

# Migrazione placentare, un tema “antico” ma sempre attuale

**SI DEFINISCE PLACENTA PREVIA** una placenta localizzata in prossimità dell'orifizio uterino interno (OUI). In base alla classificazione di Aium, Figo e RcoG (2018), vengono distinti due quadri clinico-ecografici: placenta low-lying (ex “previa marginale” o “minor”) in caso di margine placentare distante meno di 20 mm OUI, e placenta previa (ex “previa centrale” o “major”) se la placenta ricopre completamente l'OUI.

L'incidenza di placenta previa a termine è pari a circa 4-5/1.000, pur con notevoli differenze nel mondo. Negli ultimi decenni è stato osservato un incremento dell'incidenza di placente previe soprattutto per un aumento dei tagli cesarei (TC) e delle gravidanze da Procreazione Medicalmente Assistita (Pma). L'incidenza aumenta anche all'aumentare del numero di progressi TC (1 TC: 1/160; 2 TC: 1/60; 3 TC: 1/30).

La diagnosi di placenta previa determina implicazioni significative sulla gestione ostetrica della gravidanza, oltre a rappresentare un'importante fonte di stress. Una corretta diagnosi prenatale e una gestione multidisciplinare sono fondamentali per ridurre le complicanze materno-fetali.

**LA DIAGNOSI DI PLACENTA** previa è ecografica; l'ecografia transvaginale presenta sensibilità e specificità maggiori rispetto a quella transaddominale. La diagnosi può essere formulata a partire da 25 settimane di età gestazionale (EG), tranne nei casi in cui la placenta ricopre completamente e supera l'OUI già nel II trimestre. In caso di sospetto durante l'ecografia del II trimestre, si renderà dunque necessaria una conferma ad EG più avanzate. Infatti, una diagnosi prematura – oltre ad associarsi ad un alto rischio di errore diagnostico – non comporta implicazioni significative per il management della gravidanza.

La rivalutazione ad EG più avanzate è supportata dal fenomeno della cosiddetta “migrazione placentare”, che in realtà non è uno spostamento della placenta bensì una modificazione della distanza fra margine inferiore della placenta e OUI conseguente allo sviluppo del segmento uterino inferiore (SUI) durante il terzo trimestre di gravidanza; pertanto, la rivalutazione della localizzazione placentare dovrebbe essere effettuata durante il II e III trimestre.

Dai dati presenti in letteratura, infatti, emerge come tale fenomeno determini la risoluzione del quadro di placenta previa in circa il 30-40% dei casi. Nel 90% dei casi delle placente che migrano, la risoluzione risulta possibile fino al termine di gravidanza. I



principali fattori predittivi di ridotta migrazione placentare sono la pregressa chirurgia uterina (Cho et al.) e la placenta previa posteriore, Ohira et al. evidenziano un tasso di migrazione medio tra 32 e 37 settimane pari a 4,7±4,7 mm/settimana (95%CI=3,12-6,32) se placenta posteriore vs 7,8±5,8 mm/settimana (95%CI=3,67-11,99) se placenta anteriore ( $p = 0.06$ ).

## LA CASISTICA DELL'OSPEDALE OSTETRICO-GINECOLOGICO SANT'ANNA DI TORINO SI ALLINEA AI DATI DI LETTERATURA.

Da uno studio condotto su 595 donne con diagnosi ecografica di placenta previa è emerso un tasso di migrazione pari a circa 32% (lavoro in corso di pubblicazione). La ridotta migrazione placentare è risultata associata a pregressa chirurgia uterina, placenta posteriore (più del 45% delle placente previe anteriori sono migrate, indipendentemente dalla presenza in anamnesi di pregressa chirurgia uterina) e distanza del margine placentare dall'OUI inferiore a 12 mm alla diagnosi se placenta previa anteriore.

Inoltre, nel 95% delle placente migrate, la migrazione è avvenuta fino a dieci settimane dalla diagnosi (intorno a 35-36 settimane nella nostra casistica). Questo dato giustifica l'esecuzione di un follow-up ecografico fino a EG tardive di gravidanza (36-37 settimane), in modo da poter valutare la modalità del parto in maniera appropriata. Inoltre, può tranquillizzare la donna sulla reale possibilità di risoluzione spontanea del quadro di placenta previa.

Considerando questi dati è possibile ridurre il numero di controlli ecografici della localizzazione placentare, soprattutto per la placenta previa low-lying senza altri fattori di rischio. Infatti, in caso di placenta previa centrale è consigliato un follow-up ecografico a 25-27, 31-33 e 35-36 settimane di EG, mentre in caso

di placenta low-lying il follow-up sarà eseguito a 30-32 e a 36-37 settimane di EG se persistenza di placenta previa.

**NEL 2020**, le linee guida canadesi SOGC sono state le prime ad esprimersi in merito a modalità e timing del parto nei casi di placenta low-lying senza altri fattori di rischio. In caso di placenta low-lying con distanza dall'OUI compresa tra 10 e 20 mm, viene consigliato un travaglio di prova e scoraggiato il ricorso ad un TC elettivo (la probabilità di parto vaginale in questi casi è compresa tra 57-93%, di cui il 75-80% avvengono a termine). Al contrario, in caso di distanza inferiore o uguale a 10 mm dall'OUI – dopo conferma ecografica a 37-38 settimane – viene raccomandata la programmazione di un TC elettivo intorno a 38 settimane.

Oltretutto, il rischio emorragico antepartum è pari a circa 3% in caso di margine placentare superiore a 10 mm dall'OUI, rispetto al 29% riscontrato in caso di distanza ≤ 10 mm dall'OUI.

Considerando l'aumento delle complicanze associate all'aumento dei TC, ivi compreso il rischio di ricorrenza di placenta previa e accretismo placentare, e la richiesta della Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms o Who) di ridurre il tasso dei tagli cesarei, risulta essere sempre più necessario un approccio evidence-based per determinare la migliore modalità di espletamento del parto. L'Ospedale Ostetrico-Ginecologico S. Anna di Torino ha accolto le raccomandazioni fornite dalle linee guida SOGC, e con il gruppo di lavoro multidisciplinare, ha iniziato a modificare il percorso diagnostico-terapeutico aziendale con l'obiettivo di ottenere una gestione delle gravidanze complicate da anomalie di placentazione basata sui più recenti dati di letteratura.



ANNA GAROFALO



ELEONORA PILLONI



FRANCESCA OSELLA



MIRIAM SUTERA

*Md specialiste  
in ginecologia*

## BIBLIOGRAFIA, FONTI E RIFERIMENTI

Jain V, Bos H, Bujold E. Guideline No. 402: Diagnosis and Management of Placenta Previa. J Obstet Gynaecol Can. 2020 Jul;42(7):906-917.e1. doi: 10.1016/j.jogc.2019.07.019. PMID: 32591150.

RCOG Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management Greentop Guideline No. 27a September 2018

FIGO Consensus Guidelines - Placenta Accreta Spectrum Disorders, 2018

ACOG, Committee opinion, Placenta Accreta, number 529, July 2012, reaffirmed 2021

Cresswell JA, Ronsmans C, Calvert C, et al. Prevalence of placenta praevia by world region: a systematic review and meta-analysis. Trop Med Int Health 2013;18:712-24.

Karami M, Jenabi E, Fereidooni B. The association of placenta previa and assisted reproductive techniques: a meta-analysis. J Matern Fetal Neonatal Med 2018;31:1940-7.

Taga A, Sato Y, Sakae C, et al. Planned vaginal delivery versus planned cesarean delivery in cases of low-lying placenta. J Matern Fetal Neonatal Med 2017;30:618-22.

Eichelberger KY, Haeri S, Kessler DC, et al. Placenta previa in the second trimester: sonographic and clinical factors associated with its resolution. Am J Perinatol 2011;28:735-9.

Oppenheimer L, Holmes P, Simpson N, et al. Diagnosis of low-lying placenta: can migration in the third trimester predict outcome? Ultrasound Obstet Gynecol 2001;18:100-2.

Al Wadi K, Schneider C, Burym C, et al. Evaluating the safety of labour in women with a placental edge 11 to 20 mm from the internal cervical Os. J Obstet Gynaecol Can 2014;36:674-7. 68.

Allahdin S, Voigt S, Htwe TT. Management of placenta praevia and accreta. J Obstet Gynaecol. 2011.

Cho JY, Lee YH, Moon MH, Lee JH. Difference in migration of placenta according to the location and type of placenta previa. J Clin Ultrasound 2008

D'Antonio F, Iacovella C, Bhide A. Prenatal identification of invasive placentation using ultrasound: systematic review and meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol 2013

Garofalo A, Pilloni E, Viora E et al. Sensitivity and specificity of echography in the diagnosis of placental accretism in patients with diagnosis of placenta previa. Placenta 2013; 34/9: A84

Heller HT, Mullen KM, Gordon RW, Reiss RE, Benson CB. Outcomes of pregnancies with a low-lying placenta diagnosed on second-trimester sonography. J Ultrasound Med 2014

Papanikolaou I.G. et al, Abnormal placentation: current evidence and review of the literature, European J Obstet Gynecol Reprod Biology, 2018

Pilloni E, Alemanno MG, Gaglioti P, Sciarrone A, Garofalo A, Biolcati M, Botta G, Viora E, Todros T. Accuracy of ultrasound in antenatal diagnosis of placental attachment disorders. Ultrasound Obstet Gynecol. 2016 Mar;47(3):302-7

Ohira, S., Kikuchi, N., Kobara, H., Osada, R., Ashida, T., Kanai, M., & Shiozawa, T. (2012). Predicting the route of delivery in women with low-lying placenta using transvaginal ultrasonography: significance of placental migration and marginal sinus. Gynecologic and obstetric investigation, 73(3), 217-222. https://doi.org/10.1159/000333309

Jansen CHJR, Kleinrouweler CE, van Leeuwen L, Ruiter L, Limpens J, van Wely M, Mol BW, Pakr E. Final outcome of a second trimester low-positioned placenta: A systematic review and meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2019 Sep;240:197-204. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.06.020. Epub 2019 Jul 4. PMID: 31323500.

Venu Jain , Hayley Bos , Emmanuel Bujold. Guideline No. 402: Diagnosis and Management of Placenta Previa. 10.1016/j.jogc.2019.07.019