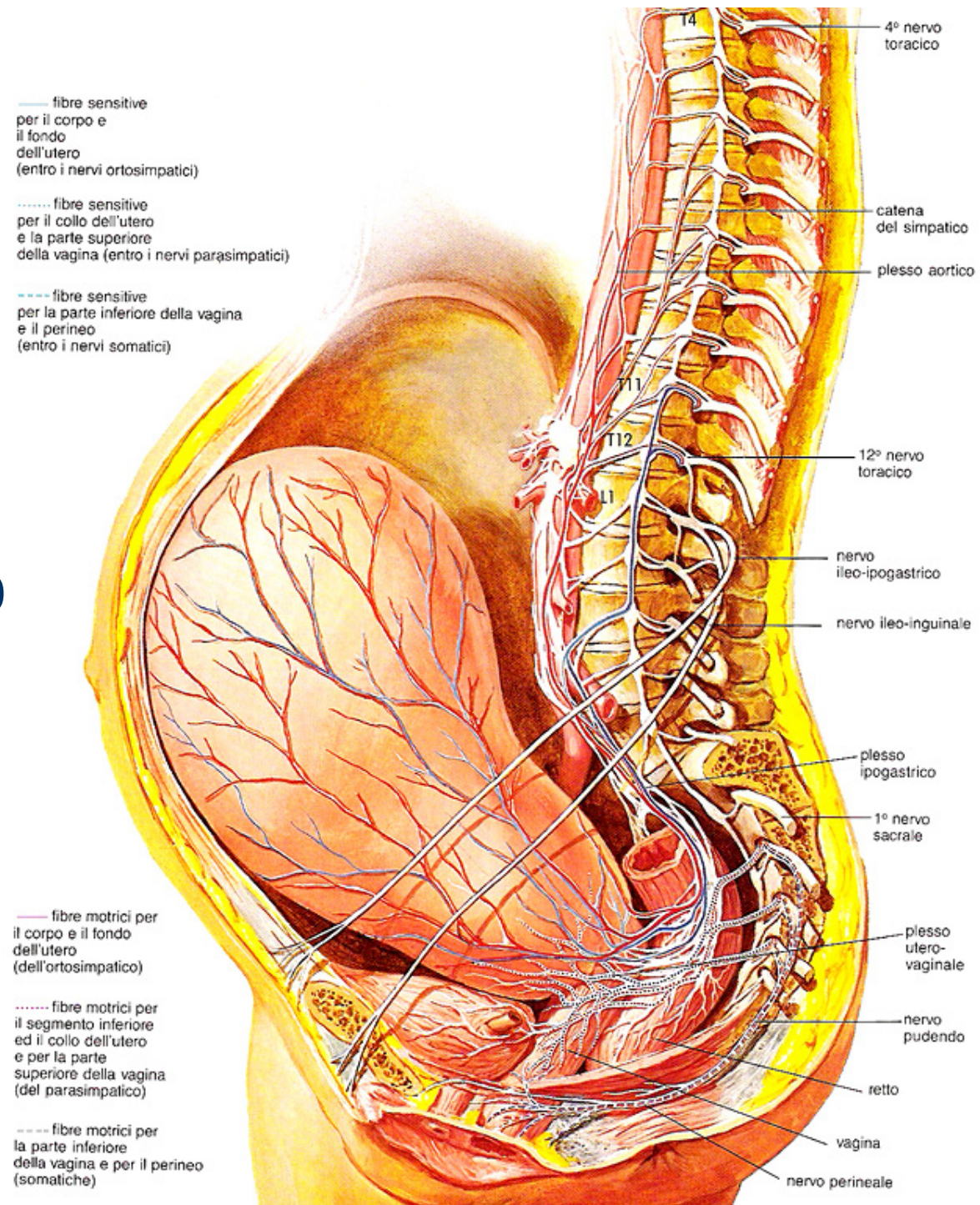




www.fisiokinesiterapia.biz

PARTO NORMALE E
PARTO DISTOCICO

Utero gravidico

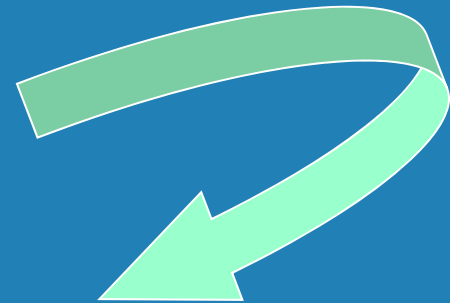




Processi attivazione e preparazione miometrio:

↑ proteine associate attività
contrattile uterina

↑ recettori ossitocina –
prostaglandine



stiramento cellule miometriali
aumento estrogeni placentari
(DHEAS)

Processi attivazione e preparazione miometrio:

DHEAS

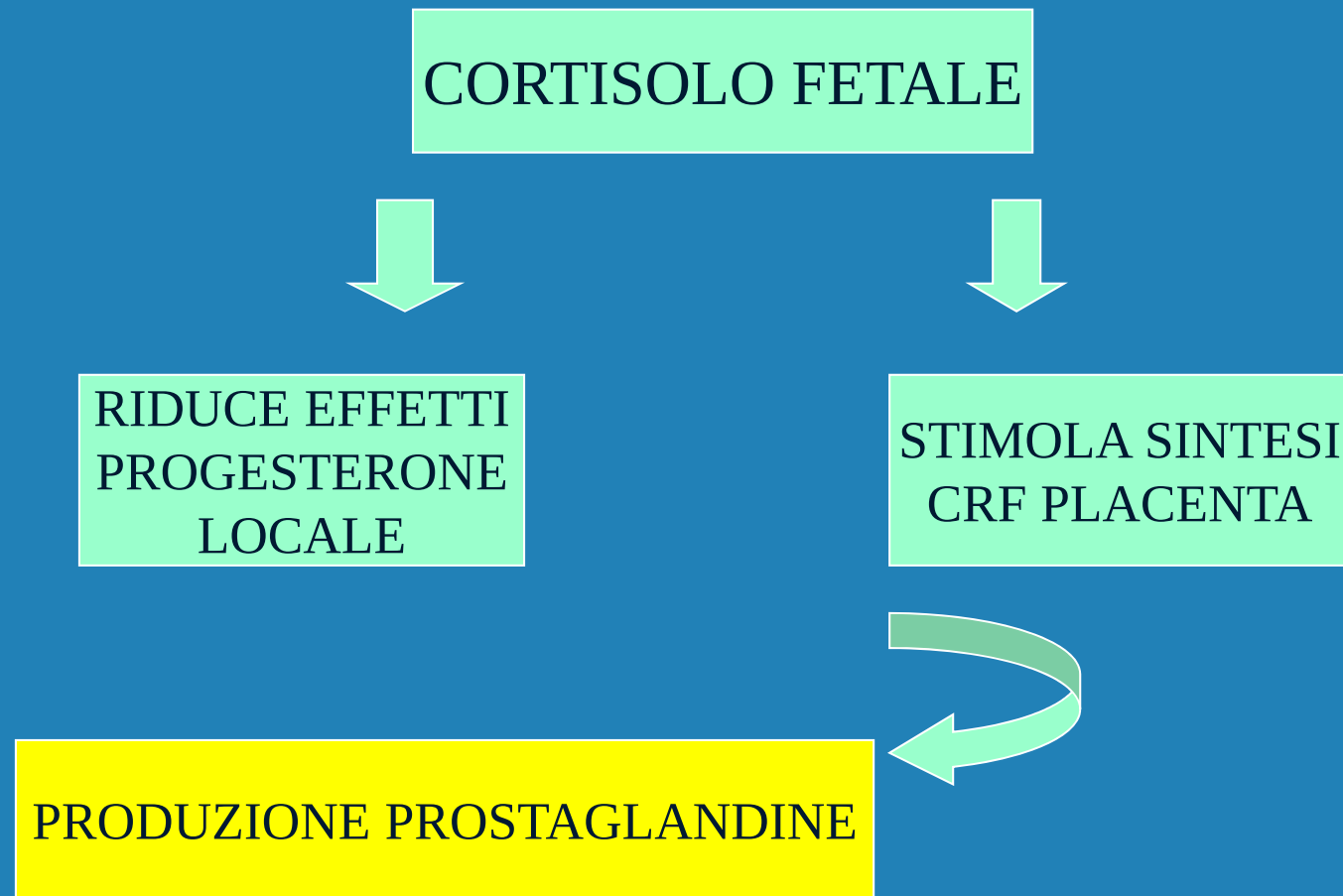


- ATTIVAZIONE ASSE IPOTALAMO-IPOFISI FETO



- AUMENTATA PRODUZIONE CORTISOLO FETALE

Processi attivazione e preparazione miometrio:



