

Odjel za ginekologiju i porodništvo, Odjel za dječije bolesti,* Klinička bolnica Mostar, Mostar

VAGINALNI POROD NAKON PET RANIJIH CARSKIH REZOVA

VAGINAL BIRTH AFTER FIVE PREVIOUS CAESAREAN SECTIONS

Vajdana Tomić, Darko Knežević, Teo Tomić, Vjekoslav Mandić,
Dragan Soldo, Tatjana Barišić*

Prikaz slučaja

Ključne riječi: ponovljeni carski rez, vaginalni porod nakon carskog reza

SAŽETAK. Zabrinjavajuće visoka učestalost carskih rezova i rizici ponovljenog zahvata opravdavaju pokušaj vaginalnog poroda nakon prethodnog carskog reza. Prikazan je uspješan vaginalni porod sedmorotkinje s teškom anemijom i preklampsijom nakon prethodnih pet carskih rezova i jednog (prvog) vaginalnog poroda.

Case report

Key words: elective repeat cesarean section, vaginal birth after cesarean delivery

SUMMARY. A troubled high occurrence of cesarean sections and risks related to repeated C-sections justify an attempt to vaginal birth after prior C-section. A successful vaginal birth of a heptapara (a woman with 6 prior births) with severe anemia and preeclampsia who had 5 prior C-sections and one (first) vaginal birth is presented.

Uvod

Vaginalni porod nakon prethodnog carskog reza predstavlja jednu od značajnijih promjena i izazova u porodništvu zadnjih desetljeća. Posljedica je to visoke učestalosti carskih rezova u svijetu (u SAD oko 25%) i u nas (u KB Mostar oko 16%).^{1,2} Rezultati brojnih studija potvrđuju povišen pobol majki i novorođenčadi te naročito rizik rupture uterusa u porodu nakon prethodnog carskog reza,^{3,4} zbog čega je Američko društvo opstetričara i ginekologa (ACOG) dalo smjernice za vođenje vaginalnog poroda nakon prethodnog carskog reza (VBAC-vaginal birth after cesarean).^{5,6} Rizik za komplikacije nakon prethodnog carskog reza je manji, ukoliko je rodilja prethodno rodila i vaginalno. Rezultati istraživanja Cahill-a i sur.⁷ potvrđuju da je sigurniji vaginalni porod nakon prethodnog carskog reza i vaginalnog poroda, nego ponovljeni elektivni carski rez.

Prikaz bolesnice

A.P., 38 g, upućena ginekologu sa 36 tjedana nekontrolirane trudnoće zbog bolova u križima i sukrvavog iscjетка iz rodnice. *Osobna anamneza:* hipertireoza od 1996. godine. *Opstetrička anamneza:* 1. porod 1994. godine u rodilištu DZ Ljubuški, 40/41 tjedan, hipertenzija u trudnoći, vaginalni porod muškog mrtvorodenčeta 3200 g. Obdukcija djeteta nije rađena, smrt vjerojatno intrapartalna. Druga trudnoća 1995. godine u 21. tjednu, zbog UZ-om dijagnosticiranog anencefalusa, dovršena kao inducirani pobačaj. Treća trudnoća 1996. godine u Klinici za ženske bolesti i porode KBC-a u Zagrebu s 41/42 tjedna dovršena elektivnim carskim rezom (ECR): živo, žensko novorođenče 2200 g, pola sata nakon poroda

dijete umrlo. U toj trudnoći dijagnosticirana hipertireoza i liječena propiltiouracilom uz metil-dopu zbog hipertenzije. Četvrta trudnoća uz hipertireozu i hipertenziju 1997. godine dovršena u rodilištu KB Mostar s 40 tjedana ECR-om: živo i zdravo žensko dijete 3200 g. Peta trudnoća, također s hipertireozom i hipertenzijom, 1998. godine dovršena u rodilištu KB Mostar s 40 tjedana i ECR-om porođeno živo i zdravo žensko novorođenče 3300 g;. Šesta, blizanačka trudnoća 2000. godine u Splitu, s 38/39 tjedana dijagnosticirana intrauterina smrt jednog ploda; ECR-om porođeni: 1. blizanac: muško mrtvorodenče 1200 g; 2. blizanac: živo i zdravo, žensko dijete 2200 g. Sedma trudnoća 2004. godine u KB Mostar zbog teške preeklampsije u 36-om tjednu dovršena carskim rezom: živo i zdravo muško dijete 2000 g.

Pri primitku bolesnica izgleda pothranjeno (težine 56 kg i visine 164 cm) i misli da je trudna; zadnji ginekološki pregled prije 2 godine. RR= 160/100 mmHg, Alb. +++, negira subjektivne smetnje. F=X/P, KČS čujni. Ginekološki nalaz: u rodnici sukrvavi iscjetak, cerviks nestao, ušće otvoreno 2–3 cm do ovoja i glavice koja je srednjim do velikim segmentom u maloj zdjelici. Ultrazvučnim pregledom prikaže se plod u stavu glavom, posteljica sprijeda, plodna voda uredna, procijenjena težina fetusa 2360 g. Laboratorijski nalazi: Hb 73, Hct 0.26, Tr 106, urea, kreatinin, mokraćna kiselina, AST, ALT, koagulogram u normalnim granicama. CTG reaktivan, bez evidentnih kontrakcija. Uključi se MgSO₄ 1g/h u infuziji i metil-dopa 4×1 tbl od 500 mg. Deset sati po primitku na CTG zapisu 3–4 kontrakcije u 10 min., KČS uredni, ušće cerviksa otvoreno 6–7 cm do vodenjaka i glavice, koja je u ravnini spina. Unutar sljedeća 2

sata, uz uredne KČS, ušće se potpuno otvori i nakon amiotomije (mekonijska plodova voda) u dva truda glavom se porodi živo žensko novorođenče 2050/49, Apgar zbroj 6/8/10. Dva sata nakon poroda babinjača klinički stabilna uz infuziju MgSO₄ 1g/h, Cefuroksim 3×1,5 g iv., Syntocinon 3×10 i j i metil-dopa 4×1 tabl. à 500 mg. Na temelju nalaza KS nakon poroda (Hb 67, Hct 0.24) ordiniraju se 2 doze deplazmatiziranih eritrocita. Treći postpartalni dan babinjača afebrilna, bez značajnijih subjektivnih smetnji. RR 150/100mmHg, albumin u urinu u tragu; CRP 17.7mg%, L 10.5, Neseg 4%, Hb 89, Hct 0.28, MCH 23,1, Tr 112; UZ nalaz: uterus subinvolviran, materijate prazno. Savjetuju se samo daljnje kontrole kod internista zbog hipertenzije i hipertireoze.

Rasprava

Zbog zabrinjavajući visoke učestalosti carskih rezova u svijetu i u nas, osim pokušaja strožeg pristupa indikacijama za ovu porodničku operaciju, bilježi se i značajan porast učestalosti pokušaja vaginalnog poroda nakon prethodnog carskog reza (VBAC).¹⁻⁶ Poznata izjava iz 1916. godine »jednom carski rez, uvijek carski rez« bila je primjerena za to vrijeme jer je uobičajena operativna metoda za carski rez bila korporealna medijana histerotomija sa značajno višim rizikom za rupturu uterusa u sljedećoj trudnoći u odnosu na donju poprečnu histerotomiju.⁵ Zadnjih desetljeća istmična poprečna histerotomija metoda je izbora, osim u iznimno kompleksnim slučajevima kada se radi maksimalno poštenog postupka za dijete učini »klasična« metoda. Učestalost poroda dovršenih carskim rezom u SAD rasla je od 4% u 1950. godini do 26% u 2002. godini.¹ Procijenjeno je kako je približno pola carskih rezova koji se izvode u SAD-u medicinski neopravdano, što za posljedicu ima značajnu smrtnost i pobol majki, te trošak od milijarde dolara godišnje.⁸ Rezultati ankete o perinatalnim zbivanjima, koja je obuhvatila sva rodilišta u Republici Hrvatskoj, ukazali su na daljnji trend povećanja učestalosti carskih rezova sa 15,5% u 2004. godini na 16,3% u 2005. godini.^{9,10} Također je povećan broj ponovljenih carskih rezova, od 68,3% u 2004. godini na 69,6% u 2005. godini.¹⁰ Istražujući osobitosti carskih rezova u Odjelu za ginekologiju i porodništvo Kliničke bolnice Mostar, našli smo u 2002. godini s obzirom na 1500 poroda godišnje i koncentraciju patologije visoku učestalost SC (16,4%).² Više od polovice (55,1%) rodilja, koje su u Kliničkoj bolnici Mostar rodile carskim rezom, bile su prvorođkinje,² što upućuje na razmišljanje o rizicima i perinatalnoj skrbi u sljedećoj trudnoći i porodu što se kao problem navodi u izvješću drugih autora.^{1,6,7} U skladu s prethodno navedenim najčešća indikacija za carski rez bio je stanje nakon prethodnog carskog reza (25,1%).²

Da li pokušati vaginalno rađati nakon prethodnog carskog reza ili planirati ponovljeni carski rez, unatoč brojnim izvješćima i preporukama u literaturi,^{1,3-8} pitanje je na koje je teško dati odgovor. Pokušaj vaginalnog poroda nakon prethodnog carskog reza (VPNC), u cilju smanjenja stope carskih rezova, ima medicinska i financijska

opravdanja, uz osigurane uvjete intenzivnog nadzora rodilje i fetusa te uz mogućnost izvođenja hitnog carskog reza u slučaju pojave komplikacija (anestezijolog, iskusan opstetričar, neonatolog i operacijska dvorana). Značajniji porast stope VPNC bilježi se u SAD krajem 1980-tih i nastavlja rasti do 1996. godine, kada dostiže 28,3%, da bi uslijedio lagani pad sve do 12,6% u 2002. godini.¹¹ Navedeni pad učestalosti VPNC objašnjava se utjecajem nekoliko velikih studija,^{12,13} koje su pokazale višestruko povišen rizik rupture uterusa i perinatalne smrti pri pokušaju VPNC u odnosu na planirani ponovljeni carski rez. Rezultati metaanalize Mozurkewich-a i Hutton-a¹⁴ također pokazuju značajno povišen rizik rupture uterusa, perinatalne smrti i niskog Apgar zbroja u skupini VPNC, u odnosu na skupinu s planiranim ponovljenim carskim rezom u kojoj je, s druge strane, transfuzija krvi i histerektomija značajno češća. Transfuzija deplazmatiziranih eritrocita našoj bolesnici ordinirana je radi osiguranja urednog tijeka babinja, jer je prije poroda bila s teškom anemijom i pothranjena. Velike multicentrična studija Landon-a i sur.,⁴ je pokazala da je potrebno uraditi 588 planiranih ponovljenih carskih rezova kako bi se u VPNC prevenirao jedan loš perinatalni ishod (perinatalna smrt i/ili hipoksično-ishemijska encefalopatija). Uredništvo časopisa *N Engl J Med* navodi da će prema mišljenju nekih ljudi biti razumno uraditi navedenih 588 carskih rezova, dok će prema drugima to biti nepotrebno.¹¹

Imajući na umu u literaturi navedene,¹⁵ povoljne i nepovoljne čimbenike za dobar ishod VPNC u ovom slučaju pristupilo se vaginalnom porodu uz informirani pristanak bolesnice i osigurane uvjete za hitni carski rez. Mršava konstitucija, uz povoljan nalaz cerviksa i sponatani početak trudova, potom zadovoljavajući spontani tijekom poroda te procijenjena mala težina fetusa, stavu glavom i naročito podatak o prethodnom vaginalnom porodu, bili su odlučujući elementi u procjeni rizika i dobiti VPNC u odnosu na po šesti put ponovljeni carski rez koji također nosi velike rizike, naročito za majku. Nepovoljni čimbenik bio je broj od čak pet prethodnih carskih rezova.^{5,15} Dobar perinatalni ishod u ovom slučaju podržava danas stavove većine opstetričara da je pokušaj VPNC opravdan, pretpostavljajući da se u opstetričkom razmišljanju i postupanju u svakom pojedinačnom slučaju imaju na umu povoljni i nepovoljni čimbenici za dobar ishod VPNC.

Literatura

1. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Munson ML. Births: final data for 2002. *Natl Vital Stat Rep* 2003;52:1–113.
2. Juric S, Tomić V. Characteristics of cesarean sections at the University Hospital Mostar. *Med Arh* 2005;59(1):43–6.
3. Macones GA, Peipert J, Nelson DB et al. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:1656–62.
4. Landon MB, Leindecker S, Spong CY et al. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal

Medicine Units Network. The MFMU cesarean registry: Factors affecting the success of trial of labor after previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:1016–23.

5. American College of Obstetricians and Gynaecologists: Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Practice Bulletin* 1999;5.

6. ACOG Practice Bulletin #54:vaginal birth after previous cesarean. *Obstet Gynecol* 2004;104:203–12.

7. Cahill AG, Stamilio DM, Odibo AO et al. Is vaginal birth after cesarean (VBAC) or elective repeat cesarean safer in women with a prior vaginal delivery? *Am J Obstet Gynecol* 2006;195(4):1143–7.

8. Shearer EL. Cesarean section: medical benefits and costs. *Soc Sci Med* 1993;37:1223–31.

9. Dražančić A, Rodin U. Perinatalni mortalitet u Republici Hrvatskoj u 2004. godini. *Gynaecol Perinatol* 2005;14(suppl 3):S1–S22.

10. Dražančić A, Rodin U. Perinatalni mortalitet u Republici Hrvatskoj u 2005. godini. *Gynaecol Perinatol* 2006;15(4):217–39.

11. Greene MF. Vaginal birth after cesarean revisited. *N Engl J Med* 2004;351(25):2647–9.

12. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2001;345:54–5.

13. Smith GC, Pell JP, Cameron AD, Dobie R. Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies. *JAMA* 2002;287:2684–90.

14. Mozurkewich EL, Hutton EK. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989–1999. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:1187–97.

15. Herman R, Košec V, Kuna K, Bolanča I, Herman M. Porod nakon prethodnog carskog reza. *Gynaecol Perinatol* 2004;13(Suppl.2.):69–75.

Članak primljen: 17. 01. 2007.; *prihvaćen:* 13. 03. 2007.

Adresa autorice: Mr. sc. Vajdana Tomić, Klinička bolnica Mostar, Odjel za ginekologiju i porodništvo, Kardinala Stepinca bb, 88 000 Mostar. E-mail: vajdana.tomic@tel.net.ba