

P R A C E O R Y G I N A L N E
położnictwo

Analiza sposobu zakończenia ciąży u kobiet po przebytych cięciu cesarskim

Analysis of delivery types in women after previous cesarean section

Kuś Ewa¹, Orłowska Katarzyna¹, Kowalska-Koprek Urszula¹, Kalinka Jarosław²,
Berner-Trąbska Marlena¹, Estemberg Dorota¹, Brzozowska Maria¹, Karowicz-Bilińska Agata¹

¹ KKlinika Patologii Ciąży I Katedry Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Polska

² Klinika Perinatologii I Katedry Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Polska

Streszczenie

Cel pracy: Celem pracy była ocena przebiegu porodu po przebytych jednym cięciu cesarskim.

Materiał i metodyka: Analizę objęto 1272 pacjentki po przebytych jednym cięciu cesarskim, które rodziły w I Katedrze Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w okresie od 1 stycznia 2007 roku do 31 grudnia 2010 roku.

Wyniki: Wśród pacjentek po przebytych jednym cięciu cesarskim największą grupę stanowiły pacjentki, u których rozwiązano kolejną ciążę cięciem cesarskim, bez podejmowania próby porodu drogami i siłami natury (58,96%). Do próby porodu drogą naturalną zakwalifikowano 41,04%. Z grupy pacjentek zakwalifikowanych do próby porodu drogami i siłami natury 48,28% urodziło naturalnie, natomiast 51,72 % rozwiązano cięciem cesarskim.

Wnioski:

1. Właściwa kwalifikacja pacjentek do porodu drogami natury po uprzednim cięciu cesarskim pozwala na pomyślnie ich zakończenie tą drogą.
2. W celu ograniczenia liczby cięć cesarskich konieczna jest krytyczna analiza wskazań do operacyjnego ukończenia ciąży.

Słowa kluczowe: **ciąża / cięcie cesarskie / poród po cięciu cesarskim / próba porodu /**

Adres do korespondencji:

Ewa Kuś
Klinika Patologii ciąży I Katedry Ginekologii i Położnictwa UM
Polska, 94-029 Łódź, ul. Wileńska 37
tel./fax: +42 68 04 725
e-mail: agata@interia.pl

Otrzymano: 16.08.2011
Zaakceptowano do druku: 22.02.2012

Summary

Objective: The study was undertaken to analyze the course of pregnancy and delivery in women after previous cesarean section.

Material and methods: The study group consisted of 1272 pregnant women after one cesarean section, who delivered at the 1st Department of Gynecology and Obstetrics, Medical University of Lodz between 1st January 2007 and 31st December 2010.

Results: Among patients after previous cesarean section, the most numerous group constituted women whose pregnancy was resolved with an elective repeat cesarean section, without the attempt to deliver vaginally – 58,96% whereas the remaining 41,04% of the women were qualified to make an attempt at vaginal delivery. 48,28% of them succeeded to give birth vaginally and 51,72% underwent repeat cesarean section.

Conclusions: Proper qualification of patients after previous caesarean section for a natural vaginal birth allows a successful vaginal delivery. A critical analysis of the indications for surgical delivery needs to be performed in order to lower the rate of cesarean sections.

Key words: cesarean section / vaginal birth after cesarean / trial of vaginal birth /

Wstęp

Od kilkunastu lat obserwuje się ciągły wzrost liczby wykonywanych cięć cesarskich. Ma na to wpływ nie tylko poprawa monitorowania stanu wewnątrzmacicznego płodu, ale również rosnąca liczba kobiet ciężarnych po przebytej wcześniej operacji cięcia cesarskiego.

Stan po poprzednim cięciu cesarskim nie jest obecnie bezwzględnym wskazaniem do zakończenia ciąży ponownym zabiegiem operacyjnym. Jest to spowodowane ewolucją technik wykonywania cięcia cesarskiego, zmianą rodzaju szwów oraz poprawą możliwości diagnostycznych oceniających stan blizny w mięśniu macicy. Obowiązująca na początku dwudziestego wieku zasada wprowadzona przez Cragina zalecająca w każdym przypadku przebytego cięcia cesarskiego zakończenie kolejnej ciąży również cięciem cesarskim obecnie nie ma uzasadnienia. Wynika to ze zmiany w sposobie nacinania mięśnia macicy podłużnie w trzonie na cięcie poprzeczne w dolnym odcinku. Zmiana ta pozwoliła na obniżenie ryzyka pęknięcia blizny po cięciu cesarskim zarówno podczas ciąży jak i podczas porodu. Ocenia się, że ryzyko pęknięcia macicy w miejscu blizny po nacięciu w dolnym odcinku wynosi obecnie 0,2-1,5% w kolejnej ciąży [1].

Decyzja o próbie odbycia porodu drogami natury po przebytych cięciu cesarskim uwarunkowana jest od oceny ryzyka związanego z mogącymi wystąpić powikłaniami. Najpoważniejsze powikłanie porodu po cięciu cesarskim, jakim jest pęknięcie blizny w obrębie mięśnia macicy stanowi zagrożenie życia zarówno matki jak i płodu. Na pęknięcie macicy mogą wskazywać: niezgodność wysokości dna macicy z zaawansowaniem ciąży, zmienne deceleracje w zapisie KTG, przechodzące w deceleracje późne, aż do wystąpienia bradykardii i zaniku tętna płodu, siny ból w rzucie blizny, krwawienie z dróg rodnych [2]. U ciężarnej najczęściej dominują objawy wstrząsu oligowolemicznego, którym mogą również towarzyszyć objawy tzw. ostrego brzucha. Rozpoznanie zagrożenia tym powikłaniem jest trzecim pod względem częstości wskazaniem do wykonania cięcia cesarskiego [3]. Najlepszym narzędziem diagnostycznym ryzyka wystąpienia tego powikłania jest ultrasonograficzny

miar grubości dolnego odcinka macicy w miejscu blizny po cięciu cesarskim. Aby pomiar był wykonany w sposób prawidłowy zaleca się wykonywanie badania przy średnio wypełnionym pęcherzu moczowym zawierającym około 200-300ml moczu. Ocenie ultrasonograficznej poddaje się przebieg blizny, jej ciągłość oraz grubość ocenianą w milimetrach. Nieprawidłowy przebieg blizny sugerujący jej zmniejszoną wytrzymałość lub nieme rozejście jest przeciwwskazaniem do próby porodu drogami natury. Pomiar grubości mięśnia macicy w miejscu blizny wynoszący poniżej 2mm również wskazuje na duże zagrożenie pęknięciem macicy podczas porodu. Przy takiej grubości blizny w 100% śródoperacyjnie stwierdzano nieprawidłowości anatomiczne w zakresie dolnego odcinka [4].

Odbycie porodu drogami natury zamiast rozwiązania operacyjnego niesie ze sobą wymierne korzyści zarówno dla matki jak i dla dziecka. Zaliczyć można do nich zmniejszenie częstości występowania powikłań pooperacyjnych, poporodowych, anestezjologicznych, zmniejszenie rozległości, a tym samym ryzyka zakażenia rany, szybszą rekonwalescencję, poprawę samopoczucia, krótszą hospitalizację, rzadsze występowanie niepłodności wtórnej, częstsze podejmowanie decyzji o kolejnej ciąży, częstsze naturalne karmienie piersią [5, 6].

Do próby porodu drogami i siłami natury można wstępnie kwalifikować kobiety, u których nie występują powtarzalne wskazania do kolejnego cięcia cesarskiego. Ocenic trzeba również, czy nie pojawiły się inne, nowe przeciwwskazania do odbycia porodu drogami natury. Ważny jest sposób nacięcia macicy przy poprzednim cięciu cesarskim, gdzie nacięcie w sposób klasyczny w trzonie lub w kształcie odwróconej litery T jest przeciwwskazaniem do porodu drogami natury. W związku z tym niezwykle ważne jest zawarcie dotyczącej tego informacji w dokumentacji lekarskiej i wypisie ze szpitala.

Wśród czynników rokujących powodzenie w prowadzeniu porodu po cięciu cesarskim drogami natury wymienić należy prawidłową budowę miednicy kostnej i kanału rodowego, przygotowaną do porodu część pochwową szyjki macicy, szacowaną ultrasonograficznie masę płodu poniżej 4000g, położenie płodu podłużne, główkowe, ciążę jedнопłodową.

Analiza sposobu zakończenia ciąży u kobiet po przebytych cięciach cesarskich.

Dla prowadzenia porodu po cięciu cesarskim drogami natury zapewnić trzeba obecność odpowiedniego zespołu położniczego, sprzętu monitorującego oraz gotowość sali operacyjnej [1, 7]. Podkreśla się, że oprócz stwierdzenia w badaniu USG prawidłowej budowy blizny w dolnym odcinku niezbędne jest również uzyskanie pisemnej zgody pacjentki [7]. Niekorzystnie rokujące czynniki powodzenia próby porodu drogami i siłami natury to masa ciała ciężarnej powyżej 100kg, masa płodu powyżej 4000g, wiek matki >30 lat, konieczność przeprowadzenia indukcji porodu, brak wcześniejszego porodu drogami i siłami natury, poród mający się odbyć w ośrodku poniżej III^o referencyjności oraz brak postępu porodu jako wskazanie do poprzedniego cięcia cesarskiego [1].

Pomimo brania pod uwagę różnych czynników rokowniczych pozwalających na prowadzenie porodu po cięciu cesarskim trzeba się jednak liczyć z niepowodzeniem tego postępowania. Uważa się, że pacjentki po uprzednim cięciu cesarskim zakwalifikowane do próby porodu drogami i siłami natury, u których próba ta zakończyła się ponownym operacyjnym zakończeniem porodu narażone są w większym stopniu w porównaniu z ciężarnymi rozwiązanymi planowo cięciem cesarskim na powikłania neurologiczne u noworodka, zakażenia, okołoporodowe pęknięcie macicy i histerektomię [7].

Według najnowszych doniesień ciągle monitorowanie czynności skurczowej mięśnia macicy i stanu płodu podczas porodu pozwala na ewentualne rozważenie nasilenia czynności skurczowej za pomocą oksytocyny. Pojawiają się również doniesienia o stosowaniu analgezji bólu porodowego u pacjentek rodzących po uprzednim cięciu cesarskim, za pomocą ciąglego przewodowego znieczulenia. Większość autorów nie poleca obecnie przeprowadzania rutynowej ręcznej kontroli ciągliwości blizny mięśnia macicy po porodzie [8].

Możliwość odbycia porodu drogami natury po uprzednim cięciu cesarskim i jego powodzenie koreluje z jakością opieki położniczej w danym ośrodku. Duże znaczenie ma poprawna kwalifikacja do porodu i oszacowanie ryzyka położniczego. Stąd też każda pacjentka ciężarna wyrażająca chęć odbycia porodu drogami natury po cięciu cesarskim powinna być wnikliwie poddana analizie czynników rokowniczych oraz rozważeniu ewentualnych korzyści i ryzyka wynikającego z porodu drogami natury.

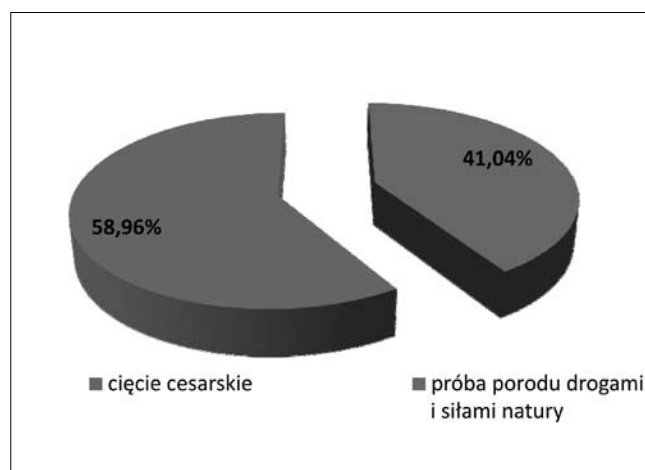
Cel pracy

Celem pracy była ocena przebiegu porodu po przebytych jednym cięciem cesarskim.

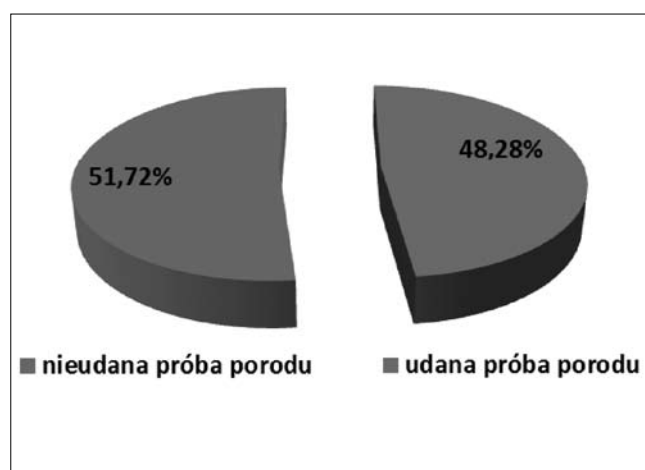
Materiał i metody

Analizą objęto 1272 pacjentki po przebytych jednym cięciem cesarskim, które rodziły w I Katedrze Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w okresie od 1 stycznia 2007 roku do 31 grudnia 2010 roku.

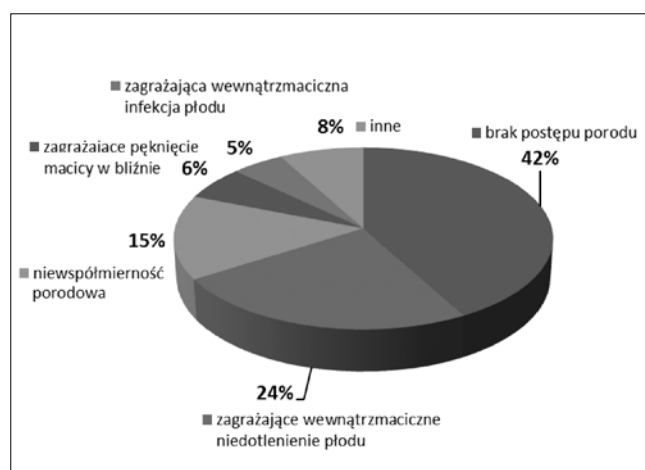
Wszystkie pacjentki zakwalifikowane do próby porodu naturalnego spełniały następujące kryteria: płód pojedynczy w położeniu podłużnym główkowym, poprzednie cięcie cesarskie wykonane było poprzecznie w dolnym odcinku mięśnia macicy, w badaniu USG grubość blizny była większa niż 2mm. Dodatkowo brak było innych wskazań do cięcia cesarskiego a ciężarne zostały obszernie poinformowane o możliwym ryzyku wynikającym z porodu drogami natury.



Rycina 1. Wstępna kwalifikacja dotycząca rozwiązania u ciężarnych po uprzednim cięciu cesarskim.



Rycina 2. Sposób ukończenia próby porodu drogami i siłami natury u pacjentek po cięciu cesarskim.



Rycina 3. Najczęstsze przyczyny nieudanej próby porodu u pacjentek po cięciu cesarskim.

Każda pacjentka wyraziła pisemną zgodę na próbę porodu drogami natury. Po porodzie naturalnym u każdej z pacjentek przeprowadzono obowiązującą w naszym ośrodku ręczną kontrolę dolnego odcinka.

Do uzyskania danych wykorzystano bazę danych Kliniki. Uzyskane wyniki opracowano statystycznie za pomocą programu Statistica 6.0. Za poziom istotności statystycznej przyjęto wartość $p < 0,05$.

Wyniki

Wśród pacjentek po przebytych jednym cięciu cesarskim największą grupę stanowiły pacjentki, u których rozwiązano kolejną ciążę cięciem cesarskim, bez podejmowania próby porodu drogami i siłami natury (750 kobiet – 58,96%).

Wskazaniami do kolejnego cięcia cesarskiego między innymi były: utrzymujące się wskazania pozapłodnicze (okulistyczne, ortopedyczne, kardiologiczne, neurologiczne itp.), nieprawidłowe położenie płodu, grubość blizny w dolnym odcinku poniżej 2mm. Do próby porodu drogą naturalną zakwalifikowano 522 pacjentki (41,04%). (Rycina 1).

Z grupy pacjentek zakwalifikowanych do próby porodu drogami i siłami natury 252 (48,28%) urodziło naturalnie, natomiast 270 (51,72%) rozwiązano cięciem cesarskim. (Rycina 2).

Najczęstszymi przyczynami nieudanej próby porodu drogami natury były: brak postępu porodu, zagrażające wewnątrzmaciczne niedotlenienie płodu, niewspółmierność porodowa, zagrażające pęknięcie macicy w bliźnie, zagrażająca wewnątrzmaciczna infekcja płodu i inne. (Rycina 3).

W żadnym z 252 porodów odbytych drogami natury po przebytych uprzednio cięciu cesarskim podczas kontroli ręcznej dolnego odcinka nie stwierdzono braku ciągłości blizny po cięciu cesarskim.

Dyskusja

W ostatnim czasie obserwuje się coraz wyższy odsetek wykonywanych cięć cesarskich z różnych wskazań, które nie zawsze są wskazaniami powtarzalnymi. Stąd też coraz częstsze jest podejmowanie w tych przypadkach próby porodu drogami i siłami natury. Liczba tych przypadków ograniczona jest przez konieczność spełnienia odpowiednich warunków.

W powyższym materiale decyzję o próbie porodu drogami natury podjęto w 41,04% przypadków ogółu kobiet po przebytych cięciu cesarskim, u których potwierdzono warunki do przeprowadzenia takiej próby. W piśmiennictwie odsetek podejmowanych prób odzyskania porodu drogami natury waha się między 30% a 76% kobiet po przebytych cięciu cesarskim, co jest zgodne z wynikami uzyskanymi w naszym ośrodku [9, 10, 11, 12, 13].

Spośród pacjentek podejmujących próbę porodu drogami i siłami natury tylko 48,28% zakończyło ją pomyślnie, natomiast aż 51,72% mimo podjętej próby urodziło drugie dziecko również drogą cięcia cesarskiego. Podobne wyniki uzyskano w innych ośrodkach, gdzie od 47% do 86% kobiet zakwalifikowanych do próby porodu drogami natury zakończyło poród cięciem cesarskim [3, 7, 10, 15, 16].

Próba porodu zakończona niepowodzeniem i koniecznością rozwiązania drogą cięcia cesarskiego najczęściej wiązała się z brakiem postępu porodu, zagrażającym wewnątrzmacicznym

niedotlenieniem płodu, niewspółmiernością porodową, zagrażającym pęknięciem macicy w bliźnie oraz zagrażającą wewnątrzmaciczną infekcją. Dane te były zgodne z danymi uzyskanymi przez innych autorów [1, 4, 5, 9, 10, 12].

Warto wspomnieć o często omawianym powikłaniu porodu naturalnego u pacjentek po przebytych cięciu cesarskim, jakim jest pęknięcie macicy. W analizowanym przez nas okresie nie stwierdzono obecności rozejścia się blizny po poprzednim cięciu cesarskim i następnym porodzie drogami natury, co w pewnym sensie podważa zasadność prowadzenia takiej kontroli. Według niektórych autorów pęknięcie mięśnia macicy w miejscu blizny rozpoznawane jest z częstością 0,2%-1,5% przypadków [1, 2].

