

INTRODUZIONE

L'ostetricia operativa, statica nelle acquisizioni clinico-scientifiche fino al XIX secolo, proprio con l'avvento del TC, ha subito un cambiamento rapido e sostanziale.

Il seguente capitolo, ripercorrendo in dettaglio solo le tecniche e non la storia del TC, offre al lettore alcuni aspetti dell'operazione chirurgica utili nella pratica quotidiana, con una panoramica delle attuali metodiche interventistiche.

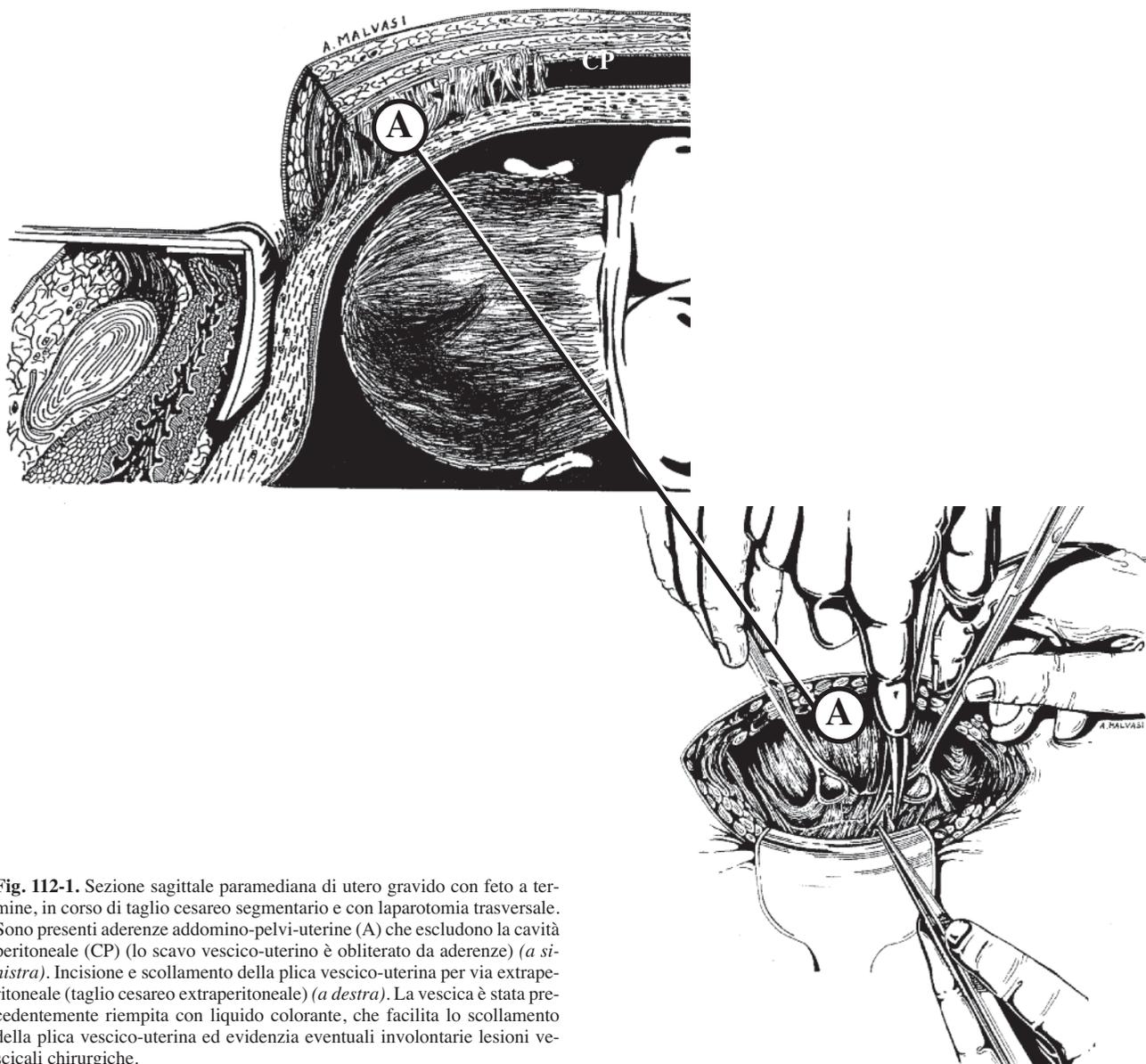


Fig. 112-1. Sezione sagittale paramediana di utero gravido con feto a termine, in corso di taglio cesareo segmentario e con laparotomia trasversale. Sono presenti aderenze addomino-pelvi-uterine (A) che escludono la cavità peritoneale (CP) (lo scavo vescico-uterino è obliterato da aderenze) (*a sinistra*). Incisione e scollamento della plica vescico-uterina per via extraperitoneale (taglio cesareo extraperitoneale) (*a destra*). La vescica è stata precedentemente riempita con liquido colorante, che facilita lo scollamento della plica vescico-uterina ed evidenzia eventuali involontarie lesioni vescicali chirurgiche.

Le tecniche utilizzate in passato, in qualche caso, possono ritornare utili anche oggi.

Al riguardo, il taglio cesareo extraperitoneale, tecnica ideata in epoca preantibiotica per creare un accesso alla cavità uterina evitando di penetrare nella cavità peritoneale, preservandola così da contaminazioni batteriche è oggi del tutto superato poiché le metodiche di sepsi, antisepsi e la profilassi antibiotica rendono remoto questo rischio nelle nostre realtà.

Difatti il taglio cesareo extraperitoneale diventa inevitabile in condizioni di estese aderenze vescico-uterine che rendono l'accesso transperitoneale impraticabile o addirittura pericoloso per gli organi limitrofi, come ad esempio la vescica; pertanto questa tecnica conserva tutt'oggi la sua validità, la cui riuscita è condizionata dall'esperienza dell'operatore (Fig. 112-1).

Un altro esempio è il taglio cesareo con incisione corporeale longitudinale; sebbene attualmente si ricorra raramente alla suddetta incisione, nella corrente pratica clinica sussistono condizioni che necessitano di questa tecnica.

Al riguardo basterà pensare al caso del taglio cesareo nel feto pre-termine, al caso della placenta previa o dei miomi previ che rendono impraticabile l'incisione trasversale sul segmento uterino inferiore e l'estrazione fetale che può essere effettuata solo dopo incisione longitudinale.

Il taglio cesareo (TC) è un intervento oramai consolidato, viene correntemente eseguito per via addominale, secondo varie tecniche chirurgiche e può essere di tipo conservativo o demolitore, nel caso in cui si asporti il viscere dopo l'intervento.

Paradossalmente il taglio cesareo costituisce uno di quei progressi della medicina moderna che contrastano la naturale evoluzione della specie umana, secondo alcuni antropologi, rispetto alle altre specie animali, poiché la nascita rappresenta un elemento di selezione della specie.

Infatti si può affermare che tutta l'Ostetricia Classica, e quindi la nascita della specie umana, è stata modificata dopo la pratica del taglio cesareo; al riguardo basterà pensare alla distocia dinamica e meccanica, in passato causa di elevata morbilità e mortalità materna e neonatale, in gran parte risolta oggi con l'uso della "nascita addominale".

D'altra parte se si consultano i testi di Ostetricia fino alla prima metà del XX secolo l'ostetricia operativa è incentrata sul parto vaginale con tutta la vasta semiologia che ne consegue, soprattutto rispetto all'impiego del forcipe che invece dalla seconda metà del novecento ha subito una graduale riduzione del suo uso.

Quindi gran parte delle manovre ostetriche del parto vaginale strumentale o del parto podalico vaginale a tutt'oggi non vengono né tramandate né insegnate nei cosiddetti Paesi Industrializzati dove la nascita addominale ha reso desueto ed inusuale questo bagaglio di esperienza semeiotica.

Tuttavia bisogna osservare anche che nei cosiddetti Paesi in Via di Sviluppo dove la pratica del taglio cesareo (TC) è meno frequente e le condizioni di assistenza ostetrica sono più precarie, sussiste purtroppo, per distocia, un'elevata mortalità e morbilità materno-fetale e neonatale, in particolare per quello che gli Anglosassoni definiscono "obstructed labor".

IL TAGLIO CESAREO VAGINALE

Come detto questa è una tecnica abbandonata da tantissimi anni nella pratica chirurgica ostetrica, in quanto comporta l'estrazione del feto attraverso un'incisione sagittale del collo e del segmento uterino inferiore, da praticare per via vaginale.

Quest'operazione fu ideata e praticata per la prima volta da Acconci, che descrisse, nel 1895, per primo la tecnica definita in vari modi: istero-cervicotomia, colpo-isterotomia, elitro-isterotomia o istero-cervicotomia; Dürrsenn, successivamente, nel 1897, ne migliorò la tecnica e ne allargò le indicazioni, eseguendo un TC di tipo conservatore o demolitore.

Il principio anatomico secondo cui tale TC potesse essere esplicito era l'assenza di sproporzione fetopelvica, la mancanza di rigidità cervicale e di stenosi cicatriziali.

Una volta preparata la paziente in posizione ostetrica, disinfettate le vie genitali e svuotata la vescica, si applicavano delle valve vaginali per esporre il collo, che si afferrava lateralmente con delle pinze di Mouseau; mediante incisione del fornice anteriore vaginale, si esponeva e scollava la vescica fino alla plica peritoneale, che si spostava in alto e, con delle forbici rette, si incideva longitudinalmente il collo e il segmento uterino inferiore nella linea mediana per tutto il tratto esposto.

A volte tale incisione anteriore (isterotomia vaginale di Bumm) bastava per estrarre il feto con estrazione manuale, con forcipe o con rivolgimento, ma spesso se ne doveva praticare una analoga sulla parete cervicale posteriore, previo taglio del fornice vaginale posteriore, dividendo il collo in due emi-metà; il secondamento poteva essere anche spontaneo, ma era sempre seguito da isteroraffia e sutura vaginale conclusiva.

IL TAGLIO CESAREO ADDOMINALE INTRAPERITONEALE O TRANSPERITONEALE

È il parto cesareo più utilizzato nella corrente pratica chirurgica ostetrica, comporta l'estrazione del feto mediante apertura dell'addome e successiva isterotomia, presenta una ridotta mortalità e morbilità materno-fetale.

Oltre che di tipo conservativo o demolitivo, il TC può essere di tipo corporeale o classico e, se l'utero non viene esterorizzato durante l'intervento (ma solo nel tempo dell'isteroraffia), di tipo segmentario-corporeale e segmentario.

L'esteriorizzazione dell'utero è una manovra che permette una migliore esposizione della breccia isterotomica e ne facilita in molti casi la sutura; di contro tale esposizione comporta maggiori turbe circolatorie uterine, la possibile insorgenza di uno shock ostetrico, di ipotonia uterina e di disturbi neurovegetativi postoperatori, tuttavia ridotti con l'utilizzo delle tecniche anestesiolgiche loco-regionali.

Originariamente l'incisione praticata dapprima longitudinalmente e successivamente trasversalmente sul segmento uterino inferiore (SUI) aveva, come razionale, la riduzione delle manovre e dell'area d'esposizione del peritoneo della faccia anteriore dell'utero; solo successivamente si osservarono i vantaggi di questa area che si mostrava più sottile e meno ricca di vasi del corpo uterino e rendeva l'estrazione fetale più semplice ed esangue.

