

ROTTURA D'UTERO DA GRAVIDANZA ANGOLARE

G. AGNELLO, V. RAINALDI,
F. CANTONI

Clinica Ostetrico-Ginecologica,
Università di Ferrara
(Direttore: Prof. M. Tortora)

L'impianto dell'uovo in corrispondenza di uno degli sbocchi tubarici costituisce un'evenienza del tutto eccezionale, che si verifica una volta ogni 12.238 gravidanze (0,008 %) (12). I primi casi furono descritti secondo quanto riportato da Grnjon e Beau (6) verso la fine del secolo scorso, rispettivamente da Tedenat (10) nel 1893 e da Bar e Mercier (3) nel 1898.

Seguirono, in ordine cronologico, i casi di Bar (1902) (2), Wassiliev (1903) (13), il quale introdusse il termine di « gravidanza angolare », Puech (1904) (9), Mothe (1909) (8), Devraigne (1914) (5), Brindeau (1927) (4).

Interessante rilevare che quasi tutti gli autori citati parlano di impianto dell'uovo in utero con « sospetta » malformazione (utero bicorne). Più tardi, nel 1950, Grnjon e Beau (6) riportarono sei casi, documentando in tutti, mediante controllo isterosalpingografico, la esistenza di un utero bicorne.

Monrozies e Merle-Beral (7) nel 1967 poterono osservare tre casi di gravidanze angolari esitate in aborto, in cui nel corso della revisione strumentale, fatta sotto il controllo celioscopico, avevano osservato che l'utero riprendeva la normale morfologia, reperto confermato in seguito anche dall'isterosalpingografia.

Gli AA. ammettono due varietà di gravidanza angolare, a seconda che l'impianto dell'uovo avvenga in un utero malformato o in un organo senza alterazioni morfologiche. A queste due varietà corrisponderebbe una diversa sintomatologia clinica ed evoluzione.

Riportiamo un caso di gravidanza angolare, osservato recentemente nella Clinica di Ferrara.

SUMMARY

Ruptured uterus due to angular pregnancy.

The Authors illustrate a case of angular pregnancy with a ruptured uterus during the second month of gestation.

L.P., di anni 27; anamnesi familiare negativa. Menarca a 12 anni; mestruazioni successive regolari per ritmo, quantità e durata. Quattro gravidanze a termine con parti eutocici, di cui l'ultimo il 12-5-'76. Ultima mestruazione il 20-7-'76. Nel mese di agosto sottoposta da una ostetrica a pratiche abortive non precisate. Da quell'epoca metrorragia scarsa, intermittente. La

sera precedente il ricovero in Clinica, avvenuto il 4-10-76, durante l'atto sessuale era stata colta da violento dolore al basso ventre seguito da collasso. La paziente giunge in Clinica in grave stato di shock; è sottoposta ad intervento con diagnosi provvisoria di emoperitoneo da rottura di tuba gravida.

Intervento: laparotomia mediana ombelico-pubica; in cavità si repertano 1500 cc. circa di sangue liquido misto a grossi coaguli; l'utero, di poco aumentato di volume, presenta sul canto

descritta evidenza una formazione rotondeggiante di aspetto emorragico, al centro della quale si trova una cavità a contorni irregolari del diametro approssimativo di cm. 1-1,3, apparentemente in parte rivestita da una superficie liscia. La tuba dx non presenta particolarità di rilievo. L'ovaio dx appare di volume alquanto aumentato con superficie madreperlacea, bernoccoluta ed al taglio mostra numerose cisti follicolari di diametro variabile da 1 a 3 mm., nonché un corpo luteo recente.

