



IL PARTO CESAREO

una scelta appropriata

WORKSHOP AVEC



Informazione alle donne e
alle loro famiglie sul parto
vaginale dopo cesareo

Liliana Pittini

Per una scelta informata

- Cosa dire
- Come dirlo
- Quando
- Chi
- Perché



COSA DIRE

Parto dopo taglio cesareo: informazioni per lei

- **Significato di VBAC**
 - **Quando si hanno maggiori possibilità di riuscire in un VBAC**
 - **Quali sono i vantaggi e gli svantaggi di un VBAC**
 - **Quando non è consigliabile un VBAC**
 - **Quali sono le possibilità di partorire per via vaginale per quella specifica gestante**

 - **Che cos'è un taglio cesareo elettivo ripetuto**
 - **Quali sono i vantaggi e gli svantaggi di un taglio cesareo elettivo**

 - **Quali sono le sue possibilità di scelta per il parto dopo un taglio cesareo in quel Punto Nascita**
 - **Informazioni sul percorso organizzativo assistenziale successivo (monitoraggio presso il termine, quando ricoverarsi, modalità di assistenza in travaglio)**
-

COSA DIRE

- **Le donne sottoposte ad 1 taglio cesareo con incisione trasversa sul SUI sono possibili candidate al VBAC e questa opzione deve essere loro offerta**
Complessivamente 3 donne su 4 (75%) che hanno avuto una gravidanza fisiologica e che entrano in travaglio spontaneamente, partoriscono per via vaginale dopo T C. Se ha avuto un parto vaginale prima o dopo un taglio cesareo le possibilità di partorire per via vaginale sono 9 su 10, cioè il 90%.
- **L'analgesia farmacologica e non farmacologica può essere utilizzata durante il travaglio**
- **L'induzione del travaglio di parto è possibile**
- **Cedimento o rottura della cicatrice uterina**
Esiste la possibilità che la cicatrice uterina formatasi dopo il primo intervento possa cedere parzialmente o aprirsi completamente. Questo evento può comportare la necessità di un taglio cesareo d'urgenza. La frequenza con cui si verifica è assai bassa, 2-8 volte su 1000 donne precesarizzate. Tale rischio è aumentato dall' induzione del travaglio.
- **La modalità di isterotomia sconosciuta non controindica il VBAC**
- **Le donne con isterotomia classica o a T, con pregressa rottura d'utero o con pregressa chirurgia estensiva sull'utero non sono candidate al VBAC**
- **Il rischio di morte o danno cerebrale per il bambino è paragonabile a quello di una donna al primo parto**

Effetti sulla salute materna di taglio cesareo elettivo vs parto vaginale

Esiti al momento del parto	rischio assoluto %		rischio relativo (95% IC)	Livello prova
	TC	Parto vag		
			TC vs parto vag	
Ridotti dopo un TC elettivo				
Dolore perineale	2	5	0.3 (0.2-0.6)	1b
Aumentati dopo TC elettivo				
Dolore addominale	9	5	1.9 (1.3-2.8)	1b
Lesione vescicale	0.1	0.003	36.6 (10.4-128.4)	3
Lesione ureterale	0.03	0.001	25.2 (2.6-243.5)	3
Necessità di ulteriore intervento chirurgico,	0.5	0.03	17,5 (9.4-32.1)	2b
Isterectomia	0.8	0.01	95.5 (67.7-136.9)	2b
	0.7	0.02	44.0 (22.5-85.8)	2b
Malattia tromboembolica	0.04–0.16		3.8 (2.0-4.9)	2b
Mortalità materna	82.3 per milione	16.9 per Milione	4.9 (3.0-8.0)	3

Esiti a distanza dal parto	rischio assoluto %		rischio relativo (95% IC)	Livello prova
	TC	Parto vaginale		
			TC vs parto vag	
Ridotti dopo un TC elettivo				
Incontinenza urinaria (tre mesi dopo il parto)	4.5	7.3	0.6 (0.4-0.9)	1b
Prolasso genitale	5		0.6 (0.5-0.9)	
Non differenti (tre mesi dopo il parto)				
Incontinenza fecale	0.8	1.5	0.5 (0.2-1.6)	1b
Dolore lombosacrale	11.3	12.2	0.9 (0.7-1.2)	1b
Dispareunia	17.0	18.7	0.9 (0.7-1.1)	1b
Depressione postnatale	10.1	10.8	0.9 (0.7-1.2)	1b
Implicazioni per successive gravidanze				
Aumentati dopo TC elettivo				
Non avere più figli	42	29	1.5	2b
Placenta previa	0.8	0.5	1.6 (1.3- 2.0)	2b
Rottura uterina	0.4	0.01	42.2 (31.1-57.2)	2b
Morte endouterina antepartum del feto	0.4	0.2	1.6 (1.2-2.3)	2b

Effetti sulla salute neonatale di TC elettivo vs parto vaginale

Esiti al momento del parto	rischio assoluto %		rischio relativo (95% IC)	Livello prova
	TC	Parto vaginale	TC vs parto vag	
Aumentati dopo TC elettivo				
Morbosità respiratoria	3.5	0.5	6.8 (5.2-8.9)	3
Ricovero in UTIN	0.9	0.1	9.0 (7.2-11.2)	3
Indifferenti				
Mortalità neonatale (escluse le presentazioni podaliche)	0.1	0.1	1.1 (0.1-8.4)	2b
Emorragia intracranica	0.04 0.008	0.03 0.01	1.4 (0.8-2.6) 0.6 (0.1-2.5)	2b
Lesione del plesso brachiale	0.05		0.05 (0.1-1.9)	3
Paralisi cerebrale	0.02			3



Summary of the effects of planned caesarean section compared with planned vaginal birth

- Planned C S may reduce the risk of the following in women:
 - pain in the area between the vagina and anus (perineum) and in the abdomen (tummy) during birth and 3 days afterwards
 - injury to the vagina
 - heavy bleeding soon after birth
 - shock caused by loss of blood.

- Planned C S may increase the risk of the following in women:
 - longer hospital stay
 - bleeding after the birth that needs a hysterectomy (removal of the womb)
 - heart attack.

- Planned caesarean section may increase the risk of the following in babies:
 - intensive care unit admission.

Fattori predittivi di possibile insuccesso del VBAC

- **Età materna avanzata**
 - **Etnia non caucasica**
 - **Gravidanza prolungata oltre la 40 settimana**
 - **Obesità materna (BMI>30)**
 - **Preeclampsia**
 - **Breve intervallo fra le due gravidanze**
 - **Macrosomia fetale**
-

Informazioni sulla struttura

- **L'offerta di analgesia nel travaglio presente nel punto nascita (travaglio in acqua- epidurale)**
 - **Garanzia di assistenza one to one da parte di un'ostetrica**
 - **Esistenza di Protocolli di sorveglianza e management del travaglio/parto**
 - **Possibilità di eseguire un TC in emergenza**
 - **Informazioni sulla presenza di un reparto di terapia intensiva neonatale**
-

Quali sono gli svantaggi di un taglio cesareo elettivo ripetuto

■ La possibilità che l'intervento duri più a lungo e sia complicato

Un taglio cesareo ripetuto solitamente comporta una maggiore durata rispetto ad un primo cesareo per la presenza di tessuto cicatriziale. La presenza di tessuto cicatriziale e di aderenze (adesioni tra l'utero, l'intestino e/o la vescica) può portare alla lesione di uno degli organi circostanti. Sono riportati casi di lesioni da taglio al neonato.

■ Necessità di essere sottoposta ad un taglio cesareo nelle successive gravidanze

*Per ogni taglio cesareo aumenta la probabilità di partorire in una successiva gravidanza mediante cesareo; inoltre ad ogni cesareo **l'area di tessuto cicatriziale aumenta** e ciò incrementa le **possibilità che la placenta si inserisca nell'area cicatriziale** provocando difficoltà di rimozione al momento del cesareo (placenta accreta o percreta). **Questa patologia causa emorragie e può rendere necessaria l'asportazione dell'utero.** Tutti i rischi aumentano ad ogni successivo parto con taglio cesareo*

Elimination of Non-medically Indicated (Elective) Deliveries Before 39 Weeks Gestational Age

THIS COLLABORATIVE PROJECT WAS DEVELOPED BY:

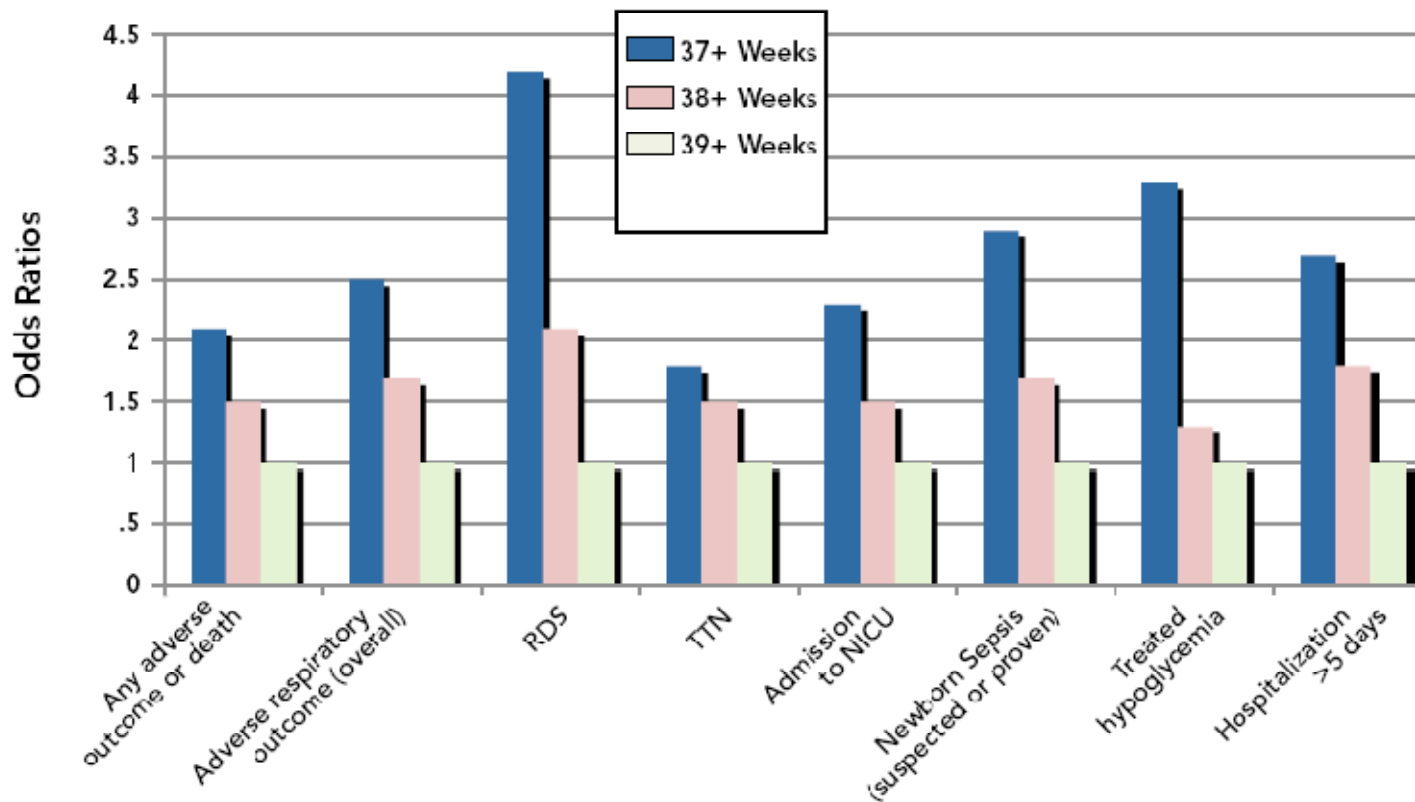
March of Dimes

California Maternal Quality Care Collaborative

Maternal, Child and Adolescent Health Division; Center for Family Health

California Department of Public Health

Figure 7: Odds Ratios for Complications in Infants of Scheduled Repeat Cesarean Birth by Gestational Age (Weeks)



Tita, A. et al. Timing of elective cesarean delivery at term and neonatal outcomes.

The New England Journal of Medicine, 2009. 360: p. 111-20.

COME

- **La decisione di intraprendere un VBAC deve essere presa dalla donna dopo accurata discussione con il ginecologo su rischi e benefici**
 - **La documentazione del counseling andrebbe riportata in cartella**

 - **L'informazione alla donna deve essere:**
 - **Basata su prove scientifiche**
 - **Dettagliata**
 - **Personalizzata**
 - **Comprensibile**
 - **Cooperativa**
 - **Iterativa**
-

-
- **Un vero e proprio counseling non si limita alla consegna di un foglio informativo o alla richiesta di una firma su un consenso**
 - **Dedicare alla donna e alla sua famiglia un luogo ed un tempo adeguato**
 - **Analizzare la storia ostetrica della singola donna**
 - **Valutare il vissuto della donna rispetto al precedente travaglio e modalità di parto**
 - **Dare informazioni personalizzate sulla possibilità di successo del VBAC**
-

QUANDO

- **L'informazione dovrebbe già essere fornita alla dimissione dopo il primo TC ed essere documentata nella lettera di dimissione per il curante, comprendente:**
 - ➔ **Quale è stata l'indicazione al taglio cesareo**
 - ➔ **Quale la tecnica operatoria eseguita**
 - ➔ **Quali le possibilità di un VBAC alla successiva gravidanza**
 - **Offerta di un counseling personalizzato e dettagliato in epoca preconcezionale in ambulatorio dedicato**
 - **Disponibilità per successivi incontri e chiarimenti in corso della successiva gravidanza già dal II trimestre**
-

CHI

- **Medico di base**
 - **Ginecologo curante (di struttura pubblica / libero professionista)**
 - **Ginecologo della struttura scelta per il parto**
 - **L'ostetrica (che ha seguito la gravidanza / del Punto Nascita)**
-

-
- Ricevere informazioni da un medico di fiducia è sicuramente rassicurante per la donna
 - Purchè le informazioni siano appropriate (*basate su prove scientifiche*) e non discordanti
 - La possibilità di avere a disposizione un ginecologo esperto del Punto Nascita a cui possono far riferimento sia le donne che gli specialisti ambulatoriali rappresenta un valido aiuto per il counseling
-

CONCLUSIONI

- I professionisti sanitari (medici specialisti in ostetricia e ginecologia, ostetriche, medici di medicina generale) dovrebbero offrire attivamente a tutte le donne in gravidanza, fin dal secondo trimestre:
 - informazioni basate su prove scientifiche riguardo alla gestazione e alle diverse modalità di parto,
 - un sostegno adeguato che comprenda anche un confronto sulle opinioni e sulle eventuali preoccupazioni espresse dalla donna
 - L'offerta attiva alle donne in gravidanza di interventi informativi e di supporto, standardizzati e validati, è raccomandata in quanto efficace **nel ridurre** la paura del parto, l'ansia e il conflitto decisionale, **nel migliorare** il livello delle conoscenze e la soddisfazione della donna rispetto all'esperienza del parto
-