

کارآزمایی لیبر پس از سزارین با هدف انجام زایمان طبیعی

TOLAC: Trial of Labor after Cesarean Delivery

VBAC: Vaginal Birth after Cesarean Delivery

مشاوره با مادر باردار:

- بهترین زمان مشاوره، اولین ویزیت های پره ناتال و حتی قبل از اقدام به بارداری است.
- درخصوص مزایا و عوارض سزارین و زایمان طبیعی پس از سزارین به مادر توضیح داده شود و در پرونده ثبت گردد.
- مادران تا قبل از زایمان می توانند تصمیم خود را در خصوص انجام زایمان طبیعی یا سزارین تغییر دهند.
- برای خانواده هایی که تمایل به داشتن فرزند بیشتری دارند VBAC روش مناسب تری برای زایمان است.
- شانس موفقیت VBAC در بارداری سفالیک، ۳۷ هفته و بالاتر و یک بار سزارین قبلی ۷۵-۷۲ درصد است.
- در مادران با سابقه دو بار سزارین یا بیشتر VBAC منعی ندارد می بایست با مادر در خصوص احتمال پارگی رحم مشاوره شود.
- در صورت تمایل مادر به بستن لوله های رحمی و دارا بودن مجوز آن و ترس مادر از درد لیبر انجام سزارین ارجح است.

در موارد زیر VBAC پیش آگهی بهتری دارد:

- ❖ زایمان واژینال موفق قبلی
- ❖ تمایل مادر به برگشتن سریعتر به فعالیت روزمره پس از زایمان
- ❖ تمایل والدین به تجربه لیبر و زایمان طبیعی

شرایط اقدام به انجام زایمان طبیعی :

نکته ۱: پیشگویی دقیق برای انجام زایمان طبیعی موفق پس از سزارین وجود ندارد. آزمایشی برای تشخیص احتمال پارگی اسکار رحمی قبلی وجود ندارد.

نکته ۲: عدم آگاهی از نوع برش رحمی مانعی برای انجام زایمان طبیعی پس از سزارین نیست و شانس پارگی رحم همانند برش عرض سگمان تحتانی است.

۱. انجام زایمان طبیعی حتماً می بایست به درخواست مادر باشد و این درخواست در پرونده ثبت شود. هیچ مادری نباید مجبور به انجام کارآزمایی لیبر شود.

۲. رضایت همسر در خصوص روش زایمان اخذ شود.
۳. در صورت مرگ جنین داخل رحمی بهتر است کارآزمایی لیبر پس از سزارین انجام شود.
۴. اندیکاسیون طبی مامایی برای انجام سزارین نداشته باشد مانند: جفت سرراهی، بریج FOOTLING و غیره
۵. زایمان می بایست در مراکزی با امکان دسترسی فوری به منابع و پرسنل درمانی (شامل متخصص بیهوشی، پرسنل اتاق عمل، جراح متخصص زنان مجرب جهت مانیتورینگ زایمان و انجام سزارین اورژانس، پرسنل و امکانات احیاء نوزاد) انجام شود.

اداره زایمان در VBAC:

- ✓ به طور کلی کنترل لیبر و زایمان مشابه زایمان در زنان با رحم بدون اسکار است.
- ✓ مراقبت از مادر می بایست یک به یک باشد. One To One Care
- ✓ حتماً از مادر رگ باز گرفته شود آزمایشهای CBC Diff و BG RH و رزرو خون انجام شود.
- ✓ از مانیتورینگ الکترونیک دائم برای کنترل ضربان قلب جنین و کنترل انقباضات رحم استفاده شود. می توان اداره زایمان را با مانیتورینگ الکترونیک یا دستی مطابق مراقبت در مادران پرخطر انجام داد. نحوه استفاده از مانیتورینگ الکترونیک دائم همانند راهنمای بالینی مادران پرخطر است.
- ✓ به علائم و نشانه های مادر مانند: تهوع، دردشکم و ... توجه شود.
- ✓ پیشرفت زایمان حتماً در پارتوگراف ثبت شود. پیشرفت زایمان در TOLAC بدون سابقه زایمان واژینال مشابه خانم نولی پار و در افراد با سابقه زایمان واژینال مشابه زنان مولتی پار می باشد. طول مدت عدم پیشرفت در فاز فعال زایمانی نباید حداکثر بیشتر از ۳ ساعت باشد.
- ✓ استفاده از روشهای بی دردی مانند اپی دورال در حین زایمان منعی ندارد

القا Induction و تحریک Augmentation زایمان:

توجه: استفاده از پروستاگلاندین ها برای القای زایمان غیر مجاز است.

- شانس VBAC با اینداکشن کمتر از وقتی است که لیبر خود به خود شروع شده باشد.
- روش های مکانیکی: مجاز است. در صورت سرویکس دیلاته و مطلوب آمنیوتومی جهت اینداکشن پیشنهاد می شود.
- دیلاتورهای مکانیکی یا کاتترهای ترانس سرویکال یا استفاده از سوند فولی می تواند یک انتخاب مناسب برای افراد خواهان TOLAC با سرویکس نامطلوب باشد .
- اکسی توسین: مجاز است. احتمال بروز پارگی با افزایش دوز اکسی توسین افزایش می یابد حداکثر دوز مجاز 20 mU/min است. در صورت استفاده از اکسی توسین می بایست برای اداره زایمان مانند مادران پرخطر از مانیتورینگ الکترونیک دائم استفاده شود.

مراقبت پس از زایمان :

بررسی محل برش قبلی به صورت روتین با معاینه دستی بعد از VBAC توصیه نمی شود. در صورت خونریزی واژینال شدید و بروز علائم هیپوولمی معاینه دستی محل اسکار رحمی و بررسی پارگی سرویکس ضروری است. ۶ ساعت پس از زایمان هموگلوبین مادر اندازه گیری شود. در صورت کاهش هموگلوبین از نظر خونریزی بررسی شود. تا ۶ ساعت پس از زایمان حجم ادرار اندازه گیری شود. ادامه مراقبتها همانند مراقبت در مادران با زایمان طبیعی می باشد.

تشخیص پارگی رحم:

۱. CTG غیر طبیعی، بروز برادیکاردی جنینی، افت دیررس (مهم ترین و شایع ترین علامت پارگی رحم)، تبدیل شدن گروه بندی الگوی قلب جنین به گروه II و III
۲. ضعیف شدن و توقف انقباضات رحمی
۳. خونریزی مخفی یا علائم هیپوولمی
۴. خونریزی واژینال غیر طبیعی (ممکن است همیشه اتفاق نیافتد)
۵. تاکیکاردی مادر، افت فشار خون، غش کردن یا شوک
۶. بالا رفتن station جنین
۷. درد شدید ناگهانی شکم و درد بین انقباضات
۸. هماچوری در صورتیکه پارگی رحم به مثانه کشیده شود.
۹. پس از زایمان درد شکمی همراه با خونریزی مداوم علی رغم استفاده از یوتروتونیکها می بایست احتمال پارگی رحم را در نظر گرفت.

مدیریت پارگی رحم:

در صورت احتمال پارگی رحم حین لیبر و unstable بودن مادر از نظر همو دینامیک، حتما مایع درمانی و تزریق خون انجام شود. مادر سریعاً برای سزارین آماده شود بستگی به حال عمومی مادر، برای انتخاب نوع بیهوشی توسط متخصص بیهوشی تصمیم گیری شود. چنانچه خروج سریع جنین مد نظر است و حال عمومی مادر مناسب نیست بیهوشی جنرال ارجح است در اینصورت برای کاهش مدت زمان برای خروج، جنین بیهوشی اپیدورال یا اسپاینال کنترا اندیکه است.

تصمیم به هیسترکتومی یا ترمیم رحم به موارد زیر بستگی دارد:

۱. نجات جان مادر
۲. کنترل خونریزی
۳. وضعیت باروری و تمایل مادر به بارداری بعدی
۴. تشخیص آسیب به ارگانهای مجاور مانند مثانه
۵. عارضه کمتر بعد از جراحی

۶. کمترین عارضه در بارداری بعدی

توجه: چنانچه خونریزی مادر قابل کنترل نیست حتما هیستریکتومی انجام شود.

TOLAC در موارد IUD یا زایمان تریمستر دوم:

زایمان در تریمستر دوم: در موارد القاء زایمان در تریمستر دوم با پروستاگلاندین از جمله میزوپروستول نتایج مشابه زنان بدون اسکار رحمی قبلی است. لذا دیلاتاسیون و تخلیه و القاء زایمان با میزوپروستول روش مناسبی است.

زایمان در تریمستر سوم در موارد IUD: آماده سازی سرویکس با یک کاتتر فولی ترانس سرویکال پیشنهاد می شود. زنان در این موارد باید به TOLAC تشویق شوند زیرا خطر عوارض جنینی منتفی است و حتی در موارد با ریسک بالاتر از نظر عوارض اسکار سزارین قبلی (مانند اسکار کلاسیک قبلی) نیز TOLAC می تواند مد نظر قرار گیرد.

مزایا و معایب:

