



## Καισαρική Τομή

### Εισαγωγή

Ως καισαρική τομή ορίζεται η επέμβαση κατά την οποία ένα έμβρυο γεννιέται μετά από χειρουργική τομή στο κοιλιακό τοίχωμα και τη μήτρα. Στον ανωτέρω ορισμό δε συγκαταλέγεται η έξοδος του εμβρύου από την περιτοναϊκή κοιλότητα επί κοιλιακής εκτόπου κήσεως ή ρήξεως της μήτρας.

Είναι γεγονός ότι κατά τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται σημαντική αύξηση της συχνότητας των καισαρικών τομών τόσο στη χώρα μας όσο και σε πολλές άλλες περιοχές του δυτικού, κυρίως, κόσμου. Υπολογίζεται πως στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής διενεργούνται ετησίως 1.200.000 καισαρικές τομές. Βέβαια, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το ποσοστό κήσεων που περατώνονται δια καισαρικής τομής στην Ευρώπη ανέρχεται στο 17.8%, όταν σχετικές μελέτες στον ελλαδικό χώρο καταδεικνύουν ποσοστά που αγγίζουν το 47.3%, γεγονός που καθιστά την καισαρική τομή ως μια εκ των συχνότερων μαιευτικών – γυναικολογικών επεμβάσεων στην Ελλάδα.

Η παρούσα κατευθυντήρια οδηγία στοχεύει στη διασφάλιση ποιοτικής φροντίδας υγείας σε περιπτώσεις: α. εγκύων έχουν υποβληθεί κατά το παρελθόν σε καισαρική τομή, β. εγκύων όπου υφίσταται κλινική – μαιευτική ένδειξη για εκτέλεση καισαρικής τομής, γ. εγκύων που σκέφτονται ή δηλώνουν ότι επιθυμούν περάτωση της κήσεως δια καισαρικής τομής ενώ δε συντρέχουν μαιευτικοί – ιατρικοί λόγοι.

Σκοπός της οδηγίας είναι η παροχή τεκμηριωμένων πληροφοριών τόσο στους επαγγελματίες υγείας που υπεύθυνα διαχειρίζονται την παρακολούθηση και περάτωση της κήσεως (Μαιευτήρες – Γυναικολόγους, Αναισθησιολόγους, Παιδιάτρους – Νεογνολόγους, Μαιές – Μαιευτές, Νοσηλεύτες), όσο και στις έγκυες γυναίκες σχετικά με:

- τους σχετικούς κινδύνους αλλά και τα οφέλη της εκλεκτικής (προγραμματισμένης) καισαρικής τομής συγκριτικά με τον προγραμματισμένο κολπικό τοκετό.
- τις ειδικές ενδείξεις εκτέλεσης καισαρικής τομής
- τις αποτελεσματικές μεθόδους που δύνανται να εφαρμοσθούν προκειμένου να αποτραπεί – κατά το δυνατόν - η περάτωση της κήσεως με καισαρική τομή
- τις χειρουργικές και αναισθησιολογικές παραμέτρους φροντίδας
- τις τεχνικές ελάττωσης της προκαλούμενης από την καισαρική τομή μητρικής νοσηρότητας
- τα τοπικά πρωτόκολλα / οδηγίες των οποίων η εφαρμογή μπορεί να επηρεάζει τη συχνότητα των καισαρικών τομών



Είναι γενικώς αποδεκτό ότι η τελική λήψη απόφασης για τον τρόπο περάτωσης της κυήσεως εξατομικεύεται για κάθε γυναίκα ξεχωριστά, με βάση τις ιδιαίτερες ιατρικές – μαιευτικές ενδείξεις της εγκύου, το ατομικό της ιατρικό και χειρουργικό αναμνηστικό αλλά και τις ανάγκες και προτιμήσεις της ίδιας που πρέπει πάντοτε να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη από τον υπεύθυνο Μαιευτήρα – Γυναικολόγο. Εξαιρετικά σημαντικός είναι ο ρόλος της εμπειριστατωμένης πληροφόρησης, βασιζόμενης πάνω σε τεκμηριωμένη γνώση, που πρέπει να λάβει κάθε έγκυος από τους επαγγελματίες υγείας πριν προβεί σε οποιαδήποτε απόφαση. Ο συμβουλευτικός ρόλος του Μαιευτήρα – Γυναικολόγου είναι καταλυτικός, προκειμένου να ενημερώσει υπεύθυνα και αντικειμενικά την έγκυο γυναίκα τόσο για τις ιδιαίτερες, πιθανώς, συνθήκες της συγκεκριμένης κυήσεως, όσο και για τις γενικές τεκμηριωμένες κατευθυντήριες επιστημονικές οδηγίες σχετικά με την επιλογή του τρόπου περάτωσης της κυήσεως. Η καταγραφή της παρεχόμενης πληροφόρησης, οι ιδιαίτερες ενδείξεις (με προσδιορισμό της προεξάρχουσας) και η ενυπόγραφη συγκατάθεση της εγκύου για εκτέλεση καισαρικής τομής μετά από ενδελεχή ενημέρωσή της είναι σημαντικό να περιλαμβάνονται σε ειδικό έντυπο του ιατρικού της φακέλου (Παράρτημα 1, Έντυπο Συναίνεσης Εγκύου για Καισαρική Τομή της Ελληνικής Μαιευτικής και Γυναικολογικής Εταιρείας). Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να λαμβάνεται για την ενημέρωση γυναικών με ανεπαρκή γνώση της ελληνικής γλώσσας ή με δυσκολίες επικοινωνίας. Μετά από σύμφωνη γνώμη της εγκύου, ο σύζυγος και η οικογένειά της, γενικότερα, δύνανται να συμμετέχουν στη διαδικασία ενημέρωσης και λήψεως αποφάσεων. Κάθε έγκυος διατηρεί το δικαίωμα να αρνηθεί ενδεχόμενη πρόταση για περάτωση της κυήσεως δια καισαρικής τομής, ακόμη και εάν υφίστανται σαφείς ενδείξεις οφέλους για την υγεία της ίδιας ή του εμβρύου από την καισαρική τομή. Μετά από πλήρη ενημέρωση, κάθε τέτοια απόφαση της εγκύου, συνοδευόμενη από ενυπόγραφη δήλωσή της, πρέπει να αντιμετωπίζεται με σεβασμό.

Εξίσου σημαντική θεωρείται η παροχή τεκμηριωμένης πληροφόρησης στην έγκυο κατά τη διάρκεια της κυήσεως και όχι μόνον κατά το πέρας αυτής ή κατά τη διαδικασία του τοκετού, σχετικά με την πιθανότητα καισαρικής τομής και τις παραμέτρους που τη συνοδεύουν: ενδείξεις (όπως εμβρυϊκή δυσχέρεια, ή αποτυχία προόδου κατά τη διάρκεια του τοκετού, ισχιακή προβολή κ.α.), μεθόδους, σχετικούς κινδύνους και οφέλη, δυναμικές επιπτώσεις σε μελλοντικές κυήσεις και τοκετούς.

### **Σχετικοί κίνδυνοι και οφέλη**

Η ενημέρωση της εγκύου και η συζήτηση με το Μαιευτήρα – Γυναικολόγο κατά τη διάρκεια της κυήσεως σχετικά με τους δυνητικούς κινδύνους και τα οφέλη που μπορεί να προκύψουν από μια ενδεχόμενη καισαρική τομή είναι σημαντική προκειμένου να σχηματισθεί σαφής άποψη, τεκμηριωμένη τόσο σε επιστημονικά δεδομένα όσο, βέβαια, και στην ιδιοσυγκρασία, τους προβληματισμούς και τη ψυχοσύνθεση κάθε γυναίκας ξεχωριστά. Συχνά, ο φόβος του τοκετού είναι εκείνος που οδηγεί πολλές πρωτοτόκες στην εκδήλωση επιθυμίας για καισαρική τομή. Η διεξοδική συζήτηση με το Μαιευτήρα



– Γυναικολόγο δύναται να αμβλύνει τις υποβόσκουσες φοβίες και να οδηγήσει στην απλοποίηση της εικόνας που μπορεί να έχει σχηματίσει η έγκυος για τη διαδικασία του φυσιολογικού κολπικού τοκετού. Επιπρόσθετα, οι ιδιαίτερες προτεραιότητες και ο στόχος κάθε εγκύου γυναίκας για περισσότερες ακόμη κηήσεις στο μέλλον πρέπει να εκτιμώνται διεξοδικά. Ο κίνδυνος, άλλωστε, ανώμαλης πρόσφυσης πλακούντος σε μελλοντικές κηήσεις με σοβαρές πιθανές συνοδές επιπλοκές, αυξάνει ανάλογα με τον αριθμό των καισαρικών τομών που ενδεχομένως έχουν προηγηθεί.

