
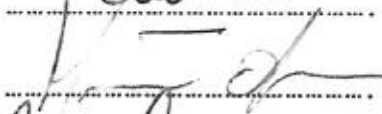
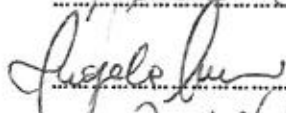
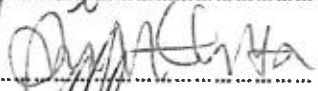
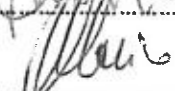
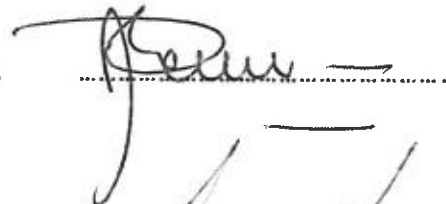

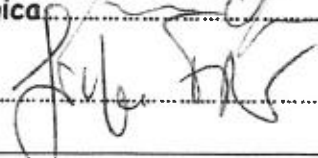


Protocollo diagnostico-terapeutico assistenziale per la gestione della placenta e degli annessi fetali

Rev.	01	Firme
Data	07-01-2019	
Redazione	Dott. Stefano Palomba	
	Dott. Giovanni Africa	
	Ost. Angela Suni	
Verifica	Direttore Sanitario di Presidio	
	Responsabile U.O.D. Governo Clinico e Risk Management	
Approvazione	Direttore U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia	
	Direttore U.O.C. di Anatomia Patologica	
	Direttore Medico Aziendale	

Sommario

1. Premessa
2. Scopo
3. Campo di applicazione
4. Gruppo e Strumenti di Lavoro
5. Descrizione macroscopica della placenta e degli annessi fetali
6. Indicazioni all'invio della placenta e degli annessi fetali per riscontro diagnostico
7. Invio in Anatomia Patologica
8. Bibliografia
9. Appendice

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'P' followed by a smaller, more complex signature.

1. Premessa

L'analisi macroscopica e microscopica della placenta e degli annessi fetali può essere cruciale per evidenziare alterazioni anatomo-funzionali associate a una serie di condizioni cliniche materno-fetali sia pre-partum sia intra-partum.

La necessità, tuttavia, di regolamentare l'invio in anatomia patologica della placenta e degli annessi fetali è di fondamentale importanza. Un loro invio indiscriminato rischia, infatti, di peggiorare la sensibilità e la specificità dei reperti anatomo-patologici, sia in considerazione del cattivo feedback clinico da parte dell'ostetrico inviante sia per l'aumento dei carichi di lavoro. Al contrario, una selezione troppo stretta e operatore-dipendente rischierebbe di non essere utile ai fini diagnostici e medico-legali.

Una analisi interna dei casi di potenziale sinistro avvenuti presso l'Unità Operativa Complessa (U.O.C.) di Ostetricia e Ginecologia negli ultimi 5 anni ha evidenziato il mancato invio in anatomia patologica della placenta e degli annessi fetali proprio nei casi clinici a maggior rilevanza medico-legale. Si è rilevato, inoltre, la mancanza della descrizione macroscopica della placenta e degli annessi fetali in cartella clinica.

2. Scopo

Lo scopo del presente protocollo diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) è quello di regolamentare la fase diagnostica riguardante le placente e gli annessi fetali. Tale regolamentazione riguarderà due punti principali:

- a. descrizione macroscopica della placenta e degli annessi fetali in cartella clinica;
- b. selezione dei casi da inviare in anatomia patologica per analisi macroscopica e microscopica della placenta e degli annessi fetali come riscontro diagnostico.

3. Campo di applicazione

La presente procedura dovrà essere applicata a tutte le pazienti gravide afferenti all'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia del G.O.M. di Reggio Calabria. I destinatari del



presente PDTA saranno non solo tutti gli operatori che gestiranno la paziente gravida presso i locali della stessa U.O.C. ma anche il personale dell'U.O.C. di Anatomia Patologica.

4. Gruppo e Strumenti di Lavoro

Il presente documento è stato redatto dalla Direzione Medica e Ostetrico-Infermieristica dell'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia in collaborazione con la Direzione dell'U.O.C. di Anatomia Patologica.

E' stata effettuata un'estesa ricerca online impiegando i principali motori di ricerca riguardo protocolli operativi e PDTA già presenti in Italia e all'estero. Il sito PubMed della US National Library of Medicine (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) è stato consultato impiegando come parole chiave "placenta" and "macroscopic examination" o "microscopic examination".

5. Descrizione macroscopica della placenta e degli annessi fetali

In tutti i casi, includendo anche i casi di parto di neonato premorto, le caratteristiche della placenta e gli annessi fetali devono essere dettagliate in cartella clinica. La descrizione macroscopica deve essere effettuata dall'ostetrica assistente al parto (sia vaginale sia addominale). In caso di sospetta patologia e/o in caso di invio della placenta e degli annessi fetali per riscontro diagnostico in Anatomia Patologica (vedi punto 5), la descrizione va sempre condivisa con il medico e controfirmata dallo stesso.

Le caratteristiche da annotare in cartella clinica sono elencate in Tabella 1. Nella stessa Tabella sono indicati i comuni valori/parametri di normalità.



6. Indicazioni all'invio della placenta e degli annessi fetali per riscontro diagnostico

In tutti i casi di anomalie della placenta e degli annessi fetali alla descrizione macroscopica da parte dell'ostetrica e/o del medico si indica la necessità del loro invio in anatomia patologica per riscontro diagnostico (Tabella 2).

Si indica di inviare la placenta e gli annessi fetali in anatomia patologica per riscontro diagnostico anche in tutti i casi di gravidanza ad alto rischio (includente diabete mellito, ipertensione gestazionale, epatogestosi, ritardo intrauterino di crescita fetale, rottura prematura delle membrane da oltre 24 ore, oligoamnios/polidromanis, e in tutti in casi riportati in Tabella 2).

Infine, si consiglia l'invio anche per motivi perinatali, come in caso di pH fetale inferiore a 7, di Apgar score a 5 minuti inferiore o uguale a 6, di cardiocografia "non rassicurante" o "patologica" in travaglio di parto, liquido amniotico meconiale, aborto, neonato sindromico, premorto o deceduto al parto (Tabella 2).

In ogni caso il medico afferente all'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia può decidere e motivare la scelta in scienza e coscienza per l'invio della placenta e degli annessi fetali in anatomia patologica per riscontro diagnostico.

La Tabella 2 riassume le specifiche indicazioni per l'invio della placenta e degli annessi fetali in anatomia patologica per riscontro diagnostico.

7. Invio in Anatomia Patologica

Si indica di impiegare i moduli autorizzati per l'invio dei campioni in Anatomia Patologica.

Si indica di dettagliare sugli stessi moduli sia l'indicazione dell'invio (secondo la Tabella 2) sia le caratteristiche materno-fetali elencate in Tabella 3.

Ogni modulo di invio per riscontro diagnostico su placenta e annessi fetali deve essere timbrato e firmato dal medico inviante.



8. Referenze bibliografiche

- Baergen RN. Indications for submission and macroscopic examination of the placenta. *APMIS*. 2018 Jul;126(7):544-550.
- Nijkamp JW, Sebire NJ, Bouman K, Korteweg FJ, Erwich JJHM, Gordijn SJ. Perinatal death investigations: What is current practice? *Semin Fetal Neonatal Med*. 2017 Jun;22(3):167-175.
- Stanek J. Association of coexisting morphological umbilical cord abnormality and clinical cord compromise with hypoxic and thrombotic placental histology. *Virchows Arch*. 2016 Jun;468(6):723-32.
- Stanek J. Association of coexisting morphological umbilical cord abnormality and clinical cord compromise with hypoxic and thrombotic placental histology. *Virchows Arch*. 2016 Jun;468(6):723-32.
- Stanek J. Placental examination in nonmacerated stillbirth versus neonatal mortality. *J Perinat Med*. 2018 Apr 25;46(3):323-331.

9. Appendice

Tabella 1. Caratteristiche macroscopiche della placenta e degli annessi fetali da annotare in cartella clinica. In parentesi le caratteristiche di normalità.

Tabella 2. Indicazioni per l'invio degli annessi fetali per riscontro diagnostico in anatomia patologica.

Tabella 3. Caratteristiche materno-fetali da dettagliare sui moduli di invio della placenta e degli annessi fetali in Anatomia Patologica.



Tabella 1. Caratteristiche macroscopiche della placenta e degli annessi fetali da annotare in cartella clinica. In parentesi le caratteristiche di normalità.

Caratteristiche	Criteri di normalità
Forma	Discoide
Peso	1/6 del peso fetale
Diametro	18-22 cm
Spessore	2.5-3 cm
Odore	Sui generis
Anomalie della placenta	Assenti
Inserzione del cordone	Centrale/laterale
Lunghezza del cordone	50-65 cm
Spessore del cordone	1-1.5 cm
Anomalie del cordone	Assenti



Tabella 2. Indicazioni per l'invio degli annessi fetali per riscontro diagnostico in anatomia patologica.

Anomalie macroscopiche della placenta (ematomi, calcificazioni, infarti, cattivo odore, etc)

Anomalie macroscopiche del funicolo (lunghezza <32cm o >100cm, nodo, arteria singola, inserzione marginale o velamentosa, etc.)

Diabete mellito pregestazionale

Diabete mellito gestazionale

Ipertensione arteriosa gestazionale

Pre-eclampsia/sindrome eclamptica

Epatogestosi

Ritardo intrauterino di crescita fetale

Feto malformato/sindromico

Gravidanza gemellare

Vanishing twin

Rottura prematura delle membrane da oltre 24 ore

Prematurità (inferiore a 37 settimane)

Età gestazionale superiore a 42 settimane

Oligoamnios

Polidromnios

Febbre materna (maggiore di 37°C)/infezione/sepsi

Epilessia/attacco epilettico

Anemia materna

Malattie del collagene

Sospette infezioni materne

Uso di stupefacenti

Paziente politraumatizzata

pH fetale inferiore a 7

Apgar score 5min inferiore o uguale a 6

Cardiotocografia "non rassicurante"

Cardiotocografia patologica

Liquido amniotico meconiale

Neonato sindromico

Aborto/neonato premorto

Mortalità perinatale



Tabella 3. Caratteristiche materno-fetali da dettagliare sui moduli di invio della placenta e degli annessi fetali in *Anatomia Patologica*.

Età della donna (data di nascita)

Età gestazionale (in settimane e giorni)

Eventuali fattori di rischio (ad es. fumo di sigaretta, obesità, etc.)

Sesso neonatale

