Università degli Studi di Ferrara

Prof. Pantaleo Greco

DISTOCIA:

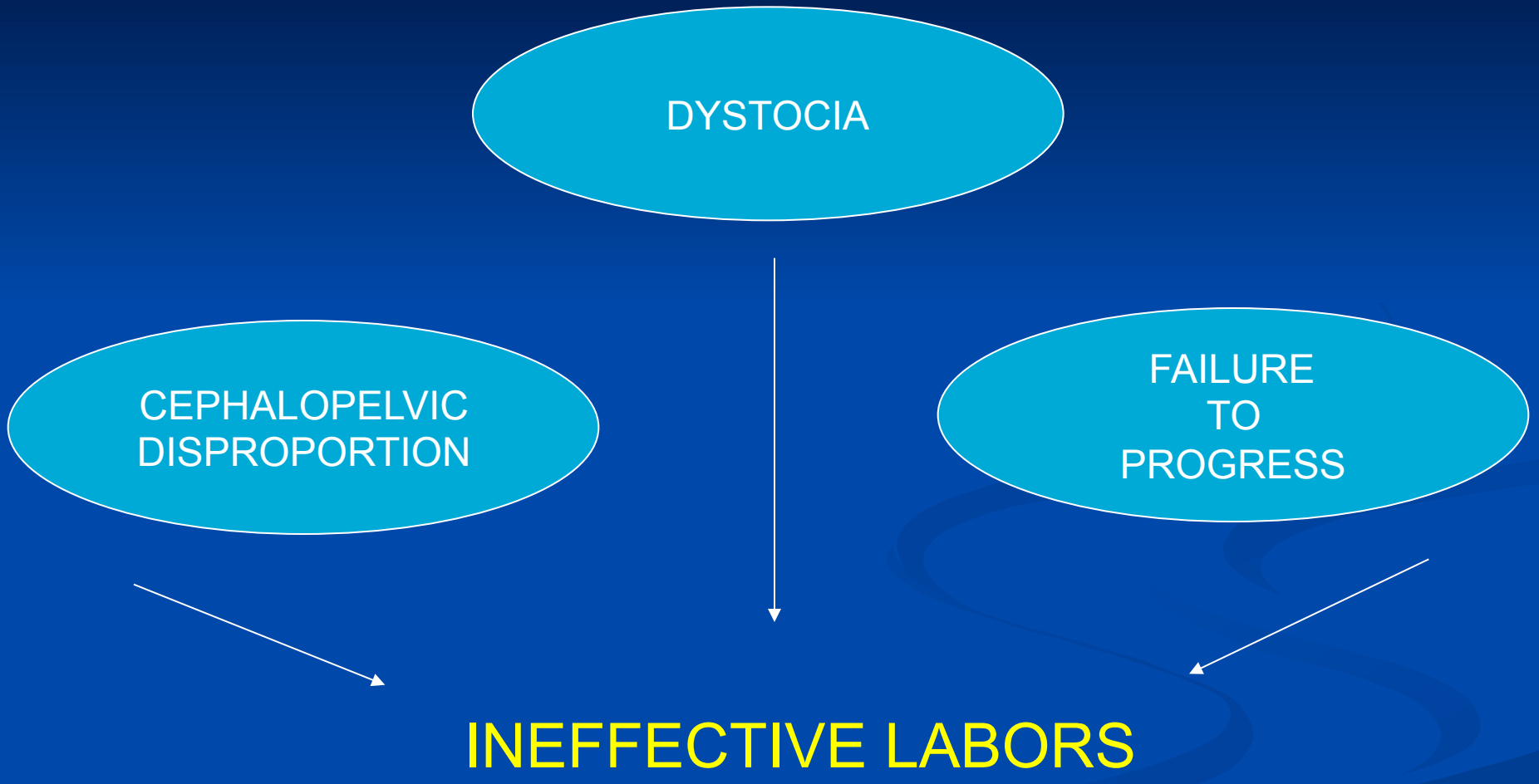
E' un travaglio difficoltoso, caratterizzato da un'anormale lentezza nella sua progressione

Nel 2007 , negli U.S.A. ,
l' American College of Obstetricians and Gynecologists ,
riferisce che

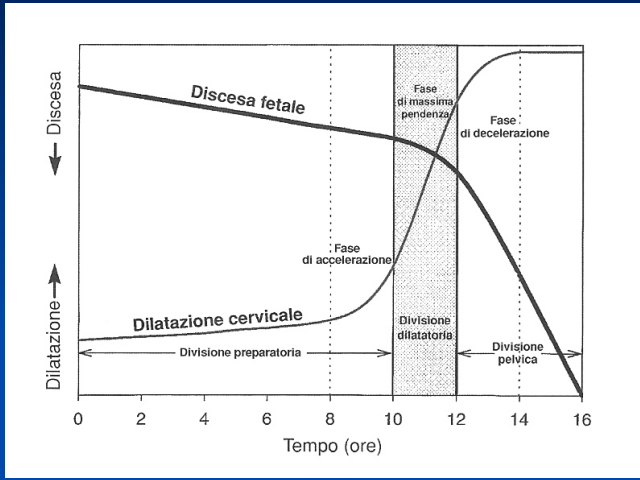
il 60% dei tagli cesarei

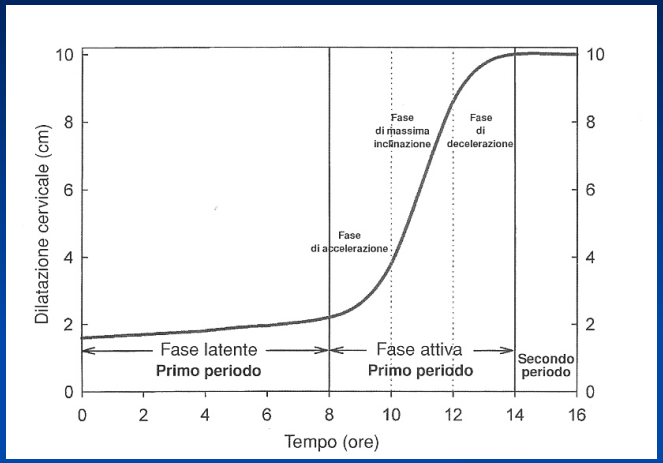
è stato eseguito con l' indicazione di

"*distocia*"!


DYSTOCIA
CEPHALOPELVIC DISPROPORTION
FAILURE TO PROGRESS
INEFFECTIVE LABORS

TRAVAGLIO "NORMALE"





Fase latente: in cui la madre riferisce contrazioni regolari, con progressiva e lenta dilatazione cervicale fino a 3-5 cm.

