



Sicurezza del parto vaginale dopo cesareo

Z. GHAFARI^a, A. BENER^b, B. AHMED^a

SAFETY OF VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN DELIVERY

Z. Ghaffari, A. Bener, B. Ahmed

^aDepartment of Obstetrics and Gynecology
Women's Hospital, Hamad General Hospital, Qatar

^bDepartment of Medical Statistics and Epidemiology, Women's Hospital
Hamad General Hospital and Hamad Medical Corporation, Doha
Qatar

Int. J. of Gynecol. and Obstet. 92:38-42, 2006

0020-7292/\$ - see front matter

© 2005 International Federation of Gynecology and Obstetrics

Riassunto

Obiettivo: confrontare gli esiti della induzione del travaglio in donne con una storia di pregresso cesareo (TC) sottoposte a un tentativo di travaglio.

Metodi: uno studio osservazionale prospettico in 702 donne gravide che avevano avuto un precedente TC è stato condotto, tra aprile 2003 e aprile 2004 al Women's Hospital, Hamad Medical Corporation, Doha, Qatar. Le donne senza storia di parto vaginale sono state assegnate a un gruppo, quelle con storia di parto vaginale a un altro gruppo, quest'ultimo suddiviso a sua volta in due sottogruppi in rapporto ai risultati del tentativo di travaglio.

Risultati: di queste 702 donne con pregresso TC, il 64% avevano anche una storia di parto vaginale. Dopo il tentativo di travaglio, il parto si verificava il più delle volte in quelle senza storia di parto vaginale (64,8%). Inoltre, un parto vaginale dopo il tentativo di travaglio aveva luogo più spesso nelle donne che avevano partorito una sola volta e con TC (7,7%), che non in quelle con storia di parto vaginale (79,2%).

Conclusioni: questi dati indicano che le donne che hanno avuto un TC dovrebbe prendere fortemente in considerazione, nelle successive gravidanze, il parto naturale.

KEY WORDS: Effetti dell'induzione - Stimolazione del travaglio - Parto vaginale - Parto cesareo.

Introduzione

La letteratura sul parto vaginale dopo cesareo (VBAC, *Vaginal Birth After Cesarean*) riporta ampiamente differenti tassi di successo del parto vaginale (45-79%) dopo induzione o stimolazione del travaglio (1-3). Nel 1992, Troyer e Parisi (4) hanno stabilito un sistema per classificare i risultati del VBAC e hanno riportato che l'induzione del travaglio si associava con una più bassa incidenza di parto vaginale. Sebbene questi dati siano stati successivamente avvalorati da Vinuela e collaboratori (5), altri studi non hanno trovato una associazione tra

induzione del travaglio e aumentati tassi di tagli cesarei (TC). E sebbene molti studi abbiano documentato una aumentata morbilità dopo tentativi falliti di VBAC, relativamente pochi sono quelli in cui sono state esaminate le possibili complicanze materne e neonatali associate alla induzione del travaglio. Lavori sull'impiego di misoprostolo in pazienti con cicatrici uterine (6) hanno indicato che l'induzione del travaglio può essere associata a un rischio molto maggiore di quello osservato in precedenza in donne con storia di TC.

Scopo del presente studio è stato quello di determinare l'effetto della induzione o della stimolazione del travaglio sulla sicurezza e il tasso di successo del parto vaginale tra le donne con un precedente parto cesareo (TC).

TABELLA 1 - DISTRIBUZIONE DELLE CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE E DELLE GRAVIDANZE DI 702 DONNE CON O SENZA STORIA DI PARTO VAGINALE, CHE SONO STATE SOTTOPOSTE A UN TENTATIVO DI TRAVAGLIO DOPO UN PRECEDENTE TC^A.

<i>Caratteristica</i>	<i>Storia di parto vaginale (Gruppo 1, n = 438)</i>	<i>Non storia di parto vaginale (Gruppo 2, n = 264)</i>	<i>P</i>
Età materna (anni)	32,55 ± 5,7	27,67 ± 4,7	<0,001
<25	42 (9,6)	69 (26,1)	<0,001
25-29	112 (25,6)	128 (48,5)	
30-34	124 (28,3)	46 (17,4)	
≥35	160 (36,5)	21 (8,0)	
Nazionalità			
Qatar	236 (53,9)	99 (37,5)	<0,001
Non-Qatar	202 (46,1)	165 (62,5)	
Tipo del precedente TC			
In emergenza	266 (60,7)	176 (66,7)	NS
Elettivo	172 (39,3)	88 (33,3)	
Durata del primo stadio (h)			
<6	298 (68,0)	104 (39,4)	<0,001
6-12	132 (30,1)	142 (53,8)	
>12	8 (1,8)	18 (6,8)	
Durata del secondo stadio (h)			
≤1	428 (97,7)	240 (90,9)	<0,001
>1	10 (2,3)	24 (9,1)	
Durata della gravidanza (anni della gestante)			
≤37	54 (12,3)	24 (9,1)	NS
>37	384 (87,7)	240 (90,9)	
Comparsa spontanea del travaglio			
Sì	396 (90,4)	299 (86,7)	NS
No	42 (9,6)	35 (13,3)	
Stimolazione con ossitocina			
Sì	95 (21,7)	64 (24,2)	NS
No	343 (78,3)	200 (75,8)	
Anestesia epidurale			
Sì	14 (3,2)	25 (9,5)	<0,001
No	424 (96,8)	239 (90,5)	
Tentativo riuscito di travaglio			
Sì	371 (84,7)	168 (63,6)	<0,001
No	67 (15,3)	96 (36,4)	
Peso alla nascita (g)	3331,6 ± 509,5	3259,4 ± 429,2	0,045
<3000	102 (23,3)	71 (26,9)	0,044
3000-4000	299 (68,3)	10 (3,8)	
>4000	37 (8,4)		

TC = taglio cesareo; NS = non significativo.

^a Se non altrimenti indicato, i valori sono espressi come medie ± DS o come numeri (%).

Metodi

Durante il periodo dello studio (aprile 2003 – aprile 2004), il 99,9% dei 12.597 parti avvenuti a Doha sono stati espletati al Womens' Hospital. Tutte le gestanti con un pregresso TC che intendevano tentare un travaglio sono state esaminate prospetticamente. Per essere prese in considerazione per lo studio, lo stato delle loro cicatrici doveva essere ritenuto soddisfacente da uno specialista ostetrico, secondo le linee-guida dell'*American College of Obstetricians and Gynecologists* per le candidate al VBAC (7).

I criteri di ammissione includevano le seguenti condizioni: non più di una incisione uterina trasversa-bassa o verticale-bassa; non altri interventi pregressi sull'utero (ad es., miomectomia); feto in presentazione cefalica; assenza di infezione erpetica in atto; e pelvi adeguata.

Le donne sono state assegnate dapprima a 2 principali gruppi di rischio, sulla base della storia dei loro parti. Nel Gruppo 1 non avevano una storia di parto vaginale, e nel Gruppo 2 avevano partorito in passato per via vaginale. Le donne del Gruppo 2 sono state ulteriormente suddivise in 2 sottogruppi di rischio, e cioè quelle che avevano partorito per via vaginale dopo essere state sottoposte a TC (Gruppo 2a), e quelle che avevano partorito per via vaginale dopo essere state sottoposte a TC (Gruppo 2b). Per quanto riguarda la gestione del travaglio, i 4 gruppi di confronto erano definiti come: comparsa spontanea del travaglio; inizio indotto del travaglio; travaglio indotto e stimolato; e travaglio indotto ma non stimolato. Tassi di VBAC coronati da successo e morbilità materna sono stati confrontati tra gruppi di rischio.

Venivano registrati caratteristiche socio-demografiche, età, storia medica e ostetrica, parità, numero di precedenti parti vaginali, tipo e indicazione dei precedenti TC, score di Bishop prima dei precedenti TC, età gestazionale al momento del parto, score di Bishop al momento della ammissione in sala travaglio, uso di analgesia epidurale, peso alla nascita, Apgar score a 1 e 5 minuti, complicanze, e qualsiasi trattamento ricevuto. Veniva anche annotato l'uso di ossitocina per la stimolazione del travaglio, nonché il metodo di induzione del travaglio in 3 dei gruppi a confronto. Il principale farmaco per l'induzione era la prostaglandina E2 in compresse vaginali.

Se non altrimenti indicato, i dati erano espressi come media \pm DS. Per determinare la significatività delle differenze tra i valori medi di due variabili continue veniva usato il test t , mentre per determinare la significatività delle differenze nelle proporzioni di variabili categoriche tra 2 o più gruppi venivano impiegati il test esatto di Fisher e il test del χ^2 . Era considerato statisticamente significativo un valore di $P < 0,05$.

Risultati

La Tabella 1 mostra le caratteristiche demografiche e delle gravidanze delle 702 donne con storia di un precedente TC sottoposte a un tentativo di travaglio. Di queste donne, il 62,4% avevano anche una storia di parto vaginale. Delle 438 donne che in questo studio hanno avuto un parto vaginale espletato con successo, il 90,4% ha avuto una comparsa spontanea del travaglio; inoltre, il 64,8% delle donne ultratrentenni ha avuto un parto vaginale felicemente espletato, mentre il 74,6% di quelle di età <30 anni ha avuto un TC dopo un tentativo di travaglio.

La Tabella 2 mostra le caratteristiche demografiche e delle gravidanze delle donne che prima o dopo il loro TC hanno avuto un parto vaginale. Nel presente studio, il tentativo di travaglio ha avuto più spesso successo nelle donne in cui il TC era avvenuto prima di un parto vaginale (87,7%) che in quelle in cui esso era avvenuto dopo (79,2%). L'incidenza di stimolazione del travaglio con ossitocina era maggiore nelle donne che avevano avuto il parto vaginale prima di un TC (24%) che in quelle che lo avevano avuto dopo (20,4%).

Discussione

Negli Stati Uniti e negli altri Paesi occidentali, il tasso di TC è salito negli ultimi 20 anni dal 5% al 25%, con TC ripetuti che spiegano ben il 50% dell'aumento dei parti addominali (8).

Prima degli anni '70, quando una donna aveva partorito con TC, i suoi parti futuri avvenivano automaticamente con il TC, rispecchiando la preoccupazione che il tessuto cicatriziale uterino potesse rompersi durante il travaglio. Quando negli anni '90 i medici tentarono di ridurre il tasso di TC, il parto vaginale dopo cesareo (VBAC, *Vaginal Birth After Cesarean*) divenne più frequente. Alla fine degli anni '90, tuttavia, gli esperti stabilirono che alcuni fattori aumentavano il rischio di rottura uterina, e che certe donne non avrebbero dovuto tentare il VBAC.

Nel 1995, meno del 28% delle donne con un precedente TC tentavano un VBAC (9). La maggior parte delle autorità in questo campo sono ora concordi nell'affermare che molte più donne dovrebbero tentare il VBAC per ridurre il rischio associato al parto chirurgico.

