

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
DI PADOVA**



**AZIENDA OSPEDALIERA  
DI PADOVA**



# **Rottura d'utero: Errori e prevenzione**

**Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino  
U.O.C. CLINICA GINECOLOGICA e OSTETRICA  
Scuola di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia  
Direttore : Prof. Giovanni B. Nardelli**

**Dr. O.Anis**

---

- **In gravidanza**
  
- **In travaglio :**
- **fase prodromica**
- **travaglio attivo**
- **secondo stadio**

***Il timing delle rotture d'utero***

- **Malformazioni uterine**
- **Pregresse isterotomie ( resettoscopie, ecc)**
- **Multiparità**
- **Difetti di placentazione**

***Principali fattori di rischio per  
la rottura d'utero***

---

## ◆ In gravidanza:

- Dolore addominale ( addome acuto)
- Shock
- Bradicardia fetale

## ◆ In travaglio :

- Anomalie CTG ( cat. 2 -3 , bradicardia persistente)
- Ipotensione, lipotimia, shock
- Riduzione dell'attività contrattile
- Rialita PP
- Anomalia del profilo uterino alla palpazione

## ◆ Post-Partum

- Dolore addominale
- Metrorragia
- Atonia uterina

***Segni più frequentemente associati alla rottura d'utero***

---

◆ Utero cicatriziale:

- Incisione Trasversale sul SI 0,7%
- Incisione Longitudinale Fundica – Corporale 1-12%
- Incisione a J o T rovesciata o longit. bassa 2%

*Induz. X 2 - Ox + Ind. X 3*

◆ Utero integro

- 0,007-0,05 % pari a circa 15% di tutte le RU

***Incidenza della rottura d'utero***

**Molto raro**



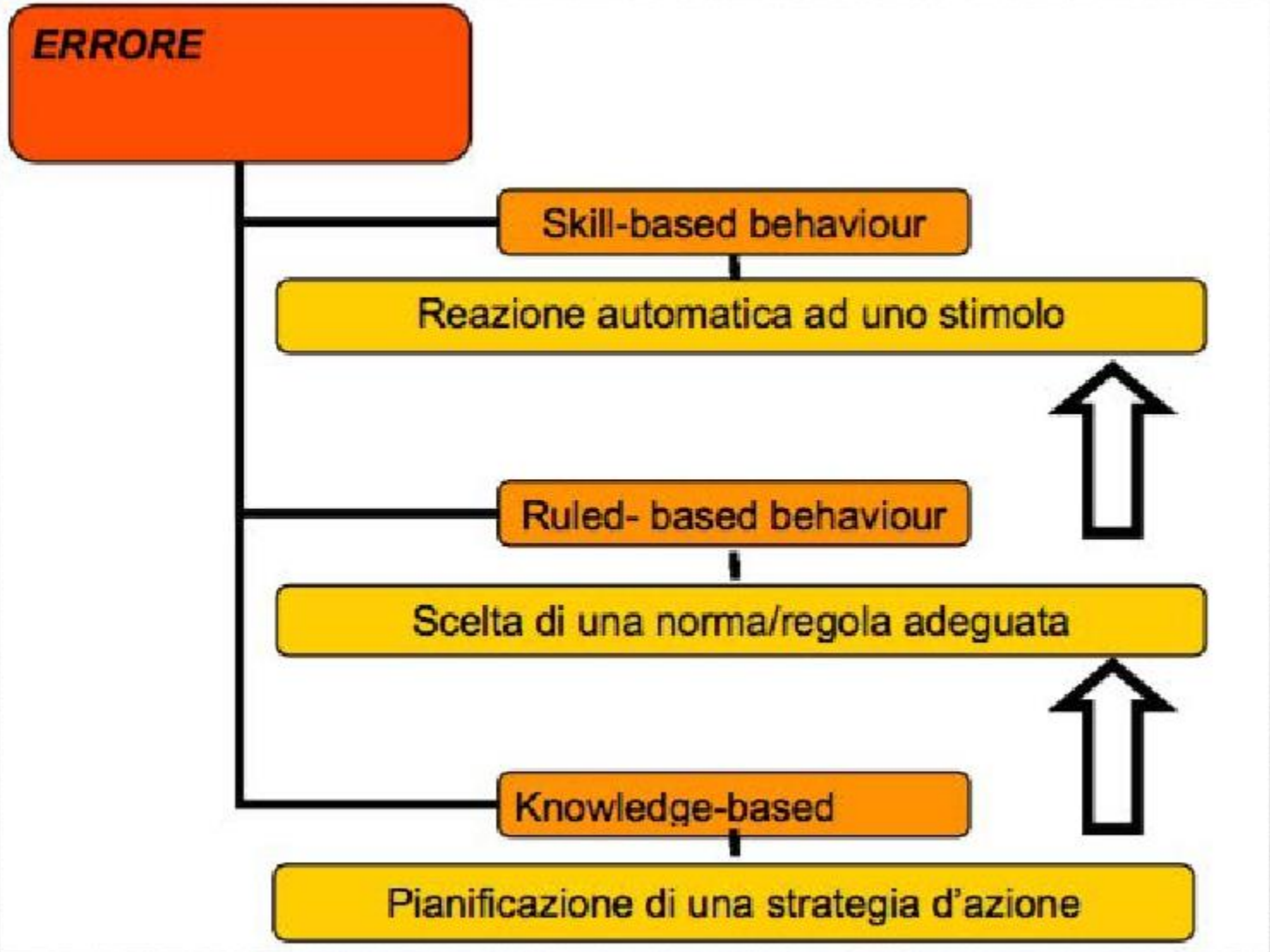
Success

Failure



**Deaths in USA due to medical error are  
Equivalent to ONE Jumbo jet crashing every day of the year**







## **CATEGORIE GENERALI**

<b>ERRORE DI COMMISSIONE</b>	questa categoria raggruppa tutti gli errori dovuti all'esecuzione d'atti medici od assistenziali non dovuti o praticati in modo scorretto
<b>ERRORE DI OMISSIONE</b>	questa categoria raggruppa tutti gli errori dovuti alla mancata esecuzione d'atti medici ed assistenziali ritenuti, in base alle conoscenze e all'esperienza professionale, necessari per la cura del paziente

