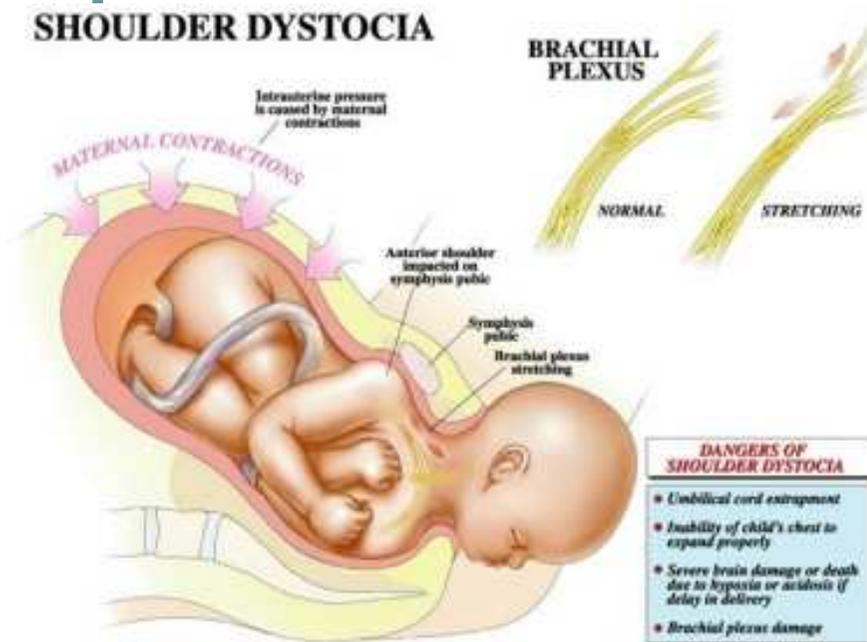


Corso di Laurea in Ostetricia
C.I. “ Patologia ostetrica e primo soccorso”
Prof. P. Greco

DISTOCIA DI SPALLA



Distocia di spalla: emergenza grave ed imprevedibile

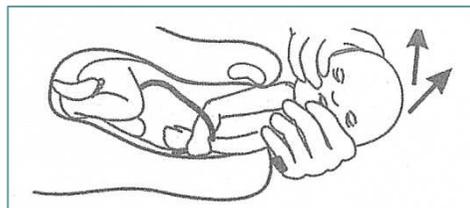
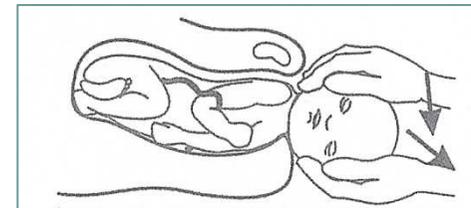
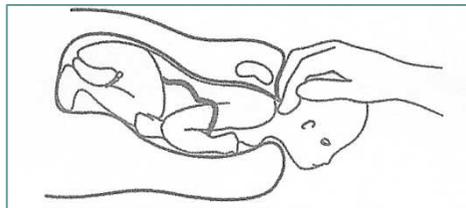
E' una complicazione improvvisa del parto di un feto in presentazione cefalica, caratterizzata dalla mancata espulsione delle spalle dopo la fuoriuscita della testa.

In altre parole si verifica quando la testa fetale è già disimpegnata e le spalle sono fisse e non possono disimpegnarsi.

La distocia delle spalle e la conseguente sequela di danni neonatali (asfissia, compressione del plesso branchiale), si colloca come la seconda causa in ordine di frequenza tra i contenziosi medico-legali per responsabilità professionale del medico e dell'ostetrica nell'assistenza al parto

Distocia di spalla: fisiologia

Una volta che la testa è stata espulsa e la rotazione esterna compiuta portando le spalle in posizione diretta antero posteriore, la spalla anteriore fa perno sotto la sinfisi pubica



e generalmente si fa partorire la spalla anteriore.

Distocia di spalla: fisiologia

Ma se l'espulsione è spontanea è spesso la spalla posteriore ad uscire per prima perché il feto usa la sinfisi come fulcro per fare inclinare la colonna vertebrale in avanti e la spalla posteriore scivola sopra il perineo.

In altre parole, la spalla anteriore viene vista per prima, ma è la spalla posteriore che deve essere “delivered” per prima.

Permettere ciò può aiutare ad evitare la distocia di spalla.

