

Lavori originali

L'AMBULATORIO DI FINE GRAVIDANZA

CLINICAL VALUATION OF PREGNANCY AT TERM

D. BERTANI, G. MENOZZI

U. O. di Ginecologia e Ostetricia - Ospedale C. Magati Scandiano (RE)

RIASSUNTO

L'obbiettivo di ogni operatore ostetrico dovrebbe essere quello di valorizzare la qualità dell'esperienza del parto, favorendo una nascita serena in un ambiente idoneo a salvaguardare il benessere e la sicurezza per la madre e il neonato.

Nonostante non esista alcun studio controllato randomizzato che abbia dimostrato che la sorveglianza prenatale fra la 40 e la 42 settimana migliora l'outcome neonatale nelle gravidanze a basso rischio, è pratica usuale in tutte le realtà ospedaliere eseguire tale monitoraggio con diverse modalità.

Parole chiave: sorveglianza prenatale; outcome neonatale

ABSTRACT

Any obstetrician should valorize the delivery experience, encouraging a safe childbirth in a proper environment in order to preserve the health of both the mother and the baby.

As no controlled randomized studies exist which show that the antepartum surveillance between the 40th and the 42nd week improve the neonatal outcome in the low risk pregnancy, this practice is anyway common to all hospitals in different ways.

Key words: antepartum surveillance, neonatal outcome

Non ci sono studi controllati randomizzati che evidenzino che il monitoraggio materno fetale fra la 40 e la 42 settimana di gravidanza, migliora l'outcome neonatale, tuttavia la sorveglianza prenatale è pratica comune sulla base di una consuetudine universale (1).

Diverso è il discorso per le gravidanze a rischio; infatti solo per tali gravidanze ci sono evidenze sull'utilità del monitoraggio oltre la 41 settimana.

Risulta pertanto fondamentale un'attenta valutazione delle condizioni di fisiologia/rischio all'ingresso della madre in reparto e della comparsa di segni di alterato benessere materno-fetale in travaglio in modo da garantire un'assistenza di qualità (2,3).

Per gravidanza a basso rischio intendiamo:

- Epoca gestazionale compresa tra la 37 e la 41 settimana + 6 giorni, certa e confermata in precedenza con ultrasuoni
- Feto singolo in presentazione cefalica
- Travaglio insorto spontaneamente
- Assenza di patologie materne
- Assenza di patologie fetali
- Sacco integro e rottura prematura delle membrane < 24 ore con liquido amniotico limpido
- Liquido amniotico in normale quantità
- Placenta normoinserita e assenza di sanguinamenti significativi

- Peso fetale stimato tra i 2500 e 4000 grammi

La presenza/assenza di fattori di rischio è correlata alla frequenza di comparsa di segni di allarme per il benessere fetale.

In assenza di fattori di rischio, la probabilità che in travaglio si presentino segni di alterazione del benessere fetale è significativamente minore rispetto alle condizioni di rischio.

La maggior parte delle U.O. pratica una qualche forma di sorveglianza prenatale che può differire nella tempistica e nei modi.

Le tecniche di monitoraggio includono la valutazione del liquido amniotico (AFI o massima falda di liquido amniotico), non stress test (CTG), conta dei movimenti, profilo biofisico fetale e la velocimetria Doppler (3).

Dalla letteratura nessun metodo si è dimostrato migliore, di solito, in modo difforme nelle singole realtà ospedaliere si sono adottati i diversi metodi combinati fra di loro.

In uno studio controllato randomizzato hanno escluso differenze nell'outcome perinatale e nel tasso di tagli cesarei in due gruppi valutati solo con tracciato cardiocografico o con tracciato più valutazione dell'AFI (4).

Il controllo dell'AFI è risultato essere più accurato della valutazione dalla tasca amniotica nei riguardi degli esiti perinatali sfavorevoli in termini pH<7, TC effettuati per sofferenza fetale, basso APGAR alla nascita e trasferimenti in TIN, tuttavia ha una bassa sensibilità (28 %).

In caso di oligoidramnios isolato la condotta ostetrica è dibattuta, infatti è causa frequente di ricovero e di induzione, tuttavia non ci sono studi randomizzati sulla condotta da tenere in caso di oligoidramnios dalla 39 settimana (5,6).

Nelle nostre realtà è pratica comune offrire dalla 40 settimana il controllo del liquido amniotico (AFI) unitamente al tracciato cardiocografico con frequenza variabile.

Il rischio di morte endouterina fetale entro 7 giorni da un test negativo è molto basso e cioè dello 0,2 % dopo un tracciato cardiocografico rassicurante, dello 0,1 % dopo un Profilo biofisico e dello 0,1 % dopo un controllo AFI e tracciato cardiocografico.

La probabilità che un AFI diventi patologico nei 4 giorni successivi è:

AFI > 8 cm : 7 %

AFI compreso tra 5 e 8 cm: 23 % (7).

POSSIBILE SCHEMA DI MONITORAGGIO DELLA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA DALLA 40 SETTIMANA

PRIMO CONTROLLO ALLA 40 SETTIMANA

- Verificare il decorso della gravidanza e gli esami effettuati

- Controllare la pressione arteriosa ed eseguire eventuale stick urinario per valutare la proteinuria
- NST e valutazione del liquido amniotico

SECONDO CONTROLLO ALLA 41 SETTIMANA

- Ripetere le stesse procedure
- Visita con eventuale scollamento del polo inferiore delle membrane

TERZO CONTROLLO ALLA 41 SETTIMANA ^{+3 gg}

- Ripetere le stesse procedure
- Considerare l'induzione del travaglio di parto

Nella nostra realtà ospedaliera abbiamo deciso di far eseguire gli esami di fine gravidanza unitamente agli esami della coagulazione e l'elettrocardiogramma alla 36 settimana di gestazione per motivi di ordine pratico (reperibile del laboratorio dalle ore 19 alle ore 24, poi obbligo di inviare gli esami al laboratorio dell'Azienda S. Maria Nuova); tali esami vengono inviati direttamente dal laboratorio al Reparto.

E' l'ostetrica che rappresenta il momento fondamentale dell'accoglienza della donna in Reparto, infatti il primo colloquio viene fatto alla 39 settimana da parte dell'ostetrica che valuta il decorso della gravidanza, le condizioni di fisiologia/rischio e "presenta" la futura mamma al Medico che valuterà alla 40 settimana il benessere materno-fetale.

Per quanto riguarda il profilo biofisico ci si riferisce alla valutazione ecografica dello stato fetale mediante lo studio di 4 variabili biofisiche (movimenti fetali, movimenti respiratori, tono, liquido amniotico) unitamente all'esecuzione del NST. Ad ogni variabile viene assegnato un punteggio di 2 o 0; la valutazione deve essere eseguita per 30 minuti. Sono state fatte modifiche successive allo score iniziale di Manning.

Lo score è correlabile all'asfissia fetale (7,9) (Tabella 1,2).

Le indicazioni sono :

- La gravidanza a rischio
- NST dubbio o patologico
- Significativa riduzione dei Movimenti fetali avvertita dalla madre che persiste dopo monitoraggio cardiocografico

La Velocimetria Doppler non è uno strumento di screening sulla popolazione generale, pertanto non deve essere utilizzato nei normali controlli in una popolazione di gravide a basso rischio (6,9).

TABELLA 1 - Criteri di score per il profilo biofisico.

