

Διεκπεραίωση κολπικού τοκετού μετά από δύο καισαρικές τομές σε Δευτεροβάθμιο Νοσοκομείο

Κ. Ζαχαρήs, Σ. Κραββαρίτης, Θ. Χαρίτος, Α. Φούκα

Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας, Λαμία

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο κολπικός τοκετός μετά από μία καισαρική τομή θεωρείται αποδεκτή πρακτική από την ιατρική κοινότητα. Ωστόσο, ο κολπικός τοκετός μετά από δύο καισαρικές τομές δεν συστήνεται από τους ιατρούς και η πλειοψηφία των γυναικών οδηγούνται σε εκλεκτική καισαρική τομή. Στην περίπτωση μας περιγράφεται μια γυναίκα, με ιστορικό δύο καισαρικών τομών, η οποία προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών ενός δευτεροβάθμιου νοσοκομείου, σε ενεργό φάση τοκετού, και ακολούθησε κολπικός τοκετός. Η κλινική πορεία της ασθενούς αμέσως μετά τον τοκετό ήταν ομαλή και εξήλθε την τρίτη ημέρα της λοχείας. Στην παρούσα εργασία, μετά την παρουσίαση του περιστατικού μας, επιχειρείται με βάση τη συστηματική παράθεση των σύγχρονων βιβλιογραφικών αναφορών μια σύντομη ανασκόπηση του κολπικού τοκετού μετά από καισαρική τομή, αναφορικά κυρίως με τις αντενδείξεις και τα ποσοστά επιτυχίας.



Λέξεις ευρητηρίου: καισαρική τομή, κολπικό τοκετός, VBAC, VBAC-2, ERCS



Παραπομπή

Κ. Ζαχαρήs, Σ. Κραββαρίτης, Θ. Χαρίτος, Α. Φούκα. Διεκπεραίωση κολπικού τοκετού μετά από δύο καισαρικές τομές σε Δευτεροβάθμιο Νοσοκομείο. *Επιστημονικά Χρονικά* 2019; 24(1): 106-110

eoι: <http://eoι.citefactor.org/10.11212/exronika/2019.1.9>

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε παγκόσμιο επίπεδο, τα ποσοστά των καισαρικών τομών είναι υψηλά. Η διενέργεια εκλεκτικής καισαρικής τομής (ERCS) είναι μία από τις κύριες αιτίες αύξησης των ποσοστών καισαρικής τομής, μαζί με την εμβρυική δυσχέρεια, τη δυστοκία και την ισχιακή προβολή. Ο κολπικός τοκετός μετά από καισαρική τομή (VBAC), υπό

ΤΟΜΟΣ 24^{ος} - ΤΕΥΧΟΣ 1 - 2019

προϋποθέσεις, θεωρείται αποδεκτή πρακτική από την ιατρική κοινότητα και έχει ως στόχο τη μείωση του ποσοστού των καισαρικών τομών και τη δυνατότητα επιλογής από τις γυναίκες του είδους του τοκετού. Ωστόσο, ο κολπικός τοκετός μετά από δύο καισαρικές τομές (VBAC-2) δεν συστήνεται γενικώς από

τους κλινικούς ιατρούς και συνήθως οι γυναίκες οδηγούνται σε ERCS.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού κολπικού τοκετού σε γυναίκα με ιστορικό δύο καισαρικών τομών, σε δευτεροβάθμιο νοσοκομείο και επιχειρείται με βάση τα σύγχρονα δεδομένα μια σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Γυναίκα 31 ετών, που διένυε το τρίτο τρίμηνο της κύησης, προσήλθε σε ενεργό φάση τοκετού, αναφέροντας αυτόματη ρήξη θυλακίου προ 30 λεπτών και κολπική αιμόρροια.

Εκ του ιστορικού, η τελευταία έμμηνος ρύση ήταν άγνωστη, ο έλεγχος κατά τη διάρκεια της κύησης ήταν πλημμελής και από το μαιευτικό ιστορικό η γυναίκα είχε υποβληθεί σε δύο καισαρικές τομές. Συγκεκριμένα, η πρώτη καισαρική τομή διενεργήθηκε προ 3 ετών λόγω μη εξέλιξης τοκετού και η δεύτερη προ 11 μηνών λόγω προηγηθείσας καισαρικής τομής. Αξίζει να σημειωθεί ότι, η γυναίκα δεν ανέφερε ευαισθησία στην περιοχή της ουλής.

