

POKUS O SPONTÁNNÍ POROD VERSUS ELEKTIVNÍ CÍSAŘSKÝ ŘEZ U ŽEN PO PŘEDCHOZÍM PORODU CÍSAŘSKÝM ŘEZEM

MUDr. Jiří Hanáček

Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

Historický úvod

Od památné věty Edwina Craiga z roku 1916 „*Jednou císařský řez, vždy císařský řez*“ do 70. let byl stav po císařském řezu jasnou indikací k provedení dalšího císařského řezu. To samozřejmě vedlo k výraznému nárůstu provádění císařských řezů především v USA. Mezi nejčastější indikace k císařskému řezu dnes patří hypoxie plodu, dystokie, malprezentace a také stav po císařském řezu. V roce 1923 Schell jako první publikoval úspěšné vaginální porody 34 novorozenců u 23 matek po císařském řezu. Na základě vzrůstajícího počtu studií, které dokazovaly bezpečnost spontánních porodů po císařském řezu inicioval počátkem 80. let v USA Národní institut zdraví konferenci, kde bylo doporučeno znovuzavedení VBAC (Vaginal Birth after Caesarean Delivery – vaginální porod po císařském řezu) do praxe. To se samozřejmě v 80. letech odrazilo na poklesu císařských řezů a vzestupu VBAC. Bohužel po několika kazuistikách ruptur děložních při porodu s vážnými komplikacemi pro plod i matku došlo opět k poklesu zájmu o VBAC. Dnes opět můžeme pozorovat vzestup zájmu o VBAC, právě díky značnému počtu kvalitních studií, které umožňují mnohem sofistikovanější selekci pacientek vhodných k VBAC.

Jaké jsou výhody VBAC?

Mezi výhody VBAC patří: přirozený porod a okamžitý kontakt s dítětem, bez abdominální operace, nižší krevní ztráty a tedy i nutnost podání krevních náhrad, menší riziko infekce, kratší doba hospitalizace a rekonvalescence, méně tromboembolických komplikací, příznivější podmínky pro eventuelní další graviditu a porod.

Kontraindikace VBAC

1. Jiný než supracervikální transverzální řez na děloze.
2. Více než jeden císařský řez v anamnéze (v evidence based není jasnou kontraindikací).
3. Ruptura děložní po předchozím císařském řezu.
4. Jiná porodnická kontraindikace ke spontánnímu porodu (placenta praevia, malprezentace plodu...).
5. Operace na děloze s větším poškozením stěny děložní (např. myomektomie).
6. Císařský řez v anamnéze před 18–24 měsíci.
7. Ultrazvukem změřená jizva pod 3,5 mm.

8. Ultrazvukový odhad váhy plodu nad 4 000 g (v evidence based není jasnou kontraindikací).
9. Odmítnutí VBAC pacientkou.

Úspěšnost VBAC

Uváděná úspěšnost VBAC se pohybuje mezi 50–85 %. V poslední metaanalýze publikované v AJOGu v roce 2008 je to konkrétně 73 %. (1) Tato úspěšnost je ovlivňována několika faktory. Například předchozí spontánní porod zvyšuje pravděpodobnost úspěchu na 87 % oproti 61 % bez předchozího porodu (2). Mezi ostatní faktory, které mají vliv na zlepšení prognózy patří věk matky do 40 let, pokročilý vaginální nález, váha plodu do 4 000 g. Většího procenta úspěšnosti lze dosáhnout i u žen, kdy indikací k předchozímu císařskému řezu byla malpresentace plodu, poloha koncem pánevním, hypertenze, preeklampsie. Faktory, které naopak snižují pravděpodobnost úspěchu VBAC jsou obezita, kouření, abusus alkoholu, předchozí indikace k císařskému řezu jako dystokie, nepostupující porod, kefalopelvický nepoměr. Ve snaze vytvořit skórovací systém, který by pomohl predikovat úspěšnost VBAC a tím snížit možné dopady nezdařeného VBAC, bylo provedeno několik studií (Maconen, Troyer, Parisi, Srinivas). Pomocí logistického regresivního modelu za použití proměnných jako rasa, věk, suspekce na kefalopelvický nepoměr, váha plodu, anamnéza předchozího porodu atd. byl vytvořen systém, kterým ale bohužel nelze zcela spolehlivě predikovat selhání VBAC. Ženy, které měly nepříznivé známky k úspěchu VBAC porodily ve více jak 50 %. (3)

Rizika a komplikace VBAC

Absolutní procento komplikací je malé, ale tyto komplikace jsou závažné pro morbiditu a mortalitu jak matky tak i plodu. Nejzávažnějším rizikem je ruptura děložní v místě jizvy po předchozím císařském řezu. K této komplikaci dochází u 0,2–1,5 % žen, kde byla provedena příčná incize v dolním děložním segmentu. U žen, kde tato incize v dolním děložním segmentu byla vertikální, je riziko ruptury 1–1,6 %. Při použití klasického korporálního nebo T řezu na děloze toto riziko stoupá na 4–9 %. (4) Proto je u žen s tímto typem řezu VBAC kontraindikován. Riziko ruptury děložní je vyšší u žen, u kterých došlo k předchozímu císařskému řezu do 24 měsíců. Toto riziko je až 2,6násobně vyšší. Vyšší riziko je také pozorováno u protahovaných porodů a k mírnému zvýšení dochází také při užití oxytocinu k augmentaci porodu. Indukce porodu prostaglandiny zvyšuje riziko ruptury děložní na 2,5 % (RR 15,6) a při následném užití oxytocinu dochází ke zvýšení možnosti ruptury děložní až na 4,5 %. Použití samotné amniotomie k indukci porodu a následně oxytocinu zvedá riziko ruptury na 0,77 %. K přípravě hrdla děložního lze vcelku bezpečně využít dilatace Foleyovým katetrem. Schimonowitz et al. zjistili, že riziko ruptury děložní klesá po 0, 1, 2, 3 úspěšných VBAC na 1,6 %, 0,5 %, 0,2 % a 0,35 %. (5)

K predilekci možné ruptury děložní lze použít ultrazvukového vyšetření ve 36.–38. týdnu gravidity. Abdominální nebo vaginální sondou lze měřit oblast dolního děložního segmentu v místě jizvy za náplně močového měchýře 200–300 ml. Určitou cut-off je 3,5 mm. Rozenberg ve své studii popsal u hodnot pod 3,5 mm riziko ruptury děložní až 11,5 % a nad 3,5 mm bylo toto riziko minimální. (6) Při ultrazvukovém vyšetření se samozřejmě zaměřujeme i na biometrii plodu s jeho váhovým odhadem a snažíme se posoudit vztah placenty k předchozí jizvě děložní.

Ruptura děložní je rizikem jak pro plod, tak i pro matku. U matky dochází k větším krevním ztrátám, hypotenzi až s možností úmrtí. Jsou častěji popisovány hysterektomie, poranění močového

měchýře, střeva, zánětlivé komplikace a febrilie. U plodu při ruptuře děložní výrazně stoupá nad 50 % riziko těžké asfyxie, hypoxicko-ischemické encefalopatie a až s možností úmrtí plodu. Pokud dojde k expulzi placenty nebo plodu do dutiny břišní, je plod ohrožen těžkou metabolickou acidózou. V roce 2003 publikoval Chauhan S.P. review na 142 075 pokusech o VBAC a zaznamenali 0,62 % ruptur dělohy, mateřské úmrtí v 0,002 %, hysterektomii v 0,09 %, nutnost transfuze v 0,15 %, poranění močového měchýře v 0,08 %. Popsal těžkou acidózu u plodů v 0,15 % a perinatální úmrtí v 0,04 %. (7)

Mezi symptomy, které signalizují riziko ruptury patří patologický CTG záznam, abdominální bolest rodičky, šokový stav u rodičky, náhlé zastavení kontrakcí, vaginální krvácení, krvácení z močových cest a vymizení hlavičky plodu z porodních cest. Jedině rychlé rozpoznání symptomů ruptury děložní a provedení urgentního císařského řezu vede ke snížení mortality a morbidit u matky a plodu. Z tohoto důvodu je možné provádět VBAC pouze v zařízeních, kde je z organizačních podmínek možné provést urgentní císařský řez do 15–30 minut od stanovení diagnózy.

