

GRAVIDANZA SU ISTMOCELE: CASO CLINICO

Laura Cruciani; Liliana Burnelli; Sandro Gerli; Maila Romanelli;
Caterina Marcucci; Gian Carlo Di Renzo

Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia, Università degli Studi di Perugia, Italia

Indirizzo per corrispondenza: Dott.ssa Laura Cruciani

Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia, Università degli Studi di Perugia, Italia

Ospedale Santa Maria della Misericordia, San Sisto

Piazzale Menghini 1, 06132 Perugia (PG) Italia

tel: +39 075 5783829; fax: +39 075 5783829; e-mail: lauracrux@libero.it

ABSTRACT

Uterine scar pregnancy is one of the rarest form of ectopic pregnancy. It is a leading cause of maternal morbidity and mortality due to the high risk of major haemorrhage and uterine rupture.

We report a case of scar pregnancy at 6 weeks of gestation. Transvaginal ultrasound allowed an early diagnosis of this condition. An operative hysteroscopy was performed successfully followed by systemic Metotrexate.

Although different treatment modalities have been described, the optimal management remain a challenge.

Key words: *ectopic pregnancy – scar pregnancy – hysteroscopy- management*

RIASSUNTO

L'impianto di una gravidanza sulla cicatrice di un pregresso taglio cesareo (istmocele) rappresenta la forma più rara di gravidanza ectopica.

A tale patologia si associa un alto rischio di sanguinamento massivo e rottura d'utero e quindi una elevata morbilità e mortalità materna.

Riportiamo la nostra esperienza nella diagnosi e management di un caso di gravidanza su istmocele in una paziente alla 6a settimana di gestazione. La gravidanza ectopica e' stata diagnosticata con ecografia transvaginale. La paziente e' stata quindi sottoposta a resezione isteroscopica della gravidanza ectopica e a trattamento sistemico con Metotrexate.

Treatments di tipo medico, chirurgico e radiologico-interventistico sono riportati in letteratura, ma la rarità di tale patologia non permette di avere a disposizione delle linee guida universali.

Parole chiave: *gravidanza ectopica – istmocele- isteroscopia - management*

PREMESSA

La gravidanza ectopica sulla cicatrice di un pregresso taglio cesareo rappresenta una rara, ma potenzialmente catastrofica, complicanza della precedente chirurgia ostetrica uterina (1,2,3). La diagnosi precoce permette di evitare complicanze severe quali emorragie profuse e/o rottura d'utero e di preservare quindi la fertilità futura della paziente.

Diverse sono le opzioni terapeutiche proposte sebbene non ci siano dati scientifici per supportare un metodo piuttosto che un altro.

CASO CLINICO

Una paziente di 28 anni secondigravida nullipara, con una precedente storia di taglio cesareo per presentazione podalica, si è presentata presso la nostra Struttura Ospedaliera con un test di gravidanza positivo (β -hCG: 4.858 mUI/mL), alla 6^a settimana di amenorrea. La paziente non riferiva perdite ematiche, né algie pelviche. L'esame ecografico transvaginale non evidenziava alcuna camera gestazionale in cavità uterina. Tuttavia a livello della parete uterina anteriore, in regione istmica, in corrispondenza della pregressa cicatrice isterotomica, veniva evidenziata

una formazione anecogena centimetrica compatibile con camera gestazionale. La paziente è stata quindi ricoverata per il sospetto di gravidanza ectopica. L'esame ecografico ripetuto dopo 2 giorni, quando il valore di β -hCG era salito a 8.951 mUI/mL, ha rivelato camera gestazionale con sacco vitellino al suo interno.

La paziente è stata trattata con Metotrexate (1 mg/Kg i.m.) per via sistemica e quindi sottoposta a resezione isteroscopica della gravidanza sotto controllo ecografico.

Il giorno seguente la paziente è stata dimessa con valori in riduzione della β -hCG; dosaggi seriati dei livelli sierici di β -hCG e un follow-up ecografico sono stati eseguiti fino alla completa risoluzione.

L'esame istologico ha confermato la presenza di tessuto deciduocoriale (trofoblastico).

DISCUSSIONE

L'impianto di una gravidanza sul tessuto fibroso di un precedente taglio cesareo è stato per la prima volta descritto nel 1978 da Larsen e Solomon (4). La sua incidenza non è nota poiché soltanto pochi casi sono riportati in letteratura (5,1,6), tuttavia nell'ultimo decennio si è registrato un sostanziale incremento in seguito all'aumentato tasso di tagli cesarei (7).

In letteratura sono riportati anche rarissimi casi di gravidanza eterotopica con la contemporanea presenza di gravidanza ectopica su istmocele e una gravidanza intrauterina in seguito a tecniche di riproduzione assistita (8). In queste pazienti il management si presenta particolar-

mente difficile in quanto le modalità di trattamento della gravidanza ectopica sono ridotte e devono essere meno invasive possibile, cercando di preservare la gravidanza intrauterina.

La presentazione clinica è estremamente variabile.

La diagnosi può essere occasionale durante un esame ecografico in pazienti asintomatiche, come nel nostro caso. Molti sono invece i casi riportati in letteratura di pazienti che si sono presentate in P.S. con algie pelviche, sanguinamento vaginale o addome acuto.

L'ecografia transvaginale e il color flow Doppler rappresentano il principale ed accurato strumento diagnostico, sebbene talvolta procedure invasive quali isteroscopia e laparoscopia sono necessarie per confermare la diagnosi.

Considerata la rarità di questa patologia, non ci sono ancora delle linee guida universali per il suo corretto management. Sono stati tuttavia proposti diversi trattamenti (vedi tabella):

- 1) Medico
- 2) Chirurgico
- 3) Radiologico interventistico

Il trattamento medico prevede l'utilizzo del Metotrexate (MTX) per via sistemica e/o l'iniezione ecoguidata nella camera gestazionale di diversi agenti (MTX, KCl, vasopressina, glucosio iperosmolare, etc) al fine di interrompere la gravidanza (9,7).

Il trattamento chirurgico consiste nell'escissione del trofoblasto dal miometrio per via laparotomica (10),

OPZIONI TERAPEUTICHE PER IL TRATTAMENTO DELLA GRAVIDANZA SU ISTMOCELE

Tabella 1

Medico
1. Sistemico: Metotrexate
2. Locale: iniezione ecoguidata di MTX, KCl, glucosio iperosmolare, etc.
Chirurgico
• Laparotomia esplorativa e asportazione del tessuto gravidico
• Curettage
• Isteroscopia
• Laparoscopia
• Isterectomia
Radiologia interventistica (embolizzazione delle arterie uterine)

laparoscopica (11,12) o isteroscopica (13). Soltanto nei casi in cui l'infiltrazione miometriale è molto ampia potrebbe rendersi necessaria l'isterectomia (10,14).

Nel nostro caso l'isteroscopia ha permesso di visualizzare la cavità uterina e di definire meglio la localizzazione della gravidanza sull'istmocele; il controllo ecografico durante la resettoscopia ha consentito, visualizzando il margine libero miometriale e quindi la superficie sierosa dell'utero, di poter asportare con maggiore accuratezza e sicurezza il materiale coriale.

Le tecniche di radiologia interventistica sono oggi sempre più utilizzate data la minima invasività e i buoni risultati ottenuti (15,16). L'embolizzazione delle arterie uterine (UAE) con materiale riassorbibile blocca il flusso di sangue nelle arterie uterine riducendo la vascolarizzazione del trofoblasto che va incontro a degenerazione.

Per tutte le tecniche sopradescritte non sono noti gli effetti a lungo termine riguardo fertilità (17), rischio di rottura d'utero e di ricorrenza.

Nel nostro caso la paziente è attualmente gravida, con gravidanza in regolare evoluzione.

CONCLUSIONI

La gravidanza ectopica su una cicatrice isterotomica rappresenta una rara ma seria complicanza del I trimestre di gravidanza. Il sospetto clinico e una precoce diagnosi ecografica permettono un management meno invasivo riducendo il rischio di emorragie, rottura d'utero e di conseguenza di preservare l'utero e la futura fertilità della donna.

Le opzioni terapeutiche sono molteplici e devono tener conto della situazione clinica della paziente, dell'esperienza dell'operatore, del desiderio della donna.

Il management di queste gravidanze necessita di ulteriori studi, ma data la rarità di tale patologia, una collaborazione multicentrica potrebbe incoraggiare studi evidence-based essenziali per formulare delle raccomandazioni per la pratica clinica.

BIBLIOGRAFIA

1. Rotas MA, Haberman S, Levgur M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol* 2006;107(6):1373-1381
2. Eienenkel J, Stumpp P, Kosling S, et al. A misdiagnosed case of caesarean scar pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2005;271(2):178-181
3. Weimin W, Wenqing L. Effect of early pregnancy on a previous lower segment caesarean section scar. *Int J Gynaecol Obstet* 2002;77(3):201-207
4. Larsen JV, Solomon MH. Pregnancy in a uterine scar sacculus: an unusual cause of postabortal haemorrhage. *S Afr Med J* 1978;53:142-3
5. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, et al. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment caesarean section scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003;21(3):220-227
6. Seow KM, Huang LW, Lin YH, et al. Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004;23(3):247-253
7. Sadeghi H, Rutherford T, Rackow BW, et al. Cesarean scar ectopic pregnancy: case series and review of the literature. *Am J Perinat* 2010;27(2):111-20
8. Litwicka K, Greco E, Prefumo F, et al. Successful management of a triplet heterotopic caesarean scar pregnancy after in vitro fertilization-embryo transfer. *Fertil Steril* 2010;Jun 19
9. Maymon R, Halperin R, Mendlovic S, et al. Ectopic pregnancies in a caesarean scar: review of the medical approach to an iatrogenic complication. *Hum Reprod Update* 2004;10(6):515-523
10. Fylstra DL, Pound-Chang T, Miller MG, et al. Ectopic pregnancy within a caesarean delivery scar: a case report. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187: 302-304.
11. Wang YL, Su TH, Chen HS. Operative laparoscopy for unruptured ectopic pregnancy in a caesarean scar. *BJOG* 2006;113(9):1035-1038
12. Demirel LC, Bodur H, Selam B, et al. Laparoscopic management of heterotopic caesarean scar pregnancy with preservation of intrauterine gestation and delivery at term: case report. *Fertil Steril* 2009 Apr;91(4):1293.e5-7
13. Chao A, Wang TH, Wang CJ, et al. Hysteroscopic management of caesarean scar pregnancy after unsuccessful methotrexate treatment. *J Minim Invasive Gynecol* 2005; 12:374-6.
14. Ash A, Smith A, Maxwell D. Caesarean scar pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007; 114: 253-263.
15. Ghezzi F, Lagana' D, Franchi M, et al. Conservative treatment by chemotherapy and uterine arteries embolization of a caesarean scar pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 103:88-91.
16. Yang XY, Yu H, Li KM, et al. Uterine artery embolisation combined with local methotrexate for treatment of caesarean scar pregnancy. *BJOG* 2010 Jul;117(8):990-6.
17. Ben Nagi J, Helmy S, Ofili-Yebovi D, et al. Reproductive outcomes of women with a previous history of caesarean scar ectopic pregnancies. *Hum Reprod* 2007;22(7):2012-2015