

di ANTONIO RAGUSA e ALESSANDRO SVELATO
Dipartimento Materno Infantile Toscana Nord Ovest
Ospedale delle Apuane, Massa e Carrara

“It may be necessary to revisit the definition of labor dystocia because recent data show that contemporary labor progresses at a rate substantially slower than what was historically taught ...”. Come, si evince da questa dichiarazione, emanata congiuntamente dalle due principali società scientifiche americane, le evidenze emerse negli ultimi anni ci dimostrano che dobbiamo cambiare il nostro concetto di distocia. Dobbiamo cambiarlo solo perché il tempo medio del travaglio è più lento, come sembrano suggerire questi autori americani, o ci sono altre ragioni?

Scopo di questo focus è dimostrare che siamo alle prese con un cambiamento ben più radicale del concetto di distocia in travaglio, cambiamento che solo in parte ha a che fare con il tempo.

LA DISTOCIA IN TRAVAGLIO DI PARTO

UN ERRORE DELLA MEDICINA E UN CONCETTO DA RIVISITARE

NEL 2013, RICERCATORI STATUNITENSi hanno pubblicato un rapporto su 38.484 primigravide, cesarizzate in un periodo di sei anni. Più di quattro su dieci delle nullipare cesarizzate per mancata progressione in travaglio, non avevano raggiunto la dilatazione di cinque centimetri prima di essere operate. Sei centimetri sono ora considerati l'inizio del travaglio attivo, questo significa che molte di queste pazienti erano ancora in fase latente (non erano in travaglio attivo) quando si è stabilito che esse non si dilatavano abbastanza velocemente.

Un problema correlato al precedente è quello delle pazienti che vengono cesarizzate per fallimento dell'induzione. Uno studio del 2010 ha incluso 233.844 pazienti che hanno partorito tra il 2002 e il 2008, i ricercatori hanno scoperto che la metà delle pazienti indotte, sottoposte a cesareo per distocia/fallimento dell'induzione, non avevano ancora raggiunto i sei centimetri di dilatazione, indicando che non erano ancora in fase attiva del travaglio, quando le loro induzioni sono state etichettate come “fallite”.

Dovremmo dare alle pazienti più tempo prima che un'induzione sia etichettata come “fallita”? Recenti lavori suggeriscono di concedere un periodo più lungo durante un'induzione prima di diagnosticare l'induzione come “fallita”.

Nel 2011, Rouse et al hanno esaminato un gruppo di donne che hanno partecipato a un test clinico per testare l'ossimetria fetale. In seguito, hanno eseguito un'analisi secondaria del campione, gli autori hanno analizzato solo le primipare, indotte con l'ossitocina sintetica e con cervice non matura al momento dell'induzione (n = 1.347). Quasi tutte le donne (98%) erano state sottoposte a epidurale. Le 1.219 donne che hanno iniziato l'induzione con le membrane intatte, hanno ricevuto ossitocina sintetica per una media di tre ore, prima di essere sottoposte ad amnioressi, la lunghezza media totale dell'induzione è stata di circa 16,5 ore (entro un'ampia gamma temporale, che andava da quattro a 123 ore). Dopo che alle donne era stata somministrata l'ossitocina sintetica e l'amnioressi, ci sono volute circa sei ore perché il 70% di loro raggiungesse il travaglio attivo (definito come cinque centimetri di dilatazione e qualsiasi grado di appianamento o quattro cm di dilatazione accompagnato dal 90% di appianamento della cervice). Sebbene il rischio di adire a un cesareo aumentasse, più una donna indotta restava in fase latente, quasi il 40% delle donne la cui fase latente durava più di dodici ore, esitavano in un parto vaginale. Le pazienti con travagli più lunghi avevano più probabilità di avere corionamniosite o endometrite (31% nei travagli caratterizzati da fasi latenti che duravano più di dodici ore rispetto al 16% nelle pazienti in cui la durata era inferiore al-

Evitare i cesarei superflui è importante

È molto importante essere appropriati, ergo eseguire solo i cesarei necessari. Qual è il motivo più frequente per il quale si esegue un taglio cesareo in travaglio di parto? La distocia.



Noi sappiamo che il taglio cesareo è un intervento salvavita, esso può ridurre la mortalità e la morbidità materna e perinatale, ma solo se eseguito sulla base di una precisa indicazione medica, sebbene manchino studi di appropriatezza specifici, sembra ragionevole inferire che una percentuale globale di cesarei intorno al 15% possa essere accettabile in una sala parto ben funzionante. Naturalmente questi valori sono solo indicativi, tali e tante sono le variabili in gioco nel determinare la via del parto. Sappiamo che il taglio cesareo aumenta significativamente la morbidità e la mortalità materne e perinatali nel breve e soprattutto nel

lungo periodo, probabilmente la ragione dell'aumentata morbidità perinatale, giace in un diverso assetto immunologico dei neonati da parto cesareo, rispetto a quelli nati per via vaginale. Il travaglio per sé e il passaggio dalla via vaginale successivamente rappresentano due momenti chiave nella "regolazione" del sistema immunitario del neonato. Dobbiamo essere coscienti del fatto che la transizione tra la vita fetale e quella neonatale è uno dei processi più complessi in campo biologico. Molto è ignoto di questa transizione a livello molecolare, biochimico e strutturale, tuttavia è certo che al momento della nascita si attivano migliaia di geni

differenti. In questo momento si consolidano e si tarano le reti neurali e ormonali, che successivamente gestiranno, durante la vita extrauterina, il rapporto sostanza/recettore e le interazioni di rete dell'intero organismo. **È molto importante essere appropriati**, ergo eseguire solo i cesarei necessari, qual è il motivo più frequente per il quale si esegue un taglio cesareo in travaglio di Parto? La distocia. I dati americani (Figura 1) confermano questo assunto. Considerando che molti tagli cesarei ripetuti sono eseguiti dopo un taglio cesareo primario, avvenuto per distocia, possiamo stimare che **circa il 60% di tutti i tagli cesarei eseguiti negli Stati Uniti sono attribuibili a una diagnosi di distocia**.

le sei ore). Gli autori non hanno riportato il numero di visite vaginali nell'articolo. Questo è importante, perché un maggior numero di esami vaginali è significativamente associato a infezioni nelle pazienti con rottura prematura delle membrane (PROM). Non è chiaro se il maggior tasso di infezione registrato in questo studio sia dovuto al tempo più lungo, o sia causato da ulteriori esami digitali vaginali. Quando la ricerca di Rouse è stata pubblicata nel 2011, un ospedale in Texas ha deciso di implementare il protocollo degli autori dello studio nello stesso anno. Tre anni dopo, nel 2014, Rhinehart et al hanno pubblicato uno studio che descrive il successo del protocollo, utilizzando dati dai registri medici dei pazienti, i ricercatori hanno scoperto tassi di cesareo molto più elevati tra le donne che avevano ricevuto un'assistenza fuori dal protocollo. I ricercatori hanno incluso 599 pazienti nello studio; 369 sono state sottoposte a un protocollo aderente ai criteri di Rouse e 230 erano assistite secondo i desideri del curante. I risultati hanno mostrato che coloro che effettuavano una terapia aderente al protocollo di Rouse avevano un tasso molto basso di induzioni fallite, solo 1,4%. Nel frattempo, le pazienti sottoposte a cure che non erano in linea con il protocollo, subivano un tasso di fallimento dell'induzione del 7,8%. Inoltre, il tasso di cesarei era solo del 22% nel gruppo aderente al protocollo, contro il 33% nel gruppo non aderente. Se si osservavano solo le primipare, il tasso di cesareo era del 34% nel gruppo aderente al protocollo e del 66% nel gruppo non aderente. Altri studi hanno scoperto che non ci sono effetti dannosi per il neonato, se il travaglio indotto dura più a lungo: in tre studi in cui i ricercatori hanno esaminato la relazione che intercorre tra i lunghi travagli indotti e gli esiti neonatali, essi non hanno osservato alcuna relazione con un travaglio più lungo, dopo un'induzione (fino a dodici o diciotto ore) e la salute neonatale.

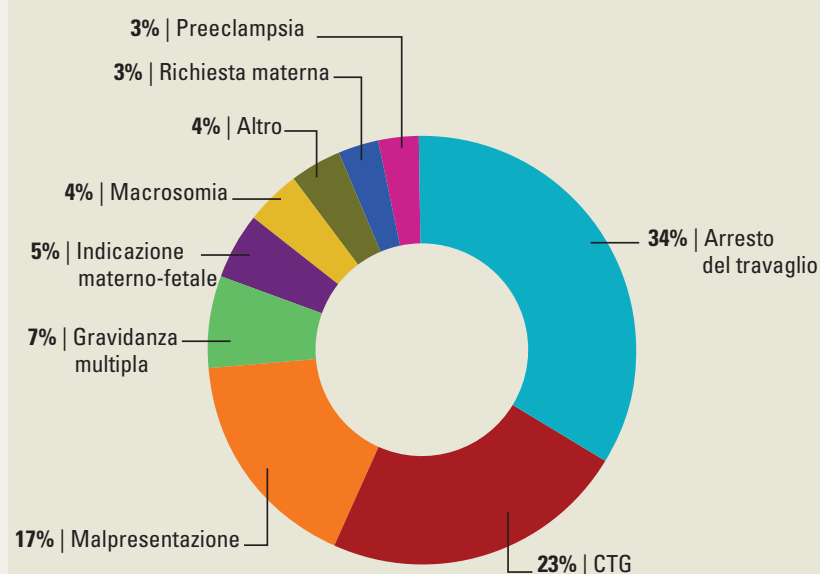
Attualmente non esiste una definizione univoca, universalmente accettata in letteratura medica, per definire il fallimento dell'induzione. Il problema principale è la tempistica: in quanto tempo e in quali circostanze bisogna stabilire che un'induzione è fallita? Importante è non confondere la maturazione cervicale fisica o farmacologica e l'induzione del travaglio. L'intervallo di tempo necessario a ottenere delle modificazioni cervicali, che permettano di iniziare l'infusione con ossitocina, non andrebbe incluso nei tempi dell'induzione vera e propria.

Le linee guida italiane adottano una definizione condivisibile, per poter sottoporre una paziente indotta a taglio cesareo per fallimento dell'induzione: "Si ritiene ragionevole definire l'induzione fallita qualora non si riesca a raggiungere una fase attiva del travaglio, intesa come attività contrattile efficace e regolare (2-4/ contrazioni ogni 10 min) con collo raccorciato di almeno l'80% e con progressiva dilatazione oltre i 4-5 cm, dopo almeno 12 ore di infusione ossitocica e membrane rotte spontaneamente o con amniorexi. Qualora la paziente rifiuti un ulteriore ciclo di maturazione cervicale o la prosecuzione dell'induzione con ossitocina, l'eventuale ricorso al taglio cesareo non è eseguito per "fallita induzione" ma per rifiuto di proseguire o completare la procedura".



Fughiamo alcune cause di errore: il primo è che la distocia non è una malattia, bensì una sindrome, che contiene al suo interno numerose cause/malattie, essa è stata definita una scatola vuota (Figura 2) o una **carriola da muratore da riempire di contenuti**. Tra l'altro alcune cause, per es. le "cause materne" come lo stress, la fame ecc. possono influenzare il rilascio di ossitocina endogena e la risposta all'ossitocina esogena.