Fase attiva: quando si ha una dilatazione cervicale ≥ 3-4 cm in presenza di contrazioni uterine.

I STADIO

Inizia quando la cervice è completamente dilatata e termina con l'espulsione del feto

II STADIO

CAUSE DI DISTOCIA:

- a) Anomalie di forza (contrattilità uterina e sforzi espulsivi materni)
- b) Anomalie del canale del parto
- c) Anomalie che interessano il feto (corpo mobile)

a) Anomalie delle forze

La dilatazione cervicale, la progressione e l'espulsione del feto sono consentite dalle contrazioni uterine, che sono rinforzate durante il secondo stadio del travaglio dall'azione della muscolatura volontaria e involontaria della parete addominale ("la spinta"). Ciascuno di questi fattori può perdere di intensità e da ciò risulta un ritardo o un blocco del travaglio.

HYPOTONIC UTERINE DYSFUNCTION:

NON C'E' UN INCREMENTO PRESSORIO TALE
DA DILATARE LA CERVICE UTERINA

HYPERTONIC UTERIN DYSFUNCTION
OR
INCOORDINATE UTERINE DYSFUNCTION:

SI PRODUCE UNA DISTORSIONE DEL GRADIENTE IN CUI SI PROPOGA LA CONTRAZIONE, PER CUI O SI HA UNA FORZA MAGGIORE APPLICATA SUL SEGMENTO MEDIO DELL'UTERO CHE NON SUL FONDO, O UN COMPLETO ASINCRONISMO DEGLI IMPULSI CHE SI ORIGINANO IN CIASCUN CORNO UTERINO O COESISTONO ENTRAMBI

ANOMALIE DELLE FORZE

PROTRACTION DISORDER:
dilatazione< 1 cm /h per un intervallo di tempo ≥ 4 h

ARREST DISORDER:
mancata dilatazione per un intervallo di tempo ≥ 2 ore

N.B.: Secondo l'American College of Obstetricians and Gynecologists (1989) , tale
diagnosi può essere formulata solo se :

"- la fase latente del travaglio è stata completata,con una dilatazione della cervice uterina ≥ 4 cm";

- c'è un pattern di contrazioni ≥ 200 Unità Montevideo in un intervallo di 10 minuti, che persiste per due ore senza cambiamenti del canale cervicale".

FATTORI CHE ALTERANO IL II STADIO DEL TRAVAGLIO

-ANALGESIA LOCO REGIONALE?
- LIVELLO FETALE ALL'ESORDIO DEL TRAVAGLIO ATTIVO (+ è alto il livello, più è alto il rischio di taglio cesareo)?
- CORIONAMNIONITE TARDIVA?
- POSIZIONE DELLA DONNA DURANTE IL TRAVAGLIO?

FATTORI CHE ALTERANO
IL II STADIO
DEL TRAVAGLIO

ANALGESIA EPIDURALE:

↓

non ci sono evidenze che confermino che il suo ausilio possa essere causa di distocia

FATTORI CHE ALTERANO IL II STADIO DEL TRAVAGLIO

-LIVELLO FETALE ALL'ESORDIO DEL TRAVAGLIO ATTIVO: La discesa del diametro biparietale fetale a livello delle spine ischiatiche (livello 0), è definita IMPEGNO.

la mancanza di impegno all'esordio del travaglio, sebbene sia un fattore di rischio per la distocia, non potrebbe essere assunta per predire necessariamente una sproporzione fetopelvica. Questo aspetto è specialmente vero per le pluripare poiché tipicamente la testa fetale scende più tardi nel travaglio.

FATTORI CHE ALTERANO IL II STADIO DEL TRAVAGLIO

-CORIONAMNIONITE: A causa di un'associazione tra travaglio prolungato e infezione materna intrapartum, alcuni clinici hanno suggerito che l'infezione stessa giochi un ruolo nello sviluppo di una anormale attività uterina.

Satin e collaboratori (1992) hanno studiato gli effetti della corionamnionite sulla stimolazione del travaglio con ossitocina in 266 gravidanze. La corionamnionite diagnosticata tardivamente nel travaglio era stata trovata essere un marker di parto cesareo per distocia, mentre questo non era stato osservato per quelle che avevano una corionamnionite precocemente nel travaglio.

CONCLUSIONI: l'infezione uterina è una conseguenza della disfunzione di un prolungato travaglio piuttosto che causa di distocia.

