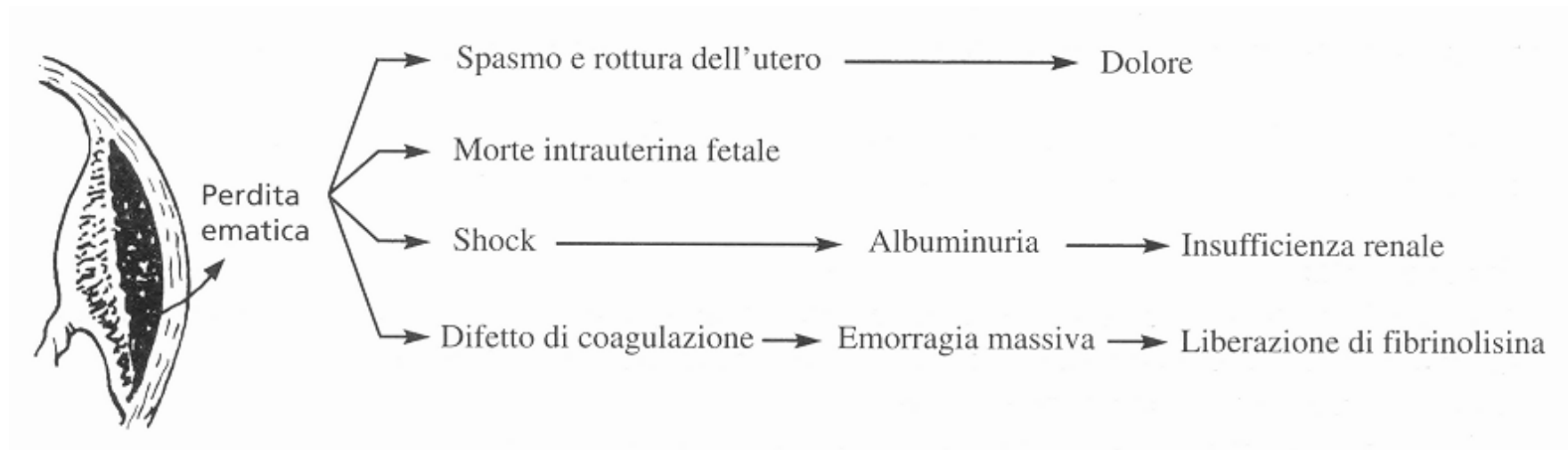
Abruptio placentæ

Complicazioni

Insufficienza renale

- *Shock ipovolemico può causare insufficienza renale prima con emoglobinuria poi con oliguria o anuria. Tutto ciò può essere dovuto sia a danno tubulare che corticale.*
- *Bisogna controllare sempre la diuresi a tutte le pazienti con "abruptio placentæ "*

Riassunto delle complicanze

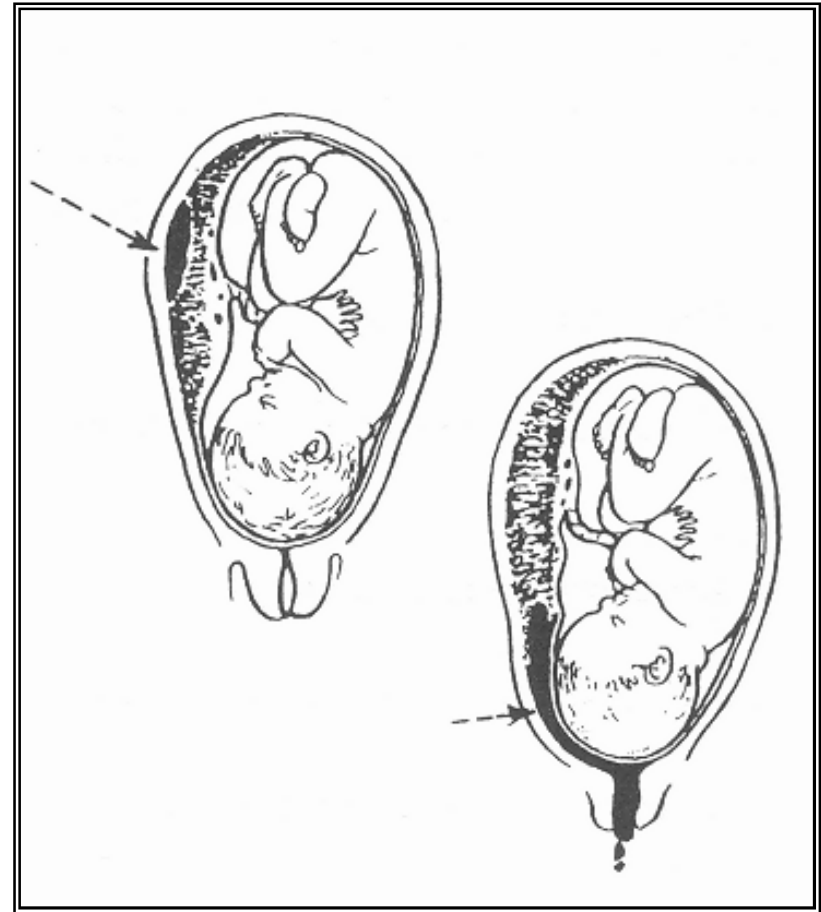


Abruptio placentæ

Trattamento

Casi lievi o incerti

- *Stretta osservazione*
- *Riposo a letto*
- *Controllo dell'emoglobina*
- *Controllo delle prove di coagulazione*



Abruptio placentæ

Trattamento

Abruptio conclamato

- *Rapido accertamento delle condizioni materne e fetali*
- *Emoglobina, prove di compatibilità, prove di coagulazione*
- *Analgesia per trattare lo shock e il dolore*
- *Trasfusione e monitoraggio della pressione venosa centrale*
- *Espletamento del parto*

Abruptio placentæ

trattamento

Il parto

- *Taglio cesareo*

Approccio clinico alle emorragie ante-partum

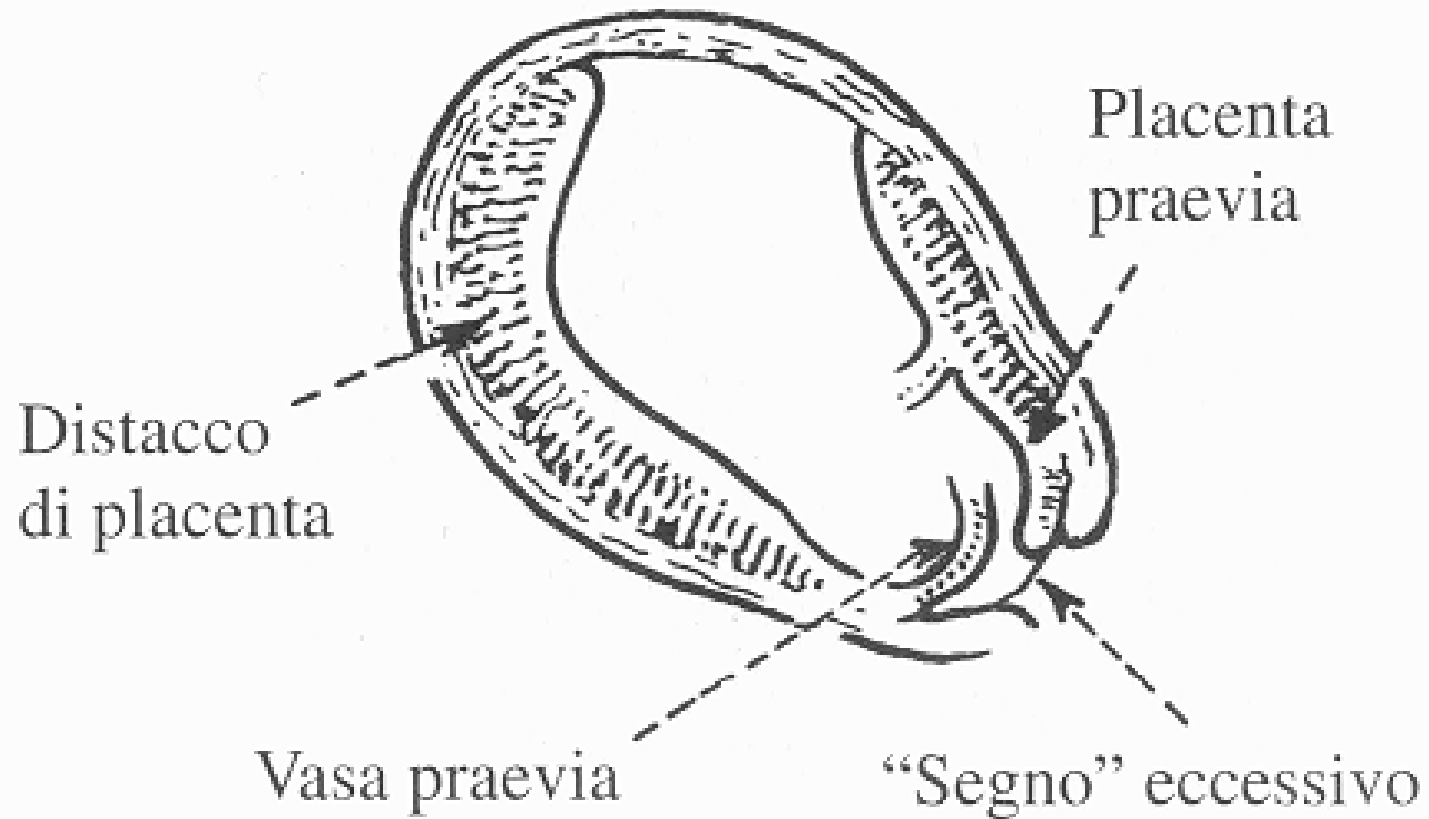
Nei casi lievi l'atteggiamento è l'attesa ed è utile seguire il seguente approccio:

- *Ricovero in Ospedale e riposo a letto*
- *Valutazione generale della madre e del feto, compresi emocromo, coagulazione*
- *Localizzare la placenta con ecografia*
- *Esame iniziale con lo speculum. Mai esplorazione digitale*

Approccio clinico alle emorragie ante-partum

- *Mobilizzazione al termine del sanguinamento*
- *Somministrare Immunoglobuline anti-D alle madri RH-negative senza anticorpi*
- *Dimissioni delle pazienti al termine del sanguinamento e quando sia stata esclusa la placenta prævia*
- *Controlli per escludere ritardo di crescita*
- *Visita in camera operatoria a 38 settimane per escludere placenta prævia nei casi in cui l'ecografia non riesce a focalizzare una prævia posteriore*
- *Attenta ispezione della placenta e delle membrane dopo il parto al fine di identificare la causa del sanguinamento*

EMORRAGIA INTRA-PARTUM



CAUSE INCIDENTALI

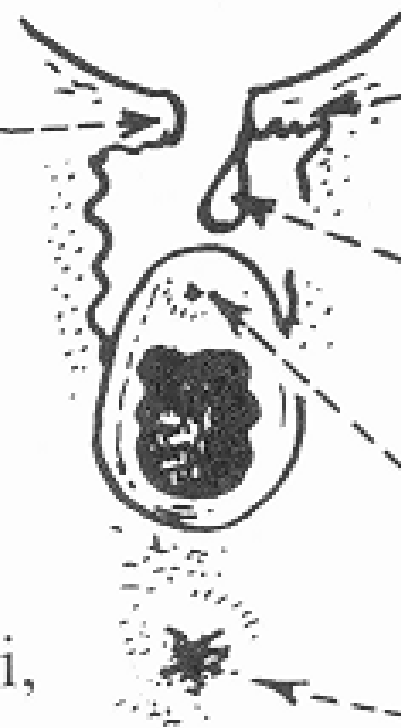
Carcinoma
cervicale

Erosione
cervicale

Polipo
cervicale

Varici
cervicali,
vaginali
o vulvari

Errore di
diagnosi, quali
emorragie del
tratto urinario
ed emorroidi



Rottura d'utero

- *Spontanea*
- *Traumatica*

Minaccia di rottura d'utero

- *Anello di Bandl (cercine di retrazione patologico)*
- *Utero a clessidra o ad otto*
- *Rottura = colpo di pugnale*
- *Shock*

Lacerazioni intra-partum

- *Collo uterino*
- *Vagina*
- *Vulva*
- *Perineo*