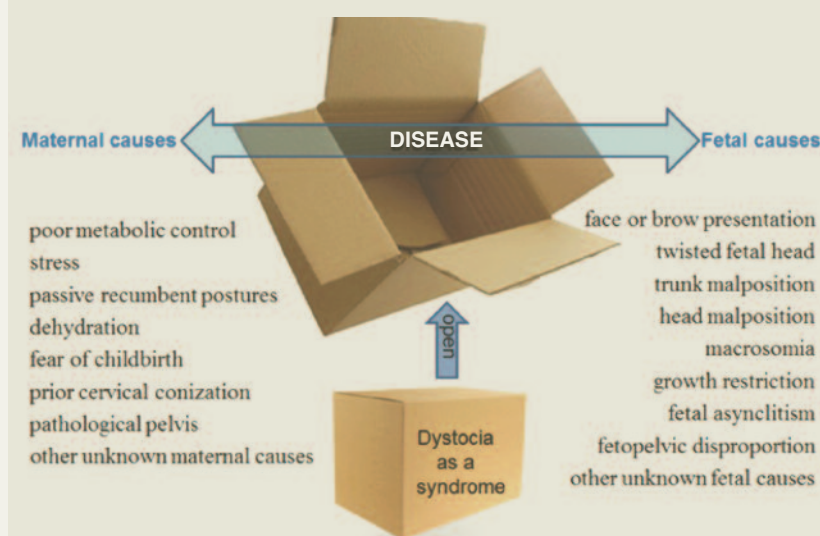
FIGURA 1. INDICAZIONI AL TAGLIO CESAREO PRIMARIO NEGLI USA



Modificata da Caughey AB, Cahill AG, Guise JM, Rouse DJ; Safe prevention of the primary cesarean delivery. American College of Obstetricians and Gynecologists (College); Society for Maternal-Fetal Medicine. Am J Obstet Gynecol. 2014;210:179-93

FIGURA 2. LA DISTOCIA IN TRAVAGLIO INTESA COME SINDROME

In questa immagine la distocia è rappresentata come una scatola chiusa (sindrome della distocia) che, una volta aperta, consente di identificare la/le malattia/e all'origine della sindrome o l'eziologia presuntiva. In definitiva questa visione consente di effettuare la diagnosi causale della distocia, conseguentemente essa permette agli operatori, ove possibile, di agire in maniera eziologica.



(Modificata da: Antonio Ragusa. How to reduce synthetic oxytocin administration and stimulate the production of endogenous oxytocin in childbirth; Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine 2015;4(2))

LA DISTOCIA IN TRAVAGLIO DI PARTO

La curva di Friedman è ancora valida?

Anche se è stata pubblicata più di 60 anni fa, la curva di Friedman serve ancora come base per definire il travaglio normale in molti luoghi del parto. Ma è ancora uno strumento valido per diagnosticare la distocia?

LA NECESSITÀ DI UTILIZZARE metafore quando parliamo di distocia rende conto della difficoltà di definizione e spiega l'equivoco che ha interessato la medicina della sala parti per oltre un cinquantennio. **Friedman nel 1954** analizzava 500 pazienti e descriveva graficamente la progressione del travaglio mediante una curva cervimetrica ad S allungata. I dati iniziali erano stati raccolti da un unico osservatore. Successivamente, sono stati riportati dati provenienti da più professionisti in un'unica istituzione. In entrambi i casi, le curve sono state disegnate a mano, le descrizioni sono state empiriche e l'analisi statistica è stata di tipo elementare.

Lo studio di Friedman coinvolgeva 500 primipare, che avevano partorito nel 1954. La loro età variava dai 13 ai 42 anni, il 70% delle donne aveva un'età compresa tra i 20 e i 30 anni. **Più della metà delle donne partoriva con l'ausilio del forcipe** (55%) solo nove pazienti (1,8%) esitavano in un cesareo. Erano compresi in questa popolazione 14 parti podalici (2,8%), quattro neonati gemelli (0,9%) e quattro morti perinatali. Il peso dei neonati era estremamente variabile. L'ossitocina era stata usata per indurre o accelerare il parto in 69 pazienti (13,8%). La sedazione profonda delle donne in travaglio era prassi comune negli anni '50 in Usa, per cui 117 pazienti (23%) erano leggermente sedate 210 (42%) erano moderatamente sedate e 154 (31%) erano profondamente sedate con demerol e/o scopolamina, il che significa che 481 (96%) delle donne erano sedate con farmaci.

Friedman aveva scoperto che, nelle primipare, la durata media del tempo per giungere da zero a quattro cm era di 8,6 ore (± 6 ore). Una volta che le donne giungevano a quattro centimetri, esse erano considerate in "travaglio attivo", a quel punto, si dilatavano con una media di tre centimetri all'ora (± 2 cm) fino a raggiungere i 9 cm. Vi era un leggero rallentamento della dilatazione tra i nove e i dieci centimetri. La durata media del tempo per passare da quattro a dieci centimetri era di 4,9 ore (± 4 ore). La durata media del periodo espulsivo (secondo stadio) era di un'ora (± 0,8 ore). Anche se è stata pubblicata più di 60 anni fa, la curva di Friedman serve ancora come base per definire il travaglio normale in molti luoghi del parto. In altre parole, la maggior parte dei clinici ha usato o usa questo grafico per gestire il travaglio.

Nel 2012 l'Istituto Nazionale per la Salute e lo Sviluppo Umano (Nichtl), la Società di Medicina Materno Fetale (Smfm) e l'American College Obstetric Gynecology (Acog) hanno organizzato un workshop per "prevenire il primo cesareo". Nelle conclusioni si affermava che troppe donne sono state erroneamente etichettate come affette da travaglio distocico. Nel 2014, Smfm e Acog hanno rilasciato una dichiarazione di consenso chiamata "Prevenzione del primo cesareo". In questa dichiarazione le due società hanno provato a ridefinire il travaglio normale e quello anormale e hanno dichiarato che la Curva di Friedman non dovrebbe più essere utilizzata come base per la moderna gestione del travaglio. Una recente dichiarazione Acog ha ribadito l'importanza di utilizzare le definizioni aggiornate per limitare l'intervento durante il travaglio e la nascita.

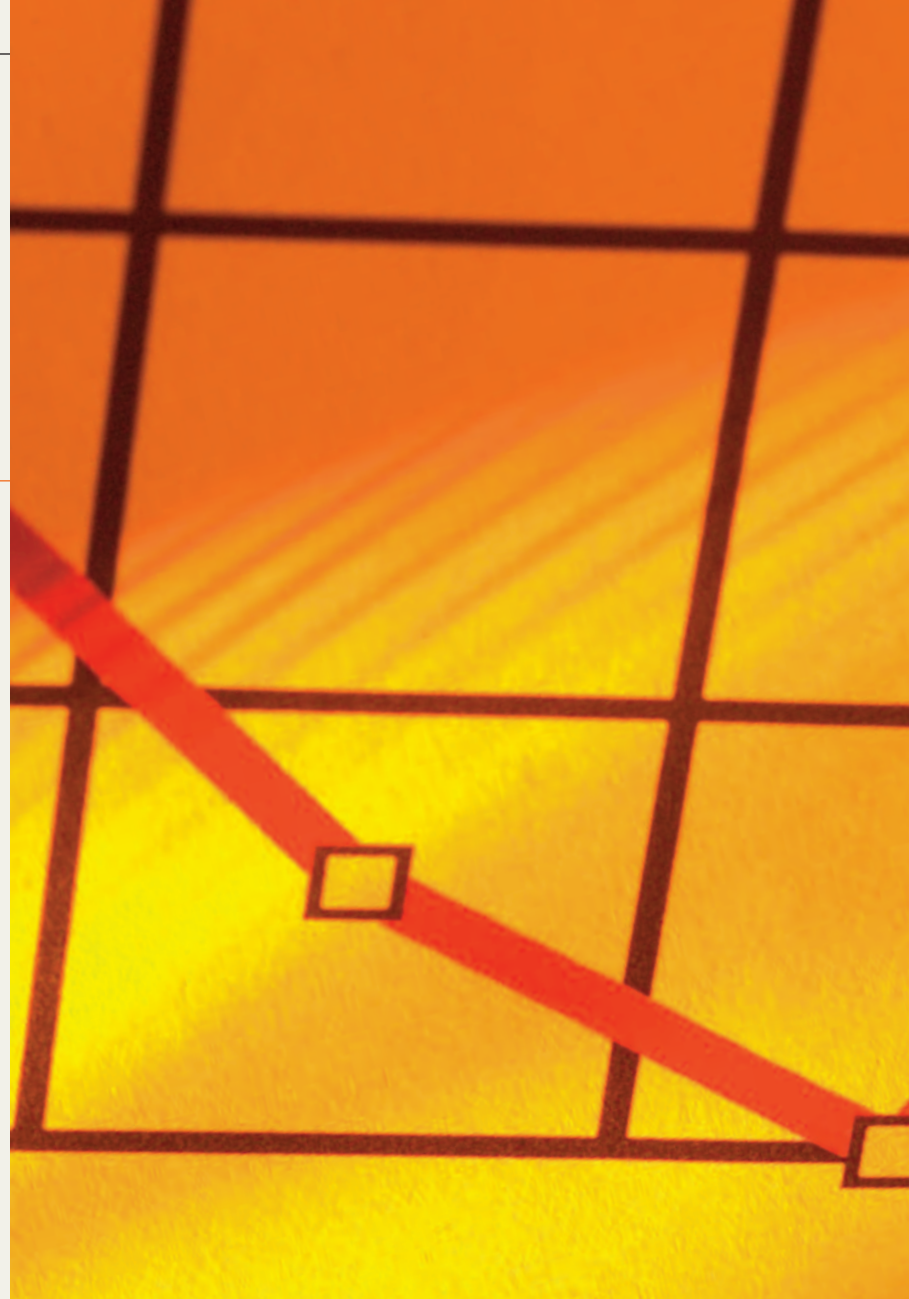
Ragusa, et al hanno effettuato uno studio prospettico arruolando 419

donne italiane. La metà delle donne era stata sottoposta a cure standard, basate sulla curva di Friedman; all'altra metà era applicato un nuovo modello di cura, più in linea con le nuove linee guida di Acog/Smfm del 2014. Le pazienti erano tutte primipare, con gravidanza singola, con feto in posizione cefalica, sia da travaglio spontaneo che indotto. **Nel vecchio modello di cura,** non solo era in uso la curva di Friedman per diagnosticare la distocia, ma il cibo era vietato e le donne in travaglio erano solitamente confinate a letto. **Nel nuovo modello di cura,** la curva di Friedman era stata utilizzata come strumento di screening e non serviva per diagnosticare la distocia, se le donne si dilatavano ad una velocità inferiore a quella prevista dalla curva di Friedman gli operatori dovevano effettuare una diagnosi presuntiva, i medici e le ostetriche erano stati istruiti ad avere più pazienza con il travaglio e ad effettuare ulteriori valutazioni, prima di decidere se procedere ad un intervento medico o chirurgico. Inoltre, le donne in travaglio con il nuovo modello di cura furono incoraggiate a camminare durante il travaglio e a spingere nella postura che esse trovavano maggiormente confortevole. Le pazienti erano inoltre libere di accedere a cibi e bevande.

Le donne che hanno ricevuto il vecchio modello di cura (rigorosa aderenza alla curva di Friedman) hanno avuto un tasso di cesareo maggiore del doppio rispetto alle donne trattate con il nuovo modello di cura (22,2% vs 10,3%). Le pazienti ascritte al nuovo modello di cura, hanno subito meno interventi complessivi. Meno pazienti hanno necessitato di ossitocina sintetica e amnioressi. La percentuale di neonati con basso punteggio Apgar o basso pH del cordone ombelicale, era maggiore nel vecchio modello di cura (2,3% vs 0,5%). La durata media del travaglio era la stessa in entrambi i gruppi, con l'eccezione delle pazienti, afferenti al nuovo modello di cura, che necessitavano di accelerazione con ossitocina sintetica, in cui il travaglio durava di più.

Nel 2010 è stata pubblicata una revisione di 18 studi, eseguiti tra il 1990 e il 2008, relativi alla durata media del travaglio, per un totale di 7.009 primipare in travaglio spontaneo. In questi studi, il "travaglio attivo" è stato definito come presenza di attività contrattile e dilatazione di almeno tre/cinque cm. Molti degli studi considerati nella rassegna includevano pazienti accelerate con ossitocina sintetica, amnioressi e sottoposte a epidurale. I ricercatori hanno scoperto che la durata media del travaglio attivo era di sei ore, e la dilatazione progrediva ad una media di 1,2 cm all'ora durante la fase attiva. Questi risultati sono molto diversi da quello che Friedman ha trovato più di mezzo secolo fa. Nel 1955, Friedman descrive 1,2 cm all'ora come il "tasso più basso accettabile" della dilatazione cervicale. Ma tra i soggetti coinvolti in questo moderno studio, 1,2 cm all'ora era in realtà il tasso medio di dilatazione. La metà delle donne si dilata più lentamente di 1,2 cm all'ora e la metà si è dilatata più velocemente. **In altre parole, quello che è stato considerato "travaglio lento" dal dottor Friedman nel passato è il normale tasso di dilazione oggi.**

Questo presenta un problema. Se continuiamo ad applicare la Curva di



Nel tempo sono state costruite numerose curve di “normalità”:

per le donne sottoposte a partoanalgesia

per le donne con feti di sesso maschile o femminile

per le primipare giapponesi

per le donne obese

per etnie diverse

Friedman alla nascita oggi, sosteniamo che metà delle donne hanno un travaglio anormalmente lento. Ma se una percentuale così elevata delle donne era “anormale” negli anni ‘50, questo potrebbe semplicemente dire che abbiamo usato le definizioni sbagliate di “normale” e “anormale”. Usando la curva di Friedman creiamo, nei medici e nelle donne, l’aspettativa di dilatarsi molto più velocemente della media di oggi, applicare questi standard significa che diagnosticheremo a molte persone una distocia o mancata progressione, quando ciò che stanno vivendo è in realtà normale. In quei casi, la mancata progressione potrebbe essere meglio chiamata “mancata attesa”.

Nel tempo sono state costruite numerose curve di “normalità”: per le donne sottoposte a partoanalgesia; per le donne con feti di sesso maschile o femminile; per le primipare giapponesi; per le donne obese; per etnie diverse. Si è compreso che esistono anche fattori genetici alla base della durata del travaglio: esiste una associazione tra il genotipo $\beta 2AR$ e un travaglio più lento, in particolare, l’etnia asiatica è un proxy per il genotipo $\beta 2AR$.

Nel primo studio genetico sulle donne che subivano un cesareo per arresto della progressione (diagnosticata come assenza di modificazioni cervicali, dopo due ore di contrazioni e dopo aver eseguito la diagnosi di travaglio attivo), i ricercatori hanno confrontato il Dna del viscere uterino delle pazienti che hanno subito il loro primo cesareo per arresto del travaglio, con quello delle pazienti che erano cesarizzate, a causa di alterazioni della frequenza cardiaca fetale o per malposizione fetale. Nessuno, in entrambi i gruppi, era stato indotto. I ricercatori hanno scoperto che le pazienti cesarizzate per arresto del travaglio, mostravano differenze importanti, relative ai geni correlati alla contrazione muscolare e all’infiammazione. I dati suggeriscono che alcune pazienti affette da arresto del travaglio, potrebbero avere differenze genetiche, che influenzano le cellule muscolari dell’utero.

In definitiva quale curva di normalità scegliere? Ne esiste una? In un importante studio pubblicato nel 2010 da Zhang e coll., i ricercatori hanno esaminato i travagli di più di 62.000 donne provenienti da 19 diversi ospedali statunitensi, sono state incluse le pazienti non indotte, con gravidanza singola in presentazione cefalica che avevano partorito per via vaginale, neonati in buone condizioni di salute. La maggior parte delle pazienti aveva subito regolarmente interventi durante il travaglio. A circa la metà delle pazienti era stata somministrata ossitocina sintetica, per accelerare il travaglio e all’80% era stata somministrata l’epidurale. I ricercatori hanno scoperto che, mediamente, le donne non si dilatano rapidamente a partire da tre cm come descritto da Friedman nel 1955. Al contrario, il travaglio attivo è stato raggiunto a circa sei cm di dilatazione. Questo era vero sia per le primipare che per le pluripare. Il tempo medio necessario per dilatarsi durante il travaglio attivo è stato di circa mezz’ora per ogni centimetro (più veloce per le pluripare).

È interessante notare che i ricercatori hanno scoperto che, prima del rag-

Definizioni adottate dal workshop congiunto Nichd/Smfm/Acog per la prevenzione del primo cesareo

PROGRESSIONE LENTA O ANOMALA DEL TRAVAGLIO questa locuzione non deve essere usata.

FALLIMENTO DELLA PROGRESSIONE DEL TRAVAGLIO questa locuzione non è utilizzata nelle nuove linee guida Usa, dove si dice invece che la presenza di una fase latente prolungata, non deve essere un indicazione al taglio cesareo e una progressione lenta, ma costante, nella fase attiva del travaglio non deve essere utilizzata come indicazione del taglio cesareo.

TRAVAGLIO ATTIVO il raggiungimento della dilatazione di 6 cm deve essere il criterio utilizzato per definire l’inizio della fase attiva del travaglio e l’inizio della compilazione del partogramma, qualora lo si utilizzi. Qualsiasi standard di avanzamento della fase attiva del travaglio, non deve essere utilizzato prima che sia raggiunta questa dilatazione. Sia nel travaglio spontaneo, che in quello indotto, la diagnosi di distocia non deve essere eseguita prima che la paziente abbia raggiunto i sei cm di dilatazione.

ARRESTO DELLA DILATAZIONE NEL PERIODO DILATANTE può essere diagnosticata solo se la paziente ha raggiunto i sei cm di dilatazione (se la paziente non ha ancora raggiunto i sei cm di dilatazione si deve attendere) in aggiunta ad una delle seguenti condizioni:

- nessun cambiamento della dilatazione, per quattro ore consecutive, in presenza di attività contrattile regolare;
- nessuna modificazione della dilatazione, dopo almeno sei ore di perfusione ossitocica.

ARRESTO DEL SECONDO STADIO DEL TRAVAGLIO non esiste un tempo specifico di durata del secondo stadio del travaglio o delle spinte materne oltre il quale possa essere diagnosticato un arresto del secondo stadio del travaglio. Tuttavia, per ragioni pratiche è stato convenuto che la diagnosi di arresto del secondo stadio, può essere posta se non vi è progressione o rotazione della parte presentata, in una primipara dopo più di quattro ore di spinta, se ella è sottoposta a epidurale o tre ore se non è sottoposta a epidurale. Nelle pluripare questi tempi sono rispettivamente di tre e due ore.

FALLIMENTO DELL’INDUZIONE non si raggiungere una fase attiva del travaglio, intesa come attività contrattile efficace e regolare (2-4/ contrazioni ogni 10 min) con collo raccorciato di almeno l’80% e con progressiva dilatazione oltre i 4-5 cm, dopo almeno 12 ore di infusione ossitocica e membrane rotte spontaneamente o con amniorexi.

I medici e le ostetriche che assistono i travagli in sala parto possono beneficiare di una conoscenza di matrice statistico/epidemiologica, essi devono conoscere che:

Possono allungare la durata del travaglio

L’uso dell’epidurale

La sedazione profonda

Essere in sovrappeso o obese

L’età materna avanzata

L’induzione del parto

La primiparietà

La posizione fetale posteriore

L’asinclitismo fetale

Essere costrette immobili in un letto

La disidratazione

Aver subito una violenza sessuale

La gemellarità

La rottura prematura delle membrane

La macrosomia fetale

I problemi di salute materna, come il diabete gestazionale, l’ipertensione o la preeclampsia, o fetale come l’oligoamnios o il Polidramnios e il trattamento dell’infertilità

Travagliare dopo una versione cefalica di successo, per un feto in pregressa presentazione di podice
Aver subito la diagnosi di distocia nella pregressa gravidanza

Possono ridurre la durata del travaglio:

Non sottoporsi a epidurale durante il travaglio

L’accelerazione con ossitocina sintetica

La pluriparietà

Le posture verticali durante il travaglio.



Tuttavia nessuno di questi fattori, siano essi acceleranti o ritardanti il travaglio ha valore assoluto; l’analisi deve essere sempre attuale, anamnestica e individuale, ogni paziente, relativamente al tasso di dilatazione cervicale è il controllo di se stessa.

► giungimento dei sei centimetri di dilatazione, molte pazienti hanno atteso lunghi periodi di tempo, senza che si manifestasse alcuna dilatazione, pur restando nell'intervallo normale del campione. Ad esempio, le pazienti in travaglio hanno impiegato una media di 1,8 ore per passare dai tre ai quattro cm, ma un minor percentile del campione (ancora nell'intervallo di normalità) ha impiegato fino a otto ore. In media, le donne hanno impiegato 1,3 ore per passare dai quattro ai cinque cm, ma 5% di loro ha impiegato sette ore. Tutte queste donne hanno avuto parti vaginali con neonati sani. Relativamente alla seconda fase del travaglio, le primipare hanno spinto per una media di 1,1 ore con epidurale e 0,6 ore senza epidurale. Agli estremi della curva di normalità il 5% delle pazienti che hanno spinto più a lungo, hanno spinto per 3,6 ore con epidurale e 2,8 ore senza epidurale. Le pluripare avevano periodi di spinta molto più brevi: in media, passavano meno di 30 minuti spingendo con l'epidurale e circa 15 minuti senza epidurale.

Nel 2016 Gimovsky et al hanno condotto il primo studio randomizzato sulla lunghezza del periodo espulsivo. Gli autori hanno randomizzato 78 primipare, con CTG (cardiotocografia) normale, sottoposte ad epidurale, tra il 2014 e il 2015 in un unico ospedale in Pennsylvania. Le pazienti sono state divise in un gruppo di "cura estesa" (41 donne) e un gruppo di "cure consuete" (37 donne). Le pazienti del gruppo esteso hanno avuto la possibilità di continuare a spingere per un'ora aggiuntiva, in linea con le nuove linee guida Acog/Smfm. In entrambi i gruppi, quando il tempo concesso era al termine, le pazienti erano sottoposte a ventosa, forcipe o cesareo. L'ossitocina sintetica era stata somministrata alla maggior parte delle pazienti (81-83%). I ricercatori hanno scoperto che le donne nel gruppo a "tempo esteso" subivano un tasso molto più basso di cesarei rispetto alle pazienti arruolate nel gruppo di "cure consuete" il 19,5% contro il 43,2%. I ricercatori hanno stimato che per ogni quattro donne che ricevono la possibilità di spingere per un'ulteriore ora, una donna eviterebbe il cesareo.

Le percentuali di parto vaginale spontaneo (senza l'aiuto della ventosa o del forcipe) erano molto più alte nel gruppo di "cura estesa" (51,2% contro 18,9%). Lo studio non aveva sufficiente potenza per evidenziare eventuali differenze in termini di emorragia post-partum, infezioni materne, lacerazioni gravi e ammissioni dei neonati nelle unità di cure intensive (NICU).

Oggi sappiamo che, a qualsiasi dilatazione una paziente entri in travaglio, non è possibile prevedere, su base individuale, quando ella partorirà. In definitiva, si può sostenere che la progressione della dilatazione cervicale nel travaglio di parto umano è imprevedibile. Tuttavia non possiamo prescindere dall'uso degli indicatori centrali di tendenza: media, mediana e moda, certamente essi non ci aiutano a gestire le pazienti su base individuale, ma danno agli operatori un'idea importante, relativa al fenomeno biologico chiamato dilatazione in travaglio, infatti la dilatazione è solo uno dei determinanti della diagnosi di travaglio, nell'effettuare una diagnosi si dovrebbe tener conto anche dell'appiannamento della cervice, dell'intensificarsi del dolore percepito e della riduzione dell'intervallo di tempo tra le contrazioni.

