



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

IL PARTO PODALICO

DIPARTIMENTO DI SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

U.O.C. Clinica Ginecologica Ostetrica

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN GINECOLOGIA ED OSTETRICIA

Direttore: Prof. G. Nardelli

Dott.ssa Lamparelli Laura



Il parto podalico può accadere

- parto precipitoso
- parto fuori dall'ambiente ospedaliero
- MEF

Per questo motivo è essenziale per gli operatori
mantenere in allenamento le proprie capacità
assistenziali



Tasso di mortalità perinatale o neonatale e morbidità neonatale a breve termine risultano ridotti seguendo una politica di taglio cesareo programmato (RR 0.33, 95% CI 0.19-0.56).

Hofmeyr GJ, Hannah ME. Planned caesarean section for term breech delivery. Cochrane Database Syst Rev 2003(2)



Criteria per valutare una condizione ottimale:

- no controindicazioni al parto vaginale (placenta previa, procidenza di funicolo)
- no pregresso taglio cesareo
- assenza di anomalie fetali che possano causare a distocia
- EFW > 2.000 g e < 4.000 g
- epoca gestazionale > 36 sg
- travaglio spontaneo
- no iperestensione della testa fetale (angolo > 90°)
- varietà franca o completa (no varietà incompleta piedi)
- presenza di personale qualificato



La presentazione podalica:

- **Completa:** cosce flesse sull'addome, gambe flesse sulle cosce, piedi incrociati (piedi non superano le natiche)
- **Incompleta:**
 - *varietà natiche* o "*franca*"
cosce flesse, gambe estese; alla pelvi si presentano le sole natiche
 - *varietà piedi* : alla pelvi si presentano uno o entrambi i piedi



L'indice della posizione fetale è rappresentato dal sacro



***Varietà franca
(50-70%)***





***Varietà completa
(5-10%)***





***Varietà incompleta
(10-40%)***



UpToDate: Overview of issues related to breech presentation



Perchè la presentazione è importante?

- Varietà franca o completa → ci si trova di fronte ad una combinazione di natiche e tronco in qualità di parte presentata. Se questa voluminosa parte presentata passa facilmente attraverso la pelvi, è ragionevole escludere il rischio di intrappolamento della testa.
- Varietà incompleta (piedi) → le gambe ed il tronco vengono espulsi in sequenza, quindi la parte presentata risulta più piccola della combinazione natiche-tronco, e può passare più facilmente attraverso una cervice non completamente dilatata. In questi casi il rischio di intrappolamento della testa fetale risulta maggiore assieme al rischio di prolasso di funicolo.



Un'indagine ecografica dovrebbe essere effettuata prima dell'inizio del travaglio o negli stadi iniziali per determinare:

- tipo di presentazione
- escludere anomalie fetali (se non escluse in precedenza)
- determinare EFW (IUGR, macrosomia)
- attitudine della testa





Iperestensione della testa fetale

L'iperestensione della testa dovrebbe essere esclusa durante l'indagine ecografica, maggior rischio di handicap nello sviluppo neurologico è stato osservato in feti a seguito di parto vaginale podalico con una condizione di iperestensione della testa.

Questo rischio non risulta essere presente quando questi feti nascono mediante taglio cesareo.

Svenningsen NW, Westgren M, Ingemarsson I. Modern strategy for the term breech delivery--a study with a 4-year follow-up of the infants. J Perinat Med 1985; 13:117.

Westgren M, Grundsell H, Ingemarsson I, et al. Hyperextension of the fetal head in breech presentation. A study with long-term follow-up. Br J Obstet Gynaecol 1981; 88:101.



Gestione in corso di travaglio

- visita e controllo ecografico per determinare la presentazione
- evitare la rexi
- eseguire visita vaginale immediatamente dopo la rottura spontanea delle membrane
- monitoraggio cardiotocografico continuo
- evitare induzione del travaglio o augmentation (l'infusione di ossitocina può essere utilizzata in caso di ipocinesia uterina durante la fase latente)

Una lenta progressione della PP durante la fase attiva può essere un indice di sproporzione feto-pelvica. Se la progressione del travaglio non risulta adeguata allora vi è indicazione ad espletare il parto mediante taglio cesareo



Management del parto nel feto a termine:

Preparazione:

- posizionamento pz in posizione
- litotomica episiotomia per facilitare il parto

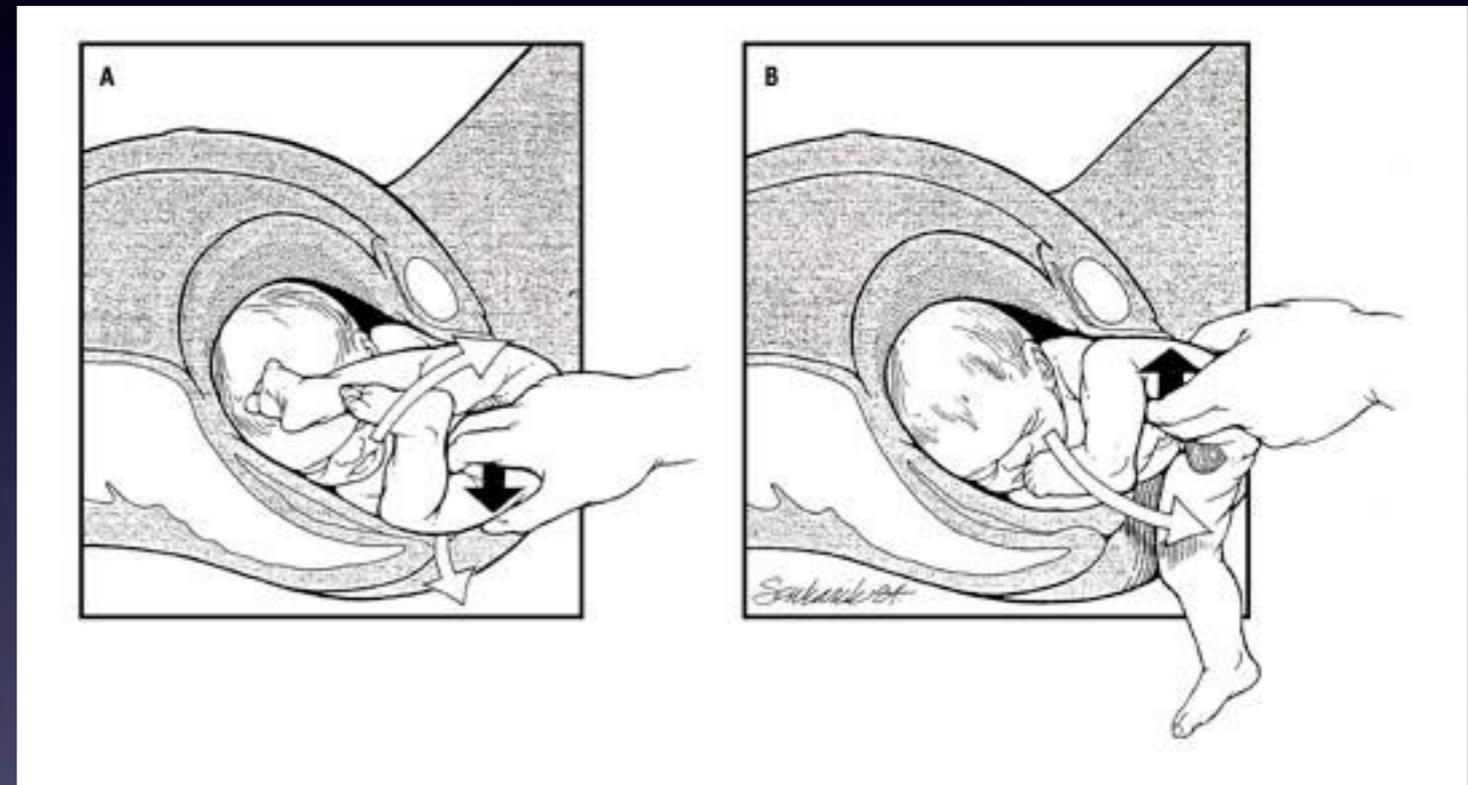
Tronco e arti inferiori:

- aspettare le spinte materne fino alla fuoriuscita delle natiche e degli arti inferiori (livello in cui le scapole risultano visibili)
- sostenere il corpo su un piano a livello del canale del parto
- controllare la frequenza cardiaca fetale mediante la palpazione del cordone
- l'emissione di meconio è un evento comune



Pinard manoeuvre

Se le gambe sono ancora estese dopo la fuoriuscita dell'ombelico, l'operatore può usare il proprio dito per esercitare pressione al di dietro del ginocchio fetale ed allontanare la gamba dal tronco. Questo causa la flessione spontanea del ginocchio e consente l'estrazione dell'arto.



After spontaneous expulsion to the scapulae, external rotation of each thigh (A) combined with opposite rotation of the fetal pelvis results in flexion of the knee and delivery of each leg (B)



Arti superiori:

- aspettare le spinte materne, le spalle dovrebbero presentarsi su un piano antero-posteriore ed essere espulse spontaneamente contemporaneamente alle braccia che solitamente sono incrociate al davanti del torace
- se le braccia non fuoriescono spontaneamente



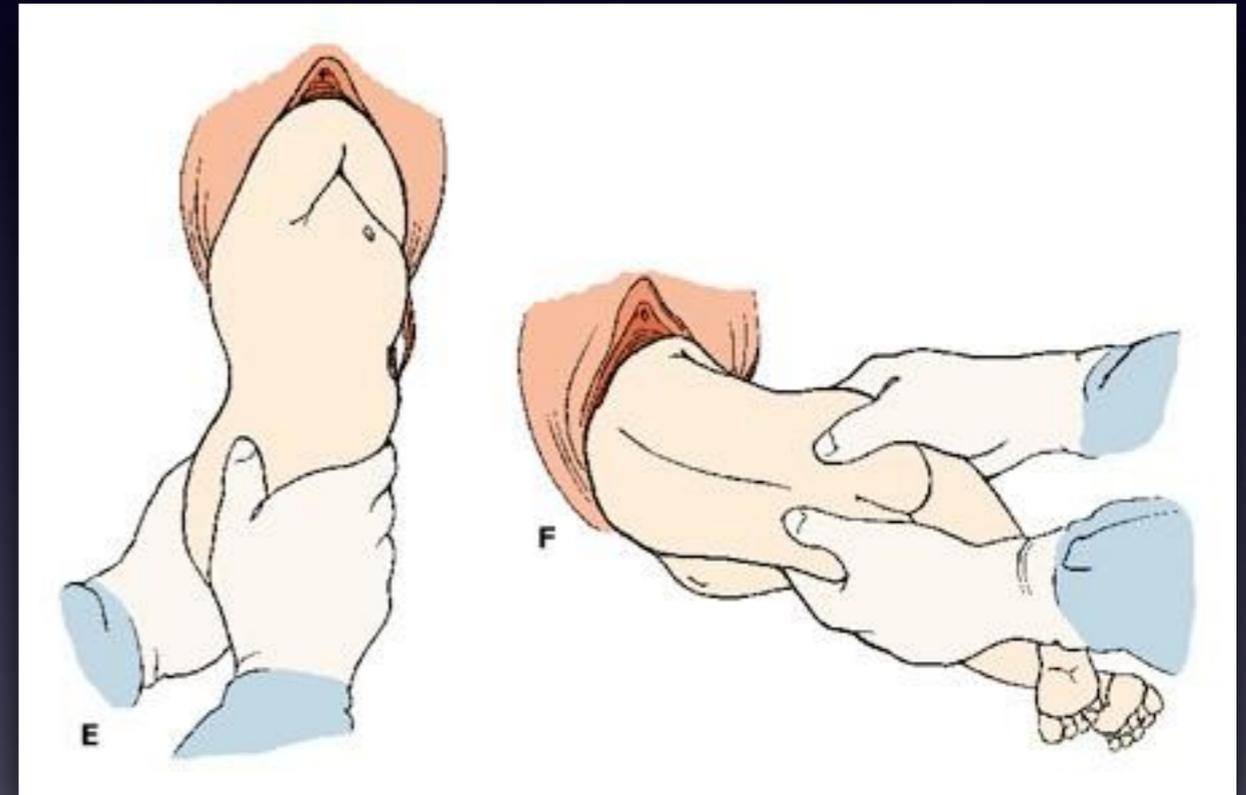
Lovset manoeuvre

N.B. La distocia delle spalle nel parto podalico è solitamente causata dall'estensione delle braccia. Questo è generalmente causato dall'esercizio di una trazione sul feto troppo precocemente durante l'espulsione.



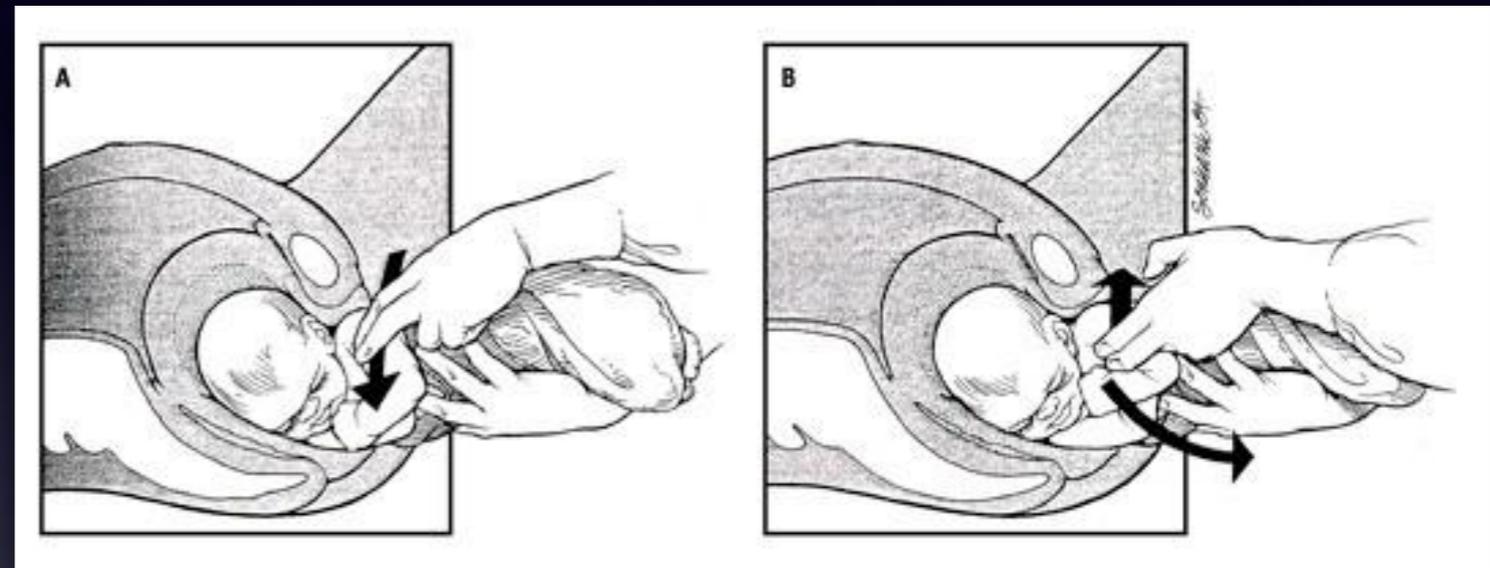
Lovset manoeuvre

Il feto si afferra a livello delle ossa del bacino (ma sull'addome), utilizzando una graza per migliorare la presa. Si ruota di 180° per disimpegnare la prima spalla/braccio, successivamente si ruota di altri 180° in direzione opposta per disimpegnare l'altra spalla/braccio.





In caso di fallimento dell'estrazione dell'arto superiore, è possibile scivolare con un dito lungo la scapola fetale fino a livello della fossa antecubitale per poi far scivolare l'arto superiore al di fronte della faccia e del torace fino a farlo fuoriuscire dalla pelvi.



A towel is wrapped around the fetus for better traction. When the scapulae appears under the symphysis, the operator reaches over the left shoulder, sweeps the arm across the chest (A), and delivers the arm (B).



La testa:

- la testa fetale può fuoriuscire spontaneamente senza nessun tipo di intervento dell'operatore
- in caso di ritardato impegno della testa fetale



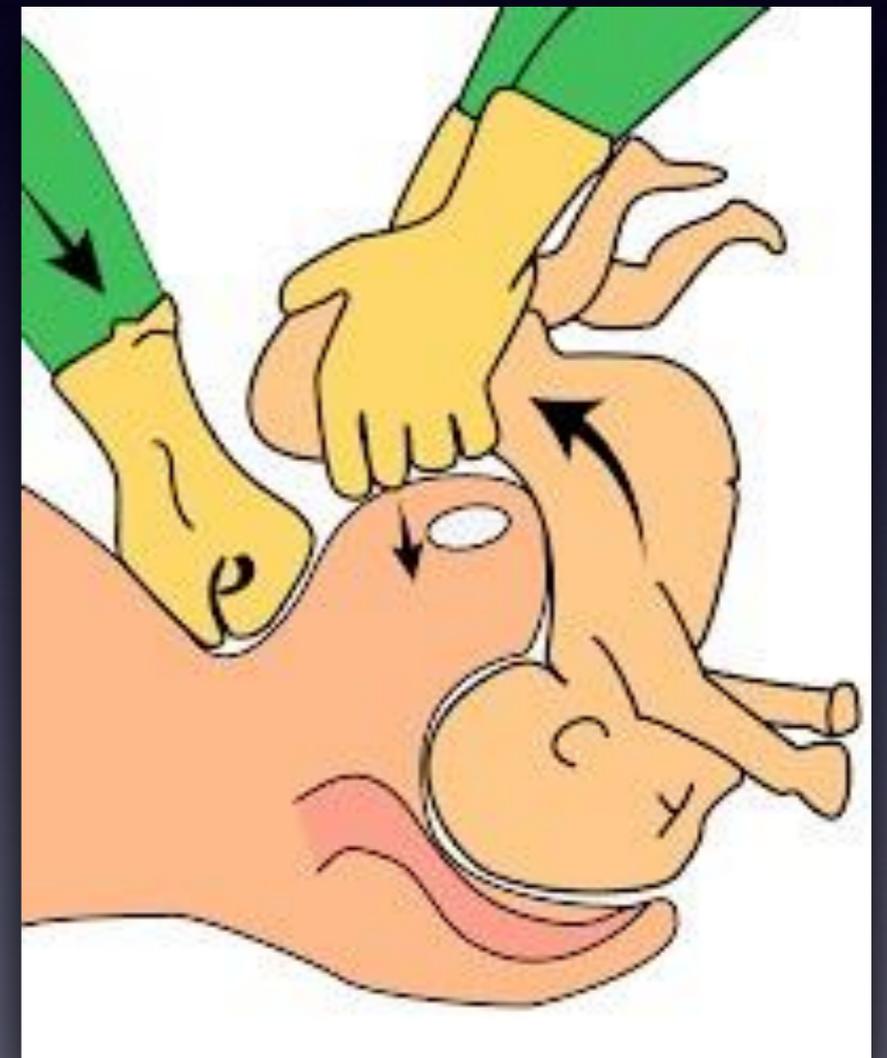
Bracht manoeuvre

Mauriceau-Smellie-Veit manoeuvre



Bracht manoeuvre

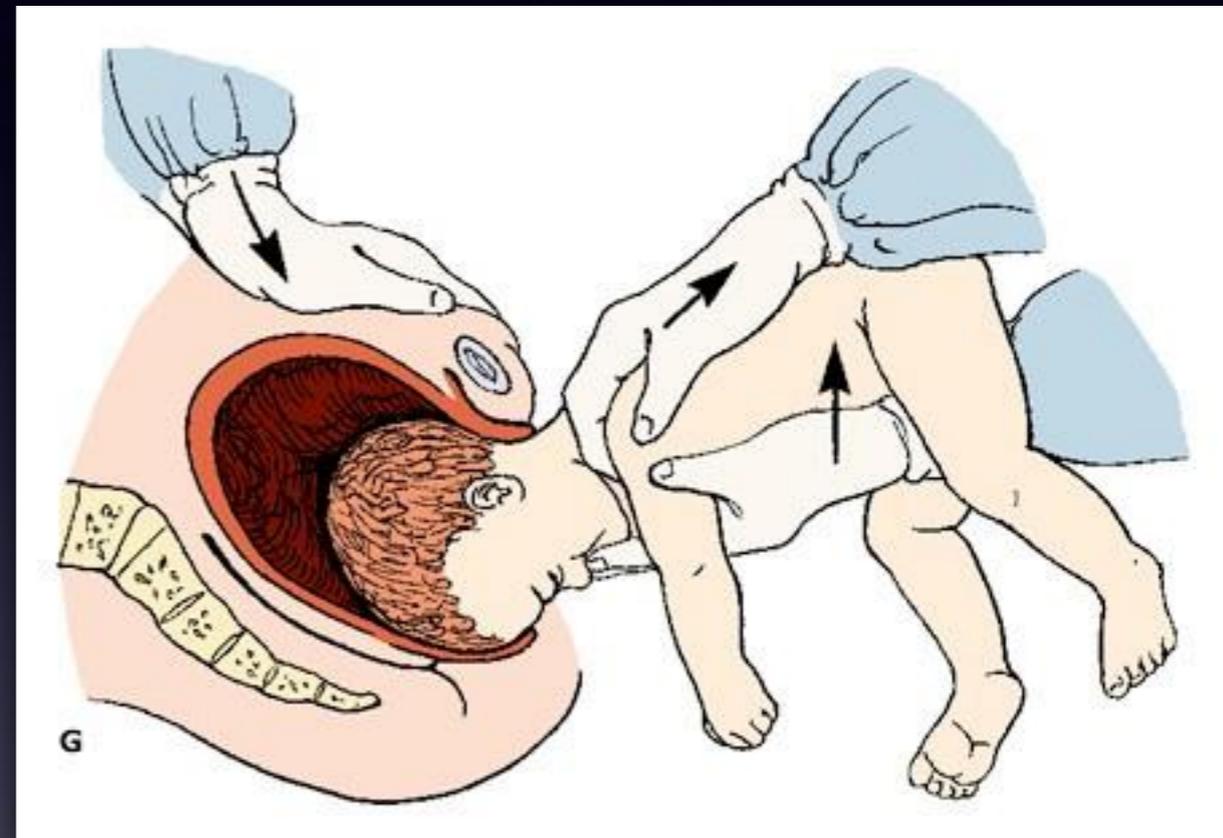
Il corpo fetale viene girato con la faccia rivolta verso il pavimento ed un assistente esercita una pressione in sede sovrappubica al fine di flettere la testa e spingerla all'interno della pelvi.





