

Gravidanza a termine complicata da placenta previa multilobata in donna già cesarizzata. Case report

T.G. TOMASELLI, L. SCIASCIA, G. ZARBO

RIASSUNTO: Gravidanza a termine complicata da placenta previa multilobata in donna già cesarizzata. Case report.

T.G. TOMASELLI, L. SCIASCIA, G. ZARBO

La placenta previa marginale senza emorragie, la placenta multilobata e l'inserzione velamentosa del funicolo sono tutte condizioni ostetriche alquanto rare. Una ricerca degli articoli pubblicati negli ultimi 10 anni, condotta su PubMed, utilizzando come key words "velamentous insertion" e "marginal placenta previa", ha prodotto 28 articoli per l'inserzione velamentosa del funicolo e solo 3 per la placenta previa marginale. Per la placenta multilobata è stato rinvenuto un solo articolo datato 1973. Inoltre, non esistono articoli, in cui si descrive la presenza contemporanea di tali patologie. Si riporta un caso in cui questa evenienza si è verificata.

SUMMARY: Term pregnancy complicated with multylobate placenta previa after single cesarean section. A case report.

T.G. TOMASELLI, L. SCIASCIA, G. ZARBO

The marginal placenta previa without haemorrhage, multylobate placenta and velamentous insertion of the umbilical cord (VCI), are a fairly rare events, and hardly occur concomitantly. A review of the literature published between 1996 and 2006 was performed using a PubMed-assisted search using the key words "velamentous insertion", "marginal placenta previa" and "multylobate placenta". We found 28 items for velamentous insertion of the umbilical cord, 3 items for marginal placenta previa and only one item for multylobate placenta, dated 1973. Moreover, we weren't able to find any item for the 3 key words at the same time. We report a case in which such lesions occurred simultaneously.

KEY WORDS: Placenta previa - Multilobata - Inserzione velamentosa.
Placenta previa - Multylobate placenta - Velamentous cord insertion.

Introduzione

Si definisce *placenta previa* l'impianto di questa sul segmento uterino inferiore.

Dal punto di vista topografico si distinguono:

- *Placenta previa laterale*, quando il bordo placentare dista meno di 5 cm dall'orifizio uterino interno.
- *Placenta previa marginale*, quando il suo bordo lambisce, o quasi, l'orifizio uterino interno.
- *Placenta previa centrale*, quando l'area di inserzione ricopre, in tutto o in parte, l'orifizio uterino interno.

La prevalenza della placenta previa è approssimati-

vamente di 1 ogni 200 parti, elevandosi con l'aumentare dell'età; dopo i 35 anni il rischio relativo aumenta di 3-4 volte (6).

I fattori di rischio più frequenti per tale patologia sono l'età avanzata della gravida, la multiparità, precedenti aborti (spontanei e/o indotti), precedenti tagli cesarei (1), miomectomie, etc (3). L'unico sintomo della placenta previa è la metrorragia che si verifica tipicamente nel corso del terzo trimestre di gravidanza. La gravità e la precocità dell'emorragia è in rapporto ingravescente dalla placenta previa laterale alla centrale. L'emorragia, di colore rosso vivo, insorge improvvisamente e non è accompagnata né da dolori né da ipertono uterino. Il rischio materno dipende dall'entità emorragica e dalla tempestività terapeutica. I rischi fetali sono legati essenzialmente alla prematurità e all'anemia materna. La diagnosi, oggi, viene posta con l'esame ecografico, mentre viene sconsigliata l'esplorazione vaginale.

La placenta multilobata è una anomalia placentare

molto rara. Si caratterizza per la presenza di 3 o più lobi staccati tra loro; frequentemente, è accompagnata dall'inserzione velamentosa del funicolo. In questi casi non è rara l'emorragia del post-partum, in relazione a lobi che possono rimanere attaccati in cavità uterina (7). Drammatici eventi, specie per il feto, possono verificarsi in caso di parto vaginale e ciò in relazione all'inserzione velamentosa del funicolo, che si verifica in una piccola percentuale di casi (0,24-1,8% di tutte le gravidanze) (4). In tale condizione il funicolo si inserisce sulle membrane ad una certa distanza dal margine placentare ed i vasi funicolari decorrono per un tratto più o meno lungo nell'interstizio fra corion ed amnios prima di raggiungere il bordo della placenta. Quando i vasi attraversano la zona del polo inferiore delle membrane amnio-coriali, si parla di vasi previ. In questo caso c'è il rischio di lacerazione dei vasi in seguito alla rottura delle membrane, con conseguente morte del feto per anemia acuta nello spazio di pochi minuti. Inoltre, poiché i vasi sono privi del rivestimento protettivo della gelatina di Wharton, il rischio di compressione, di rottura o di trombosi è molto più alto rispetto ai casi in cui il cordone ombelicale è normalmente inserito. L'inserzione velamentosa del funicolo è il risultato dello sviluppo laterale del tessuto placentare, lasciando, così, il cordone ombelicale in un'area, che diventerà atrofica (2). La diagnosi dell'inserzione velamentosa del funicolo viene posta difficilmente prima del secondamento, anche se molti lavori, predittivi di tale patologia, sono stati pubblicati. Spesso tali eventi sono stati evidenziati come reperti occasionali (5, 8).

Caso clinico

La signora P.G. di anni 38 viene ricoverata presso l'U.O. di Ginecologia ed Ostetricia del Policlinico di Catania il 22 settembre 2006, con la diagnosi di III gravidanza alla 38° settimana, presentazione podalica, natiche sole in S.S.A.

All'anamnesi si riscontra una familiarità per ipertensione. Menarca a 12 anni con mestruazioni successive regolari per ritmo, quantità e durata. La paziente è attiva sessualmente dal 1993 e ha fatto uso di contraccettivi orali. Non riferisce consanguineità con il marito. Ricorda i comuni esantemi dell'infanzia, nega patologie infettive e nega allergie a farmaci. Ha avuto 2 gravidanze, di cui una conclusasi con taglio cesareo nel 1995 (nel corso del quale fu effettuata miomectomia) e l'altra con I.V.G. nel 2001 per sindrome di Down.

Durante la gravidanza, la paziente è stata sottoposta a controlli mensili da parte del suo ginecologo di fiducia e sono stati effettuati i normali controlli ecogra-

fici e l'esecuzione dell'amniocentesi in 15^a settimana. Non fu mai evidenziata la presenza di inserzione bassa dell'uovo. Nel 3° trimestre non ha effettuato ecografia. L'incremento ponderale è stato di 17 Kg. All'esame obiettivo generale risultano indenni l'apparato cardiovascolare, polmonare e muscolo-scheletrico. Gli esami di laboratorio mostrano: globuli rossi $4,13 \times 10^6$ μ l, globuli bianchi $6,64 \times 10^3$ μ l, Hb 12,4 gr/dl, ematocrito 35,6%, piastrine 177×10^3 μ l, azotemia 23 mg/dl, glicemia 86 mg/dl, creatinina 0,74 mg/dl, bilirubina totale 0,90 mg/dl, transaminasi GOT 32 U/I, transaminasi GPT 34 U/I. L'esame ostetrico evidenzia il fondo uterino a 35 cm, presentazione podalica natiche sole in S.S.A.

Date le dimensioni del feto, la presentazione podalica, il pregresso taglio cesareo e le contrazioni frequenti, si decide di eseguire taglio cesareo con l'anestesia spinale. Laparotomia trasversale soprapubica; la vescica è particolarmente stirata in alto; incisione del peritoneo quasi all'altezza dell'ombelico; sul segmento inferiore presenza di abnorme rete vascolare "caput medusae"; incisione del segmento inferiore; estrazione podalica del feto attraverso il tessuto placentare. Il feto è di 3600 gr, di sesso maschile, I.A. 10/10. Secondamento manuale.

La placenta multilobata è costituita dal corpo principale di cm 15x14x3 inserito sul segmento inferiore, che si presenta esageratamente disteso e sottile, e da due altri corpi del diametro massimo di 8 cm; l'inserzione del funicolo è velamentosa; la decidua basale è ricoperta da alcune aree biancastre ed altre emorragiche (Fig. 1, 2).

Poiché il lembo inferiore dell'isterotomia è a ridosso della vescica, lo si prepara al fine di risuturare la breccia uterina; durante le manovre si apre il fondo della vescica. Sutura del segmento inferiore con appli-

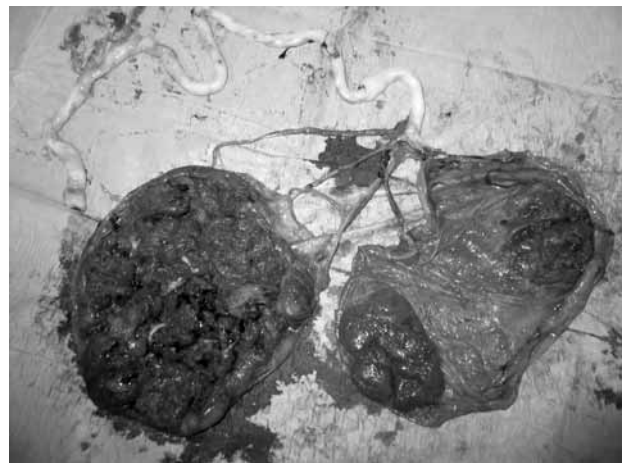


Fig. 1 - Placenta trilobata: versante materno con inserzione velamentosa del funicolo. Il lobo principale era previo.

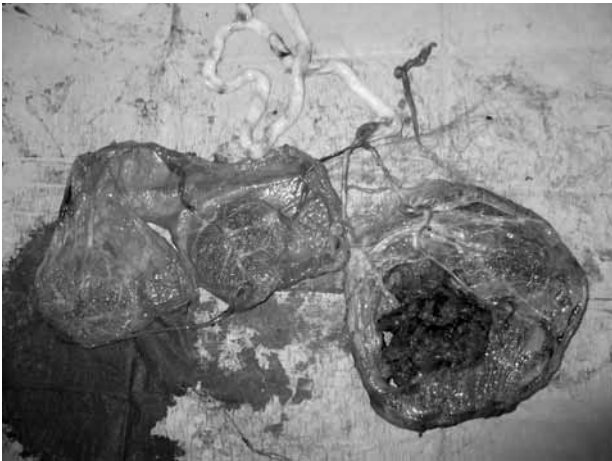


Fig. 2 - Placenta trilobata: versante fetale.

cazione di punti a “plissé” per ridurre l’iperdistensione. Insorge grave atonia dell’utero, con copiosa emorragia, che va ad aggiungersi alla perdita ematica che si era avuta durante l’estrazione del feto ed il secondamento.

Si presenta dunque un’emergenza emorragica con perdita di circa 2,5 l di sangue in 10 minuti (Hb 6,5 g/dl). In considerazione delle condizioni cliniche, la paziente viene intubata e ventilata meccanicamente, previa sedazione, analgesia e curarizzazione, si somministrano colloidi (1 l), cristalloidi (1,5 l), emazie concentrate (4 unità), plasma (1 unità), albumina 20% (500ml). Il reintegro volêmico è effettuato attraverso vari accessi venosi di calibro adeguato. Controllo dell’atonia mediante somministrazione di isterotonici sia per via venosa che intramurale. Sutura della breccia vescicale con vicryl doppio 0. Controllo della continenza della sutura con immissione di blu di metilene in vescica. Controllo dell’emostasi. Applicazione di tegola di drenaggio nello spazio vescico-uterino. Chiusura delle pareti a strati. Sutura intradermica della cute.

In seguito al tempestivo controllo dell’emorragia, con reintegro volêmico e supporto di dopamina, la paziente si è sempre presentata miotica con pressione arteriosa sempre rilevabile attraverso catetere arterioso. Durante il reintegro volêmico si somministra etilefrina in boli e noradrenalina in infusione, al fine di combattere la grave ipotensione instauratasi. Dopo il reintegro si ha Hb 10,5 g/dl e si ottiene la stabilizzazione emodinamica (PA 125/80 mmHg).

La paziente viene trasferita in UTI, dove sedata, viene ventilata meccanicamente e riscaldata. Dopo 12 ore viene sospesa la sedazione e rimosso il tubo endotracheale. La paziente non lamenta dolore. Dopo 24 ore, in seguito a controlli (emogasanalisi, emocromo e screening coagulazione), la paziente, ormai vigile, orientata e collaborante, in respiro spontaneo con SpO₂ 98%, viene riportata in reparto per il puerperio.

Il puerperio è stato afebrile. Viene dimessa in 10^a giornata, mantenendo il catetere vescicale transuretrale per ulteriori 7 giorni.

L’esame istologico del materiale inviato (placenta e biopsia su parete vescicale) ci fornisce le seguenti informazioni:

- Placenta multilobata con inserzione velamentosa del funicolo. Villi di tipo terminale con numerosi knots sinciziotrofoblastici; diffusa necrosi fibrinoide perivillosa e intervillosa. Decidua basale con diffusi fenomeni regressivi, aree di necrosi ed emorragia.
- Frammenti di cotiledoni placentari con spiccate alterazioni regressive; assenti strutture riferibili a parete vescicale.

Conclusioni

La prima considerazione che possiamo fare, analizzando il caso clinico esposto, ci consente di ribadire, ancora una volta, i rischi potenziali che sono impliciti in tutti i casi ostetrici.

La nostra paziente, infatti, aveva avuto una gravidanza perfettamente normale ed affrontava un taglio cesareo programmato, senza alcun evidente fattore di rischio. Tuttavia, in maniera improvvisa per il sommersi di elementi imprevedibili, si è avuta una grave emergenza emorragica, che, nel giro di pochi minuti, ha messo a repentaglio la vita della donna.

Questi eventi così drammatici, sia pure rari, sono possibili in qualunque parto e dovrebbero essere tenuti presenti, oltre che dai medici, anche dall’opinione pubblica, che, invece, tende a ritenerli sempre espressione di colpa professionale.

Un ultimo commento si riferisce alla difficoltà o addirittura all’impossibilità di effettuare una diagnosi ecografica delle patologie annessiali. Nel nostro caso, infatti, nessuna delle tre condizioni anomale era stata diagnosticata ecograficamente, ma ancora una volta, non per imperizia del medico, bensì per i limiti stessi della metodica.

Bibliografia

1. ANANTH C.V., SMULIAN J.C., VINTZILEOS A.M.: *The association of placenta previa with a history of cesarean delivery and abortion: a metaanalysis*. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1997;177:1071-8.
 2. FELDMAN D.M., BORGIDA A.F., TRYMBULAK W.P., BARSOOM M.J., SANDERS M.M., RODIS J.: *Clinical implications of velamentous cord insertion in triplet gestations*. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2002;186:809-11.
 3. FRANCOIS K., JOHNSON J.M., HARRIS C.: *Is placenta previa more common in multiple gestations?* American Journal of Obstetrics and Gynecology 2003;188:1226-7.
 4. KOUYOUMDJIAN A.: *Velamentous insertion of the umbilical cord*. Obstet Gynecol 1980;56:737-42.
 5. LEE W., LEE V., KIRK J.S., SLOAN C.T., SMITH R.S., COMSTOCK C.H.: *Vasa Previa: Prenatal diagnosis, natural evolution and clinical outcome*. Obstet Gynecol 2000;95:572-6.
 6. PARAZZINI F., BINDELLI M., LUCHINI L., LA ROSA M., POTENZA M.T., FRIGERIO L., et al.: *Risk factors for Placenta previa*. Placenta, 1994;15:321-6.
 7. PESCIETTO G., DE CECCO L., PECORARI D., RAGNI N.: *Ginecologia e Ostetricia*. 2001, Roma, Società Editrice Universo.
 8. SEPULVEDA W., ROJAS I., ROBERT J.A., SCHNAPP C., AL CALDE J.L.: *Prenatal detection of velamentous insertion of the umbilical cord: a prospective color Doppler ultrasound study*. Ultrasound Obstet Gynecol. 2003;21(6):564-9.
-