

Sezaryen Sonrası Vajinal Yolla Doğum: Retrospektif Değerlendirme

Retrospective Evaluation of Vaginal Delivery After Cesarean Section

Salih Burçin KAVAK,^a
Ebru ÇELİK KAVAK,^b
Bülent KURKUT,^c
Remzi ATILGAN,^a
Şahin ÖNEN,^c
Raşit İLHAN,^a
Melike BAŞPINAR,^a
Selçuk KAPLAN,^a
Ekrem SAPMAZ^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi,

^bKadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
Özel Medical Park Hastanesi,
Elazığ

^cKadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
Kızıltepe Devlet Hastanesi,
Mardin

Geliş Tarihi/Received: 05.03.2013

Kabul Tarihi/Accepted: 26.08.2013

Yazışma Adresi/Correspondence:

Salih Burçin KAVAK
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Elazığ,
TÜRKİYE/TURKEY
burcinkavak@yahoo.com

ÖZET Amaç: Sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) yapan hastalarda maternal ve fetal riskleri tespit edip, bu hastaların demografik ve obstetrik özelliklerinin değerlendirilmesi. **Gereç ve Yöntemler:** SSVD yapan 68 olgunun dosyaları retrospektif olarak incelendi. Olguların yaş, gebelik haftası, gravide, parite, abortus sayısı, geçirilmiş sezaryen sayısı, önceki sezaryen tekniği ve endikasyonları gibi obstetrik öyküleri kayıt altına alındı. Öte yandan mevcut gebeliklerin başvuru anındaki klinik özellikleri kayıt edildi. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde tanımlayıcı istatistik kullanıldı. **Bulgular:** Çalışmaya alınan 68 olgunun yaş ortalaması 25,8 olup, 3 olgu geçirilmiş II sezaryen, 65 olgu ise geçirilmiş I sezaryendi. Sezaryen olgularının 28'i ilk gebeliklerinde sezaryen olmuş iken, 40 olgunun sezaryen operasyonundan önce en az bir vajinal yolla doğum öyküsü vardı. Olguların tamamı doğumun 1. evre aktif fazında kliniğe başvurdu ve sezaryen ile doğum yapmayı kabul etmediler. Hastalara riskler hakkında bilgi verildi ve onam formu imzalatıldı. Bir olguda uterin rüptür (%1,4) gelişti. Bu olguda fetüs vakum ile doğurtuldu ve doğum sonrası acil laparotomi yapıldı, uterin rüptür onarımı ile hemostaz sağlandı. Yenidoğan yoğun bakım ünitesine beş bebek alındı. Bunların üçünde yenidoğanın geçici takipnesi, ikisinde prematüre ile ilgili sorunlar mevcuttu. Ancak yatırılan tüm yenidoğanlar, şifa ile taburcu edildi. Hiçbir olguda fetö-maternal mortalite gelişmedi. **Sonuç:** Doğumun aktif fazında başvuran geçirilmiş sezaryen olgularında vajinal doğum, yakın takip ve gözetim altında yaptırılabilir. Bu durumda "Bir defa sezaryen, her zaman sezaryen" kuralı aşılabılır ve sezaryen oranları düşürülebilir.

Anahtar Kelimeler: Sezaryenden sonra vajinal doğum; morbidite; uterus rüptürü

ABSTRACT Objective: Determination of maternal and fetal risks in patients who had vaginal birth after cesarean (VBAC) and evaluation of demographic and obstetric characteristics of those patients. **Material and Methods:** Sixty eight cases that had VBAC were retrospectively investigated. Obstetric histories of patients including age, gestational week, gravidity, parity, the numbers of abortions and previous cesarean, previous cesarean techniques and indications were recorded. Moreover, clinical features of current pregnancies at the time of presentation were recorded. Descriptive statistics were used for statistical analysis of data. **Results:** The mean age for 68 cases included in the study was 25.8 and 3 cases had previous 2 cesareans. 65 cases had 1 previous cesarean. Twenty eight cases had cesarean in their first pregnancy and 40 cases had at least 1 vaginal delivery history prior to cesarean operation. All cases were referred to the clinic during 1st stage active phase of delivery and did not accept cesarean delivery. They were informed about risks and signed informed consent form. Uterine rupture (1.4%) was occurred in one case. That case was delivered via fetal vacuum and urgent laparotomy was performed following delivery, hemostasis was maintained with uterine rupture repair. Five newborn was admitted to the newborn intensive care unit. Among them, 3 had transient tachypnea of newborn and 2 had problems related to prematurity. However, all admitted newborns were discharged with cure. No fetomaternal mortality was seen. **Conclusion:** Vaginal birth can be performed under close observation for those with previous cesarean history, referred at active phase of delivery. In that case, "once a cesarean, always cesarean" rule can be disregarded and cesarean rates can be reduced.

