

Sezeryan Sonrası Vaginal Doğum Sonuçlarımız*

THE RESULTS OF VAGINAL DELIVERY IN PREVIOUS CESERIAN SECTION

Dr.Murat SARI, Doç.Dr.Nafi YILMAZ, Dr.Neşe KINDİROĞLU

Atatürk Sağlık Sitesi İzmir Devlet Hastanesi II. Kadın Doğum Kliniği, İZMİR

ÖZET

Bu çalışmada, daha önce bir sezeryan operasyonu geçirilmiş 98 gebe arasından vaginal doğumu arzu eden ve vaginal doğum için bir kontrendikasyonu bulunmayan 30 olgu seçilerek doğum eylemi takip edildi. Seçilen olguların 24 tanesi (%80) başarılı bir travay sonucunda doğurtuldu. 6 olgu (%20) ise eylem sırasında ortaya çıkan fetal distres, ağır zaafı, uzamış travay gibi nedenlerle sezeryan operasyonuna alındı. Tüm eski sezeryanlı olgular içinde vaginal doğum oranımız %24.48 bulundu. Vaginal yolla doğurtulan grupta uterin rüptür ve maternal mortalite gözlemedi. İki olguda görülen perinatal mortalite fetal anomali ve prematüriteye bağlı idi. Başarısız doğum eylemi sonucu sezeryana alınan bir olguda (%3.3) elektif olarak sezeryan yapılan grupta ise 4 olguda (%5.8) inkomplet rüptür saptandı. Hastanede ortalama kalış süresi vaginal doğumda 2,3 gün, sezeryan grubunda ise 7,6 gün olarak bulundu.

Anahtar Kelime: Sezeryan sonrası vaginal doğum

T Klin Jinekoloj Obst 1993, 3:118-121

Operasyon teknikleri, anesteziye gelişmeler, antibiyotik kullanımı, kan teminindeki kolaylıklar gibi nedenlerle sezeryan operasyonu relatif olarak güvenilir hale gelmiş ve buna bağlı olarak endikasyonlar genişletilmiş, sezeryan oranları da giderek yükselmeye başlamıştır. Primer sezeryan oranlarındaki giderek artışa paralel

Geliş Tarihi: 4.5.1992

Kabul Tarihi: 14.11.1992

Yazışma Adresi: Dr.Neşe KINDİROĞLU
Atatürk Sağlık Sitesi
İzmir Devlet Hastanesi
2. Kadın Doğum Kliniği
İZMİR

* Çalışma 1-5 Mart 1992 tarihinde Bursa'da 3.Perinatoloji Kongresi'nde tebliğ edilmiştir.

118

SUMMARY

In this study, among 98 patients delivered by a cesarian section previously 30 patients who were willing and no contraindication to deliver vaginally, were selected. Labor is continuously monitored. 24 (80%) of the selected patients were delivered vaginally after uncomplicated labor. However 6 patients (20%) were delivered by cesarian section because of fetal distress, uterine inertia and prolonged labor. Overall ratio of vaginal delivery among patients delivered by cesarian section previously was 24.48%. In the vaginal delivery patient group uterine rupture and maternal mortality was not observed. In 2 patients perinatal mortality was observed which was due to fetal anomaly and prematurity. In one patients which was delivered by cesarian section after a unsuccessful labor incomplete rupture was noted (3.3%). However in the elective cesarian section group in 4 patients incomplete rupture was noted (5.8%). Average hospital stay in vaginal delivery group was 2,3 days, where as in elective cesarian group it was 7,6 days.

Key Word: Vaginal delivery in previous cesarian section

Anatolian J Gynecol Obst 1993, 3:118-121

olarak eski sezeryan endikasyonu günümüzde en fazla endikasyon olma durumuna gelmiştir. 1980'lı yıllardan bu yana birçok ülkede bir kez sezeryan her zaman sezeryan deyişi kural olmaktan çıkarılmış ve sezeryan oranını düşürmek amacıyla daha önce sezeryan geçirmiş gebelerde vaginal doğumun güvenilirliği üzerinde çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Biz bu çalışma ile eski sezeryanlı gebelerde normal vaginal doğum takibi yaparak sonuçlarını sunmaya çalıştık.

MATERYAL VE METOD

Atatürk Sağlık Sitesi İzmir Devlet Hastanesi II.Kadın Doğum Kliniğine 1.2.1989-31.1.1990 tarihleri arasında başvuran, daha önce sezeryan operasyonu geçirmiş 98 gebeden 30'u vaginal doğum için takibe alındı. Hastaların vaginal doğuma uygun olup olmadıkları ser-

T Klin Jinekoloj Obst 1993, 3

vise kabul edildiklerinde yapılan muayene, ameliyat kartları ve daha önceki sezeryanla ilgili anamnezleri alınarak tesbit edildi.

- Birden fazla sezeryan geçirmiş hastalar,
- Önce sezeryan sonrasında ateş ve pis kokulu vaginal akıntı anamnezi olanlar,
- Sezeryan +tüp ligasyonu istemi olan hastalar,
- Şimdiki gebeliğinde makadi pretezentasyon olan veya çoğul gebeliğe sahip olan hastalar,
- Tahmini fetal ağırlığı 4000 gr'ın üzerinde olanlar,
- Aşkar baş pelvis uygunsuzluğu olan hastalar,
- Travay için uygun olmasına rağmen sezeryanı tercih eden hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Obstetrik ve genel sistemik muayenesi yapılan hastaların vital bulguları kaydedildi. Kan grubu bakılarak en az iki ünite kan ayırıldı. Damar yolu açılarak oral almamaları sağlandı. Rüptür tehlikesinde en geç 15-20 dakika içinde operasyona başlayabilmek üzere önlemler alındı. Takip sırasında vital bulgular, kontraksiyonlar ve ÇKS sürekli olarak izlendi. Ancak klinikte fetal moniter bulunmadığı için monitorizasyon yapılamadı. Obstetrik endikasyon bulunduğu zaman oksitosin indüksiyonu normal kullanılan dozda kullanıldı, ikinci evrenin sonunda mediolateral epizyotomi yapılarak çıkımda forseps ya da vakum ekstraksiyonla doğuma yardım edildi. Doğum sonrası steril koşullarda plasenta elle halas yapılarak çıkartıldı ve kavite kontrolü yapıldı. Bebek Apgar skorları 1 ve 5.dakikada kaydedildi. Vital bulguları stabil seyredene olgular postpartum iki ya da üçüncü gün iki hafta sonra kontrol önerilerek taburcu edildiler.

BULGULAR

Çalışmamızın yapıldığı tarihler arasında kliniğimizde toplam 1746 doğum oldu. Bunların 219 tanesi (%12.54) sezeryanla doğurtuldu. Sezeryanlı olguların endikasyonlarına göre dağılımı Tablo 1'de görülmektedir.

Eski sezeryan endikasyonu ile servise kabul edilen 98 hastadan 30 tanesi vaginal doğum için takibe alındı. 24 olgu (tüm eski sezeryanlıların %24.48'i, doğum eylemi takip edilenlerin %80'i) vaginal olarak doğurtuldu. 6 olgu (%20) ise doğum eylemi sırasında aşağıda belirtilen nedenlerle sezeryana alındı.

- 2 olgu fetal distres,
- 2 olgu baş pelvis uygunsuzluğu,
- 1 olgu occiput posterior geliş ve uzamış travay,
- 1 olgu ise gūnaşımı (oksitosin indüksiyonuna cevap vermeyen primer ağrı zaafı).

Doğum eylemi izlenen hastalarda 18 tanesine 13'ü augmentasyon olmak üzere oksitosin indüksiyonu uygulanmış, bunlardan 13 olgu (%72) başarılı bir travay geçirerek vaginal olarak doğurmuştur. 5 olgu (%28) ise fetal distres. CPD, primer ağrı zaafı gibi nedenlerle se-

Tablo 1. Sezeryanlı olguların endikasyonlarına göre dağılımı

Endikasyonlar	Olgu sayısı	%
Eski sezeryan	74	33.79
Makat geliş	46	21.00
Baş pelvis uygunsuzluğu	42	19.19
Fetal distres	18	8.21
3.Trimestr kanaması	12	5.48
Diğerleri	27	12.33
Toplam	219	100

