

Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum: Güvenli midir?

Emre Sinan Güngör, Egemen Ertaş, Perran Moröy, Şevki Çelen, Nuri Danışman, Leyla Mollamahmutoğlu

Dr. Zekai Tabir Burak Kadın Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ankara

Özet

Amaç: Alt segment transvers uterin insizyon ile geçirilmiş tek sezaryen operasyonu olan olgularda, vaginal doğumun, fetal ve maternal prognoz üzerine olan etkisinin araştırılması.

Yöntem: 1.1.2002-30.4.2004 tarihleri arasında geçirilmiş tek sezaryen tanısıyla takip edilen olgulardan vaginal yoldan doğum uygulanmak üzere seçilen 124 olgu üzerinde prospektif olarak yürütüldü. Çalışmaya tek canlı baş geliş fetusu olan, tahmini fetal ağırlığın 4000 g altı olan, kemik pelvis darlığı olmayan, 28. gebelik haftasından büyük ve ilk muayenelerinde servikal silinmesi %80, servikal dilatasyonları 5 cm üzerindeki olgular dahil edildi. Klasik uterin kesi operasyon kayıt notu olan ve ilk sezaryen endikasyonu baş pelvis uygunsuzluğu olan olgular çalışmaya dahil edilmedi. Doğum eylemi eksternal olarak sürekli monitorize şekilde takip edildi ve oksitosin ile doğum indüksiyonu uygulanmadı.

Bulgular: Sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) yaptırılan hastalarımızın yaş ortalaması 27.4 ± 4.47 , ortalama gebelik haftaları 33 ± 4 hafta, ortalama bebek ağırlığı 2312 ± 410 g olarak saptandı. Hastaların kabulü sırasında pelvik muayenelerinde; ortalama servikal açıklıkları 4.68 ± 1.3 cm ve silinmeleri ise $> \%75$ olarak gözlemlendi. Bir olguda alt segment eski uterin skar yerinde komplet rüptür, 2 olguda ise parsiyel rüptür tespit edildi ve acil laparotomiye alındı. Post operatif takip sorunsuzdu. Tüm olgularımızdaki rüptür oranı %2.4 idi. 16 yenidoğan solunum sıkıntısı nedeniyle yenidoğan ünitemizce konsülte edildi. Perinatal morbidite %13 olarak saptandı. Perinatal mortalite gözlenmedi.

Sonuç: Primer sezaryen oranlarının gerçek endikasyonların kullanılması ile azaltılabileceği gerçeğinden hareketle, 'sezaryen sonrası vajinal doğum'; dikkatli seçilmiş olgularda, anne ve yenidoğan için yeterli donanım ve bakım koşullarının olduğu tersiyer referans kliniklerinde uygulanabilir ve kabul edilebilir bir yöntem olarak görülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Vajinal doğum, sezaryen uterus rüptürü.

Vaginal birth after cesarean section: is it safe?

Objective: Our goal was to analyse the effects of trial of labor on fetal and maternal outcomes among women with single previous lower segment cesarean delivery.

Methods: 124 patients following a single prior cesarean delivery were selected prospectively for trial of labor between 1.1.2002-30.4.2004. The inclusion criterias were, single and alive fetuses with vertex presentation, estimated fetal weight lower than 4000 g and greater than 28 weeks pregnancies' and whose cervical effacement was 80% and dilatations over 5 cm at first examination. The patients who had cephalopelvic disproportion or classic uterine incision and whose previous indication was cephalo-pelvic disproportion were excluded from the study. During trial of labor induction was not used and the labor was followed up by continuous external cardiotocography.

Results: The mean age of the cases was 27.4 ± 4.47 years, the mean gestational week was 33 ± 4 weeks, and the mean fetal weight was 2312 ± 410 g. At admission the mean servical dilatation was 4.68 ± 1.3 cm. In one case complete and in two cases partial uterine rupture from previous scar tissues occurred and immediate laparotomy was performed. The overall rate of uterine rupture was in %2.4 of the cases. Perinatal morbidity was established to be 13%, without any perinatal mortality.

Conclusion: In view of the fact that primary cesarean rates can be reduced if their actual indications are considered, vaginal birth after single cesarean may be considered as an amenable and acceptable method in tertiary clinics with adequate facilities for the mother and the newborn in carefully selected cases.

Keywords: Vaginal birth, cesarean section, uterine rupture.

