



# Ε Μ Γ Ε

Ελληνική Μαιευτική και  
Γυναικολογική Εταιρεία

## Κατευθυντήρια Οδηγία No 44 Μάρτιος 2021

(Αναθεώρηση της οδηγίας No 25,  
Δεκέμβριος 2014)

## ΚΟΛΠΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

### ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΠΑΝΤΩΝΤΑΙ

- Ποιες από τις έγκυες που έχουν στο ιστορικό τους μία Καισαρική τομή μπορούν να αποπειραθούν να γεννήσουν κολπικά;
- Υπάρχουν ειδικές περιπτώσεις όπου πρέπει να διατυπώνονται περαιτέρω επιφυλάξεις;
- Ποιες είναι οι αντενδείξεις για απόπειρα κολπικού τοκετού μετά από Καισαρική τομή;
- Ποια είναι τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του κολπικού τοκετού μετά από Καισαρική τομή σε σύγκριση με την προγραμματισμένη επαναληπτική Καισαρική τομή;
- Μπορεί να γίνει πρόκληση τοκετού όταν έχει προηγηθεί μία Καισαρική τομή;
- Που πρέπει να διενεργείται κολπικός τοκετός μετά από Καισαρική τομή;
- Υπάρχουν κάποιες ιδιαιτερότητες κατά την διάρκεια του τοκετού;

### ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

I. Εισαγωγή .....	2
II. Ενδείξεις – Αντενδείξεις – Ειδικές περιπτώσεις – Υπολογισμός πιθανότητας επιτυχίας ..	2
III. Πλεονεκτήματα – Μειονεκτήματα: Σύγκριση με προγραμματισμένη Καισαρική τομή	6
IV. Τοκετός .....	8
V. Σύνοψη .....	12
VI. Τι αλλάζει σε σχέση με την προηγούμενη οδηγία .....	12
VII. Βιβλιογραφία .....	12

## I. Εισαγωγή

Η Καισαρική τομή είναι ένας καταξιωμένος τρόπος επεμβατικού τοκετού που παρουσιάζει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Η συζήτηση σχετικά με το ποιο είναι το ιδανικό ποσοστό Καισαρικών τομών είναι συνεχιζόμενη αφού η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας πρόσφατα θεώρησε πως πρέπει κάθε χώρα να στοχεύει σε ένα «ιδανικό» εθνικό ποσοστό και όχι να επιδιώκει απαραίτητα το 10-15% που είχε παραθέσει παλαιότερα ως παγκόσμιο στόχο (1). Σε πολλές χώρες, ούτως ή άλλως, τα ποσοστά είναι σημαντικά υψηλότερα αφού στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι περίπου 26,5%, στον Καναδά 25,6% και στις ΗΠΑ περίπου 32% (2, 3, 4). Μία από τις πιθανές αιτίες θα μπορούσε να αποτελεί και το παλαιότερο θέσφατο: «άπαξ Καισαρική, πάντα Καισαρική τομή». Το τελευταίο αμφισβητήθηκε εδώ και 30 περίπου χρόνια αφού έχει φανεί πως, σε πολλές περιπτώσεις, δεν είναι απαραίτητη η επανάληψη της Καισαρικής τομής για την γέννηση του επόμενου παιδιού (5).

Η παρούσα οδηγία αναθεωρεί την αντίστοιχη προϋπάρχουσα (οδηγία Νο 25) κι έχει ως στόχο να ενημερώσει τους Μαιευτήρες Γυναικολόγους σχετικά με το ποιες έγκυες μπορούν ή δεν μπορούν να αποπειραθούν κολπικό τοκετό μετά από Καισαρική τομή, τις προϋποθέσεις που πρέπει να πληροί το Μαιευτικό κέντρο όπου θα πραγματοποιηθεί τέτοιος τοκετός καθώς και τις ιδιαιτερότητές του ίδιου του τοκετού. Έχει προέλθει από σύγκριση και συναρμογή των αντίστοιχων οδηγιών που έχουν δημοσιευθεί από το Αμερικάνικο Κολλέγιο Μαιευτήρων Γυναικολόγων, το Βασιλικό Κολλέγιο Μαιευτήρων Γυναικολόγων, την Καναδική Εταιρεία Μαιευτήρων Γυναικολόγων και το Γαλλικό Κολλέγιο Μαιευτήρων Γυναικολόγων (6, 7, 8, 22).

## II. Ενδείξεις – Αντενδείξεις – Ειδικές περιπτώσεις – Υπολογισμός πιθανότητας επιτυχίας

➤ *Ποιες από τις έγκυες που έχουν στο ιστορικό τους μία Καισαρική τομή μπορούν να αποπειραθούν να γεννήσουν κολπικά;*

### α. Ενδείξεις

Η απόφαση για τον τρόπο τοκετού πρέπει να προέλθει μετά από συζήτηση με την έγκυο, αφού ενημερωθεί σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τα

μειονεκτήματα της μεθόδου που θα παρατεθούν παρακάτω. Ιδανικά, η συζήτηση και η παράθεση των επιχειρημάτων πρέπει να γίνουν σε απλή και κατανοητή γλώσσα και να καταγραφούν με ευκρίνεια στην κάρτα παρακολούθησης κύησης της εγκύου.

Οι περισσότεροι παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πιθανότητα επιτυχίας υπάρχουν ήδη από την αρχή της κύησης και σε αυτούς πρέπει επίσης να συμπεριληφθεί και το κατά πόσο το Μαιευτικό κέντρο όπου σκοπεύει να γεννήσει πληροί τις απαραίτητες προδιαγραφές ασφάλειας (βλ. παρακάτω) και, αν όχι, κατά πόσο η έγκυος επιθυμεί να παραπεμφθεί σε κάποιο μεγαλύτερο κέντρο προκειμένου να επιχειρήσει εκεί, με μεγαλύτερη ασφάλεια, κολπικό τοκετό. Εντούτοις, επειδή στην διάρκεια της κύησης μπορεί να προκύψουν διάφορες μεταβολές, θα πρέπει ο τρόπος τοκετού να συζητηθεί ξανά στην διάρκειά της εγκυμοσύνης και, ιδανικά, να λαμβάνεται απόφαση πριν την 37<sup>η</sup> εβδομάδα. Η απόφαση αυτή πρέπει να προκύπτει μετά από συζήτηση από τον υπεύθυνο Γυναικολόγο και η οποία να έχει προκύψει μετά από προσεκτική εκτίμηση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων που αφορούν τόσο την συγκεκριμένη έγκυο όσο και τον συγκεκριμένο θεράποντα ιατρό. Θα ήταν χρήσιμο να υπάρχει μία λίστα με συγκεκριμένες ερωτήσεις έτσι ώστε να είναι σίγουρο πως καλύφθηκαν όλα τα θέματα.

Γενικά, όλες οι έγκυες που έχουν στο ιστορικό τους μία προηγούμενη χαμηλή εγκάρσια Καισαρική τομή μπορούν να αποπειραθούν κολπικό τοκετό αρκεί να μην είναι πρόωρος ο τοκετός (βλ. παρακάτω) και το έμβρυο να είναι σε κάθετη κεφαλική προβολή (κατηγορία 5 κατά Robson). Η σύσταση αυτή ισχύει ανεξάρτητα αν υπάρχει ή όχι προηγούμενος κολπικός τοκετός στο ιστορικό τους. Η ίδια σύσταση και με τις ίδιες προϋποθέσεις θα μπορούσε να γίνει και σε γυναίκες με περισσότερες από 1 καισαρικές τομές στο ιστορικό τους (6, 7, 8). Σε αυτές τις περιπτώσεις όμως θα πρέπει να τονιστεί πως τα δεδομένα που υπάρχουν ως προς την ασφάλεια και τις πιθανότητες επιτυχίας είναι λιγότερα και αντικρουόμενα. Σε συστηματική ανασκόπηση των αντίστοιχων δεδομένων φάνηκε ότι, η πιθανότητα επιτυχίας παραμένει περίπου η ίδια, αντίθετα αυξάνεται η πιθανότητα ρήξης της μήτρας, υστερεκτομής και μετάγγισης (9). Τέλος, τα στοιχεία που υπάρχουν για τα οφέλη και τους κινδύνους δοκιμασίας κολπικού τοκετού μετά

από περισσότερες από 2 καισαρικές είναι εξαιρετικά περιορισμένα και, συνεπώς, δεν μπορεί να γίνει σωστή ενημέρωση (8). Στις περιπτώσεις όπου μια έγκυος με περισσότερες από 1 καισαρικές στο ιστορικό της επιθυμεί να αποπειραθεί κολπικό τοκετό, η συζήτηση και η ενημέρωση θα πρέπει να γίνει με κάποιον έμπειρο Γυναικολόγο. Τέλος, μία έγκυος που βρίσκεται σε πρόωρο τοκετό και έχει στο ιστορικό της μία τελειόμηνη καισαρική τομή μπορεί να αποπειραθεί κολπικό τοκετό, εφόσον δεν υπάρχει άλλη αντένδειξη. Η πιθανότητα επιτυχίας είναι η ίδια όπως και σε κάθε άλλη επίτοκο υπό παραπλήσιες συνθήκες ενώ, η πιθανότητα ρήξης της μήτρας φαίνεται να είναι μικρότερη.

► Ποιες είναι οι αντενδείξεις για απόπειρα κολπικού τοκετού μετά από Καισαρική τομή;

**β. Αντενδείξεις**

Υπάρχει ομοφωνία πως δεν πρέπει να αποπειράται κολπικός τοκετός όταν η τομή της μήτρας στην προηγούμενη καισαρική τομή ήταν «υψηλή κάθετη» (κάθετη τομή στα ανώτερα 2 τριτημόρια και κοντά στον πυθμένα) ή είχε σχήμα «T» ή «J». Η πιθανότητα ρήξης σε αυτές τις περιπτώσεις φαίνεται να ανέρχεται στο 4-9% (10). Αντίθετα, αν η κάθετη τομή σε προηγούμενη καισαρική τομή είχε γίνει στο κατώτερο τριτημόριο τότε η πιθανότητα ρήξης δεν φαίνεται να αυξάνεται, αν και τα δεδομένα για τις περιπτώσεις αυτές είναι πολύ περιορισμένα (6).

Όσον αφορά άλλες περιπτώσεις όπου έχουν προηγηθεί επεμβάσεις στην μήτρα όπως η αφαίρεση πολλαπλών ινομυωμάτων ή η αφαίρεση ινομώματος που συνοδεύτηκε από διάνοιξη (ή μερική διάνοιξη) της κοιλότητας του ενδομητρίου αποτελεί αντένδειξη για απόπειρα κολπικού τοκετού και, μάλιστα, αποτελεί ένδειξη για προγραμματισμένη καισαρική τομή μεταξύ 37ης και 38ης εβδομάδας (11). Σε περιπτώσεις όπου είναι γνωστό πως το ενδομήτριο κατά την ινομυοματεκτομή δεν έχει διανοιχθεί μπορεί να επιτραπεί η απόπειρα κολπικού τοκετού εκτός αν η εκπυρήνιση έγινε λαπαροσκοπικά οπότε η πιθανότητα ρήξης αυξάνεται. Πρέπει να τονιστεί, όμως, πως τα δεδομένα που υπάρχουν δεν είναι πολλά και δεν είναι εύκολη η εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων (12). Αντένδειξη για απόπειρα κολπικού τοκετού αποτελεί, επίσης, και η «ανοιχτή» εμβρυική επέμβαση στην διάρκεια της παρούσας κύησης αφού αυξάνει την πιθανότητα ρήξης στο 14% περίπου (13). Τέλος, δεν πρέπει να αποπειράται κολπικός τοκετός αν υπάρχει ιστορικό ρήξης της μήτρας ή γενικότερη αντένδειξη για κολπικό τοκετό όπως είναι ο προδρομικός πλακούντας.

<b>Συστάσεις καλής πρακτικής</b>
Οι περισσότερες γυναίκες με μονήρη τελειόμηνη (≥37+0 εβδομάδες) κύηση σε κεφαλική προβολή και ιστορικό προηγούμενης Καισαρικής τομής με χαμηλή εγκάρσια τομή (κατηγορία Robson 5) μπορούν να προσπαθήσουν κολπικό τοκετό. Αυτό ισχύει ανεξάρτητα αν έχουν άλλον κολπικό τοκετό στο ιστορικό τους, πριν την Καισαρική τομή (RCOG Grade B, ACOG Level A, SOGC II-2B).
Η δυνατότητα απόπειρας κολπικού τοκετού θα πρέπει να συζητηθεί και με γυναίκες που έχουν στο ιστορικό τους δύο Καισαρικές με εγκάρσια τομή. Η συζήτηση πρέπει να γίνει με Γυναικολόγο και να περιλαμβάνει και την επανεξέταση όλων των ενδείξεων που οδήγησαν στις 2 προηγούμενες Καισαρικές (RCOG C, ACOG B). Στην συζήτηση αυτή θα πρέπει να αναφέρεται η πιθανότητα ρήξης της μήτρας είναι μεγαλύτερη σε αυτή την περίπτωση (SOGC II-2B) και πως τα δεδομένα είναι περιορισμένα (SOGC I).
Η δυνατότητα απόπειρας κολπικού τοκετού είναι δυνατόν να συζητηθεί και με τις επίτοκους που είναι σε πρόωρο τοκετό κι έχουν στο ιστορικό τους μία τελειόμηνη Καισαρική τομή: (η πιθανότητα επιτυχίας είναι ίδια όπως και στις άλλες επίτοκες ενώ, φαίνεται να είναι μικρότερη η πιθανότητα ρήξης της μήτρας) (RCOG B)
Η συζήτηση που έχει προηγηθεί, οι διαφορές μεταξύ προγραμματισμένης Καισαρικής τομής και αυτόματου κολπικού τοκετού μετά από Καισαρική τομή καθώς και οι πιθανές επιπλοκές της μιας ή της άλλης μεθόδου καταγράφονται στον προσωπικό φάκελο της εγκύου. Η οριστική απόφαση σχετικά με τον τρόπο τοκετού θα έπρεπε να έχει ληφθεί αρκετά πριν την ΠΗΤ (ιδανικά στις 36-37 εβδομάδες) και να έχει καταγραφεί (RCOG Good Advice, SOGC III-A, ACOG C).

<b>Συστάσεις καλής πρακτικής</b>
Ο κολπικός τοκετός αντενδείκνυται σε γυναίκες όπου, κατά την προηγούμενη καισαρική τομή, η τομή στην μήτρα ήταν κάθετη ή σχήματος ανεστραμμένου «T», έχουν ιστορικό εκπυρήνισης ή ιστορικό ρήξης της μήτρας σε προηγούμενη απόπειρα ή έχουν κάποια γενική αντένδειξη για κολπικό τοκετό (πχ, προδρομικός πλακούντας) (RCOG D, ACOG B, SOGC II-2A)



Σε περίπτωση επιπλεγμένων τομών στη μήτρα η συζήτηση πρέπει να γίνεται με κάποιον έμπειρο Γυναικολόγο και μόνο αν υπάρχει πρακτικό της επέμβασης αλλιώς να μην επιτρέπεται η απόπειρα ή, τουλάχιστον, να αναφέρεται στην συζήτηση πως είναι άγνωστη η πιθανότητα της ρήξης (RCOG D)

➤ Υπάρχουν ειδικές περιπτώσεις όπου πρέπει να διατυπώνονται περαιτέρω επιφυλάξεις;

### γ. Ειδικές περιπτώσεις

Υπάρχουν κάποιες περιπτώσεις που χρήζουν ειδικής μνείας και μεταχείρισης. Οι περιπτώσεις αυτές είναι:

- **Ισχιακή προβολή:** δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα σχετικά με την πιθανότητα επιτυχίας ή τους κινδύνους κολπικού τοκετού επί ισχιακής προβολής σε έγκυες με προηγούμενη καισαρική τομή. Στις περιπτώσεις αυτές δεν αντενδίκνυται η απόπειρα εξωτερικού μετασχηματισμού (14).
- **Δίδυμη κύηση:** το ιστορικό καισαρικής τομής δεν αποτελεί αντένδειξη για την πραγματοποίηση κολπικού τοκετού σε δίδυμη κύηση εφόσον υπάρχουν οι αντίστοιχες προϋποθέσεις. Δεν φαίνεται να ελαττώνεται η πιθανότητα επιτυχίας ούτε να αυξάνεται η πιθανότητα επιπλοκών (15, 16).
- Το **χρονικό διάστημα** που μεσολαβεί μεταξύ του 1<sup>ου</sup> τοκετού (που πραγματοποιήθηκε με καισαρική τομή) και του 2<sup>ου</sup>, φαίνεται να επηρεάζει την πιθανότητα ρήξης της μήτρας. Συγκεκριμένα, όταν το διάστημα μεταξύ των 2 τοκετών είναι μικρότερο από 18 μήνες τότε η πιθανότητα αυτή φαίνεται να τριπλασιάζεται (OR 3; 95% CI 1,3-7,2) ενώ, όταν το διάστημα είναι μεταξύ 18-24 μηνών δεν παρατηρείται αντίστοιχη αύξηση (OR 1,1; 95% CI 0,4-3,2) (17).
- Η **σύγκλειση της τομής** της προηγούμενης καισαρικής τομής φαίνεται να έχει, επίσης, σημασία αφού όταν η συρραφή της μήτρας γίνεται σε ένα «στρώμα», με συνεχή ραφή που «κλειδώνει» σε κάθε βήμα, η πιθανότητα ρήξης σε κολπικό τοκετό είναι μεγαλύτερη παρά όταν η σύγκλειση γίνεται σε δύο «στρώματα», με συνεχή ραφή που δεν «κλειδώνει» (3,1% vs 0,5%, OR 3,95 95% CI 1,35-11,49) (18, 19).
- Οι γυναίκες με **υψηλό Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ)** φαίνεται να έχουν μικρότερη πιθανότητα επιτυχίας κολπικού τοκετού μετά από καισαρική: ΔΜΣ>30kg/m<sup>2</sup> OR 0,66 (95% CI 0,54-0,8)-ΔΜΣ>35kg/m<sup>2</sup> OR 0,38 (95% CI 0,3-0,38) (20, 21). Παρόλα αυτά, ο ΔΜΣ δεν αποτελεί απόλυτη αντένδειξη αλλά, σε περίπτωση επείγουσας καισαρικής τομής, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ο μεγαλύτερος χρόνος που θα μεσολαβήσει από την ώρα λήψης της απόφασης μέχρι την γέννηση του νεογνού. Σε νοσογόνο παχυσαρκία (ΔΜΣ>50kg/m<sup>2</sup>) συστήνεται προγραμματισμένη καισαρική λόγω της μικρής πιθανότητας επιτυχίας κολπικού τοκετού και της δυσκολίας στην περίπτωση επείγουσας καισαρικής τομής (22).
- Η **παράταση της κύησης** πέρα των 40 εβδομάδων αυξάνει την πιθανότητα καισαρικής τομής, είτε μετά από αυτόματη έναρξη είτε μετά από πρόκληση τοκετού (25% vs 33,5%, OR 1,5 95% CI 1,2-1,8) (23). Αντίθετα, δεν φαίνεται να αυξάνει την πιθανότητα ρήξης της μήτρας (24,25).
- Υπάρχουν ενδείξεις πως η **προχωρημένη ηλικία της μητέρας** (>35 ετών) μπορεί να ελαττώνει την πιθανότητα επιτυχίας κολπικού τοκετού αλλά τα δεδομένα είναι ανεπαρκή για να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα (26)
- Όταν υπάρχουν ενδείξεις **μακροσωμικού εμβρύου** (>4.000 ή 4.500gr) η πιθανότητα επιτυχίας κολπικού τοκετού ελαττώνεται και, μάλιστα, τόσο περισσότερο όσο μεγαλύτερο είναι το βάρος του εμβρύου, ειδικά αν αυτή η έγκυος δεν έχει γεννήσει ποτέ κολπικά ή αν η προηγούμενη καισαρική τομή πραγματοποιήθηκε λόγω δυστοκίας. Η μακροσωμία δεν φαίνεται να αυξάνει την πιθανότητα ρήξης της μήτρας (23, 27, 28).
- Σε περιπτώσεις όπου έχει ήδη προηγηθεί ρήξη της μήτρας συστήνεται ο επόμενος τοκετός να γίνεται με προγραμματισμένη καισαρική τομή επειδή η πιθανότητα επανάληψης της ρήξης είναι σημαντικά μεγαλύτερη. Συγκεκριμένα, αν η ρήξη ήταν στο κατώτερο τριτημόριο τότε η πιθανότητα αυτή προσδιορίζεται στο 6% ενώ, αν ήταν στο ανώτερο τριτημόριο αυτή εκτιμάται περίπου στο 15% και, λόγω της αυξημένης αυτής πιθανότητας, συστήνεται η προγραμματισμένη καισαρική τομή να πραγματοποιείται μεταξύ 36<sup>ης</sup> και 37<sup>ης</sup> εβδομάδας (42).

<b>Συστάσεις καλής πρακτικής</b>
Η ισχιακή προβολή δεν αποτελεί απόλυτη αντένδειξη κολπικού τοκετού μετά από καισαρική τομή αλλά η έγκυος θα πρέπει να είναι ενήμερη ότι υπάρχουν λίγες πληροφορίες σχετικά με τους κινδύνους που δυνατόν να προκύψουν (SOGC III-B). Ο εξωτερικός μετασχηματισμός πριν την έναρξη του τοκετού δεν αντενδείκνυται (ACOG B)
Η δίδυμη κύηση δεν αποτελεί αντένδειξη για απόπειρα κολπικού τοκετού μετά από Καισαρική τομή (SOGC II-2B). Χρειάζεται προσοχή επειδή υπάρχει αβεβαιότητα ελλείψει επαρκών στοιχείων (RCOG Good practice point)
Σε περιπτώσεις όπου το χρονικό διάστημα μεταξύ των 2 τοκετών είναι μικρότερο από 18 μήνες θα πρέπει η επίτοκος να ενημερώνεται για την αυξημένη πιθανότητα ρήξης της μήτρας (SOGC II-2A)
Όταν η συρραφή της μήτρας στην διάρκεια της 1 <sup>ης</sup> Καισαρικής τομής έγινε σε 1 στρώμα πιθανώς να υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα ρήξης επί απόπειρας κολπικού τοκετού (SOGC II-2A)
Παρόλο που υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του πάχους του κατώτερου τριτημορίου της μήτρας και της πιθανότητας ρήξης, δεν υπάρχει συγκεκριμένη υπερηχογραφική μέτρηση της περιοχής αυτής που να εξασφαλίζει την ασφαλή ή μη περάτωση ενός κολπικού τοκετού μετά από Καισαρική τομή. Κατά συνέπεια, δεν είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί η μέτρηση του πάχους του κατώτερου τριτημορίου της μήτρας στην συμβουλευτική μιας εγκύου (SOGC II-2B)
Όταν ο ΔΜΣ είναι >50kg/m <sup>2</sup> συστήνεται προγραμματισμένη καισαρική τομή λόγω της μικρής πιθανότητας επιτυχίας κολπικού τοκετού και της δυσκολίας στην περίπτωση επείγουσας καισαρικής (CNGOF C)

Η παράταση της κύησης μετά τις 40 εβδομάδες ελαττώνει την πιθανότητα επιτυχίας του κολπικού τοκετού χωρίς να αυξάνει την πιθανότητα ρήξης της μήτρας (CNGOF C, SOGC 2B)

**δ. Υπολογισμός πιθανότητας**

Η πιθανότητα επιτυχίας κολπικού τοκετού μετά από καισαρική εκτιμάται στο 72-75% κι εξαρτάται από συνδυασμό παραγόντων που αφορούν το μαιευτικό ιστορικό, τους δημογραφικούς και άλλους παράγοντες που προϋπήρχαν της κύησης και παράγοντες που διαμορφώνονται κατά την είσοδο της επιτόκου στην αίθουσα τοκετών. Η χρήση συγκεκριμένων αλγορίθμων, όπως αυτός που προτείνεται από πολλές εμβρυομητρικές μονάδες και διατίθεται δωρεάν στο διαδίκτυο (<https://mfmu.bsc.gwu.edu/PublicBSC/MFMU/VGBirthCalc/vagbirth.html>). μπορεί να βοηθήσει στην συζήτηση μεταξύ ιατρού και εγκύου αφού παρέχει πιο συγκεκριμένα στοιχεία και έχει καλή συσχέτιση με την πραγματικότητα (AUC 0,75) (29). Εντούτοις, το πρόβλημα που υπάρχει είναι η χαμηλή αρνητική προγνωστική αξία του και το γεγονός ότι δεν είναι δυνατόν να κάνει πρόβλεψη σχετικά με την μητρική θνησιμότητα και νοσηρότητα. Η υπερηχογραφική μέτρηση του κατώτερου τριτημορίου της μήτρας στο τέλος της κύησης αποδεικνύεται χρήσιμη αφού φαίνεται ότι έχει υψηλή αρνητική προγνωστική αξία αλλά δεν έχει ακόμα μελετηθεί επαρκώς, επομένως δεν πρέπει να αποτελεί κριτικό παράγοντα στην συζήτηση σχετικά με τις πιθανότητες επιτυχίας ή τις επιπλοκές κολπικού τοκετού μετά από καισαρική (βλ Πίνακα 1).

<b>Μέτρηση</b>	<b>Τιμή (mm)</b>	<b>Ευαισθησία</b>	<b>Ειδικότητα</b>
Ολικό πάχος	3,1-5,1	0,63 (CI 0,3-0,7)	0,96(CI 0,89-0,98)
Μόνο μυομήτριο	2,1-4	0,64 (CI 0,26-0,9)	0,94 (CI 0,81-0,98)

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1:** Υπερηχογραφική μέτρηση κατώτερου τριτημορίου της μήτρας ως δείκτης πρόβλεψης ρήξης της μήτρας (τροποποιημένο από 8)

<b>Παράγοντες</b>	<b>Μητρικοί</b>	<b>Μαιευτικοί</b>	<b>Εμβρυικοί</b>
Προγεννητικοί	Ηλικία <30 ετών ΔΜΣ<30kg/m <sup>2</sup> Λευκή φυλή	Ιστορικό κολπικού τοκετού (ειδικά VBAC) Αποκλείεται δυστοκία ως ένδειξη προηγούμενης καισαρικής	Εκτιμώμενο εμβρυικό βάρος <4.000gr
Κατά την έναρξη τοκετού		Αυτόματη έναρξη τοκετού Bishop score>6 κατά την εισαγωγή της επιτόκου στην Αίθουσα τοκετών	

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2:** Παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα επιτυχίας κολπικού τοκετού (τροποποιημένο από 8)



Τελικά, επειδή δεν φαίνεται να υπάρχει κάποιο ασφαλές μαθηματικό μοντέλο που να μπορεί να προσδιορίζει με ακρίβεια την πιθανότητα επιτυχίας ή/και εμφάνισης επιπλοκών, προτείνεται η χρήση των παρακάτω δεικτών για τον προσδιορισμό, κατά προσέγγιση, των παραπάνω πιθανοτήτων.

Συστάσεις καλής πρακτικής
Η πιθανότητα επιτυχίας κοιλιακού τοκετού μετά από καισαρική τομή εκτιμάται στο 72-75% κι εξαρτάται από συνδυασμό διαφόρων παραγόντων
Ιδανικές υποψήφιες για κοιλιακό τοκετό μετά από Καισαρική είναι οι γυναίκες με ιστορικό ενός ή περισσότερων κοιλιακών τοκετών, ειδικά VBAC και/ή αυτές που προσέρχονται με αυτόματη έναρξη τοκετού. Στις περιπτώσεις αυτές η πιθανότητα κοιλιακού τοκετού είναι πολύ μεγαλύτερη (μέχρι και 90%) (RCOG C, SOGC II-2B) και η πιθανότητα ρήξης της μήτρας σημαντικά χαμηλότερη (RCOG C)
Όταν υπάρχουν παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την πιθανότητα επιτυχίας δεν πρέπει να απαγορεύεται η απόπειρα κοιλιακού τοκετού αλλά, ίσως, να αποθαρρύνεται μετά από ενημέρωση για μικρότερη πιθανότητα επιτυχίας (SOGC II-2A)

### III. Πλεονεκτήματα – Μειονεκτήματα: σύγκριση με προγραμματισμένη Καισαρική τομή

- Ποια είναι τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του κοιλιακού τοκετού μετά από Καισαρική τομή σε σύγκριση με την προγραμματισμένη Καισαρική τομή;

#### α. Γενικά στοιχεία

Οι έγκυες με μία Καισαρική τομή στο ιστορικό τους, αντιμετωπίζουν το δίλημμα της απόπειρας

κοιλιακού τοκετού ή της προγραμματισμένης καισαρικής τομής. Κατάλληλες υποψήφιες για απόπειρα κοιλιακού τοκετού είναι εκείνες όπου το όφελος είναι μεγαλύτερο από τις πιθανές επιπλοκές και, η αναλογία αυτή μπορεί να είναι διαφορετική για κάθε γυναίκα και κάθε μαιευτήρα. Η συζήτηση με την έγκυο ως προς τον ιδανικό τρόπο τοκετού, όταν έχει προηγηθεί ήδη μία καισαρική, πρέπει να ξεκινήσει νωρίς στην κύηση και να είναι εξατομικευμένη. Πρέπει να παρουσιαστούν τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της κάθε μεθόδου (απόπειρα για κοιλιακό τοκετό ή προγραμματισμένη καισαρική τομή) που αφορούν τόσο την ίδια την γυναίκα όσο και το έμβρυο. Ιδανικά, θα πρέπει να υπάρχει λίστα θεμάτων που θα πρέπει να θιγούν, να καταγραφούν οι απαντήσεις και να υπογραφεί τόσο από την γυναίκα όσο και από τον επαγγελματία υγείας που έχει δώσει τις πληροφορίες. Η έγκυος θα πρέπει να ενημερωθεί πως όλα τα στοιχεία έχουν προκύψει από μελέτες παρατήρησης και όχι από προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες με αποτέλεσμα τα στοιχεία να μην έχουν τον μέγιστο βαθμό αξιοπιστίας.

Ο επιτυχημένος κοιλιακός τοκετός μετά από καισαρική τομή έχει τις λιγότερες επιπλοκές, ενώ η έγκυος αποφεύγει τους κινδύνους ενός χειρουργείου. Εντούτοις, δεν θα πρέπει να ξεχνάει κανείς πως η πιθανότητα αποτυχίας ανέρχεται περίπου στο 25% ενώ υπάρχει και πιθανότητα ρήξης της μήτρας που εκτιμάται στο 0,5% και καταλήγει σε αυξημένη περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Αντιθέτως, η προγραμματισμένη καισαρική τομή εκθέτει μεν την έγκυο στους κινδύνους ενός χειρουργείου αλλά μηδενίζει την πιθανότητα επείγουσας καισαρικής και επιπλοκών που έχουν σχέση με τον κοιλιακό τοκετό (ρήξεις περινέου, δυστοκία ώμων). Η επαναληπτική καισαρική μετά από αποτυχημένη απόπειρα κοιλιακού τοκετού φαίνεται να έχει την μεγαλύτερη μητρική και περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Παράγοντες	Μητρικοί	Μαιευτικοί	Εμβρυικοί
Προγεννητικοί	Ηλικία > 35 ετών ΔΜΣ > 30 kg/m <sup>2</sup>	Δυστοκία ως ένδειξη προηγούμενης καισαρικής	Εκτιμώμενο εμβρυικό βάρος > 4.000 gr
Κατά την έναρξη τοκετού	Προεκλαμψία	Ανάγκη πρόκλησης τοκετού με προετοιμασία τραχήλου Ανάγκη επίρρωσης / επιτάχυνσης τοκετού	Ηλικία κύησης > 40 εβδομάδες

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3:** Παράγοντες που ελαττώνουν την πιθανότητα επιτυχίας κοιλιακού τοκετού (τροποποιημένο από 8).

Ο τρόπος τοκετού θα πρέπει να έχει αποφασιστεί μέχρι την 37<sup>η</sup> εβδομάδα. Αν δεν έχει υπάρξει έγκαιρη ενημέρωση κατά τη διάρκεια της κύησης, τότε η συζήτηση θα πρέπει να γίνει κατά την εισαγωγή της επιτόκου στην Αίθουσα Τοκετών, από έμπειρο Γυναικολόγο. Τέλος, θα πρέπει να καταγραφεί και ο τρόπος δράσης σε περίπτωση πρόωρου τοκετού.

### β. Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα: μητέρα

Οι διαφορές που προκύπτουν μεταξύ των δύο τρόπων τοκετού όσον αφορά την μητρική θνησιμότητα και νοσηρότητα φαίνονται στον Πίνακα 4.

Στις διαφορές θα πρέπει να συμπεριληφθούν και η μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης μετεγχειρητικού πυρετού και εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης καθώς και η ταχύτερη ανάρρωση και ο μικρότερος χρόνος νοσηλείας μετά από κολπικό τοκετό (32).

Τέλος, είναι σημαντικό να συμπεριληφθούν στην συζήτηση και οι μακροπρόθεσμες επιπλοκές της καισαρικής τομής, η αυξημένη πιθανότητα ανώμαλης θέσης και η παθολογική διείσδυση του πλακούντα. Η πιθανότητα προδρομικού πλακούντα είναι 1% μετά από 1 καισαρική, 1,7% μετά από 2 και 3% μετά από 3. Αντίστοιχα αυ-

ξάνεται και η πιθανότητα ανάγκης μεταγγίσης αίματος και υστερεκτομής λόγω επιπλοκών που προκύπτουν από την παθολογική πρόσφυση του πλακούντα (31). Όσο αυξάνει ο αριθμός των προηγηθείσων καισαρικών τομών τόσο αυξάνει και η πιθανότητα παθολογικής πρόσφυσης του πλακούντα (διεισδυτικός ή στιφρός). Στις περιπτώσεις όπου ο πλακούντας είναι προδρομικός τότε η πιθανότητα στιφρού πλακούντα μπορεί να φτάσει μέχρι και το 67% (όταν έχουν προηγηθεί τουλάχιστον 3 καισαρικές) (31).

### γ. Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα: νεογνό

Τα στοιχεία που υπάρχουν όσον αφορά την νεογνική θνησιμότητα και νοσηρότητα είναι πιο περιορισμένα σε σχέση με αυτά που αφορούν την μητρική θνησιμότητα και νοσηρότητα. Οι επιπλοκές από το νεογνό σχετίζονται, σχεδόν πάντα, με ρήξη της μήτρας και αναφέρονται στον Πίνακα 5.

Γενικότερα, όλες οι νεογνικές επιπλοκές είναι πιθανότερο να εμφανιστούν μετά από απόπειρα κολπικού τοκετού, ειδικά αν ο τοκετός καταλήξει σε επείγουσα καισαρική, εκτός από την παροδική ταχύπνοια και τα σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας που είναι πιο συχνά στις προγραμματισμένες καισαρικές τομές.

Επιπλοκή	Προγραμματισμένη καισαρική	Απόπειρα κολπικού τοκετού	RR (95% CI)
Μητρικός θάνατος	13,4/100.000	3,8/100.000	0,33 (0,13-0,88) Σημαντικά υψηλότερη σε προγραμματισμένη καισαρική
Συνδυασμός μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας	5,6/1.000	10,7/1.000	1,96 (1,76-2,19) Σημαντικά υψηλότερη σε απόπειρα τοκετού
Ρήξη μήτρας	0,5/1.000	3,3/1.000	6,41 (4,84-8,5) Σημαντικά υψηλότερη σε απόπειρα τοκετού
Αιμορραγία	4,6/1.000	6,6/1.000	Μη σημαντική διαφορά
Αιμορραγία και μετάγγιση	1,6/1.000	4,5/1.000	2,8 (2,33-3,37) Σημαντικά υψηλότερη σε απόπειρα τοκετού
Υστερεκτομή	2,8/1.000	1,7/1.000	Μη σημαντική διαφορά
Λοίμωξη	32/1.000	46/1.000	Μη σημαντική διαφορά

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4:** Σύγκριση μεταξύ των δύο τρόπων τοκετού όσον αφορά την μητρική νοσηρότητα και θνησιμότητα (τροποποιημένο από 30, 31).

Έκβαση νεογνού	Προγραμματισμένη καισαρική	Απόπειρα κοιλιακού τοκετού	RR (95% CI)
Περιγεννητικός θάνατος	5/10.000	13/10.000	1,82 (1,24-2,67)
Νεογνικός θάνατος	5/10.000	11/10.000	2,06 (1,35-3,13)
Μόνιμη νευρολογική βλάβη	<1/10.000	8/10.000	
Νεογνικοί σπασμοί	6/10.000	13,8/10.000	2,3 (1,65-3,19)
Σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας	55/1.000	48,5/1.000	0,9 (0,86-0,94)
Παροδική ταχύπνοια	4,2%	3,6%	
Νεογνική θνησιμότητα και νοσηρότητα	14,5/1.000	20,8/1.000	1,49 (1,38-1,61)

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5:** Σύγκριση μεταξύ των δύο τρόπων τοκετού όσον αφορά την νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα (τροποποιημένο από 30, 31).

Συστάσεις καλής πρακτικής
Η πιθανότητα κοιλιακού τοκετού μετά από Καισαρική εκτιμάται από 60-80% (72-75% βάσει του RCOG C).
Η πιθανότητα ρήξης της μήτρας εκτιμάται περίπου στο 0,5% (1 στις 200 περιπτώσεις) (RCOG B, SOGC II-2A)
Η επιτυχημένη έκβαση μιας τέτοιας απόπειρας έχει λιγότερες επιπλοκές, σε σύγκριση με την προγραμματισμένη Καισαρική, τόσο για την επίτοκο όσο και για το νεογνό της (RCOG B). Αντίθετα, η αποτυχημένη απόπειρα που θα καταλήξει σε επείγουσα Καισαρική τομή έχει περισσότερες επιπλοκές και για τους δύο (RCOG B). Γενικά, η πιθανότητα θανάτου της επίτοκου είναι μεγαλύτερη σε προγραμματισμένη Καισαρική ενώ, σε περιπτώσεις απόπειρας κοιλιακού τοκετού υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα ρήξης της μήτρας και μητρικής νοσηρότητας. Εντούτοις, και στις 2 περιπτώσεις, ο απόλυτος κίνδυνος να συμβεί κάτι είναι χαμηλός (SOGC II-2B). Οι υπόλοιπες επιπλοκές που αφορούν στην επίτοκο έχουν παραπλήσια πιθανότητα να συμβούν και στις 2 περιπτώσεις (SOGC II-2B).
Όσον αφορά την περιγεννητική θνησιμότητα, αυτή φαίνεται να είναι μεγαλύτερη στις περιπτώσεις απόπειρας κοιλιακού τοκετού σε σύγκριση με την προγραμματισμένη Καισαρική τομή αλλά, ο απόλυτος κίνδυνος εξακολουθεί να είναι χαμηλός (SOGC II-2B, RCOG C). Σε περιπτώσεις προγραμματισμένης Καισαρικής τομής, παρατηρείται συχνότερα παροδική ταχύπνοια του νεογνού όταν η Καισαρική πραγματοποιείται πριν την 39 <sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης (RCOG C).
Κατά την διάρκεια της συμβουλευτικής, η επίτοκος πρέπει να ενημερωθεί πως σε κάθε επόμενη Καισαρική τομή αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης πλακούντα με χαμηλή πρόσφυση που μπορεί να είναι και διεισδυτικός/στιφρός καθώς και η δημιουργία συμφύσεων στην περιοχή της πυέλου που μπορεί να κάνουν πιο δύσκολη μια επόμενη κοιλιακή επέμβαση (SOGC II-2A, RCOG C).

## IV. Τοκετός

➤ Μπορεί να γίνει πρόκληση τοκετού όταν έχει προηγηθεί Καισαρική τομή;

### α. Πρόκληση-ενίσχυση τοκετού

Η πρόκληση τοκετού προγραμματίζεται είτε για ιατρικούς λόγους πριν την πιθανή ημερομηνία τοκετού είτε λόγω παράτασης της κύησης. Το χρονικό όριο πέραν του οποίου συστήνεται να γίνεται πρόκληση τοκετού καθορίζεται από τα αντίστοιχα εθνικά πρωτόκολλα και δεν διαφοροποιείται σε περιπτώσεις όπου έχει προηγηθεί καισαρική τομή αλλά θα πρέπει να σημειωθεί πως σε περιπτώσεις πρόκλησης τοκετού μετά την 40<sup>η</sup> εβδομάδα παρατηρήθηκε αύξηση της πιθανότητας ρήξης της μήτρας (3,2%) (31). Η πρόκληση τοκετού επιτρέπεται σε περιπτώσεις όπου έχει προηγηθεί μία καισαρική τομή αλλά η έγκυος θα πρέπει να ενημερωθεί πως η πιθανότητα επιτυχίας είναι μικρότερη ενώ συγχρόνως αυξάνεται και η πιθανότητα ρήξης της μήτρας.

Όσον αφορά την πιθανότητα επιτυχίας, αυτή κυμαίνεται μεταξύ 63-66%, ανεξάρτητα από την μέθοδο που χρησιμοποιείται ενώ, παρατηρήθηκε και αύξηση της πιθανότητας επανάληψης της καισαρικής κατά 50% (OR 1,52; 95% CI 1,26,1,83) (31, 33). Η πιθανότητα ρήξης της μήτρας φαίνεται να εξαρτάται από την μέθοδο που χρησιμοποιείται για την πρόκληση.

### α1. Οξυτοκίνη

Η οξυτοκίνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί για πρόκληση τοκετού όταν ο τράχηλος είναι «ώριμος» (Bishop score>6) και στις περιπτώσεις αυτές η πιθανότητα ρήξης της μήτρας είναι μικρή (0,63%)



(34). Αντίθετα, όταν ο τράχηλος δεν είναι «ώριμος» (Bishop score<6), η πιθανότητα ρήξης της μήτρας αυξάνεται σημαντικά (1,1%) (6). Η πιθανότητα ρήξης φαίνεται να είναι δοσοεξαρτώμενη χωρίς όμως να υπάρχει μέγιστη επιτρεπτή δόση χορήγησης οξυτοκίνης (35). Τέλος, η αύξηση της πιθανότητας ρήξης είναι ακόμη μεγαλύτερη όταν έχει προηγηθεί χορήγηση προσταγλανδινών για ωρίμανση του τραχήλου (36). Όσον αφορά την χρήση της οξυτοκίνης για επιτάχυνση του τοκετού, αυτή δεν αντενδείκνυται αφού δεν φαίνεται να αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα ρήξης της μήτρας (0,9%) (37).

### α2. Προσταγλανδίνη E2

Η χρήση προσταγλανδίνης E2 για πρόκληση τοκετού όταν έχει προηγηθεί μία καισαρική δεν συστήνεται από όλες τις επιστημονικές εταιρείες αφού φαίνεται να προκαλεί σημαντική αύξηση της πιθανότητας ρήξης που κυμαίνεται από 1,5-2,2%. Έτσι, το American College of Obstetricians and Gynecologists(ACOG) και το Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) προτείνουν την χρήση της αλλά το Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) δεν υποστηρίζει την άποψη αυτή και αποθαρρύνει την χρήση της (37). Συνεπώς, λόγω της έλλειψης ικανών στοιχείων, η προσταγλανδίνη E2 θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για πρόκληση τοκετού αλλά μόνο μετά από ενημέρωση της επιτόκου πως πρόκειται για μη εγκεκριμένη χρήση του φαρμάκου (off-label use) και πως φαίνεται να αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα ρήξης της μήτρας.

### α3. Μισοπροστόλη

Η μισοπροστόλη αποτελεί αποτελεσματικό φαρμακευτικό παράγοντα για την «ωρίμανση» του τραχήλου και την πρόκληση τοκετού (8). Η χρήση του σε

επίτοκες με ιστορικό καισαρικής τομής περιγράφεται σε μικρές μελέτες και φαίνεται να έχει παραπλήσια ποσοστά επιτυχίας (61%) αλλά σημαντικά υψηλότερα ποσοστά ρήξης της μήτρας που μπορεί να φτάνουν μέχρι και 18% (8, 31). Συνεπώς, η χρήση μισοπροστόλης δεν συστήνεται για την πρόκληση τοκετού σε επίτοκες με ιστορικό προηγούμενης καισαρικής τομής.

### α4. Μηχανικές μέθοδοι

Η τεχνητή ρήξη των εμβρυικών υμένων ή/και η χρήση καθετήρα Foley ή ειδικού καθετήρα πρόκλησης τοκετού με διπλό μπαλόνι φαίνεται να αποτελούν καλές εναλλακτικές λύσεις. Η πιθανότητα επιτυχίας κολπικού τοκετού εκτιμάται στο 56-58% ενώ δεν φαίνεται να αυξάνεται η πιθανότητα ρήξης της μήτρας σε σύγκριση πάντα με την αυτόματη έναρξη τοκετού (38). Εντούτοις, οι μελέτες αυτές περιλαμβάνουν μικρούς αριθμούς ασθενών οπότε η σύσταση για χρήση τους γίνεται με επιφύλαξη.

Συστάσεις καλής πρακτικής
Η πρόκληση τοκετού δεν αντενδείκνυται σε επίτοκες που έχουν στο ιστορικό τους προηγούμενη Καισαρική τομή (SOGC II-2A, ACOG B)
Οι επίτοκες που έχουν στο ιστορικό τους προηγούμενη Καισαρική τομή και εξετάζουν το ενδεχόμενο να υποβληθούν σε πρόκληση τοκετού θα πρέπει να ενημερώνονται ότι υπάρχει αυξημένη πιθανότητα ρήξης της μήτρας (κατά 2-3 φορές) και αυξημένη πιθανότητα επείγουσας Καισαρικής τομής στην διάρκεια της διαδικασίας (κατά 1,5 φορές) (SOGC II-2A, RCOG D).
Η προσταγλανδίνη E1 (μισοπροστόλη) δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται για πρόκληση τοκετού όταν υπάρχει ιστορικό Καισαρικής τομής επειδή αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα ρήξης της μήτρας (SOGC II-2A, ACOG A)

Τρόπος πρόκλησης τοκετού	Πιθανότητα επιτυχίας κολπικού τοκετού (95% CI)	Πιθανότητα ρήξης μήτρας
Οποιαδήποτε μέθοδος	63% (58%-67%)	1,2% (0,9%-1,6%)
Μηχανικές μέθοδοι	54% (49%-59%)	Περιορισμένα στοιχεία
Οξυτοκίνη	62% (53%-70%)	1,1% (0,9%-1,5%)
Προσταγλανδίνη E2	63% (58%-69%)	2% (1,1%-3,5%)
Μισοπροστόλη	61% (27%-90%)	6%

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6:** Πιθανότητα επιτυχίας κολπικού τοκετού και ρήξης της μήτρας ανάλογα με την μέθοδο πρόκλησης τοκετού (Τροποποιημένο από 8).

Η προσταγλανδίνη E2 (δινοπροστόνη) σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα ρήξης της μήτρας, όταν υπάρχει ιστορικό Καισαρικής τομής, και για τον λόγο αυτό δεν προτείνεται η χρήση της για πρόκληση τοκετού (SOGC II-2B). Στις περιπτώσεις όπου ληφθεί τέτοια απόφαση θα πρέπει να ενημερωθεί η επίτοκος πως πρόκειται για μη εγκεκριμένη χρήση του φαρμάκου (off-label use).

Η χρήση οξυτοκίνης για πρόκληση ή ενίσχυση τοκετού δεν αντενδείκνυται όταν υπάρχει ιστορικό Καισαρικής τομής αλλά θα πρέπει να ενημερωθεί η επίτοκος ότι μπορεί να αυξηθεί η πιθανότητα ρήξης της μήτρας. Για τον ίδιο λόγο θα πρέπει να χρησιμοποιείται από έμπειρο Μαιευτήρα-Γυναικολόγο, σε οργανωμένο Μαιευτήριο όπου είναι δυνατόν να εκτελεστεί επείγουσα Καισαρική τομή (SOGC II-2B)

Η χρήση μηχανικών μεθόδων (τεχνητή ρήξη εμβρυικών υμένων, τοποθέτηση καθετήρα Folley ή άλλου καθετήρα που διαστέλλει τον τράχηλο) είναι ασφαλής μέθοδος πρόκλησης τοκετού, σε σύγκριση με την χρήση προσταγλανδινών, όταν υπάρχει ιστορικό προηγούμενης Καισαρικής τομής (SOGC II-2B, RCOG D)

Για τους παραπάνω λόγους δεν συστήνεται η απόπειρα κολπικού τοκετού μετά από καισαρική τομή στο σπίτι αλλά ούτε και σε μικρότερης δυναμικής Μαιευτικά κέντρα που δεν πληρούν τις παραπάνω προδιαγραφές. Επίσης, σε κατάλληλα στελεχωμένα κι εξοπλισμένα κέντρα, συστήνεται η πραγματοποίηση, σε τακτά χρονικά διαστήματα, ασκήσεων ετοιμότητας για αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων όπως είναι η ρήξη της μήτρας. Ακόμη κι αν υπάρχουν όμως όλες οι παραπάνω συνθήκες, πρέπει να γίνει κατανοητό από την επίτοκο και να καταγραφεί στο ιστορικό της πως δεν είναι δυνατόν να εξασφαλιστεί πάντα το βέλτιστο αποτέλεσμα. Όταν η επίτοκος διαμένει σε περιοχή όπου το μαιευτικό κέντρο που θα γεννήσει δεν μπορεί να παρέχει αυτές τις υπηρεσίες τότε θα πρέπει να γίνει συνεννόηση και παραπομπή της επιτόκου σε μεγαλύτερο κέντρο ή να προταθεί η τροποποίηση του πλάνου του τοκετού.

➤ Υπάρχουν κάποιες ιδιαιτερότητες κατά την διάρκεια του τοκετού;

## β. Διενέργεια τοκετού: χώρος, διαχείριση

➤ Που πρέπει να διενεργείται κολπικός τοκετός μετά από Καισαρική τομή;

### β1. Χώρος

Η απόπειρα για κολπικό τοκετό μετά από καισαρική τομή θα πρέπει πάντα να πραγματοποιείται σε οργανωμένο Μαιευτικό κέντρο που να πληροί τις παρακάτω προδιαγραφές:

1. Να υπάρχει δυνατότητα εκτέλεσης επείγουσας καισαρικής τομής σε χρόνο μικρότερο των 30' ή, ακόμη καλύτερα, των 18' από την αναγνώριση βαριάς εμβρυικής δυσπραγίας. Έχει αποδειχθεί ότι όταν η γέννηση νεογνού πραγματοποιείται σε χρόνο μικρότερο των 18' από την εμφάνιση παρατεταμένης εμβρυικής βραδυκαρδίας αποφεύγεται ο νεογνικός θάνατος και ελαττώνεται η πιθανότητα οξέωσης και βαριάς νεογνικής δυσπραγίας (39, 40).
2. Να υπάρχει 24ωρη κάλυψη από Μαιευτήρα - Γυναικολόγο, Αναισθησιολόγο και Νεογνολόγο έμπειρο στην ανάνηψη νεογνού.
3. Να υπάρχει διαθέσιμη χειρουργική αίθουσα και προσωπικό ικανό να συνδράμει σε μια επείγουσα καισαρική τομή, σε 24ωρη βάση.

### β2. Διαχείριση

- Η επίτοκος που θα αποπειραθεί κολπικό τοκετό μετά από καισαρική τομή πρέπει να εκτιμηθεί από κάποιον έμπειρο επαγγελματία υγείας (μαιευτήρα ή μαία) αμέσως μετά την εισαγωγή της στην αίθουσα τοκετών. Ταυτόχρονα θα πρέπει να ενημερωθεί όλο το προσωπικό πως υπάρχει τέτοια προσπάθεια σε εξέλιξη έτσι ώστε να υπάρχει η μέγιστη ετοιμότητα αντιμετώπισης μιας επείγουσας κατάστασης.
- Η παρακολούθηση της κατάστασης του εμβρύου θα πρέπει να γίνεται με συνεχή ηλεκτρονική καταγραφή του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού (ΕΚΡ) αφού οι παθολογικές διαταραχές του φαίνεται να είναι ο καλύτερος δείκτης ρήξης της μήτρας (8). Η χρήση εσωτερικής καρδιοτοκογραφίας ή ενδομήτριου καθετήρα μέτρησης της ενδομητρικής πίεσης δεν είναι απαραίτητη αφού δεν φαίνεται να βελτιώνουν την πιθανότητα πρόβλεψης ρήξης της μήτρας (6).
- Η καμπύλη εξέλιξης του τοκετού είναι ίδια όπως και στις άλλες επίτοκες. Συγκεκριμένα, αν η επίτοκος έχει στο ιστορικό της μία μόνο καισαρική τομή τότε αναμένεται ο ίδιος ρυθμός εξέλιξης όπως σε πρωτοτόκο ενώ, αν έχει προηγηθεί και κολπικός τοκετός τότε η επίτοκος αντιμετωπίζεται σαν πολυτόκος. Συνεπώς, ο ρυθμός

εξέλιξης του τοκετού πρέπει να εκτιμάται σε τακτά χρονικά διαστήματα αφού, η μη εξέλιξη, παρουσία ικανοποιητικών συσπάσεων, για 2-3 ώρες, ακόμη και στην λανθάνουσα φάση του 1<sup>ου</sup> σταδίου, θα πρέπει να επιφέρει επανεκτίμηση του τρόπου τοκετού (8).

- Η επισκληρίδιος αναλγησία μπορεί να χρησιμοποιηθεί όπως και σε κάθε άλλη περίπτωση. Η χρήση της δεν ελαττώνει αλλά δεν είναι και σίγουρο αν βοηθάει στην επιτυχία της προσπάθειας κολπικού τοκετού (6). Η επισκληρίδιος αναλγησία φαίνεται να αυξάνει την πιθανότητα επεμβατικού τοκετού (σικουουλκία ή εμβρυουλκία) (37). Επίσης, θα πρέπει να τονιστεί πως όταν, αιφνιδίως, αυξάνονται οι απαιτήσεις για αναλγησία αυτό πιθανώς αποτελεί ένδειξη για επικείμενη ρήξη της μήτρας (7, 37).
- Η γέννηση του νεογνού και η έξοδος του πλακούντα γίνεται όπως και σε κάθε άλλο τοκετό και δεν είναι απαραίτητη η διενέργεια περινεοτομής, αν δεν υπάρχει άλλη ένδειξη. Επίσης, δεν είναι απαραίτητη η δακτυλική εξέταση του εσωτερικού της μήτρας, μετά το πέρας του τοκετού, προκειμένου να ανιχνευθεί πιθανή ρήξη της μήτρας (6).

### γ. Διάγνωση ρήξης της μήτρας

Η διάγνωση της ρήξης της μήτρας μπορεί να είναι σχετικά δύσκολη επειδή δεν υπάρχει κάποιο διαγνωστικό σημείο που να υποδηλώνει ξεκάθαρα μια τέτοια επιπλοκή. Η παρουσία παραγόντων κινδύνου (2 προηγούμενες καισαρικές, πρόκληση τοκετού ή χρήση οξυτοκίνης για επιτάχυνση του τοκετού, μικρό χρονικό διάστημα μεταξύ κύσεων, κλπ) αυξάνουν την επαγρύπνηση αλλά θα

πρέπει το προσωπικό να έχει υπόψη του ότι ρήξη της μήτρας μπορεί να συμβεί ανεξάρτητα από την ύπαρξη των παραγόντων αυτών. Οι διαταραχές του ΕΚΡ και ειδικά οι επιπλεγμένες μεταβαλλόμενες ή οι όψιμες επιβραδύνσεις και η βραδυκαρδία είναι τα ευρήματα που απαντώνται συχνότερα και μπορεί να εμφανιστούν μέχρι και 60' πριν την ρήξη (41). Η εμφάνισή τους δεν σημαίνει απαραίτητα ρήξη της μήτρας αλλά παραμένει ο πιο αξιόπιστος δείκτης που μπορεί να υποδηλώνει αυτή την επιπλοκή. Η κλασική πάντως τριάδα συμπτωμάτων που είναι οι διαταραχές του ΕΚΡ, το επίμονο κοιλιακό άλγος και η κολπική αιμόρροια εμφανίζονται μόνο στο 9% των περιπτώσεων (8). Αλλά συμπτώματα φαίνονται στον Πίνακα 7.

#### Συστάσεις καλής πρακτικής

Κολπικός τοκετός μετά από Καισαρική τομή πρέπει να αποπειράται μόνο σε Μαιευτικές μονάδες όπου υπάρχει η δυνατότητα άμεσης εκτέλεσης επείγουσας Καισαρικής τομής και ανάνηψης του νεογνού. Ο ιατρός που είναι υπεύθυνος για την επίτοκο θα πρέπει να γνωρίζει την διαθεσιμότητα άλλων ειδικοτήτων και προσωπικού στη Μονάδα (αναισθησιολόγου, νεογνολόγου, προσωπικό χειρουργείου). Όλοι οι παραπάνω πρέπει να είναι ενήμεροι πως στην Αίθουσα τοκετών υπάρχει επίτοκος που θα αποπειραθεί κολπικό τοκετό μετά από Καισαρική τομή (RCOG Good Advice, SOGC III-A, ACOG C).

Κατά τη διάρκεια του τοκετού είναι απαραίτητη η συνεχής καρδιοτοκογραφική παρακολούθηση της επίτοκου και του εμβρύου αφού οι αλλαγές του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού είναι δυνατόν να αποτελεί ένα από τα βασικά σημεία που να υποδηλώνουν ρήξη της μήτρας (SOGC II-2A, ACOG B, RCOG D)

#### Συμπτώματα που σχετίζονται με ρήξη της μήτρας

Διαταραχές του ΕΚΡ (μεταβαλλόμενες ή όψιμες επιβραδύνσεις, παρατεταμένη επιβράδυνση, βραδυκαρδία)

Ταχυσυστολία της μήτρας

Επίμονο κοιλιακό άλγος (τακτική επανάληψη δόσεων επισκληριδίου)

Κολπική αιμόρροια

Αιματοουρία

Μητρική ταχυκαρδία, υπόταση ή υποογκαιμική καταπληξία

Εύκολη κοιλιακή ψηλάφηση εμβρυϊκών μελών

Αιφνίδια απεμπέδωση προβάλλουσας μοίρας

Αιφνίδια εμφάνιση πόνου στο στήθος, στον ώμο ή δύσπνοια

Αιφνίδια μεταβολή του ρυθμού των συσπάσεων

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 7: Συμπτώματα που σχετίζονται με ρήξη της μήτρας.

Η απόπειρα κοιλιακού τοκετού μετά από Καισαρική τομή δεν αποτελεί αντένδειξη για τη χρήση επισκληριδίου (ACOG A). Εντούτοις, αν η επίτοκος επιζητεί συνεχώς δόσεις για αναλγησία, αυτό πρέπει να εγείρει υποψίες για πιθανή ή επικείμενη ρήξη της μήτρας (RCOG D).

Η πιθανή ρήξη της μήτρας πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα με λαπαροτομία κι επείγουσα Καισαρική τομή προκειμένου να περιοριστεί η μητρική και περιγεννητική θνησιμότητα και νοσηρότητα (SOGC III-A)

Επειδή οι πιθανές επιπλοκές ενός κοιλιακού τοκετού μετά από Καισαρική τομή είναι σοβαρές και μη προβλέψιμες, αντενδείκνυται η απόπειρα κοιλιακού τοκετού στο σπίτι σε γυναίκες που έχουν στο ιστορικό μία τουλάχιστον Καισαρική τομή (ACOG C)

## V. Σύνοψη

- Οι περισσότερες γυναίκες που έχουν στο ιστορικό τους προηγούμενη καισαρική τομή μπορούν να επιχειρήσουν κοιλιακό τοκετό σε επόμενη κύηση.
- Τόσο ο κοιλιακός τοκετός όσο και η προγραμματισμένη καισαρική τομή παρουσιάζουν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα τόσο για την μητέρα όσο και για το έμβρυο. Αυτά πρέπει να συζητηθούν με την έγκυο ώστε να αποφασιστεί ο τρόπος τοκετού, ιδανικά πριν την 37<sup>η</sup> εβδομάδα.
- Η πρόκληση τοκετού δεν θα πρέπει να αποτρέπεται αλλά η έγκυος θα πρέπει να ενημερώνεται πως αυξάνει σημαντικά την πιθανότητα ρήξης της μήτρας
- Ο τοκετός πρέπει να πραγματοποιείται σε Μαιευτικό κέντρο που να έχει την απαραίτητη υποδομή και τη δυνατότητα να διαχειριστεί επείγουσα καισαρική τομή και ενδεχόμενη ρήξη μήτρας.
- Δεν συστήνεται η απόπειρα κοιλιακού τοκετού μετά από καισαρική τομή στο σπίτι.
- Οι ενδείξεις χρήσης επισκληριδίου αναλγησίας είναι οι ίδιες όπως και σε κάθε άλλη επίτοκο.
- Συστήνεται η συνεχής ηλεκτρονική παρακολούθηση του ΕΚΡ κατά τη διάρκεια του τοκετού.
- Οι παθολογικές μεταβολές του ΕΚΡ είναι, ίσως, ο πιο αξιόπιστος δείκτης ρήξης της μήτρας.
- Δεν υπάρχει κάποια ιδιαιτερότητα ως προς την ίδια την πράξη του τοκετού.

## VI. Τι αλλάζει σε σχέση με την προηγούμενη οδηγία

- Τονίζονται με μεγαλύτερη ευκρίνεια κάποια σημεία που αφορούν στην διαχείριση του τοκετού.
- Είναι πιο ευκρινείς οι προϋποθέσεις του μαιευτικού κέντρου όπου δύναται να πραγματοποιηθεί κοιλιακός τοκετός μετά από καισαρική τομή.
- Είναι πιο ξεκάθαρες οι καταστάσεις εκείνες που ελαττώνουν την πιθανότητα επιτυχίας του κοιλιακού τοκετού.
- Τονίζεται η σημασία των επαναλαμβανόμενων καισαρικών τομών στην μακροπρόθεσμη υγεία της γυναίκας και, ειδικά, σε επόμενη κύηση (αυξημένη πιθανότητα προδρομικού ή/και διεισδυτικού πλακούντα).

### Ομάδα σύνταξης παρούσας οδηγίας

#### Απόστολος Μαμόπουλος

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Θεσσαλονίκη

#### Άρις Αντσακλής

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αθήνα

#### Σταύρος Σηφάκης

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Κρήτη

#### Μαριάννα Θεοδωρά

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αθήνα

#### Αντώνιος Γκαράς

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Λάρισα

#### Γεώργιος Δασκαλάκης

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αθήνα

### Ομάδα συντονισμού οδηγίων

#### Απόστολος Αθανασιάδης

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Θεσσαλονίκη

#### Θεμιστοκλής Δαγκλής

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Θεσσαλονίκη

#### Παναγιώτης Μπεναρδής

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αθήνα

#### Βασίλειος Περγαλιώτης

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αθήνα

## VII. Βιβλιογραφία

1. World Health Organization Human Reproduction Programme, 10 April 2015. WHO Statement on Caesarean Section Rates. *Reprod Health Matters*. 2015;23:149–150.

2. NHS Maternity Statistics - England, 2014–15 -NHS Digital. Available at: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-maternity-statistics/2014-15>. Accessed July 6, 2018.
3. Health P. Canadian Perinatal Health Report. Public Heal Agency Canada Can Perinat Heal Rep. 2008 Edition. p. 78.
4. Hamilton BE, Martin JA, et al. Births: provisional data for 2017. NVSS Vital Stat Rapid Release. 2018;2:1–21.
5. National Institutes of Health Consensus Development Panel. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Vaginal Birth After Cesarean: New Insights March 8–10, 2010. *Semin Perinatol.* 2010;34:351–365.
6. ACOG PRACTICE BULLETIN No 205, Vaginal Birth After Cesarean Delivery, *Obstet Gynecol* Feb 2019; 133 (2): e110.
7. Birth after previous Caesarean birth, RCOG Green-top guidelines, No 45, October 2015.
8. Dy, J, DeMeester S. SOGC Clinical Practice Guidelines No 382-Trial of labour after Caesarean. *J Obstet Gynaecol Can.* 2019; 41 (7): 992-1011.
9. Tahseen S, Griffiths M. 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.* 2010;117:5–19.
10. Sabol B, Denman MA, Guise JM. Vaginal birth after cesarean: an effective method to reduce cesarean. *Clin Obstet Gynecol.* 2015 Jun;58(2):309-19.
11. ACOG Committee Opinion No. 764: Medically Indicated Late-Preterm and Early-Term Deliveries. *Obstet Gynecol.* 2019;133(2):e151.
12. Gambacorti-Passerini Z, Gimovsky AC, et al. Trial of labor after myomectomy and uterine rupture: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2016 Jul;95(7):724-34. Epub 2016 May 25.
13. Wilson RD, Lemerand K, et al. Reproductive outcomes in subsequent pregnancies after a pregnancy complicated by open maternal-fetal surgery (1996-2007). *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203(3):209.e1.
14. Flamm BL, Fried MW, et al. External cephalic version after previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 163: 370-2.
15. Sansregret A, Bujold E, et al. Twin delivery after a previous cesarean: a twelve-years' experience. *J Obstet Gynecol Can* 2003; 25: 294-8.
16. Varner MW, Thom e, et al. Trial of labor after one previous cesarean delivery for multifetal gestation. *Obstet Gynecol* 2007; 110: 814-9.
17. Bujold E, Gauthier RJ, et al. Risk of uterine rupture associated with an interdelivery interval between 18 and 24 months. *Obstet Gynecol* 2010; 115: 1003-6.
18. Bujold E, Bujold C, et al. The impact of a single-layer or double-layer closure on uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 1326-30.
19. Roberge S, Chaillet N, et al. Single- versus double-layer closure of the hysterotomy incision during cesarean delivery and risk of uterine rupture. *Int J Obstet Gynecol* 2011; 115: 5-10.
20. Bujold E, Hammoud A, et al. The role of maternal body mass index in outcomes of vaginal birth after cesarean. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193: 1517-21.
21. Hibbard JU, Gilbert S, et al. Trial of labor or repeat cesarean delivery in women with morbid obesity and previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2006; 108: 125-33.
22. Sentilhes L, Vayssière C, et al. Delivery for women with a previous caesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013; 170: 25–32.
23. Zelop CM, Shipp TD, et al. Outcomes of trial of labor following previous cesarean delivery among women with fetuses weighing >4000 g. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185:903–5.
24. Kiran TS, Chui YK, et al. Is gestational age an independent variable affecting uterine scar rupture rates? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006;126:68–71.
25. Coassolo KM, Stamilio DM, et al. Safety and efficacy of vaginal birth after cesarean attempts at or beyond 40 weeks of gestation. *Obstet Gynecol* 2005;106:700–6.
26. Srinivas SK, Stamilio DM, et al. Vaginal birth after caesarean delivery: does maternal age affect safety and success? *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007; 21: 114-20.
27. Peaceman AM, Gersnoviez R, et al. The MFMU Cesarean Registry: impact of fetal size on trial of labor success for patients with previous cesarean for dystocia. National Institute of Child Health and Human Development Maternal–Fetal Medicine Units Network. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:1127–31.
28. Leung AS, Farmer RM, et al. Risk factors associated with uterine rupture during trial of labor after cesarean delivery: a case–control study. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:1358–63.

29. Grobman WA, Lai Y, et al. Development of a nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean. *Obstet Gynecol* 2007; 109: 806.
30. Young CB, Liu S, et al. Mode of delivery after a previous cesarean birth and associated maternal and neonatal morbidity. *CMAJ* 2018; 190: E556-64.
31. Guise JM, Eden K, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality, 2010.
32. Reif P, Brezinka C, et al. Labour and Childbirth After Previous Caesarean Section Recommendations of the Austrian Society of Obstetrics and Gynaecology (OEGGG). *Geburtsh Frauenheilk* 2016; 76: 1279-86.
33. Rossi P, Prefumo F. Pregnancy outcomes of induced labor in women with previous cesarean section: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet* 2015; 91: 273-80.
34. Chauhan SP, Martin JN, et al. Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142,075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: a review of the literature. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 408-417.
35. Cahill AG, Waterman BM, et al. Higher maximum doses of oxytocin are associated with an unacceptably high risk for uterine rupture in patients attempting vaginal birth after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 32.e1-32.e5.
36. Landon MB, Hauth JC, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2004; 351: 2581-2589.
37. Tsakiridis I, Mamopoulos A, et al. Vaginal Birth After Previous Cesarean Birth: A Comparison of 3 National Guidelines. *Obstet Gynecol Surv* 2018; 73: 537-43.
38. Kehl S, Weiss C, et al. Balloon catheters for induction of labor at term after previous cesarean section: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016; 204: 44-50.
39. Holmgren C, Scott JR, et al. Uterine rupture with attempted vaginal birth after cesarean delivery: decision-to-delivery time and neonatal outcome. *Obstet Gynecol* 2012; 119: 725-31.
40. Bujold E, Gauthier RJ. Neonatal morbidity associated with uterine rupture: what are the risk factors? *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 311-14.
41. Desscauve D, Bonifazi-Grenouilleau M, et al. Fetal heart rate abnormalities associated with uterine rupture: a case-control study: a new time-lapse approach using a standardized classification. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016; 196: 16-21.
42. Eshkoli T, Weintraub AY, et al. The significance of a uterine rupture in subsequent births. *Arch Gynecol Obstet* 2015; 292: 799-803.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες που αναρτώνται στην επίσημη ιστοσελίδα της Ελληνικής Μαιευτικής και Γυναικολογικής Εταιρείας, βασίζονται σε αντίστοιχες οδηγίες/κείμενα Μαιευτικών και Γυναικολογικών Εταιρειών του εξωτερικού προσαρμοσμένες στην Ελληνική πραγματικότητα και για τη σύνταξή τους χρησιμοποιούνται έγκυρες βιβλιογραφικές αναφορές.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν μπορούν να εφαρμοστούν σε όλες ανεξαιρέτως τις περιπτώσεις και δεν έχουν σκοπό να υποκαταστήσουν την κλινική κρίση του θεράποντος γιατρού. Η περίπτωση κάθε ασθενούς είναι ξεχωριστή και ο γιατρός οφείλει να προσαρμόσει την επιστημονική γνώση στις ιδιαιτερότητες του συγκεκριμένου περιστατικού.