Distocia di spalla:

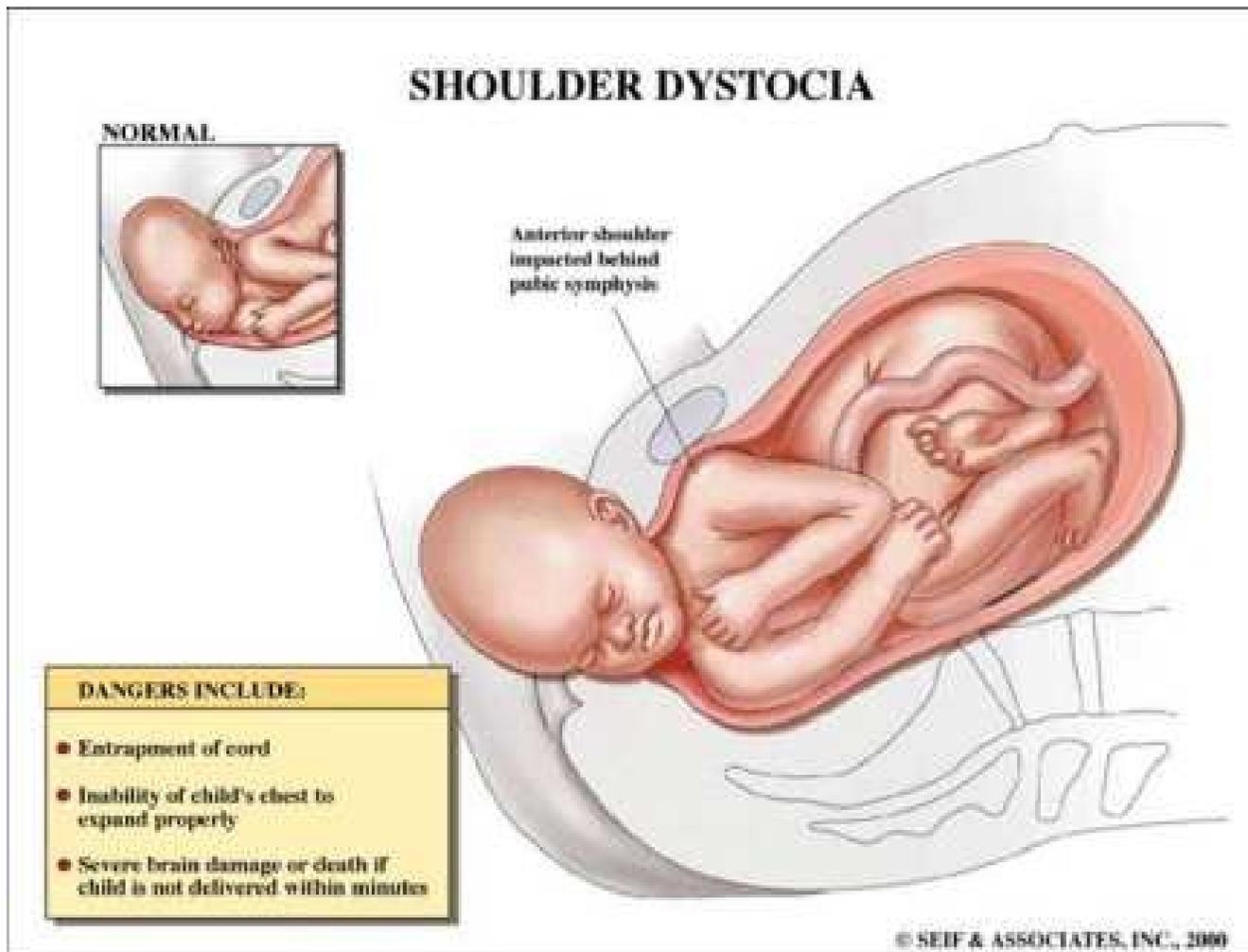
Si distingue:

1° tipo o maggiore - 2° tipo o minore

Distocia maggiore	Distocia alta: spalla anteriore e spalla posteriore sopra sinfisi pubica
Mancato o ritardato impegno delle spalle (dm bisacromiale allo stretto superiore)	
	Distocia bassa o incompleta o unilaterale: spalla posteriore nella concavità sacrale

Distocia minore - Mancata rotazione interna delle spalle dopo la sua penetrazione nel canale osseo

Distocia di spalla: momento patogenetico



Distocia di spalla: epidemiologia

Incidenza:

- ❖ 0,2 – 2,1 % di tutti i parti (Sack 1969)
- ❖ 10% se il peso del feto > 4500 all'h
- ❖ 35% se il peso > 4500 + durata 2° stadio > 1h

Complicazioni:

- ❖ 13-27% paralisi plesso brachiale
- ❖ 10-30% sequele a lungo termine
- ❖ 13 – 25% fratture clavicola
- ❖ Rare fratture omero
- ❖ 0,02% mortalità (30% se il peso è > 4500 g. e se la durata del II° stadio è > di 1 h.
- ❖ Le lesioni del plesso brachiale sono 42 volte maggiori nel feto di peso > 4500 g. rispetto al feto di 3500 g.

Distocia di spalla: ecografia e peso stimato

Pur essendo la distocia di spalla un evento imprevedibile e quindi inevitabile, la conoscenza dei fattori di rischio e del protocollo terapeutico delle manovre ostetriche possibili, può costituire la migliore garanzia per un trattamento appropriato di questa complicazione della nascita, per la prevenzione e la riduzione delle sue conseguenze.

In un recente articolo *dell'American Journal Obstetrics e Gynecologist* del giugno 2005, si ribadisce che non esistono fattori di rischio realisticamente predittivi.

Anche se la distocia di spalla si osserva più frequentemente con l'aumento del peso fetale alla nascita, l'attuale limitazione di accuratezza (margine d'errore > del 15%) nella stima ecografica antenatale del peso, esclude nella pratica la sua capacità predittiva) Tuttavia solo la circonferenza addominale può risultare una misura affidabile.

Distocia di spalla: fattori di rischio predisponenti

Nel 50% dei casi si verifica in assenza di fattori predisponenti.

Fattori anamnestici e identificabili nel corso della gravidanza:

- ❖ Macrosomia 6,7
- ❖ Precedente distocia 4%
- ❖ Diabete gestazionale 2,8
- ❖ Diabete preestazionale 5,7

Fattori di rischio legati al travaglio e al parto

- ❖ uso di ossitocina 3,5%
- ❖ parto operativo vaginale 3,5%

Nelle precesarizzate una distocia di spalle può rappresentare il primo segno di rottura d'utero o di deiscenza della cicatrice laparotomica
(Pescetto 2000)

Distocia di spalla: quale terapia?

Taglio cesareo per tutte le macrosomie?

Riflessione:

In assenza di diabete materno per i bambini di peso maggiore di quattro chili si dovrebbero eseguire 200 tagli cesarei inutili per prevenire un solo caso di lesione permanente del plesso brachiale.

Novanta cesarei inutili se al peso superiore ai 4000 g. è associato il diabete.

Comunque

Essere sempre preparati per una distocia di spalla in tutti i parti e specialmente se si annuncia un bambino grosso avere disponibili alcune persone cui chiedere aiuto.

Distocia di spalla: sintomatologia e diagnosi

La testa fetale è uscita con difficoltà, magari preceduta da un rallentamento nella progressione e rimane strettamente appoggiata alla vulva.

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 tella tartaruga).

La trazione sulla testa blocca la fuoruscita delle spalle che rimangono intrappolate sotto la sinfisi.

Quindi per il neonato si determina ipossiemia grave per motivi biochimici (compressione placentare dell'utero semisvuotato) e per motivi idrodinamici (massa sanguigna spostata verso il polo cefalico).

Distocia di spalla: cosa non fare

- **Non esercitare trazione o rotazione forzata sulla testa fetale** (aumenta il diametro bisacromiale e ne può risultare una lesione del plesso brachiale)
- **Non fare Kristeller: la pressione sul fondo dell'utero può portare alla sua rottura**

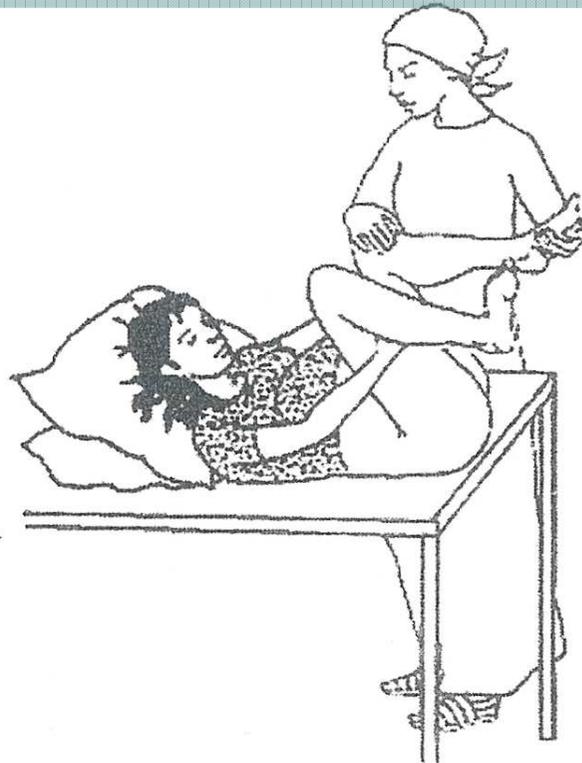
Distocia di spalla: cosa fare H.E.L.P.E.R.

- H**elp *chiamare in aiuto l'ostetrico con più esperienza*
- 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 a 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 dello sterno*
- R**emoval *estrarre il braccio posteriore dopo aver cercato con la mano in vagina l'omero e il braccio posteriore flettendolo ed accastandolo ▶*

Distocia di spalla: cosa fare H.E.L.P.E.R.

Legs

flessione delle gambe



Distocia di spalla: cosa fare H.E.L.P.E.R.