Samostatnou skupinou jsou ženy, kde došlo k neúspěchu v pokusu o VBAC a porod musel být ukončen císařským řezem. Tyto ženy mají mnohem horší výsledky mateřské morbidit, ale i mortality. Jsou u nich častěji popsány infekce, febrilie, větší krevní ztráty, nutnost krevních transfuzí, poranění střev, močového měchýře a při ruptuře děložní i nutnost provedení hysterektomie. Pro srovnání lze uvést výsledky, které publikovala A.C. Rossi v AJOGU roku 2008. Jedná se o metaanalýzu prací z let 2000–2007, kde bylo zahrnuto 24 349 pacientek po císařském řezu, které se pokusily o VBAC s úspěšností 73 %. Srovnávala mateřskou morbiditu, uterinní rupturu/dehiscenci, nutnost krevní náhrady a provedení hysterektomie u pacientek po úspěšném VBAC (3,1 %; 0,2 %; 1,1 %; 0,1 %), plánovaném císařském řezu (4,3 %; 0,4 %; 1 %; 0,3 %) a při selhání pokusu o VBAC (17 %; 4,4 %; 3 %; 0,5 %). Výsledky jsou mírně lepší po úspěšném VBAC oproti plánovanému císařskému řezu, ale výrazně horší při selhání pokusu o VBAC. (1)

Výhody plánovaného císařského řezu

Výhody jsou již vlastně částečně nepřímě popsány v předchozím textu, především se jedná o:

- minimalizované riziko ruptury děložní
- jasně daný termín operace s možností přípravy
- absence absolvování bolestivého porodu s nejasným výsledkem
- ochrana pánevního dna (inkontinence moči a stolice)
- prezervace pochvy
- nižší traumatismus dítěte a hypoxicko-ischemické **encefalopatie**

Nevýhody plánovaného císařského řezu

Nevýhody jsou především v souvislosti s nutností provedení abdominální operace a s ní spojenými komplikacemi. Se zvyšujícím se počtem provedených císařských řezů dále stoupá i riziko poruchy placentace. Silver et al na souboru 723 pacientek s placentou praevíí popsal vzrůstající četnost placenty acety u 3 %, 11 %, 40 %, 61 % a 67 % po 1 až 5 císařských řezech. (8) Toto je samozřejmě nepříznivým faktorem pro eventuelní další plánované gravidity. V neposlední řadě je

třeba uvést i stále častěji zmiňovanou komplikaci plánovaného císařského řezu, a to respirační problémy dětí ve 3,5–3,7 % a častější výskyt astmatu v pozdějším věku.

Doporučený postup

Všechny pacientky po císařském řezu by měly být poučeny o možnosti VBAC nebo plánovaného císařského řezu. Měly by jim být vysvětleny výhody, ale i rizika jednotlivých postupů. Na pracovištích by měly být za tímto účelem vypracovány informované souhlasy a doporučené postupy. V první řadě je třeba rozhodnout komu je VBAC možno nabídnout a u koho je kontraindikován.

Speciální případy

Diabetes mellitus ani GDM nejsou kontraindikací k VBAC. Gemini při splnění všech podmínek k vaginálnímu porodu nejsou dle Evidence Based Medicine kontraindikací k VBAC. Potermínová gravidita není kontraindikací k VBAC. Indukce porodu u pacientek po císařském řezu je možná, ale jak bylo uvedeno již výše, se zvýšeným rizikem ruptury děložní. Epidurální analgezie není kontraindikována, ale musíme vzít v potaz změnu charakteru vnímání bolesti v dolním děložním segmentu.

V našem zdravotnickém zařízení postupujeme následovně. Všem pacientkám, které nemají kontraindikaci k VBAC, provádíme ve 38. týdnu gravidity ultrazvukové vyšetření se zaměřením na dolní děložní segment – jizvu a provádíme váhový odhad plodu. Ženám, které mají jizvu menší než 3,5 mm nebo je váhový odhad plodu nad 4 000 g nabízíme elektivní iterativní císařský řez. Ostatní jsou poučeny a podepisují informovaný souhlas s jasným vyznačením zda souhlasí se spontánním VBAC, indukovaným VBAC nebo volí primárně císařský řez. Vedoucí lékař poté schválí indikaci k VBAC. Při samotném porodu provádíme kontinuální CTG záznam plodu a vedeme partogram. Při známkách stresu plodu, bolestivosti v jizvě, prolongovaném porodu doporučujeme provedení císařského řezu. Při augmentaci porodu používáme oxytocin s vědomím mírně zvýšeného rizika ruptury děložní. Po spontánním porodu je možné provést manuální vyšetření dolního děložního segmentu s posouzením možné dehiscence jizvy. Dle guidelines ACOGu a SGOc není digitální vyšetření doporučeno. Důvodem je, že vyšetření nemá potřebnou senzitivitu, může při jeho provádění dojít k poškození dolního děložního segmentu a při zjištěné dehiscenci je stejně doporučen konzervativní postup s ultrazvukovým sledováním jizvy a klinického stavu pacientky.

Závěr

V posledních letech pozorujeme stoupající trend císařských řezů. Hlavními indikacemi jsou hrozící hypoxie plodu, dystokie, poloha koncem pánevním a nyní dramaticky narůstající stav po císařském řezu. Právě VBAC by mohlo tento vzestup snížit. Základem ale zůstává snížit primární indikace k císařským řezům. I přes prokázanou relativní bezpečnost VBAC je třeba veškerá rizika a výhody konzultovat s ženou. Rozhodování o způsobu vedení porodu je komplexní záležitostí, kde musíme vzít v potaz rizikové faktory ruptury děložní, faktory, které se podílejí na úspěšnosti VBAC a z dlouhodobého pohledu i přání ženy na celkový počet dětí.

Literatura:

1. Rossi.C, D'Addario, V.: Maternal Morbidity following a trial of labour after caesarean section vs elective repeate caesarean delivery: a systematic review with metanalysis. Am. J. Obstet Gynecol. 1–8, 2008
2. Landon, M.B., Leindecker, S., et al.: The MFMU Caesarean Registry: Factors affecting the succes of trial of labour after previous caesarean delivery. Am. J. Obstet Gynecol. 193:1016, 2000.
3. Srinivas, S.K., Stamilio, D.M., et al.: Predicting failure of vaginale birth attempt after caesarean delivery. Obstet. Gynecol. 109:800, 2007.
4. Adair, C. D., Sanchez-Ramos, L, et al.: Trial of labour in patients with previous lower uterine vertical Caesarean section. Am. J. Obstet Gynecol. 174: 966,1996.
5. Schimonowitz, S., Botosnenano, A., Hochner-Celnikier, D.: Successful first vaginal birth after Caesarean section: a predictor of reduced risk fot uterine rupture in subsequent deliveries. Indian. Med. Assoc. J. 2:256, 2000.
6. Rozenberg, P., Gofinnet, F., et al.: Ultrasonografic measurment of lower uterine segment to asses the risk of defects of scarred uterus. Lancet 347:281,1996.
7. Chauhan, S.P., Martin, J.N., et al.: Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142 075 patients who attempted vaginal birth after caesarean delivery: a review of literature. Am. J. Obstet. Gynecol. 189:408,2003.
8. Silver, R.M., Landon, M.B., et al.: Maternal morbidity associated with multiple repeat caesarean deliveries. Obstet. Gynecol. 107:1226, 2006.

*J. Hanáček
Podolské nábř. 157
148 00 Praha 4*