

# Indicațiile și contraindicațiile nașterii vaginale după operație cezariană

## Indications and contraindications of vaginal birth post C-section

Mihaela Boț,  
Andreea  
Borisavski,  
Mihaela Ichim,  
Radu  
Vlădăreanu,  
Simona  
Vlădăreanu

Clinica de  
Obstetrică-Ginecologie  
și Neonatologie  
a Spitalului Universitar  
de Urgență Elias București,  
UMF „Carol Davila”

Autor de corespondență:  
Dr. Mihaela Boț  
e-mail: mihaelabot@  
yahoo.com

### Abstract

*In recent years, the method of birth has been represented by C-section in a great proportion. C-sections are almost a rule for patients with a previous C-section in their medical history, regardless of its indicated reason. A present European consensus, issued after the study of numerous systematic evaluations of the evidence, has declared the possibility of post C-section vaginal birth, as being a viable alternative in the case of single, on-term birth, with the fetus in cephalic presentation, with antecedents of segmentary hysterotomy - hysterorrhaphy as single surgical event, with or without previous vaginal births. Post C-section vaginal birth is contraindicated in pregnancies with previous uterine ruptures, as well as in those with absolute contraindications, such as placenta praevia, which apply regardless of the presence or absence of uterine scarring. If the risks and benefits of vaginal birth post C-section are explained to the patient, and if she express this desire, we believe this new tendency to be practically acceptable.*

**Keywords:** C-section, vaginal birth, uterine rupture, low uterine segment

### Rezumat

*În ultimii ani, modalitatea de naștere este reprezentată de operația cezariană într-un procent foarte ridicat. Operația cezariană reprezintă aproape o regulă la gravidele care au în antecedente o naștere prin cezariană, indiferent de indicația pentru care aceasta s-a efectuat. Un consens european de actualitate, emis după studierea mai multor evaluări sistematice bazate pe dovezi, enunță posibilitatea unei nașteri vaginale după o operație cezariană ca fiind o alternativă în cazul unei sarcini unice, la termen, cu fătul în prezența craniană, cu antecedente de histerotomie - histerorafie segmentară, ca eveniment chirurgical unic, cu sau fără nașteri vaginale anterioare. Nașterea vaginală după cezariană este contraindicată la gravidele cu rupturi uterine anterioare și la cele cu contraindicații absolute, precum inserția placentară praevia, care se aplică indiferent de prezența sau absența unei cicatrice uterine. În cazul în care beneficiile și riscurile unei nașteri vaginale după cezariană sunt explicate gravidei, iar ea își exprimă dorința, credem că această nouă tendință este acceptabilă din punct de vedere practic.*

**Cuvinte-cheie:** operație cezariană, naștere vaginală, ruptură uterină, segment uterin inferior

## Introducere

În prezent, indicațiile laxe pentru o operație cezariană în contextul unor anume circumstanțe sociale au condus la rata crescută a acestei proceduri chirurgicale de terminare a nașterii. În majoritatea spitalelor din lume, o cezariană este aproape o regulă la gravidele care au în antecedente o naștere prin cezariană, independent de indicația pentru care aceasta s-a efectuat. Există în prezent multiple debateri în ceea ce privește definirea unei rate acceptabile de nașteri prin operație cezariană. Rata globală a nașterilor prin operație cezariană în 2013 la nivel mondial<sup>(1)</sup> a variat între 15,6% (Olanda) și 50,4% (Turcia). În România, rata nașterilor prin operație cezariană a fost de 30,4%<sup>(2)</sup> în 2013 și de 39,8%, în 2014 în spitalele publice<sup>(3)</sup> și de 70% în mediul privat<sup>(4)</sup>.

Planificarea unei nașteri vaginale după o operație cezariană în antecedente, comparativ cu nașterea prin operația cezariană electivă, reprezintă o veche dezbatere care continuă și în prezent. În situația în care beneficiile și riscurile unei nașteri vaginale după operație cezariană sunt explicate gravidei, iar ea își exprimă această dorință,

consideram că această nouă tendință este acceptabilă din punct de vedere practic.

Principala preocupare în calendarul de urmărire și desfășurare a unei nașteri vaginale după o naștere prin operație cezariană este prevenirea ruperii/dehiscentei cicatricei uterine, necesitând astfel o bună consiliere antenatală și parcurgerea unor etape de evaluare clinice și paraclinice, astfel încât procesul decizional în ceea ce privește conduita terapeutică să fie foarte corect, bilateral și să conducă la o selecție atentă a cazurilor.

