

Report di un caso clinico caratterizzato da due insolite complicanze entrambi esitate a lieto fine

P. GALLI¹, G. MARCOMIN², F. NICOLODI²

RIASSUNTO: Report di un caso clinico caratterizzato da due insolite complicanze entrambi esitate a lieto fine.

P. GALLI, G. MARCOMIN, F. NICOLODI

Si riferisce un caso caratterizzato da due eventi clinici sfavorevoli che, nonostante i presupposti per un esito infausto, si è invece concluso nel migliore dei modi. Trattasi di una secondipara a termine pre-cesarizzata quattro anni prima, priva di sintomi ed ammessa ad un parto di prova in cui una casuale ecografia eseguita a 38 settimane ha evidenziato un segmento uterino inferiore sottilissimo rilevatosi essere, in corso di cesareo immediatamente eseguito, un'ampia deiscenza asintomatica della pregressa cicatrice isterotomica.

A seguito di un episodio di iperpiressia insorto 9 giorni dopo la dimissione, nonostante l'assenza di sintomi uro-genitali e il contraddittorio esito di una ecografia vescicale (sui generis) e di una cistografia retrograda (negativa), alla TAC è invece risultata probante una fistola vescico-uterina post-cesarea. Riapplicato e mantenuto il catetere vescicale per 1 mese, si è assistito ad una regolare involuzione puerperale dell'utero cui è seguito il ripristino del ciclo mestruale. Dopo oltre 10 mesi di negatività sintomatologica uro-genitale e di normalità degli accertamenti eseguiti, è stato possibile escludere qualsiasi reliquato uro-genitale.

Oltrechè del buon esito neonatale e della possibilità di impiego dell'ecografia nello studio del segmento uterino inferiore quale ausilio per l'ammissibilità o esclusione dal parto di prova nelle pre-cesarizzate, vengono discusse le ipotesi etiopatogenetiche del quadro uro-genitale supposto essere una fistola vescico-uterina.

SUMMARY: Reportage of a clinical case characterised by two unusual complicances which had a double successful outcome.

P. GALLI, G. MARCOMIN, F. NICOLODI

A case characterized by two clinical events which, though at high risk of unpropitious outcome, ended up in the best manner is reported.

During a random abdominal echography performed at 38 weeks of pregnancy in a pre-cesarized asymptomatic patient admitted to trial of labour, a very thin uterine inferior segment was found which resulted to be a wide asymptomatic dehiscence of the uterine scar.

Following hyperthermia arose nine days after discharge, in spite of absence of uro-genital signs and symptoms and of not-conclusive and controverse results of a retrograde cystography and a bladder echography, the Computerized Assial Tomography was probative a post-cesarean vesical-uterine fistula.

While a trans-urethral catheter was kept for one month, a regular puerperal genital involution was obtained. Menstruation reappeared one month after catheter removal. Ten months later, the absence of urogenital signs and symptoms and the normal outcome of diagnostic investigations exclude any uro-genital lesions. Beside the propitious neonatal outcome and the possible use of the echographic study of inferior uterine segment for admission to trial of labour in precesarized patients, the etiopathogenetic hypothesis of the uro-genital scenario was discussed.

KEY WORDS: Deiscenza della cicatrice uterina - Fistola vescico - uterina.
Uterine scar dehiscence - Vesico-uterine fistula.

Introduzione

Tra gli addetti ai lavori di lungo corso è ben nota, tanto da costituire una sorta di regola non scritta, la personale esperienza o conoscenza di almeno un caso clinico, o più, in cui per un imprevedibile, imponderabile, incontrollabile e sfortunato concatenarsi di eventi sfavorevoli, la prognosi sia andata progressivamente e inesorabilmente peggiorando fino a provocare gli esiti

infausti più disparati. Per lo più tali eventi rimangono un indelebile bagaglio della esperienza professionale di quei medici, ma spesso di tali eventi non rimangono tracce se non quando danno adito a strascichi giudiziari. Questa nota vuole riferire un caso clinico che, pur avendo tutti i presupposti per concludersi in una cosiddetta "tragedia ostetrica" nonchè alcuni ragionevoli motivi per esitare in reliquati uro-ginecologici invalidanti, si è invece concluso nel migliore dei modi.

Caso clinico

Sabato 3 luglio 2004, alle ore 11, si è presentata all'Accettazione del reparto la Sig.ra S.M. di anni

¹ Consulente APPSS - Provincia Autonoma di Trento

² Ospedale di Cles - APPSS, Trento U.O. di Ostetricia e Ginecologia
(Direttore: F. Nicolodi)

Pervenuto in Redazione: giugno 2005

© Copyright 2005, CIC Edizioni Internazionali, Roma

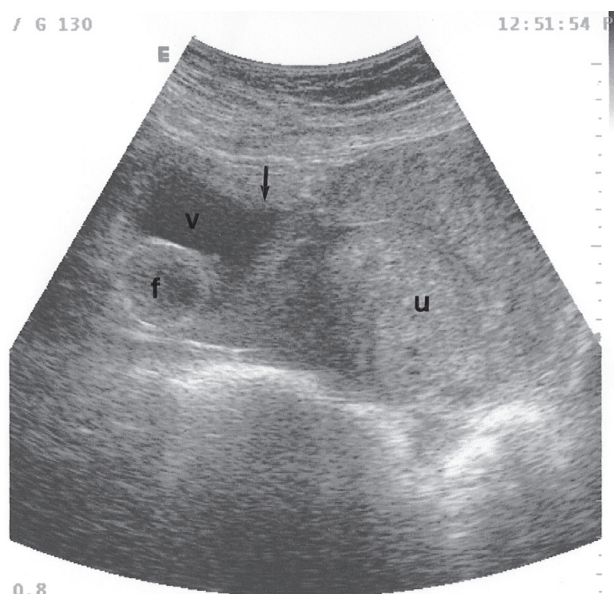


Fig. 1 - Ecografia vescicale per riempimento retrogrado. (u: utero; v: vescica; f: catetere di Fooley). A circa 300 cc di riempimento la vescica assume una deformazione (- - >) a livello del fondo.

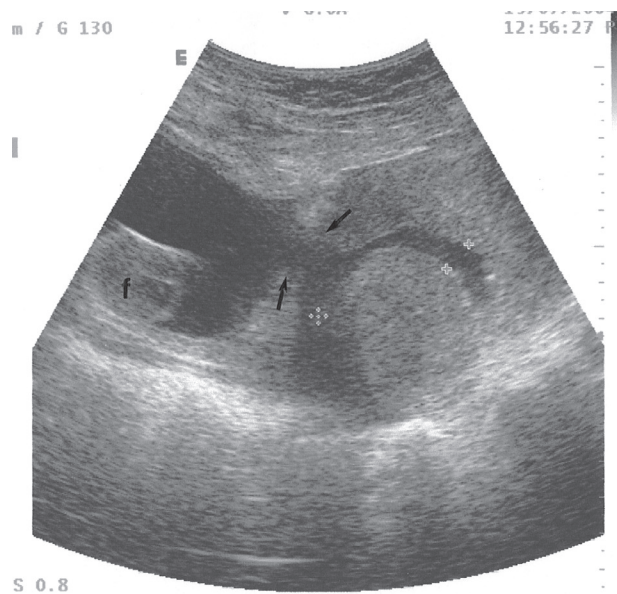


Fig. 2 - Oltre 300 cc di riempimento vescicale (f: catetere di Fooley) si evidenzia uno iatus del segmento uterino inferiore (-- > < --) con espansione della cavità uterina (* e +). La vescica assume una immagine a "clessidra" che non è identificabile nella foto, che vuole principalmente evidenziare lo iatus attraverso il quale la vescica ernia nella cavità uterina.

32, (C. Cl. n. 3298/04) secondipara a termine, già cesarizzata 4 anni prima, programmata per un cesareo iterativo da eseguire 5 giorni dopo, salvo essere ammessa al parto di prova prima di quella data, qualora ad esordio spontaneo ed evoluzione regolare. La paziente non dichiarava alcun sintomo particolare salvo l'aspettativa di un controllo rassicurativo. Sottoposta a monitoraggio cardiocografico, il cardiogramma risultava normale e il tocogramma privo di attività contrattile e con regolare motricità fetale. La visita evidenziava un collo pressoché conservato, pervio al dito; membrane integre e parte presentata alta mobile. Nelle more se rinviare o meno la paziente a domicilio in attesa degli eventi, si ritenne di utilizzare l'ecografo posto *bed-side*, anche se in assenza di un protocollo in proposito.

Evento perinatologico: la scansione sagittale sovrapubica ha evidenziato una vescica discretamente distesa cosicché ove il fondo della vescica si ribatte con la plica vescico-uterina sulla parete uterina, ovvero nel punto di reperi chirurgico che identifica il segmento uterino inferiore, si poteva osservare un setto di 3 mm di spessore che separava la vescica dalla cavità amniotica. Si è deciso di procedere immediatamente ad un taglio cesareo per sospetta descesa della cicatrice uterina. Aperto il peritoneo parietale, il segmento inferiore era rappresentato da una losanga di diametro trasverso di circa 5 cm e cranio-caudale di circa 2-3 cm, la cui parete era costituita solo dal peritoneo viscerale, cui sottostava-

no le membrane, e il cui spessore era, diversamente dalla stima ecografica, non superiore a 1 mm. Per trasparenza si potevano vedere una falda di liquido amniotico e i capelli fetali. L'intervento, eseguito con particolare cura data l'eccezionalità del reperto, non ha presentato alcuna difficoltà.

Evento uro-ginecologico: alla fine dell'intervento l'urina drenata dal catetere vescicale appariva a lavatura di carne e tale è rimasta per 12 ore. Eseguito un lavaggio vescicale a bassa pressione, l'urina è tornata limpida per molte ore per poi riapparire micro-ematica, cosicché si è deciso di mantenere il catetere *in situ* per almeno 24 ore oltre la normalizzazione dell'urina. La paziente è stata dimessa in quinta giornata in condizioni di apparente benessere e di normale funzione minzionale.

Dopo 9 giorni dalla dimissione la paziente è tornata in reparto e nuovamente ricoverata il 17.7.04 (C.Cl. n. 3539/04) per un improvviso e breve dolore retropubico, cui aveva fatto seguito febbre alta. Sebbene la minzione fosse conservata e regolare con urine limpide e sebbene non fossero presenti né sintomi, né segni di una perdita di urina da sede ectopica, è stato posto il sospetto di una qualche lesione vescicale data l'ematuria macroscopica riscontrata nelle ore successive all'intervento e nonostante l'assenza di dati di evidenza intraoperatoria. Nelle more di una consulenza urologica, è stato riapplicato il catetere vescicale e iniziato un trattamento antibiotico, nonché eseguita una ecografia vescicale

sotto riempimento. A circa 300 cc di riempimento, l'immagine ecografica della vescica assumeva una deformazione (Fig. 1); a riempimento maggiore si osservava una forma "a clessidra" per espansione della cavità uterina (Fig. 2) senza però alcuna perdita di liquido attraverso la vagina, nonostante la beanza del canale cervicale. Svuotata la vescica, si assisteva al contestuale totale svuotamento della cavità uterina senza, cioè, alcun residuo in essa del liquido di riempimento.

Gli urologi hanno suggerito una cistografia retrograda ed una TAC. La cistografia ha dato esito negativo per una qualsivoglia lesione vescicale ed evidenziato un completo svuotamento dopo minzione volontaria; la TAC è invece risultata "probativa per un sospetto di fistola vescico-uterina".

È stato deciso di mantenere il catetere vescicale *in situ* per almeno 1 mese per poi rivalutare il caso dopo che si fosse sperabilmente ottenuta una regolare involuzione peruprale dell'utero. La paziente, immediatamente febbrata e in ottimali condizioni di salute, è stata definitivamente dimessa il 22 luglio con il catetere *in situ* ed una periodica assunzione profilattica di disinfettanti urinari e frequenti urinocolture.

Dopo 35 giorni di cateterismo a permanenza è stata eseguita una nuova ecografia vescicale con riempimento fino a 400 cc. Essendo il profilo vescicale normale, l'utero regolarmente involuto e la paziente priva di qualsiasi sintomatologia, si è deciso di rimuovere il catetere ma di omettere, per il momento, ogni altra indagine salvo istruire appropriatamente la paziente. Si è deciso cioè di temporeggiare in attesa del ripristino del ciclo mestruale ovvero di dilazionare un eventuale intervento riparativo della ipotizzata fistola vescico-uterina post-cesarea a tempo debito dopo il parto, come si conviene in questi casi.

La puerpera ha mestruato per la prima volta 2 mesi dopo il parto e da allora con regolarità e senza sintomi e segni uro-ginecologici di alcun tipo.

Commento dell'evento perinatologico

In letteratura si distingue, in gravidanza, tra perforazione accidentale dell'utero, minaccia di rottura d'utero, rottura d'utero (spontanea o traumatica) completa, incompleta e complicata, deiscenza e fissurazione della cicatrice isterotomica. Si ritiene che la prognosi materno-fetale della deiscenza asintomatica sia buona, salvo costituire il tempo prodromico della rottura d'utero (1, 5). Circa l'impiego dello studio ecografico del segmento uterino inferiore (SUI) quale ausilio per l'ammissione delle

precesarizzate al parto vaginale di prova si è riferito altrove (2): in questa sede intendiamo solo sottolineare come il causale ed occasionale riscontro ecografico di una presumibile deiscenza della pregressa cicatrice uterina, poi rilevata tale, abbia evitato il consumarsi di una "tragedia ostetrica".

Commento dell'evento uro-ginecologico

Ci appare difficile identificare con certezza cosa sia avvenuto a livello vescico-uterino, sia per effetto della deiscenza che del taglio cesareo. Data infatti l'eccezionalità del caso, molta attenzione fu posta nell'ispezione intraoperatoria e nella sutura della deiscenza: riteniamo di poter affermare con ragionevole certezza che non erano presenti lesioni vescicali alla fine dell'intervento. La stessa sutura del segmento inferiore fu peraltro assai semplice giacché, estratto il feto, il lembo distale del segmento inferiore si porgeva spontaneamente per il suo clampaggio in un campo operatorio assolutamente esangue fino al distacco della placenta. Cosicché il segmento inferiore venne suturato con la tecnica consueta consistente in due punti in croce posti ai due angoli della breccia isterotomica e in una continua; fu pure suturato in continua sia il peritoneo viscerale che il peritoneo parietale, secondo la tecnica consueta non-Stark.

Eppure, a fronte dell'assenza di perdita di urina da sedi ectopiche, di una cistografia negativa e di una ecografia vescicale *sui generis*, la TAC eseguita 12 giorni dopo l'intervento risultava probativa per una fistola vescico-uterina post-cesarea.

L'ipotesi di una lesione vescicale contestuale alla deiscenza uterina - peraltro più comune nelle rotture spontanee degli uteri non già operati (4) - è da escludere, data la mancanza di sintomi e segni preoperatori.

L'ipotesi di una lesione vescicale intra-cesarea, seppure ipotizzabile a seguito della macroematuria nelle prime 24 ore post-operatorie e anche se esclusa dalla cistografia (ma non da una cistoscopia che non fu mai eseguita), ci appare pure improbabile sia per la particolare attenzione posta durante l'intervento, sia per la mancanza di segni e sintomi di spandimento di urina (intra o retroperitoneale) almeno nel tempo intercorso tra la rimozione del catetere, avvenuta in quarta giornata, e il nuovo ricovero avvenuto 10 giorni dopo la rimozione.

È ipotizzabile, seppure razionalmente escludibile, che contestualmente alla sutura del segmento inferiore l'ago abbia potuto trafiggere il detrusore: tuttavia una ematuria nelle prime ore post-operatorie non costituisce un riscontro così raro, sia dopo

cesarei che altri interventi ginecologici e senza che, per questo, vi siano danni dell'urotelio.

L'ipotesi, infine, di una fistola vescico-uterina post-cesarea sembrerebbe una contraddizione in termini giacchè, per definizione, un tramite fistoloso - tanto più se urinario - è tale in quanto non guarisce spontaneamente. Inoltre, il quadro ecografico *sui generis* sembrerebbe escludere la presenza di urina libera in cavità uterina, che peraltro non mai è defluita dalla vagina nonostante la beanza, nel puerperio iniziale, del canale cervicale. Ci appare invece più probabile presumere che, proprio per effetto della più totale mancanza di sanguinamento dei lembi diastasati del segmento inferiore, una ischemia tissutale - ancor più accentuata dalla sutura - abbia provocato una parcellare necrosi tale da determinare uno iatus attraverso il quale è protruso il fondo vescicale a mo' di diverticolo. Un tale evento potrebbe giustificare l'improvviso dolore retropubico e l'iperpiressia insorti 9 giorni dopo la dimissione. Infatti, a fronte di una cistografia negativa (forse eseguita a riempimento troppo basso (3)) e di una TAC probativa di una fistola vescico-uterina post-cesarea, il quadro ecografico vescicale caratterizzato dalla espansione della cavità uterina, ma senza che mai l'uria (o il liquido di riempimento) fosse defluita attraverso la vagina, potrebbe appunto essere suggestivo di una erniazione vescicale in utero.

In tutti i casi, il mantenimento del catetere vescicale e la regolare involuzione puerperale dell'utero possono avere agevolato un'adeguata rimarginazione del SUI.

Dopo 10 mesi dall'intervento e il regolare ripristino del ciclo mestruale (8 mestruazioni da allora) non si è mai manifestata nè perdita involontaria di urina da sedi ectopiche, nè menuria.

Anche l'indagine urodinamica, suggerita dal medico di famiglia ed eseguita 4 mesi dopo l'intervento, è risultata assolutamente normale.

