

**NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE****Nome e Cognome** _____ **data di nascita** _____

Quali sono le sue condizioni di salute?	Donna in stato di gravidanza, già sottoposta in precedenza a pregresso taglio cesareo.
Trattamento proposto:	TRAVAGLIO DI PROVA DOPO PREGRESSO TAGLIO CESAREO (TOLAC)
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	<p>Il travaglio di prova è il travaglio in una donna sottoposta in precedenza a taglio cesareo.</p> <p>Poiché esiste un rischio di rottura d'utero è necessario uno stretto monitoraggio materno-fetale in corso di travaglio.</p> <p>In caso di mancato travaglio spontaneo, in assenza di controindicazioni materno-fetali, è possibile l'induzione del travaglio mediante posizionamento del catetere di Foley intracervicale o amnioressi e ossitocina basse dosi (vedi nota informativa "induzione del travaglio"): il rischio di rottura d'utero in questo caso è del 0,8%.</p>
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	<p>La probabilità di un parto vaginale dopo taglio cesareo di successo (VBAC) è del 72-76%.</p> <p>Questa probabilità aumenta se la paziente ha già precedentemente partorito anche per via vaginale, se il travaglio inizia naturalmente senza necessità di induzione, se il BMI a inizio gravidanza è inferiore a 30.</p>
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	<p>Complicanze possibili:</p> <ul style="list-style-type: none">- taglio cesareo urgente/emergente in corso di travaglio (25/100 donne). Il cesareo urgente/emergente presenta rischi maggiori rispetto a un taglio cesareo elettivo. Le ragioni più frequenti di taglio cesareo in corso di travaglio sono prolungamento del I-II stadio o alterazioni cardiotocografiche- rottura dell'utero in sede della pregressa cicatrice (0,5-0,8%). In caso di rottura d'utero è necessario un intervento chirurgico urgente con alto rischio di complicanze materne e fetali. Il rischio aumenta di 2-3 volte se l'intervallo dal precedente taglio cesareo è inferiore a 18 mesi, per cui in questi casi presso la nostra Unità Operativa viene eseguito un taglio cesareo elettivo iterativo. Il rischio di rottura d'utero è presente anche per parti in pazienti pluripare senza pregresso taglio cesareo con una frequenza dello 0,1-0,2%.- acidosi neonatale (pH < 7.00) nello 0,15% dei casi- aumento del rischio di parto operativo (applicazione di ventosa ostetrica)- aumento dell'uso di ossitocina- aumento del rischio di trasfusioni di emazie rispetto alle donne che sono sottoposte a cesareo elettivo
Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	<p>L'alternativa al travaglio di prova è la ripetizione di un taglio cesareo, che è un intervento chirurgico gravato da potenziali rischi.</p> <p><u>Complicanze direttamente correlate alla procedura chirurgica</u></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

	<p>- emorragia (perdita ematica superiore a 1000cc 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 ‰)</p> <p>- cicatrice chirurgica addominale con esito non ottimale (0,9%)</p> <p>- durante l'estrazione chirurgica si possono verificare lesioni a carico della testa o di altre parti fetali (circa 0,2% dei casi).</p> <p>Il taglio cesareo necessita di una anestesia loco-regionale o generale, anch'essa possibile causa di complicanze precoci o tardive.</p> <p><u>Rischi direttamente associati a taglio cesareo elettivo</u></p> <p>- aumento di complicanze nelle gravidanze successive, come l'accrescimento placentare (condizione in cui la placenta è patologicamente adesa all'utero e ne invade la parete per cui al momento del parto non può separarsi completamente determinando un'emorragia severa, con la necessità talvolta di ricorrere all'isterectomia, cioè all'asportazione dell'utero, per fermare il sanguinamento).</p> <p>Il rischio di placenta accreta è direttamente correlato al numero dei tagli cesarei pregressi: 0,24% se 1 taglio cesareo pregresso; 0,31% se 2 tagli cesarei pregressi; 0,57% se 3 tagli cesarei pregressi</p> <p>- aumento di complicanze intraoperatorie correlate agli esiti aderenziali degli interventi precedenti: danno vescicale, ureterale, intestinale nello 0,2-0,8% dei casi; rischio di isterectomia (asportazione dell'utero) correlato al numero di tagli cesarei pregressi: 0,65% se 1 taglio cesareo pregresso; 0,42% se 2 tagli cesarei pregressi; 0,9% se 3 tagli cesarei pregressi</p> <p>- aumento di complicanze respiratorie neonatali (rischio di circa 3-4% rispetto al 2-3% in caso di parto vaginale): l'assenza del travaglio di parto non garantisce un'ottimale adattamento respiratorio neonatale.</p>
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?	Il personale Medico della SC di Ostetricia e Ginecologia

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

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO
