

## CAPITOLO 4

# DISTOCIE DEL TRAVAGLIO E ANOMALIE DI PRESENTAZIONE

---

■ **SOMMARIO:** La distocia. - Anomalie di presentazione. - Assistenza al parto podalico.

### ■ *La distocia.*

La distocia è definita come una difficoltà del travaglio o dell'espletamento del parto dovuta ad alterazioni della cervice uterina, dell'utero, del feto, della pelvi materna, o dalla combinazione di questi fattori. Essa può verificarsi sia nel primo che nel secondo stadio del travaglio del parto e determina un aumento del rischio di parto operativo e/o taglio cesareo.

Le cause di distocia più frequenti sono:

- la sproporzione cefalo pelvica che si caratterizza per una disparità tra le dimensioni della pelvi materna e la testa del feto che preclude il parto per via vaginale. La sproporzione feto-pelvica raramente può essere diagnosticata al di fuori del travaglio di parto. Nell'ambito della sproporzione feto-pelvica va ricordata la macrosomia fetale, condizione sospettabile prima dell'inizio del travaglio
- Le presentazioni anomale e l'asinclitismo della testa fetale. La posizione occipito posteriore è la più comune malpresentazione fetale. Tra il 10% ed il 20% dei feti sono in posizione occipito posteriore all'inizio del travaglio del parto, nella maggior parte dei casi, durante il travaglio, essi ruotano spontaneamente verso la posizione occipito anteriore. Ciononostante, un 5% circa sul totale dei parti, si verifica comunque in occipito posteriore. L'asinclitismo si verifica se la sutura sagittale della testa fetale è inclinata anteriormente o posteriormente invece che allineata con i piani pelvici della madre. Il sinclitismo è la posizione della testa fetale in relazione alla pelvi materna durante la progressione nella pelvi. Entrando nel bacino la testa fetale presenta la sutura sagittale nel piano trasversale della pelvi materna, a metà tra l'osso pubico e il sacro, quindi perpendicolare all'ingresso pelvico
- La progressione più lenta del normale (disordine di progressione) o il completo arresto (arresto della progressione) della parte fetale presentata. Questi ultimi sono disordini che possono essere diagnosticati solo nella fase attiva del travaglio

■■■ Si definiscono **distocie dinamiche** quelle causate da inadeguata contrattilità uterina. In questi casi ricordiamo che il pattern minimo che una donna dovrebbe

avere durante il travaglio spontaneo di parto consiste in 3-5 contrazioni ogni 10 minuti, che superino in media di 25 mmHg di valori basali. Può essere considerato normale un massimo di 5 contrazioni ogni 10 minuti. L'iperstimolazione uterina è caratterizzata da più di 5 contrazioni in 10 minuti o da contrazioni che durano 2 minuti o più o da contrazioni di normale durata che si verificano entro un minuto l'una dall'altra.

Le distocie del primo stadio del travaglio interessano la dilatazione cervicale.

Si parla di inerzia uterina primitiva qualora non vi sia andamento regolare della dilatazione cervicale ( $\geq 1$  cm/ora nelle nullipare,  $\geq 2$  cm/ora nelle pluripare). Nel partogramma WHO l'andamento della dilatazione cervicale regolare è segnato da una linea diagonale corrispondente alla dilatazione cervicale di 1 cm/ora, detta linea d'allarme. Nello stesso partogramma è segnata una seconda linea parallela e distante 4 ore dalla prima, detta linea d'azione. Al superamento di quest'ultima linea WHO consiglia di intervenire per correggere una dilatazione cervicale insufficiente, per cui, nelle donne che presentano una dilatazione cervicale inferiore a 1 cm/ora, si interviene farmacologicamente per accelerare la dilatazione cervicale. Metodo farmacologico per il travaglio distocico è l'impiego di ossitocina.

Il fine della somministrazione di ossitocina è quello di ottenere una attività contrattile valida e regolare.

■■■ **Le distocie del corpo mobile** sono le alterazioni del travaglio di parto causate dal feto. Nella valutazione del feto bisogna prendere in considerazione il peso e la posizione. La valutazione delle dimensioni fetali effettuata con l'ecografia potrebbe essere non sufficientemente precisa. Nel primo stadio del travaglio di parto è difficile fare diagnosi di distocia, che diventa più agevole dai 3-4 cm di dilatazione in poi ed in presenza di una adeguata attività contrattile uterina.

Alcune anomalie fetali, quali idrocefalia, encefalocele ed i tumori dei tessuti molli possono ostacolare il travaglio di parto. Qualora posizioni anomale o presentazioni anomale siano sospettate, o qualora non vi sia progressione della parte presentata allora l'impiego della ecografia fetale deve essere presa in considerazione. Altre anomalie del travaglio di parto possono essere secondarie a viziature pelviche, ma prima di attribuirle ad esse si deve escludere una insufficiente attività contrattile uterina. Raramente è il bacino osseo il fattore limitante l'espletamento del parto per via vaginale di un feto in presentazione cefalica.

Un travaglio prolungato dovrebbe sempre far sospettare una ipocontrattilità uterina. Ma soltanto dopo aver valutato sia la pelvi che la presentazione e posizione fetale, si potrebbe ipotizzarla, con conseguente somministrazione dell'ossitocina al fine di stimolare l'attività contrattile uterina.

## **Anomalie di presentazione.**

Le presentazioni anomale sono tutte quelle non di vertice. Nelle presentazioni anomale, rispetto a quella di vertice, vi è un aumento della mortalità e della morbosità materna e perinatale.

Fattori di rischio sono rappresentati dalla pluriparità, gravidanza gemellare, malformazioni uterine, tumori pelvici, dal basso peso fetale e dal polidramnios, malformazioni fetali quali anencefalia, idrocefalia.

Le presentazioni cefaliche si distinguono in base all'atteggiamento di flessione della testa fetale sul tronco (quindi dal grado di deflessione della testa fetale) in due gruppi:

- 1) **Posizione di vertice completa:** quando il mento del feto è vicino al torace, la testa è completamente flessa. La parte posteriore del vertice (area disposta tra le due fontanelle) è la parte presentata, con l'occipite come suo denominatore e la piccola fontanella, o lambdaidea o triangolare come reperi.
- 2) **Presentazioni cefaliche deflesse,** di vertice intermedia, in questo caso l'atteggiamento anomalo della testa determina la presentazione:
  - **Di bregma** (detta anche posizione militare o di bregma): quando la testa essendo in una posizione intermedia, appunto, non è completamente flessa e neanche completamente estesa. L'occipite e la fronte si trovano sullo stesso livello, rappresentando il diametro occipito-frontale (11cm) il diametro di impegno. La diagnosi si fa repertando all'esplorazione vaginale sia la fontanella anteriore (o quadrangolare o grande fontanella o appunto bregmatica), che la fontanella posteriore, entrambe allo stesso livello pelvico. Il parto per via vaginale è possibile in quanto nella maggior parte dei casi si trasforma in presentazione di vertice, spesso in rotazione sacrale dell'occipite
  - **Di fronte** Nella presentazione di fronte la testa presenta una estensione incompleta o parziale, con deflessione di circa 2/3. Il diametro di impegno è il mento-occipitale (13,5 cm). La radice del naso è il punto di reperi, che all'esplorazione digitale vaginale può essere repertato talvolta insieme alla parte superiore delle orbite. Generalmente è una presentazione provvisoria. Nel 50% circa dei casi, questa presentazione si trasforma in presentazione di vertice, per cui il parto vaginale può avvenire. Nei restanti casi si ha evoluzione verso la presentazione di faccia. Se la presentazione di fronte persiste il parto per via vaginale è impossibile. Prevalenza: 0,5 su mille parti
  - **Di faccia** Nella Posizione di faccia l'estensione della testa è completa, con deflessione totale, di 3/3. Il diametro di impegno è sottomento-bregmatico (9,5 cm). Il punto di reperi è il mento, per cui