Potrivit unui consens al Colegiului Regal de Obstetrică și Ginecologie<sup>(5)</sup>, emis după studierea mai multor evaluări sistematice bazate pe dovezi<sup>(6-8)</sup>, și a ghidurilor clinice ale Colegiului American de Obstetrică și Ginecologie<sup>(6,9,10)</sup>, planificarea nașterii vaginale după operație cezariană este posibilă și poate fi o alternativă fezabilă în cazul unei sarcini unice de 37-40 de săptămâni de amenoree, în prezența craniană, cu antecedente de histerotomie-histerorafie segmentară ca eveniment chirurgical unic, cu sau fără nașteri vaginale anterioare.

Primit:  
7.10.2017  
Acceptat:  
2.11.2017

Opțiunea nașterii vaginale la o gravidă cu istoric de naștere prin cezariană trebuie atent cântărită. Decizia este recomandată a fi luată doar în urma unei consilieri prenatale temeinice, după o documentare riguroasă a cazului, cu obținerea informațiilor legate de existența unor incidențe intraoperatorii ale suturii segmentului inferior în cursul operației cezariene, finalizată printr-un proces decizional comun gravid - obstetrician și numai după semnarea consimțământului informat. În toate cazurile, consilierea în alegerea căii de naștere trebuie efectuată de către medicul obstetrician, care monitorizează sarcina și care va asista gravida în travaliu și la naștere.

Planificarea orientativă a nașterii vaginale este optimă să se realizeze după ecografia morfologică fetală de trimestrul al II-lea (18-22 de săptămâni de amenoree), ocazie cu care se vor exclude anomalii structurale fetale și inserțiile placentare anormale. În cele mai multe cazuri, decizia finală privind modalitatea de naștere trebuie analizată la 36 de săptămâni de amenoree. Gravida va fi informată că în situația prezenței unei afecțiuni asociate sarcinii, materne sau fetale, precum macrosomia fetală, restricția de creștere intrauterină, hipertensiunea arterială indusă de sarcină, prezentația pelviană sau sarcina depășită cronologic, nașterea nu va avea loc pe cale vaginală, ci se va desfășura prin operație cezariană<sup>(11)</sup>.

## Contraindicațiile nașterii vaginale după o operație cezariană

Contraindicațiile unei asemenea abordări sunt:

**1. Ruptura uterină în antecedente.** Nașterea vaginală după cezariană este contraindicată la gravidele cu rupturi uterine anterioare, indiferent de localizarea și soliditatea cicatricei uterine evaluate ultrasonografic.

La femeile cu cicatrice uterine survenite în urma unei suturi anterioare complicate și dificile sau la gravidele cu factori de risc asociați care cresc riscul unei rupturi uterine și care se poate solda cu histerectomie de hemostază sau deces, este necesară prudență în consiliere, deciziile trebuind luate de la caz la caz de către un obstetrician experimentat, cu acces la detaliile tehnice ale intervenției chirurgicale uterine anterioare<sup>(5)</sup>.

Pe baza datelor observaționale<sup>(12-14)</sup>, femeile care au istoric de ruptură uterină prezintă un risc crescut de recurență a acestei complicații în cursul travaliului, fiind deci considerată o contraindicație absolută pentru nașterea vaginală.

**Factorii de risc ai rupturii uterine sunt:**

- intervalul scurt, sub 12 luni, între cele două nașteri;
- sarcina depășită cronologic;
- vârsta mamei de peste 40 de ani;
- obezitatea maternă;
- scorul Bishop scăzut;
- macrosomia fetală;
- reducerea grosimii cicatricei uterine la nivelul segmentului inferior, evaluată ultrasonografic.

**2. Tipul de incizie uterină precedentă.** Pe baza cercetărilor bazate pe dovezi<sup>(15,16)</sup>, siguranța nașterii vaginale nu poate fi garantată în cazul inciziilor uterine anterioare în „T” inversat sau „J”, incizii uterine verticale sau prelun-

girea semnificativă accidentală a histerotomiei în cursul operației cezariene. Prin urmare, aceste tipuri de incizii uterine reprezintă contraindicații absolute ale nașterii vaginale din cauza riscului crescut de ruptură uterină.

**3. Placenta praevia.** Placenta praevia reprezintă o contraindicație absolută a nașterii vaginale după operație cezariană<sup>(17)</sup>. Literatura de specialitate arată că pacientele care au una, două sau trei nașteri prin operație cezariană în antecedente prezintă un risc cu 1%, 1,7%, respectiv 2,8% mai mare de inserție praevia a placentei în sarcina în curs<sup>(6,18)</sup>. Placenta accreta este întâlnită în 11-14% din cazurile de placenta praevia și uter cicatricial și în 23-40% din cazurile cu placenta praevia și uter dublu cicatricial. Cauzele exacte ale inserției placentare accreta nu se cunosc. Placenta accreta a fost asociată cu numărul de nașteri prin operație cezariană, placenta inserându-se în zona segmentară a histerotomiilor anterioare. Este o complicație obstetricală severă, a cărei incidență este în creștere din cauza numărului mare de gravide care aleg nașterea prin operație cezariană.

