



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE LIGURIA
AZIENDA U.S.L. N.5 – “SPEZZINO”
U.O. GINECOLOGIA E OSTETRICIA
Direttore: Dr. G.S. Nucera

SCHEDA INFORMATIVA PER TAGLIO CESAREO

La sottoscritta.....nata ail.....

Dichiara di essere stata informata in modo chiaro ed esauriente che:

Il taglio cesareo è un intervento chirurgico che permette la nascita del bambino attraverso l'apertura della cavità addominale e della parete anteriore dell'utero.

Dopo l'estrazione del neonato si procede all'estrazione della placenta (secondamento per spremitura o manuale) e quindi alla sutura della breccia uterina, del piano muscolo fasciale e della cute (generalmente con agraiffe metalliche, che saranno rimosse 5-7 giorni dopo l'intervento). La permanenza in ospedale è di tre giorni, salvo complicazioni.

In caso di appropriata indicazione medica, il taglio cesareo è in grado di garantire a madre e bambino benefici superiori rispetto ai potenziali rischi che inevitabilmente comporta.

Le possibili indicazioni mediche all'esecuzione del taglio cesareo sono:

- Presentazione podalica (in cui il rivolgimento per manovre esterne è controindicato o fallito)
- Situazione trasversa
- Gravidanza gemellare monocoriale; gravidanza gemellare bicoriale biamniotica con primo gemello non cefalico o, su richiesta materna, anche in presenza di entrambi i feti cefalici
- Placenta previa centrale o marginale
- Infezione da HIV
- Infezione primaria da HSV vicino al momento del parto o entro le 6 settimane precedenti
- Stima del peso fetale > 4500 gr in paziente diabetica (ISS 2011)
- Pregresso taglio cesareo (longitudinale, rifiuto o impossibilità di eseguire prova travaglio)
- Pregressa miomectomia intramurale
- Situazioni che si verificano durante il travaglio di parto, non prevedibili, che pongano indicazione a cambiare la via del parto da vaginale al taglio cesareo per rischi materni o fetali: distocia dinamica (arresto della dilatazione), mancato impegno della parte presentata, alterazioni cardiotocografiche, altro.....
- Patologia materna e/o fetale che controindica il parto vaginale:

Le possibili complicanze del taglio cesareo sono:

- Lesioni accidentali di organi vicini all'utero (vescica nello 0,1-0,3% dei casi; intestino e uretere < 0,1% dei casi) la cui risoluzione è chirurgica.
- Emorragia (0,5%), trombosi venosa profonda, infezioni, endometrite post-partum (6,4%) la cui risoluzione avviene con terapia medica appropriata.
- Cicatrice chirurgica addominale con esito non ottimale (0,9%).
- Il taglio cesareo necessita di una anestesia loco-regionale o generale, anch'essa possibile causa di complicanze precoci o tardive.

- Durante l'estrazione chirurgica si possono verificare lesioni a carico della testa o di altre parti fetali (circa 0,2% dei casi).

Le gravidanze successive non necessariamente esiteranno in un altro taglio cesareo, ma le probabilità di un parto per via vaginale saranno diminuite; inoltre è sconsigliata una gravidanza che abbia un intervallo a termine inferiore a 18 mesi: la cicatrice uterina è un punto di minor resistenza e potrebbe verificarsi una rottura uterina in tale sede nello 0,5 - 0,8% dei travagli o durante la gravidanza.

I rischi di un parto e le possibili alternative al taglio cesareo sono:

- Presentazione podalica: il parto aumenta di circa 3 volte il rischio di mortalità fetale e di 2 volte la morbosità rispetto alla presentazione cefalica (6% ipossia fetale; lesioni vascolari, ossee e nervose);

- Gemelli: se entrambi in presentazione cefalica, il parto vaginale è appropriato a ogni epoca gestazionale; qualora uno dei due gemelli fosse in presentazione podalica il parto aumenterebbe il rischio di mortalità e morbosità fetale; il rivolgimento per manovre esterne non è indicato.

- Placenta previa: la placenta è inserita in maniera anomala a livello del segmento uterino inferiore e ricopre l'orifizio uterino interno in parte o totalmente, non è possibile il partovaginale, nel 30-50 % dei casi vi è rischio di emorragia e nel 30% di mal presentazioni fetali.

- Infezione da HIV: il rischio di trasmissione madre-neonato scende dal 25-30% al 2% se viene instaurata terapia antiretrovirale in gravidanza e programmato un taglio cesareo elettivo a 37 settimane; in caso di carica virale molto bassa (< 400 copie/ml), o se la paziente esegue politerapia, è possibile, in alcuni Centri italiani, il parto per via vaginale.

- Infezione da Herpes simplex (HSV): se l'infezione primaria è contratta nel 3 trimestre il rischio di trasmissione madre-neonato è del 30-50%; se il neonato entra in contatto con secrezioni materne infette può sviluppare un'infezione erpetica sistemica grave; in caso di parto vaginale il rischio di infezione neonatale è del 40% circa.

- Pregresso taglio cesareo: un pregresso intervento non controindica il travaglio di prova, la probabilità di successo è del 70% e il rischio di complicanze correlate alla rottura dell'utero in sede di cicatrice dello 0,5-0,8%.

Dopo aver letto attentamente quanto sopra, compreso la necessità di essere sottoposta a taglio cesareo ed averne esaurientemente discusso con il dr.....
dichiaro di acconsentire all'intervento.

Firma della paziente

La Spezia, data.....

Bibliografia:

- "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole" gennaio 2010. Sistema nazionale per le linee guida (SNLG) Istituto Superiore di Sanità
- "Caesarean section" Linee guida RCOG novembre 2011
- "Caesarean section" Clinical Guideline NICE (National Institute for Clinical Excellence) 2004
- "Vaginal breech delivery: results of a prospective registration study" BMC Pregnancy Childbirth. 2013 Jul 24;13(1):153.
- "Caesarean section for HIV-infected women in the combination antiretroviral therapies era, 2000-2010." Am J Obstet Gynecol 2013; 9378(13): 629
- "Vaginal Birth after caesarean delivery" Obstet Gynecol 2011;183:342-50.