

CASE STUDIES

Si presenta al pronto soccorso ostetrico una donna di 32 anni, alla 32^a settimana di gestazione, riferisce la presenza di contrazioni uterine intense. Dall'esame obiettivo si evidenziano buone condizioni generali della gestante, senza edemi e senza varici agli arti inferiori. La paziente è alta 158 cm, peso attuale 69 kg, con un incremento ponderale complessivo di 10 kg; PA di 125/80 mmHg, presenta un polso ritmico (78 bpm).

L'ostetrica triagista pone alcune domande alla donna per avere gli elementi necessari per stipulare un'anamnesi familiare completa della paziente. La gestante non presenta ipertensione, malattie cardiovascolari e diabete ed afferma di non essere allergica a farmaci. L'ostetrica pone altre domande per avere un quadro sull'anamnesi ginecologica/ostetrica della paziente. La paziente riferisce di aver avuto cicli mestruali regolari per ritmo, durata e quantità. A 24 anni ha avuto un aborto spontaneo nel primo trimestre di gravidanza, a 28 anni una gravidanza con esito parto spontaneo a termine di una femmina del peso di 3.250 g.

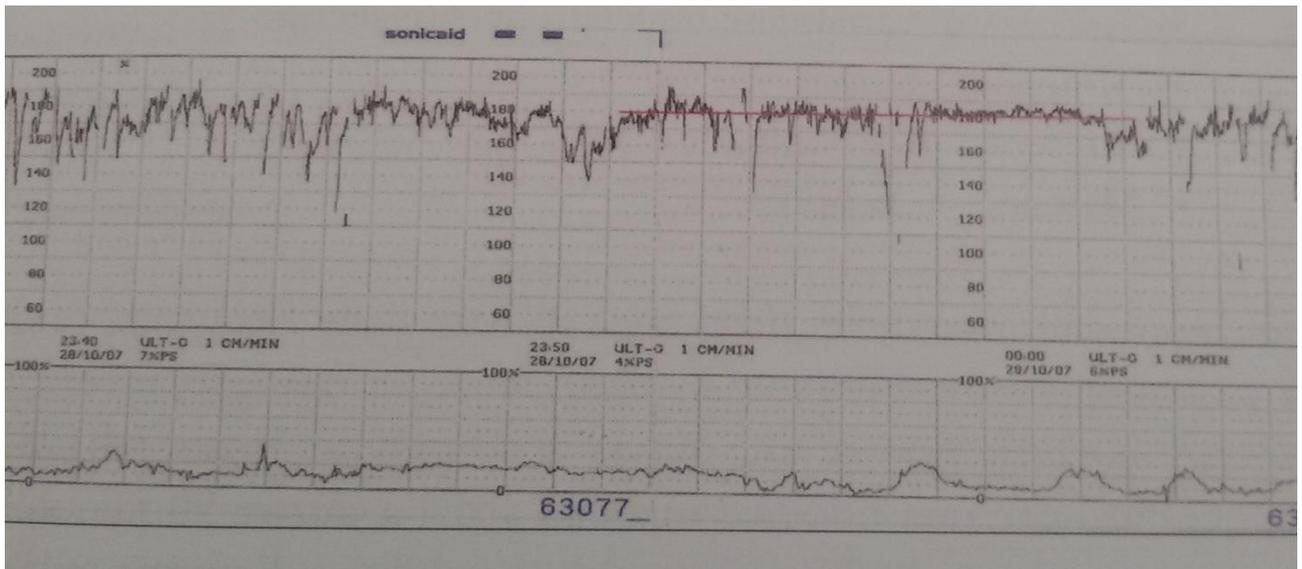
Dall'anamnesi patologica prossima si evidenzia la comparsa di contrazioni uterine a partire dalla 28^a settimana e per questo la donna inizia ad assumere una terapia tocolitica con Progesterone. Il Progesterone infatti aumenta la consistenza del collo dell'utero rendendolo più resistente.

Si reca al pronto soccorso perché le contrazioni uterine da qualche giorno si sono fatte decisamente più intense. Alla prima visita ostetrica si osserva un utero di volume pressoché corrispondente all'epoca di amenorrea, la presenza di un feto in situazione longitudinale con estremo cefalico in basso, adagiato allo stretto superiore, collo dell'utero posteriore, raccorciato del 50%, pervio al dito, assenza di perdite ematiche e di liquido amniotico. Dopo la visita ostetrica si effettuano le Manovre di Leopold per porre diagnosi di posizione, presentazione e situazione fetale. Successivamente si pongono i trasduttori sull'addome della madre, in decubito supino, per andare a rilevare il BCF e le contrazioni uterine.