Giriş

İlk kez Edwin B. Cragin bir kez sezaryen olan olguların, sonraki gebeliklerinin de sezaryen ile sonlandırılması gerektiğini bildirmiştir.¹ O yıllardan bu zamana obstetrik pratikte pek çok ilerleme kaydedilmiş olsa da, daha önce geçirilmiş bir sezaryeni olan bir hastanın hangi yolla doğum yapacağına dair soru hala cevaplanamamıştır.

Sezaryen ile doğum oranı 1950'lerde %2-5 iken; 1990'larda %25-30 oranlarına çıkmıştır. Buna rağmen, neonatal morbidite ve mortalite oranlarında anlamlı azalmalar da sağlanamamıştır.² Geçtiğimiz dekatta pek çok araştırmacı, gereksiz abdominal doğumları azaltmak ve sezaryen sonrası vajinal doğumu artırmak amacıyla, seçilmiş olgularda, normal doğum eyleminin denenmesini desteklemiştir.^{3,4} Geniş çok merkezli çalışmalar, sezaryen sonrası uygulanan vaginal doğumun; uygun hasta seçimiyle %60-90'lara ulaşan oranlarda başarılı olabileceğini göstermiştir. Bu uygulamanın, aynı zamanda hospitalizasyon süresini kısalıp, postpartum enfeksiyon oranlarının azalmasını sağlamaktadır.^{2,4} Ancak, eylemin denenmesi ve sezaryen sonrası vajinal doğum uygulamasında iki ana problem bulunmaktadır. Bunlar vajinal doğumun başarılabilmesi ve uterin rüptürdür.⁵ Uterin rüptür maternal ve fetal mortalite ve morbiditenin artmasına neden olabilecek ciddi bir komplikasyondur.⁶

Bu çalışmanın amacı; alt segment transvers uterin insizyon ile geçirilmiş tek sezaryen öyküsü olan olgularda, vaginal doğum uygulamasının, fetal ve maternal prognoz üzerine olan etkisinin araştırılmasıdır.

Yöntem

Bu çalışma 1.1.2002-30.4.2004 tarihleri arasında daha önce geçirilmiş bir sezaryen tanısıyla izlenen olgulardan vaginal yoldan doğum uygulanmak üzere seçilen 124 olgu üzerinde prospektif yürütüldü. Çalışmaya dahil edilme kriterleri fetusun tek canlı baş gelişti olduğu ve ultrasonografik ve leopold manevraları ile tahmini fetal ağırlığın 4000 g altı olduğu düşünülen, kemik pelvis darlığı veya bozukluğu olmayan hastalar idi. Klasik veya ters T uterin kesi öyküsü ve ilk sezaryen en-

dikasyonu baş pelvis uygunsuzluğu ve ilerlemeyen eylem olan olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

28. gebelik haftasından büyük olan gebeliklerde, ilk muayenelerinde servikal silinmesi %80, servikal dilatasyonları 5 cm üzerindeki olgular çalışmaya alındı. 28. hafta altında ise, eylemin daha erken fazındaki gebelikler de çalışmaya alındı. 26. gebelik haftası altında olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Bu grup olgularda hastanemiz protokolü gereği zaten öncelikle vajinal doğum denenmektedir. Çalışmaya alınan tüm hasta ve hasta sahiplerine, çalışma grubu tarafından bilgilendirme yapıldı ve yazılı müsaade onayı alındı. Medikal ekipte obstetrisyen, neonatolog ve anesteziolog daima mevcut idi.

Doğum eylemi, fetal kalp trasesi ve spontan uterin kontraksiyonlar açısından eksternal olarak sürekli monitorize şekilde takip edildi. Membran intakt olgularda, açıklık ve silinme tam olana kadar amniotomi yapılmadı. Vajinal doğum izlemi sırasında oksitosin ile indüksiyon veya ogmentasyon uygulanmadı. Gereken olgularda vakum ve/veya forseps ile müdahaleli doğum gerçekleştirildi.

Vajinal doğum gerçekleşen her olguda perine, vajen, kollum ve kavum uteri kontrolü yapıldı.

Perinatal iyilik hali, doğum ağırlığı, 1. ve 5. dakika APGAR skorları ve yenidoğanların klinik muayene sonuçları ile değerlendirildi. Respiratuar distres bulguları gösteren ve neonatal yoğun bakım ünitesine alınan yenidoğan olgular belirlendi ve izlendi.

Olgulara ait tüm veriler, bilgisayar ortamında değerlendirildi. İstatistiksel analizler deskriptif ve frekans analizleri olarak SPSS (11.05 version) programında ele alındı.

