

MALATTIE TROMBOEMBOLICHE IN PUERPERIO:

Le malattie tromboemboliche sono malattie vascolari caratterizzate dalla formazione di trombi che possono causare fenomeni embolici (periferici o centrali).

L'embolia polmonare è causata da un coagulo che si distacca da una vena trombizzata e va in circolo andando ad ostruire un vaso polmonare.

Se il coagulo è grosso, può provocare morte improvvisa.

La tromboembolia è molto rara, circa 13 casi per 10 mila gravidanze MA è una delle principali cause di mortalità materna diretta ovvero 15 casi per 1.000.000 di gravidanze.

- Le malattie tromboemboliche sono 5 volte più frequenti in puerperio rispetto alla gravidanza
- Il fenomeno tromboembolico è 5 volte più probabile in gravidanza, parto e puerperio rispetto a quanto si verifichi nelle donne non gravide della stessa età.

In gravidanza infatti ai fattori della coagulazione succede che:

- Vi è una lieve diminuzione della conta piastrinica,
- Un aumento del fibrinogeno
- Un aumento del D-dimero
- Invariata antitrombina 3
- Poco modificate la proteina C e S che sono inibitori della coagulazione

>> Tutto ciò porta ad aumento della coagulabilità del sangue.

Coagulazione	> Fattori VII, VIII, IX, X, XII di Von Willebrand e fibrinogeno < Proteina S < Attività fibrinolitica	> Rischio di eventi trombotici > Rischio di DIC
---------------------	---	--

La malattia tromboembolica è determinata anche dalla stasi che favorisce la formazione del coagulo e il flusso rallentato.

Infatti la malattia tromboembolica è dovuta alla maggiore tendenza alla coagulazione in questo periodo unita alla tendenza alla stasi venosa provocata dal progesterone.

Ne consegue che:

- Un flusso veloce inibisce la formazione di coaguli
- Un flusso lento favorisce la formazione di coaguli

I **fattori di rischio** possono essere:

1. Preesistenti la gravidanza:

- Precedente episodio
- Trombofilia congenita : alto rischio = ATIII, S, C
- : basso rischio = V Leiden
- Trombofilia acquisita : APS, Ab aCL
- Storia familiare in parenti di primo grado non estrogeno correlata
- Patologie concomitanti
- Età > 35 anni
- Obesità
- Parità > 3
- Fumo
- Varici al di sopra del ginocchio o sintomatiche
- paraplegia

2. Fattori OSTETRICI correlati alla gravidanza corrente:

- Gravidanza multipla
- Gravidanza da PMA
- Preeclampsia
- Taglio cesareo
- Parto operativo (al medio scavo)
- Travaglio prolungato (>24h)
- Emorragia post partum (>1L)
- Parto pretermine (<37 wk)
- Nato morto

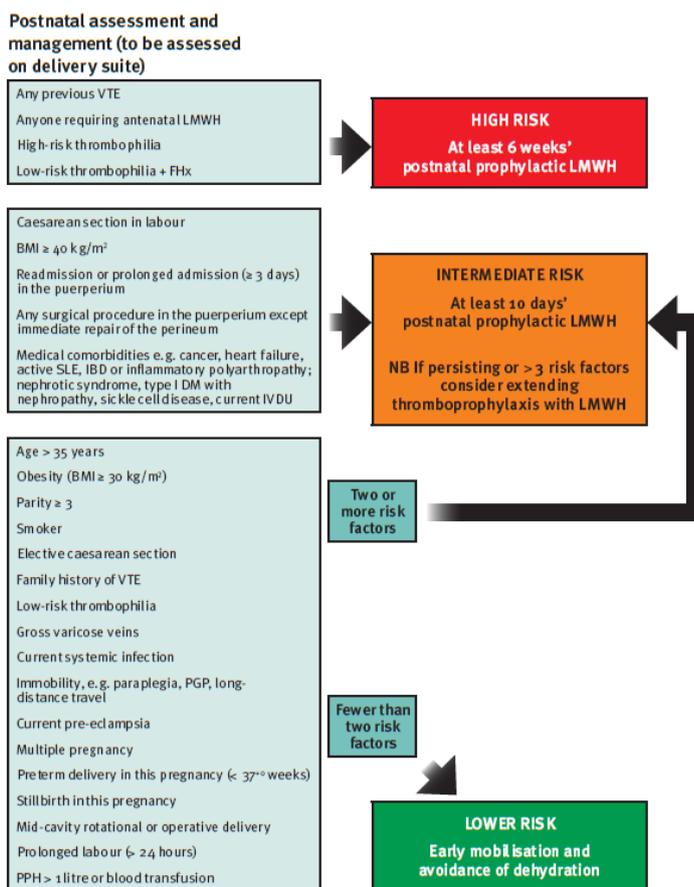
3. Fattori transitori:

- Procedure chirurgiche in gravidanza o puerperio esclusa la riparazione del perineo (appendicectomia o ST)
- Iperemesi
- Disidratazione che aumenta la viscosità del sangue
- Sindrome da iperstimolazione ovarica
- Immobilità (>=3gg)
- Infezione sistemica
- Viaggi prolungati (>4h)

Definizione del rischio di tromboembolismo:

Nello schema sulla destra è mostrata la valutazione e la gestione postnatale della donna (da valutare al momento del parto) RCOG del 2015 attribuisce alle donne delle categorie di rischio:

- * Rischio basso in presenza di meno di 2 fattori di rischio
- * Rischio intermedio in presenza di almeno due fattori di rischio
- * Rischio alto con 3 o più fattori di rischio



La **patologia tromboembolia TE** comprende:

- Trombosi venosa superficiale
- Trombosi venosa profonda
- Tromboembolia polmonare

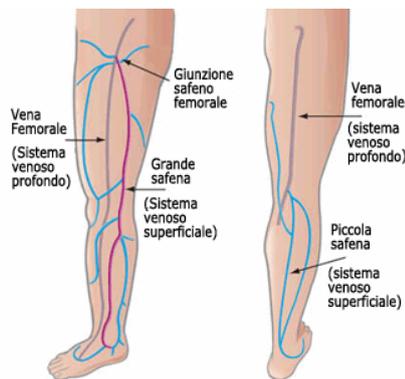
Trombosi venosa superficiale: trombo all'interno di una varice superficiale.

Segni e sintomi:

La donna potrebbe essere asintomatica, oppure potrebbe esserci un cordone varicoso non dolente alla palpazione.

Se invece è associata a infiammazione ovvero si parla di tromboflebite, la zona colpita potrebbe essere caratterizzata da:

- arrossamento
- dolore
- gonfiore
- indurimento della vena
- NO sintomatologia generale.
- Polso e temperatura potrebbero subire rialzo.



Interessa le vene superficiali e perciò facilmente individuabile. Colpisce prevalentemente le vene varicose.

Solitamente non provocano embolia polmonare se non in donne al di sopra dei 35 anni, obese e pluripare.

Il *trattamento* è caratterizzato da: utilizzo di calze elastiche, FANS, farmaci anticoagulanti e antidolorifici, eventuale uso di pomate locali, scarico dell'arto in posizione supina.

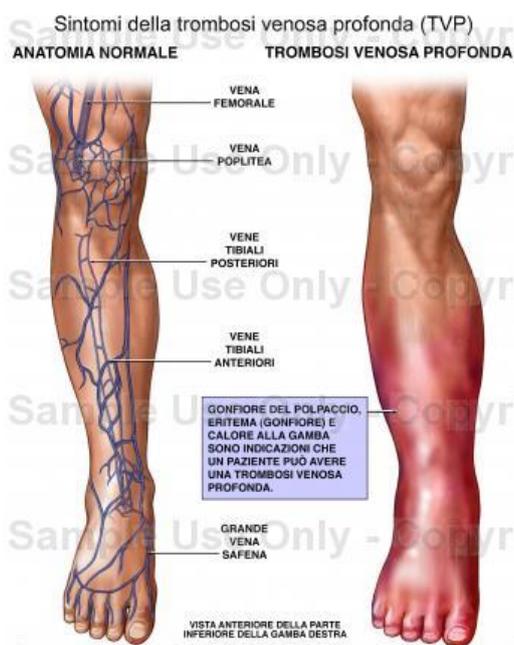
Trombosi venosa profonda: presenza di un trombo nel circolo venoso profondo delle gambe e della pelvi, che può portare talvolta a complicanze emboliche anche mortali.

Fattori di rischio:

- stasi venosa,
- immobilizzazione prolungata,
- fratture,
- interventi chirurgici pelvici e ortopedici,
- alterazioni della coagulazione.

Segni e sintomi:

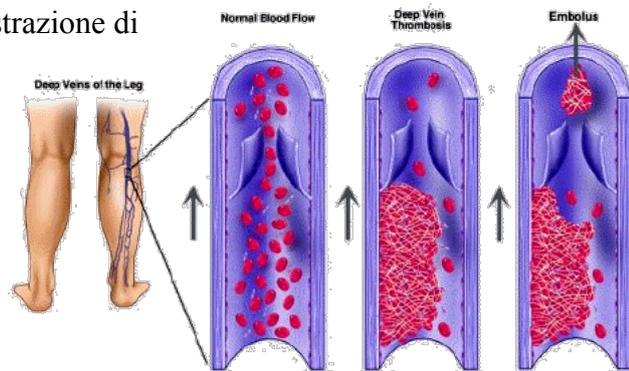
- dolore al polpaccio o coscia accentuato dalla dorsiflessione del piede (segno di Homan, presente nella metà dei casi),
- edema dell'arto,
- aumento della sua circonferenza rispetto al controlaterale,
- può esserci rialzo di polso e temperatura,
- aumento leucocitosi,
- al doppler una flussimetria alterata,
- inoltre nel caso di trombosi pelvica vi è congestione emorroidaria improvvisa dopo un periodo di benessere.



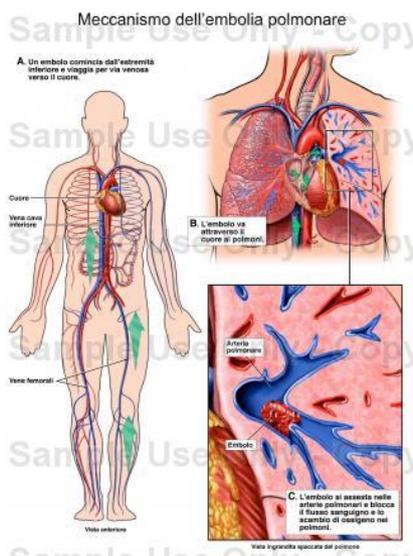
La *diagnosi* può essere fatta sulla sintomatologia ma risulta poco attendibile o più precisamente si può effettuare una diagnosi strumentale con doppler.

Può portare alla tromboembolia polmonare con distacco del trombo che raggiunge i polmoni, ostacola la circolazione e può portare a morte.

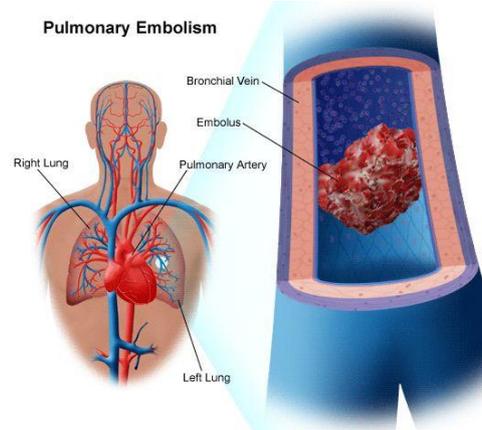
Il *trattamento* è caratterizzato dalla somministrazione di eparina con lo scopo ridurre la coagulabilità del sangue e impedire l'ulteriore formazione di trombi venosi. La somministrazione avviene per vena, dosando l'eparina in base ai tempi di coagulazione che devono essere strettamente monitorati per prevenire emorragie. Riposo assoluto a letto per diminuire le possibilità del distacco di trombi.



Tromboembolia polmonare origina soprattutto da una trombosi venosa profonda degli arti inferiori.



I trombi formati nelle vene si possono staccare dalla parete dai vasi, arrivare al cuore destro ed essere immessi nell'arteria polmonare fino ad ostruire completamente i vasi periferici polmonari.



I *sintomi* polmonari e cardiaci sono:

- dispnea,
- tachipnea,
- dolore toracico,
- tachicardia,
- tosse con sangue,
- ipotensione,
- agitazione,
- congestione delle vene giugulari,
- cianosi.

La *diagnosi* si fa attraverso elettrocardiogramma, radiografia del torace, emogasanalisi, scintigrafia polmonare, angiografia, ecocardiografia.

Il *trattamento* è caratterizzato da anticoagulanti (eparina).

La mortalità dipende dall'estensione ma in generale è alta.

Micro-embolia polmonare: Possono limitarsi a dare:

- Dolore toracico
- Dispnea
- Leggera emottisi

In presenza di uno qualsiasi di questi sintomi si deve richiedere immediatamente una visita medica

Assistenza ostetrica in caso di sospetta embolia polmonare:

- Avvisare tempestivamente il medico
- Incanulare una vena
- L'esecuzione immediata di ECG
- Predisporre il materiale per un prelievo di emogasanalisi
- Adeguato supporto psicologico alla puerpera
- Richiedere un approfondimento diagnostico se si rilevano 1 o più dei seguenti segni:
 - Edema
 - Arrossamento
 - Dolore
 - Aumento significativo degli edemi insorti in gravidanza

TAGLIO CESAREO VS PARTO EUTOCICO:

Il rischio di malattia tromboembolica è maggiore dopo TC perché:

1. Le indicazioni al TC sono spesso di per sé fattori di rischio tromboembolico
2. Il TC è un intervento di chirurgia maggiore in donne con modificazioni "fisiologiche" della coagulazione in senso trombofilico

!! Effettuare la tromboprofilassi in caso di TC, in base al profilo di rischio.

Profilassi tromboembolica in puerperio:

Sia in caso di TC che in caso di parto spontaneo le modalità della profilassi devono essere modulate in funzione del profilo di rischio:

- * Categoria rischio basso: mobilizzazione precoce e attenzione allo stato di idratazione
- * Categoria rischio intermedio: mobilizzazione precoce, idratazione, eparina a basso peso molecolare o, se controindicata, calze elastiche a compressione graduata.

>>> Profilassi entro 6 ore dal parto spontaneo, dopo 8-12 ore dal taglio cesareo e proseguita per tutto il periodo del ricovero ospedaliero (RCOG 2015 parla di 10gg)

- * Categoria rischio alto: mobilizzazione precoce, idratazione, eparina a basso peso molecolare, calze elastiche.

La profilassi va proseguita per 6 settimane.

Antenatal and postnatal prophylactic dose of LMWH

Weight < 50 kg = 20 mg enoxaparin/ 2500 units dalteparin/ 3500 units tinzaparin daily
Weight 50–90 kg = 40 mg enoxaparin/5000 units dalteparin/4500 units tinzaparin daily
Weight 91–130 kg = 60 mg enoxaparin/7500 units dalteparin/7000 units tinzaparin daily
Weight 131–170 kg = 80 mg enoxaparin/10000 units dalteparin/9000 units tinzaparin daily
Weight > 170 kg = 0.6 mg/kg/day enoxaparin/ 75 u/kg/day dalteparin/ 75 u/kg/day tinzaparin

TROMBOEMBOLIA IN PUERPERIO:

Le indicazioni delle Linee Guida NICE:

- Le donne dovrebbero essere incoraggiate a mobilizzarsi il prima possibile dopo il parto
- Le donne con dolore al polpaccio unilaterale, arrossamento o gonfiore dovrebbe essere valutate per la trombosi venosa profonda (azione di emergenza)
- Le donne che lamentano respiro difficoltoso o dolore al torace dovrebbe essere valutato per la tromboembolia polmonare (azione di emergenza)
- Utilizzare le calze elastiche a compressione graduata in tutte le donne con fattori di rischio aggiuntivi
- Eparina a basso peso molecolare: L' EBPM rappresenta il farmaco di prima scelta per la profilassi del TEV. Il dosaggio varia in funzione del peso corporeo. La somministrazione non richiede monitoraggio e non sono riportati effetti sull'allattamento. Ha un buon profilo di sicurezza in gravidanza, con bassa incidenza di eventi emorragici ante o post partum, piastrinopenia o osteoporosi anche in caso di utilizzo prolungato (30gg).