

Utero retroverso incarcerato asintomatico con sacculazione anteriore a termine

P. BARTON-SMITH, A. KENT

ASYMPTOMATIC INCARCERATED RETROVERTED UTERUS WITH ANTERIOR SACCULATION AT TERM

P. Barton-Smith, A. Kent

Royal Surrey County Hospital, Guildford, UK



*Int. J. of Gynecol. and Obstet. 96: 128, 2007
0020-7292/\$ - see front matter*

© 2007 International Federation of Gynecology and Obstetrics

In una gravidanza su 300, il fondo uterino viene intrappolato al di sotto del sacro. La polarità uterina è invertita, con il fondo bloccato nella concavità anteriore del sacro e la sacculazione del segmento inferiore di fronte all'ombelico. La restrizione del feto che ne consegue può portare a un parto pretermine (1).

Le donne presentano di solito, intorno alla 16^a o alla 17^a settimana, dolore, pressione rettale, e ritenzione o incontinenza urinaria, e se le misure conservative non hanno successo può essere necessario il disimpegno manuale dell'utero in anestesia. Raramente, casi asintomatici persistono fino al terzo trimestre della gestazione, e 15 sono quelli descritti di incarceramento dell'utero gravido a termine (1,2).

Le cause comprendono anomalie uterine, aderenze, fibroidi impegnati, o una profonda concavità sacrale che ricopre il promontorio. Tra i reperti classici vi sono una ridotta altezza del fondo rispetto alla sinfisi pubica; una testa fetale sentita come una massa della parete vaginale posteriore; e una cervice non palpabile o anteriore alta (1).

La posizione del feto rispetto alla cervice preclude il parto vaginale. Se si sospetta l'intrappolamento del fondo nella concavità del sacro, la conferma si ottiene

con l'imaging di risonanza magnetica (2). Viene allora eseguita una incisione addominale sulla linea mediana, per permettere all'operatore di disimpegnare l'utero e ripristinare la corretta polarità del viscere, prima di procedere all'incisione del segmento inferiore e al parto cesareo. Se l'utero non viene disimpegnato, una incisione bassa può danneggiare la vescica, la cervice o la vagina. In una paziente in cui la diagnosi non sia stata posta, c'è il rischio di rottura dell'utero durante il travaglio, e i soli 2 parti vaginali registrati si sono conclusi con la nascita di un feto morto. È stato descritto soltanto 1 caso di incarceramento in una successiva gravidanza (3).

Viene qui riportata per la prima volta una presentazione atipica. Il fondo rimaneva intrappolato, mentre la testa e il corpo fetali erano alti nel bacino, nella sacculazione al di sopra della cervice (Fig. 1). Una diagnosi mancata ha portato alla induzione del travaglio per una inspiegata restrizione della crescita uterina alla 38^a settimana. La mancanza di progressione, la testa alta e un cardiocotogramma anormale hanno provocato un parto cesareo di emergenza. Una vescica alta ha portato a una incisione alta del segmento inferiore. Con l'involutione dell'utero dopo il parto, si è visto che il fondo era incarcerato nella concavità del sacro. Per disimpegnare il fondo è stata necessaria una forte trazione, ma non c'erano segni di aderenze, fibroidi o anomalie uterine. L'incisione della parete uterina è sta-

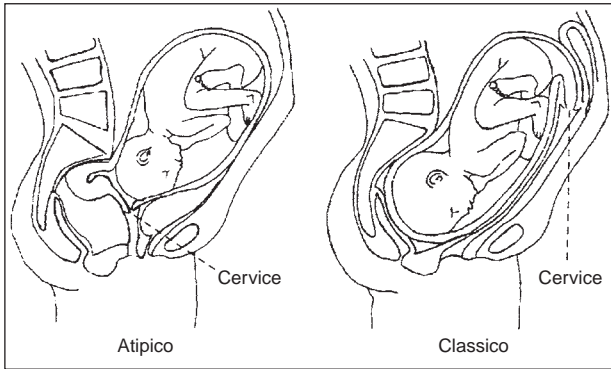


Fig. 1 - Diagramma di uteri incarcerati a termine.

ta anteriore mediana. La paziente e il neonato di 1,9 kg sono stati dimessi in 5^a giornata. La pelvimetria radiografica ha rivelato un diametro antero-posteriore ridotto, una ridotta curvatura sacrale nella parte superiore del bacino, e una rastremazione della parte inferiore del corpo di S1, con conseguente sporgenza del promontorio del sacro. Non è chiaro se queste anomalie fossero sufficienti a causare l'incarceramento dell'utero.

Bibliografia

1. VAN WINTER JT, OGBURN PL, NEY JA, HETZEL DJ. *Uterine incarceration during the third trimester: a rare complication of pregnancy.* Mayo Clin Proc 1991;66:608-13.
2. MATSUSHITA H, KURABAYASHI T, HIGASHINO M, KOJIMA Y, TAKAKUWA K, TANAKA K. *Incarceration of the retroverted at term gestation.* Am J Perinatol 2004;21(7):387-9.
3. WOOD PA. *Posterior sacculation of the uterus in a patient with a double uterus.* Am J Obstet Gynecol 1967;99:907-8.