

A vertical decorative bar on the left side of the page, consisting of two stacked rectangular segments. The top segment is dark gray and the bottom segment is light gray.

PROLASSO DI FUNICOLO

Prolasso di funicolo

- ▶ Si verifica quando il cordone ombelicale scivola sotto la parte presentata, con le membrane rotte
- ▶ Dovrebbe sempre essere escluso quando si verifica la rottura spontanea delle membrane (soprattutto se fattori di rischio) e quando viene eseguita l'amniorexi
- ▶ La diagnosi può essere suggerita da improvvise anomalie sul CTG
- ▶ Si verifica quando il funicolo risulta visibile all'esterno della vulva o protrude in vagina (N.B. Quest'ultimo aspetto è valutabile solo facendo una ispezione vaginale divaricando con le dita le grandi e le piccole labbra)



FATTORI DI RISCHIO

- ▶ Presentazione podalica
- ▶ Testa fuori dal scavo pelvico all'inizio del travaglio
- ▶ Gravidanza multipla
- ▶ Polidramnios
- ▶ Parto pretermine



Complicanze

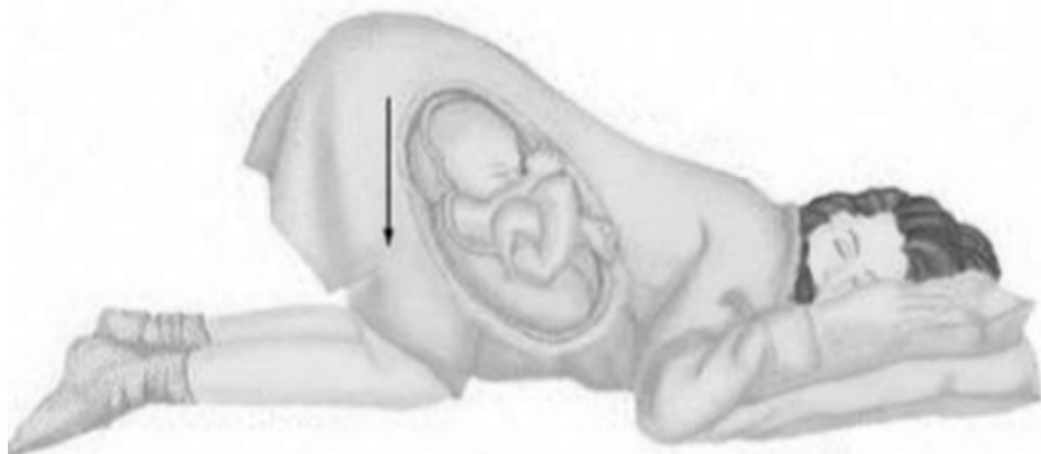
- Compressione del funicolo tra il bacino osseo e la testa
 - Arresto della circolazione sanguigna nel cordone
 - Se la durata della compressione è sufficientemente prolungata:
 - Lesioni neurologiche gravi
 - Asfissia



Action plan

- ▶ Spingere la parte presentata verso l'alto per impedire così la compressione del funicolo e/o interporre due dita allargate tra la testa fetale ed il bacino osseo materno in modo da ottenere un "ponte" che impedisca lo schiacciamento del cordone ombelicale
- ▶ Sentire la pulsazione del funicolo, ma evitare inutili manipolazioni
- ▶ Posizionare la donna in posizione genupettorale (a quattro zampe) o in decubito laterale sinistro con dei cuscini che sollevano la pelvi (per trasporto)
- ▶ Trasferire immediatamente la donna presso il centro nascita per CS d'emergenza
- ▶ Se per qualsiasi motivo il parto viene dilazionato (o durante il trasporto), riempire la vescica con 500 ml di soluzione salina allo 0,9%. Questo allevia direttamente la compressione del cordone così come indirettamente (inibendo le contrazioni uterine) - non dimenticare di svuotare la vescica

A gloved hand in the vagina pushes the fetus upward and off the cord.



Knee-chest position uses gravity to shift the fetus out of the pelvis. The woman's thighs should be at right angles to the bed and her chest flat on the bed.



The woman's hips are elevated with two pillows; this is often combined with the Trendelenburg (head down) position.



PRESENTAZIONI ANOMALE

Faccia



Fronte



Podalica



Spalla



Presentazioni anomale



Presentazione podalica



Presentazione podalica

- ▶ Presenza delle natiche o del podice in prossimità del canale del parto, mentre l'estremo cefalico si trova presso il fondo dell'utero
- ▶ La presentazione podalica può essere classificata come:
 - ▶ Completa: cosce e gambe entrambe flesse. A termine 5-10% dei feti sono in questa posizione
 - ▶ Incompleta: una o entrambe le anche e le ginocchia sono estese, con presentazione da parte di uno o di entrambi i piedi
 - ▶ Varietà natiche: le cosce sono flesse sull'addome e le gambe estese, con i piedi che raggiungono l'estremo cefalico del feto
- ▶ A termine 50-70% dei feti sono in questa posizione



-
- ▶ La presentazione podalica può essere diagnosticata in epoca prenatale o in travaglio
 - ▶ Per i casi diagnosticati in epoca antenale, la modalità del parto deve essere discussa e indicata chiaramente nel piano del parto
 - ▶ Il parto podalico vaginale deve essere assistito solo da un operatore esperto

Ad inizio travaglio:

- ▶ Conferma la presentazione mediante ecografia
 - ▶ Discutere con la paziente riguardo alla modalità del parto
 - ▶ Se le membrane sono intatte, valutare ev ECV
-



Criteri per parto podalico

Non controindicazioni al parto vaginale (placenta previa, pelvi ristretta, prolasso di funicolo)

Non pregresso taglio cesareo

Assenza di anomalie fetali che possono causare distocia

Peso stimato almeno 2000-2500 g, non oltre 4000 g

Epoca gestazionale ≥ 36 settimane

Non iperestensione della testa fetale (angolo di estensione $< 90^\circ$)

Varietà natiche o completa (la varietà incompleta è una controindicazione)

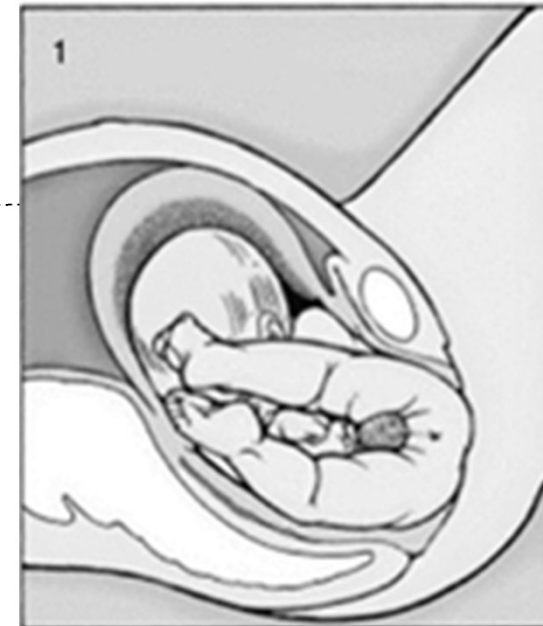
Travaglio insorto spontaneamente

Personale esperto nell'assistenza al parto podalico e sala operatoria disponibile per cesareo d'emergenza

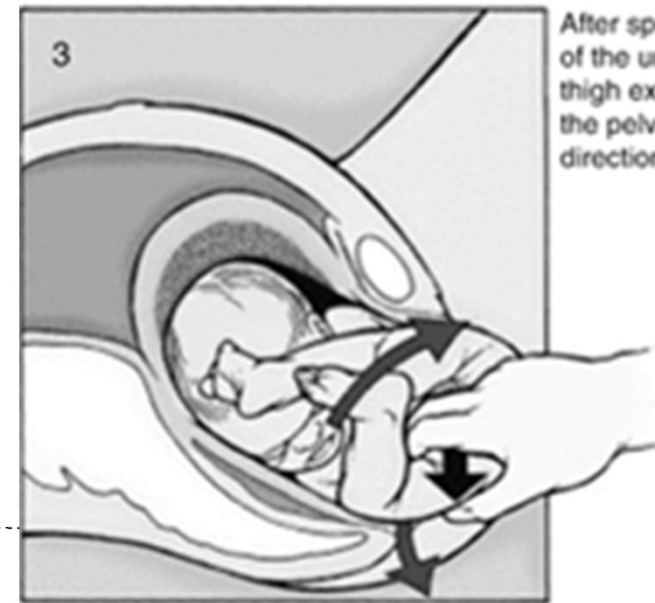


Parto podalico - arti inferiori

- ▶ La madre è incoraggiata a spingere finché i piedi, le gambe e il tronco sono visibili
- ▶ Il tronco deve essere posto su un supporto orizzontale rigido a livello del canale del parto
- ▶ Se le gambe sono estese, nella varietà natiche, dopo che l'ombelico ha passato il piano perineale, il disimpegno degli arti inferiori può essere facilitato esercitando una pressione con due dita contro il cavo popliteo (*manovra di Pinard*)
- ▶ Sostenere con l'avambraccio il corpo fetale: il palmo della mano sostiene il corpo lasciando pendere le gambe ai lati dell'avambraccio



As the fetus begins to emerge, the posterior hip will deliver, usually from the 6-0'clock position.

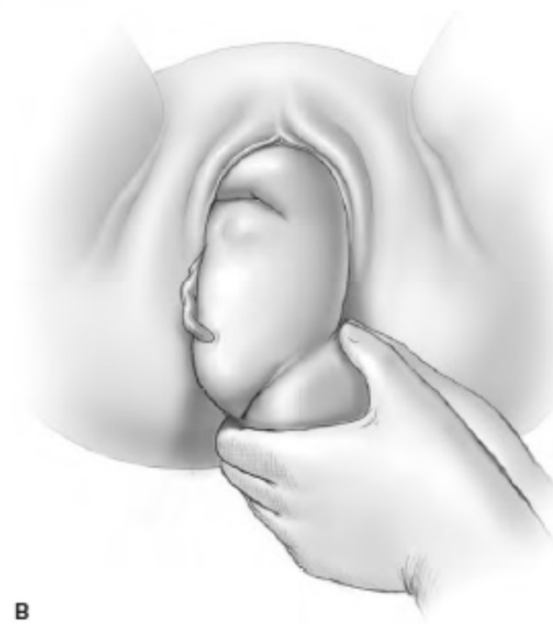


After spontaneous expulsion of the umbilicus, rotate the thigh externally and rotate the pelvis in the opposite direction.



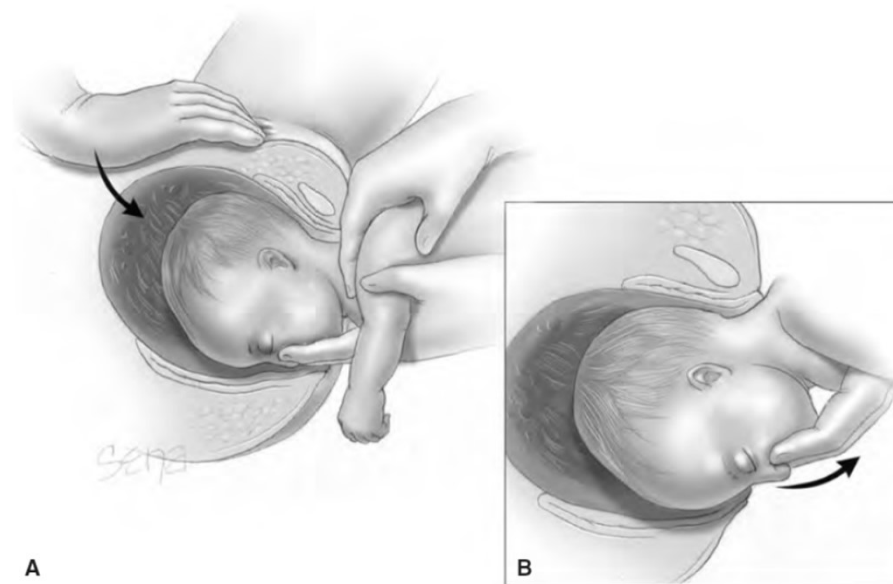
Parto podalico - tronco e spalle

- ▶ Ruotare il neonato in modo che la sua schiena sia posta anteriormente, maneggiando il corpo fetale con accortezza per evitarne lo scivolamento
- ▶ Un'ansa del cordone dev'essere fatta scorrere verso il basso per evitare stiramenti
- ▶ Quando le scapole sono visibili, il feto viene afferrato a livello delle anche o del bacino e il tronco viene fatto ruotare su un piano antero-posteriore in modo da favorire il disimpegno della spalla anteriore e successivamente viene fatto ruotare nella direzione opposta di 180° per favorire il disimpegno della spalla opposta