Key Words: Vaginal birth after cesarean; morbidity; uterine rupture

Sezaryen, vajinal yolla doğumun mümkün olmadığı durumlarda, batın tabakalarının kesilerek fetüsün doğurtulmasıdır. Vajinal yolla doğum ise fizyolojik olan ve tercih edilmesi gereken doğum şeklidir. Ancak baş pelvis uyumsuzluğu, bebeğin duruş bozuklukları, fetal distres, zor doğum (distosi), iri fetüs, geçirilmiş sezaryen gibi durumlarda doğumun vajinal yolla gerçekleşmesi anne veya bebek açısından riskli olabilmektedir. Böyle durumlarda bebeğin sezaryen yöntemi ile doğurtulması tercih edilmektedir.^{1,2}

Sezaryen ile doğum gerekli olduğunda anne ve bebek için yaşam kurtarıcı olmakla birlikte, vajinal doğumla karşılaştırıldığında maternal mortalite ve morbidite oranları dört kat artmaktadır. Ayrıca yüksek maternal ölüm oranları, yara iyileşmesindeki güçlükler, emzirme ve anne-bebek ilişkisinde gecikme, yüksek tedavi maliyetleri, sonraki doğumların risklerini artırma gibi dezavantajlara da sahiptir. Anne ölüm riski sezaryen sonrası 2500 doğumda birden az iken, vajinal yolla doğum sonrası 1000'de birden azdır.³⁻⁶

Tüm bu dezavantajlarına rağmen günümüzde sezaryen oranları, özellikle mediko-legal problemlerden dolayı son 30 yılda tüm dünyada hızlı bir artış göstermiştir. Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere, tüm ülkeler sezaryen oranlarının düşürülmesi konusunda hemfikirdir.⁷ Bu amaçla kullanılan yollardan birisi de sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD)'un teşvik edilmesidir. Literatürde seçilmiş uygun vakalarda SSVD'nin başarılı ve güvenli bir yöntem olduğu belirtilmektedir.^{8,9}

Çalışmamızda, SSVD yapan olgularımızın demografik özellikleri, feto-maternal morbidite ve mortalite oranlarını retrospektif olarak değerlendirdik.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışma, Fırat Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ile Kızıltepe Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Ocak 2010-Ocak 2013 tarihleri arasında SSVD yapan 68 olgunun dosyalarının retrospektif olarak incelenmesi ile yapıldı. Olguların yaş, gebelik sa-

yısı, paritesi, sezaryen sayıları gibi obstetrik öyküleri kayıt altına alındı. Hastaların önceki sezaryen endikasyonları ve sezaryen tekniği ile ilgili bilgileri kayıt edildi. Önceki gebeliği sefalopelvik uyumsuzluk nedeniyle sezaryenle sonlanan olgular çalışma dışı bırakıldı. Öte yandan mevcut gebeliklerin başvuru anındaki özellikleri incelendi ve elde edilen bulgular kayıt altına alındı.

Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde SPSS 12,0 programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistik yapıldı.

BULGULAR

Çalışmaya 68 olgu alındı. Olguların yaş, gebelik sayısı, parite, sezaryen sayıları ile ilk sezaryenden önce vajinal doğum öyküleri gibi demografik ve obstetrik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Olguların yaş ortalaması 25,8 olup, 40 olgunun sezaryen öncesi en az bir vajinal doğum yaptığı tespit edildi.

Çalışmaya alınan olguların 3'ü geçirilmiş II sezaryen iken, kalan 65 olgu geçirilmiş I sezaryendi. Sezaryen olgularının 28'i ilk gebeliklerinde sezaryen olmuş iken, 40 olgunun sezaryen operasyonundan önce en az bir vajinal yolla doğum öyküsü vardı. Olguların önceki gebelikleriyle ilgili bilgiler dosya incelemelerinde elde edilmiş ve tüm olguların uterin alt segment transvers kesi ile sezaryen olduğu, hiçbir olguda klasik kesi veya T insizyonu yapılmadığı belirlenmiştir. Olguların ilk sezaryen endikasyonları Tablo 2'de gösterilmiştir.

TABLO 1: Olguların demografik ve obstetrik özellikleri.