In definitiva quali sono le definizioni basate sull'evidenza del travaglio normale e anormale? A causa delle evidenze emerse negli ultimi dieci anni, le nuove definizioni di lunghezza normale e anormale del travaglio sono molto diverse rispetto alle vecchie definizioni. Nel 2012 sono state rilasciate nuove definizioni per il travaglio normale, queste definizioni sono state adottate dal **workshop congiunto Nidh/Smfm/Acog** per la prevenzione del primo cesareo e riaffermate nelle linee guida **"Preventing the Primary Cesarean"** guidelines. Si tratta di linee guida, che cercano di tener conto della variabilità individuale, consentendo al contempo di applicare regole generali di monitoraggio e azione (**Vedi box a pag. 19**).

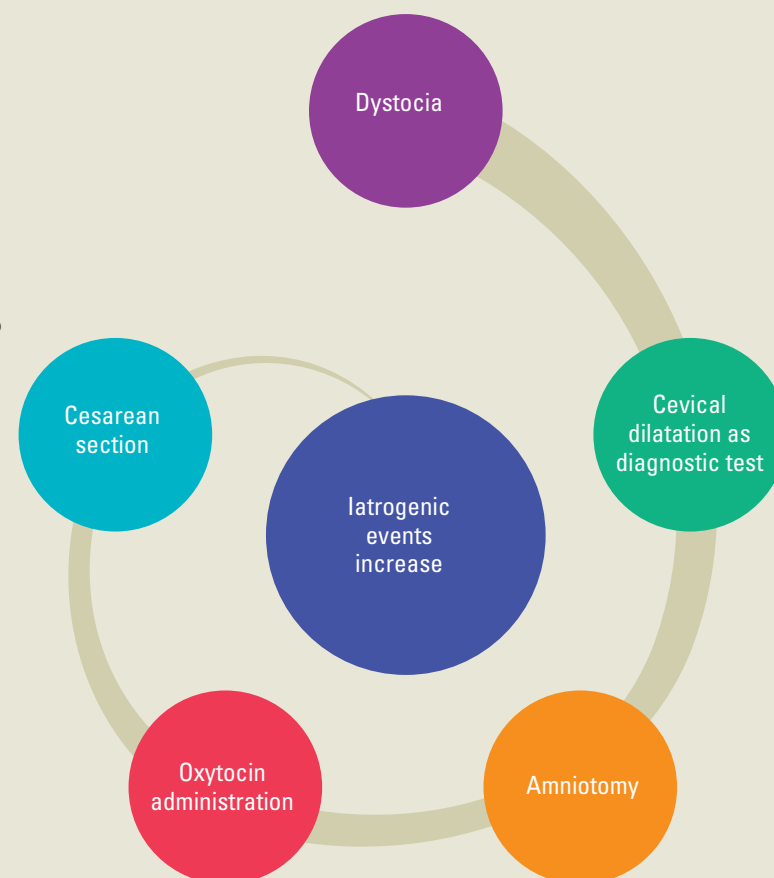
Per interrompere la diagnosi eccessiva di "distocia" sono state redatte le seguenti raccomandazioni:

- **I medici e le ostetriche dovrebbero attenersi** a definizioni correnti di arresto del travaglio evitando di usare il vago termine "distocia", essi dovrebbero provare a porre una diagnosi causale del rallentamento della progressione, una diagnosi almeno presuntiva. Alle donne dovrebbero essere consentiti tempi sufficienti per la fase dilatante e per l'espulsivo, tempi che tengano conto delle fasi di latenza e di transizione. Il tempo "adeguato" è molto più lungo di quello che è stato tradizionalmente permesso in passato.
- **Le induzioni dovrebbero essere etichettate come "fallite"** qualora non si riesca a raggiungere una fase attiva del travaglio, intesa come attività contrattile efficace e regolare (2-4/contrazioni ogni 10 min.) con collo raccorciato di almeno l'80% e con progressiva dilatazione oltre i 4-5 cm, dopo almeno 12 ore di infusione ossitocica e membrane rotte, spontaneamente o con amniorexi. Il tempo per la maturazione cervicale, qualora necessaria, non dovrebbe essere sommato al tempo dell'induzione e questo deve essere spiegato con chiarezza alle pazienti.
- **Le donne in gravidanza, in particolare le primipare,** con una cervice non matura, non dovrebbero essere indotte, a meno che l'induzione non rappresenti una necessità medica.
- **Ogni medico/ostetrica dovrebbe ricevere un feedback dall'ospedale** in cui lavora, relativo a come è diagnosticato l'arresto del travaglio o l'induzione fallita. Si dovrebbe lavorare insieme, medici e ostetriche, nell'ospedale dove si esercita, per comprendere, analizzare e applicare definizioni più corrette relative all'andamento del travaglio e del parto.

FOCUS / OSTETRICIA

FIGURA 3.

Se si confonde la distocia con la progressione lenta in travaglio, utilizzando le curve cervimetriche come test diagnostici e non come test di screening, come invece esse sono, si aumenta inopinatamente l'intervento in travaglio di parto, senza migliorarne gli esiti. (Modificata da: Antonio Ragusa, Alessandro Svelato. Oxytocin and customization of assistance in labor. Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine (JPNIM). Vol 3, No 1 (2014))



LE QUATTRO "P"



Basandosi su un'analisi approfondita delle evidenze disponibili Goer e Romano hanno suggerito di utilizzare quattro "P" preventive, per affrontare alcuni fattori esterni che possono causare il rallentamento del travaglio.

PERMISSION: Dare alle donne il permesso di muoversi, mangiare e bere quando vogliono, e utilizzare le posture che trovano più comode. I comportamenti innati non dovrebbero essere limitati, a meno che non vi sia una necessità medica e la persona abbia scelto di rispettare le restrizioni raccomandate.

PHYSICAL ENVIRONMENT: lo spazio dove avviene la nascita deve essere abbastanza grande per accogliere la persona che travaglia e il suo team di supporto. Dovrebbero essere presenti vasche e docce per la terapia idrica, palle di nascita e altri oggetti che incoraggiano il posizionamento in posizione verticale. La persona che travaglia deve avere l'ultima parola sugli aspetti fisici del suo ambiente, inclusa l'illuminazione, il suono e le persone che possono entrare o uscire dalla stanza.

PRACTICES: Le pratiche che limitano la mobilità, come l'adozione di un monitoraggio elettronico continuo dei feti o la somministrazione di liquidi endovena, non devono essere utilizzate a meno che non siano necessarie. Se queste pratiche diventano necessarie, i medici e le ostetriche dovrebbero cercare di ridurre il loro impatto sulla mobilità della donna. Ad esempio, i monitor elettronici portatili potrebbero essere utilizzati in modo che la persona possa muoversi, anziché richiederle di stare a letto.

PEOPLE: i medici e le ostetriche devono avere un atteggiamento favorevole, non giudicante e rispettare l'autonomia della donna. Le persone che si nutrono, bevono e si sentono libere di esprimere le loro emozioni o le loro necessità, senza timore di essere giudicate gestiscono meglio il dolore e l'eventuale disagio

È ora che la medicina ne prenda atto

Nei sessant'anni trascorsi dalla pubblicazione delle curve cervimetriche di Friedman si è fatta chiarezza su alcuni equivoci di fondo che hanno condotto ad un aumento ingiustificato della iatrogenicità in travaglio di parto

La definizione di una "normale" lunghezza del travaglio che è stata utilizzata fin dagli anni '50 è obsoleta. Occorre adottare immediatamente le nuove definizioni di travaglio normale, di arresto del travaglio e di fallimento dell'induzione. Il termine vago "distocia" dovrebbe essere abbandonato. Posta la diagnosi di travaglio, finché la persona che travaglia e il feto sono entrambi in buona salute e la durata del travaglio non si qualifica come un arresto persistente (durata $\geq$ di quattro ore) le donne che travagliano devono essere trattate come se il travaglio stesse procedendo normalmente. **Le persone in stato di gravidanza che sono indotte farmacologicamente dovrebbero avere più tempo per completare la fase latente del travaglio.** Molto importante è il fatto che 6 centimetri, non 4 centimetri, dovrebbero essere considerati l'inizio della fase attiva, per la maggior parte delle donne e gli operatori dovrebbero

tenere a mente che il normale travaglio iniziale (prima di sei centimetri) include, talvolta, periodi di "arresto" in cui può non esserci cambiamento nella dilazione cervicale per alcune ore, senza che per questo si configuri un'anomalia. **Due grandi equivoci.** Quello che è successo nei sessant'anni trascorsi dalla pubblicazione delle curve cervimetriche di Friedman è che **la distocia è stata confusa con la lentezza nella progressione della curva cervimetrica in travaglio.** Si è trattato di un grande equivoco, confondendo una constatazione di realtà, la progressione lenta, con una sindrome ancora da chiarire: la distocia. Un'altra confusione è stata fatta **scambiando la distocia, che in realtà è una sindrome complessa, con una malattia univoca moncausa.** Tutto ciò ha condotto ad un aumento ingiustificato della iatrogenicità in travaglio di parto (**Figura 3**). È ora che la medicina esca da questo errore!

Per saperne di più

American College of Obstetricians and Gynecologists (College); Society for Maternal-Fetal Medicine, Caughey AB, Cahill AG, Guise JM, Rouse DJ. Safe prevention of the primary cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2014; 210 (3): 179-93

Boyle A, Reddy UM, Landy HJ, Huang CC, Driggers RW, Laughon SK. Primary cesarean delivery in the United States. Obstet Gynecol 2013 Jul; 122(1): 33-40

Zhang J, Troendle J, Reddy UM, et al, for the Consortium on Safe Labor. Contemporary cesarean delivery practice in the United States. Am J Obstet Gynecol 2010; 203(4): 326.e1-326.e10

Spong CY, Berghella V, Wenstrom KD, Mercer BM, Saade GR. Preventing the first cesarean delivery: summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop. Obstet Gynecol 2012; 120 (5): 1181-93

Autori vari "Induzione al travaglio di parto". <http://www.sigo.it/news/linee-guida-raccomandazioni/> Consultato a giugno 2017

Ragusa A, Svelato A. La sala parto e la salute futura di madre e nascituro: una prospettiva ecologica. GynecoAogoi / N. 4/5 - 2016. Pag 18-19

Ragusa A. How to reduce synthetic oxytocin administration and stimulate the production of endogenous oxytocin in childbirth. Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine 2015; 4(2): e040228

Svelato A, Di Tommaso M, Spinoso R, Ragusa A. The reduction of first cesarean sections: a cultural issue. Acta Obstet Gynecol Scand 2016; 95(11): 1319

Friedman E. The graphic analysis of labor. Am J Obstet Gynecol 1954; 68(6): 1568-75

American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric care consensus no. 1: safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstet Gynecol 2014; 123(3): 693-711. (Reaffirmed in 2016)

Ragusa A, Gizzo S, Noventa M, Ferrazzi E, Deiana S, Svelato A. Prevention of primary caesarean delivery: comprehensive management of dystocia in nulliparous patients at term. Arch Gynecol Obstet 2016; 294(4): 753-61

Ferrazzi E, Milani S, Cirillo F, Livio S, Piola C, Brusati V, Paganelli A. Progression of cervical dilatation in normal human labor is unpredictable. Acta Obstet Gynecol Scand 2015; 94(10): 1136-44

Goer H., Romano A. Optimal care in childbirth: The case for a physiologic approach. Seattle, WA: Classic Day Publishing; (2012)

Rouse DJ, Weiner SJ, Bloom SL et al. Failed labor induction: toward an objective diagnosis. Obstet Gynecol 2011; 117(2 Pt 1): 267-72

Sul sito Aogoi, in allegato all'articolo, è disponibile la bibliografia integrale



NATALBEN ORO

L'integratore con il valore dell'ORO in bustine

Gli integratori non vanno intesi come sostituti di una dieta variata ed equilibrata ed uno stile di vita sano

ITALFARMACO
www.italfarmaco.com



NATALBEN Supra

L'integrazione "supra" le carenze alimentari in gravidanza