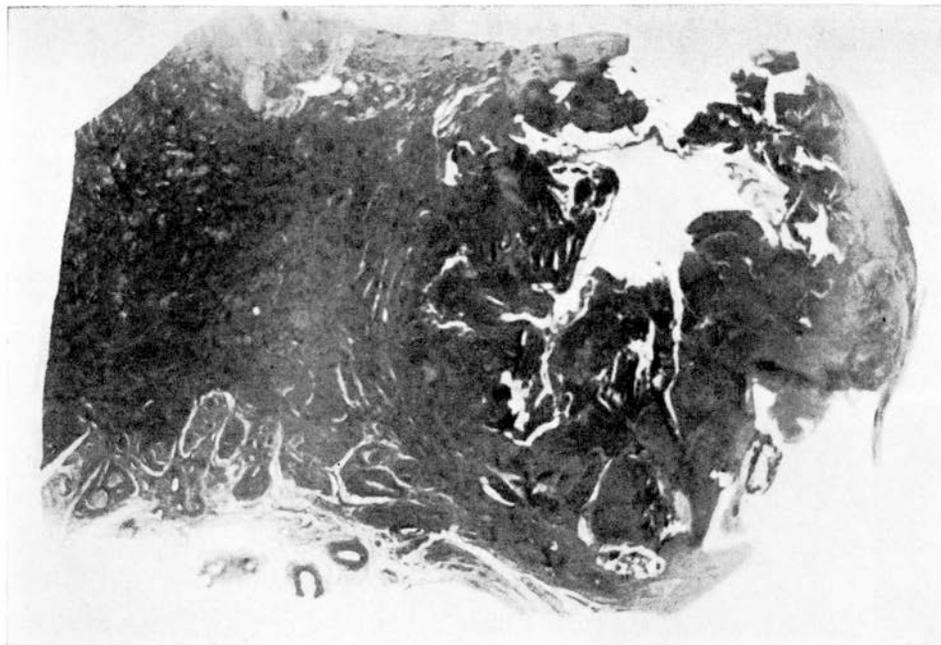


Fig. 1. — In corrispondenza del canto di dx è evidente una formazione rotondeggiante a contorni frastagliati ed emorragici che presenta un'ampia soluzione di continuo.

dx una tumefazione della grandezza di un uovo di pollo, di colore bluastro; ovaie e tube senza note di rilievo. Isterectomia subtotale ed annessiectomia dx.

All'esame macroscopico l'utero presenta in corrispondenza dell'angolo tubarico di dx una tumefazione del volume di un uovo di pollo, di colore bluastro, a superficie liscia, con una soluzione di continuo sul polo superiore a margini irregolari, della lunghezza di cm. 3, diretta in senso antero-posteriore rispetto al piano dell'utero in situ. Al taglio la parete uterina appare notevolmente ispessita e la mucosa presenta aspetto normale. La sezione del viscere, condotta trasversalmente rispetto alla tumefazione sopra-

Esame istologico: endometrio con ghiandole scarsamente stimolate in senso prevalentemente proliferativo con stroma a cellule fusate, strettamente addensate, in seno al quale si apprezzano una diffusa ma modesta infiltrazione granulocitaria ed aree a contorni policiclici di ialinosi perivascolare, riferibili a pregresse gravidanze. Il miometrio presenta discreta ipertrofia ed iperplasia delle fibre muscolari. La formazione indovata nel canto superiore dx dell'utero risulta costituita da abbondante materiale ematico frammentato a numerosi villi coriali, in gran parte con aspetto necrotico-regressivo. I villi, di dimensione piuttosto notevole, sono rivestiti da epitelio citotrofoblastico e da ampie lamine sinciziali,

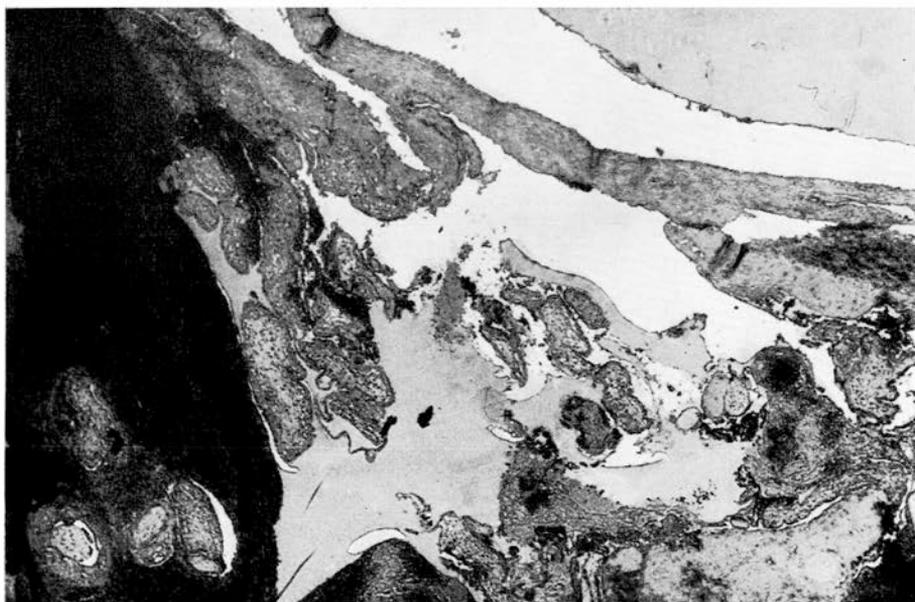
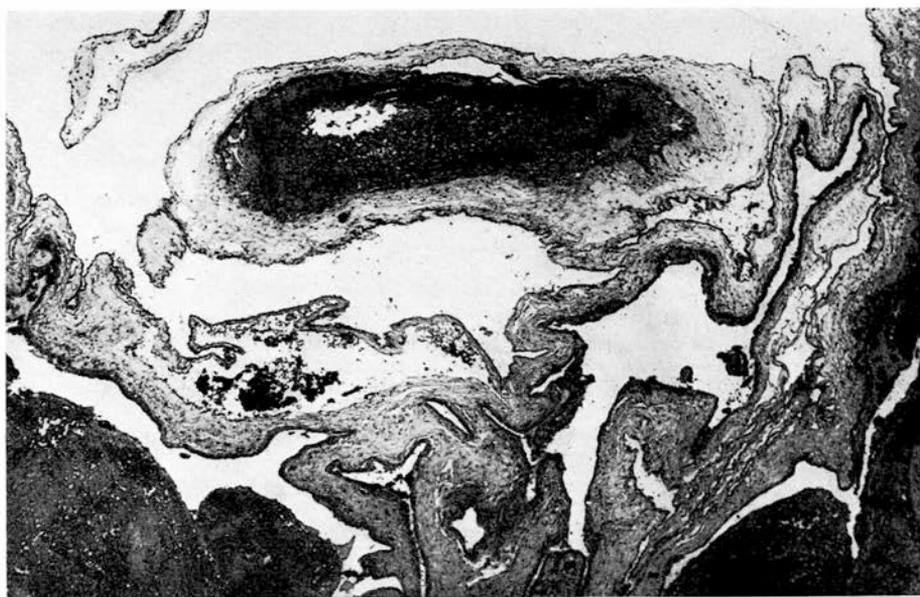


Fig. 2.



Figg. 2. - 3. — Si notano chiaramente la presenza di numerosi villi frammisti a materiale ematico.

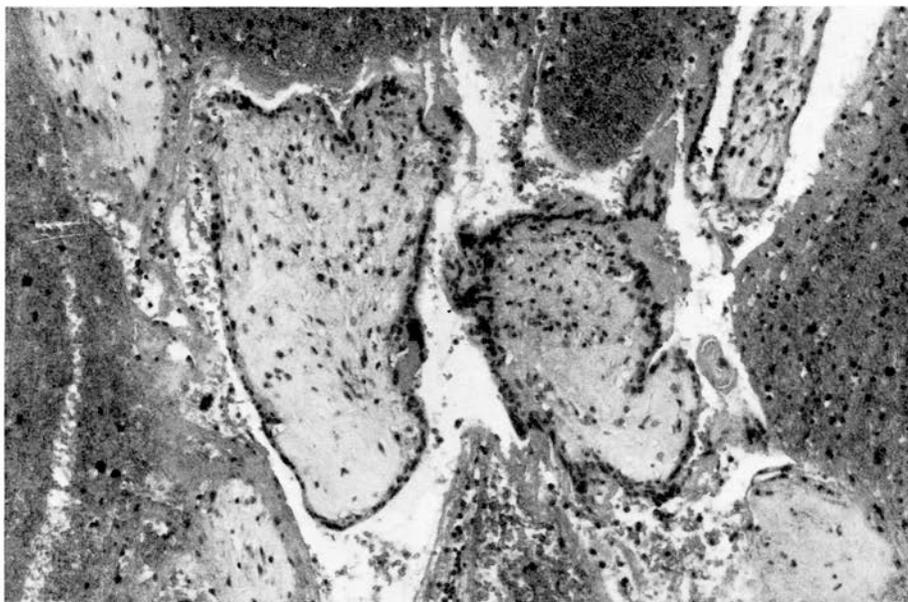


Fig. 4. — La struttura dei villi dimostra l'assenza di vascolarizzazione, la presenza di uno stroma lasso ed un rivestimento citotrofoblastico continuo; sono evidenti diverse placche sinciziali. Tra i villi si trovano ampie stratificazioni di fibrina ed abbondante materiale ematico.

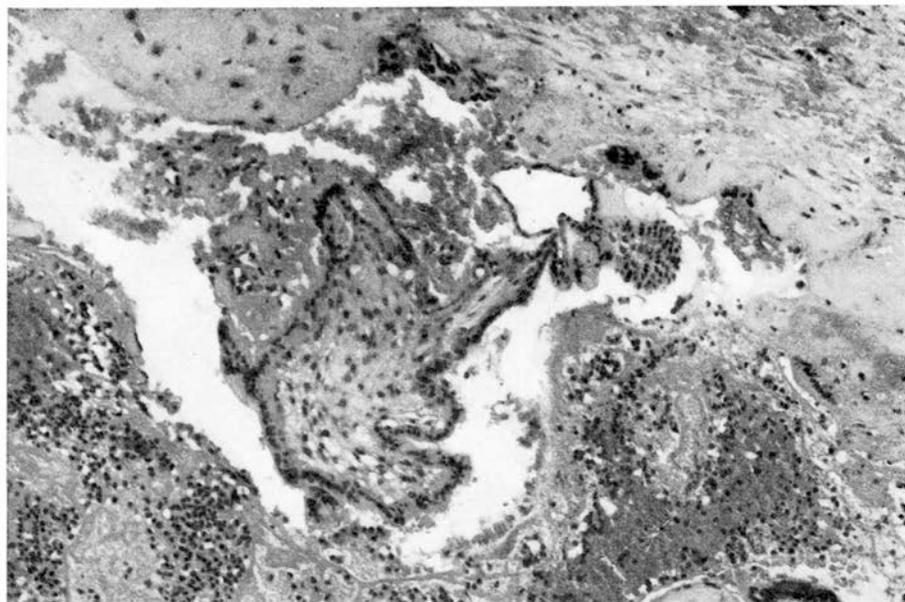


Fig. 5. — Notevole infiltrazione flogistica nel materiale intervilloso.

hanno stroma lasso, ricco di sostanza fondamentale mixoide, ma senza vascolarizzazione.

Nelle diverse sezioni esaminate non si reperano strutture embrionali. La tuba presenta aspetto normale. L'ovaia contiene numerose cisti follicolari e diversi corpi albicanti, tra i quali uno piú voluminoso, follicoli primordiali e primari in varia fase maturativa ed un voluminoso corpo luteo le cui cellule presentano gli equivalenti morfologici di attivazione funzionale di tipo gravidico.

COMMENTO

Le difficoltà diagnostiche emergono non tanto nei confronti della gravidanza ectopica a sede tubarica, istmica o ampollare, nella quale il riscontro del sacco ectopico piú teso, piú fluttuante, solitamente diviso dal corpo uterino è spesso sufficiente per la diagnosi, quanto nei riguardi della gravidanza interstiziale.

La diagnosi sulla base dei soli dati clinici è spesso impossibile, sia perché la sintomatologia iniziale è comune alle due forme, sia perché si può verificare il caso che una gravidanza inizialmente interstiziale possa trasformarsi in angolare e successivamente endouterina. Inoltre, a rottura avvenuta, con inondazione peritoneale di sangue, a causa della reazione di difesa della parete addominale, è impossibile rilevare elementi probativi.

Nel caso in esame il dato anamnestico di manovre abortive orientava piuttosto verso una diagnosi di rottura d'utero traumatica.

Circa la prognosi, nella gravidanza angolare essa è piú grave rispetto a tutte le

altre varietà di gravidanza ectopica: 18 % di mortalità contro il 5-8 % (1).

Per quanto concerne il trattamento chirurgico, tutti gli AA. sono concordi nel ritenere l'isterectomia, con o senza annessiectomia controlaterale, l'unico intervento idoneo a salvare la paziente.

RIASSUNTO

Gli AA. illustrano un caso di gravidanza angolare con rottura d'utero nel corso del secondo mese di gestazione.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Bacialli G.: *Riv. Ital. Gin.*, 6, 374, 1927.
- 2) Bar: *Bull. Soc. Obst.*, Paris, 1902 (cit. da 11).
- 3) Bar, Mercier: *Bull. Soc. Obst.*, Paris, 36, 1898 (cit. da 11).
- 4) Brindeau: *La pratique et l'art de l'accouchement*, Paris, 1927 (cit. da 11).
- 5) Devraigne: *La grossesse angulaire*, Gynec., Paris, 1914 (cit. da 11).
- 6) Granjon A., Beau M.: *Gyn. Obst.*, 49, 28, 1950.
- 7) Monrozies M., Merle-Beral A.: *Gyn. Obst.*, 66, 211, 1967.
- 8) Mothe: *La grossesse angulaire*, Thèse de Thoulouse, 1909 (cit. da 6).
- 9) Puech: *Montpellier Méd.*, 1904 (cit. da 11).
- 10) Tedenat: *Montpellier Méd.*, 1893 (cit. da 6).
- 11) Uglietti M.: *Min. Gin.*, 52, 559, 1956.
- 12) Villavicencio C.: *Boll. Soc. Chil. Obst. Gin.*, 19, 145, 1954.
- 13) Wassiliev: *Soc. Obst.*, Paris, 17, 12, 1903 (cit. da 6).