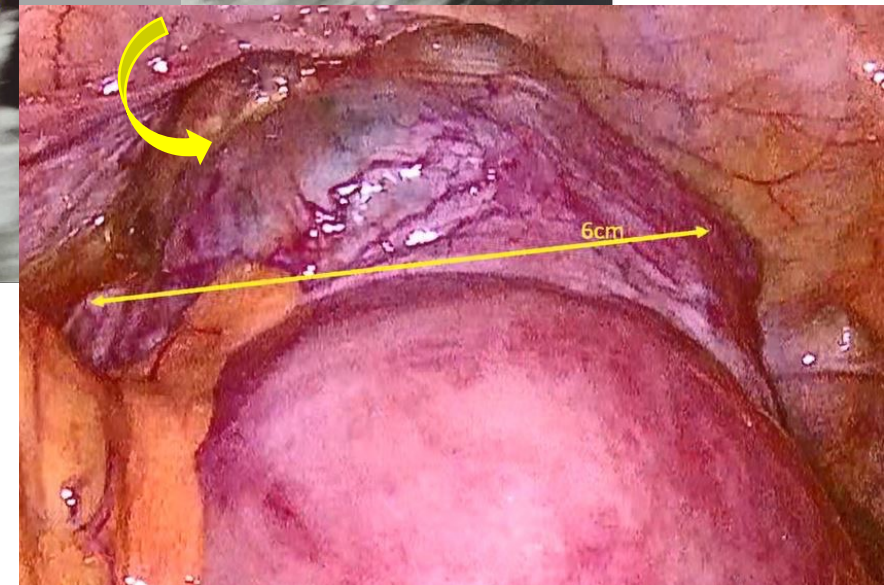
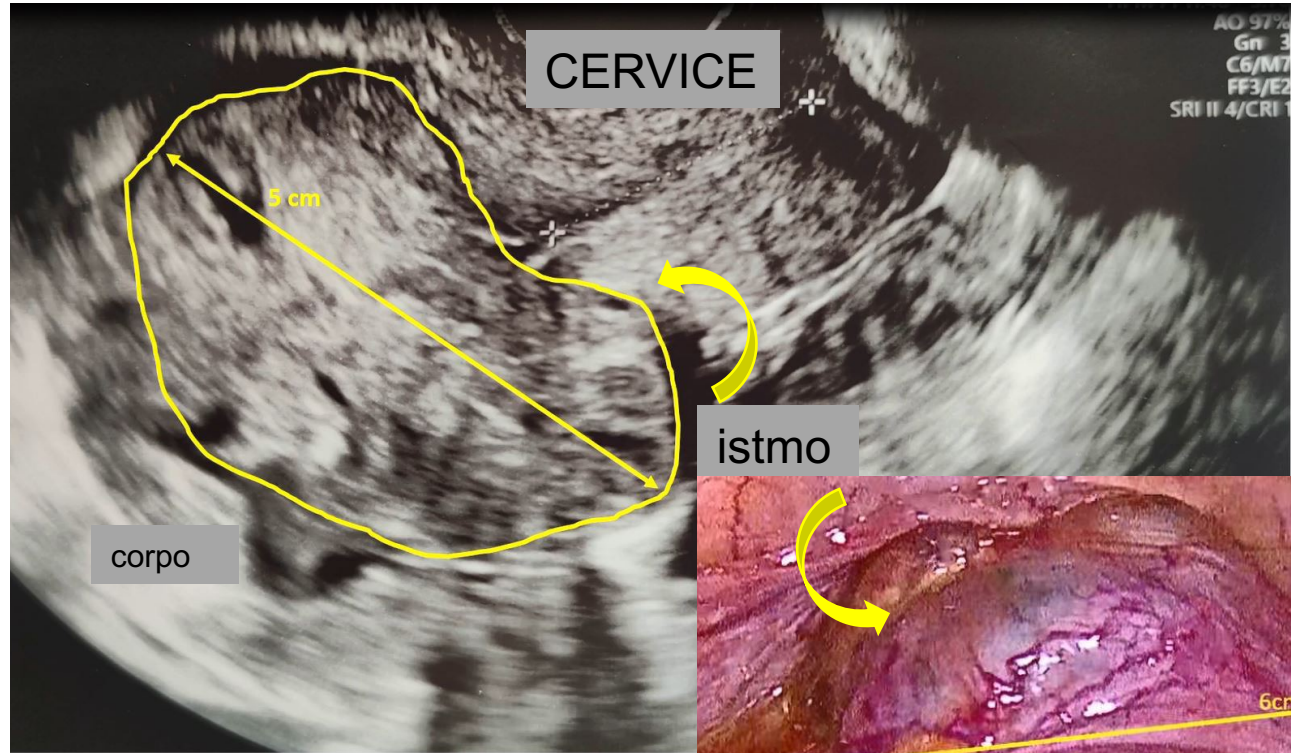


P 1001 (pregresso TC) 36 anni  
Controllo ecografico dopo IVG chirurgica  
persistenza di perdite ematiche vaginali.

Si tratta di.....

1. Tumore trofoblastico del sito placentare
2. Leiomiosarcoma
3. Scar Pregnancy
4. Mola Idatiforme

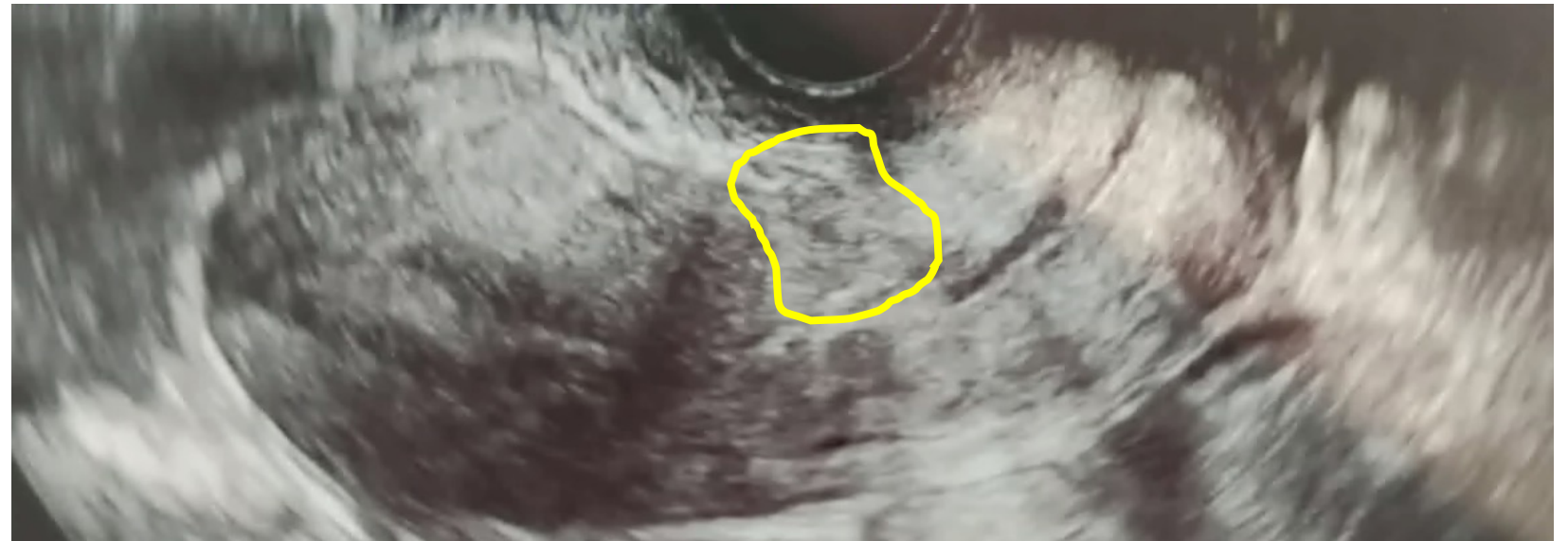


## SCAR PREGNANCY

La paziente si è presentata richiedendo interruzione volontaria di gravidanza farmacologica alla 8° settimana. All'eco TV di datazione è stata identificata una gravidanza con embrione vitale con camera gestazionale in prossimità della cicatrice del pregresso taglio cesareo. La paziente è stata sottoposta dopo accurato counselling a svuotamento chirurgico della cavità uterina mediante isterosuzione sotto controllo ecografico continuo, previo allertamento della radiologia interventistica. La procedura si è conclusa senza complicanze.

Dopo circa 10 giorni, al controllo ecografico postoperatorio, tessuto trofoblastico residuo aveva completamente sovertito la regione istmica uterina (lesione 5-6 cm evidenziata ecograficamente) e persistevano perdite ematiche simil mestruali.

La paziente è stata quindi sottoposta ad intervento di laparoscopia (conferma della lesione), asportazione del tessuto residuo della scar pregnancy e correzione del difetto istmico.



ESITI POSTCHIRURGICI A 1 MESE DA INTERVENTO

## SCAR PREGNANCY

La vera incidenza di SCAR PREGNANCY è sconosciuta. Le stime disponibili in letteratura propongono una incidenza che va da 1/1800 a 1/2500 di tutti i tagli cesarei eseguiti: la sua incidenza è quindi correlata all'aumento del tasso di tagli cesarei. Costituisce una condizione di rischio elevato per la gravidanza, in alcuni casi «life-threatening» per il rischio di rottura d'utero ed emorragia massiva.

Secondo la Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Consult Series : Cesarean scar pregnancy (2020)

- La miglior tecnica diagnostica è l'ecografia transvaginale (Grey scale + colorDoppler)
- Il trattamento ottimale non è noto
- Si sconsiglia la condotta di attesa (GRADO 1B)
- si suggerisce la resezione chirurgica (con approcci transvaginali o laparoscopici quando possibile) o l'isterosuzione ecoguidata per la gestione chirurgica e di evitare il solo curettage (GRADO 2C)
- si suggerisce il metotrexato intragestazionale per il trattamento medico possibilmente in associazione ad altre procedure chirurgiche (GRADO 2C)