Ακολούθησε ακρόαση των εμβρυικών παλμών με φορητή συσκευή υπερήχων και κλινική εξέταση. Οι χειρισμοί Leopold ανέδειξαν: ύψος του πυθμένα της μήτρας κάτω από την ξιφοειδή απόφυση του στέρνου, σχήμα κάθετο και προβολή κεφαλική. Με την κολπική εξέταση διαπιστώθηκε τελεία διαστολή του τραχήλου και ύψος προβάλλουσας μοίρας +1. Με το υπερηχογράφημα επιβεβαιώθηκε το σχήμα και η προβολή του εμβρύου, καθορίστηκε η

θέση του πλακούντα και εν συνεχεία η ασθενής μεταφέρθηκε στην αίθουσα τοκετού.

Πραγματοποιήθηκε κολπικός τοκετός ενός άρρενος ζώντος, βάρους γέννησης 3.550 γραμμάρια και αυτόματη υστεροτοκία. Η κλινική κατάσταση της ασθενούς αμέσως μετά τον τοκετό ήταν καλή, έλαβε ενδοφλέβια ωκυτοκίνη και εργομητρίνη, ενώ κατά τη νοσηλεία της συνεχίστηκε η από του στόματος αγωγή με εργομητρίνη. Η νοσηλεία μητέρας-νεογνού εξελίχθηκε ομαλά και εξήλθαν την τρίτη ημέρα μετά τον τοκετό, με οδηγίες από μαιευτήρα και παιδίατρο.

ΣΧΟΛΙΟ

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι, ο κολπικός τοκετός μετά από καισαρική τομή προτείνεται στην πλειοψηφία των γυναικών με μονήρη κύηση και προβολή κεφαλική, κατά την 37η εβδομάδα της κύησης και έπειτα, οι οποίες εκ του ιστορικού τους έχουν υποβληθεί στο παρελθόν σε καισαρική τομή με χαμηλή εγκάρσια τομή στη μήτρα και ανεξαρτητως του ιστορικού κολπικού τοκετού στο παρελθόν.

Οι αντενδείξεις για κολπικό τοκετό μετά από καισαρική τομή είναι το ιστορικό ρήξης μήτρας, η κλασσική τομή καισαρικής, οι τομές στη μήτρα τύπου T ή J, τομές οι οποίες επεκτείνονται μέχρι την ενδομήτρια κοιλότητα (ινομυωματεκτομή) και τέλος οποιαδήποτε αντένδειξη για κολπικό τοκετό στην παρούσα κύηση (ανώμαλο σχήμα, επιπωματικός πλακούντας, διεισδυτικός πλακούντας).

Τα δεδομένα από τη σύγχρονη βιβλιογραφία αναφέρουν ότι οι γυναίκες με ιστορικό δύο ή περισσότερων καισαρικών τομών με χαμηλή εγκάρσια τομή μήτρας μπορούν να σχεδιάσουν κολπικό τοκετό, εφόσον το επιθυμούν, όμως η συμβουλευτική από έμπειρο ιατρικό προσωπικό κρίνεται απαραίτητη.

Το ποσοστό επιτυχίας του κολπικού τοκετού μετά από δύο καισαρικές τομές (VBAC-2) ανέρχεται σε 71.1%, το ποσοστό ρήξης της μήτρας κατά την εκτέλεση VBAC-2 είναι 1.36% και η μητρική θνησιμότητα είναι συγκρινόμενη με αυτήν της επαναλαμβανόμενης καισαρικής τομής. Το ποσοστό επιτυχίας του VBAC-2 είναι μικρότερο από το ποσοστό του VBAC (71.1% vs 76.5%, $p < 0.001$). Επίσης, τα ποσοστά υστερεκτομής και μετάγγισης με παράγωγα αίματος είναι αυξημένα στις γυναίκες που

υποβάλλονται σε VBAC-2, συγκρινόμενα με τα ποσοστά των γυναικών που είχαν μία προηγηθείσα καισαρική τομή.

