

Dott. ALESSANDRO VALENZI

# SCHEMA DI TERAPIA DELLA PLACENTA PREVIA

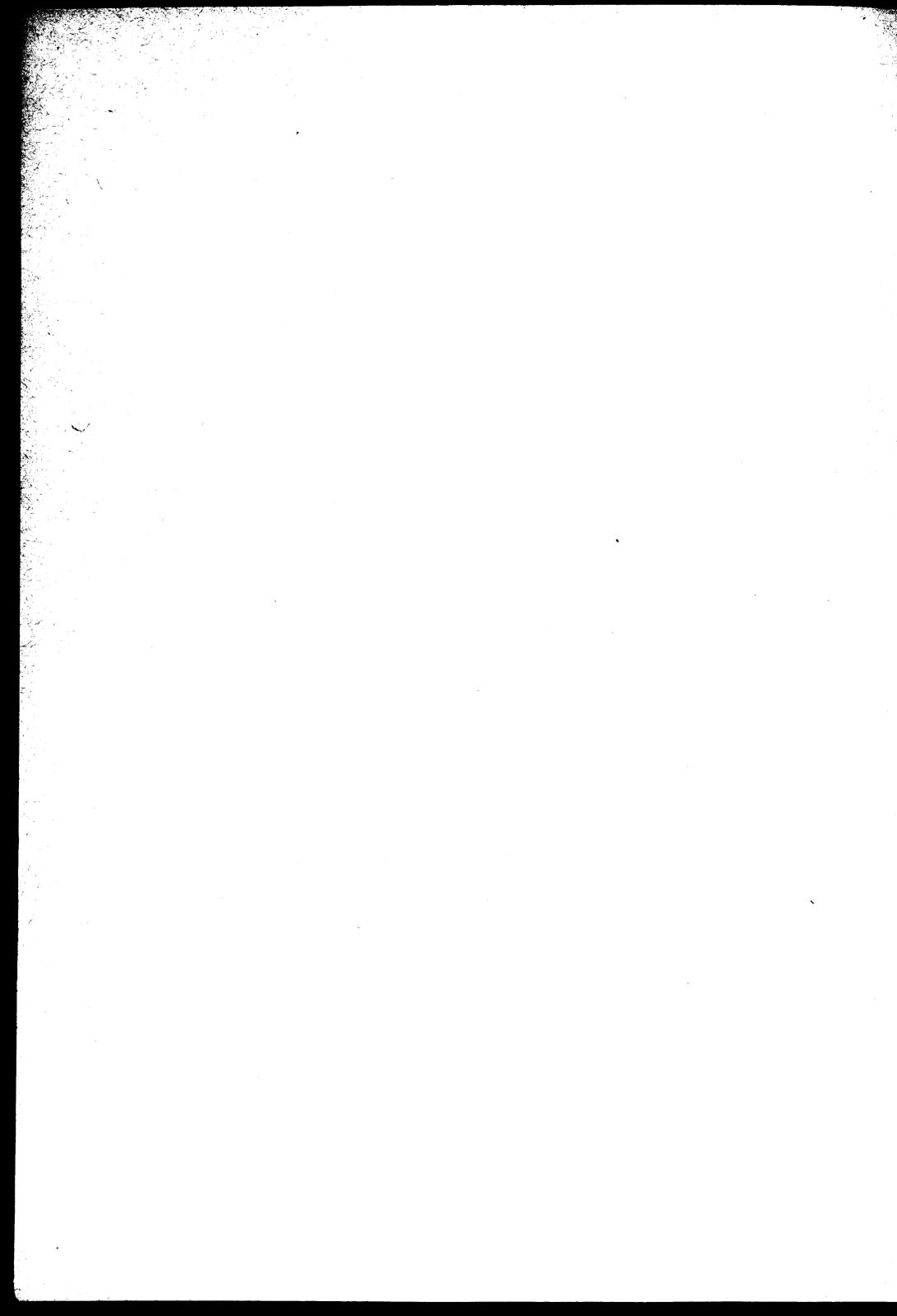
*Questo schema è stato desunto da alcune lezioni  
tenute dal prof. Cesare Micheli, primario chi-  
rurgo ostetrico degli Ospedali Riuniti di Roma*

*(Estratto da "Le Forze Sanitarie", N. 2, del 31 gennaio 1937-XV)*

Man  
56  
97



STABILIMENTO TIPOGRAFICO «EUROPA» - ROMA



Dott. ALESSANDRO VALENZI

---

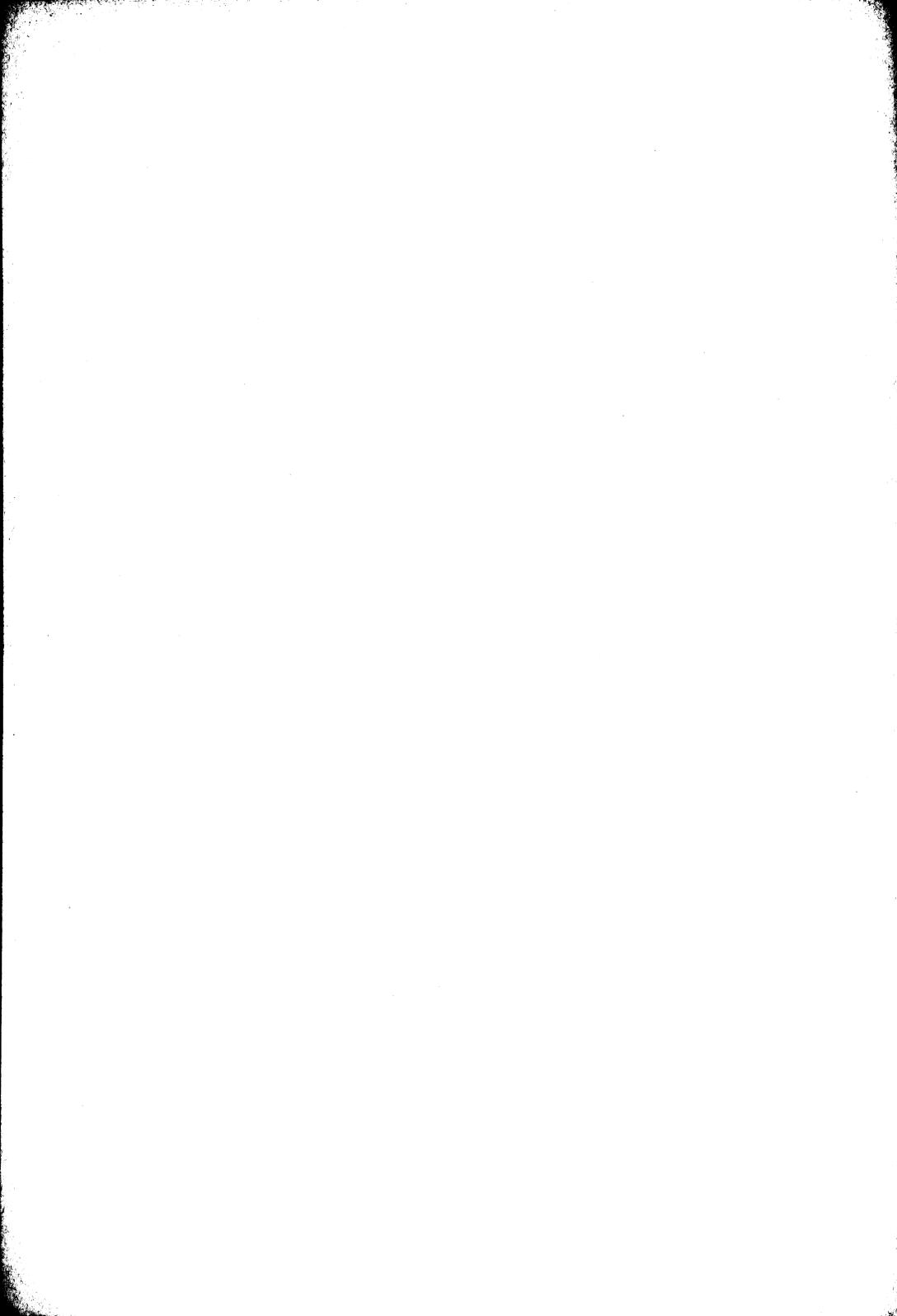
# SCHEMA DI TERAPIA DELLA PLACENTA PREVIA

*Questo schema è stato desunto da alcune lezioni  
tenute dal prof. Cesare Micheli, primario chi-  
rurgo ostetrico degli Ospedali Riuniti di Roma*

---

*(Estratto da "Le Forze Sanitarie", N. 2, del 31 gennaio 1937-XV)*

---



« La placenta dicesi previa quando per essere inserita in tutto o in parte sul segmento inferiore dell'utero sia causa di emorragia durante la gravidanza o nel periodo di parto » (Pestalozza).

Per l'emorragia in travaglio è generalmente ammessa la spiegazione data in parte dallo Schröder e completata dagli studi ulteriori (Pestalozza-Leopold).

Per effetto delle contrazioni la cavità uterina tende a diminuire di capacità ed essendo l'uovo incompressibile, per le contrazioni peristaltiche, cercherà a sfuggire dalla cavità uterina scendendo in basso verso la vagina attraverso la bocca dell'utero e finchè la cavità uterina è completamente chiusa l'uovo, non potendo scendere in basso, eserciterà una pressione alla parte bassa dell'utero.

In questa regione essendo la parete uterina meno sviluppata che nel fondo e a lamelle muscolari scorrevoli le une sulle altre per la mancanza del sostegno dato dal peritoneo che è ad esse lassamente aderente si avrà un ulteriore assottigliamento ed espansione del segmento inferiore. La placenta, priva di elementi elastici e contrattili, non è nè estensibile nè riducibile; perciò non potendo seguire la distensione del segmento inferiore si hanno distacchi in grembo alla decidua, donde l'emorragia.

Espanso e disteso il segmento inferiore, si avrà la dilatazione dell'orificio interno, la scomparsa del collo e la dilatazione della bocca uterina. Il segmento inferiore dell'uovo intanto per le contrazioni uterine sarà animato da un moto dall'alto al basso, mentre la bocca uterina e il segmento inferiore dell'utero hanno tendenza a portarsi in alto per il raccorciamento delle fibre muscolari longitudinali durante la contrazione e ad essere respinti all'esterno per foggarsi ad ampio canale. Da questo contrasto di movimenti fra segmento inferiore dell'utero e segmento inferiore dell'uovo nascono degli stramenti, degli strappi che nei casi di placenta previa portano

a lacerazioni della caduca serotina, dei seni venosi, donde l'emorragia. Come si spiega l'emorragia negli ultimi tre mesi di gravidanza?

Già gli antichi ammettevano che l'utero nei primi sei mesi si sviluppa a spese del corpo e del fondo e negli ultimi tre mesi specie a spese della parte bassa.

La placenta invece ha completato il suo sviluppo in superficie verso la fine del sesto mese.

La gravidanza procederà senza incidenti se la placenta e la zona uterina d'attacco della placenta hanno un armonico sviluppo nella loro superficie. E ciò accade quando la placenta è inserita verso il fondo.

Quando invece la placenta è inserita sul segmento inferiore aumentando questo di superficie per l'espansione sua propria, quando la placenta ha pressochè raggiunto il suo completo sviluppo si avrà un conflitto fra le due parti per cui nascono di conseguenza delle lacerazioni in corrispondenza della caduca, con interessamento anche dei seni venosi e perciò la emorragia.

Questa antica teoria meccanica è confermata anche se si tiene calcolo delle moderne vedute che ammettono aversi fisiologicamente durante la gravidanza delle contrazioni uterine indolori che vanno intensificandosi man mano verso il termine della gestazione. In questo modo viene ad unificarsi il meccanismo della emorragia nella gravidanza e in sopraparto. La emorragia perciò sarebbe sempre dovuta alle contrazioni uterine e si presenta tanto più precocemente quanto più in basso è inserita la placenta e quanto più presto s'intensificano le contrazioni uterine.

E veniamo a parlare della cura.

1) *Emorragia da placenta previa nella seconda metà del nono mese e all'inizio di travaglio.*

Trattasi quasi sempre di placenta previa laterale, raramente marginale.

Alla prima perdita di sangue, per solito lieve,

prima del travaglio e più spesso al primo inizio di esso, a dilatazione iniziata:

a) mettere subito la donna a letto e il meglio possibile sarà di ricoverarla in un reparto ostetrico organizzato come la ginecologia moderna richiede. E su questo è necessario insistere subito. La cura della placenta previa a domicilio dà una mortalità e morbilità materne doppie che in un centro ostetrico ben organizzato, senza contare poi che a domicilio non può essere praticata nessuna cura chirurgica che spesso può essere richiesta;

b) iniziare una terapia ipercoagulante e calmante il travaglio per guadagnar tempo. Si arresterà subito la perdita di sangue. Se questa è lieve meglio non applicare ghiaccio perchè esso provoca più attive contrazioni uterine le quali aumenterebbero l'emorragia.

Assolutamente proibita l'esplorazione vaginale per non provocare nuove perdite di sangue ed eventuali fatti infettivi. Intanto è necessario informarsi rapidamente delle condizioni tutte della partoriente (bacino, situazione del feto, primi o pluriparità, albuminuria semplice o da nefrite).

Non cessando l'emorragia e trattandosi di prelevità placentare semplice si pratici l'*ammiorexi* quando il feto sia in situazione longitudinale.

Aperte le membrane se l'emorragia cessa si lasci il parto a sè stesso. Se non cessa (casi di albuminuria grave) si può vedere utile ancora la metrecrisi e poi il rivolgimento classico. In qualche caso a dilatazione completa o quasi a seconda del livello della testa fetale si può ricorrere al forcipe o al rivolgimento. Si tenga però sempre presente la fragilità del collo uterino nella placenta previa. Dopo il parto del feto non si dimentichi mai che il secondamento può essere irregolare per anormali rapporti della placenta con la parete del segmento inferiore che ha povera reazione deciduale.

Non si faccia perdere ulteriore sangue alla donna più o meno anemizzata.

Se il secondamento è emorragico lo si faccia artificiale, ma si stia attenti alla facile perforazione o lacerazione del segmento inferiore nel distacco manuale della placenta troppo connessa (accrета) alla tessitura della parete sottile e a fasci muscolari dissociati dalla produzione villosa placentare.

Si ricordi che per queste condizioni è stata fatta qualche volta l'isterectomia per salvare dalla morte da dissanguamento una madre.

Restando nella terapia vaginale si rammenti che dopo il secondamento anche spontaneo, non essendo la parete del segmento inferiore dotata di facile contrattilità si possono avere emorragie di questa zona (zona placentare) anche a corpo dell'utero retratto e contratto.

Non ci si inganni dunque che l'utero da placenta previa abbia quel contegno *post-partum* come l'utero con inserzione normale della placenta. Se c'è emostasi non ci si fidi troppo perchè un'emorragia può seguire dopo un'ora, due ed anche più. E' necessaria dunque lunga sorveglianza della donna nel *post-partum* e si disponga per questo.

Se il *post-partum* è subito emorragico si faccia diagnosi differenziale tra ipotonia uterina ed emorragia da lacerazione del collo.

Non si perda tempo nemmeno in questo momento. Si metta in luce il collo, lo si reperti tratto a tratto e constatata la lacerazione si provveda alla sutura con punti emostatici. Assente la lacerazione si provveda con tamponamento.

La sicurezza che non si tratti di lacerazione deve essere assoluta e indubbia perchè se essa si è verificata il tamponamento è insufficiente. Una sana assistenza non giungerà mai a questo.

Espletato il parto, se le condizioni della donna per l'anemia fossero gravi, si facciano ipodermoclisi, fleboclisi, iniezioni eccitanti, ecc.

## 2) Emorragia da placenta previa all'ottavo mese compiuto.

La prelevità in questo caso deve essere esaminata bene e dissociata da l'eventuale tossicità renale che l'accompagna, perchè questa complicazione aggrava notevolmente la prognosi.

Indipendentemente da questo, l'emorragia è più grave, più prolungata, più difficilmente dominabile perchè per solito la prelevità placentare non è solo laterale, ma marginale e talora anche centrale parziale.

Occorre subito una chiara visione dei fatti:

- a) ricovero immediato in un reparto ostetrico;
- b) evitare esplorazioni vaginali.

Se si è lontani da una clinica non c'è che da fare:

1) forzato tamponamento vaginale se il collo è chiuso. Il tamponamento vaginale è riconosciuto da tutti tanto pericoloso per l'infezione e del resto efficace il più delle volte solo temporaneamente.

Quindi se è proprio necessario si deve attuare colla più severa cura di asepsi. Nessuna urgenza deve far dimenticare questa pratica. D'altra parte se alla prima perdita di sangue, che non è mai disastrosa (talora nemmeno la seconda) la donna è ricoverata (ora esistono mezzi di comunicazione utili in tutti i casi) forse il tamponamento non sarà quasi mai necessario specie col saggio uso dei coagulanti.

2) Se la dilatazione è iniziale o quando la si sia ottenuta, *metrecrisi*.

Se un pallone di Champetier de Ribes non passa ci si può servire di un Barnes, ma allora mancando una compressione della zona placentare occorre un bendaggio compressivo del corpo dell'utero.

Appena è possibile bisogna sostituire il Barnes col pallone di Champetier e in questo caso la metreurisi dovrebbe essere endoamniotica perchè sarà facile con la dilatazione ottenuta di aprire le membrane, cercando di romperle un po' lontane dal margine placentare.

La metreurisi extraamniotica indurrebbe nuova perdita di sangue che dovrebbe essere evitata.

Si potrà ricorrere agli estratti ipofisari, meglio ancora alla timofosina, che potranno mantenere qualche volta la tonicità uterina ed affretteranno il parto e stabiliranno indirettamente l'emostasi endouterina.

Se, nonostante tutto, il travaglio non divenisse energico come è necessario per il buon esito, si applichi un peso di un chilogrammo, un chilogrammo e mezzo a tirare sul pallone.

Gauss C. I. ha recentemente comunicato i risultati ottenuti con un suo metodo di cura della placenta previa. Egli applica alla testa fetale una sua speciale pinza a cui pone un tiraggio. La mortalità materna nella sua statistica è zero e quella fetale del 25 %.

Dopo il parto del feto l'assistenza deve tener conto delle considerazioni fatte a proposito della placenta previa presso il termine (infezione, emorragia da distacco anormale della placenta, atonia, etc.).

### 3) Emorragia da placenta previa nel corso di gravidanza dal settimo all'ottavo mese.

In questa epoca l'emorragia è dovuta a placenta previa centrale.

La cura deve tener conto:

a) dell'intensità dell'emorragia;

b) del grado di anemia della donna al momento in cui si giunge presso di essa;

c) delle condizioni generali della gestante.

E a questo proposito diremo delle maggiori complicazioni che aggravano la prognosi in genere della placenta previa.

1) *Albuminuria*. Si può non tener conto di una lieve albuminuria in quanto secondo molti autori una albuminuria di modico grado non manca mai nella previetà placentare. Ma quando esista una albuminuria tossica grave, o da nefrite cronica, il caso richiede una straordinaria oculatezza nella cura.

Si faccia perciò, quando è possibile, l'esame microscopico del sedimento o si ricerchino con accuratezza i segni clinici di una affezione re-

nale (edemi, cefalea, aumento della pressione sanguigna, oliguria, peso specifico delle urine, ecc.) perchè una diagnosi sicura a questo riguardo è assolutamente necessaria. La emorragia è straordinariamente più grave per la discrasia sanguigna e per l'aumento della fragilità vasale ed assai più difficilmente la si potrà dominare.

2) Primiparità, ancora peggio tardaprimiparità, a collo chiuso, persistente e poco ramollato. In questo caso la donna non può fruire che della cura per addome. La si conduca il più rapidamente possibile in un istituto ostetrico.

3) Stenosi pelviche, angustia dei genitali esterni e situazioni anormali del feto anche dovranno rendere guardinghi circa la cura da intraprendere e così è per

4) L'inerzia uterina.

5) Malattie generali della donna (cardiopatie, affezioni polmonari, una debole costituzione generale). È facile comprendere le ragioni per cui tutte queste affezioni siano di notevole aggravamento per la prognosi. La donna ha bisogno di essere perfettamente sana per poter sopportare la grave anemia e lo choc cui va incontro e più i suoi poteri di difesa sono scarsi più sarà facile un esito infausto.

6) Tamponamenti vaginali mal fatti, tentativi inconsulti di dilatazione del collo, esplorazioni inutili, danneggiano a volte irreparabilmente una prognosi già grave.

Non ci stancheremo di ripetere che la donna deve essere trasportata il più rapidamente possibile in un Istituto ove si può praticare una cesarica con le dovute regole di arte. La prima emorragia da placenta previa centrale non condurrà mai al disastro, se manualità errate non hanno provocato nuove emorragie, facili lacerazioni del collo friabilissimo, come abbiamo già detto, per la dissociazione dei fasci muscolari e fibrosi da parte dell'infiltrazione dei villi coriali.

Non si abbiano delle fobie irrazionali e cieche. Vesica di ghiaccio, estratti ipofisari, tamponamenti non necessari, esplorazioni, tentativi di dilatazione, ripetiamo ancora, sono tutti espedienti che invece di portare un beneficio valgono a distaccare sempre più la placenta o indirettamente per le contrazioni uterine ridestate (estratti ipofisari, ghiaccio: questo può entrare nella cura della placenta previa solo nel caso in cui la perdita del sangue ormai abbia messo in qualche pericolo di vita la donna e rappresenta un mezzo qualsiasi, non sempre il più efficace, per una qualche costrizione vasale) o direttamente per il trauma indotto sulla placenta dalle pratiche già indicate.

Saranno efficaci invece i mezzi ipercoagulanti che determinano dei piccoli trombi nelle bocceccie dei capillari feriti.

Tenuto conto di quanto sopra si è detto, si tenga presente che la vita del feto nella placenta previa centrale che si manifesta con emorragia grave nel corso dal 7° all'8° mese non è da tenere in eccessivo conto: essa va quasi sempre perduta anche nell'intervento addominale perchè la vitalità del feto è minima. L'intervento addominale o vaginale quindi deve essere stabilito solo nell'interesse della madre.

Sono a disposizione per la cura tre vie:

1) Versione podalica secondo Braxton-Hicks.

2) Metreuresi e versione.

3) Taglio cesareo.

1) Sebbene col rivolgimento per manovre combinate esterne e interne, alla Braxton-Hicks, si ottenga l'emostasi o per la retrazione del segmento uterino inferiore o della cervice, come vuole il Felling, o per il tamponamento fatto dalla coscia o dal podice fetale sul segmento inferiore, secondo Pestalozza, ecc. pure oggi è quasi del tutto abbandonato perchè si ha quasi sempre la morte del feto e soprattutto perchè nei casi nei quali è possibile la sua esecuzione è anche facile ricorrere alla metreuresi.

2) La cura per la vagina fatta a regola d'arte, quasi con norme didattiche, può ben portare a salvamento la donna. Essa deve essere condotta con la più severa asepsi. Anche se presente l'emorragia si prepari tutto in modo che l'intervento possa rispondere a tutte le esigenze del pericolo della p. Non c'è urgenza che giustifichi l'intervento impreparato. Il collo dell'utero, dopo la prima emorragia (val quanto dire dopo, o almeno durante la prima distensione del segmento inferiore) è quasi sempre pervio solo due dita.

Se si può, si deve fare la metreuresi endoamniotica raggiungendo il più vicino margine placentare e rapidamente perforando le membrane, oppure perforando la placenta, se il suo margine non è raggiungibile, avendo disposto che il dito esploratore o lo strumento perforatore sia sostituito (nessun minuto sia perduto per questo) dal pallone già disposto nella pinza porta pallone, e subito disteso dall'acqua sterile preparata e fornita da apposita grossa siringa a tre anelli sostenuta da un assistente.

L'immediata distensione del pallone produce subito l'emostasi e la calma. L'emostasi sarà meglio assicurata da estratti ipofisari, da compressione di adatto bendaggio del corpo uterino. Se non si può fare la metreuresi endoamniotica, non si insista nel tentativo sempre emorragico e si

applichi la metreuresi extraamniotica. E' vero che anche questa dà luogo ad emorragia perchè il pallone che si distende scolla una parte della placenta (e lo scollamento iniziale può essere seguito da quello totale specie se non si procura una ipertonicità con estratti ipofisari). Per questo è preferibile la metreuresi endoamniotica anche perchè dà la compressione meccanica più sicura poichè il pallone disteso comprime la placenta distaccata sulla parete uterina emorragica.

Chi ha applicata la metreuresi non si deve allontanare dalla donna che ha bisogno di tutte le più illuminate cure.

Al pallone si applichi un peso per avere più sicuramente l'insorgenza o il mantenimento di un travaglio energico che è la più sicura garanzia per l'emostasi.

Quando si abbia il segno della dilatazione avanzata per la proiezione in fuori dei genitali di un tratto del tubo di gomma del pallone prima endovaginale, si sia pronti all'intervento necessario appena di lì a poco il pallone sarà espulso. Questo intervento consisterà il più spesso nel rivolgimento classico e nella estrazione del feto; o in una applicazione di forcipe.

Per il secondamento si abbiano le stesse avvertenze più sopra menzionate.

3) Cura chirurgica. Non si creda di salvare sempre la donna col taglio cesareo. A competenza uguale e sicura dell'operatore il taglio cesareo ha ancora una mortalità materna piuttosto alta che può variare dal 10 al 15 % (al 5 % nelle cesaree basse). Il trattamento vaginale ha pur quello del 5, 8 e 10 %, sebbene col processo alla Delmas si sia ottenuto ancora un miglioramento notevole.

Si ritenga che i grandi insuccessi materni sono frequentemente legati alla incompetenza ed all'errore delle due rispettive tecniche operatorie.

Ma il taglio cesareo ha netta indicazione:

1) Tutte le volte che si voglia porre rapidamente fine ad una emorragia già grave,

2) tutte le volte che la placenta previa sia complicata ad albuminuria più o meno intensa, in cui ogni più piccola lesione provocata dall'intervento vaginale sul collo è causa di nuova grande perdita di sangue,

3) quando il collo dell'utero sia tutto persistente e chiuso, o quando si preveda possa offrire una notevole resistenza alla dilatazione (per fibrosi, cicatrici, sclerosi da progressa lue, ecc.),

4) nelle primipare specie se tardiprimigravide in cui è generalmente riconosciuta una maggiore difficoltà nel parto,

5) nelle stenosi pelviche, nell'angustia dei genitali, nelle situazioni anormali del feto, nelle procidenze del funicolo,

6) quando esistono gravi segni di stati infiammatori vaginali, settici, ecc.,

7) quando si tenga in modo speciale alla vita del feto poichè mentre per la cura vaginale la mortalità fetale raggiunge il 50-80 %, nella cura addominale è solo del 20-25 % (e precisamente nell'isterectomia 25 %, nella cesarea classica 16-17 %, nella cesarea bassa 11-12 %).

È controindicato quando esistono segni di infezione per precedenti manovre incongrue (tamponamenti, esplorazioni, ecc.) per quanto anche una temperatura di 38°-39° non è controindicazione assoluta per la cesarea soprasinfisaria specie se il polso si mantiene relativamente poco frequente. A volte nei casi di gravi infezioni si potrà ricorrere alla isterectomia precesarea.

Qualora le condizioni della p. non fossero eccessivamente buone, è molto utile ricorrere alla trasfusione sanguigna precesarea: questa è stata trovata utile da molti autori anche prima dell'intervento vaginale.

La placenta previa centrale è certamente una delle più gravi complicazioni della gravidanza e del parto.

In un grande numero di casi si ha la mortalità della madre anche quando si sono poste in atto tutte le risorse dell'arte. Nel congresso francese dell'ottobre 1933 Pancot e Reeb riferiscono che su 131 casi di placenta previa seguiti da morte questa era dovuta:

74	volte	per	emorragia
8	»	»	la rottura uterina
40	»	»	infezione
9	»	»	choc.

Occorre avere una chiara visione dei fatti, una calma a tutta prova, una esperienza sagace, una tecnica operatoria perfetta. Ricordare che le esplorazioni vaginali e i tamponamenti sono quasi sempre dannosi e che si salvaguarderanno nel modo migliore gli interessi del figlio e della madre col ricovero di questa in un reparto ostetrico bene attrezzato.

317573

