

The Official Journal

Società Italiana di Scienze
Ostetrico-Ginecologico-
Neonatali

SISOGN





SISOGN

Società Italiana di Scienze
Ostetrico-Ginecologico-
Neonatali

The Official Journal
ISSN 2723-9179

Editorial Board

Editor in chief

Mauri Paola Agnese

Editors

Brillo Eleonora

Cordioli Emily

Corsi Edoardo

Fumagalli Simona

Marino Valeria

Parodi Valentina

Zambri Francesca

Management office

Via P. Paruta, 22 - 20127 Milano

Tel 039 02 55038599 - Fax 039 02 55036542

E-mail: sisognoofficialjournal@gmail.com

The Official Journal of the Società Italiana di Scienze Ostetrico-Ginecologico-Neonatali (SISOGN – The Official Journal - ISSN 2723-9179) is a digital magazine (semi-annual).

You can download from: <http://www.sisogn.info/>

Table of contents

Title - Authors	Page
Editor's letter. <i>Lettera dell'Editore.</i> <i>Paola Agnese Mauri</i>	4
Intermittent auscultation during labour <i>Monitoraggio ad intermittenza in travaglio</i> <i>Sara Bacchiet, Paola Agnese Mauri</i>	5
Hypnosis in labor <i>L'impiego dell'ipnosi durante il travaglio e il parto</i> <i>Federica Cangelli, Paola Agnese Mauri</i>	12
Maternal position in laboour and perineal trauma prevention <i>Posizione materna al parto e prevenzione dei traumi perineali</i> <i>Giorgia Concetta Giametta, Paola Agnese Mauri</i>	23
Treatment of thyroid cancer during pregnancy <i>Trattamento del carcinoma tiroideo in gravidanza</i> <i>Chiara Maria Scotti, Paola Agnese Mauri</i>	29
Osteopathic manipulative treatment during and after pregnancy <i>Trattamenti osteopatici in gravidanza</i> <i>Vittoria Tolomeo, Paola Agnese Mauri</i>	34



SISOGN

Società Italiana di Scienze
Ostetrico-Ginecologico-
Neonatali

The Official Journal
ISSN 2723-9179

SISOGN The Official Journal [on line] ISSN 2723-9179
June 2024, 01: N. 10

Letter from the Editor.

Lettera dell'Editore

Paola Agnese Mauri^{a b}

^a School of Midwifery, Department of Clinical Sciences and Community Health, Università degli Studi di Milano- Milan, Italy

^b Unit of mother child and newborn health, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico - Milan, Italy

Corresponding Author: Paola Agnese Mauri paola.mauri@unimi.it
via Manfredo Fanti 6, 20122 Milan, Italy – paola.mauri@unimi.it fax number +39 0255036542 tel number +39 0255038599

Copyright:
DOI:

L'altro giorno ho chiesto ad alcune studentesse del primo anno in Ostetricia se avessero mai letto la fiaba *Barbablu* di Charles Perrault. Mi hanno risposto di no.

Io credo fermamente che alcuni spunti culturali, anche se infantili, restino fondamentali per essere ostetrica/o.

La fiaba di *Barbablu* insegna a non lasciarsi abbagliare dalle facili conquiste e richiama all'ascolto del proprio intuito.

Le sorelle maggiori, infatti, forti della più grande esperienza di vita, non si lasciano abbindolare da *Barbablu*. Non così la minore, *Giovanna*, frettolosa e ingenua.

Non è l'amore che spinge la giovane a sposare *Barbablu*, bensì la vanità e la ricerca di beni materiali. Questi faranno cadere vittima dell'inganno di malvagie ricchezze, da parte di un uomo che cerca moglie.

La successiva spaventosa consapevolezza della realtà, mette la giovane nella necessità di potersi salvare chiedendo aiuto a figure maschili a lei familiari e affezionate: i fratelli.

La protagonista, che sarebbe andata incontro a morte certa, riesce così a scampare.

Chi tra noi professioniste crede di poter fare a meno del sesto senso? Chi di noi non sa che la fretta è mal consigliera? Chi di noi non ha da chiedere aiuto nei momenti catarchici?

Ecco allora che ho suggerito alle future colleghe, oltre che studiare l'ostetricia, di lasciarsi affascinare da storielle di morale.

Tra l'altro, non molti sanno che la fiaba di *Barbablu* si ispira ad una storia vera: quella di Gilles de Rais, maresciallo di Francia; uomo colto, amante dell'arte e della letteratura, amico di Giovanna d'Arco.

Questi aveva un lato oscuro. Nelle segrete del suo castello torturava ed uccideva centinaia di bambini, rapiti alle famiglie povere nelle vicinanze: una crudeltà oltre ragione.

Con ciò, ora vi lascio alle brevi revisioni narrative di questo decimo numero della rivista SISOGN... poi, vi suggerisco di passare a leggere la storia di *Giovanna* e di suo marito *Barbablu**.

* Barbe Bleue. Histoires ou contes du temps passé. Charles Perrault (Parigi, 12 gennaio 1628 – Parigi, 16 maggio 1703)



SISOGN

Società Italiana di Scienze
Ostetrico-Ginecologico-
Neonatali

The Official Journal
ISSN 2723-9179

SISOGN The Official Journal [on line] ISSN 2723-9179
June 2024, 01: N. 10

Intermittent auscultation during labour

Monitoraggio ad intermittenza in travaglio

Sara Bacchietta, Paola Agnese Mauri^{a b}

^a School of Midwifery, Department of Clinical Sciences and Community Health, Università degli Studi di Milano- Milan, Italy

^b Unit of mother child and newborn health, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico - Milan, Italy

Corresponding Author: Paola Agnese Mauri paola.mauri@unimi.it
via Manfredo Fanti 6, 20122 Milan, Italy – paola.mauri@unimi.it fax number +39 0255036542 tel number +39 0255038599

Copyright:
DOI:

Abstract

Object: The literature review aims to give an overview of the intermittent auscultation (IA) of the fetal heart rate during active labour. Specifically, the objective is to evaluate the benefits on maternal and neonatal outcomes using IA rather than continuous cardiotocography (CTG), as regard low-risk pregnancies.

Methods: The research of the scientific literature was carried out during the months of April and May 2023, on the database "PubMed" using the keywords "intermittent", "monitor", "labor", "heart rate", combined with the boolean operator AND.

Results: The literature taken into consideration proves that there is no evidence of benefit for the use of the CTG monitor for low-risk women on labour: admission CTG increases the caesarean section rate by approximately 20%, and a higher rate of instrumental vaginal delivery. Intermittent auscultation permits the fetal heart to be monitored in various positions and locations and favors the mobility of labouring women, which has been shown to benefit the progress of labor. Furthermore, IA allows a kind of one-to-one assistance, which is known for having a positive impact on birth outcomes as well as a reduction of epidural analgesia and instrumental deliveries. The findings of this review support guidelines that the IA monitor should be used for women who are low risk on admission in labour.

Keywords

Intermittent auscultation - labour - midwifery.

Introduzione

L'auscultazione intermittente (IA) è la tecnica di ascolto e conteggio della frequenza cardiaca fetale (FHR) per brevi periodi durante il travaglio attivo. (Blix et al., 2019)

L'IA ha come principale obiettivo l'identificazione tempestiva di ipossia/acidosi fetale al fine di consentire interventi appropriati, prima che si instauri un danno irreversibile; l'AI dovrebbe essere utilizzata di routine per il monitoraggio intrapartum nei travagli fisiologici (BRO, basso rischio ostetrico), ovvero i travagli che non presentino i fattori di rischio, per i quali vi è indicazione al monitoraggio

cardiotocografico in continua (CTG). Questa modalità di monitoraggio richiede che l'ostetrica rimanga vicino alla donna durante il travaglio al fine di monitorare il benessere del feto (assistenza one-to-one). (Maude et al., 2014)

Si dice che Ippocrate abbia descritto la tecnica dell'ascolto dell'attività interna del corpo posizionando l'orecchio sulla pelle prossimale all'organo in esame. Tuttavia, studi sulla percezione dei suoni del battito cardiaco fetale utilizzando questo metodo non sono stati riportati fino al 1600. Il medico francese Marsac sentì battiti cardiaci fetali nel diciassettesimo secolo. Mayor, un chirurgo svizzero, riportò per la prima volta un'auscultazione diretta della frequenza cardiaca fetale nel 1818. Jacques Alexandre Le Jumeau (visconte di Kergaradec) descrisse per la prima volta l'auscultazione del cuore fetale con lo stetoscopio di Laennec o con un fetoscopio di legno nel 1821. (Lewis & Downe, 2015)

Le linee guida NICE (Antenatal care for uncomplicated pregnancies) del 2014 raccomandano di offrire alle donne con un basso rischio di complicanze, il monitoraggio della frequenza cardiaca fetale con auscultazione intermittente durante la prima fase del travaglio. Stabilisce di agire come segue:

1. Utilizzare uno stetoscopio di Pinard o un eco-doppler
2. Effettuare un'auscultazione intermittente subito dopo una contrazione palpata per almeno 1 minuto, ripetuta almeno una volta ogni 15 minuti, e registrarla come frequenza unica sul partogramma e in cartella clinica
3. Registrare accelerazioni e decelerazioni, se udite
4. Percepire (e registrare sul partogramma) il polso materno ogni ora, o più spesso se ci sono dubbi, per garantire la differenziazione tra i battiti cardiaci materni e fetali
5. Se non viene rilevato alcun battito cardiaco fetale, offrire una valutazione ecografica urgente in tempo reale per verificare la vitalità fetale

Nonostante le numerose evidenze, l'IA è un'abilità che sta rapidamente scomparendo dalla pratica ostetrica a causa dell'applicazione preferenziale di un mezzo elettronico e continuo di ascolto del battito cardiaco fetale utilizzando una macchina cardiotocografica (CTG). L'uso del monitoraggio CTG, per la valutazione e screening al momento del ricovero nel luogo del parto e continuamente durante il travaglio, è aumentato in Stati Uniti e Canada dal 62% al 93% circa negli ultimi due decenni. L'aumento dell'uso del monitoraggio CTG continuo per gravidanze BRO, in assenza di indicazioni cliniche è di particolare preoccupazione in quanto è stato dimostrato che ha effetti dannosi. (Maude et al., 2014)

Materiali e Metodi

Per l'elaborazione di questa revisione è stata condotta una ricerca nella banca dati PubMed alle quale si è giunti, inserendo le credenziali istituzionali, mediante il portale bibliotecario dell'Università degli Studi di Milano, il che ha permesso di poter accedere a un maggior numero di articoli scientifici. La ricerca è stata condotta dal 16/04/2023 al 03/05/2023.

La strategia di ricerca si è basata sulle seguenti parole chiave: "intermittent", "monitor", "labor", "obstetric", "heart rate", "fetal [MAJR]"; con le quali utilizzando l'operatore booleano "AND", si sono formulate le stringhe di ricerca riportate in Figura 1.

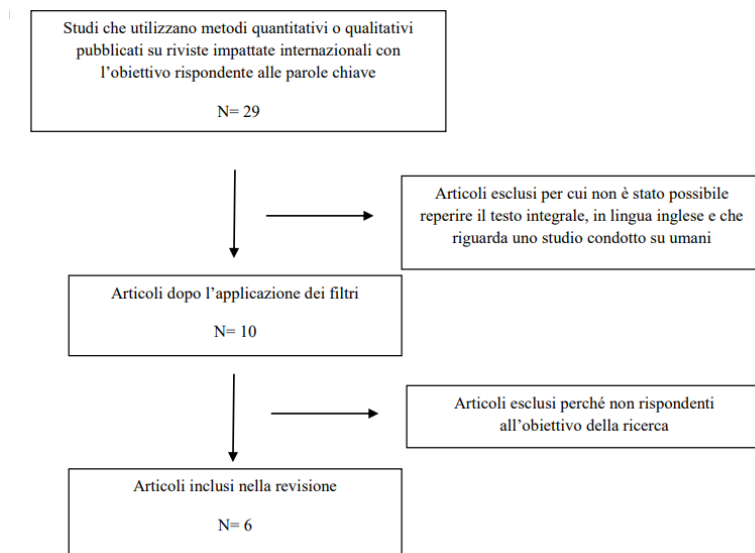
Figura 1 - Stringhe di ricerca e numero dei risultati ottenuto per ogni stringa.

Stringa	Numero di risultati
#1: "intermittent AND monitor AND labor, obstetric"	126
#2: "intermittent AND monitor AND "Heart Rate, Fetal"[MAJR]"	63
#1 AND #2	29

Nel database sono stati presi in esame articoli disponibili in free full text, in lingua inglese e pubblicati negli ultimi 10 anni. Sono stati esclusi studi sperimentali condotti su animali, in quanto non inerenti al quesito di ricerca.

In una seconda fase di selezione, invece, sono stati analizzati i titoli e gli abstract per escludere gli articoli non inerenti alla ricerca.

Figura 2. Flow chart - Processo di inclusione delle fonti



Il grado di evidenza degli studi analizzati verrà espresso secondo i criteri dettati dalla classificazione dei livelli di evidenza mostrata in Figura 3.

Figura 3 – Scala di valore tratta da US Agency For Healthcare Research and Quality – AHCPR – per attribuire livello della prova e grado di raccomandazione agli studi estratti per la revisione narrativa

evidenza	livello della prova	grado della raccomandazione	
metanalisi di RCTs	Ia	A	forte
almeno un RCT	Ib		
almeno uno studio clinico ben condotto senza randomizzazione	IIa	B	discreta
almeno un altro tipo di studio clinico ben disegnato quasi sperimentale	IIb		
almeno uno studio clinico ben disegnato non sperimentale	III		
opinioni di comitati di esperti o esperienze di autorità riconosciute	IV	C	debole

Risultati

Gli articoli estratti per la breve revisione narrativa in merito all'argomento: "Monitoraggio ad intermittenza in travaglio" sono stati sei. I sei articoli vengono riportati in tabella di estrazione (Tabella 1) nelle loro caratteristiche fondamentali.

Tabella 1 – Tabella di estrazione - Analisi della letteratura inerente al quesito di ricerca

N	Autore e anno di pubblicazione - Contesto	Disegno dello studio	Scopo	Sintesi materiali e metodi (campionamento e metodo raccolta dati)	Risultati (compresa numerosità e caratteristiche del campione)	Livello della prova
1	Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W,	Revisione sistematica	Confrontare gli esiti della cardiocografia in	Revisione sistematica sul registro delle prove del Cochrane Pregnancy and	Dallo studio in analisi non sono state riscontrate prove di beneficio per	Ib

	Cuthbert A, Smith V, 2017		continuo con l'auscultazione intermittente della frequenza cardiaca fetale sugli esiti materni e infantili per donne in gravidanza senza fattori di rischio al loro ricovero in sala parto.	Childbirth Group fino al 30 novembre 2016. Sono stati selezionati solo trial randomizzati e quasi-randomizzati che confrontano il monitoraggio in continuo con quello ad intermittenza in donne tra le 37 e 42 settimane gestazionali, considerando a basso rischio per ipossia fetale intrapartum e di sviluppare complicazioni durante il travaglio.	l'utilizzo del CTG in continuo per le donne a basso rischio in travaglio. Inoltre, la probabilità è che il CTG in continuo aumenti il tasso di taglio cesareo di circa il 20%. I dati mancavano di potere per rilevare possibili importanti differenze nella mortalità perinatale.	
2	Debrah Lewis, Soo Downe; for the FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel 1, 2015	Linee guida International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)	Stabilire linee guida universali sull'auscultazione intermittente come monitoraggio fetale intrapartum. Le linee guida sono raccomandazioni di comportamento clinico con l'obiettivo di guidare le decisioni e i criteri relativi alla diagnosi, alla gestione e al trattamento in specifiche aree della sanità.	Sono stati analizzati trial controllati randomizzati dal 1984 al 2015, nei quali è stato fatto un confronto tra CTG continuo e auscultazione intermittente nelle donne sia a basso rischio che ad alto rischio.	Dallo studio in analisi non sono emerse prove conclusive dei vantaggi del continuo CTG rispetto al monitoraggio dell'auscultazione intermittente durante il travaglio.	la
3	Robyn M Maude, Joan P Skinner and Maralyn J Foureur, 2014	Studio clinico d'intervento senza randomizzazione	Lo studio si propone di analizzare le differenze tra le tipologie di parto, prima e dopo una lezione informativa sull'auscultazione ad intermittenza del battito cardiaco fetale in travaglio, in un centro maternità di secondo livello in una città maggiore in Nuova Zelanda.	Per la raccolta dei dati si è adottata una revisione retrospettiva delle cartelle cliniche di 933 donne che hanno partorito in un centro maternità di secondo livello in una città maggiore in Nuova Zelanda tra 1/01/2009 e 31/03/2009 e tra 1/04/2010 e 30/06/2010, previa firma di accordo confidenziale. Nella fase pre-intervento sono state analizzate 511 cartelle cliniche di donne che hanno partorito nel dato centro maternità tra 1/01/2009 e 31/03/2009. Nella fase post-intervento sono state analizzate 422 cartelle cliniche di donne che hanno partorito tra 1/04/2010 e 30/06/2010. Nella fase pre-intervento 324 donne sono state catalogate come a basso rischio e di queste 157 hanno ricevuto l'auscultazione intermittente. Nella fase post-intervento con 291 donne a basso rischio, 158 hanno ricevuto l'auscultazione intermittente.	Dallo studio in analisi è emerso come il tasso di parti vaginali fosse più alto per tutte le donne a basso rischio che avevano ricevuto un monitoraggio IA durante il travaglio (pre e post intervento combinato 94%), rispetto alle donne a basso rischio che hanno ricevuto monitoraggio continuo CTG durante il travaglio (pre e post intervento combinato 79%). È stato riscontrato anche un ridotto rischio di taglio cesareo in donne monitorate con IA (RR=0,29).	lla
4	Ellen Blix, Robyn Maude, Elisabeth Hals, Sezer Kisa, Elisabeth Karlsen, Ellen Aagaard Nohr, Ank de Jonge, Helena Lindgren, Soo Downe, Liv Merete Reinart, Maralyn Foureur, Aase Serine Devold Pay, Anne Kaasen ¹ , 2019	Revisione sistematica	Lo studio si propone di fornire una panoramica sull'ambito dell'auscultazione ad intermittenza in travaglio di parto (IA), identificare e descrivere metodi e pratiche per eseguire l'IA, mappare le prove di accuratezza per diversi metodi di IA e identificare le	Nella revisione sistematica sono stati inclusi articoli pubblicati fino a Gennaio 2019 sulle seguenti banche dati: Medline, EMBASE, Cinahl, Maternity & Infant Care, Cochrane Library, SveMed+, Web of Science, Scopus, Lilacs and African Journals Online. Le ricerche hanno generato 6408 risultati di cui, nella revisione, sono stati inclusi 26 studi e 11 linee guida.	Le 11 linee guida considerate nella revisione sistematica concordano nel raccomandare l'auscultazione ad intermittenza in gravide a basso rischio, sebbene discordino leggermente su frequenza, tempi e durata dell'IA. Quattro degli studi inclusi, comprendenti 8436 donne, sono stati studi controllati randomizzati	lb