Ως εκ τούτου, γυναίκες οι οποίες έχουν πλήρως ενημερωθεί για τους ανωτέρω κινδύνους και έχει γίνει ανάλυση του εξατομικευμένου ρίσκου (έχοντας υπόψη τις ενδείξεις και την φύση των προηγούμενων καισαρικών τομών), συστήνεται να σχεδιάζουν VBAC-2 με την προϋπόθεση της χαμηλής εγκάρσιας τομής στη μήτρα στις προηγούμενες καισαρικές τομές. Η προσπάθεια για VBAC-2 κρίνεται απαραίτητο να λαμβάνει χώρα σε ιατρικό κέντρο με εξειδικευμένο προσωπικό, το οποίο να παρέχει μαιευτική, αιματολογική και νεογνολογική υποστήριξη, καθώς και άμεση πρόσβαση σε χειρουργική αίθουσα στην περίπτωση επείγουσας ανάγκης διενέργειας καισαρικής τομής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth After Previous Caesarean Birth. Green-top Guideline No. 45. London: RCOG; 2007.
2. Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)—a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG* 2010;117:5–19.
3. Miller DA, Diaz FG, Paul RH. Vaginal birth after cesarean: a 10-year experience. *Obstet Gynecol* 1994;84:255–8. 49. 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.
4. Kamara M, Henderson JJ, Doherty DA, Dickinson JE, Pennell CE. The risk of placenta accreta following primary elective caesarean delivery: a case-control study. *BJOG* 2013;120:879–86.

5. Landon MB, Spong CY, Thom E, Hauth JC, Bloom SL, Varner MW, et al.; National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Risk of uterine rupture with a trial of labor in women with multiple and single prior cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2006;108:12-20.
6. Macones GA, Cahill A, Pare E, Stamilio DM, Ratcliffe S, Stevens E, et al. Obstetric outcomes in women with two prior cesarean deliveries: is vaginal birth after cesarean delivery a viable option? *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:1223-8; discussion 1228-9.
7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Placenta Praevia, Placenta Praevia Accreta and Vasa Praevia: Diagnosis and Management. Green-top Guideline No. 27. London: RCOG; 2011.
8. Spaans WA, van der Vliet LM, Röell-Schorer EA, Bleker OP, van Roosmalen J. Trial of labour after two or three previous caesarean sections. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;110:16-9.
9. Grobman WA, Gersnoviez R, Landon MB, Spong CY, Leveno KJ, Rouse DJ, et al.; National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Maternal-Fetal Medicine Units (MFMU) Network. Pregnancy outcomes for women with placenta previa in relation to the number of prior cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 2007;110:1249-55.
10. Cook JR, Jarvis S, Knight M, Dhanjal MK. Multiple repeat caesarean section in the UK: incidence and consequences to mother and child. A national, prospective, cohort study. *BJOG* 2013;120:85-91.

Vaginal birth after two caesarean sections in a secondary hospital

K. Zacharis, S. Kravvaritis, T. Charitos, A. Fouka

Department of Obstetrics and Gynecology, General Hospital of Lamia, Lamia, Greece

ABSTRACT

Vaginal birth after caesarean section is considered acceptable practice by the medical community. However, vaginal birth after two cesarean sections is not recommended by doctors and the majority of women are led to elective repeat caesarean section. We hereby report a case of a pregnant woman with a medical history of two previous caesarean sections presented in emergency department in active labour. The baby was delivered vaginally with no complications. Mom had normal postpartum period and was discharged home on day three. The current article, based on the systematic presentation of current literature references, attempts a brief review of vaginal birth after caesarean section, regarding contraindications and success rate.



Keywords: caesarean section, vaginal birth, VBAC, VBAC-2, ERCS



Citation

K. Zacharis, S. Kravvaritis, T. Charitos, A. Fouka. Vaginal birth after two caesarean sections in a secondary hospital. Scientific Chronicles 2019; 24(1): 106-110

doi: <http://eoi.citefactor.org/10.11212/exronika/2019.1.9>