Conclusioni

Il riscontro ecografico della deiscenza uterina silente ci ha indotto ad adottare un protocollo di studio ecografico del segmento uterino inferiore in gravidanza del quale abbiamo già proposto i ri-

sultati preliminari (2), esistendo in letteratura solo occasionali e non conclusivi studi in proposito (6, 7). In questa sede vogliamo solo segnalare come un'occasionale ecografia eseguita in assenza di ogni protocollo in proposito abbia evitato che il caso potesse evolvere in una rottura d'utero come comunemente accade, essendone la deiscenza un momento prodromico.

Permangono dei dubbi, o quanto meno non abbiano assolute certezze, circa quanto sia invece accaduto a livello vescico-uterino. La più autorevole delle indagini diagnostiche eseguite (la TAC) deponeva per una fistola vescico-uterina post-cesarea.

Questa può essere di due tipi:

- 1) con transito di urina in utero e perdita di urina attraverso la vagina (quale si realizza precocemente dopo un taglio cesareo) o fistola vescico-uterina post-cesarea propriamente detta;
- 2) con transito di sangue mestruale in vescica e conseguente menuria (quale si realizza tardivamente dopo un cesareo ovvero dopo la ripresa del ciclo mestruale), o Sindrome di Youssef (8).

Nel caso clinico in questione nonostante l'assenza di perdita involontaria di urina di qualsiasi tipo; l'assenza di raccolta e imbibizione urinaria dei tessuti addominali, pelvici e la negatività della cistografia salvo un reperto ecografico vescicale *sui generis*, per la diagnosi ha prevalso il referto della TAC, seppure probativo (e non di certezza) di una fistola vescico-uterina. Ma, dato il buon esito, riteniamo che si possa ragionevolmente escludere che si trattasse di una fistola vescico-uterina post-cesarea propriamente detta (traumatica o ischemica che fosse) o di una Sindrome di Youssef, data - per definizione - l'impossibilità di una guarigione spontanea sia di una fistola vescico-uterina post-cesarea propriamente detta, che di una Sindrome di Youssef.

Abbiamo ritenuto di segnalare questo caso clinico doppiamente fortunato (in ambito perinatologico e uro-ginecologico) perchè, nonostante il presupposto ecografico (la deiscenza) e l'indizio della TAC (la fistola vescico-uterina) per temere un esito doppiamente sfavorevole, al contrario, data la buona indole della paziente che ha accettato l'adozione di provvedimenti tempestivi (il cesareo) e prudenti (il cateterismo vescicale a lunga permanenza), si sono ottenuti risultati soddisfacenti ovvero di normalizzazione.

Bibliografia

1. CANDIANI G.B., DANESINO V., GASTALDI A.: *La Clinica Ostetrica Ginecologica*. Ostetricia, Masson, II Ed., pag. 788, 1996.
 2. GALLI P., MARCOMIN G., NICOLODI F.: *Ruolo dello studio ecografico del Segmento Uterino Inferiore nella ammissione al parto di prova nelle precesarizzate*. Gior. It. Ost. Gin. XXVII, 131-134, 2005.
 3. FREED S.Z., HERZIG N.: *Injury to the lower urinary tract resulting from pregnancy*. In: Freed & Herzig "Urology in Pregnancy", Williams & Williams, Baltimore, 185-195, 1982.
 4. KEREN O., SHEINER E., LEVY A., KATZ M., MAZOR M.: *Uterine rupture: differences between a scarred and unscarred uterus*. Am. J. Obstet. Gynecol., 191, 425-429, 2004.
 5. PESCIETTO G., DE CECCO L., PECORARI D., RAGNI N.: *Ginecologia e Ostetricia*. S.E.U., II Ed., pag. 1995 e 2052, 2002.
 6. RIZZITIELLO A., ALBA E., FARINA C., MACCHIA A., MAFFEI S., VERCELLINO G., WIERDIS T.: *Valutazione ecografica combinata transvaginale e transaddominale della cicatrice istrerotomica da pregresso taglio cesareo nella gravidanza a termine*. Perspect. Gynaec., 9, 19, 1992.
 7. ROZENBERG P., GOFFINET F., PHILIPPE H.J.: *Ultrasonographic measurement of lower uterine segment to assess risk of defects in scarred uterus*. Lancet, 347, 281-285, 1996.
 8. YOUSSEF A.F.: *Menouria following lower segment cesarean section: a syndrome*. Am. J. Obstet. Gynecol., 73, 759-762, 1957.
-