TRAVAGLIO

PROSTAGLANDINE

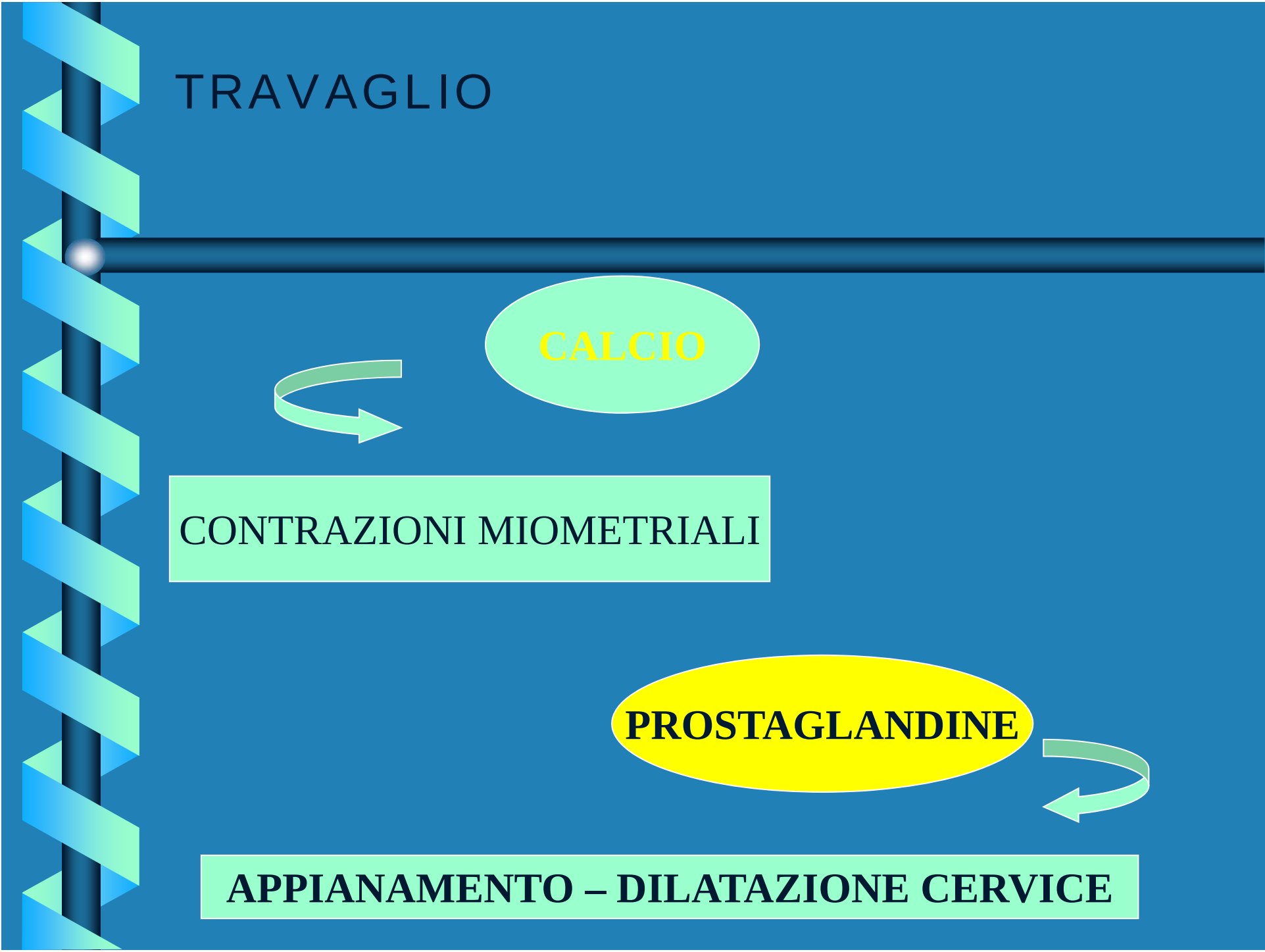


- AUMENTATA SENSIBILITA' MIOMETRIO ALL'**OSSITOCINA**
- AUMENTO PRODUZIONE **OSSITOCINA** TESSUTI CORION-DECIDUALI

OSSITOCINA



CALCIO



TRAVAGLIO

The diagram illustrates the physiological processes of labor. On the left, a vertical blue and green spiral represents the cervix. A horizontal black line with a small grey sphere on the left indicates the level of the fetus. The background is a solid blue color. Various text elements and arrows are distributed across the diagram to show the progression of labor.

CALCIO

CONTRAZIONI MIOMETRIALI

PROSTAGLANDINE

APPIANAMENTO – DILATAZIONE CERVIC

ATTIVITA' UTERINA

Velocità diffusione attività miometriale
attraverso l'utero = 1 minuto

TRAVAGLIO



The diagram illustrates the stages of labor. At the top, a light green box labeled 'TRAVAGLIO' is centered. Below it, two ovals represent different stages. The left oval is yellow and labeled 'INIZIO' (Initial), with a yellow curved arrow pointing from the 'TRAVAGLIO' box to it. The right oval is pink and labeled 'ATTIVO' (Active), with a pink curved arrow pointing from the 'TRAVAGLIO' box to it. The background is a solid blue color. On the left side, there is a vertical decorative element consisting of a black line with a series of blue and green diagonal stripes.

INIZIO
2 CONTRAZIONI
OGNI 10 MINUTI
PER UN'ORA

ATTIVO
3-5 CONTRAZIONI
IN 10 MINUTI



TRAVAGLIO

I STADIO (fase latente – fase attiva)

Inizio travaglio → dilatazione
cervicale
completa

II STADIO

Dilatazione → espulsione feto
completa

III STADIO Espulsione della placenta
(secondamento)



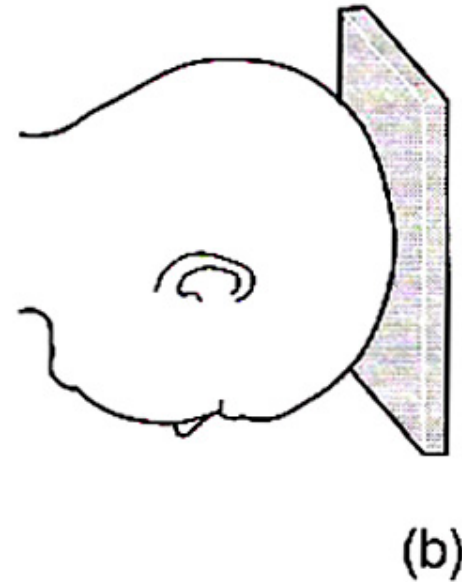
PARTO

MECCANISMI DEL PARTO:

- Flessione ed ingresso
- Discesa e rotazione interna
- Estensione ed espulsione della testa fetale
- Restituzione, rotazione esterna
- Espulsione del corpo fetale

1) Flessione ed ingresso

- Le contrazioni determinano la flessione della testa fetale e la progressione nella pelvi





2) Discesa e rotazione interna

La discesa avviene a livello delle spine ischiatiche. Il muscolo elevatore dell'ano favorisce la rotazione interna per allineare le suture sagittali per il parto attraverso il diametro maggiore anteroposteriore del canale del parto

