

# Emorragie in ostetricia

L. Ossé, S. Nebout, J. Filippov, H. Keita

*Le emorragie in ostetricia includono i sanguinamenti ante-partum e post-partum e sono una delle principali cause di morbimortalità neonatale e materna. L'emorragia ante-partum (APH) complica il 3-5% delle gravidanze e le cause più importanti sono la placenta previa e il distacco della placenta. Quasi la metà dei neonati estremamente prematuri nasce in un contesto di APH. La quantità di sangue perso è spesso sottovalutata. La stima delle perdite ematiche passa attraverso la valutazione dei segni clinici di shock e la ricerca della presenza di una sofferenza fetale o di una morte fetale in utero, indicatori dell'importanza della perdita ematica. L'emorragia del post-partum (PPH) complica il 5% di tutti i parti ed è la conseguenza di uno di quattro processi principali o della loro associazione: atonia uterina, ritenzione placentare, ferita del tratto genitale o anomalie della coagulazione. La PPH è stata coinvolta nell'8% delle morti materne in Francia nel periodo 2007-2009 (1,9/100 000). Essa è definita come una perdita ematica superiore o uguale a 500 ml nelle 24 ore che seguono un parto vaginale o cesareo. Le forme gravi, definite da una perdita ematica superiore o uguale a 1 000 ml, sono stimate a circa il 2%. La sua gestione è multidisciplinare (ginecologi-ostetrici, anestesisti-rianimatori, ostetriche, biologi e radiologi interventisti), basata su protocolli terapeutici, e il fattore tempo è fondamentale per la prognosi. In caso di insuccesso delle misure iniziali (ossitocina, secondamento artificiale, revisione uterina, esame della filiera genitale), la gestione delle forme gravi passa attraverso la rianimazione attiva (riempimento vascolare, trasfusione di sangue, agenti vasoattivi), gli interventi emostatici (sulprostone, tamponamento intrauterino, procedure chirurgiche, embolizzazione arteriosa) e la correzione della coagulopatia (somministrazione di prodotti ematici labili e di agenti emostatici).*

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

**Parole chiave:** Emorragie; Ostetricia; Ante-partum; Post-partum; Morbimortalità; Maternofetale

## Struttura dell'articolo

■ <b>Introduzione</b>	1
■ <b>Emorragia ante-partum</b>	2
■ <b>Emorragia del post-partum</b>	2
Cenni sui principi fondamentali della prevenzione e sulle prime misure della gestione iniziale dell'emorragia del post-partum	2
Gestione dell'emorragia del post-partum che persiste nonostante le misure iniziali o che è grave fin dall'inizio	3
■ <b>Conclusioni</b>	6

## ■ Introduzione

Le emorragie ostetriche restano una delle principali cause di morbilità e mortalità materna nel mondo, tanto nei paesi sviluppati quanto nei paesi a risorse limitate. Esse sarebbero la causa di almeno il 50% dei 500 000 decessi materni calcolati ogni anno nel mondo [1]. Queste emorragie comprendono i sanguinamenti ante-partum e post-partum. L'emorragia ante-partum (APH) è un

problema che complica il 3-5% delle gravidanze. Anche se, nella maggior parte dei casi, essa è benigna, l'APH è una delle principali cause di mortalità neonatale e materna [2], soprattutto quando la causa è una placentazione anomala come la placenta previa o il distacco di placenta. In circa la metà dei casi, l'APH resta di origine indeterminata. L'emorragia del post-partum (PPH) complica il 5% di tutti i parti ed è la conseguenza di uno di quattro processi principali o della loro associazione: atonia uterina, ritenzione placentare, ferita del tratto genitale o anomalie della coagulazione. In Francia, tra il 2007 e il 2009, il tasso di mortalità materna è stato pari a 10,3 per 100 000 nati vivi. Le emorragie ostetriche sono state la prima causa diretta di mortalità e hanno rappresentato il 18% dei decessi, davanti alle embolie polmonari (11%) e alle complicanze dell'ipertensione (9%). Tra i decessi legati alle emorragie ostetriche, la percentuale delle PPH, benché dimezzata, rappresentava ancora l'8% dei decessi (1,9/100 000) contro il 16% (2,5/100 000) nel periodo 2004-2006 [3].

Dopo un breve richiamo della definizione, dell'epidemiologia e delle principali eziologie dell'APH, questo testo si concentra principalmente nel focalizzare le nuove raccomandazioni e i nuovi approcci nella gestione della PPH: gestione ostetrica, rianimazione, strategia trasfusionale e correzione della coagulopatia.

## ■ Emorragia ante-partum

L'APH è definita come un sanguinamento presente nel tratto genitale, a partire dalle 24 settimane di gravidanza e prima della nascita del bambino. Le cause più importanti di APH sono la placenta previa e il distacco di placenta. Sono possibili anche le cause locali (sanguinamento vulvare, vaginale o cervicale). Non è, tuttavia, raro non poter identificare la causa dell'APH. Questa è, allora, descritta come "APH inspiegabile". L'APH complica il 3-5% delle gravidanze ed è una delle principali cause di mortalità neonatale e materna [2]. Quasi la metà dei neonati estremamente prematuri nasce in un contesto di APH ed esiste un'associazione tra APH e "paralisi cerebrale", che può essere spiegata con la nascita prematura [2].

Non esiste una definizione consensuale della gravità dell'APH. Si riconosce che la quantità di sangue perso è spesso sottostimata e che il sanguinamento proveniente dall'utero può non rappresentare la perdita di sangue totale (per esempio, in un distacco di placenta "nascosto"). È, quindi, importante, al momento della stima della perdita ematica, valutare i segni clinici di shock. La presenza di una sofferenza fetale o della morte fetale in utero è un indicatore dell'entità della perdita ematica [2].

La gestione ostetrica e anestesiológica di APH e PPH nel quadro della placenta previa e accreta è stata recentemente oggetto di raccomandazioni [4].

Si concorda, sul piano anestesiológico, che, per le donne che presentano un'anomalia di inserzione placentare con un elevato rischio di sanguinamento, la rapida disponibilità di prodotti sanguigni deve essere verificata con la struttura trasfusionale. Quando viene identificato un rischio di sanguinamento importante, può essere scelta fin dall'inizio l'anestesia generale per evitare le conversioni in urgenza in condizioni difficili. Se si sceglie un'anestesia perimidollare, sono preferibili l'analgesia peridurale o la perirachianestesia combinata [5].

## ■ Emorragia del post-partum

Definita come una perdita ematica superiore o uguale a 500 ml nelle 24 ore che seguono a un parto vaginale o cesareo, la PPH complica circa il 5% dei parti quando la misurazione delle perdite ematiche è imprecisa e circa il 10% quando esse sono quantificate [5].

Tre cause rappresentano oltre il 90% dei casi di PPH: atonia uterina (60%), ritenzione della placenta (30%) e lesioni cervicali o vaginali (8%). Rottura uterina, inversione uterina, embolia amniotica e placenta previa o accreta rappresentano cause più rare [6]. Tuttavia, con l'aumento dei tassi di cesareo, si constata una frequenza più elevata delle anomalie della placentazione, con un aumento del rischio di emorragia e isterectomia.

Le forme gravi, definite da una perdita ematica superiore o uguale a 1 000 ml, sono stimate intorno al 2% [5]. La PPH, nella sua forma più grave, è una delle principali cause di morbimortalità materna nel mondo e rimane la prima causa ostetrica di mortalità materna in Francia, mentre l'80% di questi decessi è considerato evitabile [5]. La PPH è anche la principale causa di grave morbilità materna: conseguenze dirette dell'ipovolemia acuta, complicanze della trasfusione e della rianimazione e infertilità in caso di isterectomia [5].

Dopo aver ricordato i principi fondamentali di prevenzione e le prime misure della gestione iniziale delle PPH (ossitocina, secondamento artificiale, revisione uterina, esame della filiera genitale), questo testo, basandosi sulle raccomandazioni per la pratica clinica (RPC) del 2014 [5], precisa la gestione delle forme che persistono nonostante le misure iniziali o che sono gravi fin dall'inizio. Esso insiste sui nuovi approcci discussi in queste raccomandazioni per la pratica clinica in materia di gestione ostetrica della PPH, come l'uso di palloncini di tamponamento intrauterino tipo pallone di Bakri. Sono trattati anche i nuovi concetti della gestione ematologica, vale a dire la strategia trasfusionale e il trattamento della coagulopatia con l'uso di agenti come l'acido tranexamico, il fibrinogeno o il

fattore ricombinante VII (FVIIr). Allo stesso modo, è valutato l'interesse dei dispositivi che consentono un'esplorazione globale dell'emostasi al letto del paziente come il tromboelastogramma.

### “ Punto importante

Quando è identificato un rischio emorragico importante, può essere scelta fin dall'inizio l'anestesia generale per evitare le conversioni in urgenza in condizioni difficili. Se viene scelta un'anestesia perimidollare, sono preferibili l'analgesia peridurale o la perirachianestesia.

## Cenni sui principi fondamentali della prevenzione e sulle prime misure della gestione iniziale dell'emorragia del post-partum

Per il parto per via vaginale come in un cesareo, la somministrazione preventiva di uterotonici e, in prima intenzione, di ossitocina è efficace nel ridurre l'incidenza delle PPH. Si raccomanda una dose di 5-10 UI somministrata per via endovenosa lenta in un periodo di circa un minuto o, anche, in più di cinque minuti in caso di rischio cardiovascolare, per limitare gli effetti emodinamici. Per il parto vaginale, questa dose deve essere somministrata o al disimpegno delle spalle o subito dopo la nascita o dopo il secondamento, se non è stata somministrata in precedenza. Mentre non è raccomandato un trattamento di mantenimento sistematico con infusione endovenosa di ossitocina dopo il parto vaginale, esso può essere intrapreso dopo il parto cesareo senza superare 10 UI h<sup>-1</sup> ed essere interrotto dopo due ore se il tono uterino è soddisfacente e in assenza di un sanguinamento anormale [5].

Quando compare la PPH, la sua gestione è multidisciplinare. La cooperazione tra anestesisti-rianimatori, ginecologi-ostetrici, ostetriche, biologi e radiologi interventisti, inquadrata da protocolli di gestione terapeutica, è fondamentale. Essa consente di realizzare una rianimazione di qualità parallelamente ai gesti terapeutici ostetrici e/o radiologici.

Una volta posta la diagnosi, il fattore tempo è fondamentale. È importante annotare l'ora di inizio dell'emorragia e valutare quantitativamente le perdite ematiche. I dati di letteratura evidenziano la sottostima quasi costante delle perdite ematiche quando queste sono valutate visivamente dall'equipe ostetrica [7]. Le altre modalità di valutazione delle perdite ematiche riconosciute sono: l'utilizzo di una sacca di raccolta graduata, la misurazione ripetuta dell'ematocrito sul prelievo di sangue venoso e la misurazione del volume plasmatico mediante diluizione di marcatori colorati o radioattivi. Tra queste misure, quella che sembra al tempo stesso più affidabile e più accessibile è l'utilizzo di una sacca di raccolta graduata [8]. In effetti, Toledo et al. [9], nel 2007, hanno confrontato la stima delle perdite ematiche con delle sacche di raccolta graduate e non graduate. Questa equipe ha riscontrato una sottostima delle perdite ematiche con le sacche non graduate del 16% a 300 ml di sanguinamento e del 41% a 2 000 ml. Viceversa, la sottostima delle perdite con sacche graduate è inferiore al 15% indipendentemente dal volume del sanguinamento. Il suo utilizzo può essere un mezzo rapido e affidabile di valutazione delle perdite ematiche in sala parto. Inoltre, la sua innocuità, il basso costo e la facilità d'uso rendono l'uso della sacca di raccolta facilmente riproducibile in qualsiasi maternità. Questa semplice misura può, quindi, limitare la sottostima della gravità della situazione, spesso all'origine di un ritardo di gestione. Il ritardo di gestione è responsabile di un aumento della mortalità materna. Tuttavia, nella misura in cui la sacca di raccolta non permette di ridurre l'incidenza delle PPH gravi, le

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8617193>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8617193>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)