



Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole

Dr. E. Rovetta

Direttore S.C. Ginecologia e Ostetricia

Azienda Ospedaliera Nazionale Alessandria

Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo



Lg
LINEA GUIDA

Sistema nazionale
per le linee guida



Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole

Seconda parte

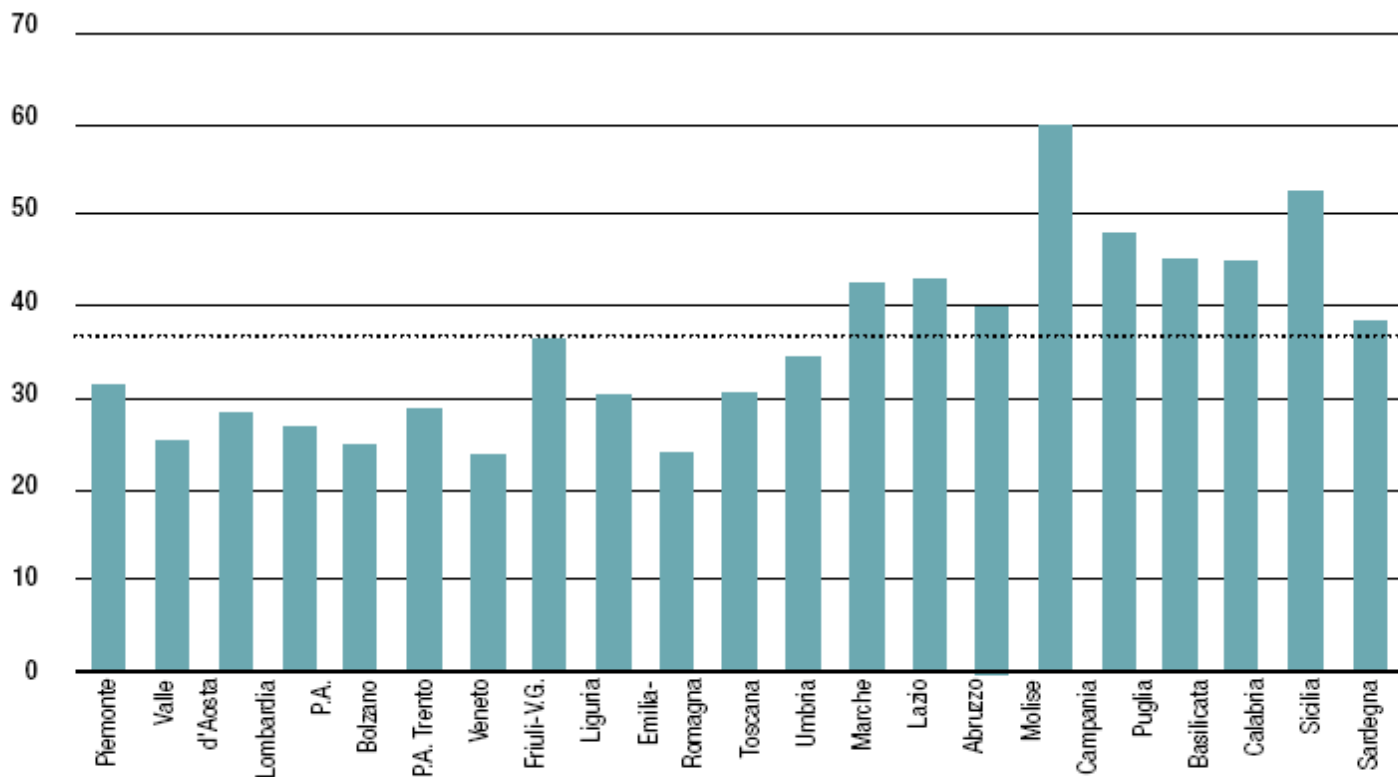


Figura 2. Percentuale di taglio cesareo nelle regioni italiane

(fonte: Ministero della salute, Sistema informativo sanitario CeDAP, anno 2008)



LIVELLI DI PROVA*

I

Prove ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati.

II

Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato.

III

Prove ottenute da studi di coorte con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi.

IV

Prove ottenute da studi retrospettivi tipo casocontrollo o loro metanalisi.

V

Prove ottenute da studi di casistica ("serie di casi") senza gruppo di controllo.

VI

Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti come indicato in linee guida o in *consensus conference*, o basate su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile di questa linee guida.

FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI

A

L'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata. Indica una raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II.

B

Si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura/intervento debba sempre essere raccomandata/o, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata.

C

Esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento.

D

L'esecuzione della procedura non è raccomandata.

E

Si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura.

Schema di grading

* *Buona Pratica Clinica (BPC): l'esecuzione della procedura è raccomandata sulla base del giudizio condiviso del panel, in caso di non disponibilità di studi clinici.*

Presentazione podalica

• Quesito 3 •

Nel feto singolo la presentazione podalica rappresenta un'indicazione al taglio cesareo elettivo per ridurre la mortalità perinatale e la morbosità neonatale?

IB

In caso di gravidanza a termine con feto singolo in presentazione podalica è opportuno offrire un taglio cesareo programmato perché l'intervento diminuisce la mortalità perinatale/neonatale e la morbosità neonatale grave rispetto al parto vaginale. In caso di taglio cesareo programmato, questo non deve essere effettuato prima delle 39⁺⁰ settimane di età gestazionale.

Rivolgimento per manovre esterne

• Quesito 4 •

Nel feto singolo il rivolgimento per manovre esterne è una procedura efficace per ridurre il rischio di presentazione podalica a termine?

IA

In caso di gravidanza senza complicazioni con feto singolo in presentazione podalica deve essere offerta, a partire da 37⁺⁰ settimane di età gestazionale, l'opportunità del rivolgimento per manovre esterne al fine di aumentare le probabilità di una presentazione cefalica e di un parto vaginale.

IA

Nel rivolgimento per manovre esterne si raccomanda l'utilizzo di un farmaco tocolitico (beta-mimetici per via endovenosa) in quanto, in assenza di controindicazioni specifiche, aumenta la probabilità di successo della procedura.

IIIB

Le manovre di rivolgimento sono controindicate in caso di: travaglio di parto, rottura delle membrane, anomalie cardiocografiche, placenta previa, sanguinamento vaginale, cicatrici e malformazioni uterine e specifiche condizioni cliniche materne e/o fetali.

IIIC

In caso di precedente taglio cesareo i dati disponibili circa l'efficacia e la sicurezza del rivolgimento per manovre esterne non sono conclusivi, pertanto la manovra può essere offerta solo dopo avere valutato e discusso con la donna i potenziali benefici e danni.

Gravidanza gemellare

• Quesito 6 •

Quale modalità di parto è più indicata per ridurre la mortalità e la morbosità perinatale in caso di gravidanza gemellare, anche in considerazione delle possibili varianti di presentazione del primo e del secondo gemello?

Gravidanza gemellare

• Quesito 7 •

Qualora sia indicato il taglio cesareo elettivo, a partire da quale settimana è appropriato effettuarlo?

IVB

Nelle gravidanze gemellari bicoriali/biamniotiche a termine con presentazione cefalica per entrambi i gemelli, in assenza di fattori di rischio, si raccomanda il parto per via vaginale in quanto non è dimostrata l'efficacia del taglio cesareo nel ridurre la mortalità e la morbosità neonatali.

IVC

Nelle gravidanze gemellari bicoriali/biamniotiche in cui uno dei due gemelli non ha presentazione cefalica non sono disponibili prove conclusive a sostegno dell'efficacia del taglio cesareo nel ridurre la morbosità e mortalità neonatale.

BPC

Nelle gravidanze gemellari bicoriali/biamniotiche in cui uno dei due gemelli non ha presentazione cefalica l'assistenza al parto per via vaginale deve essere offerta in una struttura ospedaliera che possa garantire una *expertise* ostetrico-ginecologica e neonatologica appropriata.

IVB

Nelle gravidanze gemellari bicoriali/biamniotiche senza fattori di rischio, in caso sussistano indicazioni al taglio cesareo programmato, l'intervento non deve essere effettuato prima di 38⁺⁰ settimane, per evitare eventi avversi neonatali.

• Quesito 8 •

Esistono differenze nell'indicazione al taglio cesareo elettivo in caso di gravidanza gemellare monocoriale o bicoriale e monoamniotica o biamniotica?

IVB

Nelle gravidanze monocoriali biamniotiche non complicate si raccomanda l'espletamento del parto a 36-37⁺⁰ settimane di gestazione.

VB

Nelle gravidanze monocoriali monoamniotiche non complicate si raccomanda l'espletamento del parto mediante taglio cesareo a 32 settimane di gestazione.

Nascita pretermine

• Quesito 9 •

Quale modalità di parto è più indicata per ridurre la mortalità e la morbosità perinatale in caso di prematurità?

In caso di travaglio pretermine spontaneo senza fattori di rischio materni e/o fetali non sono disponibili prove conclusive a sostegno dell'efficacia del taglio cesareo programmato nel migliorare gli esiti neonatali.

IIIC

BPC

Il parto deve essere effettuato in un punto nascita di livello appropriato per gestire le eventuali emergenze materno-fetali e neonatali e la scelta della modalità del parto deve tener conto dell'esperienza del centro e della casistica trattata localmente.

Ritardo di crescita fetale

• Quesito 10 •

Quale modalità di parto è più indicata per ridurre la mortalità e la morbosità perinatale e materna in caso di ritardo di crescita fetale ed esistono predittori validi in grado di influenzare la scelta?

IB

Il taglio cesareo programmato non è raccomandato nei feti con ritardo di crescita fetale in assenza di alterazioni della velocimetria Doppler.

BPC

In caso di alterazioni della velocimetria Doppler il ricorso al taglio cesareo va valutato in funzione della gravità del caso.

Macrosomia fetale nella gravida diabetica

• Quesito 13 •

Quali sono le indicazioni al taglio cesareo elettivo in caso di macrosomia fetale nella gravida diabetica?

IIID

Il diabete pregestazionale e gestazionale non rappresenta di per sé un'indicazione al taglio cesareo.

IIIB

In caso di feto con peso stimato ≥ 4.500 g è raccomandato il taglio cesareo a partire da 38⁺⁰ settimane di gestazione.

IIIB

Il diabete pregestazionale e gestazionale non costituisce una controindicazione al parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo.

Trasmissione materno-fetale di malattie infettive

• Quesito 14 •

Il taglio cesareo elettivo è efficace nel ridurre la trasmissione di infezioni dalla madre al feto, in particolare da *Herpes simplex* virus (HSV), virus dell'epatite B (HBV), virus dell'epatite C (HCV) e virus da immunodeficienza acquisita (HIV)?

INFEZIONE DA VIRUS DELL'EPATITE C (HCV)

IIIC

Il taglio cesareo programmato non è raccomandato alle donne in gravidanza affette da epatite C in quanto non riduce il rischio di trasmissione del virus dalla madre al neonato.

IIIC

Il taglio cesareo programmato è raccomandato in caso di coinfezione da HIV e HCV in donne non in terapia HAART e/o con carica virale HIV plasmatica >50 copie/ml, in quanto l'intervento riduce la trasmissione verticale da madre a neonato.

IVC

Le donne in gravidanza con coinfezione HIV/HCV, in terapia HAART e con carica virale HIV plasmatica <50 copie/ml, devono essere informate che vi sono incertezze circa l'efficacia del taglio cesareo programmato nel ridurre il rischio di infezione neonatale da HCV. Pertanto il taglio cesareo deve essere proposto solo dopo avere valutato e discusso con la donna i potenziali benefici e danni.

Trasmissione materno-fetale di malattie infettive

INFEZIONE DA VIRUS DA IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA (HIV)

Un taglio cesareo programmato a 38⁺⁰ settimane per prevenire il travaglio e/o la rottura delle membrane è raccomandato in caso di:

IA

- terapia antiretrovirale altamente attiva con carica virale plasmatica >50 copie/ml

IA

- monoterapia con ZDV quale alternativa alla terapia antiretrovirale altamente attiva

IIIC

- coinfezione da HIV ed epatite C in donne non in terapia HAART e/o con carica virale HIV plasmatica >50 copie/ml.

IB

Un travaglio di parto può essere offerto alle donne in terapia antiretrovirale altamente attiva con carica virale plasmatica <50 copie/ml, avendo cura di limitare, per quanto possibile, le manovre che aumentano il rischio di contaminazione ematica materno-fetale (amniorexi precoce, ripetute esplorazioni vaginali a membrane rotte, monitoraggio invasivo del benessere fetale, utilizzo di forcipe e ventosa, episiotomia).

BPC

In caso di indicazioni ostetriche al taglio cesareo in donne con carica virale plasmatica < 50 copie/ml, questo non deve essere effettuato prima di 39⁺⁰ settimane di gestazione per ridurre i rischi neonatali.



Interventi e procedure assistenziali in corso di travaglio di parto

• Quesito 15 •

Quali sono gli interventi e le procedure da effettuare durante l'assistenza intra-partum che si sono dimostrate efficaci nel ridurre la probabilità di un parto mediante taglio cesareo?

TIMING DELL'INDUZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO

BPC

In caso di gravidanza senza complicazioni prima di 41⁺⁰ settimane si raccomanda di attendere l'insorgenza spontanea del travaglio. Un'induzione prima di 41⁺⁰ settimane aumenta il rischio di ricorso inappropriato al taglio cesareo.

IB

In caso di gravidanza senza complicazioni materne o fetali, a partire dalla settimana 41⁺⁰ si può ricorrere all'induzione del travaglio oppure osservare un atteggiamento di attesa perché mancano prove di efficacia conclusive a sostegno dell'una o dell'altra procedura.

IB

Il momento in cui effettuare l'induzione del parto deve tener conto delle preferenze della donna, dei risultati dei test di sorveglianza fetale adottati e delle condizioni locali (punteggio di Bishop).

BPC

Alle donne che a 42⁺⁰ settimane di età gestazionale rifiutano l'induzione al parto deve essere offerto un monitoraggio appropriato delle condizioni di benessere materno-fetali.

Parto dopo pregresso taglio cesareo

• Quesito 16 •

Informare le gestanti che hanno effettuato un pregresso taglio cesareo circa la possibilità di accedere a un travaglio nei diversi luoghi del parto (ospedale, casa di cura accreditata e non, casa del parto, domicilio) può essere utile per favorire scelte consapevoli?

• Quesito 17 •

Quali sono i potenziali benefici e danni per la salute materna e fetale associati al travaglio (insorto spontaneamente o indotto) dopo pregresso taglio cesareo?

• Quesito 18 •

Esistono criteri accurati di predizione dei rischi materno-fetali associati al travaglio dopo pregresso taglio cesareo?

• Quesito 19 •

Quali sono le informazioni da fornire alle donne in stato di gravidanza che vogliono avere un parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo?

• Quesito 20 •

Quali sono le informazioni da fornire alle donne in stato di gravidanza che vogliono avere un parto vaginale dopo aver avuto sia un taglio cesareo sia un parto vaginale?

Parto dopo pregresso taglio cesareo

• Quesito 21 •

Quali sono i requisiti assistenziali e clinico-organizzativi in grado di garantire la sicurezza del travaglio dopo pregresso taglio cesareo?

IA

L'ammissione al travaglio, in assenza di controindicazioni specifiche, deve essere offerta a tutte le donne che hanno già partorito mediante taglio cesareo.

BPC

In relazione all'aumentato rischio assoluto di rottura d'utero, la possibilità di un parto vaginale dopo taglio cesareo è controindicata in caso di pregressa rottura d'utero, pregressa incisione uterina longitudinale e in caso di tre o più tagli cesarei precedenti.

BPC

Alle donne che hanno già partorito mediante taglio cesareo deve essere garantita un'adeguata sorveglianza clinica e un monitoraggio elettronico fetale continuo nella fase attiva del travaglio. La struttura sanitaria deve assicurare l'accesso immediato alla sala operatoria e alla rianimazione e la pronta disponibilità di emotrasfusioni, nell'eventualità di un taglio cesareo d'urgenza.

BPC

È necessario che i professionisti sanitari forniscano alla donna con pregresso taglio cesareo informazioni rispetto alla probabilità di partorire per via vaginale in base alla sua storia clinica e in base alla casistica della struttura ospedaliera.

BPC

In aggiunta alle informazioni cliniche sulle modalità di parto, è necessario fornire alle donne con pregresso taglio cesareo indicazioni relative alle caratteristiche e all'organizzazione della struttura e informazioni specifiche sulle modalità assistenziali in uso (induzione del travaglio, utilizzo di ossitocina, uso di parto-analgesia, uso del parto operativo vaginale profilattico), in quanto tali aspetti possono condizionare gli esiti relativi alla salute materna e feto-neonatale.

COME FARE AD IDENTIFICARE IL DANNO NEUROLOGICO D' ORIGINE INTRAPARTALE

ACOG-AAP Task force on Neonatal encephalopathy and
Cerebral palsy 2003

4 CRITERI DIAGNOSTICI ESSENZIALI: (PREREQUISITI CONCOMITANTI E INDISPENSABILI)

- 1) Evidenza di acidosi metabolica ($\text{pH} < 7$ e $\text{BE} \geq 12$ mmol/L)
- 2) Insorgenza di severa o moderata encefalopatia neonatale precoce in neonati ≥ 34 wks
- 3) PC del tipo quadriplegia spastica o talvolta discinetica
- 4) Esclusione di altre eziologie identificabili
(traumi, infezioni, disordini autoimmuni o della coagulazione, patologie genetiche o malformative)

((obstet gynecol VOL. 118, NO. 4, OCTOBER 2011)

5 CRITERI DIAGNOSTICI NON SPECIFICI

- 1) **Evento ipossico sentinella immediatamente prima o durante il travaglio**
(rottura d'utero, distacco di placenta, prolasso di funicolo, embolia amniotica, arresto cardio-polmonare materno. Emorragia massiva da rottura di vasi previ, da trasfusione feto-materna o feto-fetale)
- 2) **Improvvisa e prolungata bradicardia fetale o assenza di variabilità in presenza di decelerazioni tardive o variabili atipiche persistenti, con pattern CTG precedentemente normale**
(di solito dopo un evento sentinella)
- 3) **Apgar score 0-3 a 5 minuti**
- 4) **Presenza di danno d'organo multisistemico entro 72 ore**
- 5) **Precoce studio di neuro-imaging (US-TAC-RMN) con anomalie cerebrali acute e non focali**