انجام سزارین تکراری	زایمان طبیعی پس از سزارین
پارگی رحم یک مورد در ۴۰۰۰	پارگی رحم یک مورد در ۲۰۰ پارگی رحم در مادران با دو بار سزارین قبلی دو برابر است.
	مرگ یا آسیب جدی عصبی نوزاد یک در هر ۱۰۰۰
	میزان سپسیس نئوناتال بالاتر است.
بروز عفونتهای لگنی پس از زایمان بیشتر است	کوریو آمیونیوت اینترا پارتوم بیشتر است
مورتالیتی پره ناتال ۰,۰۵٪ و نوزادی ۰,۰۶٪ با این حال میزان خطر کلی بسیار پایین است.	مورتالیتی پره ناتال ۰,۱۳ و نوزادی ۰,۱۱ با این حال میزان خطر کلی بسیار پایین است.
تاکی پنه گذاری نوزادی ۲,۴ درصد است	تاکی پنه گذاری نوزادی ۳,۶ درصد است
	مدت بستری و عوارض بعد از زایمان در TOLAC کمتر است و بازگشت به فعالیت های روزمره سریع تر است.
قابل زمانبندی و برنامه ریزی است.	غیر قابل زمان بندی و برنامه ریزی است.
خطر مرگ مادری ۱۳,۴ در صد هزار تولد زنده است.	خطر مرگ و میر مادری ۳,۸ در صد هزار تولد زنده است
ترومای تولد به علت چاقوی جراحی بیشتر است.	تروما به پرینه بیشتر است.
	موربیدیتی مادری در صورت شکست TOLAC افزایش می یابد
هیستریکتومی ۰/۲۸ درصد	هیستریکتومی ۰/۱۷ درصد
انتقال خون ۱/۲ درصد	انتقال خون ۰/۹ درصد
نمره آپگار دقیقه ۵ و میزان بستری در NICU در نوزاد در دو گروه یکسان است.	
خطر بروز ترومبوز وریدی و آمبولی در هر دو به نظر یکسان است.	

عواملی که منجر به افزایش شانس موفقیت در انجام طبیعی می شود.	عواملی که منجر به کاهش شانس موفقیت در انجام زایمان طبیعی می شود.
<ul style="list-style-type: none"> • اسکارهای پرخطر رحمی: شامل اسکار کلاسیک، اسکار T/J SHAPE ، انسیزیونهای ترانس فوندال یا میومکتومی با گسترش به داخل میومتر • سابقه پارگی قبلی رحم • سابقه DEHISCENCE اسکار رحمی قبلی • بیش از یک بار سزارین با برش عرضی شانس پارگی بالاتر است (۰,۹-۲,۷٪). 	<p>زنان با تنها یک برش سزارین قبلی عرضی در سگمان تحتانی رحم (Low transverse incision) بدون هیچ گونه اسکار رحمی دیگر یا سابقه پارگی رحم و لگن مناسب از نظر بالینی خطر پارگی در موارد مالفورماسیون رحمی با برش سزارین قبلی افزایش نمی یابد</p>
	سابقه زایمان واژینال موفق قبل یا بعد از سزارین (بهترین فاکتور پیش بینی موفقیت)
	بروز لیبر خودبه خودی در زمان بستری و Bishop score بالا
فاکتورهای دموگرافیک مادری: افزایش سن (< ۳۵ سال)، کوتاهی قد، چاقی مادر (BMI>30)، نداشتن همسر، سطح سواد پایین (> ۱۲ سال) و نژاد غیرهیسپانیک	
کمتر از ۶ ماه شانس پارگی رحم و موربیدیتی مادری افزایش می یابد	فاصله بین بارداری ها بیش از ۶ ماه(فاصله آخرین زایمان و ابتدای بارداری)
	عدم وجود بیماری های زمینه ای مادری از جمله پره اکلامپسی، فشار خون، دیابت، آسم، بیماری قلبی و کلیوی
بعد از ۴۰ هفته کاهش شانس VBAC و افزایش خطر پارگی رحم وجود دارد. سن بارداری بالای ۴۰ هفته به تنهایی مانعی برای انجام زایمان طبیعی پس از سزارین نیست.	سن حاملگی کمتر از ۴۰ هفته
	شانس موفقیت VBAC و شانس بروز پارگی در دوقلویی مانند TOLAC برای تک قلویی است. امکان TOLAC برای زنان با دوقلویی و یک برش عرضی قبلی رحمی که از سایر جهات کاندید زایمان دوقلویی واژینال هستند وجود دارد.

REFERENCES:

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists, 2010
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Updates Recommendations on Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery, 2011
3. Williams Obstetrics 2010, 23th edition, Chapter 26. Prior Cesarean Delivery
4. UpToDate 2016, Choosing the route of delivery after cesarean birth.
5. National Institutes of Health. NIH Consensus Development Conference: vaginal birth after cesarean: new insights. Consensus Development Conference statement. Bethesda (MD): NIH; 2010.
6. Sentilhes L, Vayssière C, Beucher G, et al. Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013; 170:25.
7. Cochrane Database Syst Rev. Jozwiak M, Dodd JM. Methods of term labour induction for women with a previous caesarean section. 2013 Mar 28;3
8. Cahill AG, Waterman BM, Stamilio DM, et al. Higher maximum doses of oxytocin are associated with an unacceptably high risk for uterine rupture in patients attempting vaginal birth after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199:32.e1.
9. Erez O, Dulder D, Novack L, et al: Trial of labor and vaginal birth after cesarean section in patients with uterine Müllerian anomalies: A population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 196:537.e1, 2007
10. Royal College Of Obstetricians & Gynecology. Birth After Previous Cesarean. Green-top Guideline No. 45. October 2015