

Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum

VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN SECTION

Metin İNGEÇ*, Yakup KUMTEPE*, Orhan ÖZDİLLER**, Süleyman COŞGUN*, Sedat KADANALI***

* Yrd.Doç.Dr., Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,

** Uz.Dr., Sara Hatun Doğumevi, ELAZIĞ

*** Prof.Dr., Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, ERZURUM

Özet

Amaç: Sezaryen operasyonu geçirmiş hastalarda sonraki gebeliklerinde vajinal doğum yapabilme oranlarını ve rüptür risklerini tespit etmektir.

Gereç ve Yöntemler: Ocak 1999 - Aralık 2001 tarihleri arasında kliniğimize başvuran geçirilmiş sezaryenli 429 gebe çalışmaya alındı. Hastalar sezaryen sonrası vajinal doğuma (SSVD) bırakılanlar (n=126) ve elektif olarak sezaryene alınanlar (n=303) olmak üzere 2 gruba ayrıldı. SSVD' a bırakılan hastalarda başarılı doğum oranları kaydedildi, her iki gruptaki rüptür oranları karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların 126'sı (%29.3) SSVD' a aday grubuna alınmıştır. Bu hastaların 86'sına (%68) başarılı bir şekilde vajinal doğum yapıldı ve hiçbirinde rüptür bulgusuna rastlanmadı. Hastaların 40'ında (%32) ise fetal distres, sekonder arrest, rüptür tehdidi nedenleriyle sezaryene geçildi ve 2 hastada uterin rüptür tespit edildi (%1.5), elektif sezaryen grubunda ise 3 hastada inkomplet rüptüre rastlandı (%1) (p>0.5). İki grubun 5. dakika Apgar skorları da benzerdi (p>0.5)

Sonuç: Uygun hastaların sezaryen sonrası vajinal doğuma bırakılması yüksek oranda başarıyla sonuçlanmaktadır. SSVD uygulaması abartılı olarak artmış sezaryen oranlarını azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: Sezaryen sonrası vajinal doğum, Uterus rüptürü, Doğum denemesi

T Klin Jinekoloj Obst 2004, 14:96-100

Summary

Objective: Our purpose was to determine the success of vaginal birth rate after cesarean, and to determine the uterine rupture risk.

Material and Methods: 429 pregnant women having cesarean at their previous delivery that admitted to our clinic between January 1999 – December 2001 have been included in our study. The patients have been divided into 2 groups as vaginal birth after cesarean delivery (VBAC) group (n=126) and women who underwent elective repeat cesarean group (n=303). The successful delivery rate has been recorded for as VBAC patients, the rupture rates have been compared in two groups.

Results: 126 of the patients (%29.3) have been taken into VBAC group. 86 successful vaginal birth after previous cesarean delivery occurred (%68), and no rupture finding has been found. Cesarean was performed to 40 of the patients due to fetal distress, secondary arrest, and rupture threat. While 2 of the patients had uterine rupture in VBAC group, 3 of the patients in elective cesarean group had incomplete rupture (p>0.5). The 5-min Apgar scores were similar in both groups (p>0.5).

Conclusions: The vaginal delivery for the appropriate patients who had cesarean previously, was successful at high rates. VBAC application may reduce the increased rate of cesarean.

KeyWords: Vaginal birth after cesarean, Uterine rupture, Trial of labor

T Klin J Gynecol Obst 2004, 14:96-100

Sezaryen oranları son otuz yılda hemen hemen tüm dünyada hızlı bir artış göstermiştir. Bu artış özellikle ABD'de çok daha belirgindir. 1984'de %16.6 olan sezaryen oranı 1998'de pik yaparak %24.7'e ulaşmıştır (1,2). 1995'de %20.8'e inen oran yeniden artarak 2000 yılında %22.9'a

ulaşmıştır (3). 1968 ile 1983 yılları arasında sezaryen oranlarında İngiltere'de 2,5 kat, Hollanda'da 3 kat, ABD'de 3.8 kat artış tespit edilmiştir. Bu artışın sebepleri arasında bir çok kadının çocuk doğurma yaşını geciktirmesi, gebelik sayısını sınırlama isteği, tıbbi teknolojinin

ilerlemesi ve hasta isteği gibi sebepler bulunmaktadır (4). Artışta çok önemli diğer bir faktör de elektif tekrarlayan sezaryenlerdir. 1978'de daha önce sezaryen olan hastaların %98.9'u müteakip gebeliklerinde de sezaryenle doğurtulmuştur (5). ABD'de tüm sezaryenlerin %37'si tekrarlayan sezaryenlerdir (6). Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü 2000 yılına kadar hedeflerinin sezaryen oranlarını %15'e indirmek olduğunu bildirmiştir (7). Ancak bu amacın başarılamadığı görülmektedir. Sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD)'un bir çok kadın için tekrar sezaryen uygulamasına göre güvenli bir alternatif olduğu gösterilmiştir (8). ABD'de SSVD oranları gitgide artarak 1989'da %18.9, 1996'da %28.3 olmuştur. 2000 yılında ise %20.6 olarak tespit edilmiştir (9).

Bu verilere rağmen ülkemizde SSVD kaçınılan bir girişim olmuştur. Obstetrisyenlerin büyük çoğunluğu ülkemiz şartlarında geçirilmiş sezaryenli hastaların doğurtulamayacağı öngörüsüyle bu hastaları tekrar sezaryene almaktadırlar. Çalışmamızda amacımız bu öngörünün doğru olup olmadığını yani SSVD'un ülkemiz şartlarında başarılıp başarılamayacağını ve sonuçlarını araştırmaktır.

Gereç ve Yöntemler

Çalışmamıza 1 Ocak 1999 ile 31 Aralık 2001 tarihleri arasında kliniğimize yatırılan hastalardan önceki gebeliklerinde sezaryen geçirenler alındı. Hastalar SSVD'a bırakılanlar (n=126) ve elektif olarak sezaryene alınanlar (n=303) olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Daha önce birden fazla sezaryen operasyonu geçirenler, klasik insizyonla sezaryen yapılanlar, ilave olarak başka bir uterin insizyon yapılmış hastalar (myomektomi gibi), uterusta T insizyonu olduğu tespit edilenler, pelvik darlığı,

malprezentasyonu bulunanlar, tahmini fetus ağırlığı 4000 gr. üzerinde olanlar, vajinal doğumu kabul etmeyen hastalar vajinal doğuma bırakılmadı. SSVD'a bırakılan hastalar rüptür belirtileri açısından yakın takibe alındı. Vajinal doğum yapan hastalarda doğum sonrası uterin kaviteye manuel olarak girilerek uterus skarının sağlam olup olmadığı kontrol edildi.

Her iki gruptaki rüptür oranları, SSVD'a bırakılan hastalarda başarılı doğum oranları kaydedildi. İki grup arasında fetusun doğum ağırlığı, Apgar skorları karşılaştırıldı.

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 10.0 programı kullanıldı. Sürekli verilerin karşılaştırılmasında Student t testi, niteliksel verilerde X² testi, gruplar arası yüzdelerin karşılaştırılmasında iki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı, p<0.05 anlamlı kabul edildi. 3 bağımsız grup arasında fark olup olmadığının tespitinde tek yönlü varyans analizi yapıldı ve p<0.05 bulunduğu gruplar arası farkın değerlendirilmesinde Tukey yöntemi kullanıldı ve oranlar arası istatistiksel farklılık testleri kullanıldı.

Bulgular

Üç yıllık süre içinde çalışmaya dahil edilen 429 gebenin 126'sı (%29.3) SSVD'a aday gruba alınmıştır. Elektif sezaryen grubu ile SSVD grubundaki hastaların yaşları karşılaştırıldığında birbirine benzer olarak tespit edildi (p>0.5, Student t test). Pariteleri incelendiğinde elektif sezaryen grubunda parite 1 (p<0.01), SSVD grubunda ise parite 3 diğer gruba göre fazla idi (p<0.05, iki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi) (Tablo 1). SSVD'a bırakılan hastaların 86'sına (%68) başarılı bir şekilde vajinal doğum yaptırıldı. Doğum sonrası uterin kaviteye elle girilerek insizyon hattı

Tablo 1. Hasta popülasyonunun demografik özellikleri

	SSVD Grubu	Elektif Sezaryen Grubu	p
Maternal yaş (ort)	27.6 ± 4.0	26.8 ± 4.4	>0.5*
Parite 1 n (%)	64 (%50.8)	203(%67)	<0.01**
Parite 2 n (%)	44 (%34.9)	79 (%26)	>0.5**
Parite 3 ve ↑ n (%)	18 (%14.3)	21 (%7)	<0.05**

*Student-t testinde istatistiksel önemlilik p< 0.05

** İki yüzde arasındaki farkın önemlilik testinde istatistiksel anlamlılık p< 0.05

palpe edilmek suretiyle rüptür kontrolü yapıldı. Doğumu vajinal yoldan yaptırılan hastaların hiçbirinde rüptür bulgusuna rastlanmadı. Hastaların 40'ında (%32) ise fetal distres, sekonder arrest, rüptür tehdidi nedenleriyle sezaryene geçildi. Bu hastaların 2'sinde uterin rüptür tespit edildi. İntrauterin ölü fetusu olan ve servikal Bishop skoru düşük olan bir gebe oksitosin indüksiyonuyla vajinal doğuma bırakılmışken rüptür şüphesi üzerine sezaryene alındı ve eski insizyon yerinde tespit edilen komplet rüptür primer tamir edildi. Diğer hasta ise spontan kontraksiyonları devam ederken rüptür tehdidi üzerine acil sezaryene alındı. İnkomplet rüptür geliştiği görülen hastada rüptür yeri primer tamir edildi. Fetusun 1. dk Apgar skoru 6 olmasına rağmen 5. dk Apgar skoru 8 olarak tespit edildi ve acil yenidoğan ünitesine gönderilmesine gerek görülmedi. Elektif sezaryen grubunda ise 3 hastada inkomplet rüptüre rastlandı. Rüptür yerleri primer tamir edilen hastaların bebeklerinin Apgarları sırasıyla 7, 6 ve 6 idi, 5. dk Apgarları ise 8, 7 ve 7 idi.

Vajinal doğumda başarısız olan grupta 1.dakika Apgar skoru 7'in altında olan yeni doğan sayısı istatistiksel olarak her iki gruptan yüksek bulunsa da ($p<0.05$), 5. dakika Apgar skoru 7'in altında olan yenidoğan sayısında anlamlı bir fark bulunmadı (tek yönlü varyans analizi) (Tablo 2).

Vajinal doğumda başarısız olan gruptaki bebeklerin doğum kiloları diğer iki gruptan daha yüksek idi ($p<0.05$, tek yönlü varyans analizi).

SSVD grubunda rüptür oranı %1.5 iken elektif sezaryen grubunda %1 idi ($p>0.5$, X^2 testi). Ancak SSVD grubunda rüptür gelişen hastalardan biri Bishop skoru düşük iken indüklenen ve komplet

rüptür gelişen intrauterin ölü fetuslu gebe idi. Spontan rüptür oranı ise bu çalışmada %0.7 olarak bulunmuştur.

1999-2001 tarihleri arasında SSVD oranları yıllara göre incelendiğinde ise vajinal doğum oranlarının gittikçe arttığı görülmektedir (sırasıyla %16, %17.8, %23.5).

Tartışma

SSVD' a bırakılan hastalarda en çok korkulan risk uterin rüptür gelişimidir. Tüm gebelerde uterin rüptür insidansı %0.03-0.08 olarak bildirilirken (10) SSVD yaptırılan hastalarda risk %0.3-1.7 olarak verilmektedir (11,12). Çalışmamızda ise SSVD bırakılan hastalarda rüptür oranını %1.5 ile literatürle uyumlu olarak tespit ettik.

Uterin rüptür riskini azaltmak risk faktörlerini azaltarak mümkün olabilir. Klasik insizyonlu hastalarda rüptür oranı yüksek olduğu için böyle hastalara vajinal doğum yaptırılması önerilmemektedir. 1998'de Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Birliği bu tür insizyona sahip hastaları A derecesinde kontrendikasyon grubu olarak bildirmiştir (13). Diğer risk faktörleri ise yeterince kesinliğe ulaşmamıştır. İngiltere'de Royal College üyelerine makat gelişlerinde sezaryen oranını azaltmak için eksternal sefalik versiyon uygulamasını önermiştir (14). Ancak çok az İngiliz obstetrisyen buna uyumuştur. Çoğu uterin skarda rüptür korkusuyla elektif sezaryeni tercih etmiştir. Biz de çalışmamızda makat geliş tespit ettiğimiz sezaryenli hastalarda elektif sezaryen uyguladık.

Birden fazla sezaryen geçirenleri normal doğuma bırakmakla elektif sezaryen oranı yalnızca

Tablo 2. SSVD grubu ile elektif sezaryen grubundaki bebeklerin doğum ağırlığı ve Apgar skorlarının karşılaştırılması

	SSVD Grubu		Elektif Sezaryen Grubu	p
	Başarılı Grup	Başarısız Grup		
Doğum Ağırlığı (Ortalama, gram)	3243.0 ± 442.6	3422.5 ± 532.4*	3240.7±504.8	<0.05
1. dk Apgar Skoru <7 (n)	6	6*	12	<0.05
5. dk Apgar Skoru <7 (n)	1	1	1	>0.5

* Tek yönlü varyans analizinde gruplar arası farkın değerlendirilmesinde Tukey yöntemine göre istatistiksel anlamlılık $p<0.05$

%1'den az azalırken, rüptür oranının bir sezaryen geçiren hastalara oranla 3 kat arttığı bildirilmiştir (15). Biz de bu hastaları elektif sezaryene aldık.

Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Birliği tahmini doğum ağırlığı 4000 gramın üzerindeki fetuslarda da SSVD önermektedir (16). Zelop ve ark. tahmini fetal ağırlığı 4000 gr üzerinde fetusa sahip kadınlar arasında yaptıkları bir çalışmada sezaryen oranının 1.7 kat arttığını, ayrıca istatistiksel olarak anlamlı olmasa da uterin rüptür gelişiminin <4000 gr olanlarda %1 iken >4000 gr olanlarda %1.6 olduğunu bildirmişlerdir. 4250 gramın üzerinde olan fetuslarda ise rüptür oranı %2.4 olarak tespit edilmiştir. (17). Bizim çalışmamızda ise tahmini fetal ağırlığı 4000 gramın üzerinde olan fetuslar sezaryene alındı. SSVD'a bırakılan ancak başarısız olunan grupta, fetusların doğum kiloları istatistiksel anlamlı olarak diğer iki gruptan daha yüksek idi ($p<0.05$).

Çalışmamızda elektif sezaryen grubunda paritesi 1 olan hastalarda önemli oranda fazlalık mevcuttu. Bunun sebebi, daha önce vajinal doğum yapmamış hastaların daha çok elektif sezaryeni tercih etmeleri olabilir. Paritesi 3 ve daha üzeri olan grubun ise istatistiksel olarak anlamlı bir oranda vajinal doğumu tercih ettikleri görüldü. Bu da hastaların tecrübelerinin olduğu doğum şeklini tercih ettiklerini düşündürmektedir.