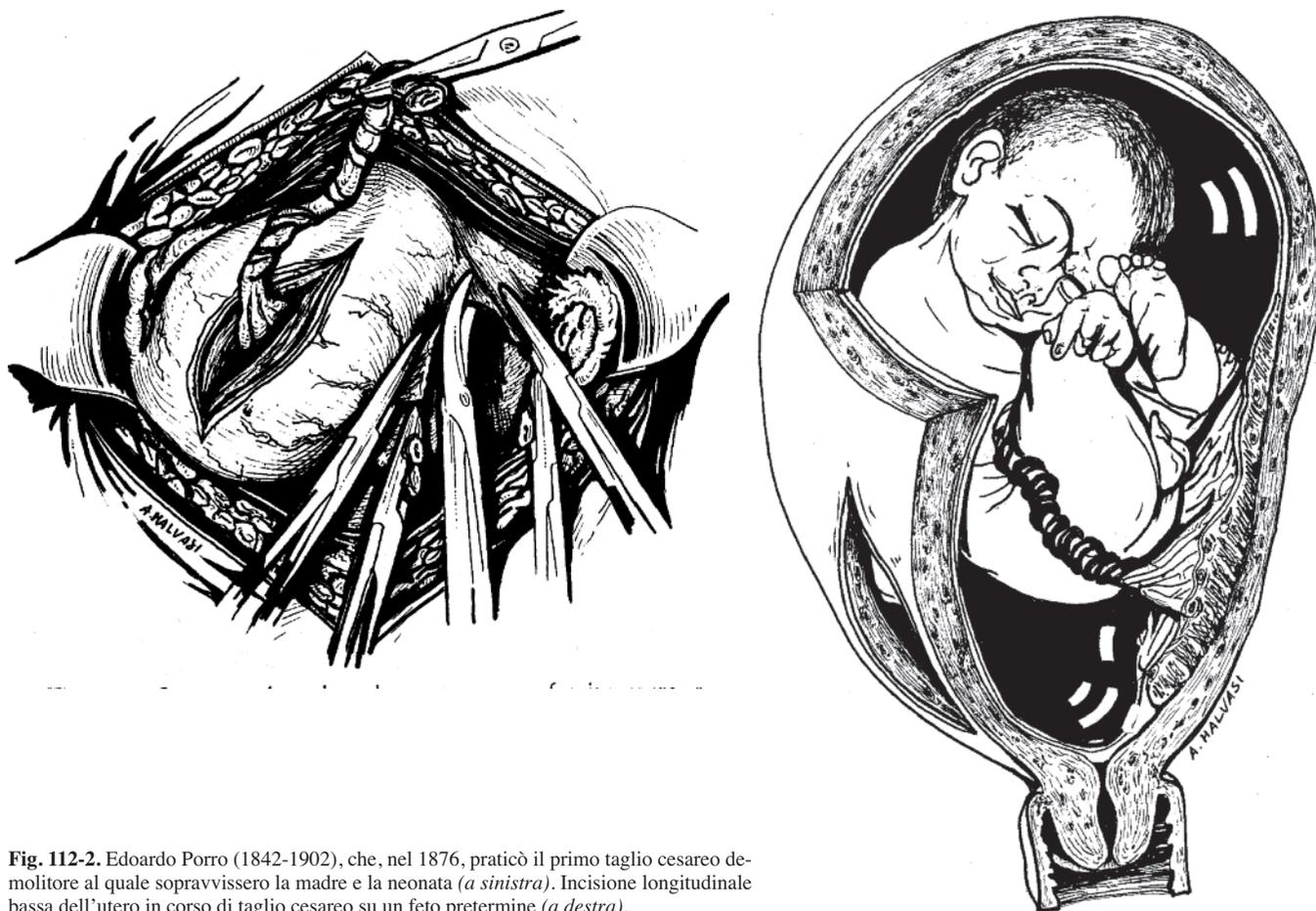


Fig. 112-2. Edoardo Porro (1842-1902), che, nel 1876, praticò il primo taglio cesareo demolitore al quale sopravvissero la madre e la neonata (a sinistra). Incisione longitudinale bassa dell'utero in corso di taglio cesareo su un feto pretermine (a destra).

La tecnica operativa per eseguire un TC si differenziava, rispetto al passato, per la sede della ferita uterina; l'incisione fu praticata sulla parete anteriore da Säger (di cui parleremo nel successivo paragrafo), secondo il metodo originale di Porro, poi nel 1888, Caruso, propose il taglio longitudinale sul fondo dell'utero, in quanto comportava un ridotto sanguinamento, la rapida estrazione del feto e una più semplice sutura, mentre nel 1897 Fritsch propose, a paziente in posizione di Trendelenburg, l'incisione trasversale sul fondo uterino ad utero esteriorizzato.

Per poter eseguire queste tecniche, i suddetti chirurghi partirono dall'intervento sperimentato da Edoardo Porro a Pavia nel 1876 (Fig. 112-2).

L'isterotomia fundica è stata quello largamente adottata per vari decenni sino a dopo la metà del '900 per alcuni vantaggi che offriva alla paziente, quali la contenuta perdita ematica, la più rapida estrazione del feto e il buon accostamento della sutura.

Successivamente si è passati all'incisione sul SUI, per via di una migliore cicatrizzazione, per la possibilità di espletare successivamente un parto vaginale dopo TC, per evitare aderenze postchirurgiche utero-omento-intestinali e per ridurre al minimo l'emorragia durante l'intervento.

Alcuni autori praticavano, inoltre, il tamponamento uterino durante il TC a secondamento avvenuto, in quanto pensavano che stiparne in cavità uno zaffo lungo 5 mt e largo 10 cm, da ripiegare in 3-4 strati (tampone di Dührsen) sino a farlo

fuoriuscire dalla vagina, permettesse una più efficace e tonica contrattilità uterina post-chirurgica; tale zaffo veniva poi rimosso nei giorni successivi dalla vagina, giacché impediva la fuoriuscita dei lochi e la regolare involuzione del viscere.

IL TC CORPORALE O CLASSICO SECONDO SÄNGER

È un intervento rapido, praticato per la prima volta nel 1882, è di facile esecuzione e permette l'esecuzione di tecniche chirurgiche complementari (sterilizzazione tubarica, miomectomia o isterectomia).

La tecnica che permette questo intervento è quella descritta da Säger e prevede un'incisione pubo-cutanea longitudinale, lunga 12-16 cm, l'apertura in sequenza del sottocute e della fascia addominale, lo scostamento, mediante divaricazione, dei muscoli retti dell'addome, l'incisione del peritoneo parietale e l'apertura della cavità addominale.

Una volta applicato il divaricatore addominale con valve laterali, si delimita il campo operatorio con ampie garze bagnate di soluzione fisiologica calda, da porre fra utero e addome e si espone l'utero gravido (al di fuori dell'addome), correggendone manualmente la fisiologica lateroversione e torsione; a questo punto si incide la parete uterina sulla linea mediana per via longitudinale, al di sotto del fondo, per circa 15 cm di lunghezza (Fig. 112-3).