



AZIENDA USL DI PESCARA
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA
 P.O. di Pescara
 Direttore: Dr. Maurizio Rosati

Linee guida

A. U.S.L. PESCARA			
UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA			
Parto vaginale dopo un cesareo			
Data 15.03.2012	Revisione 0	Pagine 5	

**PROTOCOLLO DI GESTIONE DEL PARTO VAGINALE DOPO
 TAGLIO CESAREO**

PREMESSA

Sulla base delle prove scientifiche disponibili sottoporre la donna a tagli cesarei ripetuti aumenta la mortalità e morbosità materna e perinatale.

Candidate

In assenza di controindicazioni mediche e/o ostetriche specifiche e in presenza di un'organizzazione assistenziale adeguata, l'ammissione al travaglio di prova deve essere offerta a tutte le donne che hanno avuto un precedente taglio cesareo e che non presentano controindicazioni specifiche.

Criteri di esclusione

- Pregressa incisione uterina longitudinale
- Pregressa rottura d'utero
- Tre o più tagli cesarei precedenti
- Pregressi interventi isterotomici quali metroplastiche, miomectomie con apertura della cavità uterina (miomi intramurali/sottomucosi)
- Inserzione placentare previa marginale

L'intervallo di tempo fra l'ultimo taglio cesareo e il travaglio di prova deve essere ≥ 24 mesi (ovvero la donna non dovrebbe iniziare una nuova gravidanza prima di 13 mesi)

Non sono criteri di esclusione:

- Gravidanza gemellare
- Diabete gestazionale non complicato
- Sospetta macrosomia fetale (4500 g)
- Intervallo tra i parti di 18-24 mesi (informare dell'aumentato rischio in travaglio)
- Parto pretermine

Assistenza prenatale di routine

Il professionista sanitario che segue la donna deve fornire informazioni circa:



- La possibilità di un travaglio di prova dopo un pregresso taglio cesareo
- La probabilità di un parto per via vaginale in base alla sua storia clinica (importante ricercare la documentazione del precedente TC per verificare l'indicazione all'intervento, il tipo di incisione, il decorso post-operatorio)
- I rischi e benefici connessi all'espletamento del parto per via vaginale o ad un taglio cesareo ripetuto
- Le caratteristiche e organizzazione della struttura e le modalità assistenziali in uso
- Garantire al momento del ricovero il possesso di tutti gli esami preoperatori e ECG validi (max 1 mese).

Assistenza a termine di gravidanza

- Non è necessaria una ospedalizzazione preventiva, la donna sarà valutata e informata nell'ambulatorio per i Tagli Cesarei entro le 36 sg, dove sarà consegnato il foglio informativo e il modulo di Consenso Informato
- Raggiunta l'epoca presunta del parto, la frequenza e il tipo di controlli non differiscono dalla pratica adottata di routine: visita, NST, AFI in Ambulatorio per la gravidanza a termine (primi due appuntamenti).
- Nel caso in cui il travaglio non insorgesse spontaneamente, ricoverare la donna a 41 settimane per eseguire il TC.

Al momento del ricovero il Medico di guardia dovrà:

- **Raccogliere il consenso informato**
- **Adottare le procedure di assistenza specifiche sotto elencate:**

Procedure di accettazione

- Valutazione del BCF mediante CTG per almeno 20'
- Rilevazione P.A., F.C., T.C.°
- Manovre di Leopold e esplorazione vaginale
- Valutazione liquido amniotico se PROM
- Richiedere tipizzazione eritrocitaria per eventuale trasfusione

Assistenza in periodo dilatante

- Nel momento in cui viene posta diagnosi di travaglio il Medico di guardia deve informare l'equipe operatoria (anestesista di guardia, personale di sala operatoria, neonatologo) nell'eventualità di un taglio cesareo d'urgenza
- L'ostetrica inizia la compilazione del partogramma, sono indicati controlli almeno ogni 2 ore della progressione del travaglio possibilmente eseguiti dalla stessa persona (I tempi del travaglio rispecchiano quelli fisiologici di nullipara)
- E' raccomandata la registrazione continua della frequenza cardiaca fetale per tutta la durata del travaglio
- Osservazione della paziente ponendo particolare attenzione a:
 - alterazione della FCF
 - dolore uterino che non regredisce nelle pause tra le contrazioni





REGIONE ABRUZZO

AZIENDA ULSS PESCARA - Ospedale Spirito Santo
OSTETRICIA E GINECOLOGIA
Direttore: Dottor M. Rosati

SCHEDA DI SELEZIONE DELLE PAZIENTI

Controindicazioni al travaglio di prova:

	SI	NO
Donna non motivata		
Pregresso TC con incisione diversa dalla trasversale bassa		
Documentazione inerente al precedente TC mancante o inattendibile (qualora sussistano dubbi di incisione corporale)		
3 o più pregressi TC consecutivi		
Interventi che comportano incisioni del miometrio con interessamento della cavità uterina (miomectomie, metro plastiche, ecc.)		
Precedente deiscenza o rottura d'utero		
Intervallo tra i parti <18-24 mesi		
Patologie mediche e/o ostetriche che controindichino il parto vaginale		
Placenta previa marginale		

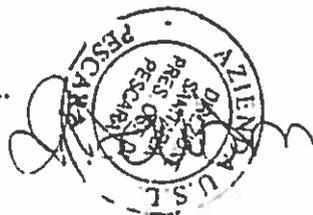
NOTE.....

In rapporto alla **presenza/ assenza** di controindicazioni, **si offre/ non si offre** alla donna la possibilità di accedere al travaglio di prova dopo taglio cesareo.

In fede,

Il medico

Pescara, li'.....



- Et  materna > 40
- Precedente travaglio indotto
- Precedente taglio cesareo per distocia in travaglio con scarsa dilatazione cervicale
- Peso fetale stimato >4000 g

Le **complicazioni** pi  gravi durante un travaglio di prova dopo taglio cesareo sono dovute alla maggiore fragilit  dell'utero nella zona della vecchia cicatrice. Il rischio assoluto di una rottura d'utero nel parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo   estremamente basso e quantificabile nello 0.3-0.8%. Questo significa che in una donna su 300 ca. pu  verificarsi una rottura d'utero che rende necessario un taglio cesareo d'urgenza.

In questi caso il nostro ospedale dispone di personale e strutture in grado di garantire un intervento in tempi rapidi e l'assistenza neonatale. Tale intervento pu  richiedere il ricorso a trasfusioni di sangue e/o a un'isterectomia d'urgenza subito dopo il taglio cesareo. Raramente in questi casi possono intervenire conseguenze gravi per il nascituro. Il rischio di mortalit  perinatale   stimato di 2-3/ 10000 ed   paragonabile a quello di donne al primo parto.

Nel caso in cui Lei esprimesse il consenso al travaglio dopo taglio cesareo, la sua assistenza ostetrica sar  del tutto simile a quella della altre donne prima del travaglio. Acceder  all'ambulatorio per le gravidanze a termine al compimento dell'epoca presunta del parto. Se il travaglio non sar  insorto spontaneamente entro le 41 settimane di gestazione sar  programmato un taglio cesareo iterativo. Se invece entrer  in travaglio spontaneo, per motivi di sicurezza, sar  necessario mantenere il monitoraggio cardiocografico continuo e il suo travaglio sar  monitorato in maniera pi  intensiva.

Io sottoscritta.....nata il,
 dopo aver letto e compreso le informazioni scritte allegate e dopo colloquio informativo col
 Dr..... in relazione agli aspetti clinici di un travaglio di parto in
 gravida che ha gi  subito, in precedenza, un taglio cesareo;

Dichiaro di aver compreso chiaramente quanto mi   stato spiegato e:

Chiedo di intraprendere un Travaglio di Prova finalizzato a un parto vaginale

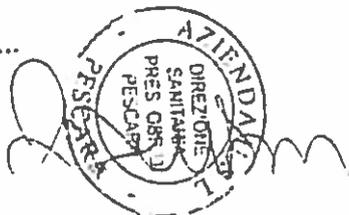
Chiedo di effettuare un taglio cesareo ripetuto

In fede,

La paziente.....

Il medico

Pescara, li'.....





REGIONE ABRUZZO

AZIENDA ULS PESCARA - Ospedale Spirito Santo
OSTETRICIA E GINECOLOGIA
Direttore: Dottor M. Rosati

PARTO SPONTANEO DOPO TAGLIO CESAREO: INFORMAZIONI PER LA GESTANTE

Gentile Signora,

Essendo stata sottoposta in passato ad un taglio cesareo, le chiediamo di leggere attentamente questo documento.

Un precedente taglio cesareo non comporta la necessit  di ripetere il taglio cesareo. In accordo con le maggiori Societ  Scientifiche, si pu  offrire a gran parte delle donne con pregresso taglio cesareo la possibilit  di partorire spontaneamente. Il fine   quello di ridurre i tagli cesarei non necessari cercando di ottenere, ove possibile, un parto vaginale in condizioni di adeguata sicurezza per la salute della mamma e del bambino. Il ricorso a tagli cesarei ripetuti comporta un rischio sempre crescente soprattutto, per la madre, e implica la impossibilit  al parto vaginale dopo pi  di due tagli cesarei.

In particolare sia la mortalit  che la morbilit  (cio  le complicanze legate all'intervento, all'anestesia, alle infezioni, alle emorragie etc.) materna   superiore per un taglio cesareo rispetto al parto per via vaginale. La mortalit  materna per Taglio Cesareo   riportata 4 casi /10.000 rispetto a 1 caso/10.000 nel parto vaginale. Il rischio relativo di tromboembolia   circa 4,8 volte superiore nel taglio cesareo rispetto al parto vaginale. Aumentano inoltre i rischi di lesioni intraoperatorie (vescicali, intestinali) legate alla maggiore difficolt  dell'intervento ripetuto.

Dopo due o pi  cesarei si possono verificare complicanze della gravidanza quali placenta previa e placenta accreta, condizioni ad alto rischio emorragico che possono esitare in necessit  di trasfusioni fino alla isterectomia d'urgenza.

Anche il neonato pu  beneficiare di un parto vaginale con riduzione dell'incidenza di difficolt  respiratorie dopo la nascita.

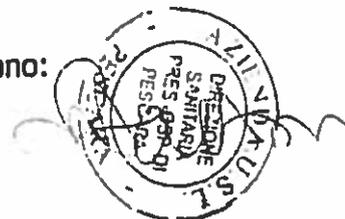
Sono **candidate** al travaglio le donne con uno o due precedenti tagli cesarei, in assenza di altre cicatrici uterine e in assenza di precedenti rotture d'utero.

La percentuale di successo di un parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo   molto alta, pari al 72 - 76%. Nel restante 24-28% si rende necessario un nuovo taglio cesareo in corso di travaglio.

Le condizioni che aumentano la possibilit  di successo sono:

- Et  materna < 40 anni
- Precedente parto spontaneo
- Precedente taglio cesareo eseguito in travaglio con buona dilatazione cervicale raggiunta
- Inizio spontaneo del travaglio

Le condizioni che diminuiscono la possibilit  di successo sono:



- Incannulare una vena periferica con ago 16 G; (se segni di shock l' Anestesista incannula una via centrale)
- Monitoraggio dei parametri vitali materni: pressione, polso, respiro, temperatura
- Posizionare catetere di Foley
- Trasporto della paziente in Sala Operatoria
- Infusione di cristalloidi

Bibliografia

SNLG-ISS 2011 Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole.
RCOG *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* GUIDALINE N.45
Febb 2007,1-17
SOGC *The Society of Obstetrics and Gynecologist of Canada* Ijgo
2005(89),319-331
ACOG *American College of Obstetricians and Gynecologists* Pract Bul.
Obstet Gynecol 2004;104(1):203-212

Allegati:

- Scheda selezione pazienti
- Informativa e consenso paziente

A handwritten signature in black ink is written over a circular stamp. The stamp contains some illegible text and a central emblem. The signature appears to be 'A. Wilson'.

ROTTURA D'UTERO

DEFINIZIONE:

Completa: interessa il muscolo uterino a tutto spessore, può interessare organi vicini (es. vescica)

Incompleta (deiscenza): se in sede di precedente isterotomia il rivestimento peritoneale è mantenuto integro.

FATTORI DI RISCHIO:

Antecedenti la gravidanza in oggetto:

- Precedente Isterotomia/metro-plastica, miomectomia;
- Incisione uterina corporale;
- Complicanze infettive post- Isterotomia

In corso di travaglio:

- Distocia meccanica o dinamica
- Presentazioni anomale
- Uso incongruo di ossitocici
- Manovre ostetriche incongrue (Kristeller)
- Contusioni e traumi uterini

SEGNI CLINICI DI ROTTURA D'UTERO:

- comparsa improvvisa ed inspiegabile di CTG sospetto/patologico: bradicardia marcata preceduta o meno da decelerazioni variabili medio-gravi
- improvviso e lacerante dolore all'addome
- cessazione dell'attività contrattile
- sanguinamento vaginale di differente entità in corso di travaglio o che persiste dopo il parto
- segni di shock emorragico (tachicardia materna, ipotensione..)
- alla palpazione addominale riconoscibili le parti fetali ed all'esplorazione vaginale la parte presentata è risalita nella pelvi

MANAGEMENT DELLA ROTTURA D'UTERO:

La _____ provvedono ad attivare l'urgenza (reperibile, personale sala operatoria, anestesista, neonatologo)

Il

- Pone diagnosi di sospetto di rottura ed indicazione a laparotomia d'emergenza
- Richiede 3 sacche di GRC
- Procede a laparotomia d'urgenza ed estrazione del feto

L'

aiuta e collabora con

nella preparazione della paziente:



- perdite ematiche vaginali o urinarie
- riduzione/scomparsa improvvisa delle contrazioni
- risalita della parte presentata
- segni di shock
- Non è controindicata l'analgesia peridurale
- Sotto prescrizione medica è possibile l'impiego di amnioressi e ossitocina con schema a basse dosi e non superando le 5 contrazioni in 15 minuti, in caso di rallentamento del travaglio

Assistenza in periodo espulsivo

- Avvisare il Medico dell'inizio del periodo espulsivo che deve essere presente in sala parto
- I tempi del periodo espulsivo rispecchiano quelli fisiologici di nullipara
- La registrazione cardiocografica continua deve proseguire anche in periodo espulsivo.
- Nella fase di latenza lasciar riposare la donna
- In presenza di una durata eccessiva del periodo espulsivo (max 2 ore compresa la fase di latenza) si puo' valutare il ricorso all'uso della ventosa
- Le manovre di Kristeller sono assolutamente controindicate

Nel post-partum non è raccomandato il controllo transvaginale dell'integrità della cicatrice uterina

