

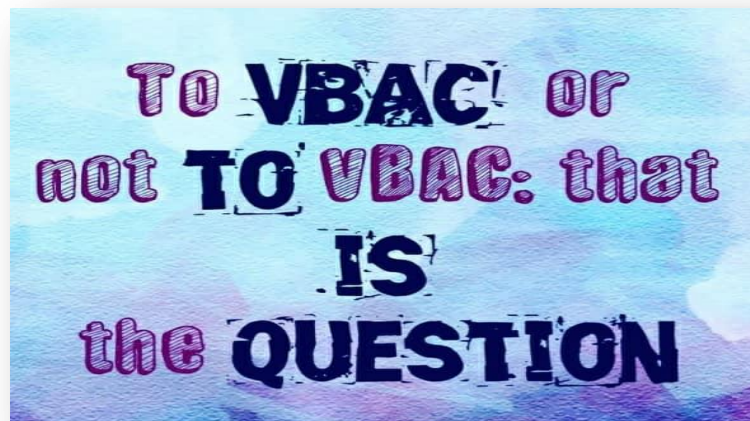


ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΡΙΩΝ
ΣΑΓΩΝΑ ΜΑΡΙΝΑΣ
ΤΑΡΣΙΝΟΥ ΖΩΗΣ

ΘΕΜΑ:
«**ΚΟΛΠΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ**»

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ
ΜΠΟΥΡΟΥΤΖΟΓΛΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΜΑΙΑ, MSC ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ



ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2017



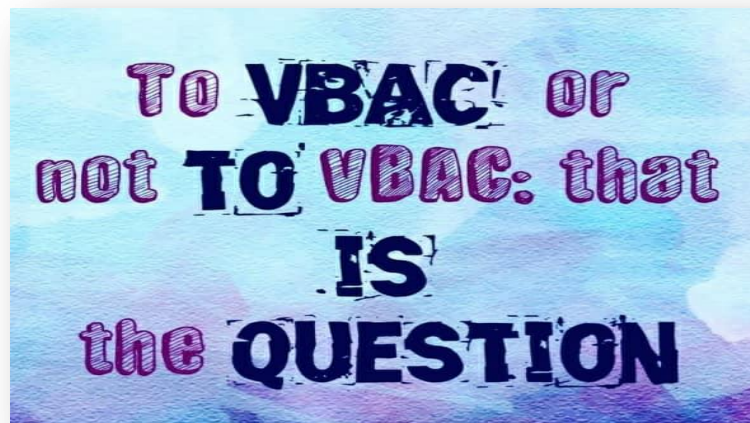
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΡΙΩΝ
ΣΑΓΩΝΑ ΜΑΡΙΝΑ
ΤΑΡΣΙΝΟΥ ΖΩΗ

ΘΕΜΑ

ΚΟΛΠΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ
ΜΠΟΥΡΟΥΤΖΟΓΛΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΜΑΙΑ, MSC ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ



ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2017

Ευχαριστίες

Θεωρούμε χρέος μας να επισημάνουμε ότι η σύνταξη και η υποβολή της παρούσας εργασίας δεν θα είχε γίνει, χωρίς την καθοριστική και ουσιαστική συμβολή της καθηγήτριάς μας Μπουρουτζόγλου Μαρίας, η οποία με την άρτια επιστημονική της κατάρτιση και τις καίριες εκπαιδευτικές δράσεις συνέβαλε δυναμικά στην εκπαίδευσή μας τόσο κατά τη διάρκεια των σπουδών, όσο και κατά την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας.

Περιεχόμενα:

1) Περίληψη	6
2) Summary	6
3) Πρόλογος	7
4) Εισαγωγή	9
5) Ο Τοκετός μετά από Καισαρική Τομή.....	11
a) Ενδείξεις-αντενδείξεις	11
b) Θετικά αποτελέσματα	14
c) Πιθανές επιπλοκές	16
i) Επιπλοκές σχετικά με τη μητέρα	17
(1) Ρήξη μήτρας	17
(2) Μητρική θνησιμότητα	20
(3) Αιμορραγία μετά τον τοκετό (PPH)	21
(4) 3ου και 4ου βαθμού ρήξη περινέου	22
(5) Υστερεκτομή, μετάγγιση αίματος και άλλες νοσηρότητες	22
ii) Επιπλοκές σχετικά με το έμβρυο/νεογνό	23
(1) Αναπνευστική νοσηρότητα	23
(2) Υποξική ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια (HIE)	23
(3) Τραύμα γέννησης	24
(4) Χαμηλό Apgar score και ανάγκη για αναζωογόνηση	26
(5) Εισαγωγή στη MENN	26
(6) Περιγεννητική θνησιμότητα	27
d) Παράγοντες που επηρεάζουν το ποσοστό επιτυχίας	28
e) VBAC ανά περιπτώσεις	31
i) Δίδυμη κύηση	31
ii) Υποψία μακροσωμίας εμβρύου	32
iii) Πάνω από μία προηγούμενα καισαρική τομή	32
iv) Προωρότητα	33
v) Παράταση κύησης	33
f) VBAC στο νερό	34
g) VBAC στο σπίτι	39
h) Διαχείριση VBAC	42
i) Πριν το VBAC	42
ii) Κατά τη διάρκεια του VBAC	43
iii) Μετά το VBAC	46
iv) Πρόκληση τοκετού και VBAC	46
v) Επισκληρίδιος αναισθησία και VBAC	49
vi) Αλγόριθμος VBAC	52
i) Τι επηρεάζει τη διαδικασία λήψης των αποφάσεων σχετικά με την επιλογή VBAC ..	54
j) Συμβουλευτική VBAC	62
k) Στρατηγικές αύξησης των ποσοστών VBAC σε μονάδες υγείας	65

1) Ρόλος της μαίας.....	67
6) Συζήτηση	70
7) Επίλογος	74
8) Βιβλιογραφία	75
9) Παραρτήματα	81

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη του κοιλιακού τοκετού μετά από προηγηθείσα καισαρική τομή (VBAC) και η ανάδειξη της σημασίας του και της επικαιροποιημένης τεκμηριωμένης φροντίδας για την παροχή του μέσα από βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Τα συνεχώς αυξανόμενα ποσοστά καισαρικών τομών καθώς και οι κίνδυνοι που σχετίζονται με αυτές οδήγησαν την επιστημονική κοινότητα στη διάδοση των στρατηγικών πρόληψης και περιορισμού τους, όταν δεν υπάρχουν ιατρικές αντενδείξεις για να αποφευχθούν. Ο τοκετός μετά από καισαρική τομή αποτελεί μια από τις πιο βασικές στρατηγικές για αυτόν τον σκοπό προσφέροντας σημαντικά οφέλη στην υγεία της μητέρας και του νεογνού, αλλά και στο σύστημα υγείας.

Αφού αναλύονται οι ενδείξεις, αντενδείξεις, οι κίνδυνοι, οι ωφέλειες και τα επιδημιολογικά δεδομένα για τους κινδύνους και την επιτυχία της, παρουσιάζονται και τεκμηριώνονται οι προϋποθέσεις και οι παράγοντες που πρέπει να διασφαλισθούν προκειμένου να παρέχεται αυτό το είδος τοκετού. Παράλληλα αναλύεται το σχέδιο φροντίδας πριν και κατά τον τοκετό VBAC καθώς οι γνώσεις που θα πρέπει να έχουν οι επαγγελματίες υγείας όσον αφορά τα πρώιμα σημεία παθολογίας αλλά και επιτυχούς διαχείρισης της.

Τέλος η εργασία επικεντρώνεται στην τεκμηριωμένη μαιευτική φροντίδα που πρέπει παρέχεται για τον τοκετό VBAC από την κοινότητα ως τις δομές υγείας, από την προγεννητική ως τη μεταγεννητική περίοδο, με σκοπό να αναδειχθεί η συμβολής της στην καλύτερη υγεία της μητέρας και του νεογνού και η ποιοτική φροντίδα υγείας.

SUMMARY

Aim of this diploma thesis is the study of vaginal birth after cesarean delivery (VBAC) and the highlighting of its importance and the updated documented care, in order to provide it through literature review.

Increasing rates of caesarean section and the risks that are associated with them impelled the scientific community to disseminate their prevention and containment strategies, when there aren't medical contraindication to avoid. The vaginal birth after caesarean section is one of the most basic strategies for this purpose offering significant health benefits for mother and for newborn, but also for the health system.

After analyzing the indications, contraindications, risks, benefits, epidemiological data on the risks and its success, are presented and documented the conditions and the factors that should be ensured in order to provide this type of delivery. At the same time, is analyzed the care plan before and during VBAC and the knowledge that health professionals should have concerning the early signs of pathology and its successful management.

Finally, this diploma thesis focuses on in documented obstetric care that should be provided for VBAC from the community to health structures, from prenatal to postnatal period with a view to highlighting its contribution to the better mother and newborn health and quality health care.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο τοκετός μετά από καισαρική τομή (VBAC, vaginal birth after cesarean section) ορίζεται ως ο κολπικός τοκετός μετά από προηγηθείσα καισαρική τομή (AAFP, 2014; RANZCOG, 2015; NSW Kids and Families, 2014; RCOG, 2015; Queensland Clinical Guidelines, 2015; NIH Consensus and State-of-the-Science Statements, 2010). Σε κάποιους συγγραφείς αναφέρονται και οι ακόλουθες περιγραφές: α. «η προσπάθεια για τοκετό μετά από καισαρική τομή», [Trial of Labor after Cesarean (TOLAC)] που αναφέρεται στην προσπάθεια για τοκετό μετά από καισαρική τομή ανεξαρτήτως της τελικής επιτυχίας και β. «επόμενος τοκετός μετά από καισαρική [Next Birth after Cesarean (NBAC)]. Όσες έγκυες έχουν γεννήσει στο παρελθόν με καισαρική τομή και δεν επιθυμούν ή δεν πληρούν τις προϋποθέσεις για VBAC, έχουν την εναλλακτική του ERCS(elective repeat caesarean section) δηλαδή η επαναλαμβανόμενη καισαρική τομή μετά από προηγηθείσα καισαρική τομή (AAFP, 2014; RANZCOG, 2015; NSW Kids and Families, 2014; Queensland Clinical Guidelines, 2015; NIH Consensus and State-of-the-Science Statements, 2010).

Η καισαρική τομή αποτελεί μια χειρουργική επέμβαση διατήρησης της ζωής στην παρουσία μειωτικής έκτακτης ανάγκης. Ωστόσο, σχετίζεται με βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους κινδύνους για τη μητέρα και την υγεία του νεογνού και ακόμη αυξάνει την οικονομική επιβάρυνση για το σύστημα υγείας. Καθώς οι κίνδυνοι της καισαρικής μπορεί να είναι μεγαλύτεροι από τα οφέλη της, 6 πρέπει να συνιστάται μόνο για αναγνωρισμένους κλινικούς λόγους. Από το 1985 ακόμα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει προτείνει ότι δεν υπάρχουν πρόσθετα πλεονεκτήματα της καισαρικής τομής πάνω από ένα ποσοστό 10-15% (World Health Organization, 2015). Ενώ πολλές χώρες έχουν επιτύχει χαμηλό αριθμό καισαρικών με ασφάλεια, άλλες, συμπεριλαμβανομένης της Αυστραλίας, δείχνουν αύξηση του ποσοστού καισαρικής τομής πολύ πάνω από αυτό το ποσοστό. Ένας από τους μεγαλύτερους συντελεστές στο συνολικό ποσοστό των γυναικών που επιλέγουν την καισαρική τομή είναι μια εκλεκτική επανάληψη αυτής. Ως εναλλακτική λύση για την εκλεκτική επανάληψη καισαρικής τομής, στις γυναίκες που είχαν μια χαμηλού κινδύνου εγκυμοσύνη μπορεί να προσφερθεί μια προσπάθεια κοιλιακού τοκετού μετά από μια καισαρική τομή (VBAC). Πολλοί είναι οι κλινικοί όμως που ανησυχούν για τον τοκετό VBAC, λόγω του αυξημένου κινδύνου της ρήξης της μήτρας, παρόλο που οι κίνδυνοι αυτοί έχουν χαμηλή πιθανότητα να συμβούν. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το ποσοστό των τοκετών VBAC να έχει μειωθεί σε πολλές χώρες υψηλού και μεσαίου εισοδήματος, παρά τις μελέτες που δείχνουν ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στον κίνδυνο ρήξης της μήτρας μεταξύ γυναικών που επέλεξαν VBAC και γυναικών, χωρίς προηγούμενη καισαρική τομή και θα αναλυθούν ακολούθως.

Ο τοκετός VBAC αποτελεί ενδιαφέρον θέμα, καθώς η μελέτη και η ανάλυση του δίνει στις γυναίκες και στους επαγγελματίες υγείας τη δυνατότητα να απαλλαγούν από την πεποίθηση, που υπήρχε για πάρα πολλά χρόνια στην κοινωνία, "μία φορά καισαρική για πάντα καισαρική". Επιπλέον, ο τοκετός VBAC έχει καλύτερα αποτελέσματα, στις περισσότερες περιπτώσεις, τόσο για τη σωματική υγεία της γυναίκας, αλλά και για την ψυχολογία της. Σαφώς, η έγκυος και ο σύντροφός της σε αυτή την προσπάθεια δεν είναι μόνοι αλλά θα πρέπει να έχουν στο πλευρό τους από την πρώτη στιγμή της ενημέρωσης, μέχρι και το τέλος του τοκετού και στην πρώιμη λοχεία, μία πολυεπιστημονική ομάδα που θα τους πληροφορεί, θα τους υποστηρίζει. Στη συνέχεια θα δοθούν ορισμένοι, ακόμα, χρήσιμοι ορισμοί που σχετίζονται με το θέμα.

- Πετυχημένος και αποτυχημένος τοκετός VBAC: κολπικός τοκετός (αυθόρμητος ή υποβοηθούμενος) σε γυναίκα που υποβλήθηκε σε προγραμματισμένο VBAC υποδηλώνει έναν επιτυχημένο VBAC. Τοκετός με επείγουσα καισαρική τομή κατά τη διάρκεια των ωδινών υποδηλώνει έναν αποτυχημένο VBAC.
- Περιγεννητική θνησιμότητα: Ο συνδυασμένος αριθμός νεκρών εμβρύων (πριν ή κατά τη διάρκεια του τοκετού) και νεογνικών θανάτων (θάνατος ενός ζώντος εμβρύου από την γέννηση ως και την ηλικία των 28 ημερών).
- Υποξική ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια (HIE): Νευρολογικές αλλαγές που οφείλονται στην έλλειψη επαρκώς οξυγονωμένου αίματος που διαχύνεται στον εγκεφαλικό ιστό, που έχει ως αποτέλεσμα διαταραγμένη νευρολογική λειτουργία που εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια των πρώτων ημερών μετά τη γέννηση.
- Νεογνική αναπνευστική νοσηρότητα: Το συνδυασμένο ποσοστό παροδικής ταχύπνοιας του νεογνού και του συνδρόμου αναπνευστικής δυσχέρειας (ΣΑΔ).
- Ρήξη μήτρας: διάσπαση του μυός της μήτρας που εκτείνεται και εμπλέκει τον ορογόνο της μήτρας ή του μυός της μήτρας που εκτείνεται μέσω της κύστης ή σε ευρείς συνδέσμους.
- Διάνοιξη της ουλής της μήτρας: διάσπαση του μυός της μήτρας με άθικτο τον ορογόνο της μήτρας.

(AAFP, 2014; RANZCOG, 2015; NSW Kids and Families, 2014; RCOG, 2015; Queensland Clinical Guidelines, 2015; NIH Consensus and State-of-the-Science Statements, 2010)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μέχρι και τον 20 αιώνα μ.Χ., οι επαγγελματίες υγείας πίστευαν ότι, αν μία γυναίκα γεννήσει με καισαρική τομή, αυτό επηρεάζει και τις μελλοντικές της εγκυμοσύνες, καθώς θα ήταν αναγκασμένη να φέρει στον κόσμο τα επόμενα παιδιά της με τον ίδιο τρόπο. Ωστόσο, μελέτες από τη δεκαετία του 1960 και μετά πρότειναν ότι αυτή η πρακτική ίσως να μην είναι απαραίτητη (NIH Consensus and State-of-the-Science Statements, 2010). Το 1980, το National Institute of Health (NIH) συγκάλεσε διάσκεψη συναίνεσης για την καισαρική τομή, που περιελάμβανε ότι ο κολπικός τοκετός ύστερα από χαμηλή εγκάρσια καισαρική τομή ήταν μία

ασφαλής και αποδεκτή επιλογή για τις γυναίκες που το επιθυμούσαν (Mangal Patel R. & Jain L., 2010; NIH Consensus and State-of-the-Science Statements, 2010). Αυτό άνοιξε το δρόμο και για παρόμοιες συστάσεις το 1985 από το National Consensus Conference on Aspects of Cesarean Birth in Canada. Πιο πρόσφατα, το ACOG (ACOG) δημοσίευσε συστάσεις για προσπάθεια τοκετού σε ασθενείς χαμηλού κινδύνου σε κατάλληλες δομές. Το δελτίο αναφέρει ότι, στις υποψήφιες για VBAC συμπεριλαμβάνονται γυναίκες με μία προηγούμενη χαμηλή εγκάρσια τομή, μία κλινικά επαρκή πύελο και χωρίς άλλες ουλές στη μήτρα ή προηγούμενη ρήξη. Επιπλέον, το ACOG πρότεινε πως οι κλινικοί θα πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμοι για καρδιοτοκογραφική παρακολούθηση και να διενεργήσουν μία επείγουσα καισαρική τομή, αν αυτό κριθεί αναγκαίο. Σε σύγκριση με τις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες του ACOG, οι αρχικές κατευθυντήριες οδηγίες του NIH από το 1980 υποστηρίζονταν από αρκετές μελέτες που πρότειναν ότι η προσπάθεια ωδινών που ακολουθείται από προηγούμενη καισαρική τομή ήταν ασφαλής και δεν σχετιζόταν με περίσσεια περιγεννητικής θνησιμότητας ή νοσηρότητας, συγκριτικά με τον τοκετό ERCS. Ωστόσο, καθώς αυτές οι συστάσεις τέθηκαν σε ισχύ και το ποσοστό του VBAC αυξήθηκε, δημιουργήθηκαν ανησυχίες ότι οι μητρικοί και περιγεννητικοί κίνδυνοι του VBAC ήταν μεγαλύτεροι από ότι αρχικά πιστευόταν. Αυτοί οι κίνδυνοι επισημάνθηκαν σε μία μελέτη του 1996 από τους McMahon et al 6183 γυναικών στη Νέα Σκωτία που είχαν υποβληθεί σε μία προηγούμενη καισαρική τομή. Οι κύριες επιπλοκές από την πλευρά της μητέρας ήταν σχεδόν δύο φορές πιο πιθανές μεταξύ γυναικών, των οποίων ο τοκετός έγινε με πρόκληση συγκριτικά με εκείνες που υποβλήθηκαν σε ERCS. Παρ' ότι κανένας θάνατος μητέρας δεν αναφέρθηκε, οι επιπλοκές που συμπεριλήφθηκαν, οδήγησαν σε υστερεκτομή, ρήξη μήτρας και χειρουργική βλάβη (Mangal Patel R. et al., 2010). Το μεγαλύτερο ποσοστό καισαρικής τομής, που παρατηρήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, σημειώθηκε το 2006 αγγίζοντας το 31,1% (Caughey A.B., 2015). Ανάλογη αύξηση ποσοστού έχει παρατηρηθεί και στην Ελλάδα.

Ερχόμενοι στο σήμερα, ο αριθμός των καισαρικών τομών παραμένει ιδιαίτερα μεγάλος σε όλο τον κόσμο, παρά τον διαφορετικό χαρακτήρα που έχουν τα πρωτόκολλα από χώρα σε χώρα. Για παράδειγμα, στην Αυστραλία το ποσοστό ανέρχεται στο 32% ενώ στη Νέα Ζηλανδία στο 23,6% (Mangal Patel R. et al., 2010). Επιπλέον, στην Μεγάλη Βρετανία, το χρονικό διάστημα 2012-2013 ήταν στο 25,5%, με την επείγουσα 14,8% και την εκλεκτική καισαρική τομή 10,7% (RCOG, 2015). Ωστόσο, το ποσοστό που συναντά κανείς στην

ελληνική πραγματικότητα είναι αποκαρδιωτικό, διότι ανέρχεται τις τελευταίες δεκαετίες πάνω από το 60%, ένα ποσοστό που δεν μπορεί να δικαιολογηθεί (Nousia K. et al., 2014). Όλα τα παραπάνω δεδομένα συνηγορούν πως ο τοκετός VBAC θα πρέπει να αποτελεί επιλογή εκλογής για όποιες γυναίκες πληρούν τις προϋποθέσεις και το επιθυμούν, πολύ περισσότερο στις χώρες με τόσο υψηλό ποσοστό καισαρικής τομής, όπως αυτό της Ελλάδας.

Ο τοκετός VBAC εμφανίζει ποσοστό επιτυχίας μεταξύ 63% και 94%, λαμβάνοντας υπόψη και τους διαφορετικούς παράγοντες που φέρει στο ιστορικό της η εκάστοτε έγκυος (NIH Consensus and State-of-the-Science Statements, 2010). Αξίζει να αναφερθεί πως, το 2013 στην πολιτεία του Queensland στην βορειοανατολική Αυστραλία, 719 στις 1000 επιτόκους είχαν ERCS απουσία ωδινών, ενώ 632 στις 1000 είχαν VBAC με αυθόρμητη έναρξη ωδινών και 678 στις 1000 με πρόκληση. Ταυτόχρονα το ενθαρρυντικό στοιχείο είναι ότι μόνο 5 στις 1000 περιπτώσεις VBAC με ή χωρίς πρόκληση ανέφεραν ρήξη μήτρας (Queensland Clinical Guidelines, 2015). Αυτά τα στατιστικά στοιχεία, σε συνδυασμό με τα δεδομένα που θα αναφερθούν στην συνέχεια της εργασίας μαρτυρούν ότι ο τοκετός VBAC στις περισσότερες περιπτώσεις είναι ασφαλής επιλογή για όσες γυναίκες τον επιθυμούν, απουσία αντενδείξεων. Αντίθετα, ο τοκετός ERCS ενδέχεται να επιφέρει περισσότερες επιπλοκές, σύμφωνα με τις πρόσφατες μελέτες, αλλά και να επιδράσουν αρνητικά στον ψυχισμό των γυναικών που θα υποβληθούν σε αυτό.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ-ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Ο προγραμματισμένος τοκετός VBAC είναι κατάλληλος και μπορεί να προσφερθεί, με ασφάλεια, στην πλειοψηφία των γυναικών με ιστορικό καισαρικής τομής (AAFP, 2014). Πιο αναλυτικά, η δυνατότητα κολπικού τοκετού δίνεται στις περισσότερες γυναίκες με μονήρη κύηση κεφαλικής προβολής από τις 37⁺ 0 εβδομάδες και μετά, με ή χωρίς ιστορικό προηγούμενου κολπικού τοκετού (RCOG, 2015). Επιπλέον, όσες φέρουν χαμηλή εγκάρσια τομή, χωρίς επιπλοκές, από τον προηγούμενο τοκετό τους, καλό θα ήταν να ενημερωθούν,

από την φάση της λοχείας μάλιστα, για την εναλλακτική μέθοδο μελλοντικής γέννησης (Armstrong C.,2011; RANZCOG, 2015; NSW Kids and Families, 2014; RCOG, 2015). Ακόμη, οι τελειόμηνες κυήσεις, χωρίς επιπλοκές και χαρακτηριστικά που να μην καθιστούν δυνατό τον κοιλιακό τοκετό γενικά, μπορούν να μπουν στην διαδικασία του VBAC με θετικά αποτελέσματα τις περισσότερες φορές (NSW Kids and Families, 2014).

Μια συστηματική ανασκόπηση έχει προτείνει ότι οι γυναίκες με δύο προηγούμενες καισαρικές τομές που εξετάζουν τον τοκετό VBAC πρέπει να συμβουλευονται το ποσοστό επιτυχίας (71,1%), το ποσοστό ρήξης της μήτρας (1,36%) και της συγκρίσιμης μητρικής νοσηρότητας σε σχέση με την επιλογή επαναλαμβανόμενης καισαρικής τομής. Επομένως, υπό την προϋπόθεση ότι η γυναίκα έχει ενημερωθεί πλήρως από έναν ανώτερο μαιευτήρα σχετικά με τους αυξημένους κινδύνους και έχει διεξαχθεί μια ολοκληρωμένη εξατομικευμένη ανάλυση κινδύνου σχετικά με την ένδειξη και τη φύση των προηγούμενων καισαρικών, τότε ο προγραμματισμένος τοκετός VBAC μπορεί να υποστηριχθεί (RCOG, 2015; NSW Kids and Families, 2014).

Υπάρχουν απόλυτες αντενδείξεις, παράγοντες που δεν επιτρέπουν στην έγκυο να προβεί σε VBAC, και σχετικές αντενδείξεις, δηλαδή χαρακτηριστικά που έχουν μεγαλύτερο παράγοντα επικινδυνότητας, όμως έπειτα από συζήτηση και ανάλογα την επιθυμία της γυναίκας, είναι δυνατό να γίνει η προσπάθεια αυτή. Στις απόλυτες αντενδείξεις συγκαταλέγονται είδη τομής, όπως για παράδειγμα η κλασική, η τομή σε σχήμα T ή J και η χαμηλή κάθετη, που συνήθως δεν προτιμούνται (Armstrong C. ,2011; NSW Kids and Families, 2014; Queensland Clinical Guidelines, 2015; RCOG, 2015). Επιπλέον, ενδέχεται να υπάρχουν μητρικοί, εμβρυικοί ή περιγεννητικοί παράγοντες οι οποίοι δεν επιτρέπουν τον κοιλιακό τοκετό στην παρούσα κύηση, άσχετα από το ιστορικό προηγούμενων τοκετών. Για παράδειγμα, κάποιες μορφές προδρομικού πλακούντα, όπως ο επιωματικός, καθιστούν αδύνατο τον κοιλιακό τοκετό (Armstrong C. ,2011; NSW Kids and Families, 2014; Queensland Clinical Guidelines, 2015; RCOG, 2015). Ταυτόχρονα, η διάνοιξη του σώματος της μήτρας, είτε με τη μορφή προηγούμενης τομής, σε καισαρικές τομές ή άλλα χειρουργεία, είτε με τη μορφή ρήξης, δεν επιτρέπει την ομαλή αποπεράτωση τοκετού VBAC και για αυτό δεν συνιστάται (Armstrong C. ,2011; NSW Kids and Families, 2014; Queensland Clinical Guidelines, 2015; RCOG, 2015). Τέλος η απουσία επιθυμίας της εγκύου για VBAC αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα για να μη γίνει τοκετός

VAC (NSW Kids and Families, 2014). Σαφώς, η επιλογή αυτή θα πρέπει πάντοτε να προηγείται από πολύπλευρη ενημέρωση από καταρτισμένο επαγγελματίες υγείας.

Όσον αφορά τις σχετικές αντενδείξεις, μία από αυτές είναι ο χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ των δύο κήσεων. Πιο συγκεκριμένα, καλό είναι να αποφεύγεται ο τοκετός VBAC, αν ο χρόνος αυτός δεν είναι μεγαλύτερος ή ίσος με 18 μήνες (RANZCOG, 2015; NSW Kids and Families, 2014; Queensland Clinical Guidelines, 2015). Ακόμη, κάποια πρωτόκολλα υποστηρίζουν πως σε γυναίκες με ιστορικό άνω της μιας καισαρικής τομής η επιτυχία της προσπάθειας για τοκετό VBAC μειώνεται σημαντικά (NSW Kids and Families, 2014; Queensland Clinical Guidelines, 2015). Ωστόσο, όπως θα αναλυθεί στη συνέχεια, φαίνεται πως τα αποτελέσματα από μελέτες δεν δείχνουν τόσο μειωμένο ποσοστό επιτυχίας του τοκετού VBAC και σε αυτή την ομάδα γυναικών. Το ίδιο συμβαίνει και σε περιπτώσεις πολύδυμων κήσεων και πιθανής μακροσωμίας, για τις οποίες κάποιοι μαιευτήρες διατηρούν επιφυλάξεις αν πρέπει να προσφέρεται σε αυτές ο τοκετός VBAC ως επιλογή (Queensland Clinical Guidelines, 2015). Επιπρόσθετα, αξιολογείται τόσο η τεχνική συρραφής, όσο και το πάχος της ουλής της μήτρας από την προηγούμενη καισαρική τομή σύμφωνα με κατευθυντήριες οδηγίες, ώστε να εξεταστούνόλοι οι παράγοντες και να αποφασιστεί ποιες γυναίκες μπορούν να ακολουθήσουν VBAC (Queensland Clinical Guidelines, 2015).

Οι γιατροί και οι ασθενείς θα πρέπει να συζητήσουν όλα τα οφέλη και τους κινδύνους του VBAC. Οι κατευθυντήριες γραμμές VBAC τονίζουν την ανάγκη για διεξοδική παροχή συμβουλευτικής για τα οφέλη και τους κινδύνους, την κοινή λήψη αποφάσεων με τον γιατρό και τη σημασία της αυτονομίας των γυναικών (ACOG TODAY, 2010).

Ο τοκετός θα πρέπει να διεξάγεται σε κέντρο με κατάλληλο και έμπειρο προσωπικό και τη δυνατότητα άμεσης διακομιδής σε χειρουργική αίθουσα. Οι αποφάσεις που πάρθηκαν κατά την πρώτη εγκυμοσύνη για τη διενέργεια καισαρικής τομής επηρεάζουν συνήθως τα σχέδια σε επόμενες κήσεις. Λόγω των κινδύνων που σχετίζονται με τον τοκετό VBAC, αυτό θα πρέπει να επιχειρείται σε εγκαταστάσεις όπου το προσωπικό είναι άμεσα διαθέσιμο για την παροχή επείγουσας φροντίδας (AAFP, 2014).

ΘΕΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο τοκετός VBAC, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία σχετίζεται με ένα σημαντικό αριθμό δυσμενών επιπλοκών. Μία από αυτές αφορά τη ρήξη μήτρας. Είναι αυτονόητο ότι η έγκυος θα πρέπει να ενημερωθεί από τους αρμόδιους επαγγελματίες υγείας, τόσο για τα αρνητικά αποτελέσματα όσο και για τα θετικά, τα οποία ίσως αποτελέσουν καταλυτικό παράγοντα στην απόφαση της για τον τρόπο περάτωσης του τοκετού της.

Όπως είναι φυσικό, με μία επιτυχή προσπάθεια VBAC αποφεύγονται οι πιθανοί χειρουργικοί, μολυσματικοί, θρομβοεμβολικοί και περιγεννητικοί κίνδυνοι που ελλοχεύουν σε ένα τοκετό με ERCS (Rozen G., Ugoni M. A., Sheehan P. M., 2011). Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται να είναι μικρότερο το ποσοστό αιμορραγίας (ACOG, 2011), όπως και το ποσοστό εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης (Queensland Clinical Guidelines, 2015). Ταυτόχρονα, η μαιευτική υστερεκτομή και η μετάγγιση αίματος δεν απαιτούνται στην συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων τοκετού με VBAC (Nousia K. et al., 2014). Αξίζει να αναφερθεί ότι, η μητρική θνησιμότητα είναι πιο σπάνια σε γυναίκες που υποβάλλονται σε κοιλικό τοκετό έπειτα από καισαρική τομή. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες του «Βασιλικού Κολεγίου Μαιευτήρων Γυναικολόγων», η πιθανότητα μητρικής θνησιγένειας σε προγραμματισμένο τοκετό VBAC είναι 4/100.000, ενώ σε ERCS είναι 13/100.000 [RCOG, (RCOG), 2015]. Ακόμη, σε μελλοντικές κυήσεις παρουσιάζονται λιγότερες περιπτώσεις ανώμαλης πρόσφυσης πλακούντα, δηλαδή στιφρού ή επιπωματικού πλακούντα (RCOG 2015).

Δεν είναι λίγες οι μελέτες που σχετίζονται με το νεογνό και μας παρέχουν μερικές πολύ ενδιαφέρουσες πληροφορίες για τον τρόπο με τον οποίο ο επιτυχημένος τοκετός VBAC συντελεί στην ομαλότερη και πιο υγιή μετάβαση του σε ένα διαφορετικό περιβάλλον. Εμβαθύνοντας, η δίοδος από τον πυελογεννητικό σωλήνα, που προσφέρεται σε έναν VBAC, θωρακίζει το νεογνό με το μητρικό μικροβίωμα (Queensland Clinical Guidelines, 2015; White H. K. & Cluett E.R., 2016). Πιο αναλυτικά, το μικροβίωμα ορίζεται ως ο πληθυσμός των πάνω από ένα τρισεκατομμύριο μικροσκοπικών οργανισμών που ζουν μέσα και πάνω στον άνθρωπο κατά τη διάρκεια της ζωής του, δηλαδή ο δεκαπλάσιος αριθμός των δικών μας κυττάρων (Meropol S. B. & Edwards A., 2015, p.1). Το ενδιαφέρον στοιχείο είναι ότι τα βακτήρια που αντιμετωπίζουν τα νεογνά με έναν κοιλικό τοκετό είναι πολύ διαφορετικά από αυτά έπειτα από μία καισαρική τομή. Αξίζει να σημειωθεί πως το μικροβίωμα των νεογνών

που γεννήθηκαν με κολπικό τοκετό προσομοίαζε με αυτό του κόλπου της μητέρας, ενώ των νεογνών που ήρθαν στον κόσμο με καισαρική τομή ήταν προσομοίαζε με αυτό του δέρματος της μητέρας. Σε έρευνα των Biasucci et al., που δημοσιεύτηκε το 2010 και μελέτησε νεογνά προερχόμενα από κολπικό τοκετό σε σύγκριση με εκείνα που γεννήθηκαν με καισαρική τομή (και οι δύο κατηγορίες σιτίζονταν αποκλειστικά με μητρικό θηλασμό), την τρίτη ημέρα της ζωής τα βρέφη της πρώτης ομάδας έφεραν περισσότερα είδη μπιφιντοβακτηριδίων (*Lactobacillus bifidus*) σε αντίθεση με τα βρέφη της δεύτερης ομάδας. Επιπλέον, στην ίδια μελέτη, τα βακτηριοειδή υπήρχαν αποκλειστικά στην ομάδα των νεογνών που γεννήθηκαν κολπικά. Αξίζει να σημειωθεί ότι το μητρικό γάλα ενισχύει τη μικροβιοκοινότητα των νεογνών που γεννήθηκαν με καισαρική τομή σημαντικά. Όσον αφορά στην ωφελιμότητα του μικροβιώματος φαίνεται, ότι σχετίζεται με καλύτερη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, μειώνοντας τις μελλοντικές αλλεργίες και την πιθανότητα για εμφάνιση εκζέματος, διαβήτη τύπου 1, άσθματος ή παχυσαρκίας. Τα νεογνά που γεννήθηκαν κολπικά είχαν μικρότερο κίνδυνο για όλα τα παραπάνω. Κάτι τέτοιο γίνεται εύκολα κατανοητό, καθώς η μειωμένη έκθεση σε μολυσματικούς παράγοντες επιφέρει ανεπαρκή διέγερση του αναπτυσσόμενου ανοσοποιητικού συστήματος του ανθρώπου (Meropol S. B. et al., 2015).

Επιπρόσθετα, ο κολπικός τοκετός σχετίζεται με λιγότερα αναπνευστικά προβλήματα και μικρότερες πιθανότητες εισαγωγής στην MENN (ACNM, 2015), τόσο λόγω της συμπίεσης των πνευμόνων, όσο και της πλήρους ωρίμανσης των πνευμόνων. Στοιχεία του RCOG επιβεβαιώνουν αυτούς τους ισχυρισμούς, δίνοντας ποσοστό παροδικής αναπνευστικής νοσηρότητας 2-3% σε VBAC και σε ERCS 4-5% και 6% σε τοκετό στην 38^η εβδομάδα κύησης και όχι στην 39^η (RCOG, 2015).

Ένα ακόμα πολύτιμο στοιχείο που θα πρέπει να τεθεί υπό σκέψη είναι, ότι ο κολπικός τοκετός, σε αντίθεση με επαναλαμβανόμενη καισαρική, δίνει την δυνατότητα στην έγκυο να έχει ταχύτερη ανάρρωση και πιο σύντομο χρόνο παραμονής στο νοσοκομείο (ACNM, 2015. Queensland Clinical Guidelines, 2015). Πιο συγκεκριμένα, ο μέσος όρος παραμονής στο νοσοκομείο, έπειτα από τοκετό VBAC, είναι 2,3 μέρες σύμφωνα με στοιχεία που προκύπτουν από πρόσφατη ελληνική μελέτη (Nousia K. et al., 2014). Αυτό συνεπάγεται πως μητέρα και νεογνό, όταν σαφώς δεν υπάρχει παθολογία, παίρνουν άμεσα εξιτήριο και εισάγονται νωρίτερα στη διαδικασία της συνύπαρξης στο σπίτι στο πλαίσιο της οικογένειας. Ως εκ τούτου, ο δεσμός μεταξύ τους αναπτύσσεται πιο εύκολα (Queensland Clinical Guidelines, 2015).

Επιπρόσθετα, μητέρα και νεογνό ξεκινούν άμεσα τον μητρικό θηλασμό, με μεγαλύτερες πιθανότητες επιτυχούς εδραίωσης. Τέλος, θα ήταν σκόπιμο να αναφερθεί ότι με βάση μαρτυρίες, οι γυναίκες βίωσαν τον τοκετό με VBAC ως μία πιο θετική εμπειρία από ότι με καισαρική και ένιωσαν πως είχαν ενεργητικό ρόλο στην διαδικασία λήψης της απόφασης για τον τρόπο γέννησης (Hughes L. G., 2016). Με άλλα λόγια αισθάνθηκαν ότι είχαν εκείνες τον έλεγχο του σώματος τους και απέφυγαν την εικόνα της ασθενούς που τους είχε δημιουργήσει η προηγούμενη καισαρική τομή. Όλα τα παραπάνω ευρήματα δείχνουν τη δυναμική του VBAC, έναντι του ERCS, και πυροδοτούν το ενδιαφέρον τόσο των μαιευτήρων – γυναικολόγων και των μαιών, όσο και των εγκύων ως προς τους τρόπους που μπορεί να ακολουθηθεί αυτή η πρακτική και μπορεί να αλλάξει τα δεδομένα στο πεδίο της μαιευτικής επιστήμης υπέρ της υγείας της δυάδας μητέρας – νεογνού.

ΠΙΘΑΝΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Οι γυναίκες που επιθυμούν να επιχειρήσουν τοκετό VBAC θα πρέπει να ενημερώνονται ότι η απόφασή τους ενέχει τον κίνδυνο να προκύψουν επιπλοκές. Ανάμεσα σε αυτές είναι :

- Ρήξη της μήτρας
- Αύξηση νοσηρότητας έκτακτης καισαρικής τομής σε σύγκριση με τον ERCS εάν δεν επιτύχει η επίτευξη VBAC
- Εμφάνιση αιμορραγίας (PPH)
- Αυξημένη πιθανότητα ο τοκετός να εξελιχθεί ως επεμβατικός
- Τραυματισμός του σφιγκτήρα του πρωκτού
- Ανάγκη υστερεκτομής
- Λοιμώξεις
- Εισαγωγή στην MENN
- Πιθανότητα νεογνικής υποξικής ισχαιμικής εγκεφαλοπάθειας (HIE),(0,7 ανά 1000)

- Ασφυξία εμβρύου σε περιπτώσεις ρήξης της μήτρας
- Χαμηλό Apgar score στο 1ο και στο 5ο λεπτό

(RANZCOG, 2015)

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΜΗΤΕΡΑ

ΡΗΞΗ ΜΗΤΡΑΣ

Ο όρος ρήξη μήτρας αναφέρεται στο διαχωρισμό όλου του πάχους του τοιχώματος της μήτρας και του υπερκείμενου ορογόνου και επομένως είναι πιο επιρρεπής στην καταστροφική αιμορραγία και στην εμβρυική δυσχέρεια, ενώ η αποκάλυψη ουλής της μήτρας αναφέρεται στη διάνοιξη μίας προϋπάρχουσας ουλής και όχι στη διάσπαση του υπερκείμενου ορογόνου, που μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα μικρότερη αιμορραγία και ίσως διατηρεί το έμβρυο εντός του ενδομητρίου (AAFP, 2014; RANZCOG, 2015; NSW Kids and Families, 2014; RCOG, 2015; Queensland Clinical Guidelines, 2015; NIH Consensus and State-of-the-Science Statements, 2010). Παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν γενικά σε αυτό το αποτέλεσμα είναι η πολυτοκία, οι προηγούμενες ουλές, είτε λόγω καισαρικών τομών, είτε λόγω άλλων χειρουργικών επεμβάσεων στο σώμα της μήτρας, η αλόγιστη χρήση οκυτοκίνης, η έλλειψη καλής περιγεννητικής φροντίδας, η ανώμαλη προβολή, ο δύσκολος εργαλειακός τοκετός κ.α. Στις ανεπτυγμένες χώρες η ρήξη μήτρας είναι εξαιρετικά σπάνια και παρουσιάζεται σχεδόν πάντα σε προσπάθειες VBAC. Ωστόσο, στις αναπτυσσόμενες χώρες πρόκειται για ένα συχνό περιστατικό και μπορεί να συμβεί ακόμα και σε μήτρα που δεν φέρει ουλές. Αυτό γίνεται λόγω της κακής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (Singh Abha & Shrivastava Chandrashekhar, 2014).

Αντίθετα σε έναν τοκετό VBAC αποτελεί τον νούμερο ένα φόβο τόσο των επαγγελματιών υγείας, όσο και των εγκύων. Παρ' όλα αυτά, ρήξη της μήτρας σε μια μη στρεβλωμένη μήτρα είναι εξαιρετικά σπάνια, με τα ποσοστά επίπτωσης να εκτιμώνται σε 0,52,0 ανά 10.000 γεννήσεις, και η εμφάνιση περιορίζεται κυρίως σε πολυπαραγοντικούς ασθενείς στον τοκετό. Η συχνότητα ρήξης ουλής σε ασθενή που υποβλήθηκε σε VBAC έχει αναφερθεί μεταξύ 22

και 74 ανά 10.000 γεννήσεις (RANZCOG, 2015). Οι Chauhan et al. (2003) επανεξέτασαν τις μητρικές και περιγεννητικές επιπλοκές από 142.075 επιτόκους που προσπάθησαν να γεννήσουν κολπικά μετά από καισαρική τομή. Αναφέρθηκαν ποσοστά ρήξης της μήτρας σε 6,2 / 1.000 προσπάθειες τοκετού. Το ποσοστό επιπλοκών που σχετίζεται με τη ρήξη της μήτρας ήταν 1,5 ανά 1.000 για την παθολογική εμβρυϊκή οξύωση (pH <7.00), 0.9 / 1000 για υστερεκτομή, 0.4 / 1.000 για το περιγεννητικό θάνατο και 0.02 / 1.000 για θάνατο μητέρας (RANZCOG, 2015).

Προηγούμενη κολπική γέννηση μειώνει τον κίνδυνο ρήξης της ουλής της μήτρας. Ο κίνδυνος ρήξης της μήτρας αυξάνεται με την προηγούμενη κλασσική καισαρική τομή (20 έως 90/1000), τις προηγούμενες τομές «αντεστραμμένες T» ή «I» (19/1000) και χαμηλή κατακόρυφη τομή (20/1000). Η απόκτηση της καταγραφής του λειτουργικού σημειώματος από μια προηγούμενη καισαρική τομή για τον προσδιορισμό της φύσης της προηγούμενης ουλής μπορεί να είναι χρήσιμη για την εκτίμηση του κινδύνου μελλοντικής ρήξης της μήτρας. Έχει επίσης αναφερθεί υψηλότερη συχνότητα ρήξης ουλής με την πρόκληση τοκετού. Η ρήξη μήτρας σχετίζεται με τον τοκετό VBAC, αλλά αυτό είναι υψηλότερο, όταν γίνεται πρόκληση ή επαγωγή ωδινών (Rozen G. et al., 2011; RANZCOG, 2015). Ακόμη ο κίνδυνος ρήξης ουλών αυξάνεται περαιτέρω, όταν οι προσταγλανδίνες χρησιμοποιούνται για την πρόκληση τοκετού. Έχει αναφερθεί διπλασιασμός της συχνότητας ρήξης ουλής έως δύο ή τρεις φορές, αν το διάστημα εγκυμοσύνης ήταν μικρότερο από 18 μήνες ή λιγότερο από 24 μήνες αντίστοιχα (RANZCOG, 2015).

Από κάποιους επιστήμονες υποστηρίζεται ότι με τη μέτρηση του πάχους του κατώτερου τμήματος της μήτρας με τη βοήθεια της υπερηχογραφίας δίνονται πολύτιμες πληροφορίες, αν η συγκεκριμένη μήτρας έχει μεγαλύτερο κίνδυνο να αντιμετωπίσει ρήξη. Μελέτες που μετρούν το πάχος του κατώτερου τμήματος με υπέρηχους, έχουν αναφέρει χαμηλή συχνότητα εμφάνισης μεταγενέστερα ανιχνευόμενων ελαττωμάτων ουλής (ρήξη ή διάνοιξη) που εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα σε ασθενείς των οποίων ο υπέρηχος σημείωνε πολύ λεπτό κατώτερο τμήμα. Πιο συγκεκριμένα, οι μελέτες αυτές αναφέρουν ότι, όταν το πάχος κυμαίνεται στο 3.1-5.1mm, τότε δεν υπάρχει ισχυρός παράγοντας δημιουργίας ελαττώματος στη μήτρα. Αντίθετα, σε καταγραφή πάχους μεταξύ 0.6-2.0mm οι πιθανότητες ρήξης ή διάνοιξης είναι αυξημένες (Jastrow N. et al., 2016; Kok N. et al., 2013). Ωστόσο, απαιτείται περαιτέρω έρευνα, ώστε να αποδειχθεί ότι η μέτρηση του πάχους αποτελεί σημαντικό

διαγνωστικό μέσο για την πρόβλεψη της κατάστασης της μήτρας κατά τη διάρκεια προσπάθειας VBAC.

Όσον αφορά τα σημεία και τα συμπτώματα της ρήξης, δεν υπάρχει ένα ενιαίο παθολογικό κλινικό χαρακτηριστικό που να είναι ενδεικτικό της ρήξης της μήτρας, αλλά η παρουσία οποιασδήποτε από τις ακόλουθες παραμέτρους θα πρέπει να εγείρει την ανησυχία της πιθανότητας αυτού του γεγονότος.

- Εμβρυική βραδυκαρδία
- Εξέχοντα μέλη εμβρύου, που γίνονται αντιληπτά κυρίως κατά την ψηλάφηση
- Αλλοιωμένο περίγραμμα μήτρας
- Σοβαρός κοιλιακός πόνος, ιδίως όταν υφίσταται μεταξύ των συσπάσεων
- Άλγος στο στήθος ή στην άκρη του ώμου
- Ξαφνική εμφάνιση δυσκολίας στην αναπνοή
- Οξεία εμφάνιση ευαισθησίας
- Μη φυσιολογική κολπική αιμορραγία
- Ευαισθησία ουλής
- Αιματουρία
- Παύση προηγούμενης αποτελεσματικής δραστηριότητας της μήτρας
- Μητρική ταχυκαρδία, υπόταση ή σοκ

(RCOG, 2015; Singh Abha et al., 2014)

Συγκριτικά με μία επαναλαμβανόμενη καισαρική τομή, φαίνεται ότι ο τοκετός VBAC μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα ρήξης μήτρας περισσότερο. Αναλυτικότερα, ο τοκετός VBAC έχει ποσοστό πιθανότητας ρήξης 0,5% περίπου, ενώ ο τοκετός ERCS λιγότερο του 0,02%, δηλαδή σχεδόν μηδενικό (RCOG, 2015). Όσον αφορά άλλα μέτρα για τα αποτελέσματα, υπάρχει μικρότερη πιθανότητα, με μικρές διαφορές μεταξύ των ομάδων για μητρική

νοσηρότητα, για μετάγγιση αίματος ή αιμορραγία μετά τον τοκετό. Μία πρόσφατη μετα-ανάλυση χώρισε τα αποτελέσματα μεταξύ των γυναικών που έχουν επιτυχημένο ή αποτυχημένο VBAC, δείχνοντας ότι η μητρική νοσηρότητα, η ρήξη μήτρας και η μετάγγιση αίματος ήταν πιο συχνές μετά από αποτυχημένο VBAC, από ότι μετά από επιτυχημένο VBAC ή ERCS (Rozen G.et al., 2011)

Η εκτίμηση της πιθανότητας ρήξης της μήτρας είναι προβληματική, επειδή συνήθως αναφέρει τον αυθόρμητο και όχι τον προγραμματισμένο τοκετό. Υπάρχουν οκτώ μελέτες που χρησιμοποίησαν έναν συγκεκριμένο ανατομικά ορισμό της ρήξης της μήτρας. Από αυτές, τέσσερις μελέτες (συμπεριλαμβανομένων συνολικά 47.202 γυναικών) συνέκριναν γυναίκες που είχαν VBAC με εκείνους που είχαν σχεδιάσει ERCS. Ο κίνδυνος ρήξης της μήτρας μεταξύ των γυναικών που συμπεριλήφθηκαν στις τέσσερις μελέτες ήταν 0,3% και το 97% των περιπτώσεων ρήξης παρατηρήθηκε στις γυναίκες που γέννησαν κολπικά (148 από 154 συνολικά περιπτώσεις). Μεταξύ των οκτώ κλινικών μελετών δεν υπήρξαν μητρικοί θάνατοι που σχετίζονται με τη ρήξη της μήτρας. Τέσσερις μελέτες ανέφεραν τον κίνδυνο υστερεκτομής που σχετίζεται με ρήξη της μήτρας (AAFP, 2014). Η ρήξη της μήτρας είναι ασυνήθιστη, ωστόσο μπορεί να είναι καταστροφική τόσο για τη μητέρα, όσο και για το έμβryo- νεογνό. Η αξιολόγηση των βραχυπρόθεσμων ωφελειών και βλαβών του VBAC θα πρέπει να εξατομικεύεται με βάση κλινικά αναγνωρίσιμους παράγοντες κινδύνου για ρήξη της μήτρας. Η παρουσία κλασσικής τομής αυξάνει τον κίνδυνο ρήξης της μήτρας σε σύγκριση με προηγούμενη χαμηλή εγκάρσια τομή. Ταυτόχρονα, το μικρό διάστημα μεταξύ των δύο κήσεων αναφοράς, δηλαδή κάτω των 18 μηνών, αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης προβλήματος στη μήτρα (RANZCOG, 2015). Επίσης, η πρόκληση τοκετού φαίνεται ότι αποτελεί ένα σημαντικό λόγο στις περισσότερες περιπτώσεις ρήξης ή διάνοιξης ουλής (AAFP, 2014; Armstrong C. ,2011; ACNM, 2015; RANZCOG, 2010; Bhide A.et al.,2016; Hehir M. P., 2016; ENC Schoorel et al., 2013; Nousia K.et al., 2014; Caughey A. B.,2015)

Παρακάτω αναλύονται κάποιες άλλες από τις επιπλοκές του VBAC:

ΜΗΤΡΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Η πιθανότητα θανάτου της μητέρας είναι ιδιαίτερα χαμηλή σε περιπτώσεις προσπάθειας VBAC. Συγκεκριμένα, το ποσοστό αυτό είναι περίπου στο 0,002% με 0,004% σε προγραμματισμένο VBAC (RCOG, 2015; RANZCOG, 2010). Ωστόσο, είναι πολύ μικρότερο

συγκριτικά με ERCS, που είναι 0,013% (RCOG, 2015). Παρ' όλα αυτά, και οι δύο τρόποι τοκετού έχουν ιδιαίτερα μικρή πιθανότητα μητρικής θνησιμότητας.

ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ (PPH)

Αιμορραγία μετά τον τοκετό (PPH) είναι η απώλεια αίματος σε τέτοια ποσότητα, ώστε να προκαλέσει αιμοδυναμική αστάθεια. Η μέση απώλεια αίματος σε κολπικό τοκετό είναι 500ml και σε καισαρική τομή είναι 1000ml. Από το σύνολο των κολπικών τοκετών το 4% περιπλέκονται με απώλεια αίματος μεγαλύτερης των 500ml στις πρώτες 24 ώρες. Ως ελάχιστο αιμορραγία ορίζουμε την απώλεια 500 - 1000 ml αίματος και ως μείζονα την απώλεια αίματος μεγαλύτερη από 1000 ml. Με τη σειρά της η μείζονα αιμορραγία μπορεί να διακριθεί σε μέτρια όταν η απώλεια είναι 1000-2000ml και σοβαρή όταν είναι μεγαλύτερη από 2000ml. Επίσης δευτεροπαθής ονομάζεται η αιμορραγία μετά τις 24 ώρες και 12 εβδομάδες μετά τον τοκετό (Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρία, 2014, σελ. 1). Αυτή τη στιγμή, η αιμορραγία μετά τον τοκετό αποτελεί μία από τις βασικές αιτίες μητρικής θνησιμότητας σε όλο τον κόσμο. Παράγοντες κινδύνου ενδέχεται να υπάρξουν τόσο κατά τη διάρκεια της κύησης όσο και κατά τον τοκετό. Η δεύτερη πιο συχνή αιτία, σε ποσοστό 20%, είναι το τραύμα, για παράδειγμα ρήξη μήτρας (EMΓΕ, 2014).

Το ενδεχόμενο αιμορραγίας μετά τον τοκετό καταγράφεται και κατηγοριοποιείται περαιτέρω από τον τρόπο τοκετού και τον όγκο της αιμορραγίας. Υπάρχει ένας σημαντικά αυξανόμενος κίνδυνος για PPH στις πολύτοκες, με προηγούμενη καισαρική, >37 εβδομάδων, με μονήρη κύηση και κεφαλική προβολή, όταν συγκρίθηκε με πρωτότοκες, >37 εβδομάδων, με μονήρη, κεφαλική προβολή, αυθόρμητη έναρξη ωδινών ή με πολυτόκες, χωρίς προηγούμενη καισαρική, >37 εβδομάδων, με μονήρη κύηση, κεφαλική προβολή, πρόκληση τοκετού που γέννησαν κολπικά, αλλά όχι σημαντικά υψηλότερος κίνδυνος σε σύγκριση με πρωτότοκες, >37 εβδομάδων, με μονήρη, κεφαλική προβολή, αυθόρμητη έναρξη ωδινών και πρωτότοκες, >37 εβδομάδων, μονήρη κύησης, κεφαλική προβολή, πρόκληση τοκετού ή καισαρική πριν την έναρξη τοκετού. Έτσι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική αύξηση της PPH με VBAC συγκριτικά με τις άτοκες γυναίκες, είτε με αυθόρμητη έναρξη ωδινών, είτε με πρόκληση τοκετού. Για εκείνες τις γυναίκες που έχουν έναν εργαλειακό τοκετό δεν υπάρχει

αυξημένος κίνδυνος για PPH σε σύγκριση με όλες τις άλλες ομάδες σύγκρισης (Rozen G.et al., 2010). Σε μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2013, το ποσοστό PPH ήταν 1.6% στις γυναίκες με τοκετό VBAC και 11.3% στις γυναίκες που προτίμησαν τον τοκετό ERCS (Qazi Q., Akhter Z., Hayat Khan A., 2013).

3ΟΥ ΚΑΙ 4ΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΡΗΞΗ ΠΕΡΙΝΕΟΥ

Σε ότι αφορά την ρήξη 3ου και 4ου βαθμού, ο απόλυτος αριθμός των ρήξεων στην μελέτη ήταν χαμηλός. Έγινε μία ανασκόπηση των γυναικών που είχαν VBAC με ή χωρίς 3ου και 4ου βαθμού ρήξη. Σε αυτή το ποσοστό σοβαρής μορφής ρήξης ήταν 6.0% σε πολυτόκες με ιστορικό καισαρικής, >37 εβδομάδων κύησης και με κεφαλική προβολή. Ελαφρώς, μεγαλύτερο, χωρίς όμως να είναι στατιστικά σημαντικό, ήταν το ποσοστό σε άλλες γυναίκες με τα παραπάνω χαρακτηριστικά άλλα και με καταγραφή πρόκλησης τοκετού, δηλαδή 6.1%. Επίσης δε βρέθηκε να απαντάται διαφορά στις ρήξεις, μετά από εργαλειακό τοκετό (Rozen G.et al., 2011).

ΥΣΤΕΡΕΚΤΟΜΗ, ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ

Ο κίνδυνος της υστερεκτομής δεν είναι στατιστικά σημαντικά διαφορετικός για τις γυναίκες που έχουν κάνει VBAC σε σύγκριση με ERCS (157 έναντι 280 ανά 100.000) .

Το ποσοστό υστερεκτομής έπειτα από σοβαρές επιπλοκές σε VBAC κυμαίνεται περίπου μεταξύ 0.05% με 0,2% . Επιπλέον, χρειάστηκε μετάγγιση αίματος το 0,18% των περιπτώσεων. Ακόμα, τραυματισμό στο ουρογεννητικό σύστημα παρουσίασε το 0,08% του πληθυσμού (RANZCOG, 2015). Αξίζει να αναφερθεί ότι, τραυματισμός στον σφικτήρα του πρωκτού αναφέρεται στο 5%. Ωστόσο, σε αυτό το ποσοστό σημαντικό ρόλο παίζει και το βάρος γέννησης του νεογνού (RCOG, 2015).

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΕΜΒΡΥΟ/ΝΕΟΓΝΟ

ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Η αναπνευστική νοσηρότητα που σχετίζεται με τον τοκετό VBAC είναι μία σπάνια κατάσταση και ως εκ τούτου δεν αναφέρεται εκτενώς στη βιβλιογραφία, ως μία επιπλοκή του VBAC. Αντίθετα, ο τοκετός ERCS, και γενικά η καισαρική, έχει μεγαλύτερα ποσοστά σε παροδική ταχύπνοια, σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας και άλλες παθολογικές καταστάσεις του αναπνευστικού συστήματος του νεογνού. Πιο συγκεκριμένα, η παροδική αναπνευστική νοσηρότητα μετά από επιτυχημένη προσπάθεια VBAC είναι περίπου στο 2%-3%, ενώ μετά από ένα ERCS είναι στο 4-5% και ανέρχεται στο 6%, όταν πρόκειται για κύηση πριν την 39^η εβδομάδα (RCOG, 2015). Το ποσοστό του Συνδρόμου Αναπνευστικής Δυσχέρειας (ΣΑΔ) απαντάται 1,4%, ενώ της παροδικής ταχύπνοιας 1,9% στο συνολικό πληθυσμό των τοκετών με VBAC (Patel R. M. et al., 2011). Παρ' όλα αυτά, τα νεογνά που προέρχονται από αποτυχημένο VBAC παρουσιάζουν μεγαλύτερη ανάγκη αναπνευστικής υποστήριξης. Όσον αφορά την ασφυξία που σχετίζεται με τραυματισμό κατά τη διάρκεια VBAC, αυτή συμβαίνει κυρίως λόγω ρήξης μήτρας. Ωστόσο δεν πρόκειται για ένα συχνό φαινόμενο, καθώς το ποσοστό εμφάνισης κυμαίνεται σε 0,02% και 0,04% σε πληθυσμό εγκύων που προσπάθησαν VBAC. Ανεξάρτητος παράγοντας φαίνεται πως είναι η ηλικία κύησης, διότι, τόσο σε περιπτώσεις κοιλιακού τοκετού, όσο και σε περιπτώσεις καισαρικής τομής, όταν αυτή είναι μικρότερη των 37 εβδομάδων κύησης είναι πιθανόν να εμφανιστούν αναπνευστικά προβλήματα, οδηγώντας σε ανάγκη νοσηλείας στη ΜΕΝΝ (Patel R. M. et al., 2011)

ΥΠΟΞΙΚΗ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ (ΗΙΕ)

Όπως έχει αναφερθεί, ήδη, η υποξική ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια (ΗΙΕ) είναι η δυσλειτουργία του εγκεφάλου, η οποία εκδηλώνεται μετά από μειωμένη παροχή οξυγόνου στους ιστούς (AAFP, 2014; RANZCOG, 2015; NSW Kids and Families, 2014; RCOG, 2015; Queensland Clinical Guidelines, 2015; NIH Consensus and State-of-the-Science Statements, 2010). Οι πιο συχνές αιτίες της είναι η δυστοκία και η ρήξη μήτρας (O'Shea T. M., Klebanoff M. A. & Signore C., 2010). Στην συγκεκριμένη εργασία το ενδιαφέρον εστιάζεται περισσότερο στην ρήξη μήτρας, ως

αιτία, καθώς είναι η νούμερο ένα επιπλοκή σε προσπάθεια τοκετού VBAC. Στην περίπτωση που ο τοκετός VBAC δεν εξελιχθεί ομαλά και προκύψει ρήξη στο σώμα της μήτρας, είναι πολύ πιθανό να μην υπάρχει αρκετή ποσότητα οξυγόνου στον εγκέφαλο του εμβρύου, με αποτέλεσμα την εγκεφαλική βλάβη. Πρόκειται για την λεγόμενη νεογνική εγκεφαλοπάθεια, η οποία στην παιδική ηλικία συνήθως οδηγεί σε δυσλειτουργία της ανάπτυξης του ΚΝΣ. Πιο συγκεκριμένα, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις εγκεφαλικής παράλυσης ή μόνιμης ανωμαλίας στην κίνηση και στην στάση του σώματος (O'Shea T. M. et al, 2010). Παρ' όλα αυτά, το ποσοστό HIE σε περιπτώσεις ρήξεων είναι χαμηλό και κυμαίνεται περίπου στο 6% (Queensland Clinical Guidelines, 2015). Ακόμα πιο χαμηλό εμφανίζεται το ποσοστό αναφορικά με το συνολικό αριθμό προσπαθειών VBAC, είτε πρόκειται για επιτυχία, είτε για αποτυχία, το οποίο είναι περίπου 0,08% (RCOG, 2015; RANZCOG, 2010). Γίνεται, λοιπόν, φανερό πως η υποξική ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια αποτελεί σπάνιο επακόλουθο του τοκετού VBAC, και αυτό θα πρέπει να ειπωθεί, όταν τίθεται το ζήτημα της επιλογής VBAC σε προγεννητική συζήτηση με επαγγελματίες υγείας. Είναι ωστόσο δεδομένο, ότι τα αποτελέσματα της κλινικής αυτής εκδήλωσης είναι καταστροφικά για το νεογνό, και ως εκ τούτου είναι απαραίτητο να μην παραλείπεται να αναφερθεί. Αξίζει να σημειωθεί πως, η υποξική ισχαιμία δεν είναι μία κατάσταση που αφορά μόνο τον εγκέφαλο του εμβρύου/νεογνού. Αντίθετα, η μείωση της ποσότητας οξυγόνου, που διαχέεται, επηρεάζει και την καρδιά, το γαστρεντερικό σύστημα ή τα νεφρά, προκαλώντας δυσλειτουργία της τριγλώχινας βαλβίδας, νεκρωτική εντεροκολίτιδα και οξεία σωληναριακή νέκρωση, αντίστοιχα. Σε κάθε περίπτωση, τα αποτελέσματα της υποξικής ισχαιμίας γίνονται αντιληπτά από τις πρώτες ημέρες ζωής του νεογνού, όποιο όργανο και αν έχει προσβληθεί (O'Shea T. M. et al, 2010).

ΤΡΑΥΜΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

Το τραύμα κατά τη γέννηση είναι πιθανό να συμβεί είτε σε τοκετό VBAC είτε σε τοκετό ERCS. Ξεκινώντας με τους πιο απλούς τραυματισμούς, η εκδορά δέρματος φαίνεται πως είναι πιο συχνή σε περιπτώσεις VBAC με ποσοστό 0,9%, συγκριτικά με μία καισαρική που έχει 0,4%. Γενικά, οι μικροτραυματισμοί είναι πιο πιθανό να υπάρξουν σε ένα κολπικό τοκετό (1,2%) από ότι σε μία καισαρική (0,5%). Ωστόσο, όταν η σύγκριση γίνεται πιο συγκεκριμένη, δηλαδή επιτυχημένο VBAC με ERCS, το ποσοστό για τον δεύτερο τρόπο τοκετού είναι εμφανώς μεγαλύτερο και στη βιβλιογραφία παρουσιάζεται στο 3%. Όσον

αφορά, τον τραυματισμό στην κεφαλή ή στον αυχένα μεγαλύτερη πιθανότητα υπάρχει να συμβεί σε τοκετό VBAC σε συνδυασμό με τη χρήση μεταλλικών ή αναρροφητικών εμβρυουλκών. Επιπλέον, η ενδοκρανιακή αιμορραγία είναι μία δυνητική συνέπεια του τραυματισμού της κεφαλής ή του αυχένα και είναι 9 φορές μεγαλύτερη σε περιπτώσεις αποτυχημένου VBAC, έχοντας γίνει χρήση εμβρυουλκών. Ωστόσο, πιο συχνά συμβαίνει σε επείγουσα καισαρική τομή, έπειτα από αποτυχία VBAC (Patel R. M. et al., 2011)

Ο τραυματισμός του προσωπικού νεύρου μπορεί να οδηγήσει σε νευρολογικές παθήσεις. Είναι πιο συχνός σε κολπικό τοκετό με χρήση μεταλλικών εμβρυουλκών σε ποσοστό εμφάνισης 0.45%. Σημαντικό είναι να σημειωθεί πως ο τραυματισμός του προσωπικού νεύρου είναι 0.033% πιθανό να συμβεί σε αυτόματο κολπικό τοκετό, 0.028% σε καισαρική τομή κατά τη διάρκεια των ωδινών, και 0.049% σε πρόιμη καισαρική χωρίς την ύπαρξη ωδινών (Patel R. M. et al., 2011). Επιπρόσθετα, ο τραυματισμός του βραχιονίου πλέγματος συναντάται κυρίως σε περιπτώσεις δυστοκίας ώμων, διότι για την γέννηση αυτού του σημείου του σώματος απαιτείται άσκηση μεγαλύτερης δύναμης. Ουσιαστικά, αυτό που συμβαίνει είναι ο τραυματισμός του νεύρου της περιοχής με αποτέλεσμα την παράλυση του άνω άκρου. Στην παιδική ηλικία και μετά αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την κινητική δυσλειτουργία του άνω άκρου. Το ποσοστό τραυματισμού του βραχιονίου πλέγματος σε περιπτώσεις δυστοκίας ώμων κατά τη διάρκεια κολπικού τοκετού κυμαίνεται μεταξύ 9% με 25%, και σε αυτά τα περιστατικά το ποσοστό των μόνιμων προβλημάτων κυμαίνεται σε ποσοστό 9%-17% (O'Shea T. M. et al, 2010). Μικρότερη είναι η πιθανότητα τέτοιου είδους τραυματισμού σε κολπικό τοκετό σε συνδυασμό με χρήση μεταλλικών ή αναρροφητικών εμβρυουλκών (0,45%). Ακόμα χαμηλότερο είναι το ποσοστό σε αυτόματο κολπικό τοκετό (0,077%), σε καισαρική τομή κατά τη διάρκεια των ωδινών, χωρίς προσπάθεια κολπικού τοκετού (0,016%) και σε προγραμματισμένη καισαρική τομή, χωρίς έναρξη ωδινών (0,041%) (Patel R. M. et al., 2011).

Όλα τα παραπάνω συνηγορούν ότι η πιθανότητα τραύματος κατά τη γέννηση είναι εξαιρετικά σπάνιο φαινόμενο, με μόνη εξαίρεση τον τραυματισμό του βραχιονίου πλέγματος σε περιστατικό δυστοκίας ώμων. Για τέτοιες περιπτώσεις είναι σημαντικό να τεθεί υπό σκέψη ο λόγος της προηγούμενης καισαρικής τομής, το μέγεθος της πυέλου της εγκύου, καθώς και το ενδεχόμενο μακροσωμίας εμβρύου στην παρούσα κύηση. Συνεπώς, σε γυναίκες που πρόκειται να υποβληθούν σε VBAC οι κίνδυνοι είναι αυξημένοι, από ότι σε άτοκες γυναίκες

και θα πρέπει να γίνεται πολύ προσεκτική επιλογή αν υπάρχουν αυξημένοι παράγοντες που επηρεάζουν την επιτυχία του VBAC.

ΧΑΜΗΛΟ APGAR SCORE ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ

Το Apgar score είναι μία κλίμακα αξιολόγησης, η οποία βαθμολογεί την καρδιακή συχνότητα, την αναπνευστική προσπάθεια, τον μυϊκό τόνο, την αντίδραση στα ερεθίσματα και το χρώμα του δέρματος του νεογνού στο 1^ο και στο 5^ο λεπτό της ζωής του. Είναι ένας πολύτιμος οδηγός για τους επαγγελματίες υγείας, που σκοπεύει στην εξακρίβωση της γενικής καλής κατάστασης του νεογνού τα πρώτα λεπτά του έξω από τον αμνιακό σάκο. Με βάση αυτή την κλίμακα αποφασίζεται αν είναι αναγκαία η αναζωογόνηση του, σε περίπτωση ανησυχητικών ευρημάτων. Το Apgar score θεωρείται μη καθησυχαστικό σε βαθμολογία $\leq 6/10$.

Η βαθμολογία αυτή στο 1^ο λεπτό της ζωής εμφανίζεται σε ποσοστό 3,2% σε επιτυχημένο VBAC (Qazi Q. et al.,2013). Σε αποτυχημένο VBAC και σε χαμηλό Apgar score είναι πιο πιθανό το νεογνό να χρειαστεί υποστήριξη με συσκευή μάσκας Ambu ή διασωλήνωση. Αναλυτικότερα, σε γενικό πληθυσμό γυναικών που προσπάθησαν VBAC απαιτήθηκε Ambu σε ποσοστό μεταξύ 3,3% με 7% συγκριτικά με το ποσοστό περίπου 2% σε ERCS. Επιπλέον, έγινε διασωλήνωση περίπου στο 2% των προσπαθειών VBAC και 0,5% περίπου σε ERCS. Σχετικά με περιστατικά αποτυχίας VBAC το ποσοστό χρήσης Ambu ήταν 9,4% και διασωλήνωσης 5,9%.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ MENN

Η Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) φιλοξενεί νεογνά που χρίζουν ιατροφαρμακευτικής υποστήριξης για παθολογικές καταστάσεις, όπως η προωρότητα, οι λοιμώξεις, η αναπνευστική δυσλειτουργία, το χαμηλό Apgar score κ.α. Ο τρόπος τοκετού

φαίνεται πως παίζει ρόλο στην πιθανότητα εισαγωγής στη MENN. Όσον αφορά τον VBAC, το ποσοστό του συνολικού αριθμού αυτού κυμαίνεται μεταξύ 2% με 7,5%, ανάλογα τις παραμέτρους και τους περιορισμούς της πληθυσμιακής ομάδας που μελετάται στην εκάστοτε έρευνα (Patel R. M. et al., 2011; Qazi Q. et al., 2013). Ωστόσο, σε περίπτωση αποτυχημένου VBAC που στη συνέχεια χρειάστηκε να πραγματοποιηθεί καισαρική τομή το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 7% (Patel R. M. et al., 2011). Σε έρευνα παρατηρήθηκε ότι το 40,4% των νεογνών, που κατά τη διάρκεια του VBAC προέκυψε ρήξη μήτρας, χρειάστηκε να νοσηλευτούν στη MENN (Landon et al., 2004 όπως αναφέρεται σε Patel R. M. et al., 2011). Επιπλέον, σε τοκετούς VBAC που πραγματοποιήθηκαν εντός νοσοκομειακών δομών απαιτήθηκε εισαγωγή σε νεογνά στη MENN σε ποσοστό 3,10%. Αντίθετα, μόνο στο 1,11% των νεογνών που γεννήθηκαν με αυτόν το τρόπο τοκετού εκτός νοσοκομείου, πραγματοποιήθηκε διακομιδή στη MENN (Tilden E. L. et al., 2017). Αυτό το εύρημα θα μπορούσε να εξηγηθεί λόγω της άμεσης δράσης σε περιπτώσεις παθολογίας των νεογνών από το ιατρικό και μαιευτικό προσωπικό, με βάση τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες. Σχετικά με τις έγκυες που στο ιστορικό τους έφεραν δύο προηγούμενες καισαρικές τομές και τέθηκε το δίλημμα του αν θα πρέπει να γίνει και τρίτη καισαρική ή προσπάθεια για VBAC, τα ποσοστά εισαγωγής στη MENN ήταν παρόμοια και στις δύο περιπτώσεις (8,49% έναντι 8,85%) (Tahseen S. & Griffiths M., 2009).

ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Η περιγεννητική θνησιμότητα είναι μία σπάνια κατάσταση, όπως φαίνεται και από τα ποσοστά που θα παρατίθενται ακολούθως, όμως συγκριτικά με την ERCS, ο τοκετός VBAC έχει μεγαλύτερο κίνδυνο (Patel R. M. et al., 2011). Συγκεκριμένα, το 0,04% με 0,18% των

νεογνών που γεννιέται από τοκετούς VBAC καταλήγει (RCOG, 2015; RANZCOG, 2010). Ταυτόχρονα, το 1/3 αυτών των ποσοστών οφείλεται σε ρήξη μήτρας, δηλαδή τη σημαντικότερη επιπλοκή (RCOG, 2015). Επιπλέον, σε περιστατικά 39⁺⁰ εβδομάδων κύησης, σε αναμονή για την εμφάνιση συστολών για VBAC παρουσιάζεται 0,1% πιθανότητα προγεννητικού θανάτου του νεογνού (RCOG, 2015). Ακόμη, όσες γυναίκες γεννούν εκτός νοσοκομείου έχουν αισθητά μεγαλύτερο ποσοστό περιγεννητικής θνησιμότητας συγκριτικά με εκείνες που κάνουν εισαγωγή στο νοσοκομείο (6,05% έναντι 0,73%) (Tilden E. L. et al., 2017). Αξίζει να αναφερθεί ότι το ποσοστό στον συνολικό αριθμό τοκετών με ERCS είναι 0,01% (RCOG, 2015). Το αρκετά μεγαλύτερο ποσοστό περιγεννητικής θνησιμότητας σε περιπτώσεις προσπαθειών VBAC οφείλεται στην έλλειψη ορθής προγεννητικής συμβουλευτικής, σε γυναίκες που φέρουν αυξημένους παράγοντες κινδύνου αποτυχίας, με συνέπεια τον νεογνικό θάνατο (RANZCOG, 2010).

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙΤΥΧΙΑΣ

Το ζήτημα των παραγόντων που συνεπάγονται την επιτυχία ή την αποτυχία προσπάθειας VBAC έχει απασχολήσει πολλούς ερευνητές. Δεν είναι λίγοι εκείνοι που πιστεύουν ότι μία σειρά δεδομένων που προκύπτουν από το ιστορικό της εγκύου ή σχετίζονται με την εξέλιξη του παρόντος τοκετού, προσφέρουν πιθανότητες ομαλής περάτωσης του VBAC. Έτσι, μέσα από τις μελέτες προσφέρονται τα στοιχεία εκείνα που επιτρέπουν σε κλινικούς και έγκυες να "πατούν" σε πιο σταθερές βάσεις πριν προβούν σε τοκετό VBAC.

Η πλειοψηφία των ερευνητών ως πρώτο παράγοντα που αυξάνει ή μειώνει την πιθανότητα επιτυχίας του VBAC θέτουν το ιστορικό της εγκύου. Είναι βέβαιο ότι ένας προηγούμενος κολπικός τοκετός αυξάνει τις πιθανότητες επιτυχίας του VBAC (Armstrong C., 2011; ACNM, 2015; RANZCOG, 2010; Yassen Alani W. & Dayoub N., 2017; Bhide A. et al., 2016, ENC Schoorel et al., 2013; Caughey A. B., 2015; Mark H. Ebell, 2007). Ενδεικτικά, σύμφωνα με μελέτη που διεξήχθη, από τον συνολικό πληθυσμό που συμμετείχε στη μελέτη, οι 303 γυναίκες είχαν υποβληθεί στο παρελθόν σε κολπικό τοκετό. Από αυτές οι 190 γέννησαν με VBAC στην τελευταία τους κύηση με επιτυχία, ενώ οι 113 αντιμετώπισαν κάποιο πρόβλημα. Στον

αντίποδα, από τις υπόλοιπες 265 γυναίκες, που στο ιστορικό τους δεν αναφέρθηκε προηγούμενος κολπικός τοκετός, οι 219 δεν κατάφεραν να ολοκληρώσουν επιτυχώς τον VBAC, ενώ μόλις οι 46 γέννησαν κολπικά (Yassen Alani W.et al., 2017).

Επίσης, πολύ σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει ο λόγος για τον οποίο χρειάστηκε να πραγματοποιηθεί η προηγούμενη καισαρική. Πιο συγκεκριμένα, κάποια αίτια που οδήγησαν σε δυσκολία περάτωσης κολπικού τοκετού είναι πολύ πιθανόν να προκύψουν ξανά στην παρούσα γέννηση. Για παράδειγμα, η μη εξέλιξη τοκετού είναι μια δυνητικά επαναλαμβανόμενη κατάσταση, που μειώνει το ποσοστό επιτυχίας του τοκετού VBAC (AAFP, 2014; Armstrong C. ,2011; ACNM, 2015; Yassen Alani W.et al., 2017. Bhide A.et al., 2016. ENC Schoorel et al., 2013; Caughey A. B.,2015). Ταυτόχρονα, η δυστοκία και η κεφαλοπυελική δυσαναλογία είναι από τις αιτίες προηγούμενης καισαρικής οι οποίες σχετίζονται με μικρότερο ποσοστό επιτυχίας (AAFP, 2014. Hughes L. G., 2016; Caughey A. B.,2015). Αντίθετα, άλλες καταστάσεις, όπως ισχιακή προολή ή άλλες ανώμαλες προβολές, η εμβρυική δυσχέρεια, έχουν αποδειχθεί ότι δε φαίνεται να επηρεάζουν την επιτυχία του VBAC στη επόμενη κύηση (AAFP, 2014).

Αξιίζει να σημειωθεί πως πάνω από μία καισαρικές ή επιπλέον χειρουργικές επεμβάσεις στο σώμα της μήτρας την επιβαρύνουν λόγω των πολλαπλών ουλών που έχουν πραγματοποιηθεί. Κατά συνέπεια, όπως είναι φυσικό, είναι πιο εύκολο κάποια από αυτές τις ουλές να διαταθεί και τελικά να οδηγηθεί σε ρήξη (Armstrong C. ,2011. Hughes L. G., 2016. RANZCOG, 2010). Ακόμα, αξίζει να αναφερθεί ότι η μεγάλη διάρκεια τοκετού μειώνει τις πιθανότητες να εξελιχθεί ομαλά μία προσπάθεια VBAC (Hehir M. P., 2016).

Ένας επιπλέον παράγοντας που παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην επιστημονική κοινότητα σχετικά με το πως επηρεάζει την εξέλιξη του VBAC είναι η πρόκληση τοκετού. Οι περισσότερες βιβλιογραφικές παραπομπές υποστηρίζουν ότι η αυτόματη έναρξη τοκετού επιφέρει θετικά αποτελέσματα συγκριτικά με την πρόκληση τοκετού με φαρμακευτικές ή άλλες μεθόδους (AAFP, 2014; Armstrong C. ,2011; ACNM, 2015; RANZCOG, 2010; Bhide A.et al.,2016; Hehir M. P. et al., 2016; ENC Schoorel et al., 2013; Nousia K.et al., 2014; Caughey A. B.,2015). Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Δουβλίνο, από τις 3.071 γυναίκες που συμπεριλήφθηκαν στο χρονικό διάστημα 2001-2011, οι 2.222 ξεκίνησαν τον τοκετό τους αυτόματα, και οι 1.611 από αυτές είχαν επιτυχημένο VBAC. Αντίθετα, πρόκληση έγινε στις 849 και από αυτές χρειάστηκε να προχωρήσουν σε καισαρική

τομή τελικά μόνο οι 370 επίτοκες (Hehir M. P. et al., 2016). Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως οι μηχανικές μέθοδοι πρόκλησης τοκετού, όπως για παράδειγμα ο καθετήρας Foley, δεν έχουν διερευνηθεί για την αποτελεσματικότητά και την ασφάλειά τους σε αρκετές μελέτες, και για το λόγο αυτό δεν υπάρχουν πολλά ερευνητικά στοιχεία.

Επιπρόσθετα, το είδος της προηγούμενης τομής, είναι σημαντικό και μπορεί να δημιουργήσει δυσμενείς επιπλοκές, αν πρόκειται για κλασσική ή τομή σε σχήμα T (Armstrong C. ,2011; ACNM,2015 ; ACOG, 2011). Παρόμοια φαίνεται να σχετίζεται και το μεγάλο βάρος γέννησης του νεογνού. Διάφορες μελέτες αναφέρουν πως νεογνά βάρους ≥ 4000 gr, δεν ήταν εφικτό να γεννηθούν κολπικά, αλλά τελικά απαιτήθηκε καισαρική τομή (Armstrong C. ,2011; ACNM,2015; RANZCOG, 2010; Bhide A.et al.,2016; Hehir M. P. et al.,2016). Όσον αφορά χαρακτηριστικά της μητέρας, όπως είναι ο δείκτης μάζας σώματος (BMI $>30\text{kg/m}^2$) (AAFP, 2014; Armstrong C. ,2011; RANZCOG, 2010; Yassen Alani W.et al., 2017; Bhide A.et al., 2016; ENC Schoorel et al., 2013), η αυξημένη ηλικία (Armstrong C. ,2011; RANZCOG, 2010; Hehir M. P. et al., 2016) και η μαύρη φυλή (Caughey A. B.,2015; Bhide A.et al.,2016; ENC Schoorel et al.,2013; Belihu F. B., Small R., Davey M. A., 2017) συνήθως φαίνεται να επηρεάζουν αρνητικά το ποσοστό επιτυχίας. Ένα ακόμα στοιχείο που δεν θα έπρεπε να λείπει από αυτή την εργασία είναι η ηλικία της παρούσας κύησης. Όταν πρόκειται για εγκυμοσύνη σε παράταση, δηλαδή >40 εβδομάδων τα δεδομένα αποδεικνύουν πως δεν είναι εύκολη η αποπεράτωση της προσπάθειας για VBAC (Armstrong C. ,2011; ACNM, 2015; Bhide A.et al., 2016). Επίσης, η ίδια μελέτη που έγινε στο Μπαχρέιν και προαναφέρθηκε αναφέρει ότι, όταν η χρόνος που μεσολαβεί μεταξύ των δύο τελευταίων γεννήσεων είναι <18 μήνες, το ποσοστό αποτυχίας είναι μεγαλύτερο από αυτό της επιτυχίας (Armstrong C. ,2011; Yassen Alani W.et al.,2017).

Μία ενδιαφέρουσα μελέτη, η οποία πραγματεύεται τη συσχέτιση του πάχους της χαμηλής εγκάρσιας τομής (μίας τομής που συγκαταλέγεται μεταξύ αυτών συνήθως προσφέρουν θετική έκβαση), με την πορεία του VBAC αποδεικνύει ότι επίτοκες με λεπτό πάχος <2.3 mm είναι πιο πιθανό να χρειαστεί να προχωρήσουν σε καισαρική τομή. Αυτό συμβαίνει, καθώς κατά την διάρκεια των συστολών, και κυρίως των πιο έντονων συστολών που παρουσιάζονται προς το τέλος του πρώτου σταδίου και στο δεύτερο στάδιο, οι δυνάμεις που ασκούνται στη μήτρα είναι τόσο έντονες που είναι πολύ πιθανόν να πλήξουν τα λεπτότερα τμήματα της (Jastrow N. et al., 2016, Kok N. et al., 2013).

Τέλος, σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει η ιατρική δομή στην οποία θα πραγματοποιηθεί η προσπάθεια για VBAC, καθώς οι κοινοτικές δομές και κάποια ιδιωτικά κέντρα φαίνεται ότι δεν μπορούν να υποστηρίξουν επαρκώς τις περιπτώσεις σε περίπτωση επιπλοκών, καθώς χρειάζεται επιπλέον προσωπικό και εξοπλισμό(ACOG, 2010).

Όλα αυτά είναι επιστημονικά στοιχεία τα οποία είναι απαραίτητο να ανακοινώνονται στην έγκυο που επιθυμεί τον τοκετό VBAC, έτσι ώστε να είναι σε θέση να εκτιμήσει την πιθανή έκβαση που θα έχει ανάλογα με τις προϋποθέσεις που πληρεί, πάντα σε συνεννόηση με τον μαιευτήρα και τη μαία της (AAFP, 2014; ACOG, 2010).

VBAC ANA ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ

Είναι φυσικό ότι όλες οι έγκυες δεν έχουν μονήρη κύηση, με ιστορικό μίας καισαρικής τομής. Επίσης, σε κάποιες περιπτώσεις τα δεδομένα της παρούσας κύησης είναι τέτοια που δεν την κατατάσσουν σε κύηση "χαμηλού κινδύνου", όσο και αν είναι δύσκολο να προσδιοριστεί αυτός ο όρος. Θα πρέπει να εξετάζεται, βέβαια, ότι οι έγκυες με αυτά τα χαρακτηριστικά είναι πιθανόν να εκφράσουν την επιθυμία για προσπάθεια VBAC. Συνεπώς, δεδομένου ότι είναι αναφαίρετο δικαίωμα της κάθε γυναίκας να επιλέγει τον τρόπο τοκετού της, είναι σημαντική η μελέτη των διαφορετικών περιπτώσεων, με σκοπό να παρασχεθούν τεκμηριωμένες οδηγίες, σωστή η προγεννητική φροντίδα και η κατάλληλη διαχείριση και αντιμετώπιση κατά τη διάρκεια του τοκετού.

ΔΙΔΥΜΗ ΚΥΗΣΗ

Στις δίδυμες κυήσεις το ποσοστό επιτυχίας κυμαίνεται μεταξύ 45% με 84%, λαμβάνοντας υπόψη και όλους του άλλους παράγοντες που επηρεάζουν τους αριθμούς αυτούς, που για κάθε έγκυο είναι διαφορετικοί (RANZCOG, 2015; RCOG, 2015). Το ποσοστό ρήξης της μήτρας στην περίπτωση αυτή, παραμένει χαμηλό και είναι στο 0,9% (RANZCOG, 2015).

Συνεπώς παρατηρείται ότι οι αριθμοί για VBAC σε δίδυμη κύηση είναι πολύ κοντά στα ανάλογα ποσοστά VBAC για μονήρη κύηση.

ΥΠΟΨΙΑ ΜΑΚΡΟΣΩΜΙΑΣ ΕΜΒΡΥΟΥ

Σε περιπτώσεις μακροσωμίας εμβρύου (με βάρους ≥ 4000 g), έχει παρατηρηθεί πως η πιθανότητα επιτυχημένου VBAC είναι μικρότερη, συγκριτικά με VBAC σε νεογνά κάτω από αυτό το βάρος (Armstrong C. ,2011; RCOG, 2015). Κατά συνέπεια, οι επιπλοκές του VBAC, όπως είναι η ρήξη μήτρας, η δυστοκία ώμων και η ρήξη περινέου 3ου και 4ου βαθμού, είναι πιο πιθανό να συμβούν έπειτα από μία προσπάθεια VBAC σε μακροσωμικό έμβρυο (RCOG, 2015). Επιπλέον, όσον αφορά έγκυες, οι οποίες δεν έχουν γεννήσει στο παρελθόν κολπικά τουλάχιστον μία φορά και επιθυμούν VBAC, το ποσοστό επιτυχίας μειώνεται αισθητά, δηλαδή κάτω του 50%, και το ποσοστό ρήξης ανέρχεται στο 3,6%. Το ποσοστό είναι ιδιαίτερα μεγάλο αν συγκριθεί με αυτό σε γέννηση φυσιολογικού βάρους νεογνού (RCOG, 2015). Ταυτόχρονα, αν η προηγούμενη καισαρική έγινε λόγω δυστοκίας και στην παρούσα κύηση υπάρχει υποψία μακροσωμίας, τότε αυτό είναι πολύ πιθανόν να ξανασυμβεί. Έτσι, προκύπτει ένας ακόμα παράγοντας αποτυχίας, αυτός της δυνητικά επαναλαμβανόμενης αιτίας προηγούμενης καισαρικής τομής (Armstrong C. ,2011). Επειδή, όμως, το βάρος γέννησης μπορεί να προβλεφθεί με σχετική ακρίβεια προς το τέλος της κύησης, όταν δηλαδή ο τρόπος τοκετού θα έχει αποφασιστεί, είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη το βάρος γέννησης του προηγούμενου νεογνού και η ύπαρξη ή μη σακχαρώδη διαβήτη στη μητέρα.

ΠΑΝΩ ΑΠΟ ΜΙΑ ΠΡΟΗΓΗΘΕΪΣΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΉ ΤΟΜΉ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, σε περιπτώσεις με ιστορικό δύο και περισσότερων καισαρικών τομών η επιτυχία του VBAC αμφισβητείται. Υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις για αυτόν τον παράγοντα. Το RCOG αναφέρει χαρακτηριστικά ότι σε γυναίκες με ιστορικό πάνω από μια καισαρική τομή σε κύηση χωρίς επιπλοκές που έχει πλήρως ενημερωθεί από την επιστημονική ομάδα, ίσως μπορεί να θεωρηθεί επιτρεπόμενος ο προγραμματισμένος τοκετός

VBAC" (2015). Τα διαθέσιμα δεδομένα προτείνουν ότι η προσπάθεια τοκετού σε πάνω από μία προηγούμενη καισαρική τομή είναι πιθανό να πετύχει, αλλά σχετίζεται με υψηλό ποσοστό ρήξης της μήτρας (RANZCOG, 2015, p.15). Γενικότερα, είναι γνωστό ότι ο αριθμός των καισαρικών είναι ανάλογος με την πιθανότητα στιφρού πλακούντα, υστερεκτομής και μητρικής νοσηρότητας (Marshall E., Rongwei Fu & Guise J, 2011). Σύμφωνα με μεγάλη συστηματική ανασκόπηση που δημοσιεύτηκε το 2009, οι δύο και άνω καισαρικές τομές σχετίζονται με ποσοστό επιτυχίας 71,7%, σε αντίθεση με τη μία καισαρική (76,5%). Επίσης, φάνηκε πως τα δυσμενή μητρικά αποτελέσματα είναι πιο πιθανό να προκύψουν σε περιπτώσεις δύο και άνω καισαρικών, ενώ για τα νεογνικά, τα δεδομένα είναι λίγα, αλλά δείχνουν ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά. Στην ίδια μελέτη, το ποσοστό ρήξης μήτρας αναφέρεται ότι ανέρχεται στο 1,36% και το ποσοστό υστερεκτομής στο 0,55% (S Tahseen et al., 2009). Ως αποτέλεσμα, παρατηρείται μεγαλύτερη δυσκολία στην ομαλή αποπεράτωση προσπάθειας για VBAC.

ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑ

Τα βιβλιογραφικά στοιχεία που είναι διαθέσιμα για VBAC σε πρόωρο τοκετό είναι περιορισμένα, όμως δείχνουν πως η προωρότητα δεν επηρεάζει αρνητικά μία τέτοια προσπάθεια. Τα ποσοστά επιτυχίας είναι παρόμοια, 72,8% σε νεογνά <37 εβδομάδων και 73,3% σε νεογνά με ηλικία κύησης 37-41 εβδομάδων. Το ποσοστό ρήξης μήτρας είναι μικρότερο, δηλαδή 0,34% έναντι 0,74% αντίστοιχα. Το ίδιο και το ποσοστό διάνοιξης της ουλής, 0,26% σε προωρότητα και 0,67% σε τελειόμηνη κύηση. Όσον αφορά τα περιγεννητικά αποτελέσματα φαίνεται πως δεν έχουν ιδιαίτερη διαφορά (RCOG, 2015). Επομένως, θα ήταν πολύ ωφέλιμο για επιτόκους που πρόκειται να γεννήσουν πρόωρα να έχουν συζητήσει από την αρχή της κύησης για την δυνατότητα να γεννήσουν με VBAC. Επιπρόσθετα, σε κάθε προγεννητική συζήτηση για τον τρόπο διεξαγωγής του τοκετού, καλό θα ήταν να συμπεριλαμβάνεται και το ενδεχόμενο ενός πρόωρου τοκετού, παρ' ότι είναι γεγονός που συνήθως προκαλεί φόβο και άγχος στις εγκύους.

ΠΑΡΑΤΑΣΗ ΚΥΗΣΗΣ

Γενικά, ο τοκετός VBAC σε περίπτωση παράτασης κύησης είναι ένα σπάνιο γεγονός, καθώς οι περισσότερες έγκυες προχωρούν σε VBAC μέσω πρόκλησης τοκετού ή σε ERCS πιο νωρίς. Ωστόσο, δεν αποτελεί αντένδειξη για όσες γυναίκες το επιθυμούν, καθώς δεν φαίνεται ότι τα ποσοστά ρήξης αυξάνονται (Armstrong C. ,2011). Παρ' όλα αυτά σημαντική είναι η διαχείριση. Όπως αναφέρουν και διεθνή πρωτόκολλα, η πρόκληση κύησης συστήνεται να πραγματοποιείται μετά την 41⁺⁰ (NICE, 2008; SOGC, 2013). Αυτό είναι θέμα που θα πρέπει να γίνεται γνωστό σε κάθε γυναίκα ανεξάρτητα από τον τρόπο τοκετού που πρόκειται να επιλέξει στα πλαίσια της προγεννητικής συζήτησης. Στην περίπτωση, που η έγκυος, η οποία επιθυμεί να προσπαθήσει VBAC και βρίσκεται στην 41⁺⁰ χωρίς να έχει γίνει αυτόματη έναρξη ωδινών, είναι σημαντικό να εξεταστεί από έμπειρο μαιευτήρα και να γίνει συνεκτίμηση όλων των άλλων στοιχείων που χαρακτηρίζουν την κύηση. Ταυτόχρονα, γίνεται μία συζήτηση κατά την οποία η έγκυος θα πρέπει να κατανοήσει τα αυξημένα ποσοστά ρήξης και περιγεννητικών επιπλοκών έπειτα από πρόκληση. Επιπλέον, οι μηχανικοί τρόποι πρόκλησης τοκετού ενδέχεται να είναι λιγότερο επικίνδυνοι σύμφωνα με την βιβλιογραφία, συνεπώς η γυναίκα θα πρέπει να είναι ενήμερη και για αυτά. Στο πλαίσιο της συνεκτίμησης των συνολικών παραγόντων, καλό θα ήταν να συνηγορηθεί η επιθυμία για μελλοντική τεκνοποίηση, αν χρειαστεί να γίνει μία υστερεκτομή. Τέλος, είναι σοβαρό το σενάριο του ERCS στην 40⁺¹⁰ εβδομάδα κύησης (RCOG, 2015).

Όπως είναι εύκολα κατανοητό, στην προγεννητική συμβουλευτική θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται η συζήτηση για την πιθανότητα όλων των παραπάνω καταστάσεων. Με αυτόν τον τρόπο το πλάνο μελλοντικής διαχείρισης θα είναι πλήρως ολοκληρωμένο και θα είναι εύκολα διαθέσιμη η διαχείριση τέτοιων περιπτώσεων, με το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

VBAC ΣΤΟ ΝΕΡΟ

Ο τοκετός στο νερό είναι μία πρακτική που έγινε ευρέως γνωστή τα τελευταία 20 χρόνια, με αποτέλεσμα όλο και περισσότερες ιδιωτικές ή δημόσιες μαιευτικές κλινικές να δημιουργούν τις κατάλληλες υποδομές για να δοθεί και αυτή η επιλογή στις επίτοκες. Θεωρητικά, όλες οι γυναίκες με χαμηλού κινδύνου τελειόμηνη κύηση έχουν την δυνατότητα να γεννήσουν το μωρό τους εντός ειδικά διαμορφωμένης πισίνας, με επιτυχή αποτελέσματα τόσο για εκείνες

όσο και για το έμβρυό τους. Ένα θετικό αυτού του τρόπου τοκετού είναι πως περιορίζει την ανάγκη επισκληρίδιου αναισθησίας λόγω της μειωμένης αίσθησης του πόνου μέσα στο νερό. Ταυτόχρονα, η εμπειρία του τοκετού είναι πιο θετική και προσφέρεται μεγαλύτερη ικανοποίηση, καθώς ο τοκετός εξελίσσεται με μεγαλύτερη ευκολία και χαλάρωση.

Παρόλο που ο κολπικός τοκετός μετά από καισαρική τομή (VBAC) έχει προωθηθεί επιτυχώς ως ένα μέσο για τη μείωση του ποσοστού της καισαρικής τομής, η πρακτική του VBAC χρησιμοποιώντας τη βύθιση με νερό (Water VBAC) περιορίζεται. Πολύ λίγα αξιόπιστα ερευνητικά στοιχεία είναι διαθέσιμα σχετικά με αυτή τη μέθοδο γέννησης, αν και οι αρχικοί έλεγχοι μικρής κλίμακας δείχνουν ότι ο VBAC στο νερό δεν έχει αρνητικές επιπτώσεις στα μητρικά και νεογνικά αποτελέσματα.

Σε άρθρο των McKenna A. J. et all (2014), διεξήχθησαν σε βάθος συνεντεύξεις με ένα σκόπιμο δείγμα οκτώ γυναικών που είχαν υποβληθεί σε VBAC στο νερό σε μια μαιευτική μονάδα με οδηγό τη μαία. Οι συνεντεύξεις αποσκοπούσαν να διερευνήσουν τους λόγους για τους οποίους ζητούσαν αυτή τη μέθοδο γέννησης και την εμπειρία τους από τη διαδικασία αυτή. Εφαρμόστηκε μια ερμηνευτική αναλυτική φαινομενολογική προσέγγιση. Τα ευρήματα υποστήριζαν πως οι γυναίκες ακολουθούσαν τον VBAC στο νερό για δύο κύριους λόγους:

1. προκειμένου να αποφευχθεί η επανάληψη της καισαρικής τομής και
2. να αναλυθούν οι προηγούμενες αρνητικές εμπειρίες γέννησης.

Οι γυναίκες ανέφεραν βελτιωμένα σωματικά και ψυχολογικά αποτελέσματα από την εμπειρία τους στον VBAC στο νερό σε σύγκριση με την προηγούμενη εμπειρία τους με καισαρική τομή.

Ο τοκετός VBAC στο νερό συνετέλεσε σε μια προσπάθεια να ελαχιστοποιηθεί η ιατροποίηση του τοκετού. Αυτό επιτεύχθηκε με τον περιορισμό της εισαγωγής του ιατρικού προσωπικού υπέρ της φροντίδας που βασίζεται στην μαία, η οποία πιστεύεται ότι ελαχιστοποιεί τις αρνητικές φυσικές και ψυχολογικές εμπειρίες. Αντίστοιχα, ο VBAC στο νερό θεωρήθηκε ως μεγιστοποίηση των φυσικών και ψυχολογικών ωφελειών και ως μέσο για να επιτραπεί στις γυναίκες να επιλέγουν και να ασκούν τον έλεγχο του τοκετού τους. Οι γυναίκες που σχεδίαζαν τοκετό στο νερό VBAC πίστευαν ότι έπρεπε να διαχειριστούν τους πιθανούς κινδύνους που σχετίζονται με αυτό, καθώς και να διαχειρίζονται

τις προσδοκίες και τη συμπεριφορά των φίλων, της οικογένειας και των επαγγελματιών της υγειονομικής περίθαλψης που εμπλέκονται στη φροντίδα τους.

Για τις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα αυτή, η ενεργός άσκηση του τοκετού στο νερό VBAC αποτελούσε μέσο επιβεβαίωσης της αυτονομίας τους στη διαδικασία του τοκετού. Η αξία που αποδίδεται στην ικανότητα επιλογής και ελέγχου της τεχνολογικής τους εμπειρίας είναι μεγάλη. Αυτοί οι λογαριασμοί των γυναικών ανέφεραν ότι η παροχή πληροφοριών και η από κοινού λήψη αποφάσεων απαιτούν βελτίωση και ότι πρέπει να αντιμετωπιστούν οι ασυνέπειες στις στάσεις των επαγγελματιών του τομέα της υγείας.

Ο τοκετός με καισαρική τομή συνήθως υποδηλώνει ότι μια επόμενη εγκυμοσύνη δεν θα ταξινομηθεί ως «χαμηλού κινδύνου», περιορίζοντας έτσι τις επιλογές για τη γέννηση που είναι διαθέσιμες στη μητέρα. Αυτά συχνά περιλαμβάνουν τον τόπο γέννησης, και μερικές φορές τον τρόπο γέννησης. Υπό το πρίσμα των δυνητικών κινδύνων της καισαρικής τομής, ειδικά για τη μητέρα, έγιναν προσπάθειες για τη μείωση του ποσοστού που αυξήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο από 9% σε 24% το 2009. Ένας αυξανόμενος αριθμός γυναικών αμφισβητεί τον περιορισμό των επιλογών γέννησης λόγω της ετικέτας κινδύνου τους, ζητώντας τη γέννηση σε νερό ως μέρος του δικαιώματός τους στον VBAC. Ωστόσο, το υπόβαθρο αυτών των αιτημάτων και η εμπειρία της πραγματικής διαδικασίας VBAC στο νερό είναι ανεξερευνήτο.

Παρά τις προσπάθειες για μείωση του ποσοστού της καισαρικής τομής προσφέροντας VBAC και την ευρέως διαδεδομένη χρήση του τοκετού στο νερό, ο συνδυασμός του VBAC και της γέννησης στο νερό είναι ένα βήμα πολύ μακριά για ορισμένους επαγγελματίες. Μια τέτοια αντίθεση έρχεται ανεξάρτητα από μια προφανώς αυξανόμενη ζήτηση για τον VBAC στο νερό. Η αλληλογραφία με επαγγελματίες από διάφορες μονάδες επιβεβαιώνει δύο βασικούς λόγους αυτής της αντίθεσης: την ανάγκη συνεχούς ηλεκτρονικής παρακολούθησης του εμβρύου και την ανάγκη τοποθέτησης ενός ενδοφλέβιου καθετήρα ενόψει του δυνητικού κινδύνου αιμορραγίας μετά τον τοκετό ή μεταφοράς στο χειρουργείο λόγω ρήξης της μήτρας. Ωστόσο, τα πρόσφατα τεχνολογικά επιτεύγματα στον χώρο της υγείας, και κυρίως στο κομμάτι της καρδιοτοκογραφικής παρακολούθησης είναι συναρπαστικά, γεγονός που σημαίνει ότι η υποβρύχια συνεχής παρακολούθηση είναι πλέον εφικτή. Επιπλέον, ένας ενδοφλέβιος καθετήρας μπορεί να υπάρχει με ασφάλεια, ακόμα και στο νερό. Από τη διαθέσιμη βιβλιογραφία, είναι σαφές ότι ο τοκετός VBAC στο νερό έχει όντως προσφερθεί

σε ορισμένες μονάδες γέννησης, με περιορισμένα ωστόσο ερευνητικά δεδομένα για την αποτελεσματικότητά του.

Για να μπορούν οι γυναίκες να επιλέξουν, πρέπει να έχουν προηγουμένως γνώση αυτής της μεθόδου τοκετού. Η έρευνα είναι σημαντική για να διαπιστωθεί εάν κάθε πρακτική είναι ασφαλής και αποδεκτή, όσον αφορά τα κλινικά αποτελέσματα. Η τεκμηριωμένη φροντίδα που προέρχεται από τη συνεχή αξιολόγηση των πρακτικών και την διεξαγωγή ερευνών αποτελεί ζητούμενο της σύγχρονης φροντίδας υγείας.

Ενώ η περιορισμένη βιβλιογραφία δείχνει υψηλή ικανοποίηση της μητέρας με την υπηρεσία «Water VBAC» που είναι διαθέσιμη σήμερα κυρίως σε τμήματα υπό την ηγεσία μαιών, οι αριθμοί είναι περιορισμένοι και δεν προσφέρονται για ποσοτική ανάλυση. Υπάρχει επίσης μια έλλειψη κατανόησης των εμπειριών των γυναικών που υποβάλλονται στον τοκετό VBAC στο νερό, και μάλιστα για τους λόγους που τους ωθούν να αναζητήσουν αυτήν την επιλογή που πολλοί θεωρούν ότι είναι «υψηλού κινδύνου».

Στη προαναφερθείσα έρευνα που διεξήχθη σε μια μαιευτική μονάδα της Σκωτίας (MLU), οι γυναίκες που πήραν μέρος ήταν ηλικίας μεταξύ 24 και 40 ετών και είχαν στο σημείο της επιχείρησης Water VBAC μεταξύ ενός και τεσσάρων παιδιών. Όλοι ανέφεραν ότι αγνοούσαν τυχόν προβλήματα για τη διάρκεια του τοκετού τους με VBAC στο νερό ή για το βρέφος τους μετά τη γέννηση. Καμία δεν είχε βιώσει συνεχή καρδιοτοκογραφική παρακολούθηση σε οποιοδήποτε σημείο κατά τη διάρκεια του τοκετού τους, ενώ γινόταν διαλείπουσα παρακολούθηση του καρδιακού ρυθμού του εμβρύου μέσω ενός φορητού sonicaid και οι γυναίκες παρέμεναν στην πισίνα. Όλες οι συμμετέχουσες έλαβαν μαιευτική φροντίδα. Από τις συνεντεύξεις προέκυψαν τρία κύρια θέματα. Το πρώτο αφορούσε τις αντιλήψεις των γυναικών για τον VBAC στο νερό ως ένα μέσο «ελαχιστοποίησης» της ιατροποίησης του τοκετού. Το δεύτερο θέμα αφορούσε τη χρήση του «Water VBAC» ως μέσο «μεγιστοποίησης» τεσσάρων συνιστωσών της εμπειρίας του τοκετού: σωματικά οφέλη, ψυχολογικά οφέλη, επιλογή και έλεγχος. Το τρίτο θέμα αφορούσε τον τρόπο με τον οποίο οι γυναίκες «διαχειρίζονταν» τους πιθανούς κινδύνους που σχετίζονταν με τον τοκετό Water VBAC και διαχειρίζονταν επίσης τις προσδοκίες και τη συμπεριφορά της οικογένειας, των φίλων τους και των επαγγελματιών του τομέα υγείας που συμμετείχαν στη φροντίδα τους.

Οι γυναίκες που συμμετείχαν σε αυτή τη μελέτη θεώρησαν τον τοκετό VBAC στο νερό θετικό και ανέφεραν βελτιωμένα αποτελέσματα όσον αφορά την εμπειρία τους. Αυτά τα αποτελέσματα περιλάμβαναν μεγάλη ικανοποίηση από τον τοκετό τους, αυξημένη αίσθηση ελέγχου, βελτιωμένα συναισθήματα άνεσης και κινητικότητας και καλύτερη ανακούφιση από τον πόνο. Επιπλέον, οι γυναίκες ανέφεραν βελτιωμένες μεταγεννητικές φυσικές και ψυχολογικές εκβάσεις.

Οι γυναίκες προσπάθησαν να ελαχιστοποιήσουν την ιατρική διάγνωση του τοκετού, περιορίζοντας τις εισροές του ιατρικού προσωπικού. Οι κυβερνητικές εκθέσεις σε ολόκληρο το Ηνωμένο Βασίλειο καθιστούν σαφή τα δικαιώματα των γυναικών να συμμετέχουν στις αποφάσεις σχετικά με όλες τις πτυχές της φροντίδας τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Υπογραμμίζεται τη σημασία που έχουν οι γυναίκες να κάνουν ενημερωμένη επιλογή όσον αφορά τις επιλογές που τους παρέχονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, της εργασίας και της μεταγεννητικής περιόδου, όπως ο τόπος γέννησης και οι επαγγελματίες. Επιπλέον, ο NICE (2011) προτείνει να δοθεί η δυνατότητα στις γυναίκες να επιλέξουν τη μέθοδο γέννας που προτιμούν σε συνεννόηση με τους σχετικούς επαγγελματίες υγείας. Η φροντίδα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της μεταγεννητικής περιόδου πρέπει, να βασίζεται σε «παράγοντες της υγείας» σε αντίθεση με τους «παράγοντες κινδύνου», με έμφαση στην «κανονικότητα» όσο το δυνατόν περισσότερο.

Συνοψίζοντας, ο τοκετός VBAC στο νερό εξακολουθεί να είναι ένα σπάνιο γεγονός, αλλά για τις λίγες γυναίκες που επιτυγχάνουν αυτή τη μέθοδο τοκετού φαίνεται ότι είναι μια θετική εμπειρία και σημαντική έκφραση της αυτονομίας τους. Οι οκτώ γυναίκες στη μελέτη που συμμετείχαν σε μελέτη, ανέφεραν βελτιωμένα αποτελέσματα ως αποτέλεσμα της ικανοποίησης του «Water VBAC», μεγαλύτερη αίσθηση ελέγχου και βελτιωμένη άνεση και κινητικότητα. Ακόμα σημαντικά από τα αυξημένα σωματικά αποτελέσματα ήταν τα ψυχολογικά και ιδιαίτερα η αίσθηση του επιτεύγματος, ότι δηλαδή οι γυναίκες κατάφεραν να γεννήσουν κολπικά και στο νερό. Στην απόφαση να μην ορίσουν τη διαχείριση της φροντίδας του τοκετού τους σε άλλους, υποστήριξαν την αυτονομία τους και πέτυχαν ένα αποτέλεσμα που πολλοί δεν θα είχαν προβλέψει (McKenna J. & Andrew G. , 2014)

Είναι βέβαια αυτονόητο ότι σε τέτοιου είδους πρακτικές απαιτείται τόσο έμπειρο και καταρτισμένο προσωπικό, όσο και ειδικός εξοπλισμός, όπως είναι για παράδειγμα αδιάβροχος καρδιοτοκογράφος, μακριά γάντια κ.α. Ακόμη ιδιαίτερα σημαντικό είναι να

τηρούνται όλα τα απαραίτητα μέτρα για την σωστή υγιεινή του χώρου, με σκοπό την αποφυγή των μολύνσεων.

VBAC ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Ενώ οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίζουν τον τοκετό VBAC ως έγκυρη επιλογή γέννησης, συχνά αποθαρρύνονται, τόσο με εμφανείς, όσο και με συγκαλυμμένους τρόπους. Οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας εκφράζουν ανησυχίες σχετικά με την ασφάλεια, την υποστήριξη των καταστάσεων έκτακτης ανάγκης και τον ιατρικό και νομικό κίνδυνο. Εάν οι γυναίκες πρόκειται να κάνουν τοκετό VBAC, συνήθως αυτό επιλέγουν να πραγματοποιηθεί στο νοσοκομείο, αλλά υπάρχουν μερικές γυναίκες που επιλέγουν να κάνουν VBAC στο σπίτι. Οι τελευταίες στατιστικές της Αυστραλίας δείχνουν ότι το 0,4% των γεννήσεων προγραμματίζεται να γεννηθούν στο σπίτι.

Η πλειοψηφία των ερευνών γύρω από τον VBAC επικεντρώνεται στα ποσοστά της ρήξης της μήτρας και στους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν αυτό το ποσοστό. Ο τοκετός VBAC που διεξάγεται στο σπίτι αποτελεί ζήτημα συζήτησης στη βιβλιογραφία, αλλά υπάρχουν λίγες μελέτες που έχουν εξετάσει ειδικά την ασφάλεια του VBAC στο σπίτι. Ο τοκετός VBAC εκτός νοσοκομείου δίδεται ως επιλογή, όπου υπάρχουν κατάλληλα καταρτισμένες μαίες και σαφή κριτήρια ανίχνευσης κινδύνου. Τα υψηλότερα ποσοστά VBAC βρίσκονται σε μελέτες που εξετάζουν την ασφάλεια και τα αποτελέσματα των γεννήσεων που γίνονται στο σπίτι ή στα κέντρα τοκετού σε σύγκριση με τις γεννήσεις σε νοσοκομεία, που κυμαίνονται από 73,5 έως 96%, με μέσο όρο το 87,6% (Keedle H. et al., 2015; Cox K. J., Bonbjerg M. T., Cheyney M. & Leeman L. M., 2015). Σε σύγκριση, οι στατιστικές της Αυστραλίας δείχνουν ότι μόνο το 12,3% των γυναικών με ιστορικό προηγούμενης καισαρικής τομής είχε κολπικό τοκετό.

Αυτό το άρθρο στοχεύει να διερευνήσει τους λόγους και τις εμπειρίες των γυναικών που επιλέγουν να κάνουν τοκετό VBAC στο σπίτι [Home VBAC (HBAC)]. Αυτή η ομάδα γυναικών μπορεί να προσφέρει ανεκτίμητες γνώσεις σχετικά με τη λήψη αποφάσεων και τις εμπειρίες των γυναικών, όταν επιλέγουν VBAC στο σπίτι. Αυτές οι απόψεις μπορούν με τη σειρά τους να βοηθήσουν τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας να κατανοήσουν τους

παράγοντες που είναι σημαντικοί για τις γυναίκες που προγραμματίζουν μεταγενέστερη γέννηση μετά από καισαρική τομή.

Οι γυναίκες στη μελέτη αυτή διαπίστωσαν ότι η σχέση που σχηματίστηκε με την προσωπική τους μαία, βασιζόταν στο σεβασμό και στην εμπιστοσύνη, στις περιπτώσεις που ήταν καλά ενημερωμένες και συμμετείχαν απόλυτα στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Αναφέρουν ότι οι γυναίκες που επέλεξαν να γεννήσουν στο σπίτι μέσω ενός χρηματοδοτούμενου από το δημόσιο πρόγραμμα τοκετού, διαπίστωσαν ότι η μαία και ο σεβασμός που επέδειξε συνέλαβαν στην εμπιστοσύνη που είχαν σε αυτές και στην ευεργετική σχέση που αναπτύχθηκε μεταξύ τους. Οι γυναίκες που έχουν τις πρώτες γεννήσεις τους στο σπίτι ή στο νοσοκομείο ανέφεραν επίσης ότι η υποστήριξη από τις μαίες σχετίζεται με τη σχέση εμπιστοσύνης, το χρόνο που επενδύθηκε σε αυτή τη σχέση και την πληροφορία και την επικοινωνία που έδωσε η μαία. Οι γυναίκες κατάφεραν να συγκρίνουν αυτό το μοντέλο φροντίδας με τα προηγούμενα είδη φροντίδας που είχαν βιώσει και διαπίστωσαν ότι η συνέχεια της φροντίδας και η συνεχιζόμενη υποστήριξη ήταν βασικές πτυχές αυτού του μοντέλου φροντίδας. Η συνέχιση της φροντίδας υποστηρίζεται στη βιβλιογραφία ως το χρυσό μοντέλο φροντίδας όχι μόνο επειδή το προτιμούν οι γυναίκες αλλά και λόγω των θετικών επιδράσεων στα ποσοστά φυσιολογικού τοκετού, τα ποσοστά παρεμβάσεων και κόστους. Αυτή η έρευνα έχει δείξει ότι οι γυναίκες συχνά αντανακλούν στην προηγούμενη εμπειρία τους την τραυματική γέννηση και αναζητούν εναλλακτικές επιλογές τοκετού. Οι περιοριστικές πρακτικές στα νοσοκομεία και συχνά οι αρνητικές αντιδράσεις από τους επαγγελματίες υγείας, οδηγούν τις γυναίκες να αναζητήσουν μια εναλλακτική πορεία προς την επίτευξη VBAC και αυτό συχνά τους οδηγεί να εξετάσουν να κάνουν τοκετό VBAC στο χώρο του σπιτιού τους. Οι γυναίκες διαπίστωσαν ότι μέσω της γνώσης του VBAC, και τη συνέχεια εύρεσης υποστήριξης από μια μαία που θα διευκόλυνε τον τοκετό VBAC στο σπίτι, αυτό αναπόφευκτα τους βοήθησε να επιτύχουν. Ο τοκετός VBAC αναφέρθηκε ως μέσο ενδυνάμωσης και ως μέσο επούλωσης για τις γυναίκες (Keedle H. et al., 2015).

Δεν θα ήταν σωστό να μην γίνει λόγος και για τα ποσοστά που σχετίζονται με τα αποτελέσματα που αφορούν τόσο τη μητέρα όσο και το έμβρυο-νεογνό σε περιπτώσεις VBAC στο σπίτι. Πιο αναλυτικά, όσον αφορά τη μητέρα, η μέση απώλεια αίματος ήταν 355 mL, ενώ η λοίμωξη μετά τον τοκετό παρουσίασε πιθανότητα να προκύψει σε ποσοστό 7,7%. Επιπλέον, υπολογίζεται πως εισαγωγή στο νοσοκομείο τις πρώτες 6 εβδομάδες μετά την

γέννηση χρειάστηκε σε ποσοστό 16,6% των γυναικών. Ακόμα, επιβεβαιωμένη ρήξη μήτρας εμφανίστηκε σε ποσοστό 0,19%, χαμηλότερο και από το συνολικό αριθμό ρήξεων σε τοκετούς VBAC. Αυτό, προφανώς, οφείλεται στην απουσία πρόκλησης τοκετού ή επαγωγής των συστολών στο σπίτι, που έχουν ενοχοποιηθεί για αντίστοιχη αύξηση των περιστατικών ρήξης της μήτρας.

Αξιίζει να σημειωθεί ότι Apgar score <4 στο 5^ο λεπτό της ζωής παρατηρήθηκε στο 1% των νεογνών που δεν γεννιούνταν σε νοσοκομειακές δομές με VBAC, αλλά στο σπίτι. Η ίδια μελέτη αναφέρει ότι η εισαγωγή στη MENN χρειάστηκε σε ποσοστό 4,2%, ενώ το ποσοστό των βρεφών που έκαναν εισαγωγή στο νοσοκομείο τις πρώτες 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό ήταν 17%, ποσοστό ιδιαίτερα υψηλό. Τέλος, η πιθανότητα περιγεννητικής θνησιμότητας σε περιπτώσεις VBAC στο σπίτι ήταν 0,47% (Cox K. J. et al., 2015).

Καταλήγοντας, παρ' ότι κάποια από τα παραπάνω στατιστικά στοιχεία και οι περισσότερες μαρτυρίες γυναικών που γέννησαν με VBAC εκτός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικές, το ζήτημα του VBAC στο σπίτι παραμένει αμφιλεγόμενο. Οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι προτείνουν στις εγκύους αυτού του είδους τον τοκετό θα πρέπει να γνωρίζουν όλες τις νομικές διατάξεις σε περίπτωση νοσηρότητας ή/και θνησιμότητας. Επιπλέον, οι τοκετοί αυτοί είναι απαραίτητο να πραγματοποιούνται μόνο από επαγγελματίες υγείας που κατέχουν την μαιευτική ειδικότητα αλλά και έχουν όλες τις απαραίτητες γνώσεις, την εμπειρία και τον εξοπλισμό. Θα πρέπει δηλαδή να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν οποιαδήποτε απόκλιση από τη φυσιολογική εξέλιξη τοκετού μπορεί να προκύψει. Ωστόσο, κάτι τέτοιο δεν είναι μία εύκολη υπόθεση διότι αν και είναι πιθανό να υπάρχουν όλα τα παραπάνω, κάποιες καταστάσεις χρειάζονται εξειδικευμένο επαγγελματία υγείας, όπως για παράδειγμα νεογνολόγο ή χειρουργό. Με άλλα λόγια, στο χώρο του νοσοκομείου οι δυνητικές επιπλοκές αντιμετωπίζονται από πολυεπιστημονική ομάδα, με μεγαλύτερες πιθανότητες επιτυχίας. Ακόμη, τα νοσοκομειακά ιδρύματα που αναλαμβάνουν VBAC διαθέτουν όλο τον απαραίτητο εξοπλισμό για επείγουσα καισαρική τομή, μετάγγιση αίματος, μαιευτική υστερεκτομή, άμεση ανάνηψη, εισαγωγή στη MENN κ.α. Ταυτόχρονα, η απόσταση του σπιτιού όπου διενεργείται ο VBAC από το πλησιέστερο νοσοκομειακό ίδρυμα, θα πρέπει να είναι μικρή, με σκοπό την άμεση διακομιδή, εάν χρειαστεί. Τέλος, είναι ιδιαίτερα σημαντικό, η επίτοκος που ξεκινά ένα VBAC στο σπίτι να έχει κάνει τον πλήρη προγεννητικό έλεγχο και να βιώνει κύηση χαμηλού κινδύνου. Αυτά και πολλά ακόμα

θέτονται υπό σκέψη στους επαγγελματίες υγείας που παίζουν το ρόλο του συμβούλου για τον τρόπο και τον τόπο τοκετού σε γυναίκες με ιστορικό καισαρικής τομής. Συνεπώς, όπως είναι φανερό, ο τοκετός VBAC στο σπίτι είναι μία διαδικασία με μεγαλύτερο βαθμό επικινδυνότητας, αλλά και ευθύνης και καλό θα ήταν να μην προτείνεται ή να προτείνεται μόνο εφόσον παρέχονται και τηρούνται αυστηρές προϋποθέσεις από τις τοπικές οδηγίες.

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ VBAC

Ο τρόπος με τον οποίο το προσωπικό φροντίδας της εγκύου πρόκειται να ασκήσει συμβουλευτική και να διαχειριστεί την απόφαση της μητέρας για προσπάθεια VBAC φαίνεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη του. Τόσο μία λάθος πληροφορία, όσο και ένας κακός χειρισμός κατά τη διάρκεια του τοκετού, μπορούν να οδηγήσουν στις δυσμενείς συνέπειες, που έχουν ήδη αναφερθεί.

ΠΡΙΝ ΤΟ VBAC

Η προγεννητική συμβουλευτική καλό είναι να παρέχεται, εξατομικευμένα, από έμπειρη μαία και γυναικολόγο, που έχουν ασχοληθεί και στο παρελθόν με παρόμοιο περιστατικό. Μία πρώτη βασική συζήτηση συνιστάται να γίνεται πριν την 16^η εβδομάδα κύησης (NSW Kids and Families, 2014). Κατά τη διάρκεια της, η έγκυος ενημερώνεται για το τι είναι ο τοκετός VBAC και παρέχεται και ενημερωτικό έντυπο υλικό, για περαιτέρω μελέτη. Τα φυλλάδια αυτά, τα οποία δίνονται καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι απαραίτητο να γράφονται σε γλώσσα απλή και κατανοητή για οποιαδήποτε γυναίκα, αλλά ταυτόχρονα να παρέχουν όλη τη γνώση που χρειάζεται να έχει, βασισμένη σε επιστημονικά δεδομένα (Queensland Clinical Guidelines, 2015; RCOG, 2015). Η αρχική προτίμηση της εγκύου καλό θα είναι να καταγράφεται στο ιατρικό ιστορικό της (NSW Kids and Families, 2014).

Στη συνέχεια, μία πιο ολοκληρωμένη συζήτηση θα πραγματοποιηθεί ιδανικά πριν την 24^η εβδομάδα κύησης (NSW Kids and Families, 2014; Queensland Clinical Guidelines, 2015). Σε αυτό το ραντεβού το πλήρες ιστορικό της προηγούμενης καισαρικής είναι απαραίτητο να βρίσκεται στο φάκελο της εγκύου, έτσι ώστε να δοθούν οι κατάλληλες πληροφορίες και

συμβουλές (NSW Kids and Families, 2014). Πιο συγκεκριμένα, η ομάδα των κλινικών συνεκτιμούν τους παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν το ποσοστό επιτυχίας, όπως αυτοί προκύπτουν από το εκάστοτε ιστορικό. Η μαία και ο γυναικολόγος οφείλουν να ενημερώσουν τη γυναίκα για τα οφέλη, τις πιθανές επιπλοκές, τους παράγοντες κινδύνου, αλλά και τον τρόπο διαχείρισης του τοκετού (NSW Kids and Families, 2014; Queensland Clinical Guidelines, 2015; RCOG, 2015; NIH Consensus and State-of-the-Science Statements, 2010). Ακόμη, είναι αρκετά πιθανό να μην είναι εφικτή η προσπάθεια VBAC. Σε αυτή την περίπτωση, πρέπει να γνωστοποιηθούν οι λόγοι και να δοθεί εναλλακτικός τρόπος τοκετού (Queensland Clinical Guidelines, 2015). Ταυτόχρονα, αν η ιατρική δομή και το προσωπικό που είναι διαθέσιμο στον τόπο κατοικίας της εγκύου αδυνατούν να πραγματοποιήσουν VBAC με ασφάλεια, είτε λόγω εξοπλισμού, είτε λόγω έλλειψης εμπειρίας και γνώσεων, αλλά παρ' όλα αυτά η έγκυος επιθυμεί να προσπαθήσει να γεννήσει κολπικά, καλό θα ήταν να παραπεμφθεί σε κάποιο νοσοκομείο με τον ανάλογο εξοπλισμό και καταρτισμένη επιστημονική ομάδα (AAFP, 2014; Queensland Clinical Guidelines, 2015; NIH Consensus and State-of-the-Science Statements, 2010). Σε κάθε περίπτωση, είναι χρέος του γυναικολόγου και της μαίας, που έχουν αναλάβει το περιστατικό να μεριμνήσουν για την παρουσία ενός διερμηνέα, αν αυτό κρίνεται αναγκαίο (Queensland Clinical Guidelines, 2015). Σημαντικό είναι να καταγραφεί στο ιστορικό κάθε πτυχή της συζήτησης, οι σκέψεις της εγκύου, το πλάνο διαχείρισης και τι θα συμβεί στην πιθανότητα ενός πρόωρου τοκετού (Queensland Clinical Guidelines, 2015). Επίσης, σημειώνεται η πιθανή επιθυμία της γυναίκας να προβεί σε προσπάθεια VBAC, παρά τις ανησυχίες και τις ενστάσεις των κλινικών, που την παρακολουθούν (NSW Kids and Families, 2014).

Έχοντας αναλύσει όλα τα παραπάνω, το ραντεβού, κατά το οποίο θα παρθεί η τελική απόφαση για τον τρόπο τοκετού πραγματοποιείται πριν την 36^η εβδομάδα κύησης ή στην 32^η εβδομάδα, αν απαιτείται μεταφορά (NSW Kids and Families, 2014; Queensland Clinical Guidelines, 2015). Παρομοίως όλα καταγράφονται στο φάκελο (NSW Kids and Families, 2014; Queensland Clinical Guidelines, 2015).

ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ VBAC

Σχετικά με τη διαχείριση κατά την διάρκεια του κολπικού τοκετού, φαίνεται ότι οι νοσοκομειακές δομές που ασχολούνται με VBAC, καλό θα είναι να έχουν θεσμοθετημένες

κατευθυντήριες οδηγίες. Αυτό αναμένεται να προσφέρει ομαλότερη έκβαση διεξαγωγής του, καθώς τα διεθνή πρωτόκολλα προσαρμόζονται στις ανάγκες και στις δυνατότητες του εκάστοτε προσωπικού υγείας (AAFP, 2014).

1^ο στάδιο: Ίσως το πιο σημαντικό είναι η σωστή προετοιμασία και η ετοιμότητα. Το νοσοκομείο είναι απαραίτητο να διαθέτει άμεσα εξοπλισμένη αίθουσα καισαρικής, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα άμεσης αντιμετώπισης σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή με επείγουσα καισαρική τομή (RANZCOG, 2010; RCOG, 2015). Ταυτόχρονα, αμέσως μετά την εισαγωγή της επιτόκου πρέπει να της παρέχεται πολυεπιστημονική ομάδα, η οποία θα αποτελείται από μαιευτήρα, μαία, αναισθησιολόγο, νεογνολόγο, επαγγελματίες υγείας που διαθέτουν όλες τις γνώσεις και για ανάνηψη της μητέρας και του νεογνού (RANZCOG, 2010; RCOG, 2015). Η επισκληρίδιος αναισθησία, συνήθως, δεν προτείνεται σε προσπάθεια VBAC, γιατί όπως φαινόταν σε μελέτες φάνηκε να εξαλείφει την αίσθηση της επιτόκου από τη μέση και κάτω, έχοντας ως συνέπεια να μην είναι σε θέση να αντιληφθεί τον πόνο της ρήξης. Επιπλέον, σαν πρακτική, η επισκληρίδιος αναισθησία παρατείνει περίπου 2 ώρες κατά μέσο όρο τον χρόνο ολοκλήρωσης του τοκετού, και έτσι η μήτρα δέχεται πιέσεις για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, γεγονός που την κάνει πιο ευάλωτη για να υποστεί ρήξη (RANZCOG, 2015; RCOG, 2015; Hehir M. P. et al., 2016). Ωστόσο, εάν η επίτοκος το επιθυμεί καλό είναι να τεθεί το θέμα υπό συζήτηση με τον αναισθησιολόγο. Επιπρόσθετα, η μέθοδος one-to-one care συστήνεται να χρησιμοποιείται, μια και μειώνει τις λάθος εκτιμήσεις και τις περιττές παρεμβάσεις, καθώς και φέρνει πιο κοντά την μαία και την επίτοκο, σε ένα κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης (NSW Kids and Families, 2014; RCOG, 2015; Queensland Clinical Guidelines, 2015).

Με την εισαγωγή της εγκύου γίνεται ενδοφλέβιος καθετηριασμός και διασταύρωση επαρκών μονάδων αίματος που θα χρειαστούν σε περίπτωση μετάγγισης (RANZCOG, 2010; NSW Kids and Families, 2014; Queensland Clinical Guidelines, 2015; RCOG, 2015). Ακόμη, η πρόσληψη τροφής αντενδείκνυται, λόγω της πιθανότητας επείγουσας καισαρικής, ενώ η πρόσληψη νερού δεν απαγορεύεται, αλλά με επιφύλαξη σε περίπτωση παθολογικού καρδιοτοκογραφήματος (RANZCOG, 2015; Queensland Clinical Guidelines, 2015).

Αξίζει να σημειωθεί, πως η χρήση παρτογράμματος αποδεικνύεται ιδιαίτερα εξυπηρετική, διότι προσφέρει τη δυνατότητα της συνεχούς καταγραφής των ευρημάτων και οριοθετεί τον χρόνο προειδοποίησης και δράσης (RANZCOG, 2015; Queensland Clinical Guidelines, 2015). Ταυτόχρονα, στις περιπτώσεις που η μέθοδος one-to-one care δεν είναι εφικτό να

εφαρμοστεί, οι μαίες της επόμενης βάρδιας ξέρουν ακριβώς σε ποιο σημείο βρίσκεται η επίτοκος, ποια είναι τα σημεία που πρέπει να δοθεί προσοχή, αλλά και ποιες είναι οι περαιτέρω ενέργειες που χρειάζεται να γίνουν, συμβουλευόμενες το παρτόγραμμα της επιτόκου. Είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει συνεχής παρακολούθηση από το μαιευτικό προσωπικό που θα επιβεβαιώνει το καλώς έχειν του εμβρύου με συνεχή καρδιοτοκογραφική καταγραφή, διότι μη καθησυχαστικό καρδιοτοκογράφημα αποτελεί τη μεγαλύτερη ένδειξη για ρήξη μήτρας (RANZCOG, 2010; Queensland Clinical Guidelines, 2015; NSW Kids and Families, 2014; RCOG, 2015). Επιπλέον, οι κατευθυντήριες οδηγίες που δημοσίευσε το υπουργείο υγείας του NSW αναφέρουν ότι η αρτηριακή πίεση και η θερμοκρασία της μητέρας ελέγχονται ανά 4 ώρες, ενώ οι παλμοί ανά 1 ώρα (NSW Kids and Families, 2014). Ακόμα, η κολπική εξέταση πραγματοποιείται πάντα με τη συναίνεση της επιτόκου, μέσα στην πρώτη ώρα από την εισαγωγή, ανά 4 ώρες μέχρι τα 7 cm διαστολής και ανά 2 ώρες μετά τα 7cm (RANZCOG, 2010; NSW Kids and Families, 2014; Queensland Clinical Guidelines, 2015; RCOG, 2015). Με τη βοήθεια της δακτυλικής εξέτασης η μαία είναι σε θέση να αξιολογήσει το Bishop score, την πιθανή κολπική απώλεια αίματος και την ομαλή εξέλιξη του τοκετού, που αναφέρεται ως 1-1^{1/2} cm διαστολή ανά ώρα μετά τα 4cm (RANZCOG, 2010; NSW Kids and Families, 2014).

Η μη εξέλιξη τοκετού, η παρουσία μη καθησυχαστικού καρδιοτοκογραφήματος και η παρουσία συμπτωμάτων και σημείων ρήξης μήτρας θα πρέπει να επαναξιολογείται από έμπειρο μαιευτήρα. Αν επιβεβαιωθεί ρήξη μήτρας, η πιο ασφαλής επιλογή είναι άμεση λαπαροτομία και ανάνηψη (RANZCOG, 2010; NSW Kids and Families, 2014; RCOG, 2015).

2^ο στάδιο: Στην περίπτωση που το πρωτόκολλο του νοσοκομείου που διενεργείται το VBAC προτείνει την παθητική διαχείριση του 2^{ου} σταδίου, αυτή δεν θα πρέπει να υπερβαίνει την 1 ώρα σε επιτόκους, οι οποίες δεν φέρουν στο μαιευτικό ιστορικό τους έναν προηγούμενο κολπικό τοκετό, διαφορετικά τα 30 λεπτά (NSW Kids and Families, 2014; Queensland Clinical Guidelines, 2015). Τέλος, αν προκύψει η ανάγκη για εργαλειώδη τοκετό, αυτός μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο από έμπειρο μαιευτήρα (NSW Kids and Families, 2014).

3^ο στάδιο: Στο σημείο αυτό του τοκετού, η βιβλιογραφία δεν προσφέρει διαφορετικές προσεγγίσεις μεταξύ VBAC και ενός κολπικού τοκετού, χωρίς ιστορικό προηγούμενης καισαρικής. Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η δακτυλική διερεύνηση της ουλής ως ρουτίνα αντενδείκνυται (Queensland Clinical Guidelines, 2015).

ΜΕΤΑ ΤΟ VBAC

Με το πέρας του VBAC το μαιευτικό προσωπικό φροντίζει και παρακολουθεί την λεχνοίδα, όπως και σε κάθε άλλη περίπτωση κολπικού τοκετού, δίνοντας, όμως, έμφαση σε ενδείξεις ρήξης μήτρας, κυρίως τις πρώτες ώρες μετά τον τοκετό. Επιπρόσθετα, η γυναίκα θα ήταν καλό να συζητήσει με την μαιευτική επιστημονική ομάδα του νοσοκομείου την εμπειρία της αλλά και να πληροφορηθεί για ζητήματα, όπως είναι ο μητρικός θηλασμός και η φροντίδα του νεογνού.

Εν κατακλείδι, όπως προκύπτει από τα παραπάνω, η σωστή διαχείριση, βάση κατευθυντήριων οδηγιών, πριν, κατά τη διάρκεια καθώς και με την ολοκλήρωση του VBAC αποτελεί βασικό παράγοντα που καθορίζει την ομαλή έκβαση. Σύμφωνα με την Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία τρία είναι τα πιο σημαντικά σημεία στην σωστή διαχείριση του τοκετού VBAC: 1) Η συνεχής καρδιοτοκογραφική παρακολούθηση, 2) η δυνατότητα άμεσης πρόσβασης σε χειρουργική αίθουσα για επείγουσα καισαρική τομή και 3) η ετοιμότητα για κάλυψη των πιθανών αναγκών για αίμα.

ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΙ VBAC

Πρόκληση τοκετού ορίζεται η έναρξη των συστολών σε μία έγκυο που δεν βρίσκεται σε τοκετό για να βοηθηθεί, ώστε να πετύχει κολπικό τοκετό. Η διαδικασία αυτή θεωρείται επιτυχημένη, όταν το αποτέλεσμα επέρχεται εντός 24-48 ωρών με ωρίμανση του τραχήλου, τεχνική ρήξη των εμβρυικών υμένων ή/και ενίσχυση ωδινών. Ωρίμανση τραχήλου είναι η χρήση φαρμακευτικών ή άλλων μέσων για να μαλακώσει, να εξαλειφθεί ή να διασταλεί ο τράχηλος για να αυξηθεί η πιθανότητα κολπικού τοκετού (Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada, 2013). Τα πρωτόκολλα πρόκλησης τοκετού προτείνουν η πρόκληση τοκετού να γίνεται μεταξύ 41⁺⁰ με 42⁺⁰ εβδομάδων κύησης (Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada, 2013; The National Institute for Health and Care Excellence, 2008).

Ως ενδείξεις πρόκλησης θεωρούνται:

- Προεκλαμψία ≥ 37 εβδομάδες κύησης

- Σημαντική ασθένεια της μητέρας που δεν ανταποκρίνεται σε θεραπεία
- Σημαντική αλλά σταθερή προγεννητική αιμορραγία
- Χοριοαμνιονίτιδα
- Υποψία εμβρυικής δυσχέρειας
- Πρόωρη ρήξη εμβρυικών υμένων και μητέρα με στρεπτόκοκκο της ομάδας B
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης
- Ολιγάμνιο
- Ενδομήτριος θάνατος
- Περιπτώσεις όπως ιστορικό οξέως τοκετού και μεγάλη απόσταση από το νοσοκομείο

Αξίζει να αναφερθεί ότι οι λόγοι, όπως η ευκολία των επαγγελματιών υγείας και η υποψία μακροσωμίας εμβρύου σε μη διαβητική μητέρα, δεν γίνονται αποδεκτές από τις σύγχρονες επιστημονικές κατευθυντήριες οδηγίες (Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada, 2013).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, αντενδείξεις για την πρόκληση τοκετού είναι:

- Προδρομικός πλακούντας ή προβάλλουσα ομφαλίδα
- Ανώμαλη θέση ή προβολή εμβρύου
- Προηγούμενη κλασσική ή σε σχήμα ανάποδου T τομή μήτρας
- Σημαντικό προηγούμενο χειρουργείο μήτρας
- Ενεργός έρπητας των γεννητικών οργάνων
- Πυελικές δομικές παραμορφώσεις
- Επιθετικό καρκίνωμα τραχήλου
- Προηγούμενη ρήξη μήτρας

Η πρόκληση τοκετού συχνά ενοχοποιείται για:

- Αποτυχία επίτευξης τοκετού
- Καισαρική τομή
- Ταχυσυστολία (>5 συστολές το 10λεπτο για πάνω από 30 λεπτά με ή χωρίς αλλαγές στον εμβρυικό καρδιακό ρυθμό)
- Χοριοαμνιονίτιδα

- Πρόπτωση ομφαλίδας
- Ρήξη μήτρας

Η πρόκληση τοκετού σε περιπτώσεις VBAC, όπως αναφέρθηκε ήδη, είναι ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα και η βιβλιογραφία αναφέρεται σχολαστικά στις διάφορες μεθόδους καθώς και στον τρόπο που θα πρέπει να πραγματοποιείται. Πιο αναλυτικά, η χορήγηση οξυτοκίνης, είτε ως μέθοδος πρόκλησης, είτε ως μέθοδος ενίσχυσης ωδινών, φαίνεται ότι προτείνεται να χρησιμοποιείται με προσοχή, καθώς έχουν αναφερθεί περιπτώσεις ρήξης μήτρας που σχετίζονται με αυτήν. Έτσι, δεν θα πρέπει να χορηγείται σε ήδη έντονη δραστηριότητα της μήτρας (RANZCOG, 2010; RCOG, 2015). Η ανάγκη πρόκλησης ή ενίσχυσης των ωδινών με οξυτοκίνη εκτιμάται από έμπειρο μαιευτήρα σε περίπτωση VBAC και η δόση είναι επίφοβο να υπερβαίνει τα 20 milliunits/min (1IU=1000 milliunits), καθώς υπάρχει ο κίνδυνος να οδηγήσει σε επαναλαμβανόμενη καισαρική τομή (RCOG, 2015). Αξίζει να αναφερθεί ότι σε κάποιες χώρες χρησιμοποιείται ευρέως το Pitocin, μία συνθετική μορφή οξυτοκίνης. Η πρόκληση τοκετού με Pitocin σε περιστατικά VBAC φέρει τον τριπλάσιο κίνδυνο για ρήξη της μήτρας, συγκριτικά με την αυτόματη έναρξη τοκετού χωρίς παρεμβάσεις. Ωστόσο, όσες επίτοκες έχουν στο ιστορικό τους έναν κολπικό τοκετό, "προφυλάσσονται" ως ένα βαθμό (Hoffman M. K.& Hunter Grant G., 2015).

Πρόκληση τοκετού επιτυγχάνεται και με την τοποθέτηση προσταγλανδινών στον τράχηλο, με σκοπό την διαφοροποίηση του. Παρ' όλα αυτά σε προσπάθεια VBAC, η προσταγλανδίνη PEG₁ (μισοπροστόλη -cytotec) αντενδείκνυται, διότι σχετίζεται με μεγάλο ποσοστό ρήξης μήτρας (AAFP, 2014; RANZCOG, 2010; NSW Kids and Families, 2014; Queensland Clinical Guidelines, 2015; RCOG, 2015; Hoffman M. K.et al., 2015). Το ίδιο ισχύει και για την προσταγλανδίνη PEG₂ (δινοπροστόλη -prostin, propess), καθώς η χρήση της θεωρείται επικίνδυνη (AAFP, 2014; RANZCOG, 2010; NSW Kids and Families, 2014; Queensland Clinical Guidelines, 2015; RCOG, 2015; Hoffman M. K.et al., 2015).

Αντίθετα, οι μηχανικοί μέθοδοι πρόκλησης τοκετού, φαίνεται να είναι λιγότερο επικίνδυνοι, χωρίς, όμως, να υπάρχουν επαρκή ερευνητικά ευρήματα (AAFP, 2014; RANZCOG, 2010; NSW Kids and Families, 2014; Queensland Clinical Guidelines, 2015; RCOG, 2015; Hoffman M. K.et al., 2015). Αυτό, ίσως, να οφείλεται στο γεγονός ότι με τις μηχανικές μεθόδους πρόκλησης τοκετού δεν επιτυγχάνεται υπερδιέγερση της μήτρας (αυξημένη δραστηριότητα μήτρας, ταχυσυστολία ή υπερτονία, με μη φυσιολογικές αλλαγές στην εμβρυική καρδιακή

λειτουργία). Επομένως, είναι πιο δύσκολο να επέλθει ρήξη (Hoffman M. K. et al., 2015). Παρ' όλα αυτά υπάρχει η ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση.

Τα δεδομένα αυτά θα πρέπει να είναι γνωστά σε όλους τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται τόσο με το κομμάτι της συμβουλευτικής, όσο και με το κομμάτι της διαχείρισης του VBAC, καθώς το ποσοστό επιπλοκών διαφέρει ανάμεσα στην αυτόματη έναρξη ωδινών και στην πρόκληση τοκετού, αλλά και μεταξύ των διάφορων μεθόδων. Ακόμα, οι ιατροί είναι ιδιαίτερα σημαντικό να γνωρίζουν τις ουσίες και τις δασολογίες που συνιστώνται, σε περίπτωση που γίνει η επιλογή της πρόκλησης. Τέλος, η επίτοκος είναι καλό να γνωρίζει από τα προγεννητικά ραντεβού κιόλας τις πιθανότητες που έχει κάθε μέθοδος για αποτυχία της προσπάθειας VBAC.

ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΚΑΙ VBAC

Επισκληρίδιος αναισθησία ορίζεται ως "η χορήγηση τοπικού αναισθητικού στον χώρο που περιβάλλει την σκληρά μήνιγγα μέσα στον νωτιαίο σωλήνα. Είναι λιγότερο επικίνδυνη από την ραχιαία, διότι το αναισθητικό δεν εισέρχεται στον υπαραχνοειδή χώρο. Η έγχυση γίνεται στην οσφυϊκή ή ιεροκοκκυγική περιοχή. Μπορεί επίσης να γίνει και σε υψηλότερες περιοχές, αλλά εκεί υπάρχει ο νωτιαίος μυελός και ο κίνδυνος επιπλοκών είναι μεγάλος." (Ε. Σαμαρά-Επιβατιανού, 2007, σελ 62). Για την επίτευξη της χρησιμοποιούνται διαλύματα λιδοκαΐνης 1,5%- 2% ή βουπιβακαΐνης 0,5%- 0,75%, μέσω πλαστικού καθετήρα που εισάγεται στον επισκληρίδιο χώρο (Ε. Σαμαρά-Επιβατιανού, 2007, σελ 62). Γενικά, προτιμάται σε χειρουργεία ή τραύματα στο στήθος, στην κοιλία, στην πύελο και στα κάτω άκρα (The Royal College of Anaesthetists, 2010).

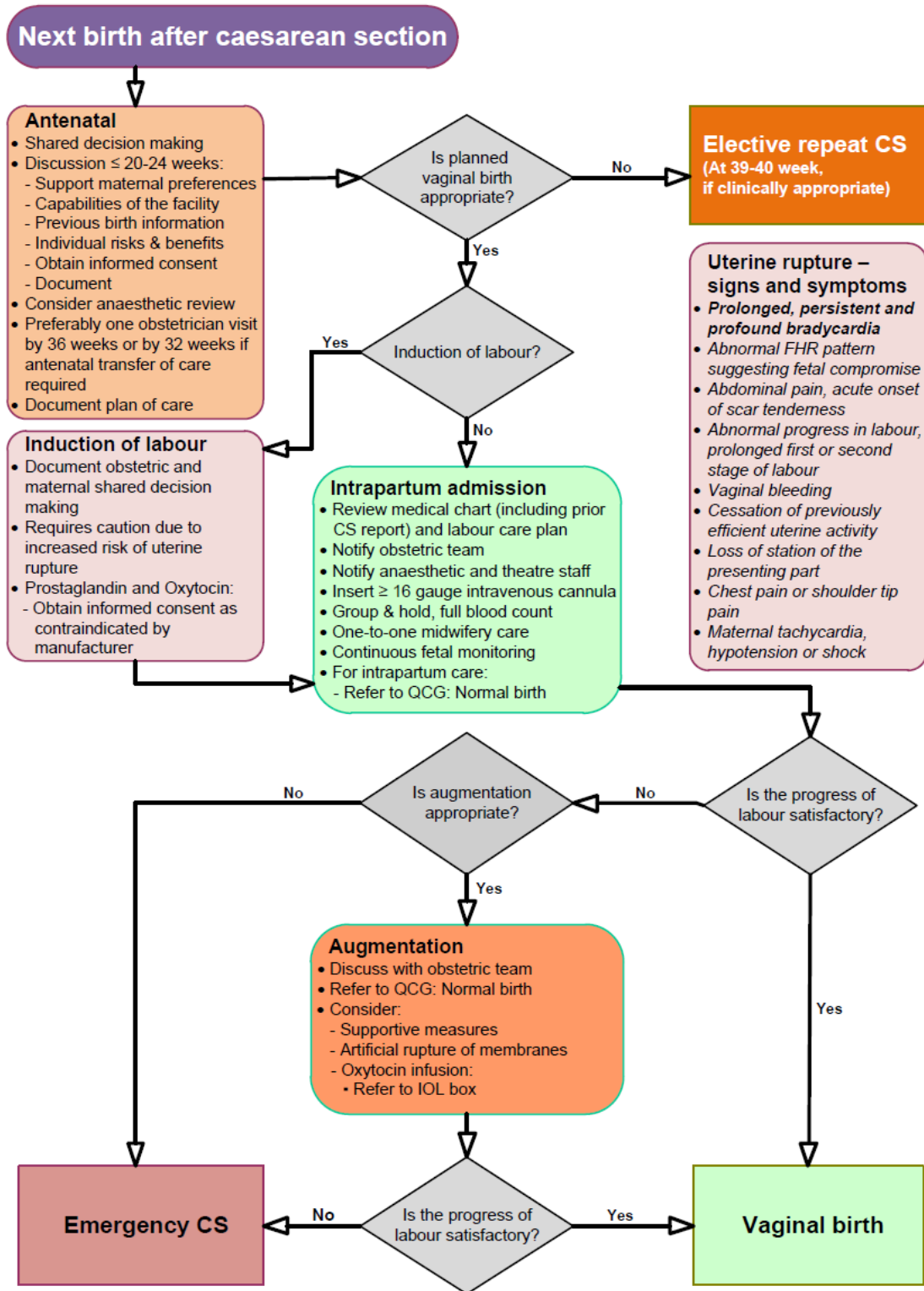
Η επισκληρίδιος αναισθησία προτείνεται σε περιπτώσεις προεκλαμψίας, δίδυμης κύησης, ισχιακής προβολής και προωρότητας. Επίσης, ενδείκνυται σε πραγματοποίηση καισαρικής τομής ή σε εκλεκτική τοποθέτηση μεταλλικών εμβρυουλκών. Ακόμα, καλό είναι να γίνεται σε περιστατικά που υποφέρουν από καρδιακές ή αναπνευστικές παθήσεις, αλλά και σε εργαλειακό τοκετό με γεμάτο στομάχι. Αξίζει να σημειωθεί πως μία από τις σημαντικότερες ενδείξεις είναι η επιθυμία της ασθενούς. Όσον αφορά τις αντενδείξεις, σε αυτές συγκαταλέγονται οι διαταραχές πήξης του αίματος και θεραπεία με χαμηλού μοριακού

βάρους ηπαρίνη και η περίπτωση υπογκαιμίας ή σοκ που δεν έχει αντιμετωπιστεί. Σε ιστορικό νευρολογικών διαταραχών ή χειρουργικής επέμβασης στην σπονδυλική στήλη καλό θα ήταν να μην πραγματοποιείται, όπως και σε προηγούμενη αλλεργία στα παραπάνω φάρμακα. Ταυτόχρονα, όταν δεν υπάρχουν κατάλληλες εγκαταστάσεις ανάνηψης, εμπειρία, επαρκές προσωπικό για παρακολούθηση και αντιμετώπιση πιθανών επιπλοκών, η καλύτερη λύση είναι η αποφυγή της πραγματοποίησης επισκληριδίου αναισθησίας. Τέλος, σε περιπτώσεις που η ασθενείς δεν έχει καλό επίπεδο συνείδησης και ως εκ τούτου δεν είναι σε θέση να συνεργαστεί είναι προτιμότερο να μην γίνεται (National Health System trust guidelines, 2015).

Ως γενικές επιπλοκές της επισκληριδίου αναισθησίας αναφέρονται συχνότερα η υπόταση, η αναπνευστική δυσχέρεια, η κατακράτηση ούρων, η ανεπαρκής αναλγησία και ο κνησμός, ενώ πιο σπάνια η καρδιαγγειακή αδράνεια ή παύση της αναπνευστικής λειτουργίας κ.α. Κατά τη διάρκεια της, απαιτείται η συνεχής καταγραφή της αρτηριακής πίεσης, της αναπνοής, των επιπέδων νάρκωσης και των επιπέδων του πόνου (The Royal College of Anaesthetists, 2010).

Πιο συγκεκριμένα, σε περιστατικά VBAC το Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτήρων – Γυναικολόγων (ACOG) υποστηρίζει της χρήση της επισκληριδίου αναισθησίας, ως μέσο προώθησης αυτού του τρόπου τοκετού, λόγω της μείωσης του φόβου του πόνου που αισθάνονται πολλές γυναίκες (Hawkins J. L., 2012). Ωστόσο, κάποιες άλλες μελέτες αναφέρουν ότι η χρήση επισκληριδίου αναισθησίας, όπως προαναφέρθηκε, δεν έχει ιδιαίτερα θετικά αποτελέσματα κατά τη διάρκεια του VBAC. Αναλυτικότερα, συνήθως παρατηρούνται δυσλειτουργικές συστολές, λόγω της χαλάρωσης των μυών του πυελικού εδάφους, που δεν επιτρέπουν την γρήγορη εξέλιξη του τοκετού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την παράταση των σταδίων. Επιπλέον, σε πολλές περιπτώσεις παρουσιάζεται καθυστερημένη πίεση του ορθού και των εξωθήσεων στο 2^ο στάδιο. Όλα τα παραπάνω οδηγούν σε αύξηση του ποσοστού εργαλειακών τοκετών. Αξίζει να σημειωθεί ότι, το ζήτημα της ρήξης της μήτρας γίνεται πιο κρίσιμο, καθώς, με την αναισθησία του κάτω μέρους του σώματος της επιτόκου, είναι πιθανό να μην γίνουν αντιληπτά κάποια συμπτώματα της ρήξης, όπως είναι για παράδειγμα ο πόνος. Κατά συνέπεια, δεν υπάρχει έγκαιρη διάγνωση της επιπλοκής, και ως εκ τούτου έγκαιρη αντιμετώπιση. Ωστόσο, ο πόνος δεν αποτελεί τον μοναδικό και, πιθανώς, τον πιο αξιόπιστο δείκτη για την αναγνώριση της ρήξης της μήτρας (Grisaru-Granovsky Set al., 2017).

Όπως για όλη τη διαδικασία του VBAC, έτσι και για το θέμα της επιλογής ή όχι επισκληριδίου αναισθησίας, το πιο σημαντικό είναι η σωστή πληροφόρηση από τους επαγγελματίες υγείας που θα κληθούν να αναλάβουν τον ρόλο του συμβούλου, στα προγεννητικά ραντεβού. Η έγκυος θα πρέπει να είναι ενήμερη για τα θέματα που αναφέρθηκαν παραπάνω και να πάρει την απόφαση που θα συμβαδίζει τόσο με την δική της επιθυμία αλλά και με τα δεδομένα που της έχουν δοθεί. Ταυτόχρονα, η επιστημονική ομάδα που θα πραγματοποιήσει τα ραντεβού είναι απαραίτητο να γνωρίζει τις δυνατότητες του προσωπικού και του εξοπλισμού του εκάστοτε νοσοκομειακού ιδρύματος, το οποίο θα επιλεγεί με σκοπό της εκτέλεση του VBAC. Με αυτό τον τρόπο, καθιστάτε εφικτή η σωστά ενημερωμένη απόφαση από την πλευρά της γυναίκας, καθώς και η μεγαλύτερη δυνατή αποφυγή των λαθών από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας.



Definitions: CSCF: Clinical services capability framework;
 CS: Caesarean section; FHR: Fetal heart rate; IOL: Induction of labour; ≤: less than or equal to; ≥: greater than or equal to
 Queensland Clinical Guideline (QCG): MN15.12-V4-R20 Vaginal Birth after caesarean section (VBAC)

(Queensland Clinical Guidelines, 2015)

Ο συγκεκριμένος αλγόριθμος είναι ένα ιδιαίτερα εύχρηστο εργαλείο για όλους τους επαγγελματίες υγείας που επιθυμούν να ασχοληθούν με τον τοκετό VBAC.

Αναλύοντας τον, από τα προγεννητικά ραντεβού, τις συζητήσεις που γίνονται μεταξύ κλινικών και εγκύου, καθώς και από το ιστορικό της προκύπτει το ερώτημα ως προς το αν μία προσπάθεια VBAC θα ήταν κατάλληλη. Σε περίπτωση που τα παραπάνω στοιχεία οδηγούν πως θα πρέπει να εφαρμοστεί ERCS τότε προγραμματίζεται μεταξύ 39^{ης} και 40^{ης} εβδομάδας. Αν όμως, η έγκυος θα μπορούσε να προβεί σε VBAC καλό θα ήταν να συζητηθεί το ζήτημα της πρόκλησης λαμβάνοντας υπόψη όλες τις παραμέτρους που αναφέρθηκαν λόγω της αυξημένης πιθανότητας ρήξης της μήτρας. Είναι απαραίτητη η συμπλήρωση εντύπου που θα αναφέρει όλα όσα πρέπει να γνωρίζει η έγκυος. Αφού γίνει αναλυτική μελέτη αυτού του εγγράφου, η γυναίκα υπογράφει πως αποδέχεται την πρόκληση τοκετού έχοντας λάβει γνώση όλων των πτυχών αυτής της πρακτικής. Τέλος, επιλέγεται το αν η πρόκληση θα γίνει με προσταγλανδίνες ή οξυτοκίνη.

Με την εισαγωγή της επιτόκου στο μαιευτήριο γίνεται λήψη του πλήρους ιστορικού της, συμπεριλαμβανομένης και της προηγηθείσας καισαρικής, και αναλύεται το birth plan, το οποίο έχει συμπληρωθεί από τα προγεννητικά ραντεβού. Επιπλέον, η γυναίκα ενημερώνεται για το ποιοι θα απαρτίσουν το ιατρικό και το μαιευτικό προσωπικό, καθώς και για τους αναισθησιολόγους. Όπως έχει ήδη αναφερθεί τοποθετείται ενδοφλέβιος καθετήρας, γίνεται καρδιοτοκογραφική παρακολούθηση και όλες οι υπόλοιπες απαραίτητες ενέργειες, ανάλογα με το πρωτόκολλο του κάθε νοσηλευτικού ιδρύματος. Η μέθοδος «one-to-one care» προτιμάται.

Καθώς προχωρά το πρώτο στάδιο του τοκετού γεννάται το ερώτημα, αν είναι ικανοποιητική η εξέλιξη. Αν όλα βαίνουν καλώς τότε η προσπάθεια θα καταλήξει σε κολπικό τοκετό. Αντίθετα, αν τα στοιχεία του τραχήλου, οι συστολές ή το ύψος της προβάλλουσας μοίρας δεν είναι αρκετά για να εξελιχθεί ο τοκετός, τίθεται υπό σκέψη και συζήτηση η πρόκληση ή επαγωγή του τοκετού με φαρμακευτικές, μηχανικές ή άλλες μεθόδους. Στην περίπτωση που κάτι τέτοιο ίσως έθετε σε κίνδυνο στη ζωή της μητέρας και του εμβρύου τότε καλό θα ήταν να επιλεγεί η λύση της καισαρικής τομής. Από την άλλη πλευρά, αν η συζήτηση της επιστημονικής ομάδας καταλήξει ότι η επαγωγή δεν θα προκαλέσει επιπλοκές τότε επιλέγεται η κατάλληλη μέθοδος.

Στο σημείο αυτό, επιστρέφει το ερώτημα αν είναι επαρκής η εξέλιξη τοκετού, έπειτα από την επαγωγή. Αν η απάντηση είναι θετική το αποτέλεσμα θα είναι ο κολπικός τοκετός, ενώ αν είναι αρνητική θα είναι καισαρική τομή.

Από την αρχή μέχρι και το τέλος της προσπάθειας VBAC, οι επαγγελματίες υγείας είναι απαραίτητο να παρακολουθούν συνεχώς την επίτοκο, με σκοπό να διακρίνουν έγκαιρα σημεία και συμπτώματα που υποδηλώνουν ρήξη μήτρας. Τέτοια είναι οι αλλοιώσεις στην καρδιακή λειτουργία του εμβρύου, ο κοιλιακός πόνος κ.α., όπως έχουν αναφερθεί και σε προηγούμενο κεφάλαιο της εργασίας.

Ο αλγόριθμος αυτός, μπορεί να παρουσιαστεί σε επιστημονικά συνέδρια, καθώς και να προστεθεί σε πρωτόκολλα δημόσιων ή ιδιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων στη χώρα μας, αλλά και διεθνώς με σκοπό την αύξηση των ποσοστών του VBAC μέσα από την μείωση του αισθήματος του φόβου για αδυναμία του προσωπικού υγείας να αντιμετωπίσει με επιτυχία μία τέτοια μέθοδο τοκετού. Κατά συνέπεια, με την υιοθέτηση τέτοιων στρατηγικών επιτυγχάνεται μείωση των μεγάλων ποσοστών καισαρικής τομής σε χώρες με αυξημένα ποσοστά, όπως είναι και η Ελλάδα.

ΤΙ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ VBAC

Τις τελευταίες δεκαετίες τα ποσοστά των καισαρικών τομών συνέχισαν να αυξάνονται. Ενδεικτικά έφτασαν έως το 32% των γεννήσεων στην Αυστραλία το 2011 και το 23,6% των γεννήσεων στη Νέα Ζηλανδία το 2010, όπως έχει ήδη αναφερθεί. Συνεπώς, αυξάνεται ο αριθμός των γυναικών που χρειάζονται ενημέρωση και υποστήριξη, σχετικά με τις εναλλακτικές λύσεις για το είδος τοκετού στις επόμενες κυήσεις. Κάθε επιλογή, είτε είναι επαναλαμβανόμενη καισαρική τομή είτε προσπάθεια με σκοπό τον κολπικό τοκετό, συνεπάγεται τα οφέλη και τους κινδύνους της. Οι διαφορές των ασθενών προκαλούν μια παραλλαγή της προτίμησης του τρόπου τοκετού, του φάσματος κινδύνου και των ποσοστών επιτυχίας για τον κολπικό τοκετό. Οι ασθενείς και όλοι οι επαγγελματίες υγείας, που σχετίζονται με τη διαδικασία του VBAC ή του ERCS πρέπει να εξετάσουν τις επιλογές με σκοπό τον προγραμματισμό και τον τόπο γέννησης για κάθε μητέρα που είχε προηγούμενη

καισαρική τομή. Παρά το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι αυτοί που καθοδηγούν την έγκυο, εν τούτοις, είναι εκείνη που θα πάρει την τελική απόφαση για τον τρόπο τοκετού, και σίγουρα, μία απόφαση αυτού του είδους δεν είναι μία εύκολη υπόθεση.

Οι αποφάσεις γύρω από τον τρόπο τοκετού είναι περίπλοκες και περιλαμβάνουν μια αλληλεπίδραση μεταξύ των επιλογών των γυναικών και των απόψεων των επαγγελματιών υγείας και της υπηρεσίας υγείας. Σημαντική είναι η υποστήριξη από το σύστημα υγείας, οι επιρροές από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και ανησυχίες από πλευράς ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι η έλλειψη δεξιοτήτων και εμπιστοσύνης των επαγγελματιών υγείας, καθώς και ο φόβος της ευθύνης και οι νομικές ενέργειες ήταν οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν, εάν προσφέρεται στη γυναίκα κολπικός τοκετός ή μια επανάληψη της καισαρικής τομής (Cox K. J., 2011; Dahlen H., 2010). Δεδομένου ότι οι περισσότερες γυναίκες βασίζονται στις συστάσεις του επαγγελματία υγείας σχετικά με τον τρόπο γέννησης, ο ρόλος του στη διαδικασία λήψης αποφάσεων είναι πολύ πιθανόν να αποτελεί κρίσιμη επιρροή. Ομοίως, οι κατευθυντήριες γραμμές διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο στον καθορισμό της υποστήριξης των τοπικών αρχών, υπηρεσιών υγείας προς τον VBAC. Δυστυχώς, μελέτη έδειξε σημαντική ασυνέπεια πρωτοκόλλων φροντίδας μεταξύ μονάδων υγείας, καθιστώντας την πρόσβαση σε τοκετό VBAC πολύ περιορισμένη σε ορισμένα νοσοκομεία.

Ωστόσο, ο τρόπος με τον οποίο η έγκυος βίωσε την γέννηση του προηγούμενου παιδιού της, σχετίζεται με την επιθυμία της για VBAC ή ERCS στην παρούσα κύηση (Hughes L. G., 2016; Munro S., 2016, Keedle H. et al., 2015; Shorten A., Shorten B. & Powell Kennedy H., 2014; Cox K. J., 2014; Bonzon M., Gross M. M., Karch A. & Grylka-Baeschlin S., 2017; Ramvi E. & Tangerud M., 2011; Lundgren I. et al., 2012). Συνήθως, οι γυναίκες που νιώθουν απογοήτευση από την προηγούμενη καισαρική τομή τους είναι εκείνες που αισθάνονται έντονα την ανάγκη να προσπαθήσουν αυτή τη φορά για κολπικό τοκετό (Hughes L. G., 2016). Έτσι, πολλές από αυτές αναφέρουν ότι η διαδικασία της καισαρικής τομής τους δημιούργησε την εικόνα της σωματικής ασθένειας για τον εαυτό τους (Hughes L. G., 2016). Με άλλα λόγια, ένας μη φυσιολογικός τοκετός προάγει την ύπαρξη παθολογίας, προερχόμενης είτε από τη μητέρα, είτε από το έμβρυο. Ταυτόχρονα, η καισαρική τομή θεωρείται από κάποιες γυναίκες αποτυχία να βιώσουν την θηλυκή τους υπόσταση, καθώς και την μητρότητα στο έπακρο (Hughes L. G., 2016; Nilsson C. et al., 2017; Shorten A. et al., 2014; Lundgren I. et al., 2012). Ως συνέπεια αυτής

της κατάστασης, επιλέγουν τον VBAC σε μία προσπάθεια να ανακαλύψουν όλες τις πτυχές της φύσης τους. Ακόμη, τίθεται η ανάγκη να δηλώσουν τόσο στον περίγυρο τους, όσο και στον ίδιο τους τον εαυτό την ικανότητά τους να φέρουν εις πέρας έναν κολπικό τοκετό, κάτι που φαντάζει σε όλους ιδιαίτερα δύσκολη διαδικασία (Shorten A. et al., 2014). Επιπλέον, όσες αντιμετώπισαν δυσκολία στην επιστροφή τους στην καθημερινότητα λόγω αργής ή/και επίπονης ανάρρωσης στον προηγούμενο τοκετό τους, είναι πολύ πιθανό να επιδιώξουν να προχωρήσουν σε VBAC, θέλοντας να βιώσουν όσο το δυνατόν λιγότερη ταλαιπωρία (Hughes L. G., 2016; Shorten A. et al., 2014; Cox K. J., 2014). Έτσι, φαίνεται πως μέσα από αυτή την επιλογή προσδοκούν την άμεση επιστροφή στις καθημερινές τους ασχολίες, όπως οι δουλειές του σπιτιού, η φροντίδα των υπόλοιπων μελών της οικογένειας, αλλά και στον θηλασμό που καθίσταται πιο δύσκολος μετά από καισαρική τομή.

Ένας επιπλέον παράγοντας, που επηρεάζει την απόφαση του τρόπου διεξαγωγής του τοκετού, είναι η αντίληψη του κινδύνου (Hughes L. G., 2016; Munro S., 2016). Πιο αναλυτικά, η μερίδα των γυναικών που θέτουν στην κορυφή των προτεραιοτήτων τους το καλώς έχειν του εμβρύου, κατά πάσα πιθανότητα θα προτιμήσει τον VBAC, διότι από τη βιβλιογραφία προκύπτει πως υπάρχει μικρότερο ποσοστό εμβρυικών-νεογνικών επιπλοκών συγκριτικά με την ERCS (Hughes L. G., 2016; Shorten A. et al., 2014; Cox K. J., 2014). Αντίθετα, οι γυναίκες που δείχνουν να ενδιαφέρονται περισσότερο για τις επιπλοκές που σχετίζονται με αυτές, όπως η ρήξη μήτρας, συνήθως επιλέγουν να γεννήσουν με ERCS (Hughes L. G., 2016). Αυτό, ψυχολογικά, βασίζεται σε δύο ερμηνείες: 1) Ο καλός γονιός θυσιάζεται για το καλό του παιδιού του (εστιάζει στο έμβρυο), 2) Χαρούμενη μαμά έχει ως αποτέλεσμα ένα χαρούμενο μωρό (εστιάζει στη μητέρα και στο έμβρυο) (Cox K. J., 2014).

Επιπρόσθετα, είναι ιδιαίτερα σημαντική η επιρροή του εκάστοτε επαγγελματία υγείας που θα κληθεί ως σύμβουλος να παρέχει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες (Shorten A. et al., 2014; Ramvi E. et al., 2011; Lundgren I. et al., 2012). Συνήθως, πρόκειται για κάποιο γυναικολόγο ή κάποια μαία. Το θέμα αυτό έχει απασχολήσει έντονα στο χώρο της υγείας, καθώς γεννά το ερώτημα κατά πόσο ο ιατρός μπορεί να μεταδώσει πληροφορίες και συμβουλέψει, με τρόπο αντικειμενικό και αμερόληπτο, χωρίς δηλαδή να προωθήσει τη δική του προσωπική άποψη. Ταυτόχρονα, οι επαγγελματίες υγείας επιλέγουν από τα δεδομένα που θα παρουσιάσουν, ποιά θα τονίσουν και ποιά θα υποβαθμίσουν, ενώ για κάποιο από αυτούς ίσως να μην είναι ενήμεροι ή να μην ακολουθούν τις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες (Hughes L. G., 2016).

Επίσης, η συζήτηση πολλές φορές ενδέχεται να γίνεται με τρόπο πιεστικό και δεσποτικό από την πλευρά του συμβούλου, με αποτέλεσμα η έγκυος να οικειοποιηθεί την άποψη του (Munro S. et al., 2016). Ακόμη, φαίνεται πως κάποιοι επαγγελματίες υγείας δεν θεωρούν πως το θέμα του τρόπου τοκετού, είναι κάτι για το οποίο οι έγκυες έχουν λόγο. Αντίθετα, θεωρούν πως είναι μία απόφαση που θα παρθεί αποκλειστικά από αυτούς. Με αυτό τον τρόπο, οι γυναίκες δεν παίρνουν την ευκαιρία να αποφασίσουν και ακολουθούν την γνώμη των ιατρών καταναγκαστικά (Ramvi E. et al., 2011).

Σημαντικό ρόλο έχει ο επαγγελματίας υγείας που θα γίνει ο πομπός πληροφοριών. Για παράδειγμα, η φύση της εργασίας των μαιών προάγει περισσότερο την προσπάθεια σε ότι είναι πιο κοντινό στον φυσιολογικό τοκετό. Αντίθετα, οι γυναικολόγοι ασχολούνται κυρίως με την παθολογία και την καισαρική τομή (Hughes L. G., 2016; Munro S. et al., 2016; Nilsson C. et al., 2017; Munro S., 2016; Bonzon M. et al., 2017). Ωστόσο, παρ' ότι αυτό είναι ένας γενικός κανόνας δεν σημαίνει πως δεν υπάρχουν γυναικολόγοι, οι οποίοι τάσσονται υπέρ του κοιλιακού τοκετού, και μαιές, οι οποίες προτιμούν την καισαρική τομή (Shorten A. et al., 2014). Αξίζει να σημειωθεί μία έρευνα που διεξήχθη στη Σουηδία και δημοσιεύτηκε το 2010 στο περιοδικό *Midwifery*, σύμφωνα με την οποία η άποψη των μαιών για την καισαρική τομή επηρεάζεται και από το τμήμα όπου εργάζονται. Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε πως οι μαιές που εργάζονταν στην Αίθουσα Τοκετών πίστευαν ότι το ήδη υπάρχον ποσοστό καισαρικών τομών ήταν υψηλό και ήταν λιγότερο δεκτικές στη επιθυμία κάποιων γυναικών να αποφύγουν τον κοιλιακό τοκετό, σε αντίθεση με μαιές που δούλευαν σε τμήματα προγεννητικής φροντίδας (Gunnervik C., Josefsson A., Sydsjo A. & Sydsjo G., 2010). Συνεπώς, η ισχύς όλων των παραπάνω εντείνεται ή μειώνεται ανάλογα με το αν η έγκυος έχει κριτική σκέψη, αν μπορεί να αξιολογήσει τις πληροφορίες και να ταξινομήσει τα δεδομένα. Σαφώς, είσαι σημαντικό και το πόσο έχει τυφλή εμπιστοσύνη στα λεγόμενα των επαγγελματιών υγείας.

Βέβαια, δεν είναι μόνο οι επαγγελματίες υγείας που ασκούν επιρροή στις αποφάσεις των εγκύων για τον τρόπο διεξαγωγής τοκετού. Το περιβάλλον τους, είτε αυτό είναι συγγενικό, είτε είναι φιλικό, οδηγεί, ως ένα βαθμό, την κρίση των περισσότερων γυναικών. Κάποιες έγκυες, ίσως, αισθανθούν την ανάγκη απέναντι στο άλλο παιδί ως προς το να επιστρέψουν άμεσα στην ενεργό συμμετοχή στη φροντίδα του μετά τον τοκετό (Shorten A. et al., 2014). Το ίδιο ισχύει και για την φροντίδα του νέου μέλους της οικογένειας, όπως και για το θηλασμό του. Επομένως, ένας τοκετός ERCS είναι πολύ πιθανό να τις δυσκολέψει στην επιστροφή

τους στην καθημερινότητα των παιδιών τους και έτσι επιλέγουν τον VBAC (Hughes L. G., 2016). Αντιθέτως, έχοντας το ίδιο κίνητρο, δηλαδή την ευθύνη απέναντι στο ήδη υπάρχον παιδί, μερικές γυναίκες ίσως τελικά καταλήξουν σε ERCS, λόγω της προγραμματισμένης φύσης του και της δυνατότητας που προσφέρει να τακτοποιήσουν την καθημερινότητά του το χρονικό διάστημα που θα βρίσκονται στο νοσοκομείο (Hughes L. G., 2016; Shorten A. et al., 2014; Cox K. J., 2014). Ακόμη, και ο σύντροφος φαίνεται ότι έχει λόγο στην απόφαση, έχοντας τα δικά του κριτήρια (Hughes L. G., 2016; Cox K. J., 2014; Bonzon M. et al., 2017). Κάποιες γυναίκες θέλουν να δείξουν στον σύζυγο τους ότι μπορούν να ανταπεξέλθουν, ενώ άλλες φοβούμενες τις επιπλοκές που ίσως οδηγήσουν σε επείγουσα καισαρική τομή, επιλέγουν ERCS, με σκοπό να μην φανούν αδύναμες και να μην απογοητεύσουν. Ταυτόχρονα, τόσο οι συγγενείς όσο και οι φίλες που έχουν βρεθεί σε παρόμοια κατάσταση επηρεάζουν, μεταφέροντας την δική τους εμπειρία (Munro S., 2016). Ωστόσο, οι γυναίκες καλό θα ήταν να μην αποφασίζουν με γνώμονα τέτοιου είδους συζητήσεις, διότι αφενός η κάθε περίπτωση εξατομικεύεται και αφετέρου τις περισσότερες φορές ο περίγυρος δεν προσφέρει έγκυρη και βασισμένη στις κατευθυντήριες οδηγίες γνώση. Παρ' όλα αυτά, η λάθος ή η ελλιπής πληροφόρηση σχετικά τα δεδομένα του VBAC πολλές φορές είναι χαρακτηριστικό και κάποιων επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι δεν έχουν τις απαραίτητες γνώσεις, είτε δεν ενδιαφέρονται να σταθούν στο ρόλο του συμβούλου στο πλευρό των γυναικών (Lundgren I. et al., 2012; Horey D. et al., 2013). Άλλωστε, δεν είναι λίγες οι έγκυες που νιώθουν παραμελημένες, καθώς ο θεράπων ιατρός ή η μαία τους δεν τις ενίσχυσε με γνώση και έτσι αναγκάστηκαν να αναζητήσουν πληροφορίες από το διαδίκτυο. Μερικές από αυτές μάλιστα δεν επέλεξαν τον τοκετό VBAC, καθώς δεν ήξεραν ότι έχουν αυτή τη δυνατότητα..

Σίγουρα, ο βαθμός υποστήριξης που έχει μία γυναίκα τόσο από τους κοντινούς της επαγγελματίες υγείας, αλλά και από το περιβάλλον της, φαίνεται να επηρεάζει το αν τελικά θα επιλέξει μια προσπάθεια VBAC ως τρόπο τοκετού (Horey D. et al, 2013; Ramvi E. et al., 2011; Nilsson C. et al., 2017). Εξάλλου έχουν καταγραφεί αρκετές περιπτώσεις γυναικών, που ενώ αρχικά επιθυμούσαν να γεννήσουν κολπικά έχοντας στο ιστορικό τους καισαρική τομή, στην πορεία άλλαξαν γνώμη καθώς οι άνθρωποι που είχαν γύρω τους δεν τις ενθάρρυναν σε αυτό το εγχείρημα ή έθεταν στην κορυφή του προβληματισμού όχι την επιτυχία, αλλά την αποτυχία και τις επιπλοκές.

Μία ακόμη παράμετρος που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι η φιλοσοφία της εκάστοτε γυναίκας απέναντι στον τοκετό (Shorten A. et al., 2014). Μία μερίδα γυναικών δεν εκφράζει την ανάγκη για κολπικό τοκετό ως μέρος της φύσης της. Επιπλέον, ο στόχος τους είναι η γέννηση του παιδιού χωρίς να τις ενδιαφέρει η πορεία και ο τρόπος (Hughes L. G., 2016). Αυτές οι έγκυες λογικά θα επιλέξουν ERCS, θεωρώντας το μία πιο εύκολη λύση αποπεράτωσης του σκοπού τους (Hughes L. G., 2016). Από την άλλη πλευρά, όσες έχουν συνδέσει τη μητρότητα και την θηλυκότητα τους με τον τοκετό μέσω του πυελογεννητικού σωλήνα, επιλέγουν τον VBAC ως μία μορφή κάθαρσης και "επούλωσης των πληγών" που άφησε η προηγούμενη εμπειρία τους με την καισαρική τομή στη γυναικεία τους υπόσταση (Hughes L. G., 2016).

Επιπρόσθετα, δεν θα πρέπει να παραληφθεί η αντίδραση των γυναικών στην ύπαρξη ή μη της εσωτερικής τους ανάγκης για να έχουν τον έλεγχο σε ότι τους συμβαίνει (Shorten A. et al., 2014; Cox K. J., 2014; Bonzon M. et al., 2017). Αναλύοντας το ζήτημα, όσες επιλέγουν VBAC έχουν έντονη την επιθυμία για έλεγχο και εκφράζουν μία ανάγκη για ιδιοκτησία των αποφάσεων και προσωπική ευθύνη για τα αποτελέσματα (Hughes L. G., 2016; Munro S., 2016; Keedle H. et al., 2015; Lundgren I. et al., 2012). Αντίθετα, υπάρχουν γυναίκες οι οποίες βιώνουν την ανάγκη να ελέγχουν καταστάσεις, επιλέγοντας ERCS, λόγω της δυνατότητας που τους προσφέρει να προγραμματίσουν με ακρίβεια τον χώρο και τον χρόνο του τοκετού (Hughes L. G., 2016; Munro S., 2016; Keedle H. et al., 2015). Επιπρόσθετα, μερικές γυναίκες, που προτιμούν και τελικά καταλήγουν να προβούν σε ERCS επιθυμούν να ελέγχει κάποιος άλλος την έκβαση του τοκετού τους και να πάρει την ευθύνη για τα αποτελέσματα. Σε αυτή την περίπτωση έλεγχο ασκεί η επιστημονική ομάδα συμβουλής και διαχείρισης (Hughes L. G., 2016; Munro S., 2016; Keedle H. et al., 2015). Ουσιαστικά, επιζητούν έναν επεμβατικό τρόπο τοκετού που θα τις απαλλάξει από την ενεργό συμμετοχή. Με αυτό τον τρόπο οποιαδήποτε δυσμενής κατάληξη θεωρούν πως θα προέρχεται μόνο από το προσωπικό που διεξάγει τον τοκετό.

Ακόμη, ένας παράγοντας που ασκεί επιρροή τόσο στις έγκυες όσο και στους επαγγελματίες υγείας, για διαφορετικούς λόγους, είναι το οικονομικό (Munro S, 2016). Από τη μία, για τις γυναίκες, οι οποίες δείχνουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για το χρηματικό ποσό που θα ξοδέψουν, ο VBAC είναι ίσως η μέθοδος εκλογής, καθώς μία καισαρική τομή παραδοσιακά έχει μεγαλύτερο κόστος από ότι ένας κολπικός τοκετός. Παρ' όλα αυτά, σύμφωνα με έρευνα, η

καισαρική τομή είναι πιο δαπανηρή από έναν κολπικό τοκετό, αλλά έναν αποτυχημένο VBAC που συνοδεύεται από μία επείγουσα καισαρική τομή κοστίζει ακόμα περισσότερο (Rogers A. J. et al., 2016). Τα δεδομένα αυτά για έγκυες που δεν έχουν αυτοπεποίθηση σχετικά με την έκβαση του VBAC, ίσως να λειτουργήσουν ως καταλύτης για να επιλέξουν τελικά ERCS. Από την πλευρά των κλινικών, τα πράγματα είναι διαφορετικά, μια και το προσωπικό, κυρίως των ιδιωτικών δομών υγείας, ενδέχεται να προτρέψει τις γυναίκες να προβούν σε ERCS, παρά το γεγονός ότι ο VBAC θα ήταν μια πιο συνετή επιλογή, δεδομένων και των χαρακτηριστικών της εκάστοτε κύησης. Αυτό συμβαίνει, καθώς αναπτύσσονται πελατειακές σχέσεις και αυξάνονται οι οικονομικές απολαβές.

Ο φόβος και το άγχος του ιατρικού, αλλά και του μαιευτικού προσωπικού για την ποινική ευθύνη σε περίπτωση θανάτου της μητέρας ή του εμβρύου/νεογνού είναι ένα επίσης, αναπόσπαστο κομμάτι του τρόπου με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας σκέφτονται σχετικά με τον VBAC. "Το άγχος ορίζεται ως η ανησυχία γύρω από ένα πρόβλημα που το άτομο προσδοκά ότι θα προκύψει, ενώ ο φόβος είναι η αντίδραση σε έναν άμεσο κίνδυνο" (Kring A. M., Davison G., Neale J. & Johnson S., 2007, σελ 198). Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που το ζευγάρι κινείται νομικά, όταν έχει προκύψει κάποιος θάνατος ή κάποια ανεπανόρθωτη βλάβη στην υγεία της μητέρας ή του νεογνού. Σίγουρα, οι κλινικοί έχουν ένα μεγάλο μερίδιο ευθύνης σε τέτοιες περιπτώσεις, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν έγινε οτιδήποτε ήταν ανθρωπίνως δυνατό. Συνεπώς, είναι λογικό να αναζητούνται ευθύνες. Αυτές τις ποινικές ευθύνες προσπαθούν πολλές φορές να αποφύγουν οι επαγγελματίες υγείας, φοβούμενοι τα ποσοστά μητρικής ή νεογνικής νοσηρότητας/θνησιμότητας, τα οποία είναι μικρά μεν, υπαρκτά δε. Αυτός ο φόβος εντείνεται ακόμα περισσότερο σε περιπτώσεις με έναν ή περισσότερους παράγοντες κινδύνου, με αποτέλεσμα να αποκλείεται το ενδεχόμενο VBAC σε αυτές τις έγκυες (Cox K. J., 2011; Foureur M. et al., 2017; Dahlen H., 2010; Shorten A. et al., 2014; Cox K. J., 2014; Bonzon M. et al., 2017). Υπάρχει γενικά η πεποίθηση ότι το ιατρικό και το μαιευτικό προσωπικό αποφασίζει και δρα χωρίς λάθη, κάτι το οποίο προσθέτει ακόμα μεγαλύτερη ευθύνη και ως εκ τούτου μεγαλύτερο άγχος και φόβο σε περιπτώσεις, όπως είναι ο τοκετός VBAC. Ο φόβος αυτός, δεν παύει να υπάρχει και σε πανεπιστημιακά νοσηλευτικά ιδρύματα με 24ωρή κάλυψη από γιατρούς, μαίες, αναισθησιολόγους, νεογνολόγους και επαγγελματίες υγείας όλων των ειδικοτήτων (Cox K. J., 2011). Όλη αυτή η ανησυχία εντείνεται και με το ερώτημα κατά πόσο είναι όλα διαθέσιμα σε περίπτωση αποτυχίας του VBAC και επείγουσας καισαρικής τομής.

Το αίσθημα του φόβου υπάρχει και στις έγκυες σε μεγάλο βαθμό. Πολλές είναι εκείνες που φοβούνται τον πόνο των ωδινών και θεωρούν πως είναι κάτι που δεν θα το αντέξουν (Shorten A. et al., 2014; Cox K. J., 2014; Bonzon M. et al., 2017). Επίσης, το ζήτημα των επιπλοκών τόσο για τις ίδιες όσο και για τα νεογνά τις αποθαρρύνει (Bonzon M. et al., 2017). Αξιοσημείωτος φόβος είναι αυτός της αποτυχίας. Η κοινωνία και η οικογένεια δημιουργεί απαιτήσεις για την εκάστοτε γυναίκα, η οποία δεν είναι έτοιμη να τις εκπληρώσει. Η κατάσταση αυτή τρομοκρατεί τις εγκύους και νιώθουν ανασφάλεια αν θα φανούν επαρκείς στις προσδοκίες των γύρω τους (Cox K. J., 2014; Shorten A. et al., 2014; Bonzon M. et al., 2017). Αντίθετα, η ανησυχία μία δεύτερης τομής και όλων των πιθανών επιπλοκών ενός ERCS ωθεί μία μερίδα των γυναικών να επιλέξει VBAC (Bonzon M. et al., 2017).

Ταυτόχρονα, στην περίπτωση το πλησιέστερο μαιευτήριο στην κατοικία της εγκύου δεν προσφέρει τη δυνατότητα VBAC, είτε λόγω αδυναμίας του προσωπικού, είτε γιατί δεν υπάρχει ο κατάλληλος εξοπλισμός, τότε μπορεί να μην εκφραστεί η επιθυμία μεταφοράς της μητέρας σε άλλη περιοχή, και ως εκ τούτου να γίνει η επιλογή του ERCS (Munro S., 2016). Τέλος, δεν θα έπρεπε να μην αναφερθεί ο ρόλος των Μ.Μ.Ε. που ωραιοποιούν την εικόνα της καισαρικής τομής. Ακόμη, δεν αναφέρεται σχεδόν ποτέ η δυνατότητα του VBAC, δημιουργώντας άγνοια στις γυναίκες. Κατά κύριο λόγο, προβάλλουν τον κοιλικό τοκετό ως μία μέθοδο που μόνο πόνο και ταλαιπωρία μπορεί να προσφέρει. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, οι γυναίκες, οι οποίες επηρεάζονται από τέτοιου είδους πληροφόρηση, να τρομοκρατούνται και τελικά να καταφεύγουν στη λύση του ERCS (Munro S., 2016).

Επομένως, όπως προκύπτει από τα παραπάνω, το ζήτημα της μελέτης των παραγόντων που επηρεάζουν τη διαδικασία λήψης των αποφάσεων ως προς τον τρόπο τοκετού είναι πολυπαραγοντικό και αφορά και τις δύο πλευρές. Οι επαγγελματίες οφείλουν να παρέχουν ασθενοκεντρικές υπηρεσίες υγείας και οι γυναίκες και οι σύντροφοί τους θα πρέπει να συλλέγουν τεκμηριωμένες πληροφορίες, να τις φιλτράρουν και να καταλήγουν από κοινού στην πιο ορθή απόφαση.

Συγχρόνως, με όλους τους παραπάνω προβληματισμούς που υπάρχουν στο μυαλό των γυναικών που καλούνται να επιλέξουν τρόπο τοκετού, είναι καλό οι ίδιες να θέτουν τρία βασικά ερωτήματα:

1. Ποιές είναι οι επιλογές μου;

2. Ποιά είναι τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα για κάθε επιλογή για μένα;
3. Πώς μπορώ να λάβω υποστήριξη με σκοπό να βοηθηθώ για να πάρω την σωστή απόφαση;

(RCOG, 2016)

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΟ VBAC

Η σωστή συμβουλευτική σε θέματα, όπως είναι η επιλογή τοκετού σε περιπτώσεις προηγηθείσας καισαρικής τομής δεν είναι μία εύκολη υπόθεση. Όπως έχει, ήδη, αναφερθεί είναι δύσκολο για τον επαγγελματία υγείας να διαχωρίσει την προσωπική του γνώμη, το συμφέρον και την ευκολία.

Τα έξι βήματα ενημέρωσης και συμβουλευτικής σχετικά με τον τοκετό VBAC είναι:

1. Πρόσκληση εγκύου να συμμετέχει
2. Παρουσίαση των επιλογών
3. Παροχή πληροφοριών για τους κινδύνους και τα οφέλη με τεκμηρίωση
4. Βοήθεια εγκύου και συντρόπου στην αξιολόγηση των επιλογών βασισμένες στους στόχους και στις ανησυχίες τους
5. Διευκόλυνση της συζήτησης και της λήψης των αποφάσεων
6. Αποδοχή και υποστήριξη στην υλοποίηση της απόφασης

(Cox K. J., 2014).

Η ενημέρωση ξεκινά πολύ νωρίς, δηλαδή με το πέρας της πρώτης καισαρικής τομής. Όσο ακόμα η λεχωίδα βρίσκεται στο νοσοκομείο στο πλαίσιο της ανάρρωσης, το ιατρικό και το μαιευτικό προσωπικό καλό θα ήταν να προτείνει τον VBAC ως φυσιολογικό και προτιμώμενο τρόπο τοκετού για την επόμενη κύηση (Nilsson C. et al., 2017). Εξάλλου, δεν είναι λίγες οι γυναίκες που αγνοούν πλήρως το VBAC ως δυνατότητα. Από αυτή κιόλας τη χρονική στιγμή δίνεται η ευκαιρία να αλλάξει η νοοτροπία ότι η καισαρική τομή είναι μια απλή και εύκολη επέμβαση και ότι αν γίνει μία φορά, τότε όλες οι επόμενες κυήσεις θα καταλήγουν με τον ίδιο τρόπο. Ταυτόχρονα, τη δεδομένη στιγμή της παραμονής στο

νοσοκομείο, είναι σημαντικό να γίνει λεπτομερής ενημέρωση για το λόγο που πραγματοποιήθηκε η καισαρική τομή, καθώς και συσχετισμός με έναν μελλοντικό VBAC, σε απλή και κατανοητή γλώσσα. Με αυτό τον τρόπο, σε περίπτωση που η γυναίκα αλλάξει θεράποντα ιατρό, χαθούν τα αρχεία της, μετακομίσει σε άλλη πόλη η χώρα ή για οποιοδήποτε άλλο λόγο δεν είναι εύκολη η πρόσβαση στην έντυπη μορφή του ιστορικού της, να γνωρίζει με ακρίβεια αν η αιτιολογία της καισαρικής επηρεάζει αρνητικά έναν τοκετό VBAC (Nilsson C. et al., 2017). Ακόμη, η διαφήμιση αυτού του τρόπου γέννησης, όχι μόνο από τα Μ.Μ.Ε., ως βασική επιλογή τρόπου τοκετού για τις περισσότερες γυναίκες στους διαδρόμους του νοσοκομείου και στους χώρους αναμονής, ή στην ιστοσελίδα του νοσοκομείου, αποτελεί ένα σημαντικό μέσο πληροφόρησης της κοινής γνώμης (Nilsson C. et al., 2017).

Όσον αφορά τη συμβουλευτική στο πλαίσιο των προγεννητικών συναντήσεων, ο τοκετός VBAC θα πρέπει να δίνεται ως πρώτη επιλογή εκλογής σε όλες τις έγκυες που πληρούν τις προϋποθέσεις (Nilsson C, et al., 2017; Lundgren I. et al., 2015). Είναι σημαντικό για την επιλογή της εκάστοτε γυναίκας, να γίνονται γνωστοί, από τους επαγγελματίες υγείας, οι κίνδυνοι και τα οφέλη τόσο του VBAC όσο και του ERCS (Nilsson C. et al., 2017; Lundgren I. et al., 2015). Με αυτόν τον τρόπο, η έγκυος θα έχει πλήρη γνώση του ζητήματος που καλείται να αποφασίσει για να οδηγηθεί σε πληροφορημένη επιλογή. Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας, που έχουν τον ρόλο του συμβούλου, θα πρέπει να υποστηρίζουν τις γυναίκες με σκοπό να ισορροπούν τα θετικά και τα αρνητικά σημεία και για τους δύο τρόπους γέννησης και να ιεραρχούν τις ανάγκες τους (Nilsson C. et al., 2017). Έτσι, η επιλογή θα γίνεται όχι μόνο με βάση τα δεδομένα που υπάρχουν για τον VBAC και τον ERCS, αλλά και με την προσωπική προτίμηση της κάθε εγκύου. Επιπρόσθετα, η ενημέρωση καλό είναι να περιλαμβάνει και τα υψηλά ποσοστά καισαρικών τομών, σε πολλές χώρες του κόσμου και κυρίως στην Ελλάδα, με σκοπό την κατανόηση πως πολλές φορές προτιμάται χωρίς να υπάρχει ιατρικός λόγος (Nilsson C. et al., 2017).

Σε περίπτωση που η έγκυος πάρει μία απόφαση που δεν συγκλείνει με την άποψη του επαγγελματία υγείας η αντίδραση του δεν είναι σωστό να είναι επικριτική. Αντίθετα, η κάθε γυναίκα θα πρέπει να επιλέγει αυτό που πραγματικά επιθυμεί, αφού έχει λάβει όλη την απαραίτητη γνώση. Ακόμα, ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να είναι ενθαρρυντικός, υποστηρικτικός και να μην επιβάλει τη δική του γνώμη. Ο σεβασμός της απόφασης της

γυναίκας είναι ένα μέρος της τεκμηριωμένης προσέγγισης σχετικά με το θέμα του τοκετού. Εξάλλου, δεν είναι όλες οι γυναίκες ίδιες. Η κάθε μία έχει διαφορετικές φοβίες, άγχη και ανάγκες (Nilsson C. et al., 2017; Lundgren I. et al., 2015). Εάν η έγκυος τελικά επιλέξει να προσπαθήσει το VBAC, είναι σημαντική η τόνωση της αυτοπεποίθησης και η ενίσχυση της σε κάθε συνάντηση, καθώς είναι λογικό όσο περνάει ο καιρός να νιώθει ένδεια και αβεβαιότητα αν θα τα καταφέρει (Nilsson C. et al., 2017; Lundgren I. et al., 2015). Αξίζει να σημειωθεί ότι αν και ο τοκετός VBAC ενδέχεται να είναι μία κατάσταση που δημιουργεί άγχος στους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με αυτό, πρέπει να αποφεύγεται η μετάδοση της ανησυχίας αυτής στην έγκυο, καθώς κάτι τέτοιο ίσως λειτουργήσει ως καταλύτης στην αλλαγή της απόφασής της (Lundgren I. et al., 2015). Η αλλαγή αυτή είναι λάθος να γίνεται αν δεν υπάρχει σοβαρή ιατρική ένδειξη ή έντονη επιθυμία της εγκύου (Nilsson C. et al., 2017; Lundgren I. et al., 2015).

Ο σύντροφος είναι καλό να μην μένει αμέτοχος σε όλη αυτή τη διαδικασία αλλά να παραβρίσκεται σε όσο το δυνατόν περισσότερες προγεννητικές συναντήσεις και να ενημερώνεται εξίσου με την έγκυο (Nilsson C. et al., 2017). Με αυτό τον τρόπο, το βαρύ φορτίο της επιλογής δεν πέφτει μόνο στην έγκυο, αλλά στην απόφαση που παίρνει από κοινού το ζευγάρι. Ταυτόχρονα, η πρόταση για συμμετοχή σε μαθήματα προγεννητικής προετοιμασίας, σε ομάδες VBAC, κρίνεται ιδιαίτερα ωφέλιμη, διότι επιτυγχάνεται μεγαλύτερη εξοικείωση με το ζήτημα. Επιβοηθητικές είναι για τις γυναίκες και οι συζητήσεις με γυναίκες, οι οποίες έχουν προσπαθήσει να γεννήσουν με VBAC (Nilsson C. et al., 2017). Ακόμη, ο επαγγελματίας υγείας είναι καλό να εισάγει το birth plan (πρόγραμμα τοκετού), με σκοπό την λεπτομερή καταγραφή της διαχείρισης, και το ενδεχόμενο επιλοκών, δίνοντας την ευκαιρία στην έγκυο να οργανώσει τον τοκετό της, όπως θα έκανε και σε ERCS (Nilsson C. et al., 2017; Lundgren I. et al., 2015). Επιπρόσθετα, με το birth plan μειώνεται ο φόβος του απρόοπτου και οι γυναίκες αισθάνονται πιο ασφαλείς. Εξίσου σημαντική με την προφορική συμβουλευτική είναι και η γραπτή, με τη μορφή ενημερωτικών φυλλαδίων, που θα δοθούν στην έγκυο, έχοντας ως στόχο τον περεταίρω προβληματισμό και την μελέτη στο σπίτι (Nilsson C. et al., 2017; Lundgren I. et al., 2015; Somphit Chinkam et al., 2016). Πρέπει να τονιστεί πως η κάθε περίπτωση εξατομικεύεται και οι πληροφορίες που θα δοθούν διαμορφώνονται με γνώμονα το ιστορικό, την προσωπικότητα, τις ανάγκες και τις επιθυμίες της κάθε εγκύου. Επιπλέον, ένας σωστός επαγγελματίας υγείας μπορεί να διαχειριστεί και περιπτώσεις με βαθμό δυσκολίας, όπως αναλφάβητες γυναίκες ή

προερχόμενες από άλλη χώρα και κουλτούρα (Cox K. J., 2014). Απαραίτητη κρίνεται και η συνεχής ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας για τις νεότερες κατευθυντήριες οδηγίες μέσα από επιστημονικά άρθρα, συνέδρια, αλλά και τη διαχείριση των περιστατικών με βάση τα διεθνή πρωτόκολλα (Cox K. J., 2014; Chinkam S. et al., 2016).

Τέλος, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να υπάρχει μία κοινή γραμμή ως προς τον VBAC μεταξύ του ιατρικού και του μαιευτικού προσωπικού που ασχολείται με την συμβουλευτική και τη διαχείριση, καθώς πολλές φορές υπάρχει σύγχυση απόψεων. Με άλλα λόγια, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να στηρίζουν εξίσου αυτό τον τρόπο τοκετού, εφόσον αυτό τεκμηριώνεται από τα βιβλιογραφικά δεδομένα, καθώς αποτελεί πλέον μία ασφαλή πρακτική για την πλειοψηφία των γυναικών που φέρουν στο ιστορικό τους μία καισαρική τομή (Nilsson C. et al., 2017).

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΟΣΟΣΤΩΝ VBAC ΣΕ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο κολπικός τοκετός μετά από καισαρική τομή (VBAC) είναι μια ασφαλής εναλλακτική λύση για την αποφυγή της επαναλαμβανόμενης καισαρικής τομής, προτιμάται από αρκετές γυναίκες και θεωρείται βασικός τρόπος μείωσης των γενικών ρυθμών αύξησης της καισαρικής τομής (Cunningham, 2010 όπως αναφέρεται στο Clarke M. et al., 2015). Στην Ευρώπη, υπάρχουν μεγάλες διαφορές στα ποσοστά VBAC μεταξύ των χωρών, αντανακλώντας τις διακυμάνσεις των πρακτικών μαιευτικής φροντίδας. Για παράδειγμα, τα ποσοστά VBAC στη Γερμανία, την Ιρλανδία και την Ιταλία παρουσιάστηκαν σημαντικά χαμηλότερα (29 έως 36%) από ό, τι στην Ολλανδία, τη Σουηδία και τη Φινλανδία (45 έως 55%). Για τις διακυμάνσεις των ποσοστών VBAC ανά χώρα ευθύνονται διάφοροι παράγοντες. Σε αυτούς ανήκουν ιατρικοί και νομικής φύσεως παράγοντες, καθώς και το γεγονός ότι η πρόσβαση στα κέντρα τριτοβάθμιας περίθαλψης δεν είναι προσπελάσιμη. Από τις γυναίκες που επιλέγονται και υποστηρίζονται, ώστε να έχουν προγραμματισμένο VBAC, η επιτυχία αυτής είναι σημαντικά υψηλότερη (70% έως 87%) από το μέσο όρο (Cunningham, 2010 όπως αναφέρεται στο Clarke M. et al., 2015). Αυτό δείχνει ότι ο VBAC είναι μια πραγματική και βιώσιμη επιλογή για τις περισσότερες γυναίκες με προηγούμενη καισαρική τομή. Η αύξηση

των ποσοστών της καισαρικής τομής σε συνδυασμό με την πτώση των ποσοστών VBAC αποτελεί ζήτημα που προκαλεί ιδιαίτερη ανησυχία. Εάν τα ποσοστά της καισαρικής τομής συνεχίσουν να αυξάνονται σε σχέση με τα ποσοστά των τελευταίων ετών, το προβλεπόμενο συνολικό ποσοστό έως το 2020 θα αγγίξει το 56%. Λαμβάνοντας υπόψη τα αυξημένα αρνητικά μητρικά καθώς και νεογνικά αποτελέσματα που σχετίζονται με την καισαρική τομή, οι πιθανές επιπτώσεις της στην υγεία των γυναικών και των νεογνών, στο μέλλον απαιτούν μεγαλύτερη προσοχή.

Το πρόγραμμα «OptiBIRTH» έχει ως σκοπό να δοκιμάσει μια ειδικά αναπτυγμένη προσέγγιση για να προσπαθήσει και να βελτιώσει την συχνότητα του VBAC. Επιχειρεί να αυξήσει το ποσοστό VBAC από 25% σε 40% μέσω της βελτίωσης της παροχής φροντίδας υγείας στη μητέρα και βελτιστοποίησης του τοκετού με την ενεργή συμμετοχή των γυναικών στη προσωπική τους φροντίδα. Δεκαέξι νοσοκομεία στη Γερμανία, την Ιρλανδία και την Ιταλία συμφώνησαν να συμμετάσχουν στη μελέτη και κάθε νοσοκομείο κατανεμήθηκε τυχαία είτε ως χώρος παρέμβασης, είτε ως χώρος ελέγχου. Στόχος αυτής της δοκιμής είναι η σύγκριση των αποτελεσμάτων μιας παρέμβασης που έχει αναπτυχθεί με σκοπό τη μεγιστοποίηση των ποσοστών VBAC έναντι της καθιερωμένης παρεχόμενης φροντίδας. Η παρέμβαση του «OptiBIRTH» στοχεύει να αυξήσει τα ποσοστά VBAC, ώστε η εφαρμογή της σε ολόκληρη την Ευρώπη να μπορεί να αποφύγει τις 160.000 περιττές καισαρικές τομές που προκύπτουν κάθε χρόνο με ετήσιο κόστος πάνω από 150 εκατομμύρια ευρώ.

Τα κριτήρια επιλογής των γυναικών που θα γεννούσαν σε επιλεγμένο χώρο ήταν τα εξής:

1. Ηλικία ≥ 18 ετών κατά τη στιγμή της νοσηλείας.
2. Μία προηγούμενη καισαρική τομή με εγκάρσια τομή του κατώτερου τμήματος της μήτρας (όχι κλασική / υψηλή κατακόρυφη τομή).
3. Οι γυναίκες να ομιλούν και να καταλαβαίνουν μια γλώσσα για τουλάχιστον μία από τις δοκιμές (αγγλικά, γερμανικά ή ιταλικά).
4. Να τους έχει δοθεί προηγουμένως παροχή ενημερωμένης συγκατάθεσης για συμμετοχή στη μελέτη.

5. Επιλέγονται κυήσεις με μονήρη κεφαλική προβολή.
6. Το προσωπικό πρέπει να είναι ειδικά καταρτισμένο.
7. Το νοσοκομείο είναι απαραίτητο να διαθέτει τους κατάλληλους χώρους και εξοπλισμό με σκοπό την άμεση παρέμβαση σε περιπτώσεις επιλοκών.

Συμπερασματικά από την παραπάνω μελέτη του προγράμματος «OptiBIRTH», προέκυψαν ορισμένες στρατηγικές αύξησης των ποσοστών VBAC στις μονάδες υγείας :

1. Εκπαίδευση των μαιευτήρων και των μαιών με σειρά συναντήσεων για τον κολπικό τοκετό μετά από καισαρική τομή
2. Δημιουργία ειδικού ενημερωτικού ιστοχώρου για τον κολπικό τοκετό μετά από καισαρική τομή, στον οποίο υπάρχει η δυνατότητα συμπλήρωσης ηλεκτρονικής αίτησης ενδιαφέροντος από τη μητέρα. (παρέμβαση που υποστηρίζει τις γυναίκες να θέσουν προσωπικούς στόχους και να γεννήσουν με ασφάλεια και ικανοποίηση)
3. Καθιέρωση υποστηρικτικής γραμμής σε όλη την υπηρεσία για VBAC, η οποία στοχεύει να διαδοθεί και σε άλλες γυναίκες που δεν έχουν ιστορικό προηγθείσας καισαρικής τομής και όχι μόνο σε αυτές που θα πάρουν μέρος στα προγεννητικά μαθήματα ή θα επισκεφτούν τις σχετικές ηλεκτρονικές πηγές πληροφόρησης

(Clarke M. et al., 2015)

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ

Σε αυτό το πρωτοποριακό, για κάποιους τρόπο τοκετού, η μαία καταλαμβάνει κυρίαρχη θέση, καθώς είναι επαγγελματικά καταρτισμένη όχι μόνο για να μεταλαμπαδεύει τις γνώσεις τις στις γυναίκες και να τις ενισχύει, αλλά και να τους παρέχει φροντίδα σωματική και ψυχολογική σε όλα τα στάδια του τοκετού VBAC.

Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι έγκυες γυναίκες που είχαν κατάλληλη ενημέρωση και προετοιμασία από μαία κατά τη διάρκεια της προ του τοκετού περιόδου κατάφεραν να

επιτύχουν υψηλότερα ποσοστά κολπικού τοκετού και την προσωπική τους ικανοποίηση από τον τοκετό (King T. L., 2011; Foureur M. et al., 2017). Αυτό το στοιχείο προκύπτει και από μία μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2016 στο περιοδικό Birth Issues in Perinatal Care, στη οποία συγκρίνεται το αποτέλεσμα ως προς τον τρόπο τοκετού που είχαν έγκυες έπειτα από προγεννητικά ραντεβού με γυναικολόγο ή με μαία. Στην έρευνα αυτή, μεταξύ άλλων, αναφέρεται πως, οι γυναίκες ήταν πιο πιθανό να επιλέξουν να προχωρήσουν σε VBAC με θετικά αποτελέσματα. Επιπλέον, στις περιπτώσεις, στις οποίες μαίες είχαν αναλάβει τον κυρίαρχο ρόλο ως προς την παρακολούθηση καταγράφηκε υψηλότερο ποσοστό προγραμματισμένων προγεννητικών ραντεβού και χαμηλότερο ποσοστό εισαγωγής στην εμβρυομητρική μονάδα (White H. K. et al., 2016). Συνεπώς η μαία μπορεί να συμβάλει ώστε να αυξηθεί το ποσοστό επιτυχίας του κολπικού τοκετού και να μειωθούν οι καισαρικές τομές που γίνονται χωρίς να υπάρχει ιατρικός λόγος. Επιπρόσθετα, εκτός από το αίσθημα ικανοποίησης μέσω του κολπικού τοκετού, η μαία προσφέρει και το αίσθημα ελέγχου λόγω της συνεχούς υποστήριξης και των συχνών ενημερώσεων (King T. L., 2011).

Το μοντέλο φροντίδας από μαίες βασίζεται στην συνεχή φροντίδα που έχει στην κορυφή του ενδιαφέροντος την ίδια την ασθενή, στην εξατομικευμένη εκπαίδευση και συμβουλευτική καθώς και στην ελαχιστοποίηση των μη απαραίτητων παρεμβάσεων, μέσα σε ένα κλίμα υποστήριξης και επικοινωνίας (King T. L., 2011). Επιπλέον, πρεσβεύει πως τη νοοτροπία ότι ο τοκετός είναι ένα φυσιολογικό γεγονός στη ζωή μίας γυναίκας. Ακόμη, το μοντέλο αυτό στηρίζεται στη δυνατότητα που έχει κάθε γυναίκα από τη φύση της να γεννήσει κολπικά. Έτσι, γίνεται αντιληπτό πως η μαία ενδιαφέρεται τόσο για τη σωματική ευεξία της μαμάς και του εμβρύου/νεογνού όσο και για το ψυχολογικό και πνευματικό καλώς έχειν της γυναίκας και της οικογένειάς της (White H. K. et al., 2016).

Ταυτόχρονα, οι μαίες είναι αυτές που θα συμβουλευσουν και θα εκπαιδεύσουν τις γυναίκες για τον VBAC μέσω των μαθημάτων ψυχοπροφυλακτικής, τα οποία έχουν ιδιαίτερη σημασία στην παροχή αξιόπιστων πληροφοριών. Σε αυτά τα μαθήματα, η έγκυος έχει την ευκαιρία να συνομιλήσει περισσότερο με την μαία και να θέσει όλες τις απορίες που έχει. Ακόμα, η μαία φροντίζει να ενθαρρύνει διαρκώς την προσπάθεια αυτή και έτσι να μην επικρατήσει ένα κλίμα αμφιβολίας, φόβου και άγχους, το οποίο θα ωθούσε την έγκυο να αλλάξει γνώμη και τελικά να επιλέξει ERCS. Επίσης, μέσα από την προετοιμασία γενικότητας δίνονται πληροφορίες για τις παραλλαγές του VBAC, όπως είναι ο VBAC στο νερό ή στο σπίτι.

Συνεπώς, η έγκυος μαθαίνει για τους διαφορετικούς τρόπους και τόπους που μπορεί να διεξαχθεί ο VBAC, ενημερώνεται για τα υπέρ και τα κατά και τελικά αποφασίζει έχοντας εμπειριστατωμένη άποψη. Αξίζει να σημειωθεί πως για αυτά τα δύο παρατηρείται μεγάλη παραφιλολογία από το συγγενικό και το φιλικό περιβάλλον των γυναικών, αλλά και από τις διάφορες δημόσιες συζητήσεις στο διαδίκτυο (φόρουμ). Έτσι, δεν είναι παράλογο να υπάρχει σύγχυση για δύο θέματα, για τα οποία οι μαιευτήρες-γυναικολόγοι δεν συνηθίζουν να κάνουν λόγο.

Η συνεργασία μεταξύ μαιευτήρων και μαιών είναι ζωτικής σημασίας για την υψηλή ποιότητα φροντίδας της γυναίκας (Queensland Clinical Guidelines, 2015; Nousia K. et al., 2014). Οι αποφάσεις σχετικά με τον τρόπο γέννησης είναι πολύπλοκες και περιλαμβάνουν μια αλληλεπίδραση μεταξύ των επιλογών των γυναικών και των απόψεων του επαγγελματία υγείας, της υποστήριξης από το σύστημα υγείας, των επιπτώσεων από τα μέσα ενημέρωσης και των ιατρικών νομικών προβλημάτων. Έρευνες έδειξαν ότι η έλλειψη δεξιοτήτων και εμπιστοσύνης των επαγγελματιών υγείας όπως η μαία, καθώς και ο φόβος της ευθύνης και της νομικής δράσης ήταν οι κύριοι παράγοντες που επηρέασαν την προσφορά σε μια γυναίκα κοιλιακού τοκετού ή μιας εκλεκτικής επαναλαμβανόμενης καισαρικής τομής. Δεδομένου ότι οι περισσότερες γυναίκες βασίζονται στις συστάσεις του επαγγελματιών σχετικά με τον τρόπο γέννησης, ο ρόλος της μαίας στη διαδικασία λήψης αποφάσεων είναι πιθανό να έχει μια κρίσιμη επίδραση.

Η συμβολή των μαιών στην κοινότητα, αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την διάδοση και την πραγματοποίηση του τοκετού VBAC, για όσες γυναίκες πληρούν τις προϋποθέσεις. Πιο αναλυτικά, οι κοινοτικές μαίες είναι αυτές που έρχονται πρώτες σε επαφή με την γυναίκα, από το στάδιο της λοχείας μάλιστα, και μπορούν να την ενημερώσουν για το ζήτημα της μελλοντικής τους κύησης και του τοκετού. Ακόμα, στηρίζουν όσες έγκυες έχουν επιλέξει τον τοκετό VBAC, έχοντας πρόσβαση σε όλη την οικογένεια. Δεν θα πρέπει να αποσιωπάτε, λοιπόν, η δράση των κοινοτικών μαιών.

Είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί πως ο ρόλος των μαιών δεν περιορίζεται στην προγεννητική φροντίδα των γυναικών. Οι μαίες έχουν την γενική εποπτεία τους καθ' όλη τη διάρκεια του VBAC με σκοπό την ανίχνευση των σημείων και των συμπτωμάτων που υποδηλώνουν μία επιπλοκή, και κυρίως τη ρήξη μήτρας. Η κατάρτιση των μαιών σε θέματα όπως η καρδιοτοκογραφία, τους επιτρέπει να αντιλαμβάνονται τους πιθανούς κινδύνους και

να τους αντιμετωπίζουν. Η κάθε μαία οφείλει να στέκεται στο πλευρό της εγκύου και να φροντίζει για όλες τις ανάγκες της, καθώς και να παρακολουθεί προσεκτικά την πορεία και την εξέλιξη του τοκετού, στοχεύοντας στην λήψη αποφάσεων για τις διαδικασίες που πρέπει να γίνουν για την ομαλή διεξαγωγή του VBAC. Με άλλα λόγια, η μαία δεν "παίζει το ρόλο" ενός απλού βοηθητικού προσωπικού που ακολουθεί εντολές. Αντίθετα, αποτελεί το πρώτο σημείο αναφοράς της εγκύου, συνεκτιμά με άλλους επαγγελματίες υγείας την κατάσταση και πολλές φορές παίρνει αποφάσεις, έχοντας ως στόχο το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για την μητέρα, το έμβρυο/νεογνό, αλλά και όλη την οικογένεια.

Οι μαίες έλαβαν επαγγελματική εκπαίδευση για να είναι ο βασικός σύμβουλος και κλινικός για τις γυναίκες με μία προηγούμενη καισαρική, συμπεριλαμβανομένης της ανάληψης αποδείξεων αξιολόγησης κινδύνου, προτείνοντας τον πιο κατάλληλο τρόπο τοκετού, συμβουλευόντας τις γυναίκες για τις επιλογές τοκετού και στηρίζοντας τις να πάρουν ενημερωμένες αποφάσεις. Εν κατακλείδι, η μαία μπορεί να προσφέρει μια μεγάλη βοήθεια στο να εκπαιδεύσει, να δώσει ψυχολογική - συναισθηματική υποστήριξη και να οδηγήσει την έγκυο γυναίκα να πραγματοποιήσει έναν επιτυχημένο τοκετό VBAC (Nousia K.et al., 2014).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο τοκετός VBAC είναι κατάλληλος σε γυναίκες με μονήρη κύηση, κεφαλικής προβολής μετά τις 37 +0 εβδομάδες με προηγούμενη χαμηλή εγκάρσια τομή στη μήτρα ανεξάρτητα από την τομή του δέρματος(αυτό κρίνεται μετά από έλεγχο του ιστορικού). Η απόφαση της διενέργειας VBAC πρέπει να αποτελεί προσωπική επιλογή των επιτόκων, εφόσον προηγουμένως τους έχει παρασχεθεί τεκμηριωμένη ενημέρωση για τους κινδύνους και τα οφέλη του συγκεκριμένου είδους τοκετού. Η διεξαγωγή του VBAC συστήνεται να γίνεται σε κέντρο με κατάλληλο και έμπειρο προσωπικό και δυνατότητα διακομιδής σε χειρουργική αίθουσα). Ένα συμπέρασμα που απορρέει από την εργασία μας είναι ότι τα θετικά αποτελέσματα κυριαρχούν των αρνητικών, όσων αφορά τον VBAC. Μια συστηματική ανασκόπηση παρουσιάζει ποσοστά επιτυχίας VBAC που αντιστοιχούν σε 71,1 %,ποσοστά ρήξης μήτρας ισοδύναμα με 1,36% και υστερεκτομής/ανάγκη μετάγγισης 1,21% 7. Η επιλογή του VBAC φαίνεται πιο προσιτή στις γυναίκες, οι οποίες αποφεύγουν έτσι τους κινδύνους των πολλαπλών καισαρικών. Ο VBAC αντενδείκνυται σε προηγούμενη ρήξη μήτρας, κλασική τομή μήτρας, σε περιπτώσεις προδρομικού πλακούντα, προεκλαμψίας, ισχιακής

προβολής, και μακροσωμία. Ωστόσο τα θετικά που συνεπάγονται της επιλογής του VBAC είναι αρκετά. Αναφορικά, ο VBAC δίνει την ευκαιρία στις γυναίκες να αποφύγουν χειρουργικούς, μολυσματικούς θρομβοεμβολικούς και περιγεννητικούς κινδύνους. Παρουσιάζονται λιγότερα ποσοστά αιμορραγίας και μητρικής θνησιμότητας. Η μετάβαση του νεογέννητου από την ενδομήτρια στην εξωμήτρια ζωή είναι ομαλότερη και οι λεχωίδες απολαμβάνουν ταχύτερη ανάρρωση σε σύγκριση με τις γυναίκες που επιλέγουν ένα ERCS. Στις επίτοκες συνίσταται να γίνεται λεπτομερής αναφορά στις επιπλοκές (ρήξη μήτρας, αιμορραγία, πιθανότητες επεμβατικού τοκετού, τραυματισμός του σφιγκτήρα του πρωκτού). Στη συνέχεια αναφέρθηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν το ποσοστό επιτυχίας VBAC, όπως το ιστορικό της εγκύου, η αιτία της προηγούμενης καισαρικής, η πρόκληση ωδινών, το είδος της προηγούμενης τομής, το βάρος γέννησης, η ηλικία της παρούσας κύησης, η ιατρική δομή στην οποία θα γίνει ο VBAC. Έπειτα αναλύθηκαν δυο κατηγορίες VBAC, στο σπίτι και στο νερό. Ο τοκετός Home VBAC εμφάνισε υψηλά ποσοστά ικανοποίησης στις γυναίκες που το δοκίμασαν. Ωστόσο τα διεθνή πρωτόκολλα δεν υποστηρίζουν μία τέτοια προσπάθεια, καθώς σε περίπτωση σοβαρών επιπλοκών είναι δύσκολη η αντιμετώπιση, αφενός από λίγα άτομα, συνήθως μαίες και αφετέρου εκτός νοσοκομειακής δομής. Οι γυναίκες που προτίμησαν τον τοκετό στο νερό VBAC, δήλωσαν πως ήταν ένα μέσο επιβεβαίωσης της αυτονομίας τους στον τοκετό, καθώς επίσης εμφανίστηκαν ικανοποιημένες από την άνεση, την βελτιωμένη θέση και κινητικότητα που τους προσφέρει αυτό το είδος τοκετού. Οι μαίες και οι γυναικολόγοι είναι ωφέλιμο να προσφέρουν προγεννητική συμβουλευτική καθώς επίσης οι νοσοκομειακές μονάδες που ασχολούνται με τον VBAC καλό θα είναι να έχουν θεσμοθετημένες κατευθυντήριες οδηγίες, όσον αφορά τη χρήση οξυτοκίνης και της προσταγλανδίνης κατά τη διάρκεια του τοκετού. Στους παράγοντες που επηρεάζουν τη λήψη αποφάσεων συγκαταλέγονται ο τρόπος που η έγκυος βίωσε τον προηγούμενο τοκετό, την αδυναμία να βιώσουν την θηλυκή τους υπόσταση μέσω της καισαρικής, καθώς και η δυσκολία επιστροφής στην καθημερινότητα. Τέλος, γίνεται αναφορά στο ρόλο της μαίας στον τοκετό VBAC. Οι έγκυες γυναίκες με κατάλληλη ενημέρωση και προετοιμασία από τη μαία εμφάνισαν υψηλά ποσοστά κολπικού τοκετού και αυξημένη προσωπική ικανοποίηση. Μαίες έλαβαν ειδική εκπαίδευση για να παρέχουν προγεννητική συμβουλευτική.

Μέσω της ανασκόπησης για τον τοκετό μετά από καισαρική τομή που έγινε στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας διατυπώνονται ορισμένες προτάσεις, οι οποίες θα μπορούσαν να

προάγουν αυτό το είδος τοκετού. Αρχικά τα τμήματα Μαιευτικής καθώς επίσης και η ιατρική σχολή, με κρατική πρωτοβουλία θα πρέπει να οργανώσουν μέρος της εκπαίδευσης των φοιτητών και σε τοκετούς μετά από καισαρική τομή. Παράλληλα κρίνεται σκόπιμο να οργανώνονται σεμινάρια δια βίου εκπαίδευσης με πιστοποιήσεις υπό την αιγίδα του κράτους, ή με ιδιωτική μέριμνα για μετεκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Ταυτόχρονα μπορούν να διοργανώνονται ημερίδες και ενημερωτικές συναντήσεις από μαιείς και μαιευτήρες τα οποία θα απευθύνονται σε γυναίκες και ζευγάρια και θα είναι στη διάθεση τους για την επίλυση αποριών. Επιπρόσθετα θα βοηθούσε αρκετά η προώθηση του VBAC μέσω των ΜΜΕ. Οι επαγγελματίες υγείας που αναλαμβάνουν την φροντίδα της γυναίκας, ωφέλιμο θα ήταν να της προσφέρουν σωστή πληροφόρηση, αλλά παράλληλα να μπορούν να παρέχουν αυτήν την επιλογή στις μητέρες. Τέλος, συνίσταται να αποβάλουν την ιδέα της καισαρικής τομής ως την πιο εύκολη διαδικασία τοκετού, καθώς επίσης το κράτος να θεσπίσει νόμους σύμφωνα με τους οποίους η επιλογή της καισαρικής θα πρέπει να αιτιολογείται ιατρικώς και να τεκμηριώνεται. Ο VBAC πρέπει να πάψει να θεωρείται προνόμιο κάποιων γυναικών και θα πρέπει να είναι διαθέσιμος σε όλες τις γυναίκες που πληρούν τις προϋποθέσεις.

ρόλο που διαδραματίζει η μαία στην επιθυμία των γυναικών να επιλέξουν κολπικό τοκετό μετά από μία ή περισσότερες προηγούμενες καισαρικές τομές (VBAC). Όλες οι έγκυες γυναίκες θα πρέπει να ενημερώνονται σχετικά με τον υψηλότερο κίνδυνο επιπλοκών μιας επαναλαμβανόμενης καισαρικής τομής σε σχέση με τους πιθανούς κινδύνους από κολπικό τοκετό μετά από καισαρική τομή. Μια προσπάθεια τοκετού θα πρέπει να προσφέρεται εάν συμφωνούν με τη διαδικασία και πάντα ελλείψει άλλων μαιευτικών ενδείξεων για καισαρική τομή. Είναι αλήθεια ότι ο πληθυσμός των γυναικών που επιθυμούν να υποβληθούν σε VBAC έχει ειδικές ανάγκες κατά τη διάρκεια της περιόδου προ του τοκετού και κατά τον τοκετό. Μετά από κατάλληλη συμβουλευτική η τελική απόφαση να υποβληθεί σε VBAC ή σε επαναλαμβανόμενη καισαρική τομή πρέπει να γίνει από την έγκυο γυναίκα σε συνεννόηση με την ομάδα των επιστημόνων υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι έγκυες γυναίκες που είχαν κατάλληλη ενημέρωση και προετοιμασία από μαία κατά τη διάρκεια της προ του τοκετού περιόδου κατάφεραν να επιτύχουν υψηλότερα ποσοστά κολπικού τοκετού και την προσωπική τους ικανοποίηση από

τον τοκετό (King T. L., 2011; Foureur M. et al., 2017). Αυτό το στοιχείο προκύπτει και από μία μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2016, στην οποία συγκρίνεται το αποτέλεσμα ως προς τον τρόπο τοκετού που είχαν έγκυες, έπειτα από προγεννητικές συναντήσεις με γυναικολόγο ή με μαία. Στην έρευνα αυτή, μεταξύ άλλων, αναφέρεται πως, οι γυναίκες ήταν πιο πιθανό να επιλέξουν να προχωρήσουν σε VBAC με θετικά αποτελέσματα. Επιπλέον, στις περιπτώσεις, στις οποίες μαίες είχαν αναλάβει τον κυρίαρχο ρόλο ως προς την παρακολούθηση καταγράφηκε υψηλότερο ποσοστό προγραμματισμένων προγεννητικών συναντήσεων και χαμηλότερο ποσοστό εισαγωγής στην εμβρυομητρική μονάδα (White H. K. et al., 2016). Συνεπώς η μαία μπορεί να συμβάλει ώστε να αυξηθεί το ποσοστό επιτυχίας του κοιλιακού τοκετού και να μειωθούν οι καισαρικές τομές που γίνονται χωρίς να υπάρχει ιατρικός λόγος. Επιπρόσθετα, εκτός από το αίσθημα ικανοποίησης μέσω του κοιλιακού τοκετού, η μαία προσφέρει και το αίσθημα ελέγχου λόγω της συνεχούς υποστήριξης και των συχνών ενημερώσεων (King T. L., 2011).

Το μοντέλο φροντίδας από μαίες βασίζεται στην συνεχιζόμενη φροντίδα που έχει στην κορυφή του ενδιαφέροντος την ίδια τη γυναίκα, στην εξατομικευμένη εκπαίδευση και συμβουλευτική της, καθώς και στην ελαχιστοποίηση των μη απαραίτητων παρεμβάσεων, μέσα σε ένα κλίμα υποστήριξης και επικοινωνίας (King T. L., 2011). Επιπλέον, πρεσβεύει πως τη νοοτροπία ότι ο τοκετός είναι ένα φυσιολογικό γεγονός στη ζωή μίας γυναίκας. Ακόμη, το μοντέλο αυτό στηρίζεται στη δυνατότητα που έχει κάθε γυναίκα από τη φύση της να γεννήσει κοιλικά. Έτσι, γίνεται αντιληπτό πως η μαία ενδιαφέρεται τόσο για τη σωματική ευεξία της μητέρας και του εμβρύου/νεογνού, όσο και για το ψυχολογικό και πνευματικό καλώς έχειν της γυναίκας και της οικογένειάς της (White H. K. et al., 2016).

Ταυτόχρονα, οι μαίες είναι αυτές που θα συμβουλεύσουν και θα εκπαιδεύσουν τις γυναίκες για τον VBAC μέσω των μαθημάτων προγεννητικής ετοιμασίας, τα οποία έχουν ιδιαίτερη σημασία στην παροχή αξιόπιστων πληροφοριών. Σε αυτά τα μαθήματα, η έγκυος έχει την ευκαιρία να συνομιλήσει περισσότερο με την μαία και να θέσει όλες τις απορίες που έχει. Ακόμα, η μαία φροντίζει να ενθαρρύνει διαρκώς την προσπάθεια αυτή και έτσι να μην επικρατήσει ένα κλίμα αμφιβολίας, φόβου και άγχους, το οποίο δε βοηθάει την έγκυο. Η έγκυος μαθαίνει για τους διαφορετικούς τρόπους και τόπους που μπορεί να διεξαχθεί ο VBAC, ενημερώνεται για τα υπέρ και τα κατά και τελικά αποφασίζει έχοντας εμπειριστατωμένη άποψη. Αξίζει να σημειωθεί ότι για αυτά τα δύο παρατηρείται μεγάλη

παραφιλολογία από το συγγενικό και το φιλικό περιβάλλον των γυναικών, αλλά και από τις διάφορες δημόσιες συζητήσεις στο διαδίκτυο (φόρουμ). Έτσι, δεν είναι παράλογο να υπάρχει σύγχυση για δύο θέματα, για τα οποία οι μαιευτήρες-γυναικολόγοι δεν συνηθίζουν να κάνουν λόγο.

Η συνεργασία μεταξύ μαιευτήρων και μαιών είναι ζωτικής σημασίας για την υψηλή ποιότητα της μαιευτικής φροντίδας (Queensland Clinical Guidelines, 2015; Nousia K.et al., 2014). Οι αποφάσεις σχετικά με τον τρόπο γέννησης είναι πολύπλοκες και περιλαμβάνουν μια αλληλεπίδραση μεταξύ των επιλογών των γυναικών και των θέσεων των επαγγελματιών υγείας, της υποστήριξης από το σύστημα υγείας, των επιπτώσεων από τα μέσα ενημέρωσης και των ιατρικών νομικών προβλημάτων. Έρευνες έδειξαν ότι η έλλειψη δεξιοτήτων και πίστης στην αξία του VBAC και την εφαρμογή από τους επαγγελματιών υγείας, καθώς και ο φόβος της ευθύνης και της νομικής δράσης ήταν οι κύριοι παράγοντες που επηρέασαν την προσφορά της δυνατότητας VBAC ή μιας εκλεκτικής επαναλαμβανόμενης καισαρικής τομής. Δεδομένου ότι οι περισσότερες γυναίκες βασίζονται στις συστάσεις του επαγγελματιών σχετικά με τον τρόπο γέννησης, ο ρόλος της μαίας στη διαδικασία λήψης αποφάσεων είναι πιθανό να έχει κρίσιμη επίδραση.

Οι μαίες έλαβαν επαγγελματική εκπαίδευση για να είναι ο κύριος επαγγελματίας υγείας για τις γυναίκες με μία προηγούμενη καισαρική, συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης κινδύνου, προτείνοντάς τους τον καταλληλότερο τρόπο τοκετού για κάθε γυναίκα, συμβουλευόντας τους για τις επιλογές τοκετού και στηρίζοντας τες να πάρουν ενημερωμένες αποφάσεις. Συνοψίζοντας, η μαία μπορεί να προσφέρει τεκμηριωμένη υποστήριξη στην έγκυο για την επιλογή του τοκετού μετά από καισαρική τομή, να παρέχει ψυχολογική – συναισθηματική και κλινική υποστήριξη σε αυτήν και να οδηγήσει την έγκυο γυναίκα να πραγματοποιήσει έναν κατά το δυνατό επιτυχημένο κολπικό τοκετό μετά από καισαρική τομή (Nousia K.et al., 2014).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο τοκετός VBAC αποτελεί ένα ενδιαφέρον θέμα για μελέτη σε όλες τις εκφάνσεις του, καθώς και μία πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας που επιζητούν την καινοτομία στη μαιευτική. Παρά τους προβληματισμούς που εκφράζονται, πρόκειται για μία μέθοδο με αυξημένα ποσοστά επιτυχίας. Αν και υπάρχουν σοβαροί κίνδυνοι για επιπλοκές, για

παράδειγμα ρήξη μήτρας, οι πιθανότητες τους είναι χαμηλές. Αναμφισβήτητα, σημαντικό παράγοντα για αυτό αποτελεί το ιστορικό της γυναίκας και η σωστή διαχείριση από πλευράς κλινικών. Γίνεται λοιπόν αντιληπτό πως ο τοκετός VBAC θα πρέπει να ενσωματωθεί στα διεθνή πρωτόκολλα ως νούμερο ένα επιλογή τοκετού μετά από καισαρική τομή για τις περισσότερες γυναίκες. Αυτό κρίνεται αναγκαίο ακόμα πιο έντονα σε χώρες, όπως η Ελλάδα, με αυξημένο ποσοστό καισαρικών τομών χωρίς ιατρική ένδειξη. Οι επαγγελματίες υγείας της χώρας μας θα πρέπει να καταβάλουν προσπάθειες για την πληροφόρηση της κοινής γνώμης, με σκοπό να προσελκύσουν ολοένα και περισσότερες γυναίκες σε αυτό τον εναλλακτικό τρόπο τοκετού. Έτσι, η νοοτροπία ότι μετά από μία καισαρική τομή η γυναίκα δεν έχει τη δυνατότητα για κολπικό τοκετό θα πάψει να υπάρχει. Συνεπώς, θα παρατηρηθεί μείωση του συνολικού ποσοστού των καισαρικών τομών, όχι μόνο λόγω των περιπτώσεων της προηγηθείσας καισαρικής, αλλά και σχετικά με τις πρωτοτόκες, καθώς θα έχει διαφοροποιηθεί ο τρόπος σκέψης. Αποτελεί χρέος όλων των επαγγελματιών υγείας να εξασφαλίσουν τον καλύτερο δυνατό τρόπο τοκετού όχι μόνο ως προς το σωματικό, αλλά και ως προς το ψυχολογικό και συναισθηματικό σκέλος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Rozen, G., M. Ugoni, A. & M. Sheehan, P. (2011). A new perspective on VBAC: A retrospective cohort study. *Women and Birth*. 24, (1), 3-9.
2. ACNM, (7 Νοεμβρίου, 2016). Birth Options after Having a Cesarean. Ανακτήθηκε 13 Μαΐου, 2017, από <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12583/full>.
3. RANZCOG, (2015). Birth after previous caesarean section. Ανακτήθηκε 17 Μαΐου, 2017, από [https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Birth-after-previous-Caesarean-Section-\(C-Obs-38\)-Re-write-July-2015.pdf?ext=.pdf](https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Birth-after-previous-Caesarean-Section-(C-Obs-38)-Re-write-July-2015.pdf?ext=.pdf).
4. Queensland Clinical Guidelines Steering Committee Statewide Maternity and Neonatal Clinical Network (Queensland). (2015). Vaginal birth after caesarean section

- (VBAC). Ανακτήθηκε 16 Μαΐου, 2017, από
<https://www.scribd.com/document/317039304/g-vbac>.
5. ACOG. (2011). Vaginal Birth After Cesarean Delivery - Deciding on a Trial of Labor After Cesarean Delivery. Ανακτήθηκε 25 Ιουλίου, 2017, από
<https://www.acog.org/Patients/FAQs/Vaginal-Birth-After-Cesarean-Delivery-Deciding-on-a-Trial-of-Labor-After-Cesarean-Delivery>.
 6. Nousia, K., Michalopoulos, G., Grigoriadis, C. & Stournaras, S. (2014). Vaginal birth after cesarean section in Greece and the contribution of the midwives. *HJOG An Obstetrics and Gynecology International Journal*. 13, (3), 73-76.
 7. Hughes, L. (2016). Birth after emergency caesarean section: Women's perspectives on the factors influencing their decision making. Σε University of Huddersfield. Huddersfield England: University of Huddersfield Press.
 8. AAFP. (2014). Clinical Practice Guideline: Planning for Labor and Vaginal Birth After Cesarean. Ανακτήθηκε 1 Ιουνίου, 2017, από
http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/AAFP%20PVBAC%20guideline.pdf.
 9. Armstrong, C. (2011). ACOG Updates Recommendations on Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery. *Am Fam Physician*. 83, (2), 215-217.
 10. Alani, W. & Dayoub, N. (2017). Factors Influencing Successful Vaginal Birth after Cesarean Delivery. *Bahrain Medical Bulletin*. 39, (1), 24-28.
 11. Jastrow, N., Demers, S., Chaillet, N. & Girard, M. (2016). Lower uterine segment thickness to prevent uterine rupture and adverse perinatal outcomes: a multicenter prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 215, (604), 1-6.
 12. Bhide, A., Caric, V. & Arulkumaran, S. (2016). Prediction of vaginal birth after cesarean delivery. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 133, (3), 297-300.
 13. P. Hehir, M., Mackie, A. & S. Robson, M. (2016). Simplified and standardized intrapartum management can yield high rates of successful VBAC in spontaneous labor. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 30, (12), 1504-1508.
 14. Schoorel, E., Kuijk, S., Melman, S. & Nijhuis, J. (2014). Vaginal birth after a caesarean section: the development of a Western European populationbased prediction model for deliveries at term. *RCOG*. 121, (2), 194-201.

15. NSW Kids and Families. (2014). Maternity - Supporting Women in their Next Birth After Caesarean Section (NBAC). Ανακτήθηκε 31 Αυγούστου, 2017, από http://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2014_004.pdf.
16. RCOG. (2015). Birth After Previous Caesarean Birth. Ανακτήθηκε 1 Ιουνίου, 2017, από https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_45.pdf.
17. NIH Consensus and State-of-the-Science Statements. (2010). NIH Consensus Development Conference Statement on Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. Ανακτήθηκε 1 Ιουνίου, 2017, από https://consensus.nih.gov/2010/images/vbac/vbac_statement.pdf.
18. Munro, S., Kornelsen, J., Corbett, K. & Wilcox, E. (2016). Do Women Have a Choice? Care Providers' and Decision Makers' Perspectives on Barriers to Access of Health Services for Birth after a Previous Cesarean. *Birth*. 44, (2), 153-160.
19. Nilsson, C., Lalor, J., Begley, C. & Carroll, M. (2017). Vaginal birth after caesarean: Views of women from countries with low VBAC rates. *Women and Birth*. 16, 1-10.
20. Munro, S. (2016). Birth after caesarean: an investigation of decision-making for mode of delivery. Μη εκδεδομένη διδακτορική διατριβή, The University of British Columbia, Vancouver.
21. Keedle, H. (2015). Women's reasons for, and experiences of, choosing a homebirth following a caesarean section. *Pregnancy and Childbirth*. 15, 1-12. Ανακτήθηκε 1 Ιουνίου, 2017, από BioMed Central.
22. Mangal Patel, R. & Jain, L. (2010). Delivery after previous cesarean: Short-term perinatal outcomes. *Semin Perinatol*. 34, (4), 272-280.
23. Dahlen, H. (2010). Undone by fear? Deluded by trust?. *Midwifery*. 26, 156-162.
24. Cox, K. (2011). Providers' perspectives on the vaginal birth after caesarean guidelines in Florida, United States: a qualitative study. *Pregnancy and Childbirth*. 11, 1-9. Ανακτήθηκε 6 Ιουνίου, 2017, από BioMed Central.
25. White, H., May A, I. & Cluett, E. (2016). Evaluating a Midwife-Led Model of Antenatal Care for Women with a Previous Cesarean Section: A Retrospective, Comparative Cohort Study. *Birth*. 43, (3), 200-208.
26. Tahseen, S. & Griffiths, M. (2009). Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)—a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse

- outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG*. 117, (1), 5-19.
27. Singh, A. & Shrivastava, C. (2014). Uterine Rupture: Still a Harsh Reality!. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*. 65, (3), 158-161.
28. Meropol, S. & Edwards, A. (2015). Development of the Infant Intestinal Microbiome: A Bird's Eye View of a Complex Process. *Birth Defects Res C Embryo Today*. 105, (4), 228-239.
29. Smith, D., Stringer, E., Vladutiu, C. & Hickman, A. (2015). Risk of Uterine Rupture Among Women Attempting Vaginal Birth After Cesarean with an Unknown Uterine Scar. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 213, (1), 1-15.
30. O'Shea, T., Klebanoff, M. & Signore, C. (2010). Delivery After Previous Cesarean: Long-Term Outcomes in the Child. *Seminars in Perinatology*. 34, (4), 281-292.
31. Tilden, E., Cheyney, M., Guise, J. & Emeis, C. (2017). Vaginal birth after cesarean: neonatal outcomes and United States birth setting. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 216, (4), 403.e1-403.e8
32. Qazi, Q., Akhter, Z. & Khan, A. (2013). Maternal and foetal outcome in successful vaginal birth after caesarean section versus repeat caesarean section. *Journal of Postgraduate Medicine*. 27, (4), 414-418.
33. Ελληνική Μαιευτική Γυναικολογική Εταιρεία. (2014). Αιμορραγία μετά τον τοκετό. Ανακτήθηκε 24 Μαΐου, 2017, από http://www.hsog.gr/files/24._%CE%91%CE%99%CE%9C%CE%9F%CE%A1%CE%A1%CE%91%CE%93%CE%8A%CE%91_%CE%9C%CE%95%CE%A4%CE%86_%CE%A4%CE%9F%CE%9D_%CE%A4%CE%9F%CE%9A%CE%95%CE%A4%CE%8C.pdf.
34. McKenna, J. & Symon, A. (2014). Water VBAC: Exploring a new frontier for women's autonomy. *Midwifery*. 30, (1), 20-25.
35. Cox, K., Bovbjerg, M., Cheyney, M. & Leeman, L. (2015). Planned Home VBAC in the United States, 2004–2009: Outcomes, Maternity Care Practices, and Implications for Shared Decision Making. *Birth*. 42, (4), 299-308.
36. Grisaru-Granovsky, S., Bas-Lando, M., Drukker, L. & Haouzi, F. (2017). Epidural analgesia at trial of labor after cesarean (TOLAC): a significant adjunct to successful vaginal birth after cesarean (VBAC). *Journal of Perinatal Medicine*. 45, 1-9.

37. The Royal College of Anaesthetists. (2010). Best practice in the management of epidural analgesia in the hospital setting. Ανακτήθηκε 14 Αυγούστου, 2017, από https://www.aagbi.org/sites/default/files/epidural_analgesia_2011.pdf.
38. Brayshaw, S. (2015). Epidural analgesia in maternity. Ανακτήθηκε 14 Αυγούστου, 2017, από <http://www.meht.nhs.uk/search/?q=epidural+analgesia>.
39. Hawkins, J. (2012). The Anesthesiologist's Role During Attempted VBAC JOY. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 55, (4), 1005-1013.
40. Hoffman, M. & Hunter Grant, G. (2015). Induction of labor in women with a prior cesarean delivery. *Seminars in Perinatology*. 39, (6), 471-474.
41. SOGC.. (2013). Induction of Labour. Ανακτήθηκε 15 Αυγούστου, 2017, από https://sogc.org/wp-content/uploads/2013/08/September2013-CPG296-ENG-Online_REV-D.pdf.
42. The National Institute for Health and Care Excellence. (2008). Induction of labour. Ανακτήθηκε 15 Αυγούστου, 2017, από https://www.nhs.uk/planners/pregnancy-care-planner/documents/nice_induction_of_labour.pdf.
43. Shorten, A., Shorten, B. & Powell Kennedy, H. (2014). Complexities of Choice after Prior Cesarean: A Narrative Analysis. *Birth*. 41, (2), 178-184.
44. Cox, K. (2014). Counseling Women with a Previous Cesarean Birth: Toward a Shared Decision-Making Partnership. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 59, (3), 237-245.
45. Bonzon, M., Gross, M., Karch, A. & Grylka-Baeschlin, S. (2017). Deciding on the mode of birth after a previous caesarean section – An online survey investigating women's preferences in Western Switzerland. *Midwifery*. 50, 219-227.
46. Rogers, A., Rogers, N., Kilgore, M. & Subramaniam, A. (2016). Economic Evaluations Comparing a Trial of Labor with an Elective Repeat Cesarean Delivery: A Systematic Review. *Value Health*. 20, (1), 163-173.
47. Ramvi, E. & Tangerud, M. (2011). Experiences of women who have a vaginal birth after requesting a Cesarean section due to a fear of birth: A biographical, narrative, interpretative study. *Nursing and Health Sciences*. 13, 269-274.

48. Nilsson, C., Van Limbeek, E., Vehvilainen-Julkunen, K. & Lundgren, I. (2017). Vaginal Birth After Cesarean: Views of Women From Countries With High VBAC Rates. *Qualitative Health Research*. 27, (3), 325-340.
49. Chinkam, S., Ewan, J., Koeniger-Donohue, R. & Hawkins, J. (2016). The Effect of Evidence-Based Scripted Midwifery Counseling on Women's Choices About Mode of Birth After a Previous Cesarean. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 61, (5), 613-620.
50. King, T. (2011). Can a Vaginal Birth After Cesarean Delivery be a Normal Labor and Birth? Lessons from Midwifery Applied to Trial of Labor After a Previous Cesarean Delivery. *Clinics in Perinatology*. 38, (2), 247-263.
51. Foureur, M., Turkmani, S., Clack, D. & Davis, D. (2017). Caring for women wanting a vaginal birth after previous caesarean section: A qualitative study of the experiences of midwives and obstetricians. *Women and Birth*. 30, (1), 3-8.
52. Gunnervik, C., Josefsson, A., Sydsjö, A. & Sydsjö, G. (2010). Attitudes towards mode of birth among Swedish midwives. *Midwifery*. 26, 38-44.
53. World Health Organization. (2015). WHO Statement on Caesarean Section Rates. Ανακτήθηκε 17 Σεπτεμβρίου, 2017, από http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?.
54. Lundgren, I. (2012). 'Groping through the fog': a metasynthesis of women's experiences on VBAC (Vaginal birth after Cesarean section). *Pregnancy and Childbirth*. 12, 1-22. Ανακτήθηκε 11 Σεπτεμβρίου, 2017, από BioMed Central.
55. RCOG. (2016). Birth options after previous caesarean section. Ανακτήθηκε 13 Ιουνίου, 2017, από <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/patients/patient-information-leaflets/pregnancy/pi-birth-options-after-previous-caesarean-section.pdf>.
56. Lundgren, I. (2015). Clinicians' views of factors of importance for improving the rate of VBAC (vaginal birth after caesarean section): a qualitative study from countries with high VBAC rates. *Pregnancy and Childbirth*. 15, 1-12. Ανακτήθηκε 12 Σεπτεμβρίου, 2017, από BioMed Central.
57. Clarke, M. (2015). Improving the organisation of maternal health service delivery and optimising childbirth by increasing vaginal birth after caesarean section through enhanced women-centred care (OptiBIRTH trial): study protocol for a randomised

- controlled trial (ISRCTN10612254). *Trials*. 16, 1-9. Ανακτήθηκε 12 Σεπτεμβρίου, 2017, από BioMed Central.
58. Belihu, F., Small, R. & Davey, M. (2017). Trial of labour and vaginal birth after previous caesarean section: A population based study of Eastern African immigrants in Victoria, Australia. *Midwifery*. 46, 8-16.
59. Horey, D., Kealy, M., Davey, M. & Small, R. (2013). Interventions for supporting pregnant women's decision-making about mode of birth after a caesarean.. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 7, 1-58.
60. Marshall, N., Fu, R. & Guise, J. (2011). Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 205, (3), 262.e1-262.e8.
61. Ebell, M. (2007). Predicting the likelihood of successful vaginal birth after cesarean delivery.. *American Family Physician*. 76, (8), 1192-1194.
62. Humphrey, L. (2010). New VBAC guidelines What they mean to you and your patients. *ACOG Today*. 54, (4), 6-7.
63. Caughey, A. (2015). Vaginal Birth After Cesarean Delivery *Medscape*. Ανακτήθηκε 25 Μαΐου, 2017, από <https://emedicine.medscape.com/article/272187-overview>.
64. Kring, A., Davison, G., Neale, J. & Johnson, S. (2007). *Abnormal psychology*. Χόμποκεν, Νιου Τζέρσεϊ, ΗΠΑ: Wiley.
65. Σαμαρά Επιβατιανού, Ε. (2011). *Στοιχεία Αναισθησιολογίας*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Πίνακας 1. Συχνότερες επιπλοκές του VBAC.

ΕΠΙΠΛΟΚΗ	ΚΙΝΔΥΝΟΣ / 1000 ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ VBAC
Ρήξη μήτρας	5-7 / 1.000
Περιγεννητικός θάνατος	0,4-0,7 / 1000

Μητρικός θάνατος	0,02 / 1000
Σημαντική νοσηρότητα στη μητέρα	Περίπου 3/1000
• Υστερεκτομή	0,5-2 / 1000
• Ουρογεννητικός τραυματισμός	0.8 / 1000
Μετάγγιση αίματος	1,8 / 1000
Κύρια περιγεννητική νοσηρότητα	Περίπου 1/1000
• Εμβρυϊκή οξέωση (pH <7,0)	1,5 / 1000
• ΗΙΕ	0.4/1000

(RANZCOG, 2015, p.9)

Πίνακας 2: Προγραμματισμένος VBAC και δυσμενή αποτελέσματα για την μητέρα και το νεογνό.

	Προγραμματισμένο VBAC	ERCS από την 39+0 εβδομάδα
--	-----------------------	----------------------------

<p>Μητρικά αποτελέσματα</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 72-75% πιθανότητες για πετυχημένο VBAC, επομένως ταχύτερη ανάρρωση και μικρότερη παραμονή στο νοσοκομείο. • Περίπου 0.5% κίνδυνος για ρήξη ουλής της μήτρας. Αν συμβεί, σχετίζεται με μητρική νοσηρότητα και νεογνική νοσηρότητα/θνησιμότητα. • Αυξάνει την πιθανότητα για μελλοντικό κολπικό τοκετό. • Κίνδυνος για τραυματισμό του σφιγκτήρα του πρωκτού σε γυναίκες που θα υποβληθούν σε VBAC σε ποσοστό 5% και το βάρος γέννησης είναι ο ισχυρότερος παράγοντας αυτού. • Κίνδυνος για μητρικό θάνατο σε προγραμματισμένο VBAC σε ποσοστό 4/100000. 	<ul style="list-style-type: none"> • Δυνατότητα να προγραμματίσουμε την ημερομηνία του τοκετού σε επιλεγμένους ασθενείς. Αυτό, όμως, μπορεί να αλλάξει τα δεδομένα του καλώς έχειν για τη μητέρα και το νεογνό κατά την προγεννητική περίοδο. • Πρακτικά αποτρέπει τον κίνδυνο ρήξης μήτρας(μικρότερο του 0.02%) • Μεγαλύτερος χρόνος ανάρρωσης. • Μειώνει τον κίνδυνο πρόπτωσης των πυελικών οργάνων και τις ακράτειας ούρων σε σύγκριση με τους πολλαπλούς κολπικούς τοκετούς
-----------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<ul style="list-style-type: none"> • Επιλογή για στείρωση αν η γονιμότητα δεν είναι πλέον επιθυμητή. • Σε μελλοντικές εγκυμοσύνες - ενδέχεται να απαιτείται η καισαρική, αυξημένος κίνδυνος για προδρομικό/στιφρό πλακούντα και συμφύσεις με πετυχημένη καισαρική τομή /κοιλιακά χειρουργεία. • Κίνδυνος για μητρικό θάνατο σε ποσοστό 13/100000
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(RCOG, 2015, p. 10)

Πίνακας 3: Παράγοντες που επηρεάζουν το ποσοστό επιτυχίας ή αποτυχίας.

Αυξημένο ποσοστό ρήξης της μήτρας	Μειωμένο ποσοστό ρήξης της μήτρας
Κλασική υστεροτομία(τομή μήτρας)	Αυθόρμητος τοκετός
Δύο ή περισσότερες καισαρικές τομές	Προηγούμενος κοιλιακός τοκετός
Κλείσιμο μιας στρώσης	Μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μεταξύ των τοκετών
Πρόκληση τοκετού	Πρόωρος τοκετός
Χρήση προσταγλανδινών	
Σύντομο διάστημα μεταξύ των τοκετών	
Λοίμωξη σε προηγούμενη καισαρική τομή	

(Caughey A. B. et al., 2015,p. 4)