Acil sezaryen yapma imkanları sağlanarak, sezaryen sonrası normal doğum yapmaya elverişli hastalara vajinal doğum yaptırılabilir. Bizim hastalarımızda doğumdan sonra yenidoğanların 5. dakika Apgarlarında, tüm gruplarda istatistiksel olarak fark görülmemesi, iyi bir takiple geçirilmiş sezaryen sonrası güvenli vajinal doğumun denenebileceğini göstermektedir. McNally ve Turner serviksini uygun olmadığı durumlarda indüksiyonla rüptür oranını %1.9 olarak bulmuşlardır (18). Zelop bu oranı spontan travaylarda %0.7 olarak bulmuştur (19). Bizim çalışmamızda sayı az olmakla beraber spontan rüptür oranı %0.7 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda SSVD'larda artmış başarı oranının görülmesi kliniğimizdeki SSVD oranının gittikçe artmasına yol açmıştır. 1999'daki %16'lık

oran, 2000'de %17.8'e, 2001'de %23.5'e, 2002'de ise %27.1'e çıkmıştır.

Sonuç olarak uygun vakalarda sezaryen sonrası normal doğumun denemesi yüksek oranda başarıyla sonuçlanmaktadır. Vaka sayımızın artmasıyla başarı oranımızın daha çok artacağını düşünmekteyiz. Bu çalışmamızın ülkemizde SSVD'la ilgili çalışmaların yapılmasını yüreklendireceğini ve son derece artmış olan sezaryen oranının normale çekilmesinde yardımcı olacağını umuyoruz.

KAYNAKLAR

1. O'Driscoll K, Foley M, MacDonald D. Active management of labor as an alternative to cesarean section for dystocia. *Obstet Gynecol* 1984; 63:485-90.
2. Curtin SC, Kozak LJ, Gregory KD. U.S. cesarean and VBAC rates stalled in the mid-1990s. *Birth* 2000; 27:54-7.
3. Kozak LJ, Weeks JD. U.S. trends in obstetric procedures, 1990-2000. *Birth* 2002; 29:157-61.
4. Lomas J, Enkin M. Variations in operative delivery rates. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, eds. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press, 1989; 2:1182-95.
5. Enkin M. Labor and delivery after previous cesarean section. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, eds. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford: Oxford University Press, 1989; 2:1196-215.
6. Ventura SJ, Martin JA, Curtin SC et al. Births: Final data for 1998. *Natl Vital Stat Rep* 2000; 48:1-100.
7. NIH consensus development statement on cesarean childbirth. The Cesarean Birth Task Force. *Obstet Gynecol* 1981; 57:537-45.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists Task Force on Cesarean Delivery. Evaluation of cesarean delivery. Washington DC: American College of Obstetricians and Gynecologists, 2000.
9. Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Menacker F, Park MM. Births: Final data for 2000. National and vital statistics reports. Hyattsville, Maryland: National center for health statistics, 2002.
10. Phelan JP. Uterine rupture. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 33:432-7.
11. Leung AS, Leung EK, Paul RH. Uterine rupture after previous cesarean delivery: Maternal and fetal consequences. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169:945-50.
12. Plauche WC, Almen WV, Muller R. Catastrophic uterine rupture. *Obstet Gynecol* 1984; 64:792-7.
13. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin Vaginal birth after previous cesarean delivery. Number 2, October 1998. *Int J Gynecol Obstet* 1999; 64: 201-8.

14. De Meeus JB, Ellia F, Magnin G. External cephalic version after previous cesarean section: a series of 38 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998; 81:65-8.
 15. Turnbull DA, Wilkinson C, Yaser A, et all. Women's role and satisfaction in the decision to have a cesarean section. *Med J Aus* 1999; 170:580-3.
 16. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after previous cesarean section. *ACOG Practice Bulletin No.5*. Washington DC: American College of Obstetricians and Gynecologists, 1998.
 17. Zelop CM, Shipp TD, Repke JT, Cohen A, Lieberman E. Outcomes of trial of labor following previous cesarean delivery among women with fetuses weighing > 4000g. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185:903-5.
 18. McNally OM, Turner Mj. Induction of labour after previous cesarean section. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1999; 39:425-9.
 - 19- Zelop CM, Shipp TD, Repke JT, Cohen A, Caughey AB, Lieberman E. Uterine rupture during induced or augmented labor in gravid women with one prior cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181:882-6.
-
- Geliş Tarihi:** 19.08.2003
- Yazışma Adresi:** Dr.Metin İNGEÇ
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD
ERZURUM