

L'isterectomia peripartum: la nostra esperienza

G. LO DICO, P. FASULLO, D. BAGARELLA, P.V. BARRECA*, A.M. LUCIDO

RIASSUNTO: **L'isterectomia peripartum: la nostra esperienza.**

G. LO DICO, P. FASULLO, D. BAGARELLA, P.V. BARRECA, A.M. LUCIDO

Obiettivo: *determinare l'incidenza, l'indicazione e l'associazione con il parto cesareo dell'isterectomia peripartum (I.P.), la morbilità e la mortalità materna e neonatale.*

Materiale e metodo: *sono stati esaminati tutti i casi di isterectomia peripartum osservati presso l'U.O. di Ostetricia e Ginecologia dell'A.O.S. S. Antonio Abate di Trapani dall'1/01/2001 al 31/05/2006.*

Risultati: *sono stati eseguiti 13 interventi di I.P. pari al 2,26% parti di cui 46,1% come isterectomia totale, e 53,9% come isterectomia subtotale. Il 69,2% degli interventi praticati è stato eseguito in condizioni d'emergenza mentre il 30,8% è stato programmato. Le indicazioni sono state: placenta previa accreta (38,4%), placenta accreta n.i. (7,6%), metrorraggia da distacco intempestivo di placenta, HELLP sindrome e CID (38,3%), atonia uterina resistente a terapia medica (15,5%) e rottura d'utero (7,6%). Otto pazienti (61,6%) erano precesarizzate. In 12 pazienti (92,4%) l'intervento è stato eseguito durante o subito dopo parto cesareo. È stata osservata una morte materna per embolia polmonare mentre, per quanto riguarda la morbilità, il 38,4% delle pazienti è stato trasferito in terapia intensiva, una paziente è stata sottoposta a 4 laparotomie successive. Non si è avuto alcun caso di mortalità neonatale.*

Conclusioni: *la placenta previa accreta è la più comune indicazione all'intervento di isterectomia peripartum; essa è proporzionalmente associata con il numero di progressi parti cesarei che predispongono la cavità uterina ad inserzioni più basse e profonde.*

SUMMARY: **The peripartum hysterectomy: our experience.**

G. LO DICO, P. FASULLO, D. BAGARELLA, P.V. BARRECA, A.M. LUCIDO

Objective: *to determine the prevalence, indications and association of cesarean section with peripartum hysterectomy and the correlated maternal and neonatal morbidity and mortality.*

Methods: *a prospective random study was performed between January 2001 and May 2006 on patients undergoing peripartum hysterectomy (P.H.) at A.O.S. S. Antonio Abate, Trapani (Sicily).*

Results: *thirteen women underwent P.H. (2,26% deliveries), 46,1% as total hysterectomy vs 53,9% as subtotal hysterectomy. 4 P.H. were scheduled (30,8%), 9 P.H. (69,2%) were performed on emergency. Indications to P.H. were: placenta praevia accreta (38,4%); placenta accreta (7,6%); abruptio placentae, HELLP syndrome and DIC (30,7%); atonic postpartum hemorrhage (15,5%); uterine rupture (7,6%). 8 women (61,6%) have had previous cesarean section. P.H. was performed during or just after cesarean section in 12 patients (92,4%). There was one death due to pulmonary embolism; 5 patients (38,4%) were transferred to postoperative intensive care unit. There were no newborn deaths.*

Conclusions: *placenta praevia accreta is the most common indication to P.H., proportionally correlated with previous cesarean sections that predispose uterine cavity to lower and deeper blastocystic implants.*

KEY WORDS: Taglio cesareo - Placenta previa accreta - Isterectomia peripartum.
Cesarean section - Placenta previa accreta - Peripartum hysterectomy.

Introduzione

L'isterectomia peripartum (I.P.) consiste nell'asportazione dell'utero, totale o subtotale, effettuata per

cause ostetriche o meno, a seguito di un parto cesareo o vaginale. Essa può essere programmata o eseguita in emergenza. La prima I.P. fu eseguita nel 1870 e nel 1900 Reed elencò alcune indicazioni all'esecuzione del taglio cesareo demolitore (23).

L'I.P. nasce come procedura d'emergenza salva vita in caso di emorragia ostetrica irrefrenabile determinata da atonia uterina, da rottura d'utero, da anomalie placentari, da infezioni, da fibromi o lacerazioni durante il parto (16). Fino al 1980 l'atonia e la rottura d'utero erano le indicazioni più comuni (7, 26), in se-

Università degli Studi di Palermo
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Corso di Laurea in Ostetricia (sede di Trapani)
U.O. di Ostetricia e Ginecologia A.O. S. Antonio Abate, Trapani
(Primario: G. Lo Dico)
*Clinica Ostetrica e Ginecologica
(Direttore: P. Quartararo)
© Copyright 2007, CIC Edizioni Internazionali, Roma

guito questo ruolo è stato assunto dalla placenta accreta (5, 26) a causa di una maggiore incidenza del parto cesareo e dei migliori successi ottenuti nel trattamento delle emorragie da atonia uterina con l'uso delle prostaglandine, con l'embolizzazione delle arterie uterine, o con procedure chirurgiche come la tecnica B-Lynch o la devascularizzazione selettiva (1, 3). La placenta accreta è frequentemente associata alla placenta previa a sua volta associata all'utero precesarizzato (6, 25).

L'incidenza del parto cesareo è aumentata nelle passtate decenni, così come l'età media in cui le donne partoriscono, tuttavia la rottura d'utero è associata all'I.P. così come ai pregressi parti cesarei (10) e in effetti l'incidenza della rottura d'utero non è aumentata in termini di percentuale ma in assoluto (9). Inoltre l'associazione tra pregressi parti cesarei con placenta accreta e rottura d'utero incrementa il rischio di I.P. perché esclude alcune donne dal parto per via vaginale (11). L'I.P. è accompagnata da morbilità e mortalità materna non trascurabili (5, 8, 12) e in effetti l'emorragia ostetrica è ancora una delle principali cause di morte materna nei Paesi occidentali (17, 22).

Materiale e metodo

Questo studio ha lo scopo di determinare, l'incidenza, l'indicazione, l'associazione con il parto cesareo, nonché la mortalità e morbilità materna e neonatale in seguito all'I.P. praticata nella nostra struttura ospedaliera. A tale scopo sono stati esaminati tutti i casi di I.P. osservati presso l'U.O. di Ostetricia e Ginecologia dell'A.O. S. Antonio Abate di Trapani dall'1/01/2002 al 31/05/2006.

Dall'esame delle cartelle cliniche sono stati evidenziati i seguenti dati: età, parità, epoca di gestazione; indicazione all'intervento; rapporto tra intervento e modalità del parto; numero di casi e modalità di I.P.; morbilità e mortalità materna.

Risultati

Sono stati eseguiti 13 interventi di I.P. su un totale di 5.730 parti, con un'incidenza dello 2,26%; su pazienti con un'età media di 35,4 anni (minimo 29, massimo 45). L'epoca di gestazione andava da 28 a 39 settimane; in 7 casi (53,9%) era inferiore a 37 settimane. Tre pazienti (23,1%) erano primipare, sei (46,1%) erano secondipare, tre (23,1%) erano terzipare, una (7,6%) era quintipara, tre erano nullipare (23,1%). In un caso la gravidanza era gemellare. Per quanto riguarda l'anamnesi ostetrica, due pazienti (15,4%) avevano partorito spontaneamente, cinque (38,4%) erano state sottoposte ad un taglio cesareo, tre (23,1%) erano sta-

te cesarizzate due volte (Tab. 1).

In 9 pazienti (69,2%) l'isterectomia è stata eseguita durante il parto cesareo, in 3 (23,3%) dopo il parto cesareo ed in 1 (7,6%) dopo parto spontaneo.

L'indicazione più frequente all'I.P. è stata la placenta previa accreta (5 casi pari al 38,4%), segue poi la metrorragia irrefrenabile (4 casi pari al 30,7% di cui 3 per distacco di placenta n.i. ed 1 associata ad Hellp sindrome), l'atonia uterina (2 casi, pari al 15,5%) ed infine la placenta accreta n.i. e la rottura d'utero con un caso ciascuno (Tab. 2).

Complessivamente le anomalie placentari hanno determinato l'intervento in 9 casi pari al 69,2%. Da notare che tutte le pazienti in cui è stata posta la diagnosi di placenta previa accreta erano precesarizzate. Tre pazienti erano state sottoposte a terapia con uterotonici ed una di esse era stata revisionata e tamponata.

Per quanto riguarda il tipo di intervento, in 6 casi (46,1%) è stata eseguita l'isterectomia totale, in 7 (53,9%) l'isterectomia subtotale. In 9 casi (69,2%) l'intervento è stato eseguito in condizioni d'emergenza, in 4 casi (30,8%) l'intervento era stato programmato.

La durata media dell'intervento è stata di 120 minuti; dopo l'intervento 5 pazienti (38,4%) sono state trasferite in terapia intensiva con degenza media di 4,6 giorni, in due casi di un giorno, in due casi di due giorni ed in un caso di 19 giorni (paziente con HELLP e CID). La degenza media postoperatoria nel reparto di Ginecologia è stata di 7 giorni. Si è avuto un decesso per embolia polmonare, mentre per quanto riguarda i neonati, tutti hanno presentato un Apgar normale, anche quelli piccoli per l'età gestazionale che sono stati poi trasferiti in UTIN.

Discussione

Numerose recenti pubblicazioni hanno evidenziato che l'età media in cui è effettuata l'I.P. oscilla dai 32,3 (30,1 nelle nullipare e 33,2 nelle pluripare) ai 34 anni (12, 13, 20). Questo intervento è più frequente con l'aumentare dell'età anche se tale differenza tende a ridursi dopo l'aggiustamento con la parità (24). L'età media di 35,4 anni riscontrata nelle nostre pazienti è quindi superiore a quella riportata in letteratura.

In rapporto alla parità, le nullipare sono raramente sottoposte ad I.P., mentre l'incidenza aumenta con la parità, specie la grande parità (2, 12, 13, 24). La nostra casistica concorda con i dati della letteratura ed infatti le nullipare sono pari al 23,1%. La frequenza con cui si ricorre all'I.P. rispetto al numero complessivo di parti riportata in letteratura è variabile, con percentuali che vanno dallo 0,2% all'1,55%; solo a Seul viene riferita un'incidenza del 3,25% (2, 4, 6-8, 12, 13, 18-

TABELLA 1 - DISTRIBUZIONE DELLE PAZIENTI SECONDO LA PARITÀ, L'EPOCA GESTAZIONALE E I PARTI PREGRESSI.

EPOCA GESTAZIONALE		PARITÀ		PARTI PREGRESSI			
< 37 w	> 37 w	nullipare	pluripare	nessun parto	parti spontanei	1 taglio cesareo	2 tagli cesarei
7 (53,9%)	6 (46,1%)	3 (23,1%)	10 (76,9%)	3 (23,1%)	2 (15,4%)	5 (38,4%)	3 (23,1%)

TABELLA 2 - INDICAZIONI ALL'ISTERECTOMIA PERIPARTUM.

INDICAZIONI	N. CASI	%
Placenta previa accreta/incrcta	5	38,4
Distacco di placenta n.i.	3	23,1
Atonia uterina isolata	2	15,5
Placenta accreta	1	7,6
Metrorragia in HELLP sindrome	1	7,6
Rottura d'utero	1	7,6

21, 24). Nella nostra esperienza è pari al 2,26‰, quindi sopra i valori più alti riferiti in letteratura. Uno studio condotto in Olanda riporta un'incidenza dello 0,33‰ in accordo con studi recenti condotti in altre nazioni come la Norvegia (0,2‰), l'Irlanda (0,3‰) ed Israele (0,5‰). Questa incidenza è più bassa se confrontata con quella riscontrata negli Stati Uniti che va da 1,2‰ a 2,7‰ nati (5, 12, 19, 24). Il confronto fra Europa e Stati Uniti, diventa diverso se viene comparata separatamente l'incidenza dopo parto cesareo e dopo parto vaginale. Quest'ultima varia tra 0,1‰ e 0,3‰ ed è costante in Europa e negli Stati Uniti, mentre dopo taglio cesareo varia tra 0,17 e 8,9‰ nati (5, 14, 19, 26). Ciò può esser dovuto al maggior numero di donne con pregresso taglio cesareo il quale aumenta il rischio di placenta previa ed accreta. Nella nostra casistica è presente un solo caso di I.P. dopo parto vaginale; il 61,5% dei casi è rappresentato da donne precesarizzate ed il 92,4% delle I.P. è stato eseguito durante o dopo parto cesareo.

La placenta previa accreta è proporzionalmente associata con il numero dei pregressi parti cesarei, il che predispone la cavità uterina ad impianti ben più bassi e profondi (da 1,9‰ dopo un primo parto cesareo a 91‰ dopo 4 precedenti cesarei) (6, 15).

Clark e coll. hanno riscontrato solo un 5% di incidenza di placenta previa ad utero integro contro una percentuale crescente, fino al 67%, in donne con 4 precedenti parti cesarei (6). Miller ha trovato un 2,1% di placenta accreta in donne < 35 anni e nessun parto cesareo, mentre in donne precesarizzate tale percentuale saliva al 38% (15).

Nella nostra indagine abbiamo riscontrato la placenta previa accreta nel 38,4%, la placenta accreta non previa nel 7,6%, la metrorragia da distacco di placen-

ta n.i. nel 23,3%, l'atonia uterina nel 15,3%, la rottura d'utero nel 7,6%. I nostri dati concordano con quelli della letteratura recente, ad esempio Langdana e coll. hanno riscontrato la placenta previa accreta nel 41,2%, l'atonia uterina nell'11,8%; Kastner riporta la placenta previa accreta nel 48,9%, l'atonia nel 29,8%, la rottura o lacerazione dell'utero nel 6,4% (2, 12, 24).

Negli anni si è passati da un'indicazione prevalentemente elettiva ad una prevalentemente d'urgenza; infatti oggi si interviene in condizioni d'emergenza per sanguinamento non controllabile con altri presidi medici o chirurgici.

Nella nostra esperienza l'I.P. d'emergenza è stata eseguita nel 69,2%, mentre quella programmata nel 30,8% dei casi; questi ultimi sono costituiti dalle pazienti in cui la diagnosi di placenta previa (rivelatasi anche accreta) era stata posta prima del parto.

La scelta fra isterectomia totale e subtotale in mani esperte non si pone. Nella nostra esperienza i tempi di esecuzione, il sanguinamento ed il decorso non sono stati significativamente diversi.

La durata media dell'intervento nella nostra casistica è stata di 120 minuti, inferiore al tempo medio riportato in letteratura di 180 minuti, mentre anche Kastner riporta una durata media di 125 minuti (20, 6, 13).

La perdita ematica è stata in media di 3500 ml con un minimo di 1000 ml ed un massimo di 6000 ml, dati simili a quelli riportati dalla letteratura (6, 20); la degenza media postoperatoria è stata di 7 gg, vicina a quella riferita da Kastner (6-8 gg), minore di quella riferita da Engelsen (15 gg) e di quella osservata in Lombardia (8, 12, 20).

Nell'ambito della morbidità le complicanze più significative sono state osservate nella paziente affetta da HELLP sindrome con CID che è stata sottoposta a 4 laparotomie. Si è avuto infine un caso di decesso materno per embolia polmonare.

Conclusioni

La placenta previa accreta è la più comune indicazione all'intervento di isterectomia peripartum; essa è proporzionalmente associata con il numero di pregressi parti cesarei che predispongono la cavità uterina ad inserzioni più basse e profonde.

Bibliografia

1. ABDRAHMO SA: *Stepwise uterine devascularization a novel technique for management of uncontrollable postpartum hemorrhage with preservation of the uterus*. Am J Obstet Gynecol 1994; 17: 694-700.
2. AKAR EM, YILMAZ SE, YUKSEL B, YILMAZ Z: *Emergency peripartum hysterectomy*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004; 13: 178-81.
3. ALLAM MS, B-LYNCH C: *The B-Lynch and other uterine compression suture techniques*. Int J Gynec Obstet 2005; 89: 236-241.
4. BAI SW, LEE HJ, CHO JS, PARK YW, KIM SK, PARK KH: *Peripartum hysterectomy and associated factors*. J Reprod Med 2003; 48: 148-52.
5. BAKSHI S, MEYER BA: *Indications for and outcomes of emergency peripartum hysterectomy*. J Reprod Med 2000; 44733-7.
6. CLARK SL, KOONINGS PP, PHELAN JP: *Placenta previa-accreta in prior cesarean section*. Obstet Gynecol 1985;66:89-92.
7. CHESTNUT DH, EDEN RD, STANLEY GA, PARKER RT: *Peripartum hysterectomy: a review of cesarean and post-partum hysterectomy*. Obstet Gynecol 1985; 65: 365- 70.
8. ENGELSEN IB, ALBRECHTSEN S, IVERSEN OE: *Peripartum hysterectomy incidence and maternal morbidity*. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80: 409-12.
9. GARDEIL F, DALY S, TURNER M: *Uterine rupture in pregnancy reviewed*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1994; 56: 107-10.
10. GUISE JM, MCDONAGH MS, OSTERWELL P, NYGREN P, CHAN BKS, HELFAND M: *Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with a previous cesarean section*. BMJ 2004; 329: 1-7.
11. KACMAR J, BHIMANI L, BOYD M, SHAH-HOSSEINI R, PEIPERT J: *Route of delivery as a risk factor for emergency peripartum hysterectomy. A case-control study*. Obstet Gynecol 2003; 102: 141-5.
12. KASTNER ES, FIGUEROA R, GARRY D, MAULIK D: *Emergency peripartum hysterectomy: experience at a community teaching hospital*. Obstet Gynecol 2002; 99: 971-5.
13. LANGDANA F, GEARY LM, HAW W, KEANE HD: *Peripartum hysterectomy in the 1990s: any new lessons?* J Obstet Gynaecol 2001; 21(2): 121-3.
14. LAU WC, FUNG HYM, ROGERS MS: *Ten years experience of caesarean and postpartum hysterectomy in a teaching hospital in Hong Kong*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1997; 74: 133-7.
15. MILLER DA, CHOLLET JA, GOODWIN TM: *Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta*. Am J Obstet Gynecol 1997; 177: 210-4.
16. PLAUCHE WC: *Cesarean hysterectomy: indications, technique, and complications*. Clin Obstet Gynecol 1986; 29: 318-28.
17. SCHUITEMAKER N, VAN ROOSMALEN J, DEKKER G, VAN DONGEN P, VAN GEIJN H, BENNEBROEK GRAVENHORST J: *Maternal mortality after cesarean section in The Netherlands*. Acta Obstet Gynecol Scand 1997; 76: 332-4.
18. SHEINER E, LEVY A, KATZ M, MAZOR M: *Identifying risk factors for peripartum cesarean hysterectomy. A population based study*. J Reprod Med 2003; 48: 622-6.
19. STANCO LM, SCHRIMMER DB, PAUL RH, MISHELL DR: *Emergency peripartum hysterectomy and associated risk factors*. Am J Obstet Gynecol 1993; 168: 879-83.
20. TUVERI LE, BULFONI G, MARCONI AM, AMIGONI M: *Società Lombarda di Ostetricia e Ginecologia. Ricoveri ostetrici negli ospedali della Lombardia. Anno 1999 con riferimenti al triennio 1996-98*. Regione Lombardia, 2002. www.sanita.regionelombardia.it.
21. WENHAM J, MATIJEVIC R: *Postpartum hysterectomies: revisited*. J Perinat Med 2001; 29: 260-5.
22. *Why mothers die 97/99 report. Confidential enquiries into maternal deaths*. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. CEMDPublications.
23. YOUNG JH: *The history of the cesarean section*. London, Lewis 1944. Pag 95.
24. ZELOP CM, HARLOW BL, FRIGOLETTO FDJR, SAFON LE, SALTZMAN DH: *Emergency peripartum hysterectomy*. Amer J Obstet Gynecol 1993; 168. 1443-8.
25. ZHANG J, SAVITZ DA: *Maternal age and placenta previa a population-based, case-control study*. Am J Obstet Gynecol 1993; 168: 641-5.
26. ZORLU CG, TURAN C, ISIK AZ, DANISMAN N, MUNGAN T, GOKMEN O: *Emergency hysterectomy in modern obstetric practice*. Acta Obstet Gynecol Scand 1998;77:186-90.