

Le aree grigie della linea guida: i gemelli e la macrosomia nelle gravide diabetiche

d.ssa Regalia Anita
AO San Gerardo Monza

- Aree grigie per debolezza delle evidenze
- Aree grigie per difficoltà di applicazione da parte degli Operatori
- Resistenza culturale alla raccomandazione



- ... Le linee guida non offrono degli standard di cura cui riferirsi **acriticamente** e in maniera **decontestualizzata**...
- ... ogni significativa **deviazione** dalle raccomandazioni espresse nelle linee guida dovrebbe sempre poter trovare delle **motivazioni** basate su **solide** valutazioni di opportunità, argomentate e chiaramente esplicitate nella documentazione clinica...

Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole

Quesito 6

Quale modalita di parto e più indicata per ridurre la mortalita' e la morbosità perinatale in caso di gravidanza gemellare, anche in considerazione delle possibili varianti di presentazione del primo e del secondo gemello?

Gravidanza gemellare: gli studi

TOTALE STUDI REPERITI	194
Totale studi selezionati	49
Totale studi inclusi	13
Tipologia studi inclusi	13 studi di coorte retrospettivi

Gravidanza gemellare: problematiche cliniche

- Gli esiti sono influenzati dalla presentazione cefalica o podalica del primo e del secondo gemello
- Il parto gemellare è a rischio di eventi avversi a carico soprattutto del secondo gemello
- Il taglio cesareo sul secondo gemello è un evento culturalmente poco accettato e rappresenta un'urgenza organizzativa
- L'assistenza podalica richiede esperienza manuale

- **86.041** secondi gemelli nati tra il 1995 e il 1997, > 24 settimane, con presentazione *vertice-vertice*
- *classificati in base al peso e alla modalità di parto del primo gemello: taglio cesareo-taglio cesareo, parto vaginale-X (con X inteso come parto vaginale o taglio cesareo per il secondo gemello)*
- Tra i nati con peso ≥ 2.500 g, **il parto vaginale** si associa a :
 1. un **rischio più elevato di morte neonatale** (RR: 4,64; IC 95%: 1,90-13,92),
 2. **Apgar ≤ 3 a 5 minuti** (RR: 2,39; IC 95%: 1,43-4,14)
 3. **Ventilazione meccanica** (RR: 1,31; IC 95%: 1,18-1,47)
- Tra i nati con peso < 2.500 g tali associazioni non raggiungono o sono al limite della significatività statistica.

- coorte di **177.622 gemelli** \geq 34+0 settimane
- Nel gruppo con presentazione **vertice-vertice**, **il taglio cesareo programmato** (taglio cesareo-taglio cesareo) è risultato associato a una **più alta mortalità neonatale** (RR: 2,24; IC 95%: 1,35-3,72) rispetto al parto vaginale (escludendo i tagli cesarei d'urgenza nei secondi gemelli)
- Per contro, tra i nati con presentazione **vertice-podice**, *la modalità taglio cesareo-taglio cesareo è risultata* associata a una **più bassa mortalità neonatale** rispetto alla modalità parto vaginale-parto vaginale, senza raggiungere la significatività statistica (RR: 0,79; IC 95%: 0,41-1,54).

Gravidanza gemellare: Raccomandazioni

- Nelle gravidanze gemellari bicoriali/biamniotiche a termine con presentazione cefalica per entrambi i gemelli, in assenza di fattori di rischio, si raccomanda il parto per via vaginale in quanto non è dimostrata l'efficacia del taglio cesareo nel ridurre la mortalità e la morbosità neonatali. **(IVB)**
- Nelle gravidanze gemellari bicoriali/biamniotiche in cui uno dei due gemelli non ha presentazione cefalica non sono disponibili prove conclusive a sostegno dell'efficacia del taglio cesareo nel ridurre la morbosità e mortalità neonatale. **(IVC)**
- Nelle gravidanze gemellari bicoriali/biamniotiche in cui uno dei due gemelli non ha presentazione cefalica l'assistenza al parto per via vaginale deve essere offerta in una struttura ospedaliera che possa garantire una *expertise ostetrico-ginecologica e neonatologica appropriata*. **(BPC)**

Qualora sia indicato il taglio cesareo elettivo, a partire da quale settimana e' appropriato effettuarlo?

Esistono differenze nell'indicazione al taglio cesareo elettivo in caso di gravidanza gemellare monocoriale o bicoriale e monoamniotica o biamniotica?

Gravidanza gemellare e corialità: gli studi

totale studi reperiti	690
totale studi selezionati	30
totale studi inclusi	12
tipologia studi inclusi	6 studi di coorte retrospettivi, 6 serie di casi
documenti di riferimento considerati	1 linea guida

Gravidanza gemellare e corialità: problematiche cliniche

- La gravidanza gemellare monooriale, presenta complicanze specifiche (sindrome da trasfusione fetto-fetale, conseguenze neurologiche, extra neurologiche per il gemello superstite in caso di morte intrauterina di un fetto, gestione delle malformazioni discordanti, aumentata incidenza di ritardo/arresto di crescita intra-uterino)
- L'anticipazione del parto nelle gravidanze gemellari rispetto alle gravidanze singole è vantaggiosa per gli esiti, controverso è il timing ottimale in base alla corialità e alla presenza di complicanze

Hack KE, Derks JB et al. Increased perinatal mortality and morbidity in monochorionic versus dichorionic twin pregnancies: clinical implications of a large Dutch cohort study. BJOG 2008;115:58-67.