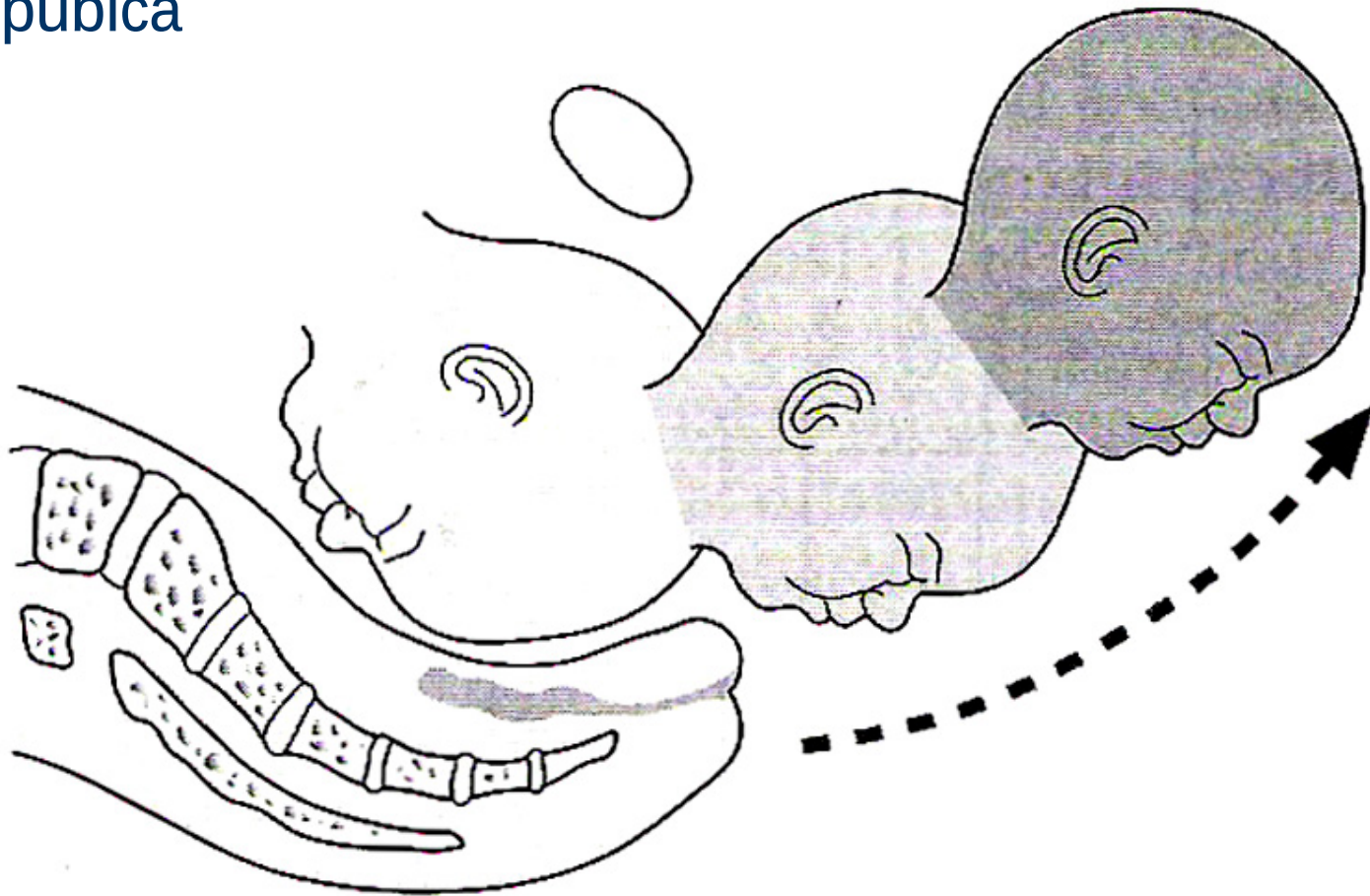


3) Estensione ed espulsione della testa fetale

- La **distensione** della parte inferiore della vagina evoca dei riflessi che stimolano la necessità di spingere
- La **spinta** si ottiene attraverso la risposta di Valsalva e la contrazione dei muscoli diaframmatici ed addominali
- La **testa fetale** determina una distensione della vagina e della vulva durante l'uscita

