

6.

Assistenza al travaglio e al parto

FRANCESCA MONARI, FABIO FACCHINETTI

L'esperienza della morte in utero è vissuta dalla donna come un trauma sul piano fisico (dolore, ospedalizzazione, induzione del parto) ma ha anche un impatto psicologico ed emozionale importante.¹ In seguito a una perdita fetale si manifestano sentimenti di dolore, di tristezza legati alla perdita del futuro figlio, alla perdita della maternità, della propria sicurezza, alla necessità di riorganizzare i propri progetti, al fallimento della propria capacità riproduttiva. Viene a mancare la possibilità di diventare madre che costituisce un carattere fondante nella vita di molte donne adulte, la possibilità di esprimersi pienamente come donna, di mantenere una continuità genetica, di coronare un rapporto di coppia.²³ La donna può vivere l'esperienza come una perdita, come un vero e proprio lutto, e deve mettere in atto dei meccanismi di rielaborazione dello stesso che possono risultare complessi.⁴ Diversamente dalle perdite fetali precoci, nella maggior parte dei casi esiste un bambino reale da piangere, ci sono esperienze e ricordi associati, ma la perdita risulta improvvisa e senza una ragione apparente. Molto spesso non viene data importanza all'impatto psicoemotivo di questa esperienza, che viene considerata solo come un evento privato che deve rapidamente essere superato. Inoltre non esiste un supporto da parte della società, e non esistendo atteggiamenti o procedure codificati non è previsto alcun supporto da parte del personale sanitario alla donna che si sente sempre più isolata.⁵ L'assistenza psicologica e il counselling alla donna che ha subito una perdita verranno trattati ampiamente nel capitolo 7. In questo tratteremo della gestione delle coppie durante il ricovero.

Gestione della coppia durante il ricovero

Da un punto di vista clinico la donna può presentarsi alla nostra osservazione con segni e sintomi di morte fetale endouterina oppure con il feto vivo in utero e la morte dello stesso verificarsi durante il travaglio di parto (si intende per «morto in travaglio» o «intrapartum» un feto che all'inizio del travaglio manifesta segni di vitalità, cioè presenza di movimenti attivi e del battito cardiaco, che invece non manifesta più alla nascita, cioè assenza di atti respiratori, di movimenti e di attività cardiaca).⁶

Nel primo caso la sintomatologia viene classicamente distinta in segni premonitori e segni dell'avvenuta morte del feto. I segni premonitori in realtà non sono altro che elementi anam-

nestici o clinici miranti a evidenziare da un lato i fattori di rischio (ad esempio, le precedenti morti in utero), dall'altro l'insorgenza di patologie materne pericolose per il feto (ad esempio, diabete o ipertensione), dall'altro ancora la comparsa di sintomi di alterato benessere fetale (ad esempio, deficit della crescita, oligoidramnios).

I segni dell'avvenuta morte del feto, che in realtà devono essere considerati solo come fattori di rischio con scarso potere predittivo, sono i seguenti: a) l'apparizione di segni presuntivi di interruzione della gravidanza, come comparsa della montata latte o miglioramento di eventuali patologie legate alla gravidanza (ad esempio, gestosi); b) la mancata percezione dei movimenti attivi fetali da parte della gestante e/o del battito cardiaco fetale da parte del medico, nei casi in epoca gestazionale sufficientemente avanzata; c) la modificazione di alcuni parametri ormonali come l'abbassamento dei valori della gonadotropina corionica, del lattogeno placentare, dell'estriolo sierico e urinario e l'aumento dell' α -fetoproteina (si tratta comunque di segni generalmente tardivi e, quindi, di scarso valore pratico ai fini diagnostici). Quando vi erano dubbi si arrivava a eseguire una radiografia del feto che consentiva di evidenziare i cosiddetti segni radiologici: accavallamento delle ossa craniche (segno di Spalding-Horner), atteggiamento a palla (segno di Hartley), scollamento della pelle del cranio (segno dell'aureola o di Deuel), spiccata cifosi vertebrale, presenza di bolle gassose nel cuore e nei grossi vasi, ecc.

Molti di questi segni oggi sono solo utili per datare l'epoca del decesso. Attualmente l'ecografia permette di evidenziare praticamente a qualunque epoca gestazionale l'assenza del battito cardiaco e dei movimenti fetali e di effettuare quindi una diagnosi immediata.

Nel caso in cui la morte del feto avvenga in travaglio, ci si trova solitamente davanti a un'evenienza particolarmente critica perché viene solitamente attribuita a colpa di chi ha assistito al parto ed è quindi all'origine di numerosi contenziosi medico-legali.

In realtà, anche se talvolta è possibile vi sia una responsabilità del medico e/o dell'ostetrica che hanno assistito il travaglio, oggi sappiamo che nella maggior parte dei casi la morte del feto intrapartum è dovuta a fattori lesivi che hanno agito durante la gravidanza, spesso in maniera totalmente occulta.⁷ In questi casi il travaglio, che rappresenta pur sempre un sovraccarico di lavoro per l'organismo fetale, può evidenziare una situazione patologica che era latente e portare rapidamente all'exitus fetale, benché vengano messi in atto tutti gli interventi possibili, taglio cesareo compreso.

Accettazione

Quando viene diagnosticata una morte fetale in utero, la coppia deve ricevere un'assistenza multidisciplinare e appropriata da parte del personale medico e infermieristico dell'ospedale. L'intervento dovrà essere adattato alle singole circostanze della morte, alla storia personale dei genitori, agli aspetti etici, culturali, religiosi del nucleo familiare. L'assistenza deve essere fornita da uno staff che comunichi la notizia del decesso in modo chiaro e onesto a entrambi i genitori in luogo riservato e tranquillo e che richieda sempre la presenza della mediatrice culturale in caso di genitori migranti.

Lo staff medico, al fine di risalire alle cause della morte del feto, dovrà seguire uno specifico protocollo di indagine e quindi sarà necessario informare dettagliatamente la paziente, farle firmare il consenso informato scritto per le indagini che lo richiedono e compilare la cartella clinica con particolare riferimento all'anamnesi.

È importante in questi casi lasciare lo spazio ai genitori per la fase iniziale di elaborazione del dolore, si può rimandare (dalle 6 alle 24 ore) la discussione sull'organizzazione e la modalità

Tabella 6.1

Gestione della paziente con morte fetale

-
- Presenza di personale con formazione specifica
 - Comunicazione della diagnosi in ambienti idonei, riservati
 - Discutere i tempi per l'espletamento del parto e lasciare tempo alla coppia di elaborare il lutto (6-24 ore)
 - Discutere le modalità del parto in funzione della salute riproduttiva della paziente
 - Espletamento del parto (solitamente tramite l'induzione al travaglio di parto garantendo l'analgesia)
 - Assicurare una degenza in ambiente riservato, lontano se possibile da neonati vivi, più breve possibile, ma compatibile con le esigenze psicofisiche della paziente
 - Pianificare il follow-up a 8 settimane con la coppia per consegnare gli esiti dell'autopsia e completare gli accertamenti diagnostici
 - Assicurare l'assistenza da parte dello psicologo sia durante la degenza che dopo la dimissione, se gradita dalla coppia, e segnalare l'esistenza di associazioni di auto-aiuto
-

del parto del feto morto, lasciando la coppia in una stanza singola (possibilmente lontana da neonati vivi), in intimità, anche se costantemente assistiti dal personale, e offrire alla stessa il supporto di uno psicologo.

Nei tempi successivi si può discutere con la coppia le modalità del parto offrendo loro il percorso migliore in funzione della salute riproduttiva della paziente. Dopo la nascita del feto morto, oltre a eseguire accertamenti sulla placenta e sul feto, è necessario completare la cartella clinica e soprattutto offrire la possibilità ai genitori di vedere, toccare e trascorrere un po' di tempo con il bambino, scattare fotografie, offrire ricordi (braccialetto di identificazione) e fornire le informazioni per l'eventuale funerale.

La gestione ospedaliera della paziente con morte fetale è schematizzata nella tabella 6.1.

Modalità del parto

Al momento della diagnosi di assenza del battito cardiaco fetale, lo staff medico dovrà cercare di ricostruire con la coppia l'ultimo segnale di vitalità del feto e così risalire alla data presunta di morte in modo tale da poter valutare il tempo di permanenza in utero del feto e quindi eventualmente intervenire per evitare alcune gravi complicanze quali l'infezione endouterina e la coagulazione intravasale disseminata.

Nel caso sia trascorso molto tempo dall'ultimo segnale di vita del feto (> 2 settimane) o nel caso in cui la donna rifiuti l'induzione e scelga di attendere l'insorgenza spontanea del travaglio, è prudente valutare i parametri della coagulazione e della fibrinolisi (fibrinogeno e suoi prodotti di degradazione, ATIII, conta piastrinica), monitorare la temperatura, l'eventuale comparsa di dolore addominale ed eseguire una coltura del liquido amniotico.⁸

È necessario discutere con la coppia sia il timing del parto che la modalità dello stesso. Per quanto riguarda il timing, benché il rischio di insorgenza di complicanze mediche sia ridotto, è opportuno consigliare l'espletamento del parto il prima possibile: la maggior parte delle donne vuole comunque procedere rapidamente all'espletamento dopo la diagnosi e pochissime preferiscono aspettare l'insorgenza spontanea del travaglio. È comunque importante rendere possibili entrambe le opzioni, sia del parto immediato che del management di attesa.⁷ Per quanto riguarda le modalità del parto viene generalmente consigliato il parto per via vaginale e quindi l'induzione farmacologica al travaglio. Alcune donne possono richiedere il

taglio cesareo ed è allora opportuno spiegare approfonditamente i rischi del taglio cesareo rispetto al parto vaginale⁹ soprattutto in relazione ai maggiori rischi per le gravidanze successive (placenta accreta, rottura d'utero, deiscenza della sutura) dal momento che la maggior parte delle donne che sperimentano una morte fetale desidererà avere altre gravidanze. La richiesta di taglio cesareo è più da considerarsi come legata all'emozione e al rifiuto di qualsiasi «dolore» relativo all'attuale fallimento della gravidanza; pertanto è opportuno discutere con i genitori e lasciar loro il tempo per ben razionalizzare la situazione.

Induzione del travaglio

Esistono pochi studi che abbiano valutato specificatamente l'induzione al travaglio di parto nei casi di morte fetale endouterina e la maggior parte dei casi riguarda l'induzione nelle morti del II trimestre. Le varie modalità d'induzione che si possono utilizzare sono riportate nella tabella 6.2.

L'induzione del travaglio può essere eseguita con l'*ossitocina* che determina le contrazioni uterine.¹⁰ Quando il travaglio viene indotto con l'ossitocina nelle settimane lontane dal termine è di solito lungo e doloroso, dal momento che l'utero è poco sensibile alla sostanza stessa;¹¹ per questo motivo non viene solitamente utilizzata.

Le *prostaglandine* invece vengono particolarmente usate soprattutto quando la cervice della donna è sfavorevole o non preparata a cominciare il travaglio;¹² possono essere somministrate oralmente, per via vaginale, cervicale, extramniotica o endovenosa.

Le prostaglandine naturali, nell'organismo umano, vengono rapidamente inattivate dalle deidrogenasi e quindi necessiterebbero di un'infusione venosa continua; inoltre sono frequentemente responsabili di effetti collaterali gastrointestinali come nausea, vomito e diarrea. Per ciò ad esse vengono preferiti gli analoghi sintetici delle prostaglandine PGE1 e PGF, modificate a livello del carbonio 15 e quindi resistenti alla degradazione da parte delle deidrogenasi. Esse hanno un'azione prolungata e selettiva a livello del miometrio e quindi causano raramente effetti collaterali gastrointestinali.¹³ I tre analoghi PGE maggiormente studiati sono il *sulprostone*, il *gemeprost* e il *misoprostolo*.

Il *sulprostone* (analogo PGE2) viene di solito somministrato per via intramuscolare alla dose di 0,5 mg ogni 4 ore; al giorno d'oggi comunque gli analoghi prostaglandinici maggiormente utilizzati rimangono il *gemeprost* e il *misoprostolo*.

Il *gemeprost* (analogo PGE1) è l'unica prostaglandina autorizzata all'uso nel Regno Unito per l'induzione al travaglio abortivo. Diversi studi con somministrazione di *gemeprost* vaginale in donne al II-III trimestre di gravidanza mostrano un tasso di parti avvenuti entro 48 ore dalla prima somministrazione dell'88-96,5%, con una media di 14-18 ore. Il regime maggiormente applicato è di 1 mg per via vaginale ogni 3 ore per 5 volte nelle 24 ore.¹⁴⁻¹⁶ In particolare, per le donne al III trimestre di gravidanza con morte fetale o prognosi fetale infausta, è stato dimostrato che l'induzione al travaglio abortivo con *gemeprost* pessario vaginale, da 1 mg somministrato ogni 6 ore finché non insorge il travaglio, rappresenta un metodo efficace in quanto presenta un intervallo medio tra induzione e aborto di 14,4 ore (3-48 ore), un 42,5% di aborti insorti entro le 12 ore, un 67,5% entro le 24 ore e un 92,5% entro le 48 ore; una somministrazione media di 2,6 dosi del farmaco per paziente, una richiesta di analgesia nell'87,5% delle pazienti e una bassa incidenza di effetti collaterali associati (abbondanti perdite ematiche, 5%; nausea, 7,5%; diarrea, 2,5%; temperatura > 37,5 °C, 27,5%; ipotensione, 5%).¹⁷ Il *gemeprost* è un farmaco costoso e necessita di una conservazione in frigorifero.

Tabella 6.2

Modalità di induzione farmacologica al travaglio di parto nelle morti fetali endouterine

Referenza bibliografica	Nome principio attivo	Modalità/vie di somministrazione	Dosi somministrate nelle morti fetali endouterine	Intervallo di tempo tra induzione e parto (ore) o % di parti entro 24 ore
De Heus 2004 ¹⁹	sulprostone	endovena	1 µg/min in infusione continua	12,3 ore
	misoprostolo	gel vaginale	100 µg ogni 12 ore	16,5 ore
Frambach 2002 ¹⁷	gemeprost	pessario vaginale	1 mg ogni 6 ore finché non insorge il travaglio	14,4 ore
Dodd 2005 ²¹	misoprostolo	gel vaginale	200 µg ogni 6 ore per max 4 volte (<800 µg)	12,5 ore
	misoprostolo	gel vaginale	200 µg ogni 6 ore per più di 4 volte (>800 µg)	28,9 ore
Mendilcioglu 2002 ²²	misoprostolo	orale + gel vaginale	400 µg × os + 600 µg vag ogni 12 ore	20,3 ore
	misoprostolo	gel vaginale	600 µg ogni 12 ore	17,3 ore
	dinoprostone	gel vaginale	0,5 mg ogni 12 ore	22,5 ore
Eppel 2005 ³¹	isosorbide mononitrato + gemeprost	dispositivo vaginale	40 mg + 1 mg ogni 3 ore (max 3 volte/die)	68%
	placebo + gemeprost	gel vaginale	1 mg ogni 3 ore (max 3 volte/die)	38%
Le Roux 2001 ²⁰	gemeprost	gel vaginale	1 mg ogni 3 ore (max 5 dosi)	19,8 ore
	mifepristone + misoprostolo	orale + gel vaginale	600 mg × os mifepristone + 800 µg misoprostolo vaginale + 400 µg orali ogni 3 ore (max 4 dosi × os)	8,9 ore
Chittacharoen 2003 ²³	misoprostolo	orale	400 µg ogni 4 ore	13,4 ore
	misoprostolo	gel vaginale	200 µg ogni 12 ore	18,9 ore
Bugalho 1994 ²⁴	misoprostolo	gel vaginale	100 µg ogni 12 ore	12,6 ore
Fletcher 1996 ²⁵	misoprostolo	gel vaginale	100 µg ogni 24 ore	11,9 ore
	dinoprostone	pessario vaginale	3 mg ogni 24 ore	11,9 ore

Il *misoprostolo* (analogo PGE1), che ha un'indicazione come farmaco antiulcera, nonostante non sia ufficialmente registrato per l'uso nell'induzione al travaglio di parto, viene ampiamente utilizzato nella pratica ostetrica-ginecologica. I potenziali vantaggi del misoprostolo sono legati alla sua stabilità a temperatura ambiente e al basso costo. Ciò ha importanti implicazioni per l'utilizzo del farmaco nei Paesi sottosviluppati e in via di sviluppo.

Una revisione sistematica¹⁸ ha confrontato l'uso del misoprostolo con quello del gemeprost (cervagem): 5 trial con misoprostolo vaginale versus gemeprost vaginale (501 donne) e 1 trial con misoprostolo orale versus gemeprost vaginale (100 donne). Non sono emerse differenze

statisticamente significative tra misoprostolo vaginale e gemeprost vaginale, per quanto riguarda il numero di donne che non partoriscono entro 24 ore dall'inizio dell'induzione o per l'intervallo di tempo tra l'induzione e il parto. Però le donne che hanno ricevuto il misoprostolo hanno richiesto in minor misura rispetto alle altre farmaci analgesici (RR 0,64, 95% CI 0,49-0,84) e hanno avuto meno bisogno di revisioni di cavità uterina dopo il parto (RR 0,71, 95% CI 0,53-0,95). Inoltre, non sono state osservate differenze statisticamente significative tra i due gruppi per quanto riguarda effetti collaterali come nausea, vomito, diarrea e iperpiressia.

Anche a confronto con il sulprostone, il misoprostolo dimostra la medesima efficacia e sicurezza nell'induzione del travaglio nelle morti endouterine e senza differenze significative per quanto riguarda l'intervallo di tempo tra induzione e parto, le perdite ematiche, la necessità di secondamento manuale o di terapia analgesica tra i due gruppi.¹⁹ L'uso del misoprostolo può anche essere preceduto dalla somministrazione di mifepristone nell'induzione al travaglio nelle donne con feto morto. Le donne pretrattate con 600 mg di mifepristone per os seguito dalla somministrazione di 800 µg di misoprostolo per via vaginale e successivamente con 400 µg per os (ogni 3 ore fino a un massimo di 4 dosi orali) presentano un più breve intervallo di tempo tra induzione e parto e un maggior tasso di parti entro le 24 ore rispetto alle donne trattate con gemeprost 1 mg per via vaginale (ogni 3 ore fino a un massimo di 6 dosi). Non ci sono differenze significative tra i due gruppi per quanto riguarda l'incidenza degli effetti collaterali, della richiesta di analgesia o dell'insorgenza di complicanze. Si sono verificate due rotture d'utero nel gruppo del gemeprost e una nel gruppo del mifepristone/ misoprostolo, ed erano tutte e tre donne precesarizzate.²⁰

È stato evidenziato che gli effetti collaterali del misoprostolo nell'induzione al parto in caso di anomalie fetali o di morte del feto aumentano all'aumentare della dose del farmaco. Le donne che hanno avuto bisogno di più di 800 µg di misoprostolo hanno presentato, con differenze significative rispetto al gruppo di donne a cui sono stati somministrati meno di 800 µg di misoprostolo, in misura maggiore gli effetti collaterali, in particolare diarrea e febbre, un più lungo intervallo di tempo tra induzione e parto e un minor numero di parti entro le 24 ore. Non sono state individuate differenze significative tra i due gruppi per quanto riguarda il numero di donne che hanno necessitato di terapia narcotica analgesica, che hanno avuto perdite di sangue > 500 ml, che hanno avuto bisogno di trasfusioni di sangue, che sono state sottoposte a revisione di cavità uterina per ritenzione del prodotto del concepimento, o che sono state ricoverate una seconda volta dopo la dimissione. In particolare, le donne che vengono indotte al parto per morte del feto in utero necessitano in minor misura, rispetto alle donne indotte per altre indicazioni, di dosi di misoprostolo > 800 µg per indurre il travaglio, hanno intervalli di tempo tra induzione e parto più brevi e un maggior numero di parti entro le 24 ore.²¹ Non emergono inoltre differenze significative per quanto riguarda l'intervallo di tempo tra l'inizio dell'induzione e il parto e il tasso di espulsione del feto dopo una singola dose del farmaco tra i seguenti regimi di terapia: misoprostolo 400 µg per os + 600 µg per via vaginale, misoprostolo 600 µg per via vaginale e dinoprostone 0,5 mg per via vaginale.²²

Il misoprostolo viene utilizzato secondo altri regimi terapeutici enunciati nella tabella 6.2.²³⁻²⁵

Nuovi approcci terapeutici nell'induzione al travaglio abortivo prevedono l'utilizzo di *donatori di ossido d'azoto*, in quanto questa molecola è in grado di attivare le metalloproteinasie²⁶ le quali distruggono le fibre del collagene,²⁷ induce l'apoptosi delle fibrocellule muscolari lisce e dei fibroblasti, importante processo implicato nel cosiddetto cervical ripening,^{28,29} e altera la composizione dei proteoglicani, glicoproteine e proteine della matrice cellulare del tessuto cervicale.³⁰ A questo proposito un trial condotto in Italia, che ha randomizzato 80 donne a ricevere isosorbide mononitrato 40 mg (gruppo 1) o placebo (gruppo 2) in associazione

a 1 mg di gemeprost per via vaginale fino a un massimo di 3 somministrazioni al giorno per indurre il travaglio abortivo nel III trimestre, ha evidenziato differenze statisticamente significative per quanto riguarda l'intervallo di tempo tra l'induzione e l'espulsione del feto e gli effetti collaterali. Hanno espulso il feto entro 24 ore il 69% delle donne del gruppo e solo il 38% delle donne del gruppo 2, tuttavia il 18% delle donne trattate con isosorbide mononitrato e nessuna delle donne che ha assunto il placebo hanno sviluppato cefalea 3 ore dopo l'induzione.³¹

Analgesia in travaglio

Nel nostro Paese esiste una scarsa cultura in materia di parto-analgesia e solo adesso si sta cominciando a introdurla tra le prestazioni essenziali. Nei casi di morte fetale l'analgesia deve essere assolutamente assicurata e quella epidurale rappresenta il metodo di riferimento. Per ottenere un'analgesia completa per il parto vaginale è necessario un blocco da T10 a S5 che si ottiene anestetizzando localmente la cute lungo la linea mediana a livello lombare (L3-L4; L2-L3) per ridurre il bruciore all'iniezione e posizionando successivamente il catetere epidurale.

I farmaci consigliati sono, come anestetici locali, la naropina o la levo-bupivacaina, e come oppioidi il sulfentanil e il fentanil. Le concentrazioni e il volume di farmaci vengono modulati rispetto alla fase del travaglio e alla risposta analgesica: nella fase iniziale del travaglio si inizia generalmente con la somministrazione del solo oppioide (sulfentanil 10 µg/10 ml o fentanil 50 µg/10 ml); si prosegue con aggiunta di anestetico locale a concentrazione inferiore alla minima analgesica (10-15 ml di naropina 0,1% o levo-bupivacaina 0,0625%) in aggiunta a un'ulteriore dose di oppioide; a dilatazione quasi completa si passa alla somministrazione di 10-15 ml di anestetico locale alla concentrazione minima analgesica (naropina 0,2% o levo-bupivacaina 0,125%) e, considerate le basse concentrazioni di anestetici locali impiegate, l'analgesia può proseguire anche in fase espulsiva senza rischiare di compromettere la percezione del premito e la capacità di spinta della donna.³²

È necessario ricordare comunque che esistono problematiche legate all'analgesia in travaglio di parto, quali: ipotensione materna (5%); iniezione intravasale ed eventuale intossicazione acuta da anestetici locali (3%); puntura accidentale della dura madre (0,2-1%), con possibile comparsa di cefalea (50-80%) per possibile fuoriuscita del liquor dal foro praticato; iniezione accidentale di anestetico locale nello spazio subaracnoideo con possibilità di blocco spinale alto; analgesia incompleta o blocco unilaterale (12%); nausea e/o prurito (25%); saltuario e transitorio rialzo della temperatura; dolore alla schiena nella sede della puntura lombare (1%); dolenzia ai polpacci e ai glutei per irritazione radicolare transitoria; e possibile reazione allergica ai farmaci usati (molto rara con gli attuali anestetici locali amidici).^{33 34}

Periodo espulsivo e post-partum

L'espletamento del parto di un feto morto non differisce da quello di un feto vivo; tuttavia è bene ricordare alcune peculiarità. Spesso vi può essere una ipocinesia uterina, pertanto potrà essere opportuno l'uso di ossitocina ev. Inoltre, poiché il feto in utero si presenta come una massa inerte, in periodo espulsivo può verificarsi un arresto della progressione o della rotazione interna oppure una distocia di spalla. In questi casi è necessario ricordare che i tessuti di un feto morto sono poco resistenti e sarà quindi opportuno ridurre al minimo le trazioni e qualsiasi manovra ostetrica onde evitare lacerazioni e strappi. Spesso, soprattutto nel II tri-

Tabella 6.3

Lista delle associazioni genitoriali non professionali di auto-aiuto presenti sul web

-
- <http://www.ciaolapo.it>
 - <http://www.mortefetale.it>
 - <http://www.compassionatefreinds.org>
 - <http://www.pilc.org>
 - <http://www.misschildren.org/>
 - <http://www.spals.com/>
 - <http://www.wisc.edu/wissp/>
 - <http://digilander.libero.it/genitoridiunastella/index.htm>
 - <http://www.uk-sands.org/Support/Overview.html>
-

mestre, si possono presentare ritardi nel secondamento o secondamenti incompleti; in questi casi sarà necessario eseguire il secondamento manuale e/o la revisione della cavità uterina onde evitare il rischio di eccessive perdite di sangue. Anche nel post-partum possono esserci metrorragie da ipotonia dell'utero: è opportuno quindi somministrare farmaci uterotonici (ossitocina, metilergotamina) a scopo sia preventivo che terapeutico.

Inoltre, nei primi giorni del puerperio sarà necessaria l'inibizione della lattazione che solitamente viene eseguita con somministrazione di cabergolina possibilmente prima che insorga la montata lattea: basta una singola dose di 1 mg, somministrata entro le 24 ore dal parto, con effetti persistenti per due settimane.³⁵ Per questa indicazione la cabergolina ha sostituito la bromocriptina a cui, con decreto del 30 marzo 1995, è stata tolta l'indicazione dell'inibizione della lattazione. La cabergolina può causare effetti collaterali come cefalea e vertigini (incidenza inferiore al 10%), talora può anche comparire una marcata forma di astenia, mentre effetti indesiderati minori sono nausea, dolore epigastrico e costipazione. La sicurezza e l'efficacia della cabergolina non sono state ancora confermate nelle pazienti con malattie renali ed epatiche, e poiché i dati attualmente disponibili indicano che l'escrezione biliare rappresenta la via principale di eliminazione del farmaco, se ne sconsiglia l'uso in pazienti con grave insufficienza epatica.³⁶

Dimissione

Alla dimissione, la quale dovrebbe avvenire il più precocemente possibile compatibilmente con le esigenze di salute psicofisica della paziente, dovranno essere fornite alla coppia informazioni, anche se preliminari, sulle cause del decesso del loro bambino e si dovrà fissare un appuntamento a distanza di otto settimane nel quale lo staff medico dovrà fornire l'esito dell'autopsia, rispondere alle domande dei genitori e comunicare gli eventuali ulteriori accertamenti da eseguire (ad esempio, esami dell'abortività ripetuta, consulenza genetica) per concludere il percorso diagnostico. È necessario assicurare sempre la presenza di un supporto psicologico e segnalare l'esistenza di associazioni genitoriali non professionali di auto-aiuto presenti sul web (tabella 6.3). Tali associazioni sono gestite per lo più da medici volontari e da genitori che hanno avuto esperienza di morti fetali e il loro obiettivo è quello di offrire un supporto psicologico e strutturato ai genitori che devono affrontare la morte di un figlio in epoca perinatale. Esse producono materiale informativo basato su validi criteri scientifici, met-

tono a disposizione forum web, moderati da medici psicoterapeuti, in cui i genitori possono confrontarsi e chiedere informazioni, elaborano e provvedono alla stampa di materiale informativo da distribuire nei reparti di ostetricia e si adoperano per promuovere e realizzare incontri scientifici tematici e corsi di formazione per la sensibilizzazione del personale medico e ostetrico alla gestione del lutto genitoriale.