198 gravidanze monoculari, **1.107** bicorali

- Le gravidanze monoculari sono, rispetto alle bicorali, a rischio aumentato di mortalità perinatale (RR: 2,44; IC 95%: 1,73-3,44) e di natimortalità (RR: 5,21; IC 95%) non prevedibile
- Ai gemelli monoculari si correla una più alta incidenza di enterocolite necrotizzante (OR: 4,05; IC 95%: 1,97-8,35) e di ricovero in terapia intensiva neonatale (OR: 1,78; IC 95%: 1,17-2,72)
- **Conclusioni** → **nelle gravidanze monoculari è opportuno programmare un parto vaginale elettivo tra 36 e 37 settimane, preceduto dalla prevenzione della sindrome da distress respiratorio, nelle bicorali dalla 38sima settimana**

.**75** gravidanze **monocoriali complicate** (TTS, crescita discordante)

234 gravidanze **monocoriali non complicate**

Le gravidanze con complicanze hanno rischio più elevato di mortalità intrauterina (RR 12) e parto pretermine (RR 4.1)

Le gravidanze senza complicanze non beneficiano di un'anticipazione del parto < 36 settimane

Conclusioni: → **la gravidanza monocoriale biamniotica senza complicanze può procedere fino a 36-37 settimane**

Gravidanze monocoriali monoamniotiche

- Le gravidanze **monoamniotiche** sono rare (circa 1% di tutte le gravidanze monocoriali), ma sono associate ad una **mortalità perinatale elevata (10-40%)**, associata in particolare ad incidenti sul cordone ombelicale
- La gestione è controversa soprattutto in relazione alla modalità e alla intensità del monitoraggio fetale (inclusa la possibilità di ospedalizzare a lungo la paziente) e alla tempistica di espletamento del parto
- Gli studi pubblicati sono poco numerosi

Gravidanza gemellare: Raccomandazioni timing del parto

- Nelle gravidanze gemellari bicoriali/biamniotiche senza fattori di rischio, in caso sussistano indicazioni al taglio cesareo programmato, l'intervento non deve essere effettuato prima di 38+0 settimane, per evitare eventi avversi neonatali. **(IVB)**
- Nelle gravidanze monocoriali biamniotiche non complicate si raccomanda l'espletamento del parto a 36-37+0 settimane di gestazione. **(IVB)**
- Nelle gravidanze monocoriali monoamniotiche non complicate si raccomanda l'espletamento del parto mediante taglio cesareo a 32 settimane di gestazione. **(VB)**

Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole
Quesito 13

Quali sono le indicazioni al taglio cesareo elettivo in caso di macrosomia fetale nella gravida diabetica?

Macrosomia e diabete: gli studi

totale studi reperiti	251
totale studi selezionati	21
totale studi inclusi	1
tipologia studi inclusi	1 rapporto di technology assessment
documenti di riferimento considerati	5 linee guida

- Scarsa accuratezza sia clinica che strumentale della stima del peso fetale
- Severità dell'evento avverso temuto nell'assistenza vaginale: distocia di spalle, lesioni del plesso brachiale
- Anticipazione del parto riduce eventi avversi?

*Kjos SL henry OA et al. Insulin-requiring diabetes in pregnancy: a randomized trial of active induction of labor and expectant management.
Am J Obstet Gynecol 1993; 169 611-5*

Unico trial

200 donne in terapia con insulina, 6,5% diabete pre-gestazionale

Induzione a 38 settimane vs politica d'attesa

Outcome:

- distocia di spalle: RR 0,56 ns
- taglio cesareo: RR 0,81 ns

Conclusioni: → **non si può stabilire se l'induzione nella gravida diabetica sia di beneficio**

Macrosomia e diabete: Le linee guida

NICE e ADA:

- si raccomanda induzione del parto a 38 settimane
- il taglio cesareo nella donna diabetica è gravato da complicanze maggiori e non deve quindi essere effettuato di routine
- nelle donne con taglio cesareo pregresso la percentuale di successo del parto vaginale è inversamente proporzionale al peso fetale ed è indipendente dal diabete

RCOG e ACOG:

- si raccomanda di espletare il parto mediante TC nei feti con peso stimato $\geq 4500\text{g}$

Macrosomia e diabete: Raccomandazioni

- Il diabete pre-gestazionale e gestazionale non rappresenta di per sé indicazione al taglio cesareo. **(IIID)**
- In caso di feto con peso stimato ≥ 4500 g è raccomandato il taglio cesareo a partire da 38 settimane di gestazione **(IIIB)**
- Il diabete pre-gestazionale e gestazionale non costituisce una controindicazione al parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo **(IIIB)**