

## PRATICA CLINICA

## VBAC

## Il parto vaginale dopo cesareo



**VBAC (Vaginal Birth After Cesarean)** è l'acronimo inglese entrato nell'uso comune per indicare il parto vaginale dopo un precedente parto cesareo. Da vari anni le raccomandazioni e le linee guida internazionali hanno evidenziato l'importanza di considerarlo come la prima opzione da offrire alle donne precesareizzate.

**Nonostante queste evidenze, supportate da ampia letteratura e dalla esperienza clinica di centri di riferimento, abbiano dimostrato come la maggior parte delle donne possano affrontare con successo il parto vaginale dopo uno o più pregressi tagli cesarei, sono ancora alte le resistenze di molti operatori e strutture sanitarie nel consentire un sereno accesso alle donne che lo richiedono.**

**Da Programma Nazionale Esiti risulta un incremento crescente del VBAC, che è un indicatore di appropriatezza clinica, che va dall'8% del 2015 al 12% del 2023. Tali valori, però, restano ancora complessivamente molto bassi.**



**AGOSTINO MENDITTO**  
Responsabile U.O.  
Ostetricia e Ginecologia  
Clinica Mediterranea -  
Napoli

## I VANTAGGI DEL VBAC

Optare per un VBAC può offrire numerosi benefici rispetto a un parto cesareo ripetuto elettivo. Tra i principali vantaggi, si evidenziano:

- 1. RECUPERO PIÙ RAPIDO:** Il parto vaginale comporta generalmente un periodo di convalescenza più breve rispetto al cesareo, consentendo alla madre di riprendere le sue attività quotidiane e le cure per il neonato in tempi più rapidi.
- 2. RIDUZIONE DEI RISCHI CHIRURGICI:** Il cesareo, essendo un intervento chirurgico, comporta rischi di complicanze come infezioni, emorragie e aderenze. Evitarlo significa ridurre l'esposizione a questi rischi.
- 3. MINORI COMPLICANZE IN FUTURE GRAVIDANZE:** Studi dimostrano che il numero crescente di cesarei aumenta il rischio di complicanze nelle gravidanze successive, come la placenta accreta o il distacco di placenta.
- 4. ESPERIENZA DEL PARTO SPONTANEO:** Molte donne scelgono il VBAC per vivere l'esperienza del parto vaginale, considerata più fisiologica e meno invasiva.

