

Newsletter (numero 8.1)

Taglio cesareo: maggiori vantaggi a breve termine con la tecnica Joel-Cohen rispetto alla Pfannenstiel

Hofmeyr JG et al. *Techniques for caesarean section. Am J Obstet Gynecol* 2009; 113:675-82



Obiettivo

Revisione sistematica (RS) della letteratura per valutare efficacia e sicurezza di diverse tecniche di esecuzione del taglio cesareo.

Metodo

Popolazione	14 studi controllati randomizzati (RCT) con confronto diretto tra differenti tecniche chirurgiche per il taglio cesareo
Intervento	1) tecniche basate sul metodo Joel-Cohen (distinte in questa RS nei sottogruppi Joel-Cohen, Misvag-Ladach e Misvag-Ladach modificata) e 2) taglio cesareo extraperitoneale
Controllo	1) tecnica secondo Pfannenstiel; 2) tecnica tradizionale; 3) tecnica Misvag-Ladach modificata; 4) taglio cesareo intraperitoneale
Outcomes/Esiti	<i>esiti primari:</i> complicanze intraoperatorie e postoperatorie severe, perdita ematica, trasfusione di sangue. <i>Esiti secondari:</i> esiti materni a breve termine (durata dell'intervento, morte, ricovero in unità di terapia intensiva, anemia postoperatoria, infezione del sito chirurgico, ematoma o deiscenza della ferita, endometrite, intervallo di tempo alla mobilizzazione e al ritorno della funzionalità intestinale, febbre, dolore postoperatorio), esiti neonatali a breve termine (tempo trascorso fra anestesia e parto, trauma alla nascita, pH cordonale <7.2, deficit di basi su sangue cordonale >15, Apgar score <7 a 5 minuti, ricovero in unità di terapia intensiva, encefalopatia, morte neonatale o perinatale); esiti materni a lungo termine (complicanze a carico della sutura, dolore addominale a lungo termine, problemi di fertilità, complicanze in gravidanze successive come rottura d'utero, placenta previa o accreta, complicanze in successivi interventi chirurgici) e accesso ai servizi sanitari (durata del ricovero postoperatorio, ricovero successivo alla dimissione, costi).
Tempo	valutazione degli esiti alla nascita e nel periodo immediatamente successivo. Strategia di ricerca della letteratura aggiornata al 2007.

Risultati principali

Sono stati possibili 4 confronti: a) tecniche basate sul metodo Joel-Cohen versus TC secondo Pfannenstiel (11 RCT, considerato il confronto principale); b) tecnica Misvag-Ladach versus TC tradizionale (2 RCT); c) tecnica Misvag-Ladach vs Misvag-Ladach modificata (1 RCT); d) TC extraperitoneale versus intraperitoneale (1 RCT). Nel confronto principale è emerso che le tecniche basate sulla metodica Joel-Cohen rispetto alla tecnica Pfannenstiel sono associate a: perdita ematica di minor entità (5 trial, 481 gravide; differenza media pesata: -64.4 ml; intervallo di confidenza al 95%, IC: -91.3, -37.6 ml), minore durata dell'intervento chirurgico (4 trial, 479 gravide; differenza media pesata: -18.6 minuti; IC: -24.84 minuti, -12.45 minuti), minore durata del dolore postoperatorio (1 trial, 172 gravide; differenza media pesata: -14.18 ore; IC: -18.3 ore, -10 ore), minor incidenza di febbre trattata con antibiotici nel postoperatorio (8 trial, 1412 gravide; rischio relativo, RR: 0.47; IC: 0.28, 0.81). Nessuna differenza significativa è stata osservata tra le due tecniche chirurgiche in: infezione del sito chirurgico o deiscenza della ferita, livelli di emoglobina ed ematocrito postoperatori, intervallo di tempo necessario alla mobilizzazione e alla ripresa della motilità intestinale, incidenza di ricovero in unità di terapia intensiva neonatale. I dati sono insufficienti per trarre conclusioni sull'incidenza di endometrite, basso Apgar neonatale o sulle complicanze postoperatorie severe. Gli esiti dei confronti secondari b e c sono riassunti in tabella, mentre i risultati del confronto d non sono riportati poiché basati su un unico studio di scarsa qualità metodologica.

Conclusioni

Le tecniche basate sulla metodica di Joel-Cohen risultano vantaggiose in alcuni esiti a breve termine rispetto al TC secondo Pfannenstiel e al TC tradizionale. Non si possono trarre conclusioni sugli esiti a lungo termine per la mancanza di prove d'efficacia.

Tabella. Esiti principali e statisticamente significativi nei confronti secondari dello studio.

Tecniche a confronto	Esito valutato	Popolazione inclusa (N)	Differenza media pesata	IC 95%
Misgav-Ladach vs Tradizionale	Perdita ematica (mL)	339	-93.00	-132.72, -53.28
Misgav-Ladach vs Tradizionale	Durata dell'intervento chirurgico (minuti)	339	-7,30	-8.32, -6.28
Misgav-Ladach vs Tradizionale	Intervallo di tempo alla mobilizzazione (ore)	339	-16.06	-18.22, -13.90
Misgav-Ladach vs Tradizionale	Durata del ricovero postoperatorio (giorni)	339	-0,82	-1.08, -0.56
Misgav-Ladach vs Misgav-Ladach modificata	Intervallo di tempo incisione cutanea/nascita (minuti)	116	2.1	1.1, 3.1

I testi della scheda di presentazione dello studio sono a cura di Lucia Zanazzo, Luca Ronfani, Anna Erenbourg

Altri studi sull'argomento

Questa RS è stata in precedenza pubblicata nella Cochrane Library [1]. Unitamente ad altre RS [2-5], fornisce indicazioni sulle tecniche per la esecuzione di routine del taglio cesareo con il miglior rapporto beneficio/rischio: incisione trasversale bassa della parete addominale e apertura uterina secondo la metodica di Joel-Cohen [2]; rimozione della placenta mediante trazione del cordone ombelicale [3]; riparazione uterina intra- o extra-addominale a scelta dell'operatore [4]; non chiusura di entrambi i foglietti peritoneali [4]; sutura cutanea con agraphes, intradermica o adesivo cutaneo indifferentemente [5]. Permane l'incertezza sulla tecnica più efficace e sicura di chiusura della parete uterina (sutura a singolo o doppio strato) e sul metodo di sutura della fascia.

Referenze

- Hofmeyr GJ et al. *Techniques for caesarean section. Cochrane Database Syst Rev* 2008; (1):CD0004662.
- Mathai M et al. *Abdominal surgical incisions for caesarean section. Cochrane Database Syst Rev* 2007; (1):CD004453.
- Anorlu RI et al. *Methods of delivering the placenta at caesarean section. Cochrane Database Syst Rev* 2008; (3):CD004737.
- Bamigboye AA et al. *Closure versus non-closure of the peritoneum at caesarean section. Cochrane Database Syst Rev* 2003; (4):CD000163.
- Alderic F et al. *Techniques and materials for skin closure in caesarean section. Cochrane Database Syst Rev* 2003; (2):CD003577.

Che cosa aggiunge questo studio

Rappresenta la prima RS di confronto delle metodiche di esecuzione del taglio cesareo, valutandone la sicurezza in termini di esiti postoperatori materni ed esiti neonatali a breve termine.

Commento

Validità interna

Disegno dello studio: la revisione è stata condotta con una ricerca bibliografica sistematica in Cochrane Pregnancy and Childbirth Group's Trials Register, Cochrane Central Register of Controlled Trials e ricerca manuale della bibliografia riportata in calce agli articoli selezionati, senza restrizioni linguistiche. Strategia di ricerca della letteratura e criteri di inclusione ed esclusione dei lavori sono descritti accuratamente. I limiti identificati consistono nell'inclusione di trial clinici con carenze di descrizione o inadeguatezza nel mascheramento della sequenza di randomizzazione e nella non chiara indipendenza dei due revisori nella selezione dei lavori.

Esiti: sono pertinenti e di interesse. L'analisi è limitata ai soli esiti a breve termine per mancanza di studi su esiti a lungo termine.

Trasferibilità

Popolazione studiata: I criteri di inclusione ed esclusione dei soggetti nei lavori compresi nella RS differiscono in termini di patologie materne-fetali, età gestazionale alla nascita, timing del taglio cesareo, numero di feti, pregresso taglio cesareo o pregressa chirurgia addominale. Gli studi possono variare dall'inclusione di tutte le donne sottoposte a taglio cesareo (3 studi), a criteri di inclusione ed esclusione estremamente selettivi (ad esempio, solo gravidanze a rischio o solo tagli cesarei elettivi).

Tipo di intervento: il taglio cesareo è l'intervento di chirurgia addominale maggiore più diffuso nel mondo (con una frequenza in Italia nel 2006, di 37,4 % di tutti i parti). Questa RS - coerentemente con revisioni precedenti - indica che le tecniche basate sulla metodica Joel-Cohen (in particolare, l'incisione secondo Joel-Cohen e l'assenza di chiusura dei foglietti peritoneali) presentano a breve termine vantaggi rispetto alla tecnica di Pfannenstiel. Non sono invece disponibili studi su esiti rilevanti a lungo termine, come il rischio successivo di rottura d'utero, le anomalie di inserzione placentari (placenta accreta o previa) o l'isterectomia. Dove non è stato dimostrato un chiaro beneficio di una particolare tecnica rispetto ad un'altra, la scelta può essere influenzata dalle caratteristiche del setting clinico in cui l'intervento ha luogo, compresa l'esperienza dell'operatore.