Il presente studio ha esaminato l'effetto dell'induzione del travaglio in donne con un precedente TC, e ha confrontato gli esiti nelle donne con un precedente parto vaginale e in quelle che non avevano mai avuto un parto naturale. Delle 702 donne studiate, 438 (62,4%) avevano una storia di parto vaginale. Tra queste 438 donne, il parto vaginale era ottenuto più frequentemente in quelle sottoposte a un precedente

TC (64,8%) che in quelle che avevano avuto un parto vaginale. Questi risultati sono in accordo con quelli di uno studio condotto a Singapore sul tentativo di travaglio dopo un TC (10). In quello studio erano state arruolate 305 donne con una cicatrice da TC sul segmento inferiore, e in 207 di esse era stato tentato il travaglio. Questo tentativo era riuscito nel 63,3% di queste donne. Cosa più sorprendente, il tasso di successi del parto vaginale dopo TC è risultato ancora più elevato in uno studio condotto negli Stati Uniti (nel 76% di 242 donne sottoposte a un tentativo di travaglio dopo TC).

Uno studio prospettico basato su un questionario (11) ed eseguito oltre 8 mesi dopo il parto ha indicato che la soddisfazione delle madri che avevano partorito per la via vaginale era molto alta. Le donne che avevano sperimentato entrambi i tipi di parto riferivano che in futuro avrebbero preferito un parto vaginale.

Questi dati sono rassicuranti per le donne che si propongono di avere un parto vaginale.

Inoltre, come dimostrato in questo studio, la pratica di eseguire sempre un TC nelle donne che ne hanno avuto un primo è andata diminuendo gradualmente negli ultimi anni, dopo la pubblicazione di numerosi lavori (2-11) che hanno confermato l'efficacia e la sicurezza del tentare un VBAC.

Conclusione

In questo studio, il parto vaginale è stato ottenuto più spesso nelle donne che avevano avuto solo un TC che in quelle che avevano avuto anche un parto vaginale. Le donne che hanno avuto un TC dovrebbero prendere in seria considerazione un parto vaginale nelle successive gravidanze.

Bibliografia

1. PICKHARDT M.G., MARTIN J.N., MEYDRECH E.F., BLAKE P.G., MARTIN R.W., PERRY JR K.G., et al.: *Vaginal birth after cesarean delivery: are there useful and valid predictors of success or failure?* Am J Obstet Gynecol 166:1815-9, 1992.
2. SILVER R.K., GIBBS R.S.: *Predictors of vaginal delivery in patients with a previous cesarean section, who require oxytocin.* Am J Obstet Gynecol 156:57-60, 1987.
3. TURNER M.J.: *Delivery after one previous cesarean section.* Am J Obstet Gynecol 176:741-4, 1997.
4. TROYER L.R., PARISI V.M.: *Obstetric parameters affecting success in a trial of labor: designation of a scoring system.* Am J Obstet Gynecol 167(4 Pt 1):1099-104, 1992.
5. VINUEZA C.A., CHAUHAN S.P., BARKER L., HENDRIX N.W., SCARDO J.A.: *Predicting the success of a trial of labor with a simple scoring system.* J Reprod Med 45:332-6, 2000.
6. PLAUT M.M., SCHWARTZ M.L., LUBARSKY S.L.: *Uterine rupture associated with the use of misoprostol in the gravid patient with a previous cesarean section.* Am J Obstet Gynecol, 180(6 Pt 1):1535-42, 1999.
7. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS S.M.: *Vaginal birth after previous cesarean delivery.* ACOG Practice Bulletin, vol. 5. Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists; July, 1999.
8. TAFFET S.M., PLACEK P.J., MOEIN M.: *U.S. cesarean section rate at 247 per 100 births: a plateau?* N Engl J Med 323: 199-200, 1990.
9. CHUA S., ARUL K.S., SINGH P., RATNAM S.S.: *Trial of labor after previous cesarean section: obstetric outcome.* Aust N Z J Obstet Gynaecol 29:12-7, 1989.
10. NGUYEN T.V., DINH T.V., SUREH M.S., KINCH R.A., ANDERSON G.D.: *Vaginal birth after cesarean section at the University of Texas.* J Reprod Med 37:880-2, 1992.
11. DUNN E.A., O'HERLIYHY C.: *Comparison of maternal satisfaction following vaginal delivery after cesarean section and cesarean section after previous vaginal delivery.* Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 121:56-60, 2005.