

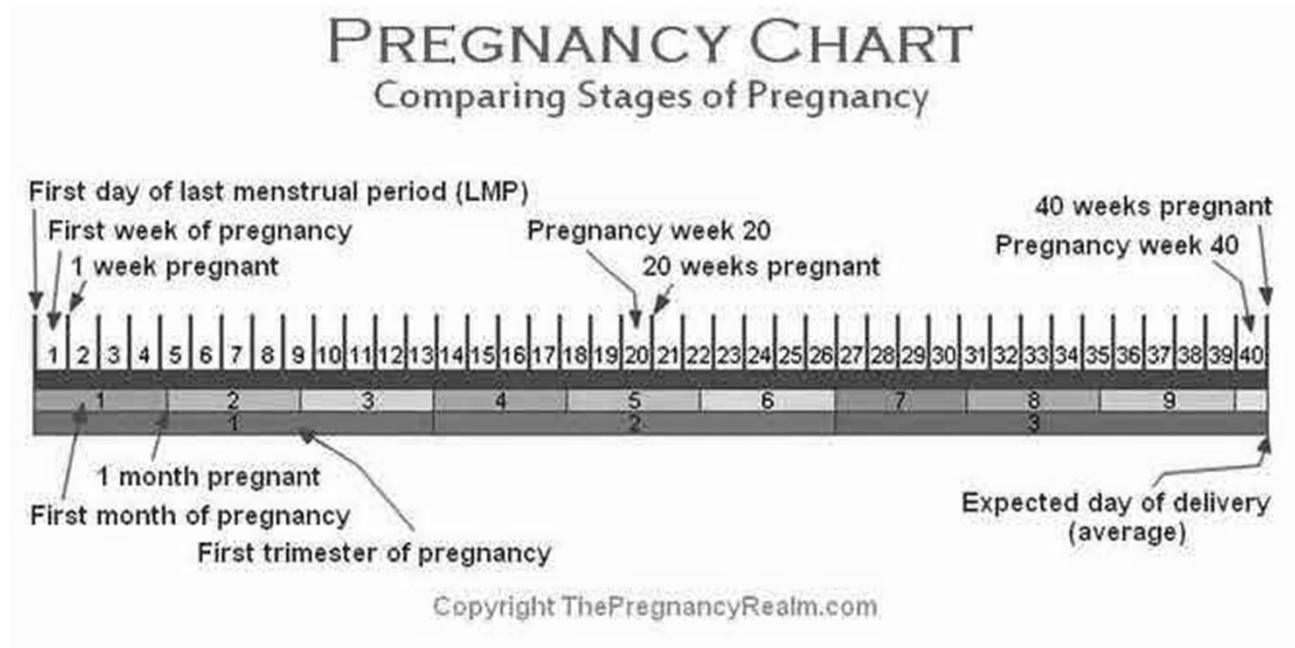
EMORRAGIA ANTEPARTUM



EMORRAGIA ANTEPARTUM

Primo trimestre

0 - 13+6 SETTIMANE



10-15% delle gravidanze

ABORTO

Aborto spontaneo = interruzione della gravidanza entro il 180° giorno di gestazione, corrispondente a 25 settimane e 5 giorni dall'inizio dell'ultima mestruazione

Minaccia d'aborto: metrorragia e dolori

Aborto interno e/o ritenuto:

- collo uterino chiuso
- senza o scarse perdite ematiche
- volume dell'utero di volume inferiore rispetto all'epoca gestazionale

Aborto inevitabile:

- perdite ematiche abbondanti e dolori
- esplorazione vaginale: il canale cervicale è aperto (DD con minaccia d'aborto)

Aborto in atto: materiale abortivo in via di espulsione

Aborto incompleto: il materiale abortivo non è espulso completamente (perdita ematica minore)

Blighted ovum (gravidanza anembrionica):

- condizione nella quale si ha la morte dell'embrione, con scomparsa dello stesso per riassorbimento nelle primissime settimane
- ecograficamente si rileva una camera gestazionale ripiena di liquido

Aborto settico:

- Febbre
- perdite genitali ematiche e/o purulente, spesso maleodoranti

GRAVIDANZA ECTOPICA

DEFINIZIONE: Impianto dell'embrione al di fuori della cavità uterina

GRAVIDANZA ETEROTOPICA: coesistenza di una GEU con gravidanza intrauterina

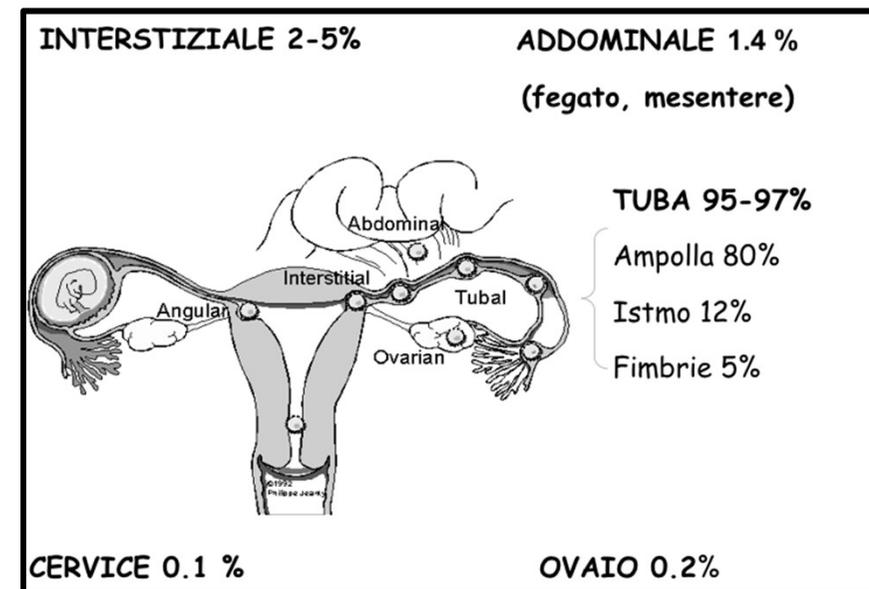
MORTALITA' MATERNA: riduzione del 90% dal '90 ad oggi rimane 1° causa di mortalità nel primo trimestre (12.2 %)

Sospetto di GEU se:

- Sanguinamento e dolore in gravidanza precoce
- Beta hCG sierico > 1000 UI/L
- Assenza di una gravidanza intrauterina all'ecoTV

! Instabilità emodinamica

! Dolore addominale

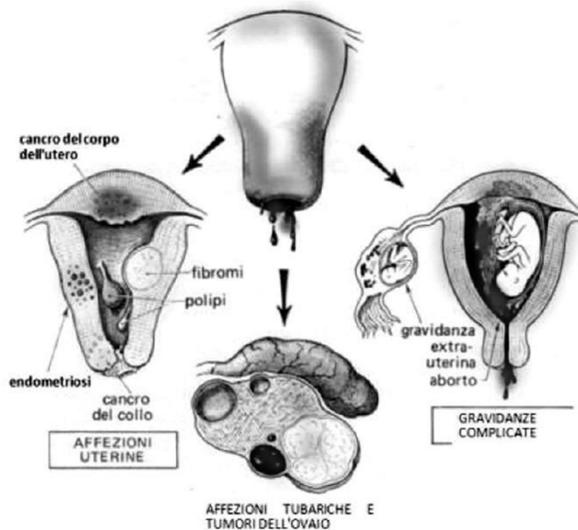


L'assenza di una gravidanza intrauterina ecograficamente identificabile con BetahCG superiore a 2000 IU/L non è una prova assoluta della gravidanza extrauterina

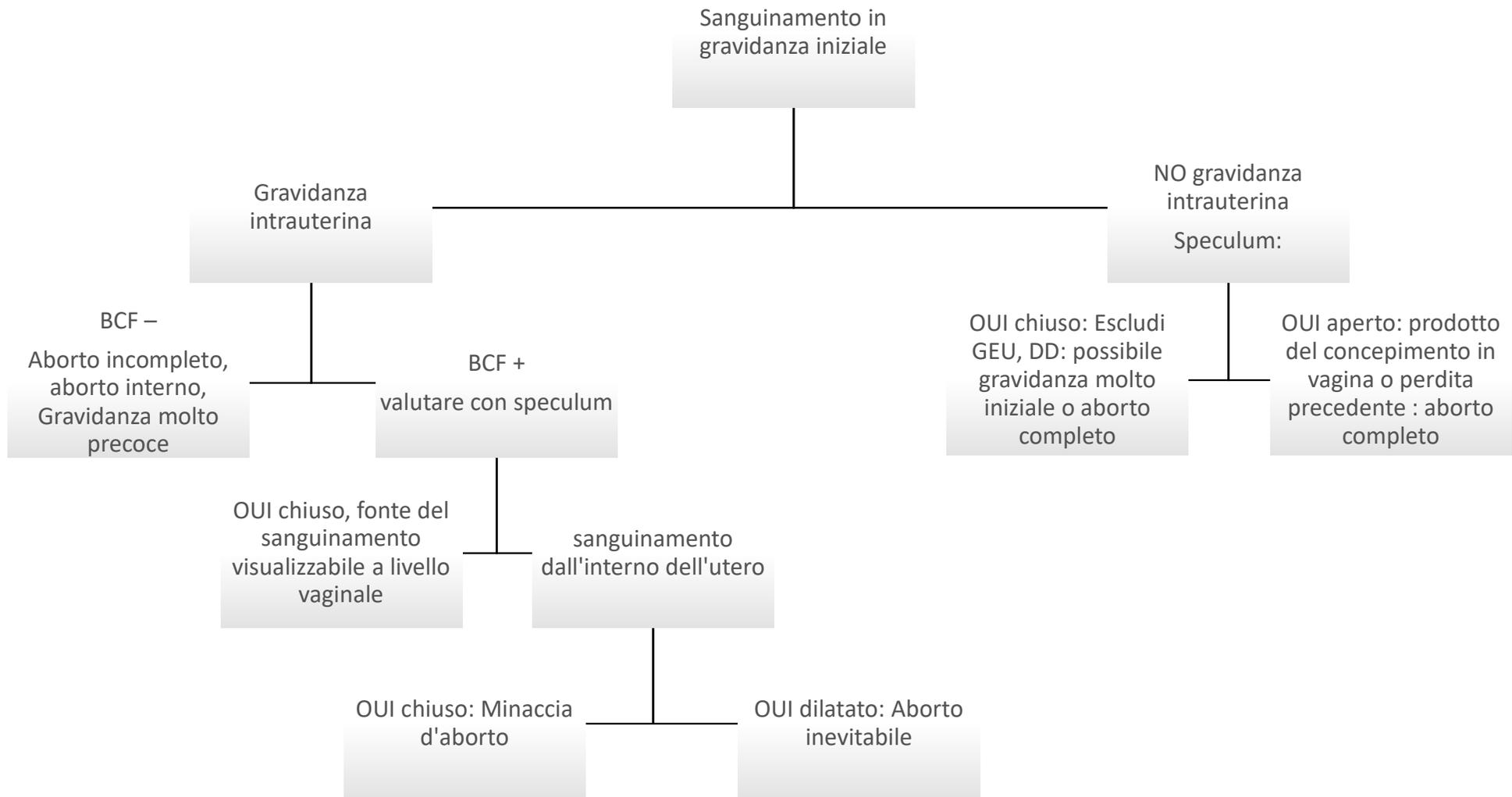
Cause non correlate alla gravidanza

- Lacerazione vaginale
- Neoplasia vaginale
- Condilomi acuminati
- Vaginite
- Polipi cervicali, fibromi, ectropion
- Secrezione cervicale mucopurulenta
- Ectropion cervicale
- Neoplasia cervicale

Inquadramento clinico



- Storia clinica / Anamnesi
- Datazione della gravidanza
- Esame Obiettivo:
 - ! Ipotensione ortostatica
 - ! E.O. addome
 - ! Dimensioni dell'utero
- E.O. ginecologico
- Ecografia
- Laboratorio: Beta-hCG

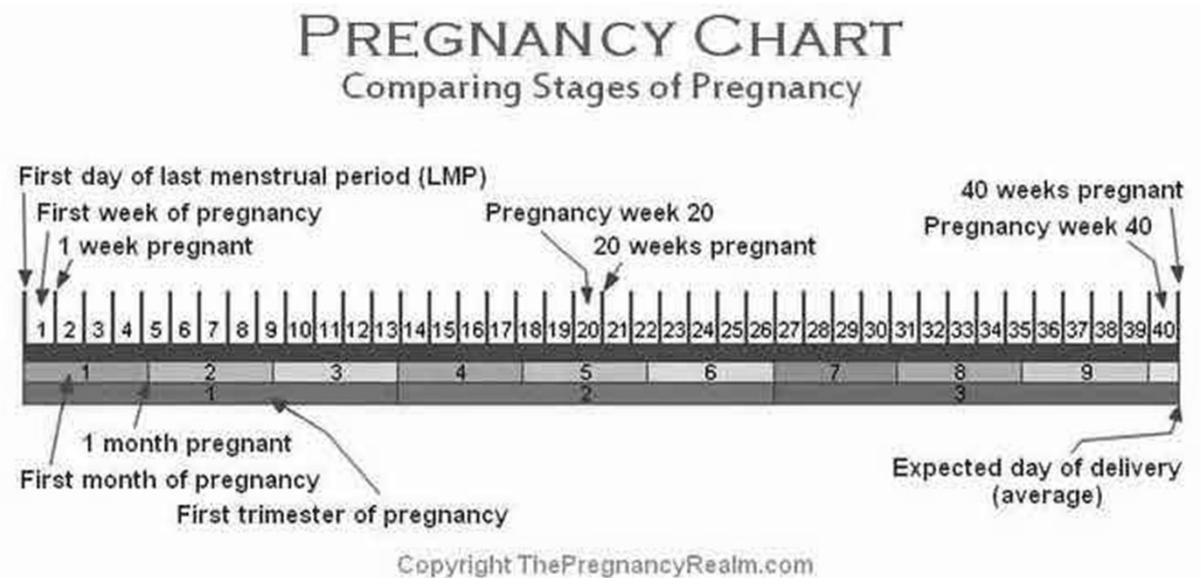


EMORRAGIA ANTEPARTUM

Secondo e Terzo
trimestre

II → 14+0 a 27+6

III → 28+0 a parto



Alcuni dati...

- Una delle principali cause di ospedalizzazione antepartum, morbidità materna e intervento chirurgico
- Esiti perinatali: aumentato tasso di prematurità e morte perinatale
- Il sanguinamento vaginale in gravidanza può rappresentare un rischio per la vita della madre
- Identificazione accurata e tempestiva della causa del sanguinamento
- Intervento tempestivo per la diagnosi

Emorragia antepartum (>20 settimane)

→ Dal 4% al 5% di tutte le gravidanze!

Le **cause principali** sono:

- Placenta previa - 20%
- Distacco di placenta - 30%
- Rottura uterina - (rara)
- Vasa previa - (raro)

Assessment, Cosa fare?

- Valutare la perdita di sangue
- Valutare Parametri Vitali
- Se condizione di Shock / Sospetto Shock: Airway, Breathing, Circulation

- Dolore addominale ?
- Attività contrattile miometriale ?

Exclude placenta praevia before performing a digital vaginal examination

Minor APH (Perdite ematiche minime)

- Cercare documentazione di ecografie (sito di impianto placentare)
- Esame con Speculum
- Emocromo, Emograppo
- Kleihauer test
- Eseguire monitoraggio CTG
- Se paziente Rh negativa → Anti-D 1000 units IM

Moderate APH (significant bleeding but not in shock)

- Accesso Venoso(14G): Iniziare infusione di cristalloidi
- Parametri vitali + Richiesta di 4 EC a disposizione
- Kleihauer test se paziente Rh-negativo
- Foley vescicale e monitoraggio di diuresi oraria
- Monitoraggio intensivo dei parametri vitali
- Informare Anestesista e Neonatologo
- Se paziente Rh-negative e parto non imminente: somministrare anti-D 1000 U IM
- Monitoraggio in sala parto per 12 ore

Major APH (Perdita ematica > 1000 mL)

1

- Chiamare Ostetrico, anestesista, Ostetrica, reperibili sala operatoria
- Avvertire la banca del sangue e il laboratorio
- Somministrare O₂ a 8 L/min alti flussi
- Mantenere la paziente calda
- DUE ACCESSI VENOSI
- Cateterismo vescicale e monitoraggio della diuresi
- Eseguire ECG + Sat O₂%
- Monitoraggio seriato e intensivo dei parametri vitali

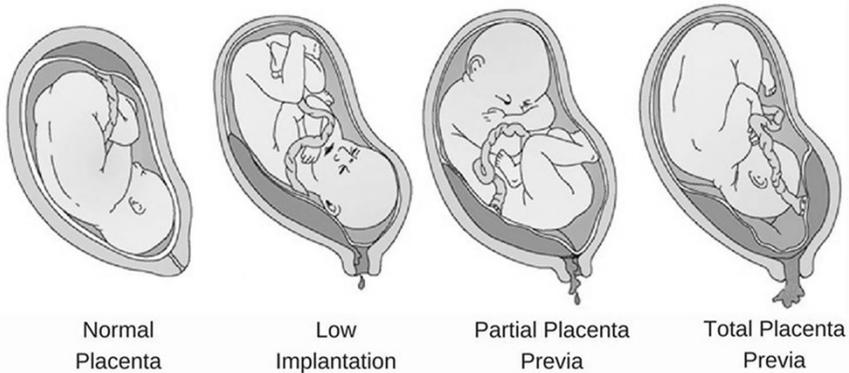
Major APH (Perdita ematica > 1000 mL)

2

- ESAMI EMATOCHIMICI: FBC, PT, APTT, FDP e fibrinogeno;
- Cross-match urgenti di 6 unità di emazie concentrate;
- Somministrare cristalloidi 1000 mL immediatamente;
- Se sangue disponibile → TRASFUSIONE
- Se sangue NON ancora disponibile → utilizzabile sangue 0 negativo
- Monitoraggio CTG CONTINUO;
- Stimare le perdite + pesare garze, biancheria ecc...

Se: CTG normale e sanguinamento stabilizzato, eseguire un'ecografia!
Ecografia anche se non visualizzabile BCF

Placenta Previa:



- Placenta che ricopre l'orifizio uterino interno
- Identificazione in un'ecografia del II o III trimestre
- Quando il margine della placenta è < 2 cm dall'OUI la placenta viene definita "*ad impianto basso*"

Placenta previa: fattori di rischio

- Pregresso taglio cesareo
- Precedente intervento sull'utero
- Pluriparità
- Età materna avanzata
- Fumo
- Gestazione multipla

Placenta previa: valutazione

- Valutazione dello stato generale e della stabilità circolatoria
- Valutazione dell'entità del sanguinamento vaginale
- Esami: emocromo completo, gruppo sanguigno materno e fattore Rh e prove di coagulazione
- Diagnosi ecografica: conferma della localizzazione ecografica della placenta che copre l'OUI

Placenta previa: trattamento

- Emotrasfusione in base alla stabilità della paziente e all'entità del sanguinamento

- Indicazioni a taglio cesareo:

presenza di sanguinamento vaginale persistente di entità tale da rappresentare una minaccia per il benessere materno-fetale o qualsiasi sanguinamento vaginale in placenta previa vicino al termine

- Qualsiasi episodio di sanguinamento antepartum deve essere trattato con la somministrazione di immunoglobuline nelle donne Rh negative

Placenta previa: Cosa fare?

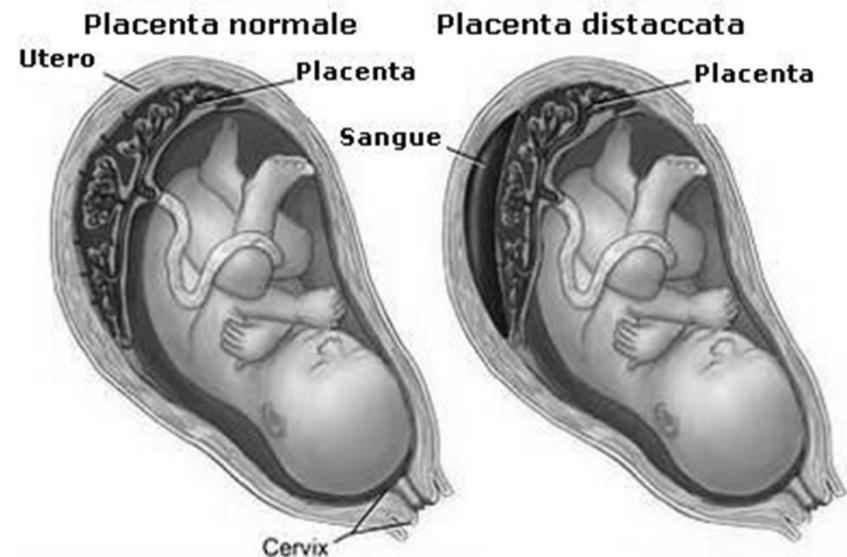
- Parto spontaneo vaginale controindicato se placenta <1-2 cm da OUI;
- TC in elezione o in emergenza se perdite ematiche; Chirurgo esperto!
- Possibilità di trasfusione → discuterne anticipatamente con la coppia!
- Cross-match di 4–6 unità di sangue;
- Ottenere consenso ad eventuale isterectomia da eseguire in presenza di evento emorragico incontrollato;
- Prevenzione PPH: Ossitocina in infusione (40 unità in 500 mL) immediatamente dopo il parto;

Distacco di placenta

- *Separazione* della placenta dalla parete uterina, parziale o completa prima del parto
- Queste pazienti *generalmente* non presentano una compromissione del benessere materno-fetali

Fattori di rischio:

- Precedenti distacchi della placenta
- Traumi
- Fumo
- Uso di cocaina
- Ipertensione
- Sovradistensione uterina



Distacco di placenta: clinica

DIAGNOSI PREVALENTEMENTE CLINICA

- sanguinamento vaginale (80%)
 - dolorabilità uterina (70%)
 - contrazioni uterine (35%)
-
- Il sanguinamento da distacco può causare emorragia esterna, liquido amniotico ematico, oppure può essere occulto (ematoma retroplacentare)
 - 20% dei distacchi sono occulti, senza alcuna emorragia
 - Diagnosi ecografica 2%
 - Il distacco di placenta è anche associato a un rilascio di sostanze trombotoplastiche che possono scatenare la cascata della coagulazione e causare CID



Distacco di placenta: valutazione

- Segni e sintomi di shock: tardivi in gravidanza e rappresentano una perdita di sangue di oltre il 30% percento del volume circolante
- Contrazioni uterine (rilevate palpatoriamente)
- Monitoraggio fetale: spesso CTG non rassicurante contrazioni "tetaniche" o ipertono
- **Valutare per taglio cesareo d'emergenza**
- Il rischio di mortalità in utero è proporzionale al grado di distacco
- Il rischio di travaglio pretermine dovuto all'attività contrattile dell'utero è presente anche in lievi gradi di distacco
- La prematurità è aumentata a causa del parto pretermine iatrogeno

Rottura uterina:

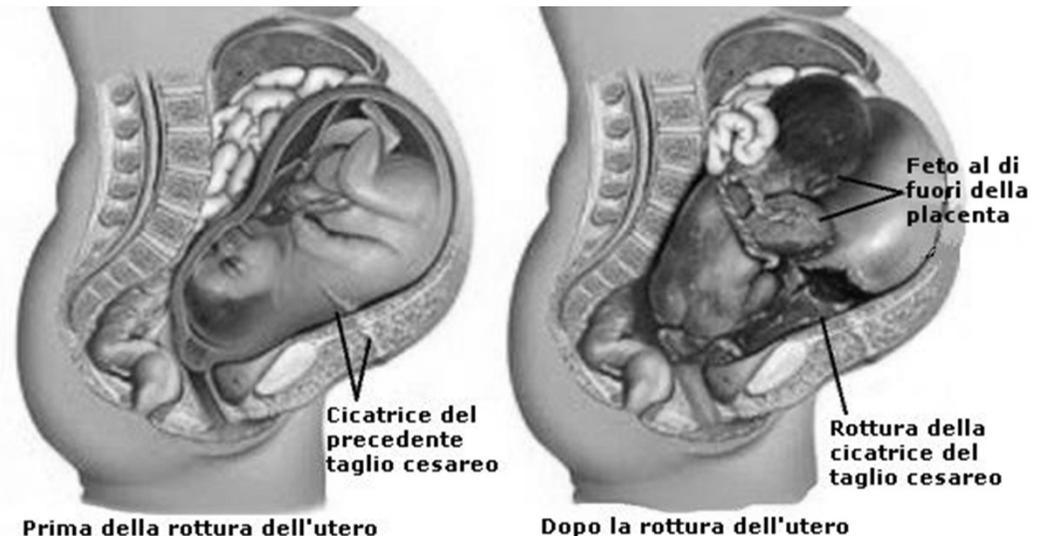
- Sintomatica e richiede laparotomia in regime di emergenza
- Rottura spontanea 0,03 allo 0,08%
- Più frequente nelle donne con una storia di una cicatrice uterina (>>> TC)
0,3-1,7%

Morbilità materna:

- Emorragia e conseguente anemia, che richiede emotrasfusione
- Lesioni vescicali 0,05%
- Rischio di isterectomia 0,1%

Morbilità fetale: è

- estrusione completa
- distress respiratorio
- ipossia/acidemia
- morte neonatale



Rottura uterina: fattori di rischio

- Taglio cesareo pregresso, in particolare con incisione classica
- Precedente curettaggio o perforazione uterina
- Qualsiasi altro precedente intervento chirurgico uterino
- Anomalia uterina congenita
- Sovradistensione uterina
- Neoplasia trofoblastica gestazionale
- Adenomiosi
- Placenta increta o percreta

Rottura uterina: management

La diagnosi precoce = alto indice di sospetto clinico

Sospetto ROTTURA DI UTERO se:

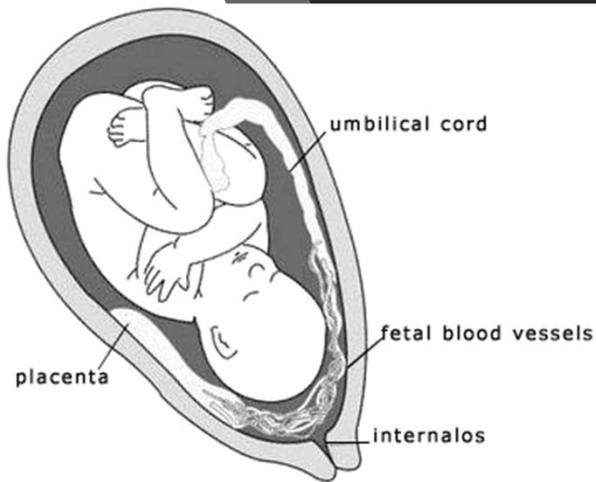
- improvviso dolore addominale acuto seguito da interruzione delle contrazioni uterine
- Indolenzimento addominale
- Distress fetale (bradicardia)
- Perdite ematiche vaginali
- Shock materno
- Ematuria

Uno di questi segni clinici in presenza di una cicatrice uterina = fortemente indicativo di rottura uterina!

Rottura uterina: Action plan

- Chiamare esperto ostetrico ed esperto anestesista
- Airway + Ossigeno
- Accesso venoso
- 6 Unità di EC / Cross-Match
- Considerare Hartmann's solution e trasfusione di sangue se necessario;
- CTG continuo! (Elettrodo allo scalpo)
- Consenso per laparotomia, possibilmente anche per isterectomia in anestesia generale. Valutare in base a: entità di perdite ematiche, estensione della rottura;
- Amoxi/Clavulanico o cefuroxime/metronidazolo ev

Vasa Previa:



Vasa Previa

TC elettivo

- i vasi sanguigni fetali sono presenti nelle membrane che coprono l'orifizio uterino interno
- associato ad inserzione anomala dei vasi fetali nelle membrane (inserzione velamentosa)
- causa di importanti emorragie ostetriche in cui l'emorragia è principalmente fetale, aumentando così l'urgenza della diagnosi
- tasso di mortalità fetale fino al 50%
- Di solito fattore anamnestico noto (diagnosi ecografica)
- Insorgenza di sanguinamento vaginale in corrispondenza della rottura delle membrane e CTG non rassicurante