SPROPORZIONE FETO-PELVICA

- DERIVA DALLA DIMINUITA CAPACITA' PELVICA, DALL' ECCESSIVA TAGLIA FETALE O DA ENTRAMBI I FATTORI

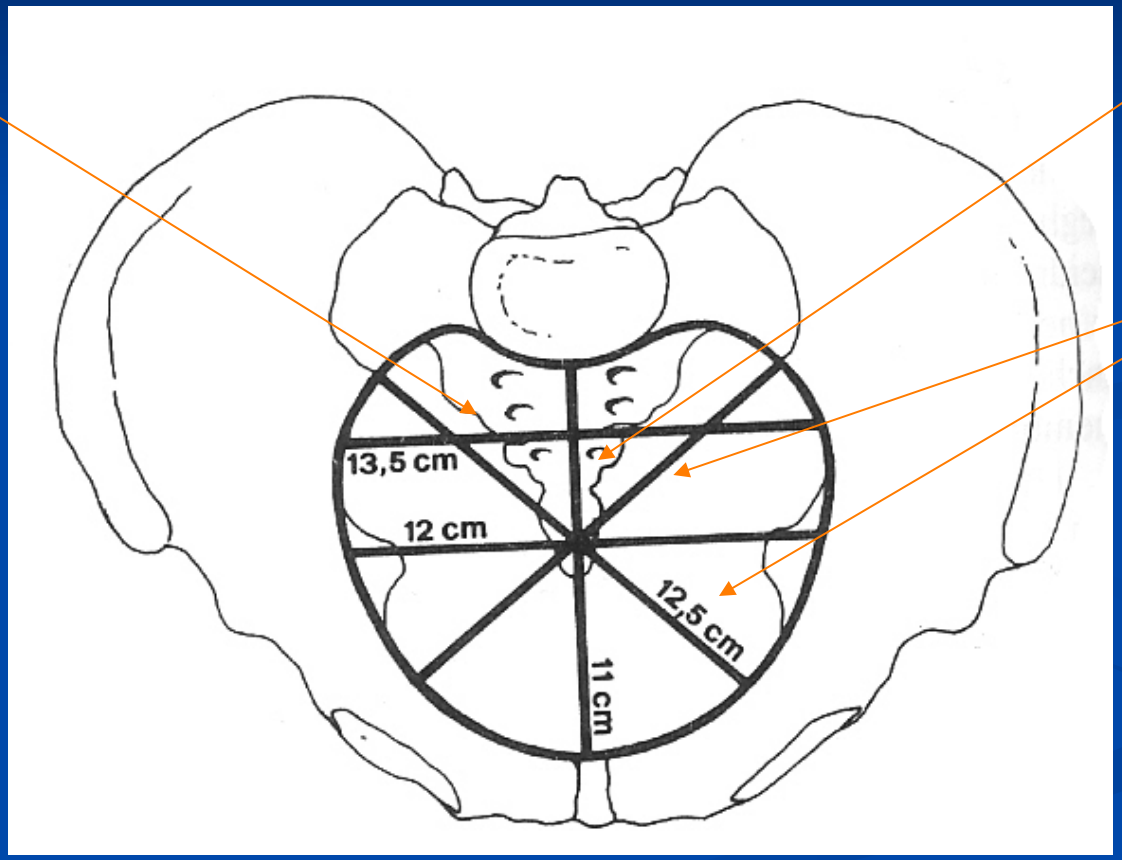
b) Anomalie del canale del parto

- Riduzione dello stretto superiore
- Riduzione dello stretto medio

LO STRETTO SUPERIORE

Diametro trasverso massimo

Diametro anteroposteriore



Diametri obliqui

RIDUZIONE DELLO STRETTO SUPERIORE

Lo stretto superiore è usualmente considerato contratto se il suo diametro anteroposteriore più corto è < 10 cm o se il diametro traverso più lungo è < 12 cm.

Il diametro anteroposteriore dello stretto superiore è comunemente approssimato dalla misurazione manuale con la coniugata diagonale, che è circa 1,5 cm più lunga.

Comunque la sua riduzione è definita come una coniugata diagonale < 11,5 cm.

NELLA RIDUZIONE DELLO STRETTO SUPERIORE:

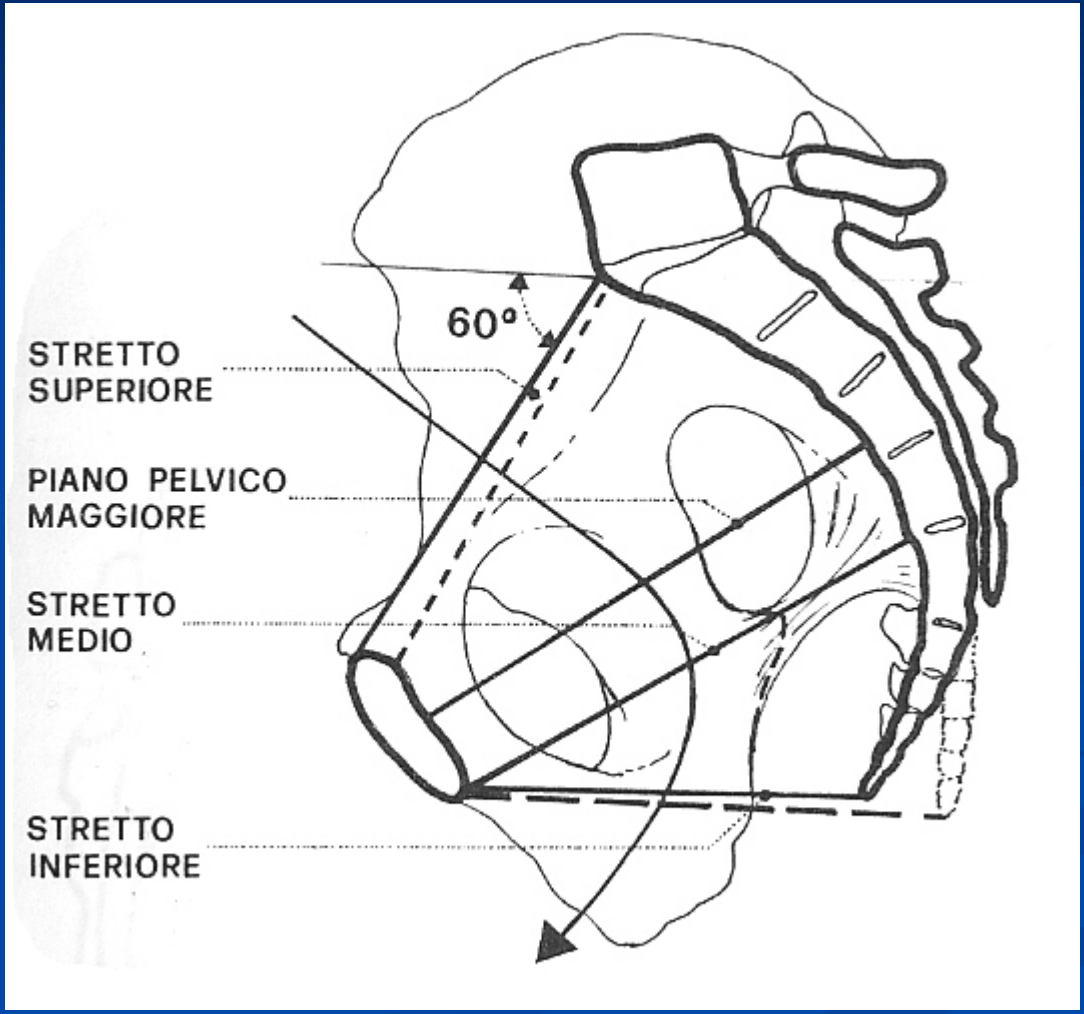
- È più frequente la rottura spontanea delle membrane;

Quando lo stretto superiore è considerevolmente ridotto la discesa di solito non prende posto fino e dopo l'inizio del travaglio, o per niente affatto. La presentazione cefalica resta predominante, ma poiché la testa fluttua sullo sbocco pelvico liberamente, o resta più lateralmente in una delle fosse iliache, influenze molto scarse possono far sì che il feto assuma altre presentazioni.

Tra le donne con la pelvi ridotta….

- .. le presentazioni di faccia e di spalla, sono valutate tre volte più frequentemente , e il prolasso del cordone ombelicale accade da 4 a 6 volte più frequentemente.

LO STRETTO MEDIO



RIDUZIONE DELLO STRETTO MEDIO

- Il piano ostetrico dello stretto medio si estende dal margine inferiore della sinfisi pubica fino alle spine ischiatiche e tocca il sacro vicino alla giunzione della IV e V vertebra .
- Le normali misure dello stretto medio sono quelle che seguono:

  traverso, o interspinoso: 10,5 cm;

  anteroposteriore, dal margine più basso della sinfisi pubica alla giunzione di S4-S5:11,5 cm;

  sagittale posteriore, dal punto di mezzo della linea interspinosa allo stesso punto sul sacro: 5 cm.

  La definizione di stretto medio ristretto non può essere stabilito con la stessa precisione del restringimento dello stretto superiore. Infatti, lo stretto medio è ridotto quando la somma dei diametri interischiatico spinoso e sagittale posteriore dello stretto medio - normale, 10,5 più 5 cm, o 15,5 cm – cade a 13,5 cm o al di sotto. Si sospetta una restrizione dello stretto medio ogni volta che il diametro spinoso interischiatico è inferiore a 10 cm. Quando esso misura meno di 8 cm, lo stretto medio è ristretto.

Quali mezzi abbiamo a nostra disposizione per diagnosticare una restrizione dei diametri pelvici?

- PELVIMETRIA CON I RAGGI X
- TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE

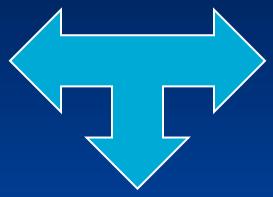
Come possiamo predire una sproporzione feto-pelvica per il peso fetale?

Gli sforzi per predire clinicamente e radiograficamente la sproporzione feto-pelvica basati sul peso fetale hanno prodotto disappunti.

La sproporzione fetopelvica usualmente non è associata semplicemente con un eccessivo peso fetale.

In realtà non esiste attualmente un metodo soddisfacente per la predizione accurata di sproporzione feto-pelvica basata sulla taglia della testa fetale.

c) Anomalie del feto



di presentazione

di sviluppo

di posizione

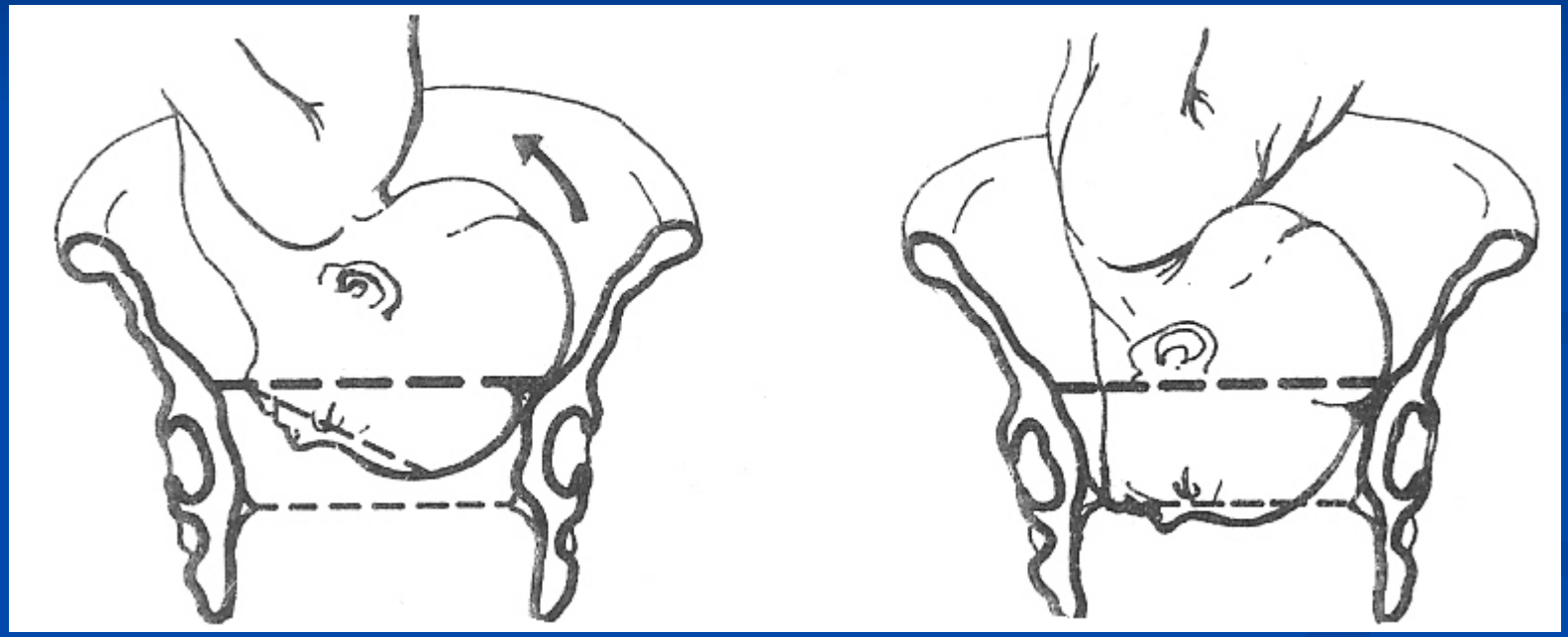
Presentazione di faccia, di fronte, composita

Feti macrosomici

Situazione trasversa, posizione di occipito posteriore persistente, posizione di occipito-trasverso persistente

PRESENTAZIONE DI FACCIA

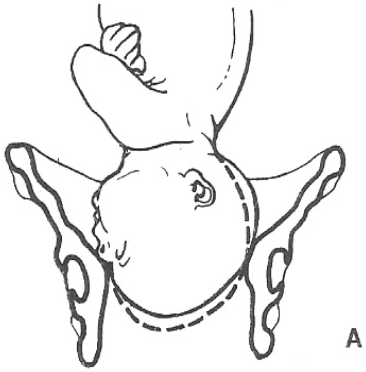
DIAMETRO DI IMPEGNO : SOTTOMENTO BREGMATICO: 9,5 cm

