



LA GRAVIDANZA ECTOPICA: dalla diagnosi alla terapia

LA GRAVIDANZA EXTRA-UTERINA

0,5 –2,5 % delle gravidanze

Maggior incidenza nella razza negra fino al 5%

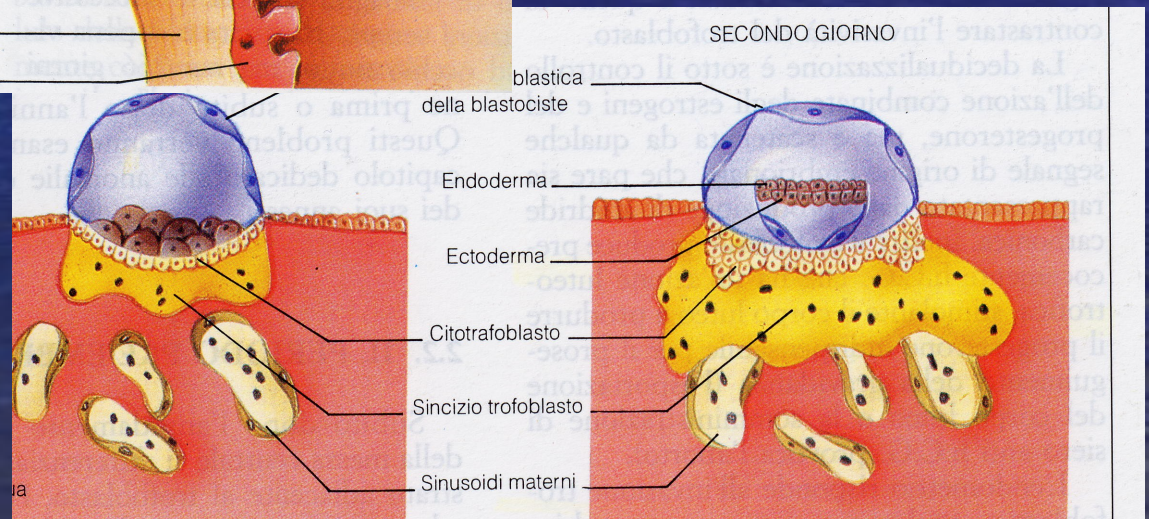
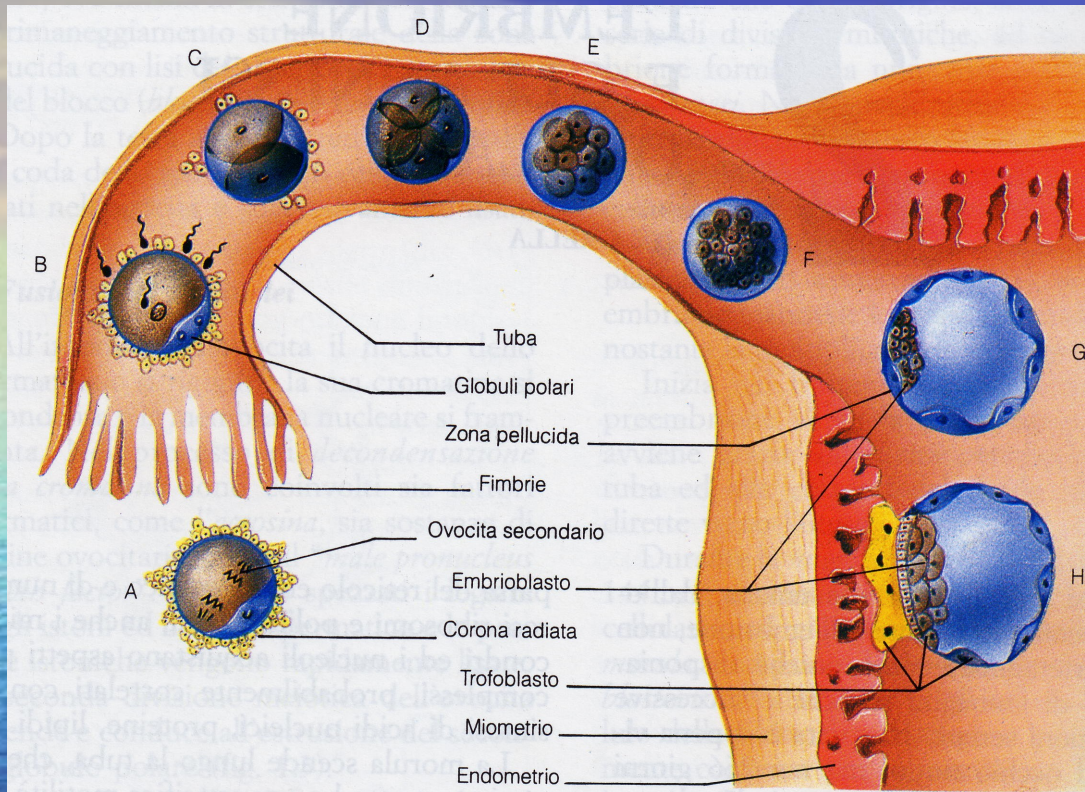
Tra le prime cause di morte (13-15%) durante il primo trimestre di gravidanza.

