

## Possibilità di embolia da liquido amniotico in travaglio abortivo

S. VALENTE, E. BASSAN, M. GANGEMI, B. DE BASTIANI

L'embolia da liquido amniotico costituisce un evento morboso di estrema gravità sia per la madre che per il feto, quasi sempre imprevedibile ed inevitabile, dal momento che l'urgenza della situazione preclude il riconoscimento dei fattori scatenanti e l'accurato controllo delle sequenze degli eventi.

L'essersi verificato un tale evento nella nostra clinica, conclusosi con l'exitus della paziente nonostante il trattamento tempestivo ed adeguato, ci ha indotti a considerare come sia possibile che questo possa avvenire durante tutto il corso della gestazione e non solo, come risulta dalla letteratura <sup>(1,2,3,4)</sup>, durante il travaglio, il parto o nel post-partum.

A questo proposito consideriamo quali possono essere i meccanismi con cui l'embolia da liquido amniotico si verifica. Essi naturalmente saranno diversi a seconda delle diverse situazioni in cui si scatenano.

Durante il travaglio di parto il liquido amniotico può penetrare nella circolazione periferica attraverso lacerazioni delle vene ombelicali, lacerazioni che si producono quando, durante la dilatazione della cervice stessa, si ha l'impegno della parte presentata e la presentazione deve essere cefalica.

Durante il periodo dilatante può verificarsi che le contrazioni uterine siano associate ad una minore pressione intravenosa nelle vene cervicali oppure ad un segmento uterino più debole <sup>(1,5,6)</sup>.

Inoltre l'immissione in circolo di liquido amniotico si può verificare qualora ci sia o un distacco parziale di placenta con ipertonia uterina, o uno slaminamento delle fibre muscolari uterine oppure durante isterotomie per taglio cesareo <sup>(1,2,6,7,8,9,10)</sup>.

Anche l'uso di ossitocici durante il travaglio può favorire la messa in circolo di liquido amniotico <sup>(1,2,6,11,12,13,14,15,16,17,18,19)</sup>.

Altre ipotesi suggerite dalla letteratura sarebbero: l'amniocentesi <sup>(6,8)</sup>, amnioscopia con traumatismo del segmento inferiore <sup>(6,10)</sup>, o anche traumi addominali <sup>(6,17)</sup>; tutti quegli eventi, cioè, che permetterebbero una comunicazione fra liquido amniotico e circolazione uterina.

L'ipotesi però che più ci appare probabile e che più è avvalorata dai dati della letteratura è quella che ammette che, una volta verificatasi la rottura del sacco amniotico, questa possa permettere al liquido di passare dalla cavità amniotica ai margini della placenta, da dove entrerebbe nella circolazione materna attraverso i sinusoidi sottoplacentari <sup>(7,20,21,22,23,24,25)</sup>.

Esaminiamo brevemente il nostro caso. Si trattava di una paziente alla 22ª settimana di gestazione, sottoposta nella nostra clinica a cerchiaggio del collo uterino per via vaginale per minaccia d'aborto da incontinenza cervico-segmentaria. Il cerchiaggio era stato rimosso nello stesso giorno dell'intervento per improvvisa perdita di liquido amniotico.

---

\* Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Padova (Direttore: Prof. A. Onnis). Comunicazione alla Riunione della Società Triveneta di Ostetricia e Ginecologia - Montebelluna, 9 maggio 1976.

In questo caso sarebbe facile supporre che le vene cervicali, lacerate in seguito a cerchiaggio, siano state la via d'accesso del liquido amniotico, tuttavia tale ipotesi non può trovare conferma poiché non si è osservata metrorragia anche dopo la rimozione del cerchiaggio ed inoltre l'anatomo-patologo non ha riscontrato lesioni cervicali vascolari.

Il riscontro, invece, di un tumore da parto sulla testa fetale, di una immo-dificata dilatazione della cervice, anche dopo la rimozione del cerchiaggio, della rottura del sacco amniotico seguita dallo scolo parziale del liquido fanno ritenere più verosimile l'ipotesi che la testa fetale abbia funzionato da tappo su di un collo modicamente dilatato e che, sotto la spinta delle contrazioni uterine, il liquido residuo sia stato « pompato » all'esterno delle membrane sino ai margini della placenta e quindi, attraverso i sinusoidi sottoplacentari, nella circolazione materna. Una volta entrato in circolo il liquido amniotico ha scatenato la sindrome da embolia da liquido amniotico caratterizzata da: ipotensione, tachicardia, defibrinazione ed iperfibrinolisi notevole.