BIBLIOGRAFIA

- Lee C, Slade P. Miscarriage as a traumatic event: a review of the literature and new implications for intervention. *J Psychosom Res* 1996; 40: 235-44.
- Moulder C. Towards a preliminary framework for understanding pregnancy loss. *J Reprod Infant Psychol* 1994; 12: 65-7.
- Friedman T. Women's experience of general practitioner management of miscarriage. *J R Coll Gen Pract* 1989; 39: 456-8.
- Parkes CM. Bereavement: a study of grief in adult life. London: Tavistock, 1972.
- Oakley A, McPerson A, Roberts H. Miscarriage. Oxford: Fontana, 1984.
- Montoneri C. Morte del feto in gravidanza e intrapartum. In: Di Renzo GC. *Ginecologia e ostetricia*. Vol. 1. Roma: Verduci Editore, 2006; 1038-44.
- MacLennan A. A template for defining a casual relation between acute intrapartum events and cerebral palsy: international consensus statement. *BMJ* 1999; 319: 1054-9.
- Silver RM. Fetal death. *Obstet & Gynaecol* 2007; 109: 153-67.
- NCC-WCH. Clinical guideline. Caesarean section. *ROCG* April 2004.
- Kelly A, Alfirevic Z, Hofmery GJ, Kavanagh J, Neilson JP, Thomas J. Induction of labour in specific clinical situations: generic protocol (protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001; Issue 4.
- Weiner CP. Fetal death. In: James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B, eds. *High risk pregnancy management options*. Second Edition. London: WB Saunders, 1999.
- Mackenzie IZ. Labor induction including pregnancy termination for fetal anomaly. In: James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B, eds. *High risk pregnancy management options*. Second Edition. London: WB Saunders, 1999.
- Ngai SW, Tang OS, Ho PC. Prostaglandins for induction of second-trimester termination and intrauterine death. *Best Pract & Res Clin Obstet & Gynaecol* 2003; 17: 765-75.
- Kjohede P, Dahle DT, Matthiesen L et al. An open prospective randomized study of dinoprostone and gemeprostin second trimester legal abortions. *Acta Obstet et Gynaecol Scand* 1994; 73: 316-20.
- Wong KS, Ngai CSW, Wong AYK et al. Vaginal misoprostol compared with vaginal gemeprost in termination of second trimester pregnancy. *Contraception* 1998; 58: 207-10.
- Nuutila M, Toivonen J, Ylikorkala O, Halmesmaki E. A comparison between two doses of intravaginal misoprostol and gemeprost for induction of second trimester abortion. *Obstet & Gynaecol* 1997; 90: 896-900.
- Frambach T, Muller T, Blissing S, Sutterling M, Dietl J. Termination of third-trimester pregnancy before term with gemeprost vaginal pessaries. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 2002; 81: 523-6.
- Dodd JM, Crowther CA. Misoprostol versus cervagem for the induction of labour to terminate pregnancy in the second and third trimester: a systematic review. *EJOG* 2006; 125: 3-8.
- De Heus R, Graziosi GCM, Christiaens GCML, Bruinse HW, Mol BWJ. Medical management for termination of second and third trimester pregnancies: a comparison of strategies. *EJOG* 2004; 116: 16-21.
- Le Roux PA, Pahal GS, Hoffman L, Nooh R, El-Refaey H, Rodeck CH. Second trimester termination of pregnancy for fetal anomaly or death: comparing mifepristone/misoprostol to gemeprost. *EJOG* 2001; 95: 52-4.
- Dodd J, O'Brien L, Coffery J. Misoprostol for second and third trimester termination of pregnancy: a review of practice at the Women's and Children's Hospital, Adelaide, Australia. *Aust and N Z Jour of Obstet and Gynaecol* 2005; 45: 25-9.
- Mendilcioglu I, Simsek M, Seker PE, Erbay O, Zorlu CG, Trak B. Misoprostol in second trimester and early third trimester for termination of pregnancies with fetal anomalies. *Int Jour Gynaecol and Obstet* 2002; 79: 131-5.
- Chittachareon A, Herabutya Y, Punyavachira P. A randomized trial of oral and vaginal misoprostol to manage delivery in cases of fetal death. *Obstet Gynaecol* 2003; 10: 70-3.
- Bugalho A, Bique C, Machungo F, Faundes A. Induction of labor with intravaginal misoprostol in intrauterine death. *Am J Obstet Gynaecol* 1994; 171: 538-41.
- Fletcher HM, Wharf G, Simeon D et al. Induction of labour with intravaginal misoprostol versus dinoprostone in intrauterine death: a retrospective study. *J Obstet Gynaecol* 1996; 74: 155-8.
- Sasaki K, Hattori T, Fujisawa T, Takahashi K, Inoue H, Takigawa M. Nitric oxide mediates the interleukin-1 induced gene expression of matrix metalloproteinases and basic fibroblast growth factor in cultured rabbit chondrocytes. *J Biochem* 1998; 123: 431-9.
- Piccinini F, Fano RA, Volpe A, Facchinetti F. Ripening of the cervix with sodium nitroprussiate in non pregnant women. *J Soc Gynaecol Invest* 2003; 10: 438-42.

28. Brune B, von Knethen A, Sandau KB. Nitric oxide and its role in apoptosis. *Eur J Pharmacol* 1998; 351: 261-72.
29. Nicotera P, Brune B, Bagetta G. Nitric oxide: inducer or suppressor of apoptosis? *Trends Pharmacol Sci* 1997; 18: 189-90.
30. Chwalisz K, Garfield RE. Role of nitric oxide in the uterus and cervix: implications for the management of labor. *J Perinat Med* 1998; 26: 448-57.
31. Eppel W, Facchinetti F, Schleussner E, Piccinini F, Pizzi C, Gruber DM, Schneider B, Tschugguel W. Second trimester abortion using isosorbide mononitrate in addition to gemeprost compared with gemeprost alone: a double-blind randomized, placebo controlled multicenter trial. *Am J Obstet and Gynaecol* 2005; 192: 856-61.
32. Valle A, Bottino S, Meregalli V, Zanini A. *Manuale di sala parto*. Seconda edizione. Milano: Edi.ermes, 2006; 43-52.
33. Leighton BL, Halpern SH. The effects of epidural analgesia on labor, maternal, and neonatal outcomes: a systematic review. *Am J Obstet Gynaecol* 2002; 186: 5069.
34. Lieberman E, O'Donoghue C. Unintended effects of epidural analgesia during labor: a systematic review. *Am J Obstet Gynaecol* 2002; 186: 5031.
35. Bracco PL, Armentano G, Pellegrini A, Sugliano GC, Tornatore GP. Cabergoline in the inhibition of lactogenesis and suppression of lactopoiesis. *Minerva Ginecol* 1997; 49: 469-73.
36. Colao A, Lombardi G, Annunziato L. Cabergoline. *Expert Opin Pharmacother* 2000; 1: 555-74.