

## Presentazione podalica fetale a cura della dottoressa Stefania Piloni

La presentazione podalica è una delle indicazioni classiche al taglio cesareo.

Il parto vaginale infatti potrebbe essere rischioso (soprattutto al primo figlio!) per traumi fetali e maggior rischio di mortalità, unito a un maggior traumatismo materno e a rischio di emorragia. Ma anche il taglio cesareo non è esente da rischi (emorragie, infezioni, recupero tardivo rispetto al parto vaginale) e spesso una donna cesarizzata al primo figlio per presentazione podalica subirà la sorte di “nuovamente” cesarizzata al parto successivo, anche se il secondogenito sarà in presentazione cefalica (taglio cesareo iterativo).

Pertanto i medici ginecologi devono favorire il rivolgimento fetale, anche per garantire alla donna la possibilità di un parto vaginale vissuto come esperienza normale. Piena e intensa. Talvolta infatti il taglio cesareo “deruba” la donna di questa possibilità.

## Rivolgimento medico per manovre esterne

Eseguito intorno alle 35-37 settimane. In effetti, a quest’epoca di gravidanza la presentazione è quasi sempre definitiva, per cui le possibilità che il feto assuma spontaneamente la posizione cefalica prima del parto sono molto scarse.

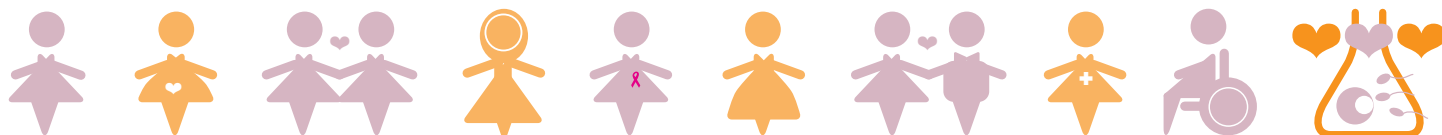
Impossibile se:

### 1. CONTROINDICAZIONI PLACENTARI

- placenta anteriore: perchè il medico non può imprimere correttamente il movimento necessario per eseguire la “capriola”, poichè la placenta si trova fra le mani del medico e il bambino;
- placenta previa: cioè la placenta copre l’orifizio uterino interno e non si può eseguire il parto per via vaginale. La placenta previa è una delle indicazioni d’obbligo per il cesareo e il parto è sempre e comunque controindicato: il rischio di vita fetale è altissimo, così come quello di emorragia materna;

### 2. PATOLOGIE DEL LIQUIDO AMNIOTICO

- **anidramnios (liquido quasi assente) o oligoidramnios** (liquido molto scarso): infatti per eseguire il rivolgimento serve una normale quantità di liquido amniotico, ossia di bol-la-spazio intorno al bambino. Se le pareti dell’utero sono molto accollate al bambino il rivolgimento, anche spontaneo, è pressochè impossibile.



### 3. PATOLOGIE FETALI

- **ritardo di crescita:** i bambini piccoli per biometria fetale mostrano in sé un qualche stato di difficoltà e sofferenza pertanto non è corretto disturbarli con manovre esterne.
- **tracciato cardiotocografico non rassicurante,** con decelerazioni del battito cardiaco fetale. Prima del rivolgimento il tracciato della cardiotocografia viene sempre eseguito: se non è del tutto normale non si procede!

### 4. PATOLOGIE UTERINE

- **miomatosi multipla,** cioè la presenza di numerosi fibromi (detti anche miomi) della parete uterina, specie se voluminosi, possono ostacolare il rivolgimento e possono essere la spiegazione per cui il feto non si è spontaneamente girato. In questo caso la forzatura è dannosa.
- **pregresso taglio cesareo:** la madre che già presenti una cicatrice sull'utero dovuta a pregresso cesareo o a miomectomia (escissione chirurgica dei fibromi) non può sottoporsi a rivolgimento. La cicatrice potrebbe cedere sotto le manovre e dilatarsi. Per cautela è meglio evitare!

### Come si esegue il rivolgimento

Innanzitutto si controlla in ecografia la presentazione e la guida ecografica viene utilizzata per tutta la manovra, per controllare il benessere fetale, anche mentre il medico, con le mani appoggiate al ventre materno, cerca di imporre la feto la “capriola” in utero.

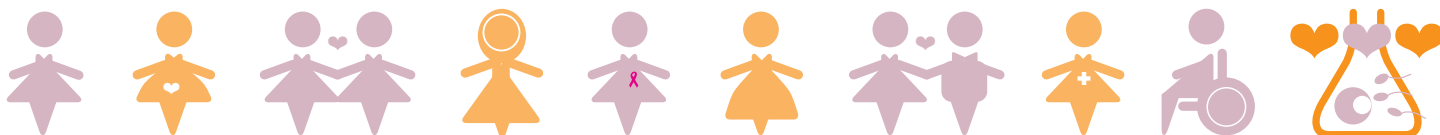
Prima di iniziare viene somministrato alla madre, in flebo, un farmaco tocolitico per evitare le contrazioni.

Tuttavia, il successo del rivolgimento (cioè il fatto che il feto si sia finalmente posizionato cefalico) non garantisce che il parto avvenga per via vaginale in quanto potrebbero, prima o durante il travaglio, insorgere condizioni che richiedono l'espletamento del parto tramite taglio cesareo, per motivi diversi.

### Rischi del rivolgimento

La procedura è a basso rischio.

Ma il rischio possibile rimane quello del funicolo e dei rapporti feto-cordone ombelicale. Una trazione troppo forte sul cordone potrebbe infatti dare uno “stiramento” dei vasi del cordone e dunque una sofferenza fetale. Infine la procedura potrebbe causare contrazioni e dunque un travaglio di parto anticipato.



## Agopuntura e Moxa

Il punto Zhiyin (arrivo dello Yin) è il 67° punto del canale Tayang del piede ed è localizzato sulla parte laterale della punta del quinto dito del piede, circa 0.1 cun prossimale rispetto all'angolo dell'unghia. Va punto perpendicolarmente per 0.1 cun. L'ago attraversa la cute e il sottocute e raggiunge la faccia laterale della falange distale del V° dito. È il punto Jing-metallo del meridiano, punto di tonificazione dell'energia della Vescica, punto di partenza del meridiano tendino-muscolare della Vescica.

La stimolazione di questo punto disostruisce il meridiano, disperde il vento interno ed esterno, mobilita il sangue, promuove la rotazione e la mobilitazione del feto. Questo punto in tonificazione può essere stimolato bilateralmente mediante agopuntura e/o moxibustione.

Le sedute avvengono solitamente a cadenza bisettimanale per un totale di sei sedute ed è corretto che siano sempre associate a una preliminare valutazione ostetrica di posizione fetale mediante rilevazione ecografia.

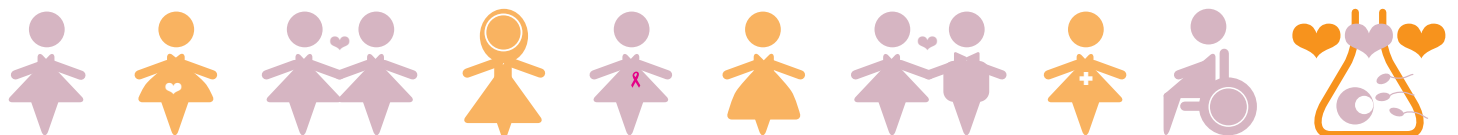
### La tecnica viene condotta come segue:

**AGOPUNTURA** - La paziente si pone in posizione semisupina, in abbigliamento morbido e resta sul letto leggermente ruotata sul fianco sinistro a evitare la compressione della vena cava da parte dell'utero gravido.

Previa disinfezione del punto BL 67, viene poi posizionato l'ago, perpendicolarmente al piano cutaneo. L'ago viene lasciato in situ per venti minuti.

**MOXIBUSTIONE** - Il riscaldamento del punto BL67 deve essere eseguito (anche a domicilio) quotidianamente, bilateralmente, per una durata di 10-15 minuti per punto mediante il sigaro di Artemisia. La vicinanza del sigaro deve ottenere una percezione termica ai limiti della tollerabilità soggettiva potendo causare arrossamento cutaneo.

**DURATA DI TRATTAMENTO** - La durata massima di trattamento è di tre settimane per un periodo compreso fra trentatreesima e la fine della trentacinquesima settimana.



## Risultati

La percentuale di successo del rivolgimento è del 40% nelle donne al primo figlio e del 41,70% in donne a gravidanze successive.

### Moxa: qualche informazione in più

La metodologia con cui applicare la moxa è facile e innocua: bisogna scaldare con un sigaro di artemisia ad un "Tzun" di distanza l'angolo del mignolo del piede.

Il sigaro di moxa può essere acquistato in una farmacia ben fornita.

È opportuno affidarsi a operatori qualificati per l'utilizzo di moxa.

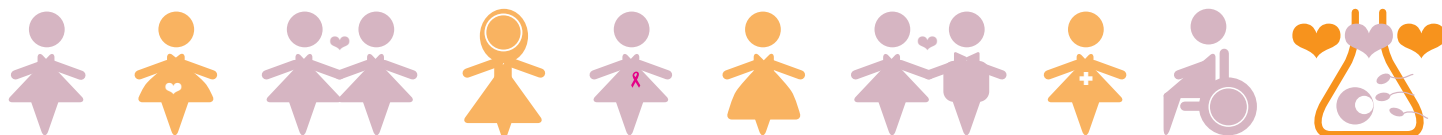
La posizione della gestante per una migliore riuscita della terapia è supina, con un cuscino sotto la testa e due o tre sotto le anche e fino alle ginocchia. È consigliabile alla neo mamma massaggiarsi la pancia in senso orario o antiorario, comunque sempre nello stesso verso perché il feto tenderà a girarsi nella direzione in cui è praticato il massaggio.

Durante il trattamento occorre respirare in maniera continuativa e profonda. Inspirate ed espirate con il naso, visualizzate il vostro bebè che gioca nell'acqua e che si gira. L'odore del fumo della moxa ha anch'esso effetto terapeutico. Non vi preoccupate e magari arieggiate la stanza dopo il trattamento.

L'applicazione della moxa sul piede con il bastoncino prevede un movimento con la mano detto "a beccata di passero": non appena la gestante avverte il calore allontanarsi un po' e poi ritornare.

Il numero dei trattamenti è di uno al giorno con una stimolazione di un quarto d'ora per piede; dopo il trattamento mantenete i piedi caldi e se avete modo fatevi fare o fate un massaggio al piede.

Il meccanismo d'azione di questa terapia è collegato al meridiano della vescica, che induce l'attivazione fisiologica della post-ipofisi, che secreta l'ossitocina -ormone che contrae l'utero-, e l'ADH -ormone antidiuretico.



## Craniosacrale

Molti studi ostetrici confermano la capacità che ha il feto di riallineare una presentazione difficile, durante gli ultimi due-tre mesi di gestazione ma anche durante il travaglio di parto. È come se il feto fosse capace di autocorreggere la sua posizione per venire alla luce nella maniera corretta, esprimendo così una vera intelligenza istintiva.

Il medico e psicologo Lewis Mehl ha notato, nelle scoperte della sua ricerca, che la capacità che ha il feto di muoversi girando nell'utero è di per sé di vitale importanza perché il bambino possa trovare la posizione ottimale a testa in giù per il parto. Il suo studio conclude che il maggior successo nella rotazione spontanea di feti podalici si ottiene grazie al rilassamento del segmento uterino inferiore. La terapia Craniosacrale è in grado di assecondare questo rilassamento, poichè gli operatori intervengono su ossa, legamenti, muscoli e fascia materne, per aiutare e consentire al feto di spostare la testa verso il passaggio pelvico aperto.

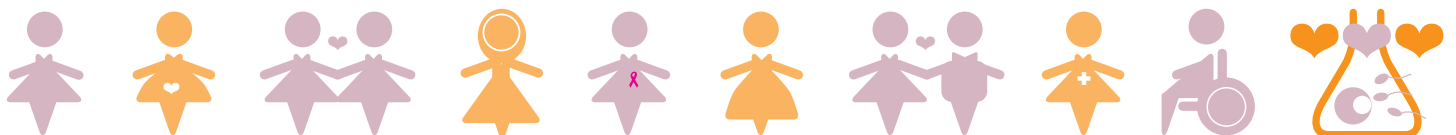
### Lo stress materno influisce sulla posizione fetale?

Si! Quando le madri sono sotto stress, i bambini sono meno attivi. Questo può essere perché il sistema nervoso di una madre stressata fa contrarre il segmento inferiore dell'utero, ossia l'ultimo tratto di utero che si apre poi verso la vagina. Quando la madre si rilassa, quel segmento può rilassarsi a sua volta. Il feto si può muovere di più nello spazio, e la gravità attirerà la testa verso il basso.

Il terapeuta craniosacrale parte proprio da qui. La tecnica è semplice e le mani del terapeuta si appoggiano dolcemente al corpo materno. Il feto non viene mobilizzato e l'utero non viene stratonato. Questa tecnica si addice anche a madri con fibromi uterini o a donne precesarizzate.

Il vantaggio è l'altissimo successo della tecnica (70%) a fronte dell'assenza completa del rischio.

Il massaggio craniosacrale è estremamente delicato ed è indirizzato ai muscoli e alle fasce della madre, il bambino non viene stratonato nè toccato. Quando il rilassamento muscolare materno sarà completo allora il feto, spontaneamente, potrà trovare la strada giusta.



Questo massaggio è indicato ogni volta che la presentazione è imperfetta, quando è troppo alta (extrapelvica) e quando la rigidità muscolare ha già reso complesso un primo travaglio di parto.

La mancata dilatazione cervicale è una causa classica di taglio cesareo: l'orifizio uterino interno non cede alle spinte fetali e infine il medico è costretto a preferire la strada addominale.

Anche in questo caso la strategia craniosacrale è un'ottima alleata per il parto naturale.

**Lo studio medico Ginecea assiste al rivolgimento fetale con l'azione combinata della Moxa unita al Massaggio Craniosacrale, unite nella stessa sessione e praticate da un operatore certificato e sotto controllo medico.**

#### BIBLIOGRAFIA

1. Cardini F., Huang W. *Moxibustion for correction of breech presentation*, JAMA, november 11, 1998-vol 280, n° 18.
2. Gottlicher S., Madjaric J. *Die Lage Der menschlichen Frucht im Verlauf der Schwangerschaft und die Wahrscheinlichkeit einer spontanen Drehung in die Kopflage bei Erst und Mehrgebarenden.* Geburtsh Frauenheilkd. 1985; 45:534-538.
3. Gottlicher S., Madjaric J., Morgens KL., Mittags BEL. *Ein Ammenmarchen* Geburtsh Frauenheilkd. 1989; 49:363-366.
4. Westgren M., Edvall H., Nordstrom L., Svalenius E. *Spontaneous cephalic version of breech presentation in the last trimester.* Br. J. of Obstet. Gynaecol. 1985; 92: 19-22 scheda privacy.
5. Hofmeyr G. J. *External cephalic version facilitation at term.* In: Neilson J.P., et al. The Cochrane Library: Pregnancy and childbirth module of the Cochrane data base of systematic reviews. Oxford, England. Update Software: 1998.
6. Weng J et al. *The morphological investigation of the correcting abnormal fetus position by acupuncture, moxibustion and laser irradiation in the point Zhiyin.* Abstracts of the second national symposium on Acupuncture and Moxibustion and Acupuncture Anesthesia; August 7-10, 1984; Beijing, China.
7. Facchinetti F. et al. *Il rivolgimento del podalico per manovre esterne e mediante agopuntura.* Giorn. Ital. Riflessot. Agopunt. anno 10/1, 1998.

