

SEZARYEN SONRASI VAJINAL DOĞUM: KANITA DAYALI UYGULAMALAR

*Öğr. Gör. Emre YANIKKEREM,
**Yrd.Doç.Dr. Aynur SARUHAN,
* Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu
**Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Özet

Dünyada sezaryen oranları her geçen gün artmaktadır. Son yıllarda sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) oranı düşmesine rağmen, iyi planlanmış güncel çalışmalar önceden sezaryen olan bir çok kadın için SSVD'un güvenli olduğunu belirtmektedir. Bu makalede SSVD'un riskleri, SSVD'um başarısı, SSVD'a bağlı maternal ve neonatal sonuçlar, bir çok kez sezaryen olmanın sonuçları ve SSVD'un klinik yönetimi üzerine yapılan çalışmalar incelenmiştir.

Anahtar sözcükler: sezaryen sonrası vajinal doğum(SSVD), sezaryen, vajinal doğum.

VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN DELIVERY: EVIDENCE-BASED PRACTICE

Absract

Caesarean section rates are rising globally. Although the rate of vaginal birth after caesarean (VBAC) attempts has decreased over the past several years, new well-designed studies support the safety of VBAC for many women with a prior cesarean(s). In this report, we review the evidence associated with the risks of VBAC, success of VBAC, adverse maternal and neonatal outcomes in women who undertake VBAC, consequences of multiple cesareans and the role of clinical management strategies to improve outcomes according to research.

Key words: vaginal birth after caesarean birth (VBAC), caesarean delivery, vaginal birth

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1980'lerden beri sezaryen doğum oranlarının arttığını belirtmekle birlikte, sezaryen sonrası vajinal doğumun (SSVD) sezaryen oranını azaltmada bir seçenek olduğunu vurgulamaktadır. Bu önerilere rağmen sezaryen oranları dünyada artmakta, 2002'de Amerika'da %26, 2000'de İngiltere'de %21.3, 2000-2001 yılları arasında İrlanda'da %23.9, 1998'de Kanada'da %19'dur. İngiltere'de SSVD oranı oldukça yüksek

olup (%33), Amerika'da 1999'da %28.3 iken 2002'de %12.7'ye düşmüştür (Guise et al., 2005).

Ülkemizde de sezaryenle doğum oranları bazı hastanelerde dikkat çekecek kadar yüksektir. Tıp Fakülteleri gibi, daha çok yüksek riskli hastaların sevk edildiği merkezler hariç bırakılırsa, özellikle özel hastanelerin bir kısmında sezaryenle doğum oranları, normal doğum oranlarından yüksektir. Türkiye'de 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (TNSA) göre %21.2 olan sezaryen

oranının, son doğum sayılarına bakıldığında yer yer %40'lara ulaştığı görülmektedir (*Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması*, 2003). DSÖ sezaryen oranının en fazla %17 olması gerektiğini, bir merkezin sezaryen oranının bu oranın üstüne çıkması durumunda, o merkezin “sezaryen yapılma nedenlerini tekrar gözden geçirmesi gerektiği” görüşünü taşımaktadır. Günümüzde çoğu merkezde oran %15-25 arasında değişmekte ve merkezlerin önemli bir kısmında önde gelen sezaryen nedeni daha önceki doğumun (ya da doğumların) sezaryenle gerçekleşmiş olmasıdır (Şengül, 2007).

Günümüzde hem anne hem de bebek açısından sezaryenin daha iyi olduğunu gösteren bilimsel veriler olduğu gibi, normal doğumun hem anne hem de bebek sağlığı açısından daha iyi olduğunu gösteren çok daha fazla sayıda bilimsel veri bulunmaktadır. Ancak her gebelik farklıdır ve bu yüzden de doğum tipine karar verirken, anne adayının ve bebeğinin durumu beraberce ele alınmalıdır.

SSVD yapmak isteyen bir kadının öncelikle bir önceki sezaryenin alt segment transvers insizyonla yapılmış olması, uterusta sezaryen dışında başka skar ya da anormallik olmaması, pelvik darlığının bulunmaması ve fetüsün 4000 gram'ın altında olması gerekir. Bununla birlikte hastanın tüm eylem süresince 24 saat fetal monitorizasyonun gerçekleşeceği, acil bir durum için gereken anestezi ekibi ve ameliyathane koşulları ve kan nakline olanak sağlayan koşulların bulunması gerekir (<http://www.perinatology.org.tr>).

Daha önce klasik veya ters T insizyonu ile sezaryen olanlar, geçirilmiş histeretomi ve myomektomi operasyonları, geçirilmiş uterus rüptürü ve normal doğum eyleminin kontrendike olduğu durumlarda kadınlar SSVD yapamaz (<http://www.perinatology.org.tr>).

Bu makalede; SSVD ile ilgili yapılan çalışmalar doğrultusunda SSVD'da kanıta dayalı uygulamalar nelerdir?, SSVD'da önceki sezaryende yapılan insizyon tipi önemli midir?, SSVD karar verildiğinde bunun başarıyla sonuçlanma (vajinal doğumun gerçekleşmesi) olasılığı nedir?, SSVD yapabilecek kadınları önceden belirleyen bir skorlama sistemi

var mıdır?, SSVD başarısının yaşla ilişkisi var mıdır?, SSVD'um olumsuz anne sonuçları nelerdir?, SSVD'un neonatal sonuçları nelerdir?, Multiple sezaryenin olumsuz sonuçları nelerdir?, İki kez sezaryen olan kadınlar ve ikiz bebeğe sahip kadınlar SSVD denemeli midir?, SSVD yapacak kadınların intrapartum dönemde izlemi nasıl olmalıdır?, SSVD yapacak kadınlara indüksiyon uygulanabilir mi?, SSVD yapacak kadınlara epidural anestezi uygulanabilir mi? ve SSVD sonrası uterin skar elle kontrol edilmelidir? sorularına yanıt aranacaktır.

SSVD'da kanıta dayalı uygulamalar nelerdir?

SSVD'un spesifik riskleri ile ilgili iki klinik çalışma bulunmaktadır. Macones ve ark (2005) Amerika'da önceden en az bir sezaryen ile doğum yapmış 25.000 kadın ile retrospektif bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmada uterin rüptür, mesane yaralanması, transfüzyon gereksinimi ve ateş gibi maternal riskler belirlenmiştir. Ancak neonatal sonuçlar bu çalışmada incelenmemiştir. Diğer çalışma Landon ve arkadaşları tarafından 2004 yılında 46.000 kadınla prospektif olarak yapılmış, bu çalışmada SSVD ile ilgili morbidite ve neonatal sonuçlar değerlendirilmiştir.

SSVD'da önceki sezaryende yapılan insizyon tipi önemli midir?

SSVD yapacak kişilere karar verirken önceki sezaryen insizyonunun tipi önemli olup, alt segment yatay insizyonlar uterin rüptür açısından daha az risk taşımaktadır. Korpusta yapılan klasik sezaryen yani dikey insizyonlarında rüptür riski fazladır. Bu nedenle korpus insizyonlarında vajinal doğum denememelidir (Cahil, Macones, 2007). Vertikal sezaryen tipi ile yapılan doğumlara ilişkin veri sınırlı olup, Martin ve ark (1997) 382 kişiyle yaptıkları çalışmada önceden vertikal sezaryen olan ve vajinal doğum yapan kadınlarda rüptür oranı %1.05 bulunmuştur.

SSVD karar verildiğinde bunun başarıyla sonuçlanma olasılığı nedir?

Macones ve ark (2005) SSVD'un başarı oranını %75.5, Landon ve ark (2005) ise bu oranı %73.6 olarak bulmuşlardır. Landon ve ark (2005) SSVD'un başarısında önceden vaginal doğum yapmanın

önemli bir etken olduğunu ve bu grupta başarı oranının %86.6 olduğunu belirtmişlerdir. Diğer araştırmacılar SSVD'un başarısında obstetrik geçmişi değerlendirmişlerdir. Cahill ve ark (2006) hem sezaryen hem vajinal doğum yapan 6000 kadını değerlendirmiş, maternal sonuçları karşılaştırmışlardır. Bu çalışmada önceden vajinal doğum yapan kadınlarda başarı oranı %89.9, yapmayanlarda %67 bulunmuştur. Önceden vajinal doğum yapan kadınlarda uterus rüptürünü de içeren maternal morbidite oranı diğer gruplarla kıyaslandığında düşük bulunmuştur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, daha önce bir sezaryen operasyonu geçirilmiş 98 gebe arasından vajinal doğumu arzu eden ve vajinal doğum için bir kontrendikasyonu bulunmayan 30 olgu seçilerek doğum eylemi takip edilmiş, seçilen olguların 24 tanesi (%80) başarılı bir travay sonucunda vajinal doğum yapmıştır. 6 olgu (%20) ise eylem sırasında ortaya çıkan fetal distres, ağrı zaafı, uzamış travay gibi nedenlerle sezaryen operasyonuna alınmıştır. Tüm eski sezaryenli olgular içinde vajinal doğum oranı %24.5 bulunmuştur. Vajinal yolla doğurtulan grupta uterus rüptürü ve maternal mortalite gözlenmemiştir (Sarı ve ark., 1993). Yapılan araştırma sonuçlarına göre; önceden sezaryen doğum yapan kadınlar SSVD için cesaretlendirilmelidir.

SSVD'un denenmesinde önceden vajinal doğum yapma kadar doğumun spontan başlaması da önemlidir. Landon ve ark (2005) doğumun spontan başlamasının SSVD yapan kadınlarda başarı oranını 1.6 kez arttırdığını belirtmişlerdir. Önceden sezaryenle doğum yapmış şimdiki doğumu spontan başlamış kadınlarda SSVD'un denenmesi de önemlidir.

SSVD yapabilecek kadınları önceden belirleyen bir skorlama sistemi var mıdır?

Bir çok araştırmacı SSVD başarısını ve hangi popülasyona uygulanacağını belirlemek için bir çok faktörü kullanarak skorlama sistemi oluşturmaya çalışmışlardır. Hashima ve Guise (2007) SSVD yapabilecek kadınları belirlemek için prenatal skor aracı geliştirmişlerdir. İlk doğumunu sezaryen yapan tekil gebeliğe sahip 10.828 kadınla yaptıkları çalışmada 16 faktör belirlemişlerdir. Tablo 1'de görülen bu 16 faktörün analizlerinde üç faktörün

önemli olduğu, üç faktörün puanı arttıkça SSVD olasılığının arttığı bulunmuştur. Bu üç faktör, sezaryen doğum endikasyonunda non recurrent nedenle (sezaryenin diğer endikasyonları), makrosomik fetusa sahip olmama ve kadında anemi bulunmamasıdır (Hashima, Guise, 2007).

Macones ve ark(2001) 300 SSVD başarılı olanlar ile 100 başarısız olan grubu karşılaştırmışlardır. Demografik, geçmişe ait özellikler, obstetrik ve gebelik verileri olası ön haberciler olarak kabul edilmiştir. Hiçbir özelliğin SSVD başarısı için belirleyici olmadığını belirtmişlerdir. Troyer ve Parisi (1992) küçük çaplı çalışmalarında benzer sonuçlar bulmuşlardır. Yapılan bu iki çalışmada da SSVD başarısı %50 de kalmış, bu nedenle bu skorlama sistemlerinin klinik olarak uygulanamayacağı sonucuna ulaşılmıştır.

SSVD başarısının yaşla ilişkisi var mıdır?

İki çalışma da anne yaşının vajinal doğumla ilişkisi incelemiş, Flamm ve Geiger(1997a) vajinal doğumun 40 yaşın altındaki kadınlarda anlamlı derecede olası olduğunu belirtmiştir. Benzer olarak 313 kişide yapılan küçük çaplı bir çalışmada 28 yaşın üzerindeki annelerde doğum ile ilgili distosilerin arttığı bulunmuştur (Adjahoto et al., 2001).

İki kez sezaryen olan kadınlar SSVD denemeli midir?

Amerikan Obstetri ve Jinekoloji derneği (ACOG) eğer kadın önceden iki sezaryene sahipse ve önceden vajinal doğum yaptıysa SSVD deneyebileceğini belirtmektedir (*American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2004). Macones ve ark(2005) önceden iki sezaryene sahip 3970 kadınla yaptığı çalışmada uterus rüptürü oranını %1.8 bulmuştur. Bu oran önceden bir sezaryene sahip olanlarda %0.09'dur. Yine bu çalışmada SSVD başarı oranı da iki grupta benzer bulunmuştur. Önceden bir sezaryene sahip olanlarda başarı oranı %75.5, iki sezaryene sahip olanlarda başarı oranı %74.6'dır. Landon ve ark(2006) tek sezaryende uterus rüptür oranını %0.07, birden fazla sezaryene sahip olanlarda ise bu oranı %0.09 bulmuş, istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. SSVD'mun başarı oranını tek sezaryene sahip kadınlarda %74,

Tablo 1. SSVD’da gebelik faktörleri

Önceki faktörler	<p><i>Sezaryen doğum endikasyonları</i></p> <p>-recurrent (sefalopelvik başarısızlık, eylemde başarısızlık, doğumun durması)</p> <p>-non recurrent (diğer endikasyonlar)</p> <p><i>Koriyoamniyonitis</i></p> <p><i>Makrosomik bebek</i></p> <p>-evet(0) veya hayır(1)</p> <p>-doğumlar arası interval</p>
Şimdiki faktörler	<p>Yaş</p> <p>İrk</p> <p>Eğitim</p> <p>Evlilik durumu</p> <p>Finansal durum</p> <p>Aylık prenatal bakım alma girişimi</p> <p>Alkol kullanımı</p> <p>Sigara kullanımı</p> <p>Anemi</p> <p>evet(0) veya hayır(1)</p> <p>diyabet</p> <p>hipertansiyon</p> <p>bebeğin cinsiyeti</p>

Kaynak: Hashima JN, Guise JM Vaginal birth after cesarean: a prenatal scoring tool. Am J Obstet Gynecol. 2007 May;196(5):e22-3

birden fazla sezaryene sahip olanlarda %66 saptamıştır. Çalışmalardan da görüldüğü gibi, tek sezaryene sahip kadınlarda SSVD başarı oranı artmaktadır.