			lacune della ricerca.		che hanno valutato l'effetto dell'IA con un dispositivo Doppler rispetto a un dispositivo Pinard. Anomalie del battito cardiaco fetale sono state rilevate più spesso utilizzando il dispositivo Doppler rispetto a quelli che utilizzano il dispositivo Pinard (RR=1,77).	
5	American College of Nurse-Midwives, 2015	Revisione sistematica	Lo scopo di questo bollettino clinico dell'American College of Nurse-Midwives è quello di revisionare le prove di evidenza per l'utilizzo del monitoraggio ad auscultazione intermittente in travaglio, e fornire raccomandazioni per la tecnica, l'interpretazione e la documentazione.	È stata condotta una ricerca bibliografica sulla banca dati Cochrane Library, sono stati revisionati solo articoli in lingua inglese pubblicati tra il 1986 e il 2014. Gli studi sono stati valutati per qualità utilizzando le linee guida raccomandate da US Preventative Health Services Task Force, nel documento intitolato "Guidelines for Rating Strength and Quality of Evidence from Research Findings".	Dallo studio in analisi è emerso che l'auscultazione intermittente è il metodo da preferire per monitorare la frequenza cardiaca fetale durante il travaglio, in gravidanze a termine di gestazione e considerate a basso rischio di sviluppare acidosi fetale. L'IA deve essere condotta secondo le linee guida pratiche che includono criteri per l'utilizzo, criteri per la conversione al monitoraggio elettronico col cardiocotografo (EFM), e protocolli per la frequenza di osservazione e documentazione.	Ib
6	Robyn M. Maude, Joan P. Skinner, Maralyn J. Foureur, 2015	Revisione sistematica	Lo scopo della discussione è descrivere l'applicazione della struttura intelligente di auscultazione intermittente (ISIA) nella pratica. Il documento si propone di implementare le prove di evidenza riguardanti il monitoraggio del battito cardiaco fetale in gravidanze a basso rischio.	Nella revisione si è partiti considerando le discussioni, sollecitate dagli autori, riguardanti l'utilizzo dell'IA per il monitoraggio del battito cardiaco fetale per le donne a basso rischio, su due gruppi di discussione internazionali molto attivi: https://www.Midwifery-Research@jiscmail.ac.uk e https://www.Normalbirth-Research@Jiscmail.ac.uk . Successivamente sono stati inclusi anche studi primari di raccolta dati e revisioni sistematiche (studi secondari), l'analisi delle linee guida ha rivelato dettagli insufficienti a supportare adeguatamente gli operatori a condurre e interpretare correttamente l'IA nella pratica.	Lo studio in analisi propone il quadro decisionale di riferimento ISIA come uno strumento di traduzione della conoscenza per sostenere l'applicazione e l'implementazione delle prove di evidenza sull'uso dell'auscultazione intermittente come metodo di monitoraggio del battito cardiaco fetale per le donne a basso rischio.	Ib

Discussione

Con questa breve revisione narrativa non sono state trovate prove di beneficio a favore dell'uso del monitoraggio cardiocotografico in continuo durante il travaglio in donne classificate come a basso rischio ostetrico.

Uno studio ha dimostrato come il monitoraggio CTG in continuo aumenti il tasso di tagli cesarei di circa il 20%. I dati mancavano di potere nel rilevare possibili importanti differenze nella mortalità perinatale; tuttavia, è improbabile che qualsiasi prova o meta-analisi sia adeguata a rilevare tali differenze. I risultati di questo studio supportano le raccomandazioni che il ricovero CTG non deve essere utilizzato per le donne che sono a basso rischio all'ammissione in travaglio. Le donne dovrebbero essere informate che il ricovero CTG è probabilmente associato ad un aumento dell'incidenza di taglio cesareo senza evidenza di beneficio. (Devane et al., 2017)

Lo studio clinico d'intervento considerato in questa breve revisione narrativa ha evidenziato, dopo una lezione informativa sull'utilizzo e sui benefici dell'auscultazione intermittente, un cambiamento nella pratica delle ostetriche, con una variazione relativa del 12% nell'uso di IA per il monitoraggio cardiaco fetale durante il travaglio successivo all'intervento. Questo maggiore uso di IA è conforme alle linee guida evidence-based per il monitoraggio fetale per le gravide a basso rischio. Per quanto riguarda gli esiti ostetrici, questo studio ha mostrato un aumento del tasso di parti vaginali (94%) in donne BRO che hanno ricevuto un'auscultazione intermittente, rispetto a donne BRO che sono state sottoposte ad un monitoraggio CTG (79%). C'è stato un ridotto rischio di taglio cesareo in donne monitorate con IA (RR=0,29 combinato pre e post intervento). (Maude et al., 2014)

La revisione sistematica di Blix et al. si è proposto di identificare e descrivere metodi e pratiche per eseguire l'auscultazione intermittente, raccogliere le prove di accuratezza per diversi metodi di IA e identificare le lacune della ricerca. Il dispositivo Doppler e il fetoscopio di Pinard si sono dimostrati essere i device più utilizzati nella messa in pratica dell'IA, una metanalisi non ha riscontrato differenze nei risultati clinici usando un dispositivo piuttosto che l'altro; lo studio ha preso in considerazione anche il fatto che in alcune strutture venga utilizzato il trasduttore della macchina del CTG per effettuare l'IA, senza però alcuna raccomandazione al riguardo. Nonostante dalla revisione non sia emerso nessun articolo che stabilisce il tempismo e la durata ottimali per una corretta auscultazione, gli autori raccomandano l'auscultazione 30-60 s prima e dopo le contrazioni al fine di valutare la frequenza cardiaca fetale basale ed evitare di perdere le decelerazioni tardive, con un intervallo di 15 minuti tra una misurazione e l'altra. (Blix et al., 2019)

La revisione sistematica dell'American College of Nurse and Midwives è stata redatta con lo scopo di raccogliere tutte le prove di evidenza riguardo all'auscultazione intermittente in travaglio, in modo tale da fornire raccomandazioni da seguire per la pratica clinica. L'IA è il metodo di sorveglianza fetale da preferire in donne che entrano in travaglio a termine di gravidanza, senza condizioni mediche o ostetriche associate ad insufficienza utero-placentare e/o condizioni associate a un aumentato rischio di acidosi fetale. L'IA è associata ad un minore tasso di tagli cesarei e parti vaginali operativi, procedure associate ad ulteriori rischi per la donna e il neonato, rispetto al monitoraggio cardiotocografico in continuo. Infine l'IA permette alla donna una maggiore mobilità, che a sua volta aumenta il comfort e il progredire del travaglio. Per quanto riguarda l'applicazione pratica dell'IA, gli autori raccomandano di seguire le linee guida: auscultare il BCF durante le contrazioni, piuttosto che tra una contrazione e l'altra, registrare le osservazioni utilizzando terminologia specifica e fornendo descrizioni complete e comprensibili. (American College of Nurse-Midwives, 2015)

Un ulteriore articolo parte dal problema che, nonostante l'auscultazione intermittente sia raccomandata dalle linee guida durante il travaglio in gravide a basso rischio, in molti punti nascita le donne sono sempre più esposte al rischio di un monitoraggio cardiotocografico in continuo senza evidenze cliniche a supportare ciò. Oltre a rappresentare un'eccessiva medicalizzazione della gravidanza BRO, il routinario uso del monitoraggio CTG svalorizza tutte le competenze proprie dell'ostetrica. Gli autori propongono l'applicazione della struttura intelligente di auscultazione intermittente (ISIA) per supportare la pratica clinica e i processi decisionali. Il quadro ISIA ristabilisce la validità dell'IA come abilità ostetrica fondamentale nella tutela della nascita fisiologica, ovviamente deve sottendere una conoscenza della fisiologia dell'unità materna-utero-placentare, dei movimenti attivi fetali (MAF), delle caratteristiche del BCF e della risposta fetale ai cambiamenti di ossigenazione. (Maude et al., 2016)

Conclusioni e implicazioni per la pratica

La ricerca scientifica riguardante l'auscultazione intermittente in travaglio di parto concorda sul fatto che l'IA debba essere il metodo da adottare per ogni gravida a basso rischio che entra in travaglio a termine di gestazione, come raccomandato dalle linee guida internazionali FIGO (Lewis & Downe, 2015). Nonostante ciò, ad oggi il monitoraggio cardiotocografico in continuo resta la scelta di elezione in numerosi punti nascita, anche in caso di donne BRO.

Risulta necessario migliorare la qualità delle raccomandazioni, fornendo linee guida precise su timing, durata, strumento da utilizzare e registrazione per quanto riguarda l'applicazione pratica dell'auscultazione intermittente in gravide a basso rischio.

Bibliografia

- American College of Nurse Midwives. Intermittent auscultation for intrapartum fetal heart rate surveillance. *J Midwifery Womens Health*. 2007 May-Jun;52(3):314-9. doi: 10.1016/j.jmwh.2007.03.021. PMID: 17467602.
- Blix E, Maude R, Hals E, Kisa S, Karlsen E, Nohr EA, de Jonge A, Lindgren H, Downe S, Reinart LM, Foureur M, Pay ASD, Kaasen A. Intermittent auscultation fetal monitoring during labour: A systematic scoping review to identify methods, effects, and accuracy. *PLoS One*. 2019 Jul 10;14(7):e0219573. doi: 10.1371/journal.pone.0219573. PMID: 31291375; PMCID: PMC6619817.
- Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Cuthbert A, Smith V. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jan 26;1(1):CD005122. doi: 10.1002/14651858.CD005122.pub5. PMID: 28125772; PMCID: PMC6464914.
- Lewis D, Downe S; FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Intermittent auscultation. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015 Oct;131(1):9-12. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.06.019. PMID: 26433400.
- Maude RM, Skinner JP, Foureur MJ. Intelligent Structured Intermittent Auscultation (ISIA): evaluation of a decision-making framework for fetal heart monitoring of low-risk women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014 May 31;14:184. doi: 10.1186/1471-2393-14-184. PMID: 24884597; PMCID: PMC4070350.
- Maude RM, Skinner JP, Foureur MJ. Putting intelligent structured intermittent auscultation (ISIA) into practice. *Women Birth*. 2016 Jun;29(3):285-92. doi: 10.1016/j.wombi.2015.12.001. Epub 2015 Dec 19. PMID: 26710972.



SISOGN

Società Italiana di Scienze
Ostetrico-Ginecologico-
Neonatali

The Official Journal
ISSN 2723-9179

SISOGN The Official Journal [on line] ISSN 2723-9179
June 2024, 01: N. 10

Hypnosis in labor

L'impiego dell'ipnosi durante il travaglio e il parto

Federica Cangelli^a, Paola Agnese Mauri^{a b}

^a School of Midwifery, Department of Clinical Sciences and Community Health, Università degli Studi di Milano- Milan, Italy

^b Unit of mother child and newborn health, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico - Milan, Italy

Corresponding Author: Paola Agnese Mauri paola.mauri@unimi.it
via Manfredo Fanti 6, 20122 Milan, Italy – paola.mauri@unimi.it fax number +39 0255036542 tel number +39 0255038599

Copyright:
DOI:

Abstract

Introduction. Hypnosis is a physiological human condition, which a person experience when he/she leaves the control of his/her own consciousness. The hypnotist starts repeating some words with the aim to relax him/her and concentrate on himself/herself. This technique could be taught even to pregnantwomen with the objective to use it during labour and delivery as a method of relaxation and pain'scontainment.

Materials and methods. Research on Pubmed. Keywords: hypnosis, labour, delivery and parturition. Boolean operators: and, or e or. Strings: labour [mesh] or delivery [mesh] or parturition [mesh]/ hypnosis[mesh] and labour[mesh] or delivery [mesh] or parturition [mesh]. Filters: clinical trial/randomized controlled trial

Research on Scopus. Keywords: hypnosis, labour, delivery and parturition. Boolean operators: and, or e or. Strings: labour or delivery or parturition / hypnosis and labour or delivery or parturition. Filters: articles/ English / open access

Results. Better satisfaction. Calm, confidence, empowerment. Reduction of duration of hospitalisation. Reduction of medical intervention. Reduction of complications. Reduction of hospitalisation in NICU for neonates. Reduction of cesarian section. Reduction of labour's duration. Reduction of oxytocin perfusion. Reduction of pain's scale. Reduction of farmacological analgesia. Better outcames in puerperium. Frustrating experience. Irrelevant reduction of farmacological analgesia

Conclusion

Assuming the controversial results, other studies related to this topic will have to be done.

Keywords

hypnosis - labour - midwifery

Introduzione

L'ipnosi è uno stato fisiologico, apparentemente simile al sonno, che permette una grande varietà di risposte comportamentali alla stimolazione verbale. Quando la persona è ipnotizzata non c'è un apporto cosciente della volontà ed è in contatto solo con l'ipnotista.

L'obiettivo dell'ipnosi è accedere all'inconscio dell'individuo, cioè al luogo in cui vengono raccolte esperienze e le informazioni apprese nel corso della vita (di cui spesso non abbiamo consapevolezza) situato nell'emisfero destro del cervello.

Durante l'ipnosi, il terapeuta parla a questa parte destra, che si presume collegata direttamente al sistema limbico-ipotalamico, il ponte di comunicazione tra la mente e il corpo: l'ipotalamo è infatti connesso all'ipofisi, che può convertire gli impulsi nervosi in messaggi ormonali. È per questo che l'ipnosi può "incoraggiare" i meccanismi di autoguarigione che ciascuno di noi possiede, e anche dare accesso a risorse di cui non siamo consapevoli.

Questa pratica si esegue nella seguente modalità: l'ipnotista, con voce monotona e ripetendo più volte parole e concetti, invita la persona a rilassarsi e a concentrare l'attenzione su un oggetto, esso sia il pendolo o una parte del corpo della guida. In questo modo la persona si può isolare dalla realtà esterna fino a sentirsi distaccato dal suo corpo.

Attraverso l'ipnosi viene indotta la trance, una particolare condizione tra il sonno e la veglia riconoscibile da alcuni segnali. La persona di solito è immobile, seduta o distesa, la respirazione e la frequenza cardiaca sono rallentate. Gli occhi sono chiusi o socchiusi; se sono aperti sono quasi privi di ammiccamento (cioè del riflesso di chiusura delle palpebre). La voce ha un tono diverso, l'eloquio è rallentato, la deglutizione è rara. La risposta a stimoli esterni (anche dolorosi) è ridotta. La ricerca della trance è tipica di molte culture: alcune ci arrivano con la ripetizione di poche parole (i monaci tibetani), altre con ritmi monotoni e regolari (le danze tribali africane ma anche le discoteche occidentali).

Arrivati al punto della trance, avendo abbandonato i rigidi schemi della realtà, la persona può accettare ciò che gli viene detto senza intervenire con alcun tipo di critica; perciò c'è anche la possibilità di apportare un intervento terapeutico. Ad esempio, ad un tabagista si potrà dire: "Le sigarette d'ora in poi avranno un sapore cattivo" come intervento di cessazione dell'abitudine tabagica.

Potenzialmente tutte le persone potrebbero essere ipnotizzate, anche se si potrebbe incontrare una maggiore resistenza da parte di quelle che esercitano su di sé un controllo continuo, cioè quelle che faticano a lasciarsi andare. (Erba, 2014)

Per quanto riguarda l'impiego di ipnosi durante il travaglio e il parto si sono notati dei cambiamenti di tecnica: in passato si assisteva ad un maggior proposito di partorire in trance ipnotica intesa come pratica volta all'induzione di una globale anestesia, oggi si tende verso il proposito di voler partorire mediante l'ipnosi. Questa tecnica, infatti, si pone come obiettivi di permettere alla donna di attingere a tutte le sue potenzialità cosce ed inconscie di adattamento e di gestire i pensieri relativi al dolore spostando le proprie risorse attentive verso quegli stimoli/pensieri che rappresentano la spinta motivazionale positiva, come per esempio la felicità per l'imminente nascita del figlio.

In questo modo la tecnica dovrebbe far emergere la capacità innata di saper partorire, interrompere il circolo ansia-paura-aumento del dolore e permettere di assecondare le richieste del corpo. Perciò l'ipnosi è considerata come una metodica non farmacologica di contenimento del dolore.

Esiste un corso di preparazione per andare ad impiegare la pratica dell'ipnosi durante il travaglio e si pone i seguenti obiettivi:

1. aumentare la consapevolezza delle proprie emozioni
2. ascoltare sia il proprio corpo sia le proprie emozioni
3. aiutare a far vivere la gravidanza nel modo più sereno possibile, imparando a gestire i sintomi, le ansie e le paure (non solo della gravidanza e del parto, ma anche del puerperio e della maternità)
4. smantellare tutti i messaggi negativi che la partoriente riceve da diversi canali: racconti di

amicheo della madre, parole mal dette durante i corsi pre-parto

5. insegnare alla partoriente ad isolarsi dall'ambiente caotico in cui sarà immersa durante il travaglio e il parto
6. far fantasticare la partoriente sul proprio figlio, così da creare un sano legame madre/figlio, un sano attaccamento, valido non solo durante la gravidanza, ma anche dopo la nascita
7. accrescere il senso di controllo e autonomia durante il parto
8. ampliare il senso di competenza a nascere e partorire
9. aumentare la consapevolezza del momento
10. far percepire alla madre il senso di essere in due

In alcuni casi questi corsi di preparazione prevedono una serie di incontri a partire dalla ventinovesima\trigesima settimana di gestazione. Come nei tipici IAN si va a parlare di fisiologia della gravidanza, del parto, dell'importanza di avere durante il parto una persona di fiducia, si ascoltano le emozioni della donna. Ma in più vengono insegnate la distorsione temporale e quella spaziale con lo scopo di concentrarsi solo su di sé e ciò che sta accadendo, tecniche associative ed immaginative per la gestione del dolore durante le contrazioni, a focalizzare l'attenzione della donna sul senso di competenza a nascere e partorire e sulla capacità di seguire i suggerimenti e gli aiuti delle ostetriche al momento del periodo espulsivo. (Zani, 2019)

Lo stato di trance sperimentato durante questi incontri permette la memorizzazione nella mente e nel corpo in maniera molto efficace per poter essere riprodotto facilmente in futuro eseguendo un gesto simbolico concordato durante le sedute (ad esempio mettere una mano sullo stomaco). In questo modo, apprendendo un semplice gesto, la donna potrà praticare l'autipnosi senza la necessità di alcun ipnotista in ospedale al momento del parto. Essendo un processo da compiere in autonomia secondo altri medici è sufficiente un incontro con uno specialista e poi è necessario che la donna si eserciti a casa propria, in modo da arrivare preparata al momento del parto. (Regaldo, 2019)

Materiali e Metodi

L'obiettivo di questa breve revisione narrativa è di ricercare gli effetti dell'impiego delle tecniche di autoipnosi nelle fasi di travaglio e parto verificando se possono apportare benefici alla donna. Per cercare articoli per questo lavoro sono state consultate due banche dati digitali: *Pubmed* e *Scopus*.

Nella barra di ricerca di *Pubmed* sono state inserite 4 parole chiave: hypnosis, labour, delivery e parturition: la prima va a definire l'argomento del quesito di ricerca e le altre tre vanno invece a delimitare il contesto della domanda. Queste keywords sono state seguite tutte dalla dicitura [mesh], in modo tale da includere nella ricerca articoli indicizzati per vocaboli.

Per quanto riguarda gli operatori booleani è stato impiegato una sola volta "and" e due volte "or". Questa scelta è stata data dalla necessità di includere il termine hypnosis e almeno un altro tra labour, delivery and parturition.

Unendo i termini labour, delivery e parturition con gli operatori booleani "or" si è venuta a creare la stringa labour [mesh] or delivery [mesh] or parturition [mesh]. Legando quest'ultima stringa tramite l'operatore booleano "and" è nata quella principale, ovvero hypnosis[mesh] and labour [mesh] or delivery [mesh] or parturition [mesh].

Una volta ottenuti i risultati della ricerca sono stati selezionati i seguenti filtri: clinical trial e randomized controlled trial, dal momento che il quesito della revisione narrativa si pone l'obiettivo di ricercare l'efficacia dell'impiego dell'ipnosi durante il travaglio.

Si può riassumere il lavoro svolto su *Pubmed* con il seguente elenco:

- Keywords: hypnosis, labour, delivery e parturition
- Operatori booleani: and, or e or
- Stringhe: labour [mesh] or delivery [mesh] or parturition [mesh]/ hypnosis[mesh] and labour[mesh] or delivery [mesh] or parturition [mesh]
- Filtri: clinical trial/randomized controlled trial

Nella barra di ricerca di Scopus sono state inserite le medesime parole chiave, ovvero hypnosis, labour, delivery e parturition. In un primo momento è stato fatto anche il tentativo di far seguire tutte le keywords dal termine [mesh], ma una volta collocate nella stringa non si ottenevano risultati, quindi su questo motore di ricerca i termini chiave non sono stati seguiti dal mesh.

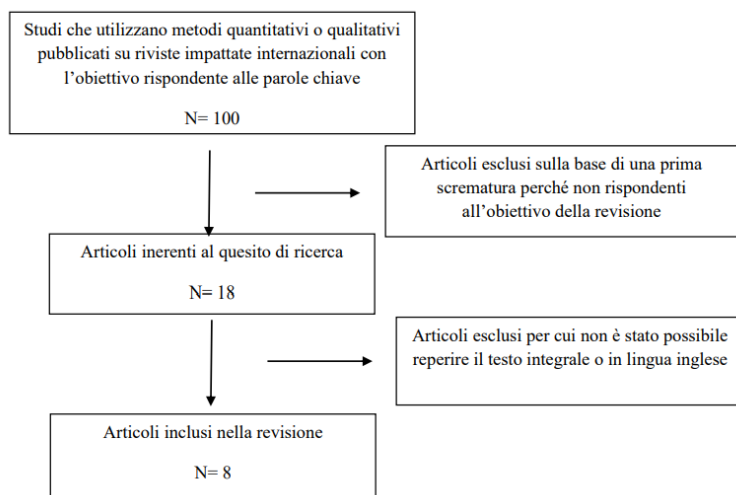
Anche in questo caso è stato impiegato una sola volta l'operatore booleano and e due volte or. Unendo i termini labour, delivery e parturition con gli operatori booleani "or" si è venuta a creare la stringa labour or delivery or parturition. Unendo quest'ultima stringa tramite l'operatore booleano "and" è nata la stringa principale, ovvero hypnosis and labour or delivery or parturition.

Una volta effettuata la ricerca sono stati inseriti i seguenti filtri: articles (per evitare lettere e riassunti di conferenze), English e open access.

Il lavoro svolto su Scopus viene schematizzato nel seguente elenco:

- Keywords: hypnosis, labour, delivery e parturition
- Operatori booleani: and, or e or
- Stringhe: labour or delivery or parturition / hypnosis and labour or delivery or parturition
- Filtri: articles/ English / open access

Figura N. 1 - Flow chart raffigurante il processo di estrazione della letteratura inerente al quesito di ricerca



Gli articoli estratti sono stati tradotti integralmente e in modo sintetico e verranno riportati in una tabella di estrazione nei risultati. La tabella di estrazione prevede anche l'attribuzione di livello di evidenza e il grado di raccomandazione a seconda del disegno degli studi estratti. Questa attribuzione sarà fatta secondo le US Agency For Healthcare Research and Quality (Figura 2).

Figura N. 2 – tabella tratta da US Agency For Healthcare Research and Quality – AHCPR – per attribuire livello della prova e grado di raccomandazione agli studi estratti

evidenza	livello della prova	grado della raccomandazione	
metanalisi di RCTs	Ia	A	forte
almeno un RCT	Ib		
almeno uno studio clinico ben condotto senza randomizzazione	IIa	B	discreta
almeno un altro tipo di studio clinico ben disegnato quasi sperimentale	IIb		
almeno uno studio clinico ben disegnato non sperimentale	III		
opinioni di comitati di esperti o esperienze di autorità riconosciute	IV	C	debole

Risultati

Gli articoli estratti per la breve revisione narrativa in merito all'argomento dell'impiego dell'ipnosi durante il travaglio e il parto sono stati 8. Gli 8 articoli vengono riportati in tabella di estrazione (tabella 1) nelle loro caratteristiche fondamentali.

Tabella N. 1 – Tabella di estrazione - Analisi della letteratura inerente al quesito di ricerca

N	Autore e anno di pubblicazione - Contesto	Disegno dello studio	Scopo	Sintesi materiali e metodi (campionamento e metodo raccolta dati)	Risultati (compresa numerosità e caratteristiche del campione)	Livello della prova
1	Werner A, Uldbjerg N, Zachariae R, Wu CS, Nohr EA. 2013. Aarhus University Hospital, Denmark.	Randomized Controlled Trial	Verificare se un piccolo corso di autoipnosi prima del parto fatto per alleviare i dolori del travaglio può migliorare l'esperienza parto.	1222 nullipare in salute sono state divise in 3 gruppi: 1 gruppo che ha partecipato a 3 incontri da 1 ora per apprendere l'autoipnosi, 1 gruppo che ha partecipato a 3 incontri da 1 ora per apprendere le tecniche di rilassamento e 1 gruppo che ha ricevuto una classica cura prenatale. A 6 settimane dal parto è stato utilizzato il questionario Wijmas delivery expectancy/experience (W-DEQ) per valutare il grado di soddisfazione del parto.	Il gruppo sottoposto all'ipnosi ha dimostrato di avere livelli di soddisfazione più alti rispetto agli altri 2 gruppi: W-DEQ di 42.9 rispetto a 47.2 del gruppo di rilassamento e 47.5 di quello che ha ricevuto una classica cura perinatale. La miglior esperienza del gruppo sottoposto all'ipnosi si è anche vista in sottogruppi analizzati per modalità di parto e grado di paura.	Ib
2	Finlayson K, Downe S, Hinder S, Carr H, Spiby H, Whorwell P. 2015. 6 paesi degli USA.	Clinical trial	Esplorare i punti di vista e i risultati di un gruppo di donne che ha seguito nella fase preparto un corso di un'autoipnosi con lo scopo di utilizzarla in travaglio.	Sono state scelte in maniera random alcune delle donne che hanno seguito il corso di autoipnosi in gravidanza e che hanno replicato la tecnica autonomamente da 32 settimane di gestazione alla nascita. Queste donne sono state intervistate 8-12 settimane dopo il parto nelle loro case. Quello che è emerso è stato poi discusso dagli autori per andare ad organizzarli in tematiche	La maggior parte delle donne hanno riportato un'esperienza positiva sottolineando sentimenti come calma, confidenza e empowerment. Queste donne hanno avuto la possibilità di personalizzare le tecniche di autoipnosi. Alcune donne hanno riferito anche un sentimento di frustrazione e dispiacere quando le ostetriche non le comprendevano nel caso in cui la loro esperienza non sia stata corrispondente alle loro aspettative	Ila

3	Martin AA, Schauble PG, Rai SH, Curry RW Jr.2001. Florida.	Clinical trial	Comparare la differenza di esiti delle gravidanze di adolescenti tra quelle che avevano seguito un corso di autoipnosi in gravidanza e quelle che non l'avevano seguito.	Un gruppo di 47 gravide adolescenti è stato diviso tra casi e controlli in maniera random. Ai casi è stata impartita una preparazione per l'autoipnosi a partire dalla 24esima settimana di gestazione, invece per i controlli è stato riservato un supporto per discutere problemi\tematiche riguardanti la gravidanza. I due gruppi sono stati paragonati per l'uso di metodi farmacologici, complicanze, interventi medici durante il travaglio e parto e durata della degenza.	3 donne hanno cambiato domicilio durante la gravidanza e 2 non hanno completato il percorso, quindi i risultati sono calcolati solo su 22 casi e 20 controlli. Solo una donna in ipnosi ha avuto un ricovero più lungo di 2 giorni, mentre 8 tra i controlli lo hanno sperimentato. Nessuna donna tra i casi ha avuto bisogno di un intervento medico contro le 12 dei controlli. 12 tra le donne che hanno usato l'ipnosi ha avuto delle complicanze contro le 17 che non l'hanno usata. 10 donne tra i casi sono ricorse ad analgesia farmacologica contro le 17 dei controlli. Per quanto concerne i neonati, solo uno nato da madre che è ricorsa all'uso dell'ipnosi è finito in TIN contro i 5 nati da madre appartenenti ai controlli.	Ila
---	--	----------------	--	--	---	-----

4	Chen, J., Chen, Y., Wang, F. & Qiu, C. 2021.China.	Clinical trial	Osservare gli effetti di una leggera ipnosi terapeutica sulle partorienti e sui feti avendo anche come sottofondo la musica.	Sono state selezionate 100 primipare, con feto singolo, tra i 19 ei 28 anni, con una gravidanza fisiologica. 50 di queste donne sono state sottoposte ad un corso per autoipnosi, mentre 50 hanno costituito il gruppo di controllo. Ai controlli è stata somministrata l'analgia epidurale, mentre ai casi oltre alla tecnica dell'autoipnosi è stata messa una base musicale. Le ostetriche hanno misurato il dolore delle donne in entrambi i gruppi nel primo stadio passivo e attivo e nel secondo attivo con scala VRS. I risultati sono poi stati elaborati con un software statistico.	Il grado di dolore dei casi è più basso rispetto a quello dei controlli ($P<0.01$). Anche la durata di travaglio e parto è statisticamente più bassa rispetto al gruppo che si è affidato all'analgia epidurale ($P<0.01$). L'uso dell'ipnosi ha permesso anche la riduzione del tasso di cesarei rispetto ai controlli ($P<0.05$), come anche l'impiego della perfusione ossitocica ($P<0.01$). La musica può cambiare l'umore delle persone: se ne ascoltano una calma si rilassano.	Ila
5	Downe, S., Finlayson, K., Melvin, C., Spiby, H., Ali, S., Diggle, P., Gyte, G., Hinder, S., Miller, V., Slade, P., Trepel, D., Weeks, A., Whorwell, P. & Williamson, M. 2015.UK.	Randomiz ed Controlle d Trial	Verificare l'effetto di corsi per l'autoipnosi nel periodo preparto sull'uso dell'epidurale durante il parto in donne nullipare.	Randomizzazione di 680 donne tra la 28esima e la 32esima settimana di gestazione a seguire un percorso convenzionale o un percorso convenzionale abbinato ad un piccolo corso di autoipnosi. Poi followup alla seconda e alla sesta settimana dopo il parto tramite un questionario.	Non si è riscontrata una differenza significativa sull'uso dell'epidurale tra le donne sottoposte all'autoipnosi (27.9%) e quelle non sottoposte (30%). Dopo 2 settimane dal parto le donne che hanno fatto un corso di autoipnosi risultano aver meno paura ed ansia rispetto a quelle che non l'hanno fatto. Le donne che hanno subito il trattamento hanno portato ad un costo aggiuntivo di £4.83 ciascuna	Ib

6	Cyna, A.M., Andrew, M.I., Robinson, J.S., Crowther, C.A., Baghurst, P., Turnbull, D., Wicks, G. & Whittle, C. 2006. Australia.	Randomized Controlled Trial	Determinare l'efficacia di quanto le donne hanno appreso nel gruppo prenatale di ipnosi alla fine della gravidanza in preparazione del parto.	135 donne tra i 34 e i 39 anni che hanno intenzione di fare un parto vaginale e con un feto in presentazione cefalica sono state divise in maniera random in 3 gruppi. Alle gestanti del primo gruppo è stato offerto un corso di ipnosi guidato da un ipnoterapista. A quelle del secondo gruppo è stato proposto un corso gestito da un'infermiera non specializzata in ipnosi. Le donne del terzo gruppo hanno seguito una preparazione alla nascita convenzionale. Alle partecipanti prima del parto è stata fatta compilare una scheda anamnestica e il questionario Spielberger State/Trait anxiety. Dopo il parto viene fatto compilare il questionario di Edimburgo per identificare eventualmente la depressione post partum. Viene testata la loro ipnotizzabilità tramite una creative imagination scale (CIS). Dopo il parto in ospedale viene anche fatto compilare un questionario dove si chiede se l'esperienza è stata migliore o peggiore in base alle aspettative, se si sono sentite di avere avuto controllo durante il parto, se avrebbero fatto l'esperienza dell'ipnosi anche al di fuori dello studio e se hanno intenzione anche di applicarla in un eventuale futuro parto	Dallo studio risulta che tra le donne a cui è stata insegnata l'autoipnosi il 20% è ricorso all'analgesia epidurale contro l'80% delle partorienti che non hanno beneficiato di questa metodica. Per quanto riguarda l'incidenza della depressione post partum nelle donne che hanno utilizzato l'ipnosi è dell'1%, mentre la media in Australia sia aggira tra il 13 e il 18% delle partorienti.	1b
---	--	-----------------------------	---	---	---	----

7	Cyna, A.M., Andrew, M.I. & McAuliffe, G.L. 2006. Australia.	Pilot study	Valutare l'uso dell'ipnosi come terapia.	Sono stati raccolti i dati delle donne che hanno beneficiato dell'ipnosi in travaglio tra l'agosto 2002 e l'agosto 2004. Queste donne sono state arruolate promettendo loro che con l'ipnosi non avrebbero perso coscienza, ma che al contempo il dolore si sarebbe ridotto e avrebbe reso l'evento parto un momento più piacevole. I risultati su queste donne sono stati comparati con dei dati retrospettivi di donne con la stessa parità e la stessa età che hanno partorito nel 2003.	Il 36% di nullipare che si sono sottoposte all'ipnosi è ricorsa all'impiego dell'analgesia epidurale contro il 53% dei controlli. Il 18% delle donne trattate ha necessitato della perfusione ossitocica contro il 36% delle non trattate.	IIb
8	Cyna, A.M., McAuliffe, G.L. & Andrew, M.I. 2004. Australia.	Revisione sistematica	Rivedere le evidenze disponibili in merito all'uso dell'ipnosi in travaglio per attenuare il dolore.	Ricerca di studi clinici dove l'uso dell'ipnosi in travaglio è stato paragonato al suo non uso, a nessun trattamento o all'impiego di placebo. L'interesse primario è stato rivolto verso la necessità di analgesia in travaglio e il punteggio raggiunto sulla scala di dolore in questo contesto.	5 RCT e 14 comparazioni non randomizzate hanno studiato 8395 donne che hanno impiegato l'ipnosi come analgesia in travaglio. La meta-analisi di 3 RCT dimostra che meno partorienti che sono ricorse all'ipnosi richiedono l'analgesia farmacologica rispetto a quelle che non l'hanno usata con un rischio relativo di 0.51. Una comparazione non randomizzata dimostra che le donne che si autoipnotizzano provano un dolore meno forte rispetto ai controlli ($P < 0.01$). Un'altra comparazione non randomizzata mostra che l'ipnosi riduce la necessità di oppioidi ($P < 0.001$) e aumenta la non richiesta di analgesia non farmacologica ($P < 0.001$). Si è notata anche tra i diversi studi una riduzione del travaglio che in media dura 2 ore in meno.	Ib

Discussione e conclusioni

Dagli articoli scientifici analizzati emergono diversi aspetti sul ricorso all'ipnosi nelle fasi di travaglio e parto.

In primo luogo, le donne che durante la gravidanza che accedono a programmi di training sull'ipnosi risultano poi essere più soddisfatte rispetto a quelle che non ne hanno preso parte: andando a valutarlo con la scala W-DEQ le prime hanno un punteggio di 42.9, contro al 47.2 delle gravide che hanno accesso ad un corso di rilassamento e al 47.5 che seguono un classico accompagnamento alla nascita. Il grado di soddisfazione poi dipende molto dalla condizione di partenza della donna, infatti maggiore è la paura, più il grado di soddisfazione si abbassa (Werner et al, 2013). L'alto grado di appagamento è stato riscontrato anche senza il ricorso ad alcuna scala, dato che alcune mamme hanno affermato che ripeterebbero il percorso di ipnosi anche in un'eventuale gravidanza e parto futuri (Finlayson et al, 2015).

In secondo luogo, le gravide che intraprendono un percorso di ipnosi durante la gestazione vivono il parto come un'esperienza positiva, dal momento che in questo momento,

considerato da loro come un clima di paura, riescono comunque a sentirsi calme, rilassate, confidenti, hanno un certo empowerment e credono nelle loro risorse. (Martin et al, 2001. Cyna et al, 2004. Finlayson et al, 2015).

Poi i vantaggi dell'autoipnosi in travaglio non si riscontrano solo a livello emotivo, ma anche dal punto di vista pratico. Ad esempio in uno studio solo una donna sottoposta a questo training si trovava ad avere una degenza più lunga di 2 notti, mentre sono 8 le donne a non ricorrere a questa metodica e a stare ricoverate in ospedale più notti. Poi nessuna delle donne trattate in studio ha necessitato dell'intervento medico mentre davano alla luce il proprio figlio, mentre tra i controlli 12 ne hanno avuto bisogno. L'impiego dell'autoipnosi in travaglio va a ridurre anche le complicanze, infatti le donne ipnotizzate ad averne sono state 12, mentre quelle non ipnotizzate 17. Infine dallo studio emerge che questo intervento va ad incidere anche sul benessere neonatale, dato che tra i bambini nati da madre che hanno fatto ricorso all'ipnosi solo 1 è stato ricoverato in TIN, mentre tra quelli nati dalle altre mamme sono 5 ad essere ricoverati in terapia intensiva neonatale.

Queste implicazioni pratiche legate all'ipnosi sono rassicuranti, ma bisogna considerare che derivano da uno studio fatto su gravide adolescenti, quindi non si può affermare con certezza se i benefici derivino da questa tecnica o dalla giovane età delle madri (Martin et al, 2001).

Per continuare, tra le donne che hanno intrapreso un percorso di autoipnosi fin dalla gravidanza il tasso di ricorso al taglio cesareo è inferiore con $P < 0.05$ rispetto ai controlli (Chen et al, 2021).

Da alcuni studi emerge anche che l'autoipnosi durante il travaglio permette la riduzione della sua durata con $P < 0.01$ rispetto al gruppo di donne che si sono sottoposte all'analgesia epidurale (Chen et al, 2021). Un altro studio ha anche quantificato le tempistiche ed è risultato che le partorienti ipnotizzate hanno un primo stadio attivo che dura 2 ore di meno rispetto alle altre. (Cyna et al, 2004).

Inoltre, spesso durante i travagli si ricorre alla perfusione ossitocica per stimolare ulteriormente la muscolatura uterina, in modo da indurre un numero maggiore di contrazioni. Tra le donne che tentano di rilassarsi con l'ipnosi invece questa metodica non è largamente utilizzata, infatti da uno studio emerge che le donne trattate e che ne fanno uso corrispondono a $P < 0.01$ rispetto ai controlli (Chen et al, 2021). In un altro studio la percentuale di partorienti ipnotizzate che necessitano la perfusione ossitocica è la metà rispetto a quelle non ipnotizzate, dal momento che si va da un 18% per le prime ad un 36% per le seconde. (Cyna et al, 2004).

Da aggiungere è anche la questione dolore, dato che uno degli obiettivi dell'ipnosi in travaglio è quello di essere una metodica di contenimento per il dolore. Dagli studi emerge che le donne che ricorrono ad ipnosi al parto provano meno dolore rispetto ai controlli con $P < 0.01$ (Cyna et al, 2004. Chen et al, 2021).

In relazione al grado di dolore si va a considerare anche il ricorso all'analgesia epidurale e ad altre metodiche di contenimento del dolore di tipo farmacologico: nella maggior parte di studi risulta che le donne ipnotizzate provano meno dolore e quindi non ricorrono all'analgesia epidurale. In uno studio è riportato che 10 donne sottoposte a questo trattamento richiedono l'analgesia farmacologica contro le 17 che non praticano ipnosi (Martin et al, 2001), da un altro si evince che il 20% delle donne trattate desidera la peridurale antalgica, mentre normalmente l'80% della popolazione ne fa uso (Cyna et al, 2006). Questo trend emerge anche dagli altri studi australiani dove le donne a sfruttare l'analgesia epidurale sono il 36% contro un 53% nei controlli (Cyna et al, 2006) e in generale in letteratura le donne ipnotizzate in travaglio richiedono meno l'analgesia farmacologica rispetto a quelle che non lo sono (Cyna et al, 2004).

Poi i training di autoipnosi svolti in gravidanza danno i loro effetti anche nel postpartum: da uno studio britannico si evince che le donne in questione durante il periodo del puerperio provano meno ansia e paura (Downe et al, 2015). Da un altro studio emerge addirittura che le

donne ipnotizzate intravaglio statisticamente cadono meno nella depressione postpartum: il dato per queste donne si attesta attorno all'1%, mentre nella popolazione generale di puerpere è attorno al 13-18% (Cyna, 2006).

Per converso, in altri studi l'ipnosi durante il travaglio non risulta apportare benefici.

Alcune donne descrivono l'esperienza dell'autoipnosi in travaglio come frustrante, o perché non sisono sentite comprese dalle ostetriche che non conoscevano questa tecnica, o perché la sua reale applicazione non è stata corrispondente alle aspettative che si erano create (Finlayson et al, 2015).

Per continuare in uno studio non emerge un decremento significativo del tasso al ricorso all'analgesia farmacologica tra le donne ipnotizzate al momento del parto, infatti tra le trattate il 27.9% la richiede e tra i controlli il 30%. (Downe et al, 2015).

Da tutti gli studi, però, non compaiono effetti gravemente lesivi per la salute delle donne e dei neonati, motivo per cui, a fronte di un adeguata formazione del personale dedicato al percorso nascita, il training di autoipnosi potrebbe essere proposto a tutte le gravide, considerando anche il solo costo aggiuntivo di £4.83. In questo modo in travaglio le donne avrebbero questa ulteriore risorsa da cui attingere e nel caso in cui non funzionasse, come si evince da certi lavori scientifici, eventualmente solo in un secondo momento andrebbero a ricorrere a metodiche farmacologiche per alleviare il loro dolore.

Per concludere, dato i pareri contrastanti sulla reale efficacia dell'impiego della metodica dell'ipnosi in travaglio, la Cochrane review afferma che sono necessari altri studi in merito.

Bibliografia

- Chen, J., Chen, Y., Wang, F. & Qiu, C. 2021, "Analysis of the Clinical Effect of Music Combined with Hypnosis on Labor Analgesia Based on Data Mining", *Journal of Healthcare Engineering*, vol. 2021.
- Cyna, A.M., Andrew, M.I. & McAuliffe, G.L. 2006, "Antenatal self-hypnosis for labour and childbirth: A pilot study", *Anaesthesia and Intensive Care*, vol. 34, no. 4, pp. 464-469.
- Cyna, A.M., Andrew, M.I., Robinson, J.S., Crowther, C.A., Baghurst, P., Turnbull, D., Wicks, G. & Whittle, C. 2006, "Hypnosis antenatal training for childbirth (HATCH): A randomised controlled trial [NCT00282204]", *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 6.
- Cyna, A.M., McAuliffe, G.L. & Andrew, M.I. 2004, "Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: A systematic review", *British journal of anaesthesia*, vol. 93, no. 4, pp. 505-511.
- Downe, S., Finlayson, K., Melvin, C., Spiby, H., Ali, S., Diggle, P., Gyte, G., Hinder, S., Miller, V., Slade, P., Trepel, D., Weeks, A., Whorwell, P. & Williamson, M. 2015, "Self-hypnosis for intrapartum pain management in pregnant nulliparous women: A randomised controlled trial of clinical effectiveness", *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 122, no. 9, pp. 1226-1234.
- Erba Marta. Che cos'è davvero l'ipnosi. 2014. <https://www.focus.it/comportamento/psicologia/che-cos-e-davvero-lipnosi> (accesso il 7 aprile 2023)
- Finlayson K, Downe S, Hinder S, Carr H, Spiby H, Whorwell P. Unexpected consequences: women's experiences of a self-hypnosis intervention to help with pain relief during labour. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 Sep 25;15:229. doi: 10.1186/s12884-015-0659-0. PMID: 26407981; PMCID: PMC4583759.
- Martin AA, Schauble PG, Rai SH, Curry RW Jr. The effects of hypnosis on the labor processes and birth outcomes of pregnant adolescents. *J Fam Pract*. 2001 May;50(5):441-3. Erratum in: *J Fam Pract* 2001 Sep;50(9):749. PMID: 11350710.
- Regaldo Giuseppe. Ipnosi per il parto. 2019. <https://regaldo.it/ipnosi-per-il-parto/> (accesso il 7 aprile 2023)
- Werner A, Uldbjerg N, Zachariae R, Wu CS, Nohr EA. Antenatal hypnosis training and childbirth experience: a randomized controlled trial. *Birth*. 2013 Dec;40(4):272-80. doi: 10.1111/birt.12071. PMID: 24344708.
- Zani Giulia. L'ipnosi nella gestione del dolore durante il travaglio ed il parto. 2019. <https://www.giuliazanipsicologa.com/2019/11/02/ipnosi-travaglio-parto/#:~:text=L'ipnosi%20permette%20di%20far,nella%20dilatazione%20della%20muscolatura%20uterina.> (accesso il 7 aprile 2023)



SISOGN

Società Italiana di Scienze
Ostetrico-Ginecologico-
Neonatali

The Official Journal
ISSN 2723-9179

SISOGN The Official Journal [on line] ISSN 2723-9179
June 2024, 01: N. 10

Maternal position in labour and perineal trauma prevention

Posizione materna al parto e prevenzione dei traumi perineali

Giorgia Concetta Giametta, Paola Agnese Mauri

Giorgia Concetta Giametta^a, Paola Agnese Mauri^{a b}

Corresponding Author: Paola Agnese Mauri paola.mauri@unimi.it
via Manfredo Fanti 6, 20122 Milan, Italy – paola.mauri@unimi.it fax number +39 0255036542 tel number +39 0255038599

Copyright:
DOI:

Abstract

Aims. The purpose of this literature review is to analyze the association between maternal positions for birth and the rate of perineal tears. It is believed that giving birth in an upright position is beneficial for both mother and baby for several physiological reasons. An upright positioning helps the uterus contract more strongly and efficiently, puts the baby in a better position and therefore can pass through the pelvis faster. The vertical and lateral positions allow flexibility of the pelvis and facilitate the extension of the perineum. there are no significant statistical differences that allow us to affirm a greater efficiency of vertical positions compared to horizontal positions for the protection of the integrity of the perineum.

Methods. This short literature review is the result of the collection and skimming of articles published on the bibliographic database PUBMED, using the keywords "maternal position" and "perineal trauma".

Conclusions. The significant heterogeneity among the various studies made it impossible to draw a definitive conclusion. It is not possible to accurately state the effectiveness of vertical positions to the detriment of horizontal positions for the outcome of an intact perineum, but the free choice of the woman for the birthing position should be encouraged and oriented according to the risks and benefits of vertical positions and horizontal ones, supported by scientific evidence.

Keywords

Maternal position – Perineal trauma - Midwifery

Introduzione

La scelta di trattare questo argomento è dovuta al fatto che, durante l'esperienza del tirocinio nella sala parto dell'ospedale Buzzi, i casi di parto in posizione litotomica e di lacerazioni di II grado hanno caratterizzato l'assistenza ostetrica. Durante il tirocinio poche volte sono state proposte posizioni alternative con l'intento di prevenire eventuali traumi perineali e questa esperienza mi ha motivata a capire quanto, effettivamente, la posizione utilizzata durante il periodo espulsivo potesse influire sul trauma perineale.

Per "trauma perineale ostetrico" (anche detto "lacerazione ostetrica da parto") si intende una lesione che interessa la vagina, il perineo o il pavimento pelvico che si verifica durante il parto vaginale ed è provocata dal passaggio del feto attraverso i tessuti molli materni. La perdita di integrità del perineo in seguito a trauma perineale intrapartum può essere spontanea oppure dovuta ad un'episiotomia. La Royal Collage of Obstetricians & Gynaecologists propone la seguente classificazione delle lacerazioni perineali, alla quale faremo riferimento: primo grado, lesione della vagina e/o della cute perineale; secondo grado, lesione dei muscoli perineali che non coinvolge lo sfintere dell'ano; terzo grado, lacerazione che coinvolge i muscoli dello sfintere anale; quarto grado, lacerazione di terzo grado che coinvolge anche la mucosa ano-rettale.

Per quanto riguarda la rilevanza epidemiologica, circa l'85% delle donne sottoposte a parto vaginale subisce un certo grado di trauma perineale che può provocare motilità sia a breve che a lungo termine dopo il parto, l'incidenza delle lesioni sfinteriali anali è del 2,9% (0-8%) con un'incidenza che varia nelle primipare (6,1%) e nelle pluripare (1,7%) (Thiagamoorthy G et al. National survey of perineal trauma and its subsequent management in the United Kingdom. Int Urogynecol J 2014). Le donne con perineo intatto hanno maggiori probabilità di riprendere i rapporti sessuali prima, riferiscono meno dolore durante il primo e i successivi rapporti sessuali e maggiore soddisfazione per l'esperienza sessuale.

L'insorgenza di gravi lesioni perineali è multifattoriale, la Royal Collage of Obstetricians & Gynaecologists ha individuato dei principali fattori di rischio, quali: nulliparità, dimensioni fetali aumentate (peso fetale superiore ai 4 kg), posizione occipitoposteriore, durata del secondo stadio superiore a due ore, distocia delle spalle, parto vaginale operativo, etnia materna (la razza caucasica ha un rischio maggiore rispetto alla razza nera), posizione della partoriente durante la seconda fase del travaglio. Poiché si tratta di un concetto multifattoriale, a nessun singolo fattore è unicamente imputabile l'aumento dell'incidenza di traumi perineali. (Mariana Vitor Peppe, 2018)

L'obiettivo principale di questa revisione narrativa è quello di valutare l'associazione tra le varie posizioni materne per la nascita e il tasso di lacerazioni perineali. Solitamente la seconda fase del travaglio è la parte più stressante per la donna e per il feto, di conseguenza la durata prolungata di questa fase aumenta il rischio di complicanze materne e fetali (emorragia post-partum, basso punteggio di Apgar, complicanze correlate all'asfissia neonatale) che possono essere pericolose per la vita. Alcune posizioni materne possono essere adottate durante il periodo espulsivo come intervento non-medico per facilitare il processo del parto e hanno potenziali benefici per promuovere esiti materno-neonatali ottimali, per migliorare notevolmente il senso di controllo della donna sul processo e per promuovere un'esperienza di nascita positiva. Alcuni tipi di posizioni materne possono abbreviare la durata della seconda fase del travaglio, riducendo così al minimo il rischio di complicanze e possono anche essere applicate per affrontare complicazioni ostetriche. Al contrario, se si adotta una posizione materna sfavorevole, si potrebbe determinare l'insorgenza di esiti negativi come: grave trauma perineale, incontinenza urinaria post partum, maggiore perdita di sangue, aumento del rischio di complicanze per il feto o neonato. Ad oggi, l'adozione di posizioni orizzontali (reclinata o litotomica) è diventata la norma ma l'Organizzazione Mondiale della Sanità ribadisce e raccomanda l'importanza delle posizioni erette e della scelta libera delle donne nella posizione materna da adottare in base alle loro preferenze.

A livello internazionale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità sostiene che, per una buona conduzione del parto fisiologico, i professionisti devono guidare la loro assistenza basandosi sulle migliori prove scientifiche disponibili. Tra le buone pratiche di cura del parto e della nascita spiccano la libertà di posizione e di movimento durante il travaglio, lo stimolo alle posizioni verticalizzate durante il parto e la pratica restrittiva dell'episiotomia. Il documento aggiornato nel 2018 dell'OMS rafforza la raccomandazione che l'operatore sanitario non deve imporre una posizione di parto alla donna ma piuttosto stimolare la libera scelta della posizione, comprese quelle verticali, dando la priorità al comfort e al desiderio della donna. I pro e contro di ogni posizione potrebbero non essere ancora evidenti ma conoscere i rischi e benefici di queste posizioni potrebbe sostenere un travaglio ottimale e migliorare la pratica ostetrica. (Alessandra Familiari et al, 2023)

Materiali e Metodi

Per eseguire questa revisione è stata eseguita una ricerca su PubMed.gov, applicando un filtro che La ricerca di revisione della letteratura è stata svolta tra il mese di maggio 2023 e il mese di giugno 2023 utilizzando la banca dati Pubmed alla quale si è giunti grazie al servizio offerto dalla Biblioteca digitale dell'Università degli Studi di Milano, inserendo le credenziali istituzionali.

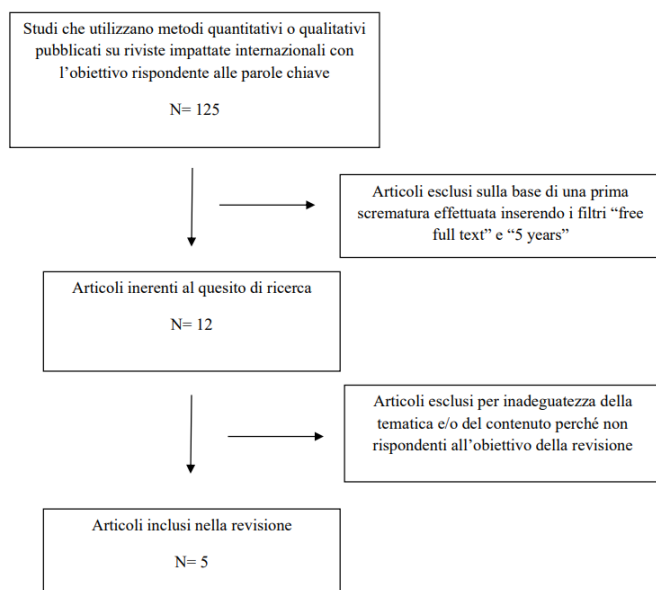
La ricerca è stata svolta utilizzando le key words: "maternal position" e "perineal trauma" attraverso l'operatore booleano AND.

Su 125 articoli originariamente recuperati da una prima ricerca, dal database sono stati presi in esame gli articoli disponibili in "free full text" e pubblicati negli ultimi 5 anni per avere a disposizione pubblicazioni recenti. Inserendo i filtri precedentemente citati il sito ha prodotto 12 risultati.

Escludendo gli articoli che per tematica e contenuto non erano pertinenti allo scopo della revisione, è stata fatta un'ulteriore selezione per la scelta della letteratura andando a valutare i titoli, gli abstract e il testo completo e arrivando ad un totale di 5 articoli della letteratura che sono stati revisionati.

Il numero di articoli trovati in relazione al numero di articoli considerati per questa revisione narrativa, viene riassunto nella Figura 1.

Figura N. 1 - Flow chart raffigurante il processo di estrazione della letteratura inerente al quesito di ricerca



Per l'attribuzione del livello di evidenza e del grado di raccomandazione degli studi estratti per questa revisione narrativa si fa riferimento a US Agency For Healthcare Research and Quality – AHCPR – come riportato in Figura 2.

Figura 2 – Livelli di evidenza cui si è fatto riferimento per la compilazione dell'ultima colonna della Tabella 1 d'estrazione. (Tratta da US Agency For Healthcare Research and Quality – AHCPR)

evidenza	livello della prova	grado della raccomandazione	
metanalisi di RCTs	Ia	A	forte
almeno un RCT	Ib		
almeno uno studio clinico ben condotto senza randomizzazione	IIa	B	discreta
almeno un altro tipo di studio clinico ben disegnato quasi sperimentale	IIb		
almeno uno studio clinico ben disegnato non sperimentale	III		
opinioni di comitati di esperti o esperienze di autorità riconosciute	IV	C	debole

Risultati

Gli articoli estratti per la breve revisione narrativa in merito all'argomento scelto sono stati 5, i quali vengono riportati in tabella di estrazione (tabella 1) analizzati nelle loro caratteristiche fondamentali: autore, anno di pubblicazione, disegno dello studio, scopo, materiali e metodi, risultati, livello della prova.

Tabella N. 1 – Tabella di estrazione - Analisi della letteratura inerente al quesito di ricerca

N	Autore e anno di pubblicazione	Disegno dello studio	Scopo	Sintesi materiali e metodi (campionamento e metodo raccolta dati)	Risultati (compresa numerosità e caratteristiche del campione)	Livello della prova
1. Pubmed	Mariana Vitor Peppe, Juliana Stefanello, Bruna Fregonesi Infante, Mauricio Tsuguio Kobayashi, Claudia de Oliveira Baraldi, Luiz Gustavo Oliveira Brito 2018	Studio di coorte retrospettivo.	Determinare la prevalenza del trauma perineale e i suoi fattori di rischio in una maternità a basso rischio con un'alta incidenza di posizione eretta durante la seconda fase del travaglio.	Uno studio di coorte retrospettivo su 264 gravidanze singole durante il travaglio è stato eseguito in una maternità di gravidanza a basso rischio durante un periodo di 6 mesi. Il trauma perineale è stato classificato secondo il Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG), e l'integrità perineale è stata divisa in tre categorie: nessuna lacrima; lacrima di primo/secondo grado + episiotomia; e lacrima di terzo e quarto grado. È stata eseguita un'analisi multinomiale per cercare i fattori associati al trauma perineale.	Su un totale di 264 donne, ci sono stati 2 casi (0,75% di grave trauma perineale, che si è verificato in donne nullipare di età inferiore ai 25 anni. Circa il 46% (121) delle donne non aveva lacrima e il 7,95% (21) ha eseguito episiotomie mediolaterali. Il trauma perineale non era associato alla posizione materna ($p = 0,285$), all'operatore sanitario (ostetrici o ostetriche; $p = 0,21$), ai neonati con 4 chili o più ($p = 0,672$) e all'analgesia del travaglio ($p = 0,319$). L'analisi multinomiale ha mostrato che il bianco e il nullipare presentavano, rispettivamente, 3,90 e 2,90 volte più rischio di presentare lacrima perineale.	Ila
2. Pubmed	Silvia Rodrigues, Paulo Silva, Andee Agius, Fatima Rocha, Rosa Castanheira, Mechthild Gross, Jean Calleja-Agius 2019	Studio di coorte retrospettivo.	Indagare la prevalenza e i fattori predittivi del perineo intatto dopo il parto vaginale normale tra le donne portoghesi che hanno avuto parti vaginali spontanei.	È stato condotto uno studio descrittivo, trasversale e retrospettivo tra donne incinte che hanno avuto parti vaginali spontanei, tra il 1° gennaio 2017 e il 31 dicembre 2017, in un centro parto unico in Portogallo. Dopo l'approvazione etica, è stata calcolata la prevalenza del perineo intatto ed è stata effettuata un'analisi multivariata con regressione logistica, per identificare i fattori predittivi di avere un perineo intatto dopo parto vaginale spontaneo.	Un totale di 1748 donne incinte ha avuto parti vaginali spontanei. Quattrocentoquarantuno donne (25,2%) avevano il perineo intatto mentre in 1307 (74,8%) donne il perineo non era intatto. Le lacrima di primo grado si sono verificate nel 23,2% (405/1748) delle donne, le lacrima di secondo grado si sono verificate nel 4% (70/1748) delle donne mentre tre donne (0,2%) hanno subito una lesione di terzo grado. Il tasso di episiotomie è stato del 43,8% (766/1748). L'episiotomia e le lacrima di primo grado si sono verificate nel 2,6% (45/1748), l'episiotomia e le lacrima di secondo grado si sono verificate nello 0,7% (12/1748), mentre l'episiotomia e le lacrima di terzo grado si sono verificate nello 0,3% (6/1748) delle donne. Avere un precedente taglio cesareo ha ridotto le probabilità di perineo intatto del 60%, mentre la nulliparità ha ridotto le probabilità del 70%. Per ogni aumento di 250 grammi di peso alla nascita, le probabilità di mantenere un perineo intatto diminuivano del 13%. Le posizioni di nascita alternative (esclusa la litotomia) raddoppiavano le probabilità di mantenere un perineo intatto.	Ila
3. Pubmed	Jing Huang, Yu Zang, Li-Hua Ren, Feng-Juan Li, Hong Lu 2019	Revisione della letteratura.	Rivedere e confrontare i benefici e i rischi delle posizioni materne comuni durante la seconda fase del travaglio, fornendo così alle ostetriche linee guida pratiche basate sull'evidenza.	Revisione della letteratura svolta nel database di Pubmed.	Quando le donne partoriscono in posizione eretta, specialmente in posizione accovacciata e seduta, le ostetriche dovrebbero prestare molta attenzione al perineo per prevenire il trauma perineale. Inoltre, poiché le prove esistenti indicavano che le posizioni erette possono essere correlate a una perdita di sangue superiore a 500 ml, le ostetriche dovrebbero tenere conto ed essere preparate a qualsiasi emergenza. In termini di posizioni supina e litotomia, a meno che le donne non si sentano a proprio agio in queste posizioni, altrimenti la litotomia e la posizione supina dovrebbero essere evitate per l'aumento del rischio di traumi perineali, travaglio relativamente più lungo, dolore maggiore e più modelli di <u>frequenza cardiaca fetale</u> .	Ib
4. Pubmed	Bruna Dedavid da Rocha, Cláudia Zamberlan, Hedioneia Maria Foletto Pivetta, Bianca Zimmermann Santos, Bibiana Sales Antunes 2020	Revisione sistematica e meta-analisi.	Indagare se l'adozione di posizioni verticali da parte della donna, al parto, rispetto alla posizione litomica, previene le lacerazioni perineali.	Revisione sistematica con meta-analisi. Le ricerche sono state effettuate nei database: LILACS, Medline/PubMed, CINAHL, Cochrane Library, Web of Science, Science Direct e Scopus. Le ricerche nella letteratura grigia sono state condotte nelle basi Google Scholar e OpenGrey. Sono state considerate anche le liste di riferimento degli articoli inclusi. Per l'analisi della qualità metodologica degli articoli, è stato utilizzato lo strumento di collaborazione Cochrane e ACROBAT-NRSI.	Sono stati elencati 26 studi e 8 sono stati selezionati per la meta-analisi. Non c'è stata alcuna differenza statisticamente significativa tra le posizioni verticali rispetto alle posizioni orizzontali. Nonostante questa constatazione, le posizioni verticalizzate hanno mostrato tassi ridotti di gravi lacerazioni perineali.	Ia

5. Pubmed	Alessandra Familiari, Caterina Neri, Elvira Passananti, Giulia Di Marco, Francesca Felici, Elisa Ranieri, Maria Elena Flacco, Antonio Lanzone 2023	Studio di coorte retrospettivo.	Valutare gli effetti delle diverse posizioni materne durante la <u>seconda fase del travaglio</u> tra le donne con e quelle senza <u>analgesia epidurale</u> su importanti esiti ostetrici, incluso il danno perineale.	In questo <u>studio di coorte retrospettivo</u> , abbiamo raccolto dati su donne che hanno partorito per via vaginale per un periodo di 2 anni. Sono state analizzate le associazioni tra le caratteristiche materne e gestazionali e diversi esiti ostetrici. Abbiamo considerato il danno perineale come l'esito primario. Gli esiti secondari sono stati l'incidenza di <u>parti vaginali</u> operative, la durata della discesa fetale, la perdita di sangue <u>intrapartum</u> e i <u>punteggi Apgar</u> di 1 minuto e 5 minuti	Sono state incluse un totale di 2240 gravidanze <u>nullipare</u> a termine. Di questi, il 76,9% ha <u>partorito in posizione supina</u> e il 23,1% ha partorito in posizioni alternative. I risultati hanno mostrato che, indipendentemente dall'uso dell'analgesia epidurale, le posizioni non supine nella seconda fase del travaglio sono associate a una significativa riduzione del rischio sia di <u>episiotomia</u> che di danno perineale in qualsiasi grado ($P<0.001$) e a una riduzione della durata della discendenza fetale (Spearman rho, 9.17; intervallo Non sono state trovate differenze statisticamente significative nel punteggio Apgar di 1 e 5 minuti tra i 2 gruppi.	Ila
--------------	--	---------------------------------	---	--	--	-----

Discussione e conclusioni

Nel corso del parto, le posizioni materne svolgono un ruolo importante nella discesa della testa fetale. È ben conosciuto che le posizioni erette abbiano più benefici nel facilitare il processo del travaglio in questo senso, rispetto alle posizioni orizzontali. (Bruna Dedavid da Rocha et al, 2020) Le posizioni verticali nel parto costituiscono una delle buone pratiche di cura del parto e della nascita e contribuiscono all'umanizzazione dell'assistenza e al protagonismo delle donne nel travaglio e nel parto. (Alessandra Familiari et al, 2023) Nella progressione del processo del travaglio sono implicati diversi meccanismi fisiologici. In primo luogo, ricordiamo gli effetti gravitazionali: nelle posizioni erette gli sforzi di spinta agiscono con una direzione rivolta verso il basso, così come la gravità, quindi è comprensibile che la discesa della testa fetale sarà più facile. In secondo luogo, le contrazioni sono più forti e più efficaci nelle posizioni erette: le contrazioni dell'utero sono un fenomeno unico del travaglio, che agevola la discesa del feto facilitando la distensione del perineo per l'accoglienza del feto stesso. In terzo luogo, le posizioni verticali aumentano le dimensioni del diametro pelvico, consentendo così un progresso del travaglio più rapido. (Bruna Dedavid da Rocha et al, 2020) Le posizioni verticali al parto, inoltre, modificano l'angolazione del bacino materno; nella posizione litotomica il canale vaginale ha una curvatura verso l'alto che rende difficile la discesa fetale nel periodo espulsivo. (Alessandra Familiari et al, 2023)

La maggior parte delle donne che affrontano un parto vaginale può subire un certo grado di trauma perineale che può provocare morbidità sia a breve che a lungo termine dopo il parto determinando diverse complicazioni. Per questo motivo la promozione dell'integrità perineale e la prevenzione del trauma perineale sono i principali obiettivi dell'assistenza ostetrica durante la seconda fase del travaglio. Le cause principali di trauma perineale sono le lacerazioni spontanee e l'episiotomia. Le posizioni materne note per prevenire il trauma perineale includono alcuni tipi di posizioni erette e laterali, mentre la posizione litotomica e la posizione supina sono considerate dei fattori di rischio per gravi traumi perineali. Sono stati fatti diversi studi per esaminare la posizione materna protettiva durante la seconda fase del travaglio e una notevole quantità di letteratura parla degli effetti protettivi delle posizioni inginocchiata e laterale. (Bruna Dedavid da Rocha et al, 2020)

Durante la seconda fase del travaglio il perineo si estende naturalmente, tuttavia esiste una soglia degli sforzi fisiologici per la distensione del perineo e quindi deve essere mantenuta una particolare attenzione alla lesione dei muscoli perineali e al suo impatto negativo sul pavimento pelvico, con conseguenti disfunzioni. Le posizioni erette sarebbero più fisiologicamente appropriate perché promuovono contrazioni uterine efficaci, riducono significativamente il rischio di compressione aortocavale, facilitano l'espulsione fetale diretta dalla gravità e inducono una ridotta percezione del dolore. È stato visto, inoltre, che quando le donne adottano liberamente una posizione comoda, si sentono in pieno controllo del processo del parto e ciò favorisce un coinvolgimento attivo della donna stessa e si traduce in un'esperienza migliore rispetto all'esperienza con posizioni prestabilite. Le donne ben informate rispetto ai rischi e benefici di ogni posizione possono fare delle scelte migliori e garantire il pieno esercizio dell'autonomia individuale. Esistono approcci clinici e strumentali per ridurre il grave trauma perineale come ad esempio il massaggio perineale e la corretta formazione del personale ostetrico in merito ai metodi di protezione perineale. (Jing Huang et al, 2019)

L'impatto della posizione materna nel trauma perineale è ancora controverso, esistono diversi studi randomizzati che confrontano la posizione eretta rispetto a quella sdraiata che non hanno trovato differenze nella prevalenza di lacerazioni perineali gravi. La nostra cultura occidentale ha assunto la posizione litotomica come posizione tradizionale del parto ed è quella più insegnata agli ostetrici. Per quanto ne sappiamo, la posizione materna durante il travaglio non ha un ruolo particolarmente significativo nella prevenzione delle lacerazioni perinatali gravi ma può avere degli effetti positivi nell'esperienza del parto stessa. Esistono comunque diverse tecniche perineali che possono essere mostrate alle donne al fine di ridurre le lacerazioni di terzo e quarto grado (impacchi caldi durante il periodo intrapartum o massaggio perineale durante il periodo prenatale) e questo passaggio educativo può migliorare gli esiti materni. Sono comunque necessari più studi prospettici con posizioni diverse rispetto a quelle ginecologiche e con campioni più grandi per rispondere a questa domanda. (Mariana Vitor Peppe, 2018)

Altri studi hanno mostrato che le posizioni alternative durante la seconda fase del travaglio hanno raddoppiato le probabilità di mantenere un perineo intatto. Sebbene le donne siano incoraggiate ad utilizzare posizioni per loro più comode durante il travaglio e il parto, alcune posizioni sono state associate ad un aumento di tassi di lacerazioni perineali e pertanto non sono raccomandate. Nello studio Midwives Expertise in Preserving the Perineum Intact (MEPPI) le ostetriche hanno favorito la posizione "a quattro zampe" la quale, oltre a proteggere

il perineo, ha fornito una migliore visualizzazione per l'assistenza al parto e una minore pressione sul perineo. Nella posizione laterale, invece, si è vista una riduzione del trauma perineale e dell'esecuzione di episiotomia consentendo di ottenere un perineo intatto anche nella primipara. La nascita in decubito laterale, però, è fattibile nella pratica quotidiana dopo una formazione intensiva delle ostetriche per acquisire le competenze necessarie al fine di evitare effetti negativi sui neonati. Diverse revisioni sistematiche mostrano che le prove attuali sono inconcludenti e incoraggiano le donne a partorire nella posizione che preferiscono. (Silvia Rodrigues et al, 2019)

Per fornire una visione completa dei fattori di rischio associati al trauma perineale in uno scenario di assistenza che approva meno interventi possibili nel travaglio si riporta uno studio che entra in conflitto con altri risultati ottenuti da studi precedenti, i quali hanno riportato tassi più elevati di lesioni dello sfintere anale associati alla posizione litotomica. In questo studio si è visto che l'incidenza di episiotomia e lesioni dello sfintere anale è stata inferiore nel sottogruppo delle donne che hanno partorito in posizione verticale piuttosto che in posizione supina. Altri risultati mostrano una riduzione del tasso di episiotomia in posizione eretta, una leggera diminuzione della durata della seconda fase del travaglio, una riduzione del dolore e una diminuzione del numero di nascite che richiedono un intervento chirurgico. (Jing Huang et al, 2019)

Molti studi mirano ad analizzare i rischi e benefici delle posizioni verticali in travaglio rispetto alle posizioni orizzontali, tuttavia per la maggior parte si tratta di ricerche con risultati che non presentano differenze statistiche significative tra le posizioni, inoltre, mentre alcuni studi mostrano che l'integrità perineale è meglio preservata quando la donna adotta una posizione verticale, altri studi hanno dimostrato il contrario.

Questa significativa eterogeneità tra i vari studi ha reso impossibile giungere ad una conclusione definitiva, ma i benefici della posizione verticale sono maggiori dei rischi e per questo deve essere incoraggiata dai professionisti rispettando la preferenza delle donne. Dai risultati dei vari articoli trattati sono state identificate le seguenti prove: nonostante la piccola differenza statistica, l'adozione di posizioni verticali nel parto vaginale dovrebbe essere incoraggiata dai professionisti in quanto può evitare gravi traumi con necessità di sutura e può contribuire all'integrità perineale; la posizione litotomica deve essere utilizzata con cautela dai professionisti sanitari, in quanto può aumentare il rischio di gravi lacerazioni. Non è possibile affermare con precisione l'efficacia delle posizioni verticali a scapito delle posizioni orizzontali per l'esito di perineo integro, ma la libera scelta della donna per la posizione al parto dovrebbe essere incoraggiata e orientata in base ai rischi e benefici delle posizioni verticali e orizzontali. È importante che la conoscenza dei professionisti sanitari che assistono al parto consideri le prove scientifiche come supporto per la cura e per il processo decisionale, consentendo alla donna di essere la protagonista del suo parto, il rispetto dei suoi diritti previsti dalla legge e garantendo un'umanizzazione dell'assistenza al parto e alla nascita. Proprio perché l'ostetrica svolge un ruolo fondamentale nel prendersi cura e nel sostenere la donna durante il parto, al fine di promuovere un travaglio ottimale per la partoriente e per il nascituro, dovrebbe padroneggiare le abilità e le tecniche necessarie per applicare le diverse posizioni materne e per fornire alle donne una conoscenza pertinente in merito a questo tema. Oltre alle conoscenze scientifiche, è importante che il professionista abbia anche la sensibilità di comprendere il processo del parto come un momento unico e soggettivo della donna, che deve rispettare la fisiologia del corpo femminile utilizzando pratiche invasive solo quando è strettamente necessario.

Bibliografia

- Alessandra Familiari, Caterina Neri, Elvira Passananti, Giulia Di Marco, Francesca Felici, Elisa Ranieri, Maria Elena Flacco, Antonio Lanzone. Maternal position during the second stage of labor and maternal-neonatal outcomes in nulliparous women: a retrospective cohort study. 2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36825260/> (accesso il 20/06/2023).
- Bruna Dedavid da Rocha, Cláudia Zamberlan, Hedioneia Maria Foletto Pivetta, Bianca Zimmermann Santos, Bibiana Sales Antunes. Upright positions in childbirth and the prevention of perineal lacerations: a systematic review and meta-analysis. 2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32935765/> (accesso il 11/06/2023).
- Jing Huang, Yu Zang, Li-Hua Ren, Feng-Juan Li, Hong Lu. A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. 2019. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31728401/> (accesso il 07/06/2023).
- Mariana Vitor Peppe, Juliana Stefanello, Bruna Fregonesi Infante, Mauricio Tsuguio Kobayashi, Claudia de Oliveira Baraldi, Luiz Gustavo Oliveira Brito. Perineal Trauma in a Low-risk Maternity with High Prevalence of Upright Position during the Second Stage of Labor. 2018. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30016809/> (accesso il 24/05/2023).
- Silvia Rodrigues, Paulo Silva, Andee Agius, Fatima Rocha, Rosa Castanheira, Mechthild Gross, Jean Calleja-Agius. Intact Perineum: What are the Predictive Factors in Spontaneous Vaginal Birth?. 2019. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31213951/> (accesso il 30/05/2023).



SISOGN

Società Italiana di Scienze
Ostetrico-Ginecologico-
Neonatali

The Official Journal
ISSN 2723-9179

SISOGN The Official Journal [on line] ISSN 2723-9179
June 2024, 01: N. 10

Treatment of thyroid cancer during pregnancy

Trattamento del carcinoma tiroideo in gravidanza

Chiara Maria Scotti^a, Paola Agnese Mauri^{a b}

^a School of Midwifery, Department of Clinical Sciences and Community Health, Università degli Studi di Milano- Milan, Italy

^b Unit of mother child and newborn health, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico - Milan, Italy

Corresponding Author: Paola Agnese Mauri paola.mauri@unimi.it
via Manfredo Fanti 6, 20122 Milan, Italy – paola.mauri@unimi.it fax number +39 0255036542 tel number +39 0255038599

Copyright:
DOI:

Abstract

Thyroid diseases are very common: they affect about 6 million Italians and, in most cases, women of childbearing age. Problems often arise when the thyroid gland is forced to "overwork", as happens in the first months of pregnancy. The prevalence of thyroid dysfunction during pregnancy varies from 0.2% for hyperthyroidism, to 2-3% for hypothyroidism, to 4-5% for thyroid nodules.

Keywords

Thyroid cancer - Pregnancy - Midwifery

Introduzione

La tiroide è una piccola ghiandola posta immediatamente sotto il pomo di Adamo e gioca un ruolo chiave nel controllo del metabolismo mediante la produzione degli ormoni tiroidei (T4 e T3), sostanze che, tramite il sangue, raggiungono ogni distretto del nostro organismo. La funzione di questa ghiandola è regolata dall'ipofisi, che agisce sulla tiroide mediante il "thyroid – stimulating hormone" (TSH). Affinchè funzioni correttamente, la tiroide richiede un adeguato apporto di iodio, la cui carenza è responsabile della comparsa di gozzo semplice o nodulare. Il carcinoma della tiroide viene considerato una neoplasia rara in quanto costituisce il 2% di tutti i tumori. Si può manifestare a tutte le età, con massima incidenza tra i 25 e i 60 anni e con una maggiore prevalenza nel sesso femminile. La sopravvivenza è molto elevata, superando il 90% a 5 anni nelle forme differenziate.

I carcinomi della tiroide si distinguono in:

- papillari (forma più frequente, presenta una crescita lenta e può dare luogo a metastasi che interessano i linfonodi del collo)
- follicolari (rappresenta il 15% dei casi e può dare luogo a metastasi a distanza; colpisce per lo più sopra i 50 anni di età)
- anaplastici (rappresenta meno dell'1% dei casi; è molto aggressivo in quanto da' luogo precocemente a metastasi a distanza)
- midollari (origina dalle cellule parafollicolari e si caratterizza per la presenza di elevati livelli circolanti di calcitonina; può essere la manifestazione di sindromi genetiche come quelle neoplastiche multiple)

Esistono vari tipi di trattamenti, che si possono dividere in chirurgici e non chirurgici. I primi rappresentano la prima opzione terapeutica: l'otorinolaringoiatra può eseguire l'asportazione della

tiroide o parte di essa, ed eventualmente dei linfonodi del collo qualora interessati dalla malattia. Dopo l'intervento di tiroidectomia si prosegue con una terapia di iodio – 131; lo scopo è quello di distruggere il tessuto normale che quasi sempre rimane anche dopo un'asportazione totale, ed eliminare eventuali microfocoli neoplastici. (Humanitas, 2023)

La tiroide svolge un ruolo fondamentale per la gravidanza, e il suo corretto funzionamento è un prerequisito importante sia per il concepimento che per la gravidanza stessa, poiché permette la regolazione di numerosi meccanismi di adattamento. Nei primi mesi di gravidanza, infatti, gli ormoni tiroidei della madre vengono utilizzati anche dal feto (che ancora non possiede una tiroide funzionante) e ne garantiscono il corretto sviluppo, sia neurologico che somatico. Per questo eventuali disfunzioni tiroidee, se non controllate in gravidanza, possono portare a gravi ripercussioni sia sulla mamma che sul feto. (Santagostino, 2023)

Le donne che programmano una gravidanza dovrebbero eseguire lo screening tiroideo prima o comunque all'inizio della gestazione, mediante il dosaggio del TSH, degli anticorpi anti-tireoglobulina ed anti-tireoperossidasi ed eventualmente della quota libera di T3 e T4. In tal modo, grazie alle appropriate terapie farmacologiche, le donne affette da alterazioni della tiroide potranno vivere la propria gravidanza con serenità, scongiurando il rischio di effetti avversi per il feto.

Le malattie della tiroide sono molto frequenti: interessano circa 6 milioni di italiani e, nella maggior parte dei casi, donne in età fertile. I problemi si manifestano spesso quando la ghiandola tiroidea è costretta ad un "superlavoro", come succede appunto nei primi mesi di gestazione. La prevalenza delle disfunzioni tiroidee in gravidanza varia dallo 0,2% dell'ipertiroidismo, al 2-3% dell'ipotiroidismo, al 4-5% per i noduli tiroidei. (Dica33online, 2023)

L'interesse per questo argomento nasce da un incontro che ho avuto con una ragazza in cerca di una gravidanza; aveva subito in precedenza una tiroidectomia a seguito di una diagnosi di tumore, e mi chiedeva se questo avesse potuto mettere a rischio lo sviluppo del suo bambino. Non avevo abbastanza conoscenze a riguardo e dunque non ho saputo darle una risposta precisa; tuttavia mi sono incuriosita alla sua storia e ho deciso che avrei approfondito questo tema.

Lo scopo della presente revisione è quindi capire se gli eventuali trattamenti chirurgici, radio o chemioterapici, a seguito di un carcinoma tiroideo diagnosticato prima o durante la gravidanza, siano un rischio per il corretto sviluppo neurologico e somatico del bambino.

I riferimenti bibliografici sono tratti da siti internet e articoli di PubMed; gli eventuali testi in inglese sono stati tradotti in italiano prima di essere trascritti.

Materiali e Metodi

Periodo di ricerca: maggio 2023

La ricerca è stata condotta a partire dalla banca dati PubMed, utilizzando nella funzione MeSH le parole chiave "pregnancy" e "thyroid neoplasms", producendo inizialmente 726 risultati. A questi è stato applicato un filtro temporale dal 2015 ad oggi, ottenendo 142 risultati. È stata fatta un'ulteriore scrematura per quelli a cui mancava il testo integrale (66 risultati), e infine per quelli che non erano strettamente attinenti all'obiettivo della ricerca. Dunque sono stati utilizzati 20 articoli.

Sempre su PubMed è stata utilizzata la funzione di ricerca Advanced con la seguente stringa: ((radioiodine therapy) AND (fetus) AND (complications)), producendo 18 risultati. Di questi ne sono stati presi in considerazione 3 perché attinenti all'argomento della revisione.

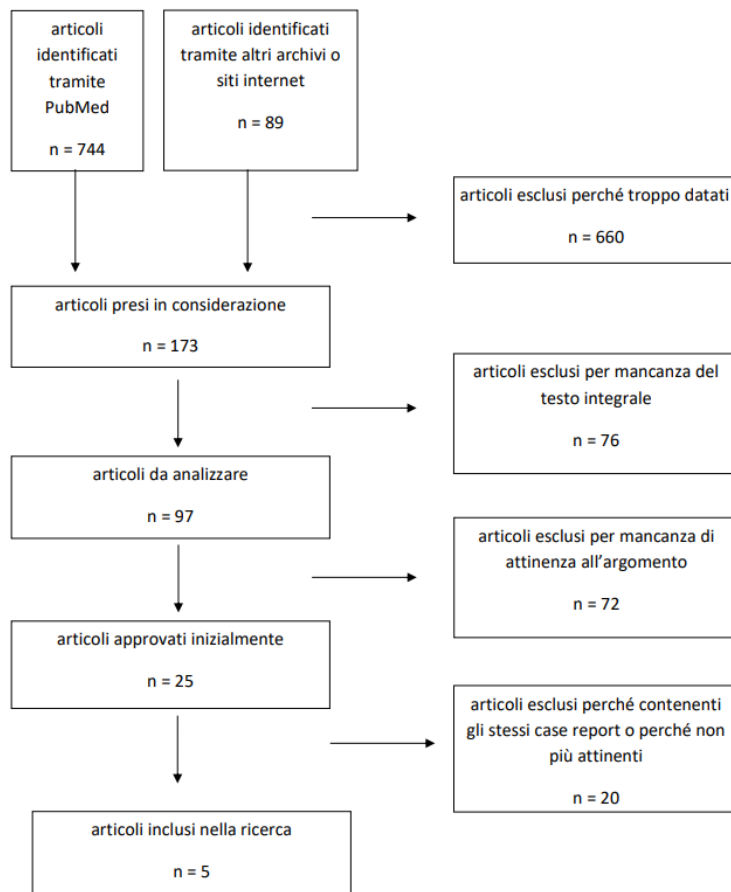
Su google è stata effettuata la seguente ricerca: "thyroidectomy during pregnancy", che ha portato direttamente ad un articolo su MedLine, strettamente attinente all'argomento.

Infine sul sito "JNM – the journal of nuclear medicine" sono state utilizzate le parole chiave "radioiodine therapy" e "pregnancy outcome", producendo 88 risultati. Di questi ne sono stati presi in considerazione 12, per data di pubblicazione compresa tra il 2019 e il 2022, di cui solo uno rilevante rispetto al tema della revisione.

In totale sono stati ottenuti 25 articoli, di cui alcuni sono stati ulteriormente esclusi perché trattavano gli stessi case report o perché, letti integralmente, non risultavano più essere così attinenti alla ricerca. Dunque sono stati utilizzati e riportati nella tabella di estrazione 5 articoli finali.

Il numero di articoli trovati in relazione al numero di articoli considerati per questa revisione viene riassunto con la Figura 1.

Figura 1. Flow chart per la scelta della letteratura inerente al quesito di ricerca.



I 5 articoli estratti, che sono stati tradotti integralmente e in modo sintetico, verranno riportati in una tabella di estrazione dei risultati. La tabella di estrazione prevede anche l'attribuzione del livello di evidenza e il grado di raccomandazione a seconda del disegno degli studi estratti. Questa attribuzione sarà fatta secondo le US Agency For Healthcare Research and Quality – AHCPR (figura 2).

Figura 2 – Livelli di evidenza cui si è fatto riferimento per la compilazione dell'ultima colonna della Tabella 1 d'estrazione. (Tratta da US Agency For Healthcare Research and Quality – AHCPR)

evidenza	livello della prova	grado della raccomandazione	
metanalisi di RCTs	Ia	A	forte
almeno un RCT	Ib		
almeno uno studio clinico ben condotto senza randomizzazione	IIa	B	discreta
almeno un altro tipo di studio clinico ben disegnato quasi sperimentale	IIb		
almeno uno studio clinico ben disegnato non sperimentale	III		
opinioni di comitati di esperti o esperienze di autorità riconosciute	IV	C	debole

Risultati

Gli articoli estratti per la breve revisione narrativa in merito all'argomento: *carcinoma tiroideo in gravidanza*, sono stati cinque. I cinque articoli vengono riportati in tabella di estrazione (tabella 1) per alcune caratteristiche.

Tabella 1- tabella d'estrazione degli studi selezionati

N	Autore e anno di pubblicazione - Contesto	Disegno dello studio	Scopo	Sintesi materiali e metodi (campionamento e metodo raccolta dati)	Risultati (compresa numerosità e caratteristiche del campione)	Livello della prova
1	Khaled, Al Lahloubi, Rashad – 2016	rassegna letteraria	gestione della patologia tiroidea in gravidanza	revisione letteraria di 45 testi estratti da ulteriori siti internet o libri trattanti le patologie tiroidee, prima, durante e dopo la gravidanza	nelle donne senza precedenti di cancro l'intervento chirurgico può essere eseguito in modo sicuro nel secondo trimestre o ritardato fino al parto, senza peggiorare la prognosi né avere effetti avversi sulla gravidanza. Subito dopo l'intervento va iniziata la terapia con tiroxina, poiché l'ipotiroidismo non trattato può avere un effetto negativo sulla funzione cognitiva e sulla crescita della prole. Nelle donne che presentano invece una recidiva del carcinoma, possono interrompere il trattamento durante tutta la durata della gravidanza, non essendo questa un fattore di rischio per la malattia. La situazione va monitorata periodicamente tramite ecografia, ed eventualmente si possono trattare piccole lesioni. Per qualsiasi paziente, sia con prima diagnosi che con malattia recidivante, la terapia post operatoria si basa sulla somministrazione di tiroxina. Questa sopprime la secrezione ipofisaria di TSH, principale fattore di crescita delle cellule tumorali. Il dosaggio di tiroxina va continuamente aggiustato a seconda dell'epoca gestazionale, sia perché il suo metabolismo cambia durante la gravidanza, sia per non privare il feto di un ormone fondamentale come il TSH. Inoltre, è indicata l'integrazione di calcio e vitamina D per supportare le funzionalità tiroidee.	Ila
2	Moon, Yi, Park - 2022	revisione sistematica e meta – analisi	analizzare il possibile rischio di esiti avversi della gravidanza in seguito a terapia per cancro alla tiroide	analisi di 22 articoli: 5 studi caso – controllo e 17 studi di serie), identificati tramite PubMed ed EMBASE dall'inizio fino al 13 settembre 2021.	il rischio di esiti avversi della gravidanza (aborto spontaneo, parto pretermine, anomalie congenite) non differisce tra le donne con o senza cancro alla tiroide. Inoltre, la terapia con radioiodio non ha aumentato il rischio di complicanze nelle pazienti sottoposte a tiroidectomia totale, rispetto a quelle non trattate con il farmaco. In caso di un'esposizione involontaria ad embrione o feto, gli esiti variano a seconda dell'epoca gestazionale: nelle prime settimane può provocare morte cellulare o anomalie congenite, dopo le 10 settimane può danneggiare la tiroide o il sistema nervoso.	Ia
3	Garsi, Schlumberger, Rubino, Ricard, Labbé, Ceccarelli, Schvartz, Henri – Amar, Bardet, de Vathaire - 2018	studio clinico	osservare l'esito delle gravidanze in base alle diverse dosi di radioiodio somministrate in terapia	sono state intervistate 1869 donne con cancro alla tiroide, sottoposte a dosi diverse di radioiodio. Per ognuna sono stati indagati i seguenti esiti: aborto, prematurità, natimortalità, basso peso alla nascita e anomalie congenite.	non sono stati evidenziati aumenti di aborti spontanei, malformazioni, malattie della tiroide e cancro nella prole concepita dopo la somministrazione di iodio. Non ci sono prove che l'esposizione allo iodio radioattivo influenzi l'esito delle successive gravidanze e della prole, anche nelle donne che ricevono dosi di radiazioni fino a 1 Gy. Nonostante il numero di bambini nati da madri esposte a radioiodio sia relativamente piccolo, i dati che vengono riportati indicano che non c'è motivo per i pazienti esposti a radioiodio di evitare la gravidanza dopo il trattamento farmacologico per il carcinoma tiroideo.	Ila
4	Gibelli, Zamperini, Proh, Giugliano - 2015	revisione letteraria	follow up del cancro alla tiroide in gravidanza e fuori dalla gravidanza	revisione di ulteriori 48 articoli, tratti da PubMed e da Google Scholar	quando viene eseguita la tiroidectomia totale, la terapia post operatoria nelle donne non gravide è quella con iodio radioattivo, per eradicare del tutto la malattia e le metastasi a distanza. Per quanto riguarda le pazienti gravide, immediatamente dopo la chirurgia bisogna iniziare una terapia con tiroxina, in quanto un ipotiroidismo non trattato può avere un effetto negativo sullo sviluppo generale e cognitivo della prole. Inoltre è necessario il controllo ecografico e il dosaggio della tireoglobulina, mentre la terapia con iodio radioattivo può essere rimandata a dopo l'allattamento. In gravidanza il dosaggio di tiroxina deve essere più accurato: se ci fosse un ipotiroidismo materno, al feto non arriverebbe una quota sufficiente di ormoni, e questo può ripercuotersi sul suo sviluppo generale e cognitivo.	IIb
5	Ko, Yen, Lin, Cheng, Huan, Hao - 2016	studio osservazionale	esito della gravidanza dopo la terapia con iodio radioattivo in pazienti con cancro alla tiroide	studio di coorte basato sulla popolazione nazionale: sono state studiate i nun periodo di 6 anni, 11 708 donne tra i 15 e i 50 anni di età, divise in due coorti, una con pregressa terapia e una senza. Di queste, rispettivamente nei due studi, 775 e 716 erano in gravidanza.	nonostante non siano state rilevate differenze significative per le condizioni di gravidanza nelle due coorti, la terapia con iodio è associata a un minor numero di concepimenti e parti eutocici, in particolare nella fascia di età compresa tra i 25 e i 34 anni. Il motivo probabilmente riguarda la raccomandazione del medico, il problema psicologico della paziente, e l'impatto del farmaco sulla salute riproduttiva. Le donne infatti potrebbero ritardare la ricerca di una gravidanza, per paura dell'impatto negativo che una terapia radioattiva possa avere sul loro bambino. Tuttavia, non sono state osservate differenze nei due studi per quanto riguarda la nascita pretermine, il basso peso alla nascita, l'ipertensione o il diabete gestazionale, il distacco della placenta e la placenta previa.	Ila

Discussione e conclusioni

Analizzando gli articoli considerati con la breve revisione narrativa, in particolare il primo del 2016, emerge che il trattamento di un carcinoma tiroideo viene suddiviso in due strade principali: la chirurgia e la terapia con radiofarmaco. Nel caso la paziente fosse in gravidanza al momento della diagnosi, molti pareri concordano nel preferire la prima strada, poichè non comporta danni significativi se non quelli comuni ad una qualsiasi chirurgia eseguita in gravidanza (compreso lo stesso taglio cesareo): anestesia generale, posizione supina, ridotta mobilitazione, ipoperfusione fetale per compressione della vena cava. L'accorgimento però è che a seguito dell'intervento, la donna cominci una terapia con tiroxina, poichè un ipotiroidismo non trattato può ripercuotersi sullo sviluppo del feto. Inoltre la tiroxina inibisce la secrezione ipofisaria di TSH, principale fattore di crescita delle cellule tumorali.

Per quanto riguarda la terapia con radioiodio, la ricerca è ancora aperta. Si sa che le radiazioni possono indurre mutazioni delle cellule germinali, causando conseguenti danni genetici; tuttavia nessuno studio condotto né su uomini, né su animali, ha mai dimostrato un effetto diretto tra il farmaco e anomalie cromosomiche o tumori infantili. Questo emerge dagli articoli del 2016 di Cheng, Yan, Hao, e del 2018 del gruppo Garsi – de Vathaire. E' vero che è stato rilevato un numero maggiore di aborti spontanei nelle mamme trattate con iodio radioattivo, ma rimane incerto se l'aborto sia dovuto effettivamente al farmaco stesso, all'ipotiroidismo che spesso è associato, o addirittura all'età della donna.

La letteratura vieta la terapia con radioiodio in gravidanza, e raccomanda alle donne che ne sono state sottoposte di attendere almeno 6 – 12 mesi prima di cercare un concepimento. Tuttavia, continuano a comparire casi di esposizione involontaria alle radiazioni, e rimane un dibattito se gli eventi avversi della gravidanza debbano essere attribuiti al farmaco oppure no. Gli effetti dell'esposizione involontaria su embrioni e feti variano a seconda della fase della gravidanza, e della dose di farmaco assorbita. Nella primissima fase di gestazione può provocare danni cellulari e morte dell'embrione; tuttavia è improbabile che induca anomalie congenite negli embrioni sopravvissuti (riferimenti agli articoli 2 e 4 della tabella).

In generale, sia che si tratti di terapia chirurgica o radiofarmacologica, l'obiettivo comune è impedire un ipotiroidismo materno. I danni che questo provoca al feto sono stati dimostrati nel corso del tempo da numerosi studi clinici, e sono significativi: ritardo di crescita, anomalie dello sviluppo, scarsa produzione ormonale, danni cerebrali e cognitivi... dunque l'unica strada certa è la somministrazione di tiroxina fino al raggiungimento di livelli sufficienti da considerare il bambino fuori pericolo. Allo stesso tempo, la tiroxina protegge la mamma da un ulteriore rischio di recidiva della malattia.

Bibliografia

- Garsi JP, Schlumberger M, Rubino C, Ricard M, Labbé M, Ceccarelli C, Schwartz C, Henri-Amar M, Bardet S, de Vathaire F. Therapeutic administration of ¹³¹I for differentiated thyroid cancer: radiation dose to ovaries and outcome of pregnancies. *J Nucl Med*. 2008 May;49(5):845-52. doi: 10.2967/jnumed.107.046599. Epub 2008 Apr 15. PMID: 18413399.
- Gibelli B, Zamperini P, Proh M, Giugliano G. Management and follow-up of thyroid cancer in pregnant women. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2011 Dec;31(6):358-65. PMID: 22323846; PMCID: PMC3272870.
- Khaled H, Al Lahloubi N, Rashad N. A review on thyroid cancer during pregnancy: Multitasking is required. *J Adv Res*. 2016 Jul;7(4):565-70. doi: 10.1016/j.jare.2016.02.007. Epub 2016 Mar 2. PMID: 27408758; PMCID: PMC4921779.
- Kuan-Yin K., Ruoh-Fang Y., Cheng-Li L., Mei-Fang C., Wen-Sheng H., Chia-Hung K. Pregnancy Outcome After I-131 Therapy for Patients With Thyroid Cancer: A Nationwide Population-Based Cohort Study. *Medicine* 95(5):p e2685, February 2016. | DOI: 10.1097/MD.0000000000002685
- Moon S, Yi KH, Park YJ. Risk of Adverse Pregnancy Outcomes in Young Women with Thyroid Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cancers (Basel)*. 2022 May 12;14(10):2382. doi: 10.3390/cancers14102382. PMID: 35625995; PMCID: PMC9139607.



SISOGN

Società Italiana di Scienze
Ostetrico-Ginecologico-
Neonatali

The Official Journal
ISSN 2723-9179

SISOGN The Official Journal [on line] ISSN 2723-9179
June 2024, 01: N. 10

Osteopathic manipulative treatment during and after pregnancy

Trattamenti osteopatici in gravidanza

Vittoria Tolomeo^a, Paola Agnese Mauri^{a b}

^a School of Midwifery, Department of Clinical Sciences and Community Health, Università degli Studi di Milano- Milan, Italy

^b Unit of mother child and newborn health, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico - Milan, Italy

Corresponding Author: Paola Agnese Mauri paola.mauri@unimi.it
via Manfredo Fanti 6, 20122 Milan, Italy – paola.mauri@unimi.it fax number +39 0255036542 tel number +39 0255038599

Copyright:
DOI:

Abstract

Osteopathic manipulative treatment (OMT) is a form of therapy based on the use of relevant manual techniques to reduce tension in the myofascial structures, joint and ligaments.

During pregnancy, a lot of changes in body posture and musculoskeletal disorders occur; they most commonly involve bodily static in the pelvic and spinal area, due to horizontal positioning of the sacrum and increased lordosis in the lumbar area. All these processes result in an excessive pelvic mobility and lead to severe pain in the lumbosacral spine.

One of the most frequent disorders is low back pain, which could be caused by several reasons. Among them we have physiological weight gain during pregnancy, increase of abdominal and intrauterine pressure because of the fetus, and the laxity of the spine and pelvic structures related to the hormone relaxy.

This narrative review aims to focus on how OMT – one of the safest methods to manage ache since it doesn't involve the use of drugs – can reduce pain related to the changes that alter the normal biomechanics during and after pregnancy, such as low back and pelvic pain.

Keywords

Osteopathic treatment - Pregnancy - Midwifery

Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce l'osteopatia come una terapia che ha lo scopo di supportare la funzionalità fisiologica del corpo tramite l'utilizzo di una varietà di tecniche manuali.

I trattamenti offerti da questa disciplina, avvalendosi di metodiche non traumatiche, offrono una valida opzione conservativa e non invasiva per alleviare la tensione nelle strutture miofasciali, articolari e nei legamenti. Il trattamento osteopatico è infatti definito come "un'applicazione terapeutica di forze guidate manualmente da uno specialista osteopata per migliorare la fisiologica funzionalità del corpo e/o supportare l'omeostasi corporea che è stata alterata da una disfunzione somatica" (1).

Una delle situazioni in cui il fisiologico equilibrio del corpo umano viene alterato è la gravidanza.

Durante questo periodo, infatti, avvengono numerosi cambiamenti nella postura, causando molto spesso disturbi muscoloscheletrici; essi coinvolgono più comunemente lo stiramento dei legamenti, un aumento della tensione muscolare e una diminuzione del range di movimento.

Legato alle alterazioni citate precedentemente, il disturbo che risulta essere più frequente nelle donne in stato di gravidanza, ma anche nel post-partum, è la lombalgia; infatti, la prevalenza di questa condizione varia dal 24% al 90%, sebbene sia più comunemente stimato al 40%-50% (2).

Le cause più specifiche della comparsa della lombalgia durante la gravidanza sono legate all'incremento della lordosi lombare per permettere di bilanciare l'aumentato peso anteriore dell'addome; questo cambiamento posturale, in combinazione con un ridotto controllo neuromuscolare, contribuisce allo sviluppo di disfunzioni a livello delle articolazioni, dei legamenti e alle strutture miofasciali nell'area in questione.

Le linee guida europee raccomandano che la lombalgia correlata alla gravidanza dovrebbe essere gestita fornendo adeguate informazioni e rassicurazioni per rimanere attivi, continuare le normali attività quotidiane e lavorare, e, ove appropriato, fornire esercizi individualizzati.

Esistono però crescenti evidenze che dimostrano come la pratica osteopatica possa essere vantaggiosa per il trattamento della lombalgia, non solo in casi generici, ma anche in donne con questo tipo di disturbo correlato alla gravidanza e/o al post-partum (2).

Studi riguardanti il trattamento osteopatico in persone non gravidie hanno fornito prove sufficienti di sicurezza ed efficacia per la definizione di linee guida pratiche per la raccomandazione di questa tecnica in relazione alla lombalgia. Questi hanno riportato come risultati un consistente sollievo da dolore, un miglioramento del movimento corporeo e una riduzione dell'uso di farmaci antidolorifici. L'osteopatia, come dimostrato dalla letteratura, insieme a pratiche come la fisioterapia, la stimolazione transcutanea dei nervi e l'agopuntura, permette un miglioramento del dolore evitando l'utilizzo della terapia farmacologica, la quale, nel caso della gravidanza, comporta la possibilità di avere effetti avversi sul feto (3). Lo scopo di questa revisione letteraria è quindi quello di rilevare le evidenze esistenti sull'efficacia del trattamento osteopatico sulla riduzione dei dolori lombari e dei disturbi legati ai cambiamenti corporei che si verificano durante e dopo la gravidanza.

Materiali e Metodi

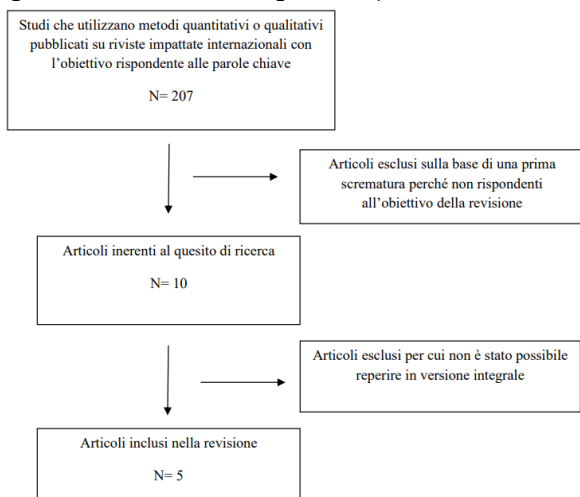
Per l'elaborazione di questa revisione narrativa è stata condotta una ricerca nelle banche dati PubMed, alle quali si è avuto l'accesso grazie al portale bibliotecario dell'Università degli Studi di Milano, inserendo le credenziali istituzionali. Sono stati presi in esame articoli disponibili in free full text, in lingua inglese, pubblicati negli ultimi dieci anni (2013-2023).

La strategia di ricerca si è basata sulle seguenti parole chiave: "Osteopathic treatment", "pregnancy", separati dall'operatore booleano "AND".

La ricerca ha prodotto un totale di 207 articoli scientifici: 197 di questi sono stati esclusi in quanto non rispecchiavano gli obiettivi della revisione in questione; 5 non sono stati reperiti in versione integrale. Per i motivi riportati precedentemente, gli articoli presi in esame conclusa la ricerca sono stati 5.

Il processo di selezione degli articoli inclusi in questa revisione è meglio illustrato nella *Figura N.1*.

Figura N. 1 - Flow chart raffigurante il processo di estrazione della letteratura inerente al quesito di ricerca.



Gli articoli estratti verranno sintetizzati nelle loro caratteristiche e nei loro risultati, grazie a una tabella di estrazione.

Il grado di evidenza degli studi analizzati verrà espresso secondo i criteri dettati dalla classificazione dei livelli di evidenza mostrata in Figura 4

Figura 4 – tabella tratta da US Agency For Healthcare Research and Quality – AHCPR – per attribuire livello della prova e grado di raccomandazione agli studi estratti

evidenza	livello della prova	grado della raccomandazione	
metanalisi di RCTs	Ia	A	forte
almeno un RCT	Ib		
almeno uno studio clinico ben condotto senza randomizzazione	IIa	B	discreta
almeno un altro tipo di studio clinico ben disegnato quasi sperimentale	IIb		
almeno uno studio clinico ben disegnato non sperimentale	III		
opinioni di comitati di esperti o esperienze di autorità riconosciute	IV	C	debole

Risultati

L'analisi degli articoli per la revisione è sintetizzata nella Tabella 1. Per ogni fonte si precisano: numero progressivo degli studi presi in analisi, autori e anno di pubblicazione, disegno e grado di evidenza, scopo, alcuni materiali e metodi, risultati.

Tabella N. 1 – Tabella di estrazione - Analisi della letteratura inerente al quesito di ricerca

N° progressivo articoli analizzati	Autore e anno di pubblicazione - Contesto	Disegno dello studio	Scopo	Sintesi materiali e metodi (campionamento e metodo raccolta dati)	Risultati (compresa numerosità e caratteristiche del campione)	Livello della prova
1	Morimoto K, Harrington A, Nelson C, Loveless B – Journal of Osteopathic Medicine, (2022), 235-242, 122 (5).	Revisione narrativa	Propone di fornire una revisione completa sulla gestione del dolore lombare causato dall'articolazione sacro iliaca in donne in gravidanza	È stata eseguita una ricerca bibliografica utilizzando le seguenti parole chiave: "Osteopathic manipulative medicine", "pregnancy", "SI joint pain".	I dolori articolari sono comuni tra le pazienti in gravidanza a causa della loro anatomia in rapida evoluzione e all'aumento della lassità articolare. Affrontare la causa principale del dolore attraverso metodiche non invasive, come il trattamento osteopatico, è fondamentale per il sollievo sintomatico, per la prevenzione della disfunzione somatica a lungo termine e per il miglioramento della qualità della vita quotidiana.	III – B

2	Franke H, Franke J, Belz S, Fryer G – Journal of Bodywork and Movement Therapies, (2017), 725-762, 21 (4).	Revisione sistematica e metanalisi	Questo studio ha esaminato l'efficacia del trattamento osteopatico per il dolore lombare nelle donne in gravidanza o dopo il parto.	Sono stati esaminati studi randomizzati controllati senza restrizioni di lingue. La strategia di ricerca di questa revisione ha identificato 102 studi: solamente otto hanno soddisfatto i criteri di inclusione e sono stati inclusi in questa revisione. Di questi otto, cinque hanno esaminato il trattamento osteopatico per il dolore lombare in gravidanza e 3 hanno esaminato il dolore lombare nel post partum. Sei studi provengono dalla Germania, gli altri due dagli Stati Uniti. Cinque degli 8 studi erano tesi inedite recuperate dalla letteratura grigia. La durata di ogni trattamento variava da 45 a 60 minuti.	Questo studio suggerisce che il trattamento osteopatico produce benefici clinicamente rilevanti per le donne in gravidanza e nel post partum con dolore lombare.	Ia – A
3	Ruffini N, D'Alessandro G, Cardinali L, Fondaroli F, Cerritelli F – Complementary Therapies in Medicine, (2016), 72-78, 26.	Revisione sistematica	Lo scopo di questa revisione era valutare gli effetti del trattamento osteopatico in donne con patologie ginecologiche e ostetriche	È stata condotta una ricerca da inizio aprile 2014 su MEDLINE, Embase, libreria Cochrane che utilizza MeSh a termini liberi. Sono stati inclusi studi che indagano l'effetto del trattamento osteopatico in condizioni ginecologiche e ostetriche specifiche. Gli studi sono stati sottoposti a screening per la popolazione, l'esito, i risultati e gli effetti avversi da due revisori indipendenti utilizzando un modulo di estrazione dati ad-hoc. Per la revisione finale sono stati inclusi 24 studi.	Si è arrivati alla conclusione che il trattamento osteopatico può essere considerato efficiente nella riduzione del dolore lombare durante la gravidanza, ma non nelle altre condizioni ginecologiche descritte (infertilità, dismenorrea, sintomi della menopausa).	IV – C

4	Hensel K, Buchanan S, Brown S, Rodriguez M, Cruser D – American Journal of Obstetrics and Gynaecology, (2015), 108.e1-108.e9, 212(1).	Studio clinico randomizzato controllato	Lo scopo di questo studio era di valutare l'efficacia del trattamento osteopatico per ridurre il dolore lombare in donne in gravidanza, per facilitare il movimento durante il terzo trimestre e per migliorare gli esiti del travaglio e del parto.	È stato effettuato uno studio clinico randomizzato controllato con placebo in 400 donne nel terzo trimestre di gravidanza. Le donne sono state assegnate in modo casuale a: solite cure abituali (UCO), cure abituali più trattamento osteopatico, o cure abituali più controllo ecografico placebo (PUT). Vi erano in totale 136 donne nel gruppo del trattamento osteopatico; 133 donne nel gruppo delle cure abituali; 131 donne nel gruppo del controllo ecografico placebo. Lo studio ha incluso sette trattamenti di oltre nove settimane. Il protocollo del trattamento osteopatico includeva tecniche specifiche che sono state scelte da osteopati specialisti certificati. I risultati sono stati valutati con l'uso di misure di autovalutazione per il dolore alla schiena e con l'uso di cartelle cliniche per consultare gli esiti del parto	Sono state osservate caratteristiche simili nei tre diversi gruppi di donne. I risultati indicano significativi effetti benefici derivanti dal trattamento osteopatico per il miglioramento del dolore e del funzionamento correlato alla schiena ($p < .001$ in entrambi i gruppi), con risultati simili per il gruppo del trattamento osteopatico e del gruppo del controllo ecografico placebo. Entrambi questi gruppi hanno raggiunto risultati migliori rispetto al gruppo sottoposto a cure abituali. Il trattamento osteopatico si è dimostrato sicuro, una modalità efficiente per migliorare in dolore e la funzionalità durante il terzo trimestre di gravidanza	Ib – A
5	Wolski H, Majchrzycki M – (2015), 224-228.	Revisione narrativa	Lo scopo di questo documento è presentare l'uso del trattamento osteopatico in relazione al dolore lombare e pelvico durante la gravidanza sulle basi delle revisioni presenti in letteratura.	Sono stati consultati MEDLINE e Cochrane Library a partire da gennaio 2014 per ricerca di studi randomizzati, studi clinici e di casi sull'uso del trattamento osteopatico in donne durante la gravidanza. Ogni fonte ammissibile è stata verificata e analizzata da due revisori indipendenti. Key words della ricerca: "Pregnancy", "low-back pain", "manual therapy", "Osteopathic manipulative treatment".	Le terapie manuali, come il trattamento osteopatico, risultano essere efficienti e sicure nella cura del dolore pelvico e spinale nell'area lombosacrale in donne in gravidanza e durante l'età fertile. Il trattamento osteopatico può eliminare o ridurre significativamente l'utilizzo di farmaci, i quali, specialmente quando usati nel secondo trimestre di gravidanza, possono avere effetti avversi sul feto.	III - B

Discussione

Nonostante il ridotto numero di studi riguardanti il trattamento osteopatico durante e dopo la gravidanza, vi è una grande evidenza che quest'ultimo sia efficace nella cura del dolore lombare; infatti, tutti e cinque gli articoli esaminati per l'elaborazione di questo lavoro hanno riportato conclusioni positive riguardo questo tipo di terapia.

Come già anticipato, il trattamento della lombalgia, in particolar modo in stadi avanzati della gravidanza, è molto spesso complicato: la terapia farmacologica standard, infatti, si porta con sé diversi rischi, e proprio per questo è consigliata una metodica che non implichi l'assunzione di farmaci. I reports riguardanti l'uso del trattamento osteopatico per il trattamento del dolore lombare in donne gravide sono diversi; è dimostrato che in caso di dolori lombosacrali, tecniche di energia muscolare come l'osteopatia possono essere usate in qualsiasi momento per indurre un rilassamento

delle articolazioni, e quindi per ridurre il disturbo in questione.

Come esempio, in seguito sono riportati alcuni risultati della revisione narrativa condotta nel 2015 da Wolski et al. In uno studio prospettico eseguito su 97 donne in gravidanza è stata osservata una riduzione statisticamente significativa del dolore lombare dopo trattamento osteopatico rispetto a donne che non sono state sottoposte a quest'ultimo. In un altro studio esaminato questa revisione, 23 donne gravide con sublussazione dell'articolazione sacroiliaca e dolore nell'area lombosacrale sono state sottoposte al trattamento in questione: miglioramenti nel movimento e ridotti sintomi sono stati ritrovati nel 90% delle donne (3).

Risultati simili sono stati riscontrati nel "PROMOTE study", il cui obiettivo era di dimostrare l'efficacia del trattamento osteopatico nella riduzione del dolore lombare durante il terzo trimestre di gravidanza e nel miglioramento di esiti selezionati del travaglio e del parto. È stato condotto uno studio randomizzato controllato di 400 donne gravide nel terzo trimestre; esse sono state assegnate casualmente a tre tipologie differenti di "terapia": cure abituali (UCO), cure abituali con aggiunta di trattamento osteopatico (OMT), cure abituali con aggiunta di trattamento con ultrasuoni (US) placebo (PUT). I risultati sono stati successivamente valutati con misure di autovalutazione per il dolore alla schiena e con l'uso di cartelle cliniche per consultare gli esiti del parto.

OMT è stato eseguito tramite l'utilizzo di diverse tecniche, applicate per 1-2 minuti ugualmente ad ogni donna. Con il PUT sono state performati stimolazioni manuali e tattili nelle stesse aree di interesse del trattamento osteopatico eseguito nelle altre donne; l'erogatore degli US è stato applicato seguendo una traiettoria circolare nelle aree interessate per circa 2 minuti, risultando così, a livello di tempo occupato, paragonabile a OMT. Le donne sottoposte a sole cure abituali sono state guidate alla compilazione di questionari ma non hanno ricevuto nessun intervento o interazione aggiuntiva con il medico curante. Il dolore lombare, in seguito a questi interventi, è stato misurato con l'utilizzo della "Quadruple Visual Analog Scale", la quale permette di calcolare l'intensità del dolore mediante l'analisi di quattro aspetti di quest'ultimo: ora, media, peggiore e migliore.

I risultati di questo studio indicano significativi effetti benefici derivanti dal trattamento osteopatico per il miglioramento del dolore e del funzionamento correlato alla schiena, nonostante siano state riscontrate caratteristiche simili nei tre gruppi esaminati. Come ulteriore risultato è stata riportata un'assenza di conversione ad uno stato di gravidanza e/o parto alto rischio maggiore nelle donne sottoposte a OMT, il che suggerisce che non vi è nessun rischio correlato a questo tipo di trattamento in donne nel terzo trimestre di gravidanza; inoltre, ci sono state meno conversioni ad alto rischio nelle donne sottoposte a OMT, il che può essere clinicamente importante, anche se non statisticamente significativo (1).

Ritornando al caso più specifico del dolore lombare, un'ulteriore revisione sistematica e meta-analisi ha esaminato studi randomizzati controllati per valutare l'efficacia del trattamento osteopatico per il dolore lombare nelle donne in gravidanza o dopo il parto. Questa indagine ha incluso 102 studi riguardanti donne gravide o donne nel post partum (dai 3 ai 24 mesi successivi al parto), di età maggiore di 18 anni, con lombalgia e/o dolore in corrispondenza della sinfisi pubica e/o in corrispondenza dell'articolazione sacroiliaca. Queste donne sono state sottoposte a trattamento specifico attuato da professionisti osteopati certificati in base alle loro caratteristiche ed esigenze. Il dolore è stato misurato tramite la scala visuo-analogica del dolore (VAS), la scala numerica per la valutazione del dolore (NRS) o tramite il "McGill Pain Questionnaire", un questionario che funge da scala di valutazione del dolore.

Solamente 8 studi dei 102 inizialmente proposti hanno soddisfatto i criteri di inclusione.

Di questi, 5 studi con 7 gruppi di confronto e 677 partecipanti sono stati analizzati per l'effetto del trattamento osteopatico per il dolore lombare durante la gravidanza: 4 di questi 7 confronti hanno riportato effetti benefici significativi; 2 non hanno dimostrato effetti significativi; 1 ha riportato effetti non significativi in favore del controllo.

3 studi con 3 gruppi di confronto e 180 partecipanti sono stati analizzati per l'effetto del trattamento osteopatico per il dolore lombare nel post partum: tutti questi hanno riportato effetti significativamente positivi nella riduzione del dolore e nel miglioramento del movimento. In nessuna donna coinvolta nello studio sono stati riportati effetti avversi al di fuori della stanchezza in seguito al trattamento.

I risultati di questa metanalisi dimostrano come il trattamento osteopatico possa avere un effetto benefico significativo nella riduzione della lombalgia nel post partum più di quanto lo possa avere in

gravidanza, durante la quale però non provoca complicazioni (2).

Un altro articolo preso in esame per l'elaborazione di questo lavoro analizza più nello specifico il dolore all'articolazione sacroiliaca, il quale nel 10%-45% dei casi risulta essere la causa primaria di dolore lombare cronico, soprattutto nella popolazione femminile durante la gravidanza. Il principale motivo per cui questo tipo di dolore si manifesta principalmente in gravidanza è legato a diversi fattori, tra i quali: il fisiologico aumento di peso, l'aumento della lordosi dovuto all'incremento della pressione addominale e intrauterina a causa del feto e alla lassità della spina dorsale e delle strutture pelviche a causa della relaxina (ormone peptidico prodotto in gravidanza, il quale porta ad una maggiore lassità delle articolazioni sacroiliache e della sinfisi pubica). Sebbene la maggior parte del dolore all'articolazione sacroiliaca sia associato alla gravidanza e ad un alterato meccanismo neuromuscoloscheletrico, esistono delle complicanze ostetriche, e non, che manifestano o imitano questo disturbo, ad esempio distacco di placenta, minaccia di aborto, corionamniosite, dolore al legamento rotondo, pielonefrite o nefrolitiasi (calcoli renali). In questi casi è necessaria una corretta diagnosi per procedere con la giusta terapia.

Quando questo dolore è legato all'apparato muscoloscheletrico e non a patologie specifiche, il trattamento osteopatico può essere di grande beneficio per un sollievo dai sintomi sia a breve sia a lungo termine; questo vale soprattutto in pazienti gravide, nelle quali la somministrazione di farmaci non sempre è consigliabile (4).

In una revisione sistematica recente, è stata condotta una ricerca più ampia a partire dal 2014 riguardo a studi che indagano l'effetto del trattamento osteopatico non solo in condizioni ostetriche specifiche, ma anche in condizioni ginecologiche. Queste ricerche hanno identificato 841 articoli: dopo la rimozione dei duplicati, diversi processi di screening e di esclusione, sono stati inclusi 24 studi. I disturbi presi in considerazione in relazione al trattamento osteopatico riguardano mal di schiena e funzionalità lombare in gravidanza, controllo emodinamico in gravidanza, dolore e utilizzo di farmaci durante il travaglio, tasso di concepimento nell'infertilità e nella sub fertilità, dismenorrea, sintomatologia della perimenopausa e menopausa e dolore pelvico. I trattamenti osteopatici effettuati sono caratterizzati dall'uso di varie tecniche dirette e indirette, come tecniche viscerali, dei tessuti molli, fasciali, dell'equilibrio della tensione legamentosa, cranio sacrale, manipolazione pelvica globale e altri. Successivamente sono stati analizzati uno ad uno i disturbi citati precedentemente in relazione al trattamento osteopatico.

Per quanto riguarda la gravidanza, è emerso che il trattamento osteopatico ha avuto un ruolo significativo nel cambiamento della qualità di vita, in relazione alla riduzione del dolore lombare e pelvico, alla variabilità del battito cardiaco e agli esiti del parto. Inoltre, si è dimostrato come a questo trattamento si associ un rischio ridotto di liquido amniotico tinto, parto pretermine e parto strumentale.

Il risultato finale di questa revisione riporta come le tecniche osteopatiche possano essere considerate efficienti nel trattamento del dolore lombare durante la gravidanza ma non per le altre condizioni ostetriche e ginecologiche (5).

Conclusioni

La ricerca scientifica relativa all'utilizzo di procedure di terapia manuali, come l'osteopatia, nel trattamento della lombalgia e di disturbi legati all'area lombosacrale in donne gravide e in donne in età riproduttiva è caratterizzata da modesti risultati, i quali però, concordano sulla sua efficacia e sulla sua sicurezza.

Per avere risultati più ampi e specifici sono necessari ulteriori studi, i quali dovrebbero essere condotti con una metodologia più pragmatica, una descrizione migliore e dettagliata degli interventi e un minore rischio di bias statistici.

Bibliografia

1. Hensel KL, Buchanan S, Brown SK, Rodriguez M, Cruser DA. Pregnancy research on osteopathic manipulation optimizing treatment effects: The PROMOTE study. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Jan 1;212(1):108.e1-108.e9.
2. Franke H, Franke JD, Belz S, Fryer G. Osteopathic manipulative treatment for low back and pelvic girdle pain during and after pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *J Bodyw Mov Ther*. 2017 Oct 1;21(4):752-62.
3. Wolski H, Majchrzycki M. 4 3 + 0 Á (3 ;) *Ginekol Pol*. Vol. 86. 2015.
4. Morimoto K, Harrington A, Nelson C, Loveless B. Osteopathic approach to sacroiliac joint pain in pregnant patients. *Journal of Osteopathic Medicine*. 2022 May 1;122(5):235-42.
5. Ruffini N, D'Alessandro G, Cardinali L, Frondaroli F, Cerritelli F. Osteopathic manipulative treatment in gynecology and obstetrics: A systematic review. Vol. 26, *Complementary Therapies in Medicine*. Churchill Livingstone; 2016. p. 72-8.



June 2024 – Issue – N. 10 – 2024

Società italiana di scienze ostetrico-ginecologico-neonatali
SISOGN - The official journal [online] ISSN 2723-9179