

Tromboza venei cordonului ombilical. Prezentare de caz

Umbilical vein thrombosis. Case report

C. Mehedintu^{1,2},
E. Brătîlă²,
S. Vlădăreanu²,
C. Berceanu³,
O. Ionescu¹,
S. Pituru²,
A.F. Secureanu¹

1. Spitalul Clinic „Nicolae Malaxa”, București
2. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București
3. Universitatea de Medicină și Farmacie Craiova

Correspondență:
Claudia Mehedintu,
e-mail: claudiamehedintu@yahoo.com

Mențiune:
Toți autorii au contribuit în mod egal la elaborarea acestui articol.

Abstract

Umbilical vein thrombosis is difficult to diagnose antepartum due to the rarity and the unpredictable nature of the disease. Umbilical vein thrombosis, as cause of stillbirth, is diagnosed with certitude in postpartum. We present the case of a term stillbirth due to this condition, in the absence of any known maternal or fetal pathology.

Keywords: umbilical vein thrombosis, stillbirth

Rezumat

Tromboza venei ombilicale este dificil de obiectivat ante-partum din cauza rarității și caracterului impredictibil al afecțiunii. Tromboza de venă ombilicală, cauză de moarte fetală in utero, este diagnosticată cu certitudine în post-partum. Prezentăm un caz de moarte subită in utero, la termen, datorată acestei entități, în absența oricărei patologii materne sau fetale cunoscute.

Cuvinte-cheie: tromboză venă ombilicală, moarte fetală ante-partum

Introducere

În ultimii 10 ani, prin dezvoltarea în ritm alert a tehnicilor ultrasonografice, s-a demonstrat că, de fapt, cordonul ombilical nu este doar o conductă care transportă sângele de la mamă la făt și invers, ci o structură activă implicată în apariția restricției de creștere intrauterină, preeclampsiei, diabetului zaharat gestațional, morții fetale *in utero*, defectelor cromozomiale sau sindroamelor genetice⁽¹⁾. Tromboza vaselor cordonului ombilical este un accident rar, cu prognostic prost⁽²⁾. Prezentăm în continuare cazul unei paciente de 25 de ani al cărei produs de concepție este diagnosticat la termen cu moarte fetală *in utero* prin tromboza de venă ombilicală la circa 5 cm de inserția abdominală a cordonului ombilical.

Prezentare de caz

Pacienta, în vârstă de 25 de ani, primigesta, fără patologie asociată, nefumătoare, căsătorită, dispensarizată din săptămână a 6-a de amenoree, se prezintă la camera de gardă cu contracții uterine dureroase nesistemematizate, declarând că nu percepe mișcări active fetale de circa 48 de ore. Ultrasonografic se constată absența activității cardiace fetale și semne ecografice de moarte fetală recentă. Se stabilește diagnosticul de: IG IP, sarcină 38 de săptămâni, făt mort ante-partum, prezentație craniană, CUD.

Din istoricul medical al pacientei reținem ecografiile de morfologie fetală la 12, 22 și 32 de săptămâni, care nu decelează anomalii fetale (sau de cordon ombilical), bitest cu risc scăzut pentru naștere prematură, preeclampsie și anomalii cromozomiale și test de toleranță la glucoză în limite normale la 26 de săptămâni de gestație. Deoarece ambele surori ale pacientei au

fost diagnosticate cu trombofilie (deficit de factor V Leiden), pacienta a fost investigată într-un serviciu de hematologie în această direcție, fără a se identifica aceeași patologie.

Analizele de laborator efectuate în urgență la internare au fost în limite normale.

După comunicarea diagnosticului, consilierea cuplului, asigurarea sprijinului psihologic și obținerea consimțământului informat, se decide expulzarea produsului de concepție pe cale vaginală prin declanșarea travaliului cu oxitocină 5UI/500 ml ser fiziologic pe infuzomat, 24 ml pe minut. În timpul travaliului se constată hipertonie uterină și sângerare vaginală cu sânge negricios, ce impune sistarea perfuziei oclitocice și intervenție chirurgicală - se efectuează operație cezariană de urgență pentru suspiciunea de decolare prematură de placenta normal inserată, infirmată însă intraoperator. Astfel se extrage prin operație cezariană un produs de concepție de sex feminin, greutate: 3.000 g, lungime: 49 cm, ce prezintă un cordon ombilical cu circulară strânsă pericervicală (figura 1) și tromboză la circa 5 cm de inserția abdominală a acestuia, de aproximativ 2/3 cm, dură la palpate (figurile 2 și 3). Placenta extrasă manual intraoperator avea aproximativ 500 de grame, aspect macroscopic normal, fără semne de decolare (figura 4). Fătul mort ante-partum, împreună cu placenta se trimit la anatomopatologie. Examenul histopatologic a arătat cordon ombilical trivascular, spiralare normală, cu o formațiune nodulară violacee, de 3/2,5 cm, de consistență fermă, cu tromb la nivelul venei (figura 5), în absența anomaliilor structurale fetale.

Pacienta a fost externată a doua zi postoperator, cu recomandarea de continuare a terapiei anticoagulante și antiagregante la domiciliu, ab lactare, contracepție,

sprijin psihologic, cuplul fiind consiliat, de asemenea, să fie optimist în ceea ce privește o viitoare sarcină, datorită riscului nul de recidivă, în absența patologiei asociate.

Discuții

Vasele cordonului ombilical se formează din vasele alantoidiene, astfel⁽³⁾: din cele două artere alantoidiene se formează arterele ombilicale, vena alantoidiană dreaptă involuează, în timp ce vena alantoidiană stângă persistă și va da naștere venei ombilicale, rezultând cordonul ombilical trivascular⁽⁴⁾.

Cordonul ombilical este deja format în cea de-a cincea săptămână de dezvoltare, această structură vasculară funcționând pe tot parcursul sarcinii⁽⁵⁾. Orice compromitere a circulației fetale la nivelul cordonului ombilical are efecte dăunătoare asupra fătului și nou-născutului⁽⁵⁻⁸⁾.

Tromboza intrauterină a cordonului ombilical este o afecțiune rară, impredecibilă^(1,2), raportată cu o incidență variabilă (2,5-4,5/10000)⁽⁶⁾, afectând mai frecvent feții de sex feminin (1,6:1)⁽²⁾. Se asociază cu moarte fetală *in utero*, paralizie cerebrală sau suferință fetală, cauze frecvente de litigiu în practica obstetricală curentă⁽⁹⁾.

Tromboza poate afecta atât vena, cât și arterele ombilicale. Tromboza venei ombilicale pare să apară mai des decât cea a arterei ombilicale (71-85% față de 11-15%)⁽²⁾.

Tromboza arterială care afectează una dintre cele două artere ombilicale se soldează cu IUGR sever^(6,7), deces fetal sau alte anomalii fetale^(8,9). Când tromboza arterială survine pe un cordon bivascular, supraviețuirea fătului nu mai este posibilă⁽⁷⁾. Ultrasonografic, trombul intraarterial apare ecogen, uneori cu calcificări în interior⁽⁷⁾.

Tromboza venoasă se asociază mult mai frecvent cu moartea fătului⁽⁷⁾. Când tromboza survine la nivelul unei dilatații varicoase^(10,11), prognosticul este mai bun^(2,7,12). Rubabaza et al. au raportat două cazuri de tromboză de venă ombilicală, diagnosticate imediat post-partum la feți care au supraviețuit datorită intervenției rapide cu naștere instrumentală, respectiv cezariană, din cauza bradicardiei fetale severe în travaliu, la care s-a obiectivat asocierea cu tromboza de venă portă într-un caz⁽¹³⁾.

În ciuda faptului că există patologie maternă și fetală care să crească riscul de tromboză a vaselor ombilicale, totuși nu pentru toate cazurile se pot găsi explicații⁽⁹⁾, așa cum a fost în cazul nostru. Anomaliile de cordon ombilical (nod, stenoză vasculară, varice venă ombilicală) sau afecțiuni materno-fetale (infecții, diabet zaharat, trombofilie, compresia cordonului ombilical, boala hemolitică fetală, hidrops cu insuficiență cardiacă fetală) sunt doar câteva dintre cauzele care pot conduce la tromboza vaselor cordonale^(7,2).

Diagnosticul *in utero* al unei tromboze de venă ombilicală este dificil de realizat. Chiar și atunci când se poate obiectiva tromboza venoasă (în cazul trombozei la nivelul dilatației varicoase a venei ombilicale⁽¹⁰⁾), există numeroase probleme legate de atitudinea terapeutică⁽²⁾. Deoarece nu poate fi apreciat procentul de ocluzie vasculară, nu se pot stabili nici criteriile de gravitate care să



Figura 1. Circulară strânsă pericervicală



Figura 2. Tromboza cordonului ombilical la circa 5 cm de inserția abdominală

permită evaluarea riscului de deces fetal (sau starea de bine fetală). Dacă la anomalia de cordon ombilical se adăugă riscul prematurității sau alte afecțiuni materne sau fetale concomitente, este dificil de știut care este momentul optim pentru nașterea unui făt viu⁽²⁾. În cazul trombozei de venă ombilicală la nivelul unei dilatații varicoase, Kanenishi et al. au diagnosticat-o utilizând ecografie 2D, power Doppler, 3D HD-flow și Hdlive, flux bidirecțional turbulent la nivelul dilatației varicoase, precum și prezența intravasculară a trombului, ceea ce a permis realizarea de urgență a cezarienei, cu nașterea unui făt viu⁽¹⁰⁾.



Figura 3. Tromboza cordonului ombilical la circa 5 cm de inserția abdominală



Figura 5. Secțiune transversală prin cordonul ombilical (se observă tromboză venoasă masivă la nivelul venei ombilicale)



Figura 4. Placenta, față maternă, aspect macroscopic normal

Concluzii

Tromboza de venă ombilicală este un accident rar și imprevizibil, dar letal în marea majoritate a cazurilor. Patologia maternă și fetală asociată lipsește în multe cazuri, moartea fătului în uter apărând ca un fulger pe cer senin, fiind o pierdere tragică. Să dai o veste proastă

unui cuplu este poate cea mai grea sarcină din practica medicală, deoarece este urmată de o serie de reacții care includ furie, acuzare, șoc, negare, speranță, depresie, anxietate, plâns. Diagnosticul este pus de cele mai multe ori post-partum prin examenul histopatologic al cordonului ombilical. ■

Bibliografie

1. Donald School – Tratat de ultrasonografie în Obstetrica și Ginecologie-A treia ediție. Kurjak A, Chervenak FĂ, Vladareanu R. Editura Medicală Amaltea 2012 București; 381-389.
2. Dussaux C, Picone O, Chambon G, Tassin M, Martinovic J, Benachi A, Cordier AG. Umbilical vein thrombosis: to deliver or not to deliver at the time of diagnosis? Clinical Case Reports 2014; 2(6): 271-273.
3. Pelinescu-Onciul D, Bari M. Ecografia în obstetrică și ginecologie – semiologie ecografică normală. Editura Didactică și Pedagogică, București, 2005;162-164.
4. Marin J. Elemente de patologie a cordonului ombilical. Gineco.ro 2008; 4(2): 90-94.
5. Kilman HJ. The Umbilical Cord (from The Encyclopedia of Reproduction) – downloaded from <http://www.medicine.yale.edu/obgyn/>.
6. Klaritsch P, Karpf E, Haeusler M, Schlembach D, Lang U. Umbilical artery thrombosis leading to fetal growth restriction. Placenta. 2008;29(4):374-7.
7. Willson B. Sonography of the Placenta And Umbilical Cord. Radiologic technology. March/April 2008;79(4):3335-3455.
8. Shilling C, Walsh C, Downey P, Mooney E. Umbilical artery thrombosis is a rare but clinically important finding: a series of 7 cases with clinical outcomes. Pediatr Dev Pathol. 2014 Mar-Apr;17(2):89-93.
9. Avagliano L, Marconi AM, Candiani M, Barbera A, Bulfamante G. Thrombosis of the umbilical vessels revisited. An observational study of 317 consecutive autopsies at a single institution. Hum Pathol. 2010;41(7):971-9.
10. Kananishi K, Nitta E, Mashima M, Hanaoka U, Koyano K, Tanaka H, Hata T. HD live imaging of intra-amniotic umbilical vein varix with thrombosis. Placenta 2013;34:1110-1112.
11. Callen PW. Ultrasonography in Obstetrics and Gynecology. 5th ed. Philadelphia, PA: WB Saunders; 2008:753.
12. Allen SL, Bagnall C, Roberts AB, Teele RL. Thrombosing Umbilical Vein Varix. J Ultrasound Med 1998;17:189-192.
13. Rubabaza P, Persadie RJ. Two Cases of Umbilical Vein Thrombosis, One With Associated Portal Vein Thrombosis. J Obstet Gynaecol Can. 2008;30(4):338-43.