



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 CON RICHIESTA DI STERILIZZAZIONE TUBARICA

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.....

TECNICA DI STERILIZZAZIONE TUBARICA LAPAROTOMICA IN CORSO DI TAGLIO CESAREO

La sterilizzazione tubarica volontaria mediante tecnica laparotomica in corso di taglio cesareo, consiste nell'interrompere il lume tubarico, al fine di impedire le successive gravidanze. La tecnica più utilizzata al mondo è quella di Pomeroy modificata, che consiste nel legare entrambe le tube mediante un laccio con filo riassorbibile e la loro sezione. I monconi tubarici vengono quindi diatermocoagulati. Questa tecnica può essere eseguita solo e soltanto se la paziente deve già essere sottoposta a taglio cesareo per altre indicazioni e non rappresenta un'alternativa per eseguire il taglio cesareo. La tecnica può non risultare effettuabile quando per motivi anatomici le tube non sono raggiungibili (esiti aderenziali). Vi può essere un fallimento della tecnica con conseguente gravidanza che è dell'ordine del 1.3/1000 in relazione alla tecnica ed all'esperienza del chirurgo.

AVENDO LETTO E COMPRESO QUANTO SOPRA, DICHIARO CHE:

- Ho capito ed approvo quanto letto e quanto mi è stato spiegato.
- Ho ben compreso le modalità di esecuzione dell'intervento e che il danno anatomico è irreversibile.
- Ho compreso che l'intervento non mi mette al riparo da malattie sessualmente trasmesse, prevenibili solo con l'uso del profilattico.
- Confermo che è una mia precisa volontà sottopormi alla procedura e che ho comunque facoltà di cambiare idea fino al momento dell'esecuzione dell'intervento.

Dopo quanto mi è stato esposto ed ho letto nella presente nota informativa,

ACCONSENTO

ad essere sottoposta alla procedura di sterilizzazione tubarica mediante la tecnica SOPRADESCRITTA:

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.
- "Cesarean section for HIV-infected women in the combination antiretroviral therapies era, 2000-2010." Am J Obstet Gynecol 2013; 9378(13): 629
- "Vaginal Birth after cesarean delivery" Obstet Gynecol 2011;183:342-50.