

IL PARTO VAGINALE IN PAZIENTI BICESARIZZATE

LA NOSTRA ESPERIENZA

Ospedale San Valentino, Montebelluna

U.O. di Ginecologia e Ostetricia

G. Poloni, E. Busato, MG Salmeri, F. Da Forno, P. Giacomelli, S. Tessari, A. Mazzocco, D.A.

La Gamba, D. Nadai, S. Qualizza.

INTRODUZIONE

Nel corso degli anni in Italia la percentuale di parti con taglio cesareo è progressivamente aumentata andando così a generare nella popolazione in età fertile un pool di donne che devono partorire per la seconda o terza volta dopo un intervento sull'utero.

Lo specialista si trova così a dover indirizzare la paziente verso una scelta giusta e ponderata: travaglio di prova o taglio cesareo ripetuto?

Ormai pur con la consolidata evidenza di poter fornire alla paziente una valida e sicura opzione affrontando il travaglio di prova dopo un taglio cesareo, in Italia troviamo realtà discordanti ove il taglio cesareo elettivo viene posto come unica soluzione.

In letteratura già Flamm nel suo studio multicentrico del 1990 supportava piccoli studi già presentati che asserivano che avevano concluso che la politica del cesareo elettivo ripetuto dovesse essere abbandonato. Una più approfondita review pubblicata su Perinatology nel 2010 ha analizzato gli esiti materni a breve termine con parto vaginale dopo taglio cesareo o taglio cesareo ripetuto evidenziando a favore del primo un minor rischio di isterectomia, di trasfusioni, di eventi tromboembolici e una degenza ridotta. Se andiamo a interpretare gli esiti a lungo termine ci sarà minor incidenza di dolore cronico, aderenze, rischio di accretismo placentare, infertilità o sub-fertilità e complicanza perinatali in successive gravidanze.

Se andiamo ad analizzare in letteratura il parto vaginale dopo due tagli cesarei (VBAC - 2) il materiale cala sensibilmente, non avendo ricevuto l'opportuna attenzione da parte di ostetrici che per la maggior parte delle volte dissuadono la donna che potrebbe richiedere il travaglio di prova.

Nella review sistematica di Tahseen del 2009 ritroviamo lo 0.55% di pazienti sottoposte a isterectomia, una percentuale di trasfusione di 1.99% nel VBAC - 2 rispetto a 1.21% nel VBAC 1. Per quanto riguarda la patologia perinatale correlata alla via del parto non sono indicate differenze.

MATERIALI E METODI

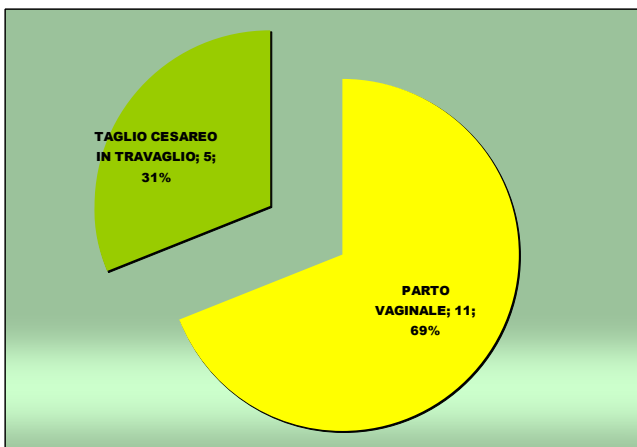
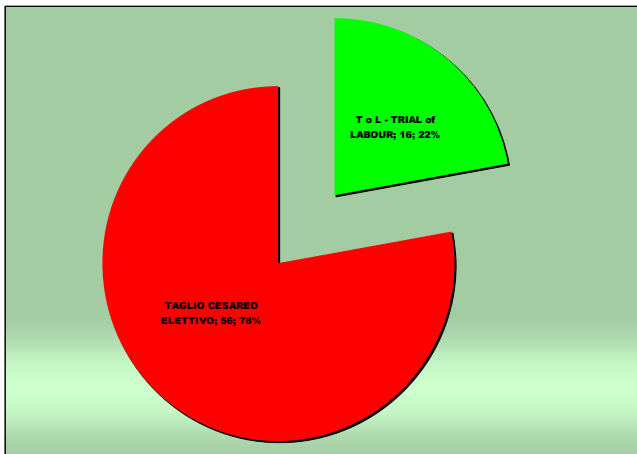
Tra dicembre 2008 e dicembre 2013 presso la nostra Unità Operativa hanno partorito 6727. con valutazione tratta da CEDAP abbiamo rilevato la percentuale media di taglio cesareo di 14,18%.

Considerando assodata la possibilità di proporre e invitare la paziente a provare il travaglio di prova dopo un taglio cesareo abbiamo analizzato i dati riguardanti il parto in quelle donne che dopo opportuno counseling si sottoponevano a travaglio di prova esitato in parto vaginale dopo due tagli cesarei, analizzando sia l'outcome materno che perinatale. Delle 72 pazienti bicesarizzate considerate nell'intervallo di tempo, 16 hanno dato il consenso per affrontare il travaglio di prova, mentre le restanti 56 sono state sottoposte a taglio cesareo elettivo.

Delle 16 pazienti il 68,7 % (11 pazienti) ha partorito spontaneamente, senza comparsa di iperpiressia, necessità di emotrasfusioni, di rottura d'utero né necessità di accesso in terapia intensiva neonatale.

La non necessità di emotrasfusione è confortata dal valore di emoglobina media pre-parto di 10,9 g/dL e post-partum di 10.97 g/dL con riscontro da valutazione retrospettiva di integrazione marziale endovenosa in 2 pazienti (18%). Una paziente (9%) ha avuto necessità di revisione di cavità uterina nell'immediato post-partum per ritenzione di placenta.

I NOSTRI RISULTATI



DISCUSSIONE

La limitazione della valutazione risiede come in altri lavori nell'esiguo campione esaminato, ma alla luce dei nostri dati la proposta di un travaglio di prova non ci pone di fronte ad una scelta avventata o ad alto rischio per la paziente.

Sicuramente la proposta che viene fatta alla paziente di sottoporsi ad un travaglio di prova presuppone alla presenza di personale dedicato cosciente e consapevole in grado di monitorare costantemente il benessere materno-fetale.

La diffidenza e la paura sicuramente diffusa nell'assistere un travaglio in pazienti bicesarizzate non supportata dall'evidenza può essere frutto di episodi singoli e sporadici di outcome non favorevoli.

Il monitoraggio cardiocotografico e la clinica devono confortare e porre sul piatto della bilancia tutti gli eventi avversi che si possono presentare in corso di taglio cesareo in una paziente che sta affrontando il terzo intervento con rischio di danno vescicale, intestinale, vascolare della paziente, senza peraltro dimenticare l'elevato rischio di tromboembolico.

CONCLUSIONI

Il travaglio di prova nelle pazienti bicesarizzate intrapreso previo consenso della paziente e dopo counselling rimane nella nostra unità operativa un'opzione valida per garantire minor morbilità e miglior assistenza ostetrica.

Questo dovrebbe essere stimolo nel proporre ulteriori indagini al fine di supportare evidenze su più ampia scala così come è accaduto per il parto dopo pregresso taglio cesareo.