

Partorire naturalmente dopo un taglio cesareo



SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Dipartimento Materno-Infantile
U.O.C. OSTETRICIA E GINECOLOGIA
Dr. Elisario STRUZZIERO



PREMESSA

“Once a Cesarean, Always a Cesarean” “Una volta un cesareo, sempre un cesareo”, affermava Edwin Bradford Cragin (1859-1918) nel 1916. Il famoso medico statunitense, infatti, pensava che una donna dopo aver partorito con un taglio cesareo dovesse ricorrere sempre alla stessa pratica nelle gravidanze successive. Un successivo parto spontaneo vaginale sembrava infatti esporre la madre ad un alto rischio di rottura d'utero, e ad una conseguente elevata mortalità materna e neonatale.

Di conseguenza aggiungeva che bisognava mantenere basso il ricorso al taglio cesareo, considerato da lui “chirurgia ostetrica radicale”, che esponeva ad un grosso rischio la madre, ancora maggiore nell'eventualità di un secondo cesareo.

Comunque Cragin affermò anche che potevano esserci delle eccezioni, di cui lui stesso ebbe esperienza (una sua paziente ebbe tre parti spontanei dopo un cesareo).

Da quando il Dr. Cragin fece queste affermazioni le cose si sono radicalmente modificate, tanto che l'American College of Obstetricians and Gynecologists nel 1984 ha dichiarato obsoleta la sua frase “ una volta cesareo, sempre cesareo “.

In questi 100 anni dall'affermazione di Cragin il tasso dei tagli cesarei è aumentato progressivamente dall'1% del 1916 fino anche al 40% ed oltre attuali.

I cambiamenti nella tecnica chirurgica, nella tecnologia, nella pratica e nell'assistenza medica hanno reso il taglio cesareo un intervento più facile e sicuro. L' avvento degli antibiotici ha ridotto il rischio di infezioni, sono migliorate le condizioni igieniche e di sterilità, sono state rese possibili le trasfusioni di sangue, le tecniche anestesologiche sono notevolmente migliorate, e l' anestesia loco- regionale ha portato ad una diminuzione significativa delle complicanze dell' anestesia generale. Questa maggior sicurezza ha contribuito però a favorire l' aumento esponenziale dell' incidenza di tagli cesarei.

Ciò che decisamente è cambiata è la tecnica chirurgica utilizzata nel taglio cesareo. L' incisione verticale classica è stata sostituita con l' incisione trasversale bassa sul segmento uterino inferiore, il che porta ad un minor sanguinamento, ad una riduzione del rischio di complicazioni della ferita, oltre che ad un rischio minore di rottura d' utero in una successiva gravidanza.

Di conseguenza questa tecnica chirurgica ha reso più sicura la scelta di un travaglio di prova per un parto vaginale dopo un precedente taglio cesareo.

L' affermazione di Cragin, infatti, era riferita a donne che avevano subito un' incisione verticale classica sull'utero, il che esponeva ad un alto rischio di rottura.

Nella Consensus Development Conference tenuta dal National Institutes of Health nel 2010 (2), si concluse che un travaglio di prova dopo un T.C. è una ragionevole opzione per molte donne con un precedente taglio cesareo.

Nello stesso anno, nello sforzo di ridurre l'incidenza del taglio cesareo, l' American College of Obstetricians and Gynecologists ha affermato che la maggioranza delle donne con una storia di uno o due tagli cesarei non complicati e con incisione uterina bassa trasversa, in una gravidanza non complicata a termine e senza controindicazioni al parto vaginale, sono candidate e dovrebbero essere consigliate per un parto vaginale.

MODALITÀ DEL PARTO DOPO TAGLIO CESAREO PREGRESSO

In queste note viene affrontato il tema del parto vaginale dopo un taglio cesareo analizzando tutti gli aspetti dell'argomento.

Esso ha come obiettivo quello di mostrare ciò che le evidenze scientifiche affermano riguardo alla possibilità di poter partorire per via vaginale dopo un taglio cesareo, opzione che troppo spesso viene sottovalutata e accantonata a favore di un taglio cesareo ripetuto.

VBAC è l'acronimo di "vaginal birth after cesarean section", ed è il termine usato per indicare un parto vaginale di una donna che ha avuto un taglio cesareo in passato. I parti vaginali includono anche i "parti operativi", ovvero parti con uso di ventosa ostetrica. TOLAC indica più generalmente il travaglio di prova ed è l'acronimo di "Trial of Labour after Cesarean Section".

Un aumento dei travagli di prova, e quindi dei parti vaginali dopo un precedente T.C., avrebbe un impatto sulla riduzione del tasso di tagli cesarei in Italia, che è uno dei primi paesi nel mondo ad avere la più alta incidenza di essi. Di conseguenza, questo porterebbe ad una riduzione di tutto ciò che comporta un intervento chirurgico quale è il taglio cesareo.

Questo percorso si basa su una revisione della letteratura internazionale. Un tema che viene discusso inizialmente è l'aumento esponenziale del tasso di tagli cesarei a cui stiamo assistendo negli ultimi anni, che vede tra i primissimi posti nel mondo l'Italia.

In Italia il ricorso al taglio cesareo ha raggiunto livelli molto elevati, con un'incidenza che è passata dall'11% nel 1980 al 38,4% nel 2009 con punte di oltre il 60% in alcune regioni, per esempio la Campania, presentando a livello europeo i valori più alti e raggiungendo i primissimi posti anche a livello mondiale.

Questa percentuale è nettamente superiore alla soglia del 10-15% delle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, e del 20% del Ministero della Salute Italiano, ma anche dagli standard europei. Risulta evidente una distribuzione nazionale non uniforme: con tassi più elevati nell'Italia meridionale, nelle strutture private piuttosto che nelle pubbliche. Tale variabilità si osserva anche all'interno di una stessa regione e tra punti nascita con tipologia diversa. Tali evidenti e grossolane differenze sono attribuibili ad una variabilità di pratiche cliniche e comportamenti assistenziali non adeguati e non corrispondenti ad un'assistenza ostetrica basata sulle evidenze scientifiche. Non sembrano pertanto giustificati da una maggiore frequenza di quelle condizioni cliniche che rappresentano una corretta indicazione ad assistere il parto con taglio cesareo. Tra i paesi europei l'Italia presenta la più alta percentuale di tagli cesarei, seguita dal Portogallo con il 33%, mentre negli altri paesi si registrano valori inferiori al 30% che scendono al 15% in Olanda e al 14% in Slovenia.

C'è una diffusa preoccupazione pubblica e professionale per quanto riguarda le percentuali molto elevate dei tagli cesarei e l'eccessiva medicalizzazione dell'assistenza alla nascita. Sebbene il problema abbia avuto un ampio dibattito nell'ambito della sanità ed anche politicamente, non si rileva alcuna tendenza ad una riduzione del ricorso al taglio cesareo.

I livelli elevati di incidenza dei parti con tagli cesarei primari (primario indica che per la donna è la prima volta che il parto, che potrebbe non essere il primo, avviene con il taglio cesareo) hanno portato ad una elevata proporzione di popolazione ostetrica con una storia di cesareo primario.

Un così alto tasso di tagli cesarei può essere considerato attribuibile a un generale cambiamento nella pratica e nella gestione del lavoro, dovuto ad un insieme di svariati fattori emersi negli ultimi decenni.

Nell'ultimo trentennio, particolari cambiamenti nell'ostetricia hanno contribuito all'aumento del tasso di tagli cesarei in Italia :

- Le gravidanze ottenute con metodiche di fecondazione assistita sempre più diffuse e complesse.
- L'età sempre più avanzata delle donne al momento della prima gravidanza.
- Un numero sempre minore di figli per ogni coppia.

Questi 3 elementi hanno innalzato il livello dell'aspettativa nei genitori ed il livello della prudenza nei medici, tanto da dover discutere oggi sul concetto di 'bambino prezioso'. Questi casi rientrano fra i tagli cesarei per "scelta personale": quando cioè sulla base di una scelta fatta dalla donna o dal medico, si

pratica il taglio cesareo, come un intervento elettivo, senza l'esistenza di una situazione di rischio clinico per la madre e/o il bambino. Si arriva così a considerare il taglio cesareo come l'opportunità più sicura per evitare qualsiasi tipo di rischio, e per esorcizzare il dubbio di non aver fatto tutto il possibile per far nascere quel figlio tanto desiderato.

Ci siamo anche arricchiti di nuove tecnologie, come l'ecografia per la diagnosi e lo screening, l'indagine genetica, l'introduzione dell'analgesia e dell'anestesia epidurale, la cardiocografia, che hanno contribuito ad una nuova medicalizzazione dell'ostetricia. Il miglioramento delle tecniche chirurgiche e dell'assistenza post-operatoria che hanno reso il taglio cesareo un intervento chirurgico più sicuro.

I livelli elevati di incidenza dei parti con tagli cesarei primari hanno portato ad una elevata proporzione di popolazione ostetrica con una storia di cesareo primario, che in una successiva gravidanza, in elevata percentuale, viene sottoposta ad un ulteriore parto cesareo, contribuendo ulteriormente all'incremento dell'incidenza dei T.C.

Tutti questi aspetti sono stati fra gli elementi più significativi che hanno favorito in questi ultimi trenta anni un rapido e progressivo aumento dei tagli cesarei.

È venuta a crearsi nella società la convinzione che il T.C. sia una modalità alternativa di parto, sicuro, senza dolore, più semplice, più veloce e con scarsi rischi.

La medicalizzazione della nascita ha portato a pensare che, usando gli strumenti creati dall'uomo, la nascita sarebbe stata più sicura e i rischi sarebbero diminuiti; in realtà la medicalizzazione ha portato ad una deviazione dalla normalità e talvolta ad una difficoltà nel riconoscimento e rispetto della fisiologia da parte degli stessi operatori sanitari.

L'uso indiscriminato della cardiocografia, per esempio, è stato un fattore che ha portato un grosso aumento del numero di tagli cesarei, senza però una conclamata diminuzione di mortalità neonatale; lo stesso inventore della cardiocografia, Caldeyro Barcia, affermò che il suo uso non riduceva il tasso di bambini nati con problemi cerebrali.

Circa l'80 % delle patologie cerebrali neonatali sono dovute a dei problemi non ben conosciuti in gravidanza. Prima però si pensava che derivassero dal momento della nascita, così si è iniziato a intraprendere il percorso del cesareo al minimo accenno di sofferenza fetale, pensando così di diminuire le sequele cerebrali dei neonati.

Tuttavia l'incremento del T.C. non risulta essere accompagnato da un aumento dei benefici materni e/o fetali tali da giustificare il suo maggior utilizzo.

La "United Kingdom Confidential Enquiry sulle morti materne" riferisce che quando il tasso di parti tramite taglio cesareo aumenta oltre i livelli clinici necessari, i rischi possono superare i benefici.

Il Ministero della Salute italiano nel gennaio 2013 dichiara: "Essere sottoposti a un taglio cesareo elettivo a termine di gravidanza comporta alcuni rischi maggiori per la madre e per il neonato rispetto al parto vaginale. Rispetto a una donna che partorisce naturalmente, una donna sottoposta a parto cesareo ha un rischio maggiore di mortalità e di morbidità. Il rischio di morte materna, infatti, aumenta di circa quattro volte rispetto a un parto vaginale per una donna a basso rischio, oltre all'incremento del rischio di morte perinatale".

La percentuale dei T.C. è un indicatore di qualità dell'assistenza nell'ambito della salute materno-infantile, quindi, quando ci poniamo l'interrogativo se sia possibile ridurre, in generale, il tasso di T.C., l'impegno deve essere soprattutto nel migliorare l'appropriatezza dell'assistenza e della qualità delle cure

La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1985 affermava all'interno di un documento "... il parto non è una malattia!.."; questa visione può portare la donna a credere di essere potenzialmente a rischio.

Michel Odent in un suo libro scrive "... più una donna in gravidanza è soggetta a stimoli ansiogeni, più difficile sarà il processo della nascita...".

