



NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

Nome e Cognome _____ data di nascita _____

| Trattamento proposto: | TAGLIO CESAREO |
|---|--|
| Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa? | <p>Il taglio cesareo è un intervento chirurgico che permette la nascita del bambino attraverso l'apertura della cavità addominale e della parete anteriore dell'utero.</p> <p>Dopo l'estrazione del neonato si procede all'estrazione della placenta e quindi alla sutura della breccia uterina, del piano muscolo fasciale e della cute.</p> <p>INDICAZIONI:</p> <ul style="list-style-type: none">- Presentazione podalica del feto (in cui il rivolgimento per manovre esterne è controindicato o fallito)- Situazione fetale trasversa- Gravidanza gemellare bicoriale biamniotica con primo gemello non cefalico o su richiesta materna anche in presenza di entrambi i feti cefalici- Placenta previa centrale o marginale a 15 mm dall'orifizio uterino interno- Infezione da HIV in caso di prematurità, PROM, alta carica virale o non in terapia- Infezione primaria da Herpes virus (HSV) vicino al momento del parto o entro le 6 settimane precedenti- Stima del peso fetale > 4500 g in paziente diabetica (ISS 2011)- Pregresso taglio cesareo (longitudinale, ≥ 2 TC, eseguito prima di 27+6 settimane, rifiuto del travaglio di prova)- Pregressa miomectomia intramurale- Situazioni che si verificano durante il travaglio di parto, non prevedibili, che pongano indicazione a cambiare la via del parto da vaginale al taglio cesareo per rischi materni o fetali: distocia dinamica (arresto della dilatazione), mancato impegno della parte presentata, alterazioni cardiotocografiche |
| Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo? | Solo in caso di appropriata indicazione medica è in grado di garantire benefici superiori ai potenziali rischi che inevitabilmente comporta |
| Quali sono i possibili problemi di recupero? | <p>Nel decorso post operatorio sono molto comuni sintomi come dolore e distensione addominale. La permanenza in ospedale solitamente è di 3-4 giorni salvo complicazioni.</p> <p>Dopo il taglio cesareo il contatto con il neonato potrebbe essere ritardato e reso difficoltoso per le condizioni materne.</p> |

| | |
|---|--|
| Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento? | Poiché il taglio cesareo viene proposto per indicazioni cliniche precise, la mancata esecuzione del taglio cesareo se indicato aumenta il rischio di morbidità e mortalità materno-fetale. |
| Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi? | <p>Complicanze:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lesioni accidentali di organi vicini all'utero (vescica nello 0,1-0,3% dei casi; intestino e uretere < 0,1% dei casi) la cui risoluzione è chirurgica - Emorragia (perdita ematica superiore a 1000 cc nel 3,5%), trombosi venosa profonda, infezioni, endometrite postpartum (6,4%) la cui risoluzione avviene con terapia medica appropriata. In caso di emorragia profusa dovuta ad atonia uterina vi potrebbe essere la necessità di eseguire isterectomia totale (rischio riportato in letteratura circa del 0,2-2,7 ‰, rischio nella nostra Unità Operativa 0.2 per 1000) - Cicatrice chirurgica addominale con esito non ottimale (0,9%) - Il taglio cesareo necessita di una anestesia loco-regionale o generale, anch'essa possibile causa di complicanze precoci o tardive - Durante l'estrazione chirurgica si possono verificare lesioni a carico della testa o di altre parti fetali (circa 0,2% dei casi) - Rischio aumentato di circa 3 volte di mortalità e morbidità neonatale per ritardo dell'adattamento neurologico e maggior rischio respiratorio <p>Complicanze a lungo termine</p> <p>Nelle gravidanze successive non necessariamente si eseguirà un altro taglio cesareo, ma le probabilità di un parto per via vaginale saranno diminuite.</p> <p><u>È sconsigliato una gravidanza che abbia un intervallo a termine inferiore a 18 mesi.</u> La cicatrice uterina è un punto di minor resistenza e potrebbe verificarsi una rottura uterina in tale sede nello 0,5 -0,8% dei travagli o durante la gravidanza. Tale rischio è 4-5 volte maggiore rispetto ad una donna che ha partorito.</p> |
| Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti? | <p>In casi ostetrici particolari, i rischi del parto e le possibili alternative al taglio cesareo sono:</p> <p>Presentazione podalica: il parto aumenta di circa 3 volte il rischio di mortalità fetale e di 2 volte la morbosità rispetto alla presentazione cefalica (6% ipossia fetale; lesioni vascolari, ossee e nervose); a 36/37 settimane è possibile tentare il rivolgimento fetale per manovre esterne con una probabilità di successo tra il 45-75%.</p> <p>Gemelli: se entrambi in presentazione cefalica il parto vaginale è appropriato ad ogni epoca gestazionale; anche qualora il secondo gemello fosse in presentazione podalica il parto può essere proposto in particolari condizioni con un lieve aumento del rischio di mortalità e morbosità fetale; il rivolgimento per manovre esterne è controindicato.</p> <p>Placenta previa: la placenta è inserita in maniera anomala a livello del segmento uterino inferiore e ricopre l'orifizio uterino interno in parte o totalmente, non è possibile il parto vaginale, nel 30-50 % dei casi vi è rischio di emorragia e nel 30% di mal presentazioni fetali.</p> <p>Infezione da HIV: il rischio di trasmissione madre-neonato scende dal 25-30% al 2% se viene instaurata terapia antiretrovirale in gravidanza e programmato un taglio cesareo elettivo a 37 settimane; in caso di carica</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>virale molto bassa (< 50 copie/ml) o se la paziente esegue politerapia è possibile il parto per via vaginale a partire dalla 37 settimana con un rischio di trasmissione materno-fetale basso, probabilmente inferiore al 2%.</p> <p>Infezione da Herpes simplex (HSV): se l'infezione primaria è contratta nel 3 trimestre il rischio di trasmissione madre-neonato è del 30-50%; se il neonato entra in contatto con secrezioni materne infette può sviluppare un'infezione erpetica sistemica grave; in caso di parto vaginale il rischio di infezione neonatale è del 40% circa. In presenza di lesioni attive da infezione ricorrente o in caso di infezione primaria contratta nella prima metà della gravidanza il rischio di trasmissione al neonato è basso (0-3%) e l'esecuzione del taglio cesareo non è raccomandata di routine. Il taglio cesareo non elimina del tutto il rischio di trasmissione.</p> <p>Pregresso taglio cesareo: un pregresso intervento non controindica il travaglio di prova, la probabilità di successo è del 70% e il rischio di complicanze correlate alla rottura dell'utero in sede di cicatrice dello 0,5-0,8% (vedi nota informativa dedicata). In caso di gravidanza oltre la 41 settimana viene offerta induzione medica del travaglio di parto.</p> |
| Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento? | <p>Il personale Medico della SC di Ostetricia e Ginecologia.</p> <p>Le indicazioni complesse vengono discusse collegialmente con il Responsabile della Struttura Semplice di Medicina Materno Fetale e il Direttore della SC.</p> |

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO
