



Azienda ULSS n. 7 Pedemontana - Ospedale di Santorso
 Dipartimento Materno Infantile
U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia
 Direttore dott. Marcello Scollo

INFORMATIVA ALL'INDUZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO

Gentile signora,

durante la gestazione possono insorgere alcune condizioni per cui proseguire la gravidanza rappresenta un rischio per la salute sia materna che fetale.

Tra queste ricordiamo:

- Proseguire la gravidanza oltre il termine (superata la 41^a settimana e 6 giorni), presenta un aumento di rischio anche in assenza di condizioni patologiche. Per questo, dopo 12 giorni dalla presunta epoca del parto (a 41+5 settimane gestazionali), si propone di indurre il travaglio.
- Se il sacco amniotico si rompe fuori travaglio di parto, è possibile attendere l'insorgenza spontanea del travaglio per 12 ore, se il suo tampone è negativo e se non ci sono complicanze materne (infezione) o fetali (stato fetale non rassicurante). Dopo questo tempo è opportuno, per evitare il rischio di infezioni, indurre il parto. Dopo 18 ore dalla rottura delle membrane verrà comunque somministrato un antibiotico per ridurre il rischio infettivo.
- Anomalie del liquido amniotico
- Patologie materne (ipertensione, diabete gestazionale, patologie del fegato, ecc.).
- Patologie fetali (ritardo di crescita in utero, immunizzazione Rh, alterazioni flussimetria fetale, ecc).

In tutti questi casi, nel nostro Reparto è prevista l'induzione del travaglio.

A tale scopo utilizziamo metodiche diverse a seconda delle condizioni del collo dell'utero al momento del ricovero.

Tali condizioni verranno valutate da parte del medico attraverso una visita ostetrica e codificate con un particolare punteggio (indice di Bishop).

A seconda di tale punteggio l'induzione del travaglio potrà avvenire mediante:

1) somministrazione di un farmaco a base di prostaglandine

Le **prostaglandine** sono sostanze che aiutano il collo dell'utero a maturare e sensibilizzano l'utero alla ossitocina endogena (è una sostanza che noi produciamo che ha l'effetto di fare contrarre l'utero).

Le prostaglandine hanno diverse vie di somministrazione:

- orale: soluzione che si assume per bocca, ogni 3 ore per un massimo di otto volte;
- vaginale: mediante fettuccia (che le rilascia per 24 ore) o gel (che ha una durata di 6 ore e può essere ripetuto al massimo per tre volte).

Le prostaglandine sono utilizzate quando il collo non presenta ancora una buona preparazione e intraprendono quelle modifiche della sua struttura (rammollimento, appianamento e dilatazione) che precedono l'inizio delle contrazioni uterine.

Dopo l'applicazione o somministrazione di prostaglandine è necessario un periodo di monitoraggio dopodiché è libera di muoversi, dormire, alimentarsi. Nelle prime ore potrebbe apprezzare un dolore sovrapubico simil mestruale o iniziali contrazioni che tendono a regredire se non si ha l'insorgenza del travaglio.

2) utilizzo di metodi meccanici

I metodi meccanici costituiscono una valida alternativa all'induzione del travaglio qualora siano presenti controindicazioni all'utilizzo delle prostaglandine e il collo dell'utero si presenti ancora impreparato

Il catetere intrauterino o CRB (Cervical Ripening Balloon) è stato brevettato per favorire il raccorciamento e l'apertura del collo uterino mediante una trazione reciproca tra due palloncini : il primo applicato dentro l'utero e l'altro in vagina. Inoltre tale metodo agisce favorendo il rilascio di prostaglandine da parte della mucosa dell'utero;



La procedura di posizionamento del catetere transcervicale è agevole, non dolorosa ma a volte fastidiosa e viene effettuata, di norma, nell'ambulatorio del PS ostetrico.

Il catetere rimane in sede per 12/24 ore; dopo l'applicazione è necessario un periodo di monitoraggio dopodiché è libera di muoversi, dormire alimentarsi. Potrebbe apprezzare un dolore sovrapubico simil mestruale o senso di tensione a livello vaginale e un leggero sanguinamento vaginale.

3) Amnioressi (rottura artificiale delle membrane) **e/o ossitocina** (farmaco che serve a provocare le contrazioni uterine).

Si possono utilizzare quando il collo è già parzialmente appianato e dilatato e la sua consistenza è soffice, oppure dopo l'utilizzo delle prostaglandine se non è ancora insorto il travaglio.

La rottura delle membrane viene praticata con un apposito strumento inserito attraverso il collo dell'utero già dilatato. La procedura non è dolorosa.

La somministrazione di ossitocina avviene per via endovenosa. Si utilizza una infusione regolando il numero di gocce a seconda della risposta dell'utero: lo scopo è di ottenere una attività contrattile uterina buona e di intensità sufficiente a far progredire il travaglio.

Le contrazioni indotte da ossitocina possono essere più dolorose e questo comporta una maggior richiesta di analgesia peridurale.

E' molto importante che Lei collabori perché il successo della procedura di induzione può richiedere anche 48-72 ore, naturalmente non di contrazioni dolorose e di travaglio attivo, ma di attesa che i farmaci inizino il loro effetto.

I rischi legati a queste metodiche sono rari, ma presenti e sono:

- Intolleranza o reazioni allergiche ai farmaci (molto rara)
- effetti gastro-intestinali di modica entità (nausea, vomito, diarrea) e una modesta elevazione della temperatura corporea (soprattutto dopo somministrazione di prostaglandine)
- Risposta eccessiva del muscolo uterino (numero eccessivo di contrazioni) con necessità di sospendere l'induzione (1-5% delle induzioni con prostaglandine o ossitocina)
- Mancata risposta all'induzione del travaglio.
- Rottura d'utero: è una complicanza molto rara ma estremamente grave che può accadere in corso di ITP, in uteri con o senza pregressa cicatrice (0,03% dei travagli fisiologici, 0,5% dei travagli dopo precedente taglio cesareo)

In caso di fallimento delle procedure di induzione del travaglio, il medico responsabile della Sala Parto valuterà per ogni singolo caso l'opportunità di procedere all'espletamento del parto con un taglio cesareo.