

MeB – Pagine Elettroniche

Volume II

Aprile 1999

numero 4

IL PUNTO SU

Il taglio cesareo sul totale dei parti (Quali rischi si corrono nel tentare di abbassarne il numero?)

Giorgio Bartolozzi¹, Francesco Branconi², Firmino
Rubaltelli³

¹ Clinica Pediatrica, Università di Firenze ² Pediatra neonatologo

³ Ostetrico-ginecologo

Secondo le più recenti valutazioni in Italia nel 1995 sono stati eseguiti 137.128 tagli cesarei, su un totale di 525.609 nati (pari al 26,01% sul totale dei parti, senza tener conto delle gravidanze multiple) (ISTAT). Un numero senz'altro elevato e probabilmente troppo elevato: se seguiamo il fenomeno negli ultimi anni appare evidente che esiste un costante progressivo aumento. Maggiore è l'età della donna al momento del parto e più spesso viene eseguito il taglio cesareo: si passa da un 20% di tagli cesarei sul totale dei parti in donne fra i 15 e i 19 anni, contro un 50% in donne di età al parto superiore ai 45 anni.

COSA SUCCEDDE NEGLI ALTRI PAESI?

Negli Stati Uniti agli inizi degli anni 90 il numero dei tagli cesarei sul totale dei parti arrivava al 25%. Una cifra che sembrò troppo elevata, per cui venne fatta un'attiva propaganda a tutti i livelli per ridurre questa percentuale: gli effetti furono immediati, in pochi anni si passò dal 25% all'attuale 20,5%. Il Dipartimento della Salute Pubblica degli USA di recente ha stabilito che nell'anno 2000 sarà possibile ridurre questa percentuale al 15%, anche se nel 1997 si è verificato un leggero aumento percentuale sul totale dei parti.

E' vero che la scelta del parto cesareo spetta di diritto all'ostetrico, sentito il parere della diretta interessata; tuttavia, poiché il prodotto del concepimento, appena abbia visto la luce, passa nelle mani del neonatologo e successivamente nelle mani del pediatra, sembra utile si debba tener conto, sia pure in misura minore, anche del loro parere. Ostetrico, neonatologo, pediatra e famiglia del nuovo nato sono ben lieti che l'evento nascita avvenga senza conseguenze per il nascituro. In un passato non lontano (oltre 20 anni fa), capitava con una certa frequenza, che venisse presentato al pediatra, distaccato nei Reparti di Maternità (ancora non c'era il neonatologo in senso moderno), un neonato con le conseguenze di un parto difficile (emorragie, anche endocraniche, lesioni cutanee, fratture, paralisi), tanto che venne creata la figura tragica del "neonato boxeur", tali erano le analogie con l'adulto che avesse superato un incontro di boxe: alcune conseguenze erano immediate e relativamente transitorie, altre lasciavano il segno anche a distanza di anni, se non per tutta la vita.

I vantaggi del parto per le vie naturali sono ben evidenti: un parto per via vaginale si associa percentualmente a una minor morbidità per il neonato e per la madre; esso inoltre costa poco, meno del parto cesareo, anche per la riduzione dei giorni di ricovero, necessari per la madre operata. Ma per un'esatta valutazione dei costi, vanno considerate anche le complicazioni, relativamente rare, ma gravi che possono insorgere per la madre e per il neonato, quando venga sistematicamente adottato il parto vaginale.

PERCHÉ È AUMENTATO IL NUMERO DEI PARTI CESAREI?

A parte le indicazioni ufficialmente riconosciute (prima fra tutte la distocia), le ragioni dell'aumento dei tagli cesarei sono molteplici:

- una sempre maggiore intolleranza a prendere rischi
- la paura di successive contestazioni da parte dei familiari (evenienza ancora poco frequente nel nostro Paese)
- l'aumento dell'età della madre alla prima gravidanza
- l'aumento del peso dei soggetti di sesso femminile in età fertile
- la sempre più alta frequenza di donne che hanno già subito un taglio cesareo
- un aumento della richiesta di anestesia epidurale
- l'aumentato uso del monitoraggio elettronico del feto, che ha elevate false positività per l'identificazione dell'ipossia e dell'acidosi fetale
- la convenienza dei medici
- taglio cesareo elettivo per donne HIV-1 positive

Va ammesso infine che è spesso più veloce l'esecuzione di un parto cesareo che di un parto vaginale, quando questo presenti qualche difficoltà.

D'altra parte va ricordato che l'aspettativa della coppia è di avere un neonato perfetto, specialmente in donne che abbiano avuto l'esperienza di un parto difficile o di un precedente cesareo: tutte situazioni che senza dubbio giocano un ruolo importante nella decisione di praticare un taglio cesareo. Le donne che non vogliono avvertire eccessivo dolore durante il travaglio, richiedono l'anestesia epidurale che sanno essere sicura ed efficace per conferire analgesia, ma questa pratica, quando venga eseguito il parto per via vaginale, può aumentare il rischio di distocia e perciò aumentare la frequenza del parto cesareo nelle donne nullipare.

Non va d'altra parte dimenticato che il taglio cesareo in alcune circostanze è un'operazione sulla quale non è possibile discutere, perché essa è una procedura salvavita, per cui l'incidenza del primo cesareo non potrà ovviamente essere mai uguale allo zero.

Una delle condizioni che induce alla scelta del parto cesareo è quella di trovarsi di fronte a una donna, che abbia già subito un cesareo.

PARTO VAGINALE IN DONNE CHE HANNO SUBITO UN CESAREO

Più aumenta il numero di cesarei e maggiore è il numero delle donne che sono candidate a un nuovo cesareo, in occasione di una successiva gravidanza. Viene calcolato che circa un terzo dei cesarei attualmente eseguiti, siano secondi cesarei.

La maggior parte degli studi non controllati ha dimostrato che in una donna, che ha già avuto un parto cesareo, un successivo parto per via vaginale è più sicuro per la madre e per il neonato, di un nuovo cesareo elettivo, ma studi più approfonditi con controlli non confermano questo punto di vista. In uno di questi, relativamente recente, sono state studiate 6.138 donne, che in Nuova Scozia erano state sottoposte a taglio cesareo e che erano di nuovo in gravidanza di un feto singolo, nel periodo 1986-1992. 3.249 di esse scelsero il parto vaginale e 2.889 scelsero un secondo cesareo. Non vi fu nessuna morte fra le madri di ambedue i gruppi, ma le complicazioni maggiori (isterectomia, rottura intrauterina e lesioni intraoperatorie) furono doppie nel gruppo di madri che aveva scelto il parto per via vaginale, in confronto al gruppo che aveva scelto il secondo cesareo: 53 volte (1,6%) contro 24 (0,8%). L'indice di Apgar, l'ammissione nell'Unità di terapia intensiva neonatale e la mortalità perinatale furono invece simili nei due gruppi, ma va notato che due delle morti perinatali sono avvenute in donne che avevano presentato una rottura dell'utero nel parto per via naturale. Il lavoro conclude affermando che è necessario selezionare bene le madri prima del parto, per scegliere quelle che hanno alte probabilità di eseguire il parto per via vaginale (forse più dell'80%). Le donne che più facilmente possono eseguire un parto per via vaginale, sono risultate quelle che hanno un'età inferiore ai 35 anni, che hanno figli che alla nascita pesano meno di 4.000 g, che hanno subito un'incisione uterina verticale bassa e che partoriscono in un ospedale di terzo livello. Gli Autori riconoscono tuttavia che anche seguendo questi parametri, alcune donne sfuggono a una corretta identificazione del rischio.

Il *Los Angeles Times* ha riportato di recente (25 gennaio 1998) che la Los Angeles County ha pagato 24 milioni di dollari (circa 40 miliardi di lire) a favore di 49 madri e bambini, che erano morti o avevano subito lesioni, in seguito a un tentativo di parto o dopo un parto vero e proprio per via vaginale, in donne che avevano subito un cesareo precedente.

I RISCHI DEL PARTO VAGINALE

In un 10-15% dei casi il parto per le vie naturali richiede l'intervento di particolari tecniche:

- la più antica e oggi la meno usata è l'applicazione del forcipe sulla testa del nascituro per esercitare una trazione diretta
- l'altra, di più recente applicazione, è rappresentata dall'uso del vacuum extractor, sempre per esercitare una trazione sul cuoio capelluto del feto.

Ambedue questi metodi costituiscono alternative al taglio cesareo per donne, nelle quali l'impegno fetale si arresti durante il travaglio e ambedue vengono considerati sicuri per la madre e per il feto nella maggioranza dei casi. Ma queste pratiche non sono senza conseguenze per il feto: nel 6% dei casi si verifica un cefalo-ematoma neonatale (contro il 2% nei parti vaginali spontanei) accompagnato nel 5% dei casi da frattura delle ossa del cranio; e in meno dell'1% si verificano complicazioni più gravi, come emorragie subgaleali, emorragie intracraniche, emorragie retiniche, lacerazioni, paralisi permanente di Erb e, ancor più di rado, morte.

I COSTI ECONOMICI DELLA NASCITA

La maggior parte delle persone ritiene che il parto cesareo costi molto di più di un parto vaginale, soprattutto per una maggior permanenza in ospedale e per l'uso della sala operatoria. In Italia in effetti, secondo l'elenco dei DRG, a un parto per via vaginale non complicato corrisponde un riconoscimento economico di lire 1.813.000, e per un parto per via vaginale complicato di lire 2.632.000; per un taglio cesareo non complicato sono riconosciute lire 3.600.000 e per un taglio cesareo complicato lire 5.080.000. In USA le differenze sono molto minori, ma la valutazione economica per un parto vaginale è di \$ 6.600, cioè di molte volte superiore a quella riconosciuta in Italia.

QUALI CONCLUSIONI?

Il richiamo da parte della Sanità pubblica a limitare il numero dei parti cesarei sembra giustificato dal continuo e persistente incremento di questa pratica. Tuttavia va esattamente valutato il rischio, cui si può incorrere nel ridurre i cesarei al di sotto di un determinato limite, perché questo potrebbe comportare un qualche nocumento per la salute sia della madre che del nascituro.

Il problema infatti non può essere affrontato d'autorità, perché si tratta di un settore dell'assistenza, particolarmente delicato e variegato.

Inoltre qualsiasi decisione non può essere presa senza tener conto sia del parere della madre che del padre, nonché delle componenti che si faranno carico nel neonato, come i neonatologi prima e poi i pediatri. In ogni caso i rischi e i benefici delle varie procedure debbono essere chiaramente presentati e discussi con le pazienti.

Forze economiche potenti propongono di ridurre la percentuale di parti cesarei, ma quanti sono interessati al mantenimento della sicurezza e della salute delle madri e dei loro figli debbono partecipare al dibattito per far presenti i rischi e i pericoli legati all'una o all'altra scelta. Probabilmente, come per molti altri settori della medicina, la scelta che troverà i maggiori consensi sarà quella di un'esatta valutazione della donna in stato di gravidanza, per stabilire "in scienza e coscienza" quale sia il ricorso consigliabile per l'espletamento del parto, tenendo anche conto, nella valutazione generale, anche dei costi dell'una e dell'altra via.

Non sarà attraverso la demonizzazione di una pratica, così spesso utile e indispensabile, che possiamo pensare di ottenere una diminuzione nel numero dei parti cesarei; è invece augurabile che si addivenga a una discussione generalizzata, alla quale partecipino essenzialmente gli ostetrici e le madri, ma che coinvolga anche i neonatologi e i pediatri.

Bibliografia

- Bernstein S. County C-Section rule took heavy human toll. Los Angeles Times 25 gennaio 1998.
- Bofill JA, Rust OA, Perry KG et al. Forceps and vacuum delivery: a survey of American College of Obstetrics. *Obstet Gynecol* 88, 1007-10, 1996.
- Cnattingius R, Cnattingius S, Notzon FC. Obstacles to reducing cesarean rates in a low-cesarean setting: the effect of maternal age, height, and weight. *Obstet Gynecol* 92, 501-6, 1998.
- McMahon MJ, Luther MPH, Bowes WA, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *N Engl J Med* 335, 689-5, 1996.
- McMahon MJ. Vaginal birth after cesarean. *Clin Obstet Gynecol* 41, 369-81, 1998.
- Nascite, caratteristiche demografiche e sociali. Nati per vitalità, sesso, classe di età della madre e tipo di parto. ISTAT 1995.
- Paul RH. Toward fewer cesarean section. The role of a trial of labor. *N Engl J Med* 335, 735-6, 1996.
- Sachs BP, Kobelin C, Castro MA, Frigoletto F. The risk of lowering the cesarean-delivery rate. *N Engl J Med* 340, 54-7, 1999.
- Shepard MJ, Saftlas AF, Leo-Summer L, Bracken MB. Maternal anthropometric factors and risk of primary cesarean delivery. *Am J Public Health* 88, 1534-8, 1998.
- Ventura SJ, Anderson RN, Martin JA, Smith BL. Births and deaths: preliminary data for 1997. *Natl Vital Stat Rep* 47, 1-41, 1998.
- The International Perinatal Cohort Studies. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1. *N Engl J Med* 340, 977-87, 1999.