

CSÁSZÁRMETSZÉSSEL SZÜLT NŐK KÉSŐBBI SZÜLÉSEI

Boga K., Oláh I., Frâncu I., Kosztáczky-Markó S., Kovács A.

Egy tizenegy évvel ezelőtt megjelent dolgozatunkban (2), addigi tapasztalatunk és az irodalmi adatok (4, 5, 9, 10, 12.) alapján részletesen kifejtettük a heges méhű nők szülésével kapcsolatos felfogásunkat, és összefoglaltuk azokat az elvi és gyakorlati szempontokat, melyeket a császármetszésen (csm.) átesett nők szülésének vezetésében érvényesnek tartottunk. Az elmúlt évtized tapasztalata lehetőséget nyújtott magatartásunk helyességének alapos ellenőrzésére és álláspontunk kritikai elemzésére, bár közismert, hogy a csm.-sel szült nők későbbi szüléseivel kapcsolatban még ma sem alakult ki egy általánosan elfogadott, mindenki által követett egységes felfogás. Ennek hiánya viszont természetesnek tűnik, hiszen a csm.-el szemben elfoglalt álláspont, annak gyakorisága, javallati köre sem egységes, hanem országok, iskolák, intézetek szerint változik.

Craigin akkor jelentette ki, hogy „once a cesarean, always a cesarean” (csm. után mindig csm. végzendő), amikor még (1916-ban) a műtét aránylag ritka volt, javallatát szinte kizárólagosan a szűkmedence képezte, csak anyai érdekből végezték, a metszést pedig a méhtesten ejtették. Ilyen körülmények között a kijelentés érvényes is volt. Ma azonban egészen más a helyzet: az anya érdeke mellett figyelembe vesszük a magzat érdekét is, a megelőző javallatok gyakoribbak lettek, így a műtét javallati köre sokkal szélesebb lett, a műtét technika megváltozott, a metszést a passzív szakaszon, harántul ejtjük, a méh sebet egy rétegben és a decidua átöltése nélkül varrjuk, így a méh sebének gyógyulása és hegesedése tökéletesebb, mások az érzéstelenítési adottságok, a szövődmények ritkábbak és ezeket a modern antibiotikumokkal és vérátömlesztéssel le tudjuk küzdeni stb., tehát sokkal több (néhol a kelletténél több!) csm.-t végeznek. Következésképpen szaporodik a heges méhű szülőnők száma is.

Az elmúlt két-három évtized folyamán nyilvánvalóvá vált, hogy az előző csm. nem vonja szükségszerűen maga után annak kötelező megismétlését. A csm. utáni szüléssel foglalkozónak azonban két alapvető kérdésre kell megfelelően válaszolnia:

1. melyek azok a körülmények, amelyek feltétlenül szükségessé teszik a csm. megismétlését?

2. melyek azok a feltételek, amelyek jelenlétében eltekinthetünk a csm. megismétlésétől, illetve a szülést a természetes szülőutakra terelhetjük?

Az ismételt csm.-eket, a javallat lényege, illetve a döntés időpontja alapján három csoportba oszthatjuk:

a) a permanens javallatok alapján végzett csm.-ek, amelyek szükségessége már az első műtét időpontjában, illetve az újabb terhesség kezdetén nyilvánvaló;

b) az újabb terhesség folyamán megnyilvánuló, vagy felfedezett okok miatt végzett ismételt csm.-ek, amelyek javallata már a szülés megindulása előtt, vagy legkésőbb a vajúdás kezdetekor megállapítható;

c) a heges méh ellenére, az eredetileg természetes szülőutakra terelt szülés folyamán kialakuló javallat miatt végzett sürgősségi jellegű ismételt csm.-ek.

1. Az előbbieket értelmében elektíve megismételt csm.-t kell végeznünk:

— minden állandó, maradandó jellegű ok (javallat) alapján, mely az első csm.-t is indokolta, így szűkmedence, továbbra is meglévő extragenitális betegségek (szívbetegség, nagyfokú myopia, nem gyógyult tüdőbaj stb.), a lágy szülőutak fejlődési rendellenességei, hegesedései, szűkülete miatt;

— ha előzőleg corporalis csm.-t végeztek;

— ha nem ismerjük kellő bizonyossággal a megelőző csm. adatait (javallat, műtéti eljárás, gyermekágy lefolyása);

— kétszer vagy többször végzett csm. után;

— az előző csm. után kialakult lázas gyermekágy, vagy más olyan gyanújel miatt, mely a heg épségét, ellenállóképességét kétségessé teszi (pl. hiszterográfiás kép);

— ha a megelőző csm. után 12—18 hónapnál kevesebb idő telik el a szülés várható időpontjáig;

— 32—35 évesnél idősebb szülőnél esetében, ha az előző csm.-kor előszörszülő volt, tehát heges méhű idős előszörszülőnek kell tekintenünk;

— ha az előző csm. nem állandó javallata megismétlődik (placenta praevia, kóros fekvés vagy tartás stb.);

— az újabb terhesség folyamán kialakult okok miatt, amelyek önmagukban is indokolnák a csm. elvégzését, vagy társjavallatként szerepelnek, így a hegszétválást elősegítő tényezők (ikerterhesség, polyhydramnion), rendellenes fekvés vagy tartás, nagy magzat, extragenitális betegségek stb.;

— végül minden olyan esetben, amelyben hiányzik a per vias naturales szülés alább felsorolt feltételeinek valamelyike.

2. Sürgősségi ismételt csm.-t kell végeznünk, ha az eredetileg a természetes szülőutakra terelt szülés folyamán:

— fájászavarok (fájásgyengeség, vagy túlerős fájások), rigid, vagy görcsös méhszáj észlelhetők;

— fenyegető méhrepedés, vagy hegszétválás gyanúja merül fel (fájásszünetben is fájdalmat jelző szülőnél, tapintáskor érzékeny passzív szakasz stb.);

— intrauterin magzati ártalom klinikai, vagy más jelei észlelhetők;

— a csm.-t különben is szükségessé tevő szülészeti szövődmények alakulnak ki (köldökzsinór-előesés, időelőtti lepényelválás jelei stb.).

3. Az előbbiekből kiderülnek azok a feltételek, amelyek jelenlétében heges méh esetén eltekinthetünk az elektív csm. elvégzésétől és hüvelyi szülést engedélyezhetünk:

— ne álljanak fenn az anyai vagy magzati érdekből végzendő gyors szülésbefejezés (csm.) javallatai;

— a heg legyen a passzív szakaszon és a megelőző csm.-től válasszon el legalább egy éves időszak;

— az előzményekben csak egy csm. szerepeljen és ismerjük annak, valamint az azt követő gyermekágyas időszaknak adatait;

— ne legyenek gyanújelei a heg elégtelenségének, vagy a passzív szakasz fokozott feszülésének (endometritis puerperalis, subinvolutio vagy más lázas gyermekágyi szövődmény a kórelőzményben, ikerterhesség, tapintáskor fájdalmas passzív szakasz stb.);

— a téraránytalanságnak a gyanúja se álljon fenn;

— legyen a magzat koponyatartásban, ne legyen túl nagy és legyen rendes mennyiségű magzatvíz;

— ne legyen időelőtti burokrepedés, vagy ha a magzatvíz idő előtt elfolyt, 12 órán belül kezdődjék meg a vajúdas;

— a méhtevekenység legyen rendes a vajúdas kezdetétől;

— készen kell állnunk a sürgősségi csm. gyors elvégzésére; ha annak előbb ismertetett bármelyik javallatát észleljük, elvégzésének feltételeit biztosítanunk kell;

— a vajúdo legyen állandó gondos felügyelet alatt, rövid időre sem hagyhatjuk magára.

A felsorolt tíz feltétel jelenlétében a szülést a természetes szülőúton vezethetjük le, de a heges méhszakasz szilárdságában, ellenálló-képességében akkor is mindig kételkednünk kell, ha a heg gyengeségének, vagy folytonosság-hiányának nincsenek, vagy nem voltak klinikai, vagy radiológiai jelei. A nem terhes állapotban végzett hiszterográfiák értéke viszonylagos, ha csak nem bizonyítják a heg elégtelenségét. Ugyanakkor gondolnunk kell egy radiológiailag kimutathatatlan, a hegben keletkezett endometriózis lehetőségére is, ez pedig a heg ellenálló-képességének rovására megy.

A szülés vezetésekor a következőket kell szem előtt tartanunk:

— a vajúdo és a magzat állandó és gondos megfigyelése, ha szükséges, a magzat monitorizálása kötelező;

— készen kell állnunk a sürgősségi csm. elvégzésére;

— nem alkalmazhatunk fájáskeltőket;

— burokrepesztést csak megfelelő javallat alapján végezhetünk;

— a fájdalomcsillapítás terén legyünk óvatosak, hatásos szülési fájdalomcsillapítás fedheti a hegsvétválás tüneteit;

— alepény tapadási rendellenességei gyakoribbak, ezek megoldására fel kell készülnünk;

— szülés után kötelező a passzív szakasz kézzel történő letapintása;

— az esetleg szükségessé váló vératömlesztés feltételeit, a megfelelő vér bizonyos mennyiségét idejében biztosítanunk kell.

Megelőző csm. után a természetes szülőúton lezajlott egy, vagy akár több szülés még nem jelent biztosítékot arról, hogy egy újabb szülés esetén a heg ellenálló-képessége megfelelő. Ellenkezőleg, a hegsvétválás kockázata párhuzamosan nő a szülések számának emelkedésével. A szülésvezetés elvei, a per vias naturales szülés elfogadásának feltételei tehát azonosak kell legyenek minden esetben, ha heges méhről van szó!

X X X

A vitatott kérdést gyakorlati szempontból elsősorban négy mutatószám tükrében kell megvizsgálni. Ezek:

— hány százalékát teszik ki a heges méhű szülők az összes szülőknek?

— mennyi a csm.-ek általános gyakorisága?

— a csm.-ek hány százalékát teszik ki az ismételt csm.-ek?

— a heges méhü szülönöket milyen arányban kell ismételt csm.-nek kitenünk, illetve hány százalékuk szül a természetes szülőutakon?

Adatainkat most csupán ezeknek a mutatóknak megfelelően elemezzük. Amint az az 1. táblázatból kiderül, klinikánkon 1977. január 1. és 1981. december 31. között, tehát öt év során 23.983 szülést észleltünk és vezettünk. 1347 szülést csm.-el oldottunk meg, ami 5,61⁰/₀ gyakoriságnak felel meg. A szülönök 1,95⁰/₀-a (469) előzetesen csm.-sel szült. Ezeknél 364 alkalommal (77,61⁰/₀) ismételt csm.-t kellett végeznünk, míg 105 szülés (22,38⁰/₀) hüvelyi úton történt. Az ismételt csm.-ek az összes csm.-ek több mint negyedét teszik ki (27,02⁰/₀).

1. táblázat

Évek	Szülések száma	Összes csm. száma	Csm. %	Heges méhü szülönök száma	%-összes szüléshöz viszonyítva	Ismételt csm. száma	%-összes csm. számához viszonyítva	%-heges méhü szülönökhöz viszonyítva	Csm. utáni hüvelyi szülés	%-heges méhü szülők számához viszonyítva
1977	4813	309	6,42	99	2,05	80	25,88	80,80	19	19,19
1978	4943	284	5,74	100	2,02	69	24,29	69,00	31	31,00
1979	4841	251	5,18	87	1,79	67	26,69	77,01	20	22,98
1980	4815	287	5,96	102	2,11	88	30,66	86,27	14	13,72
1981	4571	216	4,72	81	1,77	60	27,77	74,07	21	25,92
1977—1981	23983	1347	5,61	469	1,95	364	27,02	77,61	105	22,38

Az ismételt csm.-ek számaránya az irodalom adatai alapján (amelyek elemzése most nem lehet feladatunk), iskolák, intézetek szerint változik, *Horn* (7) 25—77% közti gyakoriságot említ.

Dorojan és munkatársai (3) 111 esetből 61-ben hüvelyi úton vezették a szülést és csak 50-szer végeztek ismételt csm.-t. *Alessandrescu* és munkatársai (1) 58,2⁰/₀-ban ismételték meg a csm.-t. *Rigó* és *Balázs* (11) a csm.-t 46⁰/₀-os gyakorisággal ismételték meg. *Horváth* és munkatársai (8) 69,34⁰/₀-os, *Gruhl* (6) 60⁰/₀-os, *Zoltán* (13) 56,4⁰/₀-os gyakoriságról számolt be. Ezek a mutatók kisebbek mint a mi 77,61⁰/₀-os gyakoriságunk.

Úgy véljük, hogy egy intézet általános csm. frekvenciája döntő módon megszabja azt, hogy a csm.-t milyen gyakran kell megismételni. Ha a csm. gyakorisága magas, tehát a műtét javallati köre széles, az ismételt csm.-ek gyakorisága nyilván kisebb lesz, mert a primér javallatok többsége megelőző lévén, azok megismétlődésének valószínűsége korlátozott. Ha viszont a csm. gyakorisága alacsonyabb, mivel a javallatok jórésze állandó jellegű, az elektive ismételt csm.-ek száma megnő és az összes csm.-ek keretén belül nagyobb százalékarányval szerepelnek. Így *Rigó* és *Balázs* alacsony, 46⁰/₀-os ismételt csm. gyakorisága 9,8⁰/₀-os általános csm. gyakoriság mellett volt lehetséges. Az, hogy *Horváth* és munkatársai (8) ugyancsak 10% körüli általános csm. gyakorisággal már szinte

70%-ban végeztek ismételt csm.-t nyilván szemléleti különbségről tanúskodik.

Ha azt vizsgáljuk, hogy a megszületett magzatok nagysága mennyiben befolyásolja az ismételt csm.-ek számát, elsősorban a koraszülöttségi gyakoriságot kell figyelembe vennünk. A mi öt éves anyagunkban a koraszülöttség 9,38%-ban jelentkezik. A 479 heges méhű nő szüléséből 57 koraszülött jött a világra (12,15%), ezek közül 32 csm.-el született (8,79%), míg a 105 hüvelyi szülés 25 koraszülöttet eredményezett (23,8%). Ez azt jelenti, hogy hüvelyi uton szülhettek meg kisebb magzatot olyan nők is, akiknek csm.-ét annak idején szűkmedence, illetve téraránytalanság miatt végezték. Ezt bizonyítják *Alessandrescu* és munkatársai adatai is: az előzőleg szűkmedence miatt operált nők következő szülését 90,4%-ban kellett ismételt csm.-el befejezni, azonban a hüvelyi szülésekből (9,6%) kizárólag koramagzatok születtek. A más javallatok miatt végzett előző csm.-ek után a csm.-t már csak 37,7%-ban kellett megismételniök.

A most tárgyalt mutatószámok valódi súlyát és értékét, azt, hogy adott körülmények között milyen gyakorisággal kell a csm.-t megismételni, illetve hányszor lehet azt elkerülni, természetesen csak az elért anyai és magzati eredmények, vagyis a perinatális halálozás, a műtét utáni és a szülés közben fellépő szövödmények, a csoportokra felbontott javallatok stb. gondos elemzésével lehet felmérni. A számunkra megadott keret nem engedi meg most adataink és eredményeink részletes megtárgyalását, az egy következő dolgozatunk tárgyát fogja képezni.

Hangsúlyozni kívánjuk, hogy magatartásunkat a dolgozatunk első részében vázolt alapelvek határozták meg és fogják a jövőben is meghatározni. Az esetek egyéni mérlegelésével kell döntenünk az ismételt csm. szükségessége felől, a kórelőzmény és az előző csm. adatainak és a jelen állapot összes elemeinek figyelembevételével, az anyai és magzati eredmények javítása, a szövödmények megelőzése, illetve a sürgősségi okokból végzett ismételt csm.-ek számának csökkentése érdekében.

Irodalom

1. *Alessandrescu D., Gheorghiu D., Bănceanu G.*: *Obst. și Ginec.* (1974), 22,491; 2. *Boga K., Pețeanu V.*: *Orv. Szle.* (1971), 17,351; 3. *Dorojan M., Tănăsescu A., Ciulcu P.*: *Obst. și Ginec.* (1973), 21,327; 4. *Douglas R. G.*: *Pregnancy and labor following cesarean section*, in: *Marcus & Marcus: Advances in obst. gynec.* I. köt., *Williams & Wilkins, Baltimore*, 1967, 274; 5. *Gheorghiu N. N.* és mtsai: *Gyn. Obst.* (1969), 68, 169; 6. *Gruhl M., v. Maillot K., Kindermann G.*: *Geburts. Frauenheilk.* (1969), 29, 219; 7. *Horn B.*: *Magy. Nőorv. Lapja* (1965), 28, 150; 8. *Horváth S., Varga J., Mórítz A.*: *Magy. Nőorv. Lapja* (1977), 40, 341; 9. *Lacomme M., Lewin D.*: *Gyn. Obst.* (1962), 61, 437; 10. *Protopopescu I., Iureș D.*: *Obst. și Ginec.* (1960), 7,53; 11. *Rigó J., Balázs Judit*: *Magy. Nőorv. Lapja* (1978), 41,450; 12. *Szemesi I.* és mtsai: *Magy. Nőorv. Lapja* (1970), 33,396; 13. *Zoltán I.*: *A császármetszés a mai szülészet keretében.* Akadémiai Kiadó, Budapest, 1964

A szerkesztőségbe érkezett: 1982. július 16.

K. Boga, I. Oláh, I. Fráncu, S. Kosztáczky-Markó, A. Kovács

BIRTH IN WOMEN WITH POSTCESARIAN CICATRICAL UTERUS

Postcesarian cicatricial uterus is a problem in which there is no unity of opinions even today as far as assistance at ulterior births is concerned. The authors discuss the conditions in which elective iterative cesarian section is indicated or normal birth is accepted, then they analyse the material of the Obstetrical and Gynaecological Clinic of Tîrgu Mureş between 1977 and 1981. In this period there were 23,983 births, out of which 469 (1.95%) cases were with postcesarian cicatricial uterus. Only 105 (22.38%) deliveries were conducted by vaginal way, and in 364 women (77.61%) iterative cesarian section was performed. Out of 1347 cesarian sections made in this period of time (frequency = 5.61%), 364 iterative cesarian sections represent as much as 27.02%. It has been pointed out that the frequency of the cesarian sections influences the proportion between iterative cesarian sections and normal deliveries in women with cicatricial uterus.