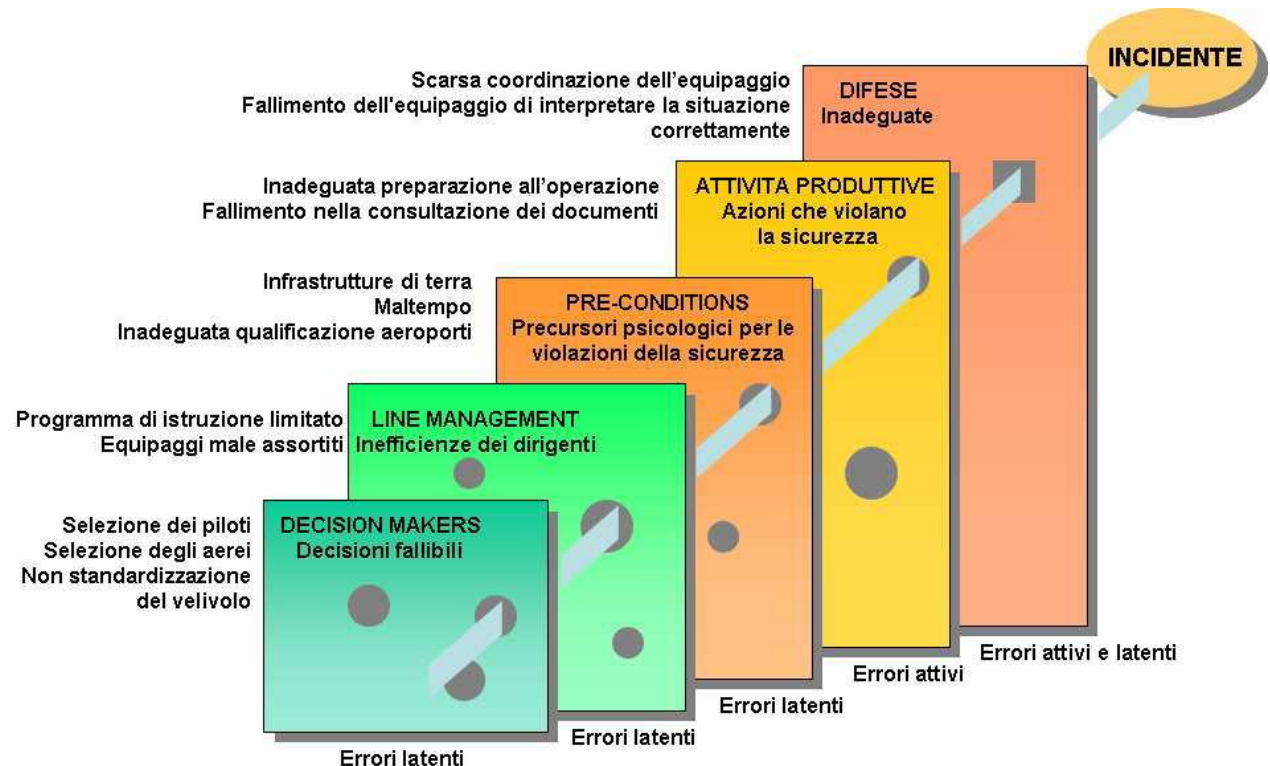
## **CATEGORIE PER TIPO DI ERRORE**

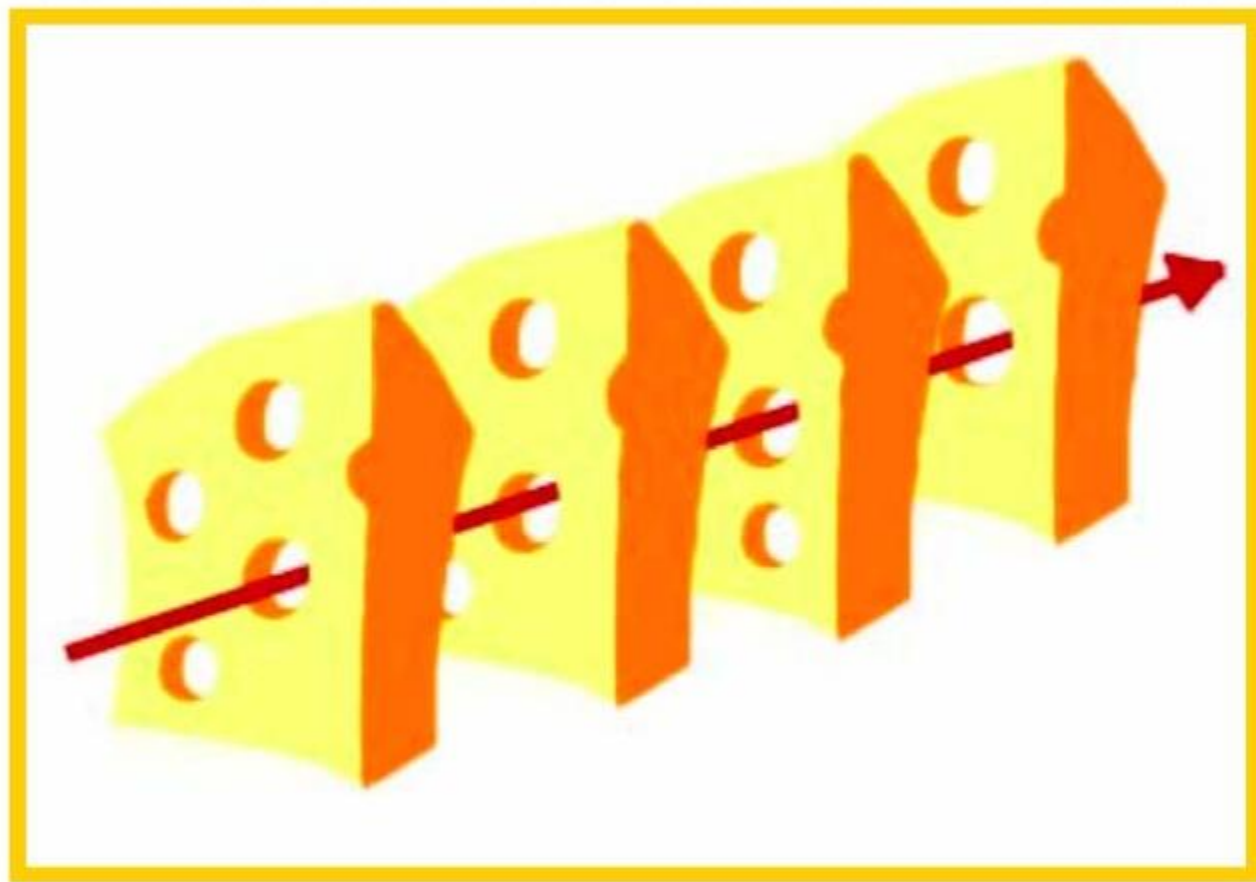
<b>ERRORE UMANO (errori attivi o latenti)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• slips</li><li>• lapses</li><li>• mistakes</li></ul>
<b>VIOLAZIONI</b>	deviazioni da procedure operative sicure, standard o regole
<b>ERRORI ORGANIZZATIVI</b>	questa categoria raggruppa tutti gli errori dovuti all'organizzazione del lavoro, alla pianificazione della gestione delle emergenze, alla disponibilità ed accessibilità d'apparecchiature sanitarie e/o di supporto

<b>ESAMI O PROCEDURE DIAGNOSTICHE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Non eseguite</li><li>- Programmate ma non eseguite</li><li>- Eseguite in modo inadeguato o scorretto</li><li>- Eseguite appropriatamente ma su pazienti sbagliati</li><li>- Non appropriate</li></ul>
<b>ERRORI NELLA TEMPISTICA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ritardo nel trattamento farmacologico</li><li>- Ritardo nell'esecuzione dell'intervento chirurgico</li><li>- Ritardo nella diagnosi</li><li>- Altri ritardi organizzativi/gestionali/logistici</li></ul>

# IL MODELLO SWISS CHEESE APPLICATO DA REASON (1990)

Il presupposto di base in questo approccio, che si è sviluppato dopo i primi anni '70, risiede nella convinzione che gli incidenti e gli errori siano solo la punta dell'iceberg, che per un incidente che ha avuto luogo ce ne siano stati molti altri che non sono avvenuti solo perché l'operatore, un controllo, hanno impedito che accadesse, i cosiddetti "near miss events". Da questa visione sistemica, nasce l'idea che il verificarsi di un incidente o di un errore sia frutto di una concatenazione d'eventi che hanno superato tutte le difese che erano state messe in atto. Reason ha chiarito in maniera più precisa il significato d'errore latente, attraverso il **modello del formaggio svizzero**





Reason 1990

**20 donne con rottura di utero non cicatriziale**

**VS**

**126 donne con rottura d'utero dopo pregressa isterotomia**

**(Studio retrospettivo caso controllo)**

***Maternal and fetal morbidity associated with uterine Rupture of the unscarred uterus***

Gibbins KJ, Weber T, Holmgren CM, et al. Maternal and fetal morbidity associated with uterine rupture of the unscarred uterus. *Am J Obstet Gynecol* 2015;213:382.e1-6.

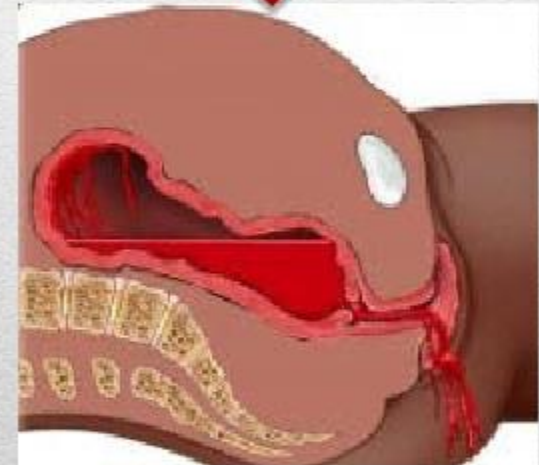
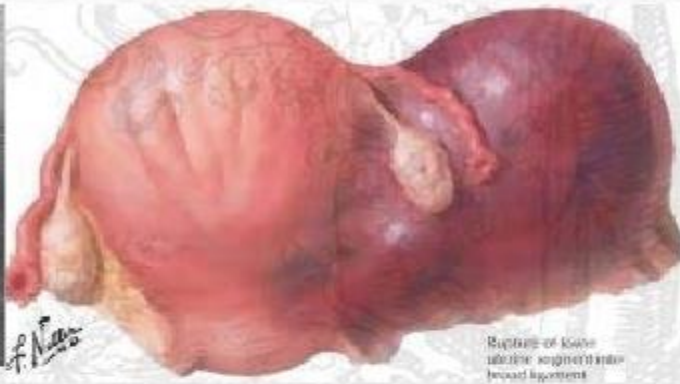
---

<b>P&lt;0,001</b>	<b>Pregressa Isterotomia 126</b>	<b>Utero Integro 20</b>
<b>Pregressi parti di neonati vivi</b>	<b>1,9</b>	<b>3,6</b>
<b>Impiego di ossitocina</b>	<b>37%</b>	<b>80%</b>
<b>Parto vaginale</b>	<b>9%</b>	<b>45%</b>
<b>Patologie materne composte</b>	<b>20%</b>	<b>65%</b>
<b>Perdita ematica</b>	<b>981cc</b>	<b>2644cc</b>
<b>Isterectomia</b>	<b>2,4%</b>	<b>35%</b>
<b>Esiti neonatali neurologici avversi</b>	<b>12%</b>	<b>40%</b>

*Tra le donne che sviluppano una rottura d'utero primaria e partoriscono per via vaginale il rischio di essere sottoposte ad isterectomia è 63% vs 9%.*

## ***Le differenze***

---



***Emorragia postpartum  
Da rottura d'utero***

---

Cognome	<b>B.</b>	Nome	<b>H.</b>
Data di nascita	<b>11/09/1977</b>	Sesso	<b>F</b>
Luogo di nascita	T	Codice Fiscale	
Residenza		Tessera Sanitaria	
Nazionalità	T	Stato civile	
		USL Residenza	
		Medico di base	C. M.

### INGRESSO AL PRONTO SOCCORSO

Data accettazione	<b>14/06/2015</b>	Ora accettazione	<b>22:25</b>	Codice triaGe	Paziente UrGente Differibile (uscita)
Causale	Malattia	Medico accettazione	D. E.		
Modalità di accesso	decisione propria	Mezzo	autonomo (mezzi propri)		

Note anamnestiche/dichiarazioni/rilievi

Para 2033 a 39 settimane + 1 GG Viene per scolo di LA

Rilievi oGGettivi

**PROM**

Prestazioni/Consulenze/Terapie

VISITA

RN Ostetr. Pronto Intervento

### DIAGNOSI

Para 2033 a 39 settimane + 1 GG. PROM

Terapia:

Ricovero

### DIMISSIONE DAL PRONTO SOCCORSO

Esito dimissione

Reparto

Data dimissione 14/06/2015 Ora dimissione 22:27



Para 2033 a 39settimane +1gg.PROM

## ALLERGIE

### Allergie a farmaci:

Non riferite allergie a farmaci(14/06/15)

Dott.ssa (D. E )

## ANAMNESI

## ANAMNESI OSTETRICA

Tipo	Data	Modalità	Sex	Peso	Esito	Allattamento
Parto a termine	15/12/2004	Via vaginale	F	2800	Nato vivo	Esclusivo
Parto a termine	10/10/2012	Via vaginale	M	2600	Natovivo	
Parto a termine	10/10/2012	Via vaginale	M	2600	Natovivo	

## ANAMNESIPATOLOGICAREMOTA

2010: intervento per macroadenoma ipofisario. Persistenza di residuo adenomatoso a livello di adenoipofisi

TP: Cortisone e Tardyfer

# Pluripara

Tutti i precedenti neonati di peso < 3000gr

## Ecografie ostetriche

I trimestre: feto corrispondente all'amenorrea

II trimestre: anatomia fetale regolare

III trimestre: crescita fetale regolare

## Diagnosi prenatale

No

## Tampone vagino-rettale per ricerca Streptococco

Positivo

## $\beta$ -emolitico

P.A.	mm Hg 120/70
F.C	al minuto 75
T	°C 36.7

## Collo uterino

---

Posizione	Posteriore
Consistenza	Soffice
Appianamento %	30
Dilatazione	1
Stazione parte presentata	-4
Situazione	Longitudinale
Presentazione	Cefalica
Membrane	Rottura spontanea: data e ora 14/06/2015 16, Limpido
Contrazioni uterine	Sporadiche
Tracciato CTG	Normale
Sett. grav.	39+1 gg
Sett. grav. ecog.	39+ gg

# Condizioni al ricovero

---

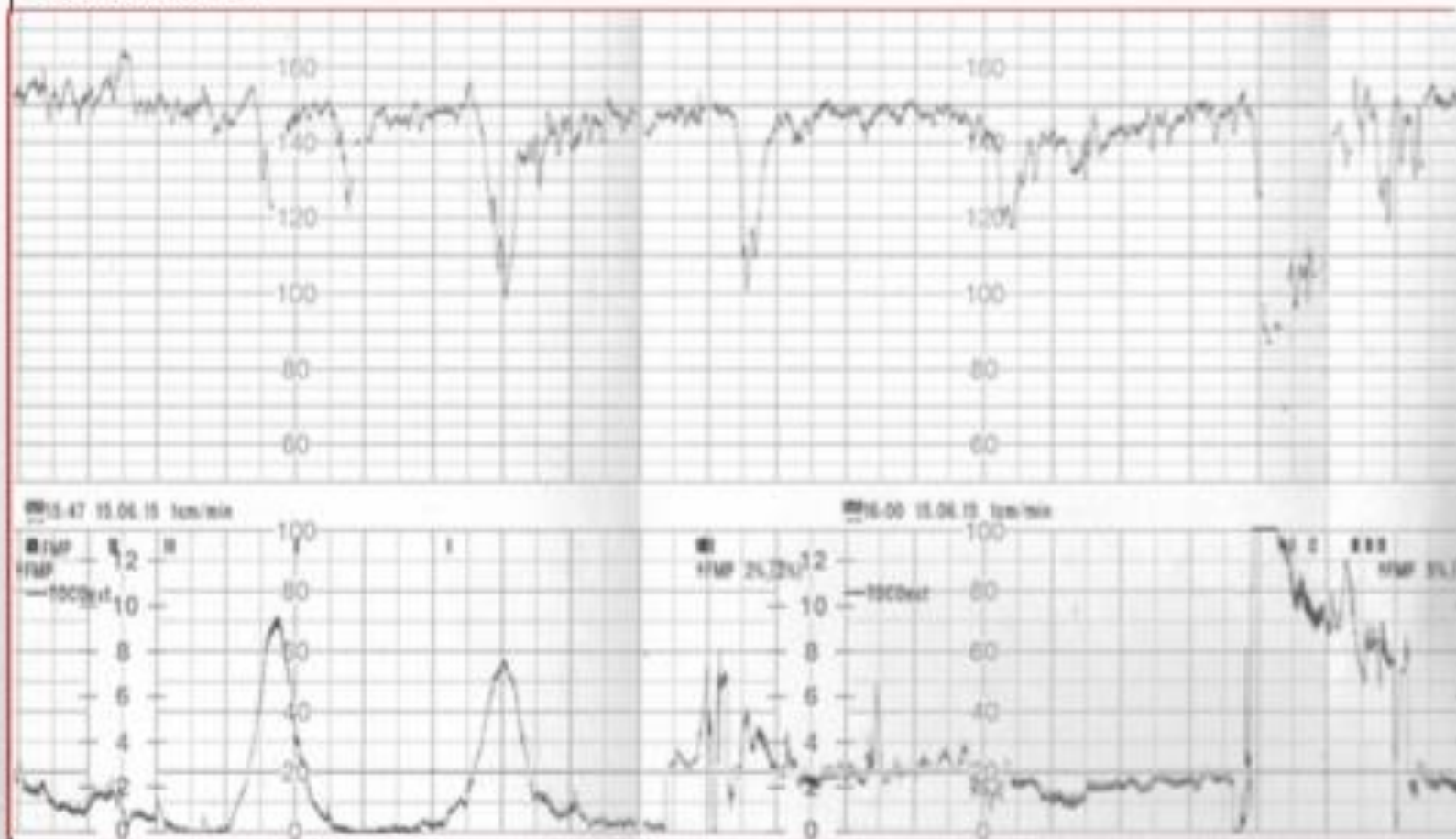
14/06/2015 22:37	Para 2033 a 39 settimane + 1 gg. PROM dalle ore 16 del 14/06. TVR positivo. Impostata terapia antibiotica
15/06/2015 06:13	collo in via di centralizzazione, raccorciato 30%, soffice, pervio al dito, PP cefalica -4, LA limpido, no PE. Percepito BCF con sonicaid 138-144 bpm.

Data e ora	15/06/2015 09:11	Login	<input type="text"/>
Posizione collo	(0) Posteriore	Consistenza	(1) Media
Appianamento (lung. collo: cm,%)	(0) 3 cm 0-30	Dilatazione cm	(1) 1-2
Stazione parte presentata	(0) -4,-3	Provvedimenti	inizia misoprostolo 25 mcg per os
SCORE TOTALE	2		

Data e ora	15/06/2015 12:52	Login	mezzanotte
Posizione collo	(0) Posteriore	Consistenza	(2) Soffice
Appianamento (lung. collo: cm,%)	(0) 3 cm 0-30	Dilatazione cm	(1) 1-2
Stazione parte presentata	(0) -4,-3	SCORE TOTALE	3

**La notte trascorre senza eventi degni di nota.  
Il mattino induzione con Misoprostolo 25mcg x os**

h 15.45 si prende in carico la pz e si inizia CTG per proseguimento induzione  
h 16.05 per decelerazioni precoci si allerta m.d.g.  che visiona il  
tracciato CTG

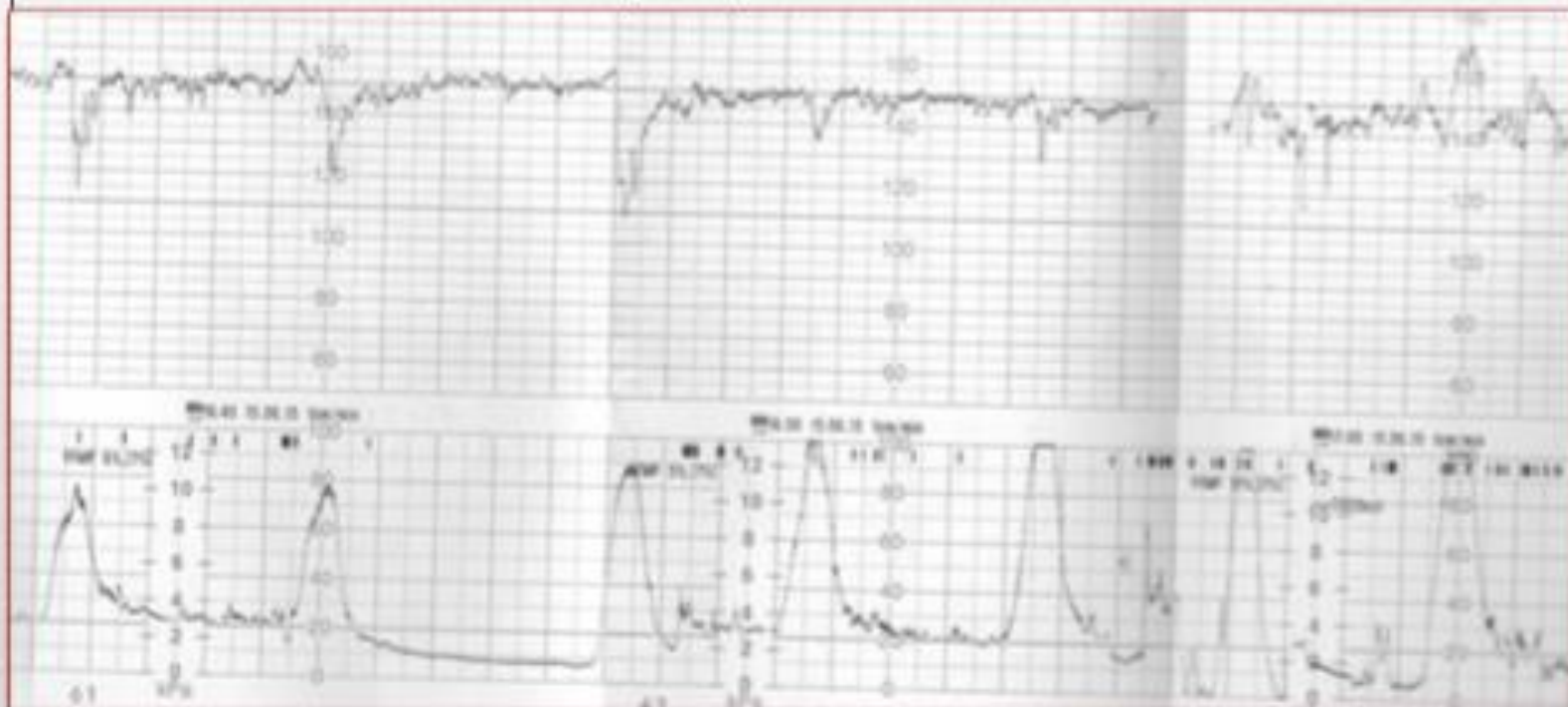


**Inizia il travaglio. Qualche dec. precoce (PROM)**

h 16.10 si esegue V.O. e si comunica al m.d.g. che decide di iniziare infusione ossitocica secondo protocollo

h 16.30 si inizia ad infondere Syntocinon 10 U.I. in 500 cc di sol. fis. a 2 gtt/min

h 16.35 PAOS 110/70, FCM 72 bpm, SpO2 96%, TC 36,0 C



**Inizia il travaglio. Qualche dec. precoce ( PROM). Rianimazione in utero mediante ossitocina !!!!**



## **ERRORE DI OMISSIONE**

questa categoria raggruppa tutti gli errori dovuti alla mancata esecuzione d'atti medici ed assistenziali ritenuti, in base alle conoscenze e all'esperienza professionale, necessari per la cura del paziente

## **CATEGORIE PER TIPO DI ERRORE**

- slips



**Primo buco dell'Emmenthal**  
**Secondo Reason**

---

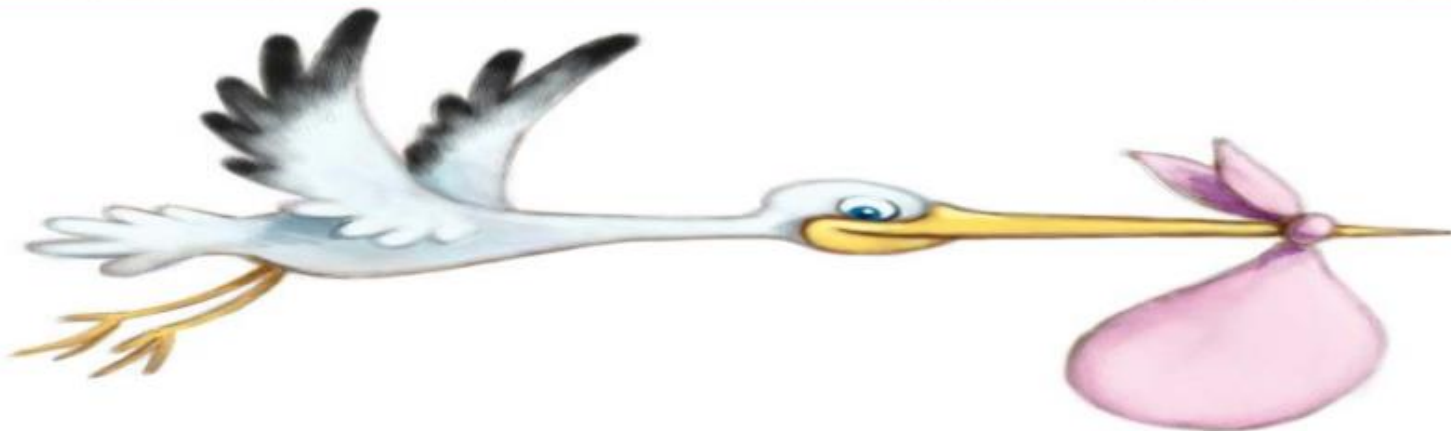


h 17.40 Syntocinon 4 gtt/min

h 17.45 tracciato CTG visionato dal  m.d.g.

h 18.20 pz in bagno: minzione spontanea

h 18.30 V.O., si apre partogramma

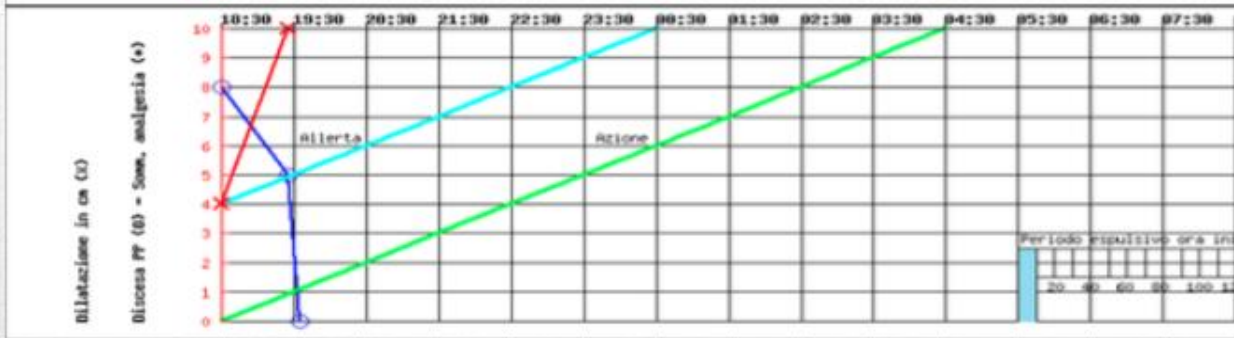
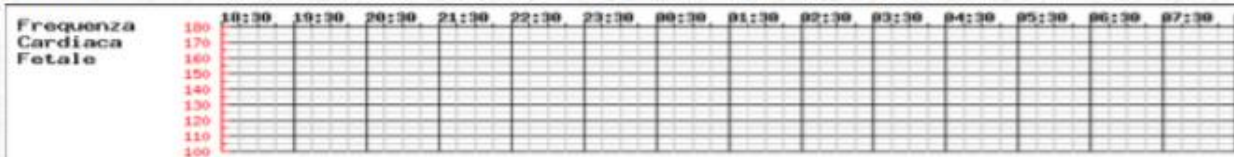


**Prima si fa è meglio è!!!! Perché?? Ci piace la cicogna da corsa**

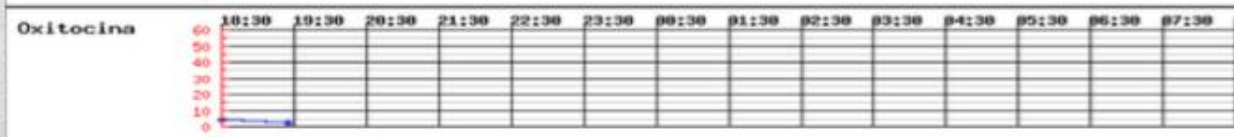
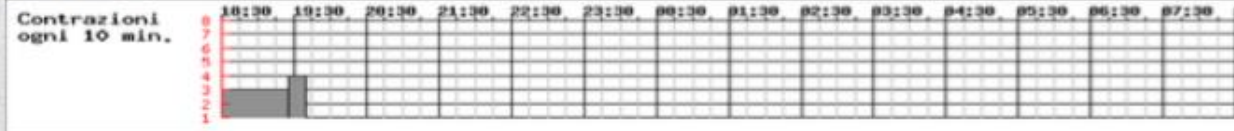


Rischio Alto Rottura membrane: data 14/06/2015 ora 16:00 P.A. 110/70 T 36.00

FC 72 Eta' gestazionale 39+2  
 Presentazione vertice Pos. in travaglio per PROM IN TVR POSITIVO  
 Pos. al parto Fianco

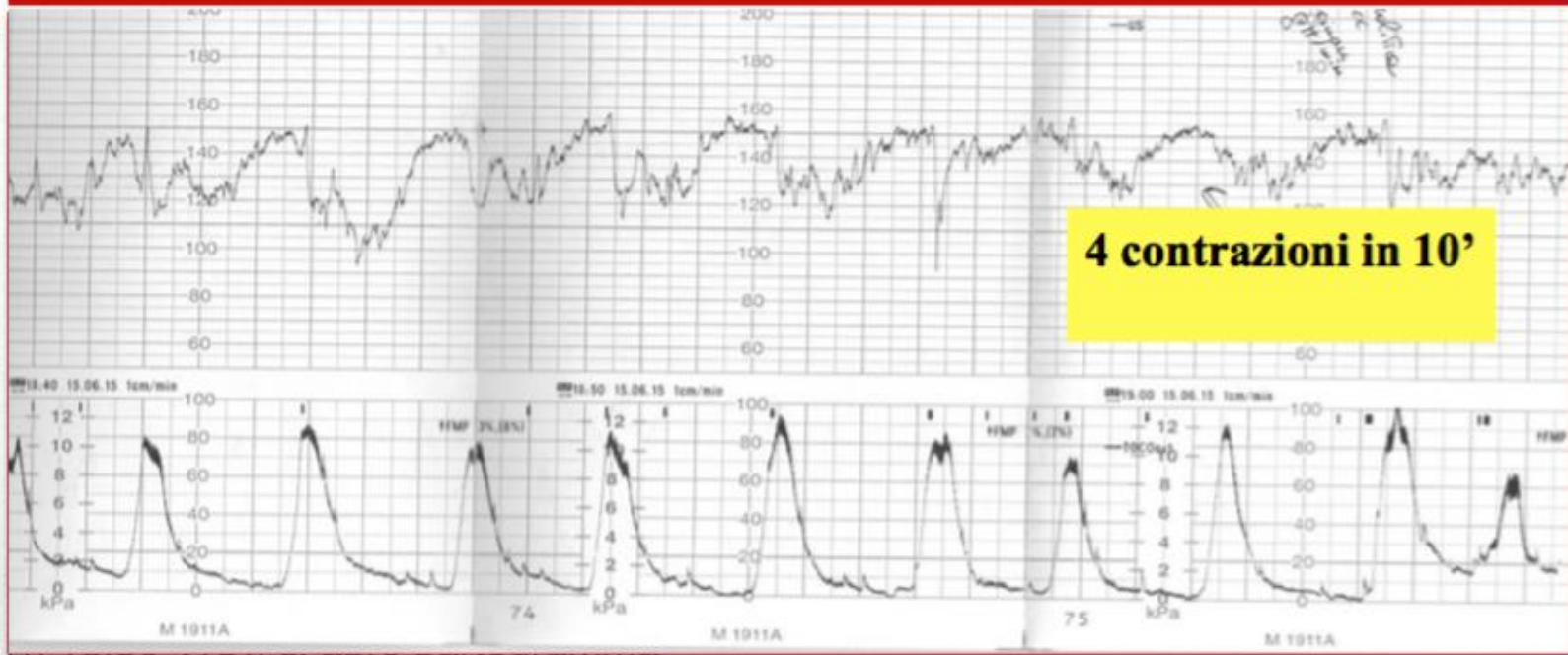


Presentazione																			
Membrane	R																		
Liquido amniotico	L-L	L																	



Compilatore	10541	10541																	
Farmaci analgesia																			
Note Farmaci																			
Appianamento(%)	70%																		
Consistenza	M																		
CTG																			

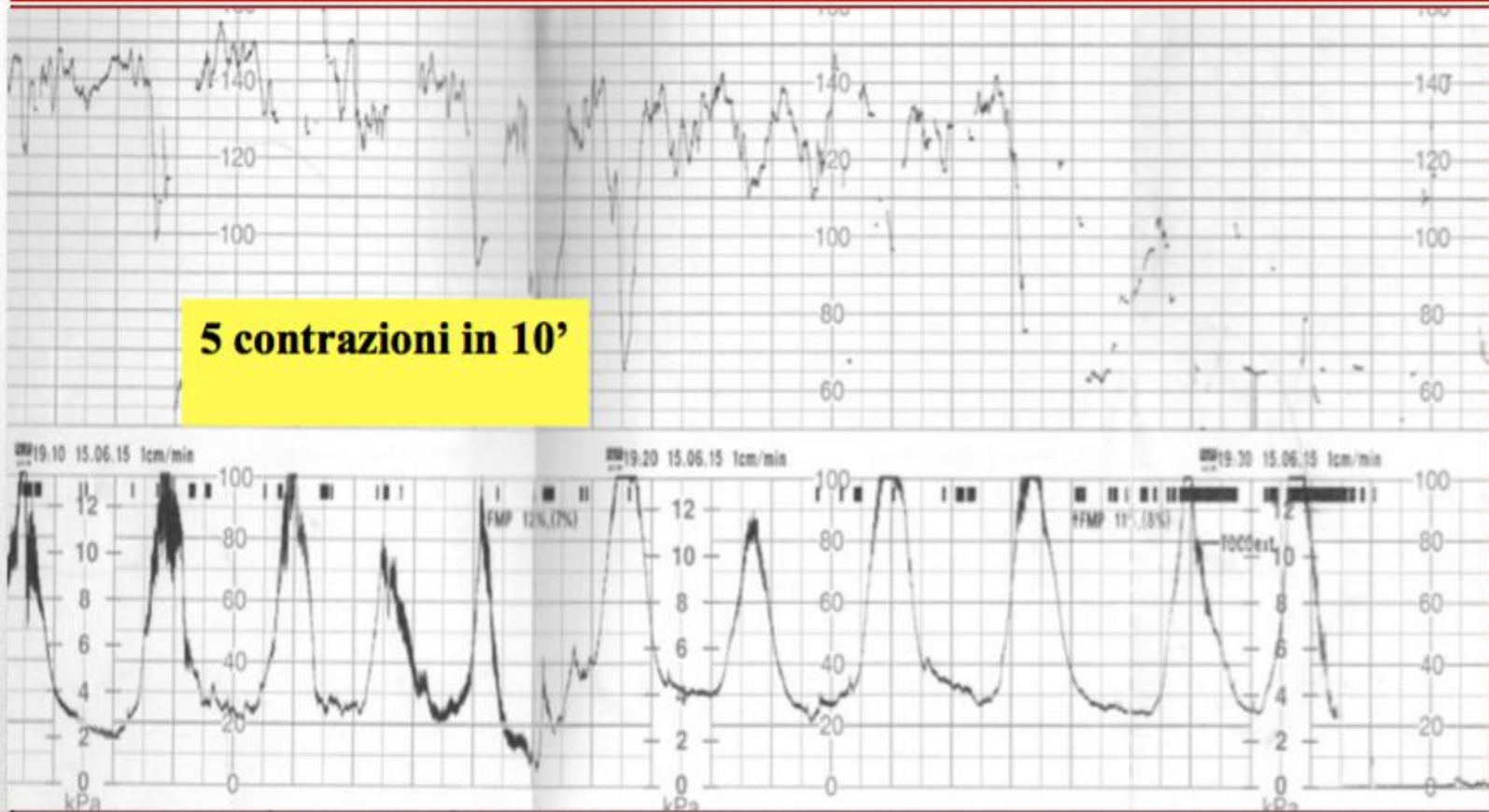
**Le pluripare devono fare presto...e.e..magari bene.**



h 19.05 per decelerazioni tardive si avvisa m.d.g.  che visiona il tracciato CTG, pz sul fianco sx, si idrata con sol. fis. da 500cc e.v. a gtt veloce, Syntocinon ridotto a 2 gtt/min, TC 36,0 C  
 h 19.25 inizio periodo espulsivo



**Se ti manca il fiato ti do da bere !!**



h 19.27 si sospende Syntocinon per decelerazione tardiva profonda  
 h 19.35 si assiste alla nascita di una neonata viva e vitale, apgar 9-10  
 h 19.49 secondamento spontaneo, perineo integro

**Dec. profonda o bradicardia persistente. Causata da cosa??**

**Non prolasso, non laterocidenza o trazione di giri stretti intorno al corpo fetale**

**.....quindi??**

**Parto** SP per  
**Analgesia** metodiche non farmacologiche  
**Ora inizio periodo espulsivo** 15/06/2015 19:25 **Episiotomia** No **Lacerazione** no  
**Ora parto** 19:35 **Secondamento** SP 15/06/2015 19:50 **PE** 100 **Trachelorafia** No  
**Rischio** **Motivazione**  
**Placenta** Apparentemente completa **Membrane** Apparentemente complete  
**Profilassi** Sì  
**Antiemorragica**  
**Note**  
**Sutura**

---

**Feto** F **Peso gr** 3895 **Apgar 1'** 9 **Apgar 5'** 10 **pH vena** 7.24  
**pH arteria** 7.19 **Lungh. cm** 51.00 **Circ. cranio cm** 35.00 **Num Bc** 0887 **Nome** AMIRA  
**Parto** SP **Data/ora** 15/06/2015 19:35  
**Ginecologo**  **Ostetrica**

**Abbiamo visto pH migliori. Per fortuna è uscito come un.....**



**anche se era 3890 gr. Ma la crescita non era regolare??**

---

## POST-PARTUM

<b>Data</b>	15/06/2015 21:30	<b>Operatore</b>	<input type="text"/>
<b>Rischio</b>		<b>Motivazione</b>	
<b>Perdite ematiche</b>	Superiori alla norma	<b>PA</b>	80/40
<b>FC</b>	70	<b>Diuresi</b>	600
<b>Note</b>	al controllo la pz. si presenta molto dolorante, presenza di coaguli all'ostio vaginale, non valutabile fondo uterino per eccessiva sovradistensione vescicale. Si invita la pz. ad urinare e la si accompagna in bagno dove avviene l'espulsione di diversi coaguli e minzione spontanea di circa 200cc. Rimessa a letto si procede a svuotamento vescicale tramite cateterismo estemporaneo 400cc normocromica. PA 80/40 si procede a idratazione con 500 cc elettrolitica e si infondono 20u. Syntocinon in 500cc fisiologica, all'esplorazione, poichè il fondo uterino rimane tre dita sopra l'ot. e latero deviato a sinistra, si evidenzia presenza di numerosi coaguli che fuoriescono solo in parte. Avvisata dr.ssa <input type="text"/> che procede con eco e visita.		

**Perché una puerpera deve avere dolore addominale dopo 2 ore dal parto?  
Perché l'utero è latero deviato a sinistra??**

---

## DIARIO MEDICO

ore 22 Vengo chiamata dall'ostetrica per perdita ematica superiore alla norma, si allerta l'anestesista e alle ore 22.40  si procede sotto controllo ecografico a revisione della cavità uterina asportando scarsa quantità di materiale e controllo del collo che appare integro. L'utero è atonico pertanto si infonde Nalador e si procede a introduzione di Bakri Baloon e tamponamento con garza iodoformica. Persistendo la perdita ematica abbondante si procede a rimozione dello zaffo e del Bakri per rivalutazione. Si reintroduce il Bakri ma persistendo il sanguinamento si decide di trasportare la paziente in sala operatoria, previa rimozione del Bakri Durante tali manovre l'utero nonostante l'infusione di Nalador e il massaggio uterino permane atonico Perdita ematica totale 2500, si richiedono 6 EC e 2 di plasma Si allertano i reperibili

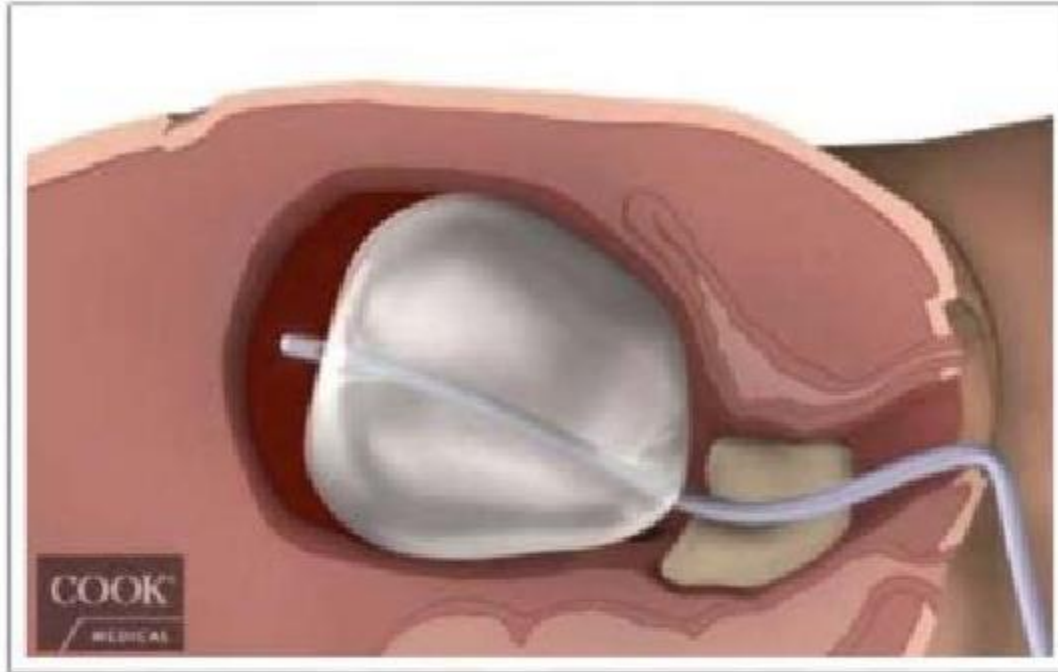
**Le cose precipitano. Dove è andata la golden hour??**

**Ma se il secondamento era completo e l'eco non mostra materiale perché revisionare l'utero?? Dopo una perdita così abbondante è compromessa l'azione del nalador**

---

## Balloon tamponade

---



- Effective mainly in uterine atony
- Need to continue to monitor vitals and blood work closely.
- If fails move on to embolization or surgery

**Appropriato nell'atonia pericoloso nel trauma**

---



**Secondo buco dell'Emmental**  
**Secondo Reason**

---



## Interventi e Procedure

Data e ora inizio atto operatorio 16/06/2015 00:30 Blocco RN Urgenze Comp. Oper.  
Data e ora fine atto operatorio 16/06/2015 01:20 Sala Sala Urgenza 1  
Lateralità: XXXXX

Diagnosi Pre-Operatoria: Emorragia post-partum

Intervento Principale

### 6902-DILATAZIONE E RASCHIAMENTO A SEGUITO DI PARTO O ABORTO

asepsi . si pinza il collo e si esegue una revisione de Non lacerazione dei  
pareti vaginali . E' presente altresì abbondante per cavità uterina . L'uter  
fondo situato tre dita oltre l'OT .  
Sotto controllo ecografico si esegue revisione dell' cavità uterina che presenta un ostacolo al suo terzo edo a livello  
della parete laterale di destra(fibroma intracavitario?) che rende difficile raggiungere il fondo . Superato l'ostacolo si esegue  
curettaggio con asportazione di cospicua quantità di materiale misto a coaguli che si invia per EI . Al termine della  
procedura la cavità risulta priva di materiale al controllo ecografico . Persistendo l'emorragia si posiziona Bakri Baloon ,  
sempre sotto controllo ecografico , gonfiato con soluzione fisiologica , ottenendo un buon controllo dell'emostasi  
. si posiziona garza iodoformica stipata nei

Perché un ginecologo  
pensa solo ai fibromi?

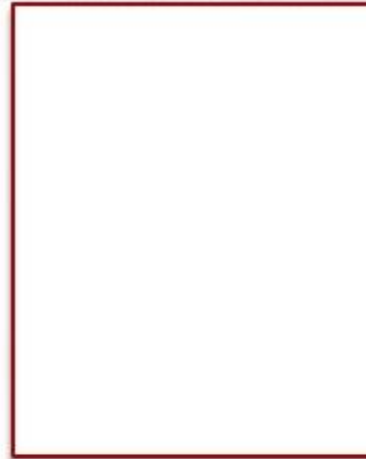
Superato come?  
e per finire dove??

Cospicua quantità di  
quale materiale??

**Chi arriva dopo non si fida di coloro che hanno agito  
Prima e ripete le stesse cose.....anzi purtroppo ne  
fa una in più.....terzo errore...**

---

C.F.:



Data nascita: 11/09/1977

Richiesta

Data 16/06/2015 02:13

Nr: 081025333200

Mod. Accesso:

