

GEÇİRİLMİŞ SEZARYEN OPERASYONLU GEBELERDE VAGİNAL DOĞUM

Selçuk Özden *, Meltem Gelincik *, Banu Çaylarbaşı *, Vedat Dayıcioğlu *

ÖZET

Amaç: Geçirilmiş sezaryen operasyonu olan gebelerde vaginal yolla doğumun maternal - fetal sonuçlarını değerlendirmek.

Çalışmanın yapıldığı yer: Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, İstanbul.

Materyel ve Metod: Çalışma prospektif ve kontrollü olarak 1028 olgu üzerinde yapıldı. Olgulardan 56'sına vaginal doğum şansı tanındı; 972 olguya direkt sezaryen operasyonu uygulandı.

Bulgular: Vaginal doğum denenen 56 hastadan 54'ünde (%96.4) doğum başarıyla gerçekleştirildi. Çalışma grubundaki maternal mortalite - morbidite oranları kontrol grubundan farksızdı; hastanede yatış süresi belirgin olarak kısaydı. Çalışma grubunda 1 olguda (%1.9) skar ayrılması görüldü, inkomplet veya komplet rüptür görülmedi. Kontrol grubunda skar ayrılması görülmezken; 5 olguda (%0.5) inkomplet rüptür, 4 olguda (%0.4) komplet rüptür saptandı. İki grup arasında fetal morbidite yönünden anlamlı fark saptanmazken; fetal mortalite çalışma grubunda daha yüksekti (%4.7 e karşılık %0.7).

Sonuç: Vaginal doğum denemesi, önemli bir kontrendikasyon olmadıkça geçirilmiş sezaryen operasyonu olan olgularda ekonomik ve güvenilir bir yaklaşımdır.

Anahtar kelimeler: Sezaryen seksiyon, vajinal doğum denemesi

SUMMARY:

Objective: To determine the effects of vaginal delivery on maternal and fetal outcomes in the cases with prior caesarean section.

Institution: Zeynep Kamil Women and Children's Hospital, Istanbul.

Materials and Methods: This prospective and controlled study was performed on 1028 cases. 56 of the cases were given a chance to deliver by vaginal route and Caesarean section were performed directly without giving a chance to deliver vaginally on 972 cases

Results: 54 of 56 cases given a chance for vaginal delivery were delivered successfully. There was no difference in maternal mortality and morbidity between the study and control groups; hospital stay was significantly short in study group. There was one scar dehiscence (1.9%) and no incomplete or complete rupture in the study group. There was 5 incomplete rupture (0.5%) and 4 complete rupture (0.4%) and no scar dehiscence in the control group. Fetal morbidity was not different between the groups; whereas, fetal mortality was high in the study group (4.7% vs. 0.7%).

Conclusion: Trial of vaginal delivery is an economic and safe approach in the cases with previous caesarean section, provided there is a significant contraindication.

Key words: Trial of labor, previous caesarean section.

GİRİŞ

Çoğu merkezde yapılan sezaryen operasyonlarının yaklaşık % 30'u geçirilmiş sezaryen operasyonu öyküsü nedeniyle. Uterin rüptür riski ve rüptürün maternal - fetal sonuçları nedeniyle bu hastalarda "bir kez sezaryen operasyonu, daima sezaryen operasyonu" görüşü uygulanmaktaydı. Ancak yapılan çalışmalar sezaryen operasyonu geçirmiş hastaların sonraki gebeliklerinde başarılı vaginal doğum yapabildiğini, uterin rüptür riskinin doğum yolundan bağımsız oldu-

ğunu ve maternal-fetal sonuçların tekrarlanan sezaryen operasyonundan daha iyi olduğunu göstermiştir. Konuya ilişkin tecrübeler arttıkça, bu hastalara yaklaşımın uterin skarı olmayan hastalardan farklı olmadığı; aynı endikasyonlarla servikal olgunlaştırma, doğum indüksiyonu ve eyleme tıbbi yardım yapılabileceği yönündeki görüşler de giderek ağırlık kazanmaya başlamıştır.

Biz bu çalışmayı önceden sezaryen operasyonu geçirmiş gebelerde vaginal doğumun sonuçlarını irdelemek amacıyla yaptık.

* Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği.

MATERYAL VE METOD

Bu çalışma 8.10.1996-30.3.1998 tarihleri arasında doğum eylemi nedeniyle hastaneye yatırılan, önceden sezaryen operasyonu geçirmiş toplam 1028 olgu üzerinde prospektif, kontrollü ve randomize olarak yapıldı. İleri anne yaşı, kötü obstetrik anamnez, vaginal doğum imkanı olmayan sefalopelvik uygunsuzluk, fetal makrosomi (4500 g ve üzeri), transvers duruş, plasenta previa, ablasyo plasenta saptanan olgular çalışmaya alınmadılar.

Geçirilmiş sezaryen operasyonu öyküsü olup çalışma ekibi tarafından mesai saatleri arasında (08.00-16.00) değerlendirilerek vaginal doğum kararı alınan 56 olgu çalışma grubumuzu oluşturdu. Hafta içi 16.00-08.00 saatleri arasında ve hafta sonu başvuran ve nöbetçi ekip tarafından vaginal doğum alternatifi düşünülmezsizin direkt olarak sezaryene alınan geçirilmiş sezaryen operasyonlu 972 gebe ise kontrol grubumuzu oluşturdu.

Vaginal doğum kararı alınan tüm olgulara damar yolu açılıp, %5 Dekstrozun sudaki solüsyonu uygulandı. Hemogram, kan grubu belirlendi. 1/2 saat arayla tansiyon arteriel, nabız, vaginal kanama takibi yapıldı. Fetal durum kesintisiz eksternal monitörizasyon ile takip edildi. FHR değişiklikleri kaydedildi.

Tüm olgularda; bebeğin kilosu, 1 ve 5. dakika Apgar skorları, yenidoğan muayenesi ve sonrasında çıkan problemler ayrıntılı olarak kaydedildi. Plasenta ayrıldıktan sonra vaginal tuşe yapılarak eski insizyon skarı değerlendirildi.

Olgular postpartum dönemde damar yolları açık tutularak vaginal kanama ve vital bulgular yönünden yakından izlendi.

Postpartum dönemde oluşabilecek infeksiyon bulguları kaydedildi. Çalışmaya ait verilerin istatistiksel analizi bilgisayar yardımıyla SPSS (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılarak yapıldı, yanlışlık düzeyi 0.05 olarak alındı. Ortalamalar arasındaki farkların anlamlılık testi için

student-t testi; oranlar arasındaki farkın anlamlılık testi için ki-kare ve Fisher kesin ki-kare testleri kullanıldı.

BULGULAR

Çalışma grubundaki olgulardan (n=56), 37'si latent fazda, 12'si aktif fazda ve 7'si doğum üzeriydi. Su kesesi 8 olguda intakt, 48 olguda rüptüreydi.

Vaginal doğum şansı verilen 56 olgudan 54'ü (%96.4) vaginal yolla; 2'si uzamış travay ve fetal distres nedeniyle sezaryen ile doğurtuldu, bu iki olguda skar ayrılması ya da uterus rüptürü saptanmadı.

Tablo 1'de çalışma ve kontrol gruplarındaki maternal demografik özellikler, postpartum özellikler, komplikasyon oranları ve yenidoğan ile ilgili özellikler görülmektedir. İki grup arasında gravida, parite, doğum kilosu, hastanede yatış süresi, gebelik hafta-

Tablo 1: Maternal demografik özellikler, postpartum özellikler, komplikasyon oranları ve yenidoğan ile ilgili özellikler.

	Çalışma n=56	Kontrol N=972	P
Yaş	26.7±4.3	27.2±5.0	0.6
Gravida	3.4±1.5	2.8±1.3	0.0001
Parite	1.8±1.2	1.4±0.9	0.0008
Gebelik haftası	36.3±4.3	38.8±2.0	0.0001
İlk C/S sonrası geçen süre (yıl)	3.7±2.5	2.7±1.1	0.003
Seksiyo öncesi NSD	16(%31.4)	237(%24.3)	0.3
Seksiyo sonrası NSD	7(%13.7)	0	0.01
Yatış süresi	3.3±4.8	5.7±1.5	0.00001
Morbidite	11(%22.4)	126(%12.9)	0.06
Skar açılması	1(%1.9)	0	0.052
Inkomplet rüptür	0	5(%0.5)	0.8
Komplet rüptür	0	4(%0.4)	0.8
Kan transfüzyonu	1(%2.0)	26(%2.7)	0.6
Fetal mortalite	2(%4.7)	7(%0.7)	0.01
Doğum kilosu (gr)	2912±765	3331±523	0.001
Apgar 1. dakika	6.8±2.0	7.2±1.2	0.6
Apgar 5. dakika	8.4±1.4	8.9±1.0	0.2

sı, ilk sezaryen operasyonundan sonra geçen süre ve sezaryen sonrası vaginal doğum oranı bakımından anlamlı farklılık saptandı.

Çalışma grubumuzda maternal hastane yatış süresi anlamlı olarak kısa fetal mortalite oranı anlamlı olarak yüksek, fetal ağırlık anlamlı olarak düşük bulundu. Fetal mortalite ile sonuçlanan iki olgudan biri Down sendromu saptanan 23 haftalık fetus; ikincisi 7 gündür devam eden PPRM nedeni ile terminasyon kararı alınmış 29 haftalık fetustu.

Çalışma grubunda doğum ağırlığı 4000 g üzerinde olan 4 bebek vaginal yoldan doğurtuldu. Geçirilmiş iki sezaryen operasyonu olan (mükerrer C/S) 3 olgu vaginal yoldan doğurtuldu. Dört hastaya oksitosin ile eylem yardımı uygulandı. Bu olgularda maternal-fetal komplikasyon gelişmedi (Tablo 2).

Geçirilmiş sezaryen operasyonu + 28 haftalık ikiz gebelik + erken doğum tehditi tanılarıyla hospitalize edilip tokolitik tedavi uygulanan bir olgu tokolizin başarısız olması üzerine vaginal yolla doğurtuldu. Her iki bebek de makat prezantasyonlu idi. 5. dakika Apgar skorları 7 ve 5 olarak saptandı. İki bebek de prematürite nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takip edildi ve postpartum 30. gün şifa ile taburcu edildi.

Tablo 2: Çalışma grubunda doğum ağırlığı 4000 g. üzerinde olan olgular (*), geçirilmiş iki sezaryen operasyonu sonrasında vaginal doğum yapan olgular (); oksitosin kullanılan olgular (***) ile ilgili özellikler.**

	Gravida	Parite	Gebelik haftası	Doğum kilosu	1. dak. Apgar	5. dak. Apgar	İlk C/S endikasyonu
*	4	1	39	4050	7	9	Makat prez.
*	3	1	40	4050	8	9	Bilinmiyor
*	8	7	40	4070	9	10	Bilinmiyor
*	5	3	40	4040	7	8	İri bebek
**	3	2	40	3450	8	9	Makat prez.
**	3	2	37	2760	8	9	Makat prez.
**	5	4	38	2950	7	9	Makat prez.
***	4	2	37	3200	8	9	İri bebek
***	4	3	39	3200	8	9	Makat prez.
***	3	1	40	3570	8	9	Makat prez.
***	3	2	38	2900	7	9	Bilinmiyor

Tablo 3'de iki gruptaki olguların önceki sezaryen operasyonlarındaki endikasyonlar ve bu endikasyon gruplarındaki başarılı vaginal doğum oranları görülmektedir. Önce-

Tablo 3: İlk sezaryen operasyonundaki endikasyonlar ve endikasyon gruplarında vaginal doğum başarı oranları.

İlk C/S Endikasyonları	Çalışma grubu		Kontrol grubu n*
	n	VD (n, %)	
Fetal distres	10	10 (%100)	449
Makat prezantasyonu	14	14 (%100)	146
Uzamış travay	3	3 (%100)	103
Postterm gebelik	1	1 (%100)	2
Plasenta previa	1	1 (%100)	25
İri bebek	2	2 (%100)	11
Dekolman plasenta	1	1 (%100)	29
Kıymetli bebek	3	3 (%100)	6
Transvers duruş	1	1 (%100)	0
Kordon prezantasyonu	1	1 (%100)	5
İkiz gebelik	1	1 (%100)	3
CPD	3	2 (%66.6)	22
Bilinmeyen	9	8 (% 88.9)	173

VD: Vaginal doğum

*: Kontrol grubunda vaginal doğum yapan olgu olmadığı için sadece çalışma grubundaki endikasyonlar gösterilmiştir.

den geçirilmiş sezaryen operasyonlarındaki en sık endikasyonlar fetal distres ve makat presentasyonuydu. Önceki sezaryeni CPD nedeniyle yapılmış olguların %66.6'sı (3 olgudan 2'si), önceki endikasyonu bilinmeyen olguların %88.9'u (9 olgudan 8'i) ve diğer endikasyonlarla sezaryen olan olguların %100'ü bu gebeliğinde vaginal yolla doğurtuldu (Tablo 3).

TARTIŞMA

Sezaryen operasyonu geçirmiş hastaların sonraki gebeliklerinde başarılı vaginal doğum yapabildiği görülmüştür. Maternal-fetal sonuçlar değerlendirildiğinde vaginal yolla doğurtulan olgulardaki komplikasyon oranının, sezaryen operasyonu tekrarlanan hastalardan daha kötü olmadığı bildirilmektedir^(1, 2). Bizim çalışma grubumuzda vaginal doğumun başarı oranı %96.4 idi.

Maternal ateşli morbidite oranı literatürde vaginal doğum tercih edilen hastalarda sezaryen operasyonu tekrarlanan hastalara göre 0.5 kat düşüktür. Fetal morbidite oranı istatistiklerde gebelik haftası, fetal anomali ile ilgili düzeltmeler yapıldıktan sonra iki grup arasında farksız bulunmuştur⁽²⁾. Bizim çalışmamızda maternal ve fetal morbidite oranları bakımından iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı.

Çalışma grubumuzda fetal mortalite oranı (%4.7), kontrol grubundan (%0.7) yüksek bulundu. Ancak fetal mortaliteyle sonuçlanan iki vakadan biri Down sendromu saptanan 23 haftalık bir fetus, ikincisi 7 gündür devam eden PPRM nedeni ile terminasyon kararı alınmış 29 haftalık bir fetustu. Bu iki olgu istatistiksel analiz dışında tutulduğu zaman düzeltilmiş fetal-neonatal mortalite oranımız kontrol grubundan farklı değildi. Yaşama bağdaşmayan anomali ve prematürite saptanan fetüslara daha sıklıkla vaginal doğum şansı verildiğinden incelenen literatürde de vaginal doğum yapan grupta fetal mortalite oranları yüksek görünmektedir⁽²⁾.

Çalışmamızda hastanede yatış süresi, çalışma grubumuzda anlamlı olarak düşük-

tü. Kan transfüzyonu vaginal doğum yapan grupta bir olguda gerekirken, kontrol grubunda maternal anemi nedeni ile 26 hastada gerekli olmuştur. Literatürde vaginal yolla doğurtulan eski sezaryenli hastaların hastanede yatış süresi, kan transfüzyonu ihtiyacı ve işlemin toplam maliyetinin anlamlı olarak düşük bulunduğu bildirilmektedir^(1, 2, 3).

Çalışma ve kontrol grupları arasında 1 ve 5. Dakika Apgar skorları arasında anlamlı fark bulunmadı. İncelenen literatürde de vaginal doğum kararı alınan vakalar ile tekrar sezaryen operasyonu uygulanan vakalar arasında (aynı gebelik haftasında ve fetal anomali olmayan olgular kıyaslandığında) Apgar değerleri yönünden fark bulunmamıştır, uzun vadede fetal prognozu daha iyi yansıttığı düşünülen 5. Dakika Apgar değeri vaginal doğum yapan hastaların %97'sinde 8 veya üzerinde bulunmuştur^(1, 4, 5).

Çalışmamızda her iki grup arasında inkomplet ve komplet rüptür oranları bakımından anlamlı bir istatistiksel fark bulunmadı. Vaginal doğum grubunda skar ayrılması saptanan tek vaka (vaginal doğum yapan olguların %1.9'u) konservatif izlendi, vital bulgular stabil seyretti, vaginal kanama görülmedi, fetal komplikasyon gelişmedi. Sezaryen operasyonu uygulanan grupta inkomplet (5 olgu, %0.5) ve komplet rüptür (4 olgu, %0.4) oluşan 9 vaka travay başlangıcında operasyona alınmıştı. Çalışma grubunda komplet veya inkomplet rüptür görülmedi. Bu sonuçlar incelenen literatür ile uyumlu olarak değerlendirildi^(1, 2, 6, 7, 8).

Daha önce birden fazla sezaryen operasyonu geçirmiş hastaların sonraki gebeliklerde başarılı vaginal doğum yapabileceği bildirilmiştir⁽⁹⁾. Bizim çalışmamızda da mükerrer sezaryen operasyonu geçirmiş 3 olgumuz vaginal yoldan doğurtuldu. Bu olgularımızda maternal ve fetal komplikasyon gelişmedi.

Fetal ağırlık ve pelvik ölçümün uygun olduğu hastalarda makat prezantasyonu sezaryen sonrası vaginal doğumda uterin rüptür-

tür riskini arttırmaz, ancak başarılı vaginal doğum oranı daha düşüktür(1, 10). Çalışmamızda makat prezantasyonu olup vaginal yoldan doğum yapan (biri ikiz gebelik) 3 bebekte komplikasyon görülmedi. Geçirilmiş sezaryen operasyonu öyküsü olan 25 ikiz gebelik bir seride uterus rüptürü görülmediği, yalnız bir hastada skar ayrılması izlendiği bildirilmiştir (11).

Fetal makrosomi şüphesi sezaryen sonrası vaginal doğum için bir kontrendikasyon gibi görünmemektedir. Doğum ağırlığı 4000 gr ve üzerinde olan 301 doğum analiz edilmiş, doğum ağırlığı 4000-4499 g arasında olan 240 hastadan 139'unun (% 58) vaginal doğum yaptığı bildirilmiştir. Bu çalışmada doğum ağırlığı 4500 g üstünde olan 61 hastadan 26'sının (% 43) vaginal doğum yaptığı, doğum ağırlığı 4000 g altında olan 1475 doğum ile çalışma grupları perinatal ve maternal morbidite yönünden kıyaslandığında belirgin fark bulunmadığı bildirilmiştir. Kontrol grubu olarak seçilen daha önce uterus operasyonu geçirmemiş ve makrosomik infant doğuran 301 hasta ile çalışma grupları perinatal ve maternal morbidite yönünden kıyaslandığında yine anlamlı fark bulunmadığı bildirilmiştir(12). Bizim çalışmamızda da doğum ağırlığı 4000 g üzerinde olup vaginal yoldan doğurtulan 4 olguda maternal ya da fetal komplikasyon gelişmedi.

Önceki sezaryen operasyonları tekrarlamayacak bir endikasyonla yapılmış kadınlarda vaginal doğum başarısının sezaryen geçirmemiş kadınlardakinden farklı olmadığı ancak tekrarlayabilen endikasyonların varlığında bu başarının oranının düştüğü ve % 60-70 olduğu bildirilmektedir. Geçmişdeki sezaryen endikasyonunun distosi veya eylemin aktif fazının ilerleyememesi olduğu vakalarda başarılı vaginal doğum oranı en düşüktür. Sezaryen operasyonundan önce vaginal doğum yapmış kadınlarda ise başarı belirgin olarak yüksek bulunmuştur (13, 14). Bizim olgularımızdan ilk sezaryen operasyonu sefalo-pelvik uygunsuzluk olan hastalardan 3'ünde vaginal doğum denendi, %66.6

başarı elde edildi. İlk sezaryen operasyonunun endikasyonu belirleyemediğimiz hastalarda vaginal doğum başarısı %88.8 idi. Diğer endikasyonlar ile sezaryen operasyonu geçirmiş olgularda ise, bu oran %100 idi.

Geçirilmiş klasik insizyon doğum indüksiyonu için kontrendikasyondur, ancak alt segment transvers insizyon bir engel değildir. Bizim çalışmamızda oksitosin ile eylem yardımı uygulanan 4 olgunun önceki sezaryenleri alt segment transvers insizyon ile yapılmış idi. Spontan eylem başlangıcı için kontrendikasyon olmayan olgularda doğum indüksiyonu ve eylem yardımı için oksitosin veya amniotomi kullanımının da kontrendikasyon olmadığı bildirilmektedir (1).

Sonuç olarak, öyküsünde geçirilmiş sezaryen operasyonu olan olgulara sonraki gebeliklerinde iyi bir anamnez, pelvik muayene ile vaginal doğuma kesin kontrendikasyon oluşturan nedenler ekarte edilerek ve travayda yakın izlem ile, vaginal doğum şansı verilebileceği söylenebilir.

KAYNAKLAR

1. Pridjian G. Labor after prior cesarean section. *Clinical Obstet Gynecol* 1992; **35**:445-455
2. Rosen MG, Dickinson JC, Westhoff CL. Vaginal birth after cesarean: A meta-analysis of morbidity and mortality. *Obstet Gynecol* 1991; **77**: 465-70.
3. Kirkwood K, Logerfo JP, Karp LE. Evaluation of elective repeat cesarean section as a standart of care. *Am J Obstet Gynecol* 1981; **139**: 123
4. Pridjian G, Hibbard JU, Moawad AH. Cesarean: Changing the trends. *Obstet Gynecol* 1991; **77**: 195-200.
5. Cowan RK, Kinch RA, Ellis B, Anderson R. Trial of labor following cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1994; **83**: 933-36.
6. Leung AS, Farmer RM, Leung EK, Medearis AL, Paul RH. Risk factors associated with uterine rupture during trial of labor after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1993; **168**: 1358-63.
7. Nielsen TF, Ljungblad U, Hagberg H. Rupture and dehiscence of cesarean section scar during pregnancy and delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1989; **160**: 569-573.

8. Farmer RM, Kirschbaum T, Potter D, Strong TH, Medearis AL. Uterine rupture during trial of labor after previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1991; **165**: 996-1001.
9. Chattopadhyay SK, Sherbeeni MM, Anokute CC. Planned vaginal delivery after two previous cesarean sections. *Br J Obstet Gynecol* 1994; **101**: 498-500.
10. Paul RH, Phelan JP, Yeh S. Trial of labor in the patient with a prior cesarean birth. *Am J Obstet Gynecol* 1985; **151**: 297-304.
11. Strong TH, Phelan JP, Ahn MO. Vaginal birth after cesarean delivery in the twin gestation. *Am J Obstet Gynecol* 1989; **16**: 129-35.
12. Flamm BL, Goins JR. Vaginal birth after cesarean section: Is suspected fetal macrosomia a contraindication? *Obstet Gynecol* 1989; **74**: 694-97.
13. Scott JR, DiSaia PJ, Hammond CB, et al. Cesarean Delivery. In: Scott JR, DiSaia PJ, Hammond CB, Spellacy WN. *Danforth's Obstetrics and Gynecology*. 1994, 563-76.
14. Rosen MG, Dickinson JC. Vaginal Birth after cesarean: A meta-analysis of indicators for success. *Obstet Gynecol* 1990; **76**: 865-9.

Yazışma Adresi**Selçuk Özden, Ethem Efendi Cad,****İtir Apt. No: 98, D: 15,****81080, Erenköy, İSTANBUL****Tel.: (0 216) 368 06 52****Fax : (0 216) 337 54 91****E-Mail: s.ozden@usa.net****D Ü Z E L T M E**

Geçen sayımızda (Cilt 29; Sayı 3-4, 1997) sayfa 156'daki olgu sunumundaki başlık yanlış basılmıştır. Doğru başlık aşağıdaki gibi olacaktır. İlgililerden özür dileriz.

"OVERİN SKLEROZAN TÜMÖRÜ BİR OLGU SUNUMU"

Zeynep Kamil Tıp Bülteni Editörlüğü