



Università degli Studi di Ferrara
Corso di Laurea in Ostetricia

C.I. “ Patologia ostetrica e primo soccorso”

ROSARIA CAPPADONA

Parto vaginale dopo taglio cesareo
Travaglio di prova
VBAC



*“Once a caesarean,
always a caesarean”*

Dr. Cragin EB. *Conservatism in obstetrics*. NY Med i
1916;104:1-3.

Il problema dell' incremento del tasso di tagli cesarei

registrato negli ultimi decenni porta con sé un' altra questione, ovvero quella relativa al tipo di parto da proporre per le gravidanze successive alle donne precesarizzate

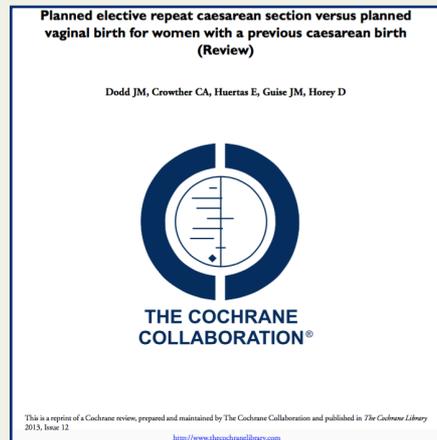
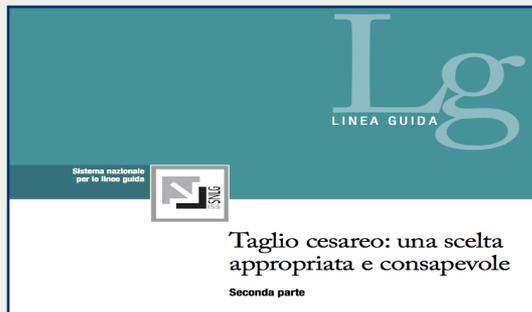
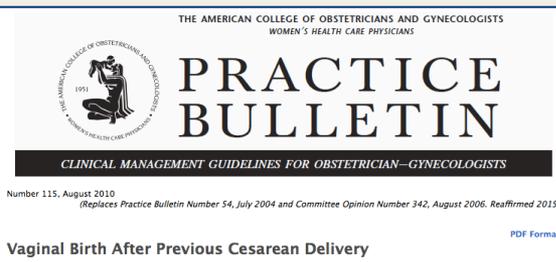


Una massima discutibile ad un secolo di distanza

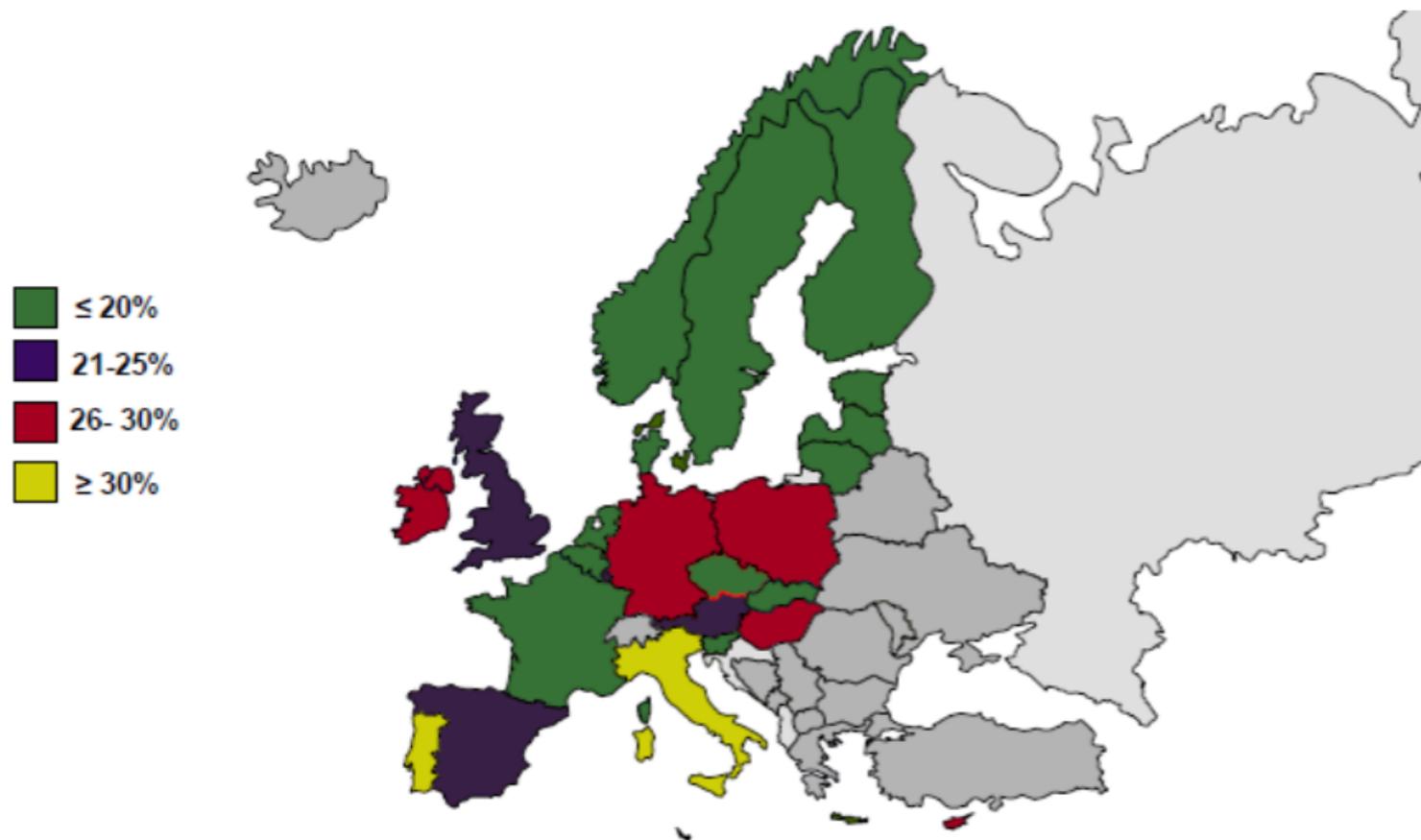
- Progressi tecnica chirurgica del taglio cesareo
- Evoluzione delle tecniche di monitoraggio delle condizioni fetali
- Ruolo sociale della donna (paziente/professionista)

**TENTATIVO DI PARTO
VAGINALE**

**a seguito di un pregresso taglio
cesareo**



Frequenza di TC in Europa



La classificazione di Robson dei Tagli Cesarei

- Con questa classificazione ogni parto cesareo può essere inserito in una di dieci categorie di popolazione, mutualmente esclusive.

La classificazione di Robson dei Tagli Cesarei

Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology

Vol. 15, No. 1, pp. 179-194, 2001.

CLASSE	
I	Nullipare, Grav. singola, pres. Cefalica, ≥ 37 sett. Travaglio spontaneo
II	Nullipare, Grav. Singola , pres. Cefalica, ≥ 37 sett. Travaglio indotto o TC prima del travaglio
III	Multipare (esc.preg. TC) Grav. Singola, pres. Cefalica, ≥ 37 sett. Travaglio spontaneo
IV	Multipare (esc. preg. TC) grav. Singola, pres. Cefalica, ≥ 37 sett. Travaglio indotto o TC prima del travaglio
V	Pregresso TC, Grav. Singole in pres. Cefalica, ≥ 37 sett. Preg. TC indotte
VI	Nullipare Presentazione podalica. Indipendentemente dall'età Gest
VII	Pluripare Presentazione podalica. Indipendentemente dall'età Gest
VIII	Grav. Multiple anche con preg. TC
IX	Posizioni anomale anche con preg. TC
X	Tutte la grav. Singole, cefaliche, inclusi i preg. TC Età Gest. < 36 sett.

Il dibattito in merito alla sicurezza e ai vantaggi di un travaglio di prova vs TC iterativo è ancora aperto e la letteratura in merito piuttosto corposa.

Nonostante l'OMS si sia espressa a favore del travaglio di prova, questa pratica non trova ancora consensi unanimi.

Gli studi esistenti dimostrano che la probabilità di successo del travaglio di prova oscilla tra il 60 e l' 80% e varia in relazione a caratteristiche individuali, alla storia ostetrica pregressa e alle condizioni della gravidanza attuale.

Il parto vaginale dopo cesareo
(**VBAC**)

offre vantaggi per la madre; la
complicanza più grave che può
verificarsi è la rottura d' utero,

che ha comunque un' incidenza <1%.

I rischi per il nascituro sono per lo più connessi a tale evenienza.

Nell'ambito della scelta della donna, l'influenza degli operatori riveste un ruolo chiave, ma è fondamentale anche la motivazione personale.

Le informazioni a disposizione delle pazienti sono contrastanti e confondenti.

Definizione

Il taglio cesareo è un intervento che consente l' estrazione del feto e dei suoi annessi attraverso una incisione praticata sulla parete addominale e sull' utero.

L' Italia è ormai prima in Europa per l' incidenza dei tagli cesarei (TC) sul totale dei parti, ha superato gli Stati Uniti e, se si considera l' incidenza di tale intervento ostetrico in alcune regioni del Paese, ha persino superato il Brasile, che già deteneva il primato mondiale. Fino alla fine degli anni '60, in Italia, il tasso di tagli cesarei era del 5%, alla fine degli anni '80 questa percentuale risultava quintuplicata, nel 2001 raggiungeva un valore del 34%, di gran lunga superiore a quello registrato negli altri paesi europei, soprattutto se si considera che la quota massima di TC raccomandata dall' OMS è del 10-15%

Secondo l' ACOG

il puerperio febbrile e le infezioni dopo TC sono 50 volte più frequenti che dopo parto vaginale. Uno studio pubblicato su JAMA nel 2000 mette in evidenza il fatto che nelle donne cesarizzate si è riscontrato, rispetto a quelle che hanno partorito spontaneamente, un numero doppio di riospedalizzazioni per complicanze materne dopo la dimissione.

- Per quanto riguarda il nascituro, il TC ripetuto aumenta il rischio di prematuroità. I nati da TC elettivo presentano, rispetto a quelli partoriti naturalmente per via vaginale, più bassi punteggi di Apgar al primo e al quinto minuto, maggiori difficoltà respiratorie, per cui necessitano di assistenza e vengono ricoverati in terapia intensiva più frequentemente.

Rischi

- Il TC è un intervento gravato da maggiori rischi e complicanze, con una mortalità materna aumentata da cinque a sette volte; richiede, inoltre, una degenza ospedaliera più lunga.
- Le complicanze durante e dopo l'intervento sono causate da: danni alla vescica, all'utero e ai vasi sanguigni; emorragie con necessità di emotrasfusioni; incidenti anestesiolgici; alterata motilità intestinale e ricanalizzazione ritardata, con differenti gradi di gravità.

Rischi

- La ripetizione del TC espone ad un maggior rischio di danni a carico dell' utero e degli organi vicini, per processi aderenziali od alterazione dei rapporti anatomici determinati dal precedente intervento.
- Nelle pazienti cesarizzate è stata riscontrata una maggiore incidenza di **patologia placentare** (placenta accreta, placenta previa, distacco intempestivo di placenta), di parto prematuro, di gravidanze extrauterine.
 - Tale incidenza aumenta proporzionalmente con il numero di precedenti TC.

Nel 1994 e 1995 l'ACOG stabilì che “una donna con precedente taglio cesareo con incisione sul segmento uterino inferiore può richiedere consulenza ed essere incoraggiata ad affrontare un parto di prova nella gravidanza attuale”. Complicanze e sequele medico-legali, derivanti dalla condotta ostetrica ispirata alle suddette raccomandazioni, tuttavia, fecero sì che nel 1999 l'ACOG rivedesse le proprie posizioni e, tenendo conto del fatto che la rottura d'utero può avere effetti catastrofici sia sulla madre che sul feto, l'esecuzione del VBAC veniva raccomandata solamente in quelle strutture sanitarie ove è immediatamente disponibile una sala operatoria e tutta l'équipe operatoria al completo.

www.saperidoc.it; www.medline.it; ACOG Practice Bulletin No. 54. Vaginal birth after previous cesarean delivery. Obstet Gynecol 2004;104:203-12 (medline)

Benefici

Nelle pazienti selettivamente cesarizzate è stata riscontrata una riduzione dell'incontinenza urinaria a distanza di 6 mesi dal TC. Ma anche l'incontinenza fecale, che è stata rilevata nel 4% delle pazienti dopo parto spontaneo, può essere ridotta nelle paziente cesarizzate. Inoltre, il prolasso uterino, il prolasso della volta vaginale, cistocele, rettocele ed enterocele sono statisticamente ridotti dopo TC.