Pomimo zachęcających danych z piśmiennictwa i wciąż rosnącej częstości wykonywanych cięć cesarskich nadal pojawiają się wątpliwości, co do schematów postępowania wobec pacjentek po przebytych cięciu cesarskim.

Wnioski

1. Właściwa kwalifikacja pacjentek do porodu drogami natury po uprzednim cięciu cesarskim umożliwia pomyślnie ich zakończenie tą drogą.
2. W celu ograniczenia liczby cięć cesarskich konieczna jest krytyczna analiza ponownych wskazań do operacyjnego ukończenia ciąży.

Piśmiennictwo

1. Bednarowska A, Dębski R. Poród siłami natury po przebytych cięciu cesarskim. *Ginekol po Dypl.* 2002, 3, 23-26.
2. Oleszczuk J, Leszczyńska-Gorzela B. Zagrożenia życia matek. Wybrane zagadnienia. *Oddział Lubelski Polskiej Medycyny Perinatalnej.* 2010, 2, 122-123.
3. Pomorski M, Wiatrowski A, Fuchs T, [i wsp.]. Analiza porównawcza wskazań do cięć cesarskich w ośrodku III stopnia referencyjności w latach 2002 oraz 2007. *Perinatol Neonatol Ginekol.* 2008, 1, 19-22.
4. Kostrzewa T, Walczak J, Więckowska K. Poród drogą pochwową po cięciu cesarskim. *Ginekol Pol.* 2010, 81, 287-291.
5. Simpson L. Czy poród drogą pochwową po uprzednim cięciu cesarskim jest wart zachodu? *Ginekol po Dypl.* 2005, 7, 79-82.
6. Paszkowski T, Dębski R. Cięcia cesarskie na życzenie. *Ginekol po Dypl.* 2005, 3, 21-33.
7. Malinowska-Polubiec A, Knaś M, Smolarczyk R, Czajkowski K. Poród po cięciu cesarskim. *Perinatol Neonatol i Ginekol.* 2009, 3, 185-194.
8. Oleszczuk J, Leszczyńska-Gorzela B, Poniedziałek-Czajkowska E. Rekomendacje postępowania w najczęstszych powikłaniach ciąży i porodu. Lublin: *Bifolium.* Wyd. II. 2006, 19-31.
9. Pomorski M, Woytoń R, Woytoń P, [i wsp.]. Cięcia cesarskie a porody siłami natury - aktualne spojrzenie. *Ginekol Pol.* 2010, 81, 347-351.
10. Chruściel G, Sobanika S, Brocka-Zakrzewska U, [i wsp.]. Analiza sposobu rozwiązania ciąży i porodu u pacjentek po przebytych cięciu cesarskim. *Ginekol Pol.* 2008, supl.1, 33-36.
11. McMahon M, Luther E, Bowes W, Olshan A. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *N Engl J Med.* 1996, 335, 689-695.
12. Miller D, Diaz F, Paul R. Vaginal birth after cesarean: a 10-year experience. *Obstet Gynecol.* 1994, 84, 255-258.
13. Veleminsky M, Veleminsky M, Piskorzova M, [et al.]. Birth after cesarean section. *Med Sci Monit.* 2011, 17, 97-103.
14. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice bulletin no 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2010, 116, 450-463.
15. Paul R, Phelan J, Yeh S. Trial of labor in the patient with a prior cesarean birth. *Am J Obstet Gynecol.* 1985, 151, 297-302.
16. Matias J, Parpinelli M, Cecatti J. Factors associated with mode of delivery among primipara women with one previous cesarean section and undergoing a trial of labor. *Rev Assoc Med Bras.* 2007, 53, 109-115.