

Risveglio Ostetrico

Rivista trimestrale di ostetricia-ecografia,
cardiotocografia, sala parto

DIRETTORE SCIENTIFICO

D.ssa Valeria Dubini

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Frascati

COMITATO EDITORIALE AOGOI

Dott. M. Campogrande,

Prof. A. Chiàntera,

Dott. N.A. Giulini,

Dott. A. Melani, Dott. G. Monni

COMITATO EDITORIALE FNCO

Maria Antonietta Bianco,

Maria Vicario, Angelo Morese,

Irene Marzetti, Maria Santo,

Antonella Cinotti, Marcella Oggerino

COORDINAMENTO REDAZIONALE

D.ssa Laura Caracciolo

EDITORE



CMP

Critical Medicine Publishing s.r.l.

Via Giovanni Squarcina, 3

00143 Roma (Italy)

Tel. +39-06-519511 ra

www.cmpedizioni.it

PUBBLICITÀ

Publiem srl

Centro Direzionale Colleoni

Palazzo Perseo, 10 - 20041 Agrate (MI)

REALIZZAZIONE GRAFICA E STAMPA

Istituto Arti Grafiche Mengarelli

Via Cicerone, 28 - 00193 Roma

Sommario

ANNO 2 • N. 1 • 2006

La nascita: il ruolo dell'ostetrica oggi M. NAPOLITANO - M. VICARIO	3
Dalla placenta alla membrana amniotica GIOVANNA COCCINI - DANIELA DEL GENER	17
Utilità dell'amnioinfusione terapeutica e profilattica in travaglio di parto LUANA DANTI - CRISTINA BARBIERI - ALBERTO TESTORI - LORENA BARBETTI - MARIA ELENA CHIARI - UMBERTO A BIANCHI	25
Partorire in acqua: una modalità di nascita fisiologica e sicura. Esperienza dopo 1825 parti in acqua a Vipiteno THÖNI ALBIN	31
Esiti perineali in relazione alla posizione della donna e all'utilizzo dell'acqua nel travaglio di parto E. LIVI - G. VERDICCHIO - G. PIAZZESI - C. FERRETTI - C. BUFFI	41
La "Patologia Ostetrica" VALERIA CERRI	49
L'ostetrica e la documentazione clinica PAOLA SERAFINI - ELENA MARIA MOLLO	53
La sindrome HELLP: una overview BENEDETTA MELANI - RAFFAELE FIMIANI - VINCENZO VIGLIONE LUCIA CARIGNANI - ALESSANDRO MELANI	63
Ginnastica postpartum GUARINO C. - SANSONE M. - SOLLO G. - V. GIORDANO	71
Il trattamento farmacologico dell'endometriosi: obiettivi e limiti SILVIA VON WUNSTER - GIUSEPPE AMUSO	77
Torsione isolata della Tuba: Un caso clinico VITTORIO BRUNO ERCOLANO - FRANCESCO MANGANARO SALVATORE ERCOLANO	87

La nascita: il ruolo dell'ostetrica oggi

M. Napolitano - M. Vicario

Didascalia non specificata

Parole chiavi: umanizzazione - responsabilità - competenza.

Premessa

Nel corso delle diverse stagioni dell'Etica Medica la nascita da evento naturale, spontaneo, tipico della famiglia e del vicinato è diventato un fenomeno complesso sempre più tecnicizzato che ha influenzato il modello maternità, il modello professionale ed il modello assistenziale.

Nell'epoca premoderna - ETICA MEDICA - il valore dominante era il **principio di beneficità** e la donna era una "buona ed ubbidiente paziente" che stringeva un patto di "alleanza terapeutica con il suo medico e/o la sua ostetrica sulla base del principio del paternalismo benevolo. Sulla base di tale principio la donna vedeva l'ostetrica ed il ginecologo come professionisti di indiscussa professionalità i quali godevano di una "immunità professionale"

Nell'epoca moderna - BIOETICA - il valore dominante diventa il **principio di autonomia** e la donna diventa "partecipante" e condivide una "partnership" con il suo medico e/o la sua ostetrica, sulla base del principio di un'autorità democraticamente condivisa. Sulla base di tale principio alla donna viene somministrato il consenso informato e le viene offerta la possibilità di scegliere in piena libertà il trattamento diagnostico-terapeutico. (esempio: autodeterminazione della donna/Taglio Cesare a richiesta).

Nell'epoca postmoderna - ETICA DELL'ORGANIZZAZIONE - il valore dominante diventa il **principio di giustizia** e la donna diveniva "cliente giustamente soddisfatta o consolidata" (oggi ampiamente rimborsata sulla base degli esosi riconoscimenti per danni subiti al termine di contenziosi medico-legali). Il "buon rapporto" diventa una "stewardship" (fornitore di servizi-clienti) ed un "contratto di assistenza: azienda/popolazione" sulla base del principio di una "leadership morale, scientifica organizzativa". Sulla base di tale principio la Buona Medicina si interroga sempre più sul quesito "Quale principio ottimizza l'uso delle risorse e produce un paziente cliente soddisfatto?"

6° Corso **LOGOI**
ASSOCIAZIONE
OSTETRI- GINECOLOGI
CAMPIDANESI-NULLIARI

di Aggiornamento Teorico Pratico in
Medicina Embrio-Fetale e Perinatale

18 - 21 Maggio 2006
Villasimius, Cagliari, Tanka Village Resort

Patrocinato da:

WAPM	World Association of Perinatal Medicine
EAPM	European Association of Perinatal Medicine
MED-UOG	Mediterranean Ultrasound Obstetrics and Gynecology
SIEOG	Società Italiana di Ecografia Ostetrica-Ginecologica
SIOS	Società Italiana Ospedaliera per la Sterilità

PRESIDENTI DEL CORSO
Antonio Chiantera
Gianfranco Marongiu
Carlo Sbirali

DIRETTORE DEL CORSO
Giovanni Manai

Con tale premessa appare comprensibile come la donna/utente di oggi, figlia di una società "salutogenica" tipica dell'epoca post-moderna - Etica dell'organizzazione - mal tollera che la gravidanza, condizione del tutto fisiologica, possa tuttavia complicarsi in modo non sempre prevedibile, con l'insorgere di patologie a carico della madre, del feto o di entrambi. L'indisponibilità a comprendere ed accettare, da parte della donna, di tale evenienza sono il frutto sia dell'estrema medicalizzazione quanto della qualità delle informazioni che, attraverso vari canali, arrivano alla stessa.

È questo il contesto socio-sanitario nel quale gli operatori del settore perinatale esprimono la loro professionalità cercando di mediare tra il principio di giustizia ed una leadership morale, scientifica organizzativa, processo che richiede un forte impegno degli operatori nel garantire la sicurezza nel rispetto della natura e dei suoi tempi.

Sulla base di tale premessa appare chiaro che non è possibile pensare, oggi, ad un ruolo dell'ostetrica/o pensando alla nascita come un fenomeno avulso dal contesto sociale.

L'ostetrica/o e la Stewardship

Nella continua ricerca del migliore trattamento assistenziale che ottimizzi l'uso di risorse e produca una paziente/cliente soddisfatta, nel rispetto del principio di giustizia, l'ostetrica di oggi rispetto alla sua collega di inizio secolo (epoca moderna) è titolare di un "saper divenire" che le fornisce una flessibilità/duttilità adattabile alle diverse situazioni che possono riferirsi alle tipologie di fecondazione (spontanea o indotta), al contesto organizzativo assistenziale, alla potenzialità psicofisica della donna, al modello formativo degli operatori sanitari ed al loro modello professionale etc...

Conseguentemente si possono ipotizzare i seguenti quesiti:

• Al quale tipo di gravidanza ci si vuole riferire?

- Un tipo di gravidanza estremamente medicalizzata (una gravidanza medicalmente assistita/una gravidanza a rischio/una gravidanza fisiologica che la donna vive come evento difficile e/o patologico?

- Una gravidanza durante la quale la donna, ha sviluppato *empowerment*?

• A quale tipo di ostetrica si vuole fare riferimento visto che il comportamento posto in essere dal professionista deriva da suo modello formativo, nonché dal suo modello professionale tipico del contesto nel quale ha sviluppato la sua cultura professionale ?

- Un'ostetrica che, pur essendo specialista per la fisiologia, se cresciuta professionalmente in un contesto organizzativo specificamente interventistico e tecnicizzato, non sa perché non è stata educata a rispettare i tempi della natura?

- Un'ostetrica/o che, come specialista per la fisiologia, ha sviluppato l'*empowerment* professionale ed ha promosso lo sviluppo dell'*empowerment*, nella donna gravida?

A quale tipo di gravidanza si vuole fare riferimento?

Rispondendo al quesito relativo "a quale tipo di gravidanza ci si intende riferire? si potrà dire:

a) un tipo di gravidanza estremamente medicalizzata

Nella fattispecie si può fare riferimento ad una gravidanza estremamente medicalizzata nel caso di una gravidanza medicalmente assistita (PMA), di una gravidanza a rischio o di una gravidanza fisiologica che la donna vive come evento difficile e/o patologico.

La PMA

La sterilità di coppia è una problematica clinica molto diffusa e si stima che circa il 10-15% delle coppie in età riproduttiva debba affrontare problemi di ipofertilità o sterilità a disposizione delle quali la Medicina pone tutta una vasta gamma di offerte assistenziali più o meno invasive ma sempre impegnative. La gestione della gravidanza medicalmente assistita (PMA), che ha richiesto impegno psicologico, fisico, economico e morale, troppo spesso, viene vissuta come una vera e propria malattia che ha una "prognosi" quasi sempre riservata e vincolata alla scelta terapeutica (modalità di espletamento del parto). In tale condizione può considerarsi condivisibile un atteggiamento di estrema vigilanza e prudenza nella gestione del fenomeno gravidico in tutto il periodo perinatale durante il quale, troppo spesso, si eccede nel monitoraggio clinico, laboratoristico e strumentale. Nel caso specifico tanto la donna/coppia quanto gli operatori sanitari stessi programmano, quasi sempre congiuntamente, la realizzazione di un taglio cesareo iterativo (T.C.I.) nel quale l'ostetrica, come membro dell'equipe chirurgica interprofessionale, ha un suo ruolo ben preciso nella fase pre/intra e post operatoria. Caratteristica fondamentale della multidisciplinarietà è quella di programmare, con la logica dell'integrazione professionale, le modalità ed i tempi del percorso assistenziale ed un impiego coordinato efficiente ed efficace di tutte le risorse umane e materiali.

La gravidanza a rischio

Per cause materne o fetali o materno-fetali una gravidanza può associarsi a fattori di rischio che connotano la stessa come una patologia che può preesistere od insorgere durante la gestazione e che può, anche, progredire con una prognosi infausta. Nella fattispecie una gravidanza a rischio che, gestita in una struttura di terzo livello assistenziale (Livelli Assistenziali Progetto Obiettivo Materno Infantile - POMI) codificata come sub intensiva, richiede una grande attenzione e vigilanza da parte di tutti gli operatori sanitari ed uno specifico monitoraggio materno-fetale. In tale contesto il ruolo dell'ostetrica/o non è certamente quello descritto dall'articolo 139 T.U. capo III, sezione II, nel quale, con il riferimento "Delle levatrici" si recitava:

"La levatrice deve richiedere l'intervento del medico-chirurgo non appena nell'andamento della gestazione o del parto o del puerperio di persona alla quale presti la sua assistenza riscontri qualsiasi fatto irregolare.

A tale scopo deve rilevare con diligenza tutti i fenomeni che si svolgono nella gestante o partoriente o puerpera.."

Il "rilevare con diligenza" da parte della Levatrice (non solo come rilievo obiettivo ma anche come registrazione in forma scritta, di *qualsiasi fatto irregolare* mirava soprattutto a focalizzarne i limiti di competenza ed a sottolinearne l'ancillarità dell'intervento rispetto all'atto medico, piuttosto che ad indicarne una modalità di espletamento delle proprie funzioni professionali.

Nella gravidanza complicata da patologie in o per la gravidanza il ruolo dell'ostetrica/o è, invece, quello di individuare fattori di rischio potenziali e reali, evitando che l'urgenza diventi emergenza o addirittura una urgenza urgente in applicazione di quanto previsto dal DM 740/1994 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o" che all'articolo 1 comma 5 cita:

"L'ostetrica/o è in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono intervento medico e di praticare, ove occorra, le relative misure di particolare emergenza"

In tale situazione il ruolo dell'ostetrica/o è quello di:

1. riconoscere tempestivamente l'emergenza, avendo acquisito le basi culturali specifiche per adempiere a tale compito (SAPERE)
2. porre conseguentemente una diagnosi precoce (DECIDERE)
3. chiamare il medico, adottando, in attesa di esso, eventuali provvedimenti urgenti ed inderogabili (AGIRE)

La gravidanza fisiologica che la donna vive come evento difficile e/o patologico

Quando non si tratta di gravidanza insorta o indotta nella coppia ipofertile o sterile né tanto meno di una gravidanza a rischio, ma bensì, di una gravidanza fisiologica che la donna sente e vive come evento difficile e/o patologico appare indispensabile che gli operatori sanitari attuino un'analisi del contesto e della specifica situazione al fine di definire un profilo assistenziale dedicato.

Posta la diagnosi di gravidanza, attraverso i segni di certezza, quelli cioè direttamente collegati alla presenza dell'embrione o del feto, la donna gravida si pone subito un quesito: *"quando nascerà il mio bambino"*. Per dare un risposta al suo quesito, la donna si rivolge agli addetti ai lavori (medico di base, medico specialista, l'ostetrica/o) i quali, attualmente, tendono ad esprimersi in termini di settimane, perché la settimana è l'unità di misura più adatta a descrivere il ritmo dell'accrescimento fetale ed anche perché il protocollo diagnostico cui accede gratuitamente la donna gravida si esprime in termine di settimane di gravidanza. (DM 28 settembre 1998)

All'effetto "positivo" dell'evoluzione scientifica e tecnologica in campo Ostetrico, capace di incidere positivamente sul tasso di morbilità e mortalità materno - infantile, si è associato un effetto "negativo" quello della esasperata medicalizzazione della nascita e del parto che gradualmente da eventi fisiologici e spontanei si sono sempre più trasformati in complessi e patologici.

In tale contesto la donna gravida affidandosi in tutto e per tutto agli "esperti" ha perso lo stimolo ad adottare gli strumenti dell'*empowerment* come fattori endogeni prodotti dal suo stesso corpo attraverso i processi biologici i quali, da sempre, hanno fatto sì che la gravidanza ed il parto fossero vissuti dalla donna, dalla coppia e dalla comunità come eventi naturali. Se sin dal primo contatto tra la donna gravida e la struttura o professionista si viene ad instaurare un rapporto di dipendenza tra chi assiste (ginecologo o ostetrica/o) e chi viene assistito (donna/coppia) al termine del percorso nascita gli operatori dell'area travaglio-parto si ritrovano ad accogliere, sostenere ed assistere la donna/coppia che, ignorando le proprie potenzialità, si rimette alle decisioni degli esperti per la gestione del suo parto. Per fare prevenzione di tale frequente evenienza in occasione del primo esame ostetrico, risulta importante informare la donna che lo stato di gestazione, pur essendo un evento naturale, non è un fenomeno isolato che interessa solo l'apparato genitale, ma piuttosto un fenomeno che interessa e modifica tutto il suo organismo e che, fin dalle prime fasi della gravidanza ed in condizioni di fisiologia, possono comparire piccoli disturbi che non devono farla sentire una persona malata. Opportunamente informata alla donna gravida viene illustrato il protocollo diagnostico dedicato di natura clinica, laboratoristica e/o strumentale attraverso il quale è possibile

individuare precocemente alterazioni del benessere materno o materno-fetali che se riconosciute consentono agli Operatori Sanitari di intervenire adeguatamente. Il percorso diagnostico delineato dal Decreto del Ministero della Sanità del 10 settembre 1998 " D.M. 10 settembre 1998 "Aggiornamento del D.M. 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del D.M. 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità.

(Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 20 ottobre 1998, n. 245) consente alla donna gravida di accedere gratuitamente alle seguenti prestazioni:

• **All'inizio delle gravidanza, possibilmente entro la 13.a settimana e, comunque, al primo controllo:**

- EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F., L.,
- GRUPPO SANGUIGNO ABO E Rh (D), qualora non eseguito un funzione preconcezionale
- ASPARTATO AMINOTRASFERASI (AST) (GOT) (S)
- ALANINA AMINOTRASFERASI (ALT) (GPT) (S/U)
- VIRUS ROSOLIA ANTICORPI: in caso di IgG negative entro la 17^ow
- TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.): in caso di IgG negative ripetere ogni 30/40 gg fino al parto
- TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (ricerca quantitativa mediante emoglutin. passiva) (TPHA): qualora non eseguite in funzione preconcezionale esteso al *partner*
- TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (flocculazione) (VDRL) (RPR): qualora non eseguite in funzione preconcezionale esteso al *partner*
- VIRUS IMMUNO DEFICIENZA ACQUISITA (HIV 1-2) ANTICORPI
- GLUCOSIO
- URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
- ECOGRAFIA OSTETRICA
- ANTICORPI ANTIERITROCITI (TEST DI COOMBS INDIRETTO): in caso di donne Rh neg. A rischio di immunizzazione il test deve essere ripetuto ogni mese; in caso di incompatibilità ABO il *test* deve essere ripetuto alla 34^o e 36^o w

• **Tra la 14.a e la 18.a settimana:**

URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO(*)

• **Tra la 19.a e la 23.a settimana:**

URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*)

ECOGRAFIA OSTETRICA

• **Tra la 24.a e 27.a settimana:**

GLUCOSIO

URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*)

• **Tra la 28.a e la 32.a settimana:**

EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F., L.,

FERRITINA: in caso di riduzione del volume globulare medio

URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*)

ECOGRAFIA OSTETRICA

• **Tra la 33.a e la 37.a settimana:**

VIRUS EPATITE B (HBV) ANTIGENE HbsAg

VIRUS EPATITE C (HCV) ANTICORPI

EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F., L.,

URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO(*)

VIRUS IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA (HIV 1-2) ANTICORPI:

in caso di rischio anamnestico

• **Tra la 38.a e la 40.a settimana:**

URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO (*)

• **Dalla 41.a settimana:**

ECOGRAFIA OSTETRICA: su specifica richiesta dello specialista

CARDIOTOCOGRAFIA: su specifica richiesta dello specialista;

necessario monitorare fino al parto

Una gravidanza durante la quale la donna, ha sviluppato empowerment.

Dall'analisi dei dati dell'indagine "Rapporto sulla Natalità in Campania" condotta nell'anno 2002 dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) emerge che quasi il 90% delle donne gravide campane ha la possibilità di esposizione alle cure prenatali di gran lunga superiore alla media nazionale e che la stessa si rivolge, quasi esclusivamente al servizio privato. Il dato relativo all'esasperato ricorso alle procedure diagnostiche in gravidanza è quasi sovrapponibile al dato nazionale. La differenza è, però, rappresentata dal fatto che le donne che frequentano un percorso nascita (P.N.) sono molto più numerose nel Nord e Centro Italia rispetto al Sud Italia. Ne deriva, quindi, che seguire un P.N. risulta essere, un fattore fortemente proteggente per la prevenzione dal taglio cesareo in quanto, in tale contesto, la donna/coppia viene sostenuta ed aiutata a sviluppare l'*empowerment* ("rendere potenti" o "rendere abili e capaci di..."). L'indagine ISS ha dimostrato lo stretto rapporto che esiste tra specifici fattori ed il rischio di partorire mediante taglio cesareo così come di seguito indicato nella **Tabella 1**.

- l'età materna
- le donne gravide che afferiscono a strutture private
- le donne che non hanno frequentato un corso di preparazione alla nascita
- le donne delle regioni del Sud Italia
- le donne gravide con patologie in e per la gravidanza

Tabella 1: Fattori di rischio per la pratica del taglio cesareo

1° STADIO Fase dilatante	2° STADIO Fase espulsiva
Ogni 15' - 30' rilevazione dopo la contrazione per 60"	Ogni 5' rilevazione dopo la contrazione per 60"
Ogni 15' - 30' rilevazione durante la contrazione + 60" dopo la contrazione	Ogni 5' (o ogni due contrazioni) rileva- zione durante la contrazione + 60" dopo la contrazione

A quale tipo di ostetrica si vuole fare riferimento?

Rispondendo al quesito relativo "a quale tipo di ostetrica si vuole fare riferimento?" si concorda che il comportamento posto in essere dal professionista risulta essere l'espressione del modello formativo nel quale egli ha sviluppato, prevalentemente, il suo modello professionale. Conseguentemente, sulla scena del parto, potrebbe trovarsi ad agire una ostetrica con un diverso modello professionale:

- Un'ostetrica che, pur essendo specialista per la fisiologia, se cresciuta professionalmente in un contesto sanitario specifico interventistico e tecnicizzato, non sa perché non è stata educata a rispettare i tempi della natura.

- Un'ostetrica che, come specialista per la fisiologia, ha sviluppato l'*empowerment* professionale ed ha promosso lo sviluppo dell'*empowerment*, nella donna gravida.

Ai sensi della normativa vigente in materia e sulla base degli *standard* strutturali minimi delle sedi formative (DM 27.9.1997) la formazione dell'ostetrica italiana avviene, in strutture universitarie, strutture ospedaliere e territoriali del SSN, solo marginalmente nell'ambito consultoriale e in rarissimi casi nell'ambito dell'assistenza domiciliare. Crescere professionalmente in un contesto sanitario interventistico e tecnicizzato, (POMI Unità Operative di II e III livello) produce nel discente, futuro professionista ostetrica, lo sviluppo di un modello concettuale di riferimento caratterizzato da una prevaricazione delle scelte degli operatori sanitari rispetto alle scelte della donna e dei tempi degli operatori rispetto ai tempi della natura.

Un'ostetrica che, pur essendo specialista per la fisiologia, durante il percorso formativo, percepisce che il termine "gravidanza a basso rischio", (gravidanza nella quale si può ottenere un tasso di mortalità perinatale e materna più basso rispetto alla popolazione generale senza un eccesso di intervento ostetrico o pediatrico) viene sempre più spesso utilizzato in sostituzione di quello di "gravidanza fisiologica" e ciò perché la gravidanza ed il parto pur essendo eventi fisiologici possono complicarsi in modo non sempre prevedibile e con conseguenze anche gravi per la donna, il feto ed il neonato.

Ne deriva un modello formativo, troppo ospedaliero e poco territoriale poco proiettato allo sviluppo dell'autonomia professionale e che produce la perdita del contatto con la natura e della naturalità dell'evento nascita, tanto da determinare un modello professionale tipicamente interventistico, caratterizzato da comportamenti che tendono a precorrere i tempi, a programmare gli eventi, ad imporre alla donna scelte sempre più formulate dagli operatori e quasi mai condivise con la donna/coppia. Il grande sforzo che si richiede ai responsabili della formazione è quella di garantire allo studente anche l'acquisizioni di modelli assistenziali di umanizzazione della nascita in un clima di sicurezza (Unità Operativa di I livello e Centro di Nascita Alternativo- CNA). In tali contesti l'ostetrica sviluppa l'*empowerment* professionale acquistando fiducia e stima nella propria potenzialità professionale e promuove lo sviluppo dell'*empowerment* nella donna gravida, consentendone l'attivazione e la conoscenza delle risorse endogene con sentendole di sperimentare le proprie risorse a fronte dei bisogni che possono insorgere nel perio-

do perinatale (fase prenatale, natale posto natale). Lo sviluppo dell' *empowerment* consente alla donna/coppia di fare delle scelte consapevoli elaborate sulla base di conoscenze e competenze sviluppatasi nel P-N- attraverso gli incontri di informazione/formazione con i professionisti dedicati. Seppur in un contesto di estrema medicalizzazione l'ostetrica può e deve, comunque, garantire alla donna/coppia un percorso "umanizzante" l'evento nascita, attraverso un sostegno informativo/formativo, un sostegno ambientale, un sostegno relazionale con ascolto empatico delle emozioni, un sostegno fisico e psicologico e consentendo, quanto possibile, la presenza nell'area travaglio-parto della persona scelta dalla donna.

La performance professionale dell'ostetrica

Le conoscenze, competenze ed abilità acquisite nel percorso formativo di base non possono considerarsi esaustive per garantire una *performance* professionale dell'ostetrica adeguata ai diversi contesti preventivi, curativi, riabilitativi e palliativi scaturiti dall'evoluzione scientifica medica e tecnologica, pertanto, risulta necessario adeguare costantemente il proprio livello di conoscenze, competenze ed abilità.

L'esigenza di aggiornare ed approfondire le conoscenze professionali scaturisce dalla necessità di garantire alla donna/coppia, bambino e collettività prestazioni adeguate, appropriate e personalizzate. Il legislatore con il D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 recante: " Riordino della disciplina in materia sanitaria" come integrato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante: "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n., 419". All'articolo 8 quater " Accreditamento istituzionale" comma 1 cita: "*L'accREDITAMENTO istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti...omissis...*"

al **comma 3 lettera a)** individua una verifica periodica dell'attività svolta dalle strutture sanitarie e dai professionisti;

al **comma 4 lettera e)** prevede la partecipazione della struttura a programmi di accreditamento professionale tra pari;

al **comma 4 lettera o)** prevede che l'atto di indirizzo e coordinamento debba indicare i requisiti per l'accREDITAMENTO istituzionale dei professionisti, anche in relazione alla specifica esperienza professionale maturata e ai crediti formativi acquisiti nell'ambito del programma di formazione continua di cui all'articolo 16-bis e 16-ter.