Με βάση δημοσιευμένες κλινικές και ερευνητικές μελέτες αναφερόμενες σε ανεπίπλεκτες κηήσεις, χωρίς ιστορικό προηγηθείσης καισαρικής τομής, το Βασιλικό Κολλέγιο Μαιευτήρων Γυναικολόγων της Μεγάλης Βρετανίας καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η εκλεκτική (προγραμματισμένη) καισαρική τομή μπορεί να μειώσει, συγκριτικά με το φυσιολογικό κολπικό τοκετό, τον κίνδυνο: α. περινεϊκού και κοιλιακού άλγους κατά τον τοκετό και τις τρεις πρώτες ημέρες της λοχείας, β. τραυματισμού (ρήξεων) του κόλπου, γ. πρώιμης αιμορραγίας μετά τον τοκετό, και δ. μαιευτικής καταπληξίας.

Αντιθέτως, η προγραμματισμένη καισαρική τομή, συγκριτικά με την πρόκληση κολπικού τοκετού, σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο: α. διακομιδής των νεογνών σε μονάδες εντατικής νοσηλείας, β. μεγαλύτερης διάρκειας νοσηλείας της μητέρας, γ. μαιευτικής υστερεκτομίας λόγω αιμορραγίας μετά τον τοκετό, και δ. καρδιακής ανακοπής.

### **Πιθανές ενδείξεις**

*Ισχιακή προβολή.* Έγκυες που φέρουν τελειόμηνη μονήρη κηήση με ισχιακή προβολή, όπου ο εξωτερικός μετασχηματισμός είτε απέτυχε ή δεν εφαρμόστηκε, θα πρέπει να υποβάλλονται σε εκλεκτική καισαρική τομή καθώς έχει αποδειχθεί ότι κατ' αυτόν τον τρόπο μειώνεται η περιγεννητική θνησιμότητα αλλά και η νεογνική νοσηρότητα.

*Πολύδυμος κηήση.* Σε περιπτώσεις διδύμων ανεπίπλεκτων τελειόμηνων κηήσεων, όπου η προβολή του πρώτου διδύμου είναι κεφαλική, τόσο η περιγεννητική νοσηρότητα όσο και η θνησιμότητα του δευτέρου διδύμου είναι αυξημένες. Παρόλα αυτά, η επίδραση της προγραμματισμένης καισαρικής τομής στη βελτίωση του περιγεννητικού αποτελέσματος του δευτέρου διδύμου παραμένει αμφισβητούμενη. Ως εκ τούτου, δε θα πρέπει να προτείνεται η προγραμματισμένη καισαρική τομή ως μέθοδος ρουτίνας στις περιπτώσεις αυτές, εκτός κι εάν περιλαμβάνεται στο πλαίσιο ερευνητικού εγκεκριμένου πρωτοκόλλου.

Σε περιπτώσεις διδύμων τελειόμηνων κηήσεων, όπου η προβολή του πρώτου διδύμου δεν είναι κεφαλική, η επίπτωση της εκλεκτικής καισαρικής τομής στη βελτίωση του περιγεννητικού αποτελέσματος θεωρείται επίσης αμφισβητούμενη. Ωστόσο, σύμφωνα και με τη σύγχρονη κλινική πρακτική, στις περιπτώσεις αυτές πρέπει να προσφέρεται δυνατότητα προγραμματισμένης καισαρικής τομής.



**Πρόωρος τοκετός.** Ο πρόωρος τοκετός σχετίζεται με υψηλότερη νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Παρόλα αυτά, η επίδραση της προγραμματισμένης καισαρικής τομής στη βελτίωση του περιγεννητικού αποτελέσματος, στις περιπτώσεις αυτές, αμφισβητείται. Επομένως, η καισαρική τομή δεν πρέπει να υιοθετείται ως μέθοδος ρουτίνας, εκτός κι εάν αποτελεί τμήμα εγκεκριμένου ερευνητικού προγράμματος.

**Νεογνά μικρά για την ηλικία κήσεως τους.** Ο κίνδυνος νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι υψηλότερος μεταξύ νεογνών 'μικρών για την ηλικία κήσεώς τους'. Ωστόσο, η επίδραση της προγραμματισμένης καισαρικής τομής στη βελτίωση του περιγεννητικού αποτελέσματος, στις περιπτώσεις αυτές, παραμένει υπό αμφισβήτηση. Επομένως, η καισαρική τομή δεν πρέπει να αποτελεί μέθοδο ρουτίνας, εκτός εγκεκριμένων ερευνητικών πρωτοκόλλων. Βέβαια, σε περιπτώσεις διαπιστωμένης σοβαρού βαθμού ενδομήτριας υπολειπόμενης ανάπτυξης και συνοδού εμβρυϊκής δυσχέρειας, η προγραμματισμένη καισαρική τομή αποτελεί τη λύση εκλογής.

**Προδρομικός πλακούντας.** Έγκυες με προγεννητική διάγνωση προδρομικού πλακούντα ο οποίος καλύπτει - μερικώς ή πλήρως - το έσω τραχηλικό στόμιο, ή προδρομικών αγγείων, πρέπει να υποβάλλονται σε καισαρική τομή.

**Ανώμαλη πρόσφυση πλακούντος.** Εάν μεταξύ 32<sup>ης</sup> - 34<sup>ης</sup> εβδομάδος κήσεως, επιβεβαιωθεί η διάγνωση χαμηλής πρόσφυσης πλακούντος σε έγκυες με ιστορικό προηγηθείσας καισαρικής τομής, τότε θα πρέπει να προσφερθεί η δυνατότητα έγχρωμης Doppler υπερηχογραφίας ως πρώτης διαγνωστικής προσέγγισης επί πιθανής ανώμαλης πρόσφυσης πλακούντος.

Εάν η Doppler υπερηχογραφία έγχρωμης ροής καταδειξει ευρήματα συμβατά με ανώμαλη πρόσφυση πλακούντος θα πρέπει η έγκυος να ενημερωθεί για την υψηλή ακρίβεια της μαγνητικής τομογραφίας σε συνδυασμό με την υπερηχογραφία για τη διάγνωση της ανώμαλης πρόσφυσης του πλακούντος αλλά και της αποσαφήνισης του βαθμού της διείσδυσής του στο μυομήτριο. Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα από την εξέταση της μαγνητικής τομογραφίας πρέπει να έχουν καταστεί σαφή στην έγκυο. Επίσης, είναι βασικό να ενημερωθεί η γυναίκα ότι σύμφωνα με τις ισχύουσες μελέτες η διενέργεια μαγνητικής τομογραφίας κατά το δεύτερο και τρίτο τρίμηνο είναι ασφαλής, ωστόσο υφίσταται έλλειμμα τεκμηριωμένων γνώσεων σχετικά με τις μακροπρόθεσμες δυναμικές επιπτώσεις στο παιδί.

Η ιδιαιτερότητα της κατάστασης πρέπει να υπογραμμισθεί στη γυναίκα και το περιβάλλον της και να αναλυθούν όλοι οι κίνδυνοι (όπως το ενδεχόμενο προωρότητας, μεταγίσεων στη μητέρα, μαιευτικής υστερεκτομίας, νοσηλείας σε Μονάδα Εντατικής) αλλά και τα μέτρα πρόληψης που δύνανται να ληφθούν. Η εκλεκτική καισαρική τομή από έμπειρη μαιευτική ομάδα σε οργανωμένα μαιευτικά κέντρα με υψηλή ετοιμότητα των Τμημάτων Αιμοδοσίας - Αιματολογίας, Αναισθησιολογίας, Νεογνολογίας,



Επεμβατικής Ακτινολογίας, Εντατικής Νοσηλείας, Γενικής Χειρουργικής και Ουρολογίας είναι επιβεβλημένη.

Επομένως, όταν πραγματοποιείται καισαρική τομή επί πιθανής ανώμαλης πρόσφυσης πλακούντα, πρέπει να έχει διασφαλισθεί η παρουσία έμπειρου Μαιευτήρος – Γυναικολόγου (ο οποίος μπορεί να ζητήσει τη συνδρομή έμπειρων ιατρών και άλλων ειδικοτήτων), Αναισθησιολόγου και Νεογνολόγου. Επίσης, απαραίτητες προϋποθέσεις είναι η εξασφάλιση της συνδρομής εξειδικευμένου Αιματολόγου για πιθανή συμβουλευτική, η διαθεσιμότητα κλίνης στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας, αλλά και η επιβεβαίωση της επάρκειας των διασταυρωμένων μονάδων αίματος και παραγόντων αίματος.