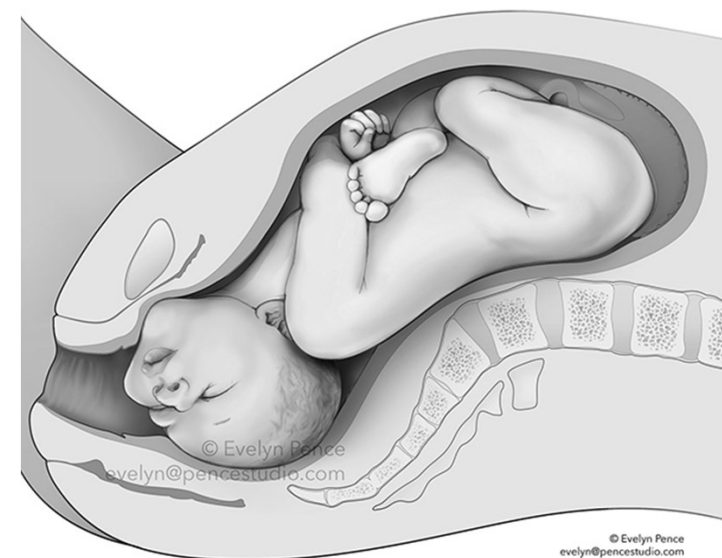
Parto podalico - testa

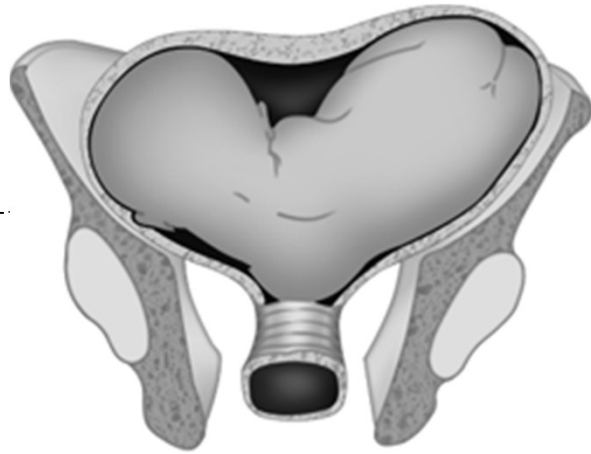
- ▶ La nuca del feto dovrebbe rendersi visibile dopo il disimpegno delle spalle
- ▶ Per favorire la rotazione anteriore del dorso, la progressione della testa nel canale del parto ed ostacolarne la deflessione è utile che un assistente eserciti una continua pressione sovrapubica
- ▶ La flessione e il disimpegno della testa possono essere favorite da diverse manovre
- ▶ *Manovra di Mauriceau Smellie Veit (MSV)*: il corpo del feto giace sull'avambraccio dell'operatore, l'indice e medio della mano destra posti sopra la mascella premono verso il basso mantenendo la flessione della testa e viene esercitata una contropressione sull'occipite con la mano sinistra



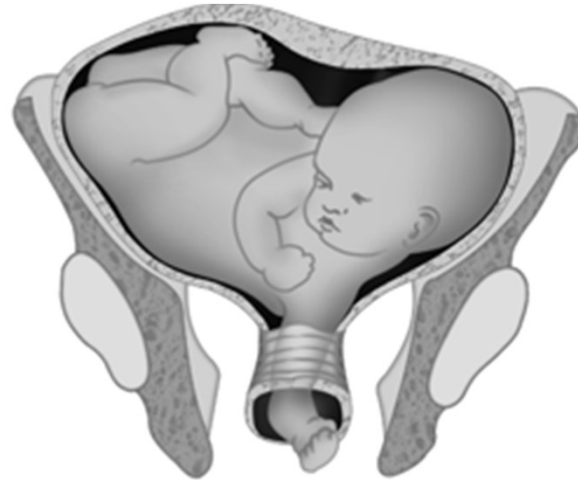
Presentazione di faccia o con un arto

- ▶ E' possibile intravedere in zona vulvare la faccia, un arto o ambedue.
- ▶ Si accompagna spesso ad un prolasso di cordone ombelicale.
- ▶ Il parto in ambiente extraospedaliero è ovviamente controindicato, pertanto bisognerà trasferire la donna in Emergenza in un Pronto Soccorso Ostetrico tentando di evitare le spinte materne.
- ▶ In caso di coesistenza di prolasso di funicolo adottare le tecniche già illustrate





A. Impacted shoulder.



B. Prolapsed arm.



C. Prolapsed umbilical cord.

Source: G. D. Posner, Jessica DY, A. Black, G. D. Jones: Human Labor & Birth, 6th Edition
www.obgyn.mhmedical.com
Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.