Articolo 16-bis "Formazione continua"

Al **comma 1** specifica il significato di Formazione distinguendo:

- un **aggiornamento professionale**, quale attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare, per tutto l'arco della vita professionale, le conoscenze professionali;

- una **formazione permanente**, quale attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali compresi i comportamenti degli operatori sanitari adeguandoli al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale.

- Al **comma 2**, la norma, precisa che la formazione continua consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari, organizzati da istituzioni pubbliche o private accreditate ai sensi del decreto stesso, nonché soggiorni di studio e la partecipazione a studi clinici controllati e ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo.

Lo stesso comma prevede, inoltre, che la formazione continua, quale aggiornamento professionale e formazione permanente, sia sviluppata secondo percorsi formativi autogestiti ma, in misura prevalente, in programmi finalizzati agli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Sanitario Regionale nelle forme e secondo le modalità indicate dalla Commissione di cui all'articolo 16.ter. Il modello professionale che ben si adatta al modello maternità come fenomeno spontaneo e naturale trova il suo fondamento nella medicina basata sulle evidenze che si basa su due presupposti :

Nessun operatore professionista della salute, per quanto esperto e competente, può essere in grado di conoscere tutti i progressi della ricerca clinica, anche se solo nel proprio settore specialistico.

Numerosi interventi sanitari, sia diagnostici che terapeutici, sono stati introdotti nella pratica clinica prima di essere sottoposti a rigorose sperimentazioni cliniche per definirne l'efficacia la quale risulta spesso dubbia o addirittura inesistente.

Sul modello dei paesi del Regno Unito, Canada, Australia, anche la politica sanitaria italiana con il disposto legislativo 502/92 e 517/93 ha iniziato a muoversi in senso di *evidence-based*:

- efficacia ed appropriatezza degli interventi sanitari costituiscono gli interventi ispiratori del Piano Sanitario Nazionale 98-2000.

- il DL 229/99, oltre a ribadire il ruolo delle evidenze scientifiche nella programmazio-

ne e nel finanziamento delle prestazioni sanitarie, introduce il principio della formazione continua e permanente come presupposto all'accreditamento professionale degli operatori. (DPR 14.1.97 n. 37).

- il "Programma Nazionale per le Linee-Guida", fortemente disegnato in senso *evidence-based*, sottolinea l'importanza di una formazione adeguata degli operatori del SSN sui temi della EBM.

EBM, che nel corso di questi anni ha progressivamente acquisito una propria identità culturale, non costituisce un fatto isolato né una moda passeggera, infatti, sono molteplici i fenomeni che negli ultimi 20 anni ne hanno favorito lo sviluppo, segnando l'evoluzione della metodologia della ricerca clinica e dell'informazione scientifica. La diffusione dell'epidemiologia clinica intesa come "scienza che studia i fattori determinanti e gli effetti delle decisioni cliniche" ha influito, non poco, sulla diffusione negli ultimi anni di sul modello culturale dell'EBM. L'edizione italiana di "*Clinical evidence*", realizzato grazie alla collaborazione con il *Centro Cochrane Italiano* è una sintesi delle migliori prove di efficacia che ha come base il n.º 4 dell'Edizione Originale di *Clinical Evidence*, Nella prima edizione dell'anno 2001 la sezione "Gravidanza e parto" comprendeva n. 10 pagine sull'Assistenza al perineo, mentre, nella seconda edizione dell'anno 2003 la sezione specifica era intitolata "Salute della donna: Assistenza al perineo" e numero 40 pagine sono dedicate alla revisioni condotte nel campo ostetrico-ginecologico.

Conclusioni

In relazione al tipo di gravidanza (estremamente medicalizzata o improntata all'empowerment) ed al modello professionale del tipo di ostetrica (interventista o che ha sviluppato e fatto sviluppare alla donna l'empowerment) il ruolo svolto dall'ostetrica, oggi, nel percorso nascita non è rappresentato da un modello standard ma si connota, piuttosto, di un atteggiamento, un comportamento proprio della situazione che si viene a determinare sulla scena del parto. (SAPER DIVENIRE). La necessità, per l'ostetrica di dover saper gestire, in autonomia e/o in collaborazione, situazioni estremamente diversificate, dalla fisiologia alla patologia secondo adeguati *standards* qualitativi, richiede una formazione adeguata. Una formazione caratterizzata dall'acquisizione di conoscenze, competenze ed abilità, attraverso un percorso formativo teorico - pratico non solo ed esclusivamente ospedaliero ma anche extraospedaliero e domiciliare capace, quindi, di coprire e garantire tutto il campo di attività e di responsabilità dell'ostetrica/o come dettato dalla Legge 42/1999. Il Decreto MURST n.º 509 del 3 novembre 1999 "Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli

atenei", successivamente modificato dal DM 270/2004, offre strumenti normativi per raggiungere tali competenze specifiche quali:

- attività di tirocinio obbligatori (AT)
- attività a scelta dello studente (ADE)
- stage pre e post laurea da svolgersi presso strutture sanitarie pubbliche o private accreditate italiane e straniere.

Indipendentemente dal tipo di gravidanza e dal tipo di ostetrica cui si vuole fare riferimento rimane specifico il ruolo della stessa in tutto il percorso perinatale attraverso la presa in carico della donna/coppia con il loro carico di emozioni e di aspettative per un evento che per gli attuali modelli sociali, sempre più spesso, sta divenendo unico, anche se l'ISTAT ha registrato, per l'anno 2004, una media di 1.33 figli a donna, la più alta dal 1990.

Bibliografia

1. Vincenzo Lauro "Evento nascita: Emergenza - Urgenza in Ostetricia" da Atti del 29º Congresso Nazionale delle Ostetriche. Cagliari 30 settembre 1998.
2. Maria Vicario, *Giornate di studio: Confronto dei curricula formativi del D.U. di ostetrica/o anno accademico 1997/98*, Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche, Roma, 1998.
3. Daniele Rodriguez "Professione Ostetrica/o: Aspetti di Medicina Legale e Responsabilità" Ed. ELEDA, 2001.
4. Anna Maria Di Paolo, L. Proietti. C. Cacchionni "Competenza ed autonomia professionale nell'assistenza alla donna." - 3º Convegno Internazionale Europeo "l'Ostetrica, comunicazione e relazione con altre figure professionali- Ischia 18 maggio 2002.
5. "Guida all'esercizio della professione di Ostetrica/o" C.G. Edizioni Medico Scientifiche-Torino 2002.
6. Maria Vicario M- Napolitano - *Problemi clinici e sociali fra passato e futuro* - Le responsabilità medico-legali "La responsabilità professionale dell'ostetrica/o" da Atti del - 78º Congresso Nazionale SIGO Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia Perugia 9-13 novembre 2002.
7. ARSAN Regione Campania Assessorato alla Sanità DRG n. 2413 del 25/7/2003 *Linee Guida per l'assistenza alla Gravidanza ed al parto normale in Regione Campania*" Dott.ssa M.T. Pini - 23 ottobre 2003.
8. ARSAN Regione Campania Assessorato alla Sanità DRG n. 2413 del 25/7/2003 " Il parto cesareo nei punti nascita della Campania".

9. "Indagine conoscitiva su percorso nascita", 2002 Aspetti metodologici e risultati nazionali "M. Grandolfo S. Donati. A. Giusti - ISS - Convegno Percorso Nascita Indagine Nazionale" 22 ottobre 2003.
10. Rapporto sulla Natalità in Campania" . Roma ISS- 23 ottobre 2004.
11. Regione Campania Deliberazione n. 118 del 2 febbraio 2005 Approvazione "Indicazioni per la riduzione della incidenza del taglio cesareo in Regione Campania con allegati BURC n. 20 dell'11 aprile 2005 "Indicazioni per il taglio cesareo".
12. ANSA - Top News 27 giugno 2005.

Riferimenti Legislativi

- A. Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
- B. DM 740/1994 "Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'ostetrica/o".
- C. Legge 26 febbraio 1999, n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie".
- D. Decreto Ministero della sanità 28 settembre 1998.
- E. D.M. MURST n. 509 del 3 novembre 1999.
- F. DM 27 luglio 2000.
- G. Codice Deontologico dell'Ostetrica- FNCO marzo 2000.
- H. Legge 10 agosto 2000, n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica".
- I. Legge 8 gennaio 2002 n. 1.
- L. DM 23 gennaio 2002.
- M. DM 2 aprile 2002 n. 136.

Dalla placenta alla membrana amniotica (From placenta to amniotic membrane)

Giovanna Coccini 1; Daniela Del Gener 2

¹ **Coordinatrice area materno infantile ospedale IRCCS San Matteo di Pavia;**

² **Ostetrica azienda ospedaliera San Paolo di Milano.**

Da sempre gli annessi fetali sono stati considerati dotati di particolari virtù. In passato venivano sotterrati nel giardino della partoriente per aiutare la montata latte o in segno di buon auspicio per il neonato, alcune popolazioni ancora oggi, se ne cibano sia per celebrare la nascita sia per il suo alto contenuto di nutrienti. (1)

Verso la fine dell'1800 in Francia venne teorizzato l'uso terapeutico degli estratti di placenta. La loro efficacia, descritta in termini miracolistici dalla letteratura del tempo, non venne mai realmente dimostrata; nonostante ciò ancora nel 1966 il Prontuario Terapeutico Italiano riportava ben 18 specialità a base di estratti d'organo e in particolare gli estratti placentari venivano descritti come cicatrizzanti, anti-osteoporotici, ricostituenti, anabolizzanti, anticalvizie ecc... (2)

Negli anni 80, dopo un ventennio di oblio, riprendono gli studi sugli estratti placentari, volti a chiarire sia i problemi che i vantaggi inerenti al loro impiego terapeutico. Oggi sappiamo che gli estratti placentari crudi contengono:

- mucopolisaccaridi, con effetti eparinosimili e cicatrizzanti;
- polidesossiribonucleotidi, con attività anticomplemento e antiinfiammatoria;
- collagene e peptidi, con azione trofica;
- fattori di crescita;
- estrogeni, progesterone e somatomammotropina. (3)

Dal 1998 però il Ministero della Sanità con il Decreto 2 Settembre, vieta l'uso dei derivati di placenta umana per la produzione di medicinali. (4)

Sempre negli anni 80 la placenta e soprattutto il sangue in essa contenuto, sono stati grande fonte di ricerca e scoperte. Infatti il sangue placentare contiene una significativa quota di progenitori emopoietici immaturi, più elevata rispetto al midollo e anche con maggiore capacità clonogenica, cioè proliferativa.

Queste cellule emopoietiche staminali del sangue cordonale hanno, come quelle del midollo, due caratteristiche peculiari:

1. capacità di automantenimento
2. capacità di ricostruzione linfoemopoietica a lungo termine.

Esse danno origine a cellule progenitrici in grado di differenziarsi lungo diverse linee, queste cellule perciò perdono progressivamente la capacità di automantenimento e danno origine a cellule mature terminali dotate di funzioni specializzate. In particolare la cellula CD-34 è responsabile della ricostruzione della mielolinfopoiesi a lungo termine in pazienti sottoposti a radio o chemioterapia ad alte dosi. (5)

Nel 1989 l'applicazione clinica del trapianto di cellule cordonali ebbe la sua prima realizzazione coronata da successo in un paziente pediatrico affetto da anemia aplastica costituzionale di Fanconi, trapiantato utilizzando le cellule cordonali del fratellino HLA compatibile raccolte al momento del parto. (6)

Schematicamente si può affermare che il trapianto di progenitori emopoietici viene applicato per il trattamento di:

1. malattie maligne del midollo(leucemie acute o croniche, linfomi, sindromi mielodisplastiche...);
2. malattie non maligne congenite(immunodeficienze combinate osteoporosi maligna, talassemia anemia di Fanconi, mucopolisaccaridosi...);
3. malattie non maligne acquisite(anemia aplastica severa, emoglobinuria parossistica...).

I migliori successi sono stati ottenuti per patologie non maligne o nel caso di emopatie neoplastiche quando il trapianto venga effettuato precocemente.

L'unica limitazione riguarda il peso corporeo del paziente, infatti in genere vengono raccolti dai 200 ai 300 cc di sangue cordonale, contenenti cellule nucleate, sufficienti per l'esecuzione di trapianto in soggetti inferiori ai 40 kg. (7)

Sulla base di questo sempre più diffuso utilizzo delle cellule staminali cordonali, dagli anni '90 sono sorte in tutto il mondo le banche per la raccolta, il controllo, la validazione la conservazione e la successiva ridistribuzione delle sacche di sangue cordonale.

I vantaggi della donazione di sangue funicolare sono svariati, a partire dalla tecnica di prelievo che è priva di rischio (e dolore) sia per la madre che per il neonato. Infatti il prelievo viene effettuato dopo il clampaggio del funicolo prima del secondamento.

Inoltre a livello del possibile trapianto si ha:

1. rischio ridotto di Graft Versus Hostes Disease,
2. rischio molto basso di trasmissione di malattie infettive,
3. possibilità di espandere in vitro le cellule staminali per un trapianto in un paziente adulto,
4. possibilità di conservarle per molto tempo. (8)

Per questo è necessario che ogni futura mamma sia prontamente sensibilizzata, incoraggiata alla donazione, ove possibile e laddove non sussistano controindicazioni (ad es. sofferenza o prematurità fetale, PROM, infezioni materne o fetali, malattie genetiche).

L'informazione può avvenire attraverso diversi canali, quali:

1. il ginecologo che segue la donna,
2. l'ostetrica ai corsi di preparazione al parto o ai monitoraggi cardiotocografici,
3. al momento della diagnosi prenatale.

Dopodiché è la donna che deve dare (e firmare) il proprio consenso alla donazione.

Quindi la sensibilizzazione è il momento più delicato perché la disponibilità della donna dipende anche dalla modalità d'informazione.

Sulla base dei risultati incoraggianti della donazione di sangue placentare, nel 1998 comincia la donazione e il trattamento della membrana amniotica, ad opera esclusiva della Banca Regionale dei Tessuti di Treviso. Fino ad allora la membrana veniva importata dagli USA.

Quindi le prime donatrici sono state le pazienti di Treviso, ma oggi altri coordinamenti hanno inserito all'interno del loro programma la raccolta di questo tessuto. In particolare dal giugno 2003, grazie all'interessamento da parte della caposala della Sala Parto si è aperta una collaborazione fra la Clinica Ostetrica del Policlinico S. Matteo di Pavia e la Banca dei Tessuti di Treviso.

Per quanto riguarda la modalità di prelievo della membrana amniotica, la prima grande limitazione, a mio parere, consiste nel fatto che può essere effettuata esclusivamente dal medico ginecologo su taglio cesareo d'elezione. È necessario infatti che la membrana prelevata, cioè l'amnios, quella più interna a contatto con il liquido amniotico, non venga contaminata in alcun modo; perciò durante il taglio cesareo bisogna assolutamente rispettare le manovre asettiche e scollare la membrana gradualmente e nel modo più completo possibile.

Le controindicazioni inoltre sono molte, come per la donazione del sangue cordonale, quelle generali come le infezioni materne o le patologie ad eziologia sconosciuta o del SNC o i tumori e quelle prettamente ostetriche come TC d'urgenza, PROM, induzione del

travaglio con prostaglandine, infezioni vaginali o ipertensione materna. Per questo motivo le donne idonee alla donazione devono essere attentamente “selezionate” in maniera del tutto personalizzata dall’ostetrica: interrogate tramite specifici questionari e informate di tutti i vantaggi della donazione.

La donazione della membrana amniotica, oltre a non esporre a rischi né la madre né il neonato, offre il vantaggio di poter essere trapiantata senza terapia immunosoppressiva e senza rischio di rigetto; poiché si tratta di un tessuto non immunogenico. Inoltre ha proprietà antiadesive, batteriostatiche, antiflogistiche, riduce l’angiogenesi, diminuisce la formazione di cicatrici e favorisce la riepitelizzazione.

Per questo diversi settori della medicina hanno sfruttato le sue proprietà:

- in dermatologia viene usata come cicatrizzante di ulcere e ustioni cutanee,
- in chirurgia generale per prevenire la formazione di aderenze post-chirurgiche,
- in chirurgia oculare per ricostruire la congiuntiva e trattare le ustioni oculari,
- in chirurgia ginecologica per la riparazione dell’omalocele e per la ricostruzione dell’apparato genitale. (9)

È necessario comunque ricordare che le possibilità terapeutiche della membrana amniotica devono essere ancora supportate da ricerche scientifiche specifiche e randomizzate.

Le due donazioni a confronto

Per entrambe le donazioni è indispensabile che avvengano nel rispetto di alcuni principi fondamentali: libera volontà della donatrice, anonimato della donatrice e del ricevente, sicurezza infettiva e genetica della donazione, estraneità da interessi economici o commerciali.

L’unica eccezione all’anonimato è la donazione di sangue cordonale riservata, ossia l’eventuale possibilità di trapiantare le cellule staminali prelevate dal cordone del nuovo nato al fratellino malato.

Nonostante le due donazioni abbiano poco in comune, come si può notare dalla tabella (A) riportata di seguito, esse sono compatibili, possono cioè essere eseguite sulla stessa placenta: in questo modo la parte di placenta considerata rifiuto ospedaliero sarà minima.

A. Elementi delle due donazioni a confronto

Elementi	Donazione di sangue cordonale	Donazione della membrana
modalità del parto	per le vie naturali o su taglio cesareo	solo su taglio cesareo d’elezione
informazione	di massa	personalizzata
esecuzione del prelievo	ostetrica o ginecologo	solo ginecologo
prelievo di sangue periferico alla paziente	si: 2 prov. a secco e 2 con anticoagulante	si: 3 prov. a secco e 2 con anticoagulante
beneficiari	pazienti pediatrici	pazienti di diverse specialità e senza limiti di età
donazione riservata	si	no
prelievo di villi coriali per tipizzazione HLA	si	no

In questo clima di confronto risulta interessante prendere in considerazione l’attività completa riguardante entrambe le donazioni, per renderci conto dei risultati effettivi una volta che la donazione viene inviata al centro competente.

I dati riportati di seguito, riguardanti la **donazione di sangue cordonale**, ci sono stati inviati dal servizio di immunoematologia del Policlinico S.Matteo:

Anno	Totale unità pervenute	Unità crioconservate	Unità scartate (%)
1999	235	52.3	47.7
2000	278	51.1	48.9
2001	330	40.6	59.4
2002	437	47.8	52.2
2003	475	49.5	50.5
2004	293	48.8	51.2

Ciò che più spicca fra questi dati è sicuramente il fatto che la percentuale di sacche scartate si aggira intorno al 50%. Raccogliendo informazioni sempre dal Servizio di Immunoematologia si può affermare che la prima causa di scarto è la bassa cellularità, mentre poi si hanno cause secondarie che incidono nel complesso per il 3% che sono gli errori di identificazione e la contaminazione cutanea.

Questi dati inoltre devono essere confrontati anche con la totalità dei parti avvenuti presso la stessa Clinica, che dal 1999 al 2004 sono stati 6746. Si nota che solo il 24.8 % delle donne è rimasto coinvolto in quest'atto di donazione volontaria del sangue cordonale.

I dati sulla **donazione della membrana** riguardano l'esperienza diretta presso il Policlinico S.Matteo, sono:

Totale donazioni	Inviato	Idonee	Non Idonee
12	10	7	3

Le principali cause di non idoneità per questa donazione sono in primis la fragilità o scarsità della membrana, ma anche la contaminazione batterica.

Conclusioni

Sia l'esperienza della donazione del sangue cordonale che quella nuovissima di raccolta della membrana amniotica mi hanno fatto riflettere: quando stiamo proponendo un servizio innovativo e sensazionale, come nel nostro caso, è facile pensare di avere fra le mani qualcosa di infallibile, invece nella realtà ci si deve scontrare con problematiche di diversa natura (pratica e non). Occorre inoltre ricordare come il grado di accettazione dei servizi, nonché la loro qualità dipenda sempre dalla persona che li esegue. Per aumentare i numeri è chiaro ed evidente che occorre un'opera di sensibilizzazione sicuramente più incisiva, sia nei confronti delle donne che del personale sanitario. Infatti nel progressivo processo di aziendalizzazione del sistema sanitario, accade spesso che l'operatore direttamente coinvolto nel prelievo del tessuto, consideri la procedura come un costo in termini di tempo e materiali, che non gli verrà retribuito.

Bibliografia

1. Donna & Donna - Il giornale delle Ostetriche "E la placenta" di F. Fronte
2. Angelucci L. "Relazione sugli estratti placentari per il Ministero della Sanità del 10/08/78"

3. Gazzetta Ufficiale n° 209 del 08/09/98 - Decreto del 02/09/98
4. Broxmeyer - Douglas - Hangoc et al.
"Human umbilical cord blood as a potential source of transplantable hematopoietic stem - progenitor cells" (Proc. Natl. Acad. Sci 1998)
5. Locatelli - Pedrazzoli
"Recombinant human G-CSF : how wide is the field of clinical applicability?"
6. Kustzberg - Laughlin - Smith et al.
"Placental blood: as a source of hemopoietic stem cell for transplantation into unrelated recipients"
7. Meister - Tosch - Mary - Widshwendter - Hunter - Sperl
"Identification of CD34 cord blood cells and their subpopulation in preterm and term neonates using tree color flow cytometry"
8. Sour - Zaujani - Cornetta et coll.
"Persistence of human lineage selfrenewing lymphohaemopoietic stem cells in chimeric sheep"
9. Atti del convegno "Dalla placenta alla membrana amniotica, le fasi di un processo tutto da scoprire" tenutosi a Pavia il 27-28 febbraio 2003; organizzato dalla Banca dei Tessuti della Regione Veneto. Relatori: Dott. Gatto - Dott.ssa Bredariol - Dott. Paolin - Ost. Giurato.

Riassunto

Questo lavoro si propone di offrire un piccolo percorso lungo l'evoluzione dell'utilizzo degli annessi fetali. Comunque l'attenzione è focalizzata principalmente sulla donazione di sangue cordonale e quella molto più recente e meno conosciuta della membrana amniotica. Le due donazioni vengono brevemente spiegate e messe a confronto per giungere alla considerazione finale e comune che, per ottenere il maggior numero di atti volontari di donazione è necessario un capillare lavoro di sensibilizzazione e informazione delle donne. L'ostetrica, figura che segue da vicino la gravidanza, è sicuramente la persona più adatta a compiere quest'opera.

Summary

This work want to offer a little course along the evolution of fetal adnexa's use. The attention is however placed on the umbilical cord blood and amniotic membrane gifts, the last one more recent and less known. Both the gifts are explained and compared, to reach the same conclusion: a capillary sensibilization and information work is necessary

to obtain the greatest number of voluntary gifts. The midwife, very closed to pregnancy figure, is the most suited person to reach this purpose.

Parole chiave	Key words
annessi fetali	fetal adnaxa
placenta	placenta
membrana amniotica	amniotic membrane
donazione	gift
cellule staminali	stem cells
trapianto a basso rischio	low risk transplantation
sensibilizzazione	sensibilization
vantaggi	advantages
controindicazioni	contra-indications
confronto	comparison

Utilità' dell'Amnioinfusione terapeutica e profilattica in travaglio di parto.

Luana Danti, Cristina Barbieri, Alberto Testori , Lorena Barbetti, Maria Elena Chiari, Umberto A Bianchi

Clinica Ostetrico Ginecologica - Università di Brescia

Scopo del lavoro

L'amnioinfusione (AI) in travaglio di parto eseguita mediante catetere trans-cervicale è una metodica ampiamente validata dalla Medicina dell'Evidenza, efficace per diminuire significativamente la quota di tagli cesarei (TC) eseguiti per tracciato non rassicurante in presenza di decelerazioni variabili e per diminuire l'incidenza di Sindrome da Aspirazione di Meconio in caso di liquido tinto 2-3. La revisione dei dati più recenti della letteratura mostra infatti come in presenza di tracciato cardiocografico (CTG) con decelerazioni variabili e prolungate, tale procedura migliori il quadro CTG in almeno la metà dei casi, riducendo pertanto del 50% l'incidenza di TC e specificatamente di quella quota di TC eseguiti per sospetta sofferenza fetale.⁽⁴⁾ È in grado di diminuire di circa 2/3 il numero di neonati con Punteggio di Apgar <7 al primo minuto e dimezza sia la quota di neonati con pH <7.20 che l'incidenza di morte perinatale. Anche in presenza di liquido tinto l'AI è in grado di ridurre del 50% la presenza di decelerazioni variabili e del 38% l'incidenza di TC per tracciato non rassicurante, riduce di circa 2/3 l'incidenza di Sindrome da Aspirazione di Meconio, dimezza il numero di ricoveri NICU e di ricorso a ventilazione positiva del neonato.⁽⁵⁾ La quota di neonati con Punteggio di Apgar <7 al primo minuto risulta ridotta del 50%, così come l'incidenza di acidosi alla nascita. L'AI riduce inoltre di circa 2/3 la mortalità perinatale ed elimina quasi totalmente il rischio di Encefalopatia Ipossico Ischemica.

Presso la nostra Clinica abbiamo condotto una valutazione retrospettiva delle procedure di amnioinfusione eseguite nel corso dell'anno 2003, allo scopo di confrontare l'utilità dell'amnioinfusione "profilattica" in caso di presenza di liquido tinto con l'amnioinfusione "terapeutica", in presenza di tracciato cardiocografico (CTG) non rassicurante, sia nel ridurre l'incidenza di TC che nel prevenire sequele neonatali importanti.

Materiali e metodi

Nel corso dell'anno 2003 presso la nostra Clinica sono state eseguite 77 procedure di amnioinfusione in travaglio su 3376 parti (2.3%). La metodica prevede, in pazienti in travaglio attivo, con membrane rotte e dilatazione cervicale \pm 3 cm, il posizionamento intrauterino di catetere Foley N°14 o16 raccordato tramite un normale deflussore a soluzione fisiologica. La procedura viene adottata in presenza di persistenti decelerazioni variabili medio-gravi non risoltesi con procedure conservative (cambio di posizione, sospensione della perfusione ossitocica, >10 minuti di Ossigenoterapia materna a > 10 L/min) e/o liquido amniotico tinto (tipo 2-3) e previo controllo AFI. Il catetere viene posizionato, durante una pausa fra le contrazioni, tra le ore 3 e le ore 6, respingendo delicatamente l'estremo cefalico, ed introdotto per due terzi della sua lunghezza, senza gonfiare il palloncino. La soluzione fisiologica a temperatura ambiente viene infusa ad una velocità circa di 10-15 ml/min (200-300ggt/min); tale velocità tende a diminuire ed arrestarsi durante la contrazione, indice questo di buon funzionamento del catetere. Non è stato dimostrato alcun beneficio legato all'uso di soluzione salina preriscaldata o di pompa da infusione, se la velocità di infusione non supera i valori consigliati. Terminata l'infusione dei primi 500cc (circa 20-30minuti), viene controllato l'AFI: la procedura viene sospesa se l'AFI > 80 mm o se si è avuta la riduzione delle decelerazioni. Se l'AFI < 80 si continua l'infusione di mantenimento fino al periodo espulsivo, alla velocità di 2-5ml/min (40-100ggt/min). L'AI viene inoltre interrotta in presenza di ipertono uterino, ipercinesia o nel caso in cui le decelerazioni non scompaiano dopo i primi 500cc di infusione, nonostante il supporto dell'ossigenoterapia materna.

L'indicazione all'AI nelle 77 pazienti considerate era nel 53.3% dei casi (41/77) la presenza di tracciato CTG con decelerazioni variabili (AI terapeutica: Gruppo 1) e nel 46.7% dei casi (36/77) si trattava invece di amnioinfusioni eseguite a scopo profilattico, in presenza di liquido tinto (AI profilattica: Gruppo 2).

Nei due gruppi di pazienti sono state valutate la parità, il grado di dilatazione cervicale a cui veniva eseguita la procedura, la settimana media al parto, il tempo in minuti fra l'esecuzione dell'amnioinfusione e l'espletamento del parto.

Come endpoint primari sono stati considerati l'incidenza di TC con le differenti indicazioni e i parti vaginali operativi. L'outcome neonatale è stato valutato in termini di Punteggio di Apgar al 1' e al 5', pH alla nascita, complicanze maggiori e minori. Sono state inoltre considerate le eventuali complicanze materne.

Risultati

L'incidenza di nulliparità è risultata sovrapponibile nei due gruppi di pazienti (66% vs 64%), così come la settimana media al parto (Gruppo 1: 39.6 \pm 1.5; Gruppo2: 39.6 \pm 1.1), e la percentuale globale di TC (22% vs 22.2%).(Tab.1)

L'amnioinfusione è stata eseguita in media fra i 4e 5 cm di dilatazione cervicale in entrambi i gruppi (dilatazione media Gruppo 1: 4.29 \pm 1.63; Gruppo 2: 4.56 \pm 1.57)e la media del tempo in minuti fra la procedura ed il parto vaginale è stata di 161.7 \pm 100.9' nel Gruppo 1 e 179.2 \pm 145.5' nel Gruppo 2.

In caso di TC la media è stata di 229.57 \pm 108.31 minuti nelle amnioinfusioni profilattiche e di 157.66 \pm 85.03 minuti nelle amnioinfusioni terapeutiche.(Tab.2)

L'incidenza di TC per CTG non rassicurante è stata del 17% nel gruppo con amnioinfusione terapeutica e 8.3% nel gruppo con amnioinfusione profilattica (7/41 vs 3/36).

I TC eseguiti invece per altra motivazione (per lo più distocia) sono stati 5% nel primo gruppo (2/41) e 13.9% nel secondo (5/36).

Ci sono stati globalmente 7 parti operativi con ventosa morbida Kiwi (7/77: 9%): 3/41 (7.3%) nel gruppo con amnioinfusione terapeutica, 4/36 (11%) nelle pazienti con amnioinfusione profilattica.

Globalmente c'è stato un solo neonato con Apgar < 7 al 1' minuto, fra le 41 pazienti con amnioinfusione terapeutica (Apgar 5/8). (Tab.3)

Si trattava di un neonato con pH_ombelicale alla nascita di 6.87 ed iniziale acidosi metabolica dopo parto vaginale operativo (paO2: 15 - BE:-13.9). Il neonato peraltro ha avuto un ottimo outcome e non ha necessitato né di interventi farmacologici, né di ricovero in NICU.

Nel gruppo con amnioinfusione terapeutica ci sono stati 9 neonati con pH alla nascita < 7.20 (22%): 8 acidosi respiratorie ed una sola acidosi metabolica, già descritta; nel gruppo con amnioinfusione profilattica 3/36 neonati (8.3%) hanno avuto alla nascita un pH < 7.20 : 3 acidosi respiratorie (22% vs 8.3%).

Non si è verificata alcuna complicanza neonatale nei due gruppi e 8 modeste complicanze materne globalmente, equamente distribuite (2 casi di anemizzazione di media entità, 2 suture modicamente infiltrate, un caso di iperpiressia al parto ed in puerperio, un caso di disuria, uno di ingorgo mammario in terza giornata e un caso di aumento transitorio della PA). (Tab.4)

Conclusioni

A partire dai primi lavori comparsi in letteratura negli anni 80, era apparso evidente che l'amnioinfusione rappresentava un'opzione terapeutica semplice, sicura ed efficace per migliorare il quadro cardiocografico, in presenza di decelerazioni variabili nel primo stadio del travaglio e nel ridurre l'incidenza di Sindrome da Aspirazione di Meconio, di acidemia e la necessità di ventilazione a pressione positiva neonatali in caso di liquido tinto. Lo studio prospettico randomizzato condotto da Miyazaki e coll. nel 1985 su un campione di 96 pazienti in travaglio attivo aveva evidenziato la scomparsa di decelerazioni variabili in una quota di casi significativamente maggiore fra le pazienti sottoposte ad AI rispetto ai controlli (51% vs 4%), con una incidenza di TC per sofferenza fetale del 14% nel primo gruppo di donne vs 47%.^{6%} nelle pazienti non sottoposte ad AI.⁽¹⁾
²⁾ Nel 1989 Sadovsky e coll. avevano analizzato in maniera prospettica 40 pazienti in travaglio di parto con liquido amniotico tinto sottoposte in modo randomizzato ad AI.⁽³⁾ I risultati confermavano una riduzione significativa fra le pazienti sottoposte ad AI del ricorso al TC (9% vs 0), della presenza di meconio a livello delle corde vocali del neonato (29% vs 0). Anche i casi di pH fetale alla nascita <7.20 e di ricorso alla ventilazione a pressione positiva del neonato risultavano dimezzati nelle pazienti sottoposte ad AI.

A partire da questi primi studi, sono comparsi in letteratura numerosi lavori, recentemente riuniti in due grosse review, con ultimo aggiornamento nel 2003, in The Cochrane Library per un totale di 1900 pazienti per AI terapeutica e 900 pazienti per AI profilattica. Queste revisioni forniscono dati chiari sui vantaggi dell'amnioinfusione tanto terapeutica che profilattica.

Nel nostro studio, nei casi di amnioinfusioni profilattiche (Gruppo 2) non si è verificata nessuna complicanza neonatale: né Sindrome da Aspirazione di Meconio, evento fortunatamente molto raro, né necessità di ricovero e/o ventilazione positiva nei neonati. Anche nell'altro gruppo non abbiamo avuto alcuna complicanza neonatale, salvo un unico neonato con acidosi metabolica alla nascita, peraltro senza sequele.

Nei 2 gruppi l'incidenza di TC complessiva è stata del tutto sovrapponibile, ma nel gruppo 2 l'incidenza di TC per CTG non rassicurante è stata bassa, 8%, nonostante la presenza di liquido amniotico francamente tinto di meconio, mentre con amnioinfusione terapeutica l'incidenza di TC per questa motivazione è stata più che doppia (17%): probabilmente la presenza di decelerazioni prima della procedura è un indicatore di rischio per TC più importante del liquido amniotico tinto, quando vi è assenza di alterazioni cardiocografiche. Nell'11% dei casi del gruppo 2 si è ricorsi a parto operativo con ventosa, con un esito neonatale peraltro buono: nessun Apgar < 5 e pH alla nascita sempre > 7.20,

salvo 3 casi di modesta acidosi respiratoria (7.09-7.14-7.18). Nel gruppo 1 il parto vaginale operativo ha avuto una incidenza lievemente minore, 7%, così come la percentuale di TC eseguiti per distocia (5 vs 13.8%).

Il tempo medio fra la procedura e il parto cesareo in caso di AI profilattica è stato di circa 1 ora maggiore rispetto all' AI terapeutica, probabilmente perché in quest'ultimo gruppo i TC per CTG non rassicurante sono in percentuale più che doppia rispetto al gruppo 2, e pertanto eseguiti entro un lasso di tempo necessariamente più breve.

Complessivamente la metodica ha favorito il parto vaginale nei 3/4 dei casi, così come descritto in letteratura, con un outcome neonatale buono: 12/77 neonati con pH < 7.20 (15.6%), ma solo un caso di acidosi metabolica peraltro con ottimo esito.

In conclusione l'AI si è confermata adeguata nel diminuire significativamente l'incidenza di TC e di complicanze neonatali, sia in presenza di decelerazioni variabili che di liquido amniotico francamente tinto di meconio.

Bibliografia

1. F S Miyazaki, N A Taylor "Saline amnioinfusion for relief of variable or prolonged decelerations"
Am J Obstet Gynecol 1983; 146:670-8
2. F S Miyazaki, F Nevarez " Saline amnioinfusion for repetitive variable decelerations: a prospective randomized study"
Am J Obstet Gynecol 1985; 153:301-6
3. Y Sadovsky et al "Profilactic amnioinfusion during labor complicated by meconium: a preliminary report"
Am J Obstet Gynecol 1989;161:613-617
4. G J Hofmeyr "Amnioinfusion for umbilical cord compression in labour"
Cochrane Review: in The Cochrane Library, Issue 3 , 2003
5. G J Hofmeyr "Amnioinfusion for meconium-stained liquor in labour"
Cochrane Review: in The Cochrane Library, Issue 3 , 2003

Tabella 1

	AI t (Gruppo1)	AI p(Gruppo2)	Totale (Gr1 e Gr2)
Pazienti (N)	41 (53.3%)	36 (46.7%)	77
Nulliparità (N°-%)	27 (65.8%)	23 (64%)	50 (64.9%)
W Media al parto+DS	39.6 ± 1.5	39.6 ± 1.1	39.6 ± 1.3
Dilataz. cervic. M+DS	4.29 ± 1.63	4.56 ± 1.57	4.42 ± 1.6

Tabella 2

	AI t (Gruppo1) N-%	AI p (Gruppo2) N-%	Totale N-% (Gr1 e Gr2)
Tc totali	9 (22%)	8 (22.2%)	16 (20.8%)
Tc per CTG			
non rassicurante	7 (17%)	3 (8.3%)	10 (12.9%)
Tc per altra indicazione	2 (5%)	5 (13.9%)	7 (9.1%)
Pv operativi	3 (7.3%)	4 (14%)	7 (9.1%)
t AI-PV min	161.7	179.2	
t AI-TC min	157.6	229.57	

Tabella 3

	AI t (Gr1)N	AI p (Gr2) N
pH < 7.20	9	3
P.Apgar (1'-5') < 7	1	0
Gg ricovero NICU	0	0
Complicanze neonatali	0	0

Tabella 4

	AI t (Gr1)N	AI p (Gr2) N
Iperpiressia in travaglio	0	0
Iperpiressia in puerperio	0	1
Infiltrazione sutura	1	1
UTI	0	1
Endometrite	0	0
Ingorge mammario	1	0
Anemia	0	2
Altro	1	0

Partorire in acqua : una modalità di nascita fisiologica e sicura.

Esperienza dopo 1825 parti in acqua a Vipiteno

Thöni Albin

Reparto di Ginecologia ed Ostetricia, Vipiteno (BZ)

Riassunto

Obiettivo:

Questo studio prende in esame **1825** parti in acqua ricercando i possibili vantaggi e rischi offerti da questa modalità di parto.

Metodi:

Sono state esaminate le seguenti variabili nelle 830 primipare: durata del parto, incidenza di episiotomie e lacerazioni, valore del pH arterioso ombelicale e dell'eccesso di basi, percentuale di valori di pH <7.10 e di eccesso di basi >12mmol/L. In tutte le partorienti in acqua sono stati inoltre analizzati l'uso di analgesici, le distocie di spalla e i parti dopo pregressi parti cesarei. Inoltre è stato avviato uno studio per verificare l'incidenza di infezioni nei nati in acqua o in modo convenzionale.

Risultati:

È emersa una chiara riduzione della durata del periodo dilatante nelle primipare che hanno partorito in acqua. La percentuale di episiotomie si aggira attorno allo 0.33%. Non è stato necessario somministrare antidolorifici alle donne che hanno partorito in acqua. Il valore del pH arterioso ombelicale e l'eccesso di basi hanno mostrato valori sovrapponibili a quelli degli altri gruppi esaminati. Si sono verificate tre distocie di spalla. 68 donne hanno partorito in acqua dopo pregresso parto cesareo.

Sulla base del sospetto clinico e laboratoristico di un'iniziale infezione è stato somministrato un antibiotico all'1.15% dei nati in acqua, contro il 2.30% dei nati da parto convenzionale.

Conclusione

Da questa indagine sono emersi chiari vantaggi medici a favore del parto in acqua: una riduzione significativa del periodo dilatante nelle primipare, una netta riduzione di episiotomie e un drastico calo della richiesta di antidolorifici. Il parto in acqua rappresenta una modalità di nascita sicura per il neonato e non lo espone ad un maggiore rischio di infezioni rispetto ai nati in modo tradizionale.

Parole chiave: Parto in acqua, parto posizioni alternative, durata parto, episiotomie, uso di antidolorifici, distocia di spalla, parti in acqua dopo parto cesareo, rischio di infezione.

Introduzione

Il profondo mutamento delle esigenze e delle aspettative circa la loro esperienza di maternità delle donne gravide, delle partorienti e delle puerpere avvenuto negli ultimi anni impone ad ogni reparto ostetrico una ridefinizione dei processi di assistenza e cura in modo da offrire una maggiore libertà alle donne rispettandone l'autodeterminazione (1). In risposta alle critiche rivolte all'ostetricia per aver ridotto il parto ad un evento eccessivamente medicalizzato e condividendo queste mutate esigenze, nel 1996 il team ostetrico dell'Ospedale di Vipiteno ha iniziato un processo di revisione dei vecchi modelli comportamentali per creare una struttura, un ambiente ed un atteggiamento che permettessero di offrire all'utenza una nascita sicura, ma anche più personalizzata e intima. La partoriente è al centro di questa rinnovata visione ed il team ostetrico cerca di assecondarla nelle sue richieste: il suo ruolo tradizionale di paziente si tramuta in quello di „cliente“ (2). A tale scopo sono state ristrutturate le sale parto ed è stata installata una vasca (2,3). Un' altro obiettivo è stato quello di rendere più profonda ed intima l'esperienza della nascita per le partorienti e i loro *partners* e di valorizzare la relazione madre, padre e bambino. A tal fine sono state predisposte e arredate due stanze, confortevoli come camere da letto dove la nuova famiglia può trascorrere insieme e vivere in intimità, possibilmente indisturbata, la prima giornata dopo il parto (2,4). Nella stanza per l'allattamento infine, le madri imparano ad accudire il proprio bambino assistite dalle infermiere del nido. Per il sostegno all'allattamento materno il reparto ha ottenuto il riconoscimento dell'UNICEF come „Ospedale Amico dell' Bambino“ (5).

Materiali e metodi

Negli ultimi anni, presso l'Ospedale di Vipiteno si sono verificati in media 533 parti all'anno. Il primo parto in acqua risale al mese di marzo 1997. Entro dicembre 2005 si registrano **1825** parti in acqua con una percentuale che, riferita a tutte le modalità di parto, è passata da un iniziale 20% a quasi la metà del totale dei parti (5).

La frequenza cardiaca fetale viene dapprima controllata fuori dalla vasca e poi ad intervalli regolari anche in vasca mediante un sistema senza fili, tramite il quale è possibile attuare anche un monitoraggio continuo in acqua, garantendo la sicurezza fetale. Tenendo conto dei criteri di esclusione (5,6, Tabella 1), circa il 3% delle donne non è mai entrato in vasca durante il travaglio a causa di un tracciato cardiocografico sospetto o patologico, mentre il 4% è dovuto uscire dalla vasca per CTG patologico o liquido amniotico fortemente tinto.

Tabella 1: **Controindicazioni al parto in acqua**

FETALI	CTG patologico, liquido amniotico fortemente tinto, (sofferenza fetale) Insufficienza feto-placentare Parto gemellare e parto podalico Parto prematuro (fino 35/36 settimane)
MATERNE	Anestesia spinale Rottura delle membrane con sospetta corionamniotite Infezioni (HIV, Epatite B e C attiva)

Tabella 1: **Controindicazioni al parto in acqua**

Non è stata invece considerata motivo di esclusione l'anamnesi di un precedente parto cesareo o la positività allo streptococco beta emolitico di gruppo B (7).

Sono stati studiati i seguenti parametri: durata del travaglio, valore del pH arterioso ombelicale, l'eccesso di basi e la percentuale dei valori di pH <7.10 e di eccesso di basi >12mmol/L considerando soltanto le **primipare**, incidenza di lesioni del canale molle del parto, uso di analgesici, numero di donne che hanno partorito in acqua con pregresso parto cesareo. Questi parti sono stati confrontati con 689 parti spontanei avvenuti sul letto da parto tradizionale e con 227 parti sullo sgabello. I parti vaginali a rischio (conventosa ostetrica, presentazione podalica) sono stati esclusi dalla valutazione. Nel gruppo dei parti avvenuti sullo sgabello non è stata considerata la durata del periodo dilatante, in quanto lo sgabello viene utilizzato in periodo espulsivo, tenendo conto però che le partorienti non dovrebbero utilizzarlo per più di 20 minuti, poiché è necessario cambiare regolarmente posizione per evitare edemi vulvari (5). La percentuale delle primipare

è del 45.5% (830 su 1825 parti in acqua), mentre la percentuale media di tutte le primipare nell'arco temporale considerato è del 52,5 % (56% nel 2005).

I pediatri di questo ospedale hanno verificato l'insorgenza di infezioni nei nati in acqua ed in modo convenzionale.

In collaborazione con microbiologi del Laboratorio Biologico dell'APPA di Bolzano è stato intrapreso un ulteriore studio per esaminare la contaminazione microbica dell'acqua nelle vasche dopo riempimento con acqua di rubinetto e dopo il parto avvenuto in acqua (7).

Risultati

Nelle 830 primigravide che hanno partorito in acqua, la durata del periodo dilatante è risultata chiaramente ridotta, con un valore medio di 380 minuti rispetto ai 468 minuti del gruppo che ha partorito sul lettino ostetrico tradizionale (4,5). Per il periodo espulsivo le differenze non si sono rivelate significative (Tab. 2).

Ciò può essere spiegato con il fatto che le donne in acqua non vengono sollecitate a spingere e non vengono effettuate episiotomie, le quali abbreviano il periodo espulsivo. Naturalmente è fondamentale l'arte dell'ostetrica per evitare non solo un tasso elevato di episiotomie ma anche per ridurre l'incidenza di lacerazioni.

NUMERO	ACQUA N = 830	LETTO N = 424	SGABELLO N=136	VALORE P
travaglio (minuti)	380 (120, 980)	468 (130, 1020)	*	p < 0,01
periodo espulsivo (min.)	34 (10, 85)	37 (10, 90)	35 (10, 80)	n.s.
Valore pH art. ombelicale	7,27 (7.04 - 7.47)	7,26 (7.03 - 7.46)	7,24 (7.06- 7.45)	n.s.
pH art.< 7.10	1,92 % (16)	2,21 % (9)		
Eccesso basi mmol/L	-5,35 (-0.6 - 12.9)	-6,05 (-0,2 - 13,8)	- 6,82	n.s.
<12 mmol/L	1,56 % (13)	2,83% (8)		
Episiotomie	0,60% (5)	23,3% (95)	8,4% (12)	p < 0,01

valore medio (minimo - massimo)
* non viene considerato, perché non avviene sullo sgabello

Tabella 2 : Primigravide: Confronto della durata del travaglio di parto, del valore del pH arterioso ombelicale, dell'eccesso di basi e del tasso di episiotomie.

Nei 1825 parti in acqua sono state eseguite 6 episiotomie (0.33%) che risalgono all'inizio di questa esperienza. Tale riduzione significativa non comporta un aumento del numero e della gravità delle lacerazioni (4,5).

Nel 56.6% delle primipare che hanno partorito in acqua (470 su 830) il perineo è rimasto integro, contro il 36% e il 48% degli altri due gruppi. Negli ultimi anni, in seguito ad un atteggiamento sempre più restrittivo nel porre l'indicazione ad effettuare l'episiotomia, il suo tasso è andato diminuendo in tutte le partorienti, attestandosi su una percentuale globale del 10,0 - 11,5% (Fig.1).

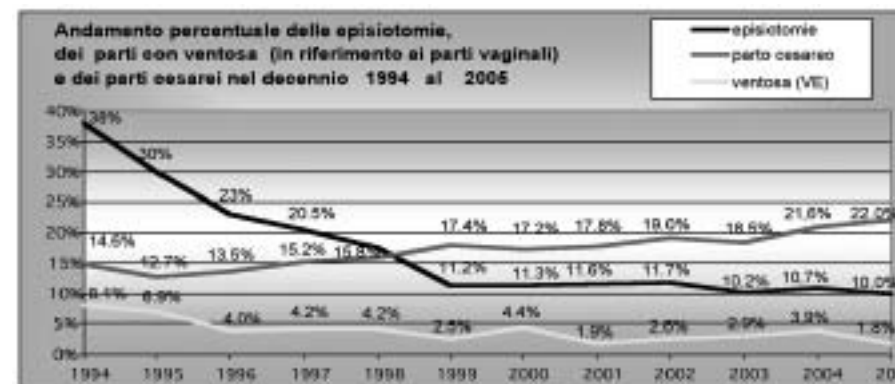


Figura 1

Nelle primipare tale valore è sceso dal 30% nel 1997 al 15.0% nel 2005. L'indicazione all'episiotomia nelle primipare su letto da parto tradizionale è stato un prolungato periodo espulsivo nel 55% dei casi e la comparsa di alterazioni al CTG suggestive per sofferenza fetale in un ulteriore 28% (Tab. 2). Inoltre l'episiotomia viene eseguita di routine in caso di applicazione di ventosa ostetrica (Fig.1). L'incidenza di lacerazioni di III grado che, secondo i dati della letteratura (8,9), è compresa tra lo 0.4 ed il 6%, nella casistica di questo ospedale oscilla tra l'1,0% (acqua, considerando soltanto le primipare (9 su 830) e l'1,7% (sgabello) (5).

Le 9 primipare con lacerazioni di terzo grado hanno presentato solo parziali lacerazioni dello sfintere senza deficit funzionali. Non sono da segnalare lacerazioni della cervice uterina, mentre sono aumentate lievi, talvolta fastidiose, lacerazioni in vicinanza del clitoride e delle piccole labbra (14,7 %).

In tre donne che hanno partorito in acqua si è verificata una distocia di spalle (0,16 %). Nel primo caso si è trattato di una terzipara di 37 anni che ha partorito un neonato

di 4660g (il bambino più grosso della casistica), nel secondo di una secondipara di 32 anni con precedente parto operativo con ventosa ostetrica e neonato di 3815g, nel terzo di una primipara di 27 anni con un bambino di 3650 g.

In tutti e tre i casi la distocia è stata risolta in vasca con manovra ostetrica di spostamento del braccio posteriore in obliquo dopo aver atteso tre/quattro contrazioni dalla fuoriuscita della testa. Nell'ultimo caso si è verificata una frattura della clavicola senza deficit funzionale. All'emogasanalisi del sangue arterioso del cordone ombelicale i valori del pH e dell'eccesso di basi erano nei limiti della norma.

Per l'azione analgesica esercitata dall'acqua la richiesta di antidolorifici è quasi inesistente. Solo il 3,9 % delle partorienti in acqua è uscito dalla vasca richiedendo un'analgesia peridurale. Raramente è stato necessario ricorrere all'uso di ossitocina nella vasca, dove si cerca di evitare il posizionamento di cannule venose.

Relativamente ai parametri neonatali, al valore del pH arterioso ombelicale, dell'eccesso basi (Tab. 2, Fig. 2), e al peso dei neonati non sono emerse differenze significative tra le diverse modalità di parto.

Anche il neonato con i peggiori valori di emogasanalisi (pH art. ombel. = 7,04 ed eccesso basi = - 13,3 mmol/L), legati alla presenza di due giri stretti di cordone ombelicale attorno al collo e di un prolungato periodo espulsivo, si è ripreso rapidamente. In 2 casi è stata sospettata una polmonite da aspirazione immediatamente dopo il parto: i neonati hanno mostrato una sintomatologia clinica da distress respiratorio con tachipnea, gemiti, rientramenti degli spazi intercostali ed alitamento delle pinne nasali. Alla nascita, l'emogasanalisi dall'arteria ombelicale ha rivelato una acidosi metabolica intrauterina con un valore del pH art. ombel. <7,10, un base excess >12,0 mmol/L e un punteggio dell'Apgar score di 7/8/9. Le radiografie del torace hanno evidenziato chiazze di addensamento sul campo polmonare, probabilmente da aspirazione. I neonati sono stati sottoposti a regime antibiotico e a terapia con ossigeno con rapido miglioramento, che ha reso possibile l'allattamento al seno e la dimissione in buone condizioni in quinta giornata. Anche le partorienti con precedente parto cesareo possono partorire in acqua con adeguata sorveglianza. Infatti 68 donne della casistica con pregresso parto cesareo hanno partorito in acqua.

Nello studio per valutare la contaminazione microbica dell'acqua della vasca per il parto sono stati analizzati 300 campioni d'acqua. È evidente come durante la maggior parte dei periodi espulsivi possa avvenire la contaminazione dell'acqua da parte di diversi microrganismi, soprattutto batteri *coliformi*, *Escherichia coli* ed *enterococchi* di origine fecale (7).

Il pediatra ha avuto il compito di verificare l'insorgenza di infezioni nei neonati nati in acqua o in modo tradizionale. L'1,15% dei nati in acqua ha mostrato segni di sospetta infezione (tachipnea, respiro affannoso, colorito cutaneo sospetto) contro il 2,30% dei nati su letto (7).

Discussione

Nelle primipare che hanno partorito in acqua, abbiamo riscontrato un calo statisticamente significativo della durata del periodo dilatante. Tale riduzione va attribuita sia alla posizione semieretta della partorienti, sia al rilassamento ottimale e all'aumento dell'elasticità della muscolatura del pavimento pelvico in acqua (4,5). Non è stato possibile effettuare uno studio randomizzato, perché le partorienti, che si rivolgono al nostro ospedale, non avrebbero accettato di parteciparvi.

A questo proposito si sottolinea che, secondo la nostra esperienza e quella di altri Autori (10), le gravide devono entrare in acqua solo in travaglio attivo con una dilatazione cervicale di circa 3 cm e non restare più di due ore continuative nella vasca, specie le primipare, alle quali le ostetriche spesso consigliano di uscire dalla vasca anche per mezz'ora, prima di rientrare per il periodo espulsivo.

La diminuzione significativa delle episiotomie in vasca è giustificata dal fatto che questa pratica non risulta necessaria (8,9), ma anche dalla difficoltà di esecuzione di questa tecnica, essendo le partorienti in posizione semiseduta (4,5). Per evitare un aumento del numero delle lacerazioni è necessaria grande abilità da parte dell'ostetrica, che invita la paziente a non spingere attivamente e regola la velocità di espulsione della testa in modo che il neonato non venga partorito in un'unica contrazione. Dato che il pH cala di circa 0,04 unità al minuto (11), dopo la fuoriuscita della testa del bambino, è possibile attendere pazientemente il disimpegno delle spalle e del tronco fetale senza temere la comparsa di acidosi intrauterina e quindi di sofferenza fetale (5). Il parto in acqua non interferisce con l'adattamento del neonato alla vita extrauterina: la valutazione clinica dei neonati da parte dei pediatri non ha evidenziato differenze tra nati in acqua o in modo tradizionale.

L'acqua riscaldata a temperatura corporea deve ovviamente avere le caratteristiche dell'acqua potabile. Il sistema idraulico viene monitorizzato mensilmente tramite prelievo di campioni per l'analisi microbiologica, anche per escludere la presenza di *Legionelle* e *Pseudomonas aeruginosa* (7).

Con il rigoroso rispetto delle norme igieniche dopo la revisione dei protocolli di pulizia (iniziale pulizia con un detergente e successiva disinfezione con un preparato a base

di clorexidina) e dopo l'istallazione di un sistema di filtraggio, avvenuta nel 2002, la contaminazione dell'acqua nelle vasche per il parto si è ridotta in modo significativo. I filtri idrici monouso Acquasafe vengono consegnati sterili e sostituiti prima del riempimento della vasca per ogni parto. I filtri antibatterici di nuova generazione devono essere sostituiti al massimo dopo sette giorni, anche se non vengono utilizzati. Osservando queste misure non è stata più rilevata nella vasca la presenza di *Legionelle* ed è stata ridotta efficacemente quella di *Pseudomonas aeruginosa* (7).

Conclusioni

Le aspre critiche e le discussioni tra ostetrici, neonatologi e igienisti sul parto in acqua si sono ormai acquisite. Uno dei principali argomenti di discussione era il fatto che il parto in acqua non fosse un evento fisiologico, rafforzata dal presunto rischio infettivo per il neonato legato alla possibile aspirazione dell'acqua e dei microrganismi patogeni in essa contenuti (12,13). Tali critiche sono da considerarsi infondate, dato che, in condizioni normali il diving reflex del neonato impedisce l'aspirazione dell'acqua, sia in utero, sia in vasca (6,7). Il diving reflex è un riflesso fisiologico nel periodo neonatale, che viene attivato quando l'acqua entra in contatto con i recettori cutanei delle zone periorali e perinasali: ciò determina l'induzione di uno stimolo vagale con arresto dell'atto respiratorio (14,15). Riemergendo dall'acqua, il riflesso viene a mancare e ciò consente al neonato di respirare in modo continuo (16). Il diving reflex viene regolato da strutture primitive nel tronco cerebrale e scompare gradualmente dopo la nascita. Inoltre, in utero, i polmoni del feto sono già pieni di liquido polmonare, prodotto in quantità di 300 ml al giorno ed espirato nel liquido amniotico ad ogni movimento respiratorio fetale (6). Normalmente il liquido polmonare viene in parte riassorbito, diluendo il sangue ed espandendo il volume plasmatico fetale. Solo in caso di prolungata asfissia intrauterina, cioè sofferenza fetale, gli elevati livelli di adrenalina circolante causano il riassorbimento prematuro del liquido polmonare (17) e l'intensificazione dei movimenti respiratori. Queste sono le cause dell'aspirazione intrauterina di meconio o di acqua nella vasca da parto. All'Ospedale di Vipiteno, malgrado regole rigide e precise, in tre casi sono comparso gravi acidosi intrauterine in vasca, che hanno reso necessario l'intervento del pediatra. I bambini si sono ripresi rapidamente con ossigeno- e antibioticoterapia e hanno potuto essere dimessi in quinta giornata. In un caso si trattava di una madre di 35 anni, primipara a termine, che aveva fatto 300 km proprio per partorire in acqua. La partoriente è rimasta in acqua per tutta la fase espulsiva durata 80 minuti. Il liquido amniotico, con rottura delle membrane 3 ore prima del parto, era chiaro. Il CTG mostrava negli ultimi 30 minuti decelerazioni difficilmente interpretabili. Da questo si può evincere che nonostan-

te la più meticolosa e accurata sorveglianza e stretta osservazione delle controindicazioni, non è possibile escludere del tutto una residua possibilità di rischio.

Il parto in acqua si è rapidamente affermato all'ospedale di Vipiteno ed è diventato nel tempo la modalità di parto preferita. Siamo convinti che nei prossimi anni il parto in acqua sarà destinato a perdere il suo ruolo secondario e ad assumere un posto fisso nell'ostetricia moderna. Il parto in vasca offre vari vantaggi: rilassamento ottimale e grande libertà di movimento della partoriente, una fase dilatante abbreviata, minore ricorso ad analgesici, meno episiotomie e, soprattutto, un'esperienza vissuta in modo gratificante (18, 19). L'acqua permette la mediazione tra la dimensione razionale, di controllo e quella emozionale di abbandono (10). Le vasche e gli ambienti familiari nelle stanze sono parte integrante di un concetto più vasto, che ha come obiettivo la tutela della salute del neonato e vuole garantire ai genitori un'esperienza bella ed intensa (20). Il rispetto della libertà della donna e dell'intimità della coppia, il ruolo centrale dell'ostetrica nell'evento parto e la presenza discreta della figura del medico ginecologo e del pediatra, permettono di ricreare l'atmosfera di un parto a domicilio con la sicurezza di una struttura ospedaliera. Si tratta di un'ostetricia che ha come fulcro la donna, basata sul minimo interventismo, che può agevolmente coniugare la sicurezza di madre e neonato con la piena soddisfazione della partoriente, che, assumendo un ruolo attivo, si sente al centro dell'evento, vivendo il proprio parto nella più completa libertà e nella massima intimità.

Bibliografia

1. Natale N: L'utilizzo delle linee guida nella gestione del travaglio fisiologico e del parto. Obiettivi e problemi dell'assistenza al parto. Atti 77 Congresso SIGO. Vol. LXXIV, Milano, Settembre 1998: 117-124
2. Thöni A: Valorizzare un reparto in periferia, per salvaguardarne il futuro. Giorn. It. Ostetr. e Ginec., Vol XXVII, No 6, 2005: 215-219
3. Thöni A, Avolio M: Il parto in acqua: solo un fenomeno? Relazione sulle prime esperienze raccolte presso l'ospedale di Vipiteno. Bologna, Monduzzi Editore, 529-32, Congresso SIGO 1998.
4. Thöni A, Murari S: Partorire in acqua. Studio comparativo dopo 555 parti in acqua. Minerva Ginecologica. Vol. 53-Nr.1: 29-34, 2001
5. Thöni A et al: 1136 Parti in acqua: Sei anni di esperienza e valutazione dei risultati. Giornale It. Ost. Gin. Vol XXV, 2003: 305-311. CIC Ed. Int.
6. Eldering G, Selke K: Waterbirth - A Possible Technique of Childbirth? A retrospective study of 1000 subaqueous deliveries. Geburtsh Frauenheilk., 1996: 56, 670-676

7. Thöni A et al: Parto in acqua: contaminazione e tasso di infezioni. La Rivista It. di Ostetricia e Ginecologia, Anno 2, No 7, 9/2005: 332-335
8. Klein MC et al: Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction and pelvic floor relaxation. Am.J. Obstet. Gynecol., 171: 591-598,
9. Wooley RJ: Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980 Part. J. Obstet.Gynecol. Surv. 50:806-820, 1995
10. Odent M: Birth under Water. Lancet , 146: 1476-1477, 1983
11. Wood C, Benning H: Proceedings: A control trial demonstrates that speeding birth favourably affects cord blood pH. J Reprod Fertil 36(2): 472-3, 1974
12. Gilbert R., Tookey PA: Perinatal mortality and morbidity among babies delivered in Water: surveillance study and postnatal survey; Institute of Child Health, London B.M.J., 319, 483-487, 199
13. Franzin L et al: Legionella pneumophila Pneumonia in a newborn after Water birth. A New mode of Trassmission. Clin. Inf. Dis. 2001; 33: 103-4
14. Tchobroutsky C: The diving reflex in rabbit, sheep and newborn lamb and its afferent pathways. Resp. Physiol. 1994; 8, 108-117 (1969)
15. Dawes G S et al: Breathing before birth in animals and men. New Engl. J. Med. 290, 557 (1974)
16. Harned H S et al: The Effects of Immersion and Temperature on Respiration in Newborn Lambs. Pediatrics 45 (1970) 5989
17. Brown M J: Effects of adrenaline and of spontaneous labor on the secretion and absorption of lung fluid of the newborn lamb. J. Physiol. 344, 137 (1983)
18. Fraioli R. et al: Effetti dell'immersione in acqua sulla donna durante il travaglio e il parto. Esperienza su 361 parti in acqua avvenuti presso l'Ospedale Villa Salus, Mestre
19. Frara M, Thöni A: Quando l'acqua non è solo H₂O: le donne raccontano il loro parto. ANPEP: Il Giornale It. di Psicologia e di Educazione Prenatale, Anno 4, No 7: 56-64
20. Tropea PF, Bitto N: Valutazione e miglioramento dei servizi : La gestione della paziente ostetrica. Atti 77 Congresso SIGO. CIC Edizioni internazionali, Roma 2001, 33-43

Esiti perineali in relazione alla posizione della donna e all'utilizzo dell'acqua nel travaglio di parto.

E. Livi, G. Verdicchio, G. Piazzesi, C.Ferretti, C.Buffi.

U.O. Ostetricia e Ginecologia Poggibonsi - U.S.L. 7 Siena

Le lacerazioni spontanee del perineo sono ormai da tempo studiate in letteratura, anche in relazione alla posizione assunta dalla donna al momento del parto.

La sempre maggior diffusione negli ultimi anni nei nostri punti nascita della "cultura" del parto naturale ha fatto sì che numerosi operatori abbiano ormai sperimentato la tendenza della donna a scegliere spontaneamente posizioni verticali (accovacciata, seduta, carponi, etc.) in alternativa alla classica posizione litotomica.

Riguardo agli esiti perineali in relazione alle diverse posizioni assunte al parto, gli studi pubblicati mostrano dati contrastanti:

DeJong PR et al. (1997) , in uno studio randomizzato e controllato svolto su un campione di 517 donne a basso rischio ostetrico, assegnate a partorire nella casa da parto "S.Monica" di Città del Capo, ha riscontrato un minor numero di lesioni perineali e di episiotomie nelle donne che avevano adottato le posizioni verticali rispetto a quella supina;

Shorten A. et al. (2002) in un recente lavoro analizza i dati di 2891 parti vaginali ed i risultati contribuiscono ad accrescere l'evidenza che la posizione al parto può influenzare gli esiti perineali. In particolare la posizione laterale è associata al miglior esito perineale (66,6%), mentre l'accovacciamento è associato alla più bassa percentuale di perinei integri (42%), specialmente nelle primipare;

Meyer S. et al. (1998) analizza e descrive le conseguenze a medio termine che un parto vaginale, indipendentemente dalla posizione, arreca a 149 primipare riscontrando, a 9 settimane dal parto, rispettivamente il 21% di incontinenza post parto spontaneo ed il 34% dopo parto strumentale;

Bernasconi F. (2003) descrive la possibilità di attuare una prevenzione dell'incontinenza urinaria (I.U.) tramite tecniche riabilitative perineali da attuare in gravidanza. In particolare la RPP eseguita per un periodo di 4 settimane a partire dalla 20^o settimana di gestazione in un gruppo di 268 gravide affette da ipermobilità uretrale è accompagnata da una significativa riduzione dell'I.U. nel post partum (19,2% vs 32,7%);

Lydon-Rochelle MT et al. (1995) non riscontrano alcuna relazione tra la posizione assunta al parto e gli esiti perineali riconoscendo come variabili associate a questi ultimi solo la parità, il peso neonatale e la razza e tra le tecniche di assistenza al parto le uniche associate a migliori esiti perineali, l'uso di compresse calde e della lubrificazione.

Eason E. et al (2000), in una revisione sistematica della letteratura, prende in considerazione le varie tecniche di assistenza atte a prevenire traumi perineali da parto attraverso la metaanalisi di trials randomizzati e controllati. I fattori che mostrano di accrescere l'integrità del perineo sarebbero: l'episiotomia selettiva e non routinaria, il parto spontaneo rispetto al parto operativo (e tra i parti operativi, l'applicazione di V.E. rispetto al parto operativo con forcipe per le lesioni dello sfintere anale), il bagno caldo e, nelle nullipare, il massaggio perineale nelle settimane precedenti il parto; la posizione assunta al parto avrebbe poca influenza sul trauma perineale (a questo proposito viene osservato che la posizione ottimale per favorire la discesa della testa fetale non corrisponde a quella ottimale per il controllo dell'espulsione del feto attraverso l'introito vaginale).

Gupta JK. et al. (1989) riferisce che nel suo studio la posizione "accovacciata" veniva modificata in "semisdraiata" al momento dell'espulsione della testa fetale, per ridurre il trauma perineale;

Nello studio di Gardosi et al. (1989) si paragona la posizione "accovacciata" o sollevata/verticale con quella semisdraiata: si rileva che la posizione "accovacciata" è difficile da mantenere a lungo e che solo il 36% delle donne mantiene la posizione verticale al momento della nascita; non vengono comunque rilevate differenze significative nei traumi perineali nelle donne assegnate al gruppo delle posizioni verticali rispetto al gruppo di controllo.

In merito agli esiti perineali in relazione alla posizione della donna al parto, la nostra esperienza e casistica è concorde con gli studi che vedono gli esiti migliori associati a posizioni verticali. La possibilità di selezionare questa variabile è presente, nel nostro reparto, dal 1984, anno in cui, oltre alla tradizionale sala parto, è stata allestita la "**stanza del parto naturale**" (SPN). Si tratta di uno spazio arredato come una comune camera da letto matrimoniale, dove la donna con gravidanza fisiologica può travagliare e partorire nella posizione che preferisce, utilizzando in maniera personalizzata lo spazio a

terra, gli ausili di sostegno ed una vasca dove è possibile trascorrere sia il periodo dilatante che l'espulsivo ed il parto. Al suo interno è l'ostetrica a prestare assistenza nelle varie fasi del travaglio di parto, la quale coinvolge il medico ostetrico o il pediatra solo nei casi in cui ne ravveda la necessità.

Uno studio effettuato presso il nostro reparto e pubblicato nel 1996 (Mie ME et al.) mostra un'analisi di 581 donne che avevano avuto un parto fisiologico presso l'ospedale di Poggibonsi: nel periodo dello studio vengono confrontate 151 donne che avevano partorito nella SPN (dove erano testate nuove tecniche di assistenza e posizioni libere al parto) con 430 donne che avevano partorito nello stesso periodo in una sala parto convenzionale;

Abbiamo valutato gli effetti di questo diverso comportamento sugli esiti perineali riscontrando:

- perineo intatto 41% in SPN vs. 32% in SP;
- laceraz. I grado 32% in SPN vs. 21% in SP;
- laceraz. II grado 23% in SPN vs. 21% in SP;
- episiotomie medio-lat. 3% in SPN vs. 26% in SP.

Età della donna, peso del neonato e parità appaiono essere i fattori più importanti che influenzano gli esiti perineali. L'uso della SPN ridurrebbe significativamente la percentuale di lesioni perineali in associazione a questi fattori; comunemente si ritiene che la riduzione delle episiotomie possa aumentare il numero di lacerazioni perineali. Il nostro studio invece dimostra l'effetto protettivo a tutti i livelli sugli esiti perineali associato all'uso della SPN.

Va comunque precisato che un'ulteriore fattore che può influenzare gli esiti perineali è costituito dal largo uso che molte donne fanno della **vasca** sia nel periodo dilatante che espulsivo, anche nei casi che non vedono l'espletamento del parto direttamente in acqua. Esiste la possibilità infatti di usare la vasca sia nelle SPN che nelle comuni sale travaglio e l'utilizzo dell'acqua calda sembra essere un fattore protettivo per l'integrità del perineo come risulta dal trial della J.Rush del 1996.

Dal 1984 al 1991 disponevamo soltanto di comuni vasche da bagno dove la donna poteva beneficiare solo parzialmente degli effetti dell'idroterapia, in quanto non permettevano l'immersione totale del corpo materno.

Dal 1991 le donne possono usufruire di vasche più grandi che permettono il galleggiamento ed agevolano i cambiamenti di posizione in travaglio.

La vasca ideale deve essere abbastanza grande da permettere alla donna di assume-

re qualsiasi posizione e sufficientemente profonda da consentire una immersione completa, le tubature devono consentire un rapido riempimento e svuotamento della vasca.

La nostra esperienza negli anni 1991-2004 su un totale di 12560 parti, vede un 6% (758 in totale) di parti in acqua e circa un 40% (4839 in totale) di utilizzo dell'acqua in un qualsiasi momento della fase dilatante e/o espulsiva.

Abbiamo somministrato dopo il parto, un questionario ad un gruppo di 200 donne che avevano travagliato in acqua, chiedendo loro quali fossero le sensazioni più frequenti provate durante l'immersione in acqua. Il 96% delle donne ha riferito un effetto rilassante sui muscoli, con notevole riduzione della fatica; il 73% ha riferito di sopportare meglio il dolore; il 68% ha riferito diminuzione della tensione psicologica; la totalità delle donne intervistate si è dichiarata pronta a ripetere l'esperienza. Dall'analisi delle risposte del questionario somministrato, emerge che l'idroterapia anche se non riduce sempre l'intensità del dolore, lo rende comunque più sopportabile; le donne che hanno usato l'acqua in travaglio esprimono, nella quasi totalità dei casi, un alto grado di soddisfazione, in accordo con quanto riportato anche da altri autori.

In un altro studio retrospettivo, eseguito su una popolazione omogenea di 486 gestanti, che avevano deciso di partorire in modo attivo (delle quali 177 avevano usato l'acqua in travaglio e 369 no), si è evidenziata, con l'uso del pain-score, una significativa riduzione della percezione del dolore apprezzabile tra i 25 ed i 50 minuti dall'immersione in acqua.

Nello stesso studio sono stati analizzati altri effetti dell'idroterapia e, mentre non sono emerse differenze significative per quanto riguarda la durata del travaglio e del benessere fetale, si è invece evidenziato un significativo effetto protettivo sul perineo delle donne che hanno fatto uso dell'idroterapia con una incidenza di perineo integro pari al 85%.

ESITI PERINEALI NEI PARTI VAGINALI DAL 2001 AL 2003

	Letto sala parto	Supina	In acqua	Accovacciata	Sedia olandese	Carponi + altro
Perineo integro o laceraz. I°gr	57,58	79,77	84,8	72,77	73,66	78
Lacerazioni II° grado	14,07	14,9	14,48	26,8	24,58	21
Lacerazioni III° grado	0,41	0,53	0,36	0	0	0
Episiotomia	27,89	4,79	0	1,1	1,74	0
N° totale	1478	171	271	56	452	65

Mentre è noto che l'evento parto provoca comunque un importante trauma del pavimento pelvico, noi non possiamo quantificare la correlazione tra esiti negativi a lungo termine con gli esiti perineali rapportati alla posizione assunta al momento del parto e neppure in letteratura esistono dati su questo.

Siamo comunque convinti che il nostro lavoro di consentire posizioni libere e un'assistenza protettiva del perineo al momento del parto, debba proseguire ed essere incentivato, data la minor incidenza di esiti negativi per la donna a breve e medio termine (dolore, I.U., dispareunia ecc...) rilevati dopo oltre 2500 parti assistiti in posizioni verticali.

Riprendendo per un momento lo studio di SHORTEN (2002), va segnalato che, oltre ad essere significativa la posizione al parto sugli esiti perineali, viene evidenziato anche un dato sul quale soffermarsi un attimo per focalizzare quale possa essere la migliore assistenza al parto.

I suoi risultati vengono ottenuti comparando 2 gruppi di donne, uno assistito dal medico e l'altro da una ostetrica; nel gruppo di donne assistite dal medico ci fu una % di episiotomie + di 2 volte superiore a quello delle ostetriche, le lacerazioni necessarie di sutura superarono di 5-7 punti % quello delle ostetriche (42% vs 35/37%) e che il perineo integro fu trovato nel 3% delle donne assistite dal medico e nel 56-61% di quelle con l'ostetrica.

Partendo da queste informazioni e integrandole con i nostri risultati e con la nostra esperienza di assistenza al parto svolta dalla sola ostetrica, si possono evidenziare una serie di momenti ed atti potenzialmente protettivi per il parto e per gli esiti perineali:

Condizione protettiva nell'assistenza al travaglio di parto

Premettendo che il perineo è sede di importanti funzioni neurovegetative e di istinti profondi e vitali come l'eliminazione, la sessualità, la riproduzione, va ricordato che questo rappresenta anche il luogo fisico dove si ripercuotono molte emozioni e pulsioni come la paura, le angosce ed anche la forza e l'energia, il piacere e la disponibilità.

Poiché è anche la sede deputata alla protezione e conservazione (dei visceri, del bambino, di emozioni e dell'integrità), appare chiaro come il perineo sia estremamente sensibile ai segnali di pericolo, i quali se avvertiti, producono un irrigidimento dei fasci muscolari ed un trattenimento del contenuto dei visceri.

Escludendo età della donna, peso del neonato alla nascita e parità, le variabili sulle quali l'assistenza ostetrica può essere preventiva/protettiva dei danni perineali possono essere così riassunte:

1. AUMENTARE LA CONOSCENZA E LA CONSAPEVOLEZZA DEL PROPRIO CORPO E DEL PERINEO FIN DALLA GRAVIDANZA.
 - Esercizi di rafforzamento del pavimento pelvico, ma anche la sua percezione, il toccare, sentire e massaggiare;
 - Esercizi di visualizzazione del canale del parto e del perineo;
 - Favorire la conoscenza dei movimenti del piano perineale attivi e legati alla respirazione.
2. PROTEZIONE DELL'AMBIENTE E DELLA RELAZIONE.
 - Ambiente intimo, con la presenza attiva del partner o altre persone care;
 - Riduzione degli stimoli corticali (silenzio, poca luce, ascolto, presenza di poche persone, non dover cambiare luogo per il parto, non esposizione obbligata dei genitali, ecc...);
 - Atteggiamento empatico, presente ma non frettoloso, di sostegno e attivante ma non direttivo, rispettoso dell'intimità e dei tempi soggettivi.
3. RISPETTO DEI TEMPI E DELLE MODALITA' FISILOGICHE DEL PERIODO ESPULSIVO.
 - Rispetto della fase latente del periodo espulsivo (10-20 minuti circa), caratterizzata da una apparente diminuzione dell'attività uterina e dall'assenza del bisogno di spingere, offrendo la possibilità alla donna di riprendersi e riposare;
 - Sostenere la capacità di apertura e abbandono della donna;
 - Attesa e rispetto degli sforzi espulsivi spontanei, lasciando che la donna possa regolarne i tempi e i modi (in genere brevi premiti alternati ad una respirazione lenta o superficiale e rapida);
 - Evitare qualsiasi tipo di accelerazione in clima fisiologico (manovra di Valsalva, incitazioni verbali di spinte prolungate e ripetute, manovre di Kristeller);
 - Permettere e favorire le posizioni verticali nel periodo espulsivo, favorendo l'asse del canale del parto e la discesa della PP; permettere la ricerca di posizioni antalgiche evitando l'eccessiva tensione perineale;
 - Consentire e favorire l'utilizzo di bagni caldi sia nel periodo dilatante che nell'espulsivo;
 - Incentivare la partecipazione attiva della donna nella verifica della progressione del bambino (la propria mano oppure uno specchio);
 - Ridurre il numero di visite nel periodo espulsivo e quando occorre, farlo con gentilezza ed in contatto con la donna;

- Incoraggiare la donna a far uscire la voce, in quanto aprire la bocca e la gola aiuta ad aprire la vagina e il perineo. Questa correlazione è facilmente percepibile e sperimentabile con numerosi esercizi fin dalla gravidanza: rilassare volontariamente la bocca e le mascelle quando la testa fetale raggiunge il piano perineale predispone all'apertura, al rilassamento del canale del parto e alla discesa della testa fetale.
4. CONDUZIONE PROTETTIVA DEL PARTO:
 - Sostenere la capacità di apertura e di abbandono;
 - Non utilizzare la manovra di Valsalva;
 - Utilizzare bagni caldi o compresse calde o massaggi perineali con olio, in accordo con la donna e possibilmente nell'intervallo tra le contrazioni;
 - Invitare ad utilizzare la voce o soffiare o respirare più velocemente nel momento dell'incoronamento della testa fetale, ad aprirsi senza esercitare forti premiti, ma solo ad accompagnare;
 - Lasciare che la rotazione esterna della testa del bambino avvenga spontaneamente, così come l'impegno della spalla anteriore, senza esercitare trazioni, evitando che il disimpegno delle spalle costituisca un fattore di rischio per le lacerazioni perineali.

Bibliografia

- DeJong PR. et al.:** Randomised trial comparing the upright and supine position for the second stage of labour. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997 May; 104(5):567-71.
- Shorten A. et al.:** Birth position, accoucher, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth. *Birth.* 2002 Mar;29(1):18-27.
- Meyer S. et al.:** The effects of birth on urinary continence mechanism and on pelvic-floor characteristics. *Obstet Gynaecol.* 1998 Oct;92(4 Pt 1):613-8.
- Lydon-Rochelle MT. et al.:** Perineal outcomes and nurse-midwifery management. *J Nurse Midwifery.* 1995 Jan-Feb;40(1):13-8.
- Mie Me et al.:** Influence of the environmental on perineal tears in physiological delivery. *Epidemiol Prev.* 1996 Jan-Mar;20(1):18-23.
- Alderdice F. et al.:** Labor and birth in water. *The Lancet* 1993;342:1563.
- Eckert K. et al.:** Immersion in water in the first stage of labor: a randomized controlled trial. *Birth* 2001;28:84-86.
- Milner I.:** Water baths for pain relief in labor. *Nursing Times* 1998;1:38-40.
- Ohlsson G. et al.:** Warm tub bathing during labor: maternal and neonatal effects. *Acta Obstetr. et Gynec. Scand.* 2001;80:311.

Rush J. et al.: The effects of whirlpools baths in labor: a randomised, controlled trial. Birth 1996;23:136-143.

Gupta JK. et al.: An experiment of squatting birth. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1989;30:217-20.

Gardosi J. et al.: Randomised, controlled trial of squatting in the second stage of labour. Lancet 1989;2:74-7.

Eason E. et al.: Preventing perineal trauma during child birth: a sistematic review. *Obstetrics & Gynec.* 2000 Mar;95(3):464-471.

Bernasconi F. "Prevenzione primaria e secondaria dei danni del pavimento pelvico" Atti Congresso Nazionale SIGO 2003, Catania.

La "PATOLOGIA OSTETRICA"

Valeria Cerri

Ginecologo - Genetista Medico
Dirigente Medico - U.O. Ostetricia e Ginecologia
Ospedale G. da Saliceto - AUSL Piacenza

Razionale

si parla molto spesso di gravidanza "fisiologica", delle modalità migliori per l'accompagnamento lungo il percorso nascita di queste donne "normali", delle figure professionali più adatte a questo.

Quando ci si interroga un po' più a fondo sul senso di "GRAVIDANZA FISIOLÓGICA" di solito si giunge alla conclusione che è più corretto definire la stragrande maggioranza delle gravidanze come "A BASSO RISCHIO" e questa è la definizione scelta dalle linee guida Nazionali di recente pubblicazione sul sito del Ministero e approvate dalla Conferenza Stato Regioni.

Se ammettiamo che le gravidanze a basso rischio, quelle normali, siano quelle che hanno meno probabilità di esiti avversi per la diade madre/bambino, e se vogliamo indirizzarle ad un percorso nascita il più dolce e fisiologico possibile, nel pieno rispetto delle esigenze e delle risorse individuali che ogni singola donna ha diritto di esprimere nel mettere al mondo un figlio, dobbiamo essere ben consci che un 15% di donne presenterà dei rischi "aumentati".

Negli ultimi 20 anni l'Ostetricia ha fatto notevoli progressi nella diagnosi e nell'assistenza alle gravidanze ad "alto rischio" e si sono formati specialisti di Medicina Materno Fetale che hanno sviluppato competenze e percorsi atti a riconoscere il rischio e a prevenirlo o a intervenire il più precocemente possibile.

Nello stesso periodo gli sforzi dei Neonatologi hanno permesso di fronteggiare quadri di prematurità e di patologia congenita impensabili fino a poco tempo fa.

Per entrambi, Medici Materno Fetali e Neonatologi, il limite all'efficacia dell'intervento nella gravida ad alto rischio è costituito dalla precocità con cui il fattore di rischio viene identificato e dalla tempestività con cui la gravida accede a percorsi diagnostico-terapeutici adeguati.

La popolazione delle donne con gravidanza ad alto rischio è quella che, se misconosciuta, darà origine alle emergenze/urgenze più impegnative in Sala Parto, con la maggior quota di morbilità e mortalità materno/fetale, il maggior costo in termini di giornate di ricovero e il maggior numero di contenziosi medico legali (...ma non si poteva fare qualcosa prima...?).

Di questo 15% di donne con gravidanza ad alto rischio il 50% (cioè il 7.5% della popolazione generale delle gravide) presenta un rischio "a priori" identificabile solo con l'anamnesi.

Il restante 50% presenterà fattori di rischio "attuale" che andranno correttamente identificati nel corso della gravidanza.

Per le gravidanze ad alto rischio l'esito può cambiare significativamente in base alla tempestività e alla qualità dell'assistenza. Inoltre una donna correttamente seguita ed informata, sostenuta con un counselling adeguato, sarà in grado di affrontare eventuali esiti sfavorevoli (bando all'onnipotenza) con risorse diverse e meno conflittuali.

Le gravidanze ad "alto rischio" sono in netto aumento per una serie di fattori alcuni dei quali sono:

- Innalzamento dell'età delle donne che affrontano la gravidanza (nel 1980 le donne con età superiore ai 35 anni erano circa il 5%, oggi nel nord Italia raggiungono il 20-25%). L'età di per sé non è un fattore di rischio, ma correla con l'aumento di patologie che incidono sulla gravidanza: diabete, ipertensione, endocrinopatie etc. Inoltre età materna e cromosomopatie sono significativamente correlate e l'approccio alla diagnosi prenatale invasiva o attraverso lo screening merita tempo e grande capacità comunicativa.
- Donne con importanti patologie croniche, congenite o acquisite, (basti pensare alle patologie autoimmuni) raggiungono l'età adulta molto più spesso di prima e si affacciano alla ribalta del percorso riproduttivo. Queste donne esprimono speranze e aspettative sostenibili, a patto che le figure sanitarie coinvolte nella cura siano coordinate in gravidanza dallo specialista di Medicina Materno Fetale che monitorizza l'effetto della malattia e delle terapie sulla gravidanza e sul feto.

Le donne migranti sono portatrici inconsapevoli di tratti genetici da riconoscere correttamente, si pensi solo alle emoglobinopatie nelle loro varie forme ed espressioni, all'altissima (e trascurata) frequenza di consanguineità tra i coniugi.

Nel percorso di vita di molte di loro non sono state effettuate le vaccinazioni (rischio di rosolia e relativa teratogenità), non è stata fatta profilassi per le portatrici di Rh negativo in precedenti gravidanze (rischio di Malattia Emolitica feto/neonatale). Molte etnie

sono a rischio aumentato per Diabete Gestazionale, per non parlare della maggior esposizione a infezioni. Le aspettative sociali sono molto cambiate nell'ultimo scorcio di secolo: "...VOGLIO un figlio, lo voglio QUANDO voglio io...lo voglio COME voglio IO...". Una certa sottocultura della salute come bene di consumo acquistabile ha sostenuto l'idea che un bimbo perfetto sia acquistabile sul mercato come Ciccibello...L'Onnipotenza indebolisce molto sia l'utente che il medico quando entrambi cozzano contro gli spigoli dell'Esame di Realtà ...Una Buona Medicina sceglie percorsi di comunicazione, di pazienza, di informazione, che rendano un po' più affrontabile anche la realtà che **nessuno è onnipotente...neanche pagando.**

L'anamnesi: Vero screening

Sull'anamnesi e sulla sua importanza i testi classici di Medicina spendono parole e retorica.

Nessun corso di Laurea in Medicina ha mai previsto l'insegnamento degli strumenti base della comunicazione e del counselling.

Alcuni esempi: fattori anamnestici come l'etnia, la presenza di parenti di primo grado con diabete, la nascita di un precedente figlio macrosoma, innalzano in maniera molto significativa il rischio di diabete gestazionale e impongono lo screening del medesimo secondo linee condivise in tutto il mondo...

Una donna che ha già partorito una volta prima del termine ha un rischio di ricorrenza aumentato di 7-10 volte rispetto alla popolazione generale, ma se una primigravida ha la madre o una sorella che hanno partorito prematuramente il suo rischio aumenterà di 3 volte rispetto alle altre primigravide...il parto pretermine e la prematurità sono la prima causa di morte e di gravi sequele nel periodo neonatale...un corretto screening ecografico e infettivologico sembra essere efficace in queste donne se iniziato PRIMA DELLA 20 SETTIMANA di gestazione, cioè molto molto prima che si evidenzino i primi sintomi.

I disturbi ipertensivi in gravidanza si presentano in misura molto maggiore in donne con: familiarità per ipertensione, precedente preeclampsia, storie di distacco di placenta o di bimbi piccoli per l'età gestazionale. Un percorso ecografico e dopplerflussimetrico fetale ad epoche adeguate aiuta ad identificare precocemente le donne che presentano placentazione insufficiente e a FORMULARE PERCORSI ASSISTENZIALI ASSOLUTAMENTE PERSONALIZZATI...

Parto pretermine, diabete gestazionale e disturbi ipertensivi in gravidanza sono i 3 quadri che, intersecandosi, sono responsabili della quota più rilevante di esiti avversi, sia in termini di interventi di urgenza che di patologie materne e neonatali.

L'anamnesi può rispondere bene alle regole che governano lo SCREENING: ha basso costo, è applicabile senza rischi a tutti, è riproducibile, gli esiti sono facilmente "condivisibili", permette interventi di provata efficacia.

Ma l'anamnesi diventa strumento di screening efficace solo a condizioni molto stringenti:

- prevede la conoscenza e la condivisione di saperi e di obiettivi tra territorio e ospedale e tra figure professionali diverse;
- deve essere raccolta con tecniche comunicative e linguistiche appropriate (l'anamnesi non è una banale lista di domande ma deriva da un processo complesso di reciproca fiducia ed empatia, e spesso è possibile solo con l'aiuto dei mediatori culturali);
- devono essere previsti strumenti di raccolta delle informazioni MOLTO RIGOROSI e sarebbe auspicabile che, tramite l'informatizzazione, questi elementi fossero disponibili in tempo reale per il Punto Nascita che può accogliere in qualunque momento la gravida in condizioni di emergenza.
- Ad ogni dato anamnestico significativo deve essere connessa una flow chart di interventi chiari, di semplice accesso per l'utente;
- Ogni intervento per la conferma del rischio come patologia in atto o per l'esclusione del rischio (e quindi per la restituzione della gravida al suo percorso "fisiologico") deve essere registrato e reso disponibile a tutte le "stazioni del percorso nascita".
- L'anamnesi permette interventi tanto più efficaci quanto più precocemente viene raccolta ed analizzata, richiede una certa quantità di tempo, ma solo ad un incontro (cruciale).
- Necessita di strumenti culturali e di training, NON SI IMPROVVISA.

Nei punti nascita di II livello (> di 1000 parti anno e presenza di una patologia neonatale in grado di accogliere bimbi fino a 32 settimane) esiste l'Ambulatorio di Patologia Ostetrica che si configura come il punto di coordinamento per gli interventi diagnostici di II livello in campo materno fetale.

L'Ambulatorio di Patologia Ostetrica non ha come obiettivo la presa in carico della gravidanza ad alto rischio anamnestico o attuale; l'obiettivo è quello di affiancare le figure professionali che già seguono la gravida (ostetrica, ginecologo ed eventuali specialisti per patologie della donna preesistenti al momento riproduttivo).

Bibliografia:

1. Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico. Linee guida Nazionali di riferimento. I stesura 2005
2. William's Obstetrics ,21th editino. McGraw-Hill 2003
3. High Risk Pregnancy. 2nd edition. Elsevier Science , Saunders 2003
4. Filo diretto con le malattie genetiche. UTET periodici 2001

L'ostetrica e la documentazione clinica

Ostetrica Paola Serafini*, Ostetrica Elena Maria Mollo**

*Coordinatore Corso di Laurea in Ostetricia - A.S.O. O.I.R.M - S. Anna

**Tutor Corso di Laurea in Ostetricia - A.S.O. O.I.R.M - S. Anna

Università degli Studi di Torino

Parole chiavi: documentazione ostetrica, percorso nascita, ostetrica, prove di efficacia, responsabilità professionale

Abstract

Sul piano dei requisiti formali, la documentazione ostetrica o cartella ostetrica è del tutto assimilabile ad una cartella clinica o documentazione clinica tradizionale; sul piano dei contenuti emergono interessanti specificità.

Tra gli aspetti peculiari è possibile sottolineare: la necessità di documentare il percorso nel suo insieme ed il valore della continuità assistenziale; la necessità di inserire nella documentazione ostetrica anche le informazioni relative alla condizione di salute psicosociale delle persone assistite; la necessità di utilizzare un lessico descrittivo del percorso clinico assistenziale più appropriato al percorso nascita e condiviso tra i diversi operatori; la necessità di migliorare la definizione dei dati da registrare, la registrazione dei dati e la successiva fase di elaborazione statistica degli stessi e comunicazione delle informazioni che ne derivano.

Il recente documento del National Institute for Clinical Excellence "Routine antenatal care for healthy pregnant woman" sottolinea, in molte sue parti, l'importanza di una corretta informazione e documentazione clinico/assistenziale del percorso della donna in gravidanza, evidenziando anche l'importanza che le informazioni e il progetto assistenziale vengano chiaramente discussi con la donna e che la documentazione clinica del percorso sia lasciata sempre in possesso della gravida stessa.

Le ostetriche e gli altri operatori perinatali devono conoscere e saper raccogliere e descrivere correttamente gli eventi biologici della nascita (anatomici, fisiologici e biochimici) e parallelamente quelli psicologici e sociali, ai fini clinico/assistenziali ed ai fini epidemiologici.

Una cartella ostetrica di qualità deve sapere integrare gli aspetti relativi alle informazioni oggettive (dati obiettivi, risultati di indagini diagnostiche e test di screening - quando previsti) alle informazioni soggettive che descrivono le percezioni delle persone assistite e raccolgono i loro desideri e le loro preferenze; queste ultime, in ambito ostetrico, assumono un valore strategico poiché aiutano gli operatori a chiarire i problemi ed a pianificare una corretta assistenza (si pensi alla percezione e al trattamento del dolore del travaglio/parto, alla percezione dei movimenti attivi del feto, alla autodiagnosi da parte delle donne di inizio del travaglio, alla corretta datazione della gravidanza, etc...). Il coinvolgimento della donna e della sua famiglia nelle decisioni relative alla sua salute è un elemento imprescindibile di un progetto di assistenza ostetrica che, non solo può migliorare la qualità dell'assistenza ma può anche essere un valido contributo alla riduzione del tanto temuto contenzioso medico legale; la cartella ostetrica è lo strumento che raccoglie, sostiene e promuove il progetto assistenziale concordato con la persona assistita.

Nell'ultimo decennio l'assetto giuridico della formazione e dell'esercizio professionale delle cosiddette "professioni sanitarie non mediche", tra le quali quella dell'ostetrica, ha subito numerose e profonde riforme. Per citare solo le più recenti: la legge 42/99ⁱ ha portato all'abolizione, per le suddette professioni, dell'aggettivo e del concetto di "ausiliarie" e all'abrogazione di anacronistici mansionari; la legge 251/00ⁱⁱ, oltre a prevedere la possibilità di carriera come dirigenti dei servizi sanitari, afferma la diretta responsabilità delle attività di assistenza ostetrica, nonché la necessità di pianificare per obiettivi l'assistenza erogata. Il Codice deontologico dell'ostetrica approvato nel marzo del 2000 è inoltre esplicito sugli ambiti di assistenza dell'ostetrica dichiarando che: "L'ostetrica/o è il professionista sanitario che (...) opera (...) in ambito ginecologico-ostetrico-neonatale...con piena autonomia e responsabilità per quanto è di sua competenza"ⁱⁱⁱ ed emerge da numerose norme ed ampia letteratura che l'attività e le prestazioni dell'ostetrica abbracciano il campo della promozione e tutela della salute, della prevenzione, della diagnosi, del sostegno alla cura, della riabilitazione e dell'educazione sanitaria^{iv}.

Benché "scarsi e poveri siano i riferimenti *normativi* che richiamano, per l'ostetrica, l'opportunità di strumenti per la documentazione dell'attività professionale"^v e benché non siano uniformemente diffuse sul territorio nazionale esperienze rilevanti di predisposizione ed utilizzo sistematico di "cartelle ostetriche" (intese come possibile definizione di forme diverse di documentazione dell'assistenza ostetrica erogata) è difficile pensare che un'ostetrica, oggi, possa erogare un'assistenza di qualità senza l'ausilio di una pertinente documentazione.

Riteniamo che l'attenzione sia da focalizzare non tanto sulla oramai indiscutibile necessità di adottare una "cartella ostetrica" (intesa come documento integrato o inte-

grante la "cartella clinica tradizionale") quanto sulla necessità di utilizzarla in modo appropriato, riflettendo su cosa e su come documentare e descrivere l'assistenza erogata dall'ostetrica.

Infatti, se sul piano dei requisiti formali, la documentazione ostetrica o cartella ostetrica è del tutto assimilabile ad una cartella clinica o documentazione clinica tradizionale, sul piano dei contenuti emergono interessanti specificità.

È in particolare la documentazione inerente il "percorso nascita", tra i diversi campi dell'assistenza ostetrica, che suggerisce alcune riflessioni.

Per definizione la gravidanza, il parto ed il puerperio sono eventi naturali di solito fisiologici che, tuttavia, hanno subito nel corso dell'ultimo trentennio un graduale processo di "medicalizzazione" e ospedalizzazione che li hanno sovente assimilati, nel trattamento e nella descrizione, a condizioni di malattia.

Inoltre, benché l'ostetrica sia definita "...l'operatore sanitario che...assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato...in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono intervento medico e di praticare, ove occorra, le relative misure di particolare emergenza..."^{vi}, è stato prioritariamente il medico ginecologo che, nel corso del tempo, ha sviluppato concettualmente i contenuti descrittivi dell'ostetrica anche se fisiologica.

Tra gli aspetti peculiari a nostro avviso più interessanti vorremmo rilevare:

1. la necessità di documentare il percorso nel suo insieme ed il valore della continuità assistenziale espressa anche nella sua forma documentale,
 2. la necessità di inserire nella documentazione ostetrica anche le informazioni relative alla condizione di salute psico-sociale della persona assistita,
 3. la necessità di utilizzare un lessico descrittivo del percorso clinico assistenziale più appropriato al percorso nascita e condiviso tra i diversi operatori,
 4. la necessità di migliorare: la definizione dei dati da registrare, la registrazione dei dati e la successiva fase di elaborazione statistica degli stessi e comunicazione delle informazioni che ne derivano (attenendosi, ove disponibili ad indicazioni basate su prove di efficacia, come nel caso del partogramma).
1. Assistere "la nascita" significa assistere più soggetti in un percorso lungo e complesso. Schematicamente si potrebbe affermare che il percorso inizia con il concepimento e termina con la fine del periodo puerperale. Nonostante vi siano molte prove di efficacia che sostengono la necessità di organizzare una assistenza che promuova

modelli di continuità assistenziale, in Italia sono poche le esperienze in tal senso e ancora meno esempi di cartella ostetrica che seguano per tutto il percorso le persone assistite.

Il recente documento inglese del National Institute for Clinical Excellence "Routine antenatal care for healthy pregnant woman" sottolinea, in molte sue raccomandazioni, l'importanza di una corretta informazione e documentazione clinica del percorso della gravidanza/parto della donna, evidenziando anche l'importanza che le informazioni e il progetto assistenziale vengano chiaramente discussi con la donna e che la documentazione clinica del percorso sia lasciata sempre in possesso della gravida stessa. Per rispondere a tale necessità l'NHS (National Health System) ha elaborato e diffuso il "Pregnancy Notes" (PN), che permette di documentare il percorso assistenziale nel suo insieme. Il PN è una cartella che accompagna donna in tutto il percorso, compilabile da tutti i professionisti, identica su tutto il territorio nazionale sia per consentire un'uniformità nella raccolta del dato, sia per finalità cliniche che per finalità di organizzazione dei servizi e di ricerca.

Il termine "continuità assistenziale" può esprimere diversi significati: condividere filosofie e modelli assistenziali uguali; la presenza dello stesso team di operatori per tutto il percorso nascita; continuità territorio - ospedale - territorio; utilizzo di procedure e protocolli comuni e condivisi^{vii}. La Cochrane Collaboration ha pubblicato molte revisioni sistematiche sugli effetti di un'assistenza continua da parte degli stessi operatori durante la gravidanza, la nascita e il puerperio, confrontate con un'assistenza tradizionale fornita da più operatori sanitari. Gli studi riguardanti un'assistenza fornita continuamente dalle stesse persone (in particolare dalle ostetriche) dimostrano che questo tipo di assistenza ha effetti benefici tra i quali segnaliamo: minori probabilità di ricoveri impropri in gravidanza, minore ricorso a farmaci analgesici in travaglio, minore numero di episiotomie, maggiore probabilità di essere soddisfatte dell'assistenza^{viii,ix,x,xi,xii,xiii,xiv}).