Prin urmare, viciile de inserție și localizare a placentei reprezintă adesea o consecință a unei intervenții chirurgicale asupra uterului, inclusiv operația cezariană și, totodată, o contraindicație absolută pentru o naștere vaginală în aceste circumstanțe. Este util ca gravidele secundipare, cu o operație cezariană în istoric și care nu și-au încheiat planificarea familială să fie sfătuite să experimenteze nașterea vaginală, față de opțiunea nașterii prin operație cezariană electivă, întrucât două intervenții chirurgicale uterine vor crește suplimentar riscul de localizare și fixare anormală a placentei și, de asemenea, de ruptură uterină la o sarcină viitoare.

Probabilitatea succesului unei nașteri vaginale la gravidele cu uter cicatricial sau dublu-cicatricial este individuală și este crescută la multiparele care au și o naștere vaginală în antecedente. La acestea din urmă, predictibilitatea unei nașteri vaginale este mare, de 85-90%<sup>(19-22)</sup>, cu un risc de ruptură uterină de 1 la 200 (0,5% în travaliu).

Gravidele trebuie să fie informate despre posibilitatea unui insucces al unei nașteri vaginale planificate, cu terminarea ei prin operație cezariană de urgență. Astfel, nașterea vaginală la gravidele cu istoric de operație cezariană trebuie obligatoriu să se desfășoare într-un spital cu circuite medicale realizate conform rigorilor impuse de practica modernă, care să permită accesul rapid în sala de operații într-o situație reală de urgență.

## Factori de predictibilitate și planificarea nașterii vaginale după cezariană

Metz et al.<sup>(23)</sup> au stabilit un scor care cuantifică cinci parametri de predictibilitate a nașterii vaginale după cezariană:

1. Scorul Bishop
2. Vârsta maternă
3. Indicația pentru care s-a efectuat nașterea prin operația cezariană anterioară
4. Indicele de masă corporală (IMC)
5. Existența sau nu a unei nașteri vaginale în antecedente

Rata de succes a nașterii vaginale este mai mare cu cât acest scor este mai mare.

Travaliul indus, absența unei nașteri vaginale în istoric, IMC mai mare de 30, distocia de dinamică sau de dilatație ca indicație a cezarienei anterioare sunt factori pentru un risc crescut de insucces al nașterii vaginale<sup>(24,25)</sup>.

Gravidele longiline, vârsta mamei sub 40 de ani, IMC mai mic de 30, vârsta gestațională sub 40 de săptămâni, greutatea fetală estimată sub 4000 g (sau mai mică decât greutatea la naștere a nou-născutului extras prin operația cezariană din istoric)<sup>(18)</sup> reprezintă factori predictibili de succes ai nașterii vaginale<sup>(19,22,26)</sup>.

## Concluzii

Strategia de încurajare a nașterii vaginale după cezariană poate reprezenta o politică adecvată de sănătate publică, benefică atât pacientei, prin limitarea timpului spitalizării și a complicațiilor postoperatorii, cât și nou-născutului, prin scăderea riscului de prematuritate iatrogenă și a complicațiilor subsecvente. Din punct de vedere economic, limitarea numărului de operații cezariene ar conduce la scăderea costurilor de spitalizare cu aceste gravide. ■

