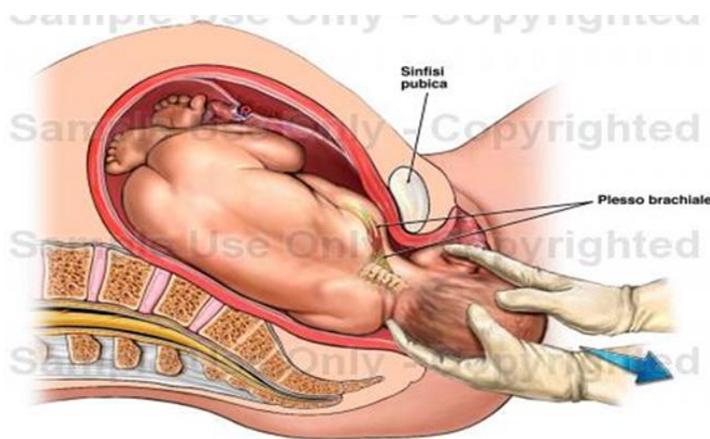


Algoritmo per la Distocia di spalla

Definizione: Fallimento del meccanismo di espulsione delle spalle dopo la fuoriuscita della testa, nonostante l'utilizzo delle abituali manovre ostetriche, entro 60 secondi o entro la successiva contrazione.

Meccanismo: La distocia di spalla avviene quando la spalla fetale anteriore (distocia "moderata") o, meno comunemente, posteriore (distocia "severa") si blocca contro la sinfisi pubica materna o il promontorio sacrale.

La distocia di spalla avviene quando la spalla fetale anteriore (distocia "moderata") o, meno comunemente, posteriore (distocia "severa") si blocca contro la sinfisi pubica materna o il promontorio sacrale.



Prevalenza

1,4% nella popolazione generale
9,2-24% se > 4500g
20-50% se > 4500g e diabete

Fattori di rischio

Prima della gravidanza:
Megalosomia della madre alla nascita
Anomalie pelviche
Diabete mellito
Obesità
Multiparità o età avanzata
Pregressa macrosomia fetale o pregressa distocia di spalla
Durante la gravidanza:
Diabete gestazionale

Aumento ponderale eccessivo
Macrosomia fetale
Tumori fetali del tronco e del collo
In travaglio:
Prolungamento del primo stadio del travaglio
Arresto secondario della dilatazione
Mancata progressione della parte presentata fetale
Parto operativo vaginale / manovra di Kristeller
Posizioni occipito – posteriori

Diagnosi

Presenza del segno della tartaruga
Assenza del fenomeno di rotazione esterna della testa fetale
Incapacità a disimpegnare le spalle mediante le sole spinte materne e trazione verso il basso

Ipossia fetale

Nessun rapporto lineare significativo è stato identificato fra l'intervallo di parto della testa e il bilancio acido-base fetale ma se il tempo tra espulsione testa e corpo fetale:

<5 minutes no significant increase risk of fetal acidosis or hypoxic ischemic encephalopathy (HIE)

>5 minutes and risk of acidosis increases 5.9% and risk of HIE increases to 23.9%

Feto non compromesso + travaglio non complicato = 7 min pH 7.25 → 6.97

Obiettivi

Aumentare la dimensione funzionale della pelvi
Ridurre il diametro bisacromiale del feto
Modificare il rapporto tra il diametro bisacromiale e quello della pelvi ossea: far ruotare il diametro bisacromiale verso il diametro obliquo del bacino

COSA NON FARE:

Regola dei 3 P

PULLING non tirare sul collo (rischio di allungamento del plesso brachiale)

PIVOTING non ruotare la testa torcendo il collo; potrebbe creare una lesione del plesso brachiale da torsione

PUSHING non spremere il fondo: questa manovra blocca di più la spalla maggiore alla parte anteriore dello stretto superiore

COSA FARE

HELPERR

H Help

E Episiotomy

L Legs (Mc Roberts)

P Pressure (Mazzanti, Rubin I)

E Enter (Rubin II, Woods)

R Remove (Jacquiere)

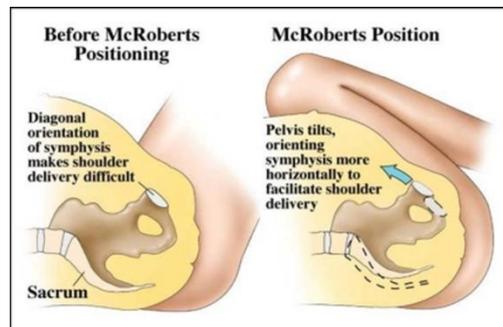
R Rotation (All –four)

H Far cessare le spinte volontarie della madre

catetere vescicale se possibile e necessario
Evitare trazioni sulla testa
Chiamare aiuto
Allertare neonatologo e anestesista
Non eseguire la manovra di Kristeller

E Praticare o ampliare l'episiotomia se necessario (per manovre int)
RCOG, Guidelines 2012

L Legs Mc Roberts

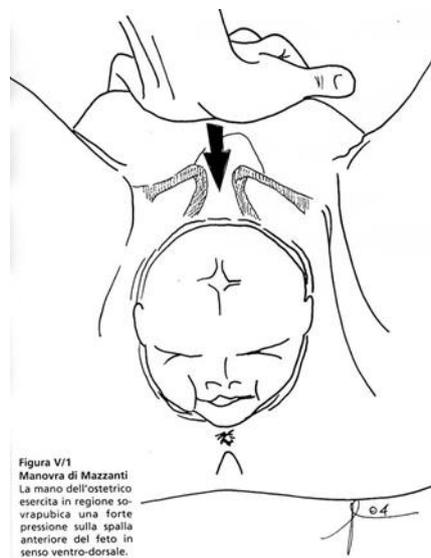


Iperflessione delle cosce sul bacino e modica divaricazione delle ginocchia senza rotazione esterna dei piedi (ginocchia su clavicole)

P Pressure

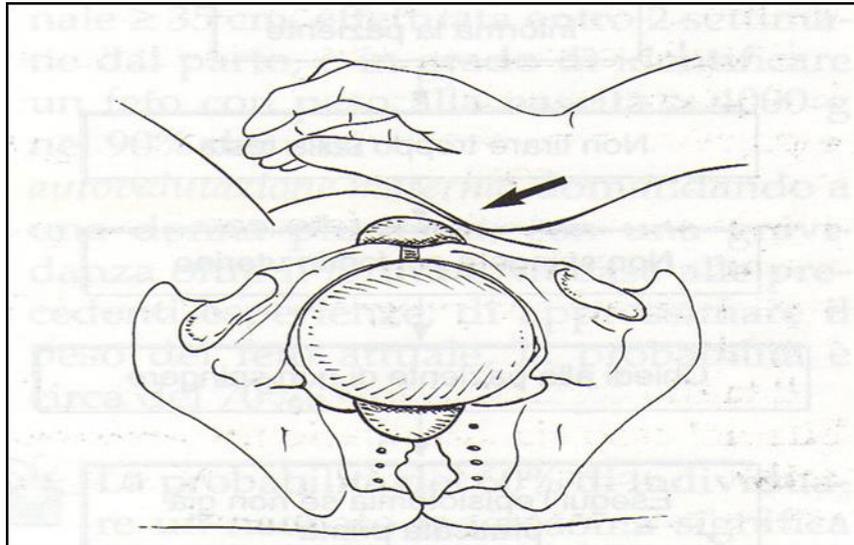
Mazzanti

La pressione sovrapubica riduce il diametro bisacromiale e ruota la spalla anteriore nel diametro pelvico obliquo



Rubin I

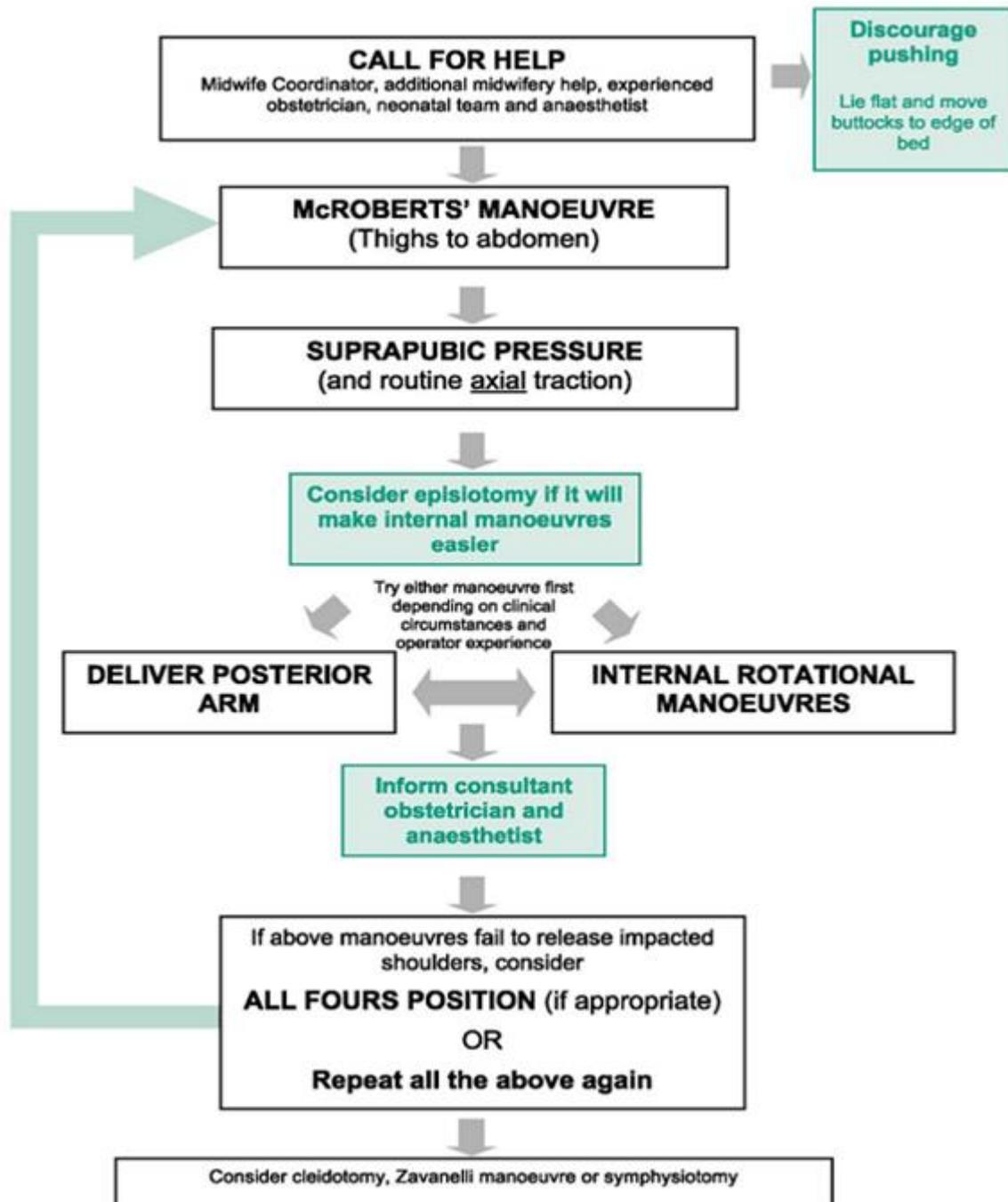
Pressione sovrapubica verso un lato (riduce il diametro bisacromiale e ruota la spalla anteriore lungo il diametro obliquo della pelvi)



La combinazione della manovra di McRoberts con la pressione suprapubica può risolvere più di 50 per cento dei casi di distocia della spalla. (evidence level B, retrospective cohort study)

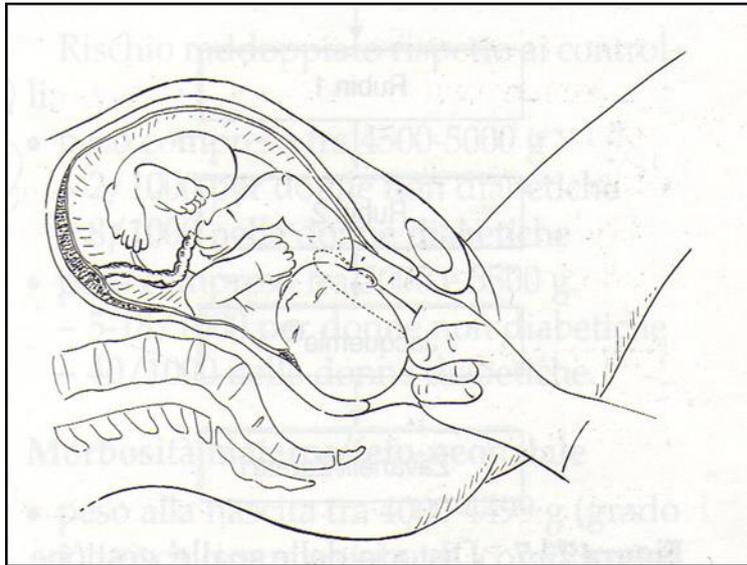
Gli ostetrici impiegano spesso la manovra del McRoberts "profilatticamente" per diminuire il rischio di distocia della spalla o per ridurre i tempi del periodo espulsivo. L'uso della manovra di McRoberts, prima della diagnosi clinica di distocia della spalla, tuttavia non cambia significativamente le forze della trazione applicate alla testa fetale durante il parto vaginale in pazienti multipare

Algoritmo RCOG



E Enter (Internal maneuvers)

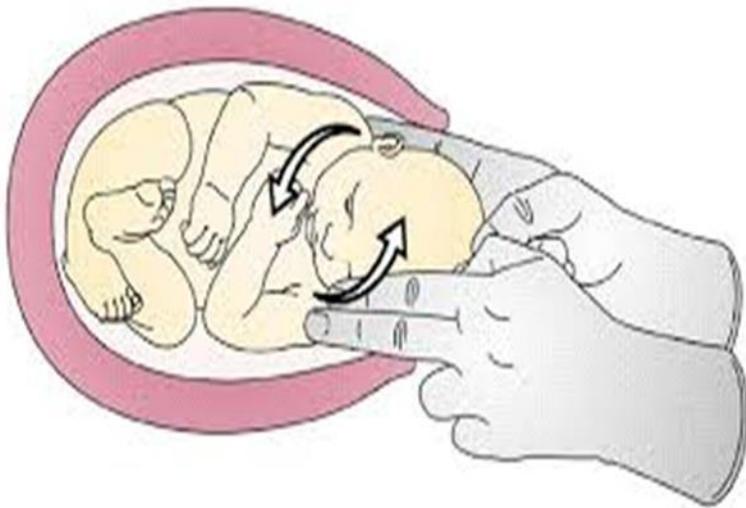
E Rubin II Pressione sulla faccia dorsale della spalla anteriore verso il torace fetale per ruotare il diametro bisacromiale



Woods screw

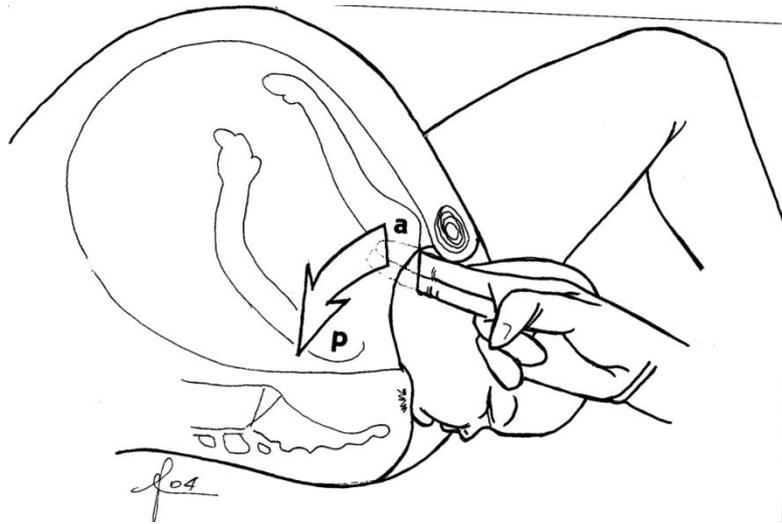
Lo stesso operatore:

Con l'altra mano fa pressione sulla faccia ventrale della spalla posteriore per ruotare il corpo fetale di 180° (principio dell'avvitamento: la spalla posteriore già disimpegnata diventa anteriore e quella anteriore bloccata diventa posteriore, dove il disimpegno è più semplice)



Distocia di spalla: cosa fare?