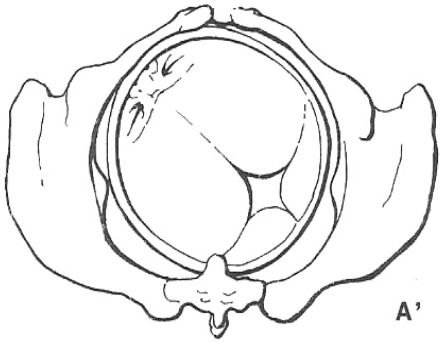


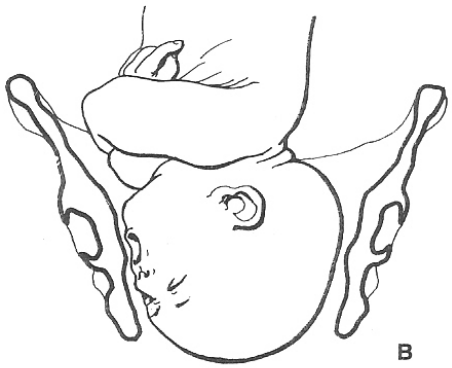
- Incidenza: 1: 600, o dello 0,17%.
- Diagnosi: : La presentazione di faccia è diagnosticata con l'esplorazione vaginale e la palpazione delle caratteristiche distintive facciali delle labbra e del naso, le ossa malari e in particolar modo le cavità orbitarie. E' possibile confondere una presentazione podalica per una presentazione di faccia, poiché l'ano può essere preso per la bocca e le tuberosità ischiatiche per le prominenze malari. E' caratteristica la dimostrazione radiografica dell'iperestensione della testa con le ossa facciali sopra o sotto l'ingresso pelvico

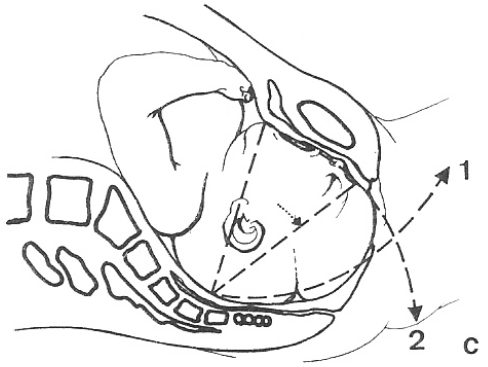
- Cause:
  - feti macrosomici
  - stretto superiore ridotto
  - addome pendulo della madre
  - giri di funicolo intorno al collo
  - alta parità materna
  - feti anencefalici

PRESENTAZIONE DI FRONTE





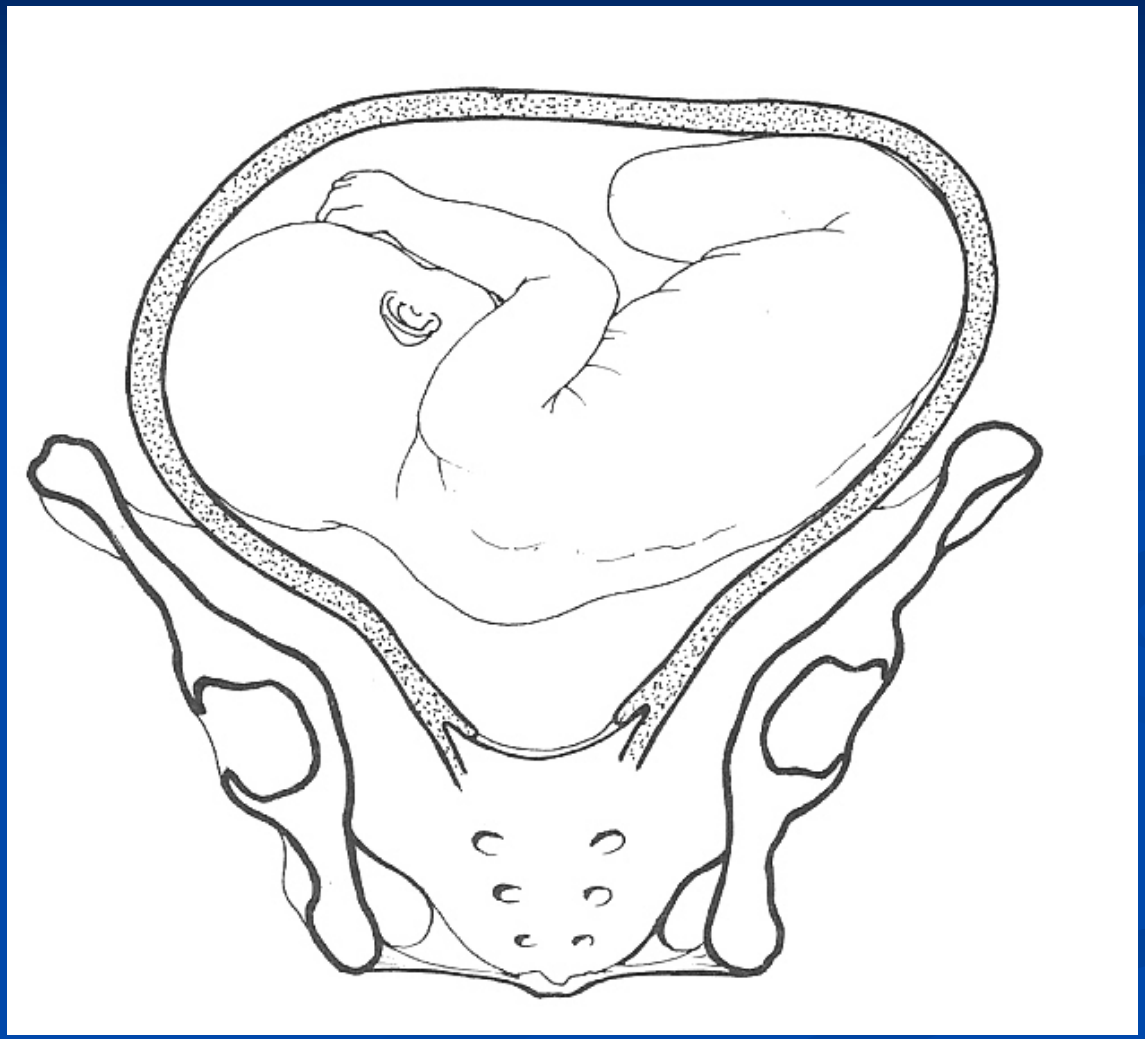




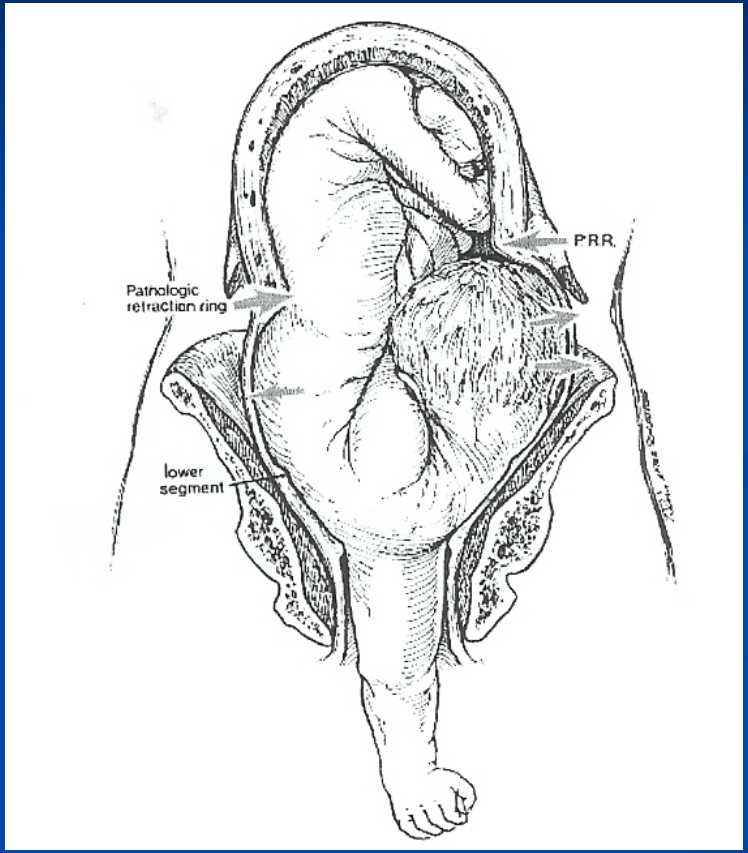
DIAMETRO DI IMPEGNO:
MENTO OCCIPITALE: 13 CM

Questa presentazione è la più rara ed è diagnosticata quando quella porzione della testa fetale tra la cavità orbitaria e la fontanella anteriore si presenta allo stretto superiore. La testa fetale allora occupa una posizione in mezzo tra la piena flessione (occipite) e l'iperestensione (mento o faccia). Eccetto quando la testa fetale è piccola o la pelvi è inusualmente larga, **l'impegno della testa fetale e il successivo parto non possono avvenire fino a quando persiste la presentazione di fronte.**

SITUAZIONE TRASVERSA



PRESENTAZIONE DI SPALLA TRASCURATA



Questa posizione avviene quando l'asse lungo del feto è approssimativamente perpendicolare a quello della madre. Nella situazione traversa, la spalla è usualmente sopra lo stretto superiore, con la testa che si trova in fossa iliaca e il podice nell'altra. In questa, che è definita la *presentazione di spalla*, il lato della madre su cui poggia l'acromion determina la definizione della situazione come destra o sinistra acromiale. Inoltre, poiché in ciascuna posizione il dorso può essere diretto anteriormente o posteriormente, superiormente o inferiormente, è di uso comune distinguere le varietà dorsoanteriori e dorsoposteriori .

- La situazione trasversa accade un caso su 322 parti singoli (0,3 %)
- **DIAGNOSI:** La diagnosi di solito è fatta in modo semplice, spesso con la sola ispezione. L'addome e inusualmente largo, laddove il fondo uterino si estende soltanto all'ombelico in modo insignificante. Non è riscontrato il polo fetale sul fondo, e la testa ballottabile viene trovata in una fossa iliaca e il podice nell'altra. La posizione del dorso è prontamente identificabile. Quando il dorso è anteriore vedi un piano resistente, duro attraverso il davanti dell'addome. Quando il dorso è posteriore, bozzi irregolari rappresentano le piccole parti e sono avvertite attraverso la parete addominale.

- **EZIOLOGIA.** Le comuni cause di situazione traversa sono:
  - Rilassamento della parete addominale per l'alta parità
  - Feti pre-termine
  - Placenta previa
  - Anatomia uterina anomala (es: utero setto)
  - Liquido amniotico in eccesso
  - Pelvi ristretta

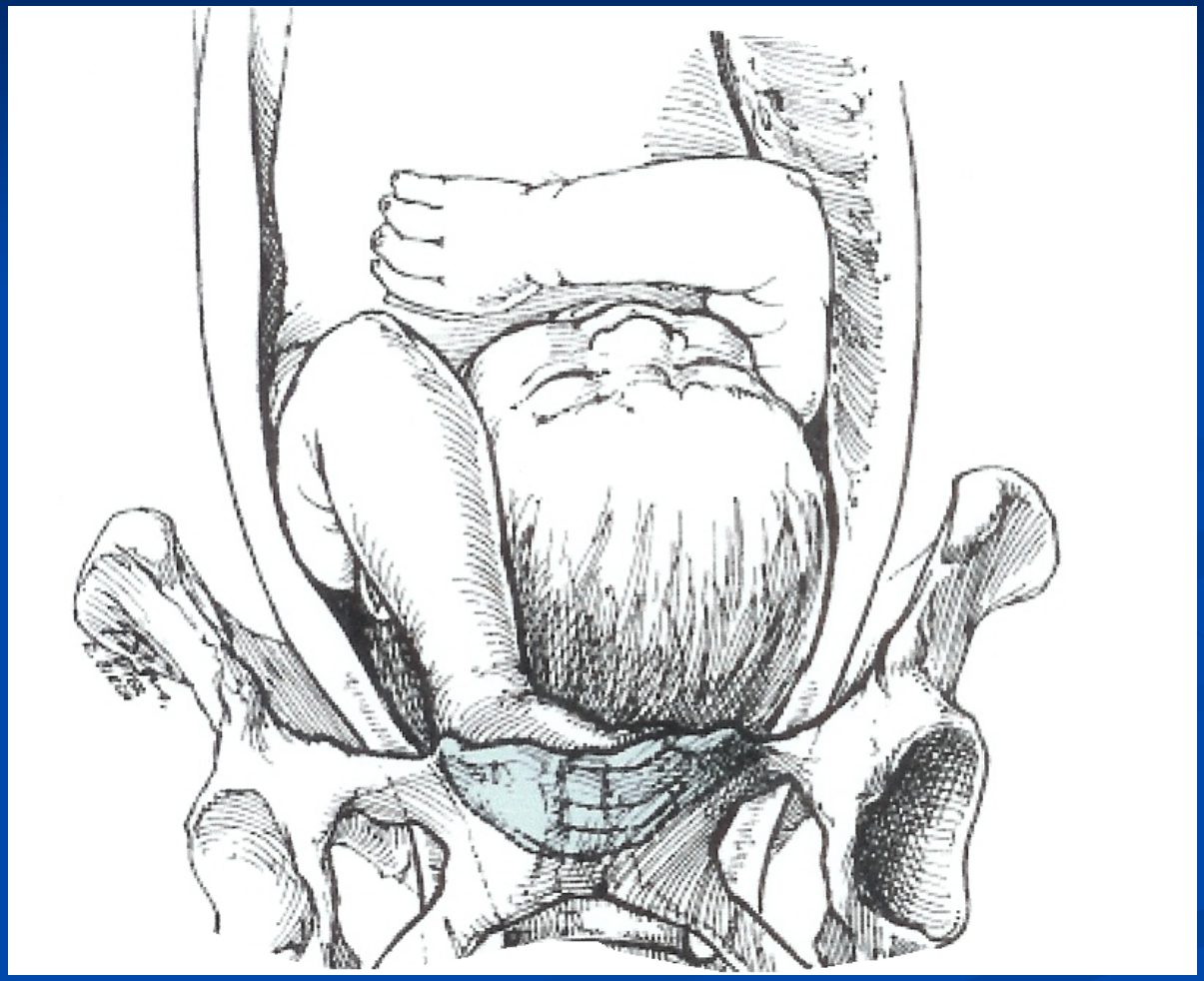
MECCANISMI DEL TRAVAGLIO. Il parto spontaneo di un neonato pienamente sviluppato è impossibile con una situazione traversa persistente. Dopo la rottura delle membrane , se il travaglio continua , la spalla fetale è forzata dentro la pelvi, e il corrispondente braccio frequentemente prolassa .