*Πρόβλεψη περί κεφαλοπυελικής δυσαναλογίας σε επικείμενο τοκετό.* Η πυελομετρία δεν είναι επιβοηθητική στην πρόβλεψη περιπτώσεων αποτυχίας προόδου κατά τον τοκετό και δε θα πρέπει να εφαρμόζεται κατά τη λήψη αποφάσεων που αφορούν στον τρόπο περάτωσης της κυήσεως.

Επίσης, τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά της εγκύου αλλά και το υπολογιζόμενο βάρος του εμβρύου (κλινικά ή υπερηχογραφικά) δε δύνανται να προβλέψουν με ακρίβεια την πιθανότητα κεφαλοπυελικής δυσαναλογίας και ως εκ τούτου δε θα πρέπει να υιοθετούνται για την εκτίμηση ενδεχόμενης αποτυχίας προόδου σε επικείμενο τοκετό.

*Πρόληψη κάθετης μετάδοσης λοιμώξεων της μητέρας στο νεογνό κατά τον τοκετό.*

**α. HIV.** Είναι πολύ σημαντική η έγκαιρη παροχή κατάλληλης πληροφόρησης, ενωρίς κατά την εγκυμοσύνη, σε έγκυες με HIV μόλυνση γύρω από τους κινδύνους και τα οφέλη για τις ίδιες και το κύημα από τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές για τον HIV κατά την κύηση και τους τρόπους περάτωσης της κυήσεως, ώστε να σχηματίσουν εμπεριστατωμένη άποψη και να λάβουν τις ενδεδειγμένες αποφάσεις.

Δε θα πρέπει να προτείνεται καισαρική τομή επί εδάφους HIV λοίμωξης προκειμένου να προληφθεί η κάθετη μετάδοση του ιού στο νεογνό, όταν πρόκειται είτε για έγκυες που λαμβάνουν υψηλά δραστική αντιρετροϊκή αγωγή (HAART) και φέρουν ιικό φορτίο κάτω των 400 αντιγράφων/ml, είτε για έγκυες υπό οποιαδήποτε αντιρετροϊκή αγωγή που φέρουν ιικό φορτίο κάτω των 50 αντιγράφων/ml. Στις προαναφερθείσες περιπτώσεις ο κίνδυνος HIV μετάδοσης είναι παρόμοιος, ανεξαρτήτως του τρόπου τοκετού (προγραμματισμένη καισαρική τομή ή φυσιολογικός κολπικός τοκετός).

Σε γυναίκες που λαμβάνουν άλλη πλην της HAART αντιρετροϊκή αγωγή και το ιικό φορτίο εκτιμάται μεταξύ 50-400 αντιγράφων/ml, αμφότερα τα ενδεχόμενα (καισαρική τομή ή κολπικός τοκετός) είναι ανοικτά, καθώς δεν υπάρχουν επαρκείς τεκμηριωμένες ενδείξεις ότι, στις περιπτώσεις αυτές, η καισαρική τομή προστατεύει το νεογνό από κάθετη μετάδοση του ιού.

Προγραμματισμένη καισαρική τομή πρέπει σαφώς να προσφέρεται στις έγκυες εκείνες



που δε λαμβάνουν αντιρετροϊκή αγωγή, όπως και σε εκείνες που ενώ ευρίσκονται υπό αντιρετροϊκή αγωγή φέρουν ιικό φορτίο υψηλότερο των 400 αντιγράφων/ml.

**β. HBV.** Η κάθετη μετάδοση της ηπατίτιδος Β δύναται να περιορισθεί εάν το νεογνό λάβει ανοσοσφαιρίνη και εμβολιασμό. Δεν υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις ότι η προγραμματισμένη καισαρική τομή οδηγεί σε ελάττωση της πιθανότητας κάθετης μετάδοσης του ιού της ηπατίτιδος Β, κι ως εκ τούτου δε θα πρέπει να προτείνεται σε έγκυες με HBV λοίμωξη.

**γ. HCV.** Έγκυες που φέρουν λοίμωξη από τον ιό της ηπατίτιδος C δεν πρέπει να υποβάλλονται σε προγραμματισμένη καισαρική τομή με βάση την ένδειξη αυτή, καθώς δε μειώνεται κατ' αυτόν τον τρόπο ο κίνδυνος κάθετης μετάδοσης του ιού από τη μητέρα στο νεογνό. Αντιθέτως, προγραμματισμένη καισαρική τομή πρέπει να λαμβάνει χώρα στις περιπτώσεις εγκύων που παρουσιάζουν ταυτόχρονη λοίμωξη από HIV και HCV, καθώς έτσι ελαττώνεται ο κίνδυνος κάθετης μετάδοσης αμφοτέρων των ιών.

**δ. HSV.** Προγραμματισμένη καισαρική τομή πρέπει να προτείνεται σε έγκυες οι οποίες εμφανίζουν κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης πρωτογενή μόλυνση από έρπητα των γεννητικών οργάνων, καθώς συμβάλλει στη μείωση του σχετικού κινδύνου προσβολής του νεογνού από τον ιό.

Αντιθέτως, δεν υπάρχουν σαφή δεδομένα σύμφωνα με τα οποία η προγραμματισμένη καισαρική τομή μειώνει την πιθανότητα ερπητικής λοίμωξης του νεογνού, όταν πρόκειται όχι για πρωτογενή μόλυνση αλλά για υποτροπή ερπητικής λοίμωξης της μητέρας περί τον τοκετό. Επομένως, η εκλεκτική καισαρική τομή επί υποτροπής ερπητικής λοίμωξης, δε θα πρέπει να προτείνεται ως μέθοδος ρουτίνας για την περάτωση της κύησης.

*Επιθυμία της επιτόκου.* Όταν η έγκυος εκφράζει διάθεση επιθυμίας για περάτωση της κύησης δια καισαρικής τομής ενώ δε συντρέχουν ιατρικοί – μαιευτικοί λόγοι, θα πρέπει να ακολουθεί διεξοδική συζήτηση με το Μαιευτήρα – Γυναικολόγο προκειμένου να διερευνηθούν τα αίτια της πρόθεσης αυτής. Θα πρέπει να αναλυθούν οι σχετικοί κίνδυνοι και τα οφέλη της ενδεχόμενης αυτής επιλογής, συγκριτικά με το φυσιολογικό κολπικό τοκετό, τόσο ως προς την παρούσα κύηση όσο και για πιθανές μελλοντικές. Συχνά, ο φόβος και το άγχος του επικείμενου τοκετού, ωθούν πολλές έγκυες στην εκδήλωση επιθυμίας για καισαρική τομή. Θεωρείται καθοριστική η συμβολή ενός επαγγελματία υγείας ειδικού σε θέματα Ψυχολογίας στη Μαιευτική, προκειμένου να τονώσει το ηθικό και τη διάθεση της εγκύου αλλά και να απλουστεύσει την εικόνα της διαδικασίας του φυσιολογικού κολπικού τοκετού που μπορεί να έχει σχηματίσει μια πρωτοτόκος ή και μια έγκυος με δυσάρεστη εμπειρία από προηγούμενο κολπικό τοκετό.

Εάν μετά από επαρκή ενημέρωση και κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη κατά την κύηση, ο φυσιολογικός κολπικός τοκετός δεν αποτελεί για την έγκυο μια αποδεκτή επιλογή, εμμένοντας στην πρόθεσή της για προγραμματισμένη καισαρική τομή, τότε



η δυνατότητα αυτή θα πρέπει να της προσφερθεί με τον απαιτούμενο σεβασμό. Εάν ο Μαιευτήρας – Γυναικολόγος δεν επιθυμεί να εκτελέσει προγραμματισμένη καισαρική τομή απλώς λόγω επιθυμίας της επιτόκου, χωρίς συνοδό μαιευτική ένδειξη, οφείλει να παραπέμψει την έγκυο σε άλλο συνάδελφο ο οποίος θα φέρει εις πέρας την όλη διαδικασία.

**Δείκτης μάζας σώματος.** Αυξημένος δείκτης μάζας σώματος (ακόμη και άνω των 50 kg/m<sup>2</sup>) δε θα πρέπει να εκλαμβάνεται ως ένδειξη εκλεκτικής καισαρικής τομής.

**Λοιπές μαιευτικές ενδείξεις.** Το εγκάρσιο σχήμα του εμβρύου, αλλά και το ιστορικό κλασσικής καισαρικής τομής ή εκπυρήνισης ινομυωμάτων μήτρας με συνοδό διάνοιξη της ενδομητρικής κοιλότητας αποτελούν ενδείξεις εκτέλεσης προγραμματισμένης καισαρικής τομής.

### **Παράγοντες που σχετίζονται με μείωση της πιθανότητας καισαρικής τομής**

Καλό είναι να έχει προηγηθεί ενημέρωση των εγκύων πως η διαρκής υποστήριξή τους κατά τη διάρκεια του τοκετού από επαγγελματίες με εμπειρία σε θέματα Ψυχολογίας στη Μαιευτική ελαττώνει την πιθανότητα καισαρικής τομής.

Έγκυες φέρουσες ανεπίπλεκτες κηήσεις θα πρέπει κατά τη 41<sup>η</sup> εβδομάδα της κηήσεως να ακολουθούν πρόκληση τοκετού, εάν δεν έχει επέλθει αυτόματος έναρξη αυτού, προκειμένου να περιορισθεί ο κίνδυνος περιγεννητικής θνησιμότητας αλλά και η συχνότητα των καισαρικών τομών. Επίσης, η χρήση παρτογράμματος στην Αίθουσα Τοκετών, για την παρακολούθηση της προόδου του τοκετού σε έγκυες με αυτόματη έκλυση τοκετού επί τελειόμηνων ανεπίπλεκτων κηήσεων, έχει σχετισθεί με ελάττωση της πιθανότητας πραγματοποίησης καισαρικής τομής.

Αλλά και η αναζήτηση της συμβολής εμπειρότερων Μαιευτήρων – Γυναικολόγων όταν εγείρονται ζητήματα αμφιβολίας για τον ενδεδειγμένο τρόπο τοκετού, έχει συσχετισθεί με μείωση της επίπτωσης των καισαρικών τομών.

Είναι γεγονός ότι η συνεχής καρδιοτοκογραφική παρακολούθηση του εμβρύου κατά τον τοκετό σχετίζεται με αυξημένη επίπτωση καισαρικών τομών. Όταν τίθεται ένδειξη για διενέργεια καισαρικής τομής λόγω παρατηρούμενων διαταραχών του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού στο καρδιοτοκογράφημα παρακολούθησης, που μπορεί ενδεχομένως να αντικατοπτρίζουν υποψία οξέωσης του εμβρύου, η λήψη αίματος από το τριχωτό της κεφαλής του εμβρύου δύναται να δώσει σαφέστερη διάγνωση μέσω της ακριβούς εκτίμησης του pH του εμβρυϊκού αίματος. Αρκεί κάτι τέτοιο να είναι τεχνικώς εφικτό και να μη συντρέχουν αντενδείξεις.

### **Παράγοντες που δεν επιδρούν στην πιθανότητα εκτέλεσης καισαρικής τομής**

Οι ακόλουθες παρεμβάσεις δε φαίνεται να επηρεάζουν τις πιθανότητες εκτέλεσης ή μη καισαρικής τομής: ενεργός αντιμετώπιση του τοκετού, πρώιμη αμνιοτομή (τεχνητή



ρήξη υμένων), περπάτημα κατά τον τοκετό, μη – καθιστική θέση κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού, εμβύθιση σε νερό ή επισκληρίδιος αναλγησία κατά τον τοκετό.

Επίσης, η εφαρμογή εναλλακτικών τεχνικών κατά τη διάρκεια του τοκετού (βελονισμός, αρωματοθεραπεία, ύπνωση, διατροφικά συμπληρώματα, ομοιοπαθητικά φάρμακα, κινέζικα φαρμακευτικά προϊόντα) δεν έχει επαρκώς διερευνηθεί όσον αφορά στην επίδρασή της στη μείωση των ποσοστών καισαρικής τομής μέσω ευόδωσης της διαδικασίας του κολπικού τοκετού. Επομένως, απαιτείται περαιτέρω έρευνα πριν προταθούν τέτοιες εναλλακτικές μέθοδοι.

Τέλος, καλό είναι να παρέχεται στις έγκυες η ενημέρωση πως η λήψη τροφής χαμηλής περιεκτικότητας σε υπόλειμμα κατά τον τοκετό (τόστ, κράκερς, τυρί με χαμηλά λιπαρά) οδηγεί σε αύξηση του όγκου του γαστρικού περιεχομένου, αλλά ο σχετιζόμενος κίνδυνος εισρόφησης, εάν απαιτηθεί χορήγηση αναισθησίας, αμφισβητείται. Η λήψη ισότονων υγρών διαλυμάτων κατά τον τοκετό προστατεύει την έγκυο από κέτωση, χωρίς συνοδό αύξηση του όγκου του γαστρικού περιεχομένου.

### **Προτεινόμενη ηλικία κυήσεως για εκτέλεση προγραμματισμένης καισαρικής τομής**

Ο κίνδυνος νεογνικής νοσηρότητας εκ του αναπνευστικού συστήματος είναι αυξημένος μεταξύ νεογνών που γεννιούνται δια καισαρικής τομής πριν την έναρξη φαινομένων τοκετού (παρατηρούμενη αύξηση συχνότητας αναπνευστικής δυσχέρειας κατά 2.1-6.8 φορές). Ο κίνδυνος αυτός μειώνεται σημαντικά μετά τη 39η εβδομάδα κυήσεως. Επομένως, δε θα πρέπει να εκτελούνται συστηματικά προγραμματισμένες καισαρικές τομές προ της συμπλήρωσης 39 εβδομάδων κυήσεως.

Σε περιπτώσεις όπου τίθεται ισχυρά ένδειξη για εκλεκτική καισαρική τομή πριν τη συμπλήρωση 39 εβδομάδων κυήσεως (όπως επί προεκλαμψίας, σοβαρού βαθμού ενδομήτριας υπολειπόμενης ανάπτυξης, ή επί προδρομικού πλακούντος με επεισόδια σοβαρής κολπικής αιμόρροιας) η χορήγηση κορτικοστεροειδών προκειμένου να επιτευχθεί πνευμονική ωρίμανση του εμβρύου, φαίνεται πως έχει πεδίο εφαρμογής, βελτιώνοντας το περιγεννητικό αποτέλεσμα.

### **Προσδιορισμός του επειγόντος χαρακτήρα της καισαρικής τομής**

Βέβαια, καισαρική τομή δεν εκτελείται μόνον κατόπιν σχετικού προγραμματισμού. Συχνά απαιτείται εκτέλεση επείγουσας καισαρικής τομής σε έγκυες που έχουν μπει σε διαδικασία τοκετού λόγω σοβαρών καρδιοτοκογραφικών αλλοιώσεων ενδεικτικών εμβρυϊκής δυσχέρειας, αλλά και άλλων μαιευτικών επειγόντων καταστάσεων όπως πρόπτωση ομφαλίδος, ρήξη πρόδρομων αγγείων, ρήξη μήτρας, αποκόλληση πλακούντος κ.α.

Το “επείγον” του χαρακτήρα της καισαρικής τομής πρέπει να δηλώνεται με βάση το ακόλουθο σχήμα κατηγοριοποίησης, προκειμένου να επιτυγχάνεται ξεκάθαρη επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, ώστε να μη χάνεται πολύτιμος χρόνος αλλά και να καθίσταται ευχερής η λογική ιεράρχιση των ενεργειών όταν



αντιμετωπίζονται περισσότερα του ενός ιατρικά επείγοντα περιστατικά:

Κατηγορία 1: άμεσος κίνδυνος για τη ζωή της γυναίκας ή του εμβρύου

Κατηγορία 2: μητρική ή εμβρυϊκή δυσχέρεια, όχι όμως άμεσα απειλητική για τη ζωή της μητέρας ή του εμβρύου

Κατηγορία 3: όχι μητρική ή εμβρυϊκή δυσχέρεια, αλλά ανάγκη πρώιμου τοκετού

Κατηγορία 4: συγχρονισμός του χρόνου της καισαρικής τομής με βάση την επιθυμία της μητέρας ή του προσωπικού

Επομένως, αποκτά ιδιαίτερη σημασία το χρονικό περιθώριο που είναι επιτρεπτό, σε κάθε περίπτωση ξεχωριστά, μεταξύ απόφασης και εκτέλεσης επείγουσας καισαρικής τομής.

Σε περιπτώσεις της κατηγορίας 1 και 2 πρέπει να εκτελείται επείγουσα καισαρική τομή όσο το δυνατό συντομότερα αμέσως μετά τη λήψη της σχετικής απόφασης (ιδιαίτερα για περιπτώσεις κατηγορίας 1 το μεσοδιάστημα μεταξύ απόφασης και εξόδου του εμβρύου πρέπει να είναι κάτω των 30 λεπτών).

Για περιπτώσεις της κατηγορίας 2, μεσοδιάστημα 30-75 λεπτών μεταξύ λήψεως της απόφασης και εκτέλεσης της καισαρικής τομής είναι επιτρεπτό.

Πάντοτε ο Μαιευτήρας – Γυναικολόγος πρέπει να λαμβάνει υπόψη τη γενική κατάσταση τόσο της μητέρας όσο και του εμβρύου όταν αποφασίζει για την εκτέλεση επείγουσας καισαρικής τομής, καθώς σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα πρόκλησης διεγχειρητικών και μετεγχειρητικών επιπλοκών.

### **Προεγχειρητικές εξετάσεις και προετοιμασία για καισαρική τομή**

Πριν από κάθε καισαρική τομή πρέπει να πραγματοποιείται γενική εξέταση αίματος της μητέρας προκειμένου να διαπιστωθεί σε ποιες περιπτώσεις υποβόσκει αναιμία. Παρόλο που απώλεια αίματος άνω των 1000 ml, επισυμβαίνει σπάνια σε καισαρική τομή (4-8% επί του συνόλου των καισαρικών τομών), αποτελεί μια δυνητικά σοβαρή επιπλοκή. Έγκυες που υποβάλλονται σε καισαρική τομή λόγω αιμορραγίας κατά την κύηση, αποκόλλησης πλακούντος, ρήξεως μήτρας ή προδρομικού πλακούντος διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο απώλειας αίματος άνω των 1000 ml και για το λόγο αυτό η επέμβαση πρέπει ιδανικά να λαμβάνει χώρα σε οργανωμένα μαιευτικά κέντρα με αυξημένη ετοιμότητα του Τμήματος Αιμοδοσίας – Αιματολογίας.

Σε υγιείς έγκυες γυναίκες που φέρουν ανεπίπλεκτες κύσεις, δε θα πρέπει να εκτελείται συστηματικά και πριν από κάθε καισαρική τομή: υπερηχογραφικός έλεγχος για προσδιορισμό της θέσεως του πλακούντος (καθώς κάτι τέτοιο δε βελτιώνει τη σχετιζόμενη με την καισαρική τομή νοσηρότητα, όπως εκσεσημασμένη απώλεια αίματος, τραυματισμός του εμβρύου, του ομφαλίου λώρου ή άλλων παρακείμενων ανατομικών δομών).

Η τοποθέτηση ουροκαθετήρα είναι απαραίτητη προκειμένου να προληφθεί και πιθανή υπερδιάταση της ουροδόχου κύστεως, λόγω επίδρασης του επιπέδου αποκλεισμού από την αναισθησία στη φυσιολογική λειτουργία της κύστεως.

**Αναισθησία στην καισαρική τομή**

Η ενημέρωση των εγκύων που πρόκειται να υποβληθούν σε καισαρική τομή σχετικά με τους διάφορους τύπους μετεγχειρητικής αναλγησίας είναι σημαντική, προκειμένου να αποφασίσουν με βάση τις εξατομικευμένες ανάγκες τους.

Η περιοχική αναισθησία πρέπει να προτείνεται σε έγκυες που υποβάλλονται σε προγραμματισμένη καισαρική τομή, περιλαμβανομένων εκείνων με διάγνωση προδρομικού πλακούντος, καθώς είναι ασφαλέστερη και οδηγεί σε ελαττωμένη μητρική και νεογνική νοσηρότητα συγκριτικά με τη γενική αναισθησία.

Η διαδικασία της περιοχικής αναισθησίας σε γυναίκες που πρόκειται να υποβληθούν σε καισαρική τομή πρέπει να ξεκινά στο χώρο της Αιθούσης του Χειρουργείου, καθώς κάτι τέτοιο δε σχετίζεται με αύξηση του άγχους της επιτόκου.

Σε έγκυες που υποβάλλονται σε καισαρική τομή υπό περιοχική αναισθησία, πρέπει να χορηγείται ενδοφλεβίως εφεδρίνη ή φαινυλεφρίνη, αλλά και προφόρτιση με υγρά (κρυσταλλοειδή ή κολοειδή διαλύματα), προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος υπότασης κατά τη διάρκεια της καισαρικής τομής.

Κάθε μαιευτική μονάδα, πρέπει να διαθέτει σετ τραχειοστομίας για την περίπτωση αποτυχίας διασωλήνωσης και δυσχέρειας αερισμού της εγκύου.

Προκειμένου να ελαττωθεί ο κίνδυνος πνευμονίας εξ' εισροφήσεως, θα πρέπει να χορηγούνται στις έγκυες αντιόξινα και φαρμακευτικά σκευάσματα πριν την καισαρική τομή (όπως ανταγωνιστές των H<sub>2</sub> υποδοχέων και αναστολείς της αντλίας πρωτονίων), ώστε να μειωθεί ο όγκος του γαστρικού περιεχομένου και η οξύτητα των γαστρικών υγρών.

Επίσης, προτείνεται η χορήγηση αντιεμετικών προκειμένου να μειωθεί η ναυτία και η τάση προς έμετο κατά τη διάρκεια της καισαρικής τομής.

Επί γενικής αναισθησίας σε μη προγραμματισμένη καισαρική τομή επιβάλλεται προοξυγόνωση, πίεση του κρικοειδούς χόνδρου και ταχεία εισαγωγή στην αναισθησία, ώστε να περιορισθεί ο κίνδυνος εισρόφησης.

Η ενδοφλέβια χορήγηση εφεδρίνης ή φαινυλεφρίνης προτείνεται για την αντιμετώπιση της υπότασης κατά την καισαρική τομή. Το χειρουργικό τραπέζι θα πρέπει κατά την καισαρική τομή να φέρει ελαφρά κλίση 150 προς την αριστερά πλευρά, καθώς κάτι τέτοιο μειώνει την πιθανότητα υπότασης της μητέρας (αποσυμπίεση κάτω κοίλης φλέβας).

**Χειρουργικές τεχνικές στην καισαρική τομή**

Οι επαγγελματίες υγείας που χειρουργούν ή βοηθούν κατά τη διάρκεια της καισαρικής τομής επί οροθετικής εγκύου πρέπει να φορούν διπλά προστατευτικά γάντια, προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος HIV μόλυνσης του προσωπικού. Όπως είναι αυτονόητο, οι γενικές συστάσεις περί ασφαλούς χειρουργικής πρακτικής πρέπει να ακολουθούνται κατά γράμμα στις περιπτώσεις καισαρικών τομών επί οροθετικών εγκύων.



Η καισαρική τομή πρέπει να εκτελείται διαμέσου εγκαρσίας τομής του κοιλιακού τοιχώματος, η οποία σχετίζεται με ελαττωμένα επίπεδα μετεγχειρητικού άλγους και καλύτερο αισθητικό αποτέλεσμα συγκριτικά με την κάθετη τομή.

Η εγκάρσια τομή εκλογής θα πρέπει να είναι η τομή Joel Cohen (ευθεία εγκαρσία τομή του δέρματος τρία εκατοστά άνωθεν της ηβικής σύμφυσης, με τους υποκείμενους ιστούς να διανοίγονται αμβλέως και εάν είναι απαραίτητο με ψαλίδι και όχι νυστέρι), καθώς η μέθοδος αυτή σχετίζεται με μικρότερο χειρουργικό χρόνο και ελαττωμένη μετεγχειρητική επίπτωση πυρετικής κίνησης. Δεν προτείνεται η χρησιμοποίηση ξεχωριστών νυστεριών για την τομή στο δέρμα και τη διατομή των υποκείμενων ιστών κατά την καισαρική τομή, καθώς δε μειώνεται κατ' αυτόν τον τρόπο η πιθανότητα επιμόλυνσης του τραύματος. Η αμβλεία, με τα δάκτυλα του Μαιευτήρος, επέκταση της χαμηλής εγκαρσίας τομής επί του κατωτέρου προσθίου τοιχώματος της μήτρας, προτιμάται από εκείνη με τη χρήση χειρουργικού ψαλιδιού, καθώς μειώνει την απώλεια αίματος αλλά και την επίπτωση τόσο της αιμορραγίας μετά τον τοκετό, όσο και της συνοδού ανάγκης μεταγγίσεων.

Οι έγκυες που πρόκειται να υποβληθούν σε καισαρική τομή πρέπει να είναι ενήμερες ότι ο κίνδυνος τραυματισμού του εμβρύου ανέρχεται περί το 2%. Εμβρυολογικοί δύνανται να χρησιμοποιηθούν κατά την καισαρική τομή, μόνον εάν προκύψει δυσκολία κατά τον τοκετό της εμβρυϊκής κεφαλής. Η επίδραση της συστηματικής εφαρμογής εμβρυολογικών κατά την καισαρική τομή στη νεογνική νοσηρότητα παραμένει αδιευκρίνιστη.

Αργή ενδοφλέβια χορήγηση 5 μονάδων ωκυτοκίνης μετά την έξοδο του εμβρύου κατά την καισαρική τομή βοηθά στη συσταλτικότητα της μήτρας και στη μείωση της απώλειας αίματος. Η υστεροτοκία πρέπει να επιτελείται με ελεγχόμενη έλξη του ομφαλίου λώρου και όχι με δακτυλική αποκόλληση, καθώς μια τέτοια προσέγγιση ελαττώνει τον κίνδυνο εκδήλωσης ενδομητρίτιδος.

Η αποκατάσταση της μήτρας κατά την καισαρική τομή πρέπει να λαμβάνει χώρα εντός της περιτοναϊκής κοιλότητας. Η έξοδος της μήτρας εκτός της κοιλίας από το Μαιευτήρα δε συνιστάται, καθώς σχετίζεται με αυξημένη έκλυση άλγους, χωρίς να οδηγεί σε βελτίωση του διεγχειρητικού αποτελέσματος (αιμορραγία ή λοίμωξη). Η αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της σύγκλεισης της τομής της μήτρας σε ένα στρώμα παραμένει υπό αμφισβήτηση. Εκτός των περιπτώσεων που συγκαταλέγονται στο πλαίσιο ερευνητικών πρωτοκόλλων, προτείνεται η σύγκλειση της τομής της μήτρας να πραγματοποιείται σε δυο στρώματα.

Δε θα πρέπει να επιτελείται σύγκλειση του περιτοναίου κατά την καισαρική τομή. Κάτι τέτοιο οδηγεί σε ελάττωση του χειρουργικού χρόνου και της ανάγκης για μετεγχειρητική αναλγησία, ενώ βελτιώνει το επίπεδο ικανοποίησης της μητέρας. Στις σπάνιες εκείνες περιπτώσεις όπου επιτελείται καισαρική τομή διαμέσου κάθετης τομής των κοιλιακών τοιχωμάτων, η σύγκλεισή τους θα πρέπει να πραγματοποιείται σε ένα στρώμα με ολικού πάχους βραδέως απορροφήσιμο ράμμα και συνεχή ραφή, τεχνική



που οδηγεί σε ελαττωμένη επίπτωση μετεγχειρητικής κοιλιοκήλης και εξεντέρωσης συγκριτικά με τη σύγκλιση κατά στρώματα.

Η συστηματική σύγκλιση του υποδόριου στρώματος δεν προτείνεται παρά μόνον εάν η έγκυος φέρει άνω των δυο εκατοστών υποδόριο λιπώδη ιστό, καθώς δε φαίνεται πως η σύγκλιση του υποδόριου μειώνει την πιθανότητα επιμόλυνσης του τραύματος κατά την καισαρική τομή. Επίσης, δεν προτείνεται η τοποθέτηση παροχέτευσης στο υποδόριο στρώμα κατά την καισαρική τομή, καθώς δεν έχει καταδειχθεί συσχέτιση της εν λόγω τεχνικής με ελάττωση της επίπτωσης επιμόλυνσης ή αιματώματος στην περιοχή του χειρουργικού τραύματος. Οι Μαιευτήρες – Γυναικολόγοι πρέπει να γνωρίζουν ότι η επίδραση των ραμμάτων από διαφορετικά υλικά, αλλά και των διαφορετικών μεθόδων συρραφής του δέρματος μετά την καισαρική τομή δεν έχει ακόμη καταστεί σαφής.

Σε όλες τις περιπτώσεις εκείνες όπου πραγματοποιείται καισαρική τομή λόγω υποψίας εμβρυϊκής δυσχέρειας, πρέπει να λαμβάνει χώρα μέτρηση pH σε δείγμα αίματος από την ομφαλική αρτηρία, προκειμένου να εξετάζεται το “καλώς έχουν” του νεογνού και να εκτιμάται η πορεία της περαιτέρω φροντίδας που πρέπει αυτό να λάβει.

Ιδιαίτερες επιθυμίες της μητέρας κατά τη διάρκεια της καισαρικής τομής, (όπως επιλογή της μουσικής στο χώρο της χειρουργικής αιθούσης, χαμηλό χειρουργικό πλαίσιο ώστε να δει και η ίδια τη γέννηση του μωρού της, ή ησυχία προκειμένου το νεογνό να ακούσει τη φωνή της μητέρας του πρώτη από όλες) πρέπει να υλοποιούνται κατά το δυνατό.

### **Χημειοπροφύλαξη στην καισαρική τομή**

Πρέπει να χορηγείται χημειοπροφύλαξη κατά την καισαρική τομή, πριν μάλιστα από τη διατομή του δέρματος. Κατ’ αυτόν τον τρόπο μειώνεται ο κίνδυνος λοίμωξης της μητέρας, περισσότερο απ’ ότι εάν η χημειοπροφύλαξη δοθεί μετά τη διατομή του δέρματος, ενώ δεν έχει διαπιστωθεί καμία αρνητική επίπτωση για το έμβρυο.

Πρέπει να επιλέγονται αντιβιοτικά αποτελεσματικά έναντι της ενδομητρίτιδος, των λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος και του τραύματος, επιπλοκές οι οποίες σημειώνονται σε ποσοστό περί το 8% επί του συνόλου των εγκύων που υποβάλλονται σε καισαρική τομή. Δεν πρέπει, ωστόσο, να χορηγείται συνδυασμός αμοξικιλίνης – κλαβουλανικού οξέος κατά τη χημειοπροφύλαξη προ της διατομής του δέρματος σε καισαρική τομή.

### **Θρομβοπροφύλαξη στην καισαρική τομή**

Θρομβοπροφύλαξη πρέπει να χορηγείται στις έγκυες που υποβάλλονται σε καισαρική τομή, καθώς διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου. Η επιλογή των κατάλληλων μεθόδων για προφύλαξη έναντι της θρομβοεμβολικής νόσου (όπως ελαστικές κάλτσες διαβαθμισμένης συμπίεσης, ενυδάτωση, ταχεία κινητοποίηση, χορήγηση χαμηλού μοριακού βάρους ηπαρίνης υποδορίως) πρέπει να



εξατομικεύεται με βάση το ιστορικό και τους προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου για θρομβοεμβολή κάθε γυναίκας ξεχωριστά.

### **Φροντίδα του νεογνού μετά από καισαρική τομή**

Η παρουσία κατάλληλα εκπαιδευμένου Παιδιάτρου – Νεογνολόγου, με δεξιότητες στην ανάνηψη νεογνών είναι επιβεβλημένη όταν εκτελείται καισαρική τομή υπό γενική αναισθησία, ή όταν υφίστανται ενδείξεις περί εμβρυϊκής δυσχέρειας.

Τα νεογνά που γεννιούνται με καισαρική τομή είναι πιο πιθανό να παρουσιάζουν χαμηλότερη θερμοκρασία, κι ως εκ τούτου η φροντίδα στο ζεστό περιβάλλον που εξασφαλίζει το θερμαινόμενο κουνάκι των νεογνών είναι αναγκαία. Η πρώιμη επάφη δέρμα με δέρμα μεταξύ μητέρας και νεογνού πρέπει να ενθαρρύνεται καθώς βελτιώνει τις δεξιότητες και τη συμπεριφορά της μητέρας απέναντι στο νεογνό, επάγει θετικά αποτελέσματα όσον αφορά στο μητρικό θηλασμό και τις αντιλήψεις της μητέρας, ενώ ελαττώνει το κλάμα του νεογνού.

Όπως και σε ένα εργώδη κοιλικό τοκετό, έτσι και μετά από μια δύσκολη καισαρική τομή είναι δυνατό να παρατηρηθούν επιπλοκές στο νεογνό. Η συχνότητά τους, βέβαια, είναι γενικώς μειωμένη συγκριτικά με την αντίστοιχη επί κοιλικού τοκετού. Έτσι, λοιπόν, σε περιπτώσεις κατά τις οποίες εκτελείται καισαρική τομή λόγω μη προόδου κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού και ενώ η εμβρυϊκή κεφαλή είναι εμπεδωμένη βαθιά στην πύελο, είναι δυνατό λανθασμένη χειρουργική τεχνική να οδηγήσει σε κατάγματα κρανίου ή ενδοκρανιακή αιμορραγία. Επομένως, η απεμπέδωση της κεφαλής από τρίτο βοηθό διακοιλικά σε τέτοιες περιπτώσεις ίσως δρα βοηθητικά, ενώ η δυναμική εκτίμηση της καταστάσεως στην Αίθουσα Τοκετών και η δυνητική επιλογή περάτωσης της κυήσεως μέσω υποβοηθούμενου κοιλικού τοκετού (εμβρουσκίας) πρέπει να εξετάζεται και από εμπειρότερους Μαιευτήρες πριν η επίτοκος οδηγηθεί στη χειρουργική αίθουσα. Επίσης, πάρεση βραχιονίου πλέγματος επί δυσχέρειας στον τοκετό των ώμων λόγω εμβρυϊκής μακροσωμίας δύναται να παρατηρηθεί και μετά από καισαρική τομή. Τέλος, κατά τον τοκετό επομένης κεφαλής επί ισχιακής προβολής μπορεί να επισυμβούν κατά την καισαρική τομή (σπανιότερα σε σχέση με τον κοιλικό τοκετό) τραυματισμοί της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης του εμβρύου, του νωτιαίου μυελού ή της σπονδυλικής αρτηρίας.

Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε καισαρική τομή πρέπει να λαμβάνουν πρόσθετη βοήθεια και ψυχολογική ενίσχυση προκειμένου να ξεκινήσουν το θηλασμό όσο το δυνατό πιο ενωρίς, αμέσως μετά τη γέννηση του νεογνού τους. Αυτό, διότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε καισαρική τομή είναι λιγότερο πιθανό να ξεκινήσουν το θηλασμό κατά τις πρώτες λίγες ώρες μετά τη γέννηση του νεογνού, ωστόσο μετά από κατάλληλη ενθάρρυνση και όταν πια ο θηλασμός ξεκινήσει, έχουν τις ίδιες πιθανότητες να συνεχίσουν αποτελεσματικά όπως ακριβώς και οι λεχωίδες μετά από φυσιολογικό κοιλικό τοκετό.

**Φροντίδα της λεχωϊδος μετά από καισαρική τομή**

Παρόλη τη σπανιότητα της κατάστασης, είναι γεγονός ότι γυναίκες που υποβάλλονται σε καισαρική τομή φέρουν αυξημένο κίνδυνο, συγκριτικά με λεχωϊδες μετά από φυσιολογικό κολπικό τοκετό, ανάγκης νοσηλείας σε Μονάδα Εντατικής (συχνότητα 9 περιπτώσεων / 1000 καισαρικές τομές).

Μετά από την ολοκλήρωση καισαρικής τομής υπό γενική αναισθησία, κάθε λεχωϊδα πρέπει να παρακολουθείται αποκλειστικά από ένα κατάλληλα εκπαιδευμένο μέλος του προσωπικού, μέχρι να ανακτήσει τον έλεγχο του αεραγωγού της αλλά και της καρδιοαναπνευστικής της λειτουργίας με σαφή ικανότητα επικοινωνίας.

Μετά την ανάνηψη από την αναισθησία, η παρακολούθηση των ζωτικών σημείων της λεχωϊδος (ρυθμού αναπνοών, καρδιακού ρυθμού, αρτηριακής πίεσης, πόνου και καταστολής) πρέπει να λαμβάνει χώρα κάθε μισή ώρα για τις πρώτες δυο ώρες. Ακολουθως ανά ώρα υπό την προϋπόθεση ότι τα σημεία αυτά είναι σταθερά ή ικανοποιητικά. Εάν σημειώνεται αποσταθεροποίηση των σημείων αυτών, τότε απαιτείται περισσότερο συχνή παρακολούθηση και ιατρική επανεκτίμηση.

Λεχωϊδες που έχουν υποβληθεί σε χορήγηση οπιοειδών υπαραχνοειδώς, πρέπει να παρακολουθούνται κάθε μια ώρα (εκτίμηση ρυθμού αναπνοής, καταστολής και κλίμακας πόνου) για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 12 ωρών εάν έχει χορηγηθεί διαμορφίνη, ή 24 ωρών εάν έχει δοθεί μορφίνη.

Οι λεχωϊδες που έχουν λάβει οπιοειδή επισκληριδίως ή ελέγχουν οι ίδιες τον πόνο μέσω αντλίας ελεγχόμενης αποδέσμευσης οπιοειδών, πρέπει να εκτιμώνται συστηματικά ανά ώρα (ρυθμός αναπνοής, καταστολή και κλίμακα πόνου) κατά τη διάρκεια της αγωγής και για διάστημα τουλάχιστον δυο ωρών μετά το πέρας αυτής.

Η διαμορφίνη θεωρείται ως η καταλληλότερη επιλογή για τη διαχείριση της διεγχειρητικής και μετεγχειρητικής αναλγησίας (0.3 – 0.4 mg υπαραχνοειδώς), καθώς περιορίζει σαφώς τις ανάγκες συμπληρωματικής αναλγητικής αγωγής. Η επισκληριδiosis χορήγηση διαμορφίνης (2.5 – 5 mg) αποτελεί ιδανική εναλλακτική επιλογή. Επίσης, προτείνεται η ελεγχόμενη από τη λεχωϊδα αναλγησία μέσω ειδικών αντλιών αποδέσμευσης οπιοειδών αναλγητικών μετά από καισαρική τομή, καθώς σχετίζεται με βελτίωση του αισθήματος ανακούφισης από το μετεγχειρητικό άλγος.

Εάν δε συντρέχουν αντενδείξεις, συνιστάται η χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων μετά την καισαρική τομή, συμπληρωματικά με τα λοιπά αναλγητικά, καθώς φαίνεται πως μειώνουν την ανάγκη χορήγησης οπιοειδών.

Οι γυναίκες που αναρρώνουν ομαλά μετά από καισαρική τομή και δεν παρουσιάζουν επιπλοκές μπορούν να πιούν ή να λάβουν τροφή όταν νιώσουν το αντίστοιχο αίσθημα της δίψας ή πείνας.

Η απομάκρυνση του ουροκαθετήρα κύστεως πραγματοποιείται όταν η γυναίκα κινητοποιηθεί μετά από περιοχική αναισθησία και όχι ενωρίτερα από χρονικό διάστημα δώδεκα ωρών από την τελευταία επισκληριδiosis δόση συντήρησης της αναλγησίας.

Δεν προτείνεται συστηματικά φυσικοθεραπεία του αναπνευστικού συστήματος σε



γυναίκες που υποβάλλονται σε καισαρική τομή υπό γενική αναισθησία, καθώς δε σχετίζεται με βελτίωση αναπνευστικών παραμέτρων.

Η διάρκεια της νοσηλείας είναι συνήθως μεγαλύτερη μετά από καισαρική τομή (κατά μέσον όρο 3-4 ημέρες), απ' ό,τι μετά από φυσιολογικό κολπικό τοκετό (κατά μέσον όρο 1-2 ημέρες).

Κατά την έξοδο της μητέρας από το Μαιευτήριο πρέπει να προτείνεται η συνταγογράφηση και συστηματική λήψη εκ μέρους της από του στόματος αναλγητικής αγωγής για τη διαχείριση του μετεγχειρητικού άλγους. Έτσι, προτείνεται η λήψη κωδεϊνούχων σκευασμάτων σε συνδυασμό με ιβουπροφαίνη για την αντιμετώπιση έντονου πόνου. Κωδεϊνούχα σκευάσματα επί μέτριας εντάσεως πόνου και παρακεταμόλη για την αντιμετώπιση ήπιου μετεγχειρητικού άλγους.

Η φροντίδα και παρακολούθηση του χειρουργικού τραύματος της καισαρικής τομής περιλαμβάνει: αφαίρεση του επιθέματος από την τομή 24 ώρες μετά την επέμβαση, παρακολούθηση της θερμοκρασίας, παρακολούθηση για σημεία ενδεικτικά επιμόλυνσης του τραύματος (αυξανόμενος πόνος, ερυθρότητα, υπερέκκριση, διάσταση τραυματικών επιφανειών), ενθάρρυνση της λεχωίδος να φορά χαλαρά, άνετα ρούχα και βαμβακερά εσώρουχα, προσεκτικό καθαρισμό και στέγνωμα του τραύματος καθημερινά και εάν απαιτηθεί, αφαίρεση των ραμμάτων ή των μεταλλικών clips.

Επί συμπτωματολογίας εκ του ουροποιητικού συστήματος σε γυναίκες μετά από καισαρική τομή η διαφοροδιαγνωστική προσέγγιση πρέπει να περιλαμβάνει: λοιμώξεις του ουροποιητικού, ακράτεια προσπαθείας (επισυμβαίνει σε ποσοστό 4% επί του συνόλου των γυναικών μετά από καισαρική τομή), τραυματισμό του ουροποιητικού (με συχνότητα 1 περίπτωσης / 1000 καισαρικές τομές).

Επί συνεχιζόμενης βαριάς – ανώμαλης κολπικής αιμόρροιας μετά από καισαρική τομή, η ενδομητρίτις αποτελεί τη συνηθέστερη αιτία, με συχνότητα μεγαλύτερη από εκείνη της παραμονής υπολειμμάτων προϊόντων της κύησης εντός της ενδομητρικής κοιλότητας.

Λόγω του αυξημένου κινδύνου θρομβοεμβολικών επεισοδίων κατά τη λοχεία (τόσο εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης όσο και πνευμονικής εμβολής), οι επαγγελματίες υγείας που παρακολουθούν τη λεχωίδα πρέπει να είναι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένοι σε περιπτώσεις ύποπτης συμπτωματολογίας εκ του αναπνευστικού συστήματος ή σχετικής σημειολογίας από την κλινική εξέταση των άκρων.

Η επανέναρξη δραστηριοτήτων όπως η οδήγηση δικύκλων, η άρση βαρέων αντικειμένων, η γυμναστική και η σεξουαλική επαφή μπορεί να λάβει χώρα όταν η γυναίκα νιώσει ότι έχει πλήρως αναρρώσει από τη διαδικασία της καισαρικής τομής και δεν αντιμετωπίζει προβλήματα περιορισμού της καθημερινότητάς της λόγω μετεγχειρητικού άλγους.

Επίσης οι γυναίκες μετά από καισαρική τομή πρέπει να ενημερώνονται πως δε φέρουν αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης, μετατραυματικών στρεσογόνων συμπτωμάτων,



δυσχέρειας στο θηλασμό, δυσπαρεύνιας ή ακράτειας κοπράνων.

Ενώ ακόμη η λεχωίδα νοσηλεύεται, σκόπιμο είναι να συζητηθούν εκ νέου οι λόγοι που οδήγησαν σε καισαρική τομή και να δοθούν τόσο προφορικά όσο και γραπτά κατάλληλες οδηγίες σχετικά με ενδεχόμενες μελλοντικές κυήσεις και τον προτεινόμενο τρόπο περάτωσής τους.

### **Κύηση και τοκετός μετά από προηγηθείσα καισαρική τομή**

Όταν ο Μαιευτήρας – Γυναικολόγος συμβουλεύει την επίτοκο με ιστορικό προηγηθείσης καισαρικής τομής σχετικά με τον τρόπο περάτωσης της εγκυμοσύνης, θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη: τις επιθυμίες και προτεραιότητες της μητέρας, τους σχετικούς κινδύνους και τα οφέλη από τη διενέργεια επαναλαμβανόμενων καισαρικών τομών, τους σχετικούς κινδύνους και τα οφέλη προγραμματισμού για κολπικό τοκετό μετά από καισαρική τομή, συμπεριλαμβανομένου του κινδύνου ανάγκης για μη προγραμματισμένη καισαρική τομή.

Ο κίνδυνος ρήξεως της μήτρας, αν και υψηλότερος σε περίπτωση προγραμματισμού για κολπικό τοκετό (6.2 περιπτώσεις / 1000 κολπικούς τοκετούς επί προηγηθείσης καισαρικής τομής), είναι σπάνιος. Η επίπτωση μαιευτικής υστερεκτομίας λόγω ρήξεως μήτρας επί εδάφους κολπικού τοκετού σε έγκυο με ιστορικό προηγηθείσης καισαρικής τομής ανέρχεται στο 0.5/1000 περιπτώσεις. Η σχετιζόμενη περιγεννητική θνησιμότητα εκτιμάται μεταξύ 0.7-1.8/1000 περιπτώσεις, ενώ η συχνότητα σχετιζόμενης υποξαιμικής ισχαιμικής εγκεφαλοπάθειας του νεογνού μετά από ρήξη μήτρας προσδιορίζεται γύρω στο 0.7/1000 περιπτώσεις κολπικού τοκετού μετά από καισαρική τομή. Τα ποσοστά αυτά πρέπει να είναι διαθέσιμα στη μητέρα αλλά και στους επαγγελματίες υγείας καθώς δε σημαίνει ότι λόγω της χαμηλής τους επίπτωσης είναι αποδεκτά από όλους.

Γυναίκες με ατομικό αναμνηστικό τόσο προηγηθείσης καισαρικής τομής, όσο και προηγούμενου φυσιολογικού κολπικού τοκετού φέρουν αυξημένη πιθανότητα επιτυχούς κατάληξης της διαδικασίας του κολπικού τοκετού, συγκριτικά με εκείνες που έχουν μόνον προηγηθείσα καισαρική τομή κι όχι φυσιολογικό τοκετό στο ιστορικό τους.

Σε περιπτώσεις εγκύων με ιστορικό προηγηθείσης καισαρικής τομής, όπου σχεδιάζεται κολπικός τοκετός πρέπει να έχει εξασφαλισθεί η δυνατότητα: α. συνεχούς καρδιοτοκογραφικής παρακολούθησης του εμβρύου κατά τον τοκετό, β. άμεσης πρόσβασης σε χειρουργική αίθουσα προς ενδεχόμενη εκτέλεση επείγουσας καισαρικής τομής λόγω του αυξημένου κινδύνου ρήξεως μήτρας, και γ. υψηλής ετοιμότητας του Τμήματος Αιμοδοσίας προκειμένου να καλύψει πιθανώς αυξημένες ανάγκες μετάγγισης αίματος.



**Ε Μ Γ Ε**

Ελληνική Μαιευτική και  
Γυναικολογική Εταιρεία

## **Ενδεικτική βιβλιογραφία**

- 1 Royal College of Obstetricians and Gynecologists. The Royal college of Midwives. Caesarean section. NICE Clinical Guideline. November 2011.
- 2 The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists. Delivery of the fetus at caesarean section. New College Statement. C-Obs 37, February 2014.
- 3 The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists. Timing of elective caesarean section at term. College Statement. C-Obs 23, October 2013.
- 4 The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists. Planned vaginal birth after caesarean section. College Statement. C-Obs 38, October 2013.
- 5 The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists. Categorization of urgency for caesarean section. College Statement. C-Obs 14, October 2013.
- 6 Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία, Κατευθυντήρια Οδηγία Νο9 Πρόκληση τοκετού, Ιανουάριος 2014. [www.hsog.gr](http://www.hsog.gr)
- 7 Βραχνής Ν. Μαιευτικά Επείγοντα. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας (2013)

## **Ομάδα σύνταξης κατευθυντήριας οδηγίας**

Αυτή η οδηγία συντάχθηκε από τον Επ. Καθηγητή Ν. Βραχνή και τον Χ. Γρηγοριάδη. Η οδηγία εγκρίθηκε από την επιτροπή του ΕΟΦ για τα θεραπευτικά πρωτόκολλα που αποτελείται από τους Καθηγητές Γ. Κρεατσά, Ι. Μεσσήνη, Γ. Δεκαβάλα, τον Συντονιστή Διευθυντή ΕΣΥ Γ. Φαρμακίδη και τον Επ. Καθηγητή Ν. Βραχνή.

Η τελική δημοσιευμένη οδηγία είναι ευθύνη της Επιτροπής για την ανάπτυξη κατευθυντηρίων οδηγιών της ΕΜΓΕ που αποτελείται από τους Καθηγητές Β. Ταρλατζή, Α. Λουφόπουλο, Δ. Κασσάνο, Γ. Γαλάζιο, Θ. Στέφο και τον Αν. Καθηγητή Γ. Γκριμπίζη.

Πρώτη δημοσίευση Μάρτιος 2014.

Δημοσιεύθηκε από **Ελληνική Μαιευτική Γυναικολογική Εταιρεία (Ε.Μ.Γ.Ε.)**.

Αλκαίου 10, Αθήνα 115 28. Τηλ.: 2107774607 Fax: 2107774609.

Ιστοσελίδα: [www.hsog.gr](http://www.hsog.gr) e-mail: [helobgyn@otenet.gr](mailto:helobgyn@otenet.gr).