La Frequenza cardiaca fetale oscilla tra i 120 e i 179 bpm. Si possono manifestare casi di tachicardia o bradicardia fetale.

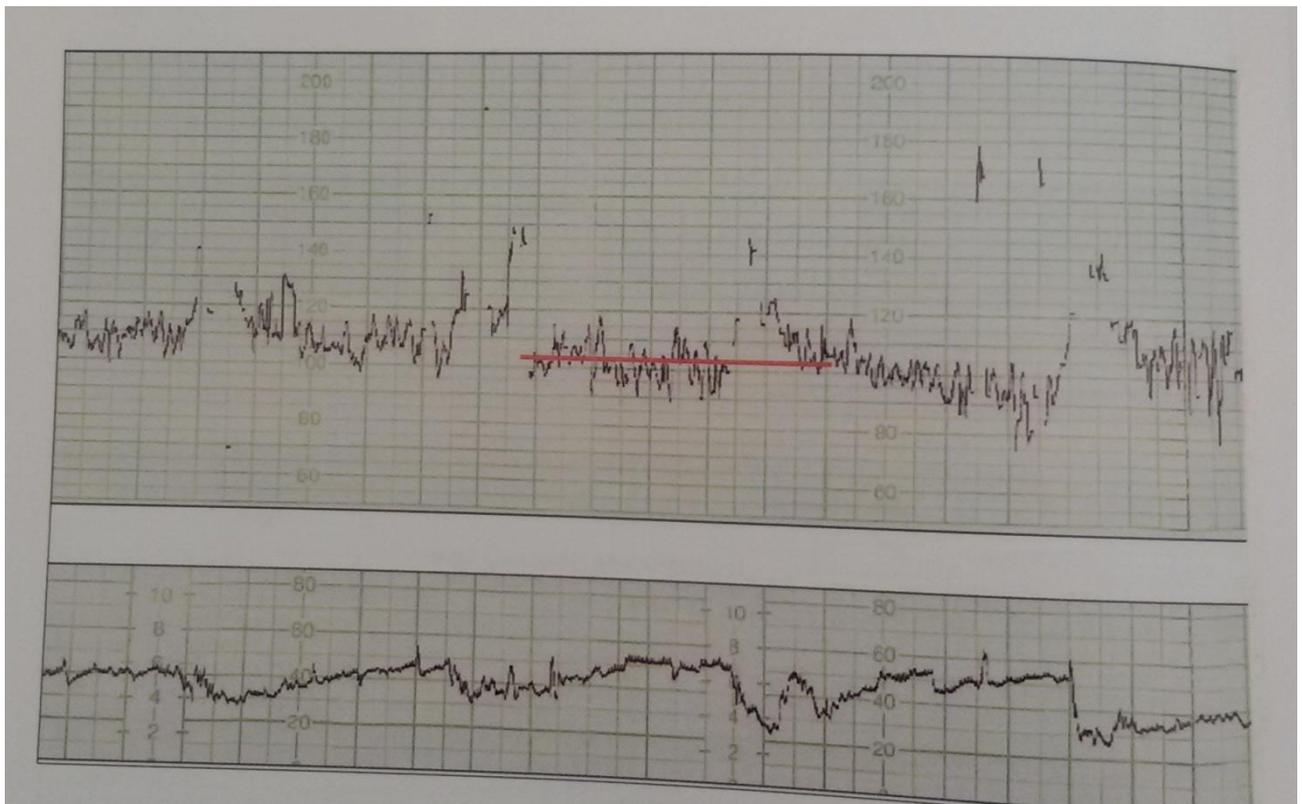
Si parla di Tachicardia fetale se il BCF ha una frequenza superiore a 180 bpm.

Fig .6 TACHICARDIA FETALE



Si parla di Bradicardia fetale se il BCF ha una frequenza inferiore a 120 bpm.

Fig. 7 BRADICARDIA FETALE



Nella valutazione del tracciato vanno considerate le decelerazioni, che sono riduzioni periodiche della frequenza del BCF.

Le decelerazioni si distinguono in:

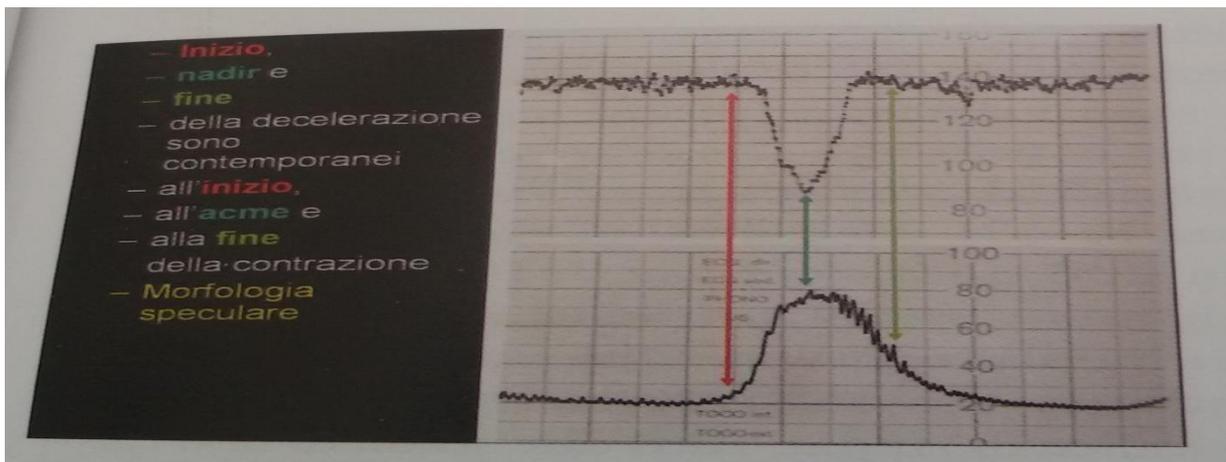
PRECOCI (Dip 1 –early decelerations);

TARDIVE (Dip 2 - late decelerations);

VARIABILI (Dip 1- Dip 2 combinations; variable decelerations).

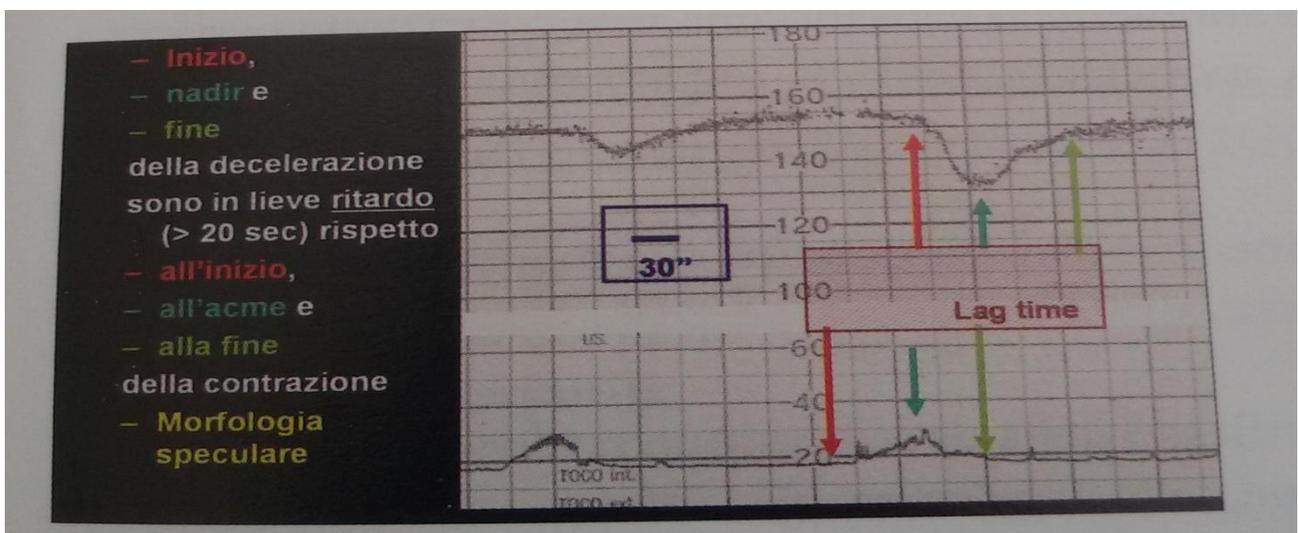
Le decelerazioni precoci sono le immagini speculari della contrazione, sono dovute alla compressione della testa fetale e, in genere non vengono ritenute patologiche (Fig.8).

Fig.8 DECELERAZIONI PRECOCI



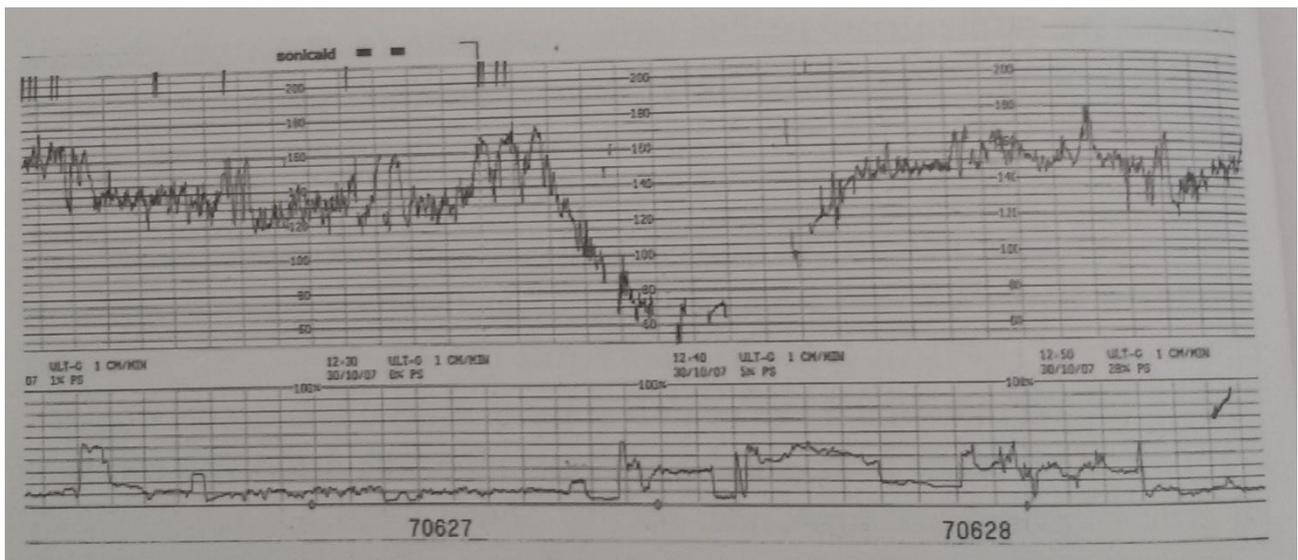
Le decelerazioni tardive iniziano in ritardo rispetto alla contrazione uterina. Sono conseguenza della riduzione degli scambi materno-fetali. Hanno un significato patologico (Fig.9).

Fig.9: DECELERAZIONI TARDIVE



Le decelerazioni variabili sono dovute alla combinazione delle decelerazioni precoci con quelle tardive. Sono conseguenza di patologie funicolari. Sono patologiche quando sono prolungate, ripetute e con notevole ampiezza (Fig.10).

Fig. 10 DECELERAZIONI VARIABILI.



Le accelerazioni sono aumenti della frequenza cardiaca fetale di almeno 15 battiti al minuto e di almeno 15 secondi di durata; hanno un significato prognostico favorevole, indicando buona reattività fetale (Fig. 11).

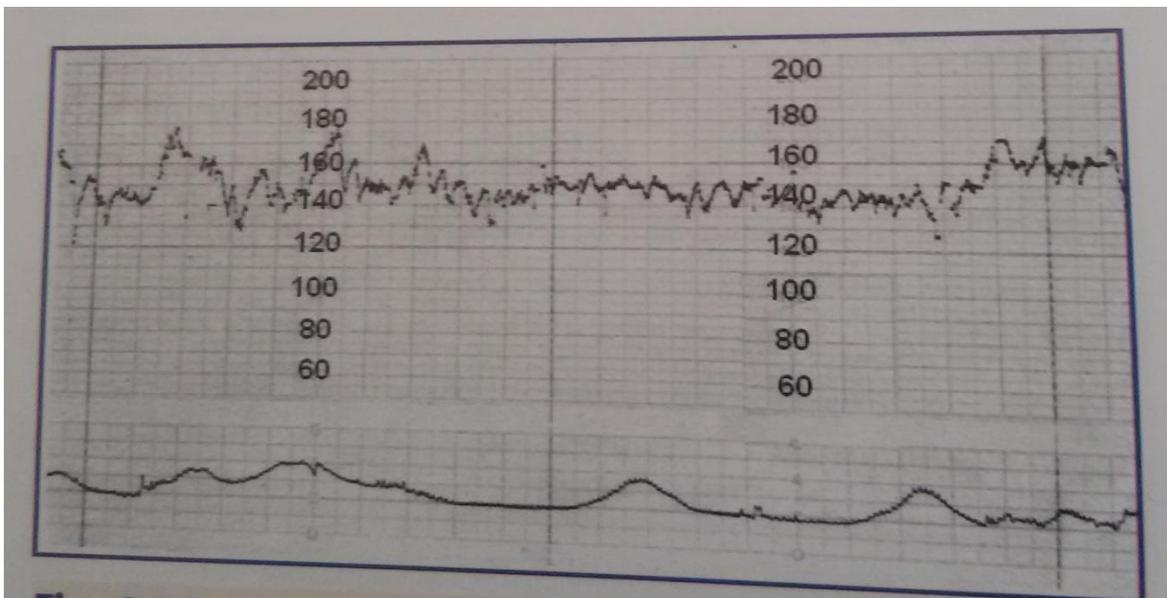
Fig.11 ACCELERAZIONI



La varianza (o variabilità delle oscillazioni) è una variazione della frequenza cardiaca basale di breve durata, dell'ordine di pochi secondi, a carattere più o meno continuo. In base alla varianza si distinguono 4 tipi di tracciati:

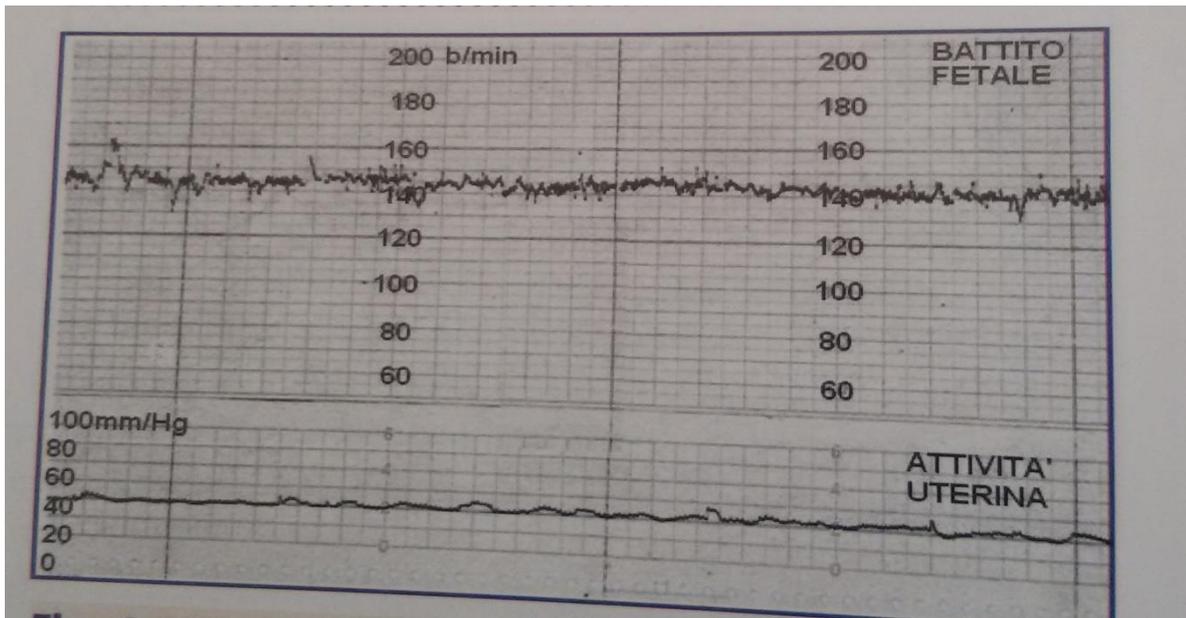
Tracciato normondulatorio, in cui la varianza oscilla da 10-25 battiti al minuto (Fig. 12).

Fig. 12 TRACCIATO NORMO-ONDULATORIO



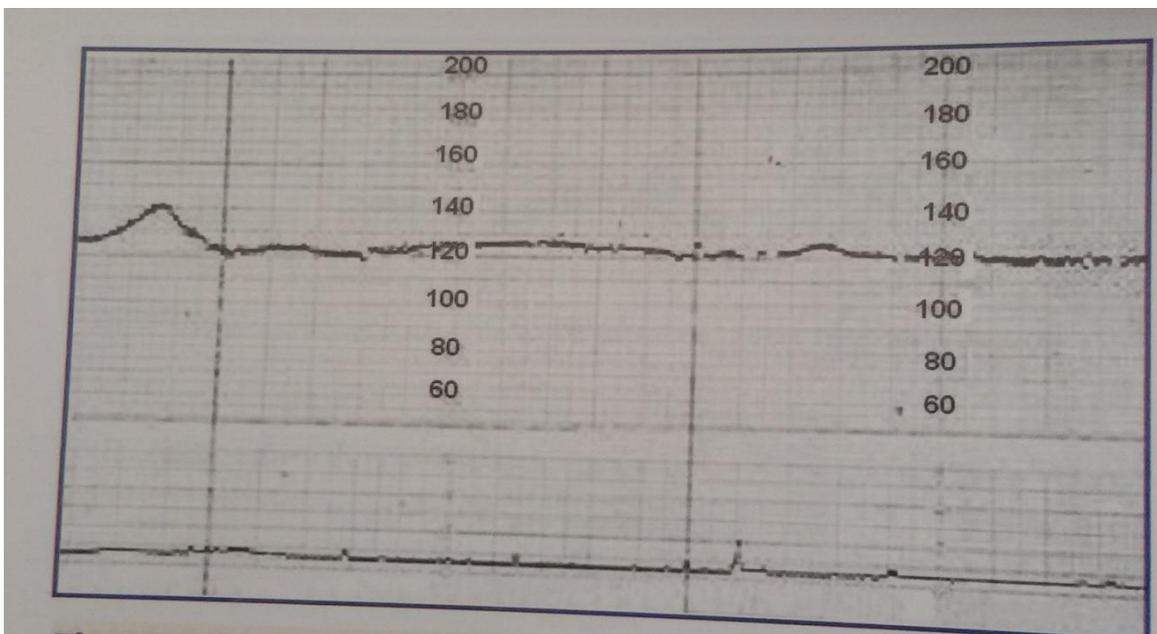
Tracciato ristretto che indica uno stato di iporiflessia fetale; può essere dovuto a sonno o a farmaci depressivi o a iniziale stato di sofferenza fetale. La varianza è compresa tra i 5 e i 10 battiti al minuto.

Fig.13 TRACCIATO RISTRETTO



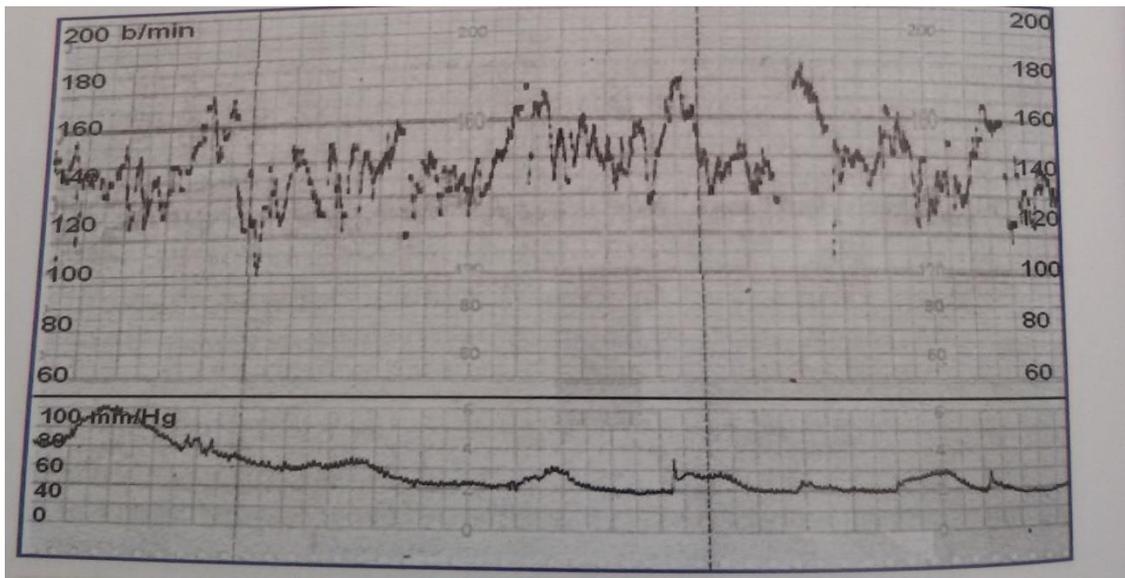
Tracciato silente indica uno stato di iporiflessia fetale; può essere dovuto a sonno o a farmaci depressivi o a iniziale stato di sofferenza fetale. La varianza è al di sotto dei 5 battiti al minuto.

Fig.14 TRACCIATO SILENTE.



Tracciato saltatorio: rappresenta un tipo di tracciato patologico, indica uno stato di iperreflessia (ad esempio: compressione sul funicolo). La varianza è superiore ai 25 battiti al minuto.

Fig. 15 TRACCIATO SALTATORIO.



Per comprendere meglio la situazione vengono eseguiti un'ecografia e una flussimetria Doppler.

L'ecografia viene eseguita per valutare i parametri biometrici che risultano corrispondenti all'epoca di amenorrea; la quantità di liquido amniotico che risulta entro i limiti per l'epoca gestazionale; la morfologia e la posizione placentare (placenta posteriore di II grado); si evidenzia la presenza di funneling ovvero di una significativa modificazione dell'orifizio uterino interno, altrimenti non apprezzabile con la visita ostetrica.

La flussimetria Doppler, invece, viene eseguita per evidenziare i parametri della normalità del flusso ematico e delle resistenze vascolari a livello del cordone ombelicale; il normale flusso dell'arteria cerebrale media e delle arterie uterine; modificazioni del collo dell'utero (raccorciamento) e del canale cervicale (funneling).

In base ai risultati ottenuti si decide di ricoverare la donna. Al ricovero vengono effettuati un tampone vaginale per la ricerca di streptococco β -emolitico e dei prelievi ematochimici, esami delle urine e una urinocoltura. Il tampone risulta negativo e i prelievi nella norma. Durante la degenza in ospedale, la terapia sarà a base di Actosiban (Tractocile, tra la 24° e la 33° settimana di gestazione), la cardiocografia sarà effettuata tre volte al giorno, per valutare più frequentemente l'evoluzione della contrattilità uterina e l'efficacia della terapia impostata.

Il giorno successivo al ricovero, la paziente lamenta la presenza di contrazioni sempre più dolorose quindi si esegue un tracciato cardiocografico dal quale risulta che le contrazioni sono regolari e di alta intensità. Si effettuerà una seconda visita ostetrica per la valutazione dell'indice di Bishop (I.B.): la cervice risulta essersi modificata, risultando in via di centralizzazione (I.B. 1), raccorciata dell'80% (I.B. 2), i bordi cedevoli (I.B. 2) e l'orifizio uterino esterno presenta una dilatazione pari a 4 cm (I.B. 3); la parte presentata è cefalica, a livello - 2 (I.B. 1) e non si osservano nè perdite ematiche nè di liquido amniotico. Dal momento che dalle visite ostetriche l'indice di Bishop della paziente si è modificato e si teme l'imminenza del parto nonostante la terapia tocolitica, nelle ore successive viene effettuata la terapia per accelerare i processi di maturazione polmonare fetale. Vedi figura 16

INDICE DI BISHOP	0	1	2	3
Dilatazione del collo	Collo chiuso (0 cm)	Pervietà a un dito (1-2cm)	Pervietà a due dita (3-4cm)	Pervietà maggiore a due dita (>4cm)
Livello parte presentata	Testa mobile (-3)	Testa adattata (-2)	Testa in iniziale impegno (-1/0)	Testa impegnata e fissa (>0)
Consistenza del collo uterino	Bordi rigidi	Bordi di media consistenza	Bordi cedevoli	
Appianamento	Collo conservato	Collo in iniziale appianamento	Collo ben appianato	Collo completamente appianato
Centralizzazione	Collo posteriore	Collo intermedio	Collo centralizzato	

Figura 16

Il giorno seguente nasce un neonato di sesso femminile del peso di 2800 g con un indice di Apgar di 8/10.

