

Considerazioni diagnostiche e terapeutiche in tema di mola embrionata

P. PAPARELLA - C. GIORLANDINO
P. GENTILI - U. BELLATI

Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma
Istituto di Clinica Ostetrica e Ginecologica

RIASSUNTO. — Negli ultimi anni le segnalazioni di casi di degenerazione molare associata a presenza di feto vivo in epoca avanzata di gestazione, sono state rare. Riteniamo utile perciò, presentare un caso interessante per alcuni aspetti diagnostici — identificazione della degenerazione alla 23^a settimana di gestazione con ecografia «in tempo reale» — e per alcune considerazioni che ne derivano sulla condotta clinica da seguire.

PAROLE CHIAVE. — Mola embrionata - Ecografia in tempo reale.

La presenza contemporanea di degenerazione molare e di feto si riscontra in circa il 5% dei casi di mola⁸. Tale frequenza sarebbe sicuramente superiore se tutte le placente, e non solo quelle che presentano alterazioni molarì macroscopiche, fossero esaminate dal punto di vista microscopico. In molti casi la diagnosi viene effettuata solo al momento del parto^{2,4,9} poiché quando il battito cardiaco fetale è presente si tende a sottovalutare segni quali lo stillicidio ematico, la gestosi precoce, altri livelli di gonadotropine corioniche, un volume uterino superiore a quello previsto per l'epoca di amenorrea.

Del resto, tali segni, data la limitazione della lesione placentare, possono anche mancare o essere poco evidenti. Non esistono peraltro segni patognomici della mola embrionata e anche la coesistenza di alti livelli plasmatici di HCG con livelli normali di HPL segnalata in due casi di Defoort⁶ (nella mola non embrionata i livelli plasmatici di HPL sono bassi), data la scarsità della casistica non ci sembrano indicativi. Livelli normali di HPL sono anche segnalati in un caso di Leroy⁹ che però non riporta i valori di HCG. Negli ultimi anni alle tecniche di indagine invasive quali amnioscopia^{11,13} ed arteriografia¹⁴ che non hanno mai superato lo stadio della speri-

mentalità, vari A. hanno proposto di sostituire l'indagine ecotomografica^{1,5,6} benché qualche A. non la ritenga metodo valido¹² quando la trasformazione molare sia poco estesa.

Nel caso da noi segnalato la diagnosi è stata effettuata con l'impiego di un ecotomografo «in tempo reale» alla 23^a settimana di gestazione.

Caso clinico

L. P., di anni 25, primigravida di gruppo ORh+ giunge alla nostra osservazione nel corso della 33^a settimana di gestazione in travaglio di parto. Il battito cardiaco fetale è assente. La paziente partorisce spontaneamente dopo circa 4 ore dal ricovero un feto di sesso femminile morto e macerato senza malconformazioni del peso di 1000 grammi. La placenta (fig. 1) del peso di grammi 280 e del diametro di cm 13 x 14 viene espulsa spontaneamente dopo 5 minuti.

Circa un quinto della placenta presenta lo aspetto macroscopico tipico della degenerazione molare (tipo I di Beischer³).

L'esame istologico (fig. 2 e 3) evidenzia aree di degenerazione molare alternate ad aree di placenta con zone infartuate.

Il parto è stato seguito da doppia revisione della cavità uterina eseguita nei giorni successivi e da triplice ricerca dell'HCG urinario. Tutti questi esami hanno dato esito negativo.

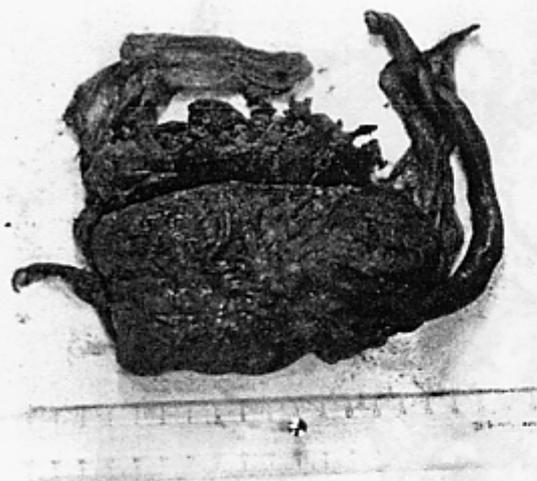


Fig. 1.

L'anamnesi ostetrica depone per un decorso della gravidanza apparentemente normale fino alla 22^a settimana, epoca in cui compaiono perdite ematiche di modesta entità. Un esame ecotomografico effettuato con un apparecchio Aloka SSD 202 « in tempo reale » nel corso della 23^a settimana di gestazione mette in evidenza che la placenta è inserita anteriormente fino a quattro centimetri circa al di sopra dell'orifizio uterino interno senza segni di previetà. Sul contorno laterale destro ed anteriormente la placenta presenta un ispessimento sottocoriale « a bisaccia » del volume di circa 300 cm³, pluriseppimentato, di consistenza molle sotto le spinte fetali, traversato da numerose trabecole iperecogene (fig. 4 e 5). Alla 28^a settimana la porzione placentare sede dei già descritti fenomeni di proliferazione sottocoriale, sembra essere diminuita di volume. L'organo si estende in basso sfiorando l'orifizio uterino interno (fig. 6 e 7). Un dosaggio delle HCG urinarie effettuato alla 27^a settimana dava un valore di 28.000 U.I. nelle 24 ore.

Discussione

La presenza di feto associata a degenerazione molare della placenta è comunemente ritenuta evenienza rara ed in contrasto con la teoria che vuole la morte del feto con conseguente cessazione del circolo feto-placentare, come l'origine della degenerazione molare¹⁰. Il decorso clinico nei casi segnalati in letteratura è quanto mai vario. Alcuni

casi^{4,8,9} sono decorsi in modo asintomatico e si sono conclusi con la nascita di feti vivi e vitali, di peso ai limiti inferiori della norma per l'epoca di gestazione.

Altri casi sono stati caratterizzati, invece, da manifestazioni precoci quali perdite ematiche, marcati fenomeni simpatici, elevati tassi di gonadotropine corioniche, utero di volume superiore a quello previsto per la epoca di amenorrea^{5,8} o di volume normale¹. La condotta clinica riferita in tali casi è consistita in isterotomia addominale^{5,8} e trattamento complementare con metotrexate⁶ o in infusioni di PGE₂ e successivo « curettage » o aspirazione con cannula di Karman nei casi di gravidanza iniziale⁶. L'accrescimento del feto sembra essere ridotto quando la trasformazione molare è estesa a gran parte della placenta; in questi casi, generalmente, la sintomatologia è anche più precoce^{1,5,6,8,12}. Nel caso da noi descritto, i dati ecografici inducono a ritenere normale l'accrescimento fino alla 28^a settimana, epoca dopo la quale potrebbe essersi instaurata una insufficienza placentare relativa che ha determinato il deficit di accrescimento e la morte del feto. Di particolare interesse nel nostro caso sono i ripetuti quadri ecografici. Alla 23^a settimana di gestazione la porzione di placenta degenerata poteva essere valutata intorno al 50 % del volume della intera placenta. Alla 28^a settimana di gestazione la zona con degenerazione molare si era ridotta ad un quinto del volume totale e tale era poi al momento del secondamento. Ci è impossibile stabilire se la riduzione volumetrica della zona degenerata osservata ecograficamente sia da riferirsi ad artefatto o possa essere considerata una prima segnalazione di un atteggiamento evolutivo sinora insospettato del quadro anatomicopatologico.

Per quanto concerne la condotta ostetrica, alcuni A.⁸ raccomandano la interruzione immediata della gravidanza seguita da trattamento complementare con metotrexate. Esistono però le esperienze di quegli A. che hanno segnalato la nascita di feti vivi e vitali. La condotta clinica in questi casi quindi, può essere considerata non univoca ma determinabile caso per caso in funzione dei tests biofisici di benessere fetale, almeno fino a quando non siano note statistiche sul decorso di un numero maggiore di casi in epoca successiva al parto.

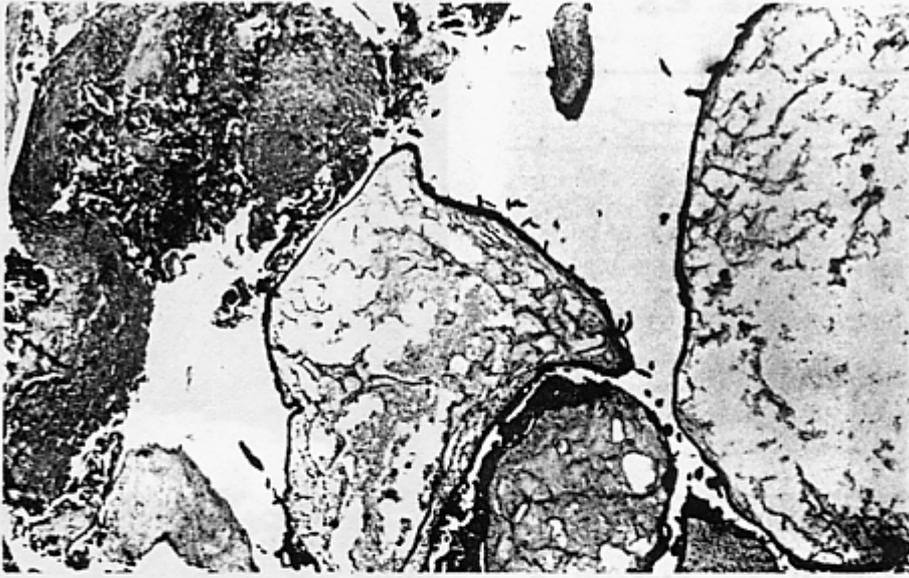


Fig. 2.



Fig. 3.

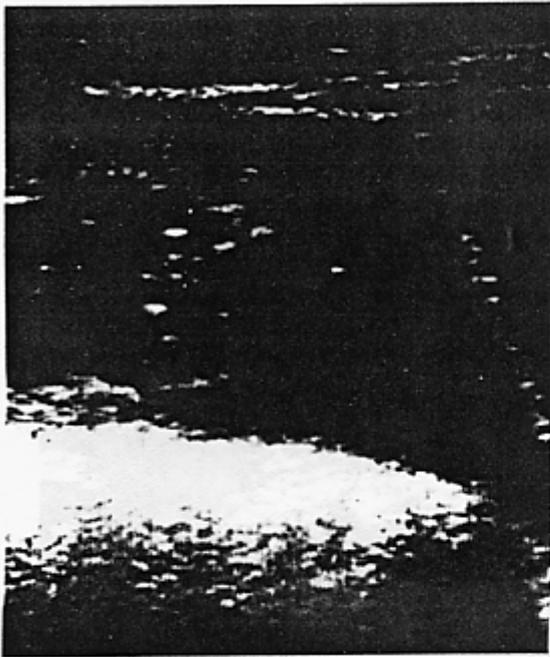
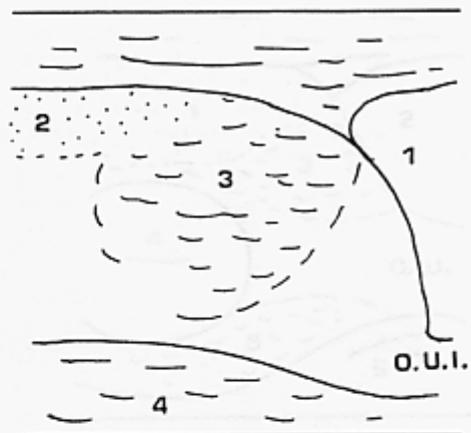


Fig. 4.

23 SETT. L 0



- | | |
|------------|-----------|
| 1 Vescica | 3 Mola |
| 2 Placenta | 4 Decidua |

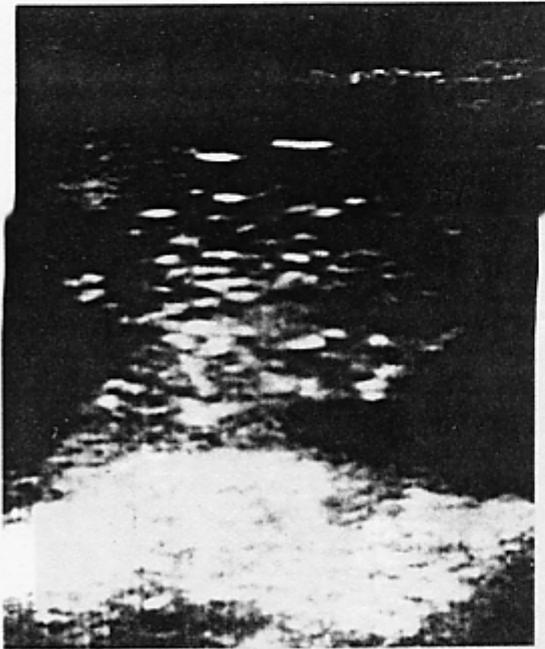
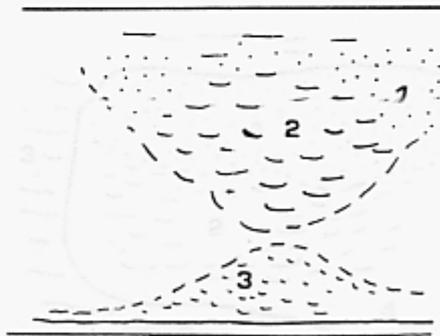


Fig. 5.

23 SETT. T-14



- | | |
|-----------------------|--|
| 1 Placenta normale | |
| 2 Placenta degenerata | |
| 3 Decidua | |

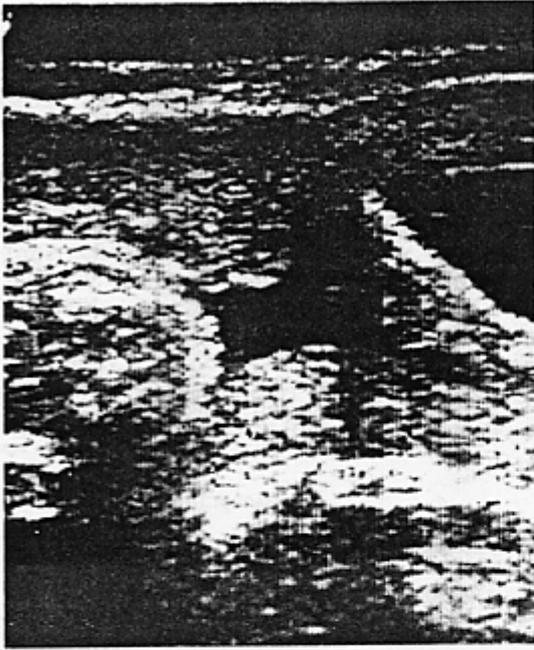
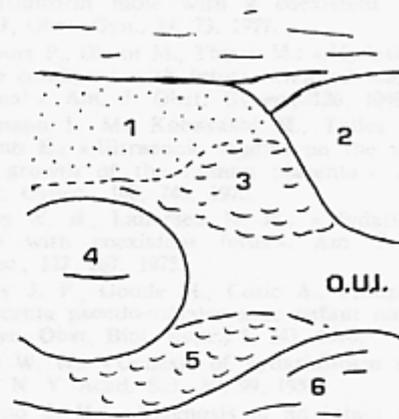


Fig. 6.

28 SETT. L O



- | | |
|------------|----------------|
| 1 Placenta | 4 Testa fetale |
| 2 Vescica | 5 Decidua |
| 3 Mola | 6 Douglas |

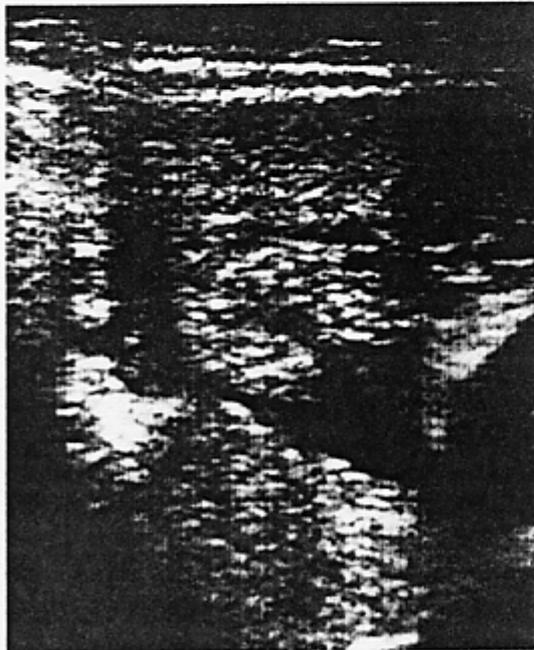
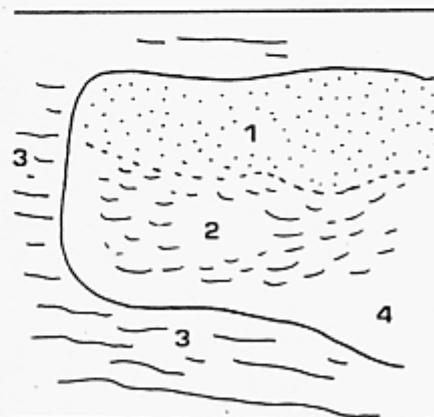


Fig. 7.

28 SETT. T - 18



- | | |
|------------|---------------------|
| 1 Placenta | 3 Parete uterina |
| 2 Mola | 4 Liquido amniotico |

SUMMARY

From the Department of Clinical Obstetrics and Gynaecology, Sacred Heart University, Rome.

P. Paparella, C. Giorlandino, P. Gentili and U. Bellati: Notes on the diagnosis and treatment of embryonated mole. — Molar degeneration coupled with the presence of a live foetus in late pregnancy is rarely observed at the present time. A case is reported on account of its diagnostic interest, since it was detected by real-time echography in the 23rd week, and in the light of the steps required for its clinical management.

KEY WORDS. — Embryonated mole - Real-time echography.

[*Min. Gin.*, 32, 875-880, (October) 1980 — P. Paparella, C. Giorlandino, P. Gentili, U. Bellati: « Considerazioni diagnostiche e terapeutiche in tema di mola embrionata »].

BIBLIOGRAFIA

- 1) Ballas S., Peyser M. R., Toaff R.: « Diagnosis of hydatidiform mole with and without coexistent fetus by nonstored image echography ». *Obst. and Gynec.*, 50, 182, 1977.
- 2) Barone C. M.: « Ultrasonic diagnosis of hydatidiform mole with coexistent fetus ». *Radiol.*, 124, 798, 1977.
- 3) Beischer N. A.: « Hydatidiform mole with coexistent fetus ». *J. Obst. Gynec. Br. Comm.*, 68, 231, 1961.
- 4) Cappa F., Facchini D.: « Un caso di mola vescicolare con coesistenza di un feto vivo e vitale ». *Min. Gin.*, 28, 613, 1976.
- 5) Cunningham M. E., Walls W. J., Burke M. F.: « Grey-scale ultrasonography in the diagnosis of hydatidiform mole with a coexistent fetus ». *Br. J. Obst. Gyn.*, 84, 73, 1977.
- 6) Defcoort P., Dhont M., Thiery M.: « Hydatidiform mole combined with fetus: extended diagnostic arsenal ». *Am. J. Obst. Gynec.*, 126, 1049, 1976.
- 7) Helmann L. M., Kobayashi M., Tolles W. E., Cromb E.: « Ultrasonic studies on the volumetric growth of the human placenta ». *Am. J. Obst. Gynec.*, 108, 740, 1970.
- 8) Jones W. B., Lauersen N. H.: « Hydatidiform mole with coexistent fetus ». *Am. J. Obst. Gynec.*, 122, 267, 1975.
- 9) Leroy J. P., Goude H., Cozic A., Philippe E.: « Placenta pseudo-molaire avec enfant normal ». *J. Gyn. Obst. Biol. Repr.*, 5, 743, 1976.
- 10) Park W. W.: « Genesis of hydatidiform mole ». *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 80, 99, 1959.
- 11) Rubino S. M.: « Diagnosis of an intact hydatidiform mole with coexistent fetus by amniography ». *Obst. Gynec.*, 46, 364, 1975.
- 12) Sicuranza B. J., Tisdall L. H.: « Hydatidiform mole and eclampsia with coexistent living fetus in the second trimester of pregnancy ». *Am. J. Obst. Gynec.*, 126, 513, 1976.
- 13) Torres A. H., Pelegrina I. A.: « Transabdominal intrauterine contrast medium injection ». *Am. J. Obst. Gynec.*, 94, 936, 1966.
- 14) Woley M. H.: « Evaluation of arteriography in obstetrics ». *Radiol. Clin. North Am.*, 5, 121, 1967.

[Indirizzo degli Autori:

P. Paparella - C. Giorlandino - P. Gentili
U. Bellati
Ist. di Clinica Ostetrica e Ginecologica
Univ. Cattolica del Sacro Cuore - Roma]