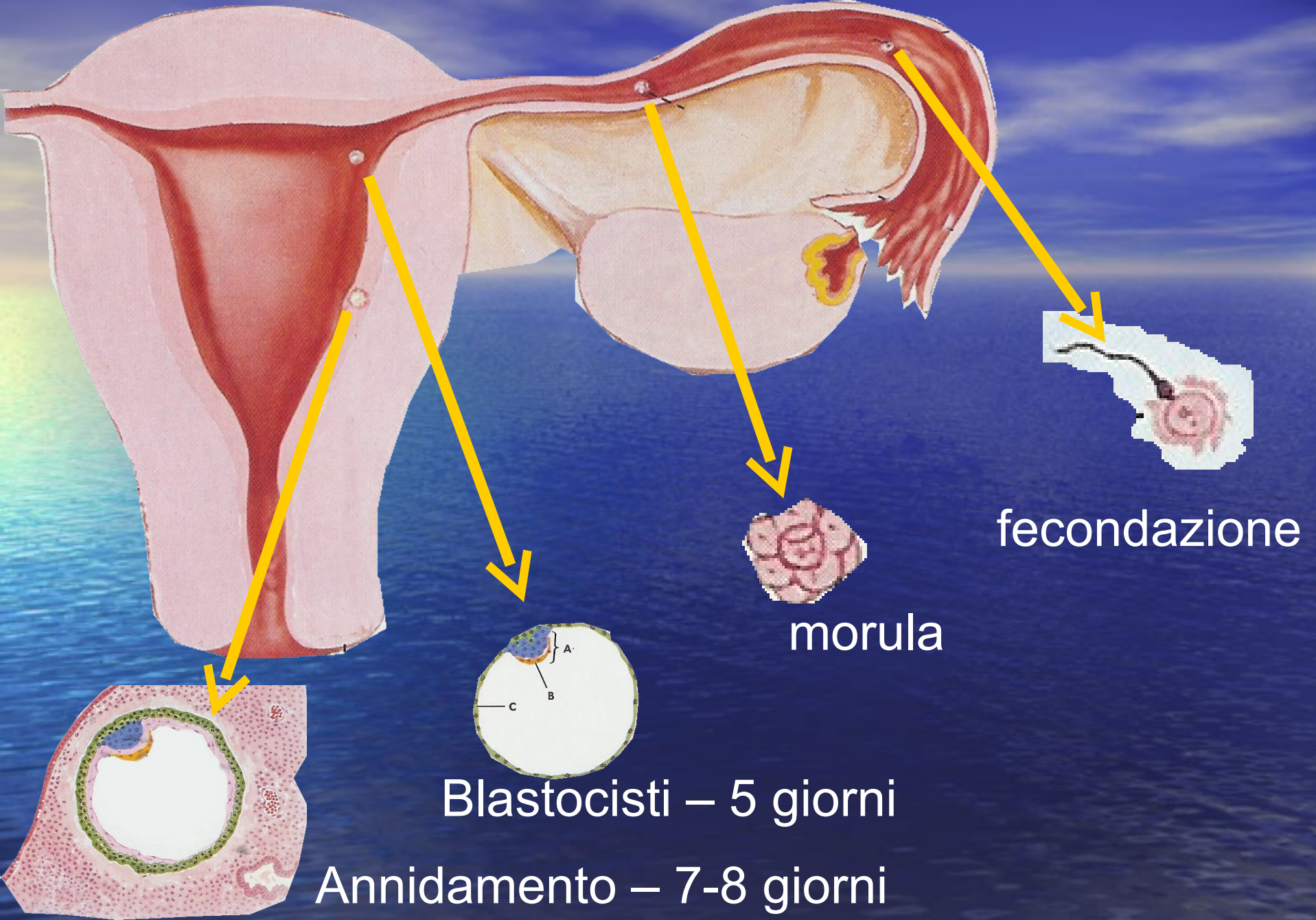
10% delle morti per gravidanza

Fattori di rischio

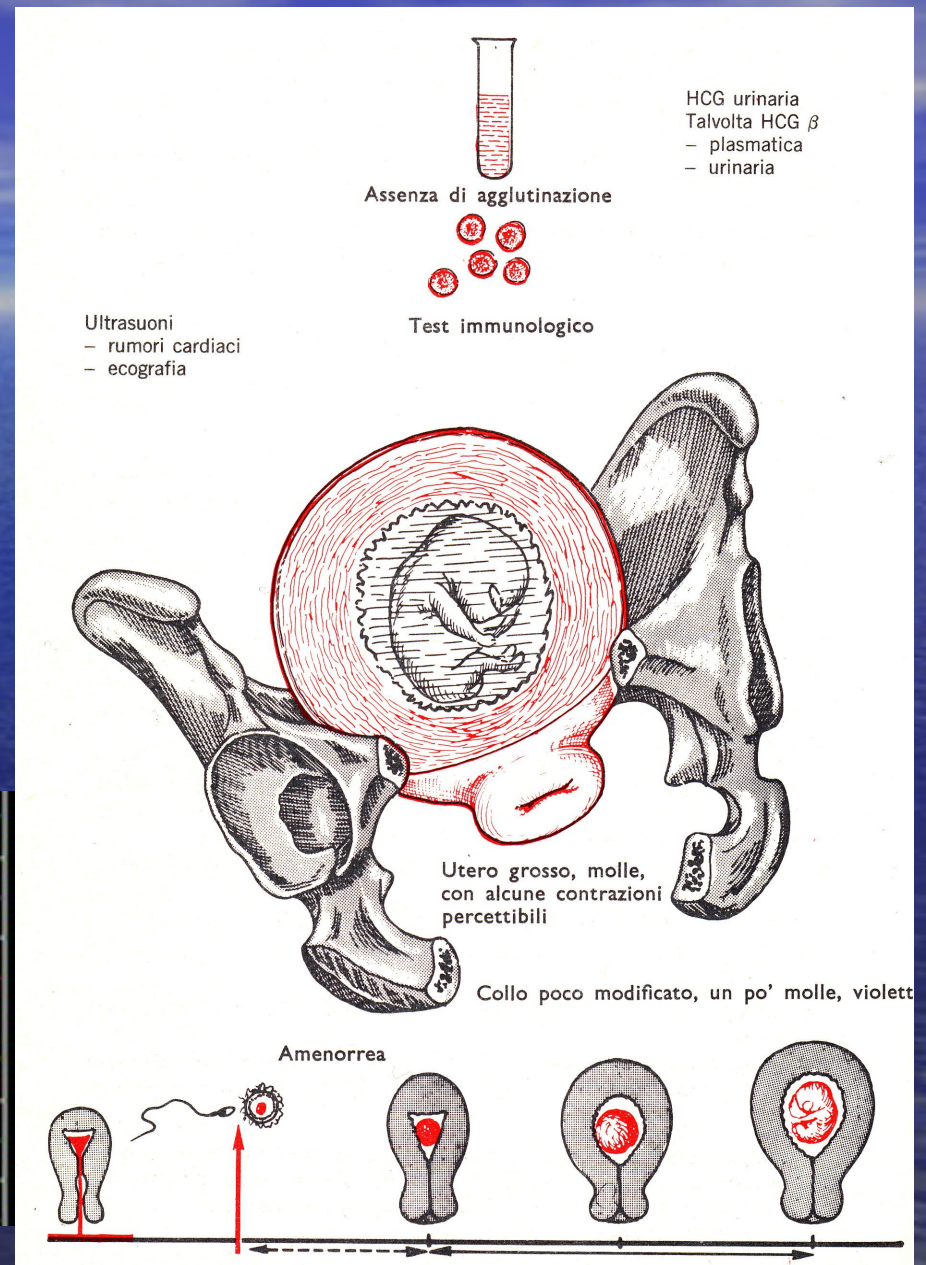
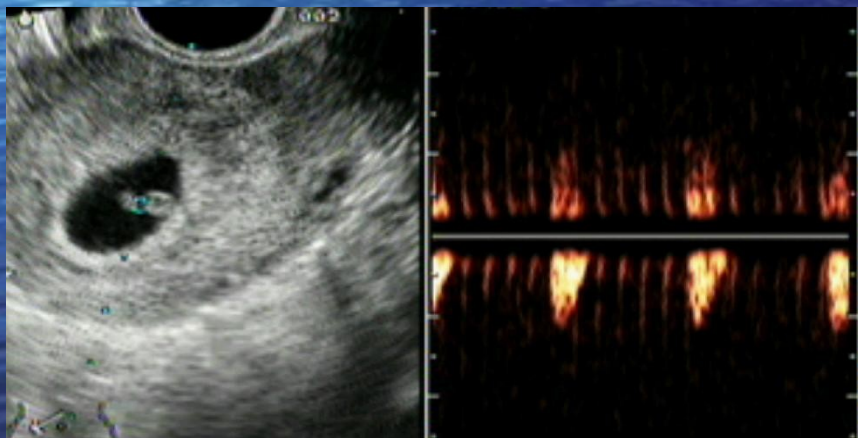
- Interventi chirurgici pelvici e /o addominali
- Endometriosi
- Aborto provocato
- Salpingite
- Dispositivi intrauterini
- Aderenze perisalpingee
- Malattia infiammatoria pelvica
- Fecondazioni in vitro con embrio transfert

La gravidanza: impianto





6^o settimana ecografia presente battito cardiaco



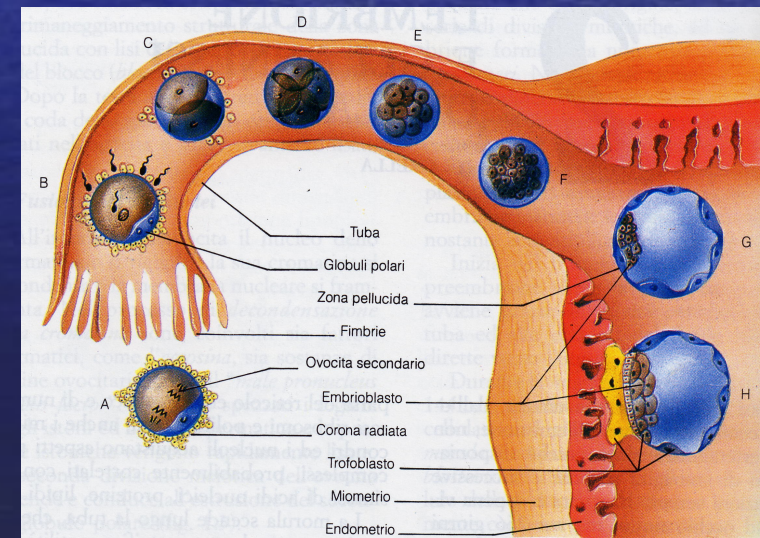
LA GRAVIDANZA ECTOPICA

Sede:

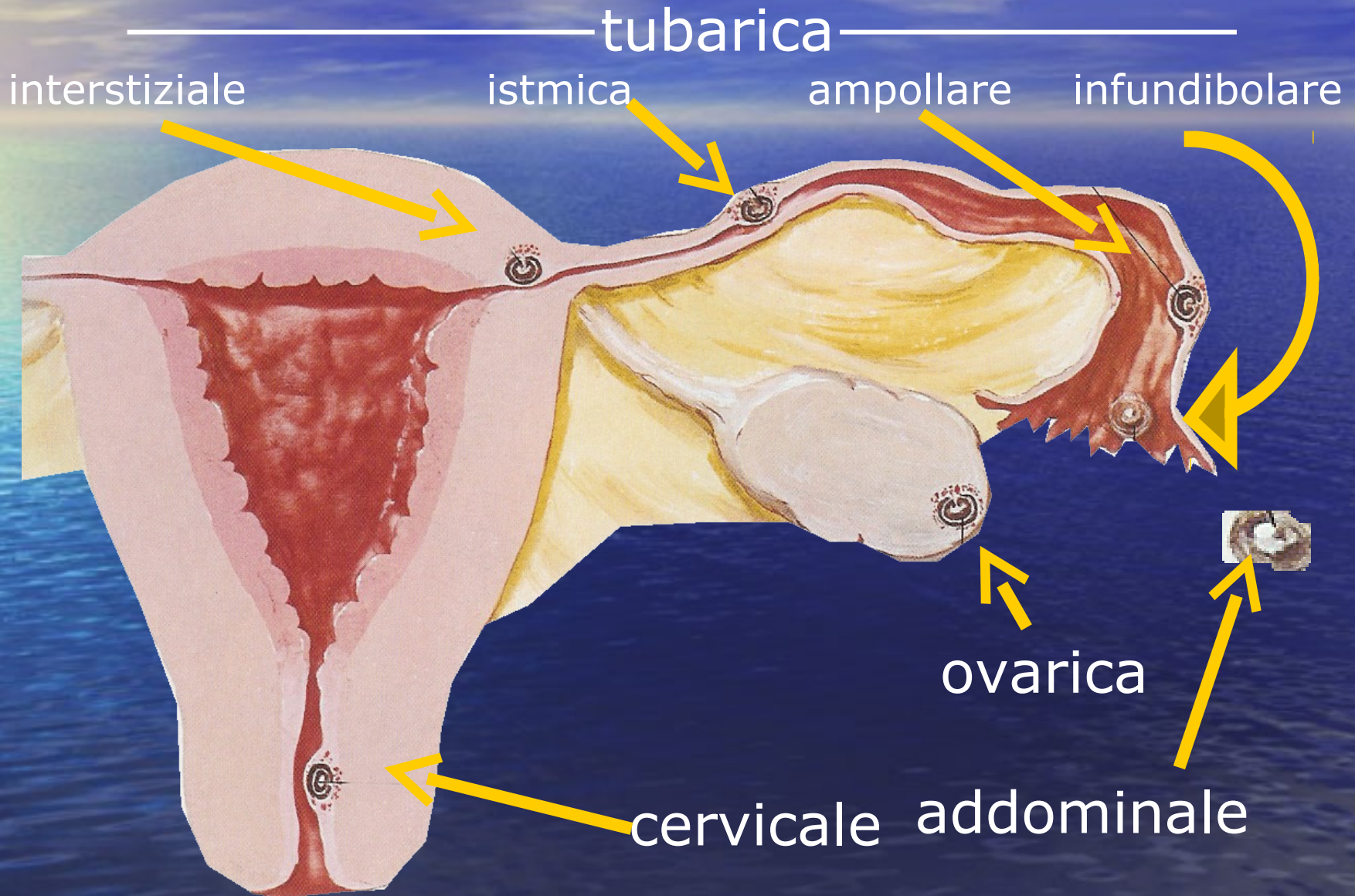
- Salpinge
- Ovaio
- Utero (cervicale, angolare, interstiziale, su cicatrici isterotomiche)
- Qualsiasi organo addominale

Situazioni atipiche:

- Gravidanza eterotopica
- Gravidanza extra-uterina bilaterale



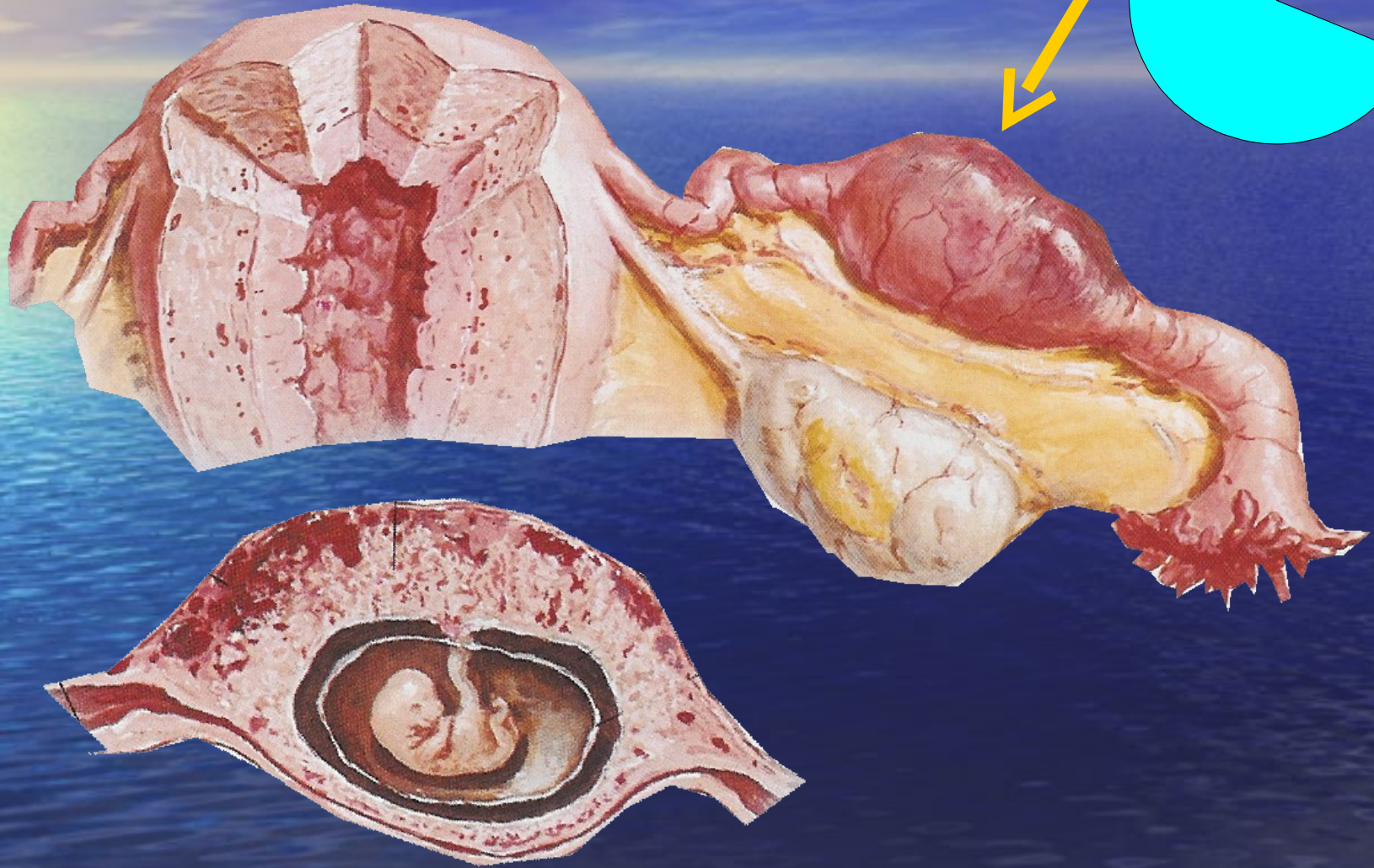
Gravidanza ectopica



Classificazione gravidanza ectopica

- Tubarica: ampollare 42%
istmica 28%
fimbriale 7%
interstiziale 3%
altra sede 10%
- Grav. Ovarica 1/2000 1/8500 parti
- Grav. Addominale 1/3400 1/8000 parti
- Grav. Cervicale 1/2000 parti
- Grav. Cerv su cicatrice T.C 1/1000 parti

Gravidanza tubarica ampollare-istmica



Gravidanza tubarica: diagnosi

- Ecografia
 - Segni diretti:
 - Sacco gestazionale e/o embrione in sede extrauterina
 - Segni indiretti
 - Utero "vuoto"
 - Versamento pelvico
 - Massa annessiale
- Dosaggio β HCG

LA GRAVIDANZA EXTRAUTERINA

diagnosi biochimica-ecografica

Ecografia: segni di certezza sacco gestazionale visibile fuori dall'utero

Segno indiretto assenza di sacco in utero in presenza di beta HCG superiori a 1000mUI/ml ma escludere aborto spontaneo in utero

La valutazione della beta HCG seriata è il parametro più attendibile

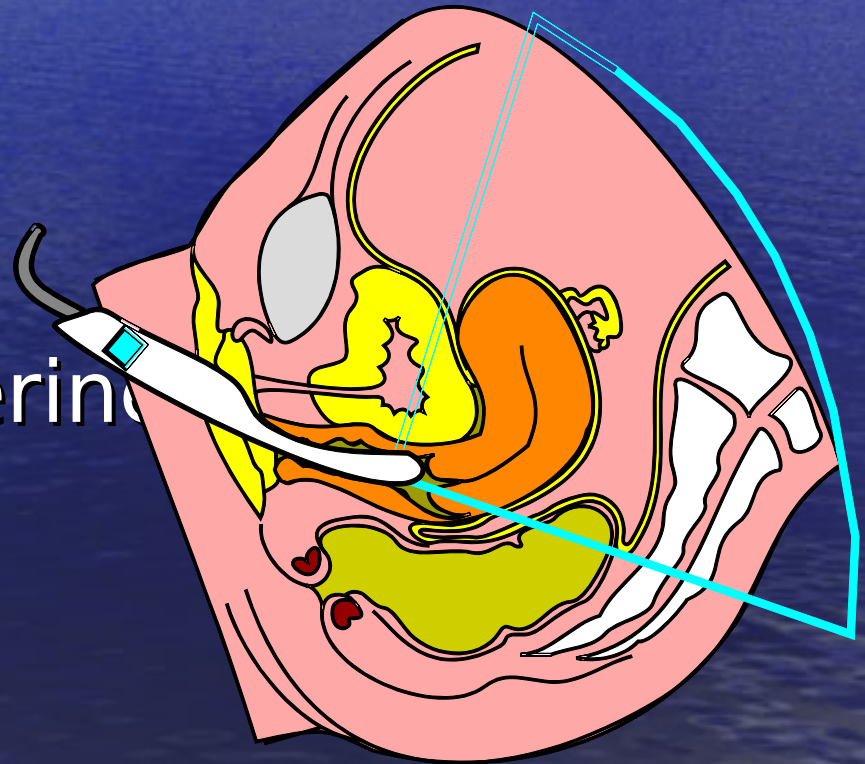
Il valore raddoppia ogni 2gg nella 5°-6°W
e ogni 3gg nella 7-8°

Sospetto in presenza di aumenti non adeguati

- Sospetto in presenza di endometrio inferiore a 8 mm in presenza di HCG
- Sospetto in presenza di dosaggio del progesterone $<17,5\text{ng/ml}$

Vantaggi della ecografia transvaginale

- Migliore visualizzazione dei genitali interni
- Identificazione più precoce delle gravidanze intrauterine
- Migliore definizione degli annessi

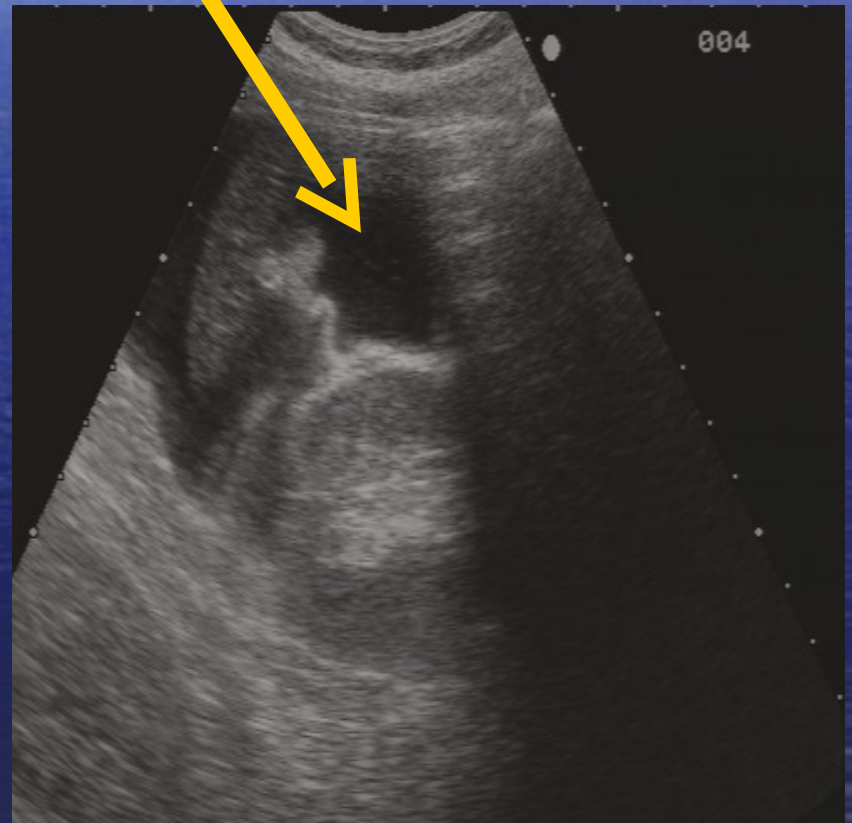
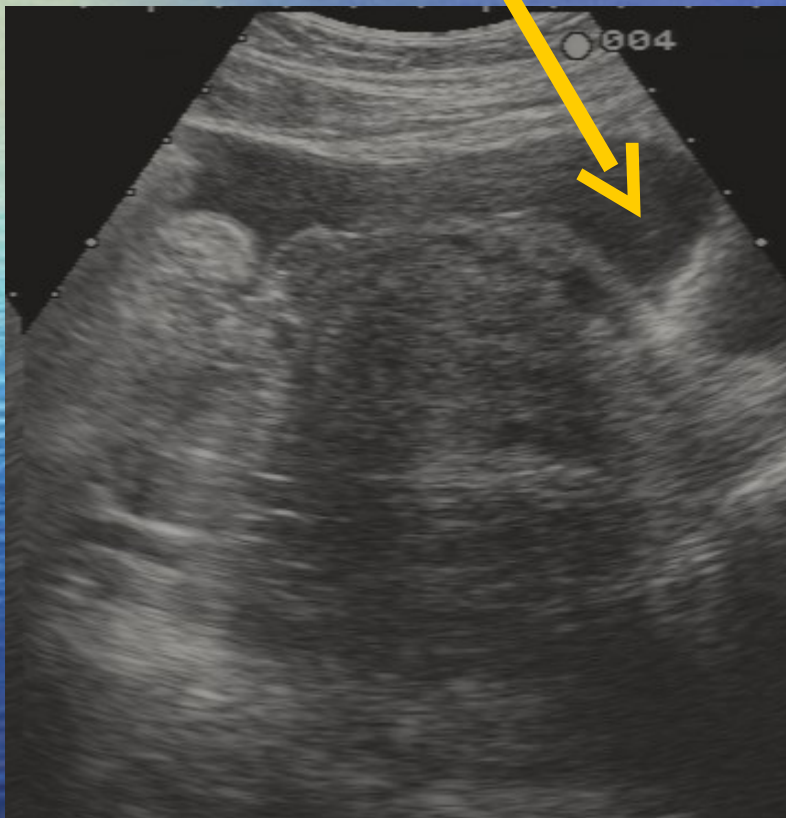


Massa complessa

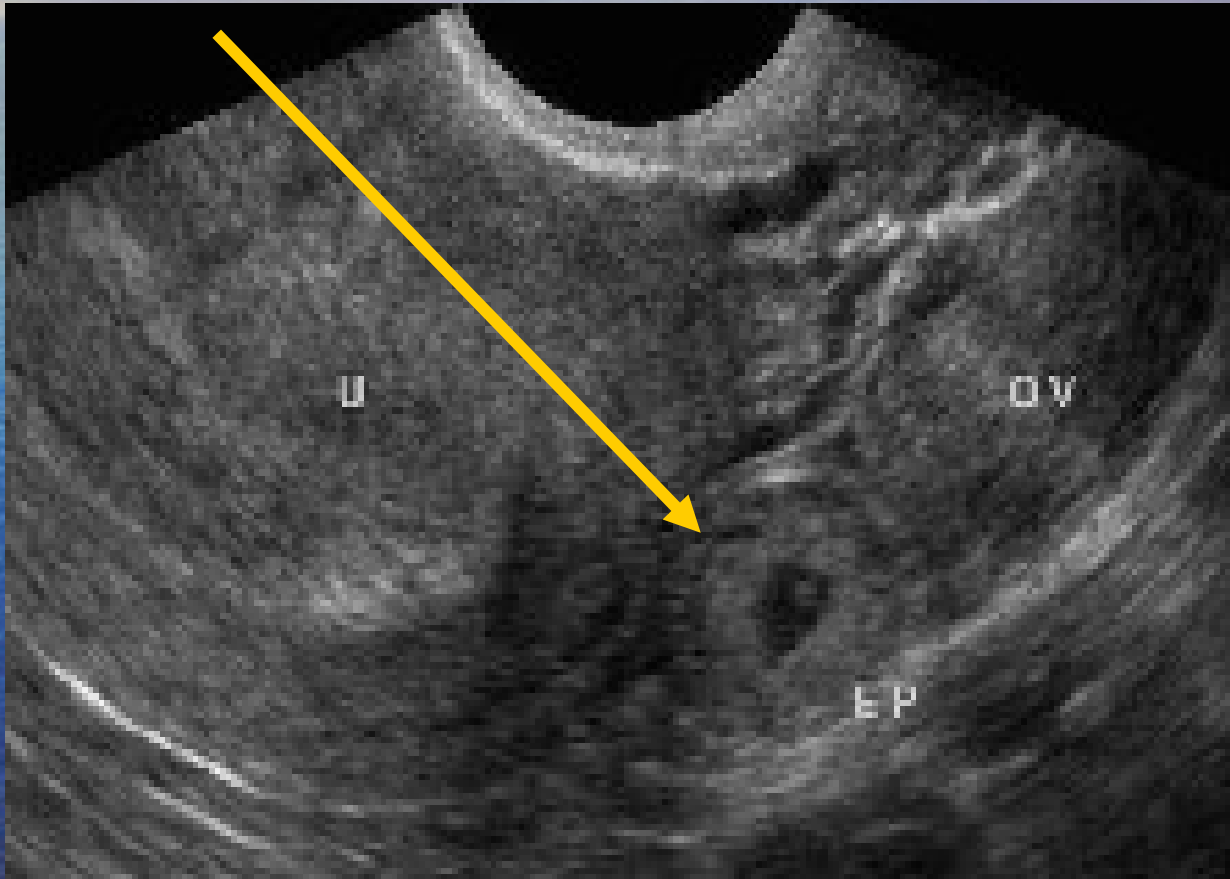


Massa complessa

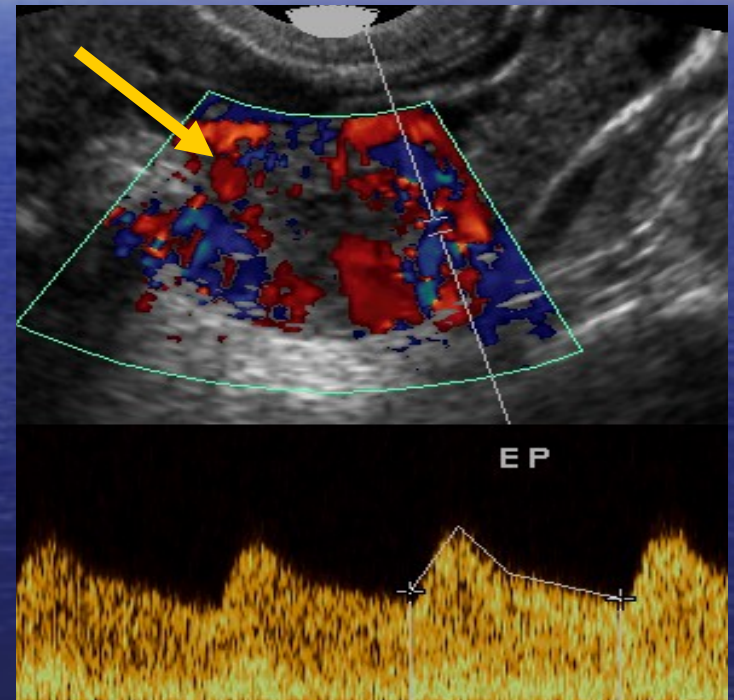
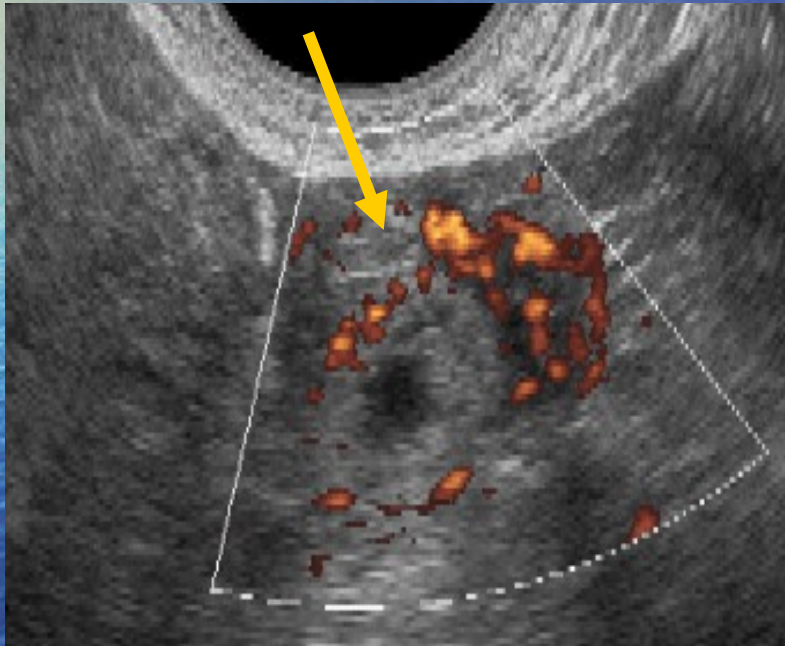
Versamento addominale



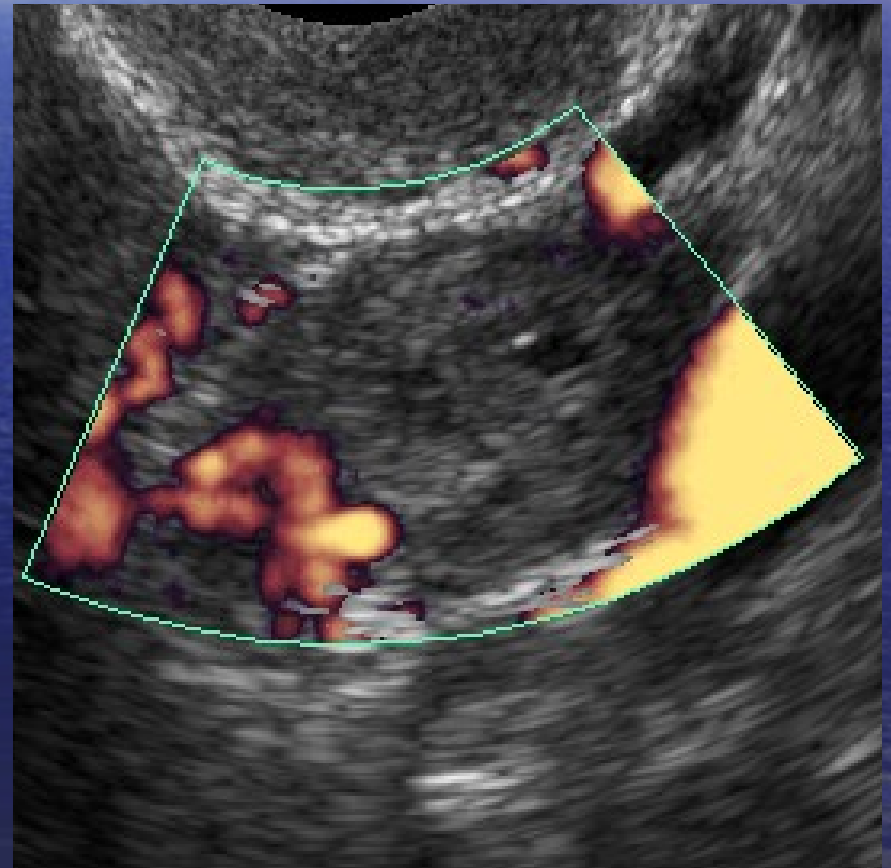
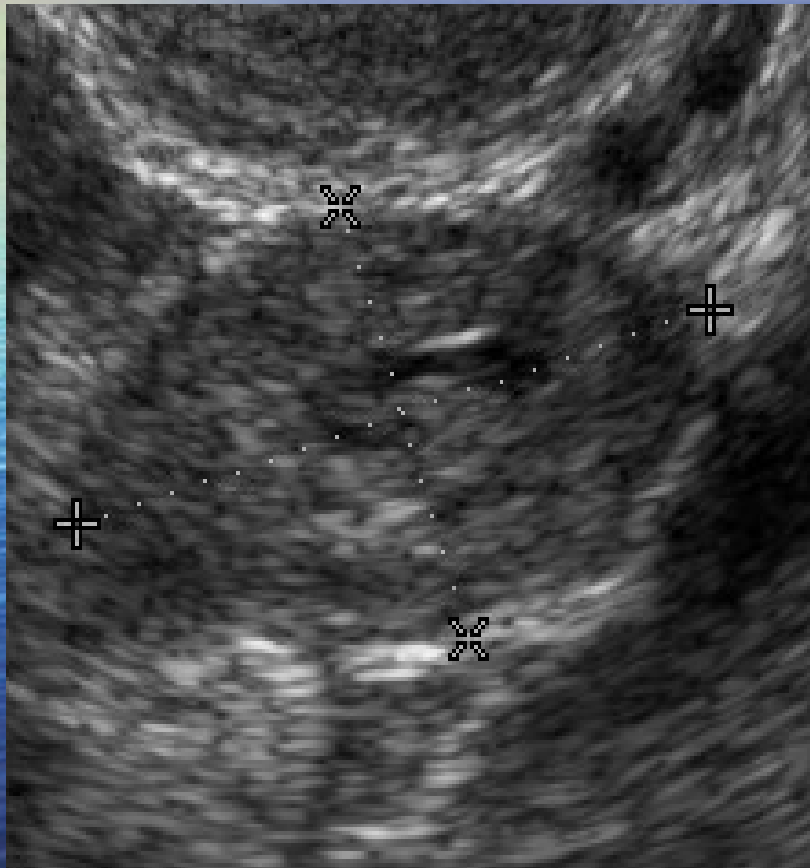
Tubal ring



Tubal ring al Color e Power Doppler

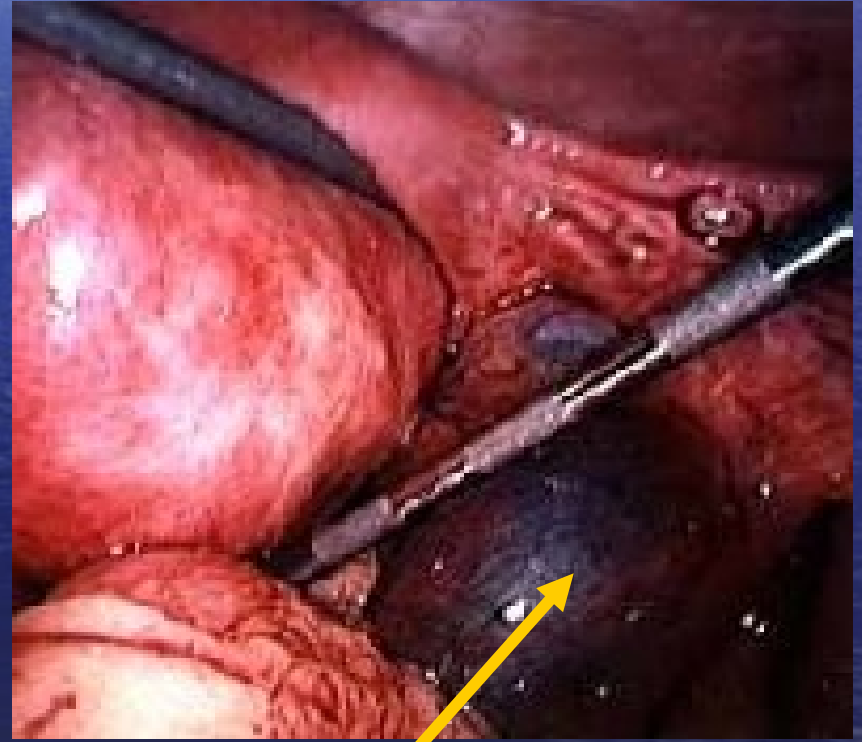
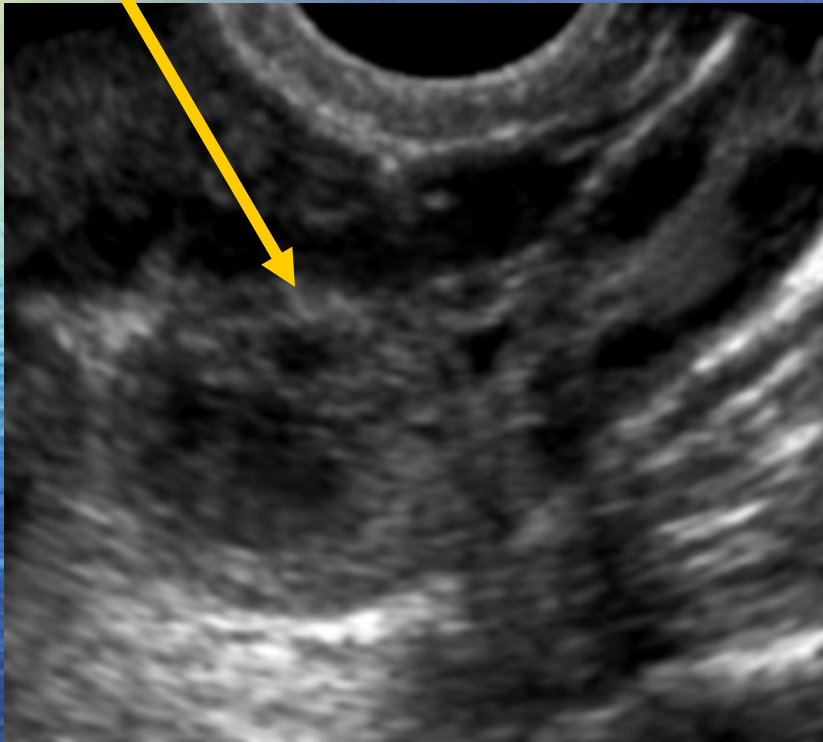


Massa complessa al Power Doppler



Massa complessa

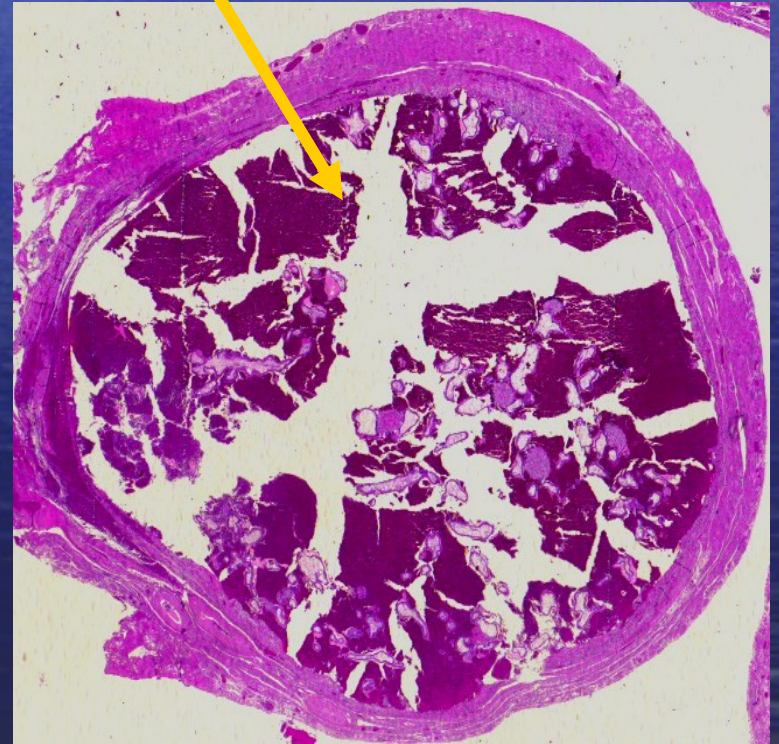
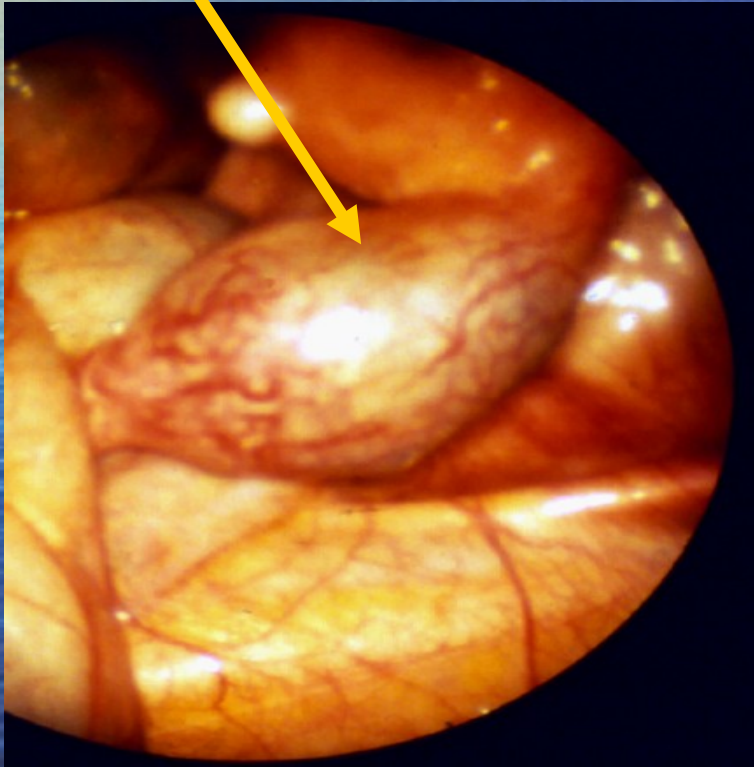
Ematosalpinge



MASSA ANNESSIALE



Tubal ring



Embrione ectopico con attività cardiaca

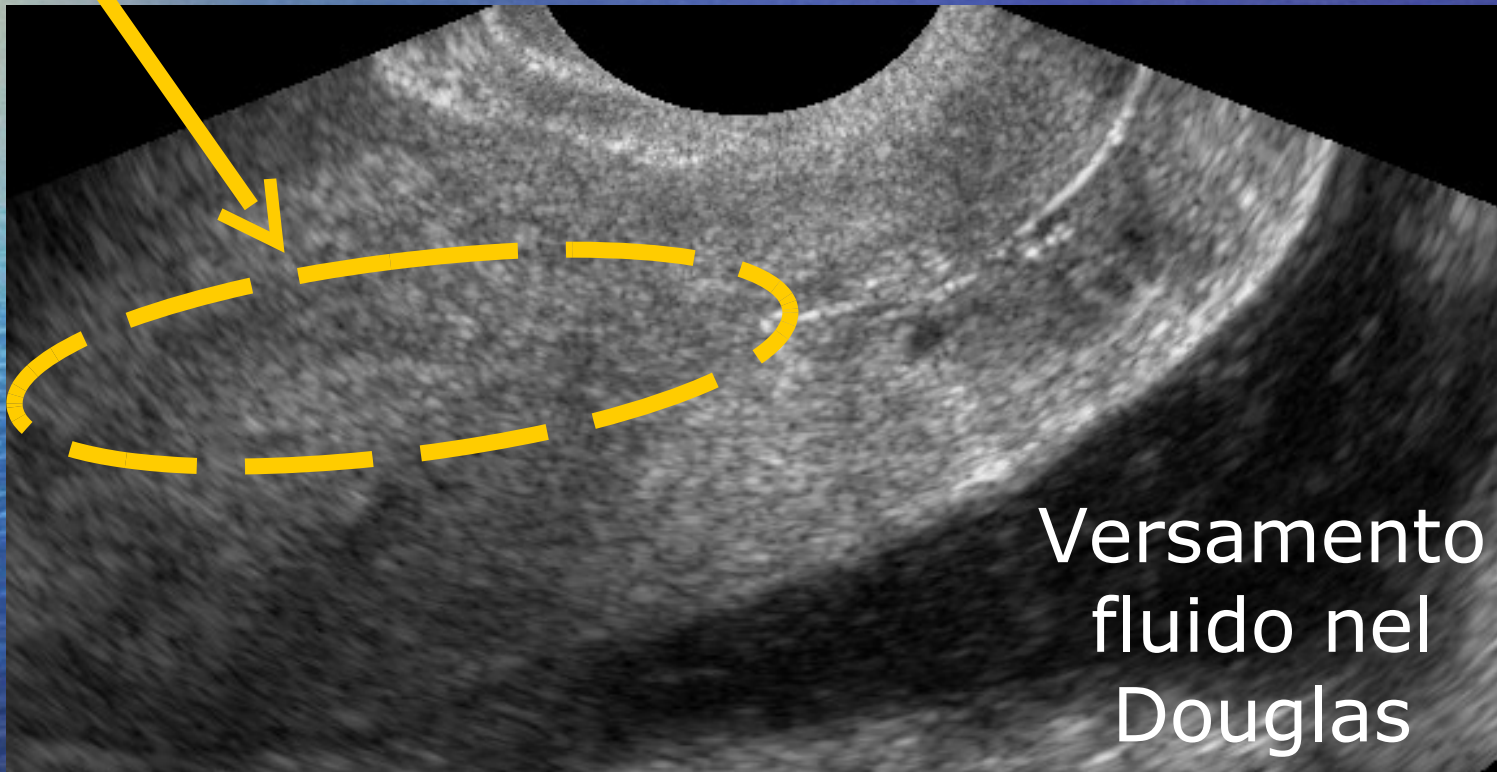


Segni clinici di sospetto

- Spesso ritardo mestruale in paziente desiderosa di prole
- Perdite ematiche come in presenza di minaccia d'aborto
- Algie pelviche poco frequenti
- Anamnesi positiva per fattori di rischio
- Test di gravidanza positivo

Segni indiretti

Utero privo di
camera gestazionale

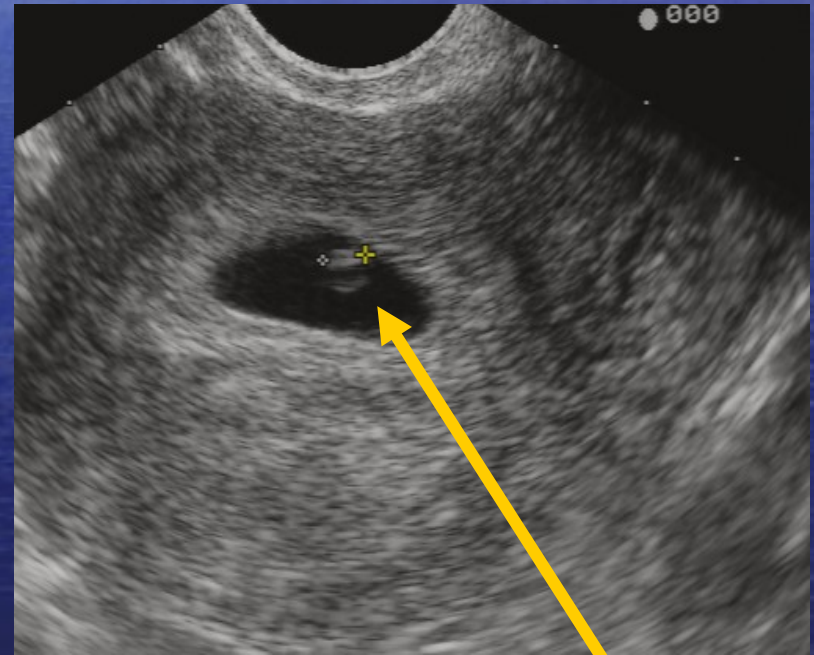
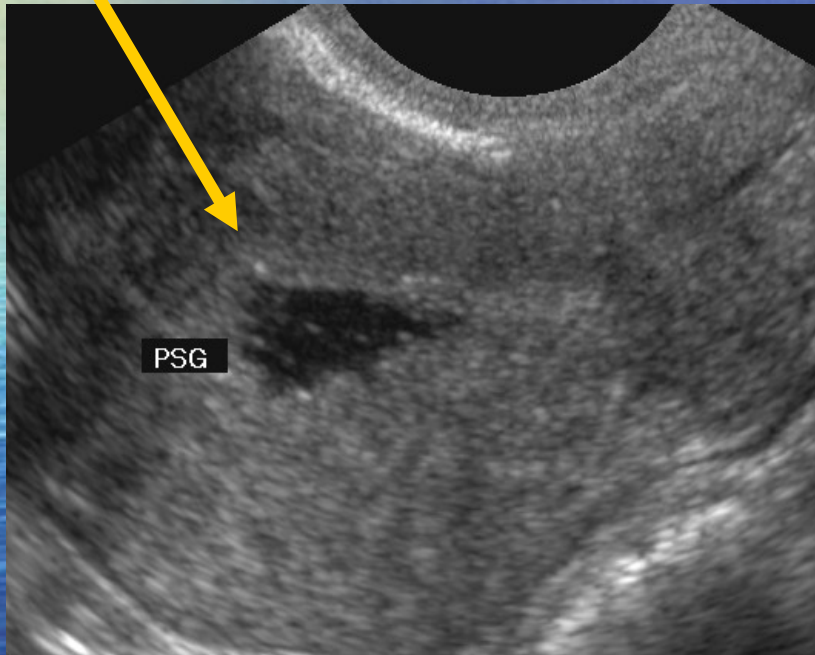


Endometrio:non sacco in utero



Pseudosacco

Pseudosacco



Sacco gestazionale

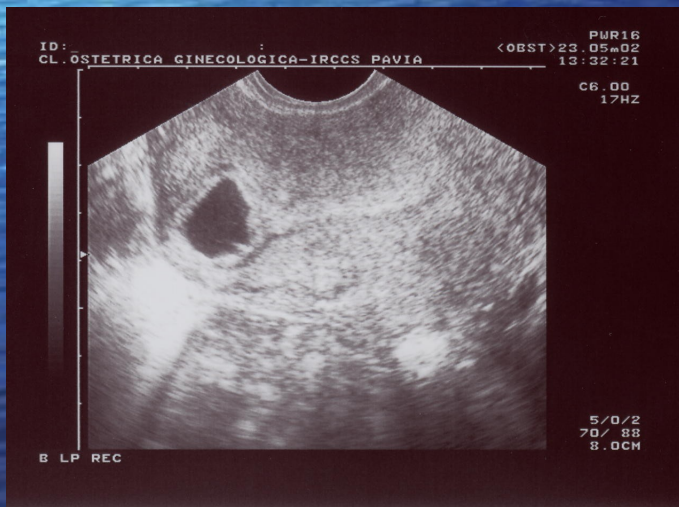
Assenza di sacco gestazionale e β -HCG

Il SG intrauterino è visibile con sonda TVG a valori di β -HCG compresi fra **1000** e **2600** UI/L

Necessità di valutazioni ormonali ed ecografiche seriate quando il quadro iniziale non sia sicuramente diagnostico.

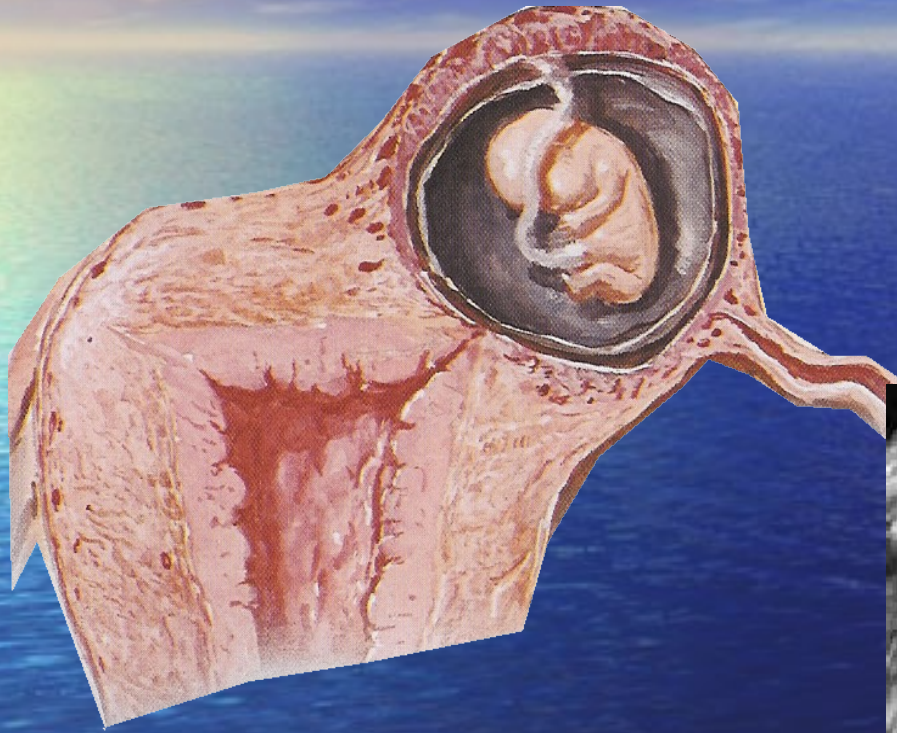
Importanza della sede della GEU:

- Diagnosticare la sede della GEU prima dell'intervento medico o chirurgico richiede notevole esperienza ed è della massima importanza perché permette di stimare la complessità dell'intervento

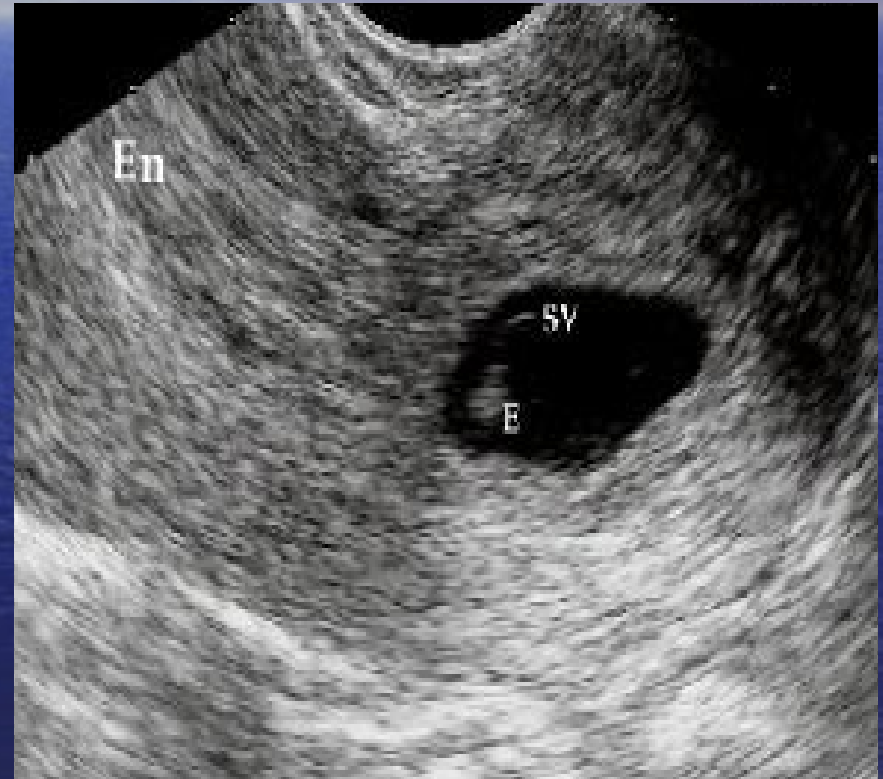
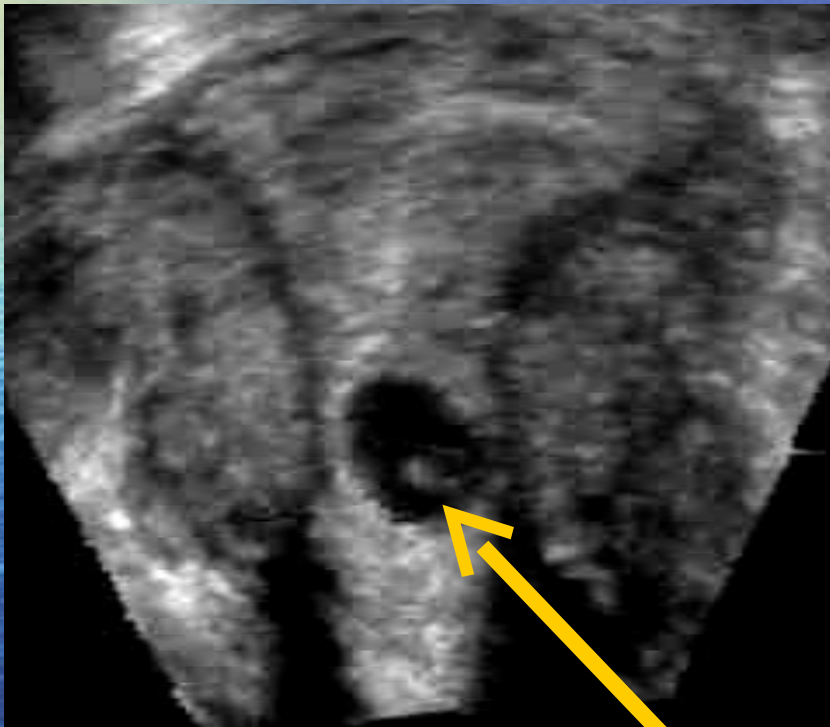


Gravidanza
angolare-
interstiziale

Gravidanza interstiziale



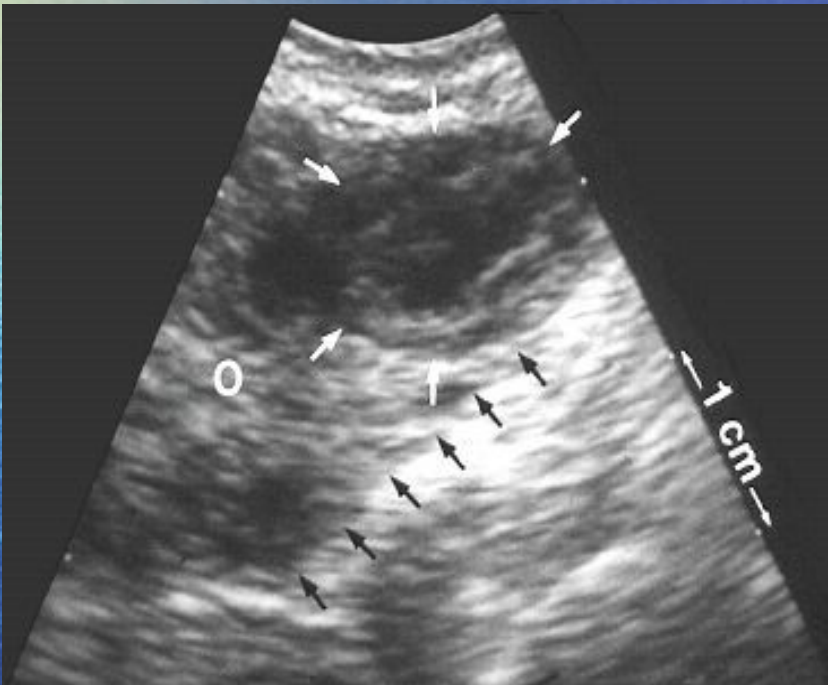
Gravidanza cervicale



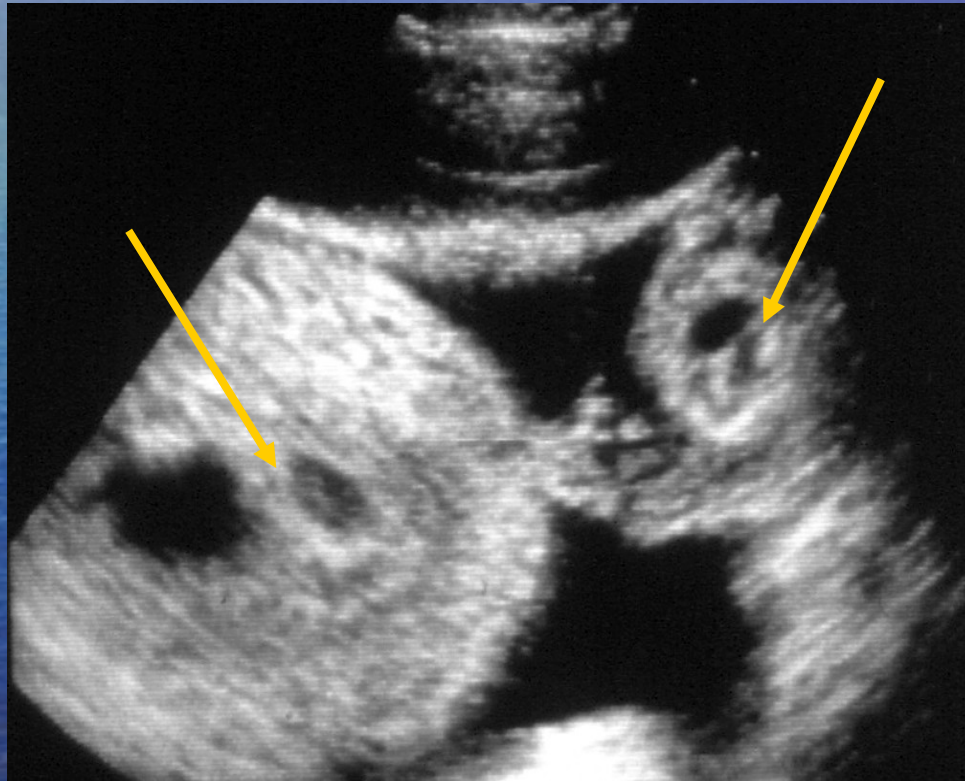
Gravidanza su pregressa cicatrice



Diagnosi differenziale: corpo luteo emorragico



Attenzione: la gravidanza eterotopica



TRATTAMENTO CHIRURGICO LAPAROTOMICO

- Diagnosi certa: ecografia transvaginale + dosaggio sierico della β -HCG (sensibilità del 95-100% , specificità del 96-99%)

Indicazioni assolute:

1. Rottura tubarica con emoperitoneo e paziente emodinamicamente instabile (shock ipovolemico da emoperitoneo)
2. Gravidanza addominale tardiva (preceduta o meno da preparazione medica)
3. Fallimento di metodiche conservative (mediche o chirurgiche) con grave sanguinamento e anemizzazione
4. Mancanza di strumentazione o training in laparoscopia

Indicazioni relative:

1. Gravidanza interstiziale
2. Gravidanza cornuale
3. Gravidanza cervicale

TRATTAMENTO NON CHIRURGICO

Aspetti fondamentali:

- Desiderio della paziente
- Disponibilità della paziente e della struttura ospedaliera al monitoraggio ambulatoriale clinico, biochimico ed ecografico per 3-5 settimane
- Criteri di selezione
- Via di somministrazione del farmaco

TRATTAMENTO CHIRURGICO CONSERVATIVO in genere LAPAROSCOPIA

- Riservato alla gravidanza tubarica non ancora rotta, in sede fimbriale, ampollare, istmica distale e gravidanze cornuali solo di piccole dimensioni
- Opzioni conservative:
 1. Salpingotomia lineare
 2. Resezione tubarica segmentaria

SALPINGOTOMIA LINEARE

Tempi chirurgici:

- Previa incisione della parete addominale si procede ad esposizione e stabilizzazione della salpinge affetta
- Incisione della salpinge, in corrispondenza del rigonfiamento, sul versante antimesenterico, iniziando dalla porzione prossimale, dove è situato il materiale ovulare, e proseguendo per circa 1 cm., quanto basta per introdurre uno strumento per idrodissezione.
- Estrazione del materiale ovulare mediante idrodissezione e gentile spremitura della salpinge
- Lavaggio dei residui ovarici con soluzione di Ringer
- Emostasi accurata con piccola pinza bipolare
- Eventuale sutura siero(muscolare) a punti staccati con fili sottili meglio se monofilamento riassorbibili

TRATTAMENTO CHIRURGICO DEMOLITIVO

- Indicato in caso di rottura tubarica con emoperitoneo e paziente emodinamicamente instabile (shock ipovolemico da emoperitoneo) o in seconda istanza, in caso di GEU recidiva sulla stessa salpinge o per indicazione specifica del chirurgo
- Discussa la ovariectomia “profilattica” in caso di rottura della salpinge
- Salpingectomia totale, eliminando la possibilità di recidiva di GEU su moncone residuo

SALPINGECTOMIA TOTALE

Tempi chirurgici:

- Incisione della parete addominale, se possibile piccola
- Afferramento della salpinge dopo aver rimosso l'eventuale emoperitoneo (eventuale autotrasfusione)
- Successive prese emostatiche del mesosalpinge permettono di staccare progressivamente la salpinge.
Attenzione a preservare la vascolarizzazione ovarica e quindi effettuare la legatura e la sezione dei vasi rasentando la parete tubarica
- Incisione della porzione cornuale della salpinge. Deve essere asportata anche la parte intramurale della salpinge, possibile causa di recidive, mediante piccola incisione cuneiforme in corrispondenza della porzione cornuale, evitando di eccedere e penetrare il miometrio
- Peritoneizzazione della sutura sull'utero mobilizzando il legamento largo e il legamento rotondo

RESEZIONE TUBARICA SEGMENTARIA

- In tempi successivi: asportazione della porzione segmentaria della salpinge e rimando a un tempo successivo della reanastomosi
- In un tempo unico: asportazione del segmento di tuba e reanastomosi durante la stessa operazione
- Fondamentale conoscere la tecnica microchirurgica e disporre di strumentazione adeguata, procedere alla sezione di salpinge patologica con apposito strumento a forma di ghigliottina, fino a reperire salpinge sana e procedere ad anastomosi apponendo 3-4 punti muscolari e sierosi con filo 6/0 o 7/0

TRATTAMENTO PER GEU INTERSTIZIALE E CORNUALE

- 2-4% delle GEU
- Grande problema diagnostico-terapeutico e gestionale
- 50% isterectomia fin dalla prima diagnosi
- 50% trattamento personalizzato in relazione al volume del materiale ovarico:
 1. isterotomia simile ad una metroplastica
 - laparotomica, asportazione del tessuto ovarico e successiva ricostruzione della parete uterina con suture 0/0 o 0/2
 2. trattamento misto, medico-chirurgico, con preparazione mediante MTX a dosi terapeutiche, seguita da toilette e ricostruzione chirurgica
- Alta possibilità di fallimento delle tecniche conservative
 - isterectomia d'urgenza



TRATTAMENTO PER GRAVIDANZA OVARICA

- Diagnosi differenziale con corpo luteo emorragico
- Resezione ovarica, con o senza ricostruzione della parete ovarica
- Trattamento radicale solo in caso non sia possibile ottenere l'emostasi

TRATTAMENTO PER GRAVIDANZA ADDOMINALE

- Scelta del trattamento in base al momento della diagnosi
 - Opzioni terapeutiche:
 1. asportazione chirurgica del tessuto trofoblastico e ovulare
 2. preparazione con MTX a dosi terapeutiche e successiva asportazione del tessuto ovulare e trofoblastico
- in caso di dubbio
3. asportare il materiale ovulare e lasciare la placenta priva di vascolarizzazione (evoluzione in fibrosi)
- È sconsigliata l'asportazione parziale della placenta, causa frequente di emorragia

TRATTAMENTO PER GRAVIDANZA CERVICALE

- Isterectomia, addominale o raramente vaginale
- Trattamento personalizzato: preparazione con MTX a dosi terapeutiche, seguito dall'evacuazione spontanea o chirurgica del materiale ovulare
- Tecniche che contribuiscono al successo della terapia conservativa:
 1. apposizione di catetere a 3 vie per uso urologico per tamponare il sanguinamento e contemporaneamente irrigare la cavità uterina
 2. cerchiaggio cervicale, anche per via transaddominale
 3. resettore isteroscopico

TRATTAMENTO MEDICO

- L'iniezione locale, transvaginale ecoassistita o laparoscopica, di glucosio iperosmolare o di prostaglandine, effettuata con criteri di selezione delle pazienti simili a quelli dell'MTX, sembra avere un'efficacia lievemente inferiore alla terapia chirurgica, laparotomica o laparoscopica, e alla terapia medica con MTX e percentuali di pervietà tubarica confrontabili con altre metodiche
- Per includere le pazienti al trattamento medico con MTX è indispensabile tenere conto dei livelli ematici della β -HCG (≤ 1500 - 3000 UI/l) e del progesterone (< 7 ng/ml)
- **Indicazioni:** localizzazioni anomale (epatica, ovarica, cervicale, intramurale o cornuale) *(trattamento chirurgico molto complesso, demolitivo, ad alto rischio, anche per la relativa rarità e conseguente scarsa esperienza)*

EFFETTI COLLATERALI

- Effetti collaterali nel 5-10% dei casi:
 1. nausea e vomito sporadici
 2. dolore pelvico dopo 24-48 h dalla somministrazione di MTX (d.d.:rottura della tuba)
 3. alterazione transitoria delle transaminasi
 4. modesto rialzo delle BCG nelle 24-48 h dopo la somministrazione di MTX e lenta diminuzione nei giorni successivi (30-100 gg.)
 5. stomatite
 6. alopecia transitoria

FOLLOW-UP

Requisiti:

1. Valutazione clinica effettuata da personale esperto
2. Ecografia di II livello
3. Dosaggio quantitativo della HCG con risposta tempestiva (nella stessa giornata) e valutazione emocromo
4. Organizzazione per effettuare dosi successive di MTX
5. Disponibilità di sala operatoria in caso di emoperitoneo o di fallimento della terapia medica

MANAGEMENT

- La corretta gestione del trattamento medico della GEU è molto difficile
- Fondamentale un buon rapporto medico-paziente
- Contenzioso medico-legale soprattutto per cattiva informazione e difficile comunicazione con la paziente

TRATTAMENTO MEDICO

1. Ricovero fino a soluzione completa della patologia (negativizzazione della HCG – circa 30-90 gg.)
importante consumo di risorse
2. Ricovero fino al dimezzamento della HCG e controllo ambulatoriale aspecifico/ ricovero per il tempo necessario ad effettuare la terapia e controllo ambulatoriale aspecifico modesto rischio di rottura della salpinge con emoperitoneo a domicilio/ al lavoro
3. Day hospital o ambulatorio specifico

OSSERVAZIONE E ATTESA

- Riservata a pazienti con GEU in fase precoce e non evolutiva, in cui non vi è evidenza di emoperitoneo, assenza di sintomatologia clinica patologica e per le quali l'andamento clinico e biochimico fa pensare ad un'interruzione spontanea

FALLIMENTI DELLE TECNICHE

- Per fallimento della terapia chirurgica o medica si intende la anomala persistenza o diminuzione troppo lenta della concentrazione della HCG in conseguenza di una mancata eliminazione del materiale ovulare



Trattamento chirurgico/ ripetizione terapia medica
con MTX

CONCLUSIONI

- La paziente affetta da GEU è una novità dal punto di vista gestionale sanitario perché è contemporaneamente una paziente chirurgica, medica, ostetrica, ambulatoriale
- Un atteggiamento attivo trasforma completamente questa patologia sia dal punto di vista clinico che di costi sanitari
- La scelta del tipo di trattamento è uno dei momenti più delicati:
 - dalla letteratura non emerge quale tecnica determini un migliore tasso di gravidanze successive
 - le esperienze di trattamento conservativo in paziente con una sola salpinge fanno pensare che questa tecnica dia qualche possibilità in più per la fertilità successiva
- La diffusione della terapia medica ha appiattito completamente l'arte del chirurgo