

Caso di distocia di spalla non risolto mediante le manovre standard:

descrizione di una nuova manovra (R.A.G. maneuver – Reposition Arm's Grasp)

Antonio Ragusa¹, Alessandro Svelato¹, Chiara Vernier², Denise Rinaldo³,

Cinzia Orlandini⁴, Michela Torricelli⁴

¹Department of Obstetric and Gynecology, Ospedale Apuane, Massa Carrara, Italy, ²Department of Obstetrics and Gynaecology, Ospedale di Vicenza, Italy, ³Department of Obstetrics and Gynaecology, Ospedale di Treviglio, Italy, ⁴Department of Molecular and Developmental Medicine, University of Siena, Siena, Italy

Obiettivo: Caso di distocia di spalla non risolto mediante le manovre standard

Metodi: Case Report

Risultati: Una donna caucasica, primigravida, di 28 anni, era giunta alla nostra attenzione per essere sottoposta ad induzione farmacologica del travaglio di parto a 38 settimane di gestazione per la presenza di diabete gestazionale. Il travaglio di parto era stato caratterizzato da un prolungamento del I stadio cui era seguita la somministrazione di ossitocina fino al raggiungimento della dilatazione cervicale completa. Dopo un periodo espulsivo di 90 minuti, veniva effettuata una episiotomia mediolaterale con la successiva fuoriuscita della testa fetale. L'immediata retrazione della stessa verso il perineo materno (segno della tartaruga) e la posizione delle spalle con il maggior diametro fetale (bisacromiale) che occupava il diametro trasverso e non quello antero-posteriore dell'egresso pelvico, aveva fatto supporre la diagnosi di distocia delle spalle. Durante il travaglio era stata valutata la posizione fetale nella pelvi materna diagnosticata come occipito anteriore destra. Alla fuoriuscita della testa era stata applicata una lieve e delicata trazione cui era seguita, senza successo, la manovra di McRoberts combinata alla pressione sovrapubica (Manovra di Rubin I). Il ginecologo aveva dunque proseguito nei tentativi di estrazione fetale mediante l'utilizzo della manovra di Rubin II seguita dalla manovra di Woods ma, sfortunatamente, la rotazione interna non era avvenuta. Il ginecologo aveva inoltre evidenziato l'assenza dell'impegno di entrambe le spalle fetali, pertanto, aveva provato ad afferrare il braccio posteriore (Manovra di Jacquemier) per estrarre il neonato. Purtroppo anche questa manovra non aveva avuto successo poiché il braccio posteriore del feto era flessa e ruotato posteriormente, lungo il corpo fetale. In quella posizione, la manovra di estrazione del braccio posteriore non era stata possibile in nessuna delle due varianti conosciute (anteriore e posteriore). L'operatore dunque, per raggiungere la mano fetale del braccio posteriore aveva cercato di flettere l'arto, che appariva ancora disteso lungo il corpo fetale, attuando una pressione diretta a livello del gomito fetale destro. Finalmente, attraverso il raggiungimento della mano fetale e lo spostamento dell'arto verso la parete uterina omolaterale, era stato possibile effettuare una rotazione ventrale del neonato con successiva estrazione del braccio fetale destro e risoluzione della distocia delle spalle. La durata dell'intera procedura, dalla fuoriuscita della testa all'estrazione del neonato, era stata di 8 minuti. Nasceva una bambina di 3890 gr con uno score di Apgar alla nascita di 5 e 4 rispettivamente al primo e al quinto minuto seguito immediatamente da manovre rianimatorie. Il pH esguito a livello dell'arteria ombelicale era risultato di 7.22 con un deficit di basi di -7 mmol/l. Fortunatamente la neonata non aveva riportato

nessuna lesione del plesso brachiale e il follow up neurologico ad 1 anno di vita era risultato negativo senza nessun segno di paralisi del plesso brachiale (Figura 1).

Conclusioni: in conclusione possiamo affermare che per la risoluzione di un caso di distocia di spalla possono essere considerati due approcci differenti: i) l'approccio "generico" ovvero l'applicazione sequenziale delle manovre previste per la risoluzione della distocia di spalla, dalle più semplici a quelle più complesse; ii) oppure, dopo il fallimento della manovra di McRoberts e della pressione sovrapubica, operatori addestrati, sarebbero in grado di entrare nella pelvi materna, fare diagnosi di posizione del feto e dunque applicare, sulla base della situazione clinica e delle eventuali malposizioni fetali, le manovre più idonee alla risoluzione del caso specifico, così da ridurre il tempo tra la diagnosi e il disimpegno fetale.

Figura 1