Variabili biofisiche	Normale (score=2)	Anormale (score=0)
Movimenti respiratori fetali	1 episodio di almeno 30 sec. di durata in 30 minuti	Assenza di movimenti respiratori o nessun episodio della durata di oltre 30 sec in 30 minuti
Movimenti fetali	3 movimenti distinti di un arto o del corpo in 30 min.	2 o meno movimenti del corpo o di un arto in 30 min
Tono fetale	1 episodio di estensione attiva con ritorno alla flessione di un arto fetale o del tronco. Apertura e chiusura della mano sono considerati come un tono normale	Lenta estensione con ritorno a parziale flessione o movimento di un arto in piena estensione. Assenza di movimento fetale
Volume del liquido amniotico	1 tasca di LA che misuri almeno 2 cm in 2 piani perpendicolari	Nessuna tasca o una tasca inferiore ai 2 cm in 2 piani perpendicolari
Reattività NST	Almeno 2 episodi di accelerazione della FCF >15bpm in corrispondenza dei movimenti fetali	Meno di 2 episodi di accelerazione della FCF o accelerazioni <15 bpm

TABELLA 2

Risultati del test	Interpretazione	Mortalità perinatale < 7 gg (senza intervento)	Management
10/10 8/10 (liquido amniotico normale) 8/8 (non eseguito NST)	Rischio di asfissia fetale estremamente raro	1/1000	Intervento per fattori ostetrici e materni
8/10 (liquido amniotico anormale)	Probabilità compromissione cronica fetale	89/1000	Apparato renale normale e membrane integre: parto a termine, Se < 34° settimana, la sorveglianza intensiva può essere preferita per consentire la maturità polmonare
6/10 (liquido amniotico normale)	Test dubbio possibile asfissia fetale	Variabile	Ripetere entro 24 ore
6/10 (liquido amniotico anormale)	Possibile asfissia fetale	89/1000	Espletamento del parto
4/10	Alta probabilità asfissia fetale	91/1000	Espletamento del parto
2/10	Asfissia fetale quasi certa	125/1000	Espletamento del parto
0/10	Asfissia fetale certa	600/1000	Espletamento del parto

TABELLA 3 - DIVISIONE DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA - Scandiano - Attività Sala Parto 2006

	Gen.	%	Feb.	%	Marz.	%	Apr.	%	Mag.	%	Giu.	%	Lug.	%	Ago.	%	Set.	%	Ott.	%	Nov.	%	Dic.	%	Tot.
N. Totale Parti	46		53		68		54		71		49		67		70		77		73		64		67		759
Parti per via vaginale non strumentali	32	70	37		41		34		42		30		42		45		52		47		35		42		
parti con applicazione di VO			1	2,8	2	4,7	2	5,7	1	2,4			2	6	2	4	2		1	2	2	5	1	2	16
T. Cesarei	14	30	15	30	25	36	18	33	28	40	19	39	23	34	23	32	23	29	25	34,2	27	42	24	35	264
Analisi dei parti per via vaginale																									
Multipare	15		18		22		22		24		17		14		18		19		28		17		22		
Primipare	17		18		20		21		18		13		30		28		35		20		20		21		
Episiotomia	6	18	3	0,00	10	23	9	25	4	9,5	8	27	9	21	6	26	10	18,5	7	14	5	13	9	20	
lacerazioni I°	10		10		15		7		11		12		12		16		14		14		9		13		
Lacerazioni II°	5		7		3		6		15		5		6		7		9		14		11		10		
Tamponamento ut. Vag.			2		2																				
RCU post partum													1		1										
Emorragia del Post Partum >400 (>400cc)	1								2		1		2		2		1		2						
(>500cc)	1		1		1								1						1						
(>600cc)			2		2				1				3		3		1		2		2		2		
Analisi dei Tagli Cesari																									
Multipare	5		9		8		7		9		9		9		12		12		18		13		11		
Primipare	9		6		17		11		19		10		14		11		11		7		14		13		
Indicazione																									
Sofferenza fetale	1	7	1	6	5	20	1	5,5	6	21	2	10	2	8	3	13	1		2	8	5	18	4	16	
Iterativo	4	28	7	46	5	20	5	2,7	6	21	6	31	6	26	9	39	8	34,7	14	56	9	33	9	37	88
Mancato impegno p.p.	1	7	1		4	16			2	7							2	8,6			4	14	5	20	
Presentaz. Podalica	1	7	2	13	3	12	3	1,6	5	17	2	10	2	8	1	4	2	8,6			1		2	8	
Fallita Induzione					1	4	2	1	2	7							1	4,3							
EPH gestosi									2	7	1	5							1	4					
Pregressa miomectomia									1	3									1	4	1				
Richiesta della paziente	1	7	1	6	4	16	3	1,6	3	10	1	5	4	17			4	17	4	16	1	3,7			
Distocia dinamica	3	21	1	6			1	5,5			4	21	5	21	3	13	1				4	14	1	4	
Distacco di placenta					1	4			1	3															
Indicaz. Psichiatrica																									
Gemellarità											1	5	2	8			1	4,3	1	4					
Oligodramnios															1	4									
Placenta previa					1	4															1	3,7			
Altre	3	21	2	13	2	2	2	1			2	10	2	8	2	8	3	13	2	8	1	3,7	3	12	

CONCLUSIONI

Tutti i test utilizzati per il monitoraggio del benessere fetale si sono dimostrati ugualmente validi: sono tutti caratterizzati da un'alta sensibilità, ma hanno un basso valore predittivo positivo per esito avverso.

E' pertanto pratica comune offrire dopo la 40 settimana il controllo del liquido amniotico e cardiocografico con un intervallo di circa tre giorni, anche se non ci sono test univoci sulla loro validità, tuttavia il rischio di mortalità

e morbilità aumenta con il progredire delle settimane di gestazione (10) (Tabella 3).

Vi sono incertezze sulla reale validità dei test di sorveglianza del benessere fetale e su quale sia il momento migliore per iniziare i controlli antepartum (Livello II Linee guida nazionali di riferimento 2004).

La stesura di linee guida in ostetricia risente del fatto che spesso la ricerca è limitata da problemi di ordine bioetico e metodologico e spesso ci si basa sulle opinioni di esperti autorevoli piuttosto che su prove di efficacia.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ACOG Practice bulletin No 55 *Management of Post-term Pregnancy*. *Obstet Gynecol.* 2004;104:639-46.
- 2) Crowley P. *Intervention for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term (Cochrane Review)*. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Chicester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- 3) Neilson JP. *Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy (Cochrane Review)*. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Chicester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- 4) Arias F. *Predictability of complications associated with prolongation of pregnancy*. *Obstet Gynecol.* 1987; 70:101-6.
- 5) Locatelli A, Vergani P., Toso L. *Perinatal Outcome associated with oligohydramnios in uncomplicated term pregnancies*. *Arch Gynecol Obstet.* 2004; 269: 130-3.
- 6) Valle A, Meregalli V, Bottino S, Zanini A. *Monitoraggio fetale fuori travaglio*. In: *Manuale di Sala Parto Ed Edi-Ermes-Milano* 2006 59-62.
- 7) Manzanares S, Carrello MP, Gonzales-Peran E, Puertas A, Montoya F *Isolated oligohydramnios in term pregnancy a san indication foe induction of labor*. *J Maternal Fetal Neonatal Med.* 2007; 20: 221-4.
- 8) Rainford M, Adair R, Scialli AR, Ghidini A, Spong CY. *Amniotic fluid index in the uncomplicated term pregnancy. Prediction of outcome*. *J Reprod Med.* 2001; 46: 589-92.
- 9) Istituto Superiore di sanità: *Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico*. Linee Guida Nazionali di Riferimento 2004.
- 10) Ghi T, Arcangeli T, Mollo F, Morndi R, Cera E, Pelusi G. *Monitoraggio della gravidanza post termine* *Riv It Ost Gin.* 2005; 8: 460-463.

Corrispondenza a:

Dott.ssa Daniela Bertani,
 UO di Ginecologia e Ostetricia –
 Ospedale C. Magati Scandiano (RE)