

## PROFESSIONE

## Perché una raccomandazione sulle precesarizzate

- Per l'alto numero di donne con pregresso taglio cesareo nella popolazione di gravide italiane
- Per l'insufficiente possibilità di accesso delle donne precesarizzate al parto per via vaginale
- Per uniformare i comportamenti clinici
- Per migliorare lo standard dell'assistenza ostetrica
- Per ridurre l'incidenza delle complicanze dei tagli cesarei ripetuti
- Per aggiornare i professionisti che assistono le donne.



# Raccomandazioni di buona pratica clinica sull'assistenza al parto nelle donne precesarizzate

**Gianni Rodari sosteneva che: “Il processo creativo è insito nella natura umana ed è quindi, con tutto quel che ne consegue di felicità di esprimersi e di giocare di fantasia, alla portata di tutti...” Uno dei ruoli più importanti di chi assiste al parto è aiutare la creatività femminile a generare nel migliore dei modi possibili**

**I DATI CI SUGGERISCONO** che la pianificazione di un parto vaginale è un'opzione appropriata, che dovrebbe essere offerta a tutte le gravide precesarizzate con gravidanza singola e feto cefalico e pregresso taglio cesareo con incisione trasversale a livello del segmento uterino inferiore, con o senza storia di un pregresso parto vaginale, purché non sussistano specifiche controindicazioni. Naturalmente è utile una selezione accurata delle gravide precesarizzate candidate al travaglio di parto, ma si deve tener presente che la tempestività nella diagnosi e nell'assistenza dell'équipe che assiste il parto della paziente precesarizzata è il punto di snodo in assoluto più importante per assistere queste donne. In altre parole, sebbene la selezione attenta delle pazienti sia utile, sono la preparazione e la tempestività assistenziale dell'équipe a consentire un'assistenza ottimale e sicura. Per questo la scelta di offrire il parto per via vaginale alle donne precesarizzate deve essere condivisa da tutta l'équipe ed è importante che sia supportata e consapevolmente sostenuta dal responsabile di sala parto e dal direttore di unità

operativa. Scegliere il tipo di parto dopo un precedente cesareo non significa soltanto interpretare le informazioni sul rischio. Sono complessi i fattori sociali, emozionali, organizzativi e pratici che influenzano orientamenti e preferenze. Per una corretta scelta della modalità del parto, in una donna con pregressa isterotomia è importante disporre di personale esperto, dedicato e formato, che sia in grado di consigliare e tutelare la capacità di scelta della donna. L'attualità di questa tematica in ambito ostetrico è cogente. I dati italiani rendono evidente un'ampia area di fabbisogno culturale da colmare con informazioni certificate e validate dalla letteratura internazionale. Inoltre, si delineano sempre meglio gli effetti negativi dei tagli cesarei ripetuti sulle gravidanze successive, quali la placenta previa e quella accreta. L'alta percentuale di tagli cesarei, pari al 32%, rilevata nel 2017 (dati CeDAP: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2931\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2931_allegato.pdf)) in Italia, insieme alla bassa proporzione di parto vaginale dopo taglio cesareo pari al 12,6% nel 2015, rende conto dell'alto tasso di problemi placenta-

ri registrato in Italia dal progetto ItOSS sui near miss emorragici (0,84/1.000 parti). I tassi rilevati nel Regno Unito, nei Paesi Bassi e nel Nord Europa dove la percentuale di cesarei è inferiore alla nostra e il ricorso al parto vaginale dopo il cesareo è pari al 60-70% risultano notevolmente inferiori (0,17-0,46/1.000 parti) (Fonte Epicentro Iss) (<https://www.epicentro.iss.it/itoss/pdf/12gen2018/Donati%20NM%20definitiva.pdf>)

Diverse Società scientifiche internazionali (Nice, Rcoc, Acog, Sogc, Ranzcog ecc.) hanno elaborato, in questi ultimi anni, linee guida/documenti di consenso/raccomandazioni in merito all'assistenza della paziente precesarizzata, tuttavia, mancava un documento italiano specifico ed esauritivo. La raccomandazione in pubblicazione fornisce, ai clinici e alle donne, una sintesi dell'evidenza internazionale su questo argomento. L'obiettivo è orientare le donne alla scelta più corretta in base alla loro anamnesi, al loro vissuto e al loro desiderio, aiutarle a esprimere al meglio la loro creatività.

Le linee guida/raccomandazioni delle principali Società Scientifiche internazionali concordano che qualunque sia la scelta terapeutica (parto vaginale o taglio cesareo elettivo iterativo) non esiste un'opzione esente da rischi per la donna e per il neonato. Partorire per via per vaginale in una paziente precesarizzata rappresenta un'importante sfida per la donna e per l'équipe che la assiste. In caso di riuscita il premio è alto, perché sappiamo che nascere per via vaginale dopo un travaglio spontaneo o indotto, ha una serie di vantaggi importanti, che condizioneranno l'intera vita del neonato fino all'età adulta. Infatti, i nati da parto vaginale soffriranno meno di asma, diabete mellito, di alcune neoplasie, di obesità, allergie, coliti, gastroenteriti, artriti, sindromi metaboliche ecc. e saranno ricoverati di meno nei primi cinque anni di vita. Tanti sono anche i vantaggi per la donna, quali una riduzione dei tassi di morte materna, morbosità materna compo-



**ANTONIO RAGUSA**  
Ospedale Fatebenefratelli,  
Isola Tiberina, Roma



**DENISE RINALDO**  
Asst Bergamo Est-Seriato

Check list per la consulenza alla paziente precesarizzata sulla modalità di parto

## Scelta della modalità del parto dopo taglio cesareo

Probabilità di	Discusso		
Successo VBAC (un precedente TC, nessun precedente parto vaginale)	3 casi su 4 (72-75%)	<input type="checkbox"/>	
Successo VBAC (un precedente TC, almeno un parto vaginale precedente)	9 casi su 10 (85-90%)	<input type="checkbox"/>	
VBAC meno probabile se: travaglio indotto, nessun precedente parto vaginale, indice di massa corporea (BMI) > di 30 e precedente TC per distocia. In presenza di tutti questi fattori, la probabilità di parto dopo TC è del 40%		<input type="checkbox"/>	
Probabilità di complicanze materne	VBAC	ERCS	
Rottura d'utero	5 su 1.000 (0,5%)	< 2 su 10.000 (< 0,02%)	<input type="checkbox"/>
Trasfusione	2 su 100 (2%)	1 su 100 (1%)	<input type="checkbox"/>
Endometrite	Ns	ns	<input type="checkbox"/>
Complicanze in gravidanze future	nessuna	Maggior probabilità di placenta previa/placentazioni anomale	<input type="checkbox"/>
Mortalità materna	4 su 100.000 (0,004%)	13 su 100.000 (0,013%)	<input type="checkbox"/>
Probabilità di complicanze feto/neonatali	VBAC	ERCS	
Morbilità respiratoria transitoria	2-3 su 100 (2-3%)	4-6 su 100 (4-6%) Rischio ridotto con i corticosteroidi	<input type="checkbox"/>
Morte endouterina oltre la 39a sett	10 su 10.000 (0,1%)	Non applicabile	<input type="checkbox"/>
Encefalopatia ipossico-ischemica	8 su 10.000 (0,08%)	< 1 su 10.000 (< 0,01%)	<input type="checkbox"/>
Consegna foglio informativo:	VBAC	ERCS	altro
<b>Discussi:</b>			
- monitoraggio cardiocografico continuo dall'inizio dell'attività contrattile regolare			<input type="checkbox"/>
- assistenza in sala travaglio-parto			<input type="checkbox"/>
- necessità di accesso venoso in travaglio			<input type="checkbox"/>
<b>Commenti:</b>			

ta, isterectomia post partum, embolia da liquido amniotico e una riduzione delle conseguenze a lungo termine sulla salute materna come ad esempio la placentazione anomala, rischio che tende a crescere con il numero dei tagli cesarei. D'altro canto, il travaglio di parto nelle donne precesarizzate è associato ad un aumentato rischio di rottura d'utero, rara emergenza ostetrica non prevedibile né prevenibile, ad alto rischio di morbosità e mortalità materno-neonatale, con un'incidenza riportata in letteratura dello 0,5%. Per questo un punto nascita che decida di assistere elettricamente il travaglio di parto nelle donne precesarizzate, deve avere immediata disponibilità delle risorse necessarie per effettuare un taglio cesareo d'emergenza in modo da ridurre al minimo i tempi necessari al ricorso alla laparotomia in emergenza. Le evidenze di letteratura sono concordi nel ritenere che i benefici di un parto vaginale dopo un taglio cesareo trasversale sul segmento uterino inferiore siano superiori ai rischi. I rischi maggiori di esiti avversi si verificano nei travagli di parto falliti con conseguente taglio cesareo di urgenza/emergenza.

L'intento di questa raccomandazione è quello di rendere accessibile a tutti le norme di buona pratica clinica, adattate alla realtà italiana e basate sulle evidenze disponibili nella letteratura internazionale. Gli estensori hanno valutato tutti gli aspetti relativi alla scelta della modalità di parto, all'assistenza in travaglio e alle caratteristiche che una struttura deve avere per assistere questo gruppo di pazienti. È stata trattata in maniera estesa anche l'assistenza alle pazienti con una miomectomia in anamnesi, in quanto la modalità di parto in questo gruppo di pazienti non è trattata in nessuna linea guida internazionale. Siamo particolarmente orgogliosi di questo poiché, come detto, non sono disponibili autorevoli raccomandazioni relative alle donne miomectomizzate neppure in altre lingue.

Il testo, basato sulle evidenze della letteratura, è rivolto a tutti: ai professionisti che lavorano in sala parto e che si occupano dell'assistenza alle donne con pregresso taglio cesareo o miomectomia, alle donne e ai responsabili istituzionali. L'intento è quello di essere uno strumento utile e un riferimento nazionale. Il lettore attento troverà tutte le indicazioni e le modalità per scegliere la migliore via del parto (parto vaginale o taglio cesareo elettivo iterativo) per la paziente specifica e le conseguenti modalità opportune di assistenza al travaglio e al parto. Il lettore attento troverà nel documento tutte le indicazioni e le modalità per aiutare le donne precesarizzate/miomectomizzate e le modalità opportune di assistenza al loro travaglio e al parto.

Nella Raccomandazione sono trattati:

- La programmazione dell'assistenza prenatale suddivisa nei tre trimestri
- I criteri di eleggibilità per pianificare un parto, i fattori che influenzano la probabilità di successo e i fattori associati ad un rischio aumentato di rottura d'utero
- La consulenza prenatale, con indicazioni che possono aiutare i clinici nello scegliere con la donna la via del parto più appropriata, anche attraverso l'utilizzo di schede grafiche, checklist e tabelle, che rappresentano graficamente i rischi/benefici delle due modalità di parto

## I numeri in Italia

**NEL 2019** le donne che in gravidanza presentavano in anamnesi un pregresso taglio cesareo (classe 5 di Robson), rappresentavano il 12,9% dell'intera popolazione di gestanti. Nello stesso anno il 34,8% (43929 tagli cesarei) sul totale dei tagli cesarei è stato effettuato nella classe V, che quindi ha un peso rilevante e contribuisce molto in valore assoluto al totale dei parti cesarei. La proporzione di parti vaginali in donne che hanno già partorito con taglio cesareo è uno degli indicatori della qualità dell'assistenza offerta alle donne, questa percentuale è bassa in Italia, soprattutto se paragonata a quella dei paesi del Regno Unito e del

nord Europa. Tuttavia, nel tempo c'è stato un incremento della possibilità per le donne italiane di accedere al parto vaginale: secondo il rapporto CeDAP si è passati dal 5,5% del 2012 al 10,5% del 2019. Come spesso accade per le scelte influenzate da fattori culturali complessi, come la via del parto, anche in questo caso è presente un'ampia variabilità tra le Regioni e all'interno delle Regioni stesse (deviazione standard elevata) le Regioni con un basso tasso di accesso al parto vaginale presentano pertanto un ampio margine di miglioramento assistenziale.

per facilitare il counselling e renderlo più efficace

- La gestione intrapartum della paziente, con particolare riguardo al monitoraggio del benessere materno-fetale, alla gestione della distocia, fattore di rischio per rottura d'utero, con un focus sulla gestione del dolore e del ruolo dell'analgia peridurale
- Le modalità di induzione e accelerazione del travaglio, con valutazione delle probabilità di successo e dei rischi connessi con le diverse metodiche
- Le caratteristiche che deve avere il punto na-

scita che assiste le precesarizzate

- La cura in speciali circostanze, come la sospetta macrosomia fetale, l'obesità o altre condizioni patologiche materne, in base alle evidenze della letteratura
- La diagnosi di rottura d'utero e la sua gestione chirurgica, con l'attivazione multidisciplinare dell'équipe di sala parto
- La gestione del travaglio di parto nelle donne con pregressa miomectomia.
- Il lettore troverà anche numerosi allegati, come esempio riportiamo qui (Cfr la figura)

Leggendo le raccomandazioni avrete la risposta alla annosa domanda se la consulenza prenatale è veramente utile, chi deve farla e quali tecniche comunicative e visuali utilizzare. Scoprirete anche il vero significato della famosa frase "... onces a caesarian, always a caesarian", scritta da Edwin Bradford Cragin sul numero 1 del volume 104 del New York Medical Journal, conoscerete chi effettuò, il 25 luglio 1826 a Cape Town in Sudafrica, uno dei primi cesarei coronati da successo (il nuovo nato visse per ben 78 anni) e scoprirete anche che, contrariamente alle apparenze, il chirurgo non era un uomo... e tante altre meravigliose curiosità e informazioni, che vi aiuteranno ad essere maggiormente efficaci nella comunicazione e nell'aiuto che potrete donare a queste donne. Il gruppo di lavoro e i collaboratori sono stati meravigliosi, avendo donato gratuitamente un po' del loro sapere e del loro prezioso tempo a noi tutti, i ginecologi e le ostetriche italiane li ringraziano per questo.