

ΔΥΣΤΟΚΙΑ (ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ)

ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΙΧΑΗΛ, MD, PhD

ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ - ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ



*Σημαντικός αριθμός από τις ακόλουθες
διαφάνειες έχουν παραχωρηθεί ευγενικά
από τον Ομότιμο Καθηγητή Μαιευτικής-
Γυναικολογίας Π.Π. κ. Βασίλειο Τσάπανο*

ΔΥΣΤΟΚΙΑ - ΓΕΝΙΚΑ

- Μη φυσιολογική εξέλιξη του τοκετού
- Η κυριότερη ένδειξη για πραγματοποίηση της 1^η καισαρικής τομής στις ΗΠΑ
- Ασυμφωνία στους ορισμούς διάγνωσης, αντιμετώπισης και τα κριτήρια για το πότε απαιτείται παρέμβαση
- Επειδή η δυστοκία συχνότερα δεν μπορεί να διαγνωστεί με βεβαιότητα, χρησιμοποιείται ο όρος “αδυναμία εξέλιξης”, ο οποίος περιλαμβάνει την απουσία προοδευτικής διαστολής του τραχηλικού στομίου, την απουσία καθόδου της εμβρυϊκής κεφαλής, ή και τα δύο

ΑΙΤΙΑ ΔΥΣΤΟΚΙΑΣ – ΣΥΣΤΟΛΕΣ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

- Κάθε συστολή της μήτρας πρέπει να παράγει πίεση αιχμής έντασης τουλάχιστον 25mmHg. Η βέλτιστη ενδομήτρια πίεση είναι 50-60mmHg
- Εξωτερικό τοκοδυναμόμετρο/ενδομητρικοί καθετήρες πίεσης (*intrauterine pressure catheters –IUPCs*)
- Βέλτιστη συχνότητα των συστολών της μήτρας είναι τουλάχιστον τρεις συστολές σε διάστημα 10 λεπτών - “επαρκείς”
- Οι υπερβολικά συχνές συστολές της μήτρας είναι επιζήμιες: *εμποδίζοντας τα διαστήματα χάλασης της μήτρας μειώνουν την οξυγόνωση της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας*

ΑΙΤΙΑ ΔΥΣΤΟΚΙΑΣ – ΕΜΒΡΥΟ

- Σε έμβρυα εκτιμώμενου βάρους $> 4.000 - 4.500\text{gr}$, ο κίνδυνος για δυστοκία (*ώμων, κεφαλοπυελική δυσαναλογία, κ.α.*) είναι αυξημένος
- Η εμβρυϊκή στάση, η προβολή και το σχήμα επίσης επηρεάζουν την εξέλιξη του τοκετού (*ασυγκλιτισμός, υπερέκταση, μετωπική προβολή, πωγωνική πρόσθια προσωπική προβολή, οπίσθια ινιακή θέση, εμβρυϊκές ανωμαλίες, κ.α.*)

ΑΙΤΙΑ ΔΥΣΤΟΚΙΑΣ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΗΤΡΑ & ΤΗΝ ΜΗΤΕΡΑ

- Ανωμαλίες του σκελετού ή των μαλακών ιστών της μητέρας έχουν αντίκτυπο στο γεννητικό σωλήνα της μαιεύσης
- Στην κεφαλοπυελική δυσαναλογία, οι διαστάσεις της μητρικής πυέλου είναι ανεπαρκείς για το μέγεθος του προβαλλόμενου εμβρυϊκού μέλους
- Στα αίτια από τους μαλακούς ιστούς περιλαμβάνονται: *ανωμαλίες του τραχήλου, όγκοι/βλάβες του παχέος εντέρου ή των εξαρτημάτων, διατεταμένη ουροδόχος, ινομυώματα, υποπλαστικό κέρας της μήτρας, νοσογόνο παχυσαρκία*
- Σε κάποιες γυναίκες, η επισκληρίδιος αναισθησία μπορεί να συμβάλει στη δυστοκία με τη μείωση του τόνου των μυών του πυελικού εδάφους

ΔΥΣΤΟΚΙΑ – ΚΙΝΔΥΝΟΙ

- Χorioamnionίτιδα λόγω καθυστερημένης περάτωσης τοκετού
- Κίνδυνοι καισαρικής τομής ή επεμβατικού τοκετού (*τραυματισμός των μαλακών ιστών στο κατώτερο γεννητικό σύστημα της μητέρας, τραυματισμός του εμβρύου*)

ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ & ΕΜΒΡΥΟΥΛΚΙΑ

ΑΝΑΡΡΟΦΗΤΙΚΗ ΕΜΒΡΥΟΥΛΚΙΑ (ΣΙΚΥΟΥΛΚΙΑ / VACUUM-VENTOUSE)

Ο σωλήνας σιλικόνης μπορεί να καμφθεί σε γωνία 90° στην ένωση με την μεταλλική κάψα,
βοηθώντας στις δυσμενείς θέσεις της εμβρυϊκής κεφαλής

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΑΝΑΡΡΟΦΗΤΙΚΗΣ ΕΜΒΡΥΟΥΛΚΙΑΣ

1. Αποφυγή εισαγωγής ατσάλινων λεπίδων στον κόλπο που καταλαμβάνουν χρήσιμο ωφέλιμο χώρο & προκαλούν ρήξεις - μικρότερος τραυματισμός της μητέρας
2. Μη αναγκαιότητα επακριβούς τοποθέτησης στην εμβρυϊκή κεφαλή, όπως στους μεταλλικούς
3. Άσκηση μικρότερης ενδοκράνιας πίεσης κατά την έλξη

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΑΝΑΡΡΟΦΗΤΙΚΗΣ ΕΜΒΡΥΟΥΛΚΙΑΣ

1. Μητρική εξουθένωση & αδυναμία εξώθησης
2. Ιατρικές καταστάσεις της εγκύου όπου αντενδείκνυται η εξώθηση στο 2^ο στάδιο του τοκετού (π.χ. καρδιοπάθειες, κάποιες οφθαλμοπάθειες)
3. Παρατεταμένο 2^ο στάδιο
4. Ενδείξεις επικείμενης εμβρυϊκής δυσχέρειας

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΜΒΡΥΟΥΛΚΙΑΣ

Ο/Η εκτελών/ούσα τον τοκετό είναι έμπειρος/η & βέβαιος/η ότι:

1. Η διαστολή είναι τελεία
2. Το θυλάκιο είναι ερρηγμένο
3. Η κεφαλή είναι εμπεδωμένη *(ποτέ εφαρμογή σε ανεμπέδωτη κεφαλή)*
4. Η προβολή είναι κεφαλική & η θέση προβολής, τυχόν ασυγκλιτισμός, & ο βαθμός εφίππευσης είναι γνωστά
5. Το εκτιμώμενο εμβρυϊκό βάρος δεν είναι ούτε υπερβολικά μικρό, ούτε υπερβολικά μεγάλο
6. Η ασθενής συναινεί και έχει λάβει την κατάλληλη αναισθησία
7. Η ουροδόχος κύστη είναι άδεια
8. Υφίσταται δυνατότητα διενέργειας επείγουσας ΚΤ, είναι διαθέσιμο εξειδικευμένο προσωπικό νεογνικής ανάνηψης

ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΝΑΡΡΟΦΗΤΙΚΗΣ ΕΜΒΡΥΟΥΛΚΙΑΣ

1. Η ταξινόμηση (και αναφορικά με το ύψος της προβολής) γίνεται όπως με τους μεταλλικούς εμβρυουλκούς
2. Ισχύουν οι ίδιες ενδείξεις & αντενδείξεις όπως και για τους μεταλλικούς εμβρυουλκούς
3. Η βεντούζα δεν πρέπει να εφαρμόζεται σε ανεμπέδωτο ινίο, δηλαδή σε ύψος προβολής άνω του μηδέν (0)
4. Ο εκτελών/επιτηρών την διαδικασία πρέπει να είναι ικανός εγχειρητής
5. Ο εκτελών οφείλει να εγκαταλείψει την προσπάθεια εφόσον η εξέλιξη είναι πολύ αργή, είτε αν η βεντούζα ξεκολλήσει περισσότερες από 3 φορές

ΑΝΑΡΡΟΦΗΤΙΚΗ ΕΜΒΡΥΟΥΛΚΙΑ: ΝΕΟΓΝΙΚΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ

1. Ενδοκρανιακή αιμορραγία
2. Αιμορραγία μεταξύ κρανίου & επικράνιας απονεύρωσης
3. Πληγές στο δέρμα της κεφαλής
4. Υπερχολερυθριναιμία
5. Αιμορραγία στον αμφιβληστροειδή
6. Κεφαλαιμάτωμα

Συνολικά, η επίπτωση **σοβαρών** επιπλοκών με την αναρροφητική εμβρυουλκία φτάνει στο 5%

ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

ΑΙΤΙΕΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ (1)

1. Στον Δυτικό κόσμο, οι γυναίκες αποκτούν λιγότερα παιδιά, συνεπώς αυξημένο ποσοστό τοκετών αφορούν πρωτοτόκες που έχουν αυξημένη πιθανότητα μαίευσης με ΚΤ
2. Η μέση μητρική ηλικία αυξάνει: μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες, ειδικά οι πρωτοτόκες έχουν αυξημένη πιθανότητα μαίευσης με ΚΤ
3. Η ηλεκτρονική παρακολούθηση του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά καισαρικών τομών συγκριτικά με την διαλείπουσα ακρόαση του ΕΚΡ. Ένα “μη καθησυχαστικό ΚΤΓ” (“*nonreassuring*” fetal heart rate) μειώνει τον ουδό πραγματοποίησης ΚΤ, ειδικά όταν συνυπάρχει παθολογική προόδος του τοκετού

ΑΙΤΙΕΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ (2)

4. Στις περισσότερες περιπτώσεις ισχιακής προβολής η μαίευση γίνεται με ΚΤ
5. Μαίευση με μεταλλικούς εμβρυουλκούς δεν διδάσκεται & η εμπειρία προοδευτικά χάνεται
6. Τα ποσοστά πρόκλησης τοκετού αυξάνονται: πρόκληση τοκετού, ειδικά στις άτοκες συνδέεται άρρηκτα με αυξημένα ποσοστά ΚΤ
7. Επιδημία παχυσαρκίας, διεθνώς
8. Τα ποσοστά ΚΤ για γυναίκες με προεκλαμψία αυξήθηκαν, ενώ τα ποσοστά πρόκλησης τοκετού στην ομάδα αυτή μειώθηκαν

ΑΙΤΙΕΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ (3)

9. Οι VBAC (Vaginal birth after cesarean) ελαττώθηκαν από τα υψηλά ποσοστά του 1996 (26%) σε 13.3% (2018) (*USA – CDC data*)

10. Προγραμματισμένες “Elective” ΚΤ πραγματοποιούνται με ολοένα μεγαλύτερη συχνότητα για ποικιλία αιτίων (*επίκληση χαλάρωσης πυελικού εδάφους, ιατρικά-ενδεδειγμένο πρόωρο τοκετό ώστε να ελαττωθεί ο κίνδυνος νεογνικής βλάβης, κατόπιν επιθυμίας εγκύου, κ.α.*)

11. Ιατρονομικοί λόγοι συμβάλλουν κατεξοχήν στα αυξημένα ποσοστά ΚΤ



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ejogrb



Review article

EBCOG position statement on caesarean section in Europe[☆]

European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG)



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS



Society for
Maternal-Fetal
Medicine

OBSTETRIC CARE CONSENSUS

Number 1 • March 2014
(Reaffirmed 2016)

Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery

FIGO Statement

26th June 2020



FIGO Ethics and Professionalism Guideline: Decision Making about Vaginal and Caesarean Delivery

Caesarean birth

NICE National Institute for
Health and Care Excellence

NICE guideline

Published: 31 March 2021

Last updated: 6 September 2023

www.nice.org.uk/guidance/ng192



ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ - ΓΕΝΙΚΑ

- Συνολικά, μια από τις συχνότερες χειρουργικές επεμβάσεις
- Σε παγκόσμια κλίμακα τα ποσοστά μητρικής νοσηρότητας & θνητότητας είναι υψηλότερα συγκριτικά με τον κολπικό τοκετό
- Ενδείξεις: Ιατρικές/Μαιευτικές
- Για τη μητρική επιθυμία ως ένδειξη ΚΤ, υπάρχουν διαφορετικές και αντικρουόμενες απόψεις
- Εάν κατόπιν επαρκούς ενημέρωσης ο κολπικός τοκετός δεν αποτελεί αποδεκτή επιλογή για την έγκυο, πρέπει να προσφέρεται η δυνατότητα καισαρικής, αφού προηγηθεί τεκμηριωμένη ενημέρωση για τους κινδύνους & επιπλοκές (*βραχυπρόθεσμες & μακροπρόθεσμες*) & καταγραφεί η ενημέρωση στον φάκελο

ΚΥΡΙΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Μη εξέλιξη τοκετού
Μη καθησυχαστικό καρδιοτοκογράφημα
Ανώμαλα σχήματα / προβολές εμβρύου
Ανώμαλη πρόσφυση πλακούντα (π.χ. προδρομικός πλακούντας ή αγγεία)
Μητρικές λοιμώξεις με σημαντικό κίνδυνο μετάδοσης κατά τον κολπικό τοκετό (π.χ. ενεργός ερπητική λοίμωξη γεννητικών οργάνων)
Αιμορραγική διάθεση του εμβρύου
Προβολή ή πρόπτωση ομφαλίου λώρου
Υποψία εμβρυϊκής μακροσωμίας (>5.000γρ σε κύσεις μη επιπλεγμένες από διαβήτη, >4.500γρ σε εγκύους με διαβήτη)
Μηχανικά εμπόδια για κολπικό τοκετό (π.χ. σοβαρά παραμορφωμένη πύελος)
Ρήξη μήτρας
Ιστορικό χειρουργείου στη μήτρα με διάνοιξη της ενδομήτριας κοιλότητας, όπως σε λειομυωματεκτομή
Πολύδυμες κύσεις (συστήνεται για όλες τις μονοχοριονικές και για τις διχοριονικές όταν υπάρχουν ανώμαλα εμβρυϊκά σχήματα ή/και μειωμένη εμπειρία του μαιευτήρα)
Ενδομήτρια βραδύτητα της αύξησης του εμβρύου και ανάγκη περάτωσης της κύησης πριν τις 32 εβδομάδες ή εκτιμώμενο βάρος εμβρύου <1.500γρ

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

• Από την μητέρα	1. Νόσοι της μητέρας (ενεργός ερπητική πρωτολοίμωξη, CC, HIV έγκυος με υψηλό ιϊκό φορτίο που δεν λαμβάνει αγωγή) 2. Προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις μήτρας (ινομυωματεκτομή, ΚΤ) 3. Προηγούμενη ρήξη της μήτρας 4. Απόφραξη στο κανάλι του τοκετού (ινομυώματα, Ca ωοθηκών)
• Από το έμβρυο	1. Μη καθησυχαστικό καρδιοτοκογράφημα (βραδυκαρδία, απουσία μεταβλητότητας, scalp pH<7.20) 2. Πρόπτωση ομφαλίδας 3. Ανώμαλες προβολές (ισχιακή ,εγκάρσιο σχήμα, μετωπική) 4. Πολύδυμη κύηση (μη κεφαλικό πρώτο νεογνό, τρίδυμη & άνω) 5. Εμβρυϊκές ανωμαλίες (υδροκέφαλος, ατελής οστεογένεση, κ.α.)
• Από την μητέρα & το έμβρυο	1. Κεφαλοπυελική δυσαναλογία 2. Αποτυχία πρόκλησης τοκετού
• Από τον πλακούντα	1. Αποκόλληση πλακούντα 2. Προδρομικός πλακούντας 3. Πρόδρομα αγγεία

It is SOGC policy to review the content 5 years after publication, at which time the document may be re-affirmed or revised to reflect emergent new evidence and changes in practice.

No. 361, July 2018

No. 361-Caesarean Delivery on Maternal Request



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

ACOG COMMITTEE OPINION

Number 761

(Replaces Committee Opinion No. 559, April 2013)

Committee on Obstetric Practice

This Committee Opinion was developed by the American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice in collaboration with committee members Meredith L. Birsner, MD and T. Flint Porter, MD.

Cesarean Delivery on Maternal Request



The Royal Australian
and New Zealand
College of Obstetricians
and Gynaecologists
Excellence in Women's Health

Caesarean Delivery on Maternal Request (CDMR)

1η ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ - 1

- Η μείωση συχνότητας της πρώτης ΚΤ (*first cesarean*) είναι σημαντική: Μαίευση με ΚΤ στην 1^η κύηση, *προδιαγράφει σε σημαντικό βαθμό* την μαίευση στις κατοπινές κυήσεις
- Τα συχνότερα αίτια πραγματοποίησης της πρώτης ΚΤ είναι η μη εξέλιξη του τοκετού & το μη καθησυχαστικό καρδιοτοκογράφημα
- Όσον αφορά την ενεργό φάση του 1ου σταδίου που συνήθως εξελίσσεται μέσα στην Αίθουσα Τοκετών, ως διακοπή της (*arrest*) ορίζεται η απουσία μεταβολής της διαστολής του τραχήλου όταν αυτή είναι >6cm, μετά από ρήξη των εμβρυϊκών υμένων και: >4 ώρες επαρκών συσπάσεων ή >6 ώρες μη επαρκών συσπάσεων

1η ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ - 2

- Παύση (arrest) του δεύτερου σταδίου του τοκετού συμβαίνει όταν δεν έχουμε γέννηση του νεογνού: α). σε πρωτοτόκο μετά από 3 ώρες χωρίς επισκληρίδιο ή 4 ώρες με επισκληρίδιο αναλγησία & β). σε πολυτόκο μετά από 2 ώρες χωρίς επισκληρίδιο ή 3 ώρες με επισκληρίδιο. Αυτά τα χρονικά όρια θα δικαιολογούσαν περαιτέρω παρέμβαση *(όχι απαραίτητα ΚΤ)*
- Παρά την αντίληψη ότι ενδεχομένως η χρήση της περιοχικής αναλγησίας θα μπορούσε να αυξήσει τη λανθάνουσα φάση του τοκετού και ενδεχομένως την πιθανότητα για ΚΤ, δεν υπάρχουν δεδομένα που να αποδεικνύουν αυτή τη συσχέτιση

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ -1

- Ενδοφλέβια κεφαλοσπορίνη 1ης γενιάς μέσα σε 60' πριν την τομή στο δέρμα. Σε αλλεργία, κλινδαμυκίνη σε συνδυασμό με γενταμυκίνη
- Όταν η ΚΤ πραγματοποιείται στη διάρκεια τοκετού, ή έχει προηγηθεί ρήξη εμβρυϊκών υμένων, επιπροστίθεται ενδοφλέβια χορήγηση 500mg αζιθρομυκίνης
- Σε κυήσεις χαμηλού κινδύνου προτείνεται η ακρόαση των εμβρυϊκών παλμών κατά την εισαγωγή στην Αίθουσα Τοκετών

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ -2

- Ο (συνεχής) καρδιοτοκογραφικός έλεγχος του εμβρύου σε κυήσεις που έχουν χαρακτηριστεί ως υψηλού κινδύνου, είναι δικαιολογημένος
- Για την αντισηψία του δέρματος, η χρήση διαλύματος χλωρεξιδίνης ή ιωδιούχου ποβιδόνης είναι πιθανά εξίσου αποτελεσματική
- Η αντισηψία του κόλπου σε επίτοκες ή εγκύους με ρήξη εμβρυϊκών υμένων που υποβάλλονται σε ΚΤ φαίνεται να ελαττώνει τις μετεγχειρητικές λοιμώξεις

Μέση κάθετη υπομφάλια τομή
είτε
Τροποποιημένη τομή Pfannenstiel

ΚΑΘΕΤΗ	ΧΑΜΗΛΗ ΕΓΚΑΡΣΙΑ
• Στερεά πρόσφυση ουροδόχου από προηγούμενη επέμβαση	• Ευκολότερη στην αποκατάσταση
• Λειομύωμα που καταλαμβάνει το κατώτερο τμήμα της μήτρας	• Λιγότερο πιθανό να ραγεί σε επόμενη κύηση
• Τράχηλος διηθημένος από καρκίνο	• Δεν είναι επιρρεπής σε ανάπτυξη συμφύσεων με έντερο ή επίπλουν
• Εκσεσημασμένη μητρική παχυσαρκία παρεμποδίζει την ασφαλή πρόσβαση στο κατώτερο μητριαίο τμήμα	
• Προδρομικός πλακούντας με πρόσθια εμφύτευση	
• Στιφρός ή διεισδυτικός πλακούντας	
• Εγκάρσιο σχήμα μακροσωμικού εμβρύου	
• Εξαιρετικά μικρό έμβρυο, ειδικά αν είναι ισχιακό	
• Πολύδυμη κύηση	

ΔΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

- Τομή *Pfannenstiel* είτε *Joel-Cohen*
- Συστήνεται καθυστερημένη απολίνωση του ομφαλίου λώρου για 30sec – 2min
- Διαχωρισμός & απομάκρυνση του πλακούντα πραγματοποιείται με ελεγχόμενη έλξη
- Η συρραφή του τοιχώματος της μήτρας να γίνεται σε δύο στρώματα
- Δεν απαιτείται συρραφή του περιτοναίου ή συμπλησίαση με ράμμα των ορθών κοιλιακών
- Επιβάλλεται η σύγκλειση της απονεύρωσής των ορθών κοιλιακών
- Συστήνεται η συρραφή του υποδόριου λίπους όταν το πάχος του ξεπερνάει τα 2cm

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Μετεγχειρητικός έλεγχος λεχωίδας

Συστολική αρτηριακή πίεση (mm Hg)	<90 ή >160
Διαστολική αρτηριακή πίεση (mm Hg)	>100
Σφυγμός (παλμοί/λεπτό)	<50 ή >120
Αναπνευστικός ρυθμός (αναπνοές/λεπτό)	<10 ή >30
Κορεσμός οξυγόνου (%)	<95
Ολιγουρία (ml/h) για ≥ 2 ώρες	<35
Μητρική διέγερση, σύγχυση ή μη ανταπόκριση. Σε ασθενή με προεκλαμψία, πονοκέφαλος ή δύσπνοια.	

- Για την πρόληψη θρομβοεμβολικής νόσου: ταχύτερη κινητοποίηση της λεχωίδας, εφαρμογή ελαστικών καλτσών, Χαμηλού Μοριακού Βάρους Ηπαρίνη (LMWH)

ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΤΗΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Αποτελεί μέθοδο εκλογής στην πλειονότητα. Πλεονεκτήματα:

- Αποφυγή των κινδύνων της ΓΕΑ (εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου, αποτυχία διασωλήνωσης)
- Βελτιωμένη συσταλτικότητα της μήτρας (;
- Επιτρέπει στην μητέρα να ακούσει & να δει το νεογνό της
- Ταχύτερη μετεγχειρητική κινητοποίηση (;
- Η προετοιμασία για επισκληρίδια είναι εντούτοις χρονοβόρα, εάν υπάρχει επείγον & πρέπει να αποφευχθεί η ΓΕΑ μπορεί να γίνει *ραχιαία* αναισθησία.
- Η ΓΕΑ εξακολουθεί να αποτελεί μέθοδο εκλογής όταν αναμένεται μεγάλη αιμορραγία (π.χ. προδρομικός πλακούντας)
- Κάποιες επίτοκες φοβούνται στην προοπτική του “κοιλιακού τοκετού” και απαιτούν την διενέργεια ΓΕΑ

ΠΙΘΑΝΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΜΕΤΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

1. Αιμορραγία
2. Μετεγχειρητικός πυρετός
3. Διάσπαση-Διαπύηση του τραύματος
4. Πνευμονική εμβολή

ΕΠΑΝΑΛΗΠΤΙΚΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ -1

- Σε γυναίκες με προηγούμενη ΚΤ στο κατώτερο μητρίαίο τμήμα και ανεπίπλεκτη κύηση, συνιστάται ο προγραμματισμός της ΚΤ στην διάρκεια της 39^{ης} εβδομάδας κύησης (Grade 2C). Ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος αναπνευστικών προβλημάτων του νεογνού, σε κόστος της πιθανής αυτόματης έναρξης τοκετού
- Σε σταθερές εγκύους με προηγούμενη κάθετη “κλασσική” ΚΤ στον πυθμένα, η νέα ΚΤ πρέπει να προγραμματίζεται στις 36⁺⁰ έως 37⁺⁶ εβδομάδες. Έτσι ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος ρήξης μήτρας που σχετίζεται με αυτόματη έναρξη τοκετού και παράλληλα των κινδύνων πρόωρου τοκετού πριν τις 36 εβδομάδες

ΕΠΑΝΑΛΗΠΤΙΚΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ -2

- Δεν υφίσταται όριο αριθμού ΚΤ κάτω από το οποίο η απουσία επιπλοκών είναι δεδομένη. Χρήσιμο είναι να συζητούνται με την επίτοκο τα αυξημένα ποσοστά επιπλοκών καθώς αυξάνεται ο αριθμός των ΚΤ
- Ειδικά η πιθανότητα διεισδυτικού πλακούντα αυξάνεται σε ευθεία συσχέτιση με τον αριθμό ΚΤ και ακόμη περισσότερο αν υπάρχει προδρομικός πλακούντας

ΧΡΟΝΟΣ ΠΕΡΑΤΩΣΗΣ ΚΥΗΣΗΣ & ΜΑΙΕΥΣΗΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

- Εκλεκτική καισαρική τομή δεν πρέπει να πραγματοποιείται πριν τις 39 εβδομάδες σε ανεπίπλεκτες κυήσεις, καθώς μετά από αυτή την ηλικία κύησης μειώνεται σημαντικά η συχνότητα εμφάνισης & η νοσηρότητα επιπλοκών από το αναπνευστικό των νεογνών

ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΧΡΟΝΟ ΠΕΡΑΤΩΣΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

- 1) Ιστορικό περισσότερων των δύο ΚΤ - δικαιολογημένη από τις 38 εβδομάδες της κύησης
- 2) Ιστορικό λειομυωματεκτομής όπου υπήρξε διάνοιξη της ενδομήτριας κοιλότητας, ή καισαρικής με κάθετη τομή στη μήτρα - δικαιολογημένη από τις 38 εβδομάδες. Σε προηγούμενες ΚΤ όπου η τομή στη μήτρα ήταν σχήματος “J” ή “T” – περάτωση στις 38 εβδομάδες (*λόγω αυξημένης πιθανότητα ρήξης της μήτρας σε έναρξη τοκετού*)
- 3) Ιστορικό ρήξης μήτρας σε προηγούμενη κύηση - ΚΤ από τις 37 εβδομάδες
- 4) Μονοαμνιακή δίδυμη κύηση

ΚΟΛΠΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕΤΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ (VBAC)

ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΚΟΛΠΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΜΕΤΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ (TOLAC)

VAGINAL BIRTH AFTER CESAREAN (VBAC)

- Οι περισσότερες γυναίκες με μονήρη τελειόμηνη ($\geq 37+0$ εβδομάδες) κύηση σε κεφαλική προβολή και ιστορικό προηγούμενης καισαρικής τομής με χαμηλή εγκάρσια τομή 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).

ΚΟΛΠΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕΤΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ - ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

- 1) Ιστορικό λειομυωματεκτομής όπου υπήρξε διάνοιξη της ενδομήτριας κοιλότητας, ή καισαρικής με κάθετη τομή στη μήτρα. Σε προηγούμενες ΚΤ όπου η τομή στη μήτρα ήταν σχήματος “J” ή “T” – περάτωση της κύησης γίνεται στις 38 εβδομάδες (*λόγω αυξημένης πιθανότητα ρήξης της μήτρας σε αυτόματη έναρξη τοκετού*)
- 2) Ιστορικό ρήξης μήτρας σε προηγούμενη κύηση – πραγματοποιείται ΚΤ από τις 37wks
- 3) Μονοαμνιακή δίδυμη κύηση
- 4) Γενική αντένδειξη για κολπικό τοκετό (*π.χ. προδρομικός πλακούντας*)
- 5) Ιστορικό περισσότερων των δύο ΚΤ (*η δυνατότητα απόπειρας κολπικού τοκετού θα πρέπει να συζητηθεί με μαιευτήρα-γυναικολόγο*)



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

INTERIM UPDATE

Feb 2019

ACOG PRACTICE BULLETIN

Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists

NUMBER 205

(Replaces Practice Bulletin Number 184, August 2010)

Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. This Practice Bulletin was developed by the American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics in collaboration with William Grobman, MD.

INTERIM UPDATE: This Practice Bulletin includes a limited, focused update to align with Committee Opinion No. 764, *Medically Indicated Late-Preterm and Early-Term Deliveries*, regarding delivery for previous uterine rupture.

- Οι περισσότερες γυναίκες με μια χαμηλή εγκάρσια ΚΤ είναι υποψήφίες για TOLAC, το οποίο πρέπει να τους παρέχεται (*Level A evidence*)
- Η μισοπροστόλη (προσταγλανδίνη E1) δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για ωρίμανση του τραχήλου ή πρόκληση τοκετού σε ασθενείς με προηγηθείσα ΚΤ, ή όσες έχουν υποβληθεί σε μείζονα επέμβαση στην μήτρα (*Level A evidence*)
- Η επισκληρίδια αναισθησία μπορεί να χρησιμοποιηθεί στο πλαίσιο του TOLAC (*Level A evidence*)

TOLAC – TRIAL OF LABOR AFTER CESAREAN

- Η πιθανότητα επιτυχίας κολπικού τοκετού μετά από καισαρική τομή εκτιμάται στο 72-75% κι εξαρτάται από συνδυασμό διαφόρων παραγόντων
- Ιδανικές υποψήφίες για κολπικό τοκετό μετά από Καισαρική είναι οι γυναίκες με ιστορικό ενός ή περισσοτέρων κολπικών τοκετών, ειδικά VBAC και/ή αυτές που προσέρχονται με αυτόματη έναρξη τοκετού. Στις περιπτώσεις αυτές η πιθανότητα κολπικού τοκετού είναι πολύ μεγαλύτερη (μέχρι και 90%) (RCOG C, SOGC II-2B) & η πιθανότητα ρήξης της μήτρας σημαντικά χαμηλότερη (RCOG C)
- Η διάγνωση της ρήξης της μήτρας μπορεί να είναι σχετικά δύσκολη επειδή δεν υπάρχει παθογνωμονικό διαγνωστικό σημείο. Η πιθανότητα ρήξης της μήτρας φαίνεται να εξαρτάται από την μέθοδο που χρησιμοποιείται για την πρόκληση τοκετού
- Σε περιπτώσεις πρόκλησης τοκετού μετά την 40η wk, αυξημένη πιθανότητας ρήξης μήτρας (3,2%)

