



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI FERRARA  
- EX LABORE FRUCTUS -

# ***Il lavoro di squadra in sala parto***

## ***Linee guida sul taglio cesareo***

***Dott.ssa Alessia Palano***

*U.O Ostetricia e Ginecologia  
Azienda Ospedaliero Universitaria  
Arcispedale Sant'Anna  
Ferrara*

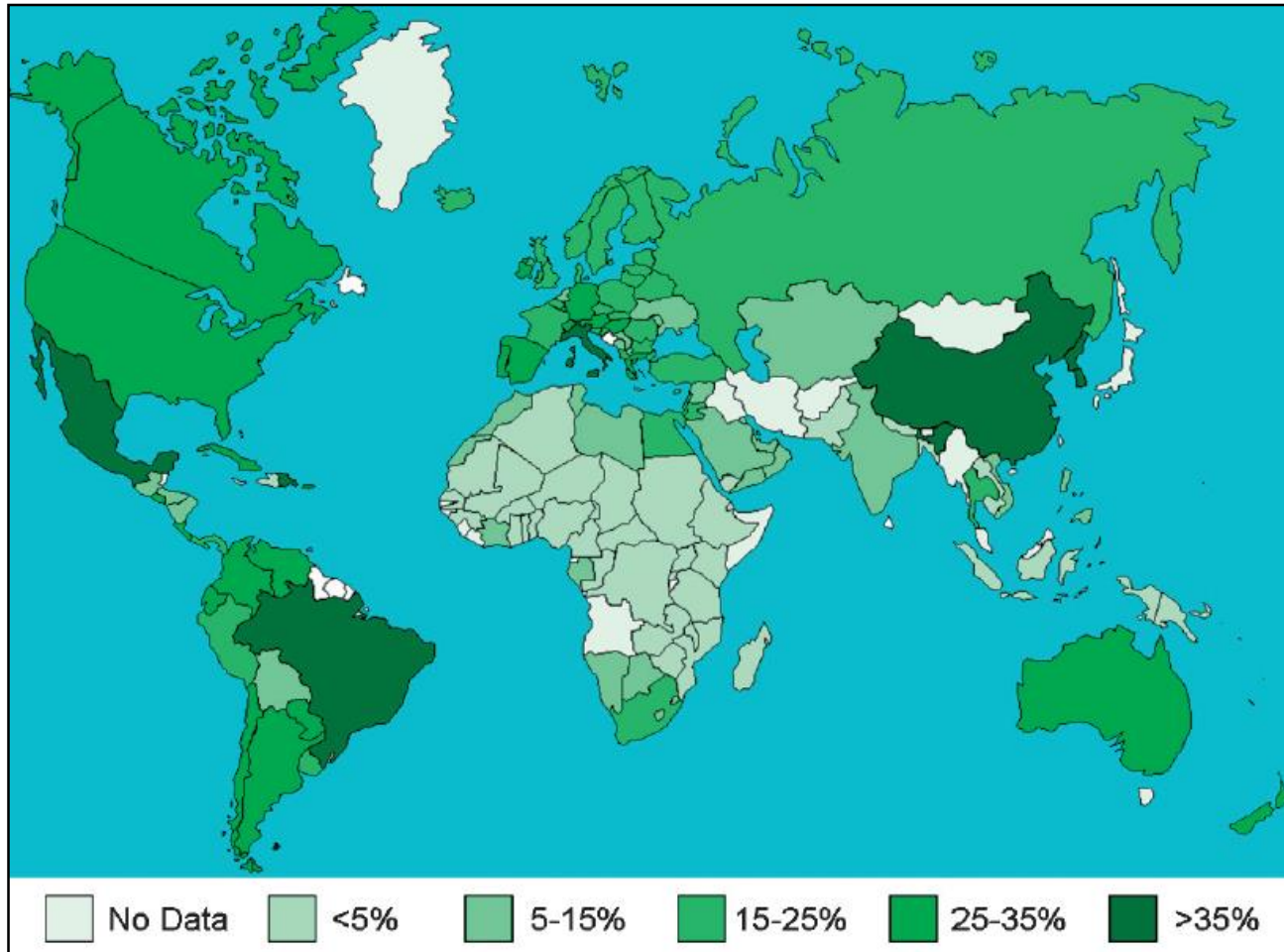


# Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole

**Seconda parte**



## *Il taglio cesareo nel mondo*



Tassi di tagli cesarei nel mondo

Fonte: "Betràn AP et al. Rates of cesarean section: analysis of global and regional and national estimates. Paediatric and Perinatal Epidemiology 2007; 21 (2): 98-114"

## Epidemiologia del taglio cesareo

La frequenza del taglio cesareo nei paesi industrializzati ha da anni un andamento in ascesa. In Italia il ricorso al taglio cesareo è in continuo aumento: è passato, infatti, dall'11% nel 1980 al 38% nel 2008<sup>1,2</sup>. Questa percentuale si discosta notevolmente dagli standard europei riportati nel rapporto Euro-Peristat sulla salute materno-infantile<sup>3</sup> pubblicato nel dicembre 2008 (vedi figura 1).

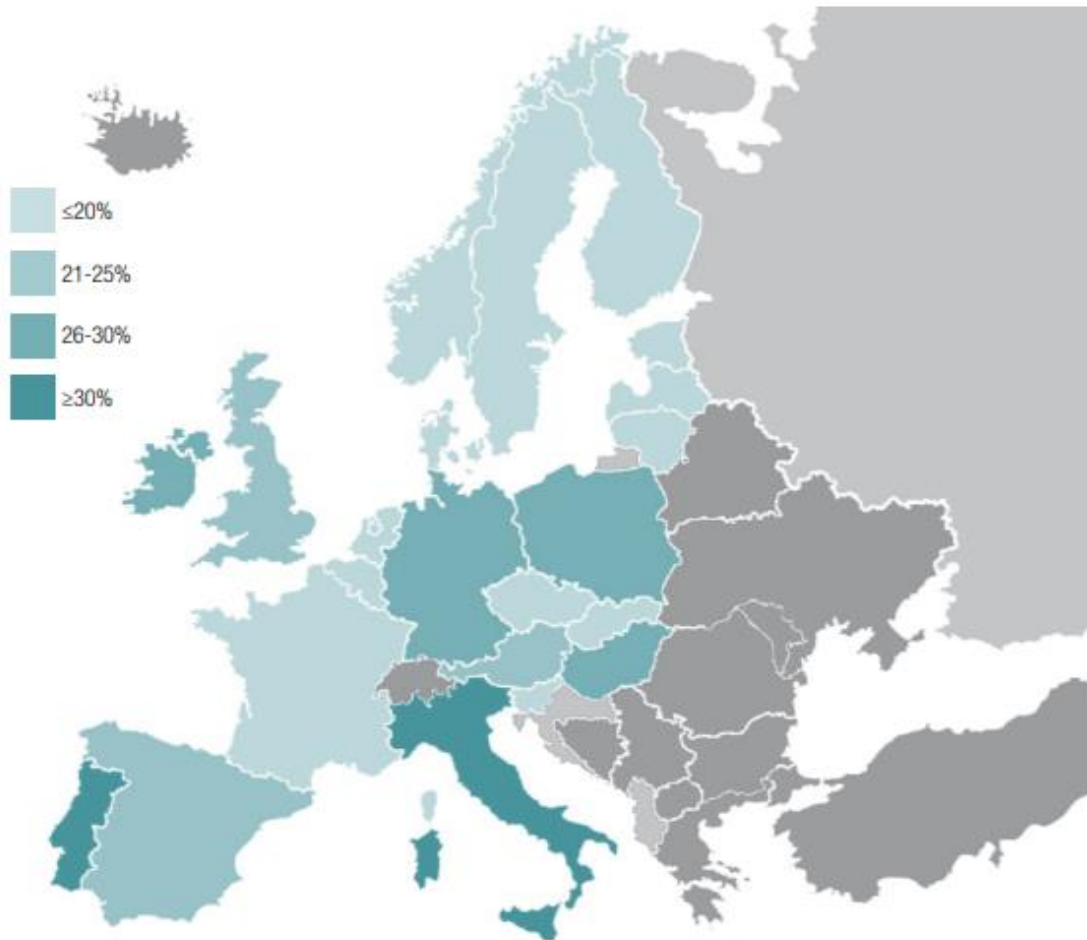
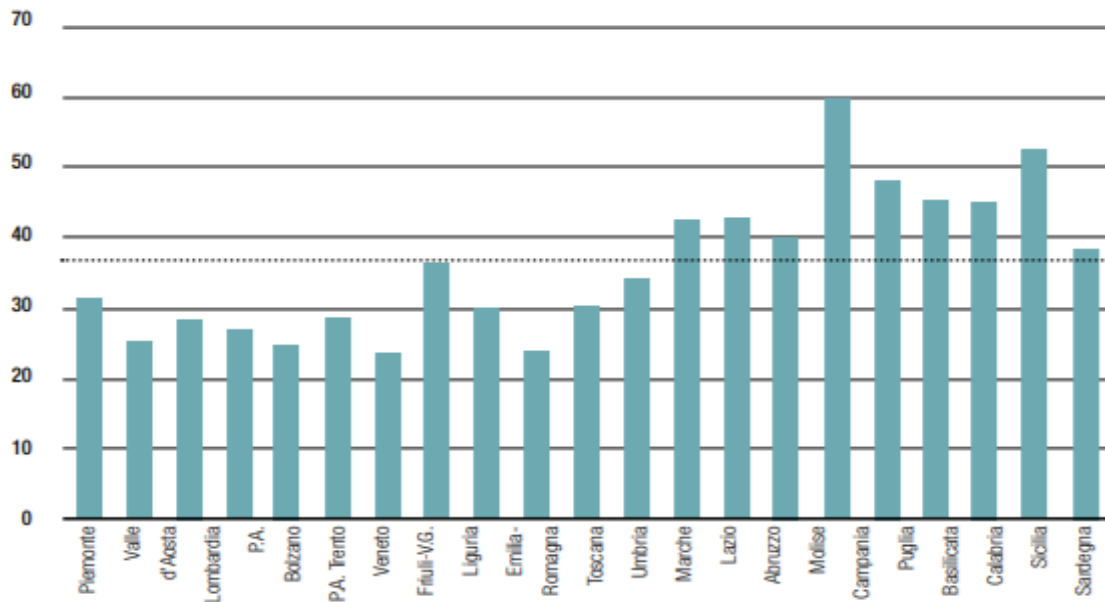


Figura 1. Percentuale di tagli cesarei in Europa (Fonte: European Perinatal Health Report, dicembre 2008).

*Il taglio  
cesareo in  
Europa*

# Il taglio cesareo in Italia



**Figura 2. Percentuale di taglio cesareo nelle regioni italiane**

(fonte: Ministero della salute, Sistema informativo sanitario CeDAP, anno 2008)



\* per 100 donne che hanno partorito negli ultimi cinque anni, dati 2013

# *TC in ITALIA: le ragioni*

- Maggior numero di nullipare.
- Età materna avanzata.
- CTG in continuo
- Riduzione della frequenza dei parti operativi (forcipe e ventosa ostetrica)
- Aumento frequenza dell' induzione del travaglio di parto
- Aumento dell' obesità, anche grave
- Riduzione dei VBAC.
- Medicina difensiva

### **Tabella 1. Percentuale di tagli cesarei per volume di attività**

(fonte: Ministero della salute, Sistema informativo sanitario CeDAP, anno 2008)

<i>Fascia di volume di attività (parti/anno)</i>	<i>Percentuale di tagli cesarei</i>
<500	49,7
500-799	43,5
800-999	40,3
1.000-2.499	35,0
≥2.500	33,5
<b>Totale</b>	<b>37,8</b>

# Urgenza-Emergenza: Criteri

Tabella 2. La classificazione di Lucas<sup>5</sup>

1. Emergency	immediate threat to life of woman or fetus
2. Urgent	maternal or fetal compromise which is not immediate life-threatening
3. Scheduled	needing early delivery but no maternal or fetal compromise
4. Elective	at a time to suit the woman and maternity team



## Raccomandazioni

VC

Si raccomanda di documentare in cartella clinica l'urgenza del taglio cesareo, al fine di facilitare una comunicazione chiara ed efficace tra operatori sanitari.

VC

Si raccomanda di utilizzare la seguente versione modificata della classificazione di Lucas:

- codice rosso – pericolo immediato per la vita della madre e/o del feto
- codice giallo – compromissione delle condizioni materne e/o fetali che non costituisce un immediato pericolo di vita
- codice verde – assenza di compromissione delle condizioni materne e/o fetali, ma necessità di anticipare il parto
- codice bianco – parto da inserire nella lista operatoria in base alle disponibilità del punto nascita.

# PP PODALICA

## Raccomandazioni

**IB**

In caso di gravidanza a termine con feto singolo in presentazione podalica è opportuno offrire un taglio cesareo programmato perché l'intervento diminuisce la mortalità perinatale/neonatale e la morbosità neonatale grave rispetto al parto vaginale. In caso di taglio cesareo programmato, questo non deve essere effettuato prima delle 39<sup>+0</sup> settimane di età gestazionale.



# PP PODALICA



IA

In caso di gravidanza senza complicazioni e feti a termine, a partire da 37<sup>o</sup> settimane di età gestazionale al fine di aumentare le probabilità di un parto vaginale.

IA

Nel rivolgimento per manovre esterne si raccomanda l'uso di analgesici (per via endovenosa) in quanto, in assenza di contraindicazioni, aumenta la probabilità di successo della procedura.

IIIB

Le manovre di rivolgimento sono controindicate in caso di: travaglio di parto, rottura delle membrane, anomalie cardiocografiche, placenta previa, sanguinamento vaginale, cicatrici e malformazioni uterine e specifiche condizioni cliniche materne e/o fetali.

IIIC

In caso di precedente taglio cesareo i dati disponibili circa l'efficacia e la sicurezza del rivolgimento per manovre esterne non sono conclusivi, pertanto la manovra può essere offerta solo dopo avere valutato e discusso con la donna i potenziali benefici e danni.

# PP PODALICA



ID

Alla luce delle prove disponibili la moxibustione non deve essere offerta quale tecnica efficace nel ridurre la probabilità di taglio cesareo in caso di presentazione podalica.

IC

A tutt'oggi non sono disponibili prove conclusive a sostegno dell'efficacia della moxibustione nel favorire la versione del feto in presentazione podalica.

# GRAVIDANZA GEMELLARE

## Raccomandazioni

IVB

Nelle gravidanze gemellari bicoriali/biamniotiche a termine con presentazione cefalica per entrambi i gemelli, in assenza di fattori di rischio, si raccomanda il parto per via vaginale in quanto non è dimostrata l'efficacia del taglio cesareo nel ridurre la mortalità e la morbosità neonatali.

IVC

Nelle gravidanze gemellari bicoriali/biamniotiche in cui uno dei due gemelli non ha presentazione cefalica non sono disponibili prove conclusive a sostegno dell'efficacia del taglio cesareo nel ridurre la morbosità e mortalità neonatale.

BPC

Nelle gravidanze gemellari bicoriali/biamniotiche in cui uno dei due gemelli non ha presentazione cefalica l'assistenza al parto per via vaginale deve essere offerta in una struttura ospedaliera che possa garantire una *expertise* ostetrico-ginecologica e neonatologica appropriata.

IVB

Nelle gravidanze gemellari bicoriali/biamniotiche senza fattori di rischio, in caso sussistano indicazioni al taglio cesareo programmato, l'intervento non deve essere effettuato prima di 38<sup>+0</sup> settimane, per evitare eventi avversi neonatali.



IVB

Nelle gravidanze monocoriali biamniotiche non complicate si raccomanda l'espletamento del parto a 36-37<sup>+0</sup> settimane di gestazione.

VB

Nelle gravidanze monocoriali monoamniotiche non complicate si raccomanda l'espletamento del parto mediante taglio cesareo a 32 settimane di gestazione.

# IUGR



## Raccomandazioni

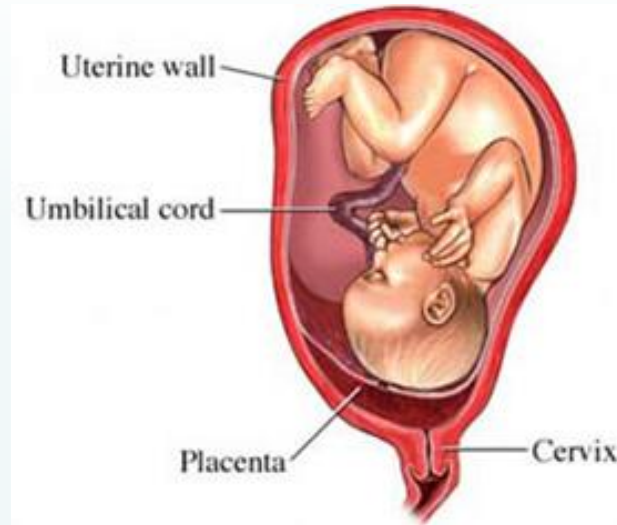
**IB**

**Il taglio cesareo programmato non è raccomandato nei feti con ritardo di crescita fetale in assenza di alterazioni della velocimetria Doppler.**

**BPC**

**In caso di alterazioni della velocimetria Doppler il ricorso al taglio cesareo va valutato in funzione della gravità del caso.**

# PLACENTA PREVIA CENTRALE



## Raccomandazioni

**VC** In caso di placenta previa centrale (totale o parziale) o di placenta previa marginale (<2 cm dall'orifizio uterino interno) è raccomandato il ricorso al taglio cesareo programmato.

**BPC** Il taglio cesareo deve essere effettuato in un punto nascita di livello appropriato per gestire le eventuali emergenze materno-fetali e neonatali.

# DIABETE

## Raccomandazioni

- III D** Il diabete pregestazionale e gestazionale non rappresenta di per sé un'indicazione al taglio cesareo.
- III B** In caso di feto con peso stimato  $\geq 4.500$  g è raccomandato il taglio cesareo a partire da 38<sup>+0</sup> settimane di gestazione.
- III B** Il diabete pregestazionale e gestazionale non costituisce una controindicazione al parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo.

# INFEZIONI

## Raccomandazioni

VC

Il taglio cesareo programmato è raccomandato alle donne con infezione primaria da *Herpes simplex* genitale che presentano lesioni nel terzo trimestre di gravidanza o al momento del parto, in quanto l'intervento diminuisce il rischio di infezione neonatale da HSV. Il taglio cesareo non deve essere effettuato prima delle 39<sup>+0</sup> settimane di gestazione.

VC

Le donne in gravidanza, con ricorrenza del virus HSV in prossimità del parto, devono essere informate che vi sono incertezze circa l'efficacia del taglio cesareo programmato nel ridurre il rischio di infezione neonatale da HSV. Pertanto il taglio cesareo non deve essere proposto di routine.

# INFEZIONI 2

## Raccomandazioni

IIIC

Il taglio cesareo programmato non è raccomandato alle donne in gravidanza affette da epatite C in quanto non riduce il rischio di trasmissione del virus dalla madre al neonato.

IIIC

Il taglio cesareo programmato è raccomandato in caso di coinfezione da HIV e HCV in donne non in terapia HAART e/o con carica virale HIV plasmatica  $>50$  copie/ml, in quanto l'intervento riduce la trasmissione verticale da madre a neonato.

IVC

Le donne in gravidanza con coinfezione HIV/HCV, in terapia HAART e con carica virale HIV plasmatica  $<50$  copie/ml, devono essere informate che vi sono incertezze circa l'efficacia del taglio cesareo programmato nel ridurre il rischio di infezione neonatale da HCV. Pertanto il taglio cesareo deve essere proposto solo dopo avere valutato e discusso con la donna i potenziali benefici e danni.

IIIB

Le donne in gravidanza con epatite B non devono essere sottoposte di routine a un taglio cesareo programmato in quanto non sono disponibili prove conclusive a sostegno della sua efficacia nel ridurre la trasmissione di epatite B dalla madre al neonato.

# INFEZIONI 3

## Raccomandazioni

Un taglio cesareo programmato a 38<sup>+0</sup> settimane per prevenire il travaglio e/o la rottura delle membrane è raccomandato in caso di:

**IA** • terapia antiretrovirale altamente attiva con carica virale plasmatica maggiore di 50 copie/ml

**IA** • monoterapia con ZDV quale alternativa alla terapia antiretrovirale altamente attiva

**IIIC** • coinfezione da HIV ed epatite C in donne non in terapia HAART e/o con carica virale HIV plasmatica maggiore di 50 copie/ml.

**IB** Un travaglio di parto può essere offerto alle donne in terapia antiretrovirale altamente attiva con carica virale plasmatica <50 copie/ml, avendo cura di limitare, per quanto possibile, le manovre che aumentano il rischio di contaminazione ematica materno-fetale (amniorexi precoce, ripetute esplorazioni vaginali a membrane rotte, monitoraggio invasivo del benessere fetale, utilizzo di forcipe e ventosa, episiotomia).

**BPC** In caso di indicazioni ostetriche al taglio cesareo in donne con carica virale plasmatica <50 copie/ml, questo non deve essere effettuato prima di 39<sup>+0</sup> settimane di gestazione per ridurre i rischi neonatali.

# TIMING dell' INDUZIONE

## Raccomandazioni

- BPC** In caso di gravidanza senza complicazioni prima di 41<sup>+0</sup> settimane si raccomanda di attendere l'insorgenza spontanea del travaglio. Un'induzione prima di 41<sup>+0</sup> settimane aumenta il rischio di ricorso inappropriato al taglio cesareo.
- IB** In caso di gravidanza senza complicazioni materne o fetali, a partire dalla settimana 41<sup>+0</sup> si può ricorrere all'induzione del travaglio oppure osservare un atteggiamento di attesa perché mancano prove di efficacia conclusive a sostegno dell'una o dell'altra procedura.
- IB** Il momento in cui effettuare l'induzione del parto deve tener conto delle preferenze della donna, dei risultati dei test di sorveglianza fetale adottati e delle condizioni locali (punteggio di Bishop).
- BPC** Alle donne che a 42<sup>+0</sup> settimane di età gestazionale rifiutano l'induzione al parto deve essere offerto un monitoraggio appropriato delle condizioni di benessere materno-fetali.

# VBAC

## Raccomandazioni

**IA**

L'ammissione al travaglio, in assenza di controindicazioni specifiche, **deve essere offerta a tutte le donne che hanno già partorito mediante taglio cesareo.**

**BPC**

In relazione all'aumentato rischio assoluto di rottura d'utero, la possibilità di un parto vaginale dopo taglio cesareo è controindicata in caso di pregressa rottura d'utero, pregressa incisione uterina longitudinale e in caso di tre o più tagli cesarei precedenti.

**BPC**

Alle donne che hanno già partorito mediante taglio cesareo deve essere garantita un'adeguata sorveglianza clinica e un monitoraggio elettronico fetale continuo nella fase attiva del travaglio. La struttura sanitaria deve assicurare l'accesso immediato alla sala operatoria e alla rianimazione e la pronta disponibilità di emotrasfusioni, nell'eventualità di un taglio cesareo d'urgenza.

**BPC**

È necessario che i professionisti sanitari forniscano alla donna con pregresso taglio cesareo informazioni rispetto alla probabilità di partorire per via vaginale in base alla sua storia clinica e in base alla casistica della struttura ospedaliera.

**BPC**

In aggiunta alle informazioni cliniche sulle modalità di parto, è necessario fornire alle donne con pregresso taglio cesareo indicazioni relative alle caratteristiche e all'organizzazione della struttura e informazioni specifiche sulle modalità assistenziali in uso (induzione del travaglio, utilizzo di ossitocina, uso di parto-analgesia, uso del parto operativo vaginale profilattico), in quanto tali aspetti possono condizionare gli esiti relativi alla salute materna e feto-neonatale.

# VBAC 2

**BENEFITS OF VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN** — The benefits of a trial of labor after cesarean (TOLAC) resulting in a vaginal birth after cesarean (VBAC) include the following.

- Shorter length of hospital stay and postpartum recovery (in most cases)
- Fewer complications, such as postpartum fever, wound or uterine infection, thromboembolism (blood clots in the leg or lung), need for blood transfusion
- Fewer neonatal breathing problems

**RISKS OF VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN** — The risks of an attempted VBAC or TOLAC include the following:

- Risk of failed trial of labor after cesarean (TOLAC) without a vaginal birth after cesarean (VBAC) resulting in repeat cesarean delivery (RCD) in about 20 to 40 percent of women who attempt VBAC.
- Risk of rupture of uterus resulting in an emergency cesarean delivery. The risk of uterine rupture may be related in part to the type of uterine incision made during the first cesarean delivery. A previous transverse uterine incision has the lowest risk of rupture (0.2 to 1.5 percent risk). Vertical or T-shaped uterine incisions have a higher risk of uterine rupture (4 to 9 percent risk) [1]. It is important to remember that the direction of the skin incision does not indicate the type or direction of the uterine incision; a woman with a transversal (bikini) skin incision may have a vertical uterine incision.
- While women who attempt TOLAC and VBAC have a low risk of uterine rupture, the risk of uterine rupture is higher with VBAC than with RCD. (See "[Patient education: C-section \(cesarean delivery\) \(Beyond the Basics\)](#)".)
- The risk of fetal death is very low with both VBAC and elective repeat cesarean delivery (ERCD), but the likelihood of fetal death is higher with VBAC than with ERCD. Maternal death is very rare with either type of delivery.

1. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 184: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol* 2017; 130:e217.
2. National Institutes of Health. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement vaginal birth after cesarean: new insights March 8-10, 2010. *Semin Perinatol* 2010; 34:351.
3. Mozurkewich EL, Hutton EK. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183:1187.
4. Macones GA, Peipert J, Nelson DB, et al. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193:1656.
5. ACOG Practice Bulletin #54: vaginal birth after previous cesarean. *Obstet Gynecol* 2004; 104:203.
6. Montgomery AA, Emmett CL, Fahey T, et al. Two decision aids for mode of delivery among women with previous caesarean section: randomised controlled trial. *BMJ* 2007; 334:1305.

**Table 1.** Risks and benefits of opting for VBAC versus ERCS from 39<sup>+0</sup> weeks of gestation

	Planned VBAC	ERCS from 39 <sup>+0</sup> weeks
<b>Maternal outcomes</b>	<p>72–75% chance of successful VBAC. If successful, shorter hospital stay and recovery.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Approximately 0.5% risk of uterine scar rupture. If occurs, associated with maternal morbidity and fetal morbidity/mortality.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Able to plan a known delivery date in select patients. This may however change based on circumstances surrounding maternal and fetal wellbeing in the antenatal period.</li> <li>Virtually avoids the risk of uterine rupture (actual risk is extremely low: less than 0.02%).</li> <li>Longer recovery.</li> <li>Reduces the risk of pelvic organ prolapse and urinary incontinence in comparison with number of vaginal births (dose–response effect) at least in the short term.<sup>69</sup></li> <li>Option for sterilisation if fertility is no longer desired. Evidence suggests that the regret rate is higher and that the failure rate from sterilisation associated with</li> </ul>
<b>Infant outcomes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risk of transient respiratory morbidity of 2–3%.</li> <li>10 per 10 000 (0.1%) prospective risk of antepartum stillbirth beyond 39<sup>+0</sup> weeks while awaiting spontaneous labour (similar to nulliparous women).</li> <li>8 per 10 000 (0.08%) risk of hypoxic ischaemic encephalopathy (HIE).</li> <li>4 per 10 000 (0.04%) risk of delivery-related perinatal death. This is comparable to the risk for nulliparous women in labour.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risk of transient respiratory morbidity of 4–5% (6% risk if delivery performed at 38 instead of 39 weeks). The risk is reduced with antenatal corticosteroids, but there are concerns about potential long-term adverse effects.<sup>72</sup></li> <li>&lt; 1 per 10 000 (&lt; 0.01%) risk of delivery-related perinatal death or HIE.</li> </ul>

# *SALA PARTO FERRARA 2017*

- 1715 parti
- 29% tagli cesarei (57 pregressi TC)
- 25 VBAC (29% dei pregressi) di cui:
- 20 Parti spontanei (9 partoanalgesia)
- 4 TC urgenti in travaglio
- 1 parto operativo con ventosa

# *RICHIESTA MATERNA: perché?*

- *“programmare” il parto*
- *Paura del dolore*
- *Precedente esperienza di parto “negativa”*
- *Preoccupazione rispetto al trauma da parto*
- *Esercitare controllo !*

*Ginecologo NON OBBLIGATO ad assecondare  
la richiesta*

*PREVALENZA: 1%-8% di tutti i TC*

# ***RICHIESTA MATERNA***

## ***PRO***

- Conoscere EPP
- Ridurre rischi di chirurgia “non programmata”
- Prevenzione MEF tardive
- Riduzione patologia neonatale non respiratoria
- Riduzione pat pavimento pelvico
- Riduzione PPH

## ***CONTRO***

- Rischio placentazione anomala nelle future gravidanze (previa, accreta)
- Aumentato rischio di rottura d’utero
- Aumentato rischio morte neonatale
- Complicanze anestesologiche
- Durata ricovero
- Aumento mortalità materna
- Complicanze chirurgia addominale (aderenze)
- Aumento rischi respiratori neonatali

# “RICHIESTA” MATERNA

## SUMMARY AND RECOMMENDATIONS

- Cesarean delivery on maternal request is a primary cesarean delivery performed because the mother requests this method of delivery in the absence of conventional medical or obstetrical indications for avoiding vaginal birth. (See ['Introduction'](#) above.)
- As with any medical procedure, the risks and benefits of cesarean delivery on maternal request need to be balanced with the risks and benefits of a planned vaginal delivery. Patient-specific issues that can affect the choice of delivery route include comorbid medical conditions, body mass index, future reproductive plans, prior childbirth experiences, outcome of previous surgical procedures, and the woman's personal philosophy about childbirth. (See ['Overview'](#) above.)
- The best available evidence suggests that planned cesarean delivery is associated with a lower risk of fetal injury than planned vaginal delivery, but longer hospital stay/recovery and increased risks of neonatal respiratory problems, abnormal placentation in future pregnancies, and uterine rupture in future pregnancies if a trial of labor is attempted. Planned cesarean delivery minimizes the risk of surgical complications associated with unplanned cesarean delivery, which may become necessary during attempted vaginal delivery. (See ['Potential benefits of planned cesarean delivery'](#) above and ['Potential disadvantages and risks of planned cesarean delivery'](#) above.)
- Professional standards do not mandate discussing the option of cesarean delivery on maternal request with every patient, given the high degree of uncertainty about its clinical benefits and risks compared with vaginal birth. (See ['Ethical issues'](#) above.)
- Obstetricians are not obliged ethically or professionally to perform cesarean delivery on maternal request; early referral to another health care practitioner willing to act in accordance with the patient's request is appropriate in such cases. (See ['Ethical issues'](#) above.)
- The clinician should find out the reasons for the patient's request for cesarean delivery, address her concerns about labor and vaginal birth and any misinformation leading to those concerns, and engage her and possibly her support persons in a balanced discussion about the risks and benefits of the procedure over a series of visits. In particular, work and family pressures, personal fears and anxieties about childbirth, and concerns about pain should be addressed. (See ['Ethical issues'](#) above.)
- For women planning several pregnancies, we suggest avoiding cesarean delivery on maternal request (**Grade 2C**). Placenta previa and accreta are significantly more common in pregnancies following one or more cesarean deliveries ([table 1](#)). Moreover, these complications may necessitate cesarean hysterectomy. If the patient undergoes a trial of labor in the future, she will be at increased risk of uterine rupture. (See ['Risks in future pregnancies'](#) above.)



[alessiapalano@libero.it](mailto:alessiapalano@libero.it)