

5

Emorragia post partum: che fare?

Maurizio Silvestri

U.O.C. Ginecologia
e Ostetricia,
Presidio ospedaliero
San Matteo degli infermi,
Spoleto (Pg)

Introduzione

L'emorragia post partum (EPP) rappresenta la più frequente causa di mortalità materna in ostetricia. Il Ministero della salute e delle politiche sociali la inserisce nell'evento sentinella n° 7 "morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto" e ne pubblica sul suo sito (www.salute.gov.it) le raccomandazioni per la prevenzione.

La Fondazione Confalonieri Ragonese ha pubblicato il volume "Emorragia post partum: linee guida per la prevenzione, la diagnosi, ed il trattamento" nella collana "Linee guida Aogoi", che può essere consultata sul sito dell'Aogoi (www.aogoi.it).

L'EPP si distingue in precoce, se insorge entro le 24 ore dal parto, oppure tardiva se compare fra le 24 ore e le 12 settimane dal parto; può essere conseguente ad un parto vaginale oppure ad un parto cesareo. In questo articolo verrà affrontata l'EPP precoce conseguente al parto vaginale.

Non esiste una definizione di EPP accettata da tutti. Considerando fisiologiche le perdite ematiche durante un parto vaginale fino a 500 cc., si dovrà parlare di EPP quando viene superato questo valore. Questa definizione è però imprecisa, poiché anche dopo l'utilizzo in molte sale parto di sistemi graduati di recupero del sangue (sacche retrosacrali), la valutazione delle perdite ematiche dopo il parto, pur se meno soggettiva, è ancora inesatta.

La diminuzione della concentrazione di emoglobina e/o dell'ematocrito uguale o superiore al 10% rispetto al valore precedente il parto sicuramente fornisce un dato più preciso, ma al tempo stesso retrospettivo, quindi poco utilizzabile per un'azione clinica immediata. Alcuni autori definiscono EPP una condizione che necessita di emotrasfusione, ma, avendo, medici e pazienti, comportamenti non univoci nei confronti del trattamento trasfusionale, anche questa definizione lascia spazio alla soggettività.

Infine la definizione "sanguinamento eccessivo che rende la paziente sintomatica (giramenti di testa, vertigini, svenimenti), e/o determina segni di ipovolemia (ipotensione, tachicardia, o oliguria)" che, pur essendo anch'essa soggettiva, è sicuramente la più adeguata dal punto di vista clinico.

Che fare dunque di fronte ad un post-partum definito emorragico?

Tre cose:

1. Interventi per il mantenimento delle funzioni vitali
2. Ricercarne la causa
3. Approntare una terapia mirata.

La valutazione della quantità delle perdite ematiche, delle condizioni cliniche della paziente e dei suoi parametri vitali ci permetteranno di capire se ci troviamo di fronte ad una EPP.

Nell'eventualità non riuscissimo rapidamente a porre fine all'emorragia e/o a sostenere il circolo, bisognerà chiedere la collaborazione di altro personale di assistenza (ginecologi, equipe di anestesia e rianimazione) e contemporaneamente allertare il laboratorio analisi ed il centro trasfusionale.

Il sostenimento del circolo dovrà essere proporzionato all'entità dello shock. Nella **tabella 1** si riporta una procedura di gestione dell'urgenza emorragica (ogni Presidio Ospedaliero dovrebbe essere dotato di un protocollo di intervento che tenga conto delle risorse e della organizzazione locale).

Per ricercare le cause dell'EPP, utile a scopo mnemonico è la regola delle quattro "T": Tono, Tessuto, Trauma, Trombina (**tabella 2**), con la consapevolezza che le percentuali d'incidenza sono:

- atonia uterina (70%)
- lacerazioni, ematomi, inversione e rottura d'utero (20%)
- ritenzione di placenta e membrane, placenta accreta (10%)
- coagulopatie (1%).

Una valutazione del tono uterino, dell'integrità del canale del parto e della completezza della placenta permettono di identificare quasi sempre l'origine dell'emorragia.

Di fronte ad un'atonia uterina bisognerà promuovere la contrazione massaggiando l'utero e rimuovendo prontamente dal suo interno eventuali coaguli o residui di annessi fetali. Lo "scovolo" della cavità uterina sarà un primo aiuto. Contemporaneamente somministrare agenti utero-tonici.

Attualmente sono disponibili diversi farmaci per la terapia dell'atonia uterina (**tabella 3**). Le

Non esiste una definizione di EPP accettata da tutti. Considerando fisiologiche le perdite ematiche durante un parto vaginale fino a 500 cc., si dovrà parlare di EPP quando viene superato questo valore

varie sostanze dovranno essere utilizzate in maniera metodica. In attesa dell'effetto desiderato si dovrà continuare a massaggiare e comprimere l'utero con la compressione bimanuale (Figura 1).

Se il controllo dell'emorragia non risultasse soddisfacente, e si è certi che non sono presenti lacerazioni del canale del parto fortemente sanguinanti e che il secondamento è stato completo, bisognerà procedere al tamponamento utero-vaginale stratificato con garza o con palloncini gonfiabili (i presidi utilizzati comprendono uno o più cateteri Foley riempiti con 60-80 ml di SF, il catetere esofageo Sengstaken-Blakemore, il pallone vescicale Rusch ed il palloncino SOS Bakri).

In caso d'insuccesso si dovranno attuare tecniche più invasive quali:

- embolizzazione delle arterie uterine o delle arterie iliache interne (praticata con la collaborazione del radiologo vascolare e quindi non attuabile in tutti i punti nascita)
- tecniche laparotomiche conservative vascolari (sutura dei vasi uterini, devascularizzazione graduale dell'utero, legatura bilaterale delle arterie ipogastriche) o compressive (sutura B-Lynch e suture compressive multiple)
- tecniche laparotomiche demolitive quali l'isterectomia post-partum di emergenza (sub-totale, se si riesce a fermare l'emorragia isolando i peduncoli vascolari sopra cervicali, o totale, se l'origine dell'emorragia risiede nelle ramificazioni cervicali delle arterie uterine) rappresenteranno il trattamento da attuare in caso di fallimento dei precedenti.

Se abbiamo rilevato all'interno dell'utero coaguli, membrane o lembi placentari (può orientarci verso questa diagnosi soprattutto un'attenta osservazione della placenta, l'uso dello scovolo di cavità e l'ecografia) dobbiamo prontamente rimuoverli (scovolamento, secondamento manuale, revisione strumentale evacuativa della cavità uterina).

L'esplorazione sistematica di vulva, vagina e collo uterino permetterà di individuare lacerazioni sanguinanti che andranno trattate con suture emostatiche, oppure rilevanti ematomi che andranno svuotati.

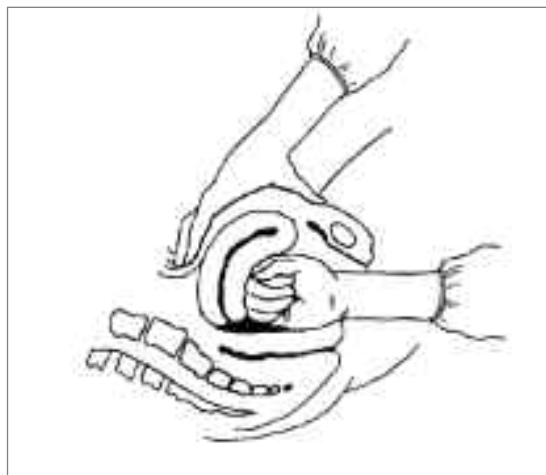
Se la probabilità che avvenga una EPP è collocabile fra il remoto e l'occasionale, le conseguenze che si avranno sulla donna potrebbero però essere gravi, è necessario pertanto che nei punti nascita si programmino degli interventi per la gestione di questo rischio con esercitazioni periodiche su come affrontare l'EPP e ci si doti di procedure condivise per la gestione del questo evento avverso.

Questi punti risultano essenziali per la costru-

Figura 1. Compressione bimanuale dell'utero

Per la compressione bimanuale si posiziona una mano "a pugno" nel fornice vaginale anteriore per spingere contro la parete anteriore del corpo dell'utero e l'altra sull'addome per comprimere il fondo uterino e la parete posteriore attraverso la parete addominale.

Figura 1



zione e il miglioramento degli "argini" "barriere" che impediscono all'operatore di sbagliare e al tempo stesso recuperare e contenere gli effetti degli errori che purtroppo continueremo a fare.

Tutto questo per il fine comune di prenderci cura del paziente in ospedali sicuri.

Tabella 1. Procedura di gestione dell'urgenza emorragica

- 1. Posizionare due accessi venosi** (16 o 14 G)
- 2. Somministrazione di ossigeno**
- 3. Tipizzazione del sangue** Deve essere fatto un prelievo di sangue per un emocromo completo, coagulazione, gruppo ABO e prove crociate. Si consiglia tenere un campione in una provetta a tappo rosso per l'osservazione. La mancata formazione del coagulo entro sette/dieci minuti è indicativa di un difetto della coagulazione.
- 4. Ripristino di volume circolante** Per il mantenimento della volemia possono essere somministrati:
 - **Cristalloidi:** Ringer lattato (prima scelta) o soluzione fisiologica somministrati in rapporto 3:1 rispetto al volume di sangue perso.
 - **Colloidi:** gelatine (Emagel, Gelplex), amido idrossietilico o HES (Voluven), supplendo alla perdita ematica in rapporto 1:1.
 - **Sangue ed emoderivati:** da preferire sangue intero fresco. Una sacca di globuli rossi concentrati contiene 280 ml ed eleva l'ematocrito del 2-3%
- 5. Monitoraggio dei parametri vitali: pressione arteriosa, polso, respiro, saturazione di ossigeno e diuresi.**

Alle pagine seguenti le altre tabelle e lo Schema Management dell'Emorragia Post Partum

Tabella 2

LE QUATTRO "T"

- Tono - Anomalie della contrazione uterina**
- Utero sovradisteso
 - Esaurimento funzionale della muscolatura uterina
 - Infezioni endoamniotiche
 - Modificazione anatomica/funzionale dell'utero
- Tessuto - Ritensione di tessuto amniocoriale**
- Residui placentari
 - Cotiledoni succenturiati
 - Membrane amniotiche
 - Anomalie invasione placentare (accreta, increta, percreta)
- Trauma - Traumi del tratto genitale**
- Lacerazioni della cervice, della vagina o del perineo
 - Estensione o lacerazione della ferita isterotomica da TC
 - Rottura d'utero
 - Inversione uterina
- Trombina - Anomalie della coagulazione**
- Preesistenti alla gravidanza
 - Emofilia A
 - M. von Willebrand
 - Acquisite in gravidanza
 - ITP
 - Trombocitopenia
 - DIC
 - Terapia anticoagulante

Fonte: Linee guida AOGOI. Emorragia post partum: linee guida per la prevenzione, la diagnosi, ed il trattamento (disponibili sul sito dell'Aogoi)

Tabella 3

TERAPIA MEDICA PRINCIPALE DELL'EMORRAGIA POST-PARTUM

Principio/Specialità	Dose/via	Frequenza somm.	Osservazioni
Ossitocina (Syntocinon)	EV 5-20 UI in 500 ml di Sol. Fis. o Ringer Lattato IM 5-10 UI	Continua	Evitare somm. non diluita ev rapida - causa ipotensione
Metilergometrina (Methergin)	IM 0,2 mg	Ogni 2-4 ore	Evitare in casi di ipertensione
Sulprostone (Nalador)	EV 0,5 mg in 250 ml Sol. Fis.	Ogni 30 minuti per max 2 volte	Evitare in paz. asmatiche, e in casi di patologie cardiache, epatiche e renali maggiori. Va somministrato entro 30 minuti dall'atonìa.
Misoprostolo (Cytotec)	800-1.000 µg per via rettale		Non risultati significativi superiori a ossitocina ed ergometrina.

Fonte: Linee guida AOGOI. Emorragia post partum

Prevenzione dell'emorragia post partum

L'active management come prevenzione dell'emorragia postpartum è stato raccomandato anche dal Ministero della Salute nel "documento di integrazione ed indirizzo relativo alla raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto" (Aprile 2007) dove viene suggerito il seguente protocollo:

1. **somministrazione** di una fiala di metilergometrina 0,2 mg. più una fiala di ossitocina (5 UI) intramuscolo al coronamento della spalla fetale e comunque prima dell'avvenuto secondamento a tutte le donne che partoriscono;
2. **somministrazione** nelle donne con controindicazioni all'uso della metilergometrina (ipertensione, allergia, ecc.) di due fiale intramuscolo di ossitocina (10 UI) al coronamento della spalla fetale e comunque prima dell'avvenuto secondamento;
3. **nelle assistite** particolarmente a rischio di emorragia del post-partum (gravidenza gemellare, preeclampsia, atonia uterina pregressa, obesità, distacco di placenta, placenta previa, placenta ritenuta, febbre in travaglio > 38°, peso del neonato > 4000gr, travaglio indotto, portatrici di mioma): somministrazione intramuscolare dell'ossitocico e somministrazione endovenosa di quattro fiale di ossitocina (20UI) diluite in 500 ml di soluzione fisiologica;
4. **per ciò che concerne** le altre due componenti del trattamento attivo del terzo stadio (trazione controllata sul cordone ombelicale e clampaggio precoce dello stesso) gli operatori della sala parto potranno decidere di applicarle o meno, secondo le circostanze e la loro personale esperienza.

PER SAPERNE DI PIÙ

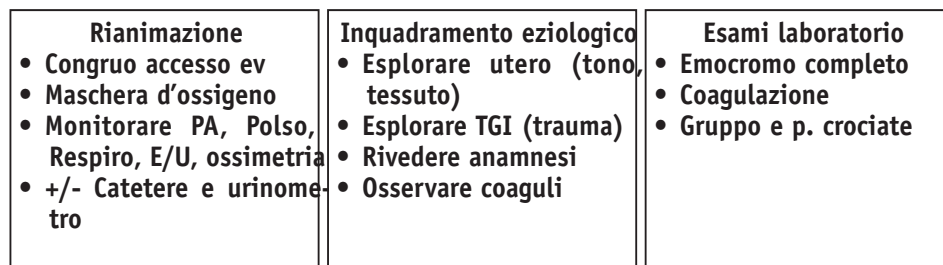
- Emorragia post partum: linee guida per la prevenzione, la diagnosi ed il trattamento. Linee guida AOGOI 2009. www.aogoi.it
- Documento d'integrazione ed indirizzo relativo alla raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto. Raccomandazione n° 6 - Prevenzione morti materne. 2007. Ministero della salute. Dipartimento della qualità: direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema ufficio III. <http://www.salute.gov.it/>

SCHEMA MANAGEMENT DELL'EMORRAGIA POST-PARTUM

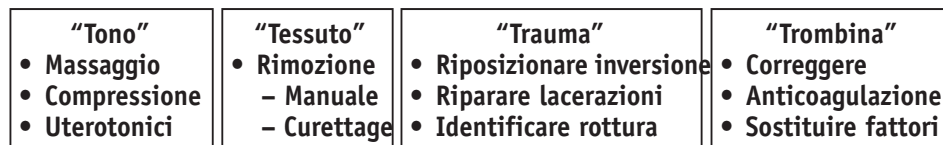
Prevenzione - Management attivo del secondamento

- Ossitocina da somministrare alla nascita o immediatamente dopo
- Trazione controllata del cordone
- Eventuale massaggio uterino dopo il secondamento

I FASE - INQUADRAMENTO E TERAPIA INIZIALI



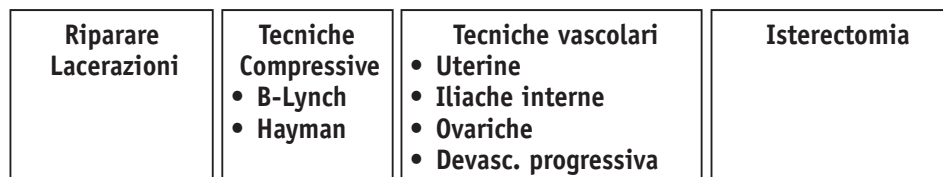
II FASE - TERAPIA MIRATA - LE 4 "T"



III FASE - EPP RESISTENTE ALLA TERAPIA



IV FASE - CHIRURGIA



Fonte: Linee guida AOGOI.
Emorragia post partum