

Responsabilità professionale

Lesioni del feto conseguenti a manovre ostetriche

■ La lesione di un organo fetale con conseguente decesso del feto dopo la nascita a seguito della manovra di Kristeller è un'evenienza estremamente rara, che merita di essere illustrata alla luce di questo caso clinico oggetto di studio da parte della Scuola di Medicina Legale dell'Università di Genova

di Pier Francesco Tropea

È di non raro riscontro nelle relazioni tecniche dei periti (d'ufficio o di parte), chiamati ad esprimere un parere in sede di Giudizio penale o civile concernente l'operato del medico, il riferimento a manovre strumentali che, ad onta della loro utilizzazione nella pratica clinica, sono tuttora discusse in ordine all'efficacia e soprattutto all'assenza di rischi o inconvenienti per il paziente. Un esempio paradigmatico in ambito ostetrico è rappresentato dalla cosiddetta manovra di Kristeller, cui si fa assai frequentemente ricorso in sala da parto, sebbene siano noti i margini di pericolosità di tale tecnicismo, al punto che da parte di alcuni autori viene fatto espresso divieto di praticare tale manovra, onde evitare i rischi ad essa connessi.

Gli inconvenienti segnalati sono di vario tipo, e riguardano sia la madre che, in misura più ridotta, il feto - questi ultimi essendo poco noti rispetto a quelli concernenti la gestante,

le complicanze potendo giungere fino alle lesioni della parete uterina culminanti, in rari casi, nella rottura dell'utero.

Manovra di Kristeller e rischi materni

Nel novero dei rischi materni, va ricordato che la manovra di Kristeller può essere causa di lesioni vaginali o perineali (legate ad una troppo rapida fuoriuscita del feto conseguente ad una eccessiva pressione esercitata dall'operatore) o dal distacco parziale di placenta cui consegue una immissione di materiale tromboplastinico nel torrente circolatorio della gestante con il rischio dell'istaurarsi di una coagulopatia da consumo. Per tale motivo vie-

ne raccomandato di praticare la manovra di Kristeller esclusivamente nel corso di una contrazione uterina, esercitando la pressione sul fondo uterino in modo non violento e limitando l'esecuzione di tale manovra ad un numero limitato di tentativi (non superiore a 10), intervallati da pause di 1-3 minuti.

La Kristeller presenta una sua indicazione nei casi in cui appaia indispensabile accelerare il periodo espulsivo in presenza di una ipocinesi uterina o di una deficitaria "spinta" da parto della gestante in fase espulsi-

ti che consentono l'esecuzione della manovra di Kristeller, rappresentate dalla dilatazione completa, dalla presenza di una parte presentata profondamente impegnata nello scavo, con esclusione di una sproporzione fetopelvica ed in assenza di una sovradistensione del segmento inferiore uterino, il che potrebbe costituire un rischio di rottura d'utero.

Per i motivi suddetti, l'operatore deve adoperare una estrema cautela nel ricorso alla manovra in oggetto, rispettando le indicazioni più sopra elencate e tenendo nel debito conto le possibili complicanze connesse con l'esecuzione di tale manovra tecnica.

Kristeller e rischio fetale

Più rari, ed in definitiva meno definiti, risultano i rischi fetali legati alla Kristeller, ove si escludano le conseguenze spesso letali a carico del feto di un distacco di placenta normalmente inserita, provocato da una pressione troppo energica esercitata incongruamente sull'utero da parte dell'Ostetrico. Che la manovra di Kristeller possa

provocare una lesione di un organo fetale con conseguente decesso del feto dopo la nascita costituisce evenienza estremamente rara che merita di essere illustrata alla luce di un caso clinico oggetto di studio da parte della Scuola di Medicina Legale dell'Università di Genova (Ventura e Coll.).

Il caso

Dopo alcune ore dal parto, avvenuto in modo spontaneo, il neonato, apparentemente in buone condizioni, in fase immediatamente postnatale presenta uno shock circolatorio che in poche ore conduce all'exitus, nonostante il trattamento rianimatorio prontamente instaurato. In assenza di cause evidenti

che possano spiegare il decesso del neonato, e a seguito di una denuncia giudiziaria, viene praticata un'autopsia che evidenzia un cospicuo emoperitoneo da rottura della glissoniana epatica con formazione di un ematoma sottoglissoniano, non essendo stata reperita nessuna lesione vascolare del feto fetale.

Nel caso in oggetto è stato necessario procedere ad una approfondita analisi medico-legale concernente le possibili cause della produzione di un ematoma sottoglissoniano nel neonato e ciò al fine di definire eventuali profili di responsabilità del personale sanitario incaricato rispettivamente dell'assistenza al parto e della cura del neonato.

Innanzitutto è stata esclusa la presenza di un angioma in sede epatica, la cui rottura può determinare l'ematoma sottoglissoniano. Inoltre è stata presa in considerazione, in sede di accertamento peritale autoptico, la possibilità di un distress acuto fetale, quale causa patogenetica del quadro emorragico descritto. Tale ipotesi non è stata considerata sostenibile nel nostro caso, in ragione dell'assenza di lesioni emorragiche a carico di altri organi che caratterizzano l'evidenza del distress acuto del neonato.

In letteratura è descritta la possibilità del verificarsi di un'emorragia epatica sottocapsulare riscontrabile in epoca perinatale nel neonato prematuro o nel caso, invero abbastanza raro, di patologie gravidiche o di complicanze ostetriche in corso di travaglio di parto. È altresì segnalata l'evenienza dell'emorragia epatica sottoglissoniana riferibile a manovre assistenziali traumatiche, come l'intubazione endotracheale, praticate subito dopo la nascita.

In assenza delle cause patogenetiche sopra riportate, che l'autopsia nel nostro caso ha de-

cisamente escluso, l'origine della lacerazione epatica neonatale con cospicuo emoperitoneo cui ha fatto seguito il decesso del feto per shock emorragico, è stata individuata dai periti nella manovra di Kristeller, ripetutamente praticata in ragione della difficoltà espulsione del feto.

Sotto il profilo giudiziario, stante il coinvolgimento dei medici chiamati a rispondere della propria condotta, è interessante notare che la morte del neonato è stata considerata come conseguente ad un evento imprevedibile e comunque non in relazione casuale con l'operato dei sanitari curanti.

A tal proposito, è stato affermato in sede scientifica che la patologia occorsa nel caso in esame presentava margini di gravità tali da doverla considerare non reversibile e ciò sia per la gravità del quadro clinico, sia per l'estrema rarità della sindrome stessa che rende estremamente difficile una diagnosi precoce di tale patologia, in una fase cioè in cui possa esistere ancora la concreta possibilità di un intervento chirurgico ad esito favorevole. Per tal motivo non sono stati evidenziati profili di responsabilità colposa a carico dei vari medici succedutisi nell'assistenza della puerpera e del neonato in oggetto.

Il caso qui riportato ha meritato una segnalazione non soltanto per la sua eccezionalità, quanto per il meccanismo patogenetico precisamente documentato attraverso un accurato esame anatomo-patologico, che ha chiarito le modalità dell'istaurarsi della grave lesione riscontrata nel neonato, causa esclusiva dell'exitus di quest'ultimo.

Inoltre la descrizione di questo caso, sottoposto all'attenzione dell'Autorità giudiziaria, offre lo spunto per raccomandare ai Ginecologi di ricorrere alla manovra di Kristeller solo in presen-

za di una reale indicazione, adoperando estrema cautela da parte dell'operatore sanitario, onde evitare l'insorgenza di complicanze materno-fetali, con le connesse sequele giudiziarie dall'esito imprevedibile. ■

La descrizione di questo caso offre lo spunto per raccomandare ai ginecologi di ricorrere alla manovra di Kristeller solo in presenza di una reale indicazione

