



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

## INFORMATIVA AL RIVOLGIMENTO CEFALICO DEL FETO PER MANOVRE ESTERNE

Gentile signora,

nel chiederLe di acconsentire al tentativo di rivolgimento per manovre esterne, desideriamo fornirLe alcune informazioni.

Quando il feto si trova in presentazione podalica a termine di gravidanza, è più sicuro per il neonato che il parto avvenga con taglio cesareo elettivo. Tuttavia il taglio cesareo elettivo comporta rischi specifici per mamma e bambino, oltre ad influire negativamente sulla sua futura vita riproduttiva. Per questo motivo molte Società Scientifiche Internazionali raccomandano di offrire la versione cefalica esterna (ECV) a tutte le donne con una gravidanza singola non complicata, con feto in presentazione podalica dalle 36 settimane e quando non controindicato, in modo da poter affrontare il travaglio di parto con il feto in presentazione cefalica (cioè a testa in giù).

La procedura Le verrà programmata dal Personale Medico dell'UOC di Ginecologia e Ostetricia presentandosi presso il Pronto Soccorso Ostetrico dal lunedì al venerdì dalle ore 08.00 alle ore 20.00, in modo da essere effettuata intorno alle 37 settimane di gestazione se è la prima gravidanza oppure intorno alle 36 settimane se ha già partorito.

Il giorno programmato per tale manovra dovrà presentarsi alle ore 08.00 presso il Pronto Soccorso Ostetrico avendo fatto una colazione leggera. Le verrà eseguito un prelievo del sangue che sarà utile in caso di necessità ad eseguire un taglio cesareo urgente; per lo stesso motivo verrà allestita la sala operatoria, in via precauzionale. Un controllo ecografico permetterà la valutazione del liquido amniotico e l'inserzione placentare: la normalità di questi due fattori è prerequisite fondamentale all'esecuzione del rivolgimento del feto.

Verrà quindi accomodata in una stanza della Sala Parto e Le verrà somministrata una terapia tocolitica, ovvero un farmaco con effetto rilassante sull'utero in modo da prevenire che si contragga durante la manovra. Inoltre verrà monitorizzato il benessere fetale tramite un tracciato cardiocografico, a confermare una normale frequenza cardiaca del feto e l'assenza di contrazioni.

La procedura si eseguirà in posizione semi-sdraiata e sotto guida ecografica. Il ginecologo premendo sull'addome materno, eserciterà una pressione sulla testa e sul podice fetale con entrambe le mani al fine di fargli compiere una capriola in avanti o all'indietro. Se la manovra avrà successo (tra il 50 e il 60% dei tentativi), Lei e il neonato eviterete sia i rischi connessi al parto podalico che quelli legati al taglio cesareo. Se il suo gruppo sanguigno è del tipo Rh negativo, a seguito della procedura le sarà offerta la profilassi della Malattia Emolitica Neonatale con Immunoglobuline specifiche. Verrà quindi dimessa in giornata dopo aver ricontrollato tutti i parametri di benessere fetale sopra elencati. In caso di fallimento della manovra ECV o in presenza di controindicazioni alla stessa Le verrà programmato il taglio cesareo elettivo intorno alla 39esima settimana di gestazione.

Alla dimissione Le verranno prescritte specifiche raccomandazioni e controlli ambulatoriali.



Gli studi scientifici sull'argomento hanno analizzato controindicazioni e rischi connessi alla procedura di rivolgimento per manovre esterne, che di seguito Le illustriamo:

- la manovra è controindicata in caso di gravidanza gemellare, anomalie fetali, sanguinamenti vaginali, anomalie dell'inserzione placentare, liquido amniotico ridotto o rottura delle membrane, travaglio di parto già iniziato, anomalie dell'utero; in caso di pregresso intervento sull'utero si potrà valutare caso per caso discutendone in equipe;

- i rischi riguardano l'insorgenza di patterns cardiotocografici anormali transitori, vale a dire alterazioni transitorie del battito cardiaco del feto (5.7%). Raramente sono stati riportati tracciati cardiotocografici patologici persistenti (0.37%) e sanguinamento vaginale (0.47%) e ancora più raramente distacco di placenta (0.12%). Sono stati effettuati tagli cesarei di emergenza in 0.43% di tutte le versioni ed è stata registrata una mortalità perinatale di 0.16%