

LA PARTOANALGESIA È NEI LEA: SUBITO TUTTI OPERATIVI?

a cura di Pasquale Mastronardi*

COS'È IL PARTO IN PERIDURALE O PARTOANALGESIA?

La tecnica della peridurale per il controllo del dolore durante il travaglio da parto è, allo stato, l'unica vera tecnica di partoanalgesia pur configurandosi all'orizzonte tecniche di analgesia con infusione di moderni oppioidi. Procedure alternative, quale ad es. la somministrazione di ipnotici nella fase espulsiva, sono state spesso erroneamente confuse con la partoanalgesia. La peridurale copre tutto il periodo del travaglio controllando nel migliore dei modi il dolore e permettendo alle partorienti di poter anche deambulare.

IN COSA CONSISTE LA TECNICA?

La peridurale consiste nell'eseguire, in successione, le seguenti procedure:

- 1) puntura con ago dedicato, a "cielo coperto", cioè senza possibilità alcuna per l'operatore di seguire visivamente il percorso dell'ago, ma solo sulla base del riconoscimento di precisi riferimenti anatomici;
- 2) raggiungimento dello "spazio" peridurale, in pratica nelle immediate vicinanze della "dura madre" che è l'involucro meningeo più esterno del midollo spinale, a livello del tratto lombare della colonna vertebrale;
- 3) introduzione di un catetere attraverso il predetto ago fino ad allocarlo nello "spazio" peridurale per qualche centimetro;
- 4) attenta rimozione dell'ago.

Una volta posizionato il catetere, si somministrano i farmaci per controllare o abolire la percezione dolorosa tipica del travaglio: in genere si impiega un'idonea miscela di anestetici locali ed oppioidi (farmaci simili all'oppio). Si preferisce una miscela farmacologica in quanto, sfruttando la sinergia esistente tra anestetici locali ed oppioidi, è possibile ottenere un valido controllo del dolore limitando gli effetti collaterali e/o indesiderati.

QUALI LE COMPLICANZE E GLI EFFETTI INDESIDERATI?

Negli ultimi anni, una non corretta campagna informativa ha generato l'idea che la peridurale per la partoanalgesia sia quasi assimilabile ad un'iniezione intramuscolare con abolizione del dolore. In realtà, come descritto, è una tecnica non semplicissima con e/o effetti indesiderati.

Il posizionamento del catetere, che giunge in prossimità delle strutture nervose midollari, può produrre lesioni locali: traumi (ad es. di radici o altre strutture nervose), attraversamento della stessa membrana meningeo o rottura di un vaso sanguigno. Fortunatamente, le predette lesioni meccaniche o traumatiche sono abbastanza rare, ma quando si verificano, possono determinare complicanze anche invalidanti: si va dalla sofferenza traumatica delle strutture nervose con interessamento sintomatologico nelle strutture anatomiche pertinenti, alla perdita del liquido cefalorachidiano (quando l'ago buca la "dura madre") che può causare cefalea anche di grado elevato con altri fastidiosi sintomi neurologici. La complicanza più temuta della puntura, però, è l'emorragia di un vaso sanguigno in quanto il sangue fuoriuscito può organizzarsi in ematoma. Quest'ultimo, espandendosi in uno "spazio" inestensibile (il midollo spinale con tutte le radici

nervose che ne emergono sono contenuti nella colonna vertebrale, struttura ossea rigida) comprime il midollo spinale e tutte le altre strutture nervose. Se un ematoma spinale non viene rapidamente diagnosticato e tempestivamente evacuato con un intervento neurochirurgico sul midollo, può produrre anche lesioni motorie invalidanti (p. es. paraplegia).

I farmaci, per contro, potrebbero causare un parziale blocco motorio, rendendo difficoltoso sia camminare durante il travaglio sia contrarre la muscolatura addominale per favorire la fase espulsiva del travaglio di parto.

Infine, bisogna considerare che è necessario smitizzare il mito della sicura abolizione del dolore: esso ha forti componenti soggettive ed è oggettivamente di difficile parametrizzazione per cui è pericolosamente azzardato promettere ed impegnarsi sulla classica e banale affermazione "non sentirà dolore!". Sembra più opportuno, corretto e produttivo assumere l'impegno di rendere il dolore quanto più tollerabile possibile, limitando al massimo i fastidi ad esso correlati.

UNA TECNICA PER TUTTI?

Alla luce di quanto precedentemente descritto la risposta è "no". La peridurale non può essere attuata in: partorienti che la rifiuta, nelle serie anomalie della colonna vertebrale, nelle patologie cutanee nella zona in cui si deve pungere, nelle tendenze all'emorragia o nell'assunzione di farmaci che alterano la coagulazione. Inoltre, la peridurale deve essere eseguita da personale con esperienza nel travaglio di parto.

COS'ALTRO FARE, OLTRE L'INSERIMENTO NEI LEA?

Come sempre, non basta stabilire per legge l'esecuzione di una procedura, soprattutto di tipo medico interventistico. Per consentire una corretta applicazione della peridurale per la partoanalgesia è necessario che sia chiaro un concetto fondamentale: la partoanalgesia non è esclusivamente una problematica di tipo anestesilogico! L'anestesista e la sua esperienza inerente sono certamente prioritari, ma è solo l'intera organizzazione che può garantire i migliori risultati. Sono indispensabili altri elementi, tutti parimenti determinanti: l'esperienza dell'ostetrico-ginecologo che sappia gestire l'inferenza di alcuni effetti indesiderati della peridurale (aumenta, ad esempio, l'incidenza di parti operativi con necessità di impiego della ventosa); la familiarità anche delle ostetriche; una guardia anestesilogica dedicata (l'anestesista deve anche seguire le partorienti fino alla stabilizzazione che, di norma, richiede alcune ore), soprattutto nei centri dove il numero dei parti/anno è elevato; disponibilità di monitoraggi sia anestesilogici che ostetrici in numero adeguato per le attività previste; idoneo modello organizzativo, frutto di un tavolo di concertazione tra anestesisti, ginecologi, ostetriche e direzione sanitaria per stabilire il miglior percorso da far seguire alle partorienti.

* Professore Ordinario di Anestesia e Rianimazione
Università di Napoli Federico II