

# Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum

Fikret Gökhan Göynüner, Müge Temel, Sadık Şahin, Murat Naki, Kumral Kepkep

Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

## Özet

**Amaç:** Çalışmamızın amacı; sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) olguları ile sezaryen sonrası elektif sezaryen (SSES) olgularını maternal ve fetal komplikasyonlar yönünden karşılaştırmak ve SSVD risklerini belirlemektir.

**Yöntem:** 2003 Ocak- 2005 Aralık tarihleri arasında, SSVD yapan 55 olgu ve basit tesadüfi örnekleme ile seçilmiş SSES yapan 62 olgu retrospektif olarak incelenmiştir. Sezaryen geçirmiş olan olguların bir sonraki doğumlarında gelişmiş olan maternal ve fetal komplikasyonlar, SSVD ile SSES olgularında karşılaştırılmış ve SSVD riskleri araştırılmıştır.

**Bulgular:** SSVD ve SSES grupları arasında; yaş ortalaması, gebelik, parite, abortus, yaşayan çocuk, sezaryen sayısı, önceki vajinal doğum sayısı ve Apgar skoru açısından anlamlı bir farklılığın olmadığı ( $p>0.05$ ), bununla birlikte her iki grup arasında gebelik haftası, bebek ağırlığı, uterus komplikasyonu gelişmesi, canlı-ölü doğum oranları açısından anlamlı farklılık olduğu izlenmiştir ( $p<0.05$ ). SSVD grubunda, oksitosin uygulaması ve vakum ekstraksiyonu ile uterin rüptür gelişimi arasında anlamlı bir farklılık izlenmemiştir ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Kliniğimizde sezaryen sonrası vajinal doğum girişim oranının çok düşük olduğu, genelde bu gibi olgularda sezaryenin tercih edildiği, doğumun gerçekleştirildiği olguların daha çok fetusun kaybedildiği veya termden çok önceki erken gebelik haftalarında oldukları belirlendi. Fetusu kaybetme riskinin olmadığı veya az olduğu bu tip olguların doğuma bırakılmaları nedeni ile fetal komplikasyon oranı incelenen gruplarda benzer bulunurken, maternal komplikasyon oranı ise SSVD grubunda daha yüksek bulunmuştur.

**Anahtar Sözcükler:** Sezaryen sonrası vajinal doğum, Sezaryen sonrası elektif sezaryen.

## *Vaginal birth after cesarean delivery*

**Objective:** To compare the maternal and fetal complication rates of vaginal birth after cesarean (VBAC) and elective cesarean after cesarean (ECAC) and to determine if vbac is performed our clinic or not.

**Methods:** Fifty five patients having had VBAC and 62 randomly selected patient who have had ECAC between january 2003 and december 2005 were examined retrospectively. The maternal and fetal complications developing in patients who have had VBAC and ECAC were compared and the risks of VBAC were identified.

**Results:** Among the VBAC and ECAC groups no significant difference was detected in mean age, gravidity, parity, abortus, number of alive children, number of previous cesarian and vaginal delivery and the Apgar scores ( $p>0.05$ ). However a significant differences between the two groups in fetal weight, uterine complications, gestational week and live birth rate were detected. In the VBAC group, no significant difference was found in uterine rupture rates between oxytocin administration and vacuum extraction ( $p<0.05$ ).

**Conclusion:** We concluded that the rate of vaginal birth after cesarean was quite low in our clinic, and elective cesarean delivery is preferred in that cases. Vaginal delivery was preferred especially in cases of fetal demise or preterm birth in previous cesarean cases. Any statistically significant difference on fetal complication rates were not found between two groups because of the choice of the vaginal route for delivery in cases with low or null risk of fetal demise. But the maternal complication rates were found high in?

**Keywords:** Vaginal birth after cesarean, elective cesarean after cesarean.

## Giriş

Sezaryen; maliyeti yüksek olan ve aynı zamanda hasta morbidite ve mortalitesini artıran bir girişim olup, obstetrikte en sık uygulanan operasyondur. Sıklığı, günümüzde gittikçe artmaktadır. Gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalarda, 1960'lı yıllarda %5 olan sezaryen oranının günümüzde %50'lere ulaştığı belirtilmektedir.<sup>1</sup> Yakın zamanlarda yapılan çalışmalara göre, önceden sezaryen geçiren hastaların %60-80'i eylem şansı verildiğinde başarılı bir vajinal doğum yapabilmektedirler.<sup>2,3</sup>

Sezaryen sonrası vajinal doğumda (SSVD) gelişebilecek en önemli komplikasyon olan uterus rüptürünün, anne ve bebek açısından belirli bir mortalite riski vardır. Ancak, SSVD'da uterus rüptürü gelişme riski %0.5 kadarken, sezaryende anne mortalitesi vajinal doğumdan 25 kat daha fazladır.<sup>4</sup> SSVD'un yaygınlaşması, sezaryen ameliyatlarında %30 oranında azalma sağlayabilmektedir.<sup>5</sup>

Çalışmamızın amacı; kliniğimizdeki sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) olguları ile sezaryen sonrası elektif sezaryen (SSES) olgularını maternal ve fetal komplikasyonlar yönünden karşılaştırmak, SSVD risklerini belirlemek ve kliniğimizde sezaryen sonrası vaginal doğum yapılıp yapılmadığını saptamaktır.

## Yöntem

Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde, 2003 Ocak- 2005 Aralık tarihleri arasında doğum yapan 27403 olgu, retrospektif olarak incelendi. Bu olgulardan, sezaryenle doğum yapanlar (8730 olgu, %31.85) ve vajinal doğum yapanlar (18673 olgu, %68.14) olmak üzere iki grup altında toplandı.

2003 Ocak-2005 Aralık tarihleri arasında sezaryenle doğum yapan 8730 olgudan, eski sezaryen nedeniyle sezaryen (elektif) yapılan 2929 (%33.55) olguya, basit rastlantısal örnekleme yapılarak, 62 olgu kontrol grubuna seçildi. Vajinal doğum yapan 18673 olgudan (%68.14) sezaryen sonrası vajinal doğum yapan 55 olgu (%0.29) ise çalışma grubu olarak belirlendi.

2003 Ocak-2005 Aralık tarihleri arasında, sezaryen sonrası vajinal doğum yapan 55 olgunun ve kontrol grubu olarak seçilen sezaryen sonrası elek-

tif sezaryen olgularının, her birinin medikal kaydı, veri toplama formları kullanılarak incelenmiştir. Her olgunun medikal kaydından aşağıdaki değişkenlerle ilgili veriler toplanmıştır.

A. Anamnez Değişkenleri: Maternal yaş, gebelik sayısı, parite, abortus, yaşayan çocuk, önceki normal spontan doğum, önceki sezaryen sayıları, önceki sezaryenlerde uygulanmış olan uterus insizyonu tipi (alt segment, J, T, klasik...), gebelik haftası, SSVD'da oksitosin uygulanıp uygulanmadığı, SSVD'da forseps veya vakum ekstraksiyonu uygulanıp uygulanmadığı, yenidoğan ağırlığı, Apgar skoru, canlı ya da ölü doğum olup olmadığı, uterus ile ilgili komplikasyonlar, laparotomi, rüptür, histerektomi gelişip gelişmediği, postoperatif komplikasyon varlığı araştırıldı.

B. Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Yapan Olgularda Maternal Komplikasyonlar: Uterus ile ilgili komplikasyonlardan: kollum laserasyonu, atoni, skar dehissansı, inkomplet ve komplet rüptür, laparotomi, histerektomi; ayrıca oksitosin uygulamasının uterin rüptür üzerindeki etkileri ve vakum ekstraksiyonunun uterin komplikasyonlarla birlikteliği değerlendirildi.

C. Tüm olgularda fetal komplikasyon olarak Apgar skoru, canlı-ölü doğum varlığı değerlendirildi.

Ç. Sezaryen Sonrası Elektif Sezaryen ile doğum yapan olgularda maternal komplikasyon olarak; intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar değerlendirildi.

## İstatistiksel İncelemeler

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 13.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Student t testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Khi-Kare testi ve Fisher's Kesin Khi-Kare testi kullanıldı. Anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

## Bulgular

Doğum yapan 27403 olgunun doğum şekilleri 1'de özetlenmiştir. Tüm doğumların 8730'u (%31.85) sezaryen ile doğum, 18673'ü (%78.9) normal spontan doğum yapmıştır. Sezaryen ile doğum yapan 8730 olgudan 2929'u (%33.55), eski sezaryen nedeniyle sezaryen yapılan olgulardır. Bunların 2338'inin (%79.8) bir eski sezaryen nedeniyle, 580 olgunun (%19.8) iki eski sezaryen nedeniyle, 11 olgunun (%0.03) ise üç eski sezaryen nedeniyle abdominal doğum yaptığı saptandı. Kliniğimizde vaginal doğum yapan 18673 olgudan, sezaryen sonrası vaginal doğum yapan 55 olgu id (% 0.29).

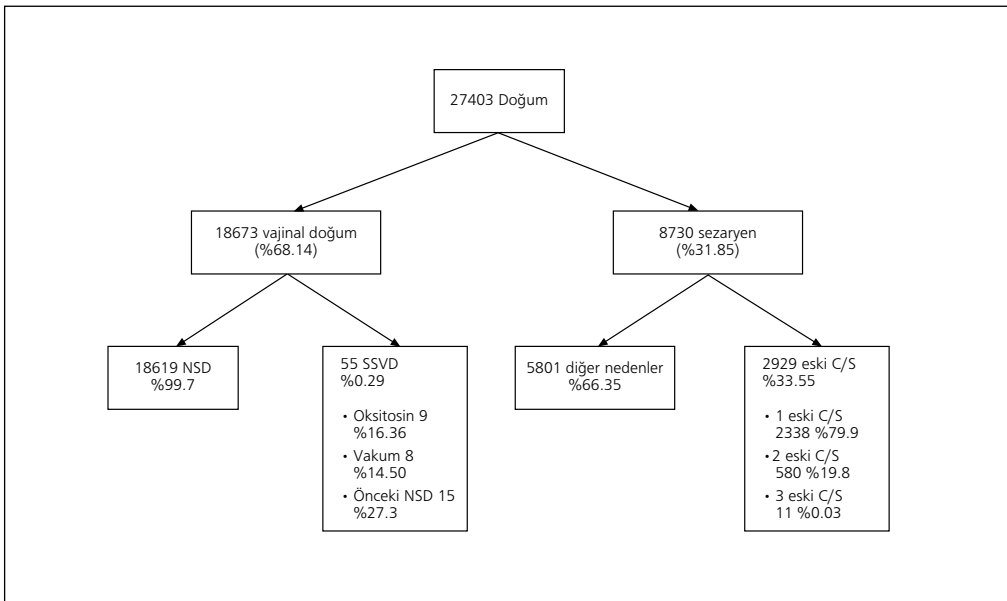
Çalışmamızdaki SSVD grubu ile SSES grubu arasında yaş ortalaması, gebelik sayısı, parite sayısı, abortus sayısı, yaşayan çocuk sayısı, sezaryen sayısı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Ama gebelik haftası bakımından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0.01$ ).

SSVD grubunda oksitosinle doğum yapanlarla spontan doğum yapanlar arasında, uterin komplikasyon (kollum laserasyonu, skar dehissansı, rüptür, atoni) açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). SSVD grubundaki 9 olgu (%16.36), oksitosin infüzyonuyla doğum yapmıştır. SSVD grubundaki 46 olgu, (%83.64) normal

spontan doğum yapmıştır. Oksitosin infüzyonuyla doğum yapan 9 olgunun 4'ünde (%44.4) uterus ile ilgili komplikasyon saptanırken, geri kalan 5 olguda (%55.6) komplikasyon gelişmemiştir. Spontan doğum yapan olgularda uterus ile ilgili komplikasyon görülme oranı %19.6 idi (9 olgu).

SSVD grubunda, doğumda alet kullanımı ile uterus ile ilgili komplikasyon varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). 55 olgudan oluşan SSVD grubunda 8 olguda (%14.50) vakum ekstraksiyonu uygulanmıştır. Doğumda vakum ekstraksiyon uygulanan 8 olguda uterus ile ilgili komplikasyon görülme oranı %37.5 iken (3 olgu), doğumda alet kullanılmayan olgularda (47 olgu) uterus ile ilgili komplikasyon görülme oranı %21.3 (10 olgu) olarak saptanmıştır.

Bebek ağırlığına göre, SSVD (55 olgu) ve SSES (62 olgu) grupları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0.01$ ). SSVD grubundaki olguların bebeklerinin ortalama doğum ağırlıkları  $2752\pm 873.4$  (medyan 3080) iken, SSES grubundaki olguların bebeklerinin ortalama doğum ağırlıkları  $3112.4\pm 485.9$  (medyan 3085) olarak saptanmıştır. SSVD grubundaki olguların bebeklerinin doğum ağırlıkları, SSES grubundaki olguların bebeklerinin doğum ağırlıklarından anlamlı derecede düşüktür ( $p:0.008$ ) (Tablo 1).



**Şekil 1.** 2003 Ocak- 2005 Aralık tarihleri arasında normal spontan doğum ve sezaryen sayıları ve oranları şeması.

Canlı-ölü doğum oranlarına göre, SSVD (55 olgu) ve SSES (62 olgu) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0.05$ ). SSVD grubundaki olguların 54'ünde (%92.7) canlı doğum görülürken, 4'ünde (%7.3) ölü doğum görülmüştür. Sezaryen grubundaki doğumların tamamının (62 olgu, %100) canlı olduğu saptanmıştır ( $p: 0.046$ ) (Tablo 1).

SSVD ve SSES grupları arasında Apgar skoru ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ) (Tablo 1). SSVD grubu apgar skoru ortalaması  $7.18\pm 2.33$  (medyan 8) iken, SSES grubu apgar skoru ortalaması  $8.16\pm 0.48$  (medyan 8) olarak saptanmıştır ( $p: 0.056$ ).

SSVD grubu ile SSES grubu arasında uterus ile ilgili komplikasyon (kollum laserasyonu, skar dehissansı, atoni) görülme oranlarına göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0.01$ ). SSVD grubundaki (55 olgu) uterus ile ilgili komplikasyon görülme oranı %23.6 (13 olgu) iken; SSES grubundaki (62 olgu) uterus ile ilgili komplikasyon görülme oranı %6.5 (4 olgu) olarak saptanmıştır. SSVD grubunda uterus ile ilgili komplikasyon görülme oranı (%23.6), SSES grubunda uterus ile ilgili komplikasyon görülme oranından (%6.5) anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ( $p: 0.008$ ). Sezaryen sonrası vajinal doğum grubunda %3.64 (2 olgu) oranında skar dehissansı, %18.18 (10 olgu) oranında kollum laserasyonu, %3.64 (2 olgu) oranında uterin atoni görülmüştür. Sezaryen sonrası elektif sezaryen grubunda %1.61 (1 olgu) oranında uterin arter laserasyonu, %3.63 (2 olgu)

oranında uterin atoni, %1.61 (1 olgu) oranında skar dehissansı görülmüştür. Skar dehissansı (uterus rüptürü) açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 1).

## Tartışma

Sezaryenle doğum öyküsü, bir sonraki gebelikte ektopik gebelik, plasenta implantasyon bozuklukları, febril ve tromboembolik olaylar, histerektomi gerekliliği gibi hem anne, hem de bebek için risk oluşturabilecek komplikasyonların gelişme olasılığını artırır.<sup>6</sup>

Sezaryenle doğum öyküsü olan bir olgunun bir sonraki gebeliğinde, antepartum ve intrapartum dönemde gelişebilecek rüptür tehlikesi, sezaryenle doğum oranlarını yükseltmektedir.<sup>7</sup>

Macones ve ark.; sezaryen sonrası vajinal doğum olgularında, maternal komplikasyonları inceleyen çok merkezli çalışmalarında; SSVD olgularının yaş ortalamasının, SSES olgularının yaş ortalamasından, anlamlı düzeyde düşük olduğunu bildirmişlerdir ( $p<0.001$ ).<sup>8</sup> Rageth ve ark., sezaryen sonrası vajinal doğumu, elektif sezaryene tercih eden olguların, genç yaş grubu hastalar olduklarını bildirmişlerdir.<sup>9</sup>

Çalışmamızda ise, SSVD ve SSES grupları arasında yaş ortalamasına göre, anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $P>0.05$ ).

Rageth ve ark.'ın, SSVD ve SSES kararı kriterlerine göre; SSVD'nin, 40 yaşından genç olgularda, daha başarılı olduğunu belirtmişlerdir.<sup>9</sup>

**Tablo 1.** Bebek ağırlığı, Apgar ve canlı-ölü doğum ve uterus komplikasyon oranlarına göre gruplar arası dağılım tablosu.

	SSVD Ort±SD	Medyan	SSES Ort±SD	Medyan	Test ist. p
Bebek ağırlığı	2752.5±873.4	3080	3112.4±485.9	3085	t:-2,707; p:0,008**
APGAR	7.18±2.33	8	8.16±0.48	8	Z:-1,910; p:0,056
Canlı-Ölü Doğum	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Canlı	51	92.7	62	100,0	Fc2
Ölü	4	7.3	-	-	p:0,046*
Uterusta komplikasyon var	13	23.6	4	6.5	c2:6,931
Uterusta komplikasyon yok	42	76.4	58	93.5	p:0,008**
Skar dehissansı var	2	3.64	1	1.61	p>0,05
Skar dehissansı yok	53	96.36	61	98.39	

t: Student t testi, Z: Mann Whitney U testi, Fc2: Fisher's exact ki-kare \* $p<0.05$  düzeyinde anlamlı, \*\* $p<0.01$  ileri düzeyde anlamlı

McMahon ve ark. ise, 35 yaşından büyük olgularda SSVD başarı oranının düştüğünü ve bu nedenle acil sezaryen oranının arttığını bildirmişlerdir.<sup>10</sup>

Araştırmamızda; SSVD grubundaki genç hastalarda komplikasyon gelişmiş, 19 ve 20 yaşlarındaki 2 olguda (%3.63) skar dehissansı izlenmiştir. SSVD olgularında, maternal yaş ve uterin rüptür arasındaki bağlantının kurulabilmesi için daha geniş olgu gruplarına ihtiyacımız olduğunu düşünmekteyiz.

Macones ve ark.; bir sezaryen operasyonu geçiren olgularda, vajinal doğum başarısının %75.5, iki sezaryen operasyonu geçiren olgularda vajinal doğum başarısının %75.0 olduğunu ve bir sezaryen geçiren olgularda vaginal doğum sırasında uterin rüptür olasılığının 87/1000 olduğunu, iki ya da daha fazla sezaryen geçiren olgularda vaginal doğum sırasında uterin rüptür olasılığının 200/1000 olduğunu bildirmişlerdir.<sup>8</sup>

Flamm ve ark.,<sup>11</sup> Farmer ve ark.,<sup>12</sup> ve Jones ve ark.,<sup>13</sup> göre; sezaryen sonrası vajinal doğum yapan olgularda uterin rüptür gelişme riski %0.5-0.8 olup, kanamasız skar dehissansı olguları da bu gruba katılacak olursa, oran %1.5'a çıkar.

Çalışmamızda, SSVD iki olgumuzda uterin rüptür (%3.63) gelişmiştir. Daha önceden 2 sezaryen operasyonu geçirmiş ve SSVD yapan iki olguda doğum komplikasyonsuz gerçekleşmiştir. Bu bulgumuz, Macones ve ark.<sup>8</sup> bulgularıyla benzerdir.

Macones ve ark., sezaryen sonrası vajinal doğumda, maternal komplikasyonları incelemişler; SSVD ve SSES olgularının ortalama gebelik haftaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğunu bulmuş ve SSVD olgularının gebelik haftasının, sezaryen sonrası sezaryen olgularının gebelik haftasından anlamlı derecede düşük olduğunu bildirmişlerdir (p<0.01).<sup>8</sup>

Çalışmamızda da; SSVD olgularının gebelik haftası, SSES olgularının ortalama gebelik haftasından anlamlı derecede düşüktür (p: 0.004).

Macones ve ark., 37 haftanın üstündeki gebeliklerde SSVD'de uterin rüptür riskinde artış olduğunu bildirmişlerdir.<sup>8</sup>

Çalışmamızda SSVD grubundaki 2 olguda (%3.63) skar dehissansı izlenmiş olup her iki olguda 37 gebelik haftasının üzerindeydi. Bu bulgu-

muz, Macones ve ark.'ın bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Macones ve ark., önceki vajinal doğumun uterin rüptürden koruyucu olduğunu ve rüptür olasılığını %60 azalttığını bildirmişlerdir.<sup>8</sup> Hendler ve ark., sezaryenden önceki vajinal doğumun ve sezaryenden sonraki vajinal doğumun, SSVD'de başarı olasılığını artıran faktörler olduğunu, daha az operatif vajinal doğum ve daha az 3. ve 4. derece perineal laserasyona neden olduğunu, ancak sezaryenden sonraki ikinci vajinal doğumun uterin skar dehissansı riskini artırabileceğini bildirmişlerdir.<sup>14</sup> Weinstein ve ark., önceki vajinal doğumun SSVD başarı oranını artırdığını ileri sürmüşlerdir.<sup>15</sup> Bizim sonuçlarımız, her iki araştırıcının sonuçlarıyla uyumludur. SSVD grubunda %3.63 oranında görülen skar dehissansı (2 olgu) önceden vajinal doğum öyküsü olmayan hastalardır.

Macones ve ark., SSVD olgularında, prostaglandin ile doğum indüksiyonu veya oksitosin uygulanan olgularda 3 kat artmış uterin rüptür riski olduğunu, ancak artmış riskin prostaglandin ve oksitosinin ardarda kullanıldığı durumlarda geliştiğini bildirmişlerdir.<sup>8</sup> Otörler, indüksiyonun, spontan doğum olgularıyla karşılaştırıldığında, uterin rüptür riskinde bir artışa neden olmadığını, prostaglandinler ile oksitosinin birlikte kullanımının rüptür riskinde artışa neden olduğunu bildirmişlerdir.<sup>8</sup>

Çalışmamızda, oksitosin indüksiyonu ile uterin rüptür arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. SSVD grubundaki 55 olgunun 9'u (%16.3) oksitosin indüksiyon ile doğum yaparken, 46 olgu (%83.7) normal spontan doğum yapmıştır.

Hassan ve ark.'ın; 244 SSVD olgusunu inceledikleri çalışmalarında, 165 (%67.2) olgunun başarılı normal spontan doğum yaptığını, 7 olgunun (%3.2) forseps ile doğurtulduğunu, 11 olgunun (%5.2) vakum ekstraksiyonu ile doğurtulduğunu ve 61 olgunun (%24.4) acil sezaryen ile doğurtulduğunu bildirmişlerdir.<sup>7</sup>

Çalışmamızda, SSVD grubunda bulunan 55 olgudan 8'i (%14.5) vakum ekstraksiyon ile doğurtulmuş, geri kalan 47 olgu (%85.5) ise normal spontan doğum yapmıştır. Doğumda vakum ekstraksiyonu uygulanan 8 olguda uterus ile ilgili komplikasyon görülme oranı %37.5 iken, doğumda alet

kullanılmayan olgularda uterus ile ilgili komplikasyon görülme oranı %21.3 olarak saptanmıştır. Vakum ekstraksiyonu uygulanan 3 olguda, uterus komplikasyonu olarak kollum laserasyonu olmuştur. Vakum ekstraksiyonu ve uterus ile ilgili komplikasyon varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda, SSVD olguları ve SSES olguları arasında bebek ağırlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Bu farklılık, SSVD grubu olgularının daha fazla sayıda preterm gebeliği kapsamasına, SSES grubu olgularının ise miad gebelikler olmasına bağlıdır.

Macones ve ark., 4000 gr'ın altındaki doğum ağırlığının uterin rüptür riskini artırmadığını ileri sürmüştür.<sup>8</sup>

Çalışmamızda bebek ağırlıkları arasındaki istatistiksel olarak anlamlı olan bu farklılık ( $p<0.01$ ), uterus rüptürü varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa neden olmaz. Eğer SSVD grubunda miad bebeklerimizin sayısı fazla olsaydı, daha fazla uterus rüptürüyle karşılaşabilirdik.

Hassan ve ark., SSVD'de komplikasyonları inceledikleri çalışmalarında, SSVD grubundaki bebeklerin, SSES grubuyla karşılaştırınca, Apgar skorlarının %71.2 oranında 8'in üzerinde olduğu ve %24.6 oranında 6-8 arasında olduğu bildirmişlerdir.<sup>7</sup>

Ling ve Xuz'un, sezaryen sonrası vajinal doğumu inceledikleri çalışmalarında, SSVD grubundaki yenidoğanların Apgar skorlarının, SSES grubuyla karşılaştırınca, %83.7 oranında 8 ve üzerinde olduğunu ve %17.3 oranında neonatal asfiksi izlendiğini belirtmişlerdir.<sup>16</sup>

Çalışmamızda, SSVD olguları ve SSES olguları arasında Apgar skorları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Çalışmamızda, SSVD grubu içerisindeki 55 olgudan %60'nın Apgar skoru 8 ve üzerinde, %20'sinin (11 olgu) Apgar skoru 6-8 arasında, %12.7'sinin Apgar skoru 1-2 arasında izlenmiş, %7.2 oranında bebek ise ölü doğmuştur. Ölü doğumu olan olgular, kliniğimize intrauterin fetal ölüm nedeniyle başvuran hastalardı. Düşük Apgar skoru ile doğan bebekler ise çok düşük doğum ağırlıklı olanlardı. Gelişen neonatal asfiksi, sezaryen sonrası vajinal doğuma değil, prematüriteye

bağlıdır. Bu sonuçlara göre SSVD'un, SSES'ye göre neonatal asfiksi açısından risk taşımadığı görüşünderiz.

Macones ve ark., SSVD olgularında maternal komplikasyonlar; SSVD olgularında, uterin rüptür, mesane ve barsak yaralanması, uterin arter laserasyonu gibi majör operatif komplikasyonların daha çok görüldüğünü, ancak kan transfüzyonu, postpartum ateş gibi minör komplikasyonların SSES olgularında daha sık görüldüğü belirtmişlerdir.<sup>8</sup>

Çalışmamızda ise; majör komplikasyon olarak, SSVD grubunda %3.63 skar dehissansı, SSES grubunda ise %1.61 uterin arter laserasyonu, %1.61 skar dehissansı görüldü. Minör komplikasyon olarak, SSES grubunda %1.61 postoperatif 1. gün kan transfüzyonu gerekliliğinin ortaya çıktığı izlendi. Çalışmamızda, uterus ile ilgili komplikasyon görülme oranı, SSVD grubunda %23.6 iken, SSES grubunda %6.5'tur. Bu farklılığın nedeni, SSVD grubunda %18.18 oranında kollum laserasyonu izlenmesidir.

Macones ve ark., çalışmalarında SSVD olgularında uterin rüptürün, SSES grubundaki uterin rüptür oranından daha fazla olduğunu bildirmişlerdir ( $p<0.001$ ).<sup>8</sup>

Çalışmamızda, SSVD grubunda uterin rüptürün %3.63 olduğu, SSES grubunda %1.61 oranında geliştiği görülmüştür. Bu fark istatistik olarak anlamlıdır ( $p<0.001$ ).

Kliniğimizde sezaryen sonrası vaginal doğum girişim oranının çok düşük olduğu, genelde bu gibi olgularda sezaryenin tercih edildiği, doğumun gerçekleştirildiği olguların daha çok fetusun kaybedildiği veya termden önceki daha erken gebelik haftalarında oldukları belirlendi. Fetusu kaybetme riskinin olmadığı veya az olduğu bu tip olguların doğuma bırakılmaları nedeni ile fetal komplikasyon oranları incelenen gruplarda benzer bulunurken, maternal komplikasyonların 2 kat daha fazla olduğu, ancak ciddi morbidite ve mortaliteye neden olmadığı belirlenmiştir.

Kliniğimizde sezaryen oranları düşürmeye katkısı olacak önlemlerden biride, daha önce sezaryen geçirmiş olguların bir sonraki doğumlarında sezaryen kararı almadan önce vaginal doğum için

şartların uygunluğu gözden geçirilmeli, hemen elektif sezaryen kararı alınmamalıdır. Bu karar aşamasında hastanın bilgilendirilmesi ve onamının alınması önemlidir.

#### Kaynaklar

1. Anderson GM, Lomas J: Determinants of the increasing cesarean birth rate: Ontario data 1979- 1982. *N Eng J Med* 1984; 311: 887.
2. Flamm BL, Newman LA, Thomas SJ, Fallon D, Yoshida MM. Vaginal birth after cesarean delivery: Results of a 5-year multicenter collaborative study. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 750-4.
3. Chauhan SP, Martin JN Jr, Henrichs CE, Morrison JC, Magann EF. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142.075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: a review of the literature [review]. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 408-17.
4. Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, et al(Eds). Operative Obstetrics in Williams Obstetrics. Cesarean section and Cesarean hysterectomy. 21st edition. Connecticut, Appleton & Lange; 2001; p: 538-60.
5. Van der Walt WA, Cronje HS, Bam RH. Vaginal delivery after one caesarean section. *Int J Gynecol Obstet* 1994; 46: 271-7.
6. Hemminki E, Meriläinen J. Long-term effects of cesarean sections: Ectopic pregnancies and placental problems. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 1569-74.
7. Hassan A. Trial of scar and vaginal birth after cesarean section. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2005; 17: 57-61.
8. Macones GA, Peipert J, Nelson DB. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: A multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193: 1656-62.
9. Rageth JC, Juzi C, Grossenbacher H. Delivery of previous cesarean: A risk evaluation. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 332-7.
10. McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA Jr, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *N Engl J Med* 1996; 335: 689-95.
11. Flamm BL, Goings JR, Liu Y, Wolde-Tsadik G. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: A prospective multicenter study. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 927-32.
12. Farmer RM, Kirschbaum T, Potter D, Strong TH, Medearis AL. Uterine rupture during trial of labor after previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 996-1001.
13. Jones RO, Nagashima AW, Hartnett-Goodman MM, Goodlin RC. Rupture of low transverse cesarean scars during trial of labor. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 815-7.
14. Hendler I, Bjold E. Effect of prior vaginal delivery of prior vaginal birth after cesarean delivery on obstetric outcomes in women undergoing trial of labor. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 273-7.
15. Weinstein D, Benshushan A, Tanos V, Zilberstein R, Rojansky N. Predictive score for vaginal birth after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 192-8.
16. Ling C, Xuz L. The prospective study of trial of labor following previous cesarean section. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 1995; 30: 721-3.