

Czy można przewidzieć pomyślny poród drogą pochwową?

Barrett Robinson, MD, MPH, William A. Grobman, MD, MBA

Do niedawna kobietom po przebytym cięciu cesarskim odmawiano w następnych ciążach możliwości porodu drogami natury. Obecnie wiele pacjentek pragnących rodzić drogami natury po uprzednim cięciu cesarskim może spodziewać się pomyślnego zakończenia takiego porodu. Opracowano nowe metody przewidywania udanego porodu.

Częstość cięcia cesarskiego w Stanach Zjednoczonych niezmiennie wzrasta, przyczyniając się do zwiększenia liczby kobiet zachodzących w kolejne ciąże po przebytym cięciu cesarskim. Niektóre pacjentki po cięciu cesarskim nie są dobrymi kandydatkami do próby porodu pochwowego (trial of labor, TOL) z uwagi na wcześniejsze nacięcie macicy sposobem klasycznym lub stany położnicze, takie jak przodujące łożysko lub położenie miednicowe. Porody odbywają się również w placówkach, w których poród drogami natury nie jest możliwy, a kobietom nie jest dane decydowanie o TOL, chociaż mogą istnieć przesłanki przemawiające za wyborem drogi pochwovej.

W następstwie wyczerpującej porady dotyczącej ryzyka, korzyści oraz alternatywy dla TOL ostateczna decyzja ciężarnej często podejmowana jest w wyniku zrozumienia zarówno szansy pomyślnego porodu pochwowego po przebytym cięciu cesarskim (vaginal birth after cesarean delivery, VBAC), jak i indywidualnego ryzyka. Najlepiej, aby lekarz był w stanie poinformować pacjentkę o prawdopodobieństwie pomyślnego porodu pochwowego w jej konkretnym przypadku.

Czynniki rokownicze dla porodu drogami natury

Istnieje wiele czynników wpływających na powodzenie lub niepowodzenie porodu drogami natury (ramka). Niektóre z nich można zidentyfikować już w okresie przedporodowym na długo przed rozpoczęciem porodu i mogą to być zarówno zmienne demograficzne, takie jak rasa czy wiek ciężarnej, jak i czynniki możliwe do zmodyfikowania, np. wskaźnik masy ciała (body mass index, BMI). Cięcia cesarskie w wywiadzie i rozpoznanie położnicze (np. stan przedrzucawkowy) w obecnej ciąży wpływają na prawdopodobieństwo pomyślnego porodu drogami natury. Inne czynniki związane z pomyślnym rozwiązaniem siłami natury, takie jak potrzeba indukcji porodu lub zaawansowanie ciąży w chwili rozpoczęcia porodu pozostają niewiadomymi w okresie przedporodowym.¹ Inne, takie jak urodzeniowa masa ciała noworodka, są znane dopiero po porodzie.

Niektóre czynniki mają większe znaczenie dla pomyślnego porodu pochwowego niż pozostałe. Na przykład wcześniejsze porody siłami natury, zwłaszcza VBAC, przyczyniają się w większym stopniu do pomyślnego zakończenia kolejnych porodów drogami natury niż wiek matki.¹ W wielu badaniach identyfikujących czynniki wpływające na udany poród drogami natury nie brano jednak pod uwagę

niezależnego wpływu lub interakcji między takimi czynnikami. Chociaż wiedza na temat czynników wiążących się z pomyślnym porodem lub jego powikłaniami może dostarczyć pewnych wskazówek, nadal nie są one wystarczające dla prognozowania wyniku porodu siłami natury.

Ocena prawdopodobieństwa pomyślnego porodu naturalnego

Poradnictwo przedporodowe w kwestii przewidywania pomyślnego VBAC obejmuje szereg strategii postępowania. Jedną z nich jest informacja pochodząca z większości badań populacyjnych o średnim wskaźniku 60-82% powodzenia porodów pochwowych po cięciu cesarskim.² Takie ujęcie zagadnienia włącza jednak do jednej grupy wiele kobiet obarczonych różnym stopniem ryzyka i pomija indywidualne czynniki ryzyka ciężarnej.

Inne, bardziej indywidualne podejście uwzględnia różnorodne czynniki ryzyka (np. BMI, wiek, powtarzalność wskazań do cięcia cesarskiego, wcześniejsze porody pochwowe), pozwalając na sprecyzowanie ryzyka jako małe lub duże w obrębie szerokiego wskaźnika 60-82% ryzyka populacyjnego. Chociaż takie podejście jest bardziej zindywidualizowane niż ocena pojedynczego czynnika ryzyka, w odniesieniu do kombinacji czynników ryzyka aspekt pomyślnego TOL nie jest analizowany precyzyjnie i ilościowo.

Dr Robinson, clinical fellow, dr Grobman, associate professor in the Section of Maternal-Fetal Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Feinberg School of Medicine, Northwestern University, Chicago, Illinois. Autorzy nie zgłaszają żadnych potencjalnych konfliktów interesów związanych z treścią tego artykułu.

RAMKA

Czynniki położnicze i demograficzne związane z próbą porodu drogą pochwową

Sukces

Poród pochwowy w wywiadzie VBAC
Szyjka macicy przygotowana do porodu
Samoistna czynność skurczowa macicy

Niepowodzenie

Zaawansowany wiek matki
Powtarzalne wskazania do cięcia cesarskiego
Rasa afroamerykańska
Rasa latynoska
Duża wartość BMI
Zwiększona masa ciała płodu
Cięża przeterminowana
Stan przedrzucawkowy
Indukcja porodu

W piśmiennictwie zaproponowano wiele modeli oceny.³ Stanowią one bazę innej strategii poradnictwa opartej na analizie indywidualnych czynników ryzyka u pacjentki w celu ustalenia swoistego stopnia ryzyka. W tym modelu każdemu czynnikowi sprzyjającemu udanemu porodowi naturalnemu przypisuje się odpowiednią liczbę punktów, których suma określa szanse pomyślnego zakończenia ciąży siłami natury. Niektóre z tych modeli są jednak niezbyt dokładne i mało przydatne klinicznie. Na przykład pewien model analizuje jednowymiarowo cztery zmienne mające wpływ na udany poród drogą pochwową. W systemie punktacji kobietom przyznaje się 1 punkt za każdą zmienną: wcześniejszy poród powikłany, brak wcześniejszego porodu drogami natury, nieprawidłowy kardiogram w chwili rozpoczęcia porodu oraz konieczność indukcji porodu w aktualnej ciąży. Należy zauważyć, że znaczenie dwu z tych zmiennych można ocenić dopiero z chwilą rozpoczęcia porodu, dlatego nie można go zastosować przed porodem. Co więcej, taka zmienna, jak nieprawidłowy kardiogram, może bezpośrednio wskazywać na oczekiwany wynik, co zmniejsza jej wartość prognostyczną. Ponadto w tego rodzaju modelu szacunkowym skala punktacji jest ograniczona (tj. od 0

punktów w przypadku niewystąpienia żadnej z 4 zmiennych, co oznacza 91,5% szans na VBAC, do 4 punktów w przypadku obecności wszystkich zmiennych, co zmniejsza szanse na VBAC do zaledwie 46,1%).⁴ W rezultacie oznacza to, że ciężarne z potencjalnie różnym szacunkowym ryzykiem są zaliczane do grup o jednakowym prawdopodobieństwie pomyślnego TOL. W pozostałych modelach występują podobne ograniczenia.⁵⁻⁷

Zweryfikowany model prognostyczny

W jednym z ostatnio zaproponowanych modeli szacunkowych, opartym na danych pochodzących z 19 ośrodków medycznych objętych programem Maternal-Fetal Medicine Units (MFMU), podjęto próbę pokonania tych ograniczeń, oceniając czynniki ryzyka i wyniki TOL u 7660 ciężarnych w trakcie lub po 37 tygodniu ciąży, które przeżyły jedno cięcie cesarskie w dolnym odcinku macicy i zdecydowały się na kolejny poród drogami natury.⁸ Badacze skorzystali z metody regresji logistycznej z wieloma zmiennymi pozwalającej na oszacowanie zależności między każdą ze zmiennych i jej wpływem na wynik porodu pochwowego oraz wydzielenie części badanej grupy (tzw. grupa testowa) w celu potwierdzenia wyników modelu. Procedura „cross-validation” wykazała, że funkcjonowanie modelu było w zadowalającym stopniu dokładne i różnicujące. Ten model został również sprawdzony w grupie innej niż ta, w której został opracowany.⁹

Ostatni z modeli MFMU wykorzystuje różne zmienne (wiek ciężarnej, BMI, rasę, wcześniejsze porody siłami natury lub VBAC, czy powtarzalność wskazań do cięcia cesarskiego) w ocenie przewidywania udanego porodu naturalnego u danej pacjentki. Prawdopodobieństwo można wyznaczyć na podstawie oryginalnego nomogramu graficznego lub za pomocą łatwego do zastosowania w warunkach klinicznych kalkulatora dostępnego na stronie internetowej www.bsc.gwu.edu/mfm/vagbirth.html.^{8,10}

Dodatkową wartością modelu szacunkowego MFMU jest jego potencjał oceny stopnia chorobowości związanej z odbyciem TOL w porównaniu z planowym powtórny cięciem cesarskim wykonanym u danej ciężarnej.¹¹ Dzięki temu modelowi ustalono brak wzrostu chorobowości noworodków lub ich matek, u których szacowane prawdopodobieństwo udanego porodu pochwowego wyniosło $\geq 70\%$ w porównaniu z ciężarnymi decydującymi się na planowe powtórne cięcie cesarskie. W grupie z wynikiem poniżej 70% wybór porodu siłami natury wiązał się jednak z nieznacznym wzrostem chorobowości matek (tj. lekka chorobowość, taka jak gorączka połogowa, przetoczenie krwi lub zakażenia ran oraz ciężka chorobowość, taka jak usunięcie macicy lub uraz operacyjny) lub powikłaniami u noworodków.¹¹

Podejście teoretyczne oparte na danych MFMU pozwala na udzielenie porady w kwestii pomyślnego TOL zarówno na początku ciąży, jak i w terminie porodu. Pierwszy model opiera się jedynie na informacjach pochodzących z pierwszej wizyty przedporodowej.⁸ Wczesne poradnictwo uwzględnia dane dostępne jedynie podczas wstępnej wizyty. Porada na wczesnym etapie ciąży daje pacjentce odpowiednio dużo czasu do namysłu, umożliwiając podjęcie przemyślanej decyzji o TOL. Należy zauważyć, że kobiety z podobnie oszacowanym prawdopodobieństwem pomyślnego zakończenia porodu pochwowego mogą podejmować odmienne decyzje. Akceptacja ryzyka oraz stopień jego tolerancji należą do osobistych wyborów. Odpowiedzialność za optymalne poradnictwo udzielone na podstawie dostępnych danych spoczywa zatem na lekarzu.

W miarę rozwoju ciąży mogą się ujawnić nowe stany kliniczne, które będą miały znaczenie dla VBAC. Opracowano więc drugi model MFMU uwzględniający takie stany (np. BMI w chwili porodu, stan przedrzucawkowy, zaawansowanie ciąży w chwili porodu, rozwarcie szyjki macicy, położenie płodu, samoistna czy indukowana czynność porodowa), które podczas kolejnej porady dotyczącej sposobu

porodu mogą zweryfikować strategię postępowania.¹ Kalkulator dostępny online pod adresem www.bsc.gwu.edu/mfmu/vagbrth2.html może pomóc w szacowaniu pomyślnego porodu pochwowego u każdej pacjentki, u której rozwinęły się wymienione stany kliniczne.

Prognozowanie pomyślnych wyników

Wzrost częstości pierwotnych cięć cesarskich oznacza większą liczbę pacjentek kwalifikujących się do TOL. Udzielając porady ciężarnym rozważającym TOL, należy uwzględnić różnorodne czynniki omówione w piśmiennictwie, które występują u danej pacjentki i mogą się wiązać z VBAC. Niezależnie od tego indywidualne czynniki nie wskazują jednoznacznie na pomyślne zakończenie porodu. Modele szacunkowe mogą jednak wspomagać lekarza w przygotowaniu bardziej indywidualnej oceny pomyślnego ukończenia porodu drogami natury po przeżytym cięciu cesarskim, co z kolei może pomóc ciężarnym

Kluczowe zagadnienia

- Ciężarne z identyczną szansą na powodzenie porodu drogą pochwową mogą wybierać inny sposób rozwiązania.
- Należy wpisać ten adres: www.bsc.gwu.edu/mfmu/vagbrth2.html, aby wyliczyć dla konkretnej pacjentki, jakie ma szanse na ukończenie porodu drogami natury po przeżytym cięciu cesarskim. Proste a pomocne. Naprawdę warto – RD

w podjęciu decyzji, czy próbować rodzic drogą pochwową. Nie istnieje ani dobra, ani zła decyzja w kwestii wyboru pochwowego drogi porodu. Nie istnieje również uniwersalny wyznacznik automatycznie wskazujący na wybór tej, a nie innej drogi. Powszechną praktyką powinno być udzielanie pacjentce wyczerpującej informacji, aby mogła podjąć świadomą decyzję.

Contemporary OB/GYN, Vol. 51, No. 11, November 2010, p. 52. Successful vaginal trial of labor: Can it be predicted?

PIŚMIENICTWO

1. Grobman WA, Lai Y, Landon MB, et al. Does information available at admission for delivery improve prediction of vaginal birth after cesarean? *Am J Perinatol.* 2009;26(10):693-701.
2. Guise JM, Berlin M, McDonagh M, Osterwell P, Chan B, Helfand M. Safety of vaginal birth after cesarean: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2004;103(3):420-429.

3. Grobman WA, Stamilio DM. Methods of clinical prediction. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;194(3):888-894.
4. Troyer LR, Parisi VM. Obstetric parameters affecting success in a trial of labor: designation of a scoring system. *Am J Obstet Gynecol.* 1992;67(4 pt 1):1099-1104.
5. Pickhardt MG, Martin JN Jr, Meydrech EF, et al. Vaginal birth after cesarean delivery: are there useful and valid predictors of success or failure? *Am J Obstet Gynecol.* 1992;166(6 pt 1):1811-1819.
6. Flamm BL, Geiger AM. Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system. *Obstet Gynecol.* 1997;90(6):907-910.
7. Weinstein D, Benshushan A, Tanos, V, Zilberstein R, Rojansky N. Predictive score for vaginal birth after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;17(1 pt 1):192-198.
8. Grobman WA, Lai Y, Landon MB, et al. Development of a nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2007;109(4):806-812.
9. Costantine MM, Fox K, Byers BD, et al. Validation of the prediction model for success of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2009;114(5):1029-1033.
10. Vaginal birth after cesarean. The Biostatistics Center/The George Washington University Web site. www.bsc.gwu.edu/mfmu/vagbrth2.html. Accessed October 2, 2010.
11. Grobman WA, Lai Y, Landon MB, et al. Can a prediction model for vaginal birth after cesarean also predict the probability of morbidity related to a trial of labor? *Am J Obstet Gynecol.* 2009;200(1):56.e1-e6.