Il TC elettivo comporta l'eliminazione del dolore del travaglio, dell'ansia e della paura legate al parto. Per quanto concerne il nascituro, il TC elettivo comporta l'eliminazione di qualunque rischio intra-partum (corioamniosi, irregolarità del bcf, asfissia intrapartum).

Da una incidenza di VBAC del 24% nel 1996 si è passati, al 13,5% nel 2002.

Le revisioni metanalitiche presenti in letteratura sul VBAC e pubblicate comprendono studi di diverso disegno e di diversa qualità.

Questi elementi rendono difficoltosa l'interpretazione dei risultati e, nel complesso, le informazioni disponibili includono, molte volte, ricerche imprecise e scadenti, incoerenti nelle definizioni utilizzate e con elevata variabilità nei risultati riportati.

Anche i risultati degli studi di popolazione devono essere interpretati con cautela.

Dato comune a numerose guideline sul VBAC è dato dal suo tasso di successo stabilito tra 60% e 82%.

Il tasso combinato ricavato da tutti gli studi prospettici condotti in ospedali di terzo livello o universitari è 75.9%. I tassi di mortalità materna e i tassi di isterectomia non differiscono fra VBAC e TC e non sono stati condotti studi specificatamente diretti a valutare il rischio di incontinenza urinaria o disturbi del pavimento pelvico in donne con pregresso TC.

Il tasso di infezioni è superiore nel TC rispetto al TOL; ancora superiore è il tasso di infezioni in donne che hanno avuto un TOL successivamente esitato in TC.

Inoltre, fra le informazioni fornite alle donne dovrebbero essere comprese informazioni sulle:

- condizioni favorevoli (che aumentano la probabilità di successo di TOL)
- condizioni sfavorevoli (che diminuiscono la probabilità di successo di TOL) (8).

www.saperidoc.it; www.medline.it; ACOG Practice Bulletin No. 54. Vaginal birth after previous cesarean delivery. Obstet Gynecol 2004;104:203-12 (medline)

Poichè “benefici e rischi del TOL (**trial of labor**) versus TC rimangono incerti... le donne che decidono di affrontare un TOL dovrebbero essere informate riguardo al fatto che:

- la rottura uterina è una complicazione molto rara, ma aumenta nelle donne con TOL (35 per 10.000 confrontato con 12 per 10.000 nelle donne con TC);
- il rischio di una morte fetale in travaglio per le donne con TOL è modesto (circa 10 per 10.000), ma superiore a quello associato a TC (circa 1 per 10.000);
- l'effetto di TOL o TC sulla paralisi cerebrale rimane incerto.

VBAC

RISCHI

- × Rottura d' utero
- × Altre lesioni d' organo
- × Shock materno
- × Grave ipossia fetale
- × Handicap neurologico fetale
- × Isterectomia
- × Pericolo di vita materno-fetale



BENEFICI

- × Minor morbilità materna
- × Degenza più breve
- × Migliore outcome neonatale
- × Minori costi aziendali
- × Miglior rapporto madre-bambino

QUALI DONNE AMMETTERE AL VBAC??



- 1. Donne con decorso di gravidanza fisiologico**
- 2. Donne non affette da patologie rilevanti**
- 3. Feti non affetti da patologie rilevanti**
- 4. Assenza di pregresse cicatrici sull' utero.**
- 5. Solo donne con incisione trasversa sul segmento uterino inferiore**
- 6. Assenza, in questa gravidanza, di indicazioni al TC**

FATTORI PREDITTIVI DEL TOL

FATTORI PREDITTIVI DI SUCCESSO DEL TOL (9)

- parità ≥ 2 ,
- almeno un precedente parto spontaneo dopo TC,
- Aver già, almeno, travagliato
- Intervallo di tempo $>$ a 2 anni dal TC precedente
- Incisione trasversa sul SUI formato
- Non complicanze febbrili nel precedente puerperio
- Peso previsto del feto $<$ 3800 gr.
- BMI materno $<$ 30 kg/m²,
- altezza sinfisi-fondo uterino $<$ 34 cm,
- basso livello della testa fetale all' inizio del travaglio,
- posizione oisa della testa fetale.

FATTORI PREDITTIVI DI FALLIMENTO DEL TOL (9)

- epoca gestazionale > di 38 settimane
- Il reiterarsi delle indicazioni
- Il BMI > di 30 kg\m²
- Un intervallo fra le gravidanze < a 2 anni
- Incisione anomala o sconosciuta sull' utero.
- il peso del neonato > 3800 gr
- l' uso di epidurale,
- durata del travaglio prolungata
- l' età della madre > a 40 anni
- l' esistenza di particolari patologie materne e/o fetali.
- L' induzione del travaglio di parto

FATTORI PREDITTIVI DI SUCCESSO	FATTORI PREDITTIVI DI FALLIMENTO
Aver già partorito	Reiterarsi dell' indicazione
Aver già travagliato (TC deciso in fase dilatante di pregresso travaglio)	TC deciso in epoca distante dalla EPP (mancanza di SUI formato)
Intervallo di tempo > di 2 anni dal TC precedente	Intervallo di tempo < di 2 anni dal TC precedente
Incisione traversa sul SUI formato	Incisione anomala o sconosciuta sull' utero
Non complicanze febbrili nel precedente puerperio	Anamnesi di precedente puerperio febbrile
Peso previsto del feto > 3800 gr	Sospetta megalosomia fetale.

COME SEGUIRE
UNA DONNA
NEL TOL ???



Devono essere rispettate le seguenti condizioni:

- sorveglianza ostetrica continua della gestante in travaglio, con monitoraggio continuo della frequenza cardiaca fetale e dell'attività contrattile uterina,
- valutazione periodica del Bishop score. Con un rapporto ostetrica/paziente one to one.
- team chirurgico ed anestesiologicalo disponibili 24 ore su 24.
- training adeguato del personale ostetrico per una corretta valutazione degli stadi del travaglio e tempestiva diagnosi di rottura d'utero.
- Può essere effettuato il travaglio in acqua se è disponibile l'apparecchiatura per telemetria in modo da eseguire ugualmente un CTG in continuum.

Sarebbe auspicabile

avere un ecografo sempre disponibile in area parto, non solo per valutare la presentazione fetale, ma anche nei casi in cui la palpazione addominale faccia sospettare un eccessivo assottigliamento del segmento uterino inferiore.

L'uso dell'ossitocina dovrebbe essere limitato solo ad una regolarizzazione dell'attività contrattile uterina e non all'induzione del travaglio.

I fenomeni dinamici e meccanici del parto dovrebbero essere seguiti con accuratezza, per escludere ogni pericoloso arresto della loro evoluzione nel 1° e 2° stadio.

L'uso corretto e puntuale del partogramma rappresenta una garanzia di sorveglianza delle condizioni materno-fetali nel corso del turnover del personale medico e ostetrico

Il ricorso alla partoanalgesia

con epidurale non è controindicato nel TOL, ma richiede molta esperienza sia del personale ostetrico sia di quello anestesiologicalo nel sapere individuare con precisa tempestività il momento più opportuno e permissivo per iniziare la partoanalgesia, con sapiente associazione di farmaci che sortiscano l'effetto analgesico senza compromettere il normale decorso della fase espulsiva.

E' comunque stato messo in discussione l' utilizzo della partoanalgesia, per il timore di mascherare il dolore o la dolenzia ritenuti segni precoci di rottura d' utero

- Sono da evitare manovre di Kristeller, cauto l' utilizzo di forcipe o ventosa.
- Il neonatologo deve far parte del team di sala parto e deve poter disporre di eventuale terapia intensiva neonatale.

Il personale deve porre particolare attenzione ad eventi, quali:

- alterazioni della FCF nel tracciato CTG
- cessazione di un'attività contrattile uterina in precedenza efficiente
- importante dolore addominale, specialmente se persiste tra una contrazione e l'altra
- dolore toracico o all'apice della spalla, improvviso inizio di difficoltà del respiro
- improvvisa sensazione di ammorbidimento della cicatrice
- sanguinamento vaginale anomalo o ematuria
- tachicardia materna, ipotensione o shock
- risalita della parte presentata

E NEL POST-PARTUM ???



Nel post-partum devono essere attentamente sorvegliate le pazienti sottoposte a VBAC soprattutto per quanto riguarda:

- l' entità delle perdite ematiche;
- i parametri vitali

La sorveglianza potrebbe, sotto indicazione medica, venire prolungata.

IL CONSENSO INFORMATO

Il consenso informato rappresenta l'accettazione volontaria da parte di un paziente a sottoporsi ad un atto medico, essendo a conoscenza del tipo di trattamento proposto, dei benefici, dei rischi, delle complicanze e degli esiti. Per quanto riguarda il taglio cesareo il consenso informato deve includere informazioni riguardo le condizioni cliniche della paziente, il tipo di intervento, i rischi a cui la paziente va incontro e anche gli eventuali rischi nel caso in cui l'intervento chirurgico non venga effettuato o non venga accettato dalla paziente; le suddette informazioni vanno esposte in maniera chiara e comprensibile.

Naturalmente la firma del consenso deve essere preceduta da un colloquio chiaro ed eloquente tra il medico che effettuerà l'intervento e la donna ed eventualmente un suo familiare. Durante il colloquio il medico deve spiegare alla paziente in termini chiari il contenuto del consenso scritto e rispondere ai dubbi e alle domande che la donna ritenga opportuno rivolgergli.

Le donne che vogliono tentare un TOL dopo un taglio cesareo andrebbero sostenute e:

- informate che l' induzione del travaglio incrementa il rischio di rottura d' utero (80 su 10.000 se non vengono usate le prostaglandine, 240 su 10.000 se si usano).
- informate che la rottura d' utero è un evento raro, che può accadere in un TOL, ma il rischio diminuisce con il tempo intercorso dal precedente taglio cesareo
- informate che la morte del feto intrapartum pur essendo un evento raro (circa 10 su 10.000), è meno frequente in caso di taglio cesareo ripetuto (circa 1 su 10.000)
- sottoposte a monitoraggio elettronico fetale in continuo durante il travaglio
- riferite per il parto a una struttura dove c' è un accesso immediato alla sala operatoria, per un eventuale taglio cesareo di emergenza, e un centro trasfusionale

Richiesta materna di taglio cesareo:

Di per sé non è una indicazione al taglio cesareo

- vanno valutate e discusse le ragioni della donna
- discutere i rischi e i benefici del taglio cesareo
- offrire counselling sui benefici per il feto
- i medici non sono obbligati ad effettuare procedure prive di sicuri benefici per la salute.

Come ridurre la percentuale di tagli cesarei:

favorire un supporto continuo in travaglio

- offrire l' induzione del travaglio dopo la 41^a settimana di gravidanza
- usare il partogramma durante il travaglio
- coinvolgere l' equipe ostetrica e neonatologica nella decisione al taglio cesareo
- sostenere la donna nella scelta per un travaglio di prova.

Appare chiaro che la scelta tra TOL e TC non è facile e non sempre possibile. Molti facili entusiasmi sono stati ridimensionati nel tempo dalla presenza di eventi avversi che gravano sul ricorso al VBAC. Sostenitori e detrattori del TC elettivo, possono disporre di innumerevoli casistiche da citare a sostegno delle proprie posizioni. Solo la valutazione attenta di ogni singolo caso clinico, l'esclusione di ogni possibile causa di insuccesso del TOL, la totale disponibilità di mezzi e di personale qualificato sono le condizioni attraverso cui è possibile offrire alle gestanti cesarizzate una soluzione alternativa al TC elettivo. Tutto ciò però non significa, in ogni caso, garanzia assoluta del parto vaginale con ottimi esiti materno-neonatali.