

## Gravidanza angolare alla sesta settimana in paziente sottoposta ad ICSI e trasferimento in utero dell'embrione

V. RAPISARDA<sup>1</sup>, V. SANTONOCITO<sup>1</sup>, L. BIONDO<sup>1</sup>,  
G. LOMBARDO<sup>1</sup>, D. CARASTRO<sup>1</sup>, G. ZARBO<sup>2</sup>

**RIASSUNTO:** Gravidanza angolare alla sesta settimana in paziente sottoposta ad ICSI e trasferimento in utero dell'embrione.

V. RAPISARDA, V. SANTONOCITO, L. BIONDO, G. LOMBARDO,  
D. CARASTRO, G. ZARBO

*La gravidanza angolare è una forma molto rara di gravidanza ectopica che si ha quando la blastocisti si annida in un angolo dell'utero in prossimità dello sbocco della tuba nella cavità uterina. Trattasi di una paziente di 36 anni, sottoposta a ICSI, primigravida alla 6° settimana presentatasi al P.S. Ostetrico con metrorragie in atto ed espulsione a domicilio di materiale. I valori di  $\beta$ -hCG effettuati dopo il ricovero non erano compatibili con l'epoca di amenorrea e l'ecografia evidenziava una falda di 12,6 mm anecogena nel Douglas, ed una piccola area anecogena in cavità uterina. Questi dati depongono per una probabile gravidanza extrauterina. La donna è stata sottoposta ad isteroscopia che mostrò a livello dell'angolo uterino sinistro la presenza di tessuto simil-coriale, si eseguiva quindi l'asportazione del materiale presente.*

**KEY WORDS:** Gravidanza angolare - Isteroscopia.  
Angular pregnancy - Histeroscopy.

**SUMMARY:** Angular pregnancy at the sixth week of a patient with ICSI and embryo transfer in womb.

V. RAPISARDA, V. SANTONOCITO, L. BIONDO, G. LOMBARDO,  
D. CARASTRO, G. ZARBO

*Angular pregnancy is a very rare shape of ectopic pregnancy. It occurs when the blastocyst is nested in an angle of the womb in proximity of the outlet of the tuba in the uterine cavity. A 36-year old patient at her first pregnancy (6° weeks gestation's age) arrived at the P.S. obstetric with uterine bleeding because of expulsion of material at home. The values of  $\beta$ -HCG were not compatible with the period of amenorrhea and the ultrasound showed anechogenic layer of 12,6 mm in the Douglas and a small anechogenic area in the uterine cavity, which are features of an extra-uterine pregnancy. The woman was submitted to a hysteroscopy, that showed a like-corial tissue at the womb's left angular and consequently was removed.*

### Premessa

La gravidanza angolare è una forma molto rara di gravidanza ectopica che si ha quando la blastocisti si annida in un angolo dell'utero in prossimità dello sbocco della tuba nella cavità uterina (1). Nella gravidanza angolare la placenta si sviluppa fortemente in spessore, contraendo tenaci aderenze con la muscolatura uterina ed il tessuto tubarico ed assumendo una forma accartocciata (2). Il distacco risulta piuttosto difficile. All'esame obiettivo l'utero appare aumentato di volume e deformato da una salienza in corrispondenza di uno degli angoli tubarici, là dove la blastocisti si è annidata: il fondo dell'utero ap-

pare disposto obliquamente, essendo l'inserzione tubarica del lato ove è localizzata la gravidanza più alta di quella del lato opposto. Nella gravidanza angolare il trofoblasto può evolvere ulteriormente in direzione della cavità uterina; in generale, però, nel corso del 3° mese si interrompe e compare la sintomatologia dell'aborto uterino. Le tenaci aderenze del trofoblasto alla muscolatura uterina fanno sì che anche dopo l'espulsione dell'embrione sia frequente la ritenzione di residui coriali con persistente elevazione dei valori di  $\beta$ -hCG.

### Caso clinico

Una paziente di 36 anni primigravida alla 6° settimana di gestazione giunse presso il reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'Azienda Ospedaliera Policlinico di Catania con metrorragie in atto e riferendo di aver espulso a domicilio materiale che la paziente non portava con sé. Riferiva inoltre di essersi sottoposta ad ICSI, riportando un dosaggio di  $\beta$ -hCG eseguito alla 5° set-

Az. Ospedaliero-Universitaria Policlinico Vittorio Emanuele di Catania

<sup>1</sup> Dipartimento di Ostetricia, Ginecologia e Scienze Radiologiche (Direttore: A. Cianci)

Università degli Studi di Catania

<sup>2</sup> Cattedra di Ginecologia e Ostetricia (Direttore: G. Zarbo)

timana di amenorrea con valore di 140 mUI/ml. L'anamnesi della paziente risultò negativa per diabete, emopatie, malattie ereditarie, malformazioni e gemellarità. La paziente era normopeso e normotesa, negava consumo di alcool, fumo, dipendenza da droghe e da farmaci.

Ad una prima ecografia lo spessore endometriale era di 7,8 mm con area ipoecogena all'interno di 26 mm; in fossa iliaca destra era presente una falda anecogena di spessore massimo di 19 mm e una falda anecogena nel Douglas di 12,6 mm, che faceva sospettare un possibile interessamento tubarico. Si dispose così per il ricovero della paziente.

Nei giorni successivi ad esso fu sottoposta a dosaggi seriati di  $\beta$ -hCG (Tab. 1) A due giorni di distanza, vista la persistenza del valore di  $\beta$ -hCG venne ripetuta l'ecografia che confermò la presenza di falda anecogena nella fossa iliaca destra (spessore massimo di 6,3 mm) e falda anecogena nel Douglas (spessore massimo 6,3 mm).

La persistenza della falda anecogena nel Douglas e i livelli di  $\beta$ -hCG in aumento ma inferiori ai valori di riferimento rispetto all'epoca di amenorrea deponevano per una gravidanza extrauterina, ma gli annessi risultavano ecograficamente di dimensioni e morfologia regolari.

Il giorno stesso si decise di sottoporre la paziente ad esame isteroscopico che mostrò a livello dell'angolo uterino sinistro la presenza di tessuto simil-coriale che venne asportato. L'esame istologico confermò frammenti di decidua e villi coriali in stato di regressione. Dopo l'esame isteroscopico si continuò il monitoraggio dei valori di  $\beta$ -hCG che mostrarono un progressivo decremento.

## Discussione

Le opzioni terapeutiche per il trattamento della gravidanza angolare sono molteplici, e devono tenere conto della sua eterogenea manifestazione, dei fattori di rischio, e del desiderio futuro di gravidanza. Nel nostro caso, l'isteroscopia ci ha permesso sia di controllare la cavità uterina e di definire meglio la localizzazione della gravidanza (l'angolo uterino); sia di poter intervenire asportando in maniera del tutto immediata e asintomatica il materiale coriale.

Questo ha permesso di evitare un approccio chirurgico, quale la laparoscopia diagnostica con eventuale salpingectomia e cornostomia (3), e l'utilizzo del metotrexate, farmaco molto utilizzato in questo ambito in

TABELLA 1

Data prelievo pre-trattamento	Valore Beta-HCG
06/11/09	1164 mUI/ml
09/11/09	1920 mUI/ml
10/11/09	2794 mUI/ml
11/11/09	2477 mUI/ml
12/11/09	2566 mUI/ml
13/11/09	2723 mUI/ml
13/11/09	2945 mUI/ml
14/11/09	3047 mUI/ml
15/11/09	3255 mUI/ml
16/11/09	3254 mUI/ml

TABELLA 2

Data prelievo post-trattamento	Valore Beta-HCG
17/11/09	2050 mUI/ml
18/11/09	1404 mUI/ml

quanto in grado di inibire la riduttasi diidrofolica, enzima responsabile della conversione dell'acido folico a cofattori ridotti, bloccando così la sintesi del DNA (in minor misura del RNA) e quindi la replicazione delle cellule trofoblastiche. Non bisogna però dimenticare i molti effetti collaterali del metotrexate quali mielosoppressione, epatotossicità, stomatiti, fibrosi polmonare, alopecia e fotosensibilità. Nel nostro caso non è stato necessario ricorrere alla chirurgia né al metotrexate, in quanto nei giorni successivi al trattamento, i valori sierici di  $\beta$ -hCG diminuirono sensibilmente (Tab. 2). La paziente quindi fu dimessa e i controlli successivi mostrarono il ritorno alla normalità dei valori.

## Conclusioni

Noi pensiamo che un simile approccio minimamente invasivo da un punto di vista chirurgico, possa essere una valida alternativa di trattamento con benefici evidenti nel "salvare" l'utero, minimizzare i sanguinamenti, aumentare le possibilità di gravidanze future e ridurre il rischio di rottura dell'utero durante la successiva gravidanza. Bisogna tuttavia tenere in considerazione i vari casi poiché la nostra esperienza è limitata ma ciò non toglie prospettive future nel campo isteroscopico.

## Bibliografia

- Jansen RP, Elliott PM. *Angular intrauterine pregnancy*. *Obstet Gynecol* 1981 pp. 167-175.
- Stiller, RJ, de Regt, RH. *Prenatal diagnosis of angular pregnancy*. *J Clin Ultrasound* 1991 pp. 374-376.
- Seifer DB, Gutmann JN, Grant WD, Kamps CA., DeCherney AH. *Comparison of persistent ectopic pregnancy after laparoscopic salpingostomy versus salpingostomy at laparotomy for ectopic pregnancy*. *Obstet Gynecol* 1993 pp. 378-382.