

# Przemyślenia na temat konferencji NICHD poświęconej konsensusowi w sprawie porodu drogami natury po cięciu cesarskim

Charles J. Lockwood, MD

**W** marcu National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) zorganizował konferencję, której celem było wypracowanie konsensusu dotyczącego porodu pochwowego po przebyłym cięciu cesarskim (vaginal birth after cesarean, VBAC).<sup>1</sup> Zaproszeni eksperci przedstawili obecny stan wiedzy na temat bezpieczeństwa podejmowania próby porodu pochwowego po uprzednim cięciu cesarskim (trial of labour after cesarean, TOLAC). Uczestnicy określili „krytyczne luki” w tej wiedzy, włączając potrzebę stworzenia krajowej i stanowych instytucji nadzorujących oraz poprawę zrozumienia czynników wpływających na odsetek skutecznych prób oraz czynników ryzyka pęknięcia macicy, takich jak miejsce porodu i postępowanie okołoporodowe. W dyskusji panelowej zauważono, że w 1999 roku American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) zmieniło swoje zalecenia z zachęcania kobiet do prób porodu pochwowego po cięciu cesarskim na stwierdzenie, że przy braku przeciwwskazań pacjentkom należy proponować TOLAC.<sup>2</sup> Zwrócono także uwagę na to, że ACOG uzupełniło swoje stanowisko o stwierdzenie, że TOLAC „należy podejmować wyłącznie w ośrodkach, które dysponują odpowiednim zapleczem i personelem, co pozwala w razie konieczności w każdej chwili wykonać nagłe cięcie cesarskie”. Po przyznaniu, że w niektórych kwestiach, szczególnie dotyczących bezpie-

czeństwa TOLAC w małych ośrodkach, brakuje wystarczających informacji, a także po odnotowaniu, że obawy dotyczące odpowiedzialności zawodowej spowodowały, że 30% członków ACOG zaniechało podejmowania prób VBAC, panel zajął następujące stanowisko: „Biorąc pod uwagę poziom dowodów dotyczących zawartego w aktualnych wytycznych wymogu „natychmiastowej dostępności” personelu anestezyjologicznego i chirurgicznego, zalecamy, aby [ACOG]... poddało ponownej ocenie ten wymóg, także pod względem innych powikłań położniczych o porównywalnym ryzyku, stratyfikacji ryzyka oraz ograniczonych zasobów ludzkich w zakresie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego”.<sup>1</sup>

W końcu lat 90. XX wieku i w pierwszych latach XXI byłem członkiem ACOG Committees on Obstetric Practice i Practice Bulletins-Obstetrics publikującego biuletyny z zaleceniami postępowania, stąd znam przesłanki, którymi kierował się ACOG, wprowadzając zmianę w swoich zaleceniach dotyczących VBAC.

Na początku lat 90. XX w. zaczęto postrzegać VBAC jako bezpieczną i skuteczną strategię, mającą powstrzymać alarmujący wzrost wskaźnika cięć cesarskich w Stanach Zjednoczonych, który w 1991 roku osiągnął 23,5%. Zastosowanie TOLAC dodatkowo wsparły optymistyczne wyniki badań z lat 80., które przeprowadzono na adekwatnie wydawałoby się dobranych grupach pacjentek, głównie w prominentnych ośrodkach akademickich Zachodniego Wybrzeża. Na przykład w 1985 roku Paul i wsp. opublikowali wyniki TOLAC u 751 pacjentek, z których 82% urodziło drogą

pochwową bez matczyńskich i perinatalnych powikłań związanych z zastosowaniem tej procedury.<sup>3</sup>

Wyniki kolejnego, szeroko zakrojonego badania wykazały, że zastosowanie oksytocyny oraz znieczulenia zewnątrzoponowego u pacjentek próbujących rodzić drogą pochwową po przebyłym cięciu cesarskim jest bezpieczne.<sup>4</sup> W publikacjach opisujących mniej liczne badania pojawiły się opinie, że makrosomia, przebyte uprzednio dwa cięcia cesarskie, ciąża bliźniacza, położenie miednicowe oraz zastosowanie prostaglandyn w celu przyspieszenia dojrzewania szyjki macicy nie stanowią przeszkody w osiągnięciu sukcesu przy próbie VBAC.<sup>5-9</sup> W kilku z tych badań odnotowano jednak nieznaczny wzrost liczby powikłań w postaci pęknięcia macicy. W połowie lat 90. entuzjazm dla procedury TOLAC był tak duży, że towarzystwa ubezpieczeniowe oraz szpitale zaczęły wywierać presję na lekarzy położników, aby próbę porodu pochwowego proponować wszystkim kwalifikującym się do tego pacjentkom, w wyniku czego wskaźnik cięć cesarskich w kraju w latach 1991-1996 obniżył się do najniższego poziomu oscylującego wokół 21%.

Problemem okazał się fakt, że TOLAC nie był procedurą ani tak skuteczną, ani tak bezpieczną, jak się początkowo wydawało. Wstępne badania w rzeczywistości nie były kontrolowanymi badaniami prawidłowo przeprowadzonymi z randomizacją, ale badaniami obserwacyjnymi obejmującymi wysoce wyselekcjonowaną populację pacjentek pozostających pod opieką ośrodków o najwyższym stopniu referencyjności, dysponujących zespo-

Dr Lockwood, redaktor naczelny Contemporary OB/GYN, Anita O’Keeffe Young Professor and chair, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Sciences, Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut.

łami rezydentów, lekarzy nadzorujących oraz anestezjologów wyspecjalizowanych w opiece położniczej, dostępnych 7 dni w tygodniu przez 24 go-dziny. Pod koniec lat 90. do ACOG zaczęła napływać alarmująco duża liczba raportów, szczególnie z małych ośrodków, w których odnotowano fatalne wyniki położnicze związane z nagłymi pęknięciami macicy. Gwałtowność pojawiającego się zagrożenia płodu bezpośrednio po pęknięciu macicy oraz brak wiarygodnych czynników predykcyjnych zarówno dla określenia szansy powodzenia próby VBAC, jak i pęknięcia macicy były bezpośrednimi czynnikami, które doprowadziły do zmiany stanowiska ACOG.

Niestety, z czasem sprawy miały się coraz gorzej. W 2001 roku Lydon-Rochelle i wsp. opublikowali dane z analizy populacyjnego badania kohortowego obejmującego 20 095 kobiet, u których podjęto próbę porodu pochwowego po przeżytym cięciu cesarskim. Porównano odsetek pęknięć macicy w przypadku elektrywnych cięć cesarskich bez próby porodu pochwowego z częstością tego powikłania w przypadku samoistnego porodu pochwowego, porodu indukowanego oksytocyną oraz indukowanego prostaglandynami.<sup>10</sup> Stwierdzona częstość pęknięć macicy wyniosła odpowiednio 1,6, 5,2, 7,7 oraz 24,5 na 1000 pacjentek. Te liczby okazały się o wiele większe niż początkowo sądzono i spowodowały, że ACOG wydało nowe ostrzeżenie w kwestii TOLAC.<sup>11</sup>

### Czynniki wpływające na VBAC i częstość pęknięcia macicy

Od lat 90. XX w. nasza wiedza na temat czynników mających wpływ na sukces i niepowodzenie TOLAC znacznie się poszerzyła. Konkluzją panelu NICHD było stwierdzenie, że całkowity wskaźnik udanych prób VBAC wynosi 74%, jednak wartość ta jest różna w różnych grupach pacjentek i wynosi 63% wśród kobiet nigdy nierodzących drogami natury oraz 94% u kobiet, które po przeżytym cięciu cesarskim odbyły poród pochwowy.<sup>1</sup> Masa płodu poniżej 4000 g oraz zgła-

dzona, rozwarta szyjka macicy przy przyjęciu były związane z większym odsetkiem udanych prób, natomiast wiek ciążowy przekraczający 40 tygodni oraz wzmacnianie lub indukcja czynności skurczowej zwiększały ryzyko niepowodzenia. Zauważono także, że zaproponowano kilka narzędzi przesiewowych pozwalających dość skutecznie przewidzieć VBAC, brakuje natomiast metod przewidywania pęknięcia macicy.<sup>1</sup> Jest to kluczowe zagadnienie, ponieważ identyfikacja tych pacjentek stanowi podstawowy wymóg, jeżeli TOLAC miałaby stać się bardziej rozpowszechnioną procedurą, zwłaszcza w ośrodkach niedysponujących możliwością natychmiastowej interwencji operacyjnej.

Na konferencji NICHD odnotowano także, że oprócz indukcji porodu czynnikami ryzyka pęknięcia macicy są dwa lub więcej przebyte cięcia cesarskie, nieprzygotowana szyjka przy przyjęciu do porodu, otyłość matki, okres między cięciem cesarskim a kolejnym porodem krótszy niż 18 miesięcy, zeszycie macicy jedną warstwą szwów oraz makrosomia płodu. Jak wykazano w badaniu duńskim, nie ma jednak możliwości skutecznego przewidywania pęknięcia macicy wyłącznie na podstawie czynników klinicznych.<sup>12</sup> To kliniczno-kontrolne badanie wykazało, że 44% przypadków pęknięć macicy mogło być wytłumaczone zastosowaniem indukcji porodu. Na podstawie analizy wieloczynnikowej stwierdzono, że indukcja porodu oksytocyną i prostaglandyną E<sub>2</sub> (PGE<sub>2</sub>), indukcja samą PGE<sub>2</sub> oraz wzmacnianie czynności skurczowej w czasie porodu były niezależnymi czynnikami predykcyjnymi pęknięcia macicy (iloraz szans [odds ratio, OR] odpowiednio 13,0, 95% przedział ufności [PU] 2,3-74,2, OR 4,6, 95% PU 1,9-11,3 oraz OR 2,7, 95% PU 1,2-6,3). Żaden inny czynnik nie miał wartości predykcyjnej. Ponieważ zastosowanie prostaglandyn w celu dojrzewania szyjki macicy u pacjentek z TOLAC zostało w zasadzie w tym kraju zaniechane, możliwości przewidywania powodzenia i ryzyka zastosowania tej procedury są bardzo małe.

### Ryzyko i korzyści TOLAC dla matki i płodu

Podczas konferencji odnotowano, że wskaźnik śmiertelności wśród kobiet podejmujących próbę porodu drogami natury niezależnie od tego, jaką drogą ostatecznie poród się odbył, był niższy niż u ciężarnych, które zakwalifikowano do elektrywnego cięcia cesarskiego w terminie porodu (1,9 vs 9,6 na 100 000).<sup>1</sup> Częstość histerektomii oraz powikłań zakrzepowozatorowych była nieznacznie tylko mniejsza wśród pacjentek podejmujących próbę porodu drogami natury.

W przeciwieństwie do powyższych danych, jak już wspomniano, wskaźnik pęknięć macicy wyraźnie wzrastał w grupie TOLAC. I chociaż nie odnotowano żadnego zgonu matki spowodowanego pęknięciem macicy, 14-33% pacjentek, u których wystąpiło to powikłanie, wymagało histerektomii. Co więcej, 6% przypadków pęknięcia macicy wiązało się ze zgonem płodu, a wskaźniki zgonów okołoporodowych były znacząco wyższe w tej grupie w porównaniu z elektrywnym cięciem cesarskim (1,3 vs 0,5 na 1000).<sup>1</sup> Dodatkowo wskaźniki porażenń mózgowych i encefalopatii niedotlenieniowej są wyraźnie wyższe wśród dzieci, które urodziły się w wyniku porodu zakończonego pęknięciem macicy.

Dzisiaj także płacimy innego rodzaju cenę za zaniechanie prób porodu pochwowego po cięciu cesarskim: alarmująco rośnie częstość występowania łożyska przyrośniętego i spowodowana nim zachorowalność i umieralność matek. Podejrzewam, że to właśnie ta epidemia była główną przyczyną, dla której uczestnicy konferencji wezwali ACOG do odstąpienia od zalecenia o „natychmiastowej dostępności” personelu lekarskiego i gotowości do wykonania cięcia cesarskiego. Wskaźniki częstości występowania łożyska przyrośniętego wzrastają od 0,3% po jednym do 2,4% po 3 lub więcej cięciach cesarskich w wywiadzie.<sup>1</sup>

### Podsumowanie

Rozpatrując wszystkie za i przeciw, najwyraźniej stajemy przed położni-

czym „wyborem Zofii”: rozpowszechnienie TOLAC także w mniejszych, gorzej wyposażonych ośrodkach prawdopodobnie zmniejszyłoby wskaźniki długoterminowej umieralności matek, zwłaszcza planujących jeszcze co najmniej dwójkę dzieci, odbyłoby się to jednak kosztem zwiększenia śmiertelności i zachorowalności okołoporodowej noworodków. Biorąc pod uwagę cel ACOG, jakim jest maksymalna poprawa zdrowia kobiet i noworodków, czy ta organizacja powinna przyjąć zalecenie uczestników konferencji? Jeżeli o mnie chodzi, całkowicie się z nim zgadzam.

Z drugiej strony nie możemy rezygnować z jednej, niewystarczająco mocno podparte dowodami, rekomendacji na rzecz innej, równie słabo uzasadnionej. Zachęcanie ośrodków, w których interwencja zabiegowa nie zawsze jest możliwa w trybie nagłym, z pewnością doprowadziłoby do potencjalnie możliwej do zapobieżenia śmiertelności niewielkiego odsetka płodów i noworodków. Z tego

względu należy jasno określić wielkość tego ryzyka, zanim zostanie podjęta decyzja o wycofaniu zasady natychmiastowej dostępności interwencji zabiegowej.

NICHHD powinno przeprowadzić w małych, gorzej wyposażonych ośrodkach z ograniczoną liczbą personelu badania kliniczne, które zweryfikowałyby te dane, przy jednoczesnym zapewnieniu eliminacji groźby pozwów sądowych. Należałoby także przeprowadzić badania pozwalające określić, które z czynników biochemicznych, ultrasonograficznych oraz klinicznych mogą stać się markerami wykorzystywanymi w przewidywaniu ryzyka pęknięcia macicy. Jeżeli w ośrodkach, w których nie ma możliwości natychmiastowej interwencji zabiegowej, udało się uzyskać większy niż oczekiwany wskaźnik udanych prób VBAC oraz mniejszą niż się obawiamy umieralność okołoporodową związaną z pęknięciem macicy, zwłaszcza w sytuacji, kiedy pojawiłyby się lepsze

czynniki predykcyjne pęknięcia macicy, wówczas decyzja ACOG o wycofaniu się z zasady natychmiastowej dostępności byłaby usprawiedliwiona. Do tego czasu skupmy się na zapobieganiu niepotrzebnym cięciom wykonywanym po raz pierwszy!

Contemporary OB/GYN. Vol. 55, No. 6, June 2010, p. 6. Thoughts on the NICHD Consensus Development Conference on Vaginal Birth After Cesarean.

#### PIŚMIENICTWO

1. National Institutes of Health. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. NIH Consensus Development Conference: Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. Draft statement. March 26, 2010. [http://consensus.nih.gov/2010/images/vbac/vbac\\_statement.pdf](http://consensus.nih.gov/2010/images/vbac/vbac_statement.pdf). Accessed May 26, 2010.
2. ACOG practice bulletin. Vaginal birth after previous cesarean delivery. Number 2, October 1998. Clinical management guidelines for obstetriciangynecologists. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet.* 1999;64(2):201-208.
3. Paul RH, Phelan JP, Yeh SY. Trial of labor in the patient with a prior cesarean birth. *Am J Obstet Gynecol.* 1985;151(3):297-304.
4. Flamm BL, Dunnett C, Fischermann E, Quilligan EJ. Vaginal delivery following cesarean section: use of oxytocin augmentation and epidural anesthesia with internal tocodynamic and internal fetal monitoring. *Am J Obstet Gynecol.* 1984;148(6):759-763.

*ciąg dalszy piśmiennictwa na str. 44*