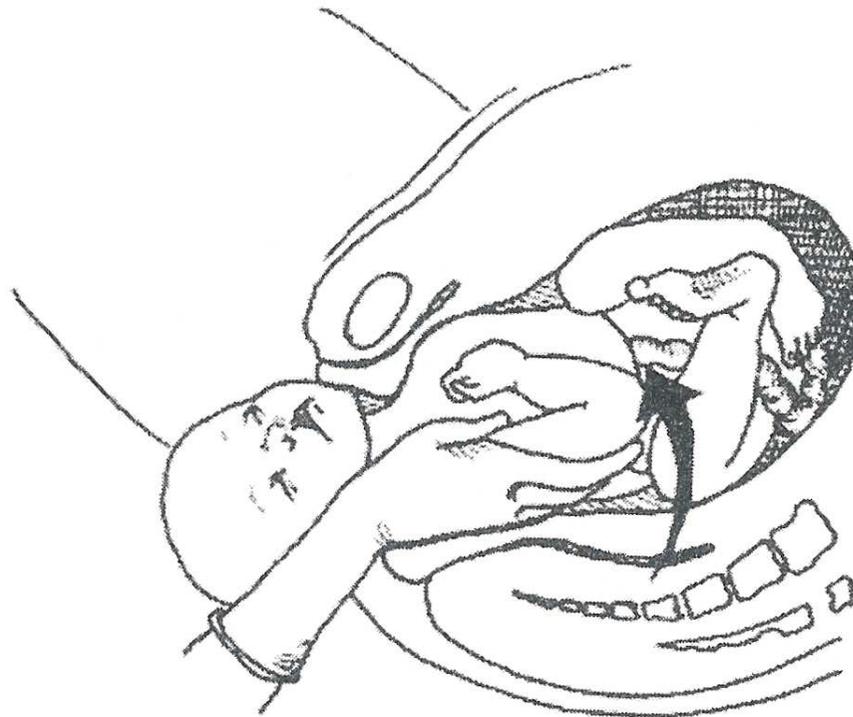
Pressure o **P**ush *pressione sulla sinfisi pubica*



Distocia di spalla: cosa fare H.E.L.P.E.R.

Removal

estrarre il braccio posteriore



Distocia di spalla: cosa fare H.E.L.P.E.R.

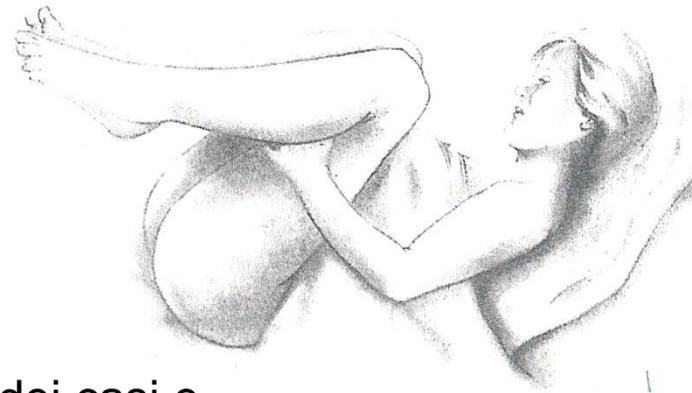
Se ancora dopo queste manovre la fuoruscita delle spalle non si verifica, allora procedere a fratture intenzionali delle clavicole esercitando una pressione a livello del terzo medio della clavicola (attenzione a non rompere la succlavia).

Distocia di spalla: manovre

Manovra di Mc Roberts

Donna in posizione ventrale forzata in modo da provocare:

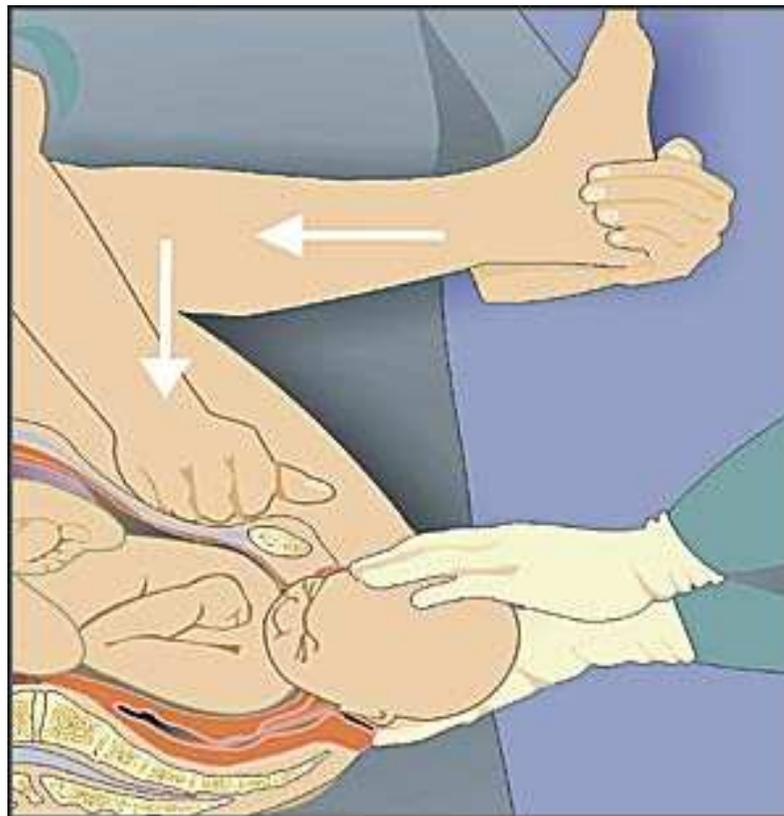
- a) Una rotazione cefalica della sinfisi pubica che si sposta cranialmente
- a) Un appiattimento della lordosi lombare che favorisce l'espulsione delle spalle subito dopo la liberazione della spalla anteriore scompare il segno della "tartaruga"



Mc Roberts + Push è risolutiva nel 50% dei casi e va fatta anche negli arresti del II° stadio perché aumenta del 30% la forza propulsiva dell'utero

Distocia di spalla: manovre

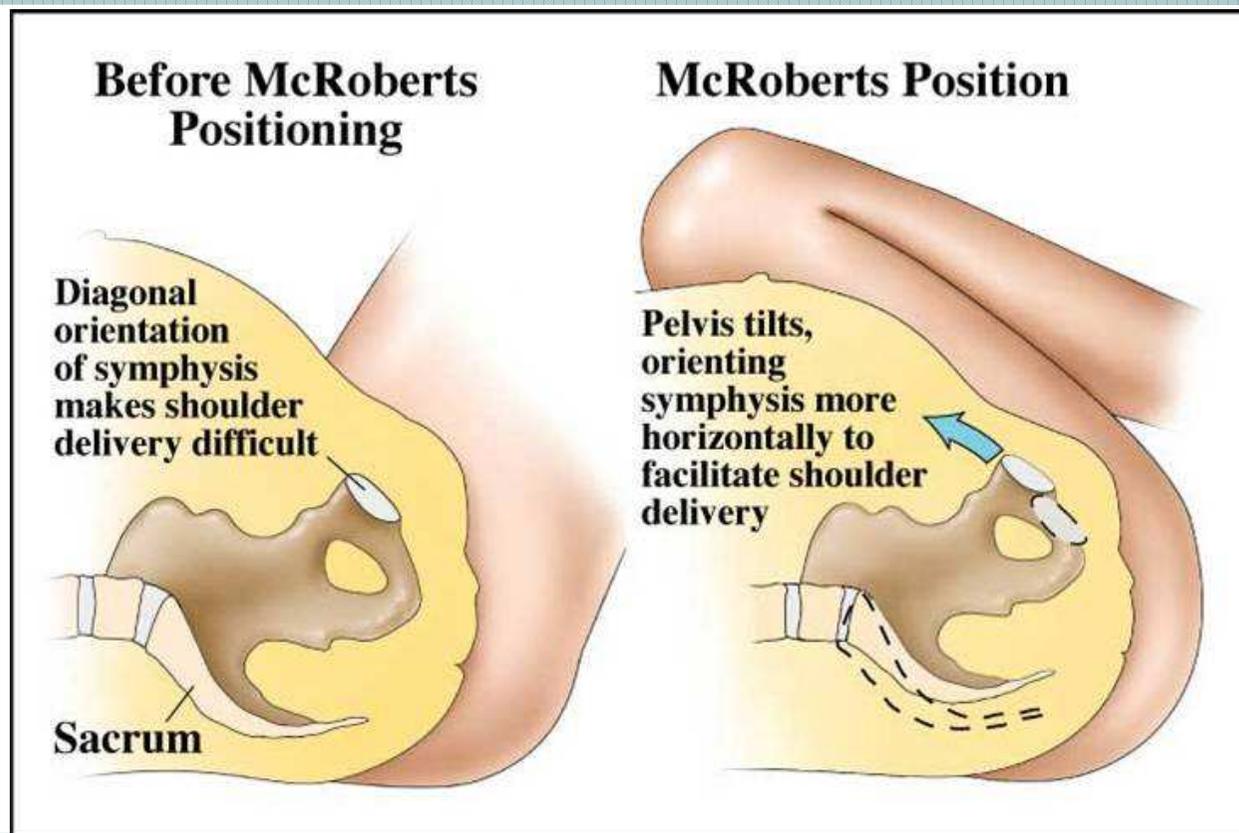
Manovra di Mc Roberts



© 2004 LARRY HOWELL

Distocia di spalla: manovre

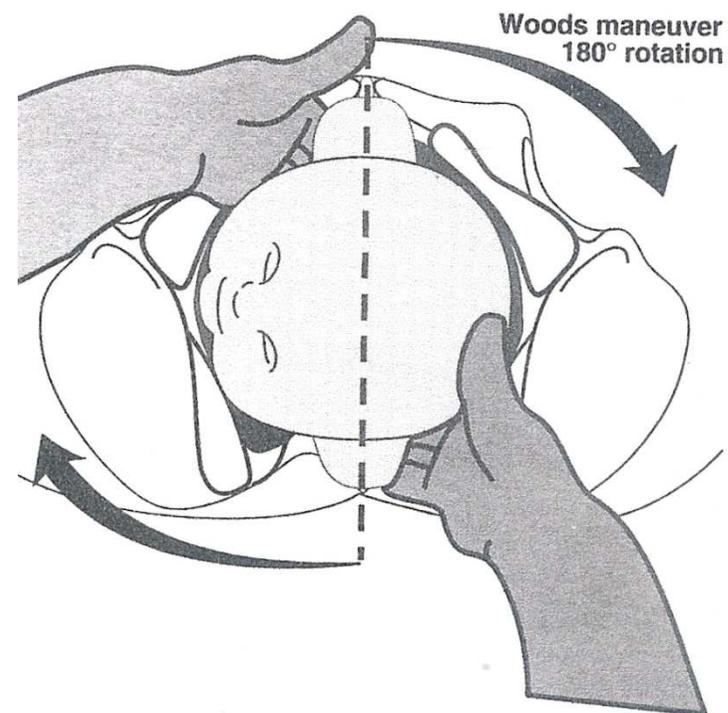
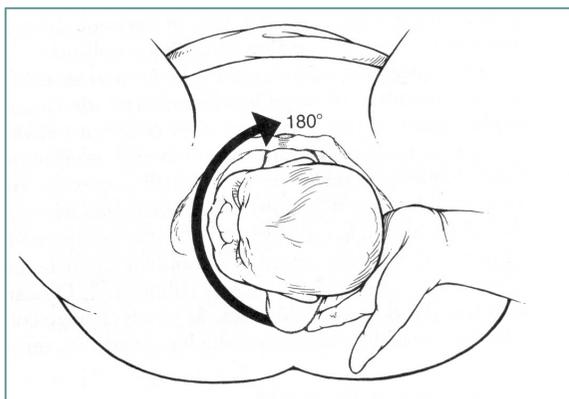
Manovra di Mc Roberts



Distocia di spalla: manovre

Manovra di Woods

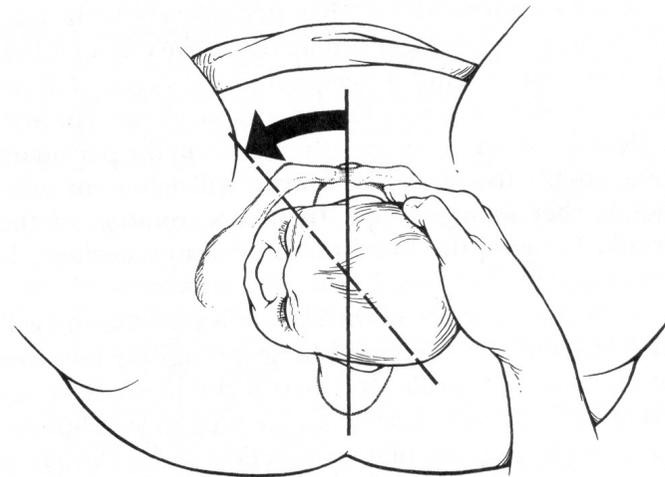
Premere sulla faccia anteriore della spalla posteriore in modo da farle eseguire una rotazione che la porta a diventare spalla anteriore.



Distocia di spalla: manovre

Manovra di Rubin

Movimento inverso della manovra di Woods: mano sulla faccia posteriore della spalla anteriore ponendola sul diametro obliquo per superare la branca ileopubica e liberarla..



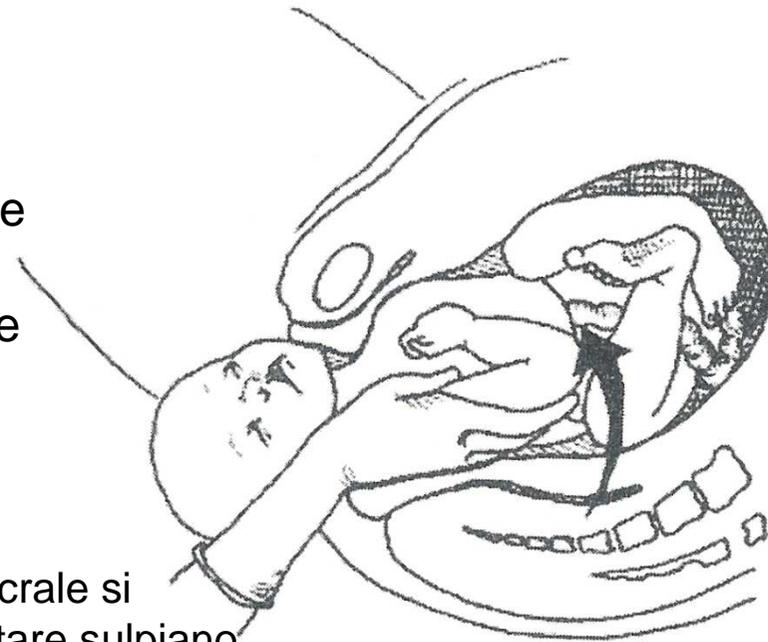
Distocia di spalla: manovre

Manovra di Jacquemier

si introduce una mano in vagina con il palmo rivolto verso il dorso fetale per agire sulla spalla posteriore mentre l'altra si esercita al di sopra del pube, una pressione per spingere la spalla anteriore verso l'eminanza ileopettinea più prossima.

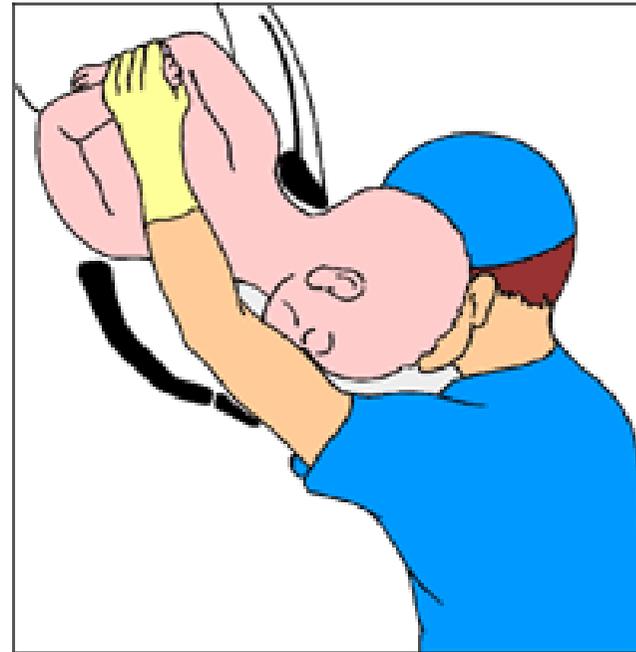
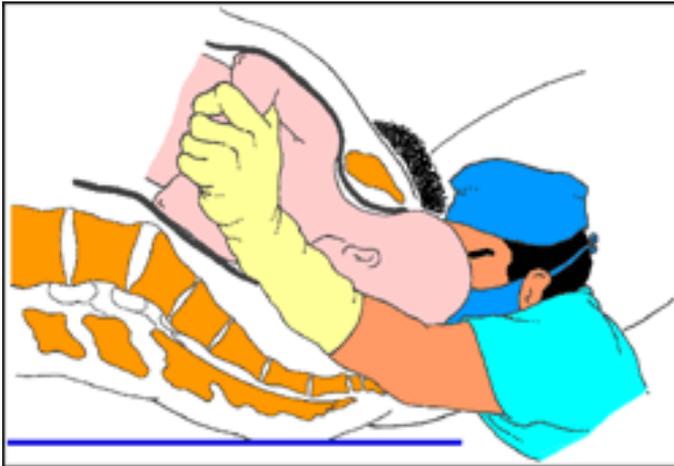
Con la mano interna verso la concavità sacrale si raggiunge il braccio posteriore, lo si fa ruotare sul piano ventrale del feto, allungarlo in vagina e portarlo all'esterno.

Manovra più facile in posizione di squatting oppure in posizione pettorale



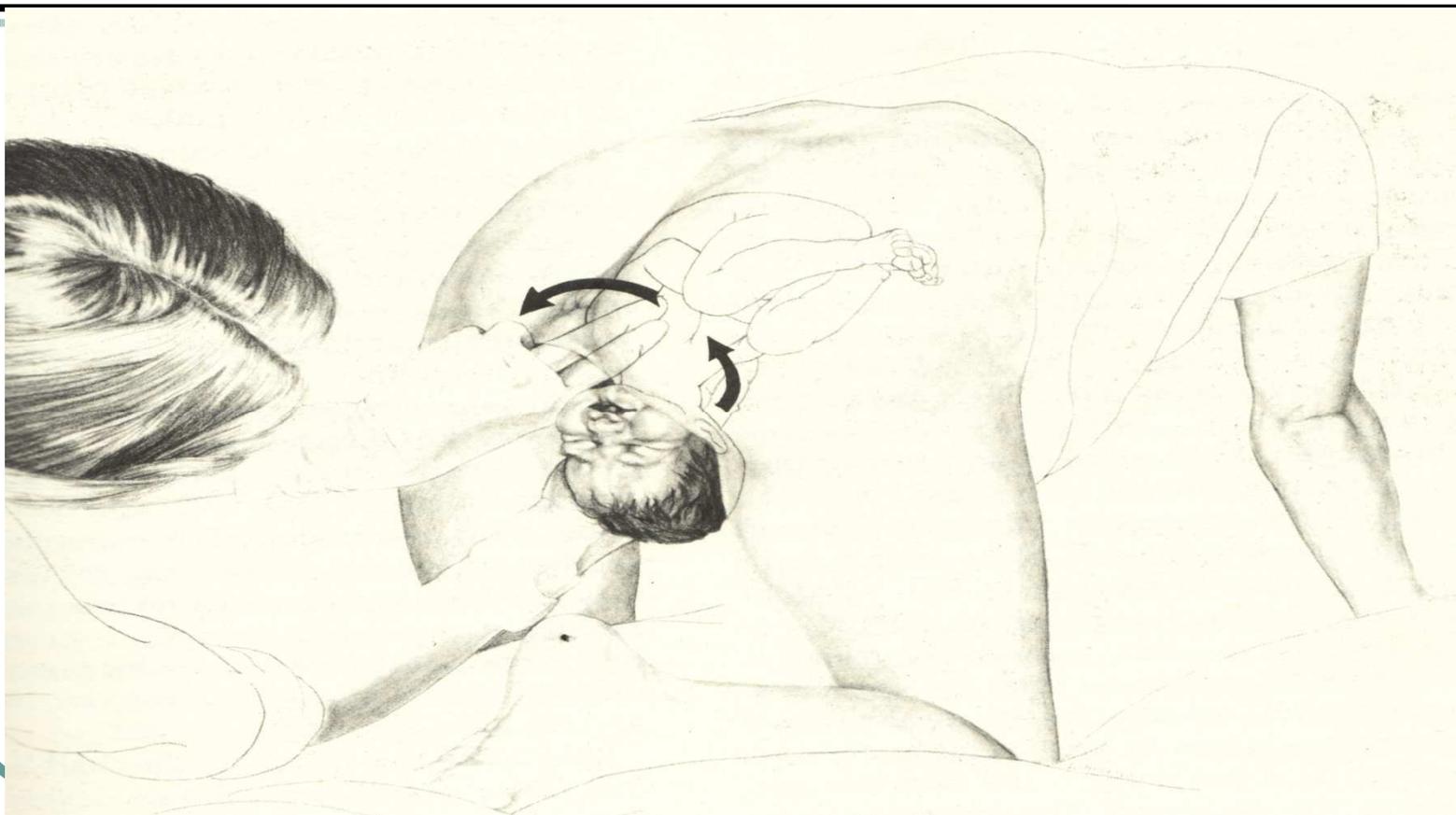
Distocia di spalla: manovre

Manovra di Jacquemier



Distocia di spalla: manovre

Manovra di Gaskin



Distocia di spalla: manovre

Manovra di Gaskin

Una casistica relativa all'analisi di 82 casi trattati ha dimostrato un successo dell'83% con un tempo medio di 2-3 minuti per l'espletamento del parto. il tasso di complicanze materne e neonatali si è rivelato in questi casi estremamente basso (1,2% e 4,9% rispettivamente)

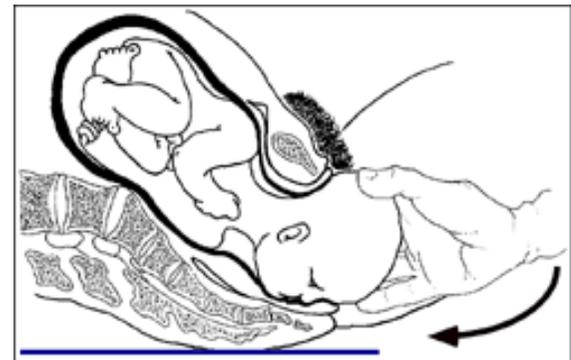
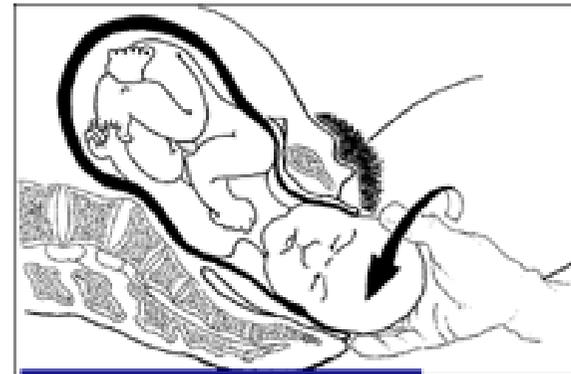
(Meenan, AL; Gaskin, IM et al, JFP, 1991)

Distocia di spalla: manovre

Manovra di Zavanelli

riposizionare la testa nella presentazione occipito pubica, iperfletterla e spingerla cranialmente nel canale da parto, poi Taglio Cesareo come terzo tempo.

A margine isterectomia addominale più un assistente per via vaginale. Indurre e ottenere la rotazione del diametro bisacromiale dall'interno e procedere al parto vaginale.



Distocia di spalla: complicanze

- ❖ frattura della clavicola mono o bilaterale
- ❖ frattura dell'omero braccio posteriore
- ❖ stiramenti dei plessi nervosi cervicali e brachiali
- ❖ alta morbilità e mortalità fetale e materna (ACOG 2002)
- ❖ emorragia post partum
- ❖ lacerazione del canale da parto
- ❖ lesioni dei plessi brachiali (dal 4 al 40% solo il 10% invalidanti)
- ❖ danni neonatali secondari all'encefalopatia ipossico-ischemica

Distocia di spalla: complicanze

Non dimentichiamo però che il 35-40% di tutte le lesioni plesso brachiale è indipendente dalla distocia di spalle e che nel 4% si riscontra anche dopo il Taglio Cesareo.

Dopo il parto osservare la madre in modo intensivo per l'alto rischio di emorragia postpartum.

Somministrare profilatticamente antibiotici

Pagine internet

- <http://www.shoulderdystociainfo.com/index.htm> * * * *
- <http://www.jpgtarbes.com/detail/archives/2003Riethmuller.asp>
- http://www.ilfeto.it/Archivio_Giornali/23-08-01.HTM
- <http://www.who.int/reproductive-health/strategy.htm>
- http://www.oirmsantanna.piemonte.it/web/news/congressi_incontri/eventi_2004/doc/tc/bussolino.pdf
- http://www.med.unifi.it/segreteria/laurea/ostetricia/urgenze_in_ostetricia_file/frame.htm