

REPUBLIKA E SHQIPERISE
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKESORE TEKNIKE
UNIVERSITETI MJEKESOR I TIRANES

DISERTACION

I

PARAQITUR NGA
SHPRESIM ZYBERI
PER MARRJEN E GRADES DOCTOR

TEMA:

“LINDJA VAGINALE NE UTERUSET E CIKATRIZUARA (S.T. POST S.C.)”

KANDIDAT:

UDHEHEQES SHKENCOR

Dr. Shpresim Zyberi

Prof. Dr. Gjergj Theodhosi:

Tiranë, 2015

Abstrakt

Tendenca botërore tregon se çdo vit rritet përqindja e lindjeve me s.c. Një prej arsyeve është lindja me s.c. në uteruset e cikatrizuara (s.t. post s.c.)

Qëllimi: të studiohet mundësia e realizimit të lindjeve në rrugë vaginale pas s.c. Të studiohet aplikimi i kësaj mënyre lindjeje në kushtet e Spitalit Rajonal Shkodër duke analizuar të dheat për gratë dhe femijët.

Materialet dhe metodat: krahasimi mes komplikacioneve amtare dhe fetale në gra që kanë uterus të cikatrizuar (175) dhe që lindin me s.c. elektive (163) me ato që i nënshtrohen provës së lindjes (18) dhe që ia dalin me sukses kësaj prove (12) dhe atyre që nuk ia dalin me sukses (6).

Rezultatet: nga studimi i rasteve rezulton se në rastet e lidjeve vaginale pas s.c. nuk paraqesin komplikacione amtaro-fetale, po ashtu edhe pas s.c. elektive, ndërsa në rastet e dështimit të provës së lindjes, komplikacionet që vërehen janë më të rralla se në literaturën botërore.

Konkluzione: siç shihet prova e lindjes në gratë me uterus të cikatrizuar është një opsion që ia vlen, por gjithmonë duhet të jemi të kujdesshëm në përzgjedhjen e rasteve. Ndërsa, si pasojë e numrit të vogël të grave të cilat dështojnë prova e lindjes, edhe të dhënat janë të pakta dhe rrjedhimisht gjykimi mbi këto informacione është i rezervuar. Për këtë arsye lind nevoja e zgjerimit të studimit në vite.

Abstract

The world tendency shows that every year the percentage of c.s. delivery rises. One of the reasons is c.s. delivery in cicatrized uterus (status post c.s.).

Purposes: the study of the opportunity of the realization of deliveries in vaginal way after c.s.. The study of this delivery method application in the conditions of "Spitali Rajonal Shkodër" hospital by analyzing the data for women and children.

Materials and methods: comparison between maternal and fetal complications in women who have cicatrized uterus (175) and those who deliver with c.s. (163), with those who undergo TOLAC (18) and those who succeed in it-VBAC (6) and those who fail in it.

Results: the study of the cases results in the conclusion that vaginal delivery cases after c.s. do not expose complications in mothers and children, even after elective c.s. Meanwhile, in the cases of failure of TOLAC the observed complications are less than in world literature.

Conclusions: as observed, TOLAC in women with cicatrized uterus is an option worth trying it, but we must always be careful in choosing of the cases. While, as a result of the low number of TOLAC failures at women, the data is inadequate and consequently the judgments about this information is reserved. For this reason, the necessity of expansion of the studies arises.

Fjalë kyç:

Lindje me s.c.-provë lindjeje vaginale pas s.c. (TOLAC)

Lindje vaginale pas s.c.- rupturë uterine (VBAC)- r.u.

Sexio cezariane selective – komplikacione amtare – komplikacione fetale

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE
UNIVERSITETI MJEKËSOR I TIRANËS



LINDJA VAGINALE NË UTERUSET E CIKATRIZUAR
(STATUS POST SECTIO CESAREA)

Përgatitur nga: DR. SHPRESIM ZYBERI

Për marrjen e gradës shkencore

“DOKTOR I SHKENCAVE MJEKËSORE”

Udhëheqës shkencor: PROF. DR. GJERGJI THEODHOSI

Specialiteti: Obstetrikë-Gjinekologji

Tiranë, 2016

PËRMBAJTJA

ABSTRAKT	9
-----------------------	----------

1. HYRJE	11
-----------------------	-----------

2. FAKTORËT PARASHIKUES TË SUKSESIT TË LVPS	15
--	-----------

2.1 Faktorët demografikë

2.2 Faktorët joklinikë

2.3 Faktorët obstetrikalë të kaluar

2.4 Faktorët preekzistues dhe aktualë

3. MODALITETE DEPISTUESE PËR PARASHIKIMIN E LVPS	18
---	-----------

3.1 Faktorët jomjekësorë që influencojnë përqindjen e LVPS

3.2 Përgjegjësia mediko-legale dhe vendimmarrja e ofruesit të shërbimit

3.3 Kandidatët idealë për LVPS

4. PËRFITIMET DHE RISQET AMTARE AFATSHKURTRA DHE AFATGJATA	24
---	-----------

4.1 Ruptura uterine

4.2 Vdekshmëria amtare

4.3 Histerektomia

4.4 Hemorragjia post partum dhe hemotransfuzioni

4.5 Infeksioni

4.6 Ditëqëndrimi spitalor për indikacione amtare	
4.7 Komplikacionet amtare të lidhura me SC të përsëritura	
4.7.1 Morbus aderencial	
4.7.2 Shëndeti riprodhues	
5. PËRFITIMET DHE RISQET NEONATALE AFATSHKURTRA / AFATGJATA.....	31
5.1 Vdekshmëria perinatale	
5.2 Sëmundshmëria infantile	
6. STUDIMI	33
6.1 Qëllimi i studimit	
6.2 Hipoteza për tu vërtetuar	
6.3. Përpunimi statistikor	
7. MATERIALI DHE METODAT	35
8. REZULTATET	38
8.1 Raportet statistikore të LVPS kundrejt SC të përsëritur	
8.2 Vlerësimi i faktorëve që influencojnë në suksesin e LVPS	
8.2.1 Lindja vaginale e mëparshme	
8.2.2 Pikëzimi sipas Bishop (Bishop score)	
8.2.3 Indikacionet e SC të mëparshme	
8.2.4 Moshë amtare dhe suksesi i LVPS	

8.2.5 Pesha fetale

8.3 Përfundimi amtar

8.3.1 Vdekshmëria amtare

8.3.2 Ruptura uterine

8.3.3 Histerektomia

8.3.4 Hemorragjia dhe hemotransfuzioni post partum

8.3.5 Infeksioni

8.3.6 Ditëqëndrimi spitalor

8.3.7 Komplikacionet amtare "ekskluzive" të lidhura me SC

8.4 Përfundimi perinatal

8.4.1 Vdekshmëria perinatale

8.4.2 Sëmundshmëria perinatale serioze

8.4.3 Pikëzimi sipas Apgar në minutën e 5-të

9. DISKUTIM 59

10. KONKLUSIONE 70

11. LINJA UDHËRRËFYESE DHE REKOMANDIME MBI LVPS 72

12. REFERENCA 76

SHKURTIME

<i>ACOG</i>	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
<i>BMI</i>	<i>Body Mass Index (Indeksi i Masës Trupore)</i>
<i>BJOG</i>	<i>British Journal of Obstetrics and Gynecology</i> <i>(Revista Britanike e Obstetrikës dhe Gjinekologjisë)</i>
<i>CRH</i>	<i>Corticotropin Releasing Hormone (Hormoni Kortikotrop-Çlirues)</i>
<i>DM</i>	<i>Diabet melitus</i>
<i>Fc</i>	<i>Frekuenca kardiake</i>
<i>FDA</i>	<i>Food and Drug Administration</i> <i>(Administrata amerikane e medikamenteve dhe ushqimit)</i>
<i>FMU</i>	<i>Feto morto in utero</i>
<i>HTA</i>	<i>Hipertension arterial</i>
<i>IM</i>	<i>Intramuskulare</i>
<i>IV</i>	<i>Intravenoze</i>
<i>IU</i>	<i>International Unit (Njësi Internacionale)</i>
<i>KU</i>	<i>Kontraksionet Uterine</i>
<i>LV</i>	<i>Lindje vaginale</i>
<i>LA</i>	<i>Likid Amniotik</i>
<i>LGA</i>	<i>Large for Gestational Age</i>
<i>LV</i>	<i>Lindje Vaginale</i>
<i>LVPS</i>	<i>Lindje Vaginale Pas Sectio Cesarea</i>
<i>MB</i>	<i>Mosha e barrës</i>

<i>MF</i>	<i>Menstruacionet e Fundit</i>
<i>NICU</i>	<i>Neonatal Intensive Care Unit (Njësia e kujdesit intensiv neonatal)</i>
<i>RCOG</i>	<i>Royal College of Obstetricians and Gynecologist</i>
<i>RCT</i>	<i>Randomised Controlled Trial</i> <i>(Studim i kontrolluar me përzgjedhje rastësore të mostrës së studimit)</i>
<i>RPM</i>	<i>Ruptura e parakohëshme e membranave</i>
<i>RhPM</i>	<i>Ruptura e hershme e parakohëshme e membranave</i>
<i>RZF</i>	<i>Rrahjet e Zemrës Fetale</i>
<i>SC</i>	<i>Sectio Cesarea</i>
<i>SCP</i>	<i>Sectio Cesarea e Përsëritur</i>
<i>SGA</i>	<i>Small for Gestational Age</i>
<i>SRSJ</i>	<i>Spitali Rajonal Shkodër</i>
<i>SUOGJ</i>	<i>Spitali Universitar Obstetrik-Gjinekologjik</i>
<i>TA</i>	<i>Tensioni arterial</i>
<i>WHO</i>	<i>World Health Organisation (Organizata Botërore e Shëndetësisë)</i>

FALENDERIME

Falenderim për Prof Dr Gjergji Theodhosi, për ndihmesën e çmuar dhe për disponibilitetin e tij në hartimin, zhvillimin dhe përfundimin e studimit!

Falenderim për pedagogët e mi të Fakultetit dhe të Departamentit të Obstetrikë-Gjinekologjisë për rolin e tyre dhe mbështetjen e pamunguar në zhvillimin dhe formimin tim profesional!

Falenderim për kolegët dhe bashkëpunëtorët e mi në mbështetjen dhe ndihmesën për realizimin e këtij studimi!

Falenderoj zyrën e statistikës së SUOGJ "Koço Gliozheni" dhe të Spitalit Rajonal Shkodër për disponibilitetin dhe ofrimin e të dhënave statistikore të nevojshme për këtë studim!

Falenderoj familjen time të shtrenjtë në suportin dhe mirëkuptimin e gjithanshëm!

TERMINOLOGJIA E PËRDORUR NË STUDIM

Planifikimi i LVPS	Planifikimi i lindjes vaginale pas sectio cesarea i referohet pacienteve të cilat kanë patur një lindje të mëparshme me operacion cezarean dhe planifikojnë lindje vaginale dhe jo lindje me operacion cezarean të përsëritur
LVPS e suksesshme	Lindja vaginale (spontane apo e asistuar) e një gruaje e cila ka planifikuar një LVPS.
Dështimi i LVPS	Lindja me operacion cezarean urgjent e një gruaje e cila i është nënshtruar provës së VBAC por që gjatë aktivitetit të lindjes indikohet lindja me SC
Randomised Controlled Trial	Studim i kontrolluar me përzgjedhje rastësore të mostrës së studimit.

LINDJA VAGINALE NË UTERUSET E CIKATRIZUAR (STATUS POST SC)

Dr. Shpresim Zyberi¹

¹SRSH, Shërbimi i Obstetrikë-Gjinekologjisë

Abstrakt

Hyrje: Lindja me operacion cezarean është një prej interveneteve më të zakonshme në gratë shtatzëna, me një përqindje që vijon të rritet në mënyrë progresive dhe të qëndrueshme. Për një grua e cila ka një lindje të mëparshme me operacion cezarean, opsionet e lindjes për shtatzëninë e ardhshme janë dy: prova e lindjes vaginale ose lindje sezareane e planifikuar.

Qëllimi i studimit: Studimi ka si qëllim kryesor vlerësimin përmes shfrytëzimit të evidencave më të mira në dispozicion, të përfitimeve dhe dëmeve amtare dhe fetale gjatë praktikës së lindjes së përsëritur me SC kundrejt LVPS.

Vlerësimi dhe krahasimi i outcome-it parësor midis dy praktikave të ndryshme, duke marrë në konsideratë suksesin e induksionit të lindjes, nevojën për lindje me SC dhe sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë amtare dhe neonatale.

Metodologjia: Ky është një studim retrospektiv analitik i kryer në Spitalin Rajonal të Shkodrës, departamenti i Obstetrikë-Gjinekologjisë. Në përzgjedhjen e mostrës së studimit kushti taksativ i përfshirjes në studim ishte "Status post Sectio Cesarea" për të dy grupet, pavarësisht mënyrës së përfundimit të lindjes së fundit (më specifikisht "Status post 1 SC për grupin e LVPS" dhe "Status post ≥ 1 SC" për grupin e SC të përsëritur).

Gjatë shqyrtimit të kartelave klinike vlerësuam përfundimin amtar dhe fetal si në grupin e pacienteve të cilat iu nënshtruan LVPS ashtu edhe në grupin e pacienteve të cilat kanë kryer lindje të planifikuar me operacion cesarean të përsëritur, duke realizuar dhe krahasimin midis këtyre dy grupeve si dhe faktorët e mundshëm që mund të influencojnë në suksesin e LVPS.

Rezultatet: Përqindja e suksesit të LVPS është mjaft e variueshme midis 61%-62%.

Përqindja e suksesit të LVPS në rastin e indikacioneve jorekurente të SC të mëparshme është 65.3% kundrejt vetëm 38% në rastin e SC të mëparshme me indikacion rekurent. Ky ndryshim është statistikisht i rëndësishëm ($P < 0.05$). Edhe efekti i peshës fetale në përqindjen e suksesit të LVPS është statistikisht i rëndësishëm ($P < 0.05$).

Pacientet me Bishop më të madh se 8, patën një përqindje të madhe suksezi të LVPS (92.6%). Përqindja e rupturës uterine në grupin e studimit është 0.65%. Rasti i vetëm me rupturë uterine është hasur te një paciente e cila ka përfunduar lindjen me SC dhe ndërkohë te kjo paciente është përdorur oksitocina si agjent potencues i aktivitetit të lindjes.

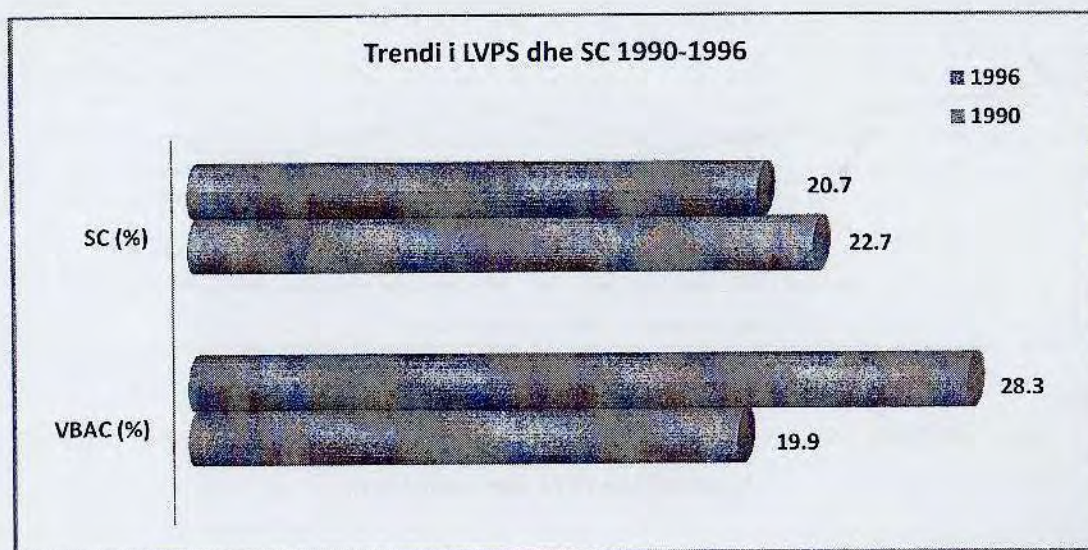
Konkluzione: Të dhënat mbi përfitimet dhe risqet midis SCP dhe LVPS duhet të vlerësohen në një kontekst më të gjerë, që përfshin edhe kushtet klinike, modalitetet diagnostike dhe monitoruese, disponibilitetin dhe aftësitë e personelit dhe të strukturës mjekësore.

Fjalë kyçe: LVPS, SCP, sëmundshmëria amtare, neonatale

HYRJE

Lindja me operacion cezarean është një prej interveneteve më të zakonshme në gratë shtatzëna, me një përqindje që vijon të rritet në mënyrë progresive dhe të qëndrueshme. Për një grua e cila ka një lindje të mëparshme me operacion cezarean, opsionet e lindjes për shtatzëninë e ardhshme janë dy: prova e lindjes vaginale ose lindje sezareane e planifikuar.

Tridhjetë vjet më parë NIH (National Institutes of Health) zhvilloi një konferencë konsensuale si reagim ndaj rritjes mjaft të madhe të përqindjes së lindjeve me SC (nga 5% në 15.2%)^{14,15}. Si rezultat, në këtë konferencë u propozua për herë të parë Lindja Vaginale pas Sectio Cesarea (LVPS) si një mekanizëm për reduktimin e përdorimit të SC. Megjithëse u desh rreth një dekadë deri në implementimin e këtij mekanizmi në praktikën e rutinës obstetrikale, u vu re një kontribut efektiv i LVPS në reduktimin e përqindjeve të SC-së. Me rritjen e LVPS nga 19,9% në vitin 1990 në 28,3% në vitin 1996, përqindja e lindjes me SC pësoi një rënie nga 22,7% në 20,7% për të njëjtën periudhë kohore¹⁶ e shprehur në mënyrë grafike si më poshtë.



Megjithatë, si pasojë e të dhënave studimore mbi kompleksitetin e këtij modaliteti në raport me risqet dhe komplikacionet që e shoqëronin (veçanërisht risku i rupturës uterine ishte më i lartë sesa mendohej, ndryshimet organizative si dhe presioni ligjor) këta faktorë ndikuan në reduktimin e shpejtë të praktikës së LVPS dhe rritjen e njëkohëshme të përqindjes së SC-së. Efektet e rënies së LVPS nga kulmimi i përqindjes në vitin 1996 (28,3%) për të arritur në vetëm 8,7% aktualisht u përkthyen statistikisht në një rritje drastike të përqindjes së SC-së. Kombinimi i këtij trendi me një rritje bashkëshoqëruese të SC te primiparet rezultoi në një rritje të përshkallëzuar të përqindjes së SC, ndërkohë që SC e parë është përgjegjëse për përqindjen më të madhe të lindjeve me operacion cesarean, indikacioni më i shpeshtë i vetëm për lindje me SC është "Status post SC"; për këtë arsye argumentimi dhe vlerësimi i LVPS mbetet i rëndësishëm.

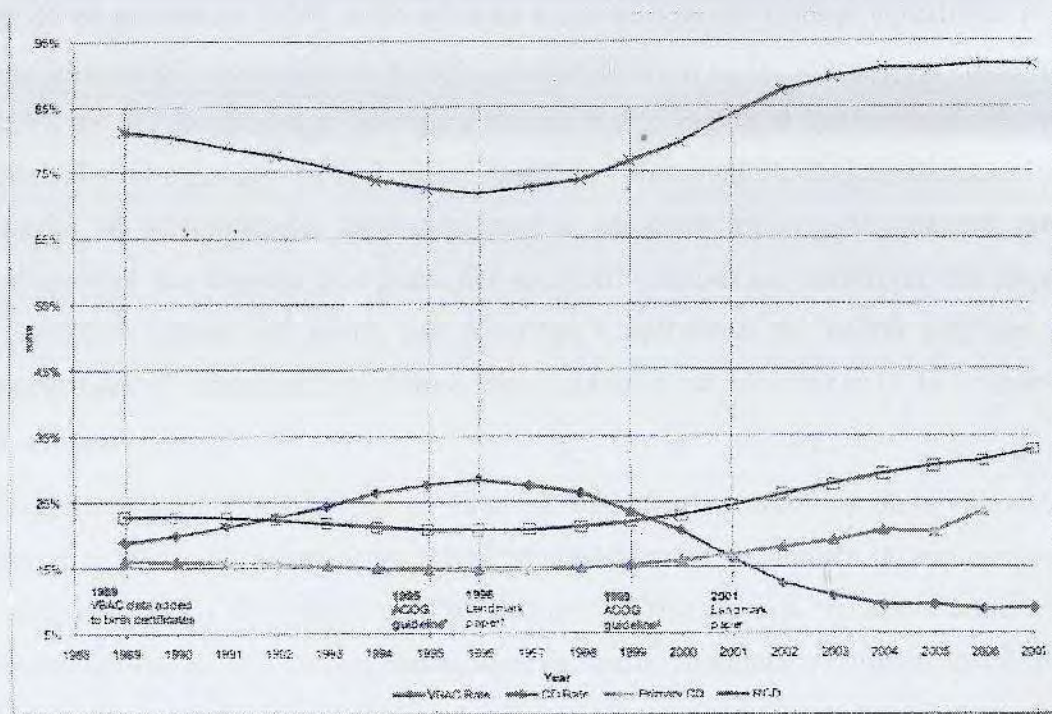


Figura 1. Trendi i përqindjes së SC, LVPS, SCP gjatë periudhës kohore 1988-2007 dhe impakti i protokolleve mbi LVPS në këtë trend.