İkiz bebeğe sahip kadınlar SSVD denemeli midir?

İkiz gebeliklerde SSVD ile ilgili bir çok araştırma bulunmaktadır. Büyük çaplı iki çalışmadan biri Chaill ve ark (2005) tarafından 535 ikiz gebelikte SSVD’lar tekil gebeliklerle karşılaştırılarak yapılmıştır. Bu çalışmada iki grup arasında maternal morbidite açısından (uterus rüptürü de dahil) anlamlı fark bulunmamış, iki grupta da SSVD başarı oranı benzer bulunmuştur (ikizlerde %75.7, tekillerde %75.4). Benzer olarak Varner ve ark(2005) 412 ikiz gebeliği tekillerle kıyaslayarak izlemişler, SSVD maternal riskinde artış saptamamışlardır. İki çalışmada da görüldüğü gibi, başarısızlık ve morbidite açısından SSVD ikiz gebeliklerde risk oluşturmamaktadır.

SSVD’um olumsuz anne sonuçları nelerdir?

SSVD girişiminde anne açısından en büyük sorun uterus rüptürü olup, bu sorun önceden tahmin edilememekte, maternal ve neonatal morbidite üzerinde önemli etkisi bulunmaktadır. Önceki çalışmalarda uterus rüptürü oranı %0.5-1 bildirilmiştir. Bunun nedeni olarak da SSVD deneyen kadınların intrapartum doğum yönetiminin çok agresif yapılmasına bağlanmıştır. Macones ve ark(2005) önceden tek bebekle sezaryen olan kadınlarda SSVD sonucu uterus rüptürü oranını %0.98 bulmuştur. Benzer şekilde Landon ve ark (2004) önceden bir sezaryene sahip kadınlarda SSVD bağlı uterus rüptür oranını düşük bulmuştur (%0.7). Sarı ve ark (1993) SSVD yapan kadınlarda uterin rüptür ve maternal mortalite oluşmamıştır. Bu çalışmada, başarısız doğum eylemi sonucu sezaryene alınan bir olguda (%3.3) elektif olarak sezaryen yapılan grupta ise 4 olguda (%5.8) inkomplet rüptür saptanmıştır. Macones ve ark (2005) önceden vajinal doğum yapmanın SSVD

bağlı uterus rüptürü riskini %60 azaltacağını belirtmişlerdir. Sonuç olarak, önceden vajinal doğum yapanlarda SSVD başarı hızı artmakta, komplikasyon hızı azalmaktadır.

SSVD'un neonatal sonuçları nelerdir?

SSVD yapan kadınlarda neonatal sonuçları inceleyen sadece bir büyük çaplı çalışma bulunmaktadır. Landon ve ark (2004) önceden sezaryen olan geniş bir populasyonu perinatal sonuçlar açısından incelemişlerdir. Bu çalışmada McMahon ve arkadaşlarının (1996) yaptığı çalışmaya benzer olarak, termde neonatal morbidite yönünden anlamlı bir artış saptamamışlardır. Fakat bu çalışmada hipoksik ansefalopati oranı SSVD da %0.08, isteğe bağlı sezaryende %0.0 bulunmuştur. SSVD da hipoksik ansefalopati relatif riski artış gösteriyor gibi görünmekle birlikte, kesin risk oldukça düşüktür.

Multiple sezaryenin olumsuz sonuçları nelerdir?

SSVD ile ilgili yapılmış çalışmalar SSVD'un kısa dönemde anne ve bebek sonuçları ve güvenliği üzerine odaklanmıştır. Bir çok kez sezaryen olmanın uzun dönemde kadın sağlığı üzerine bir çok olumsuz etkileri bulunmaktadır. Özellikle cerrahi morbidite önceki sezaryen sayısı ile artmaktadır (Cahil, Macones, 2007). Sezaryen sayısı arttıkça uterusu yapılan kesi sayısı artmakta ve oluşan nedbe dokusu yeni bir gebelikte gerilerek açılmaya ve yırtılmaya daha da duyarlı hale gelmektedir. Sezaryen sayısı arttıkça ameliyata bağlı olarak karın içinde yapışıklıklar oluşmakta ve bu yapışıklıklar yeni bir ameliyatta uterusu ulaşılmasını zorlaştırabilmekte ve/veya uterusu ulaşmaya çalışılırken mesane gibi komşu organların zedelenmesine neden olabilmektedir. Sezaryen sayısı arttıkça uterus kesisi yakınlarında yerleşim göstermeyi seven plasentanın doğum kanalına yakın ve hatta bu kanalı kapatacak şekilde yerleşme olasılığı artmaktadır. Plasenta previa adı verilen bu durum, plasenta dokusunun uterus kas lifleri içine yerleşmesi sonucu durumda plasenta accreata gelişerek daha da karmaşık bir hal almakta ve cerrahi işlemin seyrini zorlaştırmakta ve sonuçta oldukça komplike durumlar gelişebilmektedir (Şengül, 2007).

Önceden bir yada daha fazla sezaryen

anamnezi olan kadınlarda plasentanın lokalizasyonuna dikkat edilmelidir. Özellikle bu kadınlarda plasenta previa ve plasenta accreata oranları ciddi bir şekilde artış göstermektedir. Silver ve ark (2006) önceden en az bir sezaryene sahip 30.000 kadını incelemişler, 723'ünde plasenta previa bulmuşlar, plasenta accreata riskinin ise önceki sezaryen sayısı ile artış gösterdiğini belirtmişlerdir. Plasenta accreata riski bir ile beş sezaryene sahip kadınlarda sırasıyla %3, %11, %40, %61 ve %67'dir. Plasenta accreata, inkreata, percreata olan hastaların antepartum ve cerrahi yönetiminde plasentanın lokalizasyonun önceki cerrahi operasyonlarda not edilmesi çok önemlidir.

Bir kadın iki ve üzerinde çocuk sahibi olmak istiyorsa, isteğe bağlı sezaryenden kaçınılmalı, ilk sezaryen sonrası kontrendike bir durum yoksa normal doğum denenmelidir.

SSVD yapacak kadınların intrapartum dönemde izlemi nasıl olmalıdır?

SSVD ile tekrar sezaryen ile doğum yapma arasında doğru tercih yapılabilmesi için, doğum yapacak kadınlara her iki durum hakkındaki gerekli bilgilendirme tam olarak yapılmalıdır. SSVD sadece uygun merkezlerde uygulanmalıdır. Bu tip merkezlerde, 24 saat hizmet veren kan bankası, 24 saat fetal monitorizasyon ve 24 saat cerrahi girişim yapabilecek ekibe ihtiyaç vardır. Dolayısıyla acil konsültan hekimin ve anestezi verecek ekibin hastanede kalmadığı durumlarda bu uygulama yapılmamalıdır. Eylemin izlemi, sezaryen ile doğumun derhal gerçekleştirilebileceği, anında kan nakline olanak sağlanabilecek bir yerde yapılmalıdır (Cahil, Macones, 2007; [http:// www. perinatology. org. tr](http://www.perinatology.org.tr))

Kanıtlanmış herhangi bir kontrendikasyon yoksa, daha önce transvers alt segment kesili sezaryen ile doğum yapmış gebelere, maternal ve perinatal risk ve faydalar ile ilgili uygun bir bilgilendirmeden sonra SSVD, uygun koşulları taşıyan merkezlerde önerilebilir. Ancak uterustaki skar dokusunun alt segment lokalizasyonu dışında bulunması olasılığı varsa vajinal doğum denenmemelidir. Eğer gebe SSVD'yi tercih etti ise bunu açık bir şekilde ifade etmelidir. Daha önceki uterin insizyonun yeri

hakkında bilgi yok ise, bu konuda gebeye bilgi verilerek perinatal mortalite riskinin arttığı vurgulanmalıdır. Bu bilgi açık bir şekilde prenatal kayıtlarda yer almalıdır. Daha önce sezaryen ile doğum yapmış gebeler antenatal bakım sırasında tercihen 36. haftadan önce kadın doğum uzmanı tarafından değerlendirilmelidir. Doğum tipine karar verilirken annenin tercihleri ve öncelikleri, genel risklerin ve faydaların gözden geçirilmesi (kesin olmayan spesifik riskler ve faydalar) ayrıca uterin rüptür ve perinatal mortalite ve morbiditenin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Daha önce iki kez sezaryen ile doğum yapmış ve vajinal doğum için herhangi bir ek risk faktörü olmayan gebelere riskler ve yararlar anlatıldıktan sonra planlanmış vajinal doğum önerilebilir. Her hastanenin, olası acil sezaryenden sorumlu konsültasyon hekimine nasıl ulaşılabileceğine dair yazılı bir politikası olmalıdır (<http://www.perinatology.org.tr>).

SSVD'un intrapartum yönetiminde uterus rüptürünün belirti ve bulgularının farkında olmak ve dikkatlice izlemek çok önemlidir. Bu bulgular; fetus kalp hızında değişiklik, hipotansiyon veya maternal kanama, maternal ağrı artışı ve fetal durum bozukluğudur (Cahil, Macones, 2007). SSVD ile ilgili akış şeması (şekil 1'de) görülmektedir (<http://www.perinatology.org.tr>)

SSVD yapacak kadınlara indüksiyon uygulanabilir mi?

Doğumda indüksiyon ve ajanlarının kullanımı ile SSVD' a bağlı uterus rüptürü ilişkisi araştırılmıştır. İki prospektif çalışmada prostoglandinlerin uterus rüptürünü arttırmadığı bulunmuştur (Flamm et al., 1997b; Blanco et al., 1992). Lydon-Rochelle ve ark(2001) prostoglandin alan kadınlarda uterus rüptürü insidansının önemli derecede arttığını belirtmiş, bu çalışma iyi bir dergide basılmış, ancak önemli kısıtlamaları bulunduğu için geçerli kanıt olarak kabul edilmemiştir. Bu çalışmanın kısıtlılığı doğum raporu ve taburculuk tanılarından verilerin toplanmasıdır.

İki çalışma önceki doğumu sezaryen ile olan kadınlarda indüksiyon kullanımının güvenliği ile ilgili olup, Macones ve ark(2005) oksitosin yada prostoglandinlerin tek başına kullanımının uterus rüptürü riskini arttırmadığını bulmuşlardır. Landon ve ark(2004) uterus rüptürü ile indüksiyon arasında zayıf bir ilişki bulunduğunu, doğum indüksiyonu olarak yalnız prostoglandin uygulanan hiçbir vakada

rüptür gelişmediğini, fakat genel indüksiyon alanlarda uterin rüptür riskinin iki, üç arttığını belirtmişlerdir. Bu çalışmalarda doğum stimulanları uygulandığında uterus rüptürü riskinin çok az artış gösterdiği belirtilmektedir. Çalışmalarda uterus rüptürü relatif riskinde hafif bir artış olduğu belirtilmesine rağmen, kesin risk oldukça düşüktür. Sonuç olarak önceden tek sezaryene sahip olan kişilerde doğum indüksiyonu kabul edilebilir bir seçenektir. Bu durum ACOG tarafından da desteklenmektedir (*American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2004).

SSVD yapacak kadınlara epidural anestezi uygulanabilir mi?

SSVD yapacak kadınlara epidural anestezi uygulanması uterus rüptüründeki ağrıyı maskeleyebileceği düşünülse de, bu konuyla ilgili yapılan bir çalışma bulunmamaktadır. ACOG 2004 yılında epidural anestezinin SSVD da kontrendike olmadığını belirtmiştir (*American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2004).

SSVD sonrası uterin skar elle kontrol edilmelidir?

Hekimler bu konuya farklı açılardan baksa da, Cahill ve ark (2007) makalesinde başarılı bir SSVD sonrası önceden alt uterin segment kesisi ile sezaryen yapan kadınlarda skar dokusu izleminin elle yapılmasını önermemektedir. Önerilmeme nedenlerinin birincisi, alt uterin segmentin elle değerlendirilmesinde duyarlı ve özel bir yöntem bilinmemektedir. İkinci neden, dikkatsiz ve özensiz yapılan el muayenesinde alt segmentte perforasyon ve zarar verme riski bulunmaktadır. Başarılı bir SSVD sonrası kısa dönemde vital bulgu ve hemotokrit izleminin önemli ve yeterli olduğu belirtilmektedir.

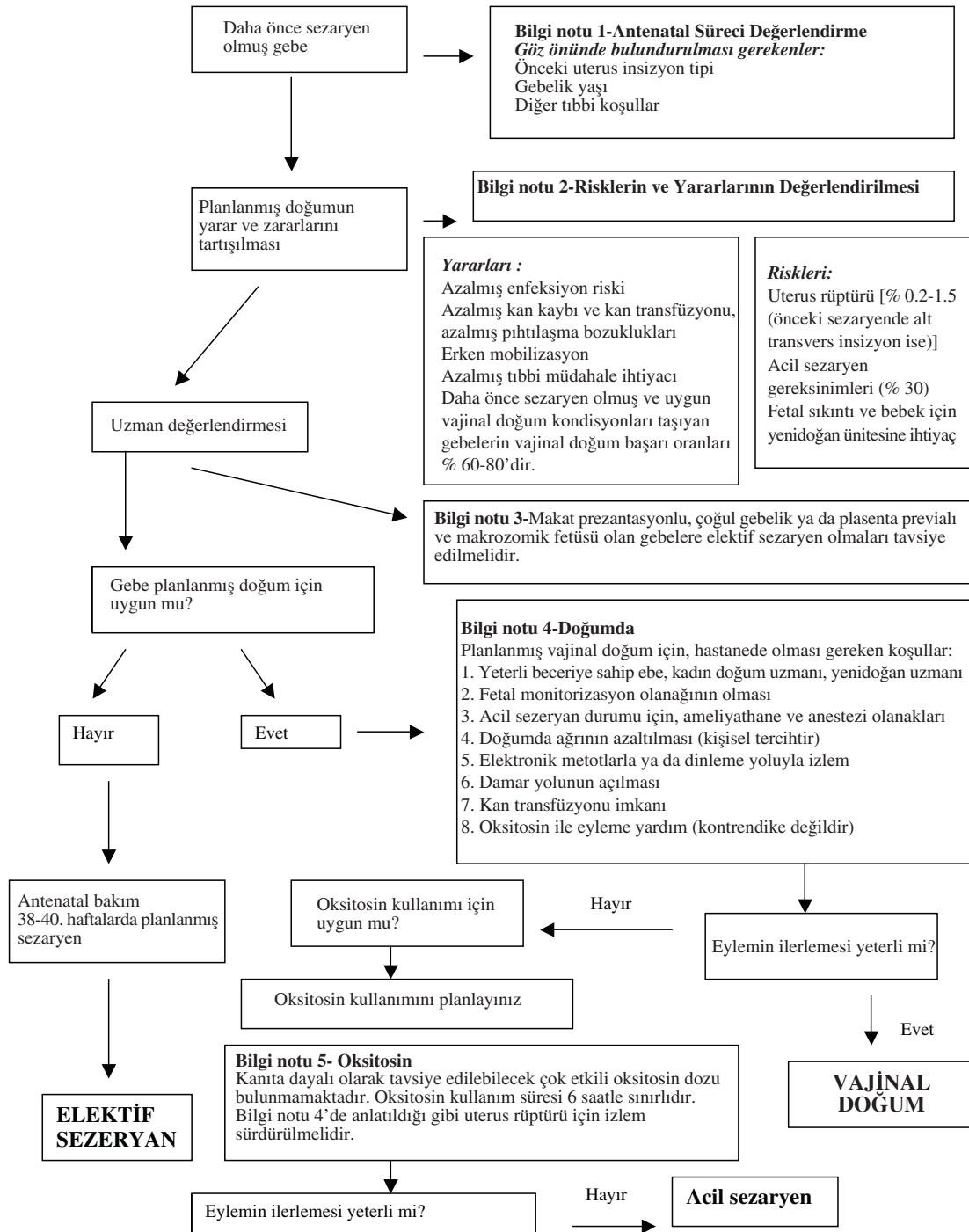
Sonuç

SSVD ile ilgili yapılan araştırmalar doğrultusunda; SSVD yapacak kadınlarda önceki insizyon tipinin önemli olduğu ve alt segment yatay insizyonların daha az risk taşıdığı, önceden vajinal doğum yapan kadınların SSVD için cesaretleştirilmesi gerektiği, SSVD' u önceden belirleyecek geçerli ve güvenilir bir skorlama sisteminin bulunmadığı belirtilmiştir. SSVD'un anne açısından en önemli riskinin %0.5-1 ile uterus rüptürü olduğu, sadece bir çalışmada SSVD bağlı bebeklerde hipoksik ansefalopati relatif riskinin

arttığı, SSVD'un başarısının yaş arttıkça azaldığı, önceden iki sezaryene sahip anneler vajinal doğum yaptıysa SSVD'un önerilebileceği ve ikiz bebeğe sahip annelerde SSVD başarısızlık ve morbidite açısından risk oluşturmadığı bulunmuştur. Önceden

tek sezaryene sahip kadınlarda induksiyon uygulanabileceği, SSVD da epiduralin kontrendike olmadığı ve başarılı bir SSVD sonrası uterin skar dokusunun elle kontrol edilmemesi önerilmektedir. SSVD yapacak annelerin prenatal izlemi önemli

Şekil 1. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum (SSVD) akış şeması
AKIŞ ŞEMASI(Kaynak: www.perinatologi.org tr)



olmakla birlikte, bu annelere SSVD risk ve yararları anlatılmalı, doğumlar 24 saat hizmet veren tam teşekküllü hastanelerde gerçekleştirilmelidir.

YAZARLARIN KATKILARI

Öğr. Gör. Emre Yanıkkereem konu ile ilgi literatür taraması ve yabancı yayınların çevirisi yapmış, Yrd.Doç. Dr. Aynur Saruhan ile birlikte makaleyi yazmıştır. Yrd.Doç. Dr. Aynur Saruhan makalenin sistematik yapısının çıkarılmasında yer almış, makalenin yazıldıktan sonra son kontrolünü yapmıştır.

Kaynaklar

Adjahoto, E.; Ekouevi, D.; Hodonou, K. (2001) Factors predicting outcome of trial of labor after prior cesarean section in a developing country, *Journal de Gynecologie, Obstetrique et Biologie de la Reproduction* 30;174–179

American College of Obstetricians and Gynecologists (2004) Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery. Washington, DC: The College, ACOG Practice Bulletin.

Blanco, D.; Collins, M.; Willis, D.; Prien, S. (1992) Prostaglandin E2 gel induction of patients with a prior low transverse cesarean section, *American Journal of Perinatology* .9; 80–83.

Cahil, A.G.; Stamilio, D.M.; Pare, E et al. (2005) Vaginal birth after cesarean (VBAC) attempt in twin pregnancies: is it safe? *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 193;1050–1055.

Cahil, A.G.; Stamilio, D.M; Odibo, A.O et al. (2006) Is vaginal birth after cesarean (VBAC) or elective repeat cesarean safer in women with a prior vaginal delivery? *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 195;1143–1147.

Cahil, A.G.; Macones, G.A. (2007) Vaginal birth after cesarean delivery: evidence-based practice. *Clinical Obstetrics and Gynecology* Jun; 50(2):518-25

Flamm, B.L.; Geiger, A.M. (1997a) Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system, *Obstetrics and Gynecology* 90;907–910.

Flamm, B.L.; Anton, D.; Goings, J.R.; Newman,

J. (1997b) Prostaglandin E2 for cervical ripening: a multicenter study of patients with prior cesarean delivery, *American Journal of Perinatology* 14;157–160.

Guise, J.M.; Hashima, J.; Osterweil, P.(2005) Evidence-based vaginal birth after Cesarean section. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology* Feb;19(1):117-30

Hashima, J.N.; Guise, J.M. (2007) Vaginal birth after cesarean: a prenatal scoring tool. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* May;196(5):e22-3

Landon, M.; Hauth, J.C.; Leveno, K.J et al. (2004) Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *The New England Journal of Medicine* 351;2581–2589.

Landon, M.B.; Leindecker, S.; Spong, C.Y. et al. (2005) The MFMU cesarean registry: factors affecting the success of trial of labor after previous cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 193;1016–1023.

Landon, M.B.; Spong, C.Y.; Thom, E. et al. (2006) Risk of uterine rupture with a trial of labor in women with multiple and single prior cesarean delivery. *Obstetrics and Gynecology* 108;12–20.

Lydon-Rochelle, M.; Holt, V.L.; Easterling, T.R; Martin, D.P. (2001) Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *The New England Journal of Medicine* Jul 5;345(1):3-8.

Macones, G.A.; Hausman, N.; Edelman, R. et al. (2001) Predicting outcomes of trials of labor in women attempting vaginal birth after cesarean delivery: a comparison of multivariate methods with neural networks. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 184;409–413.

Macones, G.A.; Cahil, A.G.; Pare, E. et al. (2005) Obstetric outcomes in women with two prior cesarean deliveries: is vaginal birth after cesarean delivery a viable option? *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 192;1223–1229.

Martin, J.N.; Perry, K.G.; Roberts, W.E. et al.

(1997) The case for trial of labor in the patient with a prior low-segment vertical cesarean incision. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 177;144–148.

McMahon, M.J.; Luther, E.R.; Bowes, W.A. et al. (1996) Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *The New England Journal of Medicine* 335;689–695.

Sarı, M.; Yılmaz, N.; Kındıroğlu, N. (1993) Sezeryan Sonrası Vaginal Doğum Sonuçlarımız. Türkiye Klinikleri *Journal of Obstetrics and Gynecology* 3;2

Silver, R.M.; Landon, M.B.; Rouse, D.J. et al. (2006) Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstetrics and Gynecology* 107;1226-1232.

Şengül R. Sezaryen Sonrası Vaginal Doğum (SSVD)), <http://www.gebeyim.com/indexmakale.php?tid=221&eid=4> son erişim tarihi:01.10.2007

.....**Doğum Eylemi yönetim rehberi.** son erişim tarihi:01.10.2007

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2003, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/index.htm>, son erişim tarihi:01.10.2007

Troyer, L.R.; Parisi, V.M. (1992) Obstetric parameters affecting success in a trial of labor: designation of a scoring system. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 169;1076–1077

Varner, M.W.; Leindecker, S.; Spong, C.Y. et al. (2005) The maternal-fetal medicine unit cesarean registry: trial of labor in a twin gestation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 193;135–140.