



# 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		
<b>Ridotti dopo un TC elettivo</b>				
Dolore perineale	2	5	0.3 (0.2-0.6 )	1b
<b>Aumentati dopo TC elettivo</b>				
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	
<b>Ridotti dopo un TC elettivo</b>				
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)	
<b>Non differenti (tre mesi dopo il parto)</b>				
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
<b>Implicazioni per successive gravidanze</b>				
<b>Aumentati dopo TC elettivo</b>				
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	
<b>Aumentati dopo TC elettivo</b>				
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
<b>Indifferenti</b>				
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:

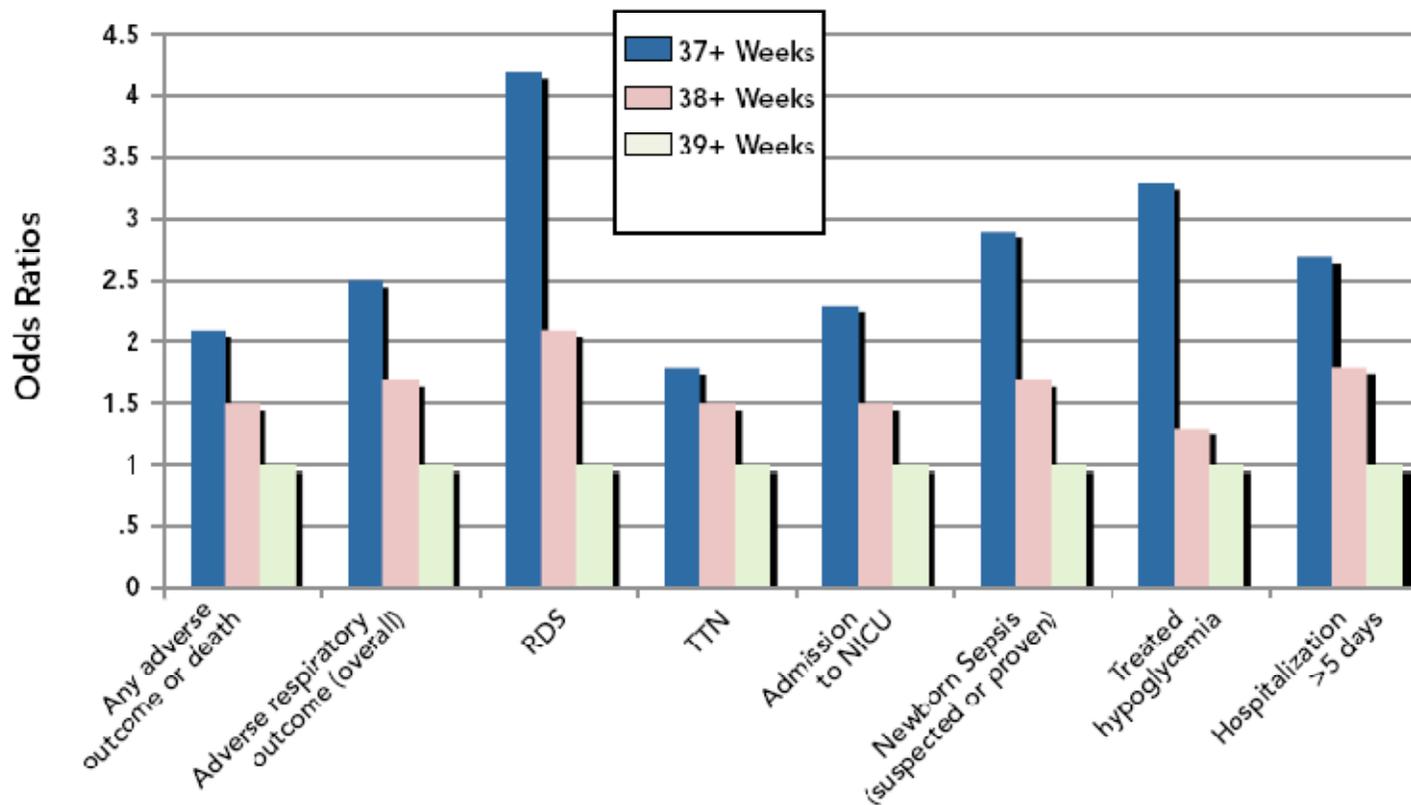
March of Dimes

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
-