

**CAESAREAN SECTION AMELİYATINDAN SONRA
VAGINAL DOĞUM**

Dr. Nejat Y. Ilgaz *

Halen sezaryenden sonra vaginal doğum denemesi yapma eğilimi yaygındır. Daha önce geçirilen sezaryenden sonra vaginal doğum problemi, doğum hekimleri için özellikle ilgilenilmekte devam edilen bir konudur. Geniş yayınlarla bildirilen (1, 5, 11, 15, 22) sezaryen sayısının artması ile buna önem verilmiştir. Bu artmış olan operatif müdahale, vak'aların ekserisinde haklı gösterilmiştir. Fakat şüphesiz ki bazı sezaryenler, müşahedelerin bir tenkitçi olarak incelenmesinde çok defa ilk sezaryenin yürürlükte olan tam endikasyonlarında bazı şüpheler uyanır (29). Çok sayıdaki neşriyatta bu konu ile ilgilenilmiştir ve belkide obstetrikte bu kadar çok fikir ayrılığı bulunan başka bir problem yoktur. Zira fikir olarak «sezaryenle başlayan sezaryenle devam eder», taraf tutmadan daha uysal sebep olarak devam eder (10). Theobald (27), sezaryenden sonra vaginal doğumun tehlikeli olduğu ve bununda mükerrer sezaryen sayısını artırdığı kanısındaydı. Dieckman ve Seski (7), bu vak'aların yönetimini tartışmanın boşuna olduğunu söylediler ve Lull ve Ullery (17), doğum hekiminin, sezaryenden sonraki vaginal doğuma yardım ettiği esnadaki gayret ve çabalama ve bu sebeple ortaya çıkan uterus rüptürünün bazı feci neticeleri ile beraber olunca daha çok mükerrer sezaryeni tavsiye ederler. Zarou (31), daha önce geçirilen sezaryenden sonraki vaginal doğumun doğum hekimine sadece bir yara izi bırakmak değil, bir yük teşkil ettiğini kaydetti, Greenhill'e göre (10) erhangibir sebeple sezaryen geçirmiş olan kadınların çoğu, müteakip gebelikleri esnasında tekrar sezaryen olmalıdırlar. Mamafih bir çok yazarlar aynı fikirdedir ki, modern obstetrikle ilgili iyi donatılmış bir doğum evinde «bir defa sezaryen geçirene dai-

* A. Ü. Tıp Fakültesi Kadın - Doğum Kürsüsü Doçenti.

ma sezaryen yapılır» sözünü uygun bulmak mümkün değildir. Wolfson ve Lancet ile Lawler ve arkadaşlarına göre (15, 30) alt segment seksiyosu hikayesi bulunan bir çok kadın daha sonra kesinlikle belirli şartlar altında tehlikesizce vaginal yoldan doğum yapabilir. Rotunda hastanesinde (3) yapılan gözlemlere göre daha önceki bir sezaryeni müteakip yapılan vaginal doğum, yersiz ve tehlikeli bir işe atılma olarak sayılmamalıdır. Harris (11), bunu mantıklı bir işlem olarak adlandırdı.

VAK'A TAKDİMİ

Vak'a I: Bn. K. Y., 23 yaşında evli, memleketi Ordu. (Kl. Prot. 1935/2.5.1969). Doğum sancılarının başlaması ve sularının gelmesi üzerine kliniğe müracaat ederek yatırılan hastanın gebelik anamnezinde önemli bir bulgu yok. 5 sene önce bilinmeyen bir sebeple sezaryen operasyonu geçirmiş. Gebelik sayısı 3, doğum sayısı 3, ve 3 çocuğu sağ. Muayenesinde, pelvis ölçülerin normal, Fundus - Pubis 34 cm. Karın çevresi 104 cm. B.G.I.V. Çocuk kalp sesleri düzenli dakikada 140, Souffle yok, baş angaje. Steril vaginal muayenede cervix'te silinme ve açılma tam, baş, pelvis çıkımında ve vagen-den görünüyor. T.A. 115/85 mm. Hg. Laboratuvar tetkikleri normal bulundu. Normal travayı takiben, kliniğe geldikten kısa zaman sonra (5 dakika); normal canlı, matür bir kız çocuğu doğurtuldu. (49 cm. 3700 gm. plasenta oval 650 gm. Göbek kordonu 80 cm.) Üç gün mutad loğusalık bakımını takiben 6.5.1969 tarihinde bebek ve anne şifa ile taburcu edildi.

Vak'a II: Bn. S. E., 25 yaşında, evli, memleketi Ankara. (Kl. Prot. 2940/30.11.1969). Doğum sancılarının başlaması nedeniyle Kliniğe müracaat ederek yatırılan hastanın gebeliğinde önemli bir şikâyeti olmamış. 3 sene evvel 1 defa sezaryen ameliyatı geçirmiş. Gebelik sayısı 4, doğum sayısı 3, bir çocuğu sağ, 2 tanesi ölmüş. Kocası teyzesinin oğlu imiş ve yakın akrabalığı mevcut. Muayenesinde, pelvis ölçüleri normal, Fundus - Pubis 36 cm. Karın çevresi 102 cm. B. G. II. V. çocuk kalp sesleri düzenli dakikada 140, baş angaje ve çıkımında. Steril vaginal muayenede cervix'te silinme tam, açılma tama yakın, su kesesi mevcut, T. A. 125/90 mm.Hg. Laboratuvar tetkikleri normal bulundu. Hasta normal travayı takiben Kliniğe geldikten 20 dakika sonra, normal, miadında, canlı matür bir erkek çocuğu doğurdu. (54 cm. 4275 gm.). Üç gün normal loğusalık bakımını takiben 3.12.1969 tarihinde bebek ve anne şifa ile taburcu edildi.

Vak'a III: Bn. R. K., 28 yaşında, evli, memleketi Üsküp. (Kl. Prot. 3062/24.12.1969). Doğum sancılarının başlaması sebebiyle Kliniğe müracaat ederek yatırılan hastanın gebeliği esnasında bulantı ve kusma şikâyetleri olmuş ve 9 ay sonunda tedavi ile geçmiş. Engran kapsül ve Torecan draje kullanmış. Appendektomi ve 9 sene önce sezaryen ameliyatları geçirmiş. Gebelik sayısı, 4, doğum sayısı 3, 2 çocuğu sağ, bir tanesi ölmüş. Muayenesinde, pelvis ölçü-

leri normal, Fundus - Pubis 37 cm. Karın çevresi 96 cm. B. G. I. V. çocuk kalp sesleri düzenli dakikada 142 souffle yok, baş angaje ve çıkımda, Steril vaginal muayenede cervix'te silinme tam, açılma tam, su kesesi mevcut. T. A. 110/50 mm.Hg. Laboratuvar bulguları normal. Hasta normal travayı takiben Kliniğe geldikten sonra, normal, miadında, canlı, matür bir erkek çocuğu doğurdu. (52 cm. 4100 gm.). Komplikasyon olmadı. İki gün, normal loğusalık bakımını takiben 26.12.1969 tarihinde bebek ve anne şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Seksiyodan sonra vaginal doğum için ayrılan vak'aların dikkatle seçilmesi ile beraber bir yetkilinin devamlı kontrolü ve iyi donatılmış bir klinikte doğumun yapılması esastır (13). Harris (11). Gebelik ve doğum sayısının artması ile beraber eski bir sezaryen nedbesinin spontan bir rüptür olma ihtimalinin de arttığını söyleyerek bizi uyardı. Nedbenin tetkiki sonraki sezaryen için bilgi verir ve bu durum müşahade ve gebelik muayenesiyle belli olmaz. Yapılan bir çalışmada sezaryenden sonra nedbe yerinin histerosalpingografik değişiklikleri incelendi (21). Hastaların çoğunda çok az irregülarite bulundu ve bu bozukluk daha fazla olunca ameliyat yapılması tavsiye edildi. Schmitz ve Gajewski (24) bir vakanın ele alınmasından evvel uterustaki yara izinin iyileşmesinin önemli olduğunu belirttiler. Bunlara göre yara izinin zayıf oması, hatalı cerrahi teknik, eski bir sezaryen yara izi üzerine plasentanın implantasyonu ve puerperium'daki hastalanmadan dolayı husule gelir. Bazan, daha önce geçirilmiş bir sezaryenden sonra hastalıklı bir loğusalık devresinin bulunması, daha sonraki vaginal doğumu yasaklayıcı olarak alınmalıdır. Schmitz ve Baba (23), daha önce geçirilmiş bir sezaryeni müteakkip bir vesile ile başarılı bir vaginal doğum yapılması, daha sonraki doğumlarda uterus rüptürüne karşı garanti vermediğini ihtar ettiler. Schmitz ve Gajewski (24), daha çok sayıdaki vaginal doğumlarda rüptür ihtimalinin daha az olduğunu ifade ettiler. Hastaların bir çoğunda sezaryenden sonra normal doğum kanalı yoluyla yapılan doğum, tekrar yapılacak bir sezaryen kadar ve hatta belki de ondan daha fazla emniyetlidir (2). Prummel ve Willemse'nin raporunda sezaryenden sonra vaginal doğum ile mükerrer sezaryen vak'aları mukayese edilerek vaginal doğumun üstünlüğü belirtilmektedir. Diğer bazı yazarlarda aynı fikri savundular. (14 - 15 - 18 - 19 - 20 - 26). Gershenfeld ve Savel (9), travay-

da hastanın dikkatle izlenmesinin önemine değindiler, ve şu durumlarda sezaryenden sonra vaginal doğum yapılmasını tavsiye ettiler :

- 1 — Eğer birden fazla sezaryen geçirmişse,
- 2 — Puerperium'da hastalanma olmuşsa,
- 3 — Evvelki sezaryen hakkında bilgi elde edilememişse,
- 4 — 38'nci haftalarda prezentasyon ve derine doğru yerleşme mevcut değilse,
- 5 — Travay ilerleme göstermiyorsa,
- 6 — Zarların erken yırtılması husule gelirse,
- 7 — Travay esnasında, daha önceki nedbe üzerinde gerginlik veya ağır husule gelirse travaya müsaade edilmez ve vaginal doğum yapılması uygundur.

Böylece görülüyor ki daha önce geçirilmiş sezaryenden sonra yapılan vaginal doğum konusunda fikirler birbirinden çok farklıdır.

Bizim fikrimize göre, daha önce sezaryen geçirmiş bir hastada travay başlayınca, gebelikte yapılan antenatal muayenleri de dikkate alınarak hastanın durumu iyice incelenerek vaginal doğum yapabileceğine karar verilebilir. Bundan sonra ise bilgili ve usta bir hekimin hasta başında oturarak doğumun seyrini sonuna kadar dikkatle izlemesi, gerekli tedbir ve tedavileri zamanında yapması icab eder. Bunlara ilâveden doğumun yapıldığı yer, doğumevi veya hastane, hertürlü âcil mücadeleye elverişli ve iyi donatılmış olmalıdır. Bu arada ilk sezaryen indikasyonlarının da sonraki doğumları düşünerek daha dikkatle konulması gerektiğinin de kaydetmemiz icabeder. İlk sezaryen indikasyonu olarak disproporsiyon bulunan birçok vak'anın müteakip doğumlarını vaginal yoldan yaptığı ve bebeklerin ağırlıklarının ise eşit veya vaginal doğanların daha ağır olduğu kaydedilmiştir. (vak'a 2 ve 3 de olduğu gibi). (4). Bu gösteriyor ki, tek başına disproporsiyondan daha ziyade diğer faktörler, daha önceki sezaryen için endikasyon teşkil ederler. Diğer yazarlarda buna benzer sonuçlar buldular (23, 24). Kısaca sezaryeni gerektiren ve daha önce konulmuş olan bir disproporsiyon teşhisi, ilerdeki gebeliklerde vaginal doğuma tesebbüs etmeyi tamamen ortadan kaldırmaz.

Bir çok yazarlar klasik şak nedbesinin rüptür tehlikesini artırdığı görüşüne dayanarak evvelce bir klâsik sezaryen geçiren hastalarda vaginal doğum yapılmasına karşıdır. Diğer bazı yazarlar

ise buna karşı değildirler ve bunlara göre sezaryenin şak yerinin değişikliği başarılı bir vaginal doğum için bir engel teşkil etmez yalnız travay esnasında hastanın dikkatle ve devamlı gözlenmesi esastır (8, 11, 4, 16, 24, 25).

Kliniğimizde yapılan 401 caesarean operasyonu vak'asının analizinde (6) primer endikasyon olarak çoğunluğu baş - pelvis uygun-suzluğu ve mükerrer sezaryen teşkil ediyordu ve bunları da plasenta previa, prezentasyon anomalileri ve gebelik toksemileri izliyordu. Bu yayında sezaryen nisbeti ortalama % 3,75 bulunmuş fakat bazı seneler bu oran % 6,92 ve % 7,46 ya kadar yükselmıştır. Anne mortalitesi ise % 2,99 dur ve bu rakam diğer otörlerin neticelerine göre biraz yüksektir. Fetal mortalite % 3,24 dür. Bu araştırmanın sonuçlarına göre çok az sayıdaki istisnalar haricinde ekseriyetle mükerrer sezaryen tercih edilerek hastalarda vaginal doğum teşebbüsü yapılmamıştır.

Literatürde, daha evvel 5 defa sezaryen geçirmiş olan bir hastanın daha sonra 3 vaginal doğum yaptığı neşredilmiştir. Bundan başka diğer bir hasta ise geçirdiği bir sezaryenden sonra 7 vaginal doğum yapmıştır.

Sezaryenden sonraki gebeliklerde travayın başlatılması için oksitosik maddelerin kullanılması önemli bir hususu teşkil eder. Hindman (12) oksitosik maddelerin kullanılmasına karşıdır. Diğer taraftan Harris (11) ve Tesurun ve Simpson'a (13) göre oksitosik maddeler dikkatle kullanılabilir. Browne ve Mc Grath (4) neşrettikleri vak'alarda oksitosik maddelerin kullanılmasında hiç komplikasyon olmadığını kaydettiler. Kesin tıbbi endikasyonlar mevcut olmadıkça travayın ilâçla başlatılmasından kaçınılır. Syntocinon infüzyonu 1 litrede 2,5 ünitelik bir konsantrasyonla başlanarak verilen ve halen tavsiye edilen bir metoddur.

Daha önceki sezaryenden sonra vaginal doğum için seçilen vak'alarda travayın yönetilmesi normal yollar takip edilerek yapılmaya çalışılır. Bununla beraber böyle hastalar ayrı ayrı dikkatle gözlenir ve travay da asla bakımsız ve yalnız bırakılmaz. Müdahalesiz spontan bir doğum yapmak için her türlü gayret sarfedilir. Doğumda forceps sadece yeterli bir endikason mevcut olduğu zaman kullanılır. Daha önceki bir sezaryenden sonra vaginal doğum yapan hastalarda profilaktik forceps tatbiki tercih edilmez.

Doğumun 3 cü devresinin yönetiminde mutât metodlar takip edilir. Loğusalık devri umumiyetle hadisesizdir, fakat doğumun her devresinde olduğu gibi bu devrede de hastayı daha yakından ve dikkatle gözlemek icabeder.

Bilhassa önünde uzun bir üreme hayatı bulunan genç bir hastada tekrar etmeyen bir durum için daha önce bir sezaryen yapılmış olduğu zaman, emniyetli şekilde bir vaginal doğum yapmayı öğrenmek akla uygundur. Böyle bir yol hasta için daha memnuniyet vericidir, aksi taktirde ikinci şık olarak birçok mükerrer sezaryenle karşılaşacaktır. Mükerrer sezaryen sebebiyle husule gelen annenin hastalanması başarılı vaginal doğumlara göre daha fazladır. Zayıf endikasyonlara dayanılarak yapılmış bir sezaryeni müteakip gelen gebeliğin idaresi ekseriya esasında mevcut olanlardan daha büyük problemler ortaya koyar. Bununla beraber kısaca daha evvel sezaryenle doğurtulan hastaların yönetiminde tercihan vaginal doğumun seçilmesine yüksek derecede bir emniyetle ve dikkatle karar verildiğinden dolayı kullanılabilir. Bu konu sezaryenin daha sık kullanılması sebebiyle artan bir problemidir.

ÖZET

Daha önce bir defa sezaryen geçirmiş olan 3 hastanın vaginal doğumu takdim edildi. Sezaryen ameliyatından sonra vaginal doğum problemi gebelik ve travayın yönetimi tartışıldı. maternal ve fötal komplikasyonlar gözden geçirildi. Önemli olan şudur ki, komplikasyonlar az olmakla beraber bunların hakiki şekilde meydana çıkarılması ve tedavisi, travay ve doğum esnasında özel ve devamlı bakıma ihtiyaç gösterir.

SUMMARY

(Vaginal Delivery after Previous Caesarean Section)

Vaginal deliveries of three patients who had previously undergone once caesarean section are presented.

The problem of vaginal delivery after previous caesarean section, management of pregnancy and labour are discussed. The maternal and foetal complications are reviewed. It is important that, although complications are uncommon, their effective detection and treatment requires intensive care during labour and delivery.

LİTERATÜR

- 1 — ALLAHBADIA, N. K. : Amer. J. Obstet. Gynec. **85** : 241, 1963.
- 2 — BIRNBAUM, S. J. : Obstet. and Gynec. **7** : 611, 1956.
- 3 — BROWNE, O. D. : J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp., **58** : 555, 1951.
- 4 — BROWNE, A. D. H. and McGRATH, J. The J. of Obstet. and Gynec. of thl Bit. Comwlth. **72** : 557, 1965.
- 5 — COLVIN, E. D. : Amer. J. Obstet. Gynec. **64** : 473, 1952.
- 6 — ÇANGA, Ş., YAVUZ, H., ARIDOĞAN, N. : A. Ü. Tıp Fakültesi Mecmuası **20** : 93, 1967.
- 7 — DIECKMANN, W. J. and SESKI, A. G. : Surg. Gynec. Obstet. **90** : 443, 1950.
- 8 — FLEMING, A. M. : Amer. J. Obstet. Gynec., **71** : 1207, 1956
- 9 — GERSHENFELD, D. B. and SAVEL, L. E. J. Newmark Beth Isrfael Hosp. 10/2 (49 - 59), 1959.
- 10 — GREENHILL, J. P. : Yearb. Obstet. Gynec., 1963 p. 234, 1962.
- 11 — HARRIS, J. R. : Amer. J. Obstet. Gynec. **66** : 1191, 1953.
- 12 — HINDMAN, D. H. : Amer. J. Obstet. Gynec. **55** : 273, 1948.
- 13 — JESURUN, H. M. and SIMPSON, J. W. : Amer. J. Obstet. Gynec. **75** : 401, 1958.
- 14 — KAYSER, H. : W. Standt. Frauen Klin. Aachen - Z. Geburtsh. Gynak. **156/2** (227 - 235) 1961.
- 15 — LAWLER, P. E., BULFIN, M. J., LAWLER, F. C. and LAWLER, P. E. Jr. : Amer. J. Obstet. Gynec. **72** : 252, 1956.
- 16 — LAWRENCE, R. F. : J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp., **60** : 237, 1953.
- 17 — LULL, C. and ULLERY, J. : Amer. J. Obstet. Gynec., **57** : 1199, 1949.
- 18 — NEL, J. B. : S. Afr. Med. J. **28/26** (533 - 539), 1954.
- 19 — PRUMMEL, A. and WILLEMSE, C. H. : Univ - Klin Voor Verlosken Vrouwenziekten, Utrecht - Ned. T. Geneesk **104/8** (380 - v83), 1960.
- 20 — ROTTINGHUIS, H. and GERARDS, G. J. J. : Verlosk - Gynae col. Afd., Onze lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam, Ned. T. Geneesk. **104/3** (115 - 119), 1960.
- 21 — SCHIÖLER, H., EIKEN, M., OVLISEN, BJ, TROLLE, D. : Acta Radiol. Diag. **6** : 145, 1937.
- 22 — SCHNEIDER, B. : Amer. J. Obstet. Gynec. **68** : 1082, 1954.
- 23 — SCHMITZ, H. E. and BABA, G. R. : Amer. J. Obst. Gynec. **57** : 1949.
- 24 — SCHMITZ, H. E. and GAŁIEWSKI, C. J. : Amer. J. Obst. Gynec. **61** : 1232, 1951.

- 25 — STERN, D. M. : Proc. roy. Soc. Med. 47 : 123, 1954.
- 26 — TERASVUORI, H. and RAIPPALINNA, A. : Duodecim, 70/9, 730, (Helsinki), 1954.
- 27 — THEOBALD, G. W. : Report of the Obstetric Unit, St. Luke's Maternity Hospital, Bradford, 1946 - 1949.
- 28 — WINCHESTER, G. and BROWN, R. : Edinb. med. J., 61 : 63, 1954.
- 29 — WILSON, A. : Ame. J. Obst. Gynec. 62 : 1225, 1951.
- 30 — WOLFSON, A. and LANCET, M. : Obstet. and Gynec. 6 : 625, 1955.
- 31 — ZAROU, E S. : Ame. J. Obst. Gynec. 63 : 122, 1952.

(Mecmuaya geldiği tarih: 28 Kasım 1970)