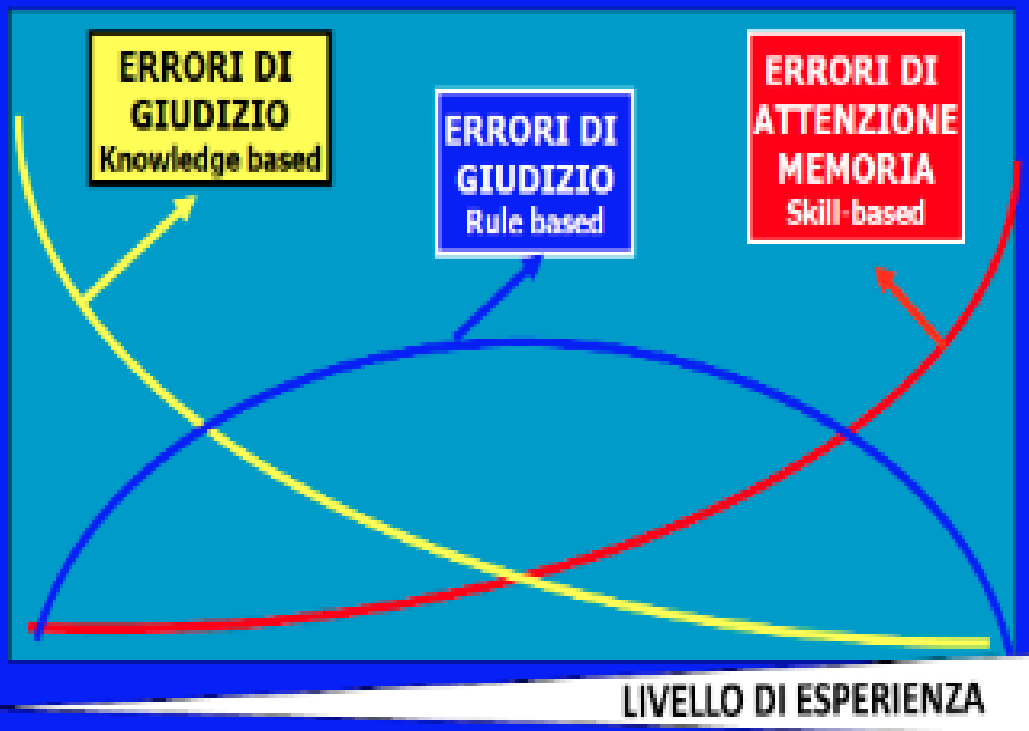


ID Paziente: 01948298

- 1 Placenta e annessi fetali
- 2 Revisione di cavità uterina

**Richiesta di esame istologico della placenta e del materiale ottenuto dalla Seconda revisione di cavità che avrebbe potuto chiarire l'eventuale falsa strada.**

# ESPERIENZA E PROBABILITA' DI ERRORE



Reason - 2002

ALTAN

BISOGNA FARE CHIAREZZA.



Prima di prendere una direzione occorre valutare con più attenzione

Domande che ci si sarebbe dovuto porre:

1. Perché la metrorragia è stata preceduta da dolore?
2. Perché l'atonia non risponde agli utero tonici e l'utero è latero deviato a sinistra?
3. Se escludiamo TISSUE e abbiamo un problema di TONE non è il caso di pensare al trauma?



## DIARIO MEDICO

ore 02.20 perdita ematica dalla vagina di notevole entità con presenza di circa 200 cc nella sacca del bakri. Utero latero deviato a sinistra con fondo 4 cm sopra OT sub contratto. All'ecografia si osserva bakri in sede con voluminosa raccolta di coaguli in cavità uterina. Area ipoecogena anteriore e latero uterina di incerto significato che si palpa anche dall'ipogastrio con vescica vuota e urine normali. Si decide per laparotomia esplorativa di emergenza.

**Sospetto di ematoma retroperitoneale**

---

Laparotomia longitudinale ombelicopubica . Aperto l'addome si osserva che l'utero è flaccido e atonico la sierosa edematosa e infiltrata da sangue . E' presente ematoma del retroperitoneo a livello delle doccia colica di destra . Si decide di procedere ad isterectomia subtotale con conservazione degli annessi . **A tal scopo si esegue forcipressura e legatura dei legamenti utero ovarici bilateralmente , dei legamenti rotondi con successivo scollamento della vescica dopo aver individuato con difficoltà per la presenza di edema e infarcimento emorragico la piega di riflessione vescico uterina . Sezione e legatura dei parametri e delle connessioni vascolari uterine .** *Durante tale manovra si osserva soluzione di continuo della regione cervico istmica che comunica con ematoma retroperitoneale che viene drenato e svuotato* . Sezione dei legamenti sacrouterini e della vagina e parte del collo circa 2 cm sopra l'OUI con asportazione del viscere uterino che viene inviato per EI .

Sutura del moncone cervicale e solidarizzazione alla vagina . Peritoneizzazione in continua . Accurato controllo dell'emostasi , lavaggi ripetuti della cavità addominale . Applicazione di drenaggio di jackson pratt . Parete a strati . Cute a punti staccati con filo riassorbibile.

Conta dei ferri e delle garze riferiti regolari .

# Trauma primitivo, secondario o primitivo modificato iatrogenicamente?

---

## **NOTIZIE CLINICHE**

PROM alla 39a settimana e 1 giorno.

## **MATERIALE INVIATO**

Placenta e annessi fetali

---

## **DESCRIZIONE MACROSCOPICA**

Placenta monooriale e monoamniotica del peso di grammi 500 e di cm 18,5x13,3x2 con tratto di cordone ombelicale lievemente edematoso, inserito paracentralmente di cm 36 di lunghezza e dotato di 3 vasi. Le membrane appaiono lievemente ispessite ed opacate. Al taglio del disco placentare non si osservano alterazioni focali.

---

## **DIAGNOSI**

FOCALE CHORIONAMNIOSITE ACUTA.

PARENCHIMA PLACENTARE CON DEPOSITI INTERVILLOSI DI FIBRINA E FOCALI CALCIFICAZIONI.

CORDONE OMBELICALE A MORFOLOGIA CONSERVATA.

**Area di corionamniosite focale**

---

È UN AFFARE  
BENIGNO  
O MALIGNO,  
DOTTORE?

SMETTIAMOLA  
CON I DISTINGUO.



## NOTIZIE CLINICHE

Isterectomia subtotale per emorragia post-partum.

## MATERIALE INVIATO

Isterectomia parziale

## DESCRIZIONE MACROSCOPICA

Corpo uterino gravidico con porzione di istmo del peso di grammi 1318 e di cm 19,5x16x8,5. Non si reperta cervice uterina. Il corpo uterino perviene già ampiamente sezionato secondo l'asse longitudinale. In corrispondenza della porzione laterale destra istmo-corpale è presente ampia area di lacerazione tissutale a superficie scabrosa di cm 5 di asse maggiore, circondata da soffiusione emorragica di cm 8,8 di asse maggiore. La cavità endometriale è parzialmente occupata da materiale ematico coagulato. L'endometrio è brunastro e lievemente ispessito. Il miometrio è diffusamente ispessito.

## DESCRIZIONE MICROSCOPICA

All'area di lacerazione brunastro istmo-corpale a superficie scabrosa descritta macroscopicamente corrispondono diffuse aree emorragiche recenti determinanti slaminamento delle fibre uterine con focolai di flogosi granulocitaria neutrofila, vasi di ampio calibro beanti, talora congesti, e stratificazioni superficiali di materiale fibrino-ematico-granulocitario.

## DIAGNOSI

UTERO GRAVIDICO CON AREE EMORRAGICHE DI LACERAZIONE ISTMICO-CORPALI (vedi descrizione microscopica).

**L'anatomo patologo lascia margini di dubbio sull'origine della soluzione di continuo**

- *Associare prostaglandine e ossitocina in una pluripara costituisce fattore di rischio per rottura d'utero*
- *Nel post parto forse un controllo dei parametri vitali e delle condizioni cliniche della puerpera ogni ora è più appropriato*
- *Il dolore nella puerpera soprattutto a distanza dal parto è un sintomo che ci deve allertare*
- *Se eseguiamo una ecografia e non vediamo materiale in cavità non è giustificato procedere comunque a revisione*
- *E' necessario essere pronti a trasfondere emoderivati prima di raggiungere perdite massive( > 2000 cc)*
- *Ripetere le stesse cose che già hanno fatto dei colleghi senza successo è una pericolosa ed inutile perdita di tempo*
- *La valutazione clinica dovrebbe avere un ruolo maggiore nella diagnosi soprattutto quando la padronanza dell'ecografia è improbabile*
- *Quando un sintomo ( es. dolore) o un rilievo ( laterodeviazione a sinistra dell'utero, ostacolo ad entrare in cavità uterina) non sono coerenti al quadro ipotizzato evitare di insistere nella stessa direzione terapeutica*

# Per concludere

---





**Quindi**

---