Le linee guida internazionali affermano che la maggior parte delle donne con uno o due tagli cesarei precedenti, effettuati con incisione trasversale, la cui gravidanza a termine non è caratterizzata da particolari fattori di rischio, è candidata e dovrebbe fare il counselling per il VBAC, per venire a conoscenza dei rischi e dei benefici di entrambe le pratiche. Anche l'OMS raccomanda che il parto vaginale dopo un

cesareo venga incoraggiato dove è possibile disporre di un servizio di emergenza per un eventuale taglio cesareo, e che non c'è nessuna prova che con un precedente taglio cesareo trasversale basso debba essere richiesto un ulteriore cesareo per la gravidanza successiva.

Nel discutere la possibilità di un parto vaginale con il medico e l'ostetrica, è importante prendere in considerazione i desideri e le aspettative della donna e del suo compagno, e discutere con lei riguardo al desiderio di ulteriori future gravidanze.

RISCHI, BENEFICI E CONTROINDICAZIONI AL VBAC

Di solito un parto "VBAC" è associato a tutti i benefici di un parto vaginale rispetto ad un parto con T.C., oltre ad avere meno morbilità rispetto ad un taglio cesareo elettivo ripetuto:

- la degenza in ospedale è più breve
- il ritorno alle attività normali è più rapido per minor dolore e disagio.
- si evita un intervento chirurgico addominale e le sue complicazioni.
- più basso è il rischio di sanguinamento e di trasfusioni.
- minore è il rischio di infezioni postpartum.
- vi è minore probabilità di trombosi dopo il parto.
- si evidenziano minori problematiche respiratorie del neonato.
- minori sono i rischi di alcuni problemi in future gravidanze come placenta previa e placenta accreta (il rischio di placentazione anomala tende a crescere con il numero di precedenti T.C.).
- vi è maggiore possibilità di un parto normale nelle future gravidanze.
- la donna ha la possibilità di vivere con il partner l'esperienza di un ruolo attivo nel parto e nella nascita.

Rischi del cesareo elettivo dopo precedente T.C.

Le donne con un precedente T.C. che partoriscono per via vaginale evitano una chirurgia maggiore ed hanno la morbilità più bassa rispetto ai casi con T.C. di elezione e i casi con T.C. durante il travaglio di prova.

- Il taglio cesareo, a confronto con il parto vaginale, è un intervento gravato da maggiori rischi e complicanze, con una mortalità materna aumentata.
- Il taglio cesareo inoltre comporta rispetto al parto vaginale maggiori complicanze.
- Si è riscontrato nelle donne cesarizzate rispetto a quelle che hanno partorito spontaneamente, un numero doppio di riospedalizzazioni per complicanze materne dopo la dimissione.
- Il rischio di un taglio cesareo ripetuto è associato ad un ulteriore aumento del rischio di complicazioni come sanguinamento, necessità di trasfusioni, infezioni, lesioni alla vescica e all'intestino, trombosi venosa. Poiché il numero dei cesarei per ciascuna donna è in aumento, aumentano anche le difficoltà nell'eseguire l'intervento per le aderenze presenti e quindi per i rischi di lesioni ad altri organi. Inoltre ci può essere in future gravidanze un ulteriore rischio di placenta previa e placenta accreta.
- Comparati con i neonati da parto vaginale o da taglio cesareo d'urgenza, quelli da taglio cesareo elettivo presso il termine possono presentare più frequentemente una tachipnea transitoria, che può richiedere un'assistenza neonatologica, e talvolta altri problemi respiratori.

Qualsiasi travaglio di prova può essere associato a distress fetale o a mancata progressione del travaglio o altre situazioni per cui può essere necessario un taglio cesareo d'urgenza

L'analgisia



L'analgisia peridurale in un travaglio di prova non è controindicata, anzi, può essere considerata un punto di forza, in quanto l'alleviamento del dolore può essere di incoraggiamento per alcune donne e può essere uno stimolo aggiuntivo per intraprendere il travaglio.

A differenza di quanto si poteva pensare prima, grazie ad alcuni studi è stato visto come l'analgisia peridurale non mascheri i segni e i sintomi di un'eventuale rottura d'utero, in quanto essa è individuata quasi sempre da alterazioni cardiocografiche del battito cardiaco fetale.

La probabilità di successo di un travaglio di prova con analgesia peridurale è pressoché uguale ad uno senza analgesia.

L'analgisia peridurale richiede il monitoraggio continuo del battito cardiaco fetale, necessario comunque in caso di travaglio di prova.

ASSISTENZA AL TRAVAGLIO DI PROVA PER UN VBAC



E' necessario adottare dei programmi che possono limitare l'impiego di tale pratica, informando anche le pazienti del reale rischio legato al cesareo e proponendo forme alternative di assistenza al parto.

Promuovere i VBAC significa contribuire alla riduzione dei tagli cesarei impegnandosi nella demedicalizzazione della nascita, sostenendo la fisiologia.

Per quanto riguarda la distribuzione dei VBAC, la media nazionale è del 10%.

Le Pazienti con un precedente cesareo con cui sia stato concordato un travaglio di prova sono informate di presentarsi all'ospedale al momento del travaglio (contrazioni dolorose regolari), quando vi sia una rottura delle membrane, un sanguinamento o un dolore continuo. La Paziente deve essere a conoscenza che il travaglio e il parto sono condotti con assistenza e monitoraggio continui da un personale e una organizzazione adeguata per un VBAC in una struttura idonea per un'emergenza chirurgica.

L'ostetrica è una figura fondamentale per la donna nel percorso del VBAC in tutte le sue tappe, e svolge un ruolo sia di aiuto e sostegno, sia di informazione e counselling.

L'importanza dell'ostetrica in questo percorso inizia a livello ambulatoriale, dove è auspicabile che le ostetriche parlino dell'utilità del VBAC nel caso in cui sia possibile.

Questo può avvenire collettivamente nei corsi di accompagnamento alla nascita, nei casi in cui ci siano più donne che hanno subito un precedente taglio cesareo; altrimenti, nel caso in cui ci sia una sola donna precesarizzata, o comunque nel caso in cui l'ostetrica ritenga più opportuno ed appropriato che questo avvenga individualmente, il colloquio avviene appunto tra l'ostetrica e la singola donna. Il colloquio non deve sostituire il momento del counselling che avviene alla trentasettesima settimana con il medico, ma può essere importante per trasmettere una prima impressione e idea sulla possibilità del travaglio dopo un cesareo. È importante che l'ostetrica comunichi anche con il partner della donna, mettendolo al corrente dell'evoluzione della situazione, e rispondendo a sue eventuali preoccupazioni e domande. L'assistenza da parte dell'ostetrica, in collaborazione con il medico, continua per tutta la durata del travaglio, sia nel caso in cui esso termini con un parto per via vaginale, assistendo il parto o assistendo il medico nel caso in cui si renda necessaria l'esecuzione di episiotomia e/ o l'uso di ventosa ostetrica, sia nel caso che esso devii dalla normalità e diventi necessario effettuare un taglio cesareo in regime d'urgenza.

In tal caso l'ostetrica, insieme al resto dell'equipe medico-ostetrica, si attiva al fine che la nascita del neonato avvenga nel minor tempo possibile.

Dalle varie testimonianze risulta che comunque molte donne, sebbene alla fine abbiano dovuto affrontare un nuovo tc, rimangono soddisfatte e gratificate per aver vissuto l'esperienza del travaglio. Infatti questo permette loro di sentirsi più coinvolte nella nascita del loro bambino, e più forti e consapevoli per aver affrontato il dolore delle contrazioni.

NEL NOSTRO OSPEDALE

Nel nostro Ospedale è attivo un percorso dedicato per le donne in gravidanza che hanno avuto un precedente taglio cesareo che prevede controlli specifici e informazioni dettagliate in modo da effettuare una adeguata selezione delle gravidanze per poter offrire a ciascuna la possibilità di partorire nella modalità migliore, sia essa un cesareo ripetuto o un parto vaginale. Le prenotazioni per accedere a questo percorso si effettuano per telefono al numero 0825203480 – 3665898774, oppure inviando richiesta di prenotazione con copia della impegnativa e con un proprio recapito telefonico via fax al numero 0825- 203911 o via mail al seguente indirizzo mail ginecologiamoscato@gmail.com da lunedì a venerdì dalle 09 alle 14, meglio iniziare il primo contatto entro la 28° settimana.