Tablo 2. Doğum eylemi izlenen olguların daha önceki sezeryan endikasyonları ve vaginal doğum oranları

Önceki sezeryan endikasyonlar	Olgu sayısı	Vaginal doğum	%
Baş pelvis uygunsuzluğu	4	3	75
3 Trimestr kanaması	5	5	100
Fetal distres	8	6	75
Primipar makat	8	7	87
Diğer	5	3	60
Toplam	30	24	

zeryana alınmıştır, indüksiyon uygulanıp fetal distres nedeniyle sezeryana alınan bir olguda 4cm uzunluğunda inkomplet rüptür gözlenmiştir. Travay takibi yapılan diğer 29 olguda rüptür görülmedi, rüptür oranı %3.3 bulundu. Doğum eylemi izlenen 30 olgunun daha önceki sezeryan endikasyonları ve vaginal doğum oranları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Daha önce CPD tanısı ile sezeryan yapılmış olan 145cm. boyundaki bir hasta sezeryanla doğduğundan 400gr daha ağır (doğum ağırlığı 3400gr) bir bebeği vaginal yolla doğurabilmiştir.

Vaginal yolla doğan bebeklerin ağırlıkları şöyledir.

1000gr.....	1 bebek
1000-2000gr.....	2 bebek
2000-3000gr.....	2 bebek
3000-3800gr.....	19 bebek

Vaginal olarak doğurtulan ve elektif sezeryan yapılan olgularda görülen komplikasyonlar Tablo 3'de gösterilmiştir.

Doğum eylemi takip edilen 8 olgu daha önce bir vaginal doğum yapmıştı, ancak bu olgulardan 2'si eylem sırasında fetal distres ve uzamış travay nedeniyle operasyona alındılar.

Vaginal olarak doğurtulan 24 olgudan 13'üne çıkımda forseps, 8'ine vakum ekstraksiyon uygulandı. 3 olgu ise spontan olarak doğurtuldu. Yukarıda belirtilen 2 bebek dışında tüm bebeklerin Apgar skorları 5. dakikada 8'in üzerindeydi. 2 hafta sonraki kontrollerinde annelerin ve bebeklerin durumu normal bulundu.

Tablo 3. Vaginal olarak doğurtulan ve elektif sezeryan yapılan gruplarda görülen komplikasyonlar

	Travay takibi					
	Başarılı vaginal doğum n:24		Başarısız travay n:6		Elektif sezeryan n:68	
	n	%	n	%	n	%
Inkomplet rüptür	—	—	1	16.1	4	5.8
Komplet rüptür	—	—	—	—	—	—
Febri seyir	—	—	1	16.1	7	10.2
Histektomi	—	—	—	—	1	1.47
Maternai mortalité	—	—	—	—	—	—
Périnatal mortalité	—	8.3	—	—	—	—
Kan transfüzyonu	1	4.16	—	—	5	7.35
Hastanede kalış süresi (gün)	2.3		7.3		7.6	

x: Perinatal mortalitenin ikisi de doğum şekli ile ilgili değildir. Birincisi 25 haftalık ablatio plasenta tanısı ile ve uygun servikal skorla gelen hastaya 1000gr ağırlığında 1 .dakikada Apgar 3.5.dakikada Apgar 5 olan fetus doğurtuldu. Bebek daha sonra Çocuk Hastanesinde exitus oldu. Diğeri ise 28.haftalık erken membran rüptürü + fetal anomali tanısı ile doğurtuldu. 1700gr ağırlığındaki ağır ve multipl anomalili bebek doğduktan bir süre sonra exitus oldu.

TARTIŞMA

İzmir Devlet Hastanesi sezeryan oranları Tablo 4'de gösterilmiştir.

Hastanemizde ABD ve Kanada gibi ülkelerdeki kadar olmasa da yıllara göre artan bir sezeryan hızı mevcuttur. Tablo Tde de görüldüğü gibi en fazla endikasyonu eski sezeryanlı hastalar oluşturmaktadır. Eğer 24 olguyu vaginal yolla doğurtmasaydık 1989'da eski sezeryan endikasyon oranı %33.79 değil, %40.32 olacaktı. Nitekim 1988 yılı eski sezeryan endikasyon oranı %44.50 idi. Önceki yıllarda yapılan araştırmalarda eski sezeryan oranı İzmir SSK Doğumevinde %26.23, Ankara Doğumevinde ise %26.50 bulunmuştur. Bu oran değişik ülkelerde; İskoçya %43, ABD %35, Fransa %28, Norveç %23 şeklindedir. Eski sezeryanlı hastaların Norveç'de %43'ü, İskoçya'da %39'u, Macaristan'da %32'si, ABD'de ise %5'i vaginal yolla doğurtulmaktadır (6). Bizim çalışmamızda bulduğumuz vaginal doğum oranımız ise %24.48'dir.

Sezeryan oranları hastaneler ve ülkeler arasında farklı görünmesine rağmen, eski sezeryan oranı hemen tüm hastane ve ülkelerde ilk sırayı almaktadır. Bu yüzden birçok ülkede bu oranı düşürebilmek için eski sezeryanlıları vaginal olarak doğurtma eğilimi vardır ve güvenli olduğu üzerinde hemfikirdirler (1,2,3,8). Ancak araştırmalardaki başarılı sonuçlara rağmen birçok konularda belirsizlikler mevcuttur.

a) Geçirilmiş sezeryan sayısı: Birden fazla skarlı olan hastalarda normal doğum denemesi birçok

araştırıcı tarafından yapılmış ve önceki utérus skarı sayısının rüptür insidansını artırıcı etkisi bulunmamıştır (5,9). Ancak daha geçerli ve kesin yorum için daha fazla vaka içeren çalışmalara gereksinim vardır (3,5,8). Bu nedenle çalışmamıza birden çok skarlı olan hastayı almadık.

b) Utérus rüptürü insidansı: Uterusun sıklıkla fetal ve maternai mortalité ile seyreden komplet rüptürü genellikle utérus operasyonu geçirmemiş hastalarla, klasik sezeryan skarı mevcut hastalarda görülür. Alt segment sezeryan skarı mevcut hastalarda sık görülen ve utérus duvarının kısmi separasyonu şeklinde tanımlanan inkomplet rüptür (-occult rüptür-uterus penceresi) de ise semptomlar minimaldir. Ağrı, kanama, fatal veya maternai morbidité minimal veya yoktur (2). Çalışmamızda vaginal doğum takip edilen bir olguda (%3.33) sezeryan sırasında, elektif sezeryana alınan ise 4 olguda (%5.8) inkomplet rüptür tesbit edilmiştir. Literatürde alt segment transvers insizyon skarının rüptür oranı %0.5-%2.4 arasındadır (9). Lavin ve Flamn adlı araştırmacıların onbin gebeyi kapsayan ayrı ayrı çalışmalarında tek bir maternai mortalité yoktur (1,2,3,4). LAVin ve arkadaşlarının serilerinde monitorize edilmiş 2 olguda utérus rüptürüne bağlı fetal ölüm bildirilmiştir (2,4,5).

c) Oksitosin kullanımı: Eski sezeryanlılarda oksitosin kullanımı kontrendike kabul edilmemektedir. Ancak takipte özellikle internai tokodinamik monitorizasyon önerilmektedir (1,2,8,9). Çalışmamızda olguların %60'ına oksitosin uyguladık ve %72 oranında vagi-

Tablo 4. İzmir Devlet Hastanesi sezeryan oranları

Yıl	1971-79	1983	1984	1988	1989	1989x
Sezeryan oranı %	8.8	9.9	12.6	13.31	12.54	14.29

x: Aynı dönemde 24 olgu vaginal yolla doğurtulmasaydı.

nal doğum sağladık. Yalnız oksitosin alan ve fetal distress nedeni ile sezeryana alınan bir olguda inkomplet rüptür saptanmıştır.

d) Epidural **anestezi kullanımı**: Tartışmalıdır. Epidural anestezi ile rüptür tehdidinin önemli bir belirtisi olan suprapubik ağrının ortadan kalkması, rüptür olması halinde kanamaya olan cevabın sempatik blokaj nedeni ile azalması ayrıca anestezinin neden olduğu hipotansiyonun uterus rüptürü ile karıştırılması söz konusu olabilir (1,8). Ancak birçok araştırmacıya göre; intrauterin fetal monitorizasyon rüptür tehdidinde ağrıdan daha güvenilir, duyarlı bir yöntemdir (1,2,8) ve epidural anestezinin avantajları risklerinden daha fazladır. Çalışmamızda teknik olanaksızlıklar nedeni ile epidural anestezi kullanamadık.

e) **CPD nedeniyle önceki sezeryan**: Araştırmacılar bir önceki gebeliğinde baş pelvis uygunsuzluğu nedeniyle sezeryan olan hastalara, tanı sağlam kanıtlarla belirlenmedikçe sonraki gebeliğinde vaginal doğum için izin verilmesini önermektedirler (1,2,3,5,8,9).

t) **Önceki sezeryanda endometrit anamnezi**: Martin ve arkadaşları böyle bir durum varlığının vaginal doğum denemesi için engel oluşturmadığını ve uterus rüptüründe artma gözlenmediğini belirtmişlerdir (5). Ancak biz çalışmamıza bu tür olguları dahil etmedik.

g) **Prostaglandin kullanımı**: Mc Kenzie ve arkadaşları eski sezeryanlı 143 olguda vaginal prostaglandin ile indüksiyon sonucunda %76 oranında vaginal doğum sağlamışlar, ciddi maternal ve fetal komplikasyon görmemişlerdir (2,8). Ancak prostaglandin ile skarsız uterus bile rüptür bildirildiğinden, monitorizasyon ve yakın takip çok önemlidir.

h) **Şimdiki gebeliğinde makadi geliş ya da çoğul gebelik olması**: Rüptür tehlikesi nedeniyle literatürde en düşük travay denemesi ve en düşük vaginal doğum insidansına sahiptirler (8,9).

Paul RH ve arkadaşları sezeryandan önce bir kez vaginal doğum geçirmiş olanların veya makat geliş nedeniyle sezeryan geçirenlerin vaginal doğum başarı oranının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (9). Vaka sayımızın yetersiz oluşu nedeniyle biz böyle bir yorumda bulunamadık.

SONUÇ

Uygun olarak seçilen hastalarda sezeryan sonrası vaginal doğum amacıyla travay denemesi uygun ve güvenli bir obstetrik yaklaşım biçimini oluşturmaktadır. Sezeryan sonrası vaginal doğum ile anne sağlığı korunmakta ve iş gücü kaybı önlenmekte, daha az oranda ameliyathane ve hastane yatağı kullanılmakta, serum, kan özellikle yeni jenerasyon pahalı antibiyotiklerin kullanımında ve sağlık hizmeti sunumunda ekonomi sağlanmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Flamm BL, Dunnet C, Fischerman E, Quilligan EJ. Vaginal delivery following cesarean section; use of oxytocin augmentation and epidural anesthesia with internal tocodynamometric and internal fetal monitoring. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 148:759.
2. Flamm BL. Vaginal birth after cesarean section; controversies old and new. *Clin Obstet and Gynecol* 1985; 691.
3. Flamm BL, Lim OW, Jones C, Fallon D, Newman LA, Mantis K. Vaginal birth after cesarean section: Results of a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158:1079-83.
4. Lavin JP, Stephans RJ, Middovnic M. Vaginal delivery in patients with a prior cesarean section. *Obstet and Gynecol* 1982; 59:135.
5. Martin JN, Harris BA, Huddleston JF, Morrison JC, Prost MG, Wiser WL, Perils HW. Vaginal delivery following previous cesarean birth. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 146:255-63.
6. Notzon FC, Placek PJ, Taffel SM. Comparasions of national cesarean section rates. *The New England Journal of Medicine* 1987;316:386-9.
7. Ollendorf DA, Goidberg JM, Minogue JP. Vaginal birth after cesarean section for arrest of labor; is success determined by maximum cervical dilatation during the prior labor. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 159:636-9.
8. Ophir E, Yagoda A, Rojensky N, Oettinger M. Trial of labor following cesarean section. *Dilemma, Obstetrical and Gynecological Survey* 1988; 44:19-24.
9. 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.