

Lg
LINEA GUIDA

Sistema nazionale
per le linee guida



Taglio cesareo: una scelta
appropriata e consapevole

Seconda parte



Ministero della Salute



Taglio Cesareo Ripetuto

Roma 31 1 2012

S. Alberico
IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

Parto dopo pregresso taglio cesareo

• Quesito 16 •

Informare le gestanti che hanno la possibilità di accedere a un travaglio indotto a domicilio e non, casa del parto, dopo un taglio cesareo.

• Quesito 17 •

Quali sono i potenziali benefici di un parto vaginale dopo un taglio cesareo (insorto spontaneamente).

• Quesito 18 •

Esistono criteri accurati di selezione per un parto vaginale dopo un pregresso taglio cesareo?

• Quesito 19 •

Quali sono le informazioni che una donna deve avere per avere un parto vaginale dopo un pregresso taglio cesareo?

• Quesito 20 •

Quali sono le informazioni che una donna deve avere per avere un parto vaginale dopo un pregresso taglio cesareo?

• Quesito 21 •

Quali sono i requisiti assicurati per la sicurezza del travaglio dopo un pregresso taglio cesareo?

Raccomandazioni

I

Sulla base delle prove scientifiche disponibili, sottoporre la donna a tagli cesarei ripetuti aumenta la morbosità e la mortalità materne e perinatali.

IA

L'ammissione al travaglio, in assenza di controindicazioni specifiche e in presenza di un'organizzazione assistenziale adeguata, 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.

...a fronte
di queste raccomandazioni
quale è la frequenza di VBAC?

„ Vaginal birth after cesarean: new insights. Evidence report/tecnology assessment“

Guise JM: N. 191. Rockvile ,MD: Agency Healthcare Research and Quality; 2010

U.S.A. 2007 ➡

➡ < 50% Gravide Eleggibili scelgono TOL

➡ VBAC ... 8.7%

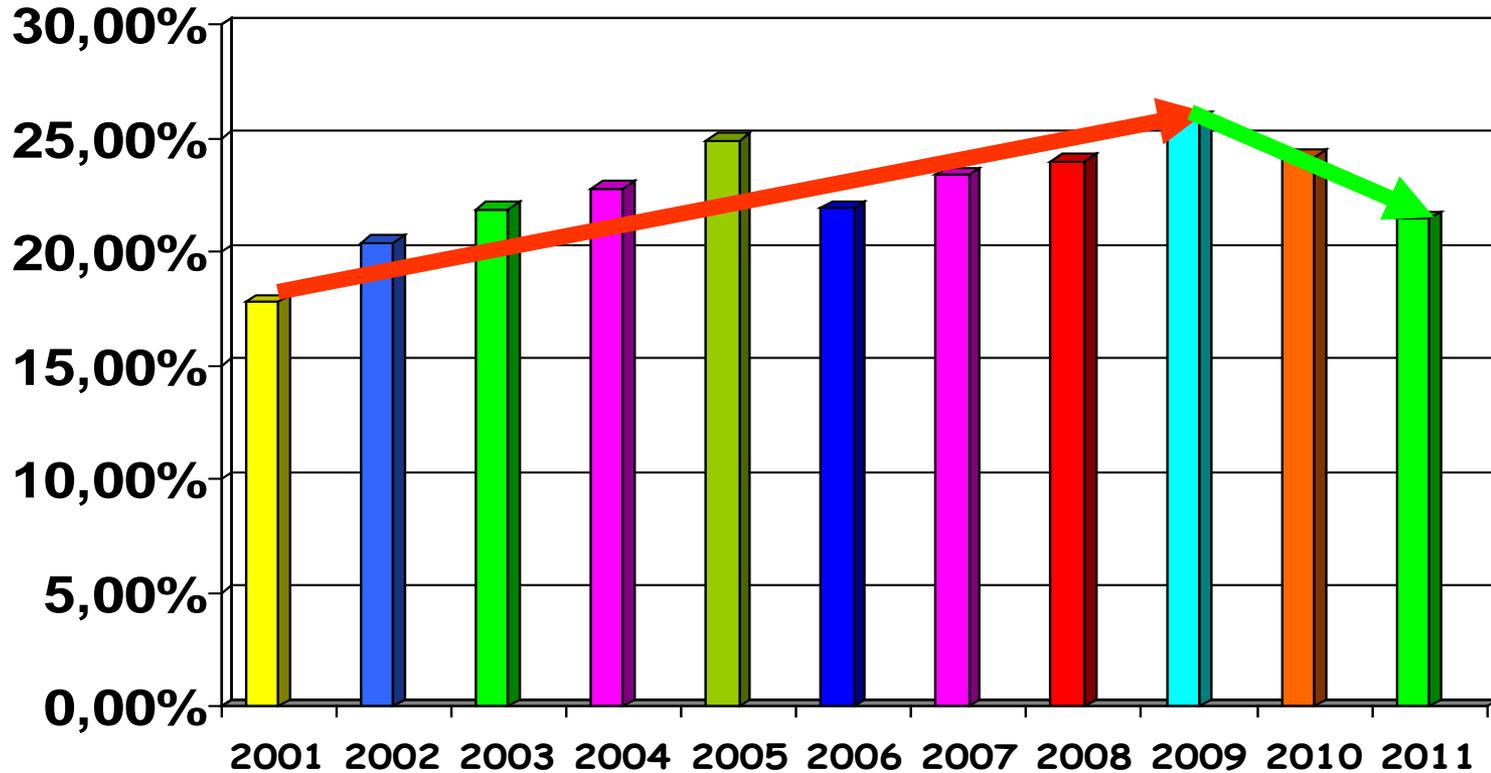
Certificato di assistenza
al parto (CeDAP)

Analisi dell'evento
nascita - Anno 2008

Tabella 42 - Distribuzione regionale dei parti vaginali dopo un precedente parto cesareo per tipo di struttura in cui avviene il parto

Regione	Parti vaginali dopo precedente parto cesareo			Totale
	Pubblico	Casa di cura		
		accreditata	non accreditata	
Piemonte	12,9			12,9
Valle d'Aosta	30,0			30,0
Lombardia	17,1	9,9	0,9	16,4
Prov. Auton. Bolzano	36,6		25,4	35,5
Prov. Auton. Trento	20,0			20,0
Veneto	15,7			15,7
Friuli Venezia Giulia	24,0	29,5		24,5
Liguria	8,5		33,3	8,6
Emilia Romagna	12,3	2,0		12,0
Toscana	22,7	5,6	6,1	22,4
Umbria	11,0			11,0
Marche	7,4	4,2		7,3
Abruzzo	5,0	3,4		4,9
Molise	14,8			14,8
Campania	6,3	6,2	3,2	6,2
Puglia	4,3	2,2		3,9
Basilicata	6,8			6,8
Calabria	5,4	2,7		4,8
Sicilia	5,1	2,2		4,3
Sardegna	10,9	8,1		10,4
Totale	11,5	5,4	6,8	10,3

Department of Obstetrics and Gynaecology
III° Level Center
IRCCS Burlo Garofolo - Trieste, Italy



Trend of Cesarean Section's Rate

+ 2.7% in the last 10 yy

VBAC

- 1990, Dipartimento Salute Pubblica, U.S.A. suggeriva per il 2000

 **target 35% di VBAC**

United States Department of Health and Human Services, Public Health Services. Healthy people 2000. National health promotions and disease prevention objectives. Washington DC: Department of health and human services. Pub No. (PHS) 91-50212, 1990.

Trieste, Italy 2003

☛ 901 previous Cesarean Section

☛ eleggibili VBAC- TRIAL ☛ 43%

☛ 76.7% VBAC

32.6%

Classificazione di Robson

Pluripara con pregr.TC, singola, pres.cefalica, ≥ 37 wks

Centro	Numero di TC / numero di casi in ogni singola categoria	Tasso di TC nell'ambito della categoria (%)	Numerosità della categoria / n° totale dei casi (%)	Contributo % di ogni categoria sul tasso globale di TC
Gorizia	53/58	91,4	58/579 (10)	53/579(9,1)
Latisana	91/93	97,8	93/950 (9,8)	91/950 (9,6)
Monfalcone	94/102	92,1	102/957 (10,7)	94/957 (9,8)
Palmanova	35/61	57,4	61/1291(4,7)	35/1291 (2,7)
Pol.S Giorgio	68/89	76,4	89/1328(6,7)	68/1328(5,1)
Pordenone	121/152	79,6	152/1790 (8,5)	121/1790 (6,7)
San Daniele	67/105	63,8	105/1642 (6,4)	67/1642 (4,1)
San Vito	57/66	86,4	66/1054 (6,3)	57/1054 (5,4)
Tolmezzo	34/48	70,8	48/868 (5,5)	34/868 (3,9)
Trieste	133/200	66,5	200/2745 (7,3)	133/2745 (4,8)
Udine	242/269	90	269/2522 (10,7)	242/2522 (9,6)

33.5%

Domande:

- VBAC ...è a rischio??
- Induzione e rischio di Rottura
- Diagnosi preventiva Placentazione
- Costi
- Quale informazione per la Donna
- Criteri di Sicurezza

"Predicting Significant Maternal Morbidity in Women Attempting Vaginal Birth after Cesarean Section"

CM Scifres, Am J Perinatol. 2010 Sep 14.

25.005 Pregressi TC ← 54.9% Trial x Parto Vaginale



Composite Outcome in 300 (2.1%)

(Rottura d'Utero, Lesione Vescicale, Lesione Intestinale)

Incremento Rischio x Composite Outcome

- Pregressa Chirurgia Addominale RR 1.58
- Augmentation Ossitocica RR 1.78
- Induzione Travaglio RR 2.03
- **Pregresso Parto Vaginale RR 0.39**

Maternal morbidity following a trial of labor after cesarean section vs elective repeat cesarean delivery: a systematic review with metaanalysis

A. Cristina Rossi, MD; Vincenzo D'Addario, MD

MONTH 2008 American Journal of Obstetrics & Gynecology 1

- Trial VBAC 57%
- ERCS 43%

S-VBAC ----- 73%

F-TOL ----- 27%

- Trasmusione ° Isterectomia
- Lesione uter. ° Amnionite
- Endometrite ° Infezione ferita
- Emorragia ° Lesione Uretere
- Les. Leg. Largo ° Cistotomia
- Les. Vescica ° Morte materna

VBAC 0.2%

ERCS 0.3% n.s.

VBAC.... 0.2%

ERCS ...0.4%

F-TOL 0% sino **6.7% !!**

Pubblicazioni 2000-'07

TABLE
Characteristics of each study

Author	Characteristic of the study	Sample size (% of S-VBAC in women planning VBAC)	Maternal morbidity, n (%)	Type of maternal morbidity and medical intervention	Uterine lesions, n (%)
Bais et al	Prospective, nonrandomized	S-VBAC 142 (77%)	11 (7.7)	Blood transfusion, postpartum fever, hysterectomy, uterine lesions	0
		F-TOL 42	14 (33.3)		1 (7.1)
		ERCS 68	11 (16.2)		0
Blanchette et al	Prospective, nonrandomized	S-VBAC 577 (76%)	17 (3)	Amnionitis, endometritis, abdominal wound infection, blood transfusion, retained products of conception, operative injury, postpartum hemorrhage, uterine lesions	0
		F-TOL 177	21 (11.8)		12 (6.7)
		ERCS 727	33 (4.5)		0
Hibbard et al	Retrospective	S-VBAC 908 (68%)	143 (15.7)	Hysterectomy, blood transfusion, chorioamnionitis, endometritis, uterine lesions	4 (0.4)
		F-TOL 410	165 (39.6)		10 (2.4)
		ERCS 431	64 (14.8)		2 (0.5)
Kwee et al	Prospective, nonrandomized	S-VBAC 2487 (76%)	2 (0.1)	Hysterectomy, injury of the ureter, uterine lesions	2 (0.1)
		F-TOL 787	46 (5.8)		46 (5.8)
		ERCS 1295	1 (0.1)		1 (0.1)
Landon	Prospective, nonrandomized, multicenter	S-VBAC 13139 (73%)	208 (1.6)	Hysterectomy, thromboembolic disease, blood transfusion, endometritis, broad ligament hematoma, cystotomy, bowel injury, ureteral injury, uterine lesions, maternal death	33 (0.2)
		F-TOL 4759	814 (17)		210 (4.4)
		ERCS 15801	635 (4)		76 (0.5)
Spaans et al	Retrospective	S-VBAC 105 (71%)	0	Uterine lesions	0
		F-TOL 42	0		0
		ERCS 67	1 (1.5)		1 (1.5)
Tan et al	Retrospective	S-VBAC 547 (71%)		Hysterectomy, blood transfusion, operative injuries, uterine lesions	
		F-TOL 221	47 (6.1%)		2 (0.3)
		ERCS 232	19 (8.2)		0

