

Misurazione intra-operatoria della coniugata ostetrica

E. DOMINI¹, M. GUIDI², S. GUAZZINI², S. VICENTINI³

RIASSUNTO: Misurazione intra-operatoria della coniugata ostetrica.

E. DOMINI, M. GUIDI, S. GUAZZINI, S. VICENTINI

La Coniugata Ostetrica (CO) ottenuta dalla coniugata diagonale è determinabile solo nel 47% dei casi (percentuale in cui si raggiunge il promontorio). Quando rilevata, la formula che consentirebbe di risalire alla coniugata ostetrica sottraendo 1,5 cm dalla coniugata diagonale, si è rivelata applicabile solo nel 25% dei casi; nei rimanenti (75%) un fattore di correzione di 25 mm sembrerebbe più adeguato. La CO ha valore predittivo solo per valori inferiori alla norma; in presenza di valori normali ha valore predittivo ridotto.

SUMMARY: Intraoperative measurement of the obstetrical conjugate.

E. DOMINI, M. GUIDI, S. GUAZZINI, S. VICENTINI

The OC assessed by vaginal measurement of DC was possible only in 47% of cases, when the promontory was reached. The OC currently estimated being 1.5 cm less than the DC, complied only in the 25% of cases; while in the remaining cases, a correction factor of 2,5 cm proved to be more adequate. The OC is of predictive value only below normal ranges.

KEY WORDS: Coniugata ostetrica - Coniugata diagonale.
Obstetric conjugate - Diagonal conjugate.

Prefazione

La valutazione dello stretto superiore è attuabile solo per misure indirette, queste possono essere:

esterne: diametro della losanga del Michaelis, d. bipino iliaco, d. bi-cresto iliaco, d. bi-trocanterico, ampiezza e configurazione dell'angolo soprapubico che secondo Crichton (1970) corrisponderebbe alla morfologia della pelvi;

interne: la coniugata diagonale da cui deriva la coniugata ostetrica.

La coniugata diagonale (CD) è la distanza fra il

marginale inferiore della sinfisi pubica ed il promontorio; la coniugata anatomica ostetrica vera (CO) è la distanza più breve tra promontorio e sinfisi ed è, correntemente definita sottraendo 1,5 cm alla coniugata diagonale. Valori della CD inferiori ad 11,5 cm (CO 10 cm) indicherebbero uno stretto superiore ridotto e le probabilità di una distocia, ammettendo un feto di dimensioni normali, sono inversamente proporzionali alla lunghezza della coniugata ostetrica.

Non essendo infrequente l'osservazione di una sproporzione cefalo-pelvica alla presenza di una coniugata ostetrica normale, ci siamo proposti di verificare la veridicità dell'assunto che la coniugata ostetrica sia ottenibile sottraendo 1,5 cm alla lunghezza della coniugata diagonale.

Materiale e metodo

La ricerca è stata condotta presso la Divisione d'Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale S. Kizito di Matany (Uganda).

¹ Primario Ostetrico Ginecologo,
Ospedale S. Kizito Matany Uganda

² Medici Interni - Divisione di Ostetricia e Ginecologia
Ospedale S. Kizito Matany Uganda

² Università degli Studi di Firenze
Scuola di Specializzazione in Ginecologia ed Ostetricia
(Direttore: M. Marchionni)

² Medici CUAMM per l'Africa

³ Former Medical Superintendent St. Kizito Hospital Matany (Uganda)

© Copyright 2007, CIC Edizioni Internazionali, Roma

Come misura preliminare si è definita la profondità massima, alla quale, nel corso di un'esplorazione pelvica, è raggiungibile il promontorio; tale profondità è risultata essere di 13 cm e ad opera di un solo membro del team, cui è stato demandato il compito di eseguire questa misurazione.

La rilevazione è stata eseguita, in gran parte delle gravide, alla 36^a settimana di gestazione e dopo il parto; non rilevandosi differenze significative, fra queste due misurazioni, è stato possibile determinare la coniugata diagonale dopo il taglio cesareo nelle pazienti in cui al momento dell'ammissione questa misurazione non era possibile.

Sono state esaminate 51 pazienti; in 24 (47%) il promontorio è stato raggiunto, nelle restanti 27 (52,94%) il promontorio *non* è stato raggiunto.

Una volta estratto il feto ed estrinsecato l'utero dalla cavità addominale, è stato misurato: lo spessore delle pareti del segmento uterino inferiore; lo spessore della parete posteriore è stato ottenuto misurando la lunghezza della porzione di un ago necessaria per trafiggere la parete da parte a parte; per la parete anteriore, data la sua frequente, estrema sottigliezza, è stato utilizzato un calibro di plastica.

Completata la isterorrafia e la peritoneizzazione viscerale, l'utero viene riposto in cavità addominale, spostato verso destra e la distanza sinfisi promontorio (coniugata ostetrica vera) misurata con un righello metallico.

Risultati

Spessore delle pareti del segmento uterino inferiore

Parete anteriore: varia in ragione dell'indicazione all'intervento e del livello cui la isterotomia è stata eseguita; i valori ottenuti sono compresi fra i 2-4 mm.

Parete posteriore: è compreso fra 3-5 mm.

Lo spessore della parete anteriore è risultata essere, in media, di 2 mm inferiore a quella posteriore, lo spessore complessivo delle pareti è di circa 7 mm.

Conclusioni

Nella nostra casistica il promontorio è stato raggiunto solo nel 47% dei casi; quando raggiunto, la CO è risultata inferiore alla CD di 0,1-0,6 cm nel 25% (11,75% dei casi totali), di 2,26 cm (in media) nel 50% (23,52% dei casi totali) e solo nel 25% (11,75% dei casi totali) è risultata corrispondere a quella ipotizzata secondo i calcoli tradizionali.

Tutte queste misurazioni non tengono conto dello spessore delle pareti del SUI. 7 mm; considerando questo dato, quando il promontorio è raggiunto, la coniugata ostetrica è inferiore, nel 75% dei casi, alla coniugata diagonale da 2,1 cm a 3,06 cm; nel restante 25% (11,53% dei casi totali) la CO è inferiore di 0,7-1,3 cm.

Questa differenza di 0,6-1,56 cm non è irrilevante, in quanto comporta la riduzione della circonferenza disponibile dello stretto superiore di 1,88 cm (0,5 mm x 3,14) -4,89 cm (1,56 x 3,14).

A nostro avviso la CO ha valore predittivo per valori inferiori alla norma; per valori nella norma riteniamo che un fattore di correzione di 2,5 cm migliorerebbe, alla luce della nostra esperienza, la predittività di tale misura, che comunque dovrebbe essere corredata dallo studio della pelvi anteriore e posteriore della stretto superiore.

Ben si comprende come in caso di pelvi di tipo misto *compound pelvis* (40% di tutte le pelvi femminili), la frequente associazione di pelvi posteriore piatta e pelvi anteriore si presenterà con una CO normale, ma la morfologia è tale che non permetterà il normale svolgimento del parto.

La formula "non si raggiunge il promontorio" non

TABELLA 1 - DEL 47% DEI CASI IN CUI IL PROMONTORIO ERA RAGGIUNGIBILE, SOLO NELL'11,76% SI È RIVELATA APPLICABILE LA FORMULA CHE LA CONIUGATA CO ERA OTTENIBILE SOTTRAENDO 1,5 CM ALLA CONIUGATA DIAGONALE. NELL'11,76 LA CO ERA INFERIORE ALLA CD PER VALORI COMPRESI FRA 0,1 E 0,7 CM; MENTRE NEL RESTANTE 23,52% ERA INFERIORE ALLA CD PER VALORI COMPRESI FRA 2,2-2,5 CM.

Nelle 24 pazienti (47%) in cui il promontorio è stato raggiunto		DC	OC	DC - OC
6 su 51	(11,76%)	11,0 - 13,2	10,9	0,1 - 0,7 cm
6 su 51	(11,76 %)	11,0 - 13,0	10,9 - 11,5	1,5 - 1,6 cm
12 su 51	(23,52 %)	9,0 - 11,5	11,4 - 13,2	2,2 - 2,5 cm

(differenza media 2,26 cm)

TABELLA 2 - NEL 52,94% DEI CASI IN CUI IL PROMONTORIO NON È STATO RAGGIUNTO, LA CO È RISULTATA COMPRESA FRA 9,3-13,5 CM. LA FORMULA NON È APPLICABILE.

Nelle 27 pazienti (52.94%) in cui il promontorio non è stato raggiunto		DC	OC	DC - OC (non eseguibile)
6 su 51	(11,76%)	11,0 - 13,2	10,9	0,1 - 0,7 cm
6 su 51	(11,76 %)	11,0 - 13,0	10,9 - 11,5	1,5 - 1,6 cm
12 su 51	(23,52 %)	9,0 - 11,5	11,4 - 13,2	2,2 - 2,5 cm

(differenza media 2,26 cm)

è una formula liberatoria, poiché frequentemente siamo di fronte ad un bacino androide od antropoide oppure ad un bacino di assimilazione di Kirchoff di primo grado (sacralizzazione della 5^a vertebra lombare).

La misurazione, eseguita nel corso d'ogni intervento, permetterebbe di individuare le pazienti cui consentire un travaglio di prova alla gravidanza successiva.

Un'ulteriore ragione per eseguire costantemente tale misurazione è legata all'osservazione che un discreto numero di pazienti la cui indicazione al taglio cesareo era rappresentata da una distocia dinamica o del collo, presentavano in realtà una coniugata ostetrica ridotta.

Ricordiamo, infine, che a gravide in cui il precedente taglio cesareo era stato eseguito in età molto giovane per sproporzione cefalo-pelvica o per parto ostruito, trascorsi alcuni anni dall'intervento, conviene consentire un travaglio di prova, poiché la pelvi continua a svilupparsi sino all'età di 25 anni e l'attività contrattile dell'utero verso i 16-17 anni è, ancora, quanto mai irregolare.

L'impiego del partogramma nel travaglio è indispensabile e noi suggeriamo l'impiego dell'*obstructed labour score* (Domini et al., 2006) quale ulteriore elemento di affinamento della diagnosi.

Bibliografia

1. CRICHTON D.: *Better clinical diagnosis of contraction of the transverse brim*. S Afr Med J 1974;48:781-3.
2. DOMINI E, GUAZZINI S, VICENTINI S, URSO M. *Obstructed labour score*. Giorn It Ost Gin 2006;28(5):209.



META BRE and BRECOSM are two EU funded consortia aimed at investigating the molecular mechanisms of organ-specific breast cancer metastases and identify new diagnostic and therapeutic determinants to prevent and/or cure this detrimental disease. The conference programme will focus on new molecular and translational aspects and is expected to attract both basic and clinical scientists.



MetaBre/BRECOSM Breast Cancer and Metastasis Conference

Rome, 5-7 December 2007

Experimental models

Jos Jonkers
Peter Friedl
Ruggero De Maria

Mouse models of breast cancer
Imaging of migrating tumor cells
Identification and expansion of cancer-initiating cells

Mechanisms inducing breast cancer

Matthew Smalley
Carlo M. Croce
David Lyden

Breast tumor stem cells
microRNA expression and function in cancer
The pre-metastatic niche

New prognostic tools

René Bernards
Joaquín Dopazo
Kent W. Hunter

Breast cancer prognosis by microarray analysis
Functional interpretation of microarray experiments
Genetic and genomic tools for studying breast cancer progression

Metastatic disease

Patricia S. Steeg
Max S. Wicha
Toshiyuki Yoneda

Mechanistic insights and clinical challenges of tumor metastases
Breast cancer stem cells in tumor invasion and metastasis
Breast cancer bone metastases

Lymphangiogenesis

Michael Detmar
Adriana Albini
Elisabetta Dejana

Pathways targeting tumor lymphangiogenesis
Tumor angiogenesis and its chemoprevention
Endothelial cadherins and tumor angiogenesis

Genetic and epigenetic regulators

Howard Y. Chang
Alexandra Pietersen
Jiri Bartek
Bruce Ponder
Danny Welch

Genetic regulators of large-scale transcriptional signatures in cancer
Epigenetic gene silencers and cancer
Genotoxic stress and cancer
Genetic susceptibility to breast cancer
Metastasis suppressor genes

Targeted therapy

Paolo Comoglio
Peter Sicinski
Peter Carmeliet

The Met pathway: master switch and drug target in cancer progression
Targeting cyclins in breast cancer
Principles and therapeutic implications of angiogenesis in cancer



Dissemination of FP6 results

MetaBre
Molecular mechanisms involved in organ-specific metastatic growth processes in breast cancer

BRECOSM
Identification of molecular pathways that regulate the organ-specific metastasis of breast cancer

Venue
CNR - Consiglio Nazionale delle Ricerche
Piazzale Aldo Moro n. 7, 00185 Rome (Italy)
Scientific Secretariat
Prof. Anna Tesi, Dr. Rita Di Massimo
Department of Experimental Medicine - University of L'Aquila
Tel.: +39 0862 433511/10 - Fax: +39 0862 433523
E-mail: bonesec@univaq.it

Organizing Secretariat
CENTRO ITALIANO CONGRESSI C.I.C. srl - Corso Trieste, 42
00198 Rome (Italy) - Tel. +39 06 8412673 - Fax +39 06 8412687
congressi@gruppoic.it

Call for abstracts
Abstract submission opens: 2 May 2007
Abstract deadline: 2 July 2007 - www.metabre.org