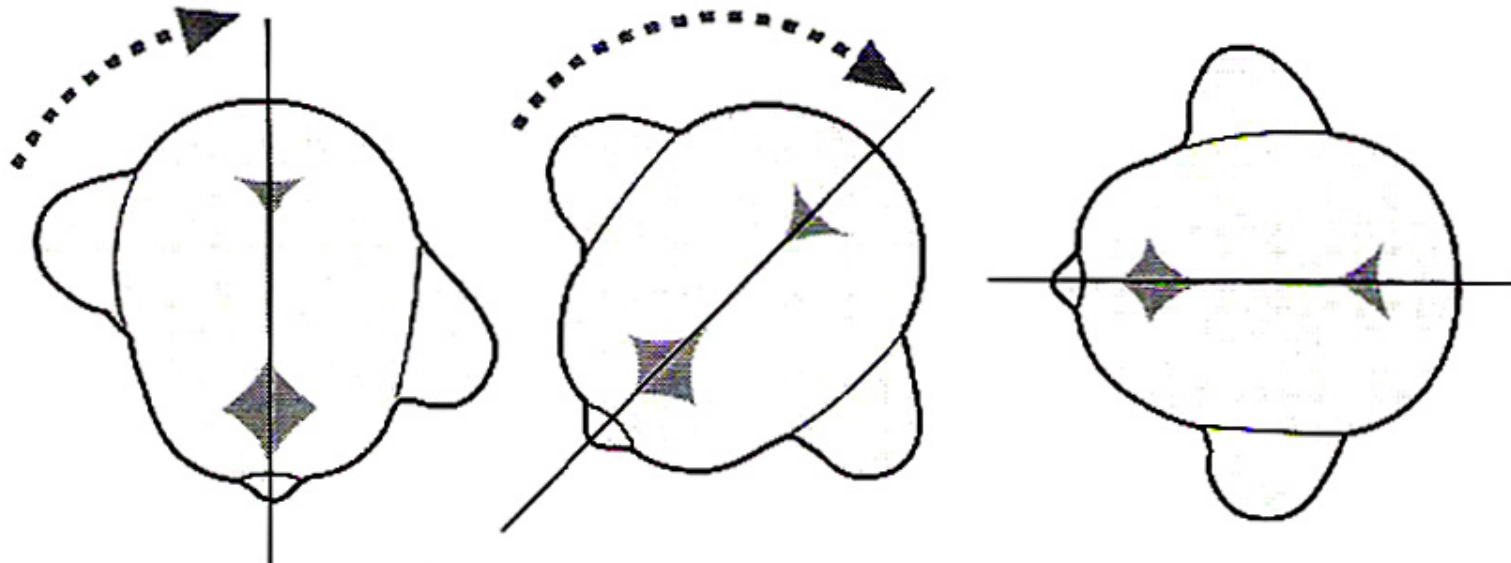
3) Estensione ed espulsione della testa fetale

L'estensione avviene una volta che la testa fetale passa oltre la sinfisi pubica



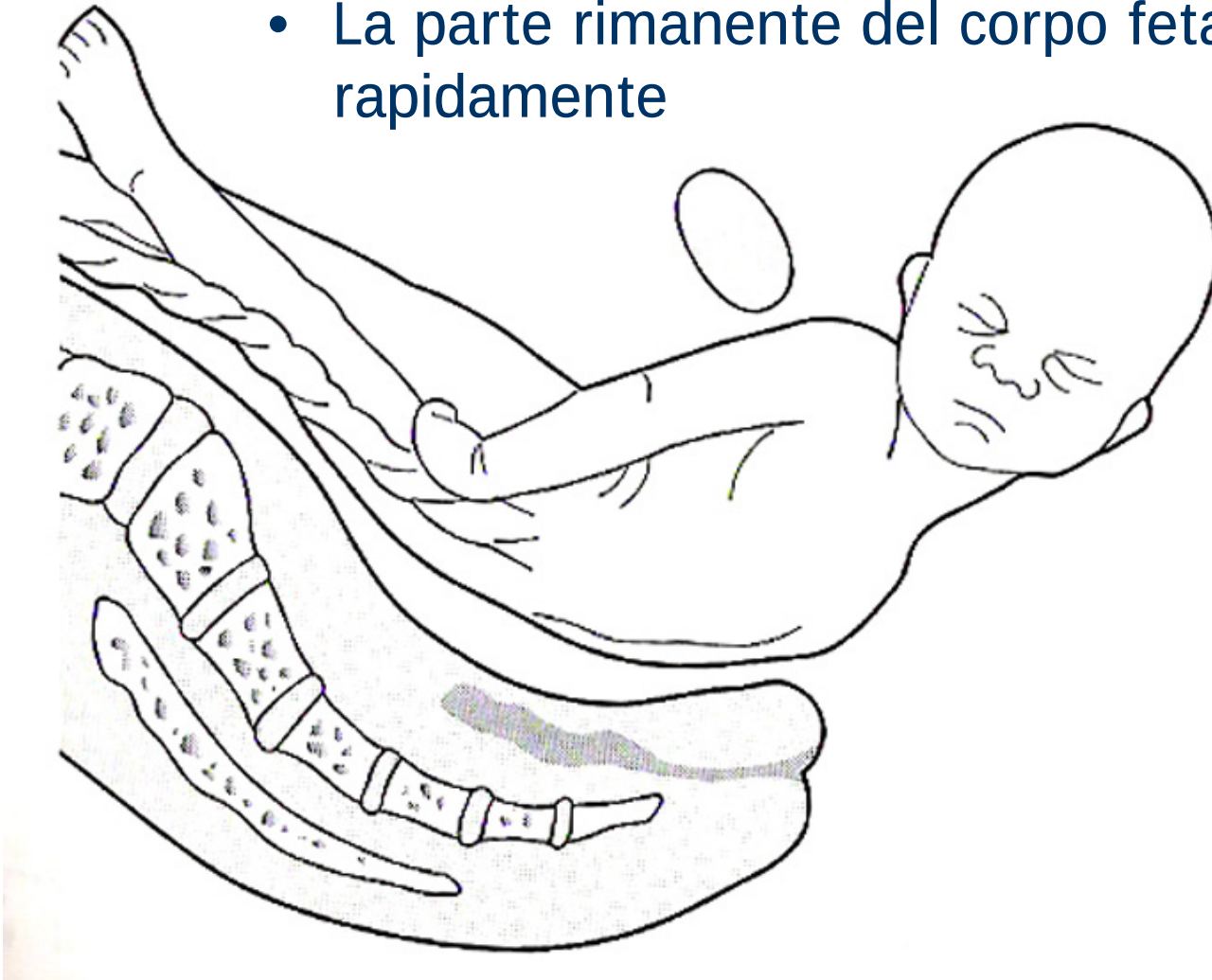
4) Restituzione, rotazione esterna (ed espulsione delle spalle)

- La testa ruota in senso occipito-laterale (restituzione) per allinearsi con le spalle
- Le spalle ruotano (il diametro bisacromiale esce nel diametro antero-posteriore del bacino pelvico)
- L'ulteriore rotazione della testa accompagna la rotazione delle spalle



5) Espulsione del corpo fetale

- L'espulsione delle spalle si assiste attraverso una flessione del corpo fetale.
- La parte rimanente del corpo fetale fuoriesce rapidamente





PARTO DISTOCICO

- Problemi di contrattilità uterina
(POWERS)
- Inadeguatezza della pelvi
(PASSAGE)
- Complicazioni fetali
(PASSANGER)



POWERS

- Falso travaglio
- Travaglio e parto precipitosi
- Arresto improvviso del travaglio
- Travaglio prolungato



Travaglio e parto precipitosi

(si conclude entro 2 ore dall'inizio della dinamica uterina)

Conseguenze:

- pericolo di partorire in luogo non adatto
- traumi fetali
- traumi materni

Fattori predisponenti:

- Impegno profondo pp a 3 cm di dilatazione
- Precedente parto precipitoso
- Utilizzo eccessivo ossitocina



Arresto improvviso del travaglio

Sospettare sempre rottura d'utero
(incidenza 1/140 – 1/300)

Fattori predisponenti:

- Precedente intervento / trauma utero
- Tagli cesarei ripetuti, infezioni uterine
- Travaglio ostacolato
- Utilizzo ossitocici
- Parto strumentale
- Manipolazione uterina



Travaglio prolungato

Oltrepassa la 24 ore o devia dal partogramma di 2-3 ore

CAUSE:

- contrazioni anomale (**powers**)
- Scarsa / ritardata dilatazione cervicale (**passenger**)
- Anomala discesa della parte presentata fetale (**passenger**)



PASSAGE

Dilatazione cervicale insufficiente / ritardata:

- non corretto impegno pp fetale
- Edema dei tessuti cervicali
- Attività contrattile debole o incoordinata
- Cicatrici cervicali (precedente cerchiaggio o conizzazione)

Anomala discesa:

- Ostacolo determinato da massa o tumore
- Masse uterine (fibromi)
- Anomala posizione della placenta
- Sproporzione materno-fetale



PASSANGER

1. Macrosomia fetale
2. Malposizione
3. Malpresentazione
4. Anomalia fetale

Conseguenze del travaglio prolungato

FETO	MADRE
Trauma	Esaurimento
Acidosi	Disidratazione
Danno ipossico	Acidosi
Infezione	Infezioni
Aumentato rischio mortalità perinatale	Rischio di rottura d'utero
Aumentato rischio Morbidità perinatale	



PARTO VAGINALE ASSISTITO

Indicazioni materne:

- Esaurimento materno
- Patologie che controindichino sforzi prolungati (cardiaca, respiratoria, disordini neurologici)

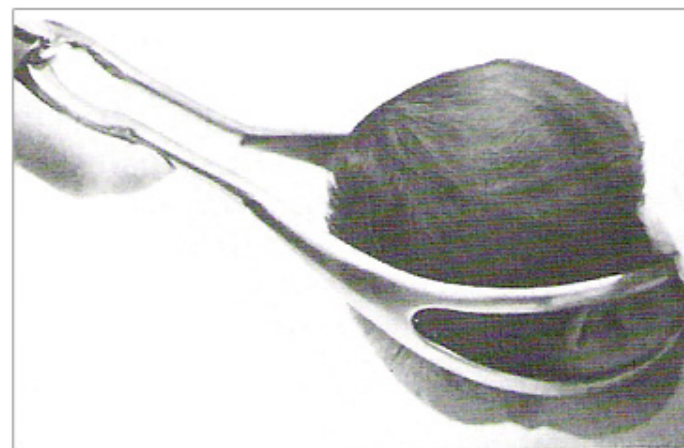
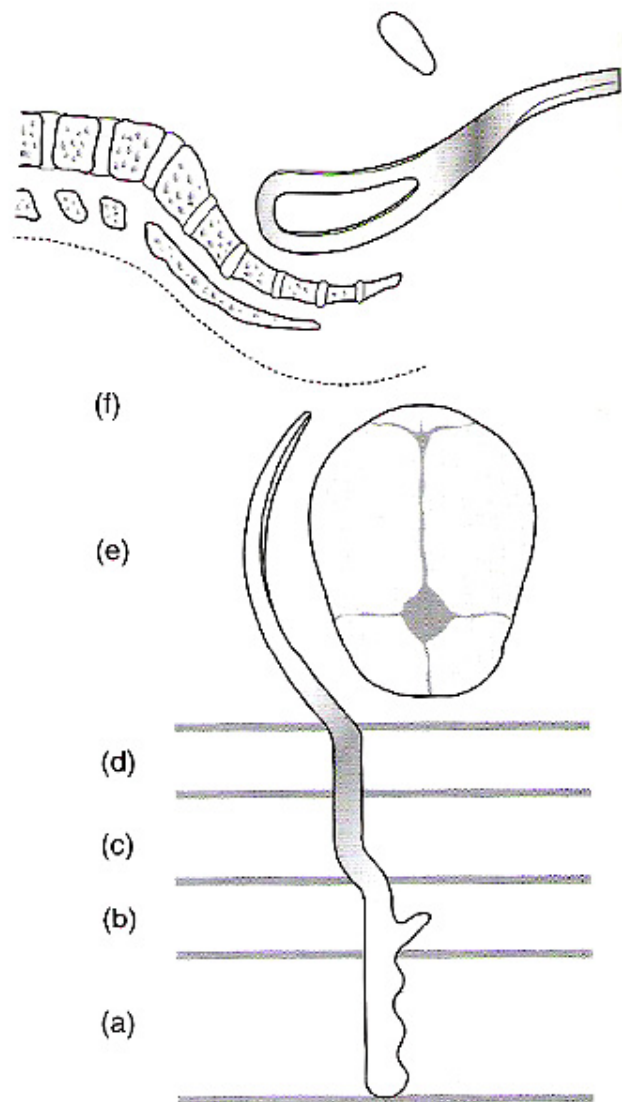
Indicazioni fetali:

