

La Presentazione Podalica

Descrizione

Claudio Meloni, Direttore SOC Ginecologia ed Ostetricia Osp. San Giovanni di Dio – Torregalli – ASL Toscana Centro

La presentazione podalica complica il 3-4% delle gravidanze a termine.

Considerando che nel 2022 in Toscana ci sono stati 22.000 nuovi nati (ARSA), di questi circa 1000 avevano una presentazione podalica a termine (classe 6 e 7 di Robson).

Dati i numeri non marginali è doverosa una riflessione basata sulle attuali evidenze, mirata alla corretta presa in carico di questa popolazione di feti considerando che, al di là della via del parto scelta, questi mostrano un aumento della morbilità e mortalità rispetto ai corrispettivi che giungono al travaglio in presentazione cefalica.

A tutte le donne con feto in presentazione podalica presso il termine di gravidanza devono essere offerte le corrette informazioni circa gli interventi per ottenere una versione cefalica del feto, in particolare quelli per le quali è disponibile una valutazione sistematica delle prove di efficacia come il Rivolgimento per Manovre esterne (RME)

Il RME è una manovra sicura e tutto il personale che entra in contatto con la paziente in gravidanza dovrebbe dare la corretta informazione, considerando che il taglio cesareo ha un aumentato rischio materno nonché fetale per l'attuale gravidanza e per le gravidanze successive. Il successo del RME varia nelle diverse casistiche dal 30 % all'80%. Le linee guida nazionali dell'Istituto Superiore di Sanità, "Il Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole", indicano chiaramente (evidenza 1A) che l'RME è raccomandato per la gran parte delle pazienti con un feto in presentazione podalica persistente salvo controindicazioni assolute. A tal proposito le più recenti raccomandazioni delle maggiori società scientifiche internazionali hanno allargato le maglie all'indicazione al rivolgimento ridimensionando progressivamente le controindicazioni come avvenuto in passato, ad esempio, per l'utero cicatriziale o il travaglio iniziale.

Concludendo, il rivolgimento per manovre esterne è manovra sicura ed efficace nel ridurre almeno del 50% le presentazioni podaliche a termine e andrebbe sempre proposto e discusso con le pazienti. Non proporre una procedura con raccomandazione 1A può avere conseguenze medico legali in caso di complicanze di un taglio cesareo.

La seconda, più ampia e controversa riflessione è l'eventualità di potere, o in alcuni casi di dovere, assistere per via vaginale un parto podalico.

Il travaglio di una presentazione podalica, fin dai tempi antichi, ha sempre avuto una nomea di situazione potenzialmente difficile e gravata da maggior morbilità e mortalità materna e fetale. L'affermarsi del taglio cesareo "*safe and easy*" dagli anni '60 ha portato diversi autori a valutare se l'opportunità della via laparotomica, finalizzata ad evitare le possibili difficoltà di un travaglio podalico, non potesse ridurne anche gli esiti correlati.

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

La presentazione podalica si inserisce perfettamente nella storia dell'ostetricia degli ultimi 50 anni in cui l'indole "laparotomica" ha cercato di risolvere qualsivoglia situazione ostetrica ritenuta ardua e/o a rischio. Da questo trend è risultato un aumento del tasso dei tagli cesarei inferiore al 10% degli anni '70 fino agli attuali tassi in alcuni casi anche nettamente superiori al 30% ma a cui, spesso, non è corrisposto un miglioramento dell'*outcome* materno-fetale atteso esponendo, al contrario, la madre sia al rischio di un intervento maggiore sia, nel caso di successive gravidanze, agli ormai sempre più emergenti rischi materno-fetali correlati ad un utero cicatriziale. Non di meno sono sempre più numerosi gli *alert* scientifici che attribuiscono alla deprivazione dello stress da travaglio l'incrementato rischio infantile di patologie del sistema immunitario e turbe delle sviluppo neuropsichico.

Il taglio cesareo resta una preziosa opzione valida e sicura, come indicato dall'OMS, che peraltro fissa un tasso ottimale intorno al 15%, solo se vengono ponderati di volta in volta nella loro complessità i rischi e i benefici della diade madre-nascituro non tralasciando le complicanze per le gravidanze future.

Rifocalizzandoci sulla presentazione podalica, fino alla fine del secolo scorso c'è stata una vivace discussione scientifica con evidenze molto contrastanti tra chi indicava la via laparotomica come maggiormente prudente e chi ancora riteneva perseguibile la via vaginale. Tale dibattito è stato apparentemente chiuso da un ampio trial prospettico randomizzato di Hanna et al. pubblicato nel 2000 in cui veniva attribuita una mortalità neonatale ben 5 volte superiore alla via vaginale.

Le maggioranza delle società scientifiche ha rapidamente recepito lo studio, attraverso le loro raccomandazioni, indicando come unica opzione comprovata e sicura il ricorso al taglio cesareo in caso di presentazione podalica.

Successivamente alla pubblicazione è stato approfondito come lo studio in questione fosse gravato da ampie lacune metodologiche ricevendo di conseguenza importanti critiche che hanno costretto gli stessi autori a ridimensionarne in parte i risultati. In particolare lo studio francese Premoda, multicentrico randomizzato, metodologicamente ineccepibile, ha riaperto nuovamente il dibattito dimostrando che il parto podalico vaginale potesse offrire migliori risultati in termini di *outcome* materno e fetale, previa un' accurata selezione, un' attenta condotta del travaglio e, non per ultima, la presenza di personale qualificato .

Nell'ultimo decennio, molto lentamente e cautamente, la gran parte delle società scientifiche internazionali hanno iniziato a recepire queste nuove e sempre più numerose evidenze sulla possibilità di selezionare e programmare in sicurezza un parto podalico e che comunque questo, dopo un tentativo di rivolgimento per manovre esterne fallito, debba essere discusso e proposto. Ad esempio il *Royal College* evidenzia come la mortalità neonatale attraverso la via vaginale sia dello 2 su 1000 in caso di presentazione podalica e che questa sia da rapportare ad a quella di 1 su 1000 nati in presentazione cefalica. Il *RCOG* raccomanda che il dato venga posto adeguatamente all'attenzione della paziente: può essere presentato come una mortalità doppia o più appropriatamente un aumento del rischio comunque accettabile, vista la rarità dell'evento, e comunque da soppesare ad un intervento maggiore quale il taglio cesareo.

Nonostante i numerosi dati attuali, rassicuranti e successive e autorevoli raccomandazioni indicanti la via vaginale come perseguibile e comunque da discutere, la gran parte dei professionisti ha continuato a diffidare della via vaginale rendendo pressoché obbligata la via laparotomia. Tale riluttanza è in parte anche da attribuire ad un effetto secondario e non trascurabile del periodo in cui non si è più assistito per via vaginale i parti podalici: la perdita delle *skills* dato dal salto generazionale tra gli operatori abituati, prima dello studio di Hanna, ad affrontare le eventuali difficoltà di un parto podalico e quelli attuali che non hanno mai assistito né visto un parto podalico. Fortunatamente la letteratura ha ampiamente dimostrato come la simulazione a bassa fedeltà sia efficace, come per la distocia di spalla, nel riappropriarsi delle *skills* utili ad affrontare un parto podalico. Questo è fondamentale soprattutto in condizioni di emergenza in cui un travaglio podalico avanzato rende il parto inevitabile o altamente rischioso il ricorso ad un taglio cesareo. Il *Royal College* controindica la via laparotomica anche in fase avanzata del primo stadio.

Come affrontare un parto podalico in sicurezza

La regola principale per una buona condotta nell'assistenza di un parto podalico per via vaginale è banalmente quella di non far nulla limitandosi ad osservare che la fase espulsiva proceda regolarmente intervenendo solo in caso di necessità nel disimpegno della spalle e/o della testa postica. Testa e spalle in effetti sono soggetti ad un potenziale distocico da perdita del normale atteggiamento in flessione del feto che si esplica per gli arti superiori con l'innalzamento e sbarramento mentre per la testa postica con deflessione e incapacità di impegno e/o progressione nel canale da parto. Toccare o peggio tirare il feto può favorire il deconsolidamento del normale atteggiamento in flessione provocando le sopraddette temute distocie. Queste possono peraltro eventualmente essere risolte mediante manovre efficaci e facilmente riproducibili sui manichini. Altro fondamentale accorgimento è che, avvenuta l'espulsione del podice, il dorso fetale si orienti, in caso di posizione

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

litotomica della paziente, anteriormente verso l'operatore rispettando la regola ventre-ventre di madre-bambino evitando il potenziale distocico dell'uncinamento del mento fetale alla sinfisi materna che ne provocherebbe un inevitabile deflessione.

Nell'ultimo decennio diverse evidenze stanno orientando l'assistenza del podalico dalla posizione litotomica materna a quella carponi o eretta che consentirebbe un implementazione del tasso di successo riducendo la necessità di manovre ausiliarie.

Concludendo, vista la popolazione non trascurabile rappresentata dai feti podalici a termine, sarebbe auspicabile un'organizzazione sanitaria atta a migliorarne l'*outcome*. In primo luogo sappiamo che potremmo "girarne" attraverso il rivolgimento per manovra esterne circa la metà offrendo a questi la possibilità di un parto vaginale cefalico riducendo i rischi correlati al parto podalico, sia esso vaginale che laparotomico. Il restante 50%, in cui il rivolgimento fallisce, potrebbe essere indirizza verso *hub* precedentemente individuati, dove possono ricevere un adeguato *counseling*, selezione ed eventualmente essere indirizzati, se lo desiderano, al parto per via vaginale programmato in sicurezza. Tali *hub* potrebbero altresì essere i punti di riferimento per una formazione degli *spoke* per affrontare in sicurezza i parti podalici inevitabili attraverso la formazione periodica mediante simulazione a bassa fedeltà come avviene per la distocia di spalla.

claudio.meloni@uslcentro.toscana.it

Assistenza carponi con manovra finale di Lovset o '*shoulder press*' per implementare la flessione della testa postica al disimpegno

Parto podalico in posizione litotomica con manovra di Lovset per disimpegno delle spalle

CATEGORY

1. Scienza e professione

POST TAG

1. Studi e ricerche

Categoria

1. Scienza e professione

Tag

1. Studi e ricerche

Data di creazione
06/06/2024
Autore
redazione-toscana-medica
Campi meta
Nome E Cognome Autore 1 : Claudio Meloni
Views : 9335

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze