



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN GINECOLOGIA E OSTETRICIA
DIRETTORE PROF. GIOVANNI BATTISTA NARDELLI



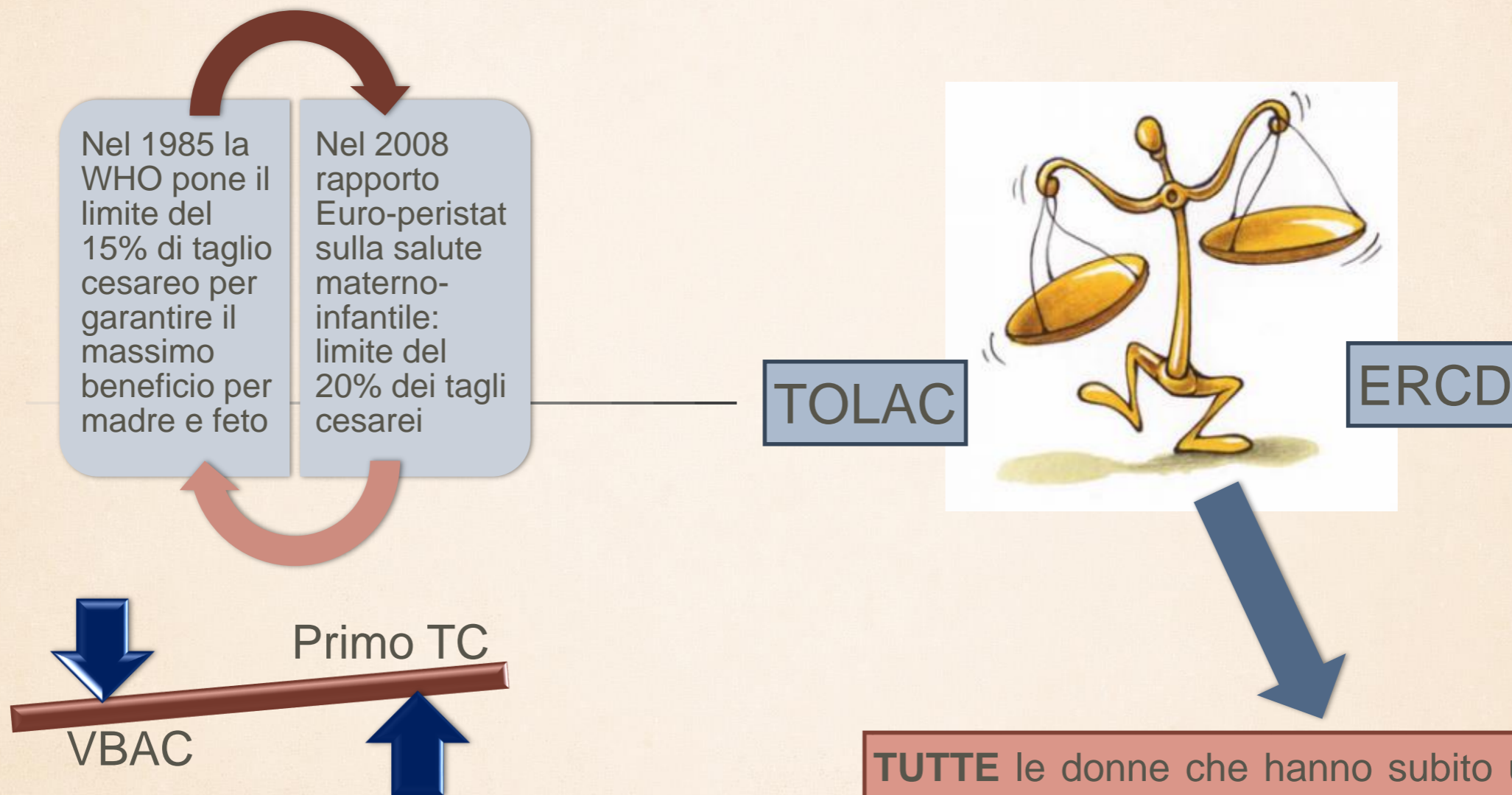
VBAC: outcome ostetrico ed esiti perinatali in pazienti con due pregressi tagli cesarei

Relatore: Prof. Erich Cosmi
Co-relatori: Dott. Enrico Busato
Dott.ssa Irene Pascoli

Specializzando: Dr. Anis Omar

Introduzione

La frequenza del taglio cesareo nei paesi industrializzati ha da anni un andamento in ascesa.



TUTTE le donne che hanno subito un taglio cesareo precedente sono a rischio di complicanze materne e perinatali potenzialmente gravi e devono essere informate circa il rischio e il significato di queste complicanze.

WHO- World Health Organization *Appropriate technology for birth*. Lancet 1985; 2: 436-7.
Development OfECa. OECD health data 2007: statistics and indicators for 30 countries 2007.630-2009;
Euro-Peristat project. *European perinatal health report 2008*. Disponibile all'indirizzo: www.europeristat.com

Materiali & Metodi

Il disegno dello studio è di tipo retrospettivo e condotto su una coorte di 237 donne afferenti all'Unità Complessa di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale Ca' Foncello di Treviso e al Dipartimento di Scienze Ginecologiche e della Riproduzione umana di Padova durante il periodo 1 Gennaio 2014 – 31 Dicembre 2015.



Criteria di inclusione	Criteria di esclusione
Uno o due precedenti tagli cesarei sul segmento uterino inferiore	Presentazione podalica del feto o comunque anomala
Presenza di una gravidanza singola a termine (definita come epoca gestazionale ≥ 37 settimane di gestazione) con feto in presentazione cefalica	Anomalie della placentazione (ad esempio, placenta previa) o sospetta macrosomia fetale (peso stimato > 4500 gr)
Assenza di controindicazioni al parto vaginale	Incisione uterina longitudinale o a "T" in uno dei pregressi tagli cesarei o rottura d'utero
	Gravidanza gemellare
	Pregressa miomectomia con apertura della cavità uterina

Sono state considerate:

Ospedale Ca' Foncello (TV)

Ospedale Ca' Foncello (TV) e Dipartimento di Scienze ginecologiche e della riproduzione umana di PD

19

Donne bicesarizzate motivate al travaglio di prova (VBAC2)

188

Donne sottoposte a un solo cesareo motivate al travaglio di prova (VBAC1)

30

Donne bicesarizzate che hanno scelto ERCD

Scopo dello Studio



L'obiettivo del presente studio è quello di valutare l'outcome ostetrico e gli esiti perinatali in donne che affrontano un VBAC dopo due pregressi tagli cesarei rispetto alle pazienti che sono state sottoposte in passato ad un solo taglio cesareo.

Pertanto l'**obiettivo primario** della tesi si propone di studiare la percentuale di successo di parto vaginale.



Gli **obiettivi secondari** sono invece:

la valutazione della percentuale di parti operativi, considerati come uso di ventosa ostetrica e taglio cesareo eseguito in corso di tentativo di travaglio di prova;

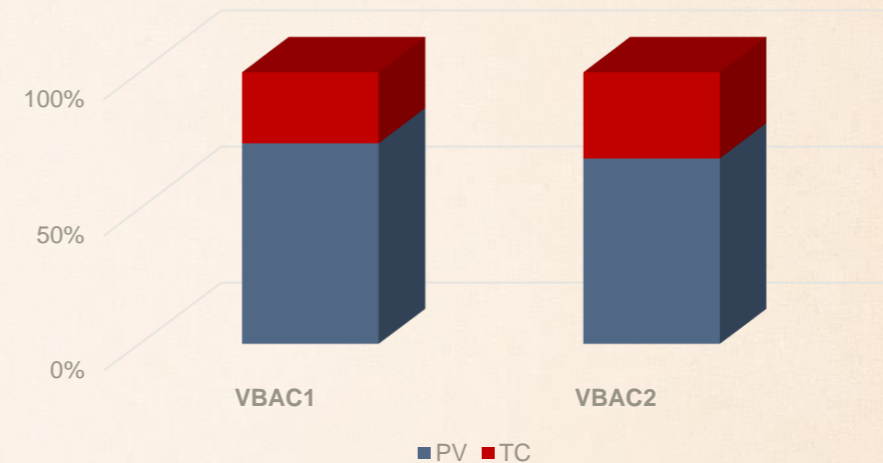
gli esiti perinatali, valutati tramite indice Apgar e PH dell'arteria ombelicale alla nascita.

Risultati

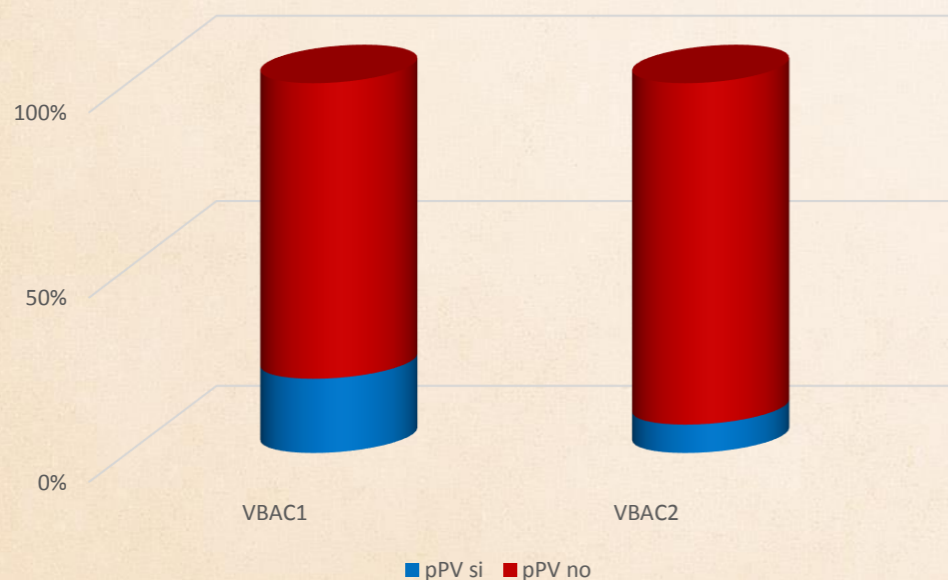
CONSIDERAZIONI GENERALI

È stata valutata in primo luogo la modalità di parto tra il gruppo VBAC1 e VBAC2, osservando che i parti vaginali sono stati 139 (73,9%) nel primo gruppo e 13 (68,4%) nel secondo gruppo ($p=0,59$).

Modalità di parto
VBAC1 vs VBAC2

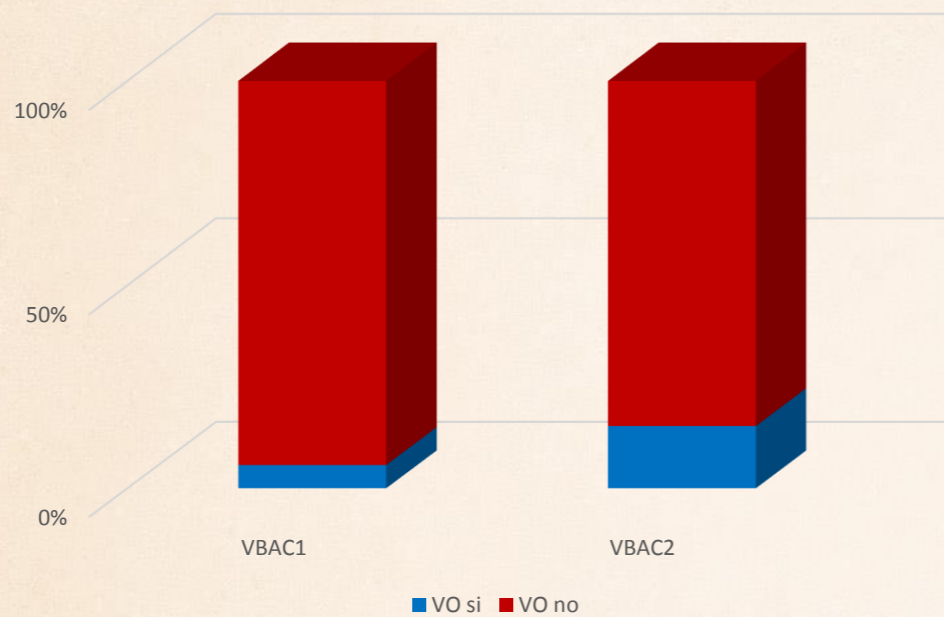


Precedente parto vaginale:
VBAC1 vs VBAC2



Nel gruppo VBAC1 il fattore favorente il successo rappresentato dal precedente parto vaginale è stato individuato in 28 pazienti su 139 (20.1%) mentre nel gruppo VBAC2 in 1 paziente su 13 (7.7%) ($P=0,46$). È importante sottolineare che tutte le pazienti che avevano avuto precedentemente un parto vaginale rispetto coloro che hanno avuto solamente parti cesarei hanno conseguito un VBAC di successo in entrambi i gruppi.

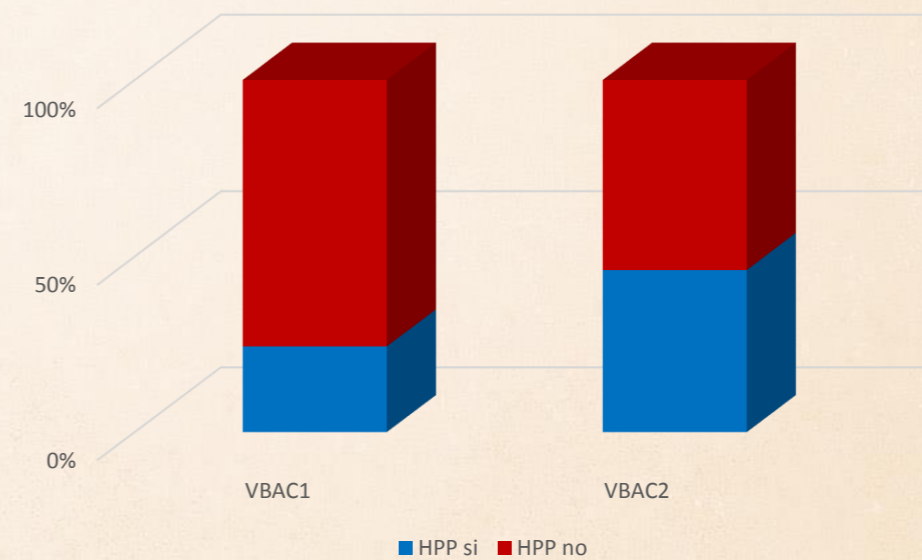
Ventosa ostetrica:
VBAC1 vs VBAC2



Considerando, poi, le 152 pazienti il cui travaglio è esitato in parto vaginale, sono state valutate quelle sottoposte a parto operativo (uso di ventosa ostetrica): 8 (5.7%) nel gruppo VBAC1 e 2 (15.4%) nel gruppo VBAC2

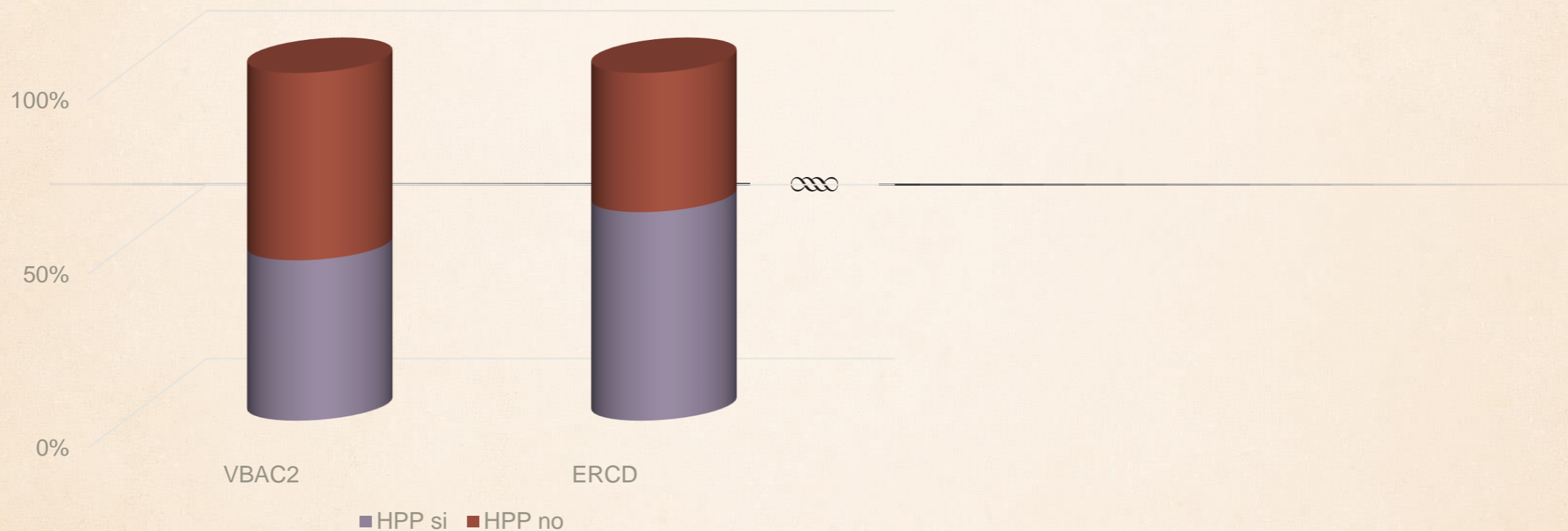
Per quanto riguarda invece il confronto con i dati relativi alle perdite ematiche dal grafico si vede che le VBAC1 hanno avuto meno emorragie delle VBAC2, 35 su 139 del VBAC1 contro 6 su 13 del VBAC2 ma la differenza non risulta statisticamente significativa. Quindi avere due cesarei non espone a rischio maggiore.

HPP: VBAC1 vs VBAC2



Nel confronto tra gruppo VBAC2 contro taglio cesareo elettivo ERCD nel gruppo del taglio cesareo ripetuto per la terza volta è stato in 18 casi su 30 (60%) che si è verificata un'emorragia postpartum sopra i 500 cc di perdite ematiche, contro invece le 6 volte su 13 (46%) del gruppo VBAC2. La differenza non risulta significativa anche se l'emorragia è maggiormente rappresentata nel gruppo ERCD.

HPP: VBAC2 vs ERCD



In tale confronto, i 2 episodi di emorragia massiva in cui si è dovuto ricorrere ad un emotrafusione sono stati proprio nel gruppo delle pazienti bicesarizzate che avevano deciso per un terzo cesareo elettivo.

CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE E COMORBILITA'

VBAC1/VBAC2

Variabile	VBAC1 (n.139)	VBAC2 (n.13)	p
Età materna	33,15 ± 5,07	35 ± 4,55	0,2072
Epoca gestazionale	39,575 ± 1,190	39,185 ± 1,256	0,2615
Ipertensione gestazionale	Si n.2 (1.4%) No n. 137 (98.6%)	Si n.0 (0%) No n. 13 (100%)	1
Diabete gestazionale	Si n.11 (7.9%) No n. 128 (92.1%)	Si n. 0 (0%) No n. 13 (100%)	1
Ipotiroidismo	Si n. 19 (13,7%) No n. 120 (86.3%)	Si n.1 (7.7%) No n.12 (92.3%)	0.0855
Ipertensione cronica	Si n.1 (0.7%) No n. 138 (99.3%)	Si n.0 (0%) No n.13 (100%)	1

Caratteristiche e comorbilità nel confronto fra le donne che hanno tentato il VBAC con 1 vs 2 precedenti cesarei

VBAC2/ERCD

Variabile	VBAC2 (n.13)	ERCD (n.30)	p
Età materna	35.00 ± 4,55	34,70 ± 4,70	0,8616
Epoca gestazionale	39,185 ± 1,256	38,460 ± 0,661	0,0171
Ipertensione gestazionale	Si n.0 (0%) No n. 13 (100%)	Si n.1 (3.3%) No n. 29 (96.7%)	1
Diabete gestazionale	Si n.0 (0%) No n. 13 (100%)	Si n. 4 (13,3%) No n. 26 (87.6%)	0,2974
Ipotiroidismo	Si n. 1 (7,7%) No n. 12 (92.3%)	Si n.3 (10%) No n.27 (90%)	1
Ipertensione cronica	Si n.0 (0%) No n. 13 (100%)	Si n.2 (6.6%) No n.28 (93.6%)	1

Caratteristiche e comorbilità nel confronto fra le donne che hanno tentato il VBAC con 2 precedenti cesarei vs cesareo elettivo

OUTCOME NEONATALE

Variabile	VBAC1 (media±DS)	VBAC2 (media±DS)	p
Peso neonato	3430,78 ± 416,89	3458,08 ± 432,59	0,8223
Apgar a 1'	8,95 ± 0,28	8,77 ± 0,73	0,0663
PH A.O.	727,62 ± 4,63	727,69 ± 4,37	0,9562



Confronto nell'outcome neonatale tra le pazienti che hanno tentato il VABC dopo 1 vs 2 tagli cesarei



Variabile	VBAC2 (media±DS)	ERCD (media±DS)	p
Peso neonato	3458,08 ± 432,59	3190,17 ± 318,53	0,0287
Apgar a 1'	8,77 ± 0,73	8,37 ± 1,63	0,3999
Apgar a 5'	10,00 ± 0,00	9,80 ± 0,66	0,2873
PH A.O.	727,69 ± 4,37	728,57 ± 3,85	0,5147

Confronto nell'outcome neonatale tra le pazienti che hanno tentato il VBAC contro quelle che hanno scelto il taglio cesareo elettivo dopo due tagli cesarei

ROTTURA D'UTERO

Obstetric outcomes in women with two prior cesarean deliveries: Is vaginal birth after cesarean delivery a viable option?

George A. Macones, MD, MSCE,^{a,b,c,*} Alison Cahill, MD,^a Emmanuelle Pare, MD,^{a,b}
David M. Stamilio, MD,^{a,b} Sarah Ratcliffe, PhD,^b Erika Stevens, MS,^{a,b}
Mary Sammel, ScD,^b Jeffrey Peipert, MD, MPH^d

DOI: 10.1111/j.1471-0528.2009.02351.x
www.bjog.org

Systematic review

Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)—a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections

S Tahseen,^a M Griffiths^b

^a Leeds University Hospitals NHS Trust, Leeds, UK ^b Luton & Dunstable Hospital NHS Foundation Trust, Luton UK
Correspondence: Dr S Tahseen, 20 Malthouse Green, Luton LU2 8SN, UK. Email stjavaid@yahoo.co.uk

Accepted 19 July 2009. Published Online 14 September 2009.

Rischio: 0,7-0,9% per VBAC1 e 1,3-1,8% per VBAC2, nel ns studio 1 caso solo in 188 pz del VBAC1 (0,53%)

- Rischio relativo nel VBAC ma basso rischio assoluto
- Confronto con morbidità chirurgica dei ERCD
- Selezione delle pazienti per VBAC

Discussione & Conclusioni

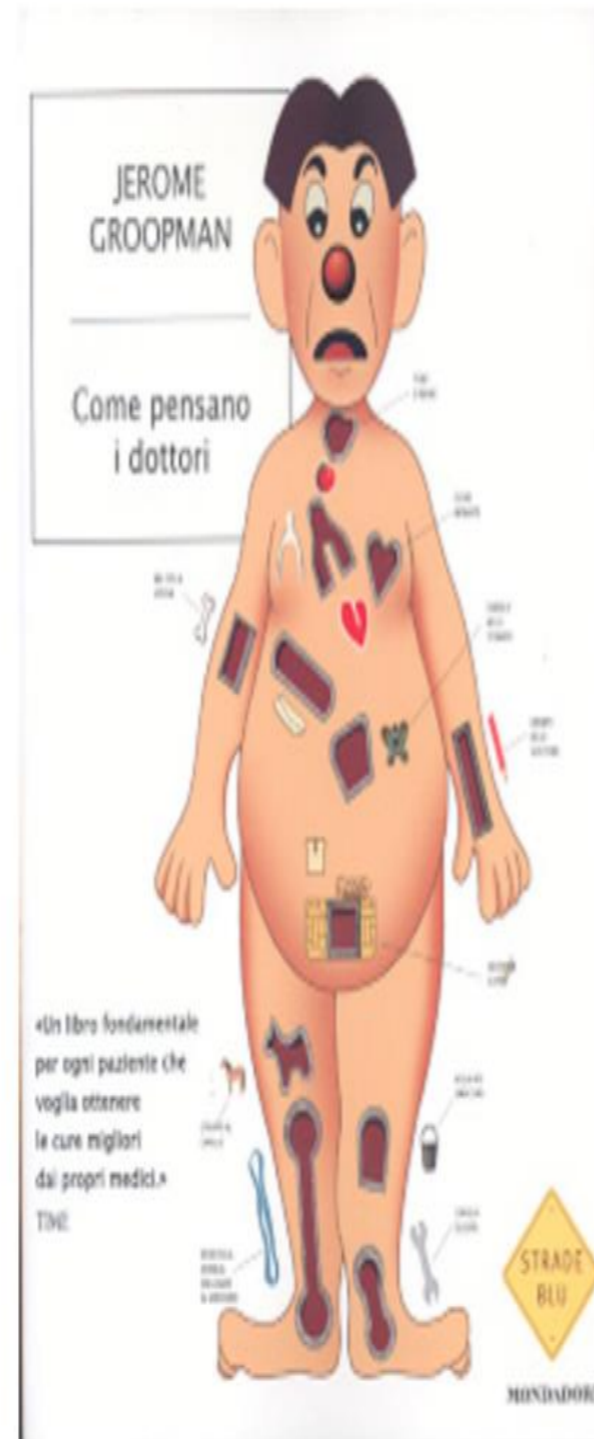
La limitazione della valutazione risiede come in altri lavori nell'esiguo campione esaminato, ma alla luce dei nostri dati la proposta di un travaglio di prova non ci pone di fronte ad una scelta avventata o ad alto rischio per la paziente.

Nel confronto tra uno o due pregressi cesarei non c'è differenza nella modalità di parto tra i gruppi e quindi una o due cicatrici chirurgiche non influenzano la possibilità di successo del VBAC. Il travaglio di prova nelle pazienti bicesarizzate intrapreso previo consenso della paziente e dopo counselling rimane, nelle nostre unità operative, un'opzione valida per garantire minor morbilità e miglior assistenza ostetrica.

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.

Ogni mattina durante il giro mi accorgevo che sia gli studenti che i medici di reparto davano un'occhiata agli algoritmi e subito citavano questa o quella statistica...

...I medici che raggiungono un buon grado di competenza e di esperienza... seguono tutti lo stesso percorso. In primo luogo sono in grado di riconoscere e ricordare gli errori di valutazione, di farli propri inglobandoli nel loro modo di pensare...



Avoiding Second Stage Labor Traps

- High Dose Pitocin > Fetal Stress > Forceps/Vacuum
- Maternal Exhaustion at 2+ - 3+ --> Forceps/Vacuum
- Fundal Pressure to Bring the Head Down
- The head comes down with contractions and then goes back

non eseguire

1. Trazioni sulla testa

2. Manovra di Kristeller



Shoulder Dystocia: Pitfalls, Guidelines and Ethics presented by Dr. David Acker

ANTROPOLOGIA EVOLUTIVA MAX PLANCK INSTITUTE



La verità diagnostica, così come quella prognostica, è una verità più modesta: la verità clinica, oggi, è la proprietà di un'asserzione che riconosce in un paziente l'esistenza di una situazione che riproduce un'entità teorica, quale è concepita ed accettata in un certo momento storico dalla comunità scientifica internazionale. In breve, se la scienza è un sapere in perenne cambiamento, allora anche i criteri e gli elementi che concernono la verità e l'errore nella diagnosi e nella prognosi, non potranno non essere legati al continuo divenire delle conoscenze mediche. Se ciò che oggi appare vero, domani può essere non vero, chi esamina l'operato del clinico e giudica dovrà aver sempre presenti la relatività e la storicità del giudizio clinico.

Karl R. Popper



Grazie per l'Attenzione