- Compromissione fetale

Indicazioni in travaglio:

- Malposizione (occipito-posteriore)
- Prolungato secondo stadio
- Per anticipare il parto

PARTO VAGINALE ASSISTITO





PARTO VAGINALE ASSISTITO: COMPLICANZE MATERNE

- Lacerazioni perineali e vaginali
- Estensione dell'episiotomia
- Ematomi
- Traumi dell'uretra o dello sfintere anale
problemi immediati es. difficoltà urinare,
incontinenza urinaria, incontinenza fecale
- Lacerazioni cervicali
- Lesione terminazioni nervose lombo-sacrali
perdita transitoria della sensibilità e della
funzione motoria



PARTO VAGINALE ASSISTITO: COMPLICANZE NEONATALI

- Trauma perinatale:
 - Cefaloematoma
 - Lacerazioni dello scalpo fetale
 - Emorragia retinica
- Ittero neonatale
- Emorragia intracranica
- Distocia di spalla



DISTOCIA DI SPALLA

Condizione in cui si ha difficoltà nell'espulsione delle spalle del feto dopo la fuoriuscita della testa (0.2% dei parti)

Fattori di rischio:

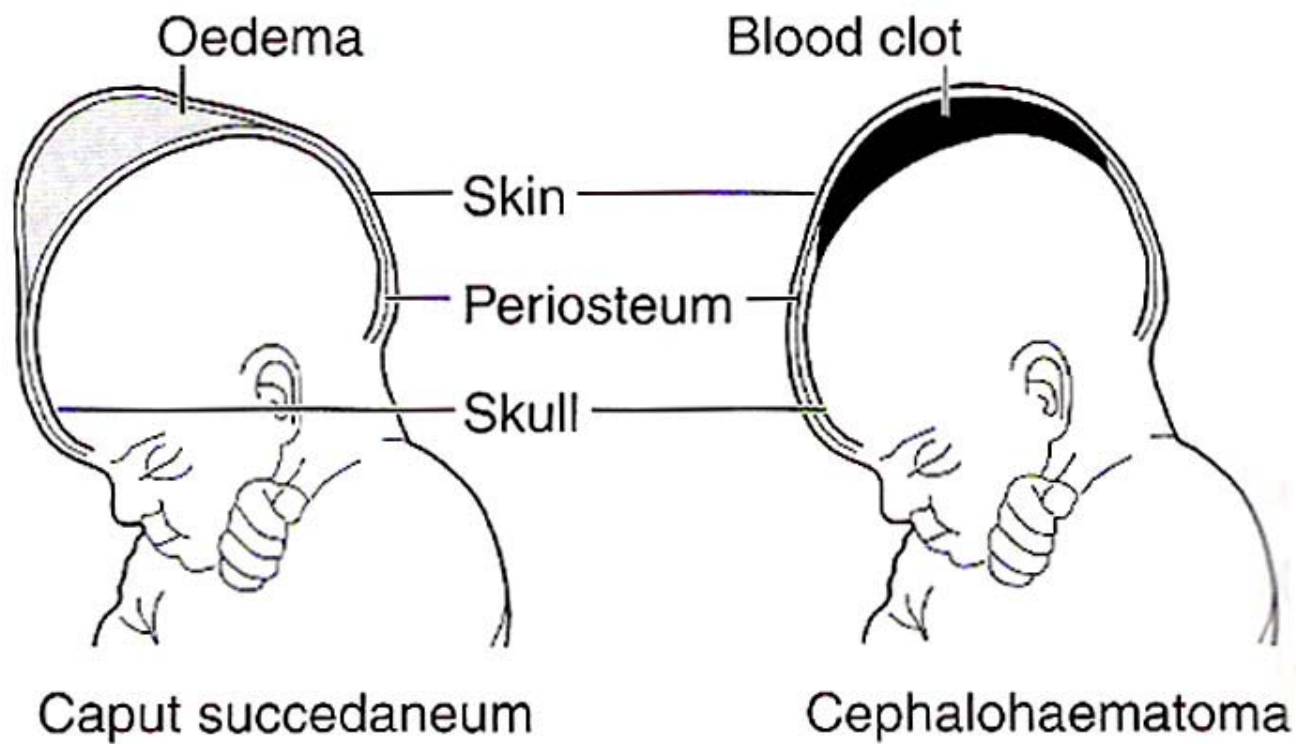
- Macrosomia fetale
- Diabete materno
- Travaglio prolungato (soprattutto secondo stadio)
- Precedente storia di distocia