Si lindja vaginale ashtu edhe lindja me SC të dyja mbartin risqet respektive. Kështu, nënat dhe fëmijët e tyre përballen me një vendimmarrje komplekse në vlerësimin e risqeve të mundshme që shoqërojnë si LVPS ashtu edhe Lindjen e Planifikuar me CS të përsëritur (SCP).

Fuqia dhe përshtatshmëria e evidencave studimore mbi risqet madhore amtare dhe fetale që shoqërojnë LVPS është në fokus të të gjitha studimeve mbi këtë çështje.

Për të krahasuar këto dy modalitete menaxhimi të pacienteve me diagnozë "Status post SC" RCT-të konsiderohen si standarti më optimal për arritjen e konkluzioneve dhe ndërtimin e projekt-protokolleve mbi modalitetet e menaxhimit të pacienteve të tilla.

Nuk ka RCT që të krahasojnë përfundimet shëndetësore midis LVPS dhe planifikimit të SC të përsëritur (SCP), duke qënë se është konstatuar tashmë vështirësia për realizimin e këtyre studimeve. Në një systematic review të literaturës që krahasonte LVPS me SCP konkludoi se literatura aktuale kishte shumë të meta veçanërisht në ekuivalencat e grupeve të krahasuar, specifikat e intervenimit dhe standartizimin e matjes së përfundimeve. Gjithashtu nevoja për evidentimin e të dhënave mbi informimin dhe shpjegimin e grave për mënyrën e lindjes me përfitimet dhe risqet respektive mbetet një synim për studimet e ardhshme me qëllim mbylljen e hapësirave që rezultojnë në bias-e dhe gabime gjatë vlerësimit të të dhënave studimore.

Megjithatë, gjithnjë e më tepër po vihet në dukje fakti se studimet observacionale mund të sigurojnë informacion më të rëndësishëm në ndihmë të të kuptuarit të komplikacioneve dhe frekuencës së shfaqjes së risqeve apo ngjarjeve fatale në krahasimi me RCT-të (në studimet observacionale popullata e studjuar është më heterogjene, ndryshe nga RCT).

Përqindja e suksesit të lindjes vaginale në gratë të cilat tentojnë një lindje vaginale pas SC raportohet të jetë midis 56%¹ deri në 80%². Përqindja e grave të cilat i nënshtrohen lindjes vaginale pas lindjes me SC ka pësuar një rënie në shumë vende gjatë viteve të fundit³, kjo si pasojë e raporteve negative mbi rritjen e riskut të

komplikacioneve amtare dhe infantile të lidhura me LVPS. Si LVPS ashtu edhe SC e planifikuar kanë risqet dhe përfitimet respektive. Risqet e lidhura me LVPS në raport me SC e planifikuar përfshijnë hemorragjinë, nevojën për hemotransfuzion, endometritin, rupturën uterine, vdekjen perinatale dhe encefalopatinë hipoksike-ishemike. Nga ana tjetër, gratë të cilat i nënshtrohen lindjes me SC kanë risk më të lartë për komplikacione kirurgjikale, placenta akreta si dhe risku për SC të shumëfishta, ndërkohë që të porsalindurit me SC janë më të predispozuar për sëmundshmëri respiratore^{4,5,6,7,8}. Përcaktimi i “përqindjes së pranueshme” të lindjeve me SC si dhe cila përqindje ofron përfundimet optimale amtare dhe fetale ka qënë dhe vijon të mbetet objekt debati. Përqindja në total e lindjes me SC varion midis 25,5% deri në 35,5%.

Në këtë këndvështrim, këshillimi dhe rekomandimi i grave mbi LVPS është një çështje e rëndësishme. Ekziston një konsensus (National Institute for Health and Care Excellence [NICE],⁹ Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG],¹⁰ American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]/ National Institutes of Health [NIH]^{11,12,13}) që konsideron LVPS si një zgjedhje të sigurt për pjesën më të madhe të grave me një SC segmentare të vetme të mëparshme. Një strategji e tillë mbështetet gjithashtu edhe në aspektin kosto-efektiv si dhe së paku do të kufizojë përshkallëzimin e rritjes së përqindjes së lindjeve me SC si dhe të sëmundshmërisë amtare të lidhur me lindjet operative të shumëfishta.

FAKTORËT PARASHIKUES TË SUKSESIT TË LVPS

Faktorët individualë që ndikojnë në LVPS mund të ndërveprojë me njëri-tjetrin në mënyra nga më të ndryshmet. Studimet që vlerësojnë këta faktorë në mënyrë të kombinuar, duke vlerësuar njëkohësisht edhe efektin sinergjik të tyre mund të sigurojnë të dhëna më domethënëse mbi influencën reziduale të faktorëve të veçantë. Faktorët kryesorë që mendohet se implikohen në suksesin e LVPS përfshijnë: (1) faktorët demografikë (mosha amtare, etniciteti dhe statusi martesor), (2) faktorët anamnestikë obstetrikalë (lindje vaginale të mëparshme dhe indikacionet e SC të mëparshme), (3) faktorë pre-ekzistues dhe aktualë (BMI, abuzimi me substanca narkotike, sëmundje amtare) dhe (4) faktorë obstetrikalë aktualë (mosha e shtatzënisë dhe pesha fetale).

2.1 Faktorët demografikë

Ndër faktorët demografikë evidencat studimore sugjerojnë etnicitetin dhe racën; gratë hispanike kanë një përqindje më të ulët suksesi për LVPS (31%) kundrejt grave johispanike (56%). Gjithashtu, gratë afro-amerikane kanë gjasa më të ulëta për LVPS të sukseshme në krahasim me gratë e bardha^{17,18}. Interesant është fakti se gratë afro-amerikane i përgjigjen më mirë induksionit të lindjes sesa gratë e bardha.

2.2 Faktorët joklinikë

Struktura dhe vendi i lindjes mund të juajnë një rol të rëndësishëm në vendim marrjen midis opsionit të LVPS dhe SC të planifikuar. Gratë në spitale rurale dhe struktura private që ofrojnë shërbimin obstetrikal mbi parimin e lindjes me sa më pak riske, duke shmangur protokollet me risk të lartë, kanë përqindje të ulët të LVPS, sikundër edhe përqindje më të ulët të induksionit të lindjes.

2.3 Faktorët obstetrikalë të kaluar

Në lidhje me faktorët e anamnezës obstetrikale interesi është në rritje, duke qënë se këta faktorë të evidentuar që para lindjes mund të lejojnë klinikistëve një parashikim më të qartë në lidhje me suksesin dhe prognozën e LVPS. Në këtë prizëm, studjues të shumtë kanë marrë në konsideratë dhe kanë investiguar disa faktorë të mundshëm të parashikimit prognostik të LVPS: lindjen vaginale të mëparshme, periudhën kohore që prej SC të mëparshme, eksperiencën e mëparshme të aktivitetit të lindjes si dhe peshën e lindjes të fëmijëve të mëparshëm.

Lindja vaginale e mëparshme rrit në mënyrë domethënëse dhe konsistente gjasat e një LVPS^{19,20,21,22,23}. Gratë të cilat kishin një lindje vaginale pas lindjes me SC kishin gjasa 3-7 herë më të larta për të patur një LVPS në krahasim me gratë me lindje vaginale të mëparshme^{24,25,26,27,28}. Edhe në gratë të cilat kishin lindje vaginale para lindjes me SC gjasat për LVPS ishin më të larta^{29,30}. Në lidhje me efektin e LVPS të mëparshme, një analizë dytësore e NICHD raportoi se gjasat për një LVPS rriteshin në mënyrë të ndjeshme në rast LVPS të mëparshme. Duke marrë në konsideratë edhe numrin e LVPS, gratë me 0,1,2,3 dhe 4 LVPS të mëparshme kishin gjasa për respektivisht 63.3%, 87.6%, 90.9%, 90.6% dhe 91.6% LVPS të suksesshme³¹.

2.4 Faktorët preekzistues dhe aktualë

Shumë faktorë preekzistues (gjatësia amtare, BMI, duhanpirja, abuzimi me substancat dhe sëmundjet amtare) duket se ndikojnë në gjasat e LVPS, megjithëse këto konstatime nuk i përkasin studimeve RCT. Në tre studime kohort, gratë me sëmundje preekzistuese (HTA, DM, astma bronkiale, konvulsione, sëmundje renale, sëmundje tiroide apo kolagjenoza) kishin gjasa më të pakta për LVPS^{32,33}.

Shumë faktorë obstetrikalë aktualë (mosha e shtatzënisë, pesha dhe gjinia fetale) konsiderohen si parashikues të LVPS apo të induksionit të lindjes pas SC. Prej këtyre faktorëve, gjetja më e qëndrueshme konsiston në faktin se me rritjen e peshës fetale ulen gjasat për LVPS^{23,34}.

Faktorët obstetrikalë të lidhur me vetë aktivitetin e lindjes (dilatacioni, shkurtimi i columit, niveli i pjesës paraqitëse, pikëzimi sipas Bishop, pozicioni i columit) janë gjithashtu parashikues të rëndësishëm të LVPS. Tre studime kohort prospektive^{18,20,24}, dhe një studim retrospektiv³⁵ siguruan të dhëna të qëndrueshme se gratë me dilatacion më të madh apo me membrana të plasura (ROM) në shtrim kishin më shumë gjasa për lindje vagjinale. Gjithashtu po këto studime konstatuan se me rritjen e pikëzimit sipas Bishop, gjasat për LVPS rriteshin 2 deri në 6 herë²².

MODALITETE DEPISTUESE PËR PARASHIKIMIN E LVPS

Një modalitet depistues synon të ndihmojë si personelin mjekësor profesional ashtu edhe pacientin për të identifikuar se cilët raste mund të realizojnë një LVPS dhe cilët kanë më shumë gjasa për SC të planifikuar. Aktualisht, pjesës më të madhe të grave të cilave u propozohet LVPS u ofrohet një përqindje e suksesit të procedurës prej 60-80%³⁶. Modalitetet e depistimit për LVPS marrin rëndësi sidomos në pacientet të cilat vlerësohen të kenë një përqindje suksesi jashtë probabilitetit prej 60-80% të sipërpërmendur, si për të inkurajuar LVPS ashtu edhe për të kundërtën. Variablat parashikues të marrë në konsideratë për parashikimin e LVPS janë anamneza personale, anamneza obstetrikale, kushtet perinatale si dhe kushtet intrapartum. Në studimet më të plotë, janë përdorur sisteme pikëzimi dhe më tej janë vlerësuar në këndvështrimin kliniko-praktik. Të gjithë sistemet ofrojnë aftësi të arsyeshme për identifikimin e grave kandidate për LVPS, por asnjë prej tyre nuk posedon aftësinë diskriminuese të identifikimit në mënyrë konsistente të grave të riskuara për lindje me SC.

Dinsmoor dhe bp³⁷, raportoi se modelet e përdorura për depistimin e suksesit të mundshëm të LVPS nuk ishin të saktë: 50% e grave të përcaktuara me faktorë të pafavorshëm për LVPS lindën me rrugë vaginale, duke sugjeruar se probablisht duhet të identifikohen faktorë të tjerë prediktivë për identifikimin e grave me risk për lindje me operacion cezarean. Në asnjë prej këtyre modeleve nuk është arritur sensitiviteti dhe specifikiteti mbi 85%.

3.1 Faktorët jomjekësorë që influencojnë përqindjen e LVPS

Pavarësisht të dhënave në rritje të informimit të grave dhe klinikistëve mbi përfitimet mjekësore të provës së lindjes kundrejt lindjes me SC (për rastet status post SC), përqindja e provës së lindjes ka një tendencë rënieje të vazhdueshme³⁸. Faktorët jomjekësorë që ndikojnë në karakteristikat dhe përdorimin e provës së lindjes pas lindjes me SC janë të shumtë, e megjithatë shumë pak është bërë për të

analizuar dhe kuptuar influencën e tyre konkrete. Faktorët e sugjeruar si kontribuues në rënien e praktikës së LVPS përfshijnë shqetësimin mbi përgjegjësitë ligjore të lidhura me komplikacionet e mundshme, politikat profesionale dhe sidomos ato institucionale, lloji i siguracionit të pacientit si dhe qëndrimi i ofruesit të shërbimit shëndetësor dhe i pacientit ndaj këtij fenomeni^{39,40}.

3.2 Përgjegjësia mediko-legale dhe vendimmarrja e ofruesit të shërbimit

Ekzaminimi i rasteve të praktikës së keqe mjekësore për obstetrit dhe mamitë indikon se LVPS është një shkak i rëndësishëm i padive ligjore. Sipas një anketimi nga ACOG të lidhur me përgjegjësitë dhe paditë mediko-legale, 91% e obstetërgjinekologëve raportuan se ata kanë patur të paktën një pretendim ligjor nga ana e pacientit gjatë karrierës së tyre dhe 63% e tyre ishin të lidhura me kujdesin obstetrikal⁴¹.

Megjithëse studimet janë të pakta, literatura zakonisht mbështet shoqërimin midis presionit mediko-legal nga njëra anë dhe rritjes së përqindjes së lindjeve me SC apo uljes së përqindjes së LVPS nga ana tjetër^{41,42,43,44}.

Disa studime janë përpjekur të kuptojnë qëndrimin e ofruesve të shërbimit mjekësor ndaj provës së lindjes pas SC. Këta studime kanë konstatuar diskordanca në përpjekjet menaxhuese ndaj grave të cilat dëshirojnë provë lindjeje pas SC, si dhe një perceptim të shtuar të riskut të lidhur me problemet mediko-legale gjatë menaxhimit të grave të cilat tentojnë LVPS. Disa autorë sugjerojnë linja udhërrëfyese të mirëstrukturuara dhe stimulimin e shërbimit të urgjencës obstetrikale për të rritur qëndrueshmërinë e këtij menaxhimi dhe për të reduktuar ngjarjet negative, por aktualisht efikasiteti i këtyre sugjerimeve mbetet i pabazuar^{45,46,47}.

Së fundi, një tjetër problem që po bëhet gjithnjë e më i dukshëm është aksesit i kufizuar ndaj qëndrave dhe strukturave spitalore si dhe personelit profesional mjekësor të cilët ofrojnë provë lindjeje vaginale pas lindjes me SC⁴⁸. Pjesa më e madhe e kufizimit të aksesit ndaj LVPS i dedikohet orientimit të protokolleve

profesionale dhe spitalore drejt "LVPS duhet të tentohet në institucione të pajisura në mënyrë të tillë që ti përgjigjen urgjencave me staf mjekësor të mjaftueshëm 24 orë në 24, të aftë për të ofruar kujdesin imediat". Spitalet më të vogla me staf dhe burime të kufizuara kanë vështirësi në plotësimin e këtyre kriterëve dhe shumë prej këtyre strukturave, por edhe të tjera, më të mëdha se ato nuk e ofrojnë shërbimin e LVPS. Këto fakte kanë rezultuar në centralizimin e LVPS në institucione rajonale madje terciare. Nga ana tjetër, implikimi etik, social dhe financiar i grave të cilat lindin me SC pas një lindjeje të mëparshme me SC për shkak të opsioneve të kufizuara të ofrimit të LVPS në komunitetin e tyre është i pastudjuar.

Studime të shumta kanë eksploruar marrëdhënien midis siguracionit shëndetësor privat dhe shtetëror dhe LVPS. Wagner dhe bp., konstatoi se gratë me siguracion shtetëror kishin më shumë gjasa të nënshtroheshin provës së lindjes vagjinale dhe LVPS sesa gratë me siguracion shëndetësor privat (64% vs 50%)⁴⁹. Një faktor mjaft i rëndësishëm që evidenton diferencën midis LVPS dhe SC të përsëritur është procesi i lindjes që ka një kohëzgjatje të caktuar dhe kërkon mbikqyrje konstatnte nga personeli profesional. Në këtë prizëm struktura rimbursos ngjarjen (lindje vagjinale vs lindje me SC) dhe jo procesin.

Faktorët jomjekësorë që influencojnë në karakteristikat dhe përdorueshmërinë e provës së lindjes përkundrejt lindjes me SC në "status post SC" janë të shumta dhe komplekse. Studimet sugjerojnë në mënyrë të qëndrueshme se këta faktorë luajnë një rol të rëndësishëm në marrjen e vendimit dhe aksesin e pacientit ndaj informacionit. Kërkohet një punë më e madhe për të kuptuar më mirë problematikën jomjekësore si dhe domethënien e tyre në impaktin e përdorimit të LVPS.

3.3 Kandidatët idealë për LVPS

Një prej sfidave më të mëdha në këshillimin dhe menaxhimin e grave me lindje të mëparshme me SC përsa i përket zgjedhjes midis provës së lindjes kundrejt SC të përsëritur konsiston në pamundësinë e identifikimit të saktë të grave të cilat kanë një probabilitet të lartë për LVPS dhe të atyre të cilat do të jenë kandidate të SCP.

Janë identifikuar faktorë të ndryshëm që influencojnë gjasat e një LVPS të suksesshme, që mund të influencojnë në marrjen e vendimit për të zgjedhur midis LVPS ose SCP.

Një prej parashikuesve më të fortë të suksesit të LVPS është lindja vaginale e mëparshme. Studimet raportojnë në mënyrë të qëndrueshme se gratë me histori të një lindjeje vaginale të mëparshme kanë gjasa më të mëdha për LVPS të suksesshme. Megjithëse probabiliteti i LVPS të suksesshme në gratë pa lindje vaginale të mëparshme është 65%, në gratë me lindje vaginale para lindjes së mëparshme ne SC suksesi i LVPS është rreth 83% dhe në gratë me lindje vaginale pas lindjes së mëparshme me SC suksesi i LVPS është 94%⁸².

↑↑	LVPS e mëparshme, lindje vaginale e mëparshme
↑	Indikacione jo rekurente të SC të mëparshme (psh., paraqitje podalike)
↓	Raca, Etniciteti Mosha e madhe amtare Rritja e BMI Sëmundje preekzistuese të nënës Interval i shkurtër midis lindjeve (<18 muaj) Shtatzënia e zgjatur >41 javë
↓↓	Indikacion rekurent i SC të mëparshme (psh., dështimi i progresit, distocia e lindjes ose arresti i zbritjes) Makrosomia (pesha e lindjes >4000 g)

Tabela 1. Faktorët që ndikojnë në suksesin e LVPS
(↑-faktorë të favorshëm; ↓-faktorë të pafavorshëm)

Nëse lindja e mëparshme me SC është kryer për indikacione jo rekurente, si për shembull keqprezantimi fetal apo paraqitje podalike, probabiliteti i LVPS të suksesshme shkon deri në 75%^{83,84}. Një studim retrospektiv raportoi se një SC e mëparshme për keqprezantim fetal rriste ndjeshëm gjasat e LVPS në shtatzëninë pasardhëse⁸⁵.

Megjithëse SC e mëparshme për indikacione jo rekurente duket të jetë një parashikues i favorshëm i LVPS, probabiliteti i LVPS të suksesshme për disproporcionin cefalo-pelvik është më i ulët. Konkretisht, në rastet kur si indikacione të SC të mëparshme ishin dështimi i progresit të lindjes, moszbritja e kokës fetale apo DCP, gjasat për LVPS të suksesshme në shtatzëninë pasardhëse ishin 54%⁸⁶. Probabiliteti i LVPS të suksesshme është rreth 60% në rastet e indikacionit për intolerancë/detres fetal në shtatzëninë paraardhëse me SC⁸⁶.

Faktorët obstetrikalë kanë treguar se implikojnë gjasat e LVPS të suksesshme. Pesha e bebit është një parashikues i fortë: me rritjen e peshës fetale gjasat për LVPS të suksesshme ulen, duke u ulur me rreth 50% për bebe mbi 4000 gram në raport me bebet më të vogla⁸⁷⁻⁹⁰.

Ndër faktorët demografikë që janë marrë në konsideratë si faktorë të mundshëm që mund të përmirësojnë aftësinë e klinikistit në parashikimin e LVPS, më i qëndrueshmi duket të jetë raca/etnia⁹¹.

Pesha dhe prania e sëmundjeve preekzistuese amtare. Me rritjen e BMI ulët probabiliteti i LVPS.

Pjesa më e madhe e studimeve që krahasojnë LVPS me SCP janë fokusuar mbi gratë me 1 SC të mëparshme; megjithatë interesi për vlerësimin e impaktit që ka numri i SC të mëparshme në LVPS është mjaft i lartë. Në dy studime kohort, raportohet se probabiliteti i një LVPS të suksesshme duket të jetë i ngjashëm, pa dallime statistikore midis grave me 1 SC të mëparshme (75.5%) dhe grave me më shumë se 1 SC të mëparshme (74.6%), por me risk më të lartë të rupturës uterine në grupin e dytë^{92,93}.

Rekomandimi i ACOG mbi LVPS:

“Duket i arsyeshëm konsiderimi i grave me 2 SC të mëparshme me incizion transversal të ulët si candidate për LVPS si dhe këshillimi i tyre duke u bazuar në vlerësimin e faktorëve të tjerë që mund të ndikojnë në probabilitetin e LVPS të suksesshme”

PËRFITIMET DHE RISQET AMTARE AFATSHKURTRA DHE AFATGJATA

Për vlerësimin e përfitimeve dhe risqeve amtare të lidhura me procedurën e provës së lindjes pas një lindjeje me SC rekomandohet krahasimi midis grupit të LVPS dhe grupit të SCP.

4.1 Ruptura uterine

Një shqetësim i rëndësishëm për pacientët, ofruesit e shërbimit shëndetësor, institucioneve dhe drejtuesve në lidhje me LVPS është risku i rupturës uterine, që mund të implikojë sëmundshmëri dhe vdekshmëri amtare dhe neonatale të lartë. Për të përcaktuar në mënyrë sa më të saktë riskun e rupturës uterine, është e rëndësishme së pari të përkufizohet në mënyrë të qartë ky term. Një shqyrtim sistematik mbi rupturën uterine në LVPS konstatoi se studimet vaarionin gjerësisht në konceptin përkufizues dhe në përdorimin e terminologjisë mbi rupturën uterine⁵⁰. Ky raport sugjeron përkufizimin anatomik të rupturës uterine si:

Rrupturë uterine e plotë – grisje e të gjithë trashësisë së murit uterin, duke përfshirë edhe serozën viscerele (me ose pa ekstruzion të pjesshëm apo të plotë të njësive feto-placentare)

Rrupturë uterine e pjesshme – grisje jo e plotë e murit uterin, me serozën viscerele intakte⁵⁰.

Rruptura uterine është një komplikacion serioz jetë-kërcënues që i atribuohet si një komplikacion pothuajse ekskluziv LVPS. Shoqërimi i këtij komplikacioni me sëmundshmëri dhe vdekshmëri të lartë amtare dhe perinatale ngre shqetësime të qëndrueshme si për pacientët ashtu edhe për personelin mjekësor. Për këtë arsye, vihet re një interesim i madh mbi përcaktimin sa më të saktë të popullatës dhe situatave në të cilat mund të realizohet një LVPS në mënyrë të arsyeshme si dhe mbi menaxhimin e faktorëve të ndryshëm që mund të ndikojnë në reduktimin e shfaqjes së rupturës uterine dhe të rëndësës së pasojave që rrjedhin prej saj.

Vlerësimi i riskut të rupturës uterine në gratë me SC të mëparshme të cilat do t'i nënështrohen LVPS është një sfidë jo vetëm për faktin se LVPS është një procedurë me relativisht e prekshme në praktikën profesionale të përditshme, por edhe për faktin se shpesh studjuesit mbivendosin rupturën e vërtetë uterine me dehishencën asimptomatike.

Incidenca e rupturës uterine në LVPS është rreth 0.3-0.5%^{51,52,53}. Në krahasim me incidencën në rastin kur gratë i nënshtrohen SCP (risku është 0.02%), ky risk është relativisht i madh dhe statistikisht i rëndësishëm. (RR 20.74, 95% CI: 9.77 to 44.02; $p < 0.0010$). megjithëse numri i studimeve që vlerësojnë në mënyrë parësore riskun e rupturës uterine është i vogël, për fat të keq nuk është konstatuar ulje e incidencës së këtij komplikacioni përgjatë viteve. Në përgjithësi studimet kanë qënë të fokusuar në vlerësimin e përqindjes së rupturës uterine por nuk kanë vlerësuar detajet që do të mund të sugjeronin linja udhërrëfyese në lidhje me reduktimin e incidencës së këtij fenomeni (për shembull, vlerësimi i raportit midis kohëzgjatjes së aktivitetit të lindjes dhe rupturës uterine)⁵¹⁻⁵⁵.

Literatura aktuale nuk ka raportuar deri në ditët e sotme vdekje amtare për shkak të rupturës uterine, ndërkohë që vdekshmëria perinatale prej rupturës uterine varion rreth 6.2%. megjithatë, risku i histerektomisë në kuadër të rupturës uterine është një faktor që duhet të merret seriozisht në konsideratë nga gratë të cilat planifikojnë LVPS, sepse përqindja varion midis 14-33%. Risku i rupturës uterine duket të jetë më i lartë me afrimin e moshës së shtatzënisë drejt limitit të sipërm të termit, duke qënë se në këtë pikë rritet probabiliteti i "serotinizmit" dhe induksionit⁵⁵.

4.1.1 Induksioni i lindjes dhe risku i rupturës uterine në term

Risku i rupturës uterine në LVPS të induktuar, pavarësisht llojit të induksionit është 1-1.5%, ndërkohë që pas javës së 40-të të shtatzënisë ku risk rritet në 3.2%. në vlerësimin sipas agentit induktues të përdorur, risku i konstatuar është 1.1% me oksitocinë, 2% me PGE2 dhe deri në 6% në rast përdorimi të misoprostolit si agent

induktues. Risku i rupturës uterine nga përdorimi i agentëve mekanikë të induksionit nuk është i studjuar plotësisht.

4.2 Vdekshmëria amtare

Vdekshmëria amtare në SHBA pësoi një rritje gjatë shekullit të 21-të, nga 7-9 për 100,000 në vitet 80-90 në 12-15 për 100,000 në vitin 2003, duke mbetur në këto shifra prej kësaj periudhe^{56,57,58}. Pavarësisht se përqindja vijon të mbetet e ulët, është mjaft e rëndësishme të kuptojmë nëse zgjedhjet nga ana e pacientit apo e mjekut si dhe menaxhimi klinik kontribuojnë në vdekshmërinë amtare.

Ndërkohë që vdekshmëria amtare është një gjetje e rrallë (10.1 për 100,000) për gratë me një SC të mëparshme, risku rritet në mënyrë të ndjeshme në pacientet me SCP (0.0134% - 95% CI: 0.0043 - 0.0416%). Në krahasimin midis LVPS dhe SCP konstatohet raporti 3.8 vs 13.4 për 100,000 - 95% CI: 4.3 - 41.6 për 100,000).

4.3 Histerektomia

Histerektomia është një ngjarje e rrallë si për SCP ashtu edhe për LVPS dhe është vlerësuar si një komplikacion i LVPS, SCP dhe SC pas dështimit të induksionit të lindjes. Ndër studimet që kanë vlerësuar riskun e histerektomisë pas LVPS dhe SCP janë konstatuar diferenca statistikisht të rëndësishme midis këtyre grupeve (0.28% në grupin e ERCS kundrejt 0.17% në grupin e LVPS), por në përllogaritjen e riskut të kombinuar, pas marrjes në konsideratë si pjesë e grupit të LVPS përfundimin e lindjes me SC në rast dështimi të provës së lindjes, diferencat nuk ishin statistikisht të rëndësishme. E njëjta mungesë domethënije statistikore konstatohet midis dy grupeve për shtatzënitë në term midis LVPS dhe SCP (respektivisht 0.14% vs 0.16%; $p=0.672$)^{59,60}.

4.4 Hemorragjia post partum dhe hemotransfuzioni

Evidencat mbi incidencën e hemorragjisë dhe nevojës për hemotransfuzion janë jo të sakta, për shkak të mungesë së qëndrueshmërisë në përkufizim si dhe të subjektivizmit në llogaritje. Në përgjithësi, studimet konstatojnë një rritje të riskut për hemorragji pas lindjes dhe nevojë për hemotransfuzion në rastet e SCP kundrejt LVPS.

Studimet sugjerojnë se nuk ka ndryshime domethënëse në lidhje me nevojën për hemotransfuzion midis LVPS dhe SCP (0.9% vs 1.2%, 9 vs 12 për 1,000 lindje)^{61,62,63}. Faktorët e mundshëm që mund të ndikojnë në përqindjen e nevojës për hemotransfuzion mendohet të jenë mosha e shtatzënisë, situata të veçanta mjekësore të nënës, protokoli spitalor si dhe influenza e lindjes vaginale të mëparshme.

Incidenca e hemorragjisë serioze në rastin e SCP ka një variacion të gjerë në literaturë (0.3%-29%). Në përgjithësi studimet raportojnë një rritje të incidencës së hemorragjisë serioze në rastet e SCP në krahasim me LVPS. Megjithatë, një handicap i rëndësishëm në vërtetësinë dhe saktësinë e konkluzioneve studimore mbi hemorragjinë pas lindjes konsiston në vështirësinë e përcaktimit të saktë dhe objektiv të hemorragjisë. Kështu, shumë studime nuk arrijnë të përcaktojnë kriteret dhe modalitetet e përdorura gjatë investigimit për llogaritjen e gjakut të humbur. Vlerësimi subjektiv nga ana e mjekut klinikist të sasisë së gjakut të humbur shpesh është i pasaktë^{64,65}.

4.5 Infeksioni

Literatura nuk sugjeron ndryshime statistike të rëndësishme midis grupit të SCP dhe LVPS përsa i përket riskut të infeksionit dhe gjendjes febrile amtare.

Pavarësisht variacionit të gjerë të gjetjes në studime të ndryshme, incidenca e endometritit duket të jetë më e lartë në LVPS në krahasim me SCP (0.8-12% vs 1.2-

18%). Një faktor i mundshëm që mendohet se ndikon në vlerat më të larta të incidencës së infeksionit për të dy grupet është obeziteti amtar⁶⁶. Me rritjen e BMI konstatohet një rritje statistikisht e rëndësishme e riskut për endometrit, pavarësisht mënyrës së lindjes (LVPS apo SCP). Gjithashtu, endometriti është konstatuar me një frekuencë më të lartë në pacientet të cilat kanë lindur me SC pas dështimit të induksionit të lindjes. Ky fakt sugjeron se endometriti i konstatuar në subjektet e planifikuara për LVPS por që kanë përfunduar lindjen me SC mund t'i dedikohet më tepër operacionit cesarean sesa aktivitetit të lindjes^{67,68}. Përqindja e korioamnionitit është më e lartë në grupin e planifikuar për LVPS⁶⁷, pavarësisht mënyrës së përfundimit të lindjes. Ndërkohë që infeksioni i plagës operative është një komplikacion pothuajse ekskluziv i SCP.

Gjendja febrile është një situatë që haset me incidencë të ngjashme për të dy grupet, me një tendencë për të qënë më pak frekvente në grupin e LVPS (6.5% kundrejt 7.2%; $p > 0.05$), pa domethënie statistikore.

4.6 Ditëqëndrimi spitalor për indikacione amtare

Ditëqëndrimi spitalor është më i madh në pacientet të cilat zgjedhin planifikimin e SC të përsëritur në krahasim me pacientet të cilat i nënshtrohen LVPS^{69,70,71}. Ndërkohë, edhe risku për ditëqëndrim të zgjatur spitalor (më shumë se 4 ditë) duket të jetë më i lartë sërish në grupin e SCP⁷².

4.7 Komplikacionet amtare të lidhura me SC të përsëritura

Me uljen e frekuencimit të LVPS, një pasojë e dukshme dhe e prekshme është rritja e numrit të SC të përsëritura. Në këtë logjikë, një element mjaft i rëndësishëm që mendohet të jetë pjesë integrale e vendim marrjes nga ana e pacientes në lidhje me mënyrën e lindjes pas një lindjeje me SC, është pyetja që duhet ti drejtohet pacientes për shtatzënitë e ardhme. Sëmundshmëria amtare që rezulton nga lindjet e shumëfishta me SC konsiston në morbus aderencial, risk më i lartë për hemorragji

dhe nevojë për hemotransfuzion, dëmtime kirurgjikale, infeksione postoperative, histerektomi, placentim jonormal (placenta accreta) madje dhe vdekje amtare.

4.7.1 Morbus aderencial

Një shqetësim i lidhur në mënyrë të drejtpërdrejtë me SC të shumëfishta janë komplikacionet që i dedikohen morbus aderencialis. Në këto komplikacione përfshihen vështirësia e realizimit të ndërhyrjes kirurgjikale, rritja e komplikacioneve postoperative si dhe rritja e vështirësive si dhe e komplikacioneve gjatë procedurave kirurgjikale gjinekologjike në të ardhmen. Studimet hulumtuese mbi këtë fakt janë të kufizuara. Në një studim që vlerësonte komplikacionet e histerektomisë vaginale në paciente me lindje vaginale dhe paciente me 1 ose më shumë lindje me operacion cesarean konstatoi se komplikacionet perioperative ishin shumë më të shpeshta në grupin e pacienteve të cilat kishin lindur me SC (18.3% vs 3.6%). Ky studim nuk krahasoi rëndësinë e komplikacioneve varësisht numrit të lindjeve me SC. Sipas po të njëjtit studim, u konstatua risk i rritur për dëmtime intestinale, kohë më e gjatë operacioni, por pa ndryshime statistikore midis grupeve⁷³.

4.7.2 Shëndeti riprodhues

Një prej faktorëve të rëndësishëm që theksohet prej klinikistëve dhe profesionistëve në termat e lindjeve me SC, është projekti prindëror i familjes së pacientes e cila i nënshtrohet lindjes (LVPS apo SCP), për shkak të risqeve të rritura dhe vështirësive që ofrojnë SC-të e shumëfishta.

Një tjetër shqetësim i drejtë është edhe dëmtimi i fertilitetit për shkak të kirurgjisë uterine. Një studim që vlerësonte shtatzënitë e ardhme pas lindjes vaginale spontane, lindjes vaginale operative dhe lindjes me SC konstatoi diferenca statistikisht të rëndësishme në aftësinë për të konceptuar në subjektet të cilët i ishin nënshtruar një lindjeje me SC, në krahasim me subjektet të cilët kishin lindur me

rrugë vaginale (OR 0.33; 95 percent CI: 0.12 to 0.98)⁷⁴. Një studim tjetër konstatoi se SC shoqërohej me rritje të përqindjes së pacienteve të cilave u duhej më shumë se 1 vit për të konceptuar⁷⁵.

Në vlerësimin e risqeve dhe komplikacioneve amtare të lidhura me opsionin e LVPS apo të SCP, ekzistojnë disa pika të rëndësishme që influencojnë dukshëm arritjen e konkluzioneve: efekti i obezitetit amtar, lindjet e shumëfishta me operacion cezarean, etj.

PËRFITIMET DHE RISQET NEONATALE AFATSHKURTRA DHE AFATGJATA

5.1 Vdekshmëria perinatale

Në vlerësimin e vdekshmërisë perinatale, përfshihen të porsalindurit deri në ditën e 28-të të jetës së tyre, duke përkufizuar vdekshmërinë apo sëmundshmërinë perinatale si vdekje (sëmundshmëri) në 28 ditët e para të jetës, e raportuar për 1,000 lindje gjallë⁷⁶.

Për të shmangur biaset dhe për të kuptuar në mënyrë sa më të saktë raportin midis vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë perinatale të të porsalindurve nga gratë me një lindje të mëparshme me SC, rekomandohet përjashtimi i rasteve me anomali të lindura apo të papajtueshme me jetën (para apo pas studimit). Gjithashtu në përpjekje të shmangies së interferencës së prematuritetit mbi outcome-in perinatal, analiza studimore e vlerësimit të rasteve ku fokusohet edhe studimi ynë përjashton zakonisht rastet premature.

Përqindja e vdekshmërisë perinatale për të porsalindurit pas javës së 28-të të shtatzënisë dhe deri në ditën e 7-të të jetës raportohet të jetë 0.66%, por në këtë përqindje nuk janë përjashtuar rastet me anomali kongenitale dhe as mortaliteti prej prematuritetit⁷⁷. Pesë studime mbi 76,899 të porsalindur raportojnë në lidhje me vdekshmërinë perinatale që shoqëron LVPS dhe SCP deri në ditën e 28-të të jetës^{51,78-81}. Këto studime u fokusuan ekskluzivisht në gratë të cilat kishin lindur në term. Në krahasimin midis dy grupeve u konstatua një mortalitet perinatal 0.21% në gratë të cilat i ishin nënshtruar provës së lindjes pas SC dhe 0.1% në gratë me SC të përsëritur.

5.2 Sëmundshmëria infantile

Problemet respiratore të të porsalindurit janë mjaft të shpeshta dhe janë përgjegjëse për pjesën më të madhe të transferimit të tyre në NICU. Ndërkohë që

mund të konsiderohet një përfundim jo definitiv, nevoja dhe niveli i kërkesës për suport respirator në këta të porsalindur është një sintezë interesash klinike, familjare dhe ekonomike. Sëmundshmëria respiratore mund të jetë e pranishme pavarësisht mënyrës së lindjes, duke vështirësuar më tej arritjen e konkluzioneve mbi impaktin e mënyrës së lindjes më pak të qartë dhe të matshëm. Ndërkohë që SDR është një një sëmundje që i dedikohet pothuajse ekskluzivisht prematuritetit, edhe të porsalindurit në term mund të kenë problematika respiratore gjatë apo menjëherë pas lindjes.

Encefalopatia hipoksike-ishemike, encefalopatia neonatale, asfiksia dhe hipoksia janë terma që përdoren në literaturë për të përshkruar një komplikacion neonatal mjaft serioz⁹⁴. Këto përshkrime lidhin ngjarjen hipoksike gjatë lindjes me përfundimin neonatal afat-mesëm apo afat-gjatë. Janë propozuar nga ACOG 4 kritere thelbësore që përcaktojnë lidhjen midis një ngjarjeje hipoksike me insultin cerebral: (1) konfirmimi i acidozës metabolike në kordonin umbilikal (pH <7 dhe deficit bazik 12 mmol/L ose më tepër), (2) instalimi i hershëm i encefalopatisë së modeuar ose të rëndë në të porsalindurit pas javës së 34rt të shtatzënisë, (3) insult cerebral i tipit spastik kuadriplegjik ose diskinetik dhe (4) përjashtimi i etiologjive të tjera të identifikueshme sikundër traumat, koagulopatitë, infeksionet apo anomalitë gjenetike.

Trauma e lindjes është një tjetër komplikacion i mundshëm shoqërues i LVPS, pavarësisht situatave klinike amtare me risk të lartë për traumë lindjeje. Megjithatë pjesa më e madhe e studimeve nuk kanë konstatuar ndryshime statistikisht të rëndësishme përsa i përket diferencave të traumave të lindjes në LVPS kundrejt SCP.

Pavarësisht se pikëzimi sipas Apgar-it ka komponentin subjektiv të vlerësimit të tij si dhe ka pak vlerë në termat afat-gjatë, ai është pranuar si pjesë e rëndësishme e vlerësimit të të porsalindurit në momentin e lindjes.

STUDIMI

6.1 Qëllimi i studimit

Studimi ka si qëllim kryesor vlerësimin përmes shfrytëzimit të evidencave më të mira në dispozicion, të përfitimeve dhe dëmeve amtare dhe fetale gjatë praktikës së lindjes së përsëritur me SC kundrejt LVPS si dhe vlerësimin dhe krahasimin e outcome-it parësor midis dy praktikave të ndryshme, duke marrë në konsideratë suksesin e induksionit të lindjes, nevojën për lindje me SC dhe sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë amtare dhe neonatale.

6.2 Hipoteza për tu vërtetuar

- Cilat janë përfitimet dhe dëmet afatshkurtra dhe afatgjata te gruaja e cila i nënshtrohet provës së lindjes pas një lindje me SC kundrejt planifikimit të SC të përsëritur?
- Cilat janë përfitimet dhe dëmet afatshkurtra dhe afatgjata te i porsalinduri i pacientes e cila i nënshtrohet provës së lindjes pas një lindje me SC kundrejt planifikimit të SC të përsëritur?
- Cilat janë pikat që vështirësojnë marrjen e vendimit për mënyrën e lindjes dhe ku duhet të fokusohen investigimet për zgjidhjen e këtij problemi?

6.3 Përpunimi statistikor

Në përpunimin dhe analizimin statistikor të rezultateve të studimit është përdorur Testi i Fisher-it (Fisher's exact test), që na ka mundësuar përcaktimin e saktë të domethënies statistikore të ndryshimeve. Nëpërmjet formulës së Fisher-it ne mund të përcaktojmë në mënyrë të saktë devijimin nga "*null hypothesis*" (për shembull vlera e *p*-së)^{93,94}.

Sikundër aplikohet zakonisht, në varësi të të dhënave dhe kushteve të praktikës konvencionale në realizimin e një studimi, edhe në këtë studim është përdorur terminologjia e ***Pδ****: $p \geq 0.05$ si "statistikisht jo domethënëse" dhe $p < 0.05$ me "domethënie statistikore".

Gjithashtu, në vlerësimin statistikor kemi përdorur në disa situata (ku vlerat e qelizave të veçanta kanë qënë mbi 5) edhe testin "*Chi-squared*", sidomos në situatat kur për shkak të vlerave numerike të mëdha të mostrës ka qënë e vështirë përlllogaritja e saktë përmes testit të Fisher-it.

MATERIALI DHE METODAT

Ky është një studim retrospektiv analitik i kryer në Spitalin Rajonal të Shkodrës, departamenti i Obstetrikë-Gjinekologjisë. Në këtë studim janë marrë në shqyrtim të gjitha kartelat klinike të lindjeve gjatë periudhës kohore 8-vjeçare 1 Janar 2007 deri 31 Dhjetor 2014.

Gjatë periudhës kohore të sipërpërmendur kanë lindur 16,362 gra, prej të cilave 1,257 paciente ishin me diagnozën shoqëruese "Status post SC". Studimi ynë u fokusua pikërisht mbi grupin e pacienteve të cilat kishin të paktën një lindje me SC (n=1,257).

Në përzgjedhjen e mostrës së studimit kushti taksativ i përfshirjes në studim ishte "Status post Sectio Cesarea" për të dy grupet, pavarësisht mënyrës së përfundimit të lindjes së fundit (më specifikisht "Status post 1 SC për grupin e LVPS" dhe "Status post ≥ 1 SC" për grupin e SC të përsëritur).

Kritere përjashtuese ishin lindjet premature më pak se 37 javë shtatzënie (21 raste), lindjet postterm pas javës së 42^{të} të shtatzënisë (7 raste), shtatzënitë multiple (13 raste), paraqitjet jo me verteks si podalike dhe transversale (24 raste), rastet e dyshuara për korioamnionitis (6 raste) si dhe kartelat e 36 pacienteve për mungesë të dokumentimit të të dhënave të nevojshme për studimin. Ndërkohë që për të shmangur biaset në lidhje me outcome-in neonatal, u përjashtuan rastet me anomali kongenitale apo të papajtueshme me jetën (11 raste). Totali i rasteve të përjashtuar ishte 118.

Targeti i këtij studimi konsistonte në ndarjen e kartelave të mësipërme në dy grupe: grupi A, pacientet të cilat kishin realizuar një lindje vaginale pas një lindjeje të mëparshme me operacion cezarean (LVPS) dhe si grupi B ishin pacientet të cilat kishin realizuar një lindje me SC të përsëritur.

Pas përjashtimit të pacienteve të sipërpërmendura, prej 1,139 pacienteve, të cilat kanë lindur në SRSH gjatë kësaj periudhe kohore me diagnozën st post SC (qoftë me lindje operative të përsëritur apo lindje vaginale pas SC):

Grupi A ose Grupi i LVPS të planifikuar. Këto gra pritën fillimin spontan të aktivitetit të lindjes, ndërkohë që mjeku obstetër vlerësonte në dinamikë përshtatshmërinë e parametrave për LVPS - 145 paciente (12.7%) i janë nështruar provës së lindjes pas një lindjeje me SC (LVPS)

Grupi B ose Grupi i SC të përsëritur: Gra të cilat planifikuan SC të përsëritur midis javëve 38-40 të shtatzënisë. Nëse një grua kishte planifikuar një SC dhe i fillonte aktiviteti i lindjes, ajo grua do ti nënështrohej lindjes me SC urgjente - 1,094 paciente (87.3%) kanë kryer lindje të planifikuar me operacion cesarean të përsëritur.

Gjatë shqyrtimit të kartelave klinike vlerësuam përfundimin amtar dhe fetal si në grupin e pacienteve të cilat iu nënshtruan LVPS ashtu edhe në grupin e pacienteve të cilat kanë kryer lindje të planifikuar me operacion cesarean të përsëritur, duke realizuar dhe krahasimin midis këtyre dy grupeve.

Midis grave të cilat tentuan provën e lindjes pas një lindjeje të mëparshme me SC u vlerësua përqindja e lindjeve vaginale të suksesshme si dhe faktorët e mundshëm që mund të influencojnë në këtë sukses.

Në vlerësimin e outcome-it amtar u mor në konsideratë:

- Mortaliteti amtar
- Ruptura uterine
 - E plotë - grisje në gjithë trashësinë e murit uterin, duke përfshirë dhe serozën viscerale, me ose pa dalje jashtë të të njësisë feto-placentare
 - E pjesshme – grisja tërësisë së murit uterin por me serozën viscerale intakte
- Histerektomia postpartum
- Hemorragjia postpartum dhe nevoja për hemotransfuzion
- Infeksioni
- Ditëqëndrimi spitalor (për indikacione amtare)

Gjithashtu, për të vlerësuar dhe faktorët e mundshëm që mund të influencojnë në përqindjen e LVPS të sukseshme, te pacientet e grupit të LVPS u morën në konsideratë kushtet e columit në momentin e shtrimit dhe pikëzimi sipas Bishop, anamneza obstetrikale për lindje vaginale të mëparshme, diagnoza e SC të mëparshme, etj. Variabla të tjerë të vlerësuar në këtë studim ishin mosha e gruas, pariteti, statusi martesor, gjatësia.

Në vlerësimin e outcome-it neonatal u mor në konsideratë:

- Mortaliteti perinatal
- Detresi respirator i neonatit
- Encefalopatia hipoksike-ishemike
- Asfiksia
- Traumat e lindjes
- Pranimi në njësinë intensive të kujdesit neonatal (NICU)
- Transferimi për indikacione neonatale drejt qendrave spitalore terciare
- Pikëzimi sipas Apgar në minutën e 5-të

Gjithashtu, për evidentimin e faktorëve të mundshëm që mund të modifikojnë suksesin e procedurës së LVPS u morën në konsideratë edhe variabla të tillë si mënyra e induksionit dhe pesha e bebit (makrosomia).

Rezultatet e studimit u krahasuan edhe me të dhënat e statistikave të SUOGJ "Koco Gliozheni" mbi procedurat e LVPS në këtë qendër terciare për periudhën kohore 2007-2011. Ky krahasim synonte që, përpos ballafaqimit të rezultateve të studimit me ato të literaturës bashkëkohore, të realizonim edhe një krahasim me qendrën spitalore universitare të Obstetrikë-Gjinekologjisë në Tiranë, për të qënë sa më realistë në hulumtimin dhe interpretimin e rezultateve.

REZULTATET

8.1 Raportet statistikore të LVPS kundrejt SC të përsëritur

Në tabelat e mëposhtme paraqiten të dhënat statistikore në lidhje me totalin e numrit të lindjeve në maternitetin e Shkodrës për periudhën kohore 2007-2014 si dhe në SUOGJ "Koço Gliozheni", Tiranë për periudhën kohore 2009-2013, si dhe specifikimi i grupeve të studimit.

Në SRSH, përqindja e lindjes me SC përgjatë periudhës së studimit është 24.2%. Në SUOGJ "Koço Gliozheni", Tiranë kjo përqindje është 31.4% ndërkohë që diagnoza "Status post SC" përbën 6.9% të totalit të lindjeve në SRSH duke qënë përgjegjëse për 28.7% të totalit të lindjeve me SC në këtë spital. Në periudhën e studimit 145 paciente (12.7% të diagnozave "Status post SC") i janë nështruar provës së LVPS, prej të cilave në 89 paciente (61.4%) prova e LVPS ka rezultuar me lindje vaginale spontane të sukseshme. Ndërkohë në tabelën 2 përshkruhen të dhënat statistikore të SUOGJ "Koço Gliozheni" në Tiranë për periudhën kohore 2009-2013. Sikundër vihet re nga këto të dhëna, diagnoza "Status post SC" përbën 8.2% të totalit të lindjeve, përgjegjëse për 26.1% të totalit të lindjeve me SC në këtë spital. Në SUOGJ "Koco Gliozheni" 413 paciente (23.1% të diagnozave "Status post SC") i janë nështruar provës së LVPS, prej të cilave në 289 paciente (69.9%) prova e LVPS ka rezultuar me lindje vaginale spontane të sukseshme.

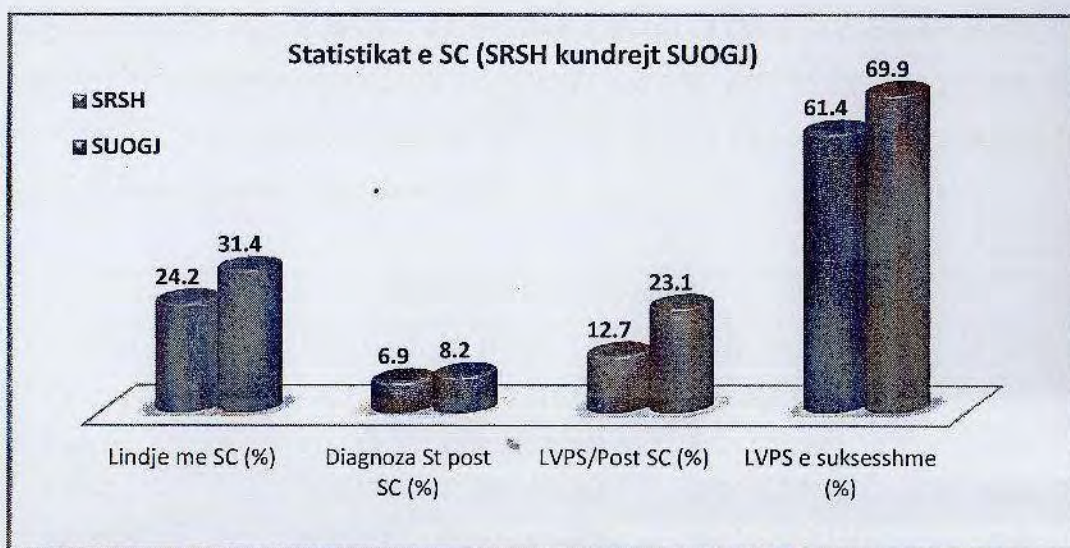
Diferenca si në përqindjen e praktikës së LVPS (23.1% v.s. 12.7% të diagnozave "Status post SC") ashtu edhe në përfundimin me sukses së provës së LVPS (69.9% v.s. 61.4%) midis dy strukturave është statistikisht e rëndësishme. Në analizën e faktorëve të mundshëm që mund të ndikojnë në këtë diferencë mund të përmendim se SUOGJ është një qëndër spitalore terciare, me personel të kualifikuar, nivel disponibiliteti dhe aksesit ndaj ndërhyrjes operative urgjente më të lartë, më të shpejtë dhe më efikas, si dhe vlerësimi dhe konsultimi më adekuat i indikacioneve për pacientet të cilat do ti nënshtrohen provës së LVPS.

SPITALI RAJONAL SHKODËR (2007-2014)					
Viti	Lindje	Lindje me SC	St. post SC	Prova e LVPS	LVPS suksessh.
2007	2074	487	113	16	8
2008	1981	471	128	9	5
2009	2001	485	136	20	10
2010	2012	490	172	19	11
2011	1969	414	156	26	17
2012	2155	518	175	20	12
2013	2148	564	158	18	13
2014	2022	543	101	17	13
Totali	16362	3972 (24.2%)	1139 (6.9%)	145 (12.7%)	89 (61.4%)

Tabela 2. Të dhënat statistikore të përqindjes së SC, LVPS dhe përfundimit të suksesshëm të LVPS në SRSB (2007-2014)

SUOGJ "KOÇO GLIOZHENI" (2009-2013)					
Viti	Lindje	Lindje me SC	St. post SC	Prova e LVPS	LVPS suksessh.
2009	4090	1423	336	84	56
2010	4222	1321	365	72	50
2011	4509	1511	376	91	64
2012	4433	1298	321	79	59
2013	4541	1290	389	87	60
Totali	21795	6843 (31.4%)	1787 (8.2%)	413 (23.1%)	289 (69.9%)

Tabela 3. Të dhënat statistikore të përqindjes së SC, LVPS dhe përfundimit të suksesshëm të LVPS në SUOGJ "Koço Gliozheni" (2009-2013)



Grafiku 1. Krahasoni i të dhënave statistikore të përqindjes së SC, LVPS dhe përfundimit të suksesshëm të LVPS në SUOGJ "Koço Gliozheni" (2009-2013) & SRSH (2007-2014)

8.2 Vlerësimi i faktorëve që influencojnë në suksesin e LVPS

Në vlerësimin e faktorëve që influencojnë suksesin e LVPS në rastet e marra në studim kemi vlerësuar praninë e LVPS apo të lindjes vaginale të mëparshme, kushtet e columnit uterin (Bishop score), llojin e indikacionit të SC të mëparshme (rekurent apo jo), moshën amtare dhe peshën fetale.

Sigurisht që ka dhe faktorët tjerë të cilët influencojnë suksesin e LVPS sikundër raca, etniciteti, intervali midis lindjeve, sëmundjet preekzistuese amtare, shtatzënia serotine, etj., por në studimin tonë ne jemi fokusuar në vlerësimin e faktorëve të sipërpërmendur (Tabela 4).

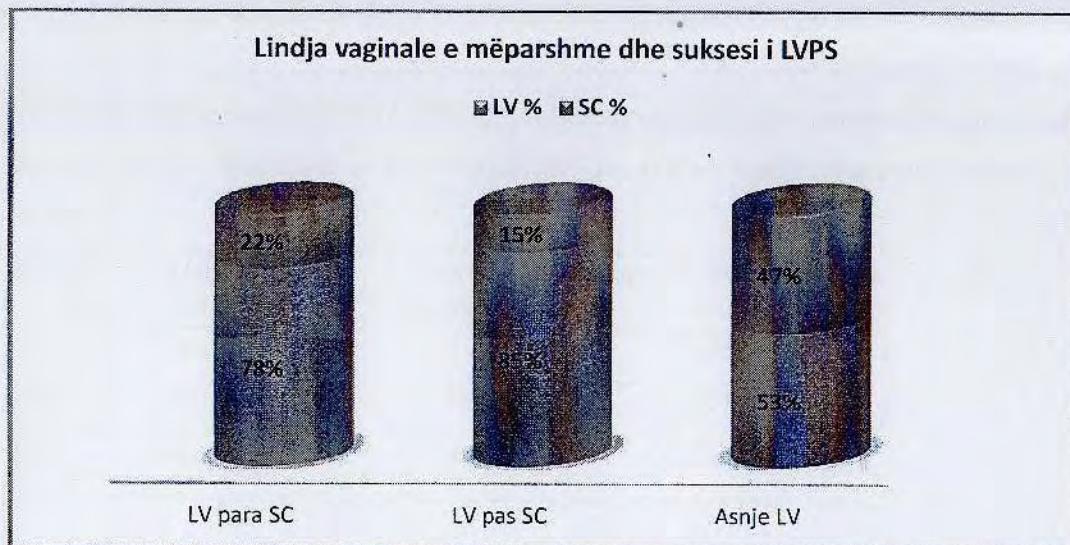
8.2.1 Lindja vaginale e mëparshme

Në totalin prej 145 pacientesh të cilat i ishin nënshtruar provës së lindjes vaginale pas lindjes me SC, 43 prej tyre kishin një lindje vaginale të mëparshme (konkretisht 23 paciente me një lindje vaginale para SC të mëparshme dhe 20 paciente me lindje

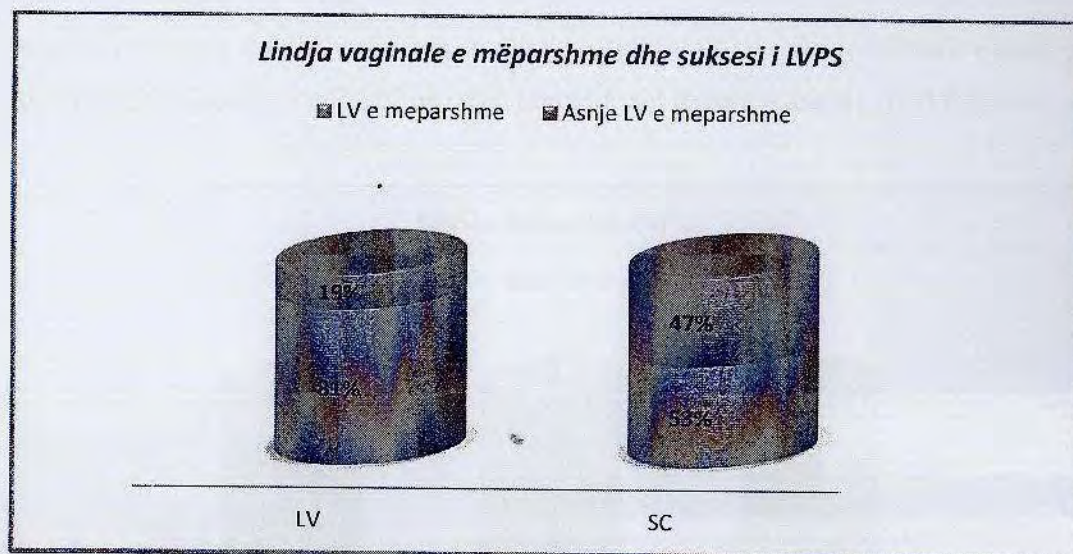
vaginale të mëparshme pas SC). Përqindja e suksesit të LVPS në pacientet me lindje vaginale të mëparshme ishte 78.2% për LV para SC dhe 85.0% për LV pas SC. Ndërkohë, 102 paciente nuk kishin LV të mëparshme dhe përqindja e suksesit të LVPS te ky grup pacientesh ishte 52.9%.

Spitali Rajonal Shkodër				
Variablat	TOL	LV (n/%)	SC (n/%)	P value
LV e mëparshme	43/145	89/145 (61.4%)	56/145 (38.6%)	
Para SC	23/145	18/23 (78.2%)	5/23 (21.8%)	<0.05
Pas SC	20/145	17/20 (85.0%)	3/20 (15.0%)	<0.05
Asnjë LV	102/145	54/102 (52.9%)	48/102 (47.1%)	<0.05

Tabela 4. Lindja vaginale e mëparshme dhe sukseesi i LVPS në SRS



Grafiku 2. Lindja vaginale e mëparshme dhe sukseesi i LVPS në SRS



Grafiku 3. Lindja vaginale e mëparshme dhe suksemi i LVPS në SRSH

8.2.2 Pikëzimi sipas Bishop

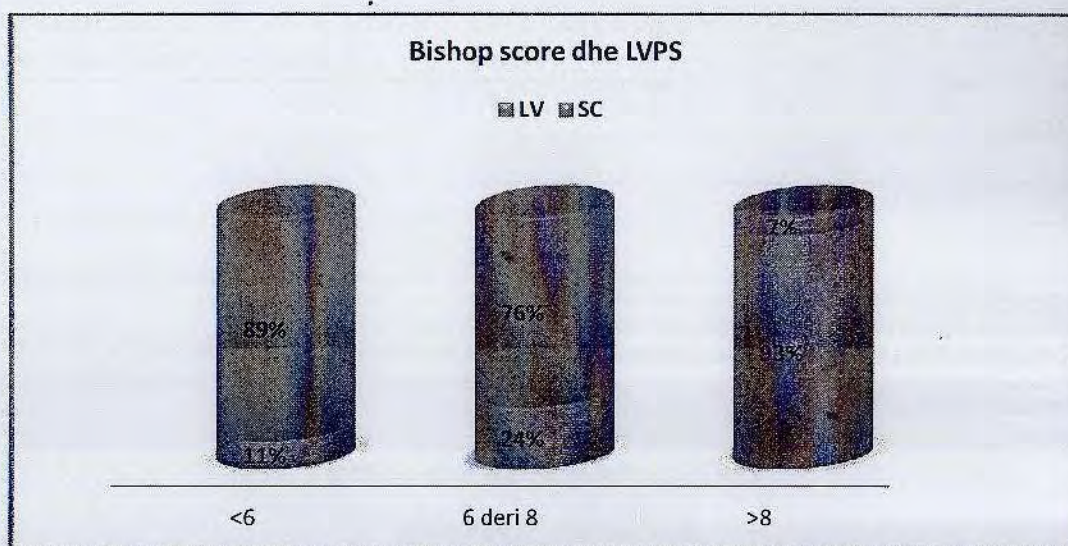
Në vlerësimin e rezultateve të studimit u konstatua një rritje progresive dhe mjaft domethënëse e përqindjes së suksesit të LVPS me rritjen e pikëzimit sipas Bishop.

Bishop	TOL (n=145)	LVPS e suksesshme (n=89)	Dështim i LVPS (n=56)	P value
<6	18 (12.4%)	2/18 (11.1%)	16 (88.9%)	< 0.05
6-8	45 (31.0%)	11/45 (24.4%)	34 (75.6%)	< 0.05
>8	82 (56.5%)	76/82 (92.6%)	6/82 (7.4%)	< 0.05

Tabela 5. Pikëzimi sipas Bishop dhe suksemi i LVPS në SRSH

Konkretisht nga 18 paciente të cilat i ishin nënshtruar LVPS me Bishop më të vogël se 6 vetëm 2 prej tyre patën një LVPS të suksesshme (11.1%) kundrejt 16 të cilat lindën me SC. Nga 45 paciente me vlerë të Bishop 6-8 të cilat iu nënshtruan TOL, vetëm 11 patën LVPS të suksesshme (24.4%) dhe në 34 prej tyre lindja përfundoi

me SC. Pacientet me Bishop më të madh se 8, patën një përqindje të madhe suksesi të LVPS (92.6%). Këto ndryshime ishin statistikisht të rëndësishme ($P < 0.05$).



Grafiku 4. Pikëzimi sipas Bishop dhe suksesi i LVPS në SRS

8.2.3 Indikacionet e SC të mëparshme

Për të vlerësuar në mënyrë më të qartë dhe më domethënëse impaktin e indikacionit të SC të mëparshme në suksesin e LVPS këto indikacione u grupuan në dy kategori kryesore:

- (1) indikacione rekurente (sëmundje amtare kronike, viciatura pelvike) dhe
- (2) indikacione jorekurente (dështim i progresit të lindjes, gjendje e pasigurt fetale, dështim i induksionit, paraqitje podalike, transversale, etj).

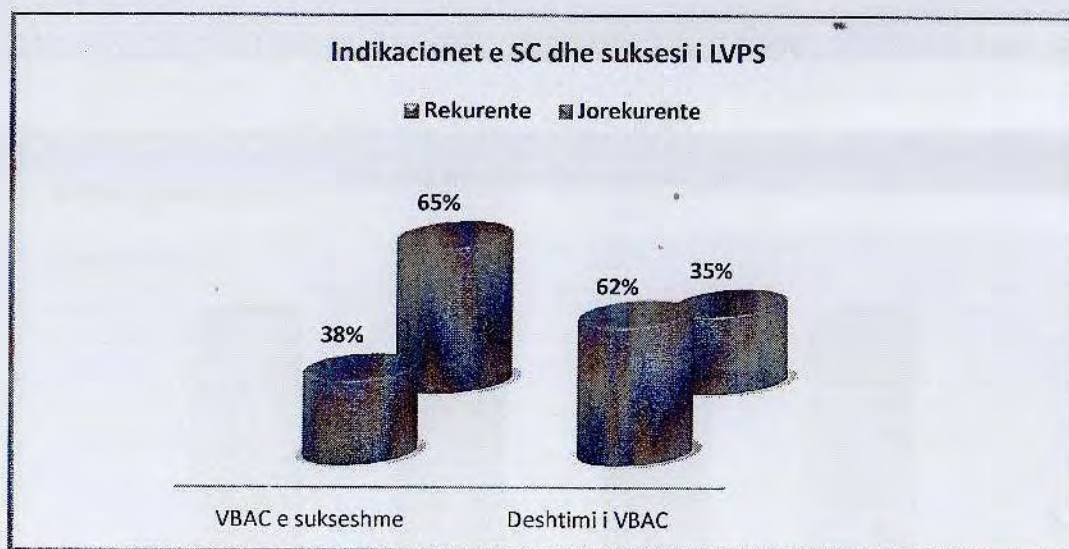
Pjesa më e madhe e pacienteve të cilat iu nënshtruan provës së lindjes pas një lindjeje me SC kishin indikacione jo rekurente të SC të mëparshme (124/145; 85.5%).

Nga rezultatet e studimit konfirmohet se përqindja e suksesit të LVPS është e lidhur ngushtësisht me llojin e indikacionit për të cilin është kryer SC e mëparshme. Kështu, përqindja e suksesit të LVPS në rastin e indikacioneve jorekurente të SC të

mëparshme është 65.3% kundrejt vetëm 38% në rastin e SC të mëparshme me indikacion rekurent. Ky ndryshim është statistikisht i rëndësishëm ($P < 0.05$).

Indikacione të SC të mëparshme	Prova e LVPS (n=145)	LVPS e suksesshme (n=89)	Dështim i LVPS (n=56)	P value
Rekurente	21/145 (14.5%)	8/21 (38.0%)	13/21 (62.0%)	< 0.05
Jorekurente	124/145 (85.5%)	81/124 (65.3%)	43/124 (34.7%)	< 0.05

Tabela 6. Klasifikimi i indikacioneve të SC të mëparshme dhe lidhja e tyre me suksesin e LVPS.



Grafiku 5. Klasifikimi i indikacioneve të SC të mëparshme dhe lidhja e tyre me suksesin e LVPS.

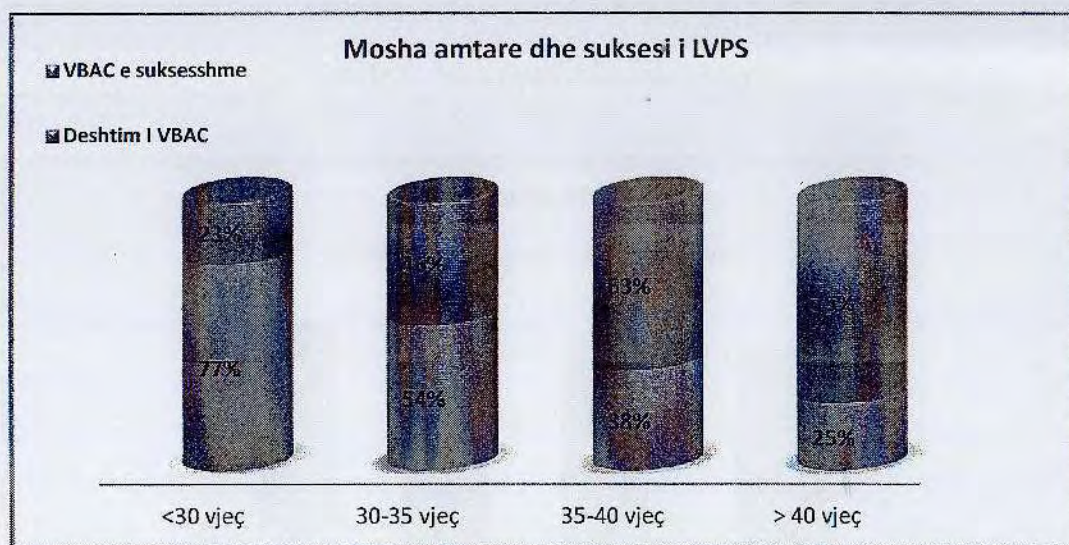
8.2.4 Mosha amtare dhe sukcesi i LVPS

Në vlerësimin e impaktit të moshës së nënës mbi suksesin e lindjes vagjinale pas asaj me operacion cesarean u klasifikuan pacientet të cilat i ishin nënshtruar provës së LV pas SC në katër grupmosha. Pjesa më e madhe e pacienteve i përkiste grupmoshës më të vogël se 30 vjeç (47.5% të të gjitha pacienteve) dhe grupmoshës

30-35 vjeç (33.1%). Nga rezultatet vihet re një rënie domethënëse e përqindjes së suksesit të LVPS me rritjen e moshës së shtatzënisë, duke variuar nga 76.8% për grupmoshën më të re, deri në vetëm 25% sukses për grupmoshën mbi 45 vjeç. Kjo tendencë është statistikisht e rëndësishme.

Mosha amtare	TOL (n=145)	LVPS e suksesshme (n=89)	Dështim i LVPS (n=56)	P value
<30 vjeç	69/145	53/69 (76.8%)	16/69 (23.2%)	<0.05
30-35 vjeç	48/145	26/48 (54.1%)	22/48 (45.9%)	NS
35-40 vjeç	24/145	9/24 (37.5%)	15/24 (62.5%)	<0.05
> 40 vjeç	4	1/4 (25.0%)	3/4 (75.0%)	<0.05

Tabela 7. Mosha amtare dhe suktesi i LVPS



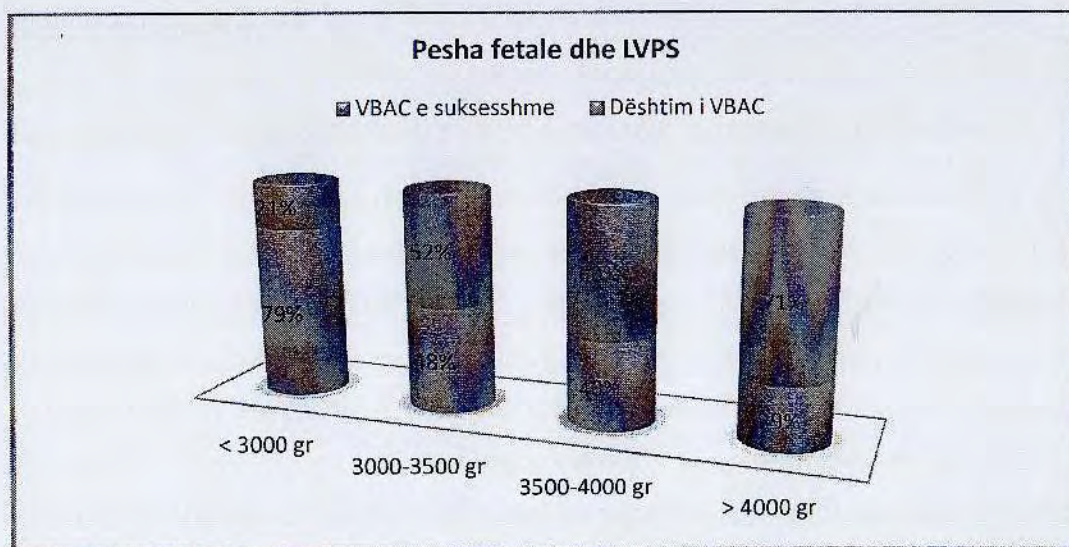
Grafiku 6. Mosha amtare dhe suktesi i LVPS

8.2.5 Pesha fetale

Një faktor tjetër i mundshëm që ndikon në suksesin e LVPS është edhe pesha fetale. Nga rezultatet konstatohet se me rritjen e peshës fetale ulet edhe përqindja e suksesit. Suksesi i LVPS është në një përqindje më të lartë për peshë më të vogël se 3000 gram (78.8%), ndërkohë që për peshë mbi 4000 gram përqindja e suksesit është vetëm 28.5%.

Pesha fetale (gram)	Prova e LVPS (n=145)	LVPS e sukses. (n=89)	Dështim LVPS (n=56)	P value
< 3000	71	56/71 (78.8%)	15/71 (21.2%)	<0.005
3000-3500	52	25/52 (48.0%)	27/52 (52.0%)	P=0.820
3500-4000	15	6/15 (40.0%)	9/15 (60.0%)	P=0.526
> 4000	7	2/7 (28.5%)	5/7 (71.5%)	P=0.349

Tabela 8. Pesha fetale dhe suksezi i LVPS



Grafiku 7. Pesha fetale dhe suksezi i LVPS

Megjithatë, pesh specifike e të porsalindurve mbi 4000 gram në pacientet të cilat iu nënshtruan LVPS ishte mjaft e vogël (7 paciente) gjë që na bën të mendojmë se kjo përqindje mund të jetë edhe krejt rastësore. Edhe efekti i peshës fetale në përqindjen e suksesit të LVPS është statistikisht i rëndësishëm.

8.3 Përfundimi amtar

(Rezultatet e lidhura me përfitimet dhe risqet afatshkurtra dhe afatgjata të gratë të cilat tentojnë LVPS kundrejt grave me SCP)

8.3.1 Vdekshmëria amtare

Duke qënë se vdekshmëria amtare është një dukuri me incidencë mjaft të rrallë, (në studimin tonë nuk është hasur), ne nuk kemi vlerësuar këtë përfundim në rezultatet tona në pamundësi të pasqyrimit të tij statistikor.

8.3.2 Ruptura uterine

Në vlerësimin e diagnozës "Rupturë uterine" në studim morëm në konsideratë:

(1) Ruptura e plotë - grisje në gjithë trashësinë e murit uterin, duke përfshirë dhe serozën viscerale, me ose pa dalje jashtë të të njësisë feto-placentare, e konfirmuar klinikisht dhe intraoperator (2/145 ose 1.3%). Ndërkohë për të realizuar krahasimin dhe domethnien statistikore të kësaj përqindjeje të konstatuar në studim (0.65%) me grupin e SCP, për këtë të fundit u bazuam në statistikat e të dhënave botërore, sipas të cilave risku i rupturës së plotë uterine në pacientet të cilat i nënshtrohen SCP është rreth 0.03% në vendet e zhvilluara dhe deri në 0.08% në vendet në zhvillim.

(2) Ruptura e pjesshme (dehishenca) – grisja tërësisë së murit uterin por me serozën viscerale intakte, situatë e konfirmuar në grupin e pacienteve të cilat dështoi prova e lindjes vagjinale dhe e përfunduan lindjen me operacion cezarean

(6/56 ose 10.7%) si dhe në grupin e kontrollit me paciente të cilat iu nënshtruan SCP (73/1094 ose 6.6%)

Në këtë studim morëm në konsideratë edhe rolin e induksionit apo të potencimit të lindjes (protokolli me oxytocinë) në riskun për rupturë/dehishencë uterine.

Sikundër shihet nga të dhënat, përqindja e rupturës uterine në grupin e studimit është 0.65%. Rasti i vetëm me rupturë uterine është hasur te një paciente e cila ka përfunduar lindjen me SC dhe ndërkohë te kjo paciente është përdorur oksitocina si agjent potencues i aktivitetit të lindjes.

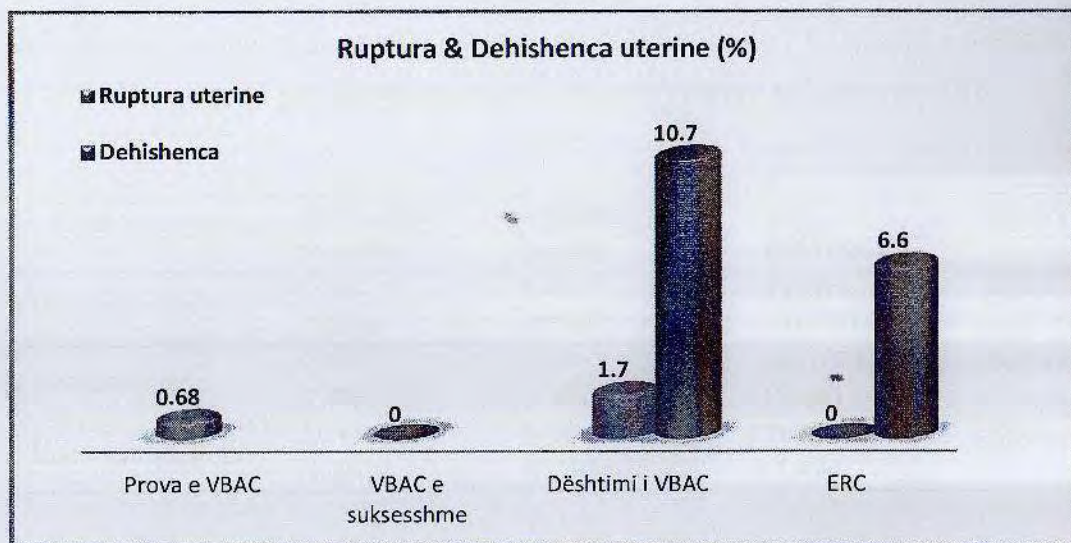
Prova e LVPS (n=145)			LVPS e suksesshme (n=89)		Dështimi i LVPS (n=56)		P
IND	Po (n=44)	Jo (n=101)	Po (n=31)	Jo (n=58)	Po (n=13)	Jo (n=43)	NV
RUP	1/44(2.2%)	0/101	0/31	0/58	1/13(7.6%)	0/43	NV
Total	1/145 (0.65%)		0/89 (0%)		1/56 (1.7%)		0.488
Dështimi i LVPS (n=56)				Grupi i SCP (n=1094)			P
DEH	6/56 (10.7%)			73/1094 (6.6%)			0.284

(IND - Induksioni i lindjes; RUP - Ruptura uterine; DEH - Dehishenca uterine)

Tabela 9. Ruptura dhe dehishenca uterine në LVPS

Dehishenca është hasur në 4.1% të pacienteve të cilat iu nënshtruan provës së lindjes vaginale pas lindjes cezareane, por kjo diagnozë nuk mund të merrej për bazë në rezultatet e studimit për nëngrupin e LVPS të suksesshme. Kështu, nga 6 rastet e konstatuara me dehishencë pas dështimit të LVPS dhe përfundimit të lindjes me SC (10.7% të totalit të grave të cilat iu nënshtruan lindjes me SC pas dështimit të LVPS) janë rastet te të cilët ka dështuar prova e LVPS. Nëse do ti referohemi përdorimit të oksitocinës, përqindja e dehishencës është 30% në rastin e pacienteve te të cilat është përdorur ky agjent uterotonik për potencimin apo induksionin e lindjes ndërkohë që në pacientet te të cilat nuk ishte administruar oksitocina,

përqindja e dehishencës së segmentit ishte vetëm 4.6%. Ndërkohë që në grupin e SCP në përshkrimin e interveneteve të SCP është konstatuar dehishenca e segmentit në 73 raste (6.6%)



Grafiku 8. Ruptura dhe dehishenca uterine në LVPS

8.3.3 Histerektomia

Në studimin tonë në grupin e provës së LVPS u evidentua vetëm një rast me histerektomi postpartum, pikërisht rasti i me rupturë uterine (1/145; 0.65%). Ndërkohë në grupin e kontrollit (SCP; n=1094) u konstatuan 7 raste me histerektomi postpartum (0.64%). Në krahasimin midis dy grupeve nuk pati ndryshime statistikore në lidhje me përqindjen e histerektomisë postpartum.

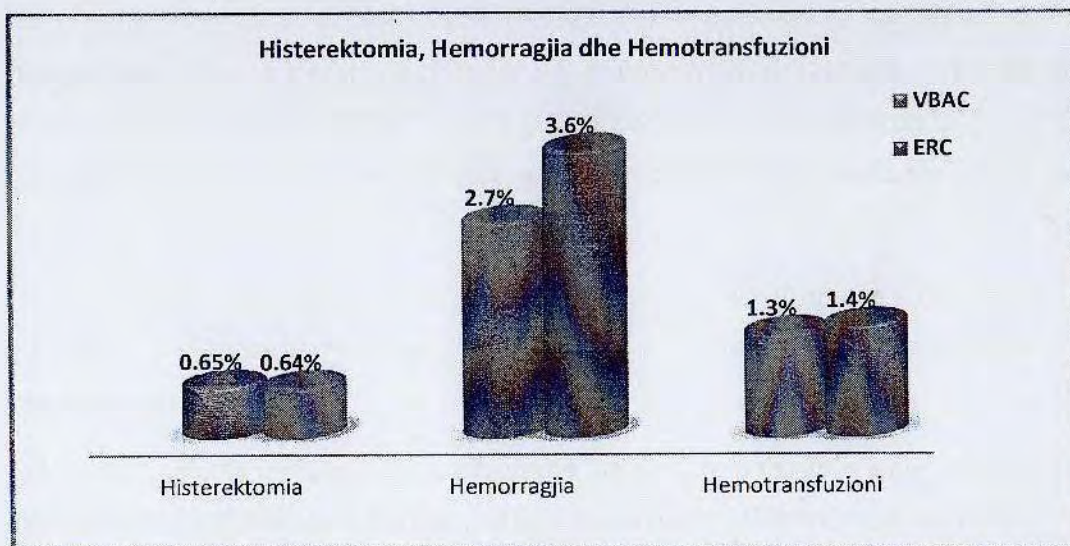
Megjithatë duhet theksuar se në grupin e provës së LVPS ky komplikacion ishte ekskluzivisht i lidhur me LVPS, ndërkohë që në grupin e kontrollit në 3 raste indikacioni për histerektomi post partum nuk lidhej në mënyrë të drejtpërdrejtë me faktin e lindjes së mëparshme me SC (2 raste me hemorragji dhe atoni uterine dhe një rast me placenta accreta).

8.3.4 Hemorragjia dhe hemotransfuzioni post partum

Në pacientet të cilat iu nënshtruan LVPS 4 prej tyre (4/145 ose 2.7%) patën hemorragji domethënëse pas lindjes, respektivisht 2 në grupin e LVPS të suksesshme (hemorragji pas lindjes vagjinale >500 ml) dhe 2 në grupin e dështimit të LVPS (hemorragji pas dështimit të LVPS dhe përfundimit të lindjes me SC).

	Prova LVPS (n=145)	Dështim i LVPS (n=56)	SCP (n=1094)	P value
Histerektomia	1/145 (0.65%)	1/56 (1.7%)	7/1094 (0.64%)	0.944
Hemorragjia	4/145 (2.7%)	2/56 (3.4%)	40/1094 (3.6%)	0.912
Hemotransfuzioni	2/145 (1.3%)	1/56 (1.7%)	16/1094 (1.4%)	0.954

Tabela 10. Histerektomia, hemorragjia dhe nevoja për hemotransfuzion



Grafiku 9. Histerektomia, hemorragjia dhe nevoja për hemotransfuzion

Ndërkohë, në grupin e kontrollit (SCP) 40 u konstatuan 40 paciente (3.6%) me hemorragji të konsiderueshme pas lindjes me SC. Diferencave midis dy grupeve përsa i përket hemorragjisë post partum nuk ishte statistikisht e rëndësishme ($P=0.912$).

Në dy grupet nuk pati dallime me domethënie statistikore midis grupit të provës së LVPS dhe grupit të SCP përsa i përket nevojës për hemotransfuzion (respektivisht 1.3% vs. 1.4%; $P=0.954$).

8.3.5 Infeksioni

Në vlerësimin e riskut infektiv në dy grupet ne analizuam kartelat në lidhje me të dhënat për endometrit, korioamnionit, infeksioni i plagës operative dhe gjendja febrile.

Në grupin e LVPS, endometriti ishte konfirmuar në 5/145 paciente (3.4%), konkretisht në nëngrupin e LVPS të suksesshme në 3/89 paciente (3.3%) dhe në nëngrupin e dështimit të LVPS 2/56 (3.6%). Nuk u konstatuan ndryshime midis nëngrupeve përsa i përket incidencës së endometritit. Në grupin e kontrollit, endometriti u konstatua në 46/1094 (4.2%) të pacienteve. Diferenca midis grupit të studimit dhe grupit të kontrollit nuk ishte statistikisht i rëndësishëm (3.4% vs. 4.2%; $P=0.815$).

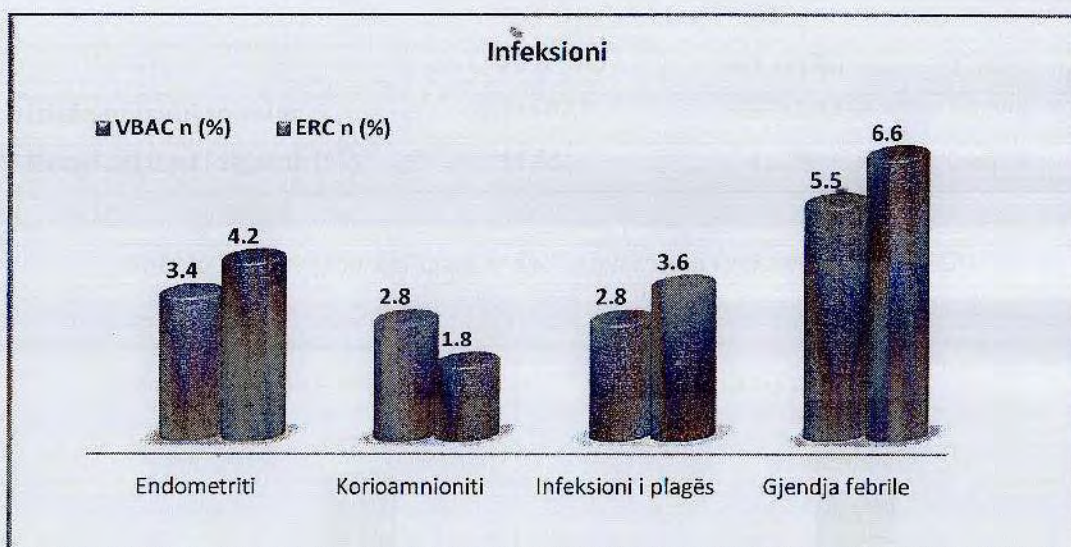
Korioamnioniti u konstatua në 4/145 (2.8%) paciente në grupin e LVPS kundrejt 21/1094 (1.8%) paciente në grupin e SCP. Ky ndryshim nuk ishte statistikisht i rëndësishëm ($P=0.314$).

Infeksioni i plagës u konstatua në përqindje më të lartë në grupin e kontrollit (SC e përsëritur – 42/1094 ose 3.6%) ndaj grupit të studimit (LVPS 4/145 ose 2.8%).

Gjendja febrile u konstatua në 5.5% (8/145) të pacienteve të cilat iu nënshtruan LVPS dhe në 6.6% (72/1094) të pacienteve në grupin e SCP. Kjo diferencë nuk ishte statistikisht e rëndësishme ($P=0.673$).

	LVPS n (%)	SCP n (%)	P value
Endometriti	5/145 (3.4%)	46/1094 (4.2%)	0.815
Korioamnioniti	4/145 (2.8%)	21/1094 (1.8%)	0.314
Infeksioni i plagës	4/145 (2.8%)	42/1094 (3.6%)	<0.05
Gjendja febrile	8/145 (5.5%)	72/1094 (6.6%)	0.673

Tabela 11. Risku infektiv (LVPS vs. SCP)



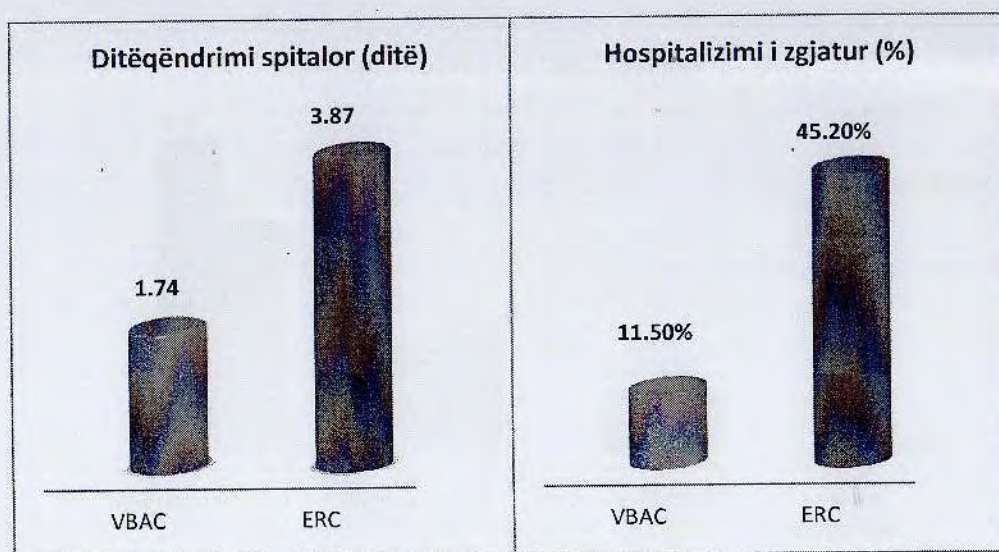
Grafiku 10. Risku infektiv (LVPS vs. SCP)

8.3.6 Ditëqëndrimi spitalor

Mesatarja e ditëqëndrimit spitalor ishte më e vogël në grupin e LVPS (1.74 ± 0.52 ditë) kundrejt grupit të SCP (3.87 ± 1.63 ditë), ky ndryshim ishte statistikisht i rëndësishëm ($P < 0.05$). Edhe qëndrimi spitalor mbi 4 ditë u konstatua në mënyrë statistikisht të rëndësishme në një përqindje më të madhe në grupin e SCP kundrejt grupit të LVPS (respektivisht 45.2% vs. 11.5%; $P < 0.05$).

	LVPS n (%)	SCP n (%)	P value
Ditëqëndrimi spitalor	1.74 ± 0.52	3.87 ± 1.63	< 0.05
Hospitalizimi i zgjatur (%)	11.5%	45.2%	< 0.05

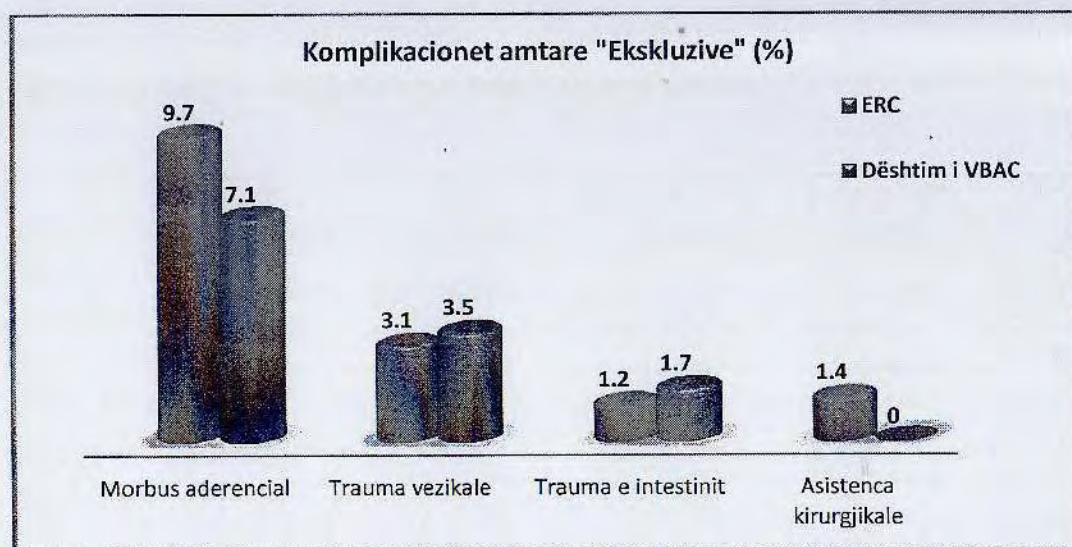
Tabela 12. Ditëqëndrimi spitalor dhe hospitalizimi i zgjatur (LVPS vs. SCP)



Grafiku 11. Ditëqëndrimi spitalor dhe hospitalizimi i zgjatur (LVPS vs. SCP)

8.3.7 Komplikacionet amtare "ekskluzive" të lidhura me SC

Nga komplikacionet amtare të lidhura me SC multiple ne vlerësuar morbus aderencial dhe komplikacionët e lidhura me të sikundër dëmtimi i vezikës urinare, intestinit. Morbus aderencial ishte përshkruar në kartelat klinike të 107/1094 pacienteve (9.7%), dëmtimi i vezikës urinare të 34/1094 pacienteve (3.1%), dëmtimi i intestinit të 14/1094 pacienteve (1.2%), ndërkohë që konsulta dhe asistenca intraoperatore me kirurgun ka qënë e nevojshme në 15 paciente (1.4%). Në grupin e LVPS (n=145) të suksesshme nuk u konstatua asnjë nga komplikacionet e sipërpërmendura. Në grupin e dështimit të LVPS (n=56) morbus aderencial ishte përshkruar në 4 (7.1%) kartela, trauma e vezikës në 2 (3.5%) kartela, dëmtimi i intestinit në 1 (1.7%) paciente dhe në asnjë rast nuk është lajmëruar kirurgu për konsultë intraoperatore.



Grafiku 12. Komplikacionet amtare "ekskluzive" (LVPS vs. SCP)

8.4 Përfundimi perinatal

8.4.1 Vdekshmëria perinatale

Në rezultatet e studimit nuk mundëm të realizonim krahasimin midis grupit të LVPS dhe SCP në lidhje me mortalitetin perinatal, duke qënë se në grupin e LVPS nuk është konstatuar asnjë vdekje (ante partum, intrapartum apo deri në ditën e 28-të të jetës).

8.4.2 Sëmundshmëria perinatale serioze

Në vlerësimin e rezultateve në lidhje me sëmundshmërinë perinatale serioze ne kemi marrë në konsideratë detresin respirator të neonatit, encefalopatinë hipoksike-ishemike, traumat e lindjes, pikëzimin sipas Apgar në minutën e 5-të, pranimi në njësinë e kujdesit intensiv neonatal si dhe transferimin e të porsalindurit për indikacione neonatale drejt qendrave spitalore terciare.

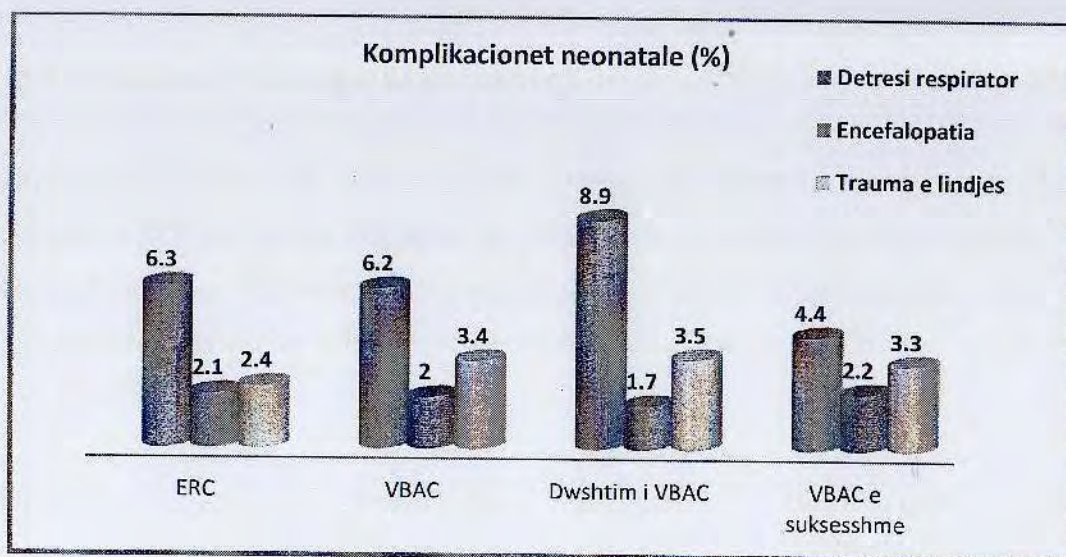
	SCP (n=1094)	LVPS (n=145)	Dështim LVPS (n=56)	Sukses LVPS (n=89)	P
Detresi respirator	69 (6.3%)	9 (6.2%)	5 (8.9%)	4 (4.4%)	0.689
Encefalopatia Hipoksia	23 (2.1%)	3 (2.0%)	1 (1.7%)	2 (2.2%)	0.915
Trauma e lindjes	27 (2.4%)	5 (3.4%)	2 (3.5%)	3 (3.3%)	0.423
Pranimi në NICU	25 (2.2%)	4 (2.7%)	2 (3.5%)	2 (2.2%)	0.623
Transferimi	9 (0.8%)	1 (0.68%)	0 (0%)	1 (1.1%)	0.576

Tabela 13. Morbiditeti neonatal (LVPS vs. SCP)

Detresi respirator (i konsideruar nga përshkrimi në kartelën e të porsalindurit si nevoja për O₂-terapi dhe suport ventilator) ishte i pranishëm në 69 të porsalindur (6.3%) në grupin e SCP kundrejt 9 të porsalindur (6.2%) në grupin e provës së LVPS. Ky ndryshim midis dy grupeve nuk ishte statistikisht i rëndësishëm. Në krahasimin midis grupit të SCP dhe nëngrupit të dështimit të LVPS, megjithëse pa domethënie statistikore, ndryshimi ishte më i shprehur (6.3% vs. 8.9%).

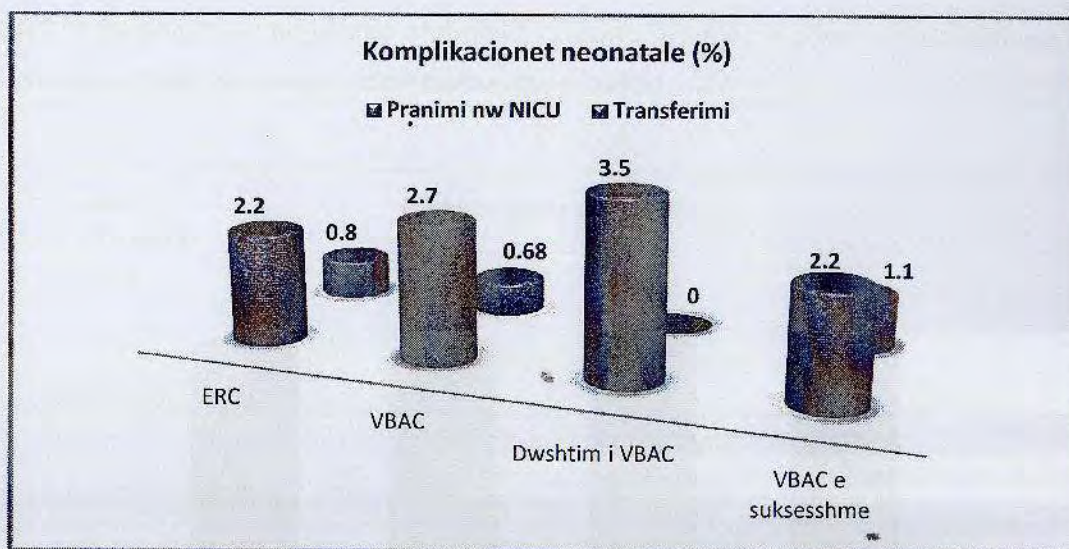
Encefalopatia hipoksike/ishemike e të porsalindurit ishte një ngjarje e hasur në përqindje pothuajse të njëjtë midis grupit të SCP dhe grupit të LVPS (respektivisht 2.1% vs. 2.0%).

Trauma e lindjes ishte më e shpeshtë në grupin e LVPS (3.4%) kundrejt grupit të SCP (2.4%), diferencë disi më e lartë nëse krahasojen grupi i SCP me nëngrupin e dështimit të LVPS (3.5%; $P < 0.05$).



Grafiku 13. Morbiditeti neonatal (Detresi respirator, Encefalopatia, Trauma e lindjes)

Pranimi në NICU dhe transferimi i të porsalindurit në qendrat spitalore terciare për indikacione të neonatit u konstatua në përqindje të ngjashme midis dy grupeve (respektivisht 2.2% vs. 2.7% dhe 0.8% vs. 0.68%), pa domethënie statistikore.



Grafiku 14. Morbiditeti neonatal (Pranimi në NICU, Transferimi drejt qendrave terciare)

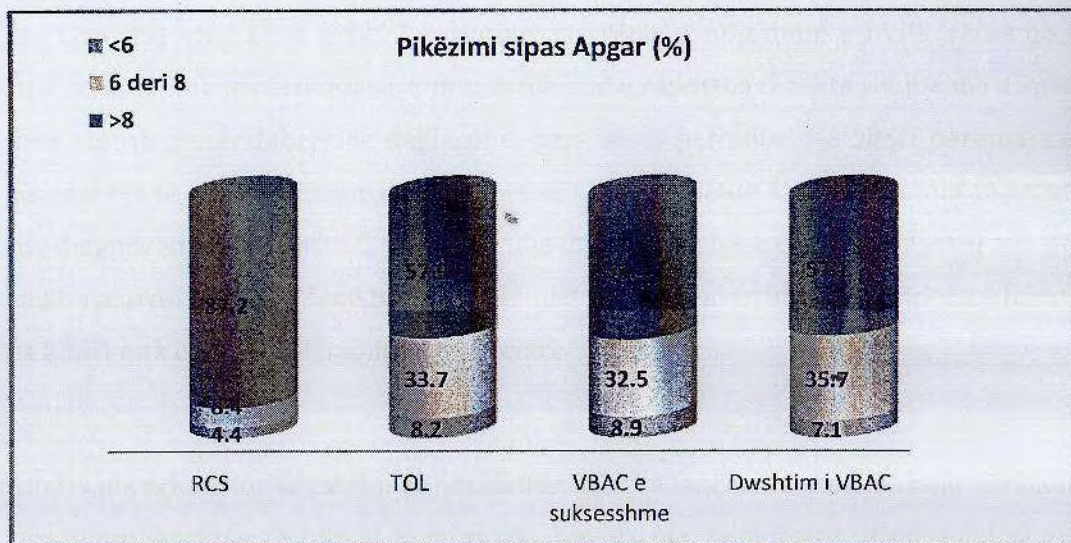
8.4.3 Pikëzimi sipas Apgar në minutën e 5-të

Për Apgar <6 kemi një ndryshim të dukshëm, statistikisht të rëndësishëm midis grupit të SCP dhe grupit të provës së LVPS (4.4% vs. 8.2%; $P < 0.05$). ky ndryshim është i shprehur dhe statistikisht i rëndësishëm edhe për dy stratifikimet e tjera të pikëzimit sipas Apgar 6-8 dhe >8 (respektivisht 8.4% vs. 33.7% dhe 87.2% vs. 57.9%; $P < 0.05$).

Apgar Score	SCP (n=1096)	Prova LVPS (n=145)	Sukses LVPS (n=89)	Dështim LVPS (n=56)	P
<6	49 (4.4%)	12 (8.2%)	8 (8.9%)	4 (7.1%)	<0.05
6-8	92 (8.4%)	49 (33.7%)	29 (32.5%)	20 (35.7%)	<0.05
>8	955 (87.2%)	84 (57.9%)	52 (58.4%)	32 (57.1%)	<0.05

Tabela 14. Apgari i min. 5 (LVPS vs. SCP)

Pavarësisht se pikëzimi sipas Apgar-it ka komponentin subjektiv të vlerësimit të tij si dhe ka pak vlerë në termat afat-gjatë, ai është pranuar si pjesë e rëndësishme e vlerësimit të të porsalindurit në momentin e lindjes.



Grafiku 15. Apgari i min. 5 (LVPS vs. SCP)

DISKUTIM

Përqindja e suksesit të provës së LVPS është mjaft e variueshme midis 28%-70%. Të dhënat janë mjaft të kufizuara dhe zakonisht u atribuohen qendrave spitalore terciare. Pas vitit 1996 është konstatuar një rënie e ndjeshme e LVPS, rënie që i dedikohet faktit se përqindja e rupturës uterine u raportua të ishte shumë më e lartë sesa ajo që pretendohet dhe deklarohet para kësaj periudhe. Në SRSH përqindja e pacienteve të cilat iu nënshtruan provës së LVPS përbënte 12.6% të totalit të grave me diagnozën Status post SC, një përqindje mjaft e ulët nëse do të krahasohej me atë të literaturës. Megjithë këtë përqindje të ulët duhet të marrim në konsideratë faktin se SRSH nuk është qendër spitalore terciare.

Lindja me operacion sezarean të përsëritur (SCP) shoqërohet me një rritje të riskut për komplikacione të tilla si hemoragjia, nevoja për hëmotransfuzion, infeksione, dëmtim të vezikës urinare dhe intestinit si dhe trombozës së venave të thella. Me rritjern e numrit të lindjeve me SC, rritet edhe vështirësia dhe kohëzgjatja e realizimit të operacionit, për shkak të aderencave si dhe riskut të rritur për dëmtime të organeve të tjera (Marshall 2011).

Një tjetër impakt negativ i SC të përsëritura është edhe dëmtimi i aftësisë konceptuese të femrës si dhe problemi i lidhur me implantimin e placentës në cikatricen e interventit me pasojë zhvillimin e placenta accreta apo placenta percreta. Nga ana tjetër, këto ndodhi mund të shkaktojnë vështirësi në shkolitjen e placentës pas lindjes, risk më të lartë për hemorragji dhe histerektomi. Të porsalindurit me SC janë më të prirur për të zhvilluar detres respirator (takipnea tranzitore e të porsalindurit), duke patur nevojë më të shprehur për asistencë respiratore. Pavarësisht se kjo gjendje është tranzitore, janë pikërisht këta të porsalindur të cilët rrezikojnë më tepër për sindromin e detresit respirator të të porsalindurit, një situatë që implikon asistencë aktive mjekësore. Megjithatë, në studimin tonë ne nuk

konstatuam risk më të lartë të detresit respirator në grupin e SCP kundrejt grupit të provës së LVPS (6.3% kundrejt 6.2%).

Duke iu referuar ACOG (2010), LVPS shoqërohet me ulje të riskut të sëmundshmërisë amtare si në shtatzëninë aktuale ashtu edhe në shatzënitë pasardhëse, duke plotrësuar njëkohësisht edhe dëshirën e pacientes për të përjetuar emocionet e lindjes vaginale. Por nga ana tjetër, gratë meuterus të cikatrizuar (duke përfshirë edhe lindjen me SC), janë të riskuara për rupturë të cikatrices uterine, që mund të ndodhë para fillimit të aktivitetit të lindjes ose gjatë provës së LVPS. Megjithëse ky komplikacion është i pazakontë, nëse ndodh, kompromenton seriozisht si shëndetin amtar ashtu edhe atë të bebit. Vendimi mbi provën e LVPS komplikohet më tej në situatat kur aktiviteti i lindjes nuk fillon spontanisht dhe është i nevojshëm induksioni medikal i lindjes.

Një prej sfidave më të mëdha në këshillimin dhe menaxhimin e grave me lindje të mëparshme me SC përsa i përket zgjedhjes midis provës së lindjes kundrejt SC të përsëritur konsiston në pamundësinë e identifikimit të saktë të grave të cilat kanë një probabilitet të lartë për LVPS dhe të atyre të cilat do të jenë kandidatë të SCP. Janë identifikuar faktorë të ndryshëm që influencojnë gjasat e një LVPS të suksesshme, që mund të influencojnë në marrjen e vendimit për të zgjedhur midis LVPS ose SCP.

Një prej parashikuesve më të fortë të suksesit të LVPS është lindja vaginale e mëparshme. Studimet raportojnë në mënyrë të qëndrueshme se gratë me histori të një lindjeje vaginale të mëparshme kanë gjasa më të mëdha për LVPS të suksesshme. Megjithëse probabiliteti i LVPS të suksesshme në gratë pa lindje vaginale të mëparshme është 65%, në gratë me lindje vaginale para lindjes së mëparshme ne SC sukseesi i LVPS është rreth 83% dhe në gratë me lindje vaginale pas lindjes së mëparshme me SC sukseesi i LVPS është 94%⁸². Në studimin tonë kemi konstatuar një korrelacion të drejtë midis LV të mëparshme dhe suksesit të provës së LVPS.

Konkretisht, përqindja e suksesit të LVPS në pacientet me lindje vaginale të mëparshme ishte 78.2% për LV para SC dhe 85.0% për LV pas SC. Ndërkohë, 102 paciente nuk kishin LV të mëparshme dhe përqindja e suksesit të LVPS te ky grup pacientesh ishte 52.9%. këto diferenca ishin statistikisht të rëndësishme ($P < 0.05\%$).

Nëse lindja e mëparshme me SC është kryer për indikacione jo rekurente, si për shembull keqprezantimi fetal apo paraqitje podalike, probabiliteti i LVPS të suksesshme shkon deri në 75%⁸⁴. Një studim retrospektiv raportoi se një SC e mëparshme për keqprezantim fetal rriste ndjeshëm gjasat e LVPS në shtatzëninë pasardhëse⁸⁵.

Megjithëse SC e mëparshme për indikacione jo rekurente duket të jetë një parashikues i favorshëm i LVPS, probabiliteti i LVPS të suksesshme për disproporcionin cefalo-pelvik është më i ulët. Konkretisht, në rastet kur si indikacione të SC të mëparshme ishin dështimi i progresit të lindjes, moszbritja e kokës fetale apo DCP, gjasat për LVPS të suksesshme në shtatzëninë pasardhëse ishin 54%⁸⁶. Probabiliteti i LVPS të suksesshme është rreth 60% në rastet e indikacionit për intolerancë/detres fetal në shtatzëninë paraardhëse me SC⁸⁶. Nga rezultatet e studimit tonë konfirmohet se përqindja e suksesit të LVPS është e lidhur ngushtësisht me llojin e indikacionit për të cilin është kryer SC e mëparshme. Kështu, përqindja e suksesit të LVPS në rastin e indikacioneve jorekurente të SC të mëparshme është 65.3% kundrejt vetëm 38% në rastin e SC të mëparshme me indikacion rekurent. Ky ndryshim është statistikisht i rëndësishëm ($P < 0.05$).

Faktorët obstetrikalë kanë treguar se implikojnë gjasat e LVPS të suksesshme. Peshë e bebit është një parashikues i fortë: me rritjen e peshës fetale gjasat për LVPS të suksesshme ulen, duke u ulur me rreth 50% për bebe mbi 4000 gram në raport me bebet më të vogla⁸⁷⁻⁹⁰. Në studimin tonë sukcesi i LVPS është në një përqindje më të lartë për peshë më të vogël se 3000 gram (78.8%), ndërkohë që për peshë mbi 4000 gram përqindja e suksesit është vetëm 28.5%. Megjithatë, pesh specifike e të

porsalindurve mbi 4000 gram në pacientet të cilat iu nënshtruan LVPS ishte mjaft e vogël (7 paciente) gjë që na bën të mendojmë se kjo përqindje mund të jetë edhe krejt rastësore. Edhe efekti i peshës fetale në përqindjen e suksesit të LVPS është statistikisht i rëndësishëm ($P < 0.05$).

Pikëzimi sipas Bishop është një faktor tjetër obstetrikal që ndikon në suksesin e LVPS. Në vlerësimin e rezultateve të studimit u konstatua një rritje progresive dhe mjaft domethënëse e përqindjes së suksesit të LVPS me rritjen e pikëzimit sipas Bishop. Konkretisht nga 18 paciente të cilat i ishin nënshtruar LVPS me Bishop më të vogël se 6 vetëm 2 prej tyre patën një LVPS të sukseshme (11.1%) kundrejt 16 të cilat lindën me SC. Pacientet me Bishop më të madh se 8, patën një përqindje të madhe sukse si të LVPS (92.6%). Këto ndryshime ishin statistikisht të rëndësishme ($P < 0.05$).

Ndër faktorët demografikë që janë marrë në konsideratë si faktorë të mundshëm që mund të përmirësojnë aftësinë e klinikistit në parashikimin e LVPS, më i qëndrueshmi duket të jetë raca/etnia⁹¹.

Pesha amtare dhe prania e sëmundjeve preekzistuese amtare gjithashtu bëjnë pjesë në algoritmin e përllogaritjes së suksesit të VBAC. Me rritjen e BMI ulet probabiliteti i LVPS.

Pjesa më e madhe e studimeve që krahasojnë LVPS me SCP janë fokusuar mbi gratë me 1 SC të mëparshme; megjithatë interesi për vlerësimin e impaktit që ka numri i SC të mëparshme në LVPS është mjaft i lartë. Në dy studime kohort, raportohet se probabiliteti i një LVPS të suksesshme duket të jetë i ngjashëm, pa dallime statistikore midis grave me 1 SC të mëparshme (75.5%) dhe grave me më shumë se 1 SC të mëparshme (74.6%), por me risk më të lartë të rupturës uterine në grupin e dytë^{92,93}.

Një shqetësim i rëndësishëm për pacientët, ofruesit e shërbimit shëndetësor, institucioneve dhe drejtuesve në lidhje me LVPS është risku i rupturës uterine, që mund të implikojë sëmundshmëri dhe vdekshmëri amtare dhe neonatale të lartë⁵⁰.

Për këtë arsye, vihet re një interesim i madh mbi përcaktimin sa më të saktë të popullatës dhe situatave në të cilat mund të realizohet një LVPS në mënyrë të arsyeshme si dhe mbi menaxhimin e faktorëve të ndryshëm që mund të ndikojnë në reduktimin e shfaqjes së rupturës uterine dhe të rëndësës së pasojave që rrjedhin prej saj.

Incidenca e rupturës uterine në LVPS është rreth 0.3-0.5%^{51,52,53}. Në krahasim me incidencën në rastin kur gratë i nënshtrohen SCP (risku është 0.02%), ky risk është relativisht i madh dhe statistiki është i rëndësishëm. (RR 20.74, 95% CI: 9.77 to 44.02; $p < 0.001$). Megjithatë numri i studimeve që vlerësojnë në mënyrë parësore riskun e rupturës uterine është i vogël, për fat të keq nuk është konstatuar ulje e incidencës së këtij komplikacioni përgjatë viteve. Literatura aktuale nuk ka raportuar deri në ditët e sotme vdekje amtare për shkak të rupturës uterine, ndërkohë që vdekshmëria perinatale prej rupturës uterine varion rreth 6.2%. Megjithatë, risku i histerektomisë në kuadër të rupturës uterine është një faktor që duhet të merret seriozisht në konsideratë nga gratë të cilat planifikojnë LVPS, sepse përqindja varion midis 14-33%.

Në studimin tonë morëm në konsideratë edhe rolin e induksionit apo të potencimit të lindjes (protokolli me oxytocinë) në riskun për rupturë/dehishencë uterine.

Sikundër shihet nga të dhënat, përqindja e rupturës uterine në grupin e studimit është 0.65%. Rasti i vetëm me rupturë uterine është hasur te një paciente e cila ka përfunduar lindjen me SC dhe ndërkohë te kjo paciente është përdorur oksitocina si agjent potencues i aktivitetit të lindjes.

Dehishenca është hasur në 4.1% të pacienteve të cilat iu nënshtroan provës së lindjes vagjinale pas lindjes cezareane, por kjo diagnozë nuk mund të merrej për

bazë në rezultatet e studimit për nëngrupin e LVPS të suksesshme. Kështu, nga 6 rastet e konstatuara me dehishencë pas dështimit të LVPS dhe përfundimit të lindjes me SC (10,7% të totalit të grave të cilat iu nënshtruan lindjes me SC pas dështimit të LVPS) janë rastet të cilët ka dështuar prova e LVPS. Nëse do të referohemi përdorimit të oksitocinës, përqindja e dehishencës është 30% në rastin e pacienteve të cilat është përdorur ky agjent uterotonik për potencimin apo induksionin e lindjes ndërkohë që në pacientet të cilat nuk ishte administruar oksitocina, përqindja e dehishencës së segmentit ishte vetëm 4.6%. Ndërkohë që në grupin e SCP në përshkrimin e interventeve të SCP është konstatuar dehishenca e segmentit në 73 raste (6.6%). Këto rezultate janë të përputhshme me ato të literaturës.

Vdekshmëria amtare në SHBA pësoi një rritje gjatë shekullit të 21-të, nga 7-9 për 100,000 në vitet 80-90 në 12-15 për 100,000 në vitin 2003, duke mbetur në këto shifra prej kësaj periudhe^{56,57,58}. Pavarësisht se përqindja vijon të mbetet e ulët, është mjaft e rëndësishme të mendojmë përtej numrave dhe përqindjeve statistikore si dhe të kuptojmë nëse zgjedhjet nga ana e pacientit apo e mjekut si dhe menaxhimi klinik kontribuojnë në vdekshmërinë amtare.

Ndërkohë që vdekshmëria amtare është një gjetje e rrallë (10.1 për 100,000) për gratë me një SC të mëparshme, risku rritet në mënyrë të ndjeshme në pacientet me SCP (0.0134% - 95% CI: 0.0043 - 0.0416%). Në studimin tonë nuk e kemi vlerësuar vdekshmërinë amtare, si një gjetje e rrallë, që nuk e hasëm në asnjë prej pacienteve të grupeve të studimit.

Histerektomia është një ngjarje e rrallë si për SCP ashtu edhe për LVPS dhe është vlerësuar si një komplikacion i LVPS, SCP dhe SC pas dështimit të induksionit të lindjes. Ndër studimet që kanë vlerësuar riskun e histerektomisë pas LVPS dhe SCP janë konstatuar diferenca statistikisht të rëndësishme midis këtyre grupeve (0.28% në grupin e ERCS kundrejt 0.17% në grupin e LVPS), por në përlllogaritjen e riskut të kombinuar, pas marrjes në konsideratë si pjesë e grupit të LVPS përfundimin e

lindjes me SC në rast dështimi të provës së lindjes, diferencat nuk ishin statistikisht të rëndësishme.

Evidencat mbi incidencën e hemorragjisë dhe nevojës për hemotransfuzion janë jo të sakta, për shkak të mungesë së qëndrueshmërisë në përkufizim si dhe të subjektivizmit në llogaritje. Në përgjithësi, studimet konstatojnë një rritje të riskut për hemorragji pas lindjes dhe nevojë për hemotransfuzion në rastet e SCP kundrejt LVPS.

Studimet sugjerojnë se nuk ka ndryshime domethënëse në lidhje me nevojën për hemotransfuzion midis LVPS dhe SCP (0.9% vs 1.2%, 9 vs 12 për 1,000 lindje)^{61,62,63}. Edhe nga krahasimi i të dhënave tona studimore nuk konstatuam ndryshime statistikore midis dy grupeve.

Literatura nuk sugjeron ndryshime statistikisht të rëndësishme midis grupit të SCP dhe LVPS përsa i përket riskut të infeksionit dhe gjendjes febrile amtare.

Pavarësisht variacionit të gjerë të gjetjes në studime të ndryshme, incidenca e endometritit duket të jetë më e lartë në LVPS në krahasim me SCP (0.8-12% vs 1.2-18%). Një faktor i mundshëm që mendohet se ndikon në vlerat më të larta të incidencës së infeksionit për të dy grupet është obeziteti amtar⁶⁶. Me rritjen e BMI konstatohet një rritje statistikisht e rëndësishme e riskut për endometrit, pavarësisht mënyrës së lindjes (LVPS apo SCP). Gjithashtu, endometriti është konstatuar me një frekuencë më të lartë në pacientet të cilat kanë lindur me SC pas dështimit të induksionit të lindjes. Ky fakt sugjeron se endometriti i konstatuar në subjektet e planifikuara për LVPS por që kanë përfunduar lindjen me SC mund t'i dedikohet më tepër operacionit cesarean sesa aktivitetit të lindjes^{67,68}. Përqindja e korioamnionitit është më e lartë në grupin e planifikuar për LVPS⁶⁷, pavarësisht mënyrës së përfundimit të lindjes. Ndërkohë që infeksioni i plagës operative është një komplikacion pothuajse ekskluziv i SCP. Në studimin tonë u vu re një tendencë

më e lartë e fenomeneve infeksioze në grupin e SCP, pavarësisht se kjo tendencë nuk ishte statistikisht e rëndësishme.

Me uljen e frekuentimit të LVPS, një pasojë e dukshme dhe e prekshme është rritja e numrit të SC të përsëritura. Në këtë logjikë, një element mjaft i rëndësishëm që mendohet të jetë pjesë integrale e vendim marrjes nga ana e pacientes në lidhje me mënyrën e lindjes pas një lindjeje me SC, është pyetja që duhet ti drejtohet pacientes për shtatzënitë e ardhme. Sëmundshmëria amtare që rezulton nga lindjet e shumëfishta me SC konsiston në morbus aderencial, risk më i lartë për hemorragji dhe nevojë për hemotransfuzion, dëmtime kirurgjikale, infeksione postoperative, histerektomi, placentim jonormal (placenta accreta) madje dhe vdekje amtare. Në studim ne nuk mundëm të evidentonim në mënyrë të besueshme dhe bindëse komplikacionet e ashtuquajtura "ekskluzive" të SC, duke qënë se të dhënat mbi të cilat ne u bazuam ishin mjaft subjektive dhe jo protokollare apo të standartizuara (të dhëna të përftuara nga përshkrimi i interventit në kartelë). Sa i përket dëmtimit të shëndetit riprodhues, për të cilin akuzohet edhe SC e përsëritura, nuk mundëm të ideonim një metodologji efikase në mbledhjen dheinterpretimin e të dhënave.

Për të shmangur biaset dhe për të kuptuar në mënyrë sa më të saktë raportin midis vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë perinatale të të porsalindurve nga gratë me një lindje të mëparshme me SC, rekomandohet përjashtimi i rasteve me anomali të lindura apo të papajtueshme me jetën (para apo pas studimit). Ky prim është ndjekur edhe në studimin tonë, ku përjashtimi është kryer para rekrutimit të pacienteve, si kriter përjashtues. Gjithashtu në përpjekje të shmangies së interferencës së prematuritetit mbi outcome-in perinatal, analiza studimore e vlerësimit të rasteve ku u fokusua studimi ynë përjashtoi edhe rastet premature dhe post term.

Pesë studime mbi 76,899 të porsalindur raportojnë në lidhje me vdekshmërinë perinatale që shoqëron LVPS dhe SCP deri në ditën e 28-të të jetës^{51,78-81}. Këto studime u fokusuan ekskluzivisht në gratë të cilat kishin lindur në term. Në krahasimin midis dy grupeve u konstatua një mortalitet perinatal 0.21% në gratë të cilat i ishin nënshtruar provës së lindjes pas SC dhe 0.1% në gratë me SC të përsëritur. Ne nuk kemi patur mundësi të vlerësojmë në studim krahasimin e vdekshmërisë, për mungesë rastesh.

Problemet respiratore te të porsalindurit janë mjaft të shpeshta dhe janë përgjegjëse për pjesën më të madhe të transferimit të tyre në NICU. Ndërkohë që mund të konsiderohet një përfundim jo definitiv, nevoja dhe niveli i kërkesës për suport respirator në këta të porsalindur është një sintezë interesash klinike, familjare dhe ekonomike. Sëmundshmëria respiratore mund të jetë e pranishme pavarësisht mënyrës së lindjes, duke vështirësuar më tej arritjen e konkluzioneve mbi impaktin e mënyrës së lindjes më pak të qartë dhe të matshëm. Ndërkohë që SDR është një një sëmundje që i dedikohet pothuajse ekskluzivisht prematuritetit, edhe të porsalindurit në term mund të kenë problematika respiratore gjatë apo menjëherë pas lindjes.

Encefalopatia hipoksike-ishemike, encefalopatia neonatale, asfiksia dhe hipoksia janë terma që përdoren në literaturë për të përshkruar një komplikacion neonatal mjaft serioz⁹⁴. Këto përshkrime lidhin ngjarjen hipoksike gjatë lindjes me përfundimin neonatal afat-mesëm apo afat-gjatë. Janë propozuar nga ACOG 4 kritere thelbësore që përcaktojnë lidhjen midis një ngjarjeje hipoksike me insultin cerebral: (1) konfirmimi i acidozës metabolike në kordonin umbilikal (pH <7 dhe deficioni bazik 12 mmol/L ose më tepër), (2) instalimi i hershëm i encefalopatisë së modeuar ose të rëndë në të porsalindurit pas javës së 34rt të shtatzënisë, (3) insult cerebral i tipit spastik kuadriplegjik ose diskinetik dhe (4) përjashtimi i etiologjive të tjera të identifikueshme sikundër traumat, koagulopatitë, infeksionet apo anomalitë gjenetike.

Trauma e lindjes është një tjetër komplikacion i mundshëm shoqërues i LVPS, pavarësisht situatave klinike amtare me risk të lartë për traumë lindjeje. Megjithatë pjesa më e madhe e studimeve nuk kanë konstatuar ndryshime statistikisht të rëndësishme përsa i përket diferencave të traumave të lindjes në LVPS kundrejt SCP.

Pavarësisht se pikëzimi sipas Apgar-it ka komponentin subjektiv të vlerësimit të tij si dhe ka pak vlerë në termat afat-gjatë, ai është pranuar si pjesë e rëndësishme e vlerësimit të të porsalindurit në momentin e lindjes.

KONKLUZIONE

- LVPS u rekomandohet të gjitha grave shtatzëna pa indikacione të reja për lindje me SC dhe pa kundërindikacione për LVPS, nën supervizionin e vazhdueshëm të situatave klinike amtare dhe fetale në një strukturë spitalore të sigurt, që përmbush kushtet për veprime urgjente në rast komplikacionesh.
- Nëse nuk ka kundërindikacione, një gruaje me një SC të mëparshme me incizion segmentar transversal duhet ti ofrohet prova e LVPS, pas diskutimit të detajuar të risqeve dhe përfitimeve amtare dhe perinatale.
- Qëllimi që një grua ti nënshtrohet provës së lindjes vaginale pas lindjes me SC duhet të jetë i diskutuar qartësisht. Në regjistrin e të dhënave para lindjes duhet të jetë specifikuar në mënyrë të qartë lloji i cikatrices uterine. Para vendimit përfundimtar mbi mënyrën e lindjes, gruaja shtatzënë duhet të konsultohet nga specialisti i një qëndre spitalore të përshtatshme për LVPS.
- Për siguri maksimale, gruaja duhet ti nënshtrohet provës së LVPS në një qëndër spitalore ku aksesimi ndaj SC së urgjencës është i sigurt.
- Çdo strukturë spitalore duhet të ketë një protokoll standart si dhe një konsensus informimi të shkruar mbi konsulencën e nevojshme dhe risqet/përfitimet e procedurës.
- Megjithatë, të dhënat mbi këto përfitime dhe risqe bazohen mbi studime jo të randomizuara që implikojnë bias-e dhe gabime potenciale

- Rezultatet dhe konkluzionet e këtyre studimeve duhet të interpretohen me rezerva
- Të dhënat mbi përfitimet dhe risqet midis SCP dhe LVPS duhet të vlerësohen në një kontekst më të gjerë, që përfshin edhe kushtet klinike, modalitetet diagnostike dhe monitoruese, disponibilitetin dhe aftësitë e personelit dhe të strukturës mjekësore.
- Praktikrat e SCP dhe e LVPS për gratë me një SC të mëparshme shoqërohen me përfitimet dhe risqet respektive

**LINJA UDHËRRËFYESE DHE REKOMANDIME MBI LVPS
IMPLIKIME PËR PRAKTIKËN KLINIKE**

A. REKOMANDIME PËR MONITORIMIN E PROGRESIT TË AKTIVITETIT TË LINDJES NË LVPS

Stadi i I^{rë} i lindjes

- Pritshmëria e dilatacionit cervical është 1 cm në 1-1.5 orë (pas futjes në fazën aktive me dilatacion 4 cm).
- Progresi i lindjes duhet të dokumentohet dhe të vlerësohet qartësisht në partogramë
- Stimulimi i lindjes pas plasjes së membranave është i sigurt
- Stimulimi i rekomanduar është me oksitocinë – i titruar me aktivitetin e lindjes (3-4 kontraksione për 10 minuta). Doza maksimale e oksitocinës nuk është e përcaktuar.

Stadi i II^{të} i lindjes

- Progresi i stadi të II-të të lindjes nuk duhet të kalojë më tepër se 2 orë:
- Aplikimi i ventuzës nuk është i kundërlindikuar.

Stadi i III^{të} i lindjes

- Eksplorimi rutinë i cikatrices uterine nuk është i nevojshëm
- Eksplorimi rutinë i cikatrices uterine nuk rekomandohet
- ... Vetëm nëse ka indikacione apo arsye (placenta defektive, dyshimi për rupturë uterine).

Induksioni i lindjes

- Përfitmi prej induksioni është i vogël në krahasim me fillimin spontan të aktivitetit të lindjes

- Karakterizohet nga një risk më i lartë për komplikacione sesa në rastin e potencimit të aktivitetit të lindjes
- Rritje e rrezikut relativ për rupturë uterine
- Induksioni më i mundshëm dhe më i pranueshëm kombinimi i amniotomisë me oksitocinën ose përdorimi i kateterit Foley
- Nuk këshillohet përdorimi i PGE1 (misoprostol) ose PGE2 (dinoprostone).

Potencimi i lindjes

- Stimulimi i lindjes me oksitocinë nuk është i kundërindikuar
- Shoqërohet me një rritje jo domethënëse të përqindjes së rupturës uterine, sëmundshmërisë amtare dhe sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë neonatale

Prania e më tepër se 1 SC transversale të poshtme

- Të dhënat në dispozicion sugjerojnë se prova e lindjes në këto paciente mund të jetë e suksesshme por shoqërohet me një risk mjaft të lartë të rupturës uterine.

B. SITUATA TË VEÇANTA

Shtatzënitë multiple

- Përqindja e suksesit së LVPS është 69-84%
- Nuk konstatohet rritje statistikisht e rëndësishme e numrit të rupturave uterine sëmundshmërisë amtare dhe sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë neonatale.
- Pas një vlerësimi të kujdesshëm shtatzënia multiple nuk konsiderohet si kundërindikacion për provën e LVPS

Paraqitja podalike

- LVPS tek shtatzënat me fetus unik dhe paraqitje podalike në term nuk rekomandohet

Diabeti Mellitus

- Suksesi i LVPS është më i ulët në pacientet diabetike
- Sëmundshmëria amtare dhe perinatale nuk ndryshojnë
- DM nuk konsiderohet kundërrindikacion për LVPS

Makrosomia

- >4000 g shoqërohet me përqindje më të ulët LVPS të suksesshme.
- Probabiliteti i LVPS ulët me rritjen e peshës fetale
- Nuk ka të dhëna të qarta sa i përket riskut të rupturës uterine apo sëmundshmërisë amtare dhe sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë neonatale
- Dyshimi i makrosomisë fetale nuk konsiderohet kundërrindikacion për LVPS

Mosha e shtatzënisë > 41+0 javë

- Mosha e shtatzënisë > 41+0 javë nuk është kundërrindikacion për provën e LVPS

Intervali midis lindjeve

- Intervali midis lindjeve më i vogël se 24 muaj karakterizohet nga një incidencë 2.3 herë më e lartë për rupturë uterine
- Gratë të cilat lindjen para 18-24 muajsh nga lindja e mëparshme me SC duhet të këshillohen rreth riskut të lartë për rupturë uterine gjatë aktivitetit të lindjes në rat LVPS.

Mungesa e informacionit mbi natyrën dhe llojin e cikatrices uterine

- Është i rëndësishëm informacioni mbi mënyrën e SC të mëparshme (apo të ndërhyrjeve të tjera në uterus), për të përcaktuar tipin e incizionit uterin. Në situata kur tipi i incizionit nuk dihet, informacioni mbi kushtet e realizimit të interventit të parë është i dobishëm për të përcaktuar gjasat e një incizioni transversal të ulët.
- Nëse gjasat e një incizioni të tillë të mëparshëm janë të larta, mund të ofrohet LVPS.

Planifikimi i lindjes së ardhme pas rupturës uterine

- Risku i rupturës së përsëritur apo i dehishencës së plagës është 6% në lindjen pasardhëse
- Nëse cikatrice shtrihet deri në segmentin e sipërm, risku është 23%
- Rekomandohet lindja me SCP para fillimit të aktivitetit të lindjes (para javës së 39-të).
- LVPS në një rupturë uterine të mëparshme është i kundërlindur.

Planifikimi i SCP

- Të porsalindurit me SCP pas javës së 39-të të shtatzënisë kanë me pak komplikacione respiratore
- Për të parandaluar komplikacionet respiratore të të porsalindurit, rekomandohet planifikimi i SC pas javës së 39-të të shtatzënisë.

REFERENCAT

1. Stone C, Halliday J, Lumley J, Brennecke S. Vaginal births after Caesarean (VBAC): a population study. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2000;14:340-348.
2. Cowan RK, Kinch RAH, Ellis B, Anderson R. Trial of labor following cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 1994;83:933-936.
3. Hamilton BE, Martin JA, J. VS. Births: preliminary data for 2007. *Natl Vital Stat Rep*. 2009;57:1-23.
4. Royal College Of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) The National Sentinel Caesarean Section Audit Report. London: RCOG Press; 2001.
5. Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM, Horey D. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;4:CD004224.
6. Guise JM, McDonagh MS, Hashima J, Kraemer DF, Eden KB, et al. Vaginal birth after caesarean (VBAC). *Evid Rep Technol Assess (Summ)* 2003 Mar;71:1-8.
7. Guise JM, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, et al. Vaginal birth after caesarean: new insights. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2010;191:1-397.
8. Royal College Of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) Birth after caesarean birth: Green-top guideline no 45. London: RCOG Press; 2007.
9. National Institute for Health and Clinical Excellence. Caesarean section. NICE clinical guideline 132. Manchester: NICE; 2011.
10. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth After Previous Caesarean Birth. Green-top Guideline No. 45. London: RCOG; 2007.
11. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice bulletin no. 115: Vaginal birth after previous caesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2010 ;116 :450 - 63.8.
12. Cunningham FG, Bangdiwala SI, Brown SS, Dean TM, Frederiksen M, Rowland Hogue CJ, et al. NIH consensus development conference draft statement on vaginal birth after caesarean: new insights. *NIH Consens State Sci Statements* 2010;27(3).9.
13. Guise JM, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, Fu R, et al. Vaginal Birth After Caesarean: New Insights. Evidence Reports/Technology Assessments, No. 191. Rockville, Maryland, USA: Agency for Healthcare Research and Quality; 2010
14. Placek PJ, Taffel S, Moien M. Cesarean section delivery rates: United States, 1981. *Am J Public Health*. 1981;73(8):861-862.

15. Placek PJ, Taffel SM. The Frequency of Complications in Cesarean and Noncesarean Deliveries, 1970 and 1978. *Public Health Rep.* 1983;98(4):396-400.
16. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Kirmeyer S. Births: final data for 2004. *Natl Vital Stat Rep.* 2006;55(1):1-101.
17. Grobman WA, Lai Y, Landon MB, et al. Development of a nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2007;109(4):806-812. [PubMed]
18. Landon MB, Leindecker S, Spong CY, et al. The MFMU Cesarean Registry: factors affecting the success of trial of labor after previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(3 Pt 2):1016-1023. [PubMed]
19. McNally OM, Turner MJ. Induction of labour after 1 previous Caesarean section. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1999;39(4):425-429.
20. Smith GCS, White IR, Pell JP, Dobbie R. Predicting cesarean section and uterine rupture among women attempting vaginal birth after prior cesarean section. *PLoS Med.* 2005;2(9):e252.
21. Gyamfi C, Juhasz G, Gyamfi P, Stone JL. Increased success of trial of labor after previous vaginal birth after cesarean. *Obstet Gynecol.* 2004;104(4):715-719.
22. Weinstein D, Benshushan A, Tanos V, Zilberstein R, Rojansky N. Predictive score for vaginal birth after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;174(1 Pt 1):192-198.
23. Zelop CM, Shipp TD, Cohen A, Repke JT, Lieberman E. Trial of labor after 40 weeks' gestation in women with prior cesarean. *Obstet Gynecol.* 2001;97(3):391-393.
24. Flamm BL, Geiger AM. Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system. *Obstet Gynecol.* 1997;90(6):907-910.
25. Grobman WA, Lai Y, Landon MB, et al. Development of a nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2007;109(4):806-812. [PubMed]
26. Landon MB, Leindecker S, Spong CY, et al. The MFMU Cesarean Registry: factors affecting the success of trial of labor after previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(3 Pt 2):1016-1023.
27. Bujold E, Blackwell SC, Hendler I, Berman S, Sorokin Y, Gauthier RJ. Modified Bishop's score and induction of labor in patients with a previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(5):1644-1648.
28. Gonen R, Tamir A, Degani S, Ohel G. Variables associated with successful vaginal birth after one cesarean section: a proposed vaginal birth after cesarean section score. *Am J Perinatol.* 2004;21(8):447-453.

29. Weinstein D, Benshushan A, Tanos V, Zilberstein R, Rojansky N. Predictive score for vaginal birth after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;174(1 Pt 1):192-198.
30. Taylor AVG, Sellers S, Ah-Moye M, MacKenzie IZ. A prospective random allocation trial to compare vaginal prostaglandin E2 with intravenous oxytocin for labour induction in women previously delivered by caesarean section. *J Obstet Gynecol.* 1993;13(5):333-336.
31. Elkousy MA, Sammel M, Stevens E, Peipert JF, Macones G. The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188(3):824-830.
32. Gyamfi C, Juhasz G, Gyamfi P, Stone JL. Increased success of trial of labor after previous vaginal birth after cesarean. *Obstet Gynecol.* 2004;104(4):715-719.
33. Srinivas SK, Stamilio DM, Stevens EJ, Odibo AO, Peipert JF, Macones GA. Predicting failure of a vaginal birth attempt after cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2007;109(4):800-805.
34. Cameron CA, Roberts CL, Peat B. Predictors of labor and vaginal birth after cesarean section. *Int J Gynaecol Obstet.* 2004;85(3):267-269.
35. Learman LA, Evertson LR, Shiboski S. Predictors of repeat cesarean delivery after trial of labor: do any exist? *J Am Coll Surg.* 1996;182(3):257-262.
36. Hashima JN, Eden KB, Osterweil P, Nygren P, Guise J-M. Predicting vaginal birth after cesarean delivery: a review of prognostic factors and screening tools. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190(2):547-555.
37. Dinsmoor MJ, Brock EL. Predicting failed trial of labor after primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2004;103(2):282-286.
38. Hamilton B, Martin J, Ventura S. Births: Preliminary data for 2007. *Natl Vital Stat Rep, Web Release.* Hyattsville, MD: National Center for Vital Statistics; Mar 18, 2009.
39. Caron A, Neuhauser D. The effect of public accountability on hospital performance: trends in rates for cesarean sections and vaginal births after cesarean section in Cleveland, Ohio. *Qual Manag Health Care.* 1999;7(2):1-10.
40. Macones GA. Clinical outcomes in VBAC attempts: what to say to patients? *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199(1):1-2.
41. ACOG Releases 2009 Medical Liability Survey. Results Paint Dismal Reality for Ob-Gyns and Their Patients. [Accessed Dec 1, 2009].
42. Localio AR, Lawthers AG, Bengtson JM, et al. Relationship Between Malpractice Claims and Cesarean Delivery. *JAMA.* 1993;269(3):366-373.

43. Murthy K, Grobman WA, Lee TA, Holl JL. Association Between Rising Professional Liability Insurance Premiums and Primary Cesarean Delivery Rates. *Obstet Gynecol.* 2007;110(6):1264-1269.
44. Yang YT, Mello MM, Subramanian SV, Studdert DM. Relationship between malpractice litigation pressure and rates of cesarean section and vaginal birth after cesarean section. *Med Care.* 2009;47(2):234-242.
45. Guise J-M. Anticipating and responding to obstetric emergencies. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2007;21(4):625-638.
46. Guise J-M, Segel S. Teamwork in obstetric critical care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2008;22(5):937-951. [PubMed]
47. Veltman L. Vaginal birth after cesarean checklist; an evidence-based approach to improving care during VBAC trials. *J Healthc Risk Manag.* 2009;29(1):22-27
48. Melnikow J, Romano P, Gilbert WM, Schembri M, Keyzer J, Kravitz RL. Vaginal birth after cesarean in California. *Obstet Gynecol.* 2001;98(3):421-426.
49. Wagner CL, Metts AK. Rates of successful vaginal delivery after cesarean for patients with private versus public insurance. *J Perinatol.* 1999;19(1):14-18.
50. Guise JM, McDonagh MS, Hashima J, et al. Vaginal birth after cesarean (VBAC) *Evid Rep Technol Assess (Summ)* 2003;(71):1-8.
51. Spong CY, Landon MB, Gilbert S, et al. Risk of uterine rupture and adverse perinatal outcome at term after cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2007;110(4):801-807. [PubMed]
52. Cahill AG, Stamilio DM, Odibo AO, et al. Is vaginal birth after cesarean (VBAC) or elective repeat cesarean safer in women with a prior vaginal delivery? *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195(4):1143-1147.
53. Cowan RK, Kinch RA, Ellis B, Anderson R. Trial of labor following cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 1994;83(6):933-936.
54. Flamm BL, Lim OW, Jones C, Fallon D, Newman LA, Mantis JK. Vaginal birth after cesarean section: results of a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol.* 1988;158(5):1079-1084.
55. Flamm BL, Newman LA, Thomas SJ, Fallon D, Yoshida MM. Vaginal birth after cesarean delivery: results of a 5-year multicenter collaborative study. *Obstet Gynecol.* 1990;76(5 Pt 1):750-754.
56. Hoyert DL, Hoyert DL. Maternal mortality and related concepts. *Vital Health Stat [3]* 2007;(33):1-13.

57. Kung HC, Hoyert DL, Xu J, et al. Deaths: final data for 2005. *Natl Vital Stat Rep.* 2008;56(10):1-120.
58. Minino AM, Heron MP, Murphy SL, et al. Deaths: final data for 2004. *Natl Vital Stat Rep.* 2007;55(19):1-119.
59. Gregory KD, Korst LM, Fridman M, et al. Vaginal birth after cesarean: clinical risk factors associated with adverse outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198(4):452.e451-410. discussion 452.e410-452.
60. Wen SW, Rusen ID, Walker M, et al. Comparison of maternal mortality and morbidity between trial of labor and elective cesarean section among women with previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(4):1263-1269.
61. Gregory KD, Korst LM, Fridman M, et al. Vaginal birth after cesarean: clinical risk factors associated with adverse outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198(4):452.e451-410. discussion 452.e410-452.
62. Kugler E, Shoham-Vardi I, Burstien E, Mazor M, HersHKovitz R. The safety of a trial of labor after cesarean section in a grandmultiparous population. *Arch Gynecol Obstet.* 2008;277(4):339-344.
63. Loebel G, Zelop CM, Egan JFX, Wax J. Maternal and neonatal morbidity after elective repeat Cesarean delivery versus a trial of labor after previous Cesarean delivery in a community teaching hospital. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2004;15(4):243-246.
64. Stafford I, Dildy GA, Clark SL, Belfort MA. Visually estimated and calculated blood loss in vaginal and cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199(5):e1-7.
65. Toledo P, McCarthy RJ, Hewlett BJ, Fitzgerald PC, Wong CA. The accuracy of blood loss estimation after simulated vaginal delivery. *Anesth Analg.* 2007;105(6):1736-1740.
66. Chauhan SP, Magann EF, Carroll CS, Barrilleaux PS, Scardo JA, Martin JN Jr. Mode of delivery for the morbidly obese with prior cesarean delivery: vaginal versus repeat cesarean section. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185(2):349-354.
67. Durnwald C, Mercer B. Vaginal birth after Cesarean delivery: predicting success, risks of failure. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2004;15(6):388-393.
68. Kugler E, Shoham-Vardi I, Burstien E, Mazor M, HersHKovitz R. The safety of a trial of labor after cesarean section in a grandmultiparous population. *Arch Gynecol Obstet.* 2008;277(4):339-344.
69. Flamm BL, Goings JR, Liu Y, Wolde-Tsadik G. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a prospective multicenter study. *Obstet Gynecol.* 1994;83(6):927-932. [PubMed]

70. Hook B, Kiwi R, Amini SB, Fanaroff A, Hack M. Neonatal morbidity after elective repeat cesarean section and trial of labor. *Pediatrics*. 1997;100(3 Pt 1):348-353. [PubMed]
71. PubMedPhelan JP, Clark SL, Diaz F, Paul RH. Vaginal birth after cesarean. *Am J Obstet Gynecol*. 1987;157(6):1510-1515.
72. Hibbard JU, Gilbert S, Landon MB, et al. Trial of labor or repeat cesarean delivery in women with morbid obesity and previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2006;108(1):125-133.
73. Boukerrou M, Lambaudie E, Collinet P, Crepin G, Cosson M. A history of cesareans is a risk factor in vaginal hysterectomies. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003;82(12):1135-1139.
74. Bahl R, Strachan B, Murphy DJ. Outcome of subsequent pregnancy three years after previous operative delivery in the second stage of labour: cohort study. *BMJ*. 2004;328(7435):311.
75. Murphy DJ, Stirrat GM, Heron J, Team AS. The relationship between Caesarean section and subfertility in a population-based sample of 14 541 pregnancies. *Hum Reprod*. 2002;17(7):1914-1917.
76. MacDorman MF, Kirmeyer S, MacDorman MF, Kirmeyer S. Fetal and perinatal mortality, United States, 2005. *Natl Vital Stat Rep*. 2009;57(8):1-19.
77. MacDorman MF, Kirmeyer S, MacDorman MF, Kirmeyer S. Fetal and perinatal mortality, United States, 2005. *Natl Vital Stat Rep*. 2009;57(8):1-19.
78. Smith GCS, Pell JP, Cameron AD, Dobbie R. Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies. *JAMA*. 2002;287(20):2684-269.
79. Sibony O, Alran S, Oury J-F. Vaginal birth after cesarean section: X-ray pelvimetry at term is informative. *J Perinat Med*. 2006;34(3):212-215.
80. Bujold E, Francoeur D. Neonatal morbidity and decision-delivery interval in patients with uterine rupture.[comment] *J Obstet Gynaecol Can*. 2005;27(7):671-673. author reply 673.
81. Richardson BS, Czikk MJ, daSilva O, Natale R. The impact of labor at term on measures of neonatal outcome. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(1):219-226.
82. Elkousy MA, Sammel M, Stevens E, et al. The effect of birthweight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;188:824-830.
83. Guise JM, Eden K, Emeis C, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights. Evidence Report/Technology Assessment No. 191 (Prepared by the Oregon Health & Science University Evidence-based Practice Center under contract no. 290-2008-10057-I). AHRQ

- Publication No. 10-E003. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2010.
84. Eden KB, McDonagh M, Denman MA, et al. New insights on vaginal birth after cesarean: can it be predicted? *Obstet Gynecol.* 2010;116:967-981.
85. Weinstein D, Benshushan A, Tanos V, et al. Predictive score for vaginal delivery after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;174:192-198.
86. Guise JM, Eden K, Emeis C, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights. Evidence Report/Technology Assessment No. 191 (Prepared by the Oregon Health & Science University Evidence-based Practice Center under contract no. 290-2008-10057-I). AHRQ Publication No. 10-E003. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2010
87. Gyamfi C, Juhasz G, Gyamfi P, et al. Increased success of trial of labor after previous vaginal birth after cesarean. *Obstet Gynecol.* 2004;104:715-719.
88. Landon MB, Spong CY, Thom E, et al. Risk of uterine rupture with a trial of labor in women with multiple and single prior cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2006;108:12-20.
89. Landon MB, Leindecker S, Spong CY, et al. The MFMU Cesarean Registry: factors affecting the success of trial of labor after previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193:1016-1023.
90. Zelop CM, Shipp TD, Cohen A, et al. Trial of labor after 40 weeks' gestation in women with prior cesarean. *Obstet Gynecol.* 2001;97:391-393.
91. Guise JM, Denman MA, Emeis C, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights on maternal and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol.* 2010;115:1267-1278.
92. Macones GA, Cahill A, Pare E, et al. Obstetric outcomes in women with two prior cesarean deliveries: is vaginal birth after cesarean delivery a viable option? *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192:1223-1228.
93. Asakura H, Myers SA. More than one previous cesarean delivery: a 5-year experience with 435 patients. *Obstet Gynecol.* 1995;95:924-929.
94. Hankin G, Speer M. Defining the pathogenesis and pathophysiology of neonatal encephalopathy and cerebral palsy. *Obstet Gynecol.* 2003;102(3):628-636.
95. Richardson BS, Czik MJ, daSilva O, Natale R. The impact of labor at term on measures of neonatal outcome. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(1):219-226.
96. *The World Factbook 2008.* Washington, D. C.: Central Intelligence Agency; 2008.

97. Kamath BD, Todd JK, Glazner JE, Lezotte D, Lynch AM. Neonatal outcomes after elective cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2009;113(6):1231-1238.
98. Warren J, Anderson JM. Respiratory Distress in the Term Infant: A Review. [in press] *Pediatrics.* 2009
99. Hankin G, Speer M. Defining the pathogenesis and pathophysiology of neonatal encephalopathy and cerebral palsy. *Obstet Gynecol.* 2003;102(3):628-636.
100. Committee on Fetus and Newborn. Levels of Neonatal Care. *Pediatrics.* 2004;114(5):1341-1347.
101. Brown P. How to formulate research recommendations. *BMJ.* 2006;333(14):804-806.
102. Ecker JL. Once a pregnancy, always a cesarean? Rationale and feasibility of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190(2):314-318.