## Bibliografie

- McCarthy N. Which Countries Have The Highest Caesarean Section Rates? [Infographic]. Forbes, 2016; 12.
- Simionescu A.A., Marin E. Caesarean-sections in Romania between 1990-2013: a statistical analysis. Ginecologia.ro, 2015; 3(7):20-2.
- Institutul Național de Statistică, baza de date TEMPO, 2015.
- Pleș L., Sima R.M., Stănescu A.D. Actual ethical and legal aspects about caesarian section. Ginecologia.ro, 2016;4(13):18-21.
- Gupta J.K. Birth after previous cesarean birth. Green-top Guideline 45, RCOG, 2015.
- Guise J.M., Eden K., Emeis C., Denman M.A., Marshall N., Fu R., et al. Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. Evidence Reports/Technology Assessments, 191, Rockville, Maryland, USA: Agency for Healthcare Research and Quality; 2010.
- Dodd J.M., Crowther C.A., Huertas E., Guise J.M., Horey D. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. Cochrane Database Syst Rev, 2004;(4):CD004224.
- Dodd J.M., Crowther C.A. Elective repeat caesarean section versus induction of labour for women with a previous caesarean birth. Cochrane Database Syst Rev, 2012;(5):CD004906.
- ACOG Practice bulletin 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. Obstet Gynecol 2010; 116:450-63.
- Cunningham F.G., Bangdiwala S.I., Brown S.S., Dean T.M., Frederiksen M., Rowland Hogue C.J., et al. NIH consensus development conference draft statement on vaginal birth after cesarean: new insights. NIH Consens State Sci Statements 2010;27(3).
- Schoorel E.N., Vankan E., Scheepers H.C., Augustijn B.C., Dirksen C.D., de Koning M., et al. Involving women in personalised decision-making on mode of delivery after caesarean section: the development and pilot testing of a patient decision aid. BJOG, 2014; 121:202-9.
- Al Qahtani N.H., Al Hajeri F. Pregnancy outcome and fertility after complete uterine rupture: a report of 20 pregnancies and a review of literature. Arch Gynecol Obstet, 2011;284:1123-6.
- Chibber R., El-Saleh E., Al Fadhli R., Al Jassar W., Al Harmi J. Uterine rupture and subsequent pregnancy outcome - how safe is it? A 25-year study. J Matern Fetal Neonatal Med 2010; 23:421-4.
- Reyes-Ceja L., Cabrera R., Infran E., Herrera-Lasso F. Pregnancy following previous uterine rupture. Study of 19 patients. Obstet Gynecol, 1969;34:387-9.
- Naef R.W. 3rd, Ray M.A., Chauhan S.P., Roach H., Blake P.G., Martin J.N. Jr. Trial of labor after cesarean delivery with a lower-segment, vertical uterine incision: is it safe? Am J Obstet Gynecol, 1995; 172:1666-73; discussion 1673-4.
- Shipp T.D., Zelop C.M., Repke J.T., Cohen A., Caughey A.B., Lieberman E. Intrapartum uterine rupture and dehiscence in patients with prior lower uterine segment vertical and transverse incisions. Obstet Gynecol, 1999; 94:735-40.
- RCOG. Placenta Praevia, Placenta Praevia Accreta and Vasa Praevia: Diagnosis and Management. Green-top Guideline 27. London, RCOG; 2011.
- Guroi-Urganci I., Cromwell D.A., Edozien L.C., Smith G.C., Onwere C., Mahmood T.A., et al. Risk of placenta previa in second birth after first birth cesarean section: a population-based study and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth, 2011; 11:95 .
- Chaillet N., Bujold E., Dubé E., Grobman W.A. Validation of a prediction model for vaginal birth after caesarean. J Obstet Gynaecol Can, 2013; 35:119-24.
- Grobman W.A., Lai Y., Landon M.B., Spong C.Y., Leveno K.J., Rouse D.J., et al. Does information available at admission for delivery improve prediction of vaginal birth after cesarean? Am J Perinatol, 2009; 26:693-701.
- Smith G.C., White I.R., Pell J.P., Dobbie R. Predicting cesarean section and uterine rupture among women attempting vaginal birth after prior cesarean section. PLoS Med, 2005; 2:e252.
- Hashima J.N., Eden K.B., Osterweil P., Nygren P., Guise J.M. Predicting vaginal birth after cesarean delivery: a review of prognostic factors and screening tools. Am J Obstet Gynecol, 2004; 190:547-55.
- Metz T.D., Stoddard G.J., Henry E., Jackson M., Holmgren C., Esplin S. Simple, validated vaginal birth after cesarean delivery prediction model for use at the time of admission. Obstet Gynecol 2013; 122:571-8.
- Crowther C.A., Dodd J.M., Hiller J.E., Haslam R.R., Robinson J.S.; Birth After Cesarean Study Group. Planned vaginal birth or elective repeat cesarean: patient preference restricted cohort with nested randomised trial. PLoS Med, 2012; 9:e1001192.
- Landon M.B., Leindecker S., Spong C.Y., Hauth J.C., Bloom S., Varner M.W., et al. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. The MFMU Cesarean Registry: factors affecting the success of trial of labor after previous cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol, 2005; 193:1016-23.
- Costantine M.M., Fox K., Byers B.D., Mateus J., Ghulmiyyah L.M., Blackwell S., et al. Validation of the prediction model for success of vaginal birth after cesarean delivery. Obstet Gynecol 2009; 114:1029-33.