TRAUMI DA PARTO

- Escoriazioni superficiali minime
- Caput succedaneum
- Cefaloematoma
- Fratture scheletro cranico
- Emorragia subdurale
- Emorragia intracranica
- Encefalopatia ipossico-ischemica
- Paralisi facciale
- Tumore sternomastoideo
- Paralisi plesso brachiale
- Fratture
- Danni viscerali

Traumi da parto





Escoriazioni superficiali minime

- Descrizione: ecchimosi superficiale, abrasione, petecchie, emorragia subcongiuntivale, segni da compressione
- Cause: parto normale, applicazione di forcipe, taglio cesareo
- Trattamento: osservare il bambino, rassicurare la madre



Caput succedaneum

Descrizione: tumefazione da edema sopra il vertice o l'occipite

Cause: la stasi linfatica e venosa produce una raccolta sierosa che separa l'aponeurosi dal periostio. Si associa al travaglio. Il grado di tumore da parto riflette la durata e la difficoltà del travaglio.

Trattamento: Osservazione, risoluzione spontanea nell'arco di 24 ore



Cefaloematoma

- Descrizione: tumefazione ben definita al di sopra dell'osso parietale
- Cause: raccolta di sangue tra il periostio dell'osso parietale ed è delimitato dalle linee di sutura ossea. Si associa a parto vaginale, parto con forcipe, estrazione con ventosa, frattura delle ossa del cranio
- Trattamento: osservazione, può aumentare di estensione. Si risolve in 2-3 settimane. Può contribuire alla comparsa di ittero.



Fratture scheletro cranico

- Descrizione: fratture lineari o fratture depresse
- Cause: parto spontaneo, parto vaginale assistito (forcipe o taglio cesareo)
- Trattamento: nessuno a meno che non vi sia sanguinamento cerebrale, irritazione neurologica focale o paresi



Emorragia subdurale

- Descrizione: sporgenza delle fontanelle, irritazione cerebrale, emorragia retinica e basso punteggio di Apgar
- Cause: eccessivo tumore da parto, parto pretermine, estrazione con forcipe difficoltosa, rotazione difficile, estrazione podalica, rottura di vene nello spazio subdurale
- Trattamento: drenaggio subdurale. Conferma la diagnosi e riduce la pressione intracranica.



Emorragia intracranica

- Descrizione: neonato scioccato o deceduto con ferite nel tentorio cerebellare identificate nel post-mortem.
- Cause: parto spontaneo precipitoso o dopo travaglio difficoltoso, parto pretermine, estrazione podalica, parto assistito strumentale
- Trattamento: la condizione tende a risultare fatale. Se il neonato sopravvive, la puntura lombare può confermare e l'ecografia può essere utilizzata per localizzare l'estensione del sanguinamento e dare un'idea della prognosi.



Encefalopatia ipossico-ischemica

- Descrizione: basso punteggio di Apgar, irritabilità. Fontanella distesa e convulsioni toniche
- Causa: qualunque evento che possa provocare una ipossia fetale
- Trattamento: osservazione, sedare se irritato. Si può avere una risoluzione completa della condizione o persistere vari gradi di handicap



Paralisi facciale

- Descrizione: paralisi dei muscoli facciali, impossibilità di chiudere l'occhio dalla parte della faccia interessata
- Cause: in genere in seguito a parto con forcipe quando si verifica una compressione del nervo facciale dietro al forame stilomastoideo
- Trattamento: risoluzione spontanea nell'arco di qualche giorno. Applicare massaggio facciale per mantenere il tono muscolare. Proteggere la cornea dell'occhio interessato.



Tumore sternomastoideo

- Descrizione: ematoma del sternomastoideo
- Causa: parto con rotazione, macrosomia fetale con distocia di spalla, parto podalico dopo manovra di Lovsett
- Trattamento: Controllare il collo in tutti i parti difficoltosi. Se la condizione non viene diagnosticata, può esitare in una torsione del collo. La fisioterapia e lo stiramento muscolare 3-4 volte al giorno possono essere utili



Paralisi plesso brachiale

- A) Erb-Duchenne : 5-6 nervo cervicale è torto ed i nervi compressi dal sanguinamento. Il braccio del lato interessato è retratto con pronazione della parte superiore e flessione al gomito.
 - B) Klumpke: lesione del 7-8 nervo cervicale. Produce una caduta con rotazione del braccio e paralisi della mano.
- Cause: trauma da stiramento in seguito ad estrazione difficoltosa delle spalle
 - Trattamento: sostenere il braccio in posizione di rilassamento. Il braccio nella variante di Erbs viene flesso ed addotto. Fisioterapia 3-4 volte al giorno.



Fratture

- Descrizione: frattura a “legno verde” del braccio o della clavicola. Una pseudoparalisi o riluttanza da parte del neonato a muovere l’arto dovrebbero essere segni d’allarme.
- Cause: specialmente nel parto podalico o in caso di distocia di spalla. Occasionalmente può verificarsi in seguito a parto normale.
- Trattamento: confermare mediante radiografia. Mantenere a riposo l’arto interessato.



Danni viscerali

- Descrizione: il fegato e la milza sono gli organi più frequentemente danneggiati.
- Cause: nel parto podalico quando le mani vengono applicate troppo alte nella manovra di Lovsett, particolarmente in un feto piccolo o pretermine. Può anche accadere dopo una rianimazione vigorosa.
- Trattamento: deterioramento delle condizioni neonatali e sospetto di addome acuto. Necessaria laparotomia.