

Trattamento conservativo laparoscopico di una grossa gravidanza ectopica interstiziale

A. GIANNELLI, F. SPARAPANO, P. ROSSI

RIASSUNTO: Trattamento conservativo laparoscopico di una grossa gravidanza ectopica interstiziale.

A. GIANNELLI, F. SPARAPANO, P. ROSSI

Introduzione. Le gravidanze interstiziali rappresentano l'1% delle gravidanze extrauterine e sono particolarmente pericolose per il rischio di improvvisa rottura ed emorragia.

Invece delle gestioni tradizionali, rappresentate da resezione cornuale o isterectomia per via laparotomica, proponiamo un trattamento alternativo.

Caso. Una paziente di 32 anni, presentando una voluminosa gravidanza embrionale interstiziale alla 9ª settimana di amenorrea e dosaggio delle beta-HCG sieriche di 31.407 U.I./ml, è stata gestita con successo per via laparoscopica.

Conclusioni. La tecnica laparoscopica consente una gestione semplice, rapida, riproducibile ed efficace in caso di gravidanze interstiziali.

SUMMARY: Laparoscopic conservative treatment of large interstitial ectopic pregnancy.

A. GIANNELLI, F. SPARAPANO, P. ROSSI

Introduction. Interstitial pregnancies represent 1% of ectopic pregnancies and are particularly dangerous because the risk of sudden rupture and hemorrhage.

Rather than the traditional managements, represented by cornual resection or hysterectomy by laparotomy, we propose an alternative treatment.

Case. A 32 years old patient presenting large embryonic interstitial pregnancy, with 9 weeks of amenorrhea and dosage of serum beta-HCG 31.407 IU/mL, was managed successfully by laparoscopy.

Conclusions. The laparoscopic technique allows an easy, rapid, reproducible, and effective management against interstitial pregnancies.

KEY WORDS: Gravidanza ectopica interstiziale - Laparoscopia.
Interstitial ectopic pregnancy - Laparoscopy.

Introduzione

La Gravidanza Ectopica (GE) è l'impianto della blastocisti al di fuori della cavità uterina.

La sua incidenza è compresa tra lo 0,5 ed il 2,5% di tutte le gravidanze, ed è maggiore nella razza nera (5%).

La GE rappresenta a tutt'oggi una patologia caratterizzata da una elevata mortalità, essendo la principale causa di morte durante il primo trimestre di gravidanza.

La localizzazione cornuale o interstiziale si verifica all'incirca nell'1% dei casi e rappresenta una delle va-

rianti più pericolose. Fortunatamente però, il miglioramento delle tecniche di diagnosi e di trattamento ha ridotto progressivamente il tasso di mortalità.

I fattori eziopatogenetici includono le flogosi pelviche, la pregressa chirurgia tubarica, specie se omolaterale, una pregressa gravidanza ectopica omolaterale, le tecniche di fecondazione *in vitro* attualmente sempre più diffuse.

Per anni il trattamento della GE interstiziale è stato di tipo chirurgico laparotomico: conservativo, con escissione del corno uterino, o demolitivo, mediante isterectomia totale.

Allo stato attuale, è possibile un atteggiamento conservativo mediante chirurgia laparoscopica o trattamento medico, in relazione al *timing* diagnostico.

Viene di seguito presentato un caso di GE interstiziale trattato in maniera conservativa con tecnica laparoscopica.

U.O. Complessa di Ginecologia ed Ostetricia
Ospedale Umberto I - Corato (Ba)

Caso clinico

Una donna di 32 anni, para 1/0/0/1, giungeva all'attenzione della nostra Unità Operativa per dolori in sede annessiale sinistra, con test di gravidanza, eseguito sulle urine, positivo.

L'anamnesi familiare evidenziava una diatesi diabetica (la madre) ed ipertensiva (il padre).

Nell'anamnesi patologica remota veniva riferita esclusivamente l'asportazione dell'appendice all'età di 15 anni.

La paziente riferiva altresì cicli mestruali regolari, non si era sottoposta a fecondazione *in vitro* e non aveva mai usato dispositivi intra-uterini.

Dal calcolo condotto considerando la data dell'ultima mestruazione, la donna risultava gravida alla 9^a settimana.

Al ricovero, la visita ostetrico-ginecologica evidenziava: genitali esterni di donna che ha partorito, vagina regolare con consistenza soffice delle pareti, assenza di perdite ematiche, portio cilindrica normo-epitelizzata, OUE beante. L'utero, mobile e dolente, risultava lievemente ingrandito con morfologia irregolare nella zona fundica sinistra. L'annessio di destra non era apprezzabile, l'annessio di sinistra risultava palpabile e dolente. La pressione dello scavo del Douglas non provocava dolore.

Il dosaggio delle β -hCG riportava il valore di 31.407 UI.

L'esame ecografico condotto per via transvaginale evidenziava l'assenza in cavità uterina di una camera gestazionale. La zona cornuale sinistra appariva deformata dalla presenza di una struttura disomogenea di circa 40x50 mm con echi interni riferibili ad embrione non vitale, con CRL di 12 mm (Figg. 1-2). Entrambe le ovaie risultavano regolari. Assenza di versamento liquido nel cavo del Douglas.

La paziente era dal punto di vista emodinamico ben compensata con GR pari a 4.270.000 ed Hgb 12,7 g/dl.

Il giorno dopo le condizioni cliniche risultavano pressochè invariate mentre le β -hCG raggiungevano il valore di 33.959 UI.

Considerando quindi tutti i dati clinici e laboratoristici, in accordo con la paziente, si decideva per l'approccio chirurgico endoscopico escludendo il trattamento medico con metotrexate.

L'intervento si è svolto secondo i tempi di seguito descritti.

Si è introdotta l'ottica mediante un trocar ombelicale di 10 mm; si evidenziava la presenza, come peraltro già descritta ecograficamente, di una tumefazione in sede cornuale di sinistra (Fig. 3) di circa 40 mm di diametro, mentre sia la tuba che l'ovaio omolaterale risultavano normali. La presenza di versamento ematico nel Douglas risultava piuttosto modesta.



Fig. 1

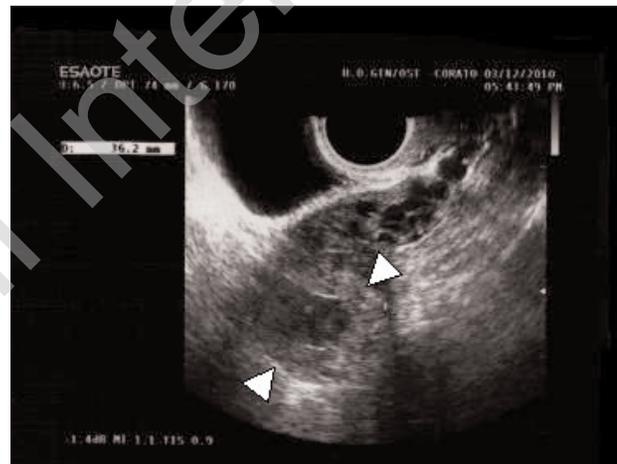


Fig. 2

Si posizionavano 3 trocar da 5 mm in sede pelvica, quindi si aggrediva la gravidanza ectopica con tecnica simile all'asportazione di un mioma uterino a larga base d'impianto mediante pinza Bi-Clamp (Erbe) e forbici (Fig. 4) ovvero enucleandola integralmente e lasciando un colletto muscolare uterino che, nella fase successiva, ne avrebbe facilitato sia l'emostasi che la ricostruzione della parete (Figg. 5-6). L'intervento è stato completato con la salpingectomia omolaterale (Fig. 7).

La metroplastica è stata affrontata ponendo 5 punti intracorporei in Monocryl 0 ago CT 1 (Ethicon).

L'estrazione del pezzo anatomico è stata effettuata con Endocatch (Ethicon) da 10 mm.

La durata totale dell'intervento è stata di circa 120 minuti. La relativa lunghezza dell'intervento è dovuta alla necessità di separare accuratamente il piano muscolare integro da quello interessato dalla invasione

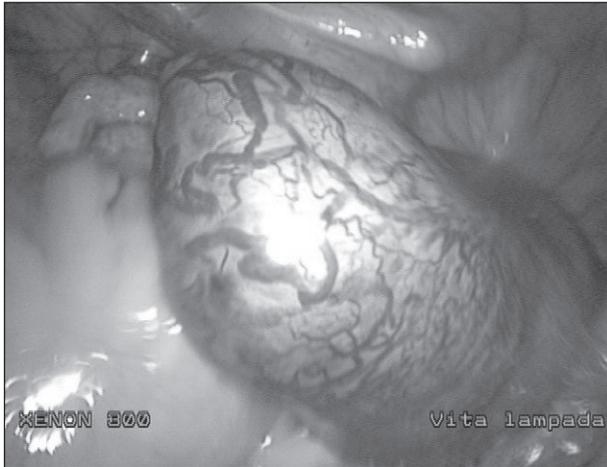


Fig. 3

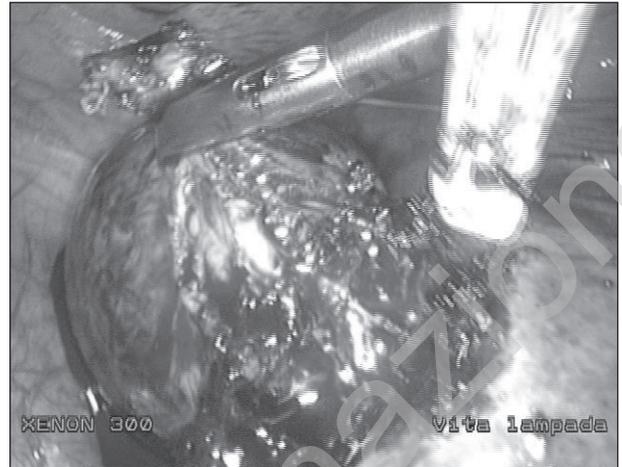


Fig. 4

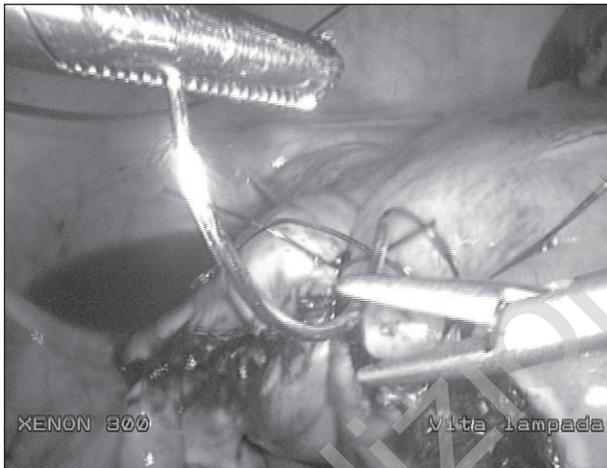


Fig. 5

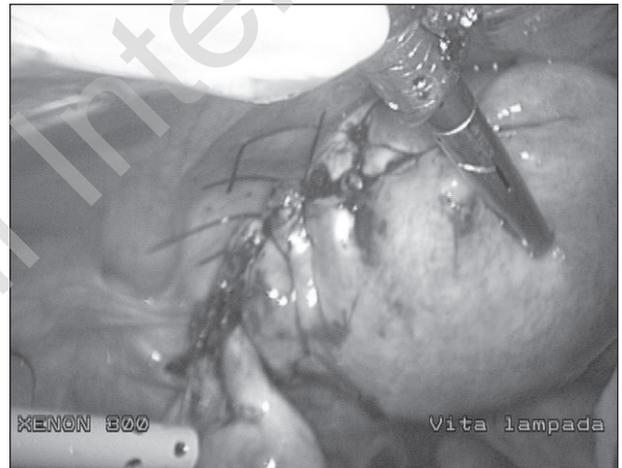


Fig. 6

trofoblastica per permettere contestualmente una emostasi accurata.

La perdita ematica è stata quantificata intorno ai 110 cc e nessuna complicanza osservata si è avuta nel post-operatorio. Il dosaggio delle β -hCG nei giorni successivi all'intervento ha manifestato un drastico *drop out*.

Discussione

La gravidanza ectopica (GE) costituisce spesso un problema di non facile soluzione per la sua sintomatologia multiforme e, non di rado, del tutto aspecifica.

Infatti, oltre alle forme silenziose caratterizzate da un andamento lento ed estremamente subdolo, esistono quadri ad evoluzione acutissima che possono,

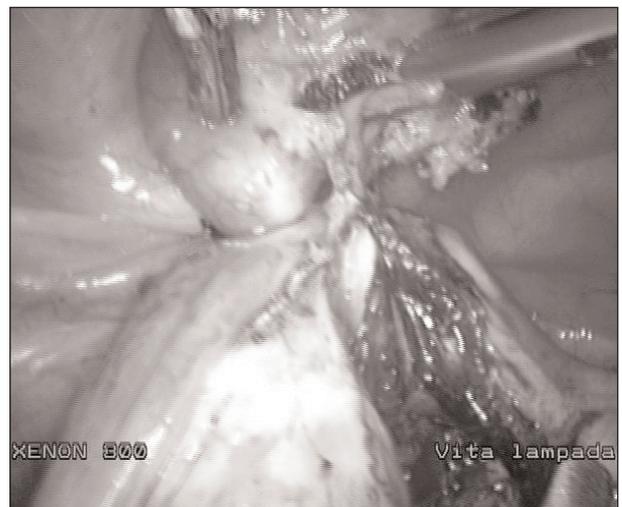


Fig. 7

se trascurati, condurre la paziente all'exitus a causa di una massiva inondazione emorragica intraperitoneale.

La gravidanza interstiziale, che si sviluppa nel tratto intramurale della tuba, costituisce una temibile forma di GE, potendo rimanere latente o misconosciuta nelle fasi iniziali della gravidanza e con un rischio di rottura improvvisa verso il 3°-4° mese di gestazione.

Per le GE il trattamento conservativo medico, mediante terapia con metotrexate, rappresenta sicuramente la metodica di elezione rispetto alla tecnica chirurgica, presentando diversi vantaggi: primi tra tutti i minori costi e le aumentate capacità riproduttive (1).

Per ciò che concerne le GE interstiziali, i risultati della terapia medica non sempre sono superiori al trattamento chirurgico poiché sono elevati i rischi di sanguinamento o di rottura del corno in seguito all'erosione miometrale da parte del trofoblasto.

In passato le gravidanze interstiziali sono state trattate tradizionalmente per via laparotomia con la resezione cornuale o addirittura con l'isterectomia. Attualmente è disponibile quale tecnica conservativa la chirurgia per via laparoscopica.

Infatti, numerosi *report* hanno riportato la possibilità di trattare con successo mediante la laparoscopia i casi resistenti alla terapia medica e le gravidanze interstiziali di dimensioni maggiori. Tra tutti, Tulandi *et al.* (2) riportano un caso simile al nostro: una paziente con una gravidanza cornuale di 3,5 cm fu sottoposta a laparoscopia in quanto da una parte, a causa della presenza del battito cardiaco embrionale, non era candidata alla gestione medica, dall'altra, poiché era emodinamicamente stabile, risultava perfettamente idonea per la tecnica laparoscopica.

Bibliografia

1. Maymon R. and Shulman A. Controversies and problem in the current management of tubal pregnancy. Hum. Reprod. Update 1996; 2, 541-551.
2. Tulandi T., Vilos G., Gomel V. Laparoscopic Treatment of Interstitial Pregnancy. Obstetrics & Gynecology. 85(3):465-467, March 1995.
3. H Murray, H Baakdah, T Bardella Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. CMAJ. 2005 Oct 11;173(8):905-12.
4. Moawad NS., Dayaratna S, Mahajan Sangeeta T Mini-Cornual Excision: a Simple Stepwise Laparoscopic Technique for the Treatment of Cornual Pregnancy. Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons, Volume 13, Number 1, January - March 2009, pp. 87-91(5).
5. Laparoscopic treatment of cornual pregnancy: a series of 20

Conclusioni

Quando possibile, la laparoscopia dovrebbe rappresentare l'approccio chirurgico preferito e con la descrizione di questo caso si è dimostrata la possibilità di utilizzare tale tecnica per gestire conservativamente una grossa gravidanza ectopica interstiziale.

Considerando la grave emorragia che può verificarsi durante tale procedura, un approccio laparoscopico deve essere eseguito solo se il chirurgo risulta dotato di esperienza e abbia la capacità di convertire rapidamente l'operazione attraverso la via laparotomica.

Quando queste condizioni sono soddisfatte, la laparoscopia comporta notevoli vantaggi rispetto alla laparotomia:

- il decorso post-operatorio è più breve;
- il ritorno alla normale attività è più rapido;
- i costi sanitari sono ridotti.

Riteniamo inoltre che sia l'emostasi che la tenuta dell'utero per una futura gravidanza siano più sicuri quando la breccia uterina venga suturata a punti staccati rispetto ad una chiusura per seconda intenzione.

Comunque, in caso di nuova gravidanza, non è noto se il rischio di rottura d'utero durante la gestazione o durante il parto sia aumentato: troppo pochi, infatti, sono i dati per poter impostare una gestione univoca, anche se nei casi in cui è stato effettuato un *second-look*, i risultati anatomici sono stati più che soddisfacenti.

È bene ricordare inoltre che le pazienti sottoposte a chirurgia conservativa per il trattamento di gravidanze ectopiche, settimanalmente devono effettuare il dosaggio delle β -hCG in modo che l'eventuale persistenza di tessuto trofoblastico sia individuata per tempo.

- consecutive cases Journal of Minimally Invasive Gynecology. 2010 May-Jun;17(3):321-4. Soriano David; Vicus Danielle; Mashiach Roy; Schiff Eyal; Seidman Daniel; Goldenberg Moti; Department of Obstetrics and Gynecology, Sheba Medical Center, Tel Hashomer, Israel.
6. Diagnosis and laparoscopic treatment of cornual ectopic pregnancy M. Sami Walid- Medical Center of Central Georgia, Macon, GA, USA Richard L. Heaton-Heart of Georgia Women's Center, Warner Robins, GA, USA GMS German Medical Science 2010, Vol. 8, ISSN 1612-3174.
7. Tinelli A, Malvasi A, Pellegrino M, Pontrelli G, Martulli B, Tsin DA. Laparoscopic management of cornual pregnancies: a report of three cases. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010.