Manovra Rubin 2

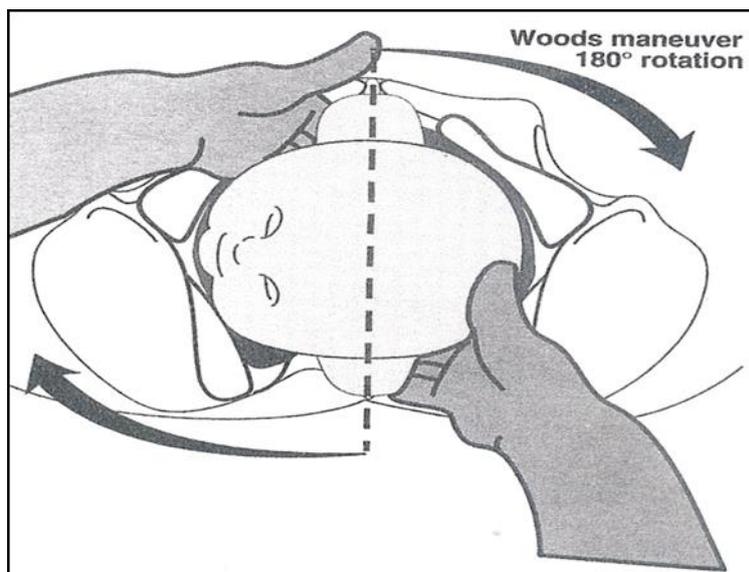


E Enter (Internal maneuvers) Reverse Woods' Screw

Lo stesso operatore:

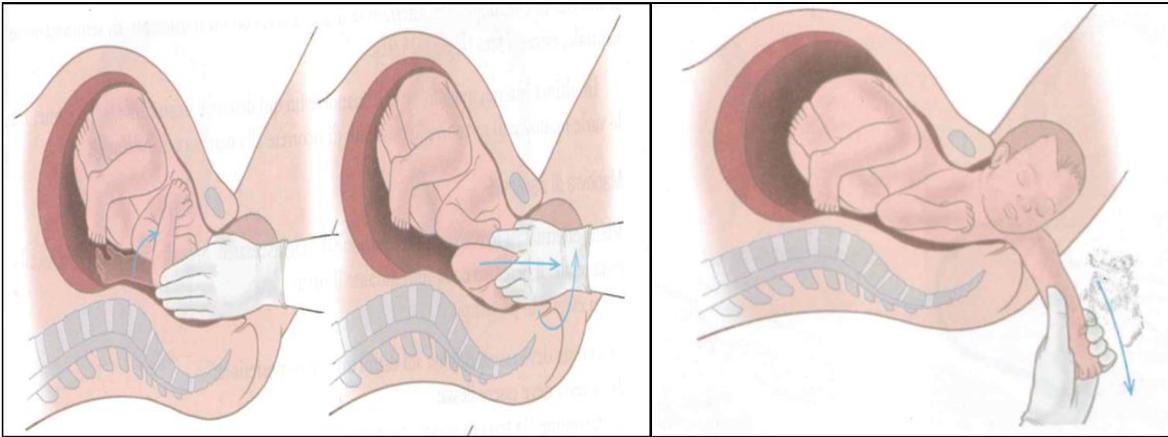
Con una mano fa pressione sulla faccia dorsale della spalla posteriore per ruotare il corpo fetale di 180°

Con l'altra mano o compie manovra di Kristeller (per avanzamento spalla posteriore), o fa pressione sulla faccia ventrale della spalla anteriore



R Removal

Jacquemier Approccio ventrale: mano in atteggiamento intremedio fra pronazione e supinazione con il palmo rivolto verso l'addome del feto. La mano raggiunge il braccio posteriore del feto e se necessario lo fa flettere in modo da afferrarne l'avambraccio. Tiraggio dell'avambraccio fetale verso l'esterno facendogli compiere un arco davanti al torace del feto. L'ostetrico utilizza il braccio posteriore disimpegnato come leva per disimpegnare il tronco fetale



Distocia di spalla: cosa fare



In caso di fallimento

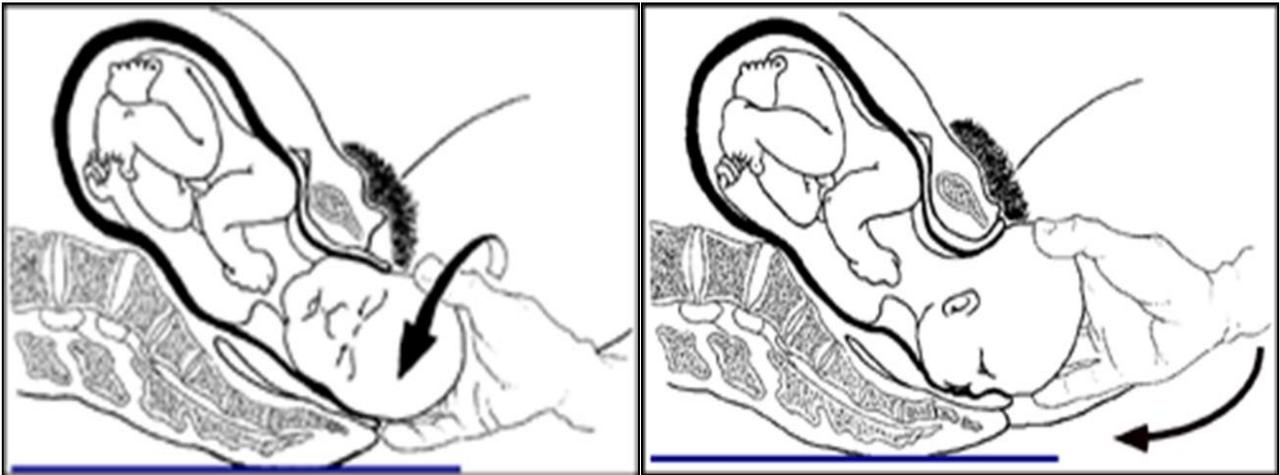
All - four o Gaskin Posizionare la paziente a carponi (mani – ginocchia appoggiate) per favorire la rotazione spontanea del diametro bisacromiale

Cleidotomia Rottura intenzionale della clavicola fetale per ridurre il diametro bisacromiale

Sinfisotomia

Zavanelli Riposizionamento della testa fetale disimpegnata nel canale

del parto ed esecuzione di taglio cesareo d'emergenza



Complicanze

Materne:

Lacerazioni V-P di III e IV grado
 Emorragia del post-partum
 Rottura d'utero (rara)

Fetali:

Acidosi e ipossiemia (Mortalità perinatale elevata, Anossia da distacco di placenta/ compressione placenta in utero, Iperafflusso intracranica e < ritorno di sangue al cuore (congestione del collo), Bradicardia da stimolazione vagale del collo)

Fratture

Paralisi nervose (Erb Duchenne – C5 e C6-, Klumpke – C8-T1)

Dopo il parto

Rischio di emorragia del post-partum

- fai il pH sul sangue ombelicale
 - esamina il neonato per evidenziare eventuali traumi
 - spiega il tipo di parto e le manovre che hai dovuto eseguire
 - scrivi in cartella ciò che è accaduto
- Le manovre devono essere dettagliate compresi gli eventuali cambi di posizione materna



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

Dipartimento Assistenziale Integrato Materno Infantile
Unità Operativa Ostetricia e Ginecologia

Direttore Prof.ssa Tiziana Frusca



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PARMA

Etichetta paziente

DISTOCIA DI SPALLA

Data Ora

Compilato da

Firma

Richiesto aiuto alle ore				
Presenti all'espulsione della testa			Altre persone sopraggiunte	
Nome	Qualifica	Nome	Qualifica	Ora di arrivo

Manovre eseguite	Operatore	Ora	Ordine	Dettagli
Trazione				Normale trazione / Kristeller / Rotazione esterna
McRoberts				
Pressione sovrapubica				Dal lato destro / sinistro
Episiotomia				No: Già eseguita/Lac. spontanea/Accesso sufficiente
Manovre di rotazione interna				
Manovra di Jacquemier				Braccio destro / sinistro
Note				

Espulsione testa	Spontanea / Strumentale: ventosa / forcipe			
Ora espulsione testa		Ora espulsione corpo		Intervallo min:
Posizione del feto	Faccia a sinistra - Spalla sinistra anteriore		Faccia a destra - Spalla destra anteriore	
Peso alla nascita	g:	Apgar 1' 5'	Arteria ombelicale	pH EB
Neonatologo chiamato	si / no	Arrivo ore:	Valutazione:	TIN:
		Dott.		si / no
Colloquio con la coppia	si / no	Eseguito da:	Note	