## QUALI SONO LE CANDIDATE AL VBAC

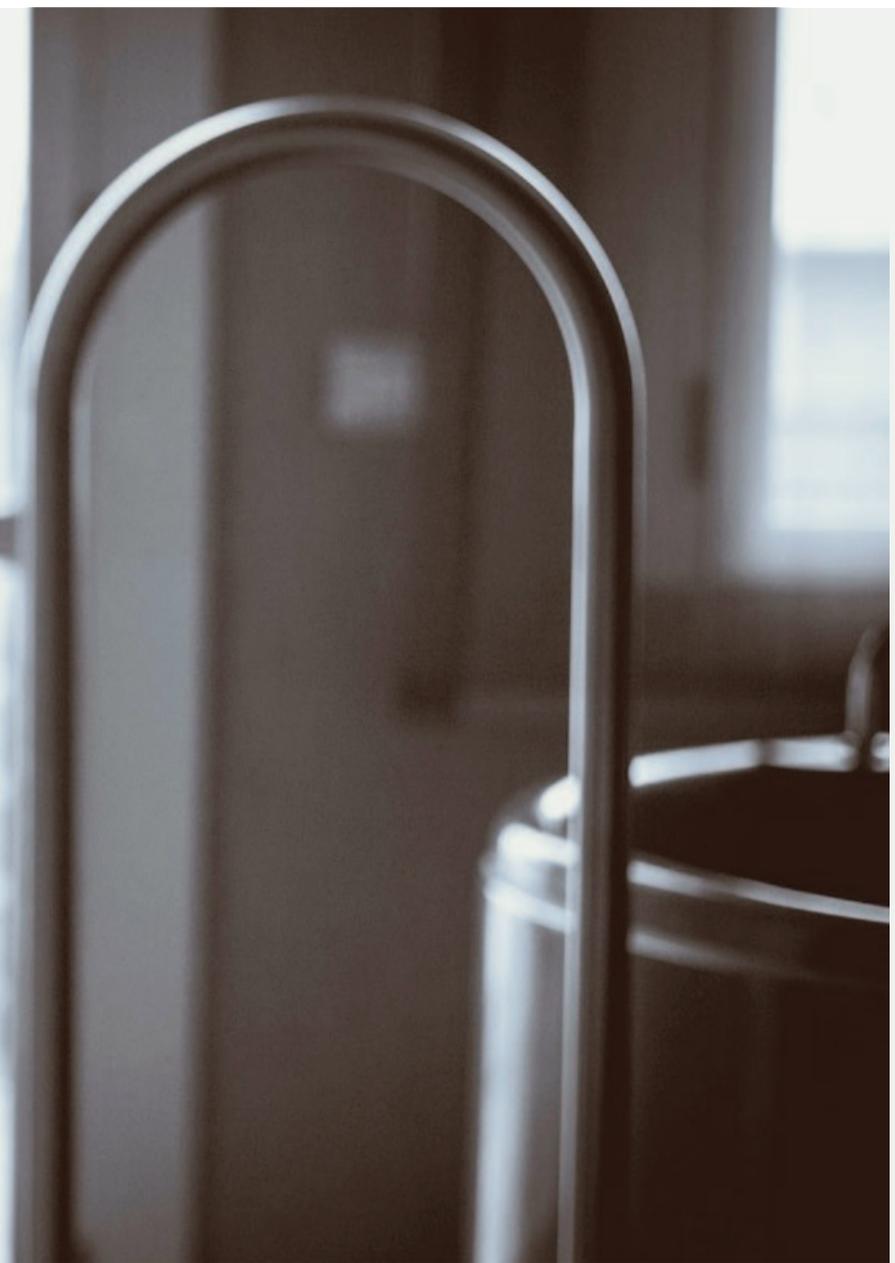
Il travaglio di parto può essere programmato e offerto, in assenza di controindicazioni specifiche, alla maggior parte delle donne con feto singolo in presentazione cefalica con un pregresso singolo taglio cesareo con incisione trasversale bassa a livello del segmento uterino inferiore, con o senza una storia di parto vaginale precedente.

## QUALI LE CONTROINDICAZIONI

Le poche controindicazioni assolute sono un pregresso episodio di rottura d'utero e una incisione longitudinale o a T nel precedente taglio cesareo. Vi sono poi, ovviamente, tutte le classiche controindicazioni relative o assolute al parto vaginale, come le presentazioni anomale del feto o la placenta previa.

## FATTORI DI SUCCESSO DEL VBAC

Le probabilità di successo di un VBAC si attestano tra il 70% e l'80%. Vi sono fattori anamnestici quali l'etnia caucasica, un BMI inferiore a 30 o un aumento di peso contenuto in gravidanza, l'insorgenza spontanea del travaglio, il peso neonatale inferiore a 4.000 g e l'indicazione al taglio cesareo pregresso diversa da distocia/arresto del travaglio, che sono associati ad una maggiore probabilità di successo, così come lo sono fattori intrapartum quali



l'insorgenza spontanea del travaglio e un punteggio di Bishop elevato all'ammissione. Fattori "sfavorevoli" possono essere un ridotto intervallo di tempo dal pregresso taglio cesareo, l'età materna maggiore di 40 anni, l'epoca gestazionale maggiore di 41 settimane, l'obesità, la macrosomia fetale, un punteggio di Bishop molto sfavorevole, il ricorso all'induzione o all'accelerazione del travaglio e le complicanze nel postoperatorio del pregresso taglio cesareo. È importante sottolineare che nessuno di questi fattori rappresenta una controindicazione al VBAC, ma in presenza di più fattori sfavorevoli la donna condivide la valutazione con un ginecologo esperto sull'opportunità di espletare il travaglio, soprattutto di fronte a condizioni ostetriche più impegnative quali, ad esempio, la necessità di dover procedere ad una induzione.

#### QUALI I RISCHI

Il rischio principale durante il travaglio in una donna precesareizzata è rappresentato dalla rottura d'utero. Tale possibile complicanza rappresenta forse il motivo principale per il quale molti ginecologi sono timorosi nell'affrontare l'assistenza a questo tipo di travaglio, ma il rischio reale è solo lo 0,5% e vi sono segnali che permettono di diagnosticarne per tempo l'insorgenza in maniera da poter ricorrere ad un taglio cesareo urgente.

#### DIAGNOSTICARE LA MINACCIA DI ROTTURA D'UTERO

Contrariamente a quanto si possa immaginare, la complicanza, rara, della rottura dell'utero durante il travaglio di una donna precesareizzata, in ge-

nera, non avviene durante la fase espulsiva, ma verso l'inizio della fase dilatante intorno a 3-4 cm di dilatazione cervicale. Ciò si spiega in quanto in presenza di una deiscenza della pregressa cicatrice isterotomica la parte presentata potrebbe prendere una falsa strada rimanendo bloccata in tale deiscenza che viene aumentata dalle contrazioni uterine a scapito della dilatazione cervicale che resta invariata.

I segnali per riconoscerla sono i seguenti:

- **DOLORE** sovrapubico intenso e persistente non correlato a modifiche della dilatazione
- **IMPROVISE** bradicardie prolungate
- **CESSAZIONE** improvvisa delle contrazioni in travaglio attivo
- **EMORRAGIA** in travaglio
- **LA PARTE PRESENTATA** resta alta e la dilatazione non procede in presenza di contrazioni valide e intense. Segnale ancora più allarmante è la risalita della parte presentata.

L'ultimo, in particolare, rappresenta un segno importante in virtù delle dinamiche precedentemente illustrate.

#### GESTIONE DEL TRAVAGLIO NEL VBAC

Il travaglio di una donna precesareizzata è da ritenersi fisiologico nel suo decorso e va gestito senza particolari ansie dall'equipe ostetrica e soprattutto senza trasmettere pressioni alla partoriente. La sorveglianza del benessere materno-fetale e della progressione del travaglio di parto è analoga a quelle delle altre partorienti a cui vanno aggiunti, secondo le linee guida,:

- **REGISTRAZIONE** cardiocografica continua;
- **POSIZIONAMENTO** di accesso venoso periferico di calibro adeguato;
- **DISPONIBILITÀ** di emogruppo;

Tali procedure vanno applicate nel momento in cui il travaglio diventa attivo con una dilatazione superiore ai 4 cm e contrazioni intense e regolari. Va considerato che si può verificare una fase prodromica con presenza di contrazioni che può avere una durata lunga che non va medicalizzata. Durante il travaglio, anche se il monitoraggio è richiesto in continuo, vanno sempre garantiti la libertà di movimento e il comfort della donna, condizioni che favoriscono in maniera importante il buon esito del parto. Si deve valutare regolarmente la progressione del travaglio poiché, come detto, la distocia è un fattore di rischio per la rottura d'utero. Il trattamento della distocia nella donna con pregresso taglio cesareo può prevedere amnioressi e infusione di ossitocina a bassi dosaggi (massimo 20 milliunità/minuto), con protocolli rigorosi in termini di modalità (pompe di infusione), monitoraggio dell'attività contrattile e incremento delle dosi.



Qualora la struttura di riferimento del ginecologo interpellato non avesse i requisiti o l'esperienza per offrire un VBAC, è obbligatorio indirizzare la donna verso un centro di riferimento, auspicandosi che l'assistenza al travaglio delle precesareizzate diventi presto una diffusa pratica di routine

#### PARTO IN ACQUA

Le precesareizzate hanno l'opportunità di travagliare e partorire in acqua senza alcuna restrizione rispetto alle altre gravide, usufruendo così dei notevoli benefici di questa modalità di parto. Una delle azioni più importanti del travaglio in acqua, oltre quella di fornire una analgesia "naturale", è l'azione sulla consistenza e la dilatazione del collo dell'utero che permette di ridurre la durata della fase dilatante. In una condizione come il travaglio di una precesareizzata, in cui è importante rimanere nell'alveo della fisiologia, l'immersione in acqua è una pratica sicura e raccomandata.

#### PARTO ANALGESIA

L'analgesia in epidurale può essere offerta come parte integrante dell'assistenza ostetrica alle donne precesareizzate che scelgono di travagliare e non costituisce un fattore di rischio causale per un eventuale insuccesso. L'analgesia non maschera i segni e i sintomi di rottura d'utero.

#### INDUZIONE DEL TRAVAGLIO

L'induzione del travaglio è possibile nelle gravide precesareizzate. Il tempo di attesa può durare anche fino alla 42a settimana se i parametri di benessere materno-fetale lo consentano. Può essere anticipata in presenza delle altre indicazioni quali, ad esempio, il diabete gestazionale. L'utilizzo di prostaglandine aumenta il rischio di rottura di utero, pertanto sono di fatto controindicate. Ottimi risultati si possono ottenere con un balloon per la dilatazione cervicale che potrebbe da solo riuscire a far avviare il travaglio o comunque permettere un miglioramento del Bishop per praticare amnioressi e infusione di ossitocina a basse dosi per il prosieguo della procedura.