Bulgular

Sezaryen (C/S) sonrası vajinal doğum yaptırılan hastalarımızın yaş ortalaması 27.4±4.47, ortalama gebelik haftaları 33±4 hafta, ortalama bebek ağırlığı 2312±410 g olarak saptandı (Tablo 1). Gebelik haftalarına göre hasta dağılımları ise Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 1. Olguların demografik ve klinik özellikleri.

	Değer aralığı	Ortalama ± standart sapma
Yaş	21 - 40 yıl	27.4 ± 4.7 yıl
Gebelik haftası	26 - 40 hafta	33 ± 4 hafta
Bebek ağırlığı	960 - 3820 g	2312 ± 410 g
Eylem süresi	30 dk - 20 saat	6.5 ± 2.4 saat
Dilatasyon	1 cm - 10 cm	4.68 ± 2.25 cm
Gravida	2 - 7	3.59 ± 1.23
Parite	1 - 4	2.27 ± 0.54

Tablo 2. Olguların haftalara göre dağılımı.

Gebelik haftası	Olgu	
	N=124	%
38 - 40 hafta	30	24.2
34 - 37 hafta	54	43.5
30 - 33 hafta	32	25.8
26 - 29 hafta	8	6.5
Toplam	124	100

Olguların %43.5 oranında 34-37 gebelik haftasında olduğu gözlenmiştir. Sezaryen sonrası vajinal doğum kararı alınan hastalar ilk C/S endikasyonlarına göre değerlendirildiğinde; %53.22 olgu pozitif kontraksiyon stress test, %40.32 olgu primigravid makat prezentasyonu, %4.03 olgu hipertansiyon, preeklampsi, intrauterin gelişme geriliği [IUGR], %2.41 olgu ikiz gebelik (makat-baş prezentasyonu) şeklindeydi (Tablo 3).

Hastaların perinatoloji ünitesine kabulü sırasında yapılan pelvik muayenelerinde; ortalama servikal bishop skorları 7±2, ortalama servikal açıklıkları 4.68±1.3 cm ve ortalama silinmeleri ise > %75 olarak gözlemlendi.

3 hastaya vakum ile doğum yaptırıldı. Doğum sonrası yapılan rutin uterin kavite incelenmesinde ise; %2.4 (3/124) olguda uterus rüptürü saptandı. Bunlardan 29 yaşında 3820 g ağırlığında bebek doğuran 1 olguda komplet rüptür, 3150 ve 3460 g ağırlıklarında doğum yapan 27 ve 30 yaşlarındaki 2 olguda da alt segment eski uterin skar yerinde parsiyel rüptür tespit edildi. 37 ve 38. gebelik haftasındaki bu 3 olgu, acil laparotomiye alındı. Bu olguların ilk doğumlarındaki C/S endikasyonları fetal distress idi. Rüptür alanları primer olarak onarıldı. Bu hastalara düşük hemogram değerleri nedeniyle (7.5 g/dl, 7 g/dl ve 6.9 g/dl) 2'şer ünite taze kan transfüzyonu yapıldı. Postoperatif dönemde anestezi ve operasyona ait erken komplikasyon gelişmedi. Sorunsuz olarak hastaneden taburcu edildiler.

Gebelik intervalleri açısından olgular değerlendirildiğinde, %17.74 (22/124) olguda gebelik arası sürelerinin, 20 aydan kısa olduğu izlendi. Uterus rüptürü saptadığımız %2.4 (3/124) olguda, bu grup içerisinde yer almaktaydı. Ayrıca ilk sezaryen doğumu ve bu vajinal doğumlarındaki, bebek kiloları karşılaştırıldığında, uterus rüptürü saptadığımız olguların, bebek doğum kilolarının daha yüksek olduğu saptandı (2540±426 g'a karşılık 3466±354 g) p<0.05.

Yüzsekiz (%87.09) yenidoğanın 1. dakika APGAR skoru 7'nin, 5. dakika APGAR skoru 9'un üzerindeydi. 16 yenidoğanın ise 1. ve 5. dakika APGAR skorları sırası ile 2-6 ve 4-8 sınırlarında bulundu. 16 yenidoğan ise solunum sıkıntısı nedeniyle yenidoğan ünitemize konsülte edildi. Tüm olgular yenidoğan ünitesinden, postpartum 3. günde sağlıklı bir şekilde taburcu edildiler. Perinatal morbidite-

Tablo 3. İlk sezaryen endikasyonlarının haftalara göre dağılımı.

Gebelik haftası	İlk sezaryen endikasyonu							
	Fetal distress		Makat prezentasyon		Hipertansiyon, preeklampsi, IUGR		İkiz gebelik	
	N	%	N	%	N	%	N	%
38-40 hafta	12	9.73	10	8.06	5	4.1	3	2.4
34-37 hafta	27	21.7	21	6.9	4	3.2	2	1.6
30-33 hafta	13	10.4	11	8.8	4	3.2	4	3.2
26-29 hafta	3	2.4	2	1.6	3	2.4	-	-

te %13 olarak saptandı. Perinatal mortalite gözlenmedi.

Tartışma

Sezaryen sonrası vajinal doğum, risk değerlendirilmesinin iyi yapıldığı, seçilmiş uygun olgularda uygulanabilir bir prosedür olarak görünmektedir. Bununla beraber; yenidoğan için hangi doğum şeklinin güvenli olduğunun, yine sezaryen sonrası vajinal doğumun (SSVD) kabul edilebilir bir risk olup olmadığının cevaplandırılması halen tartışılmaktadır.

Son yıllarda yapılan çalışmalar sonucunda, sezaryen ile doğum oranlarında dramatik artışlar; her olguya elektif ikinci sezaryen yapılmasının doğru bir strateji olmadığını belirtmektedir. Flamm ve arkadaşları sezaryen sonrası vajinal doğum uygulanan olgularda, maternal mortalitenin daha az olduğunu belirtmişlerdir.¹⁵ Ayrıca infeksiyon, hemoraji, viseral organlarda hasar, transfüzyon ihtiyacı gibi cerrahinin yol açacağı maternal komplikasyonlar ile daha az karşılaşılacağını ve hastanede kalış süresinin kısılacağını bildirmişlerdir.⁴

İlk sezaryen endikasyonu; baş-pelvis uygunsuzluğu ve/veya ilerlemeyen eylem olan olgularda SSVD denendiğinde indüksiyon uygulanması halinde, başarı şansının azaldığı bildirilmektedir.⁷ Öte yandan, Zelop ve arkadaşları, tahmini fetal ağırlığı 4000 g altında olan olgularda, sezaryen sonrası vajinal doğum başarı şansının arttığını belirtmişlerdir.⁸

SSVD'un en önemli katastrofik sonucu uterin rüptür ve bu durumun yol açacağı perinatal ve maternal morbidite ve mortalitedir. Literatürde perinatal mortalite oranı %3.5 ve perinatal morbidite oranı ise %12 şeklinde bildirilmiştir.⁹ Çalışmamızda perinatal mortalite gözlenmemiş olup, perinatal morbidite ise, literatür ile uyumlu olarak %13 oranında saptanmıştır.

Literatürde, çeşitli çalışmalarda, rüptür oranları %0.8 ile %1.5 arasında bildirilmiştir.^{10,11} Bizim serimizde rüptür oranı %2.4 olarak saptanmış olup, literatür değerlerine göre daha yüksek olarak bulunmuştur.^{4,7} Literatürde rüptür riskini arttıran faktörleri değerlendiren birçok çalışma mevcut olup, Bu-

jold ve arkadaşları ,iki gebelik arası intervali 24 aydan kısa olan olgulardaki uterin rüptür riskini 2-3 kat yüksek olarak bildirmişlerdir.¹² Bu çalışmada da rüptür gelişen üç olgunun da, iki gebelik arası intervallerinin 20 aydan kısa olduğu tesbit edilmiştir. Özet olarak, uterin rüptür açısından risk faktörleri; sefalopelvik uygunsuzluk endikasyonu ile uygulanan sezaryenler, 2 ve daha fazla geçirilmiş sezaryen varlığı, alt vertikal sezaryen skarı, makrozomik fetus, ileri anne yaşı ve belki de en önemlisi iki gebelik arası intervalin kısa olması olarak belirtilmiştir.⁷ Doğum ağırlığındaki artış ile rüptür görülme sıklığı arasındaki korelasyon, literatür ile paralellik göstermektedir. Çalışmamızda da komplet rüptür; 3820 g SSVD yapan bir olguda tespit edildi. Anne yaşının 30'un üzerinde olmasının uterus rüptür riskinde 2.7 katlık bir artış ile ilişkili olduğu belirtilmektedir.¹⁶ Çalışma grubundaki hastalarımızın yaşları 21 ve 40 arasındaydı. Fakat 30 yaşın üzerindeki olgularda böyle bir komplikasyon tespit etmedik. Bu sonucumuz Çalışkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadaki bulgu ile benzerlik göstermektedir.¹⁷

