

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 TRAVAGLIO DI PROVA DOPO PREGRESSO TAGLIO CESAREO

La **sottoscritta**.....nata a.....il.....
G.....P.....TC..... Pregresso taglio cesareo segmentario eseguito il.....
Con indicazione.....

Attuale gravidanza · normodecorsa

· altro.....

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

1) le controindicazioni al travaglio di prova sono:

- Presentazione podalica del feto
- Due o più pregressi TC (a meno che non sia presente un pregresso parto vaginale)
- Macrosomia
- Incisione uterina corporale o a “T” nel pregresso taglio cesareo
- Gravidanza Gemellare con presentazione podalica I° gemello
- Pregressa miomectomia con apertura della cavità
- Pregressa rottura d’utero
- Rifiuto della donna ad effettuare un travaglio di prova
- Controindicazioni ostetriche al parto vaginale

2) le controindicazioni relative al travaglio di prova sono:

- Gravidanza post-termine
- Mancanza di documentazione concreta relativa al pregresso taglio cesareo
- Gravidanza gemellare con feti in presentazione cefalica
- Pregressa miomectomia con insufficiente documentazione dell’intervento
- Intervallo tra pregresso TC e fecondazione <6 mesi

3) Un pregresso taglio cesareo non controindica il travaglio di prova, quindi non indica di routine la necessità di eseguire un altro taglio cesareo.

4) La probabilità di **parto con successo** è circa del **70%** (72-76%). Questa probabilità aumenta se la paziente ha precedentemente partorito per via vaginale.

5) Le **possibili complicanze di un travaglio di prova** sono:

- rottura dell’utero in sede della pregressa cicatrice nello 0,5-0,8% dei casi. In tal caso è necessario un intervento chirurgico urgente con alto rischio di complicanze materne e fetali. Pertanto è

assolutamente necessario , qualora si scelga il travaglio di prova, uno stretto monitoraggio materno fetale. Tale rischio aumenta di 2-3 volte se l'intervallo dal precedente taglio cesareo è inferiore a 18 mesi. Il rischio di rottura d'utero è presente anche per parti in pazienti pluripare senza pregresso taglio cesareo con una frequenza dello 0,1-0,2%.

- acidosi neonatale (pH < 7.00) nello 0,15% dei casi.

6) L'alternativa al travaglio di prova è la ripetizione di un taglio cesareo, che è un intervento chirurgico gravato da potenziali rischi.

7) I **rischi** direttamente associati al **taglio cesareo elettivo** sono:

- Aumento di complicanze nelle gravidanze successive, come **l'accretismo placentare** (condizione in cui la placenta è patologicamente adesa all'utero e ne invade la parete, per cui al momento del parto non può separarsi completamente determinando un'emorragia severa, con la necessità talvolta di ricorrere all'isterectomia, cioè all'asportazione dell'utero, per fermare il sanguinamento). Il rischio di placenta accreta è direttamente correlato al numero dei tagli cesarei pregressi: 0,24% se 1 taglio cesareo pregresso; 0,31% se 2 tagli cesarei pregressi; 0,57% se 3 tagli cesarei pregressi, e così via;

- Aumento di **complicanze intraoperatorie** correlate agli esiti aderenziali degli interventi precedenti: danno vescicale, ureterale, intestinale nello 0,2-0,8% dei casi; rischio di isterectomia (asportazione dell'utero) correlato al numero di tagli cesarei pregressi: 0,65% se 1 taglio cesareo pregresso; 0,42% se 2 tagli cesarei pregressi; 0,9% se 3 tagli cesarei pregressi, ecc.

- Aumento di **complicanze respiratorie neonatali** (rischio di circa 3-4% rispetto al 2-3% in caso di parto vaginale): l'epoca gestazionale in cui viene programmato un taglio cesareo elettivo inferiore a 40 settimane e l'assenza del travaglio di parto non garantiscono una maturità polmonare fetale.

8) 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 postpartum (6,4%) la cui risoluzione avviene con terapia medica appropriata.

- Cicatrice chirurgica addominale con esito non ottimale (0,9%).

9) Il taglio cesareo necessita di una anestesia loco-regionale o generale, anch'essa possibile causa di complicanze precoci o tardive.

Dopo aver letto attentamente quanto sopra e compreso rischi e benefici derivanti da entrambe le opzioni e averne esaurientemente discusso con il medico, non essendo presenti le controindicazioni di cui sopra..

· **esprimo il mio consenso al travaglio di prova**

· **chiedo il taglio cesareo elettivo**

Firma della paziente La Spezia, data.....

Firma e timbro Medico che acquisisce il consensodata.....

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 Royal College Obstetric and Gynecology novembre 2011

- RCOG Guideline n° 45 "Birth after Previous Cesarean Birth" 2007

- "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.
- “Vaginal Birth after cesarean delivery” *Obstet gynecol* 2011;183:342-50.
- “Elective repeat cesarean delivery compared with spontaneous trial of labor after a prior cesarean delivery: a propensity score analysis” *AJOG* 2012 SMFM Papers