



Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Scienze Ginecologiche e della Riproduzione Umana
Scuola di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia
Direttore Prof. Giovanni Battista Nardelli

Residui placentari

Dott.ssa Nicoletta Sianesi



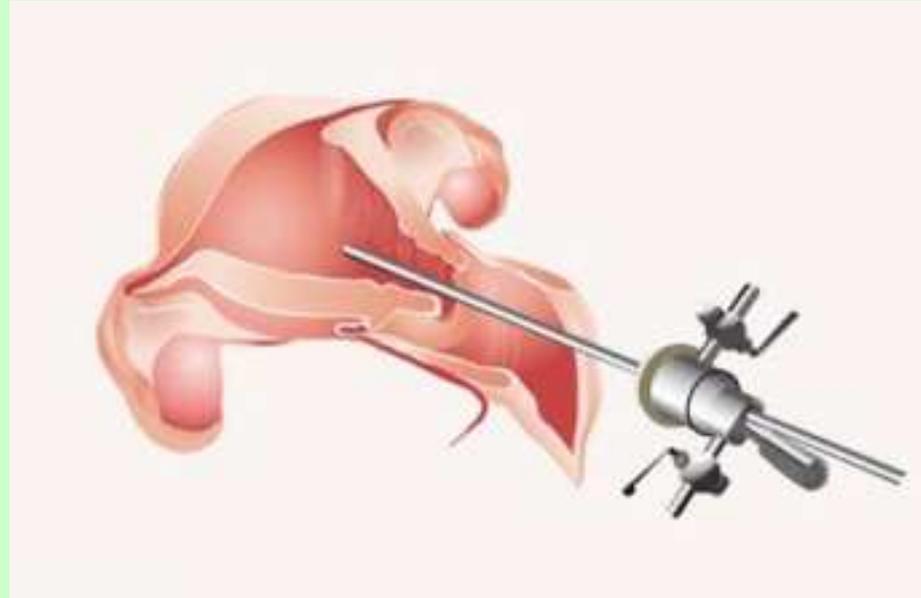
38 anni

PARA 1021 (1PS, 1TC)

Sanguinamento uterino anomalo da alcuni mesi

03.07.2012

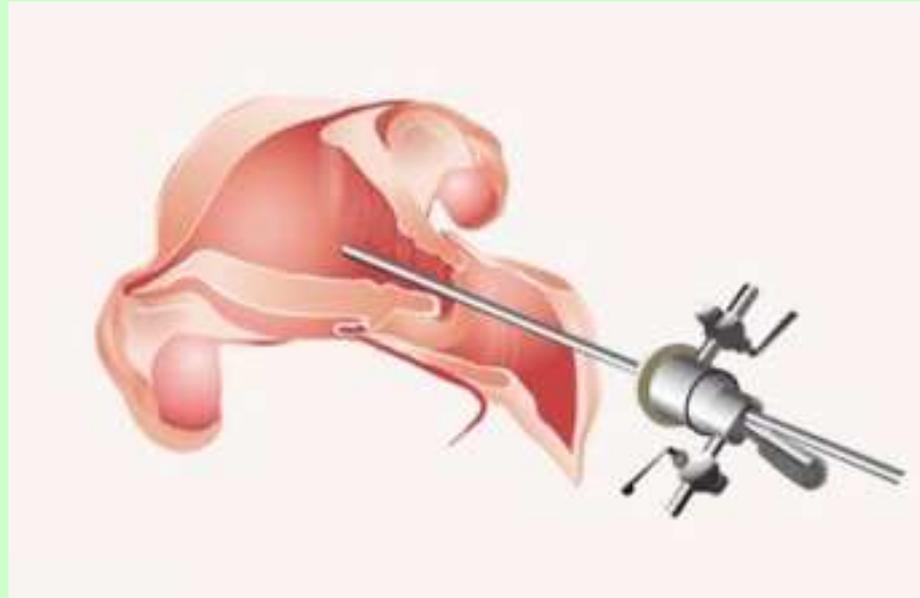
**ISTEROSCOPIA
DIAGNOSTICA**



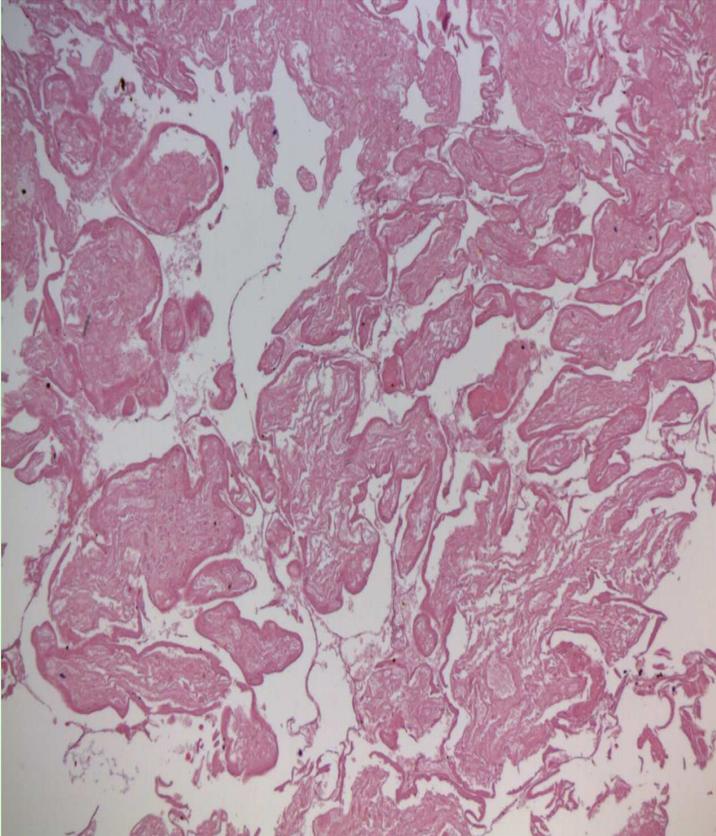
Materiale irregolare di non diagnosi determinata in sede cervico-istmica

25.07.2012

**ISTEROSCOPIA
OPERATIVA**



Materiale compatibile con residui placentari in sede cervico-istmica che viene asportato con resettore



“Tessuto necrotico
flogistico e **VILLI
CORIALI** in necrosi
ischemica; miometrio
con aree di
dissociazione
emorragica e con
flogosi
linfoplasmocitaria”

ANAMNESI

**TC a marzo 2012 per
PLACENTA PRAEVIA
CENTRALE**



DURANTE IL RICOVERO...



Area ecodensa disomogenea, apparentemente di pertinenza cervico-istmica posteriore

ALL'ECOGRAFIA DI CONTROLLO...



A livello cervico-istmico area ipoecogena a margini indistinti e contenuto disomogeneo

RESIDUI PLACENTARI

- PREVALENZA: circa 1% delle gravidanze
- riscontrabili dopo aborto (più frequente), parto vaginale, taglio cesareo
- SINTOMI E SEGNI:
 - Persistenti perdite ematiche post-aborto/post-parto
 - dilatazione OUE
 - elevati livelli beta HCG
 - segni/sintomi di infezione

• **POSSIBILI SEQUELE:**

- infezione

- aderenze fino a Sindrome di Asherman



infertilità



ipo/amenorrea



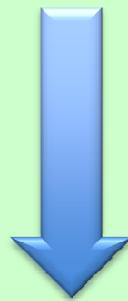
occlusione tubarica



distorsione simmetria della CU



anomalie impianto placentare

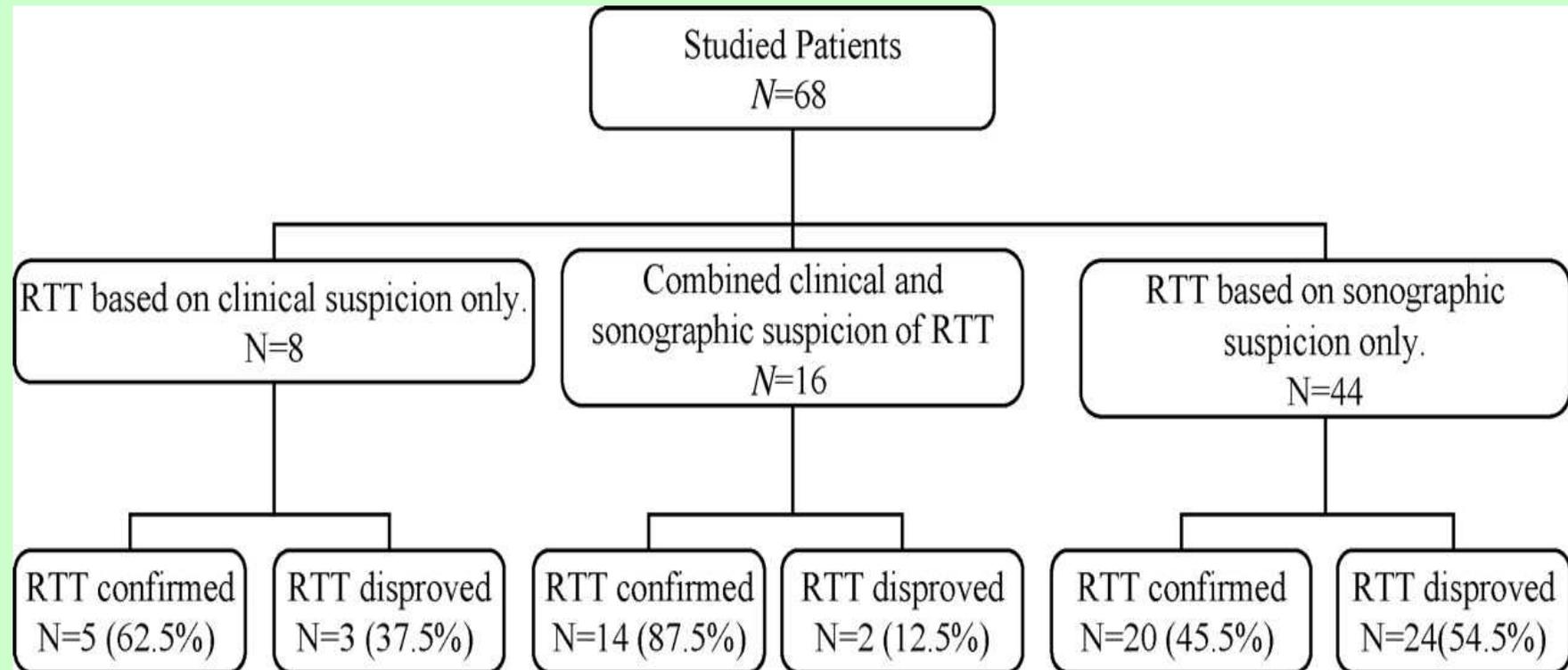


DIAGNOSI PRECOCE E' CRUCIALE

DIAGNOSI

- spesso non facile
- in letteratura vengono riportate diverse condotte diagnostiche:
 - clinica
 - ecografia transvaginale
 - sonoisterografia
 - isteroscopia diagnostica

Valutazione clinica vs ecografia TV



Ben-Ami I et al, Hum Reprod. 2005

ECOGRAFIA TV

- elevata sensibilità
- minore la specificità
- Come si definisce il sospetto ecografico?

- pattern iper/ipoecogeno o a ecogenicità mista di dimensioni $> 5\text{mm}$, segnale vascolare nel contesto di un reperto intracavitario

- materiale iper/ipoecogeno intracavitario o presenza di una rima endometriale irregolare e ispessita $> 8\text{mm}$, segnale vascolare

- foci intracavitari a ecogenicità omogenea/eterogenea, flusso ad alta velocità e bassa resistenza al Doppler

- massa intracavitaria ben definita +/- associata a presenza di peduncolo vascolare che ne raggiunge il centro



SONOISTEROGRAFIA

- alta specificità diagnostica
- elevata accuratezza → permette di evitare interventi non necessari
- può essere utilizzata per selezionare pazienti da indirizzare a curettage o isteroscopia
- riscontro di lesione intrauterina che non risulta distaccarsi dalla parete in seguito all'instillazione della soluzione salina; color-Doppler
- secondo alcuni Autori avrebbe anche un ruolo terapeutico → eliminazione dei residui
- secondo altri Autori potrebbe essere in grado di rimuovere coaguli intracavitari ma la pressione con cui viene instillata la soluzione salina non è sufficiente a rimuovere residui tenacemente adesi alla cavità



SONOISTEROGRAFIA vs ECOGRAFIA

- maggiore specificità

Diagnosis of retained trophoblastic tissue by transvaginal ultrasound, sonohysterography, and pathologic examination (n = 84).

Procedure	Trophoblastic tissue		Blood clots	Sensitivity, %	Specificity, %	PPV, %	NPV, %
	No	Yes					
Transvaginal ultrasound	24 (28.6)	60 (71.4)	0 (0)	100	66.6	80	100
Sonohysterography	24 (28.6)	48 (57.1)	12 (14.3)	100	100	100	100
Pathologic examination	24 (28.6)	48 (57.1)	12 (14.3)				

Abbreviations: PPV, positive predictive value; NPV, negative predictive value.

Cosmi E et al, Int J Gynaecol Obstet. 2010

- minore sicurezza?
 - alcuni Autori riportano possibili complicazioni: febbre, salpingiti, pelvipеритонiti
 - altri studi non riportano alcuna complicazione o solo disturbi transitori (dolore pelvico)

NB

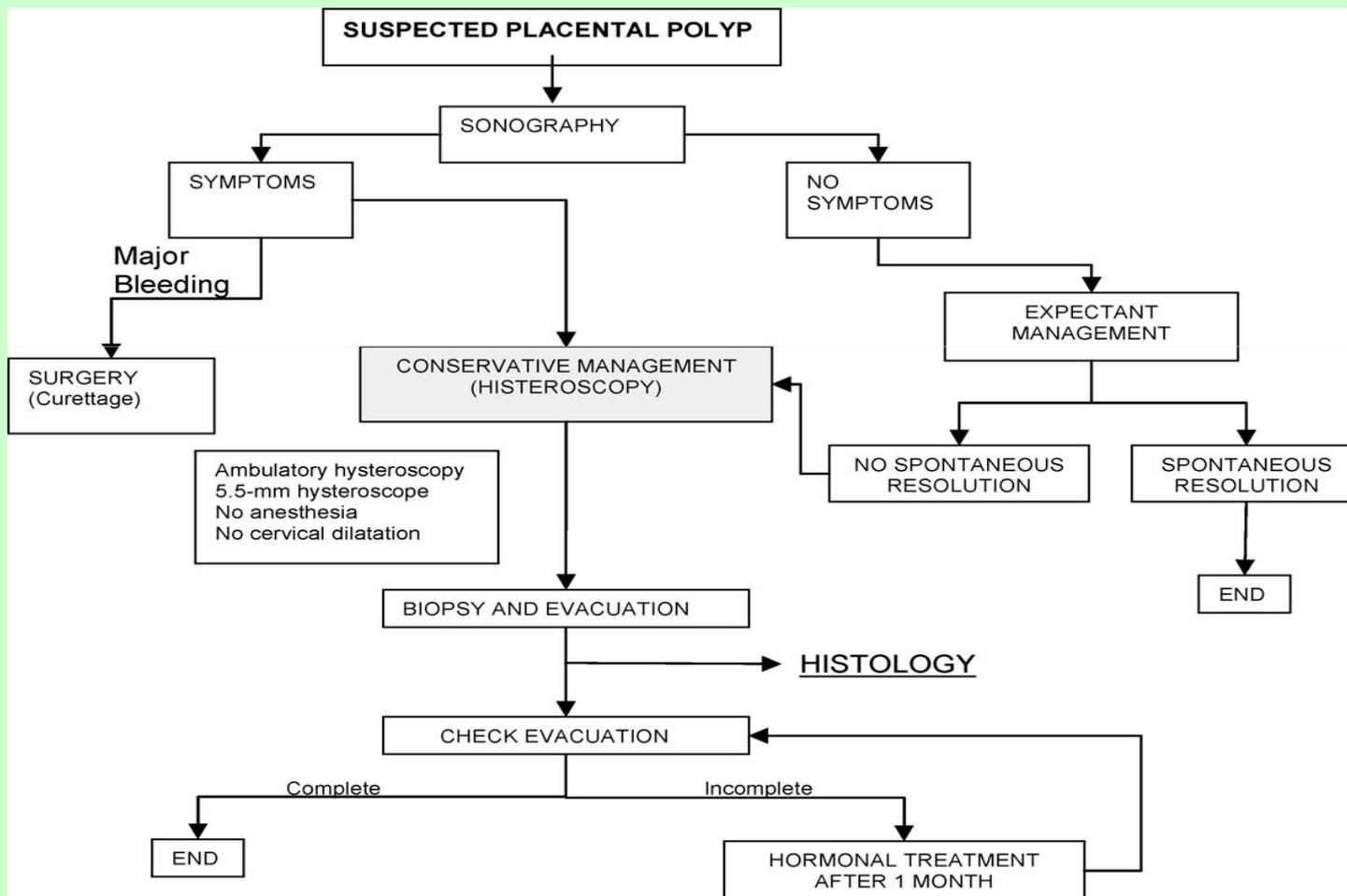
- residui trofoblastici di per sé si associano a rischio infettivo
- riduzione della risposta immunitaria in gravidanza e puerperio

SONOISTEROGRAFIA vs ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA

- SHG è di possibile esecuzione anche nelle prime tre settimane post-parto/aborto
 - non spillage della soluzione attraverso canale cervicale
 - minor rischio di perforazione/rottura uterina

TERAPIA

Condotta d'attesa o intervento immediato?



Jimenez JS et al, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2009

CURETTAGE vs ISTEROSCOPIA OPERATIVA

● CURETTAGE

- considerato il gold standard nel trattamento dei residui trofoblastici
- trattamento maggiormente riportato in letteratura
- possibili complicazioni → aderenze intrauterine, perforazione uterina, reintervento per incompleto svuotamento
- non selettivo, “alla cieca”

● ISTEROSCOPIA

- visione diretta → resezione selettiva
- minor rischio di aderenze e di ritenzione con necessità di reintervento
- possibile diagnosi e contemporaneo trattamento di anomalie morfologia uterina
- miglior outcome riproduttivo

Faivre E et al, J Minim Invasive Gynecol. 2009

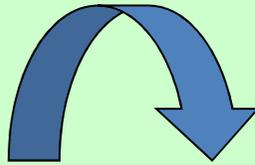
- 50 paz., 6 anni
- completa evacuazione della cavità in tutte le paz.
- pregnancy rate 76% nelle paz che hanno completato l'anno di follow up
- una sola complicanza (perforazione in paz con pregressa rottura uterina a 29 s.g. e pregressa metroplastica)
- HSC II look viene suggerita per diagnosi/trattamento di eventuali aderenze e per ottenere dati sulla loro reale prevalenza

Conclusioni

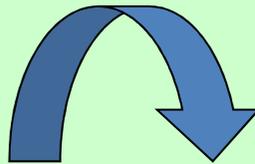
Sintomatologia

Modalità di insorgenza

Livello di sospetto all'imaging



Gestione "personalizzata"



Evitare possibili gravi sequele

Bibliografia

1. Rein DT, Schmidt T, Hess AP, Volkmer A, Schöndorf T, Breidenbach M. Hysteroscopic management of residual trophoblastic tissue is superior to ultrasound-guided curettage. *Minim Invasive Gynecol.* 2011;18(6):774-8
2. Cosmi E, Saccardi C, Litta P, Nardelli GB, Dessole S. Transvaginal ultrasound and sonohysterography for assessment of postpartum residual trophoblastic tissue. *Int J Gynaecol Obstet.* 2010 Sep;110(3):262-4
3. Jiménez JS, Gonzalez C, Alvarez C, Muñoz L, Pérez C, Muñoz JL. Conservative management of retained trophoblastic tissue and placental polyp with diagnostic ambulatory hysteroscopy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009;145(1):89-92
4. Faivre E, Deffieux Xavier, Mrazguia C., Gervaise A., Chauveaud-Lambling A., Frydman R., Fernandez H. Hysteroscopic management of residual trophoblastic tissue and reproductive outcome: a pilot study. *Minim Invasive Gynecol.* 2008;16(4):487-89
5. Hrazdirova L, Svabik K, Zizka Z, Germanova A, Kuzel D. Should hysteroscopy be provided for patients who have undergone instrumental intrauterine intervention after delivery? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2012 Apr;91(4):514-517
6. Kuzel D, Horak P, Hrazdirova L, Kubinova K, Sosna O, Mara M. See and treat" hysteroscopy after missed abortion. *Minim Invasive Ther Allied Technol.* 2011 Jan;20(1):14-7
7. Zalel Y, Cohen S.B., Oren M, Seidman D.S., Zolti M, Achiron R, Goldenberg M. Sonohysterography for the diagnosis of residual trophoblastic tissue. *J Ultrasound Med.* 2001; 20:877-881
8. van den Bosch T, Daemen A, Van Schoubroeck D, Pochet N, De Moor B, Timmerman D. Occurrence and outcome of residual trophoblastic tissue. *J Ultrasound Med.* 2008 Mar;27(3):357-6
9. Ben-Ami I, Schneider D, Maymon R, Vaknin Z, Herman A, Halperin R. Sonographic versus clinical evaluation as predictors of residual trophoblastic tissue. *Hum Reprod.* 2005 Apr;20(4):1107-11