ERCS, elective repeat cesarean section; F-TOL, failed trial of labor; S-VBAC, successful VBAC.

Rossi. Maternal morbidity following a trial of labor after cesarean section vs elective repeat cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2008.

...quindi:

**SELEZIONARE BENE
E..... NON FALLIRE!!**

Mortalità Materna

Evidence Report/Technology Assessment

Number 191

Vaginal Birth After Cesarean: New Insights

March 2010

Parto dopo Progredito TC... 10.1/100.000

VBAC..... 3.8/100.000

ECS 13.4/100.000

Parti a Termine

☞ 1.9/100.000

☞ 9.6/100.000

...quindi TOL è GIUSTIFICATO!!!

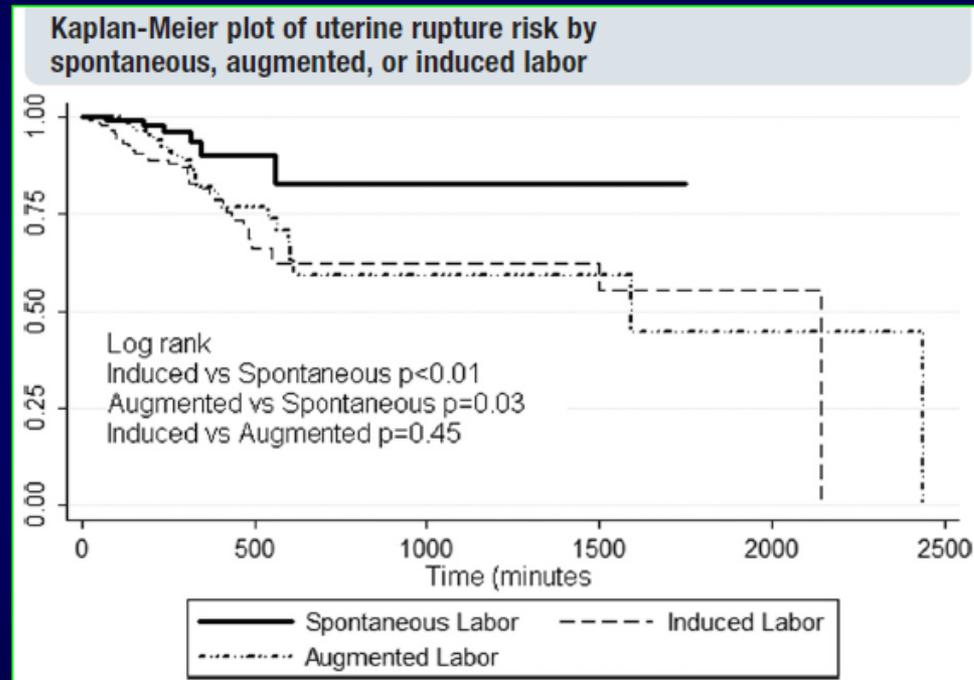
Association of induction of labor and uterine rupture in women attempting vaginal birth after cesarean: a survival analysis

Lorie M. Harper,

Am J Obstet Gynecol 2012;206:51

U.S.A. 1996-2000: 13.706 TOLAC

17 centri → 111 casi di Rottura Utero Vs 607 controlli



Hazard Odds Ratio

- Spontaneo 1

- Induzione 2.63

- Augmentation 2.12

Association of induction of labor and uterine rupture in women attempting vaginal birth after cesarean: a survival analysis

Effect of cervical dilation at time of starting oxytocin on risk of uterine rupture, as compared to spontaneous labor (n = 200)

Cervical exam at time of starting oxytocin	HR ^a	95% CI	P value
<2 cm (n = 56)	4.09	1.82–9.17	< .01
2-3.9 cm (n = 94)	4.91	2.29–10.51	< .01
4-5.9 cm (n = 74)	1.67	0.71–3.91	.24
≥6 cm (n = 56)	1.28	0.51–3.20	.59

...quindi non è l'induzione ad incrementare il rischio di rottura ma la durata del travaglio

...ergo seleziona le pazienti!!!

Risk of placenta previa in second birth after first birth cesarean section: a population-based study and meta-analysis

BMC Pregnancy and Childbirth 2011, 11:95

Ipek Gurol-Urganci^{*1,2}, David A Cromwell^{1,2}, Leroy C Edozien³, Gordon CS Smith⁴, Chidimma

U.K. Retrospektivo, 2000 - 2009
958.882 I gravide 399674 I pare

Table 1: Maternal characteristics and rate of placenta previa (per 1000 births) in second births

	Number (%) of births	Placenta Previa Rate	Unadjusted OR (95% CI)**	Adjusted OR (95% CI)**
Previous cesarean delivery			p<0.001	p<0.001
Yes	86055 (21.5)	8.7	1.88 (1.71-2.07)	1.60 (1.44-1.76)
No	313619 (78.5)	4.4	-	-
Previous placenta previa			p<0.001	p<0.001
Yes	1429 (0.4)	43.4	7.74 (5.80-10.34)	4.77 (3.55-6.42)
No	398245 (99.6)	5.2	-	-

Fattori di Rischio
- Età materna , - Polidramnios, - Breve intervallo IIa grav.

...il problema non è la previetà ma l'accrescimento!

...il problema non è la previetà ma l'accrescimento!



Royal College of
Obstetricians and Gynaecologists
Bringing to life the best in women's health care



The Royal College of
Midwives

Caesarean section

November 2011

NICE Clinical Guideline

Valutazione Caratteristiche Placentari

- Valutazione a 32-34 sett

Color Doppler

Sospetto Accretismo

MRI

Organizzare TC Elettivo con
Team Multispecialistico completo



- **Approccio sequenziale U.S. + MRI è cost/effective!!!**
(bisogna ricordare la bassa prevalenza del fenomeno)
- Anche se i benefici in termini di salute materno-fetale sono bassi, bisogna valutare:
 - ➡ - *Diritto della Donna di essere informata*
 - ➡ - *Aspetti medico-legali*
(da mancata diagnosi pre-partale, quando il rischio è aumentato)

13.3 Cost effectiveness of planned vaginal birth versus maternal request caesarean section

Costi* U. K. 2009/10

Parto Vaginale	£ 1512
Taglio Cesareo Elettivo	£ 2369
Taglio Cesareo in Travaglio	£ 3042

** stabilizzato per :*

- *induzione si/no*
- *complicanze si/no*

In sostanza:

- con selezione corretta x TOL + £ 857
- se TC in travaglio + £ 1530

...quindi VBAC Vs ECS è "cost-effective"!!

...complicanze dopo il parto

(è sempre più vantaggioso il parto vaginale???)

- iatrogenic surgical injury
- perineal and abdominal pain (4 months postpartum)
- pulmonary embolism
- faecal incontinence
- postnatal depression
- dyspareunia
- urinary incontinence.

Queste complicanze residue
possono
mettere in discussione
il beneficio economico del
P. Vaginale Vs TC Elettivo

...fondamentale quindi

➔ ***SELEZIONE ATTENTA***

delle gravide eleggibili

x Fattori di Rischio

per rottura d'utero e

x altre complicanze

in TOL

(>2 pregressi TC, Macrosomia Fetale, Bishop score sfavorevole)

**...QUINDI
CONVINCETE
PRIMA
LE VOSTRE
OSTETRICHE!!!**

Interventi Strutturati di Informazione a Gravide con Pregresso TC

Sono in Grado di Indurre:

- Maggior disponibilità per un Trial per parto Vaginale
- Incremento diretto del Rate di VBAC

AA Montgomery, BMJ 2007 Jun, 23:334

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.

...allora lavoriamo per:

- definire raccomandazioni forti e condivise
- mettere in sicurezza il VBAC
- dare sicurezza allo Staff

**Esistono raccomandazioni
per criteri di sicurezza minimi per VBAC?**

...assolutamente si!

Guidelines for Vaginal Birth After Previous Caesarean Birth

No 155 (Replaces guideline No 147), February 2005



ACOG PRACTICE BULLETIN

CLINICAL MANAGEMENT GUIDELINES FOR OBSTETRICIAN-GYNECOLOGISTS
NUMBER 54, JULY 2004

CLINICAL MANAGEMENT GUIDELINES FOR OBSTETRICIAN-GYNECOLOGISTS

NUMBER 115, AUGUST 2010

(Replaces Practice Bulletin Number 54, July 2004 and Committee Opinion Number 342, August 2006)

Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery



Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

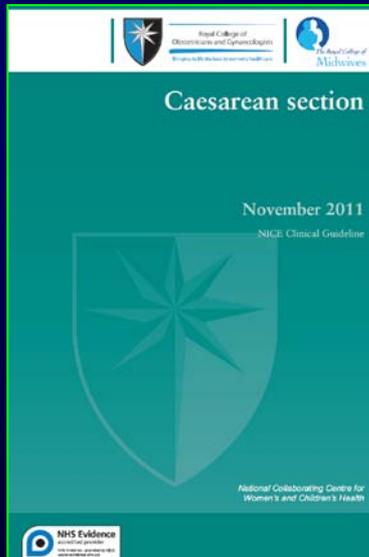
Setting standards to improve women's health

Green-top Guideline No. 45
February 2007

BIRTH AFTER PREVIOUS CAESAREAN BIRTH

National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement

Vaginal Birth After Cesarean: New Insights
March 8-10, 2010



...quale è oggi lo scenario di inadeguatezza più frequente in Sala Parto?

• **Mancanza in Sede:**

- Intera Equipe Operatoria (reperibile)
- Anestesista dedicato alla Sala Parto
- Consulenze Specialistiche in tempo reale
- Banca del Sangue o Emoteca in Sala Parto
- Esami ematochimici in urgenza 24h

...ma le Linee Guida indicano questi presidi

INDISPENSABILI per gestire:

- Trial per parto vaginale in progresso TC
- Accretismo placentare
- Rottura d'utero

...solo 37.5% Diagnosi Prenatale

P. Tatbirojn, Placenta 2008

...se riuscissimo a ridurre
il numero dei punti nascita in Italia
a vantaggio
di una redistribuzione delle risorse
per garantire questi criteri di sicurezza
saremmo ad un ottimo punto!

...costa troppo questo??

*CHIEDETEVI QUANTO COSTA
LA VITA DI UNA DONNA!!*

Friuli- Venezia Giulia

ÖSTERREICH

ALPI GIULIE

TAGLIAMENTO

SLOVENIJA

S.DANIELE F.

UDINE

PORDENONE

GORIZIA

PALMANOVA

S.VITO T.

MONFALCONE

LATISANA

VENETO

*MARE
ADRIATICO*

27 Km

TRIESTE

11 Punti nascita x
10.000 parti/anno
(Trieste+Udine 3.600 parti)



5 Ospedali in
Raggio 27 Km
(Tot. ← 4500 parti)

Conclusioni

Necessario:

- Informazione continua alle Donne per sostenere VBAC (*disporre di dati locali!*)
- Incentivare procedure che consentano VBAC
- Selezionare con massima appropriatezza i TOL
- Sostenere in **termini di sicurezza** i Punti Nascita per incrementare appropriatamente VBAC
- Sostenere psicologicamente, e non solo, gli Ostetrici in caso di eventi avversi, in corso di Trial of Labor, appropriati, in progressi TC



...grazie per l'attenzione!