Accanto ai segni clinici caratteristici dell'embolia, è interessante notare la defibrinazione e l'iperfibrinolisi che accompagnano tale sindrome. Secondo alcuni AA. (1) nel liquido amniotico esisterebbe una sostanza attivante l'attività fibrinolitica del plasma che, con la conversione del plasminogeno in plasmina, determinerebbe la diatesi emorragica. Tuttavia la sola ben documentata e consistente alterazione nel meccanismo della coagulazione è la diminuzione notevole del fibrinogeno (1<sup>26,27</sup>).

#### RIASSUNTO

L'evenienza dell'embolia da liquido amniotico in corso di travaglio, parto o post-partum è poco frequente; ancora più raramente essa si verifica in travaglio abortivo. E qui riportato un caso di embolia da liquido amniotico in travaglio abortivo occorso ad una paziente ricoverata nella nostra clinica.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Anderson D.: *Am. J. Obst. Gyn.*, 98, 336, 1967. - 2. Courtney L.D.: *Brit. Med. J.*, 1, 545, 1970. - 3. Hemmings C.T.: *Am. J. Obst. Gyn.*, 53, 303, 1947. - 4. Philips O.C., Weigel J.E., Mc Carthy J.J.: *Obst. Gyn.*, 24, 431, 1965. - 5. Meyer J.R.: *Brasil Med.*, 2, 301, 1926. - 6. Junz J., Wagner T.: *Geburtsh. Frauenh.*, 35, 761, 1975. - 7. Haikschmid W.: *Zbl. Gynäk.*, 83, 1158, 1961. - 8. Seger R., Lemtis H., Hoffbaher H.: *Geburtsh. Frauenh.*, 33, 868, 1973. - 9. Slunsky R.: *Forts. Geburt. Gynäk. Bol.*, 45, Karger, Basel 1971. - 10. Slunsky R.: *Forts. Geburt. Gynäk. Bol.*, 47, Karger, Basel 1972. - 11. Peterson E., Taylor H.: *Obst. Gyn.*, 35, 787, 1970. - 12. Aguillon A.T., Andjus A.: *Obst. Gyn. Surv.*, 17, 619, 1962. - 13. Attwood H.D.: *J. Clin. Path.*, 9, 38, 1967. - 14. Brehm H., Kaser D., Haldberstadt E.: cit. da Kaser O., Friedberg V. Thieme, Stuttgart 1967. - 15. Hammerstein J., Sein F.: *Geburtsh. Frauenh.*, 19, 765, 1959. - 16. Lewis L.T.T.: J. and. A. Churchill Ed., 1964. - 17. Olcott C., Robison J.: *J. Trauma.*, 13, 737, 1973. - 18. Scott M.M.: *J.A.M.A.*, 183, 989, 1963. - 19. Courtney L.D., Boxall R.R., Child B.: *Brit. Med. J.*, 1, 492, 1971. - 20. Courtney L.D.: *Obst. Gyn. Surv.*, 3, 169, 1974. - 21. Jeiner P.E., Lushbaugh C.C.: *J.A.M.A.*, 117, 1245, 1940. - 22. Altehek A., Liwak R.S.: *Obst. Gyn.*, 27, 885, 1966. - 23. Belko J.S., Warren R., Regan E.E., Simpson R.: *Arch. Sur.*, 86, 66, 19. - 24. Leary O.C., Hering A.T.: *New. Engl. J. Med.*, 243, 588, 1950. - 25. Wiener A., Reid D.E.: *New Engl. J. Med.*, 233, 597, 1950. - 26. Courtney L.D.: *Brit. Med. J.*, 1, 691, 1970. - 27. Hunter R.M., Scott J.C., Schneider J.P.: *Am. J. Obst. Gyn.*, 72, 75, 1956.