#### REQUISITI STRUTTURALI

Per poter affrontare in tranquillità l'assistenza al VBAC è richiesto che la sala operatoria per le urgenze si trovi allo stesso piano della sala parto o che in ogni caso sia agevolmente raggiungibile mediante percorsi dedicati. La possibilità di essere in grado di intervenire rapidamente rende gli operatori più sereni, in quanto sono consapevoli che l'esecuzione di un eventuale cesareo in urgenza è praticabile in tempi brevi.

#### PARTO SPONTANEO DOPO RIPETUTI TAGLI CESAREI

La gestione e l'andamento del travaglio di parto in una donna bicesareizzata segue sostanzialmente le stesse regole di quelle che hanno avuto un singolo taglio cesareo.

## CONTENZIOSI IN OSTETRICIA

stimolazione uterine dovuta ad eccesso di ossitocina, ipotensione materna dovuta alla partoanalgesia) e **valutare l'eventuale normalità del CTG prima della decelerazione con segni di ripresa entro i primi 6 minuti della decelerazione. Viceversa, se non ci sono segnali di ripresa, così come in caso di fase precedente del CTG con ridotta variabilità è necessario applicare la "3 minute rule", trasferendo la donna in sala operatoria entro 9 minuti**, iniziare il cesareo entro 12 minuti ed estrarre il feto entro 15 minuti;

**VALUTAZIONE INDEFINITA PER IL BENESSERE FETALE** (scarsa qualità del segnale – interferenza con la frequenza cardiaca materna – linea di base incerta).

**Non dobbiamo dimenticare il fatto che, alla luce di un eventuale esito negativo neonatale gli artefatti e/o dubbi interpretativi del CTG, vengono spesso utilizzati nelle aule dei Tribunali, da abili periti ed avvocati che riescono spesso a fare quello che la medicina non è mai riuscita a fare "identificare esattamente il momento in cui il feto ha ricevuto un danno irreparabile".**

La diagnostica anatomo-patologica della placenta è, in modo unanime, considerata dalla letteratura scientifica come cruciale per comprendere l'eziopatogenesi degli esiti sfavorevoli della gravidanza. Recentemente è stato redatto un documento operativo "Linee Guida Italiane per la Diagnostica Anatomo-Clinica della Placenta Espulsa/Estratta dopo la 14<sup>a</sup> Settimana di Gestazione; Sigo-Agoi-Agui-Agite-Siapec-Iap, 2023).

**È DI FONDAMENTALE IMPORTANZA RICORDARE:**

**TUTTE LE PLACENTE**, indipendentemente dalle caratteristiche della gravidanza, devono essere ispezionate dall'ostetrica e, nel caso di aspetti di dubbia interpretazione, da un medico ginecologo;

**IL RILIEVO OSTETRICO** delle caratteristiche macroscopiche della placenta deve avere finalità; osservazionali e non diagnostiche, quindi, bi-

sogna astenersi assolutamente dal notificare giudizi diagnostici;

**IDEALMENTE** si ritiene che la decisione circa quali placente inviare all'esame anatomo-patologico debba essere basata sulle caratteristiche cliniche della singola gravidanza e del singolo neonato, ricordando come l'analisi anatomo-patologica è il primo importante segno, da parte del ginecologo, nei confronti della madre/coppia, di interessamento circa le cause dell'esito sfavorevole della gravidanza ed è atto cruciale per la difesa legale dell'operato dei curanti;

**VANNO CONSERVATE** temporaneamente tutte le placente che non sono state inviate subito dopo il parto in anatomia-patologia. L'ideale è conservarle per 7 giorni, lasso temporale in cui la maggior parte delle complicanze post-partum si manifestano nel neonato e/o nella madre;

**QUANDO ACCADE** un grave evento ostetrico avverso inatteso, la comunicazione con la madre o la coppia deve essere gestita in modo pronto, efficace, corretto e continuativo nel tempo. La madre e la famiglia non devono sentirsi abbandonati, non devono avere l'impressione che ci sia disinteresse da parte dei curanti o che gli si stia nascondendo qualcosa.

**La placenta è la "scatola nera" della gravidanza e può fornire adeguate informazioni sulle problematiche che potrebbero essere insorte, nel corso della stessa.**

**Analoga importanza deve essere riservata alla valutazione macroscopica (aree di trombosi – stravasi – iperspiralizzazione – ipospiralizzazione) del cordone ombelicale, unitamente alla valutazione di tipo isto-patologica/ microscopica.**

Tali procedure devono essere implementate in tutte le strutture dotate di Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia, sempre nell'intento di trovare una giusta spiegazione e difesa nel caso di un esito ostetrico avverso.



## VBAC

# Il parto vaginale dopo il cesareo

SEGUE DA PAGINA 17

In presenza di 3 o più cesarei si può asserire che il travaglio di parto, benché le casistiche siano poche, è sempre possibile. Se la donna partorisce spontaneamente sicuramente si tratta di un'opzione preferibile rispetto all'esecuzione di un intervento di alta complessità vessato da un forte rischio di complicanze. Il problema vero, però, si configura allorché il taglio cesareo debba essere praticato in emergenza durante il travaglio, in quanto non si ha la tranquillità di operare senza fretta come avviene in elezione. Il punto fondamentale del counseling per il VBAC, parto vaginale dopo multipli cesarei, è proprio focalizzato su questa possibilità della quale la donna deve essere edotta e documentata da adeguato consenso informato. Se l'intervento si fa in elezione, chiaramente diminuisce il rischio di complicanze. In generale, è indicata l'acquisizione di un consenso informato in presenza di un VBAC ed è importante che avvenga in maniera chiara, adeguata e dettagliata.

Nella gestione pratica si fa una valutazione in cui la presenza di fattori favorevoli o sfavorevoli ha un peso determinante nella decisione della modalità di espletamento del parto, unitamente alle condizioni del Bishop nella fase prodromica. Durante il travaglio cambia l'altezza dell'asticella per la quale decidere di andare in sala operatoria, in maniera da non dover eseguire l'eventuale taglio in estrema urgenza. Di tutto questo deve essere informata anche la donna.

## CONCLUSIONI

Il VBAC rappresenta una possibilità concreta e sicura per gran parte delle donne e offre numerosi benefici fisici ed emotivi. Le donne che sono motivate al travaglio spontaneo spesso hanno vissuto brutte esperienze col taglio cesareo della precedente gravidanza e vanno sostenute e indirizzate correttamente. In generale, il counseling per la possibilità di VBAC va offerto a tutte le gravide precesareizzate a inizio gravidanza rispettando però chi, nonostante tutto, rimanesse dell'idea di praticare un nuovo taglio cesareo.

Qualora la struttura di riferimento del ginecologo interpellato non avesse i requisiti o l'esperienza per offrire un VBAC, è obbligatorio indirizzare la donna verso un centro di riferimento, auspicandosi che l'assistenza al travaglio delle precesareizzate diventi presto una diffusa pratica di routine.

**Gyneco Aogoi**

Organo Ufficiale dell'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani



Numero 6 - 2024  
Anno XXXV

**Presidente**  
Antonio Chiàntera

**Comitato Scientifico**  
Antonio Chiàntera  
Claudio Crescini  
Giovanni Monni  
Pasquale Pirillo  
Carlo Sbiroli  
Sergio Schettini  
Carlo Maria Stigliano  
Vito Trojano  
Elsa Viora

**Direttore Responsabile**  
Ester Maragò

**Editore**  
SICS S.r.l. Società Italiana di Comunicazione Scientifica e Sanitaria  
Sede legale:  
Via Giacomo Peroni, 400  
00131 Roma  
Sede operativa:  
Via della Stelletta, 23  
00186 Roma  
email: info@sicseditore.it

**Ufficio Commerciale**  
SICS - info@sicseditore.it  
Tel. (+39) 06.89.27.28.41

**Stampa**  
STRpress, Pomezia - Roma

**Abbonamenti**  
Annuo: Euro 26.  
Singola copia: Euro 4  
Reg. Trib. di Milano del 22.01.1991 n. 33  
Finito di stampare: dicembre 2024  
Tiratura 4.000 copie.

La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'editore. I contenuti delle rubriche sono espressione del punto di vista degli Autori. Questa rivista le è stata inviata tramite abbonamento: l'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato, oltre che per l'invio della rivista, anche per l'invio di

altre riviste o per l'invio di proposte di abbonamento. Ai sensi della legge 675/96 è nel suo diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Testata associata

**A.N.E.S.**  
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA