

# INDICAZIONI ALL'INDUZIONE DEL PARTO

Arianna Prada, Anna Maria Marconi

Clinica Ostetrica e Ginecologica – Università di Milano – DMCO San Paolo – Milano

*Indirizzo per corrispondenza:* Prof. Anna Maria Marconi  
Clinica Ostetrica e Ginecologica - Università degli Studi di Milano, DMCO San Paolo  
Via A. di Rudini 8, -20142 Milano  
tel: +39 02 50323064; fax: +39 02 50323062; e-mail: annamaria.marconi@unimi.it

## ABSTRACT

Induction of labor is indicated when it is reasonable to think that the fetus, the mother or both will benefit from immediate delivery. Obviously, induction of labor will be considered when there are no contraindications for vaginal delivery. Induction of labour should only follow fully informed consent by the woman including the reasons for induction, the choice of method to be used and the potential risks and consequences for accepting or refusing induction. We will thoroughly discuss indications and contraindications among which: post-term pregnancy, gestational diabetes, fetal macrosomia, premature rupture of the membranes, previous cesarean section, oligohydramnios and mother's request.

**Key words:** labor induction, delivery

## RIASSUNTO

L'induzione del parto è indicata quando si pensa che l'espletamento del parto porti a esiti migliori sia per la madre che per il feto rispetto alla condotta d'attesa. Criterio necessario è ovviamente la fattibilità del parto per via vaginale e tale procedura andrebbe effettuata solo previo consenso informato scritto da parte della paziente in cui indicare chiaramente i motivi, i rischi e i benefici dell'induzione. In questo lavoro analizzeremo indicazioni e controindicazioni alla procedura, tra queste: gravidanza oltre termine, diabete gestazionale, macrosomia fetale, rottura prematura delle membrane, precedente taglio cesareo, oligoidramnios e richiesta materna.

**Parole chiave:** travaglio, parto, induzione

## INTRODUZIONE

L'induzione del parto è indicata quando gli esiti per feto o madre si pensa siano migliori che con la condotta d'attesa. L'induzione dovrebbe essere presa in considerazione quando si pensa che la via vaginale sia la più appropriata per il parto e dovrebbe essere effettuata solo in presenza di un consenso informato in cui sia chiaramente scritto: qual è il motivo dell'induzione, cosa ha determinato la scelta del metodo utilizzato ed i rischi e benefici dell'induzione specifici al caso in questione.

Riguardo l'induzione del parto il Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (1) e l'American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG) (2), due tra le più note società ostetrico-ginecologiche a livello mondiale, hanno recentemente pubblicato delle linee guida, nelle quali tra le indicazioni all'induzione del parto, vengono prese in considerazione quelle riportate nella Tabella I.

Le controindicazioni assolute sono: Vasa o placenta previa, situazione fetale traversa, prolasso di cordone, cicatrice uterina fundica (2). Le

controindicazioni relative sono: più pregressi tagli cesarei, presentazione podalica, cardiopatia materna, gravidanza multifetale, polidramnios, parte presentata extrapelvica, ipertensione grave, FHR patologica che non necessita di parto d'emergenza (2).

### *Gravidanza oltre termine*

Rappresenta il 10% delle gravidanze, ma ad essa sono associati un aumento della morbilità e mortalità perinatali, di anomalie della frequenza cardiaca fetale, di macrosomia e di taglio cesareo (3).

Una recente metanalisi (4) di 16 studi randomizzati, controllati in cui sono incluse circa 6600 pazienti a basso rischio ha mostrato che l'induzione del travaglio a  $\geq 41$  settimane determina una riduzione significativa dei tagli cesarei, dell'incidenza di liquido amniotico tinto di meconio senza compromettere gli esiti perinatali.

- Le raccomandazioni pratiche di tipo A (1):
- La datazione della gravidanza deve essere precisa
- L'induzione dovrebbe essere prospettata  $>41$  settimana
- Dalla 42° settimana: monitoraggio intensivo con tracciato CardioTocoGrafico (CTG) due volte/settimana e Amniotic Fluid Index (AFI) due volte/settimana

Tabella I. Linee guida per l'induzione del parto secondo il Royal College of Obstetricians and Gynaecologists e l'American College of Obstetricians and Gynaecologists  
Royal College 2001 American College 1999

Royal College 2001	American College 1999
Gravidanza Oltre Termine	Distacco di placenta
Diabete in gravidanza	Corioamnionite
Presentazione podalica	Morte fetale
Gravidanza multifetale	Iperensione indotta dalla G
Multiparità	Rottura Prematura Membrane (PROM)
PROM	Gravidanza OT
Macrosomia	Patologie mediche materne (IDM, renali, polmonari, ipertensione cronica)
Ritardo Crescita IntraUterina (IUGR)	Patologia fetale (grave IUGR, iso Rh)
Precedente Taglio Cesareo	Preeclampsia, eclampsia
Richiesta materna	
Precedente parto precipitoso	

#### Diabete gestazionale

Determina un aumento della mortalità perinatale (natimortalità >5 volte), un aumento delle complicazioni materne (soprattutto preeclampsia) ed un aumento di traumi da parto. La scelta di tempo e modo del parto deve essere fatta allo scopo di bilanciare da un lato la necessità di ridurre le complicazioni materne e fetali legate alla gravidanza/parto e dall'altro la necessità di ridurre le complicazioni respiratorie fetali (1). I dati al riguardo sono scarsi e scarsissimi quelli sul diabete insulino dipendente e suggeriscono (5) una riduzione nella percentuale dei cesarei con significativa riduzione dei nati di peso >4000 grammi nel gruppo delle gravidanze indotte verso il gruppo attesa.

#### Macrosomia fetale

Uno studio recente (6) ha preso in considerazione gli esiti al parto di 4755 nati macrosomi (peso  $\geq$ 4000 grammi) il 20% dei quali nati da travaglio indotto. Le donne indotte erano più frequentemente nullipare, con diabete gestazionale, con ipertensione gestazionale, con oligoidramnios ed hanno partorito più frequentemente con TC. L'associazione tra macrosomia e taglio cesareo è rimasta significativa anche quando tutti i fattori di rischio indipendenti sono stati esclusi. I metodi disponibili per la stima del peso fetale, specie nei macrosomi, sono poco predittivi e gli studi clinici (7) hanno mostrato che, con una diagnosi ecografica di macrosomia fetale, non c'è differenza significativa tra induzione ed attesa per quanto riguarda morbilità e mortalità perinatale, frequenza di taglio cesareo e di parto vaginale operativo. Nei macrosomi non diabetici non vi è alcuna evidenza che la politica dell'induzione possa ridurre la morbilità materna e/o neonatale.

#### Rottura prematura delle membrane

Avviene nel 6-19% delle gravidanze a termine: di queste è stimato che l'86% entrerà in travaglio entro 12-23 ore; il 91% entro 24-47 ore; il 94% entro 48-95 ore mentre il 6% non sarà entrato in travaglio neppure dopo 96 ore. In questi casi l'induzione, effettuata sia con ossitocina che con prostaglandine, riduce significativamente l'incidenza di corioamniosite (8). Classico lo studio di Hanna e coll (9) che non ha trovato differenze significative nella modalità di parto in donne nullipare e pluripare con PROM randomizzate in un braccio induzione,

con prostaglandine o ossitocina, verso attesa. Da segnalare tuttavia, in questo stesso studio, che i casi di mortalità perinatale erano tutti allocati nel braccio attesa.

Quindi, per l'induzione in caso di PROM raccomandazioni pratiche (1) di tipo A:

- Alle donne con PROM >37 settimane proporre la scelta tra induzione e attesa
- La condotta di attesa non dovrebbe superare le 96 ore

#### Richiesta materna

Siamo in un terreno minato anche se non come nel caso del Taglio Cesareo (TC) su richiesta. Anche in questo caso non ci sono studi randomizzati specifici sulla base dei quali formulare delle raccomandazioni. Il Gruppo di lavoro del Royal College suggerisce che la richiesta materna venga presa in considerazione quando sussistano motivi psicologici o sociali convin-

centi e le condizioni locali siano favorevoli, sempre che le risorse lo consentano (1).

#### Precedente cesareo

Nelle donne precesarizzate (11) indotte con prostaglandine (rispetto ad altri agenti o travaglio spontaneo) il rischio di rottura d'utero va dallo 0-0.6% per la rottura sintomatica allo 0.1-2.1% per la rottura sintomatica più deiscenza asintomatica. Peraltro, la probabilità di parto vaginale è del 75%. Un recente studio di Landon e coll (12) che ha valutato gli esiti di circa 15.000 gravidanze non ha riportato alcun caso di rottura d'utero nelle donne precesarizzate indotte con le sole prostaglandine.

#### Oligoidramnios

L'oligoidramnios (AFI  $\leq$ 5 cm con tasca massima <3) non viene preso in considerazione come possibile motivo di induzione né dall'American né dal Royal College. Peraltro sono pochi gli studi che hanno valutato gli esiti dell'induzione verso la condotta d'attesa in questi casi senza mostrare differenze nell'outcome perinatale. E' stato segnalato (13) un rischio aumentato di taglio cesareo per sofferenza fetale quando l'oligoidramnios sia associato alla nascita in un neonato piccolo per età gestazionale (SGA). Studi osservazionali sugli esiti di donne a basso rischio con AFI  $\leq$ 5 o >5 non riportano differenze nella modalità di parto.

## CONCLUSIONI

L'induzione del travaglio di parto non è una procedura medica esente da rischi che deve quindi essere effettuata con una precisa indicazione clinica, condivisa dalla donna nei suoi modi e tempi. A questo proposito, Dublin et al (10) hanno analizzato gli esiti di circa 3000 gravidanze in cui l'induzione era stata effettuata con indicazioni non universalmente accettate (ad esempio macrosomia fetale) o addirittura non riportate chiaramente nella cartella clinica o, ancora, induzioni di comodo, confrontandoli con gli esiti di più di 9000 controlli, dimostrando che nelle nullipare la percentuale di tagli cesarei nei travagli indotti è doppia (19.4% vs 9.9%) rispetto a quella dei travagli spontanei.

**BIBLIOGRAFIA**

1. RCOG - Evidence-Based Clinical Guideline Number 9, 2001
2. ACOG - Practice Bulletin, Clinical Management Guideline for Obstetricians and Gynaecologists Number 10, 1999
3. Hilder L, Costeloe K, Thilaganathan B. Prolonged pregnancy: evaluating gestation-specific risks of fetal and infant mortality. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105:169-73
4. Sanchez-Ramos L, Olivier F, Delke I, et al. Labor induction versus expectant management for postterm pregnancies: a systematic review with meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2003; 101:1312-8
5. Boulvain M, Stan C, Irion O. Elective delivery in diabetic pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 2:CD001997
6. Simhayoff N, Sheiner E, Levy A, et al. To induce or not to induce labor: a macrosomic dilemma. *Gynecol Obstet Invest* 2004; 58:121-5
7. Irion O, Boulvain M. Induction of labour for suspected fetal macrosomia. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2:CD000938
8. Tan BP, Hannah ME. Oxytocin for prelabour rupture of membranes at or near term. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2:CD000157
9. Hannah ME, Ohlsson A, Farine D, et al. Induction of labor compared with expectant management for prelabor rupture of the membranes at term. *N Engl J Med* 1996; 334:1005-10
10. Dublin S, Lydon-Rochelle M, Kaplan RC, et al. Maternal and neonatal outcomes after induction of labor without an identified indication. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183:986-94
11. Vause S, Macintosh M. Evidence based case report: use of prostaglandins to induce labour in women with a caesarean section scar. *BMJ* 1999; 318:1056-8
12. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2004; 351:2581-9
13. Ghosh G, Marsal K, Gudmundsson S. Amniotic fluid index in low-risk pregnancy as an admission test to the labor ward. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81:852-5