Come il travaglio continua, la spalla è impattata fermamente contro la parte più alta della pelvi. L'utero allora si contrae vigorosamente nel tentativo vano di superare l'ostacolo. Col tempo, insorge un anello di retrazione via via più elevato,e diventa sempre più marcato. Questa condizione viene definita come

Situazione traversa trascurata. Se non viene prontamente riconosciuta, l'utero può eventualmente rompersi, facendo correre alla madre e al feto gravi rischi. Anche con le migliori delle cure, la morbilità è aumentata a causa della frequente associazione con la placenta previa , l'aumentata probabilità del prolasso di funicolo, e la necessità di maggiori sforzi operativi.

MANAGEMENT: In generale, l'esordio del travaglio attivo in una donna con una situazione trasversa è indicazione per il parto cesareo. Una volta che il travaglio è bene avviato, si tenta una conversione in una situazione longitudinale attraverso la manipolazione addominale che sembra non sia di successo.

PRESENTAZIONE COMPOSITA



INCIDENZA VARIABILE TRA 1:500 A 1:1500

ASSOCIAZIONE D'ARTO

La perdita neonatale è aumentata se si trova concomitanza con parto pretermine, prolasso del cordone e procedure ostetriche traumatiche.

In molti casi il prolasso da solo di una parte non interferisce con il travaglio di parto.

Se l'arto è prolassato lungo la testa si potrebbe far risalire la parte facendo ritrarre l'arto e permettendo la discesa della testa, oppure l'arto prolassato può essere delicatamente portato fuori e simultaneamente si procede al disimpegno della testa.

PRESENTAZIONE OCCIPITO-POSTERIORE

Il travaglio e il parto non necessitano di differenti comportamenti rispetto al parto in presentazione occipito-anteriore.

La progressione avviene per la progressiva dilatazione del collo e per la discesa della testa.

In molti casi il parto può avvenire senza grandi difficoltà una volta che la testa affiora a livello del perineo.

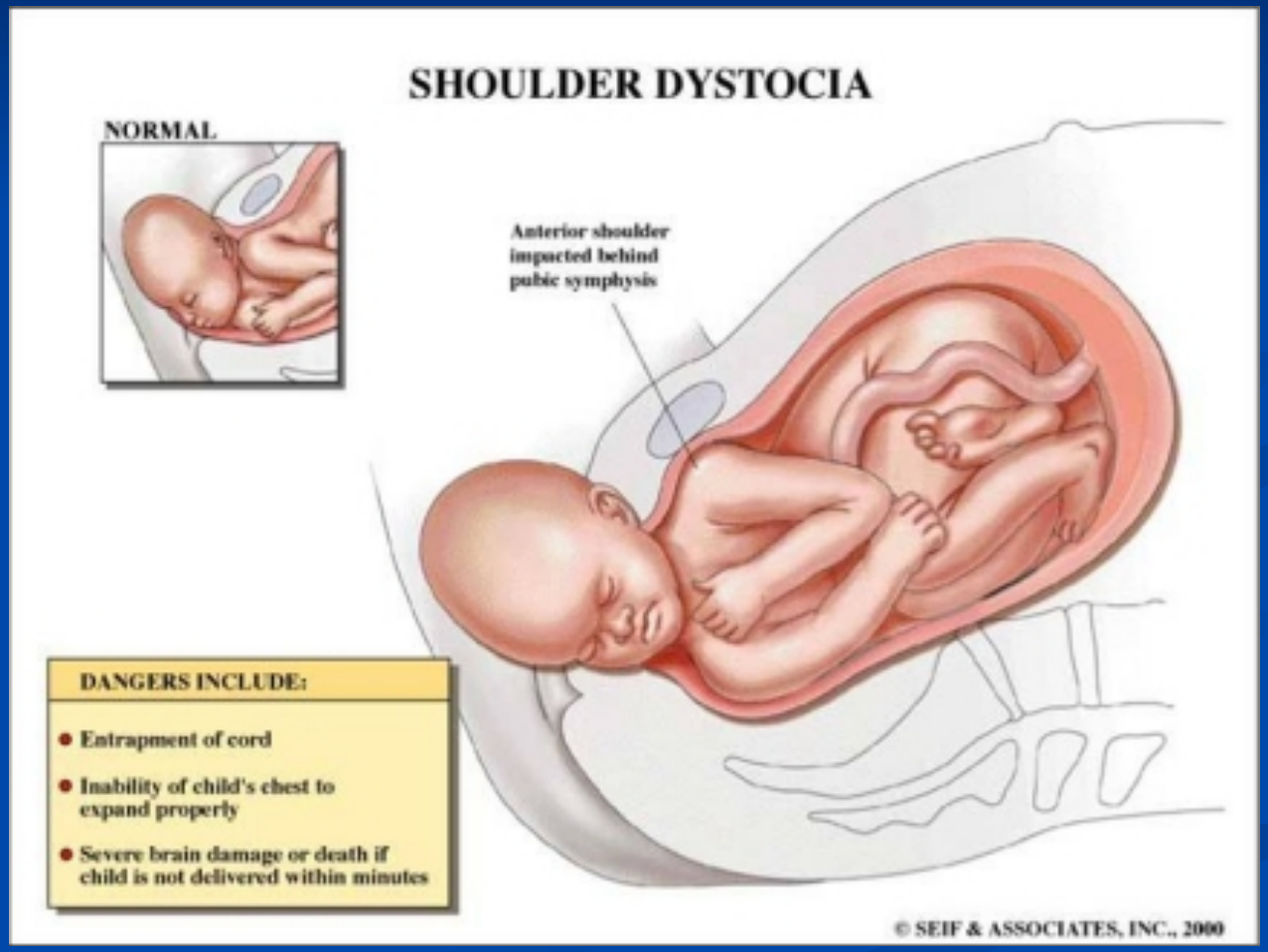
POSIZIONE OCCIPITO-TRASVERSA

- In assenza di alterazioni dell'architettura della pelvi la posizione occipito-trasversa è per la maggior parte dei casi transitoria, perché l'occipite tende a ruotare in posizione anteriore.

- Non di meno questa situazione può verificarsi in caso di contrazioni uterine spontanee inefficaci o rese tali da analgesia epidurale.

DISTOCIA DI SPALLA

INCIDENZA VARIABILE TRA 0,15 e 4,38%



DEFINIZIONI:

- Mancanza nell'espulsione delle spalle fetali
- Parto che richiede manovre ostetriche supplementari dopo la usuale moderata trazione verso il basso della testa fetale per permettere l'espulsione delle spalle (ACOG- Practice Bulletin n.40. Novembre 2002)
- Tempo prolungato tra la fuoriuscita della testa e il resto del corpo fetale (> 60 secondi) e/o necessità di manovre ostetriche supplementari (Spong CY et Al. Obstet Gynecol .1995; 16(4): 197-201)

Tempo usuale in parti normali = 24 sec circa

nella distocia = 79 sec circa

LA DIAGNOSI : prima del parto **è impossibile!!**

I FATTORI DI RISCHIO MATERNO:

- l'obesità
- la multiparità
- il diabete
- precendente parto con distocia di spalla

poiché essi sono associati ad un incremento del peso fetale.

Il rischio di distocia di spalla aumenta quanto maggiore è il peso fetale

> IL PESO FETALE = > RISCHIO DI DISTOCIA DI SPALLA?

- Keller e al. (1991) hanno diagnosticato una distocia di spalla nel 7% delle gravidanze complicate da diabete gestazionale.
- Inoltre hanno provato che c'è una associazione tra le gravidanze prolungate e la distocia di spalla, perché molti feti continuano a crescere dopo la 42° settimana.
- Per questi motivi alcuni autori ipotizzano l'utilizzo della ecografia per far diagnosi di macrosomia fetale e la scelta di taglio cesareo per prevenire la distocia di spalla (O'Leary1992).
- ….quasi la metà dei neonati con distocia di spalla pesavano meno di 4000gr. (Keller e al. 1991)

  Addirittura Nocon e al. (1993) hanno descritto distocia di spalla in neonati di 2260gr

CONCLUDENDO: L'American college of Obstetricians and Gynecologists (2002) ha concluso che l'uso profilattico del taglio cesareo in tutte le donne con feti macrosomici è inappropriato eccetto in quei casi in cui la stima del peso è superiore a 5000 gr in donne non diabetiche e 4500gr in donne diabetiche.

SINTOMATOLOGIA:

- La rotazione esterna non si verifica o è solo accennata, il mento si accorcia e deprime il perineo – la testa sembra che voglia entrare in vagina (segno della tartaruga).

- La trazione sulla testa blocca la fuoriuscita delle spalle che rimangono intrappolate sotto la sinfisi

MANAGEMENT:

Poiché la distocia di spalla non può essere prevista bisogna essere ben organizzati nel caso si verifichi questa complicanza.

La riduzione dell'intervallo di tempo dall'uscita della testa alla nascita è molto importante per la sopravvivenza del feto

H.E.L.P.E.R.!!!

- **H**elp: **chiamare in aiuto** l'ostetrico, l'anestesista il neonatologo ;
- **E**pisiotomy: fare **un'ampia episiotomia** per ridurre l'ostacolo tessutale e avere uno spazio per le manovre.
- **L**egs: **flessione delle gambe**
- **P**ressure o **P**ush:**pressione sulla sinfisi pubica** (spalla anteriore) e in contemporanea una trazione verso la parte posteriore della testa fetale in modo da disimpegnare la spalla anteriore
- **E**nter: **introdurre la mano nella pelvi** cercando la faccia anteriore della spalla posteriore in modo da ridurre il diametro delle spalle applicando una pressione sulla spalla posteriore in direzione sternale
- **R**emoval:**estrarre il braccio posteriore** dopo aver cercato con la mano in vagina l'omero e il braccio posteriore flettendolo ed accostandolo

I PRIMI TRE STEPS SONO RISOLUTIVI NELLA MAGGIOR PARTE DEI CASI DI DISTOCIA DI SPALLA , SE FALLISCONO PROCEDERE CON GLI STEPS SUCCESSIVI

E' VIETATO:

- **Esercitare trazione o rotazione forzata sulla testa fetale** (aumenta il diametro bisacromiale e ne può risultare una lesione del plesso brachiale)

- **Fare manovre di Kristeller: la pressione sul fondo dell' utero può portare alla sua rottura**

CONSEGUENZE MATERNE:

- Emorragia post partum da atonia uterina
- Lacerazione della cervice
- Lacerazione vaginale

CONSEGUENZE FETALI:

- Alta morbilità e mortalità fetale
- Frattura della clavicola mono o bilaterale
- Frattura dell'omero braccio posteriore
- Stiramenti dei plessi nervosi cervicali e brachiali
- Lesioni dei plessi brachiali (dal 4 al 40% solo il 10% invalidanti)
- Danni neonatali secondari all'encefalopatia ipossico-ischemica

INFINE, QUALI POSSONO ESSERE LE CONSEGUENZE MATERNE E FETALI DI UN PARTO DISTOCICO?

Conseguenze materne:

- infezione intra-partum
- formazioni di fistole
- danno del pavimento pelvico
- danno neurologico degli arti inferiori

Conseguenze fetali:

- infezione intra-partum
- tumore da parto
- molding (rimodellamento) della scatola cranica
- emorragia subdurale