

**UNIVERSITETI MJEKËSISË TIRANË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE
DEPARTAMENTI I LËNDËVE PARAKLINIKE**

**NDJEKJA E LINDJES NATYRALE NË GRATË
SHTATZËNA POST SECTION CESAREA**

**Disertacion
Për Marrjen e Gradës Shkencore**

DOKTOR

**Disertanti: Nazmie CENI
Udhëheqës Shkencor: Prof. Asc. Dr. Edmond NUELARI**

TIRANË 2023

REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË TIRANË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE



UNIVERSITETI I MJEKESISE, TIRANE

DISERTACION

I PARAQITUR NGA

Znj. Nazmie CENI

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

DOKTOR

SPECIALITETI: OBSTETRIKË-GJINEKOLOGJI

TEMA: “NDJEKJA E LINDJES NATYRALE NË GRATË SHTATZËNA POST SECTION CESAREA”

MBROHET NË DATË:/..... PARA JURISË:

1.KRYETAR
2.ANËTAR (OPONENT)
3.ANËTAR (OPONENT)
4.ANËTAR
5.ANËTAR

Parathënie

Në vendin tonë, moda dhe tendenca e grave shtatzëna është për ta lindur fëmijën me operacion dhe jo në rrugë natyrore. Kjo tendencë ndodh dhe në rastet kur ato nuk kanë probleme dhe nuk kanë asnjë arsye për të kryer ndërhyrje cesariane, por mund ta përballojnë mësimin sjelljen në jetë të bebit në rrugë natyrale.

Objektivat si nga OBSH dhe nga Ministria e Shëndetësisë, është ulja e lindjeve me operacion dhe rritja e lindjeve me rrugë natyrale. Këto objektiva duhet të zbatohen nga personeli mjeksor mjek dhe mami, për të evituar lindjen e bebeve me operacion cesarian, me qëllim që të shtohet numri i lindjeve me rrugë natyrale. Mbetet për të përmirësuar përqindja e lindjeve me operacion, e cila ndonëse ndër vite ka ardhur duke u përmirësuar, përsëri vazhdon të jetë e lartë në shifrën 33.8 %. Që nga viti 2005 mortaliteti neonatal ka ardhur duke u ulur.

Falenderim

Falenderoj udhëheqësin shkencor Prof. Asc. Dr. Edmond Nuellari për ndihmën në të gjitha etapat e studimit.

Falenderoj familjen time për mbështetjen dhe kurajon për të përfunduar me sukses këtë projekt shkencor.

Shkurtesa

BMI	Body mass index
CS	Cesarean section
VD	Vaginal delivery
VBAC	Vaginal birth after cesarean section
TOLAC	Trial of labor after cesarean
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
OBSH	Organizata Botërore E Shëndetësisë
BMI	Body Mass Index
HTA	Hipertension Arterial
PROM	Premature rupture of membranes
SC	Spontaneous Conception
TTP	Time to pregnancy
CI	Confidence Interval
OR	Odds Ratio

Përmbajtja

<i>PARATHËNIE</i>	3
SHKURTESA.....	5
ABSTRAKT	9
I HYRJE.....	10
1.1 Konsiderata të përgjithshme	10
2.0 Epidemiologjia.....	19
3.0 Anamneza dhe Ekzaminimi Objektiv	20
4.0 Vlerësimi per TOLAC	20
5.0 Udhërrëfyesit ACOG	22
5.1 Rezultatet me interes.....	24
5.2 Indikacionet.....	25
5.3 Karakteristikat e nënës	25
5.4 Pesha e lindjes.....	26
5.5 Historia obstetrikale	26
5.6 Stimulimi i lindjes.....	27
5.7 Mosha e shtatzënisë	28
5.8 Intervali ndërmjet shtatzënive.....	28
5.9 Lindja e Parakohshme (Preterm)	28
5.10 Diabeti Gestacional dhe Pregestacional.....	29
6.0 Kundërindikacionet.....	29
6.1 Natyra e histerotomisë	30
6.2 Numri i lindjeve cezariane paraprake	31
6.3 Lloji i mbylljes uterine.....	31
6.4 Lindja	32
6.5 Stimulimi i Lindjes	32
6.6 Përdorimi i Oksitocinës.....	32
6.7 Përdorimi i prostaglandinave	33
6.8 Përdorimi i Foley transcervikal.....	33
6.9 Intervali i ndërmjet shtatzënive.....	33

6.10 Shtatzënia Gemelare	34
6.12 Anomalitë Mulleriane	34
7.0 Përgatitja për lindje	34
7.1 Teknika - Përmbledhje	35
7.1.1 Pjesa Pas Procedurës	35
7.1.2 Rezultatet e pritshme	35
8.0 Trajtimi/ Menaxhimi	36
9.0 Diagnoza Diferenciale	37
10.0 Komplikacionet	38
II METODOLOGJIA	39
2.1 Qëllimi	39
2.2 Objektivat	39
2.3 Materiali dhe metoda	40
2.4 Metodologjia e analizës statistikore	42
III REZULTATE	43
IV DISKUTIM	57
V PËRFUNDIME	65
VI REKOMANDIME	66
VII BIBLIOGRAFIA	67

Lista e tabelave

Tabela 3. 1 Karakteristikat sociodemografike dhe klinike të grave shtatzëna N=103	43
Tabela 3. 2 Aresyet për sectio cesarea	47
Tabela 3. 3 Krahasimi i faktorëve maternalë dhe obstetrikalë ndërmjet lindjes natyrale dhe cesariane	49
Tabela 3. 4 Lloji dhe frekuenca e komplikacioneve sipas mënyrës së lindjes	54
Tabela 3. 5 Faktorët maternale dhe obstetrikale të lidhur me lindjen natyrale jo të suksesshme. Regresioni logjistik univariat	56

Lista e figurave

Figura 3. 1 Shpërndarja e rasteve sipas grupmoshës	44
Figura 3. 2 Shpërndarja e rasteve sipas paritetit	44
Figura 3. 3 Shpërndarja e rasteve sipas kategorive të BMI	45
Figura 3. 4 Mënyra e lindjes	46
Figura 3. 5 Shpërndarja e rasteve sipas mënyrës së lindjes	46
Figura 3. 6 Intervali nga SC e mëparshme, vite	47
Figura 3. 7 Aresyet për sectio cesarea	48
Figura 3. 8 Krahasimi i moshës mesatare të nënave me lindje natyrale dhe CS	50
Figura 3. 9 Krahasimi i graviditetit të nënave me lindje natyrale dhe CS	50
Figura 3. 10 Krahasimi i moshës së shtatzanisë të nënave me lindje natyrale dhe CS	51
Figura 3. 11 Krahasimi i vlerave të BMI > 25 sipas mënyrës së lindjes	51
Figura 3. 12 Intervali nga SC e mëparshme sipas mënyrës së lindjes	52
Figura 3. 13 Frekuenca e faktorëve obstetrikalë sipas mënyrës së lindjes	52
Figura 3. 14 Krahasimi i peshës së neonatit sipas mënyrës së lindjes	53
Figura 3. 15 Krahasimi i Apgar score sipas mënyrës së lindjes	54
Figura 3. 16 Lloji dhe frekuenca e komplikacioneve sipas mënyrës së lindjes	55
Figura 3. 17 Faktorët maternale dhe obstetrikale të lidhur me lindjen natyrale jo të suksesshme. Regresioni logjistik univariat	57
Figura 3. 18 Faktorët maternale dhe obstetrikale të lidhur me lindjen natyrale jo të suksesshme. Regresioni logjistik univariat	58

Abstrakt

Hyrje: Lindja natyrale pas lindjes cezariane përshkruan një lindje vaginale në një grua që ka lindur me operacion cezarian në një shtatzëni të mëparshme.

Qëllimi i studimit Vlerësimi i incidencës dhe ndjekja e lindjes natyrale në gratë shtatzëna post section cesarea.

Materiali dhe metodat: Ky është një studim prospektiv i kryer në Spitalin Universitar Obstetrik-Gjinekologjik "Koço Gliozheni", Tiranë, në periudhën 20105-2014.

Në studim morën pjesë 103 gra shtatzëna të vendosura për lindje natyrale të cilat kishin pasur më parë lindje cesariane.

Rezulate: Mosha mesatare e grave ishte 26.4 (3.7) vjeç që varion nga 20 vjeç deri në 38 vjeç.

Përsa i përket mënyrës së lindjes 68 prej grave ose 66% e tyre kanë lindur në mënyrë natyrale ndërsa 35 (34%) e tyre me section cesarean. Nga 68 gratë me lindje natyrale 4 ose 3.9% e totalit të grave kanë kryer lindje vaginale – instrumentale. Në analizën multivariate të regresionit logjistik faktorët sinjifikante maternale dhe obstetrikale të lidhur me lindjen natyrale jo të suksesshme rezultuan:

BMI >25 (p=0.01), disproporcion cefalo-pelvik (p=0.04), dilatacion cervikal <4 cm (p=0.02) dhe faza aktive e lindjes >7 ore (p=0.04).

Konkluzion: Personeli që kujdesen për pacientët me seksion cezarian të mëparshëm duhet të këshillojnë pacientët në lidhje me rreziqet dhe përfitimet e mundshme të lindjes natyrale dhe faktorët që ndikojnë në gjasat e lindjes së suksesshme vaginale. Personeli duhet të njohë edhe menaxhimin intrapartum të pacienteve që i nënshtrohen lindjes natyrale dhe të jenë në gjendje të njohin dhe menaxhojnë në mënyrë të përshtatshme komplikacionet e mundshme.

Fjalë kyç: sectio cesarea e mëparshme, lindje natyrale

I HYRJE

1.1 Konsiderata të përgjithshme

“Një herë cezariane, gjithmonë cezariane”. Prej vitit 1916, kur këto fjalë u artikuluan në Shoqatën e Obstetërve dhe Gjinekologëve të Nju Jorkut, gjatë 50-60 viteve pasuese, kjo deklaratë pasqyroi qasjen e shumë obstetërve amerikanë në menaxhimin e pacientëve me një lindje cezariane të mëparshme. Deri në vitin 1988, shkalla e përgjithshme e lindjeve cezariane kishte arritur 25%, nga më pak se 5% që ishte në fillim të viteve 1970. Vetëm 3% e foshnjave të lindura gjallë u lindën në mënyrë vaginale pasi nëna kishte pësuar një lindje cezariane (1).

Përparësitë dhe problematika e lindjes me operacion cesarian

Shifrat në rritje të numrit të lindjeve cesariane janë një shqetësim mbarë botëror (2). Shumë faktorë ndikojnë drejtëpërdrejtë ose indirekt në këtë rritje, ashtu si dhe shumë të tjerë ndikojnë në përparësitë apo në dobësitë e kësaj mënyrë lindje (3-4).

Përdorimi i monitormimit elektronik fetal, mund të konsiderohet si faktori kryesor i rritjes së lindjeve me operacion cesarian. Identifikimi i problemeve fetale të natyrave të ndryshme që në moshë të hershme të shtatzënisë e deri në ditën e lindjes, jep mundësinë e përshpejtimit të lindjes me operacion cesarian për ruatjen e jetës së nënës dhe bebit (5).

Lindja me operacion cesarian mund të planifikohet. Kjo i jep mundësi nënave për zgjedhjen e mënyrës së lindjes. Pra, nënat mund të zgjedhin këtë mënyrë, mënyrën e lindjes me operacion cesarian si mënyra më e shpejtë në krahasim me lindjen natyrore e për më tepër që shoqërohet pa dhimbje. Kryerja e lindjes nën efektin e anestezeve, shmang durimin e dhimbjeve të lindjes. Lindja me operacion shmang nevojën e udhëtimit të bebit në rrugët e lindjes duke përjashtuar mundësitë e marrjes së infeksioneve të mundshme, të rëndomta, qoftë edhe infeksioneve si HPV apo HIV/SIDA. Pastërtia e procesit të lindjes menaxhohet jashtë shikimit të gruas, pasi urinimi bëhet me kateter si dhe nuk ka rrjedhje fekale nga rektumi, të cilat dalin nga ngjeshja e kokës së bebit gjatë daljes nga vagina. Përveç përparësive që u përmëndën më sipër, në lindjet me operacion cesarian ekziston edhe ana e problemeve apo e dobësive të kësaj metode(6-7).

Indikacionet e lindjes Cesariane

Lindja Cesariane realizohet në rastet kur lindja vaginale është e pamundur për t’u realizuar ose kur vihet në rrezik jeta e nënës ose e bebit. Disa nga indikacionet e lindjes cesariane klasifikohen si absolute, ndërsa disa të tjera klasifikohen si relative.

Nuk është praktike të përmenden të gjitha indikacionet e mundshme, megjithatë

vështirë se një komplikacion të mos ketë përfunduar në lindje cesariane. Gjithësesi, në një mënyrë të përmbledhur mund të listojmë më poshtë indikacionet e grupuara:

- Lindje Cezariane e përsëritur
- Shtatzani multiple
- Rupturë e hershme e membranave
- Disproporcion Cefalo-Pelvik
- Distocitë:
 - Distocitë mekanike (bëhet fjalë për anomali të kanalit të lindjes).
 - Distocitë e indeve të buta (p.sh. fibromat e segmentit të poshtëm uterin).
 - Distocitë dinamike (të fuqisë amtare p.sh. tetania uterine).
 - Distocitë e trupit të lëvizshëm (p.sh. makrozomia apo anomalitë e paraqitjes) .

- Indikacionet lidhur kjo me fetusin dhe adnekset e tij:
 - Placenta previa.
 - Prolapsi i kordonit umbilikal.
 - Paraqitje anormale (me ballë, me podiume, transversal).
 - Gjëndje e pasigurisë fetale sidomos e mbivendosur kjo në fetus me vonesë të rritjes intrauterine (IUGR).
 - Fëmijë i konsideruar veçanërisht i “çmuar”, sidomos pas trajtimeve të zgjata për infertilitet dhe IVF.

- Indikacione që lidhen me gjëndjen e rrugëve gjenitale
 - Uterus i cikatrizuar.
 - Uterus i keqformuar.
 - Dëmtime të rënda perineale.
 - Infeksione vulvo-vaginale nga HPV-ja, SIDA/HIV.

- Patologjitë e shtatzënisë
 - Preeklampsi, eklampsi.
 - Sëmundje hemolitike e shtatzënisë.
 - Serotinizmi me vuajtje fetale të konfirmuar dhe në prani të oligoamnionit.
 - Hematomat retroplacentare.
 - Diabet i pa ekuilibruar dhe me prani të makrozomisë fetale

Teknikat kirurgjikale që shfrytëzohen për Lindjen Cezariane

Teknika e parë: Prerja e ulët segmentare

Incizioni realizohet në pjesën e poshtme, jo kontraktile të uterusit dhe është teknika që ka një frekuencë shumë të lartë përdorimi. Sipas kësaj teknike vezika urinare duhet të spostohet nga segmenti i poshtëm uterin. Mundësija për rupturë uterine në shtatzënitë pasuese është më e ulët (8).

Avantazhet e kësaj teknike qëndrojnë në faktin se lindja e fëmijës pasardhës me rrugë vaginale, është e sigurt dhe rreziku për hemoragji dhe aderenca është i ulët. Që të realizohet kjo teknikë duhet që fetusit të jetë i shtrirë në linjën longitudinale dhe segmenti i poshtëm uterin duhet të jetë i zhvilluar mirë

Teknika e dytë: Prerja klasike

Në këtë teknikë, incizioni bëhet në pjesën kontraktile të uterusit dhe është teknika e cila sot përdoret më pak. Teknikisht është e thjeshtë për t'u realizuar e krahasuar me dy teknikat e tjera e cila nuk kërkon një zhvendosje të mëparshme të vezikës urinare me uterusin. Rreziku për rupturë uterine në lindjen vaginale pasuese është i lartë (i konsiderueshëm). Prandaj Lindja Cesariane sekondare është më e preferuar në situatë të tilla, nëse lindja e parë është realizuar me këtë teknikë (9).

Avantazhet e kësaj teknike qëndrojnë në faktin se nuk ndikohet nga pozicioni i fetusit në uterus dhe miomat e segmentit të poshtëm uterin mund të anashkalohen.

Disavantazhet kanë të bëjnë me rrezikun e rritur për rupturë uterine në lindjen vaginale pasardhëse dhe rreziku për hemoragji dhe adezion është më i lartë se në teknikën e mësipërme.

Teknika e tretë: Anashkalimi i peritoneumit

Teknika më e re në Lindjen Cesariane bëhet duke anashkaluar peritoneumin. Pra sipas kësaj teknike, ndryshe nga dy teknikat e të sipërpërmendura, peritoneumi këtu nuk hapet. Kjo është një teknikë që ka disa vite që ka filluar të praktikohet dhe nuk është shumë e përdorur pasi kërkon edhe një përgatitje të mirë të kirurgut obstetër. Avantazhet e kësaj teknike kanë të bëjnë me mundësinë mjaft të ulur për të pasur infeksion mbas procedurës. Disavantazhi ka të bëjë me vështirësitë e teknikës e cila është më e madhe se në dy rastet e mësipërme (10).

Më poshtë shpjegohet teknika operatore, duke qënë se ka një frekuencë më të lartë përdorimi:

Nën anestezi të përgjithshme peridurale ose spinale, kryhet incizioni horizontal në nivelin rreth dy gisht mbi simfizën pubike (11). Mbasi hapet peritoneumi, indentifikohet plika veziko-uterine që inçizohet transversalisht rreth 10 cm dhe zhvendoset me kujdes poshtë. Pas kësaj, kryhet incizioni i segmentit të poshtëm rreth 1-2 cm. Nën vendin e inserimit të plikës veziko-uterine hapet kaviteti amniotik, duke patur kujdes që të mos traumatizohet fetusit. Zgjerohet inçizioni me dy gishta ose pritët me gërshërë dhe pastaj futet një dorë në uterus, ndërmjet kokës dhe buzës së poshtme të segmentit inferior. Pasi lirohet pjesa paraqitëse koka ose podiumet, nëpërmjet hapsirës së formuar dhe incizionit uterin, nxirret me kujdes edhe trupi i bebit. Mbas nxjerrjes së fetusit, i cili do të asistohet nga neonatologu, kryhet shkollitja dhe nxjerrja e placentas dhe i kërkohet anezestizistit t'i injektohet gruas 10 UI (12).

oksitocinë, për të ruajtur aftësinë kontraktuese të uterusit. Më pas procedohet me mbylljen e histerotomisë që preferohet me sutura të veçanta dhe të vazhdueshme.

Duke suturuar shtresën e parë është mirë të mos futet decidua midis dy buzëve të incizionit si dhe midis fijos së suturës. Shtresa e dytë do të mbulojë të parën. Me plotësimin e dy shtresave, deri disa vite më parë kryhej edhe peritonizimi me catgut të hollë duke përdorur plikën veziko-uterine (13). Aktualisht, shumë studime kanë treguar se ky peritonizim nuk është i nevojshëm pasi krijohen kushte më të mira për aderimin e vezikës urinare në një lindje cezariane të mëvonshme. Së fundmi, mbasi kontrollohet me kujdes mbyllja e uterusit për hemoragji, vazhdohet me mbylljen e abdomenit sipas shtresave (14-17).

Prognoza dhe komplikacionet

Ndërlikimet më të shpeshta si rezultat i lindjes cezariane janë:

- Hemoragjia e paslindjes
- Endometriti
- Infektimi i plagës operatore
- Temperaturë e lartë
- Glob vezikal
- Histerektomi
- Depresion postpