



Università degli Studi di Padova
Dipartimento di salute della donna e del bambino – SDB
U.O.C. Clinica Ginecologica ed Ostetrica
Scuola di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia
Direttore Prof. Giovanni Battista Nardelli

INVERSIONE UTERINA PUERPERALE

Dott.ssa Francesca Viganò

DEFINIZIONE

L'inversione dell'utero consiste nell'invaginazione "a dito di guanto" del fondo dell'utero entro la stessa cavità del corpo.

Si verifica soprattutto nel terzo stadio del travaglio o nelle prime ore del puerperio.

EPIDEMIOLOGIA

Incidenza dopo parto vaginale: 1/3500.

Molto più rara dopo TC!

Mortalità materna: fino al 15 %, in caso di diagnosi tardiva

EZIOLOGIA



Molti casi derivano in realtà da un management scorretto del terzo stadio del travaglio in pazienti a rischio.

FATTORI DI RISCHIO

Presenti nel 50 % dei casi

- Trazione eccessiva sul cordone ombelicale
- Primiparità
- Ipotonia uterina
- Rapido svuotamento dell'utero
- Impianto fundico della placenta
- Accretismo placentare
- Pregressa inversione uterina
- VBAC
- Miomi sottomucosi
- Anomalie uterine
- Endometriti croniche

INVERSIONE UTERINA IN UTERO NON PUERPERALE

5 % di tutte le inversioni

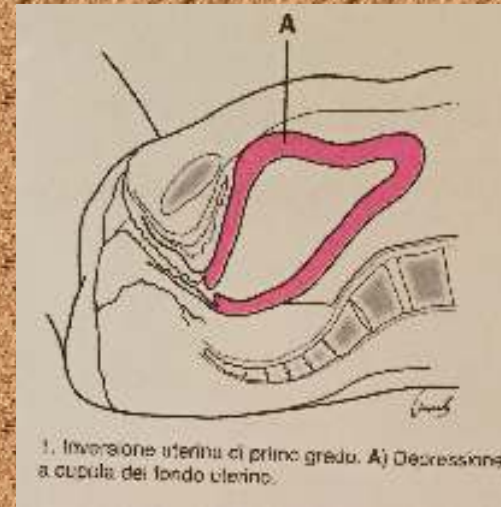
Fattori di rischio:

- Polipi endometriali
- Leiomiomi
- Sarcomi
- Teratomi

CLASSIFICAZIONE

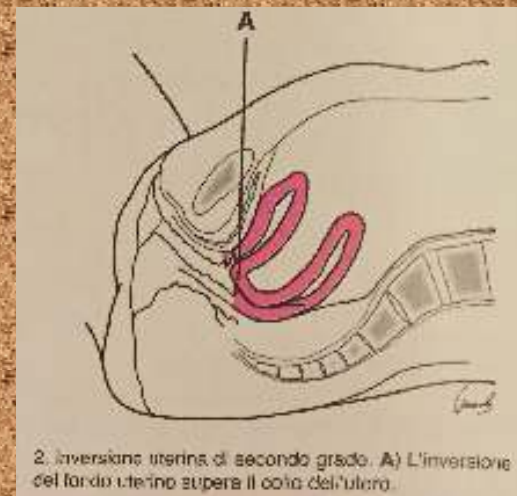
- PRIMO GRADO (parziale)

Il fondo dell'utero invaginato si trova all'altezza del segmento inferiore e non supera la cavità uterina.



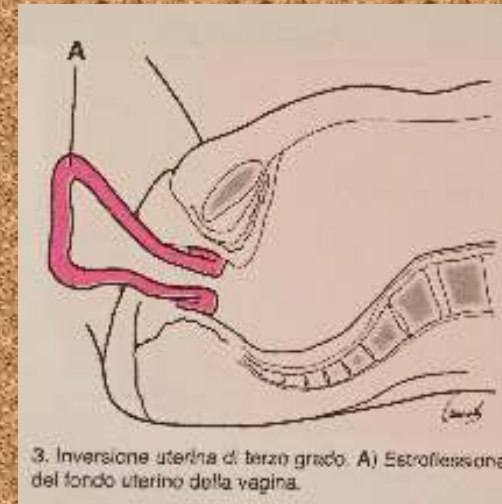
- SECONDO GRADO (incompleta)

Il fondo uterino ha superato il collo e si trova in vagina ma non fuoriesce dalla rima vulvare.



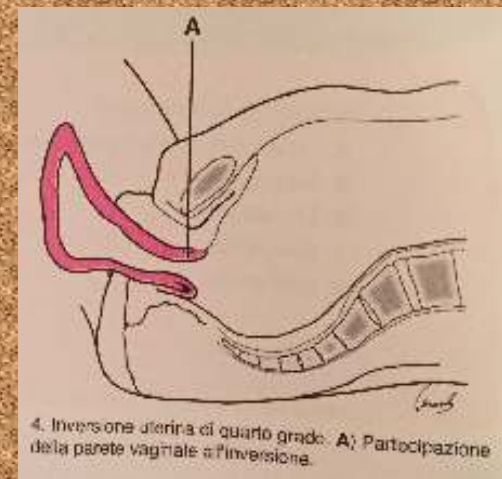
- TERZO GRADO
(completa)

L'utero invertito si trova in vagina ed il fondo sporge dalla rima vulvare



- QUARTO GRADO
(totale)

Inversione totale dell'utero con partecipazione delle pareti vaginali



Il 90% delle inversioni sono di 2° -3° grado!

DIAGNOSI

CLINICA

- Visita
- Sintomi
- Segni

STRUMENTALE

- Ecografia



SINTOMI

- Emorragia postparto
- Shock e collasso cardiovascolare di diversa entità
- Dolore ai quadranti addominali inferiori
- Asintomatica

SEGNI

- ESAME GENERALE

Shock di entità non proporzionata alla perdita ematica. Possibile bradicardia per effetto parasimpatico dovuto alla trazione sui legamenti uterini.

- PALPAZIONE ADDOMINALE

- "cupping" del fondo uterino (I-II grado).
- Utero non palpabile (III-IV grado).

- VISITA VAGINALE

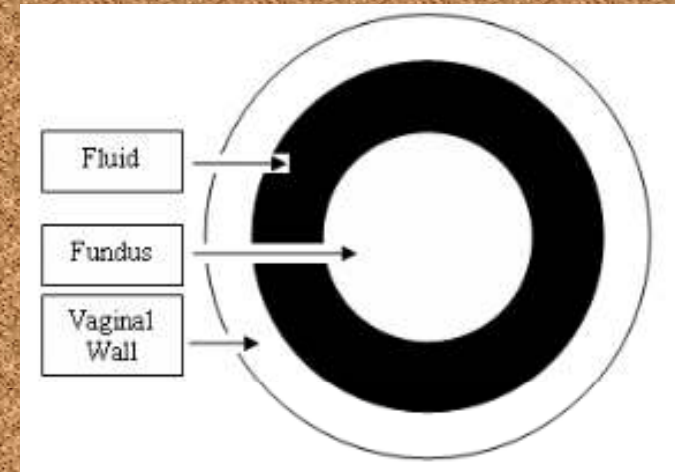
Presenza di massa soffice bluastra a livello vaginale o vulvare.



- Obesità può rendere difficile la diagnosi !
- Diagnosi difficoltosa nei casi subacuti e parziali
- Utile conferma ecografica della diagnosi.

ECOGRAFIA

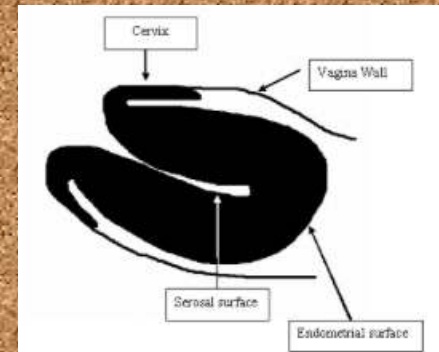
L'ecografia addominale in trasversale mostra il "target sign": il fondo uterino centralmente invertito iperecogeno circondato da fluido ipoecogeno tra il fondo e le pareti vaginali.



ECOGRAFIA

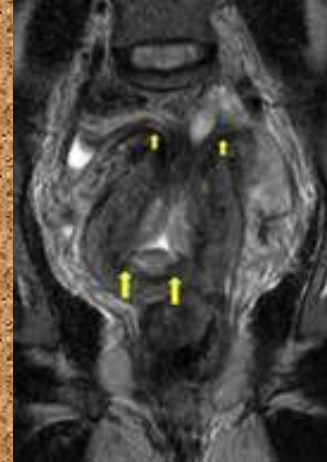
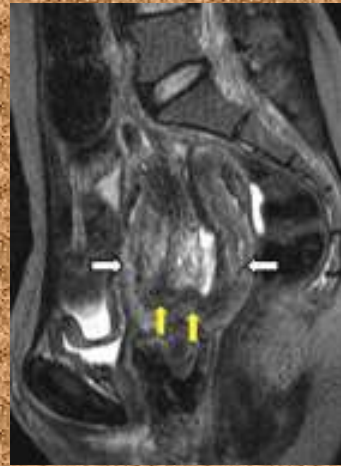
L'ecografia transaddominale sagittale mostra:

- immagine "a specchio": fondo uterino caudale.
- Sierosa anteriore e posteriore collabite centralmente a formare un'immagine simile a quella dell'endometrio.
- ovaie spinte all'interno dell'inversione.

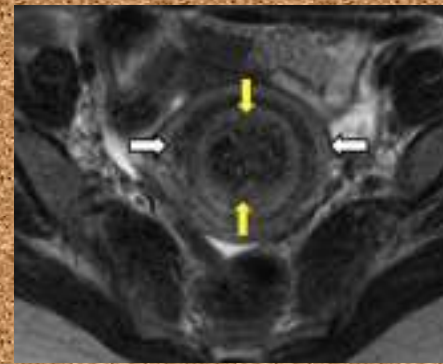
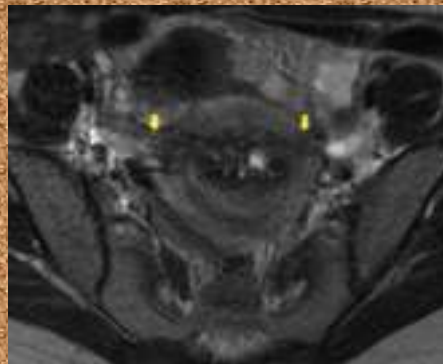


RMN

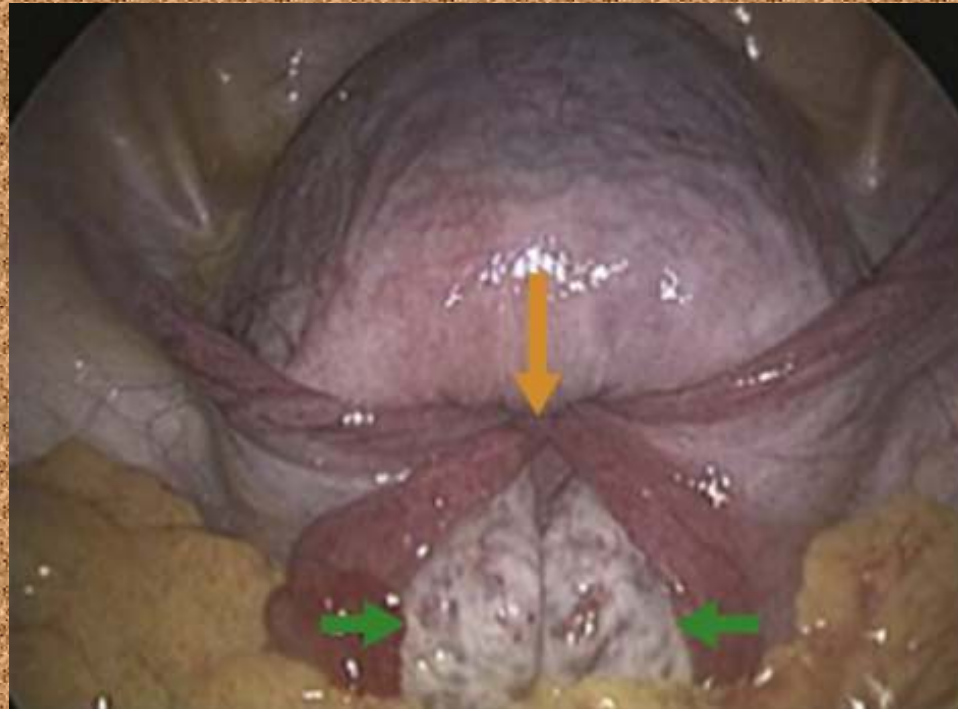
Proiezioni sagittali



Proiezioni assiali



LE OVAIE?



Chuang Y. et al. Kissing of Ovaries: Laparoscopic View of Uterine Inversion After Vaginal Delivery With Postpartum Hemorrhage. *J Minim Invasive Gynecol.* 2014.

PROGNOSI

Dipende dalla velocità nel riconoscimento dell'inversione e dal trattamento tempestivo della stessa!



In circa 30 minuti si ha la formazione del cercine cervicale, responsabile di edema e stasi venosa a livello dell'utero e che può rendere impossibile la riduzione!

MANAGEMENT

- PREVENZIONE: EVITARE MANOVRE INAPPROPRIATE!
- IMMEDIATO TRATTAMENTO DELLO SHOCK - CORREZIONE RAPIDA IPOVOLEMIA E IPOTENSIONE
- RIPOSIZIONAMENTO DELL'UTERO
- PREVENZIONE DELLA RECIDIVA

IMMEDIATO TRATTAMENTO DELLO SHOCK - CORREZIONE RAPIDA IPOVOLEMIA IPOTENSIONE

- Monitoraggio continuo PA, FC, FR, diuresi, sat. O2
- 2 grossi accessi venosi
- Tipizzazione del sangue
- Emocromo + coagulazione
- Cross match (4-6 unità)
- Fluid replacement (colloidi e cristalloidi)
- Trasfusione
- Analgesia adeguata - pz in SO
- Catetere urinario

RIPOSIZIONAMENTO DELL'UTERO

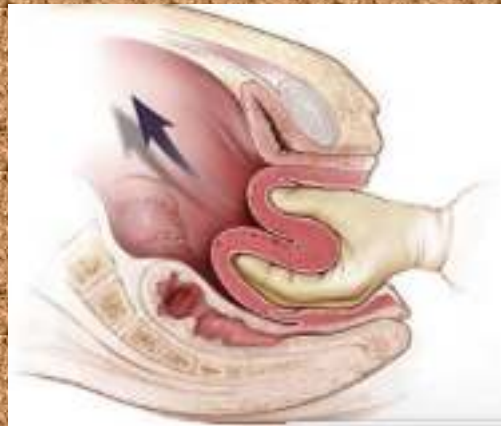
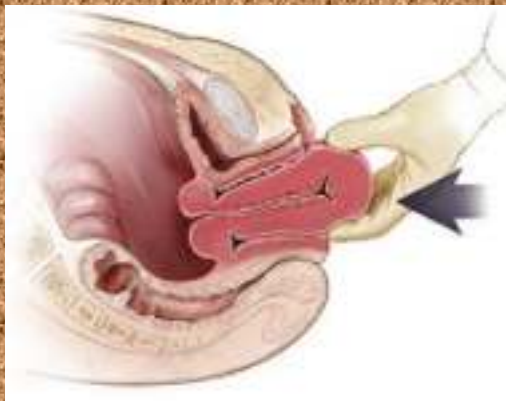
- MANOVRE MANUALI
- MANOVRE CHIRURGICHE



Se la placenta è ancora inserita, non tentare il secondamento manuale fino a riduzione del viscere uterino. Rischio di grave emorragia.

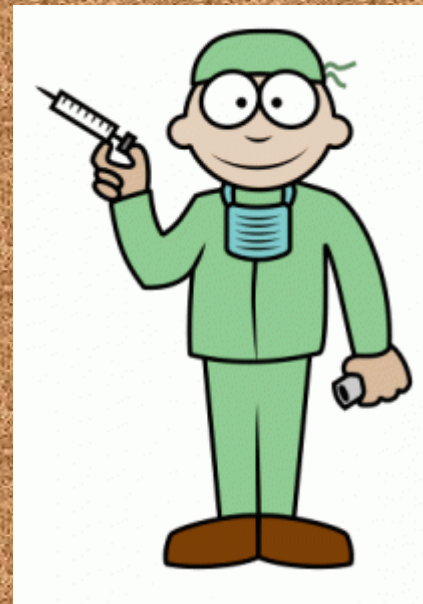
RIDUZIONE MANUALE (Manovra di Johnson)

Afferrare il fondo dell'utero protrudente e spingerlo verso il fornice posteriore, attraverso la cervice e poi spingerlo verso l'ombelico fino alla normale posizione.

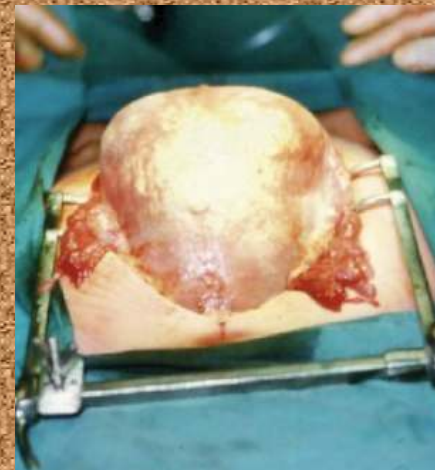
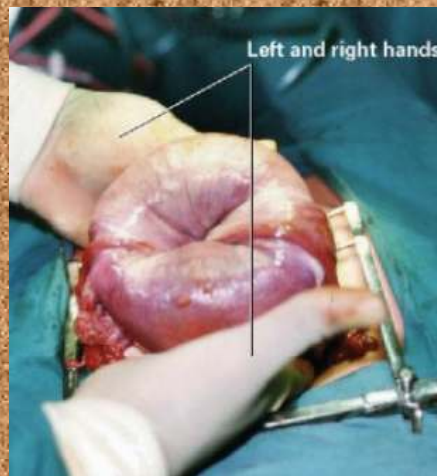
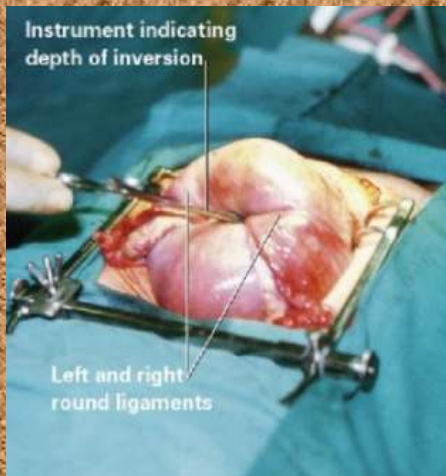


QUANDO L'IMMEDIATO RIPOSIZIONAMENTO UTERINO E' INEFFICACIE....

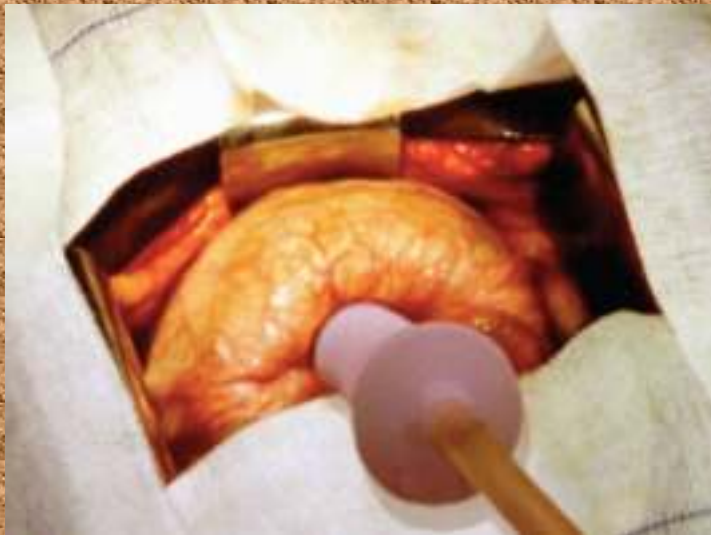
Eventuale riposizionamento in anestesia
generale con alogenati.



RIDUZIONE MANUALE PER VIA LAPAROTOMICA



METODO CON VENTOSA (di Antonelli)



E.Antonelli et al. Subacute uterine inversion: description of a novel replacement technique using the obstetric ventouse. *BJOG* 2006; 113:846-847.

DOPO IL RIPOSIZIONAMENTO

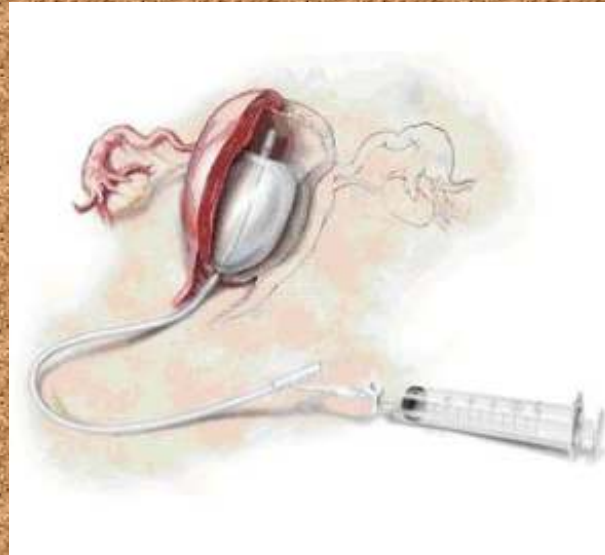
- Iniziare infusione di uterotonici:
 - Ossitocina (20-40 UI/1 L di cristalloidi a 150-200 ml/h)
 - Misoprostolo 800 mcg vaginali o rettali
 - Metilergometrina 200 mcg im (max 800 mcg)
- Continuare perfusione ossitocica per almeno 24 h
- Continuare fluidi ev e trasfusione
- Mantenere la compressione bimanuale ed il massaggio uterino finchè l'utero non è ben contratto e l'emorragia cessata
- Esclusione traumi del tratto genitale
- Antibiotici ad ampio spettro
- Adeguata analgesia
- Attento monitoraggio dopo il riposizionamento (possibili recidive)

RICORRENZA

Se la riduzione è stata manuale il rischio di ricorrenza è del 42 %!



SE RECIDIVA...



.... riduzione manuale e posizionamento di pallone di Bakri, riempito con circa 300 cc di soluzione salina, mantenuto in situ per circa 24 h e poi svuotato gradualmente e quindi rimosso.

COME PREVENIRE?

Molti casi di inversione uterina acuta sono dovuti ad uno scorretto management del terzo stadio del travaglio in pazienti che presentano fattori di rischio!

Evitare:

- Eccessiva trazione sul cordone ombelicale
- Secondamento manuale troppo vigoroso



Grazie!