Doğum hekimliği pratiğimizde sonografik olarak tahmini fetal ağırlığın yanı sıra, doğum eylemindeki ilerlemenin de yakın takibi ve değerlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca uterin skar sonografisi, doğum eylemi öncesi uterin rüptürü tespit etmede yardımcı olabilecek bir yöntem olarak görünmektedir. Rozenberg ve arkadaşları, uterin rüptür ve skar ayrılma riskinin, alt segment kalınsa düşük olduğunu bildirmişlerdir. Sonografik inceleme ile 3.5 mm altında saptanan uterin alt segment kalınlığının, negatif prediktif değeri %99.3 olarak belirtilmiştir.¹³

Travay takibi sırasında silinme ve açılmanın, 2 saat veya daha uzun süreli durması söz konusu olduğunda, bu olguların sezaryen ile doğurtulmasıyla, sezaryen oranlarının, %7.9 oranında artması söz konusu olmuşken, uterin rüptür gelişme sıklığında ise, %42.1 oranında bir azalma saptanmıştır.¹⁴

Sezaryen sonrası vajinal doğumun başarı ihtimalini öngören iki geçerli uygulanabilir inceleme aracı mevcuttur. Bunlar; Flamm ve arkadaşlarının geliştirdiği ve yaş, daha önce vajinal doğum hikaye varlığı, ilk sezaryen endikasyonu, servikal açıklık ve silinme oranı parametrelerini içeren skorla-

ma sistemi ve benzer parametreleri içeren Troyer'in düzenlediği skora sistemidir.^{8,15}

Bu çalışmanın sonucunda primer sezaryen oranlarının gerçek endikasyonlarının kullanılması ile azaltılabileceği gerçeğinden hareketle, 'sezaryen sonrası vajinal doğum'; dikkatli seçilmiş olgularda, anne ve yenidoğan için yeterli donanım ve bakım koşullarının olduğu tersiyer referans kliniklerinde, ailenin de onayı alınarak, uygulanabilir ve kabul edilebilir bir yöntem olarak görülmektedir.

Kaynaklar

1. Hashima JN, Eden KB, Osterweil P, Nygren P, Guise JM. Predicting vaginal birth after cesarean delivery: a review of prognostic factors and screening tools. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 547-55.
2. Carroll CS, Magann EF, Chauhan SP, Klausner CK, Morrison JC. Vaginal birth after cesarean section versus elective repeat cesarean delivery: Weight-based outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 1516-22.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Clinical management guidelines for obstetrics and gynecology vaginal birth after cesarean section. Washington (DC): The College; 1999. Practice bulletin No. 5.
4. Kobelin CG. Intrapartum management of vaginal birth after cesarean section. *Clin Obstet Gynecol* 2001; 44: 588-93.
5. Chauhan S, Martin JN, Henrichs CE, Morrison JC, Magann EF. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142,075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: A review of the literature. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 408-17.
6. Laura G, Thomas DS, Amy C, Carolyn MZ, John TR, Ellice L. Oxytocin dose and the risk of uterine rupture in trial of labor after cesarean. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 381-4.
7. Mohammed A, Mary S, Erika S, Jeffrey F, George M. The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 824-30.
8. Zelop CM, Shipp TD, Repke JT, Cohen A, Lieberman E. Outcomes of trial of labor following previous cesarean delivery among women with fetuses weighing >4000 g. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185: 903-5.
9. Cowan RK, Kinch RA, Ellis B, Anderson R. Trial of labor following cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 933-6.
10. Caughey AB, Shipp TD, Repke JT, Zelop CM, Cohen A, Lieberman E. Rate of uterine rupture during a trial of labor in women with one or two prior cesarean deliveries. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 872-6.
11. Sims EJ, Newman RB, Hulsey TC. Vaginal birth after cesarean: To induce or not to induce. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 1122-4.
12. Bujold E, Menta SH, Bujold C, Gauthier RJ. Interdelivery interval and uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 1199-202.
13. Bretelle F, Cravello L, Shojai R, Roger V, D'ercole C, Blanc B. Vaginal birth following two previous cesarean sections. *Eur J Obstet Gynecol* 2001; 94: 23-6.
14. Hamilton EF, Bujold E, McNamara H, Gauthier R, Platt RW. Dystocia among women with symptomatic uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 620-4.
15. Flamm BL, Geiger AM. Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system. *Obstet Gynecol* 1997; 90: 907-10.
16. Shipp TD, Zelop C, Repke JT, Cohen A, Caughey AB, Lieberman E. The association of maternal age and symptomatic uterine rupture during a trial of labor after prior cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 585-8.
17. Caliskan E, Ozturk N, Gelisen O, Dilbaz S, Dilbaz B, Haberal A. Vaginal birth after previous cesarean delivery with unknown uterine incision. *Artemis* 2002; 3: 47-50.