

Corso di Laurea in Ostetricia
C.I. “ Patologia ostetrica e
primo soccorso”

Prof. P. Greco

EMORRAGIA POST PARTUM

Emorragia post partum

L'emorragia post partum è definita dalla WHO come una perdita ematica > 500 ml nei parti vaginali; > 1000 ml parti cesarei

- Primaria o acuta (entro 24 h dal parto)
- Secondaria o ritardata (tra 24 h e 6 wks dopo il parto)

Shock emorragico e perdita ematica in gravidanza

Perdita ematica	Pressione arteriosa	Sintomi e segni	Grado di shock
10-15% (500-1000 ml)	Normale	Palpitazioni, vertigini, tachicardia	Compensato
15-25% (1000-1500ml)	Lievemente diminuita	Debolezza, sudorazione, tachicardia	Lieve
25-35%(1500-2000 ml)	70-80 mmHg	Agitazione, pallore, oliguria	Moderato
35-45%(2000-3000)	50-70 mmHg	Collasso, dispnea, anuria	Grave

EPIDEMIOLOGIA:

- nel **5-17 %** dei PS
- nell' **1%** dei casi si verifica una PPH massiva
- 3° causa di mortalità materna in gravidanza nei paesi sviluppati (59% dei decessi per emorragia post-partum è attribuibile ad un trattamento non ottimale)

MORTALITA' MATERNA:

- nei Paesi in via di sviluppo
= 1:1000/ 5:5000 parti
- nei Paesi industrializzati
= 3-5 casi su 1.000.000 di parti



Eziopatogenesi

<u>Uterine</u>	90%
✓ Atonia uterina	58%
✓ Ritenzione residui placentari	29%
✓ Rottura d'utero	2%
✓ Inversione uterina	1%
<u>Traumi del canale del parto</u>	4-8%
<u>Discoagulopatia materna</u>	1-3%
<u>Ematoma pelvico</u>	<1%

Fattori predisponenti

• Prolungamento terzo stadio	OR 7.56
• Preeclampsia	OR 5.02
• Episiotomia mediolaterale	OR 4.72
• Precedente emorragia nel PP	OR 3.55
• Gemellarità	OR 3.31
• Arresto in secondo stadio	OR 2.91
• Lacerazioni perineali	OR 2.05
• Ossitocina in travaglio	OR 1.66
• Parto operativo vaginale	OR 1.66
• Episiotomia mediana	OR 1.58

GOLDEN HOUR

H ELP: organizzazione del lavoro

A SSESS : valutare i parametri vitali della paziente e l'entità del sanguinamento; incannulare 2 grosse vene

E STABLISH: stabilire l'eziologia e il trattamento più appropriato; disponibilità di sangue e derivati

M ASSAGE: praticare il massaggio uterino;

O XYTOCIN: procedere con l'infusione di ossitocina, prostaglandine (per via rettale, intramuscolare, endovena, intramiometriale);

S HIFT: trasferire la paziente in sala operatoria, escludere traumi o ritenzione di materiale, procedere con la compressione bimanuale;

T: "tamponade balloon";

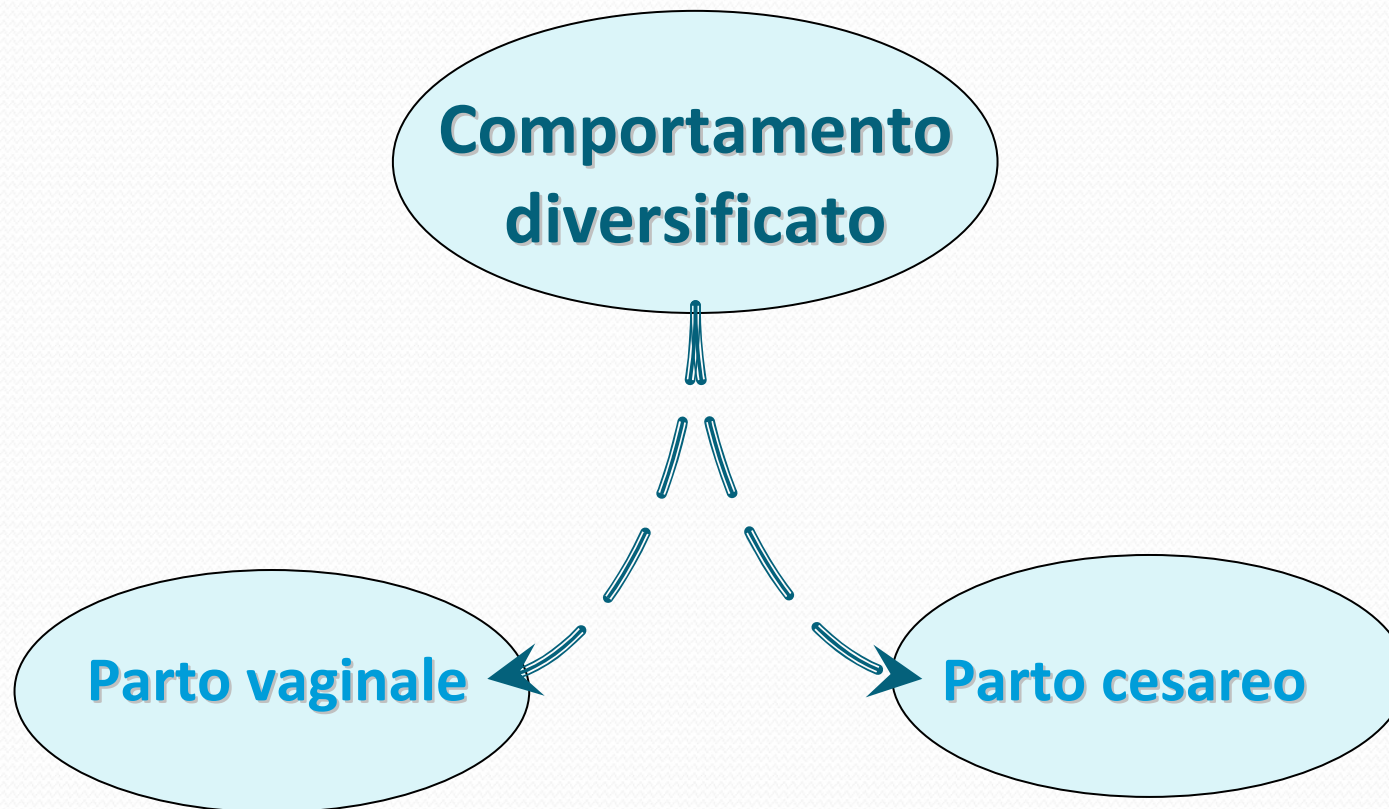
A: applicare " suture compressive";

S: devascularizzazione pelvica sistematica (arterie uterine, ovariche, iliache interne);

I: intervento radiologico, embolizzazione dell'arteria uterina;

S: intervento di isterectomia totale o subtotale per via laparotomica.

TRATTAMENTO



PARTO VAGINALE

eseguire

- esplorazione cervicovaginale
 - emostasi per compressione
 - sutura chirurgica
- farmaci uterotonici
 - metilergometrina (0,25-0,50 mg im)
 - ossitocina (10-30 UI in 500 ml soluzione fisiologica ev e/o intramiometriale)
 - sulprostone (500 mg in 250 ml soluzione fisiologica ev, 4-16 mg/min ovvero 40-160 gtt/min)
- controllo della placenta
- massaggio esterno dell'utero
- esplorazione uterina (scovolo e/o revisione)
- compressione uterina bimanuale transaddominale

anestesia generale

- esplorazione cervicovaginale e riparazione di ogni ferita
- esplorazione uterina (scovolo e/o revisione)

persiste emorragia

- escludere rottura d'utero
- tamponamento uterovaginale stipato con garza iodoformica
- catetere di Rusch endouterino (+ garza iodoformica vaginale per evitare l'espulsione del catetere)

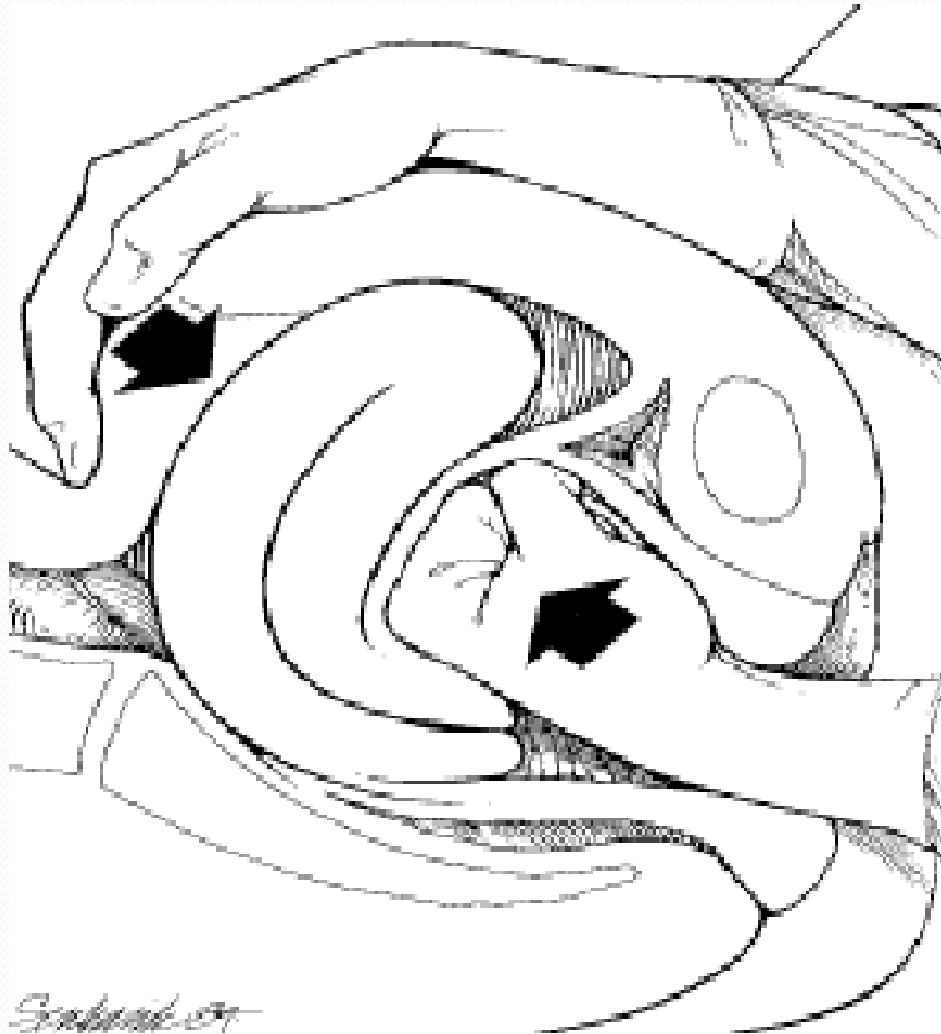
laparotomia

- O'Leary
- B-Lynch e sue modifiche (in assenza di isterotomia da taglio cesareo)
- punti a quadrato secondo Cho
- legatura arterie ipogastriche (considerare prima l'embolizzazione)
- isterectomia

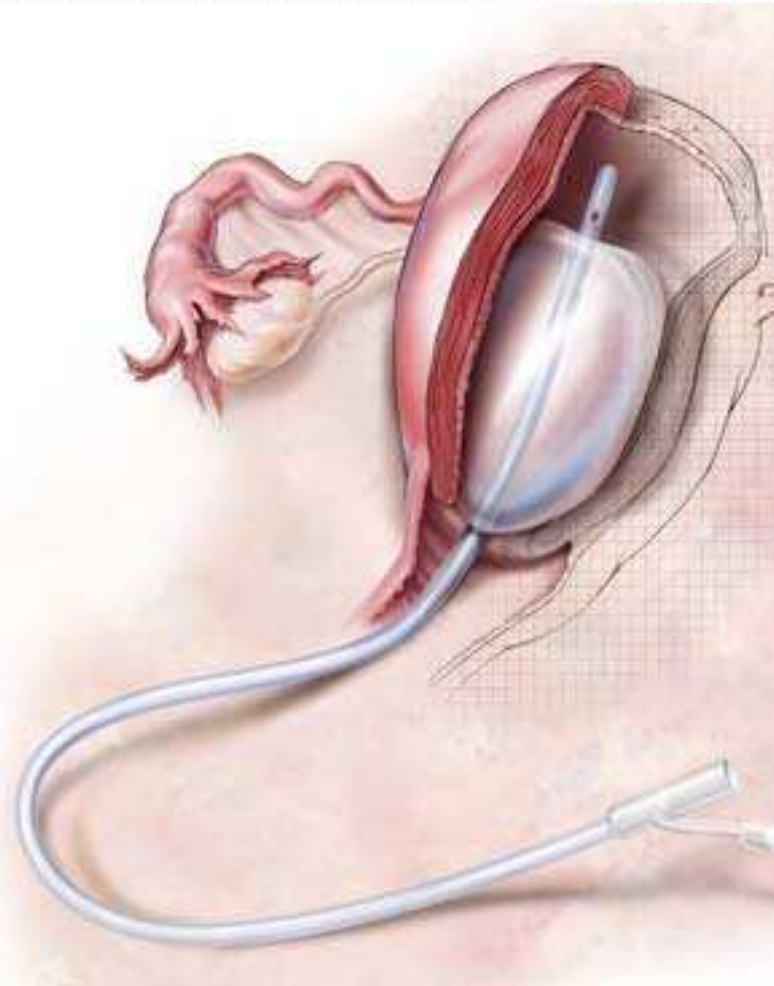
in caso di rottura d'utero o placenta accretal/increta parziali (< 3 cm)

- riparazione ed emostasi chirurgica
- isterectomia totale o subtotale

Compressione bimanuale



“BALLOON TAMPONADE”



Il “balloon tamponade” è un dispositivo inserito in cavità uterina per via vaginale in anestesia epidurale o spinale e successivamente gonfiato ad un volume di circa 80ml fino a 300 ml, divenendo così visibile nel lume cervicale : viene lasciato in sede per circa 8-24 ore al massimo, fino a quando l’area sanguinante risulta completamente coagulata. Durante questo procedimento è possibile infondere piccole dosi di ossitocina nonché importante è la somministrazione di un antibiotico ad ampio spettro dall’inizio dell’intervento e per i 3 giorni successivi. La rimozione del “balloon tamponade” prevede dapprima il suo sgonfiamento; poi viene lasciato in sede per 30 minuti durante i quali viene somministrata ossitocina, e solo successivamente rimosso del tutto.

TAGLIO CESAREO

utero atonico

- farmaci uterotonici
 - metilergometrina (0,25-0,50 mg im)
 - ossitocina (10-30 UI in 500 ml soluzione fisiologica ev e/o intramiometriale)
 - sulprostone (500 mg in 250 ml soluzione fisiologica ev, 4-16 mg/min ovvero 40-160 gtt/min)
- esplorazione uterina (scovolo e/o revisione)
- catetere di Rusch endouterino
(+, se dilatazione cervicale avanzata, posizionamento di garza iodoformica vaginale per evitare l'espulsione del catetere)
- O'Leary
- B-Lynch e sue modifiche
- legatura arterie ipogastriche
(considerare prima l'embolizzazione)
- embolizzazione radiologica (in caso di condizioni cliniche stabili e, comunque, prima della legatura delle arterie ipogastriche)
- isterectomia

utero contratto • *localizzazione della perdita*

perdita sul segmento uterino inferiore

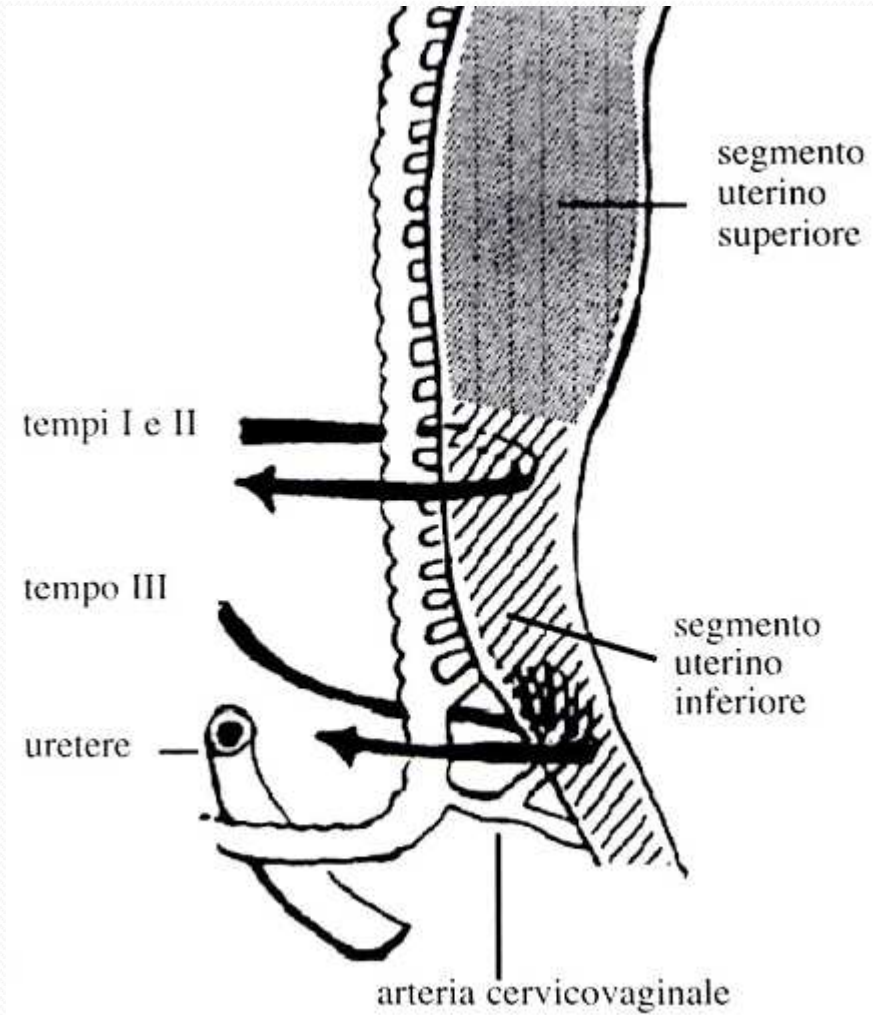
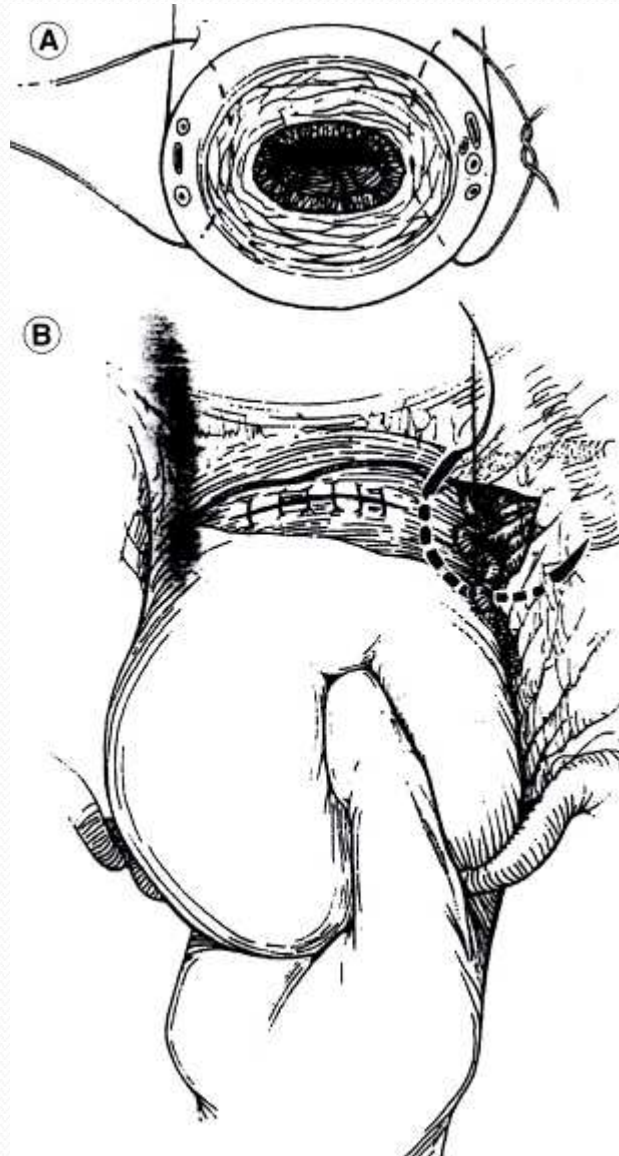
in caso di placenta previa o ad inserimento basso

- punti emostatici a croce sul letto placentare
- catetere di Rusch endouterino
(+, se dilatazione cervicale avanzata, posizionamento di garza iodoformica vaginale per evitare l'espulsione del catetere)
- O'Leary
- B-Lynch e sue modifiche
- legatura arterie ipogastriche
(considerare prima l'embolizzazione)
- embolizzazione radiologica (in caso di condizioni cliniche stabili e, comunque, prima della legatura delle arterie ipogastriche)
- isterectomia

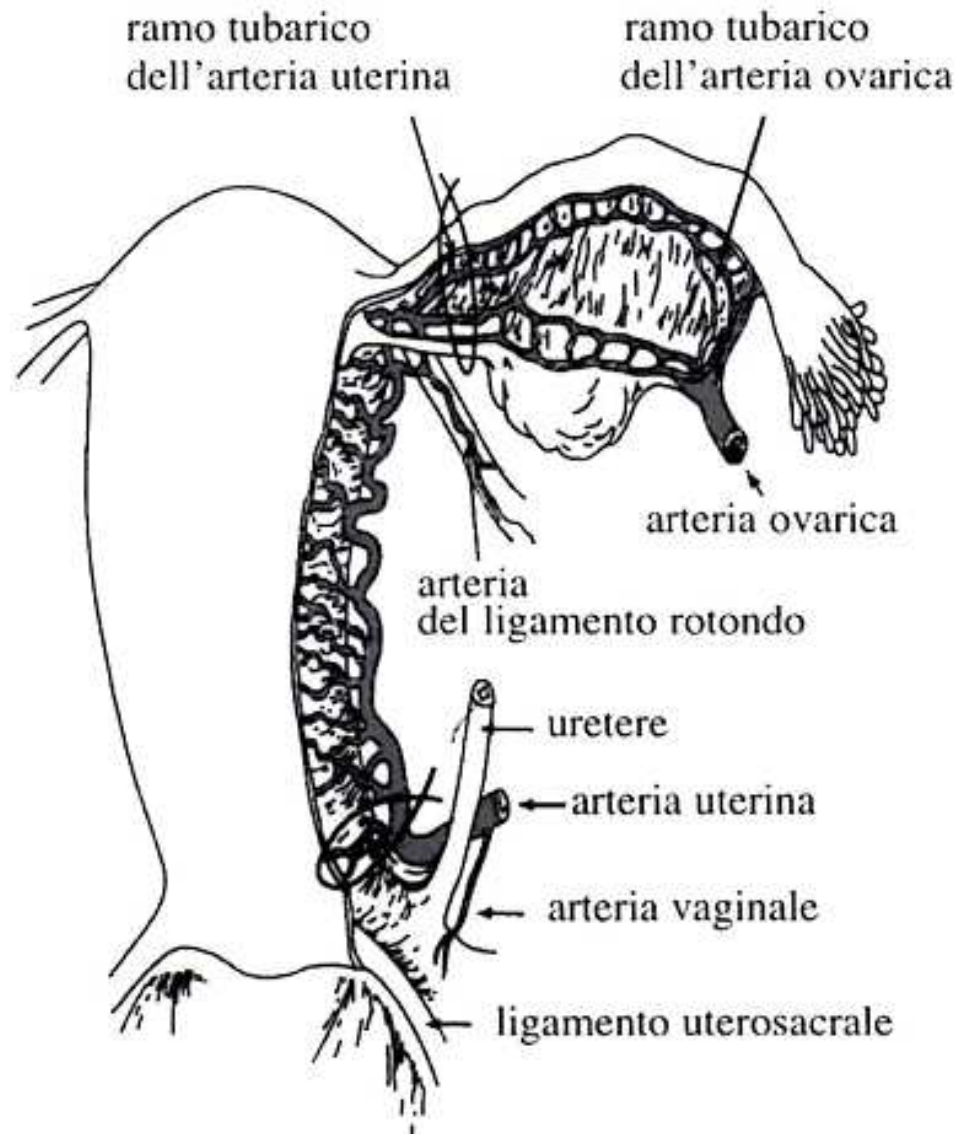
in caso di rottura d'utero o placenta accreta/increta parziali (< 3 cm)

- riparazione ed emostasi chirurgica
- isterectomia totale o subtotale

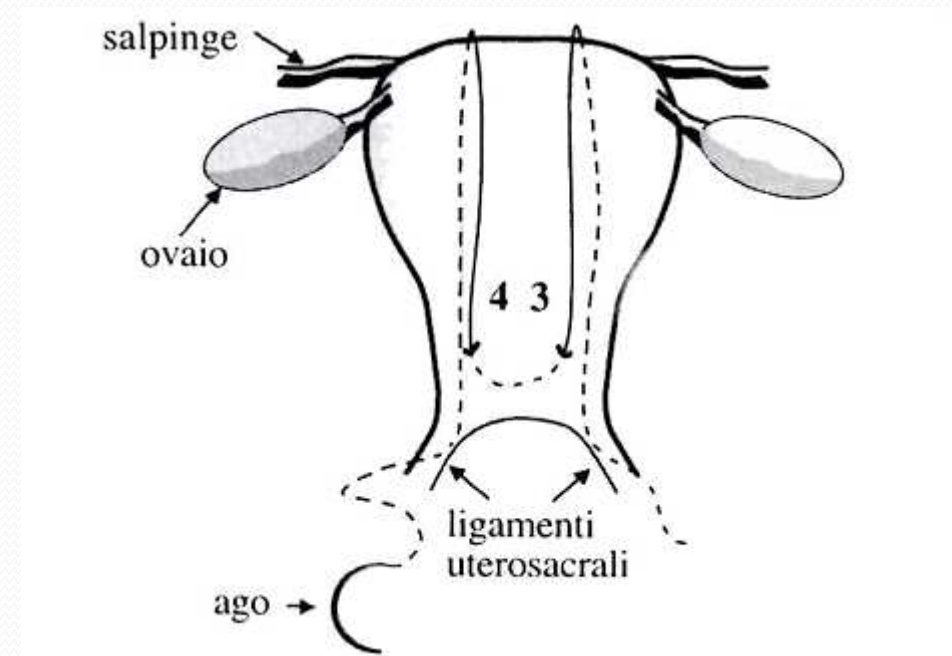
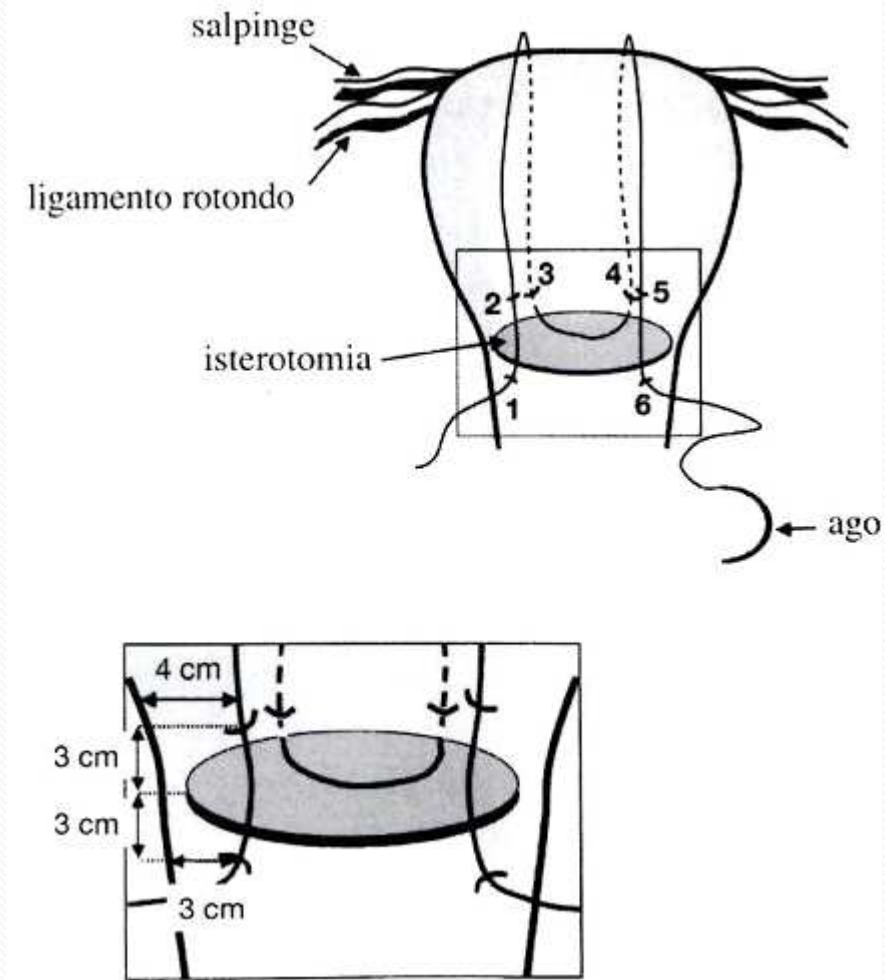
Legatura dell'arteria uterina secondo O'Leary



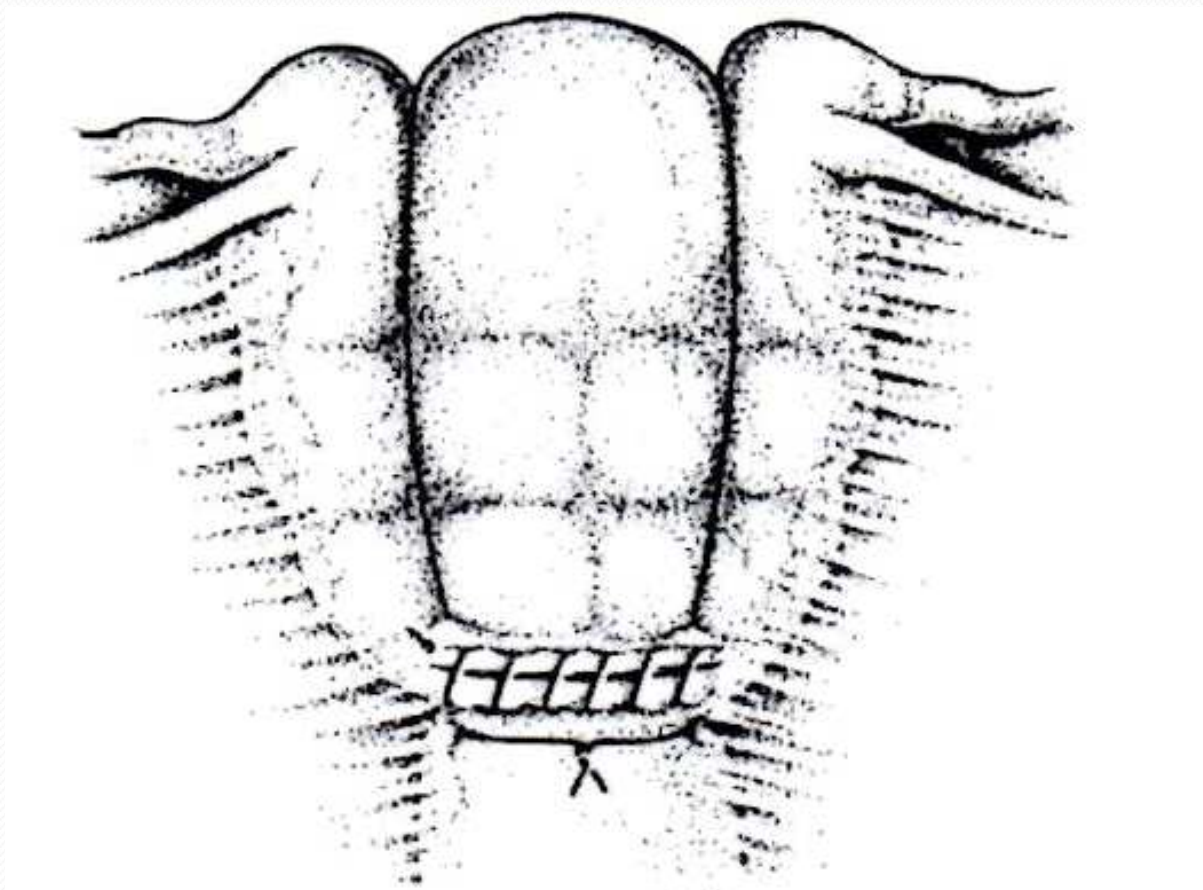
***Legatura dell'arteria uterina secondo O'Leary e dell'anastomosi utero-ovarica
senza compromissione del flusso ematico all'ovaio***



Sutura a bretella secondo B-Lynch



Sutura a bretella secondo B-Lynch



Prevenzione

“**active management**” del terzo stadio del travaglio

- uterotonici (ossitocina, sintometrina) - entro un minuto dalla nascita;
- clampaggio precoce del funicolo;
- trazione controllata del funicolo per facilitare l'espulsione della placenta (metodo di Brandt-Andrews);
- l'infusione di ossitocina nel cordone ombelicale al fine di ridurre la possibilità di ricorrere ad un secondamento manuale;
- massaggio uterino (fino a quando l'utero non è contratto; poi, ripetere il massaggio del fondo uterino dopo 15 minuti per controllarne lo stato di contrazione e ripetere la manovra “al bisogno” durante le prime 2 ore.