I suddetti diversi aspetti della continuità assistenziale possono essere contestualmente presenti o essere solo in parte presenti; il supporto documentativo dell'assistenza è in ogni caso uno strumento favorente l'integrazione e la continuità. Recenti dati dell'Istituto Superiore di Sanità indicano che, in Italia la gravidanza è seguita prevalentemente da un ginecologo privato, che non sempre opera in stretto contatto con la struttura (prevalentemente pubblica) nella quale avverrà il parto. In Italia non esiste uno strumento "obbligatorio" di documentazione dell'andamento della gravidanza

za e per questo molto spesso chi accoglie le persone assistite al momento del parto fatica a ricostruire il percorso, a discapito di una migliore selezione dei fattori di rischio ed una migliore pianificazione dell'assistenza. Nel già citato "Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman" è presente una raccomandazione GPP (Good practice point) che afferma: "Una cartella standard e nazionale, con un minimo di dati comuni, dovrebbe essere sviluppata e ed usata per aiutare gli operatori a fornire l'assistenza EbO alle donne gravide".

2. I soggetti dell'assistenza, nel percorso nascita, sono molteplici e legati da rapporti interdipendenti e dinamici: una donna che diventerà madre; un embrione che diventerà un feto e quindi un neonato; un uomo che diventerà padre; una coppia che diventerà una famiglia.

Le relazioni biologiche, psicologiche e sociali tra questi diversi soggetti rappresentano il cuore del progetto assistenziale eppure, molto spesso, le cartelle ostetriche contengono solo sintetici dati inerenti agli aspetti biologici relativi alla donna/madre ed al feto/neonato e molto più raramente sono rilevabili dati inerenti all'uomo/padre e soprattutto quelli relativi agli aspetti psicologici e sociali della gravidanza del parto e ancor meno del puerperio.

Eppure numerosi studi di buon livello confermano che la valutazione clinica dei soggetti del percorso nascita non può prescindere dalla storia personale di tutte le persone assistite coinvolte nel percorso stesso.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) nel documento: "Valori e principi per l'assistenza perinatale nel contesto Europeo"^{xv} raccomanda che "l'assistenza dovrebbe essere centrata sulla famiglia" ma i dati ISTAT rilevano notevoli sperequazioni territoriali: se il padre è quasi sempre presente al parto nel nord-ovest (85.5%) lo è molto meno nelle isole (48.4%) e ancora meno al sud 31.7%.

Sappiamo che le condizioni sociali e lavorative, le disposizioni legislative vigenti, il desiderio o non desiderio di maternità/paternità, gli stili di vita, le dipendenze, i legami parentali, la religione di appartenenza e molti altri elementi potranno influenzare il potenziale di salute della madre e del bambino nel percorso ed offrire utili elementi per pianificare l'assistenza e prevenire alcuni problemi potenziali.

La raccolta dei dati relativi e soprattutto la loro traduzione in informazione significative per il piano di assistenza non è ancora un uso abituale nella documentazione ostetrica.

3. La progressiva "medicalizzazione" del parto ha comportato l'abitudine di descrivere la gravidanza ed il parto più come condizioni di malattia che non come condizioni naturali della vita della donna, con una conseguente costruzione di modelli concettuali e lessicali che poco si adattano al sostegno ed alla promozione della fisiologia. Ecco quindi che nelle cartelle sono descritte *pazienti che effettuano visite mediche* (atte a rilevare ed escludere condizioni di malattia dal punto di vista della cura - salute come problema) e non *donne in gravidanza che effettuano bilanci di salute* (atti a descrivere i potenziali di salute dal punto di vista della prevenzione in senso olistico - salute come soluzione^{xvi}); le stesse donne, magari poco supportate durante la gravidanza ed il parto, sviluppano strane patologie, come la "tocofovia" ed i loro feti presentano molto spesso (anche in assenza di accertamenti idonei) condizioni di *sofferenza fetale* piuttosto che *condizioni non rassicuranti*^{xvii}; molte donne hanno anamnesi positive per "gravidanze pregresse" ed hanno un'età di "insorgenza del coitarca" (ovvero l'età del primo rapporto sessuale) che varia a seconda delle condizioni sociali, etniche, etc. Infinite sono i vocaboli utilizzati nelle cartelle cliniche del percorso nascita che evidenziano come il modello concettuale dell'assistenza sia ancora troppo orientato a "curare" la gravidanza ed il parto come una malattia, piuttosto che a prendersene cura per mantenere e promuovere il potenziale di salute. Benché l'O.M.S. raccomandi^{xviii} che, in ambito ostetrico, "l'assistenza dovrebbe essere basata sull'uso di tecnologie appropriate", i dati ISTAT^{xix} dimostrano che il numero medio di ecografie eseguito dalle donne in gravidanza verificato dall'indagine è stato 5.2 e che una donna su quattro ne aveva addirittura eseguite sette; numero in netto contrasto con le tre previste dal DLgs 10 ottobre 1998 e con le numerose ricerche che ne propongono per la gravidanza fisiologica addirittura una soltanto. In netto contrasto che con l'elevato e spropositato numero di ecografie in gravidanza, si pone spesso la cattiva qualità della documentazione relativa alla refertazione delle stesse con problematiche ricadute sull'assistenza.
4. La definizione dei dati da registrare nella documentazione ostetrica, la registrazione degli stessi e la successiva fase di elaborazione statistica e comunicazione delle informazioni che ne derivano è un aspetto molto importante in campo perinatale; senza adeguate informazioni è infatti impossibile procedere ad una corretta pianificazione dell'assistenza: dalla definizione delle politiche sanitarie a vari livelli, alla allocazione delle risorse, sino al coinvolgimento delle donne nel prendere decisioni.

In ambito perinatale rilevano da questo punto di vista, oltre alla "cartella ostetrica" relativa al parto ed al neonato, il Certificato di Assistenza al Parto (CEDAP), il partogramma, e la scheda di dimissione ospedaliera (SDO).

Il nuovo modello di CEDAP allegato al D.M. della sanità 16 luglio 2001, n.349^{xx} ha, oltre alle tradizionali finalità certificative, evidenti finalità statistiche.

Il "partogramma" è il prodotto della registrazione sistematica, prevalentemente grafica e otticamente chiara, dell'evoluzione del travaglio e delle concomitanti condizioni del feto e della donna (consente una visione di insieme di quello che è stato e di quello che è l'andamento del parto e di prevederne l'ulteriore evoluzione e di promuovere con tempestività gli eventuali interventi correttivi). Nel "partogramma" devono essere registrati: parametri statici quali le variabili antecedenti al travaglio (età, parità, aspettative, peso materno, presentazione e posizione della parte presentata all'inizio del periodo dilatante), le variabili contemporanee al travaglio (ora di inizio del periodo dilatante, espulsivo, etc.) le variabili posteriori al travaglio (tipo e ora del parto, sesso, peso e condizioni del neonato, caratteristiche funicolo e placenta) e parametri dinamici quali: l'evoluzione del travaglio (curva cervicometrica, progressione della parte presentata, caratteristiche dinamica uterina), indicatori del benessere fetale (b.c.f., caratteristiche liquido amniotico), le condizioni materne (polso, temperatura, p.a.o., minzioni, alimentazione, etc, atteggiamento) e gli eventuali trattamenti farmacologici. Chiare prove di efficacia dimostrano che l'utilizzo del "partogramma" promuove la continuità dell'assistenza, perché gli operatori vi riportano le loro osservazioni e promuove formazione e aggiornamento se usato come strumento di discussione nell'audit di reparto^{xxi}.

Benché il documento dell'O.M.S. "Care in Normal Birth: a Practical Guide" già nel 1996 classificasse l'utilizzo del "partogramma" tra le modalità assistenziali di utilità dimostrata da chiare prove di efficacia e che pertanto devono essere incoraggiate (categoria A)^{xxii}, la sua diffusione nella pratica clinica italiana è scarsa e disomogenea.

Le difficoltà legate alla correttezza, alla completezza ed alla successiva elaborazione dei dati raccolti nella succitata documentazione sono ancora moltissime e anche per questo sono povere le informazioni epidemiologiche italiane sulla nascita.

L'epidemiologia costituisce una delle basi della conoscenza per la promozione della salute^{xxiii} e per la pianificazione delle scelte assistenziali, ma sono ancora pochi i modelli di pianificazione per obiettivi basati sui bisogni delle persone e su evidenze scientifiche ed ancora meno le evidenze derivanti da studi anche italiani.

In conclusione, considerare la nascita come processo biologico, psicologico e sociale è basilare per una corretta assistenza. Le ostetriche e gli altri operatori perinatali devono conoscere e saper raccogliere e descrivere correttamente gli eventi biologici della nascita (anatomici, fisiologici e biochimici) e parallelamente quelli psicologici e sociali, ai fini clinici ed ai fini epidemiologici

Una cartella ostetrica di qualità deve sapere integrare gli aspetti relativi alle informazioni oggettive (dati obiettivi, risultati di indagini diagnostiche e test di screening - quando previsti -) alle informazioni soggettive^{xxiv} che descrivono le percezioni ed i desideri delle persone assistite; questi ultimi aspetti, in ambito ostetrico, assumono un valore strategico poiché aiutano gli operatori a chiarire i problemi ed a pianificare una corretta assistenza^{xxv} (si pensi alla percezione e al trattamento del dolore del travaglio/parto, alla percezione dei movimenti attivi del feto, alla autodiagnosi da parte delle donne di inizio del travaglio, alla corretta datazione della gravidanza, etc...).

La raccolta dei dati soggettivi non può prescindere dall'incontrare le persone assistite in un setting che consenta non solo l'osservazione diretta ma anche e soprattutto l'ascolto e la discussione dei problemi, poiché è fondamentale integrare il tradizionale piano di assistenza oltre che con le aspettative e i desideri delle persone assistite anche con imprescindibili elementi intuitivi, sessuali e spirituali.

Il coinvolgimento della donna e della sua famiglia nelle decisioni relative alla sua salute è un elemento imprescindibile di un progetto di assistenza ostetrica che non solo può migliorare la qualità dell'assistenza ma può anche essere un valido contributo alla riduzione del tanto temuto contenzioso medico legale; la cartella ostetrica è lo strumento che raccoglie, sostiene e promuove il progetto assistenziale concordato con la persona assistita.

^I Legge 26 febbraio 1999, n. 42 Disposizioni in materia di professioni sanitarie (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 50 del 2 marzo 1999).

^{II} Legge 10 agosto 2000, n. 251 Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica (Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 208 del 6 settembre 2000).

^{III} Lai, I. I principi e le regole deontologiche. Guida all'esercizio della professione di ostetrica/o. C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2002

^{IV} Arcadu I, Lisa M, Di Lorenzo G, Roascio R, Serafini P. L'attività e le prestazioni dell'ostetrica/o. Guida all'esercizio della professione di ostetrica/o. C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2002

^V Rodriguez, D. Professione Ostetrica/o - Aspetti di Medicina Legale e Responsabilità. ELED A Edizioni, Milano, 2001

^{VI} D.M. 14 settembre 1994, n. 740 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o.

^{VII} Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. Cochrane Database Systematic reviews, 2001(3).

^{VIII} Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Systematic reviews, 2003 (4).

^{IX} Hodnett ED. Caregiver support for women during childbirth. Cochrane Database Systematic reviews, 2003(2).

^X Warren C. L'esplorazione del valore della continuità dell'ostetrica nell'assistenza British Journal of Midwifery, vol 11, n.10, ottobre 2003, pp 34-37

^{XI} Walker P. Controversies in Management: Should obstetricians see women with normal pregnancies? Obstetricians should be included in integrated team care *BMJ* 1995;310:36-37 (7 January) <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/310/6971/36?maxtoshow=&eaf>

^{XII} Neilson, "Antenatal care on trial" *BMJ* 1996;312:524-525 (2 March)

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/312/7030/524>

^{XIII} National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by National Institute for Clinical Excellence (NICE) Routine antenatal care for healthy pregnant woman, RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London, October 2003

<http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=114953>

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by National Institute for Clinical Excellence (NICE) Routine antenatal care for healthy pregnant woman, RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, London, October 2003

Chapter 4 Provision and organisation of care, 4.4 Documentation of care, p 30

^{XIV} Centro di documentazione sulla salute perinatale e riproduttiva - www.saperidoc.it da cui è tratto:

AAAA Progetto n. 3 Regione Emilia Romagna - Agenzia Sanitaria Regionale - CeVEAS La sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto. Linee guida basate su prove di efficacia. Febbraio 2004

^{XV} Villar, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio G, Gülmezoglu M, Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy (Cochrane Review) The Cochrane Library, Issue 4, 2004

<http://www.update-software.com/abstracts/ab000934.htm>

^{XVI} Page L. Clinical interventions and outcomes of One-to-One midwifery practice. *J Public Health Med*, 1999;21:243-8

^{XVII} McGrath S, Kenneil J, Suresh M et al. Doula support vs epidural analgesia: impact on cesarean rates. *Pediatr Res*, 1999; 45: 16A.

^{XVIII} Hodnett ED et al. Effectiveness of Nurses as Providers of Birth Labor Support in North American Hospitals. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 2002; 288: 1373-81.

^{XIX} Scott KD, Berkowitz G, Klaus M. A comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*, 1999; 180: 1054-9.

^{XX} Kennell JH, Klaus MH. Continuous Nursing Support During Labor (letter). *JAMA*, 2003; 289: 175-6.

^{XXI} Hodnett ED. Home-like versus conventional institutional settings for birth. Cochrane Database Systematic reviews, 2001(1).

^{XXII} 1st Perinatal Task Force Meeting - Venezia 16/18 aprile 1998

^{XXIII} Wagner M. La macchina del parto - Limiti, rischi e alternative della moderna tecnologia della nascita. Red edizioni - Como 1998

^{XXIV} AAAA Progetto n. 3 Regione Emilia Romagna - Agenzia Sanitaria Regionale - CeVEAS La sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto. Linee guida basate su prove di efficacia. Febbraio 2004

^{XXV} O.M.S., "Care in normal birth:A practical guide", 1996 WHO/FRH /MSM/96.24 <http://www.who.int/rht/documents/MSM96-24/msm9624.htm>

^{XXVI} ISTAT, Il percorso della maternità: gravidanza, parto e allattamento al seno. Indagine multi-scopo sulle famiglie. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 1999-2000. Roma Istituto Nazionale di Statistica 2002

MINISTERO DELLA SANITÀ - DECRETO 16 luglio 2001, n.349 - Regolamento recante: Modificazioni al certificato di assistenza al parto, per la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici di base relativi agli eventi di nascita, alla nati-mortalità ed ai nati affetti da malformazioni.

^{XXVII} O.M.S. Preventing prolonged labour: practical guides

The Partograph - Part I: Principles and strategy WHO/FHE/MSM/93.8

The Partograph - Part II: User's manual WHO/FHE/MSM/93.9

The Partograph - Part III: Facilitator's guide WHO/FHE/MSM/93.10

The Partograph - Part III: Facilitator's guide WHO/FHE/MSM/93.11

<http://www.who.int/reproductive-health/publications/partograph/partograph.html>

^{XXVIII} O.M.S., "Care in normal birth:A practical guide", 1996 WHO/FRH /MSM/96.24

6. Classification of practices in Normal Birth

<http://www.who.int/rht/documents/MSM96-24/msm9624.htm>

^{XXIX} Torsoli A. Manuale di metodologia clinica per studenti e giovani medici. Il pensiero scientifico editore - 1997 Roma

^{XXX} Nonis M., Braga M., Guzzanti E. Cartella Clinica e qualità dell'assistenza - Il pensiero scientifico editore - 1998 Roma

^{XXXI} Iorio M, Serafini P, Rocchietti G, La professione ostetrica. Nuovi orientamenti nell'inquadramento legislativo, profili di competenza e responsabilità. Minerva Med Leg, 1999;119: (suppl.1 al n.4): 91-103

La sindrome HELLP : una overview

Benedetta Melani*, Raffaele Fimiani, Vincenzo Viglione**, Lucia Carignani**, Alessandro Melani*****

* Scuola di specializzazione in Ginecologia ed Ostetricia - Università di Firenze

** U.O. Ostetricia e Ginecologia Ospedale di Pescia (PT)

*** U.O. Ostetricia e Ginecologia Ospedale di Lucca

La sindrome HELLP già descritta nella sua essenza da Pritchard (1) nel 1954 ma per la prima volta sistematizzata clinicamente solo trenta anni dopo da Weinstein (2), è tuttora oggetto di mancata uniformità di impostazione patogenetica e clinica.

Il termine HELLP è stato coniato nel 1982 da Weinstein a definire una sindrome clinica, complicanza e/o variante severa della grave gestosi ipertensiva, caratterizzata da emolisi (**H**: hemolysis), ipertransaminasemia (**EL**: elevate liver enzymes) e piastrinopenia (**LP**: low platelet count). Dal 1982 in poi sono comparsi in Letteratura numerosi Lavori di diversi Autori che hanno però utilizzato criteri non uniformi per formulare la diagnosi. Non tutti l'hanno ritenuta infatti una complicanza dell'ipertensione gravidica, alcuni hanno sostenuto che non esistono elementi sufficienti per poterla considerare come una entità nosologica a sé stante. In particolare, mentre si è giunti ad un accordo pressoché unanime sui criteri diagnostici da utilizzare, ancora dibattuti sono l'autonomia della sindrome in quanto tale, oppure la possibilità che si tratti di una forma variante della preeclampsia, e l'unicità della sindrome nella sua forma completa, ovvero la possibilità che esistano forme fruste di HELLP.

Inquadramento storico

Come già ricordato, già nel 1954 Pritchard descriveva tre casi di emolisi e grave trombocitopenia (1) associate a severa tossiemia gravidica. Nel 1978 Goodlin (3) pubblicava una casistica di 13 pazienti con gestosi EPH : tutte le pazienti presentavano trombocitopenia, quasi tutte una ipertransaminasemia e nessuna presentava i segni di una coagulazione intravascolare disseminata. Successivamente lo stesso Goodlin (4) ampliava la

casistica a 43 pazienti preeclamtiche con piastrinopenia ($< 75.000/ml$) e valori della SGOT > 30 UI/L e per definire questa sindrome conò il termine di "gestosi EPH di tipo B".

Una conclusione importante a cui giunse Weinstein è che le alterazioni coagulative delle pazienti affette da sindrome HELLP sono diverse da quelle trovate in pazienti con coagulopatia intravascolare disseminata (CID). Questa osservazione è importante in quanto alcuni Autori (5) hanno pensato che la CID fosse all'origine della patogenesi della HELLP. De Boer (6) ha infatti evidenziato parametri laboratoristici simili tra HELLP e CID COMPENSATA (test di coagulazione come PT, PTT, fibrinogeno e prodotti di degradazione della fibrina sono normali, test più sensibili come antitrombina III, proteina C e complessi trombina-antitrombina sono alterati).

L'opinione corrente è che la sindrome HELLP abbia una dignità autonoma e che il suo polimorfismo sia dovuto al fatto che, con il progredire della patologia, essa naturalmente possa sfumare in quadri più complessi (CID, MOF).

Fisiopatologia

Il danno vascolare, qualsiasi siano le cause che possono determinarlo (danno idiopatico? da vasospasmo? da insufficiente capacità di riparazione? da eccessiva espansione del volume plasmatico?), è oggi quasi unanimemente considerato il *primum movens* della sindrome HELLP. Le funzioni delle cellule endoteliali sono complesse. Esse, infatti, non sono più viste come cellule inermi di rivestimento con la funzione di sostenere l'integrità vascolare, ma hanno un ruolo importante nel mantenere il flusso ematico all'interno del vaso stesso, anche attraverso una funzione di regolazione sulla fluidità del sangue. Con l'attivazione o il danno, non solo perdono questa capacità "anticoagulante", ma producono fattori procoagulanti, mediatori della vasocostrizione e mitogeni (7). La perdita della normale funzione anticoagulante dell'endotelio e la produzione di fattori procoagulanti porta all'attivazione della cascata coagulativa e alla formazione di microtrombi che compromettono ulteriormente la perfusione ematica distrettuale. La presenza di vasospasmo e di microtrombosi arreca un ulteriore decadimento della già scadente circolazione placentare, determinando un circolo vizioso che si risolve solo quando la gravidanza si interrompe. La sindrome HELLP, inquadrata in quest'ottica, rappresenta il danno da alterata reattività vascolare, che ha come bersaglio le arteriole e i sinusoidi epatici.

La piastrinopenia, che peraltro può comparire isolatamente nelle pazienti preeclamtiche, è data da:

1. aumentata adesione delle piastrine circolanti all'endotelio danneggiato o attivato

2. attivazione del sistema coagulativo con aumentata generazione di trombina, a sua volta responsabile di una aumentata attivazione piastrinica
3. rimozione da parte del sistema reticolo-endoteliale (SRE) delle piastrine con immunoglobuline adese (anticorpi antiplastrine o complessi immunocircolanti, aumentati solitamente nella preeclampsia)

Bisogna peraltro precisare che alcuni Studi hanno dimostrato segni più marcati di attivazione piastrinica in caso di una relativa minore presenza di segni di attivazione della coagulazione. Tale osservazione suggerisce che l'aumentata *clearance* piastrinica si può verificare anche con meccanismi diversi da quelli elencati. Ciò vuol dire che l'attivazione piastrinica può essere l'evento primario che non solo precede, ma può, in alcuni casi, promuovere l'aumentata generazione trombinica e il consumo di antitrombina III riferito in questo disordine.

Il fenomeno che determina un aumento dei livelli sierici degli enzimi epatici è una necrosi periportale con distensione della capsula glissoniana (responsabile del dolore "a sbarra"). Raramente il danno epatico può consistere in un'emorragia intraepatica o in un ematoma sottocapsulare tendente alla rottura.

L'emolisi, obbligatoriamente di tipo Coombs negativo, è legata alla frammentazione delle emazie causata dal passaggio delle stesse in vasi con endotelio danneggiato e/o con deposizione di microtrombi di fibrina nel lume (anemia emolitica microangiopatica). Questa condizione, descritta per la prima volta da Brain (8), è presente in numerose patologie complicate da CID e, caratteristicamente, nella porpora trombotica trombocitopenica e nella sindrome emolitico-uremica. Il danno endoteliale è determinante in queste due patologie, caratterizzate da microtrombosi diffuse nelle arteriole e nei capillari. Da un punto di vista laboratoristico spiccano alterazioni della morfologia eritrocitaria e la formazione di frammenti detti schistociti. Alcuni Autori (9) hanno osservato come gli eritrociti di pazienti affette da preeclampsia severa presentino alterazioni della membrana plasmatica, cosa che potrebbe renderli di fatto più sensibili alla rottura.

Diagnosi

La presentazione più frequente è quella di una paziente di razza bianca, multipara, con una storia passata di complicanze gravidiche e di età generalmente superiore ai 25 anni. Spesso la paziente ha avuto un incremento ponderale eccessivo con edemi diffusi, può lamentare un dolore in sede epigastrica con irradiazione posteriore ("a sbarra") o all'ipocondrio destro (90%). La maggior parte delle pazienti riferisce una storia di males-

sere generale durante i giorni precedenti la comparsa del dolore. L'ipertensione può essere assente (20%), lieve (30%) o grave (50%); in quest'ultimo caso la sindrome HELLP è una complicazione di uno stato preeclamptico in rapida evoluzione o in trattamento conservativo. La proteinuria può essere lieve od assente (il 6% delle pazienti non ha una significativa proteinuria al momento della diagnosi) (10). Nei casi di grave compromissione polidistrettuale possono comparire amaurosi bilaterale, nonché segni di distacco retinico e di emorragia del vitreo.

Nei casi avanzati di HELLP compaiono segni di insufficienza multi-organica (MOF) e ciò si correla ad un significativo peggioramento della prognosi materna. Sono possibili accidenti cerebrovascolari, edema polmonare, insufficienza epatica e renale acuta, trombosi carotidea, infarti polidistrettuali.

Da quanto detto appare evidente che, nonostante il sospetto clinico possibile (con sintomi e segni spesso comuni alla preeclampsia classica) la diagnosi di sindrome HELLP viene posta attraverso esami di laboratorio. I criteri diagnostici essenziali sono stati dal 1982 ad oggi oggetto di continua revisione a causa della variabilità clinica e laboratoristica della sindrome, nonché a causa dell'esistenza di numerose forme improprie e, più frequentemente, incomplete.

Esistono notevoli differenze riguardo al periodo di insorgenza, alle caratteristiche cliniche e al grado di alterazione degli esami di laboratorio ma è anche vero che non esistono tutt'oggi Studi effettuati su un campione così ampio da poter essere ritenuto attendibile. Data la rarità della sindrome HELLP le ricerche vengono effettuate su piccoli campioni che includono casi insorti in condizioni differenti quali :

1. comparsa della sintomatologia in una gravidanza altresì normale
2. comparsa durante la terapia conservativa in pazienti con preeclampsia
3. comparsa nel postpartum

Inoltre una significativa percentuale di Lavori include pazienti senza segni di emolisi o dove l'emolisi viene considerata ma la sua diagnosi è basata solo sull'incremento dei valori di bilirubina sierica. È quindi evidente che i criteri di laboratorio DEFINITIVI per una diagnosi corretta di sindrome HELLP necessitano di essere validati in maniera prospettica. I criteri diagnostici più condivisi sono quelli proposti da Sibai nel 1990 (10) dove l'emolisi veniva definita come la presenza in circolo di eritrociti anomali e di schistociti, di una bilirubinemia > 1.2 mg/dL e di una lattato deidrogenasi (LDH) superiore a 600 UI/L; l'aumento degli enzimi epatici come una aspartato aminotransferasi (SGOT) superiore a 70 UI/L e una lattato deidrogenasi superiore a 600 UI/L; la piastrinopenia come una conta piastrinica inferiore a 100.000 per mm³.

Successivamente Martin (11) ha individuato tre classi di sindrome HELLP in base al valore della conta piastrinica (**Classe 1** : < 50.000 mm³; **Classe 2** : > 50.000 - < 100.000 mm³; **Classe 3** : > 100.000 - < 150.000 mm³), allo scopo di correlare il grado di piastrinopenia alla prognosi. Tale classificazione non è però da tutti condivisa.

Ai segni laboratoristici classici della sindrome HELLP possono associarsi :

- una diminuzione dell'aptoglobina sierica materna, glicoproteina di origine epatica capace di legare l'emoglobina libera in caso di emolisi intravascolare, allo scopo di impedire, per quanto possibile, la comparsa di emoglobinuria
- un'aumento dell'alfa fetoproteina sierica materna (aFP) e della gonadotropina corionica umana (HCG)

Il danno endoteliale, elemento cardine della sindrome, può essere rilevato attraverso una serie di tests molto sensibili e costosi che vengono utilizzati anche nella diagnosi di CID : il dosaggio dell'antitrombina III, del fibrinopeptide A, dei monomeri di fibrina e dei D-dimeri, ma non tutti sono disponibili in urgenza.

Trattamento

Il trattamento della sindrome HELLP si può sintetizzare in alcuni punti essenziali :

- 1. Anticipare per quanto possibile la diagnosi:** dall'esame dei segni e sintomi clinici risulta che i casi tipici di sindrome HELLP possono essere facilmente diagnosticati con comuni esami di laboratorio. Una diagnosi corretta e tempestiva può essere determinante per la prognosi materna e fetale.
- 2. Controllare le condizioni materne** attraverso esami di laboratorio da ripetere ogni 12-24 ore. Incrementi della creatinina e dell'uricemia si verificano negli stadi avanzati della malattia, in relazione all'insorgenza di una possibile insufficienza renale. È necessario effettuare una **profilassi dell'eclampsia** attraverso la somministrazione di solfato di Magnesio EV (4-6 gr in bolo EV, seguiti da una infusione in pompa per una dose di 1.5-4 g/h, personalizzando il trattamento a seconda delle condizioni della paziente). Il solfato di Magnesio deve essere protratto per almeno 48 ore dopo il parto o fino a che non vi siano tangibili segni clinici e laboratoristici di miglioramento. Durante tutta la durata dell'infusione è necessario monitorare la paziente clinicamente (numero atti respiratori, riflesso patellare nelle pazienti depresse), allo scopo di evitare le gravi reazioni (arresto cardiorespiratorio, paralisi muscolare) che sono determinate dalla ipermagnesemia.

Particolare attenzione va usata nei casi con concomitante oliguria, quando cioè una diminuzione della *clearance* renale può determinare aumento incontrollato della magnesemia anche per dosi infuse non eccessive.

Se esistono controindicazioni all'uso del solfato di magnesio può essere usata in alternativa la fenitoina.

Nei casi associati a preeclampsia è necessario il **controllo farmacologico dell'ipertensione** con dosaggi appropriati di idralazina, nifedipina, labetalolo: è necessario però evitare una ipotensione che potrebbe compromettere la circolazione placentare.

Va registrato il **bilancio idro-elettrolitico**, allo scopo di ottenere una diuresi oraria di 30-40 ml. Va ricordato che un bilancio positivo espone al rischio di danno polmonare (edema polmonare), un bilancio negativo a quello di vasocostrizione periferica.

È necessario mantenere la conta piastrinica ad un livello accettabile (>50.000 mm³), cosa che può essere ottenuta attraverso trasfusioni piastriniche o con la somministrazione di cortisonici ad alte dosi prima del parto. Nel 1994 Magann (12) ha osservato come la somministrazione preparto di desametazone ad alte dosi (12 mg Ev ogni 12 ore fino al momento del parto) fosse capace di aumentare significativamente la conta piastrinica, nonché di ridurre i livelli sierici di SGOT e di LDH. Il desametazone (13, 14) sarebbe inoltre capace di aumentare la diuresi materna e favorirebbe, con migliore prognosi materna e fetale, il trattamento di attesa nei casi di HELLP syndrome che esordiscono ad epoche gestazionali molto precoci. Il desametazone, a dosi lievemente inferiori (10 mg ogni 12 ore per due volte e poi 5 mg ogni 12 ore per due volte), viene anche consigliato nelle fasi puerperali precoci, allo scopo di favorire la ripresa materna, che solitamente si verifica entro 96 ore.

L'uso di cortisonici prima del parto non è però condiviso da tutti gli Autori, in considerazione delle possibili conseguenze che alti dosaggi possono esercitare sulla salute fetale.

3. **Controllare le condizioni fetali:** è necessario controllare la datazione gravidica ed effettuare la profilassi polmonare in caso di feti di età gestazionale > 24 e < 34 settimane.
4. **Programmare il parto prima possibile** tenendo conto delle condizioni materne e del verosimile grado di maturità polmonare fetale. La *"route of delivery"* verrà scelta in base all'epoca gestazionale, alla situazione ostetrica, al grado di urgenza imposto dalle condizioni materne.
5. **Trasferire la paziente in terapia intensiva** subito dopo il parto

Bibliografia

1. Pritchard JA et al. *"Intravascular hemolysis, thrombocytopenia and other hematologic abnormalities associated with severe toxemia of pregnancy"* N. Engl. J. Med. 1954; 250: 89
2. Weinstein L. *"Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count: a severe consequence of hypertension in pregnancy"* AJOG 1982; 142: 159
3. Goodlin RC et al *"Severe edema-proteinuria-hypertension gestosis"* AJOG 1978 ; 132 :595
4. Goodlin RC et al *"Beware the great imitator severe eclampsia"* Contemp. Obstet. Gynecol. 1982; 142:159
5. Aanoudse JG et al *"A syndrome of liver damage and intravascular coagulation in last trimester of normotensive pregnancy. A clinical and histopathological study"* Br. J. Obstet. Gynecol. 1986; 96:145
6. De Boer K et al. *«Coagulation studies in the HELLP syndrome»* Br. J. Obstet. Gynecol. 1991; 98:42
7. Pearson JD et al *"Endothelial cell function and thrombosis"* In : Clinical Haematologic 1994; 7:441
8. Brain MC et al *"Microangiopathic haemolytic anemia: the possible role of vascular lesion in pathogenesis"* Br. J. Haematol. 1962; 8:358
9. Cunningham GF *«Erythrocyte morphology in women with severe preeclampsia and eclampsia: preliminary observation with scanning electron microscopy»* AJOG 1985; 153:358
10. Sibai BM *"The HELLP syndrome. Much ado about nothing?"* AJOG 1990; 162:311
11. Martin JN et al. *«Pregnancy complicated by preeclampsia-eclampsia with the syndrome of haemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count: how rapid is postpartum recovery?»* Obstet. Gynecol. 1990; 76:737
12. Magann EF et al. *"Antepartum corticosteroids: disease stabilization in patients with HELLP syndrome"* AJOG 1994; 171:1148
13. Crane JM et al. *«The maternal benefits of corticosteroids in HELLP syndrome»* J. Obstet. Gynecol. Can. 2003; 25:650
14. Celik C et al. *«Results of the pregnancies with HELLP syndrome»* Ren. Fail. 2003; 25(4):613

„L'evoluzione dell'ostetricia moderna: confronto tra realtà europee”

2000 Parti in acqua a Vipiteno

TRIAD: Madre – Padre - Bambino



**CONVEGNO
INTERNAZIONALE**
12. – 14. ottobre 2006
**Teatro comunale
di Vipiteno**



Ufficio formazione del personale sanitario della Provincia Autonoma di Bolzano
Segreteria Ginecologia Ospedale di Vipiteno
Phone +0472 774322 E-mail: gyn.vipiteno@as-bressanone.it

Ginnastica Postpartum

Guarino C., Sansone M., Sollo G., Giordano V.

Struttura Complessa U. O. di Ostetricia e Ginecologia. P. O. "San Leonardo" - C/mare di Stabia - Dir.: C. Guarino

La gravidanza, ed in particolare il parto, rappresentano nella vita della donna un momento estremamente delicato, viste le numerose implicazioni emotive, psicologiche e fisiche che la caratterizzano.

Il post partum e il puerperio costituiscono, pertanto, un periodo importante di recupero psicofisico che richiede un programma di assistenza adeguato al fine di promuovere il completo benessere della donna.

Dal punto di vista organico la zona perineo-pelvica, la colonna vertebrale ed i muscoli addominali sono le aree che subiscono il maggiore stress durante la gravidanza e il parto, a causa del sovraccarico e della sovradistensione a cui sono sottoposte e non è infrequente che subiscano dei traumi, più o meno persistenti, per danno diretto delle strutture muscolo-legamentose o per danno indiretto secondario ad irritazione e/o stiramento delle terminazioni nervose.

I disturbi più frequentemente lamentati dalle donne nel puerperio sono rappresentati dalle disfunzioni urinarie, dalle algie lombo-sacrali e pelviche persistenti e dall'indebolimento dei muscoli addominali.

In particolare circa il 15-40% delle donne riferisce incontinenza urinaria da sforzo che, in un terzo dei casi, si risolve spontaneamente entro 12-14 mesi dal parto, ma che nel 3-10% dei casi può diventare cronica.

Nell'1-5% dei casi può comparire incontinenza fecale e in oltre il 33% dei casi il dolore pelvico e/o lombo-sacrale può perdurare per diversi mesi dopo il parto.

Alla luce di questi dati appare quindi chiara l'importanza di sottoporre tutte le donne che hanno partorito, in particolare quelle con parto spontaneo, ad un attento controllo clinico finalizzato alla valutazione del grado di compromissione dell'apparato muscolo-legamentoso pelvi-perineale e stabilire per loro un programma di rieducazione specifico, al fine di assicurare un valido e completo recupero della funzionalità di tale area.

La ginnastica postpartum si propone, come obiettivi principali, la prevenzione e/o correzione delle alterazioni della statica pelvica, la prevenzione dell'incontinenza urinaria e delle disfunzioni ano-rettali nonché il miglioramento della qualità della vita sessuale.

Un valido programma di rieducazione pelviperineale nel postpartum richiede un approccio globale che prevede la stretta collaborazione tra ginecologo e ostetrica.

Fondamentale ai fini di una buona riuscita del trattamento è la selezione delle pazienti, alle quali dovrebbero essere illustrate in maniera chiara ed esauriente le ripercussioni della gravidanza e del parto sull'organismo ed i benefici che possono derivare da una attività fisica mirata.

La necessità di proporre a tutte le puerpere tali programmi di rieducazione fisica non trova consenso generale tra gli autori, vista la scarsità di studi randomizzati controllati al riguardo.

Tuttavia, ci sono buone evidenze che gli esercizi per rinforzare i muscoli del pavimento pelvico, effettuati nell'immediato post-partum, riducano il rischio di incontinenza urinaria da stress, tanto da indurre la Società di Ostetricia e Ginecologia Canadese a raccomandare tale procedura nelle linee guida sul management della gravidanza, redatte nel 2003 (evidenza II-1 raccomandazione C).

Anche sul momento ideale in cui iniziare l'attività fisica nel postpartum non c'è uniformità di veduta.

È possibile iniziare una leggera attività fisica già nell'immediato post partum sia nelle donne che hanno partorito spontaneamente sia in quelle che hanno partorito con taglio cesareo, compatibilmente, per quest'ultime, con eventuali complicanze del postoperatorio.

Prima di includere una donna in un corso di rieducazione del postpartum è fondamentale effettuare un'attenta anamnesi e un approfondito esame obiettivo.

Momenti fondamentali dell'*anamnesi* sono la ricerca dei *fattori di rischio di danno pelviperineale* generici (soprappeso, stipsi, chirurgia pelvica) e specifici della gravidanza e del parto (incremento ponderale, peso fetale alla nascita, durata del travaglio, manovre ostetriche), la valutazione dei *sintomi* riferiti dalla paziente (sede e caratteri del dolore, incontinenza urinaria, alterazioni della postura, protrusione dell'addome), la rilevazione di eventuali *controindicazioni* all'attività fisica (patologie cardiovascolari, complicazioni neurologiche, patologie croniche non compensate) e, soprattutto, le aspettative e le motivazioni della donna.

All'anamnesi fa seguito l'*esame obiettivo* generale e ginecologico rivolgendo particolare attenzione allo studio delle aree pelvi-perineale, lombosacrale e addominale che sono quelle maggiormente sollecitate durante la gravidanza e il parto:

- *area perineo-pelvica*: valutazione del tono muscolare; studio delle sinergie muscolari e ricerca di un'eventuale inversione del comando perineale; valutazione dell'integrità del

- muscolo elevatore dell'ano e dell'efficacia dei mezzi di continenza urinaria sotto sforzo
- *area lombo-sacrale*: valutazione di eventuali posture anomale
- *area addominale*: valutazione del tono muscolare; valutazione della presenza, e dell'eventuale persistenza sotto contrazione, di diastasi dei muscoli retti; valutazione di perdita di sinergia tra i muscoli retti e i trasversi con eventuale protrusione dell'addome.

Una volta stabiliti gli obiettivi da raggiungere con la ginnastica postpartum, con le dovute personalizzazioni ricavate dall'anamnesi e dall'esame obiettivo, si inizia con un programma di attività fisica che prevede un progressivo incremento della durata e dell'intensità degli esercizi.

Presso la nostra U.O. abbiamo elaborato un programma di ginnastica rieducativa del dopo parto che coinvolge tutte le puerpere, indipendentemente dalla modalità del parto.

Gli incontri con le pazienti sono guidati da un'ostetrica e hanno inizio nella maggioranza dei casi a partire dal terzo giorno dopo il parto.

Parte integrante del corso è un colloquio iniziale nel quale vengono illustrate le modificazioni a carico del pavimento pelvico che possono essere causa di incontinenza urinaria e alterazione della statica pelvica, sottolineando l'importanza che ha un intervento preventivo nel ridurre l'incidenza di tali complicanze.

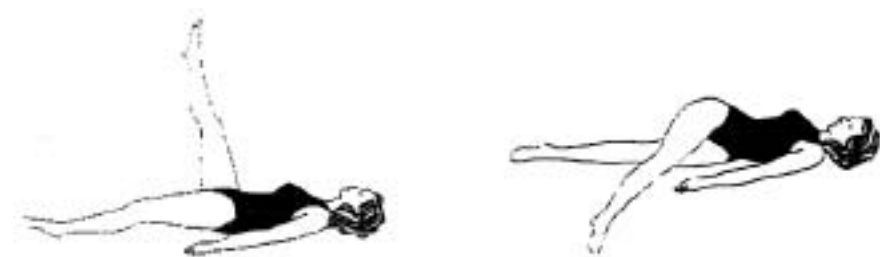
L'attività fisica mirata rappresenta sicuramente il metodo di trattamento e prevenzione più indicato in prima istanza essendo poco invasivo e ben accettato dalle donne.

La fase attiva della rieducazione prevede una sequenza di esercizi di facile esecuzione che illustriamo brevemente:

1. Distese sul dorso contrarre la muscolatura glutea, dello sfintere (orifizio anale) e della vagina, senza sforzare eccessivamente i muscoli glutei.



2. Distese sul dorso con le gambe tese e le braccia lungo il corpo sollevare lentamente la gamba destra e riabbassarla oltrepassando quella sinistra. Ripetere con la sinistra.



3. In ginocchio, sedute sui talloni, contrarre gli addominali ed i glutei e alzarsi portando in avanti il busto. Ritornare alla posizione di partenza.



4. In ginocchio, sedute sui talloni, piegare in avanti il busto con le braccia protese fino a che gli avambracci non tocchino a terra. Restare in questa posizione con il capo chino respirando lentamente.



5. In ginocchio con il busto in avanti e le braccia distese passare in posizione carponi contraendo gli addominali, i glutei e i muscoli dello sfintere anale e della vagina.



6. Distese sul dorso con le gambe flesse sul busto, mantenendo con le mani le ginocchia, sollevarsi, inspirando e contraendo gli addominali; restare in bilico per qualche secondo e tornare lentamente alla posizione iniziale.



7. Distese sul dorso con le braccia lungo i fianchi e le gambe sollevate "a squadra" sollevare i glutei e contrarre i muscoli dello sfintere, senza incurvare la schiena.



Al momento della dimissione alle pazienti viene consegnata una guida illustrata con la descrizione degli esercizi succitati per consentire loro il proseguimento a domicilio del programma di rieducazione fisica.

Dall'esperienza di un anno di attività, sulla base di questionari di valutazione, è emerso che la donna, stimolata a rivolgere più attenzione al proprio corpo, ha ottenuto oltre ad un recupero fisico più rapido anche un benessere psicologico con risvolti positivi sulla qualità di vita.

Inoltre, l'aumentata fiducia delle pazienti nel personale assistenziale ha costituito anche un'intrinseca occasione per gli opportuni controlli a distanza con una maggiore adesione ai programmi di prevenzione.

In tal modo viene anche favorita quella continuità assistenziale che, secondo una review della Cochrane del 2004, si associa ad un miglioramento dell'impatto dell'evento gravidanza sul benessere psicofisico della donna, nonché ad una maggiore motivazione professionale delle ostetriche impegnate in questo nuovo aspetto del loro lavoro.

N.B. Il lavoro va diviso in parti uguali tra gli Autori

Bibliografia

1. Groutz A et al. *Early postpartum voiding dysfunction: incidence and correlation with obstetric parameters*. J Reprod Med 2004; 49 (12): 960-4
2. Davies GA et al.; SOGC Clinical Practice Obstetrics Committee. *Joint SOGC/CSEP clinical practice guideline: exercise in pregnancy and the postpartum period*. Can J Appl Physiol 2003; 28(3): 330-41
3. Hodnett ED *Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth (Cochrane review)*. In: The Cochrane Library Issue 4, 2004
4. Agence Nationale d'Accreditation et Evaluation en Santé (ANAES). *Clinical practice guidelines: Assessment and pelvic floor training techniques in the treatment of urinary incontinence in women excluding neurological disorders*. Ott. 2003

Il trattamento farmacologico dell'Endometriosi: Obiettivi e limiti

Silvia von Wunster e Giuseppe Amuso

U.O. di Ostetricia e Ginecologia, Ospedale di Alzano Lombardo (BG)

In passato l'obiettivo della terapia, medica o chirurgica, dell'endometriosi era quello di eradicare la malattia od almeno di indurre una regressione.

Oggi, in considerazione della complessità degli eventi eziopatogenetici che stanno alla base della patologia endometriosica, la terapia mira ad interrompere gli eventi patogenicamente significativi e soprattutto a controllare il dolore.

L'obiettivo della terapia medica è quello di agire sull'ambiente endocrino nel tentativo di renderlo ostile alla manifestazione della malattia. Questo è possibile allorché venga indotta una alterazione ormonale che determini un quadro di pseudo-gravidanza o di pseudo-menopausa o di anovulazione cronica.

La terapia medica dell'endometriosi mira essenzialmente a ridurre il sintomo dolore.¹

È stato infatti ormai ripetutamente e definitivamente dimostrato che non vi è alcun effetto favorevole di qualsiasi terapia medica per l'infertilità associata all'endometriosi.²

I farmaci

DANAZOLO

(danatrol 200mg 30 cps 25,07 euro- costo mensile ca 75 euro)

Commercializzato agli inizi degli anni '70 con la specifica indicazione dell'endometriosi, è rimasto a lungo il farmaco di riferimento per qualsiasi valutazione clinica comparativa di nuove opzioni terapeutiche in studi prospettici randomizzati.

È in grado di indurre un clima ipoestrogenico- iperandrogenico altamente ostile all'endometriosi.³

Il dosaggio raccomandato è di 600-800 mg/die. Dosaggi inferiori sono risultati meglio tollerati ma meno efficaci.⁴⁻⁷

Presenta importanti effetti collaterali legati all'iperandrogenismo e all'azione sul metabolismo lipidico che ne riducono molto la tollerabilità.⁸

GESTRINONE

(*Dimetrose 10 cps 2,5 mg 85,98 euro - Costo mensile ca 78 euro*)

È un farmaco long-acting, con caratteristiche simili a quelle del danazolo, rispetto al quale risulta meglio tollerato.

Il dosaggio consigliato è di 5 mg alla settimana in due somministrazioni.^{9,10}

PROGESTINICI

L'interesse nei confronti dei progestinici si è riaperto negli ultimi dieci anni, in risposta alla richiesta di farmaci a basso costo, con buon profilo di tollerabilità e che possano essere utilizzati per lunghi periodi.

Agiscono determinando la decidualizzazione del tessuto endometriale, fino alla atrofia.

Haney e Weinberg per primi dimostrarono che il trattamento con progestinici ha anche un effetto antinfiammatorio. La somministrazione di 30 mg/die di MAP per quattro mesi riduceva infatti significativamente il volume del liquido peritoneale, il numero dei leucociti e il punteggio dell'AFS.¹¹

Presentano frequenti effetti collaterali rappresentati dai sanguinamenti atipici, dalla depressione e dalla ritenzione idrica.

MEDROSSIPROGESTERONE ACETATO

(*Farlutal, Provera G 12 cpr 10 mg-10,30 euro ; costo mensile 38,25-127 euro*)

Il farmaco più studiato è stato il medrossiprogesterone acetato di cui è stata dimostrata l'efficacia sul dolore correlato all'endometriosi in studi randomizzati, superiore al placebo e non inferiore al danazolo e agli analoghi del GnRH.¹²⁻¹⁴

Gli studi più recenti hanno dimostrato l'efficacia del MAP anche a basse dosi 15-50 mg, che consentono di migliorare il profilo di tollerabilità.¹⁴

L'efficacia del MAP è stata dimostrata anche nella forma depot da uno studio di Vercellini che confrontava la terapia con DMPA alla dose di 150mg ogni tre mesi, rispetto alla associazione tra un contraccettivo orale e danazolo a dose molto bassa (50 mg/die).¹⁵

NORETISTERONE ACETATO

(*Primolut Nor 10mg 30 cpr 6,29 euro, costo mensile 1,69-6,29 euro*)

Risultati preliminari evidenziano la sua efficacia, anche a basse dosi (2.5mg), con effetti collaterali limitati e a fronte di costi bassissimi, che ne consentirebbero un utilizzo a lungo termine.¹⁶

Mancano ancora tuttavia studi randomizzati a dimostrarne l'efficacia nei confronti del placebo e degli altri farmaci comunemente utilizzati per la terapia dell'endometriosi.

PROGESTINICI INTRAUTERINI

(*Mirena 180, 76 euro - Costo mensile per 5 anni d'uso 3 euro*)

Nella ricerca di una terapia che consentisse di mirare l'azione terapeutica ad organi specifici, riducendone l'impatto metabolico generale, sono stati effettuati due studi sulle possibili applicazioni di uno IUD medicato al levonorgestrel.

Vercellini ne ha dimostrato l'efficacia sulla dismenorrea, mentre Fedele ha evidenziato gli effetti positivi sull'endometriosi del setto rettovaginale persistente dopo terapia chirurgica conservativa non radicale.

In entrambi gli studi comunque si sono evidenziati effetti collaterali di tipo metabolico (aumento ponderale, acne, seborrea, mastodinia) che testimoniano un significativo assorbimento uterino del farmaco.^{17,18}

ESTROPROGESTINICI

(*costo mensile a seconda del prodotto commerciale 1,81- 12,50 euro*)

I contraccettivi orali sono da molti anni utilizzati nella terapia dei dolori pelvici e della dismenorrea associati all'endometriosi. Sono peraltro gli unici farmaci che consentono di preservare il ciclo mestruale.

Nonostante la loro efficacia sia nota a tutti i ginecologi, sono presenti soltanto due studi randomizzati che ne valutano il possibile impiego nell'endometriosi.

Vercellini ha confrontato un contraccettivo a basso dosaggio somministrato in modo ciclico rispetto al Goserelin, somministrati per sei mesi, nel trattamento del dolore associato all'endometriosi.

Al termine della terapia la disparesia profonda era significativamente migliorata in entrambi i gruppi, con risultati migliori con il GnRH agonista. Il dolore non mestruale era diminuito sostanzialmente senza differenze tra i due gruppi. La dismenorrea era significativamente ridotta con l'assunzione del contraccettivo orale. La percentuale di recidive dopo 6 mesi dalla sospensione della terapia era sovrapponibile nei due gruppi.¹⁹

Parazzini ha invece valutato se la somministrazione di un analogo prima dell'inizio della pillola ciclica desse risultati migliori sul trattamento del dolore rispetto al solo trattamento con la pillola ciclica per un anno. I sintomi algici risultavano ridotti in entrambi i gruppi senza differenze significative.²⁰

Non vi sono quindi dati a supporto delle convinzioni che le combinazioni estroprogestiniche debbano essere usate come farmaci di seconda linea.

La somministrazione ciclica può però non consentire una riduzione accettabile della dismenorrea. Pur non esistendo studi formali di confronto tra somministrazione ciclica e

continua degli estroprogestinici, la somministrazione in continua potrebbe risolvere il sintomo dismenorrea, senza determinare effetti collaterali.

ANALOGHI DEL GnRH

(costo mensile medio 200 euro)

Inducono una condizione di ipogonadismo ipogonadotropo con conseguente ipoestrogenismo.

Nel corso degli anni '90 hanno rappresentato lo standard terapeutico di riferimento per la terapia medica dell'endometriosi.

Teoricamente, consentendo di mantenere un profondo stato di ipoestrogenismo, rappresentano il farmaco più efficace nella terapia dell'endometriosi.

Secondo l'ipotesi di Barbieri, la soglia estrogenica minima per l'endometriosi è di 50 pg/ml ed è probabile che il meccanismo d'azione comune a tutti i farmaci attivi nell'endometriosi risieda nel mantenimento dei livelli estrogenici entro tali limiti di sicurezza, con l'eliminazione dei picchi ciclici di estradiolo, segnatamente quelli ovulatori.²¹ Gli analoghi sarebbero i farmaci più efficaci perché inducono concentrazioni plasmatiche di estradiolo nettamente inferiori e più stabili rispetto ad altri trattamenti, con un andamento tale da coprire eventuali oscillazioni della soglia estrogenica di sensibilità.

La loro efficacia e il loro profilo di tollerabilità sono stati valutati da una review del Cochrane del 1999, che prendeva in considerazione 26 studi randomizzati di cui:

- 15 studi di confronto con il Danzolo
- 5 studi di confronto tra GnRH e l'associazione GnRH-E/P
- 3 studi di confronto tra diverse forme e dosaggi di GnRH
- 1 studio di confronto tra E/P e l'associazione GnRH-E/P
- 1 studio di confronto tra GnRH e E/P
- 1 studio di confronto con il placebo

Complessivamente veniva dimostrata l'efficacia sovrapponibile a quella degli altri farmaci, con un profilo di tollerabilità migliore rispetto al Danzolo.²²

Gli effetti collaterali della terapia con analoghi sono quelli correlati all'ipoestrogenismo, in particolare la sintomatologia vasomotoria e la perdita di massa ossea in caso di terapie prolungate, non sempre pienamente recuperabile alla sospensione del trattamento.

Sono stati pertanto proposti schemi di add-therapy con estroprogestinici o con altri farmaci, che hanno dimostrato in diversi studi di essere in grado di evitare la perdita di

massa ossea e l'insorgenza dei sintomi vasomotori, pur mantenendo invariata l'efficacia terapeutica.²³ Recentemente è stato utilizzato a questo scopo anche il Tibolone con risultati incoraggianti.²⁴

Un approccio diverso è quello rappresentato dalla draw-back therapy che consiste nel ridurre il dosaggio di un farmaco dopo un primo periodo in cui viene utilizzato a dosaggio pieno, allo scopo di ridurre i possibili effetti di un ipoestrogenismo prolungato. I primi studi sembrano dare risultati incoraggianti.²⁵

La terapia del dolore

TERAPIA MEDICA

L'efficacia della terapia medica nel controllo del dolore associato all'endometriosi è dimostrata da due studi randomizzati:

1. Telimaa 1987: Confronto tra MAP-Danazolo e placebo somministrati per sei mesi. Entrambi i farmaci dimostravano la superiorità rispetto al placebo nella terapia del dolore, sia alla fine della terapia, che dopo 6 mesi dalla sospensione.¹²
2. Dlugi 1990: Confronto tra analoghi del GnRH e placebo con dimostrazione della efficacia dell'analogo dopo tre mesi di terapia.²⁶

Tutti gli studi di confronto tra i vari farmaci utilizzati per il trattamento della sintomatologia dolorosa correlata all'endometriosi dimostrano una efficacia sovrapponibile per tutti i farmaci, con profili di tollerabilità e costi molto diversi.

TERAPIA CHIRURGICA

Non esistono studi randomizzati di confronto tra la terapia medica e la chirurgia per il trattamento del dolore associato all'endometriosi.

In letteratura è presente soltanto uno studio di valutazione dell'efficacia della terapia chirurgica conservativa sul dolore.²⁷ La Laparoscopia operativa, rispetto a quella diagnostica, determinava una riduzione significativa del dolore nel 62% delle pazienti, con risultati persistenti a distanza di sei mesi.

Diversi studi clinici non hanno evidenziato alcuna differenza tra le diverse tecniche chirurgiche né sulla via di accesso laparoscopica o laparotomia.²⁸⁻²⁹

La percentuale di recidive ad un anno è piuttosto elevata ed è di circa il 44%.²⁷

TERAPIA POST-CHIRURGICA

La terapia chirurgica conservativa è generalmente considerata il trattamento di scelta nelle forme avanzate di endometriosi sintomatica.

Tuttavia i risultati sono spesso insoddisfacenti e le recidive molto frequenti.

La terapia medica adjuvante dovrebbe teoricamente sterilizzare i foci microscopici, indurre l'assorbimento delle lesioni residue, ridurre la disseminazione iatrogena e ridurre le aderenze postoperatorie. La conseguenza dovrebbe essere la risoluzione del dolore e un miglioramento della prognosi riproduttiva.

In letteratura sono presenti quattro studi randomizzati di valutazione della terapia medica postchirurgica.³⁰⁻³³ In particolare i risultati di un ampio studio multicentrico italiano (Vercellini 1999) dimostrano che la terapia con analoghi del GnRH per 6 mesi consente di aumentare l'intervallo libero dalla sintomatologia.³³

Non viene invece dimostrata alcuna influenza sulla prognosi riproduttiva.

Ruolo nella terapia dell'infertilità

Un'ampia metanalisi di Hughes comprendente 12 studi sulla terapia medica della infertilità correlata all'endometriosi dimostra che nessun farmaco modifica la prognosi riproduttiva.²

Non c'è dunque spazio per la terapia medica dell'infertilità associata alla endometriosi.

La terapia empirica

La terapia empirica viene utilizzata frequentemente in ginecologia quando segni o e sintomi suggeriscono una particolare diagnosi e le eventuali conseguenze un trattamento non accurato sono minime.

Uno studio di Ling randomizzato in doppio-cieco permette di concludere che, dopo un'accurata valutazione che escluda altre patologie è appropriato proporre una terapia con analoghi del GnRH per tre mesi. Questo approccio si accompagna ad un miglioramento significativo della dismenorrea e del dolore pelvico.³⁴

È stato valutato che nelle pazienti selezionate con tale modalità, l'endometriosi sarebbe presente nel 78-87% dei casi prima dell'inizio della terapia con l'analogo.

Endometrioma

Poco chiaro è il ruolo della terapia medica nel caso in cui l'ecografia dimostri la presenza di un endometrioma.

L'ecografia transvaginale ha una sensibilità dell'83% ed una specificità del 98% per la diagnosi di endometrioma.³⁵ Tuttavia prima di indirizzare alla terapia medica una paziente con sospetto endometrioma, è importante tenere presente i rischi e le conseguenze di un eventuale errore diagnostico.

La terapia con analoghi del GnRH è in grado di determinare una riduzione del 25% del volume degli endometriomi nell'80% dei donne trattate, contro il 30% in caso di terapia con danazolo.³⁶

Il trattamento preoperatorio riduce la flogosi e lo spessore della parete ma non modifica i tempi operatori, né la percentuale di recidive.³⁷

Non ci sono studi sull'efficacia della terapia medica nei confronti del dolore associato agli endometriomi.

Non ci sono studi che valutino l'efficacia dei progestinici o degli estrogeni.

Endometriosi extrapelvica

Il trattamento farmacologico dell'endometriosi extrapelvica si è dimostrato efficace in tre studi che utilizzavano gli analoghi del GnRH o il Danazolo.³⁸⁻⁴⁰

Appare evidente in caso di endometriosi extrapelvica, l'importanza di escludere la presenza di altre patologie, potenzialmente gravi, prima di avviare il trattamento farmacologico.

Endometriosi Asintomatica

Nelle pazienti asintomatiche, in cui la diagnosi di endometriosi è stata effettuata casualmente in concomitanza di interventi chirurgici sulla pelvi, la condotta di attesa appare la più appropriata. Questo anche in considerazione dell'imprevedibilità del decorso della malattia, con la possibilità di una regressione spontanea.⁴¹

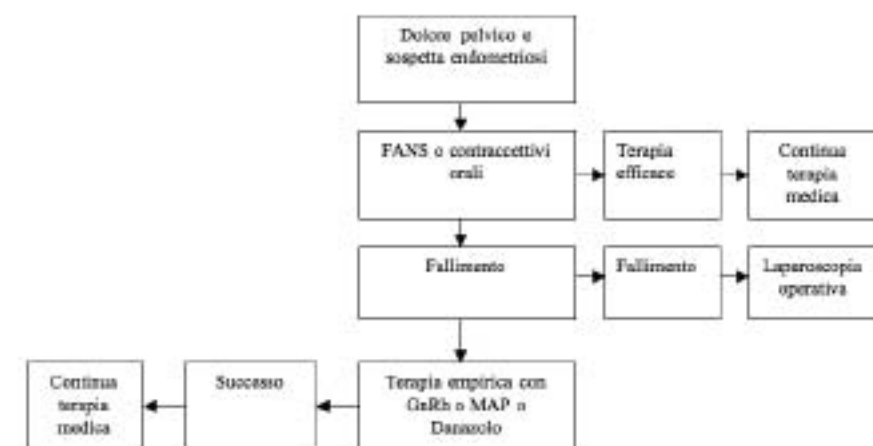


Fig. N. 1. Raccomandazioni per la terapia medica del dolore associato all'endometriosi



Fig. N.2 Raccomandazioni per la terapia dell'infertilità associata all'endometriosi

Bibliografia

- Olive DL, Pritts EA: Treatment of endometriosis. N Eng J Med, 2001; 345:266-275
- Hughes E, Fedorkow DM, Collins JA, Vandekerkhone P. Ovulation suppression for endometriosis (Cochrane Review). In: The Cochrane library, issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley and sons, Ltd.
- Greenblatt RB, Dmowski WP, Mahesh VB, Scoler HFL. Clinical studies with an antigonadotropin-danazol. Fertil Steril 1971; 22:9-18
- Biberoglu KO, Behrman SJ. Dosage aspects of danazol therapy in endometriosis: short-term and long-term effectiveness. Am J Obstet Gynecol 1981; 139:645-54
- Moore EE, Harger JH et al. Management of pelvic endometriosis with low-dose danazol. Fertil Steril 1981; 36: 15-9.
- Dmowski WP et al. Variable effects of endometriosis at 4 low-dose levels. Obstet Gynecol 1982; 59: 408-15.
- Vercellini P et al. Very low dose danazol for relief of endometriosis associated pelvic pain: a pilot study. Fertil Steril 1994; 62:1136-42
- Buttram VC Jr et al. Interim report of a study of danazol for the treatment of endometriosis. Fertil Steril 1982; 37:478-83
- Kaupilla A et al. Effects of gestrinone in endometriosis and endometrium. Fertil Steril 1985;44:466-70.
- Venturini PL et al. Endocrine, metabolic, and clinical effects of Gestrinone in women with endometriosis. Fertil Steril 1989; 52: 589-95
- Haney AF, Weinberg JB. Reduction of the intraperitoneal inflammation associated with endometriosis by treatment with medroxyprogesterone acetate. Am J Obstet Gynecol 1988; 159:450-4.
- Telimaa S et al. Placebo-controlled comparison of Danazol and high-dose medroxyprogesterone acetate in the treatment of endometriosis. Gynecol Endocrinol 1987; 1:13-23
- Harrison RF et al. Efficacy of medroxyprogesterone treatment in infertile women with endometriosis: a prospective, randomized, placebo-controlled study. Fertil Steril 2000; 74:24-30.
- Bergquist A et al. Changes the quality of life after hormonal treatment of endometriosis. Acta Obstet Scand 2001; 80:628-37).
- Vercellini P et al. Depot medroxyprogesterone acetate versus an oral contraceptive combined with very-low-dose danazol for long-term treatment of pelvic pain associated with endometriosis. Am J Obstet Gynecol 1996; 175:396-401
- Muneyyirci-Delale O et al. Effect of norethindrone acetate in the treatment of symptomatic endometriosis. Int J Fertil Womens Med 1998; 43:24-7
- Fedele L et al. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis. Fertil Steril 2001;75:505-8
- Vercellini P et al. A levonorgestrel-releasing intrauterine system for the treatment of dysmenorrhea associated with endometriosis: a pilot study. Fertil Steril 1999;72:505-8
- Vercellini et al. A gonadotrophin-releasing hormone agonist versus a low-dose oral contraceptive for pelvic pain associated with endometriosis. Fertil Steril 1993;60(1):75-9
- Parazzini et al. Estroprogestin vs. gonadotrophin agonists plus estroprogestin in the treatment of endometriosis-related pelvic pain: a randomized trial. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000;88:11-4
- Barbieri RL. Hormone treatment of endometriosis. The estrogen threshold hypothesis. Am J Obstet Gynecol. 1992;166:740-5
- Prentice A et al. Gonadotrophin releasing hormone analogues for pain associated with endometriosis (Cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley and sons, Ltd.
- Surrey ES Ad-back therapy and gonadotrophin-releasing hormone agonists in the treatment of patients with endometriosis: can a consensus be reached? Add-back Consensus Working Group. Fertil Steril 1999;71:420-4.
- Lindsay PC et al. The effect of add-back treatment with tibolone (Livial) on patients treated with the gonadotrophin-releasing hormone agonist triptorelin (Decapeptyl). Fertil Steril 1996;65:342-8.
- Tahara M et al. Treatment of endometriosis with a decreasing dosage of a gonadotrophin-releasing hormone agonist (nafarelin): a pilot study with low-dose agonist therapy (down-back therapy). Fertil Steril 2000; 73:799-804.
- Dlugi AM et al. Lupron Depot (leuprolide acetate for depot suspension) in the treat-

- ment of endometriosis: a randomized, placebo-controlled, double blind study. *Fertil Steril* 1990;54:419-27
27. Sutton CJG et al. Prospective, randomized, double blind, controlled trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal, mild, and moderate endometriosis. *Fertil Steril* 1994;62:696-700
 28. Crosignani PG et al. Laparoscopy versus laparotomy in conservative surgical treatment for severe endometriosis. *Fertil Steril* 1996; 66:706-11
 29. Bateman BG et al. Endoscopic versus laparotomy management of endometriomas. *Fertil Steril* 1994; 62:690-5.
 30. Telimaa S et al. Placebo-controlled comparison of Danazol and high-dose medroxyprogesterone acetate in the treatment of endometriosis after conservative surgery. *Gynecol Endocrinol* 1987; 1:363-71
 31. Hornstein MD et al. Use of nafarelin versus placebo after reductive laparoscopic surgery for endometriosis. *Fertil Steril* 1997;68:860-4
 32. Parazzini F et al. Postsurgical medical treatment of advanced endometriosis: results of a randomized clinical trial. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:1205-7
 33. Vercellini P et al. A gonadotrophin-releasing hormone agonist compared with expectant management after conservative surgery for symptomatic endometriosis. *Br J Obstet Gynaecol* 199;106:672-7
 34. Ling FW. Randomized controlled trial of leuprolide in patients with chronic pelvic pain and clinically suspected endometriosis. Pelvic Pain Study Group. *Obstet Gynecol* 1999; 93:51-58
 35. Guerriero S et al. The role of endovaginal ultrasound in differentiating endometriomas from other ovarian cysts. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1995; 22:20-22
 36. Donnez J et al. Evaluation of preoperative use of danazol, gestrinone, lynestrenol, buserelin spray and buserelin implant, in the treatment of endometriosis associated infertility. In: Chadha DR eds. *Current concepts in endometriosis*. New York: Alan R Liss Inc. 1990:427-442
 37. Muzii L et al. The impact of preoperative gonadotropin-releasing hormone agonist treatment in laparoscopic excision of ovarian endometriotic cysts. *Fertil Steril* 1996;65:1235-7
 38. Sheck Y et al. Endometriosis with a pleural effusion and ascites. Report of a case treated with nafarelin acetate. *J Reprod Med* 1995;40:540-2
 39. Espulella J et al. Pulmonary endometriosis: conservative treatment with GnRH agonists. *Obstet Gynecol* 1991;78:535-7
 40. Johnson WM et al. Pulmonary endometriosis: treatment with danazol. *Obstet Gynecol* 1987;69:506-7
 41. ACOG Practice Bulletin. Medical management of endometriosis. N.11, December 1999

Torsione isolata della Tuba: un caso clinico

Vittorio Bruno Ercolano, Francesco Manganaro, Salvatore Ercolano

U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia P.O. Vico Equense "De Luca E Rossano"

Riassunto

Il dolore addominale acuto nella donna è una situazione di frequente riscontro in pronto soccorso, e, in genere, richiede anche una visita ginecologica al fine di stabilire la causa del dolore.

Generalmente nelle donne giovani, e soprattutto nelle donne che non hanno rapporti sessuali, va esclusa la possibilità di una appendicite acuta.

La visita e l'ecografia ginecologica, tende ad escludere la possibilità che la sintomatologia dolorosa possa essere ricondotta ad un corpo luteo emorragico, rottura di cisti ovarica, gravidanza extra-uterina, ascesso tubo-ovarico.

Il caso descritto di seguito si riferisce ad una causa molto rara di dolore pelvico in una donna giovane, la torsione isolata di tuba con ematosalpinge.

Parole chiavi: torsione isolata di tuba, laparoscopia, dolore pelvico acuto

Summary

Acute pelvic pain in women is a common cause in emergency room, and often requires a gynecologic examination to do diagnosis.

In young women, especially who have not sexual activity, appendicitis is the most common cause of acute pelvic pain.

Gynecological examination and sonography, have to exclude possibility of hemorrhagic ovarian cyst, rupture of ovarian cyst, ectopic pregnancy, tuboovarian abscess.

This case report referred to a rare cause of pelvic pain in an adolescent female: isolated tubal torsion with ematosalpinx.

Key words: isolated tubal torsion, laparoscopy, acute pelvic pain

Caso clinico

La paziente D.P. si ricovera presso il nostro istituto con la sintomatologia di dolore addominale riferito da circa 48 ore. L'esame obiettivo evidenziava un addome trattabile con spiccata dolenzia evocata alla palpazione dei quadranti addominali inferiori. All'ingresso in ospedale gli esami di laboratorio erano nella norma e l'ecografia ginecologica transaddominale non evidenziava masse annessiali né raccolte libere nel Douglas.

A distanza di 12 ore la sintomatologia dolorosa risultava ingravescente. Gli esami di laboratorio evidenziavano un aumento dei globuli bianchi, mentre l'ecografia descriveva la comparsa di una falda liquida nel Douglas.

Pertanto veniva eseguita una laparoscopia per il sospetto diagnostico di appendicite.

All'introduzione dell'ottica si evidenziava la presenza di liquido libero in cavità peritoneale. L'appendice vermiforme era perfettamente normale. L'annessio destro risultava normale, mentre a sinistra si evidenziava un ovaio normale per forma e dimensioni ed una tuba torta nella sua porzione distale, rigonfia per la presenza di ematocele e necrotica.

Si procedeva pertanto all'asportazione della tuba torta e necrotica.

La paziente veniva quindi dimessa in buone condizioni generali in II giornata post-operatoria.

Discussione

La torsione della tuba di Falloppio è un evento molto raro, la cui diagnosi spesso può essere confermata solo dopo intervento chirurgico (1). Essa può intervenire anche in assenza di masse annessiali (2).

La laparoscopia gioca un ruolo importantissimo nel determinare la diagnosi e nel successivo trattamento (3).

Questa patologia entra in diagnosi differenziale con le altre cause di dolore pelvico acuto, quali la cisti ovarica emorragica, la rottura di cisti ovarica, la rottura di cisti endometriosa o di cisti dermoide, la gravidanza extra-uterina, la torsione dell'annessio, l'ascesso tubo-ovarico (4).

Si presenta con dolore ai quadranti addominali inferiori, insorto in maniera acuta e rapidamente ingravescente, spesso accompagnato da sintomi gastro-intestinali quali nausea e vomito. La peristalsi intestinale è di solito normale ((5).

Diversi casi sono stati riportati in letteratura. L'assenza di sintomi patognomici, segni clinici specifici, di un quadro ecografico suggestivo o di particolari alterazioni degli esami di laboratorio, fanno sì che la diagnosi preoperatoria sia difficile.

In passato veniva trattata mediante chirurgia laparotomica. L'avvento della laparoscopia in ginecologia ha cambiato l'approccio diagnostico e terapeutico.

L'eziologia della torsione di tuba è sconosciuta. In genere essa è la conseguenza di una cisti o di un tumore ovarico.

Sono stati descritti casi di torsione di tuba durante la gravidanza (7), dopo sterilizzazione tubarica (8), in conseguenza di un tumore primitivo della tuba (9), ematosalpinge (10), durante il travaglio di parto (11) e in una donna prepubere con endometriosi (12).

Sembrerebbe che la torsione possa essere determinata da una serie di eventi meccanici(13). Il processo potrebbe avere inizio dalla stenosi o compressione dei vasi venosi e linfatici, legata ad un tumore ovarico, gravidanza, idrosalpinge, o aderenze conseguenti a PID o interventi chirurgici sulla pelvi. Questa ostruzione sarebbe causa di congestione pelvica, con edema locale e conseguente ingrossamento dell'annessio, la qual cosa determinerebbe la torsione. Altresì l'ostruzione della parte distale della tuba, insieme alla normale secrezione delle ghiandole tubariche, potrebbe essere causa di idrosalpinge, che è fattore di rischio per la torsione.

La diagnosi definitiva di torsione della tuba si ha solo dopo la laparoscopia.

La risoluzione della torsione dell'annessio per via laparoscopica sarebbe la terapia ottimale, poiché le pazienti sono in genere in età fertile. Questa non è possibile quando la tuba è necrotica.

La laparoscopia offre vantaggi enormi rispetto all'approccio laparotomico. Il ricovero è più breve, il dolore post-operatorio è notevolmente meno accentuato, i residui post-chirurgici in termini di aderenze sono in genere insignificanti, la qual cosa è molto importante per le donne che desiderano preservare la fertilità (1,6). Pertanto oggi rappresenta la metodica di riferimento per la diagnosi ed il trattamento di questa affezione.

Bibliografia

1. Dedecker F, Graesslin O, Khider Y, Fortier D, Quereux C, Gabriel R. Isolated torsion of the Fallopian tube in a 15-year old adolescent. About one case. *Gynecol. Obstet. Fertil.* 2003 Dec; 31 (12): 1036-8
2. Maynard SR, Peipert JF, Brody JM. Tubal torsion appearing as acute pelvic inflammatory disease. *J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc.* 1996 May; 3(3): 431-3
3. Wang PH, Yuan CC, Chao HT, Shu LP, Lai CR. Isolated tubal torsion managed laparoscopically. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 200 AUG; 7(3): 423-7
4. Kjawakami S. Gynecologic and obstetric disorders presenting with abdominal pain. *Nippon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi.* 2001 Feb; 61(3): 75-83

5. Habib E, Mekkaoui M, Elhadad A. Value of celioscopy in treatment of isolated torsion of the Fallopian tube. Review of the literature. A propos of 3 cases. *Ann. Chir*: 1998; 52(2):137-45
6. Rizk DE, Lakshminarasimha B, Joshi S. Torsion of the Fallopian tube in an adolescent female: a case report. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 2002 June; 15(3):159-61
7. Kushner DH, Rosenbaum M. Torsion of Fallopian tube complicating pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1952;64:935.
8. Muldoon MJ. Gynaecological illness after sterilization: *Br Med J* 1972;1:84-5
9. Sanyal R, Chakraborty A, Ghosh D. Primary carcinoma of the Fallopian tube with torsion. *J Indian Med Assoc* 1989;87:145-6
10. Furui T, Imai A, Yokoama Y, Tamaya T. Hematosalpinx and torsion of the Fallopian tube in a virgin girl. *Gynecol Obstet Invest* 1993;35:123-5
11. Sorem KA, Bengston JM, Walsh B. Isolated fallopian tube torsion presenting in labor. A case report. *J Reprod Med* 1991;36:763-4
12. Peng T, Parmley TH, Genadry R. Endometriosis and perimenarchal tubal torsion. A case report. *J Reprod Med* 1989;34:934-6
13. Bernardus RE, Van der Slikke JW, Roex AJ, Dijkhuizen GH, Stolk JG. Torsion of the fallopian tube: some considerations on its etiology. *Obstet Gynecol* 1984;64:675-8

Finito di stampare nel mese di aprile 2006