Mauriceau-Smellie-Veit manoeuvre

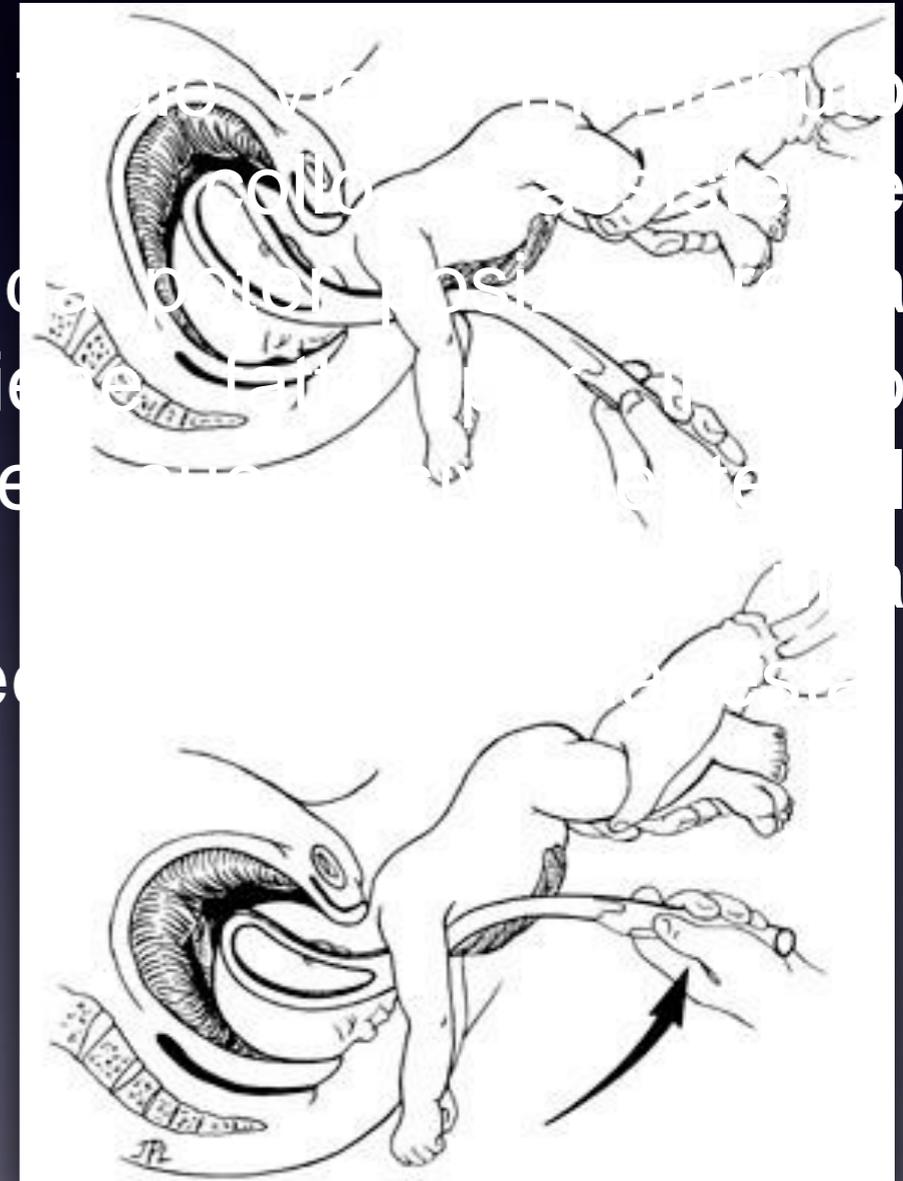
Il tronco fetale viene adagiato sull'avambraccio destro dell'operatore. Il dito medio della mano destra viene posto sul mento, il secondo e quarto dito sulle eminenze malari per promuovere la flessione della testa. La mano sinistra esercita una pressione a livello dell'occipite fetale.





Il forcipe

Si afferrano i piedi e, trazionando, il corpo viene tirato diritto in modo da non esercitare peso sul collo. Si sposta il corpo fetale verso destra in modo che la mano sinistra del forcipe si articola sotto il collo. Lo stesso viene fatto con la mano opposta. Le due branche vengono articolate e si applicano. Il manico del forcipe viene spostato verso sinistra. Una modesta trazione che risulti in una flessione e





Intrappolamento della testa fetale

- Potenzialmente seria complicazione nel parto podalico
- Le ossa craniche non hanno sufficiente tempo per il “mold” al passaggio nel canale del parto
- Alto rischio soprattutto nei feti pretermine (rapporto circonferenza cranica-circonferenza addominale è maggiore che nel feto a termine)



Management

Somministrazione di

- ~~agenti beta~~ **miorilassanti:**
 - ~~adrenergici~~ (terbutalina 0.25 mg s.c.)
 - nitroglicerina (50-100 mcg e.v.)

Duhrssen incisions:

in caso di feti pretermine e di una cervice appianata, ma non completamente dilatata, il canale cervicale può essere allargato chirurgicamente. Due dita vengono inserite tra la parte presentata e la cervice, a protezione, con le forbici si eseguono da una a tre incisioni (ore 2, 10 e 6). Il rischio è di estendere l'incisione al segmento uterino inferiore ed al legamento largo, con potenziali rischi per i vasi sanguigni, gli ureteri e la vescica.



Taglio cesareo programmato



Si consiglia la programmazione tra 39-41 sg per ridurre al minimo il rischio di problemi respiratori e per consentire al massimo la possibilità di un rivolgimento spontaneo del feto. La presentazione va comunque controllata immediatamente prima dell'intervento chirurgico.



Grazie per l'attenzione

Head-first or feet-first?
I can't remember. Why
didn't I write it down?