Parametre	Minimum-Maksimum	Ortalama±SD
Yaş (yıl)	19-35	25,8±5,3
Gebelik Yaşı (Hafta)	34-40	37,8±1,8
Gravide (Adet)	2-6	3,2± 1,1
Parite (Adet)	1-4	1,8± 0,8
Abortus (Adet)	0-2	0,4±0,6
Önceki Sezaryen Sonrası geçen süre (Ay)	16-36	23,5±6,1
Tahmini Fetal Ağırlık (g)	2000-3800	3151±521
Servikal Açıklık (cm)	7-10	8,0±1,0
Efasman(%)	60-100	74,5±12,6

TABLO 2: Olguların önceki sezaryen endikasyonları.

Sezaryen Endikasyonu	Olgu Sayısı
Geçirilmiş Sezaryen	3
Prezentasyon Anomalisi	12
Fetal Distres	18
Başarısız İndüksiyon	8
İlerlemeyen Travay	10
İri Fetüs	8
Plasenta Previa	9

Prezentasyon Anomalisi: Makat ve transvers gelişler; Fetal Distres: Geç deselerasyonlar ya da güven vermeyen trase varlığı olanlar; Başarısız İndüksiyon: Bir PGE2 kontrollü salımlı ovülün (10 mg) 24 saat boyunca kalmasından meydana gelen bir tedavi döngüsünden sonra doğum eyleminin meydana gelmemesi; İlerlemeyen Travay: Etkin uterin kontraksiyonlara rağmen 2 saat boyunca servikste açılma yada fetüste inişin olmadığı olgular; İri Fetüs: Tahmini fetal ağırlığı 4000 g. üzeri olanlar; Plasenta Previa: Plasentanın serviksi tamamen kapattığı olgular.

Mevcut gebeliklerinde ise tüm olgular doğumun 1.evresinin aktif fazında kliniğe başvurmuş olup, olguların hiçbirine indüksiyon yapılmamıştır. Olgulara SSVD'nin riskleri anlatılmış ve vajinal doğum istemleri imza alınmak suretiyle kayıt altına alınmıştır. Gerekli acil ameliyat şartları hazırda olacak şekilde aktif travayları takip edilmiştir. Travay esnasında sürekli monitörizasyon eşliğinde olguların doğumları yaptırılmıştır. Bütün olgulara mediolateral epizyotomi açılmış olup 1 olgu vakum ile doğurtulmuştur. Hiçbir olguya vajinal yolla doğum önceden planlanmamıştı. On dokuz hastada hastaneye kabullerinden çok kısa süre sonra vajinal yolla doğum gerçekleşmiştir. Diğer 49 hastada yine eylemin aktif fazında birçoğu da ileri derecede servikal açıklıkla hastaneye başvurmuş ve sezaryene alınmayı reddetmişlerdir. Bu hastaların, doğumun ilerleyen dönemlerinde hastaneye başvurmalarının altında yatan en önemli nedenin sezaryen ile doğum yapmak istememeleri olduğu alınan anamnezlerinden öğrenilmiştir.

Hastaların doğum sırasındaki özelliklerine bakıldığında; olguların tamamı baş prezentasyonunda olup, 55 olgunun 37. gebelik haftasından büyük, 13 olgunun 34-37 gebelik haftası arasında olduğu tespit edilmiştir. Ultrasonografide tahmini fetal ağırlığın 2000-3800 g arasında olduğu, hastaların kliniğe başvurduklarında servikal açıklığın en az 7 cm olduğu, efasmanın ise %60-100 arasında olduğu belirlenmiştir. Hiçbir olguya oksitosin indüksiyonu

başlanmamış ve tüm olguların baş prezentasyonunda olduğu tespit edilmiştir. Vajinal yolla doğum yapan olguların hastaneye kabul anındaki obstetrik özellikleri Tablo 3'te gösterilmiştir.

SSVD yapan olgulardan 1 (%1,4)'inde uterin rüptür gelişmiştir. Yirmi üç yaşında olan bu hastanın; başvuru anında 40 hafta gebeliği olup, servikal açıklığı 8 cm ve efasmanı %70-80 idi. Hasta ve yakınları sezaryene alınmayı reddetmişler ve normal doğum için onam formu imzalamışlardır. İkinci gebeliği olan olgunun, 20 ay önce fetal distres nedeniyle aynı hastanede sezaryen olduğu, alt segment transvers kesi yapıldığı ve kesi hattının tek kat kapatıldığı, kayıtlardan tespit edilmiştir. Olguda servikal açıklık 10 cm, efasman %100 olduğunda spontan kontraksiyonların kesildiği, fetal bradikardi geliştiği, anne nabzının 96/dk'ya çıktığı ve hipotansiyon geliştiği izlenmiştir. Uterin rüptür düşünülen olgu tam açık olduğu için vakum ile 3680 g, tek, canlı kız bebek başla doğurtulmuş olup birinci dakika APGAR değeri 6, beşinci dakika APGAR değeri 8 olarak tespit edilmiştir. Bu olgu doğum sonrası acil laparotomiye alınmıştır. Eski insizyon hattını içeren sol taraftan uterin arteri de içine alarak yukarıya doğru J şeklinde bir rüptür olduğu izlenmiştir. Hastaya intraoperatif 3 Ünite eritrosit süspansiyonu, 2 Ünite taze donmuş plazma ve postoperatif dönemde 2 Ünite eritrosit süspansiyonu verilmiştir. Uterin rüptür onarımı yapıp hemostaz sağlanmıştır. Hastaneye başvuru anında Hb: 11,2 mg/dL, Htc: %35,4 olan ve uterin rüptür gelişen olguda postoperatif birinci gün Hb: 9,2 mg/dL ve Htc: 27,4 olarak bulunmuştur. Olgu postoperatif beşinci günde sorunsuz olarak taburcu edilmiş, bebeğinde ise doğum sonrası yenidoğanın geçici takipnesi gelişmiştir.

TABLO 3: Olguların başvuru anındaki bazı obstetrik özellikleri.

Başvuru Anındaki Obstetrik Özellikler	Olgu Sayısı
Gebelik haftası 37. haftadan büyük olgu sayısı (Adet)	55
Gebelik haftası 34-37. hafta arası olan olgu sayısı (Adet)	13
Sezaryen öncesi vajinal doğum yapan (Adet)	40
Sezaryen öncesi vajinal doğum yapmayan (Adet)	28
Geçirilmiş I sezaryen (Adet)	65
Geçirilmiş II sezaryen (Adet)	3

Hiçbir olguda fetal mortalite gelişmemiş ve yenidoğan yoğun bakım ünitesine beş yenidoğan alınmıştır. Bunların üçünde yenidoğanın geçici takipnesi, ikisinde prematüre ile ilgili sorunlar oluşmuştur. Ancak yatırılan tüm yenidoğanların, şifa ile taburcu edildiği görülmüştür.

Olguların tamamında, doğum sonrası vajinal ve intraabdominal kanama açısından 3x1/24 saat hematokrit takibi ve postpartum birinci saatte vajinal ultrason değerlendirmesi yapılmıştır. Bir olgu dışında doğum sonrası operasyon veya kan transfüzyonu gerektirecek ciddi bir komplikasyon gelişmediği gözlemlenmiştir.

TARTIŞMA

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sezaryenle doğum oranı özellikle son 10 yılda giderek artış göstermiştir. Bir kez sezaryen hep sezaryen söylemine karşın, sezaryen sonrası uygun olgularda vajinal doğum planlanabilir. Sezaryenle doğum öyküsü, bir sonraki gebelikte ektopik gebelik, plasenta implantasyon bozuklukları, febril ve tromboembolik olaylar, histerektomi gerekliliği gibi hem anne hem de bebek için risk oluşturabilecek komplikasyonların gelişme olasılığını artırır.¹⁰

Ancak sezaryen sonrası vajinal yolla doğum yapan hastalarda en çok korkulan risk uterin rüptür gelişimidir. Uterin rüptür, myometriumun seroza, mesane ya da Broad ligamanı içeren ayrılması olarak tanımlanır. Myometrial ayrılma serozayı aşmıyorsa uterin dehisens olarak adlandırılır.¹¹ Sezaryenle doğum öyküsü olan bir olgunun bir sonraki gebeliğinde, antepartum ve intrapartum dönemde gelişebilecek rüptür tehlikesi, sezaryenle doğum oranlarını yükseltmektedir.¹²

Rageh ve ark., SSVD’yi, elektif sezaryene tercih eden olguların, genç yaş grubu hastalar olduklarını bildirmişlerdir. Ayrıca 40 yaşından küçük olgularda SSVD’lerde daha başarılı olmuşlardır.¹³

Çalışmamızda SSVD’yi seçen olguların yaş ortalamasının 25,8 olması literatür ile uyumludur. Hastaların yaşının genç olması doğum başarısını artırmış olup komplikasyon riskini azaltmada bir faktör olabilir. Macones ve ark., bir kez sezaryen operasyonu geçiren olgularda, vajinal doğum başarısının %75,5, iki sezaryen operasyonu geçiren olgularda vajinal doğum başarısının %75 olduğunu bildirmiştir. Ayrıca bir kez sezaryen geçiren olgularda vajinal doğum sırasında uterin rüptür olasılığının 87/1000 olduğunu, iki ya da daha fazla sezaryen geçirenlerde ise 200/1000 olduğunu bildirmişlerdir.¹⁴ Flamm ve ark.’nın yaptığı çalışmaya göre ise, SSVD yapan olgularda uterin rüptür gelişme riski %0,50-0,80 bulunmuştur.¹⁵

Çalışmamızdaki rüptüre olan olgu, 40 hafta gebeliği bulunan, takipsiz bir olguydu. Servikal açıklık 8 cm ve efasmanı %70-80 olarak kliniğe başvurmuştu. Çalışmamızda uterin rüptür insidansımız 100’de 1,4 olarak bulunmuş olup, literatüre göre daha yüksek bir oran elde edilmiştir. Bunun nedeni olgu sayımızın nispeten sınırlı olması olabilir.

Öte yandan Weinstein ve ark., önceki vajinal doğumun SSVD başarı oranını artırdığını ileri sürmüşlerdir.¹⁶ Bizim çalışmamızda da 40 olgu önceden vajinal yolla doğum öyküsüne sahipti. Bu 40 olgunun hiçbirinde fetomaternal komplikasyon gelişmemiştir.

Çalışmamızda sadece beş olgu yenidoğan morbiditesi nedeniyle, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takip edildi. İki olgu prematürite, üç olgu yenidoğanın geçici takipnesi nedeniyle yatırıldı. Tüm bebekler sağlıklı bir şekilde taburcu edildi.

Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında aktif travaydaki geçirilmiş sezaryen olgularının sürekli monitörizasyonu, yakın travay takibi ve ameliyathane şartlarının her an hazır olması durumunda fetal ve maternal komplikasyonların minimize edilebileceği söylenebilir. Yine de daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Tita AT. When is primary cesarean appropriate: maternal and obstetrical indications. *Semin Perinatol* 2012;36(5):324-7.
2. Park CS, Yeom SG, Choi ES. Study of subjectivity in the perception of cesarean birth. *Nurs Health Sci* 2005;7(1):3-8.
3. Konakçı S, Kılıç B. [Cesarean births is rising]. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2002;8(11):286-8.
4. Aslam MF, Gilmour K, Fawdry RD. Who wants a caesarean section? A study of women's personal experience of vaginal and caesarean delivery. *J Obstet Gynaecol* 2003;23(4):364-6.
5. Radobugh S. Cesarean birth: reducing incidence while improving Outcomes. *AWHONN Lifelines* 1999;3(1):28-34.
6. Güney M, Uzun E, Oral B, Sarıkan İ, Bayhan G, Mungan T. [In our clinic indications and rates of cesarean section between 2001-2005]. *J Turk Soc Obstet Gynecol* 2006;3(4):249-54.
7. Yang YT, Mello MM, Subramanian SV, Studert DM. Relationship between malpractice litigation pressure and rates of cesarean section and vaginal birth after cesarean section. *Med Care* 2009;47(2):234-42.
8. Akçay T, Göl K, Şahin İ, Şimşek M. [The safety of vaginal birth after cesarean]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2001;11(4):224-7.
9. Güngör ES, Ertaş E, Moröy P, Çelen Ş, Danişman N, Mollamahmutoğlu L. [Vaginal birth after cesarean: Is it safe?]. *Perinatoloji Dergisi* 2005;13(4):208-12.
10. Hemminki E, Meriläinen J. Long-term effects of cesarean sections: ectopic pregnancies and placental problems. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174(5):1569-74.
11. İngeç M, Kumtepe Y, Özdiller O, Coşgun S, Kadanalı S. [Vaginal birth after cesarean section]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2004; 14(2):96-100.
12. Hassan A. Trial of scar and vaginal birth after cesarean section. *J Ayub Med Coll Abbotabad* 2005;17(1):57-61.
13. Rageth JC, Juzi C, Grossenbacher H. Delivery after previous cesarean: a risk evaluation. *Swiss Working Group of Obstetric and Gynecologic Institutions. Obstet Gynecol* 1999;93 (3):332-7.
14. Macones GA, Peipert J, Nelson DB, Odiibo A, Stevens EJ, Stamilio DM, et al. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193(5):1656-62.
15. Flamm BL, Goings JR, Liu Y, Wolde-Tsadik G. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a prospective multicenter study. *Obstet Gynecol* 1994;83(6):927-32.
16. Weinstein D, Benshushan A, Tanos V, Zilberstein R, Rojansky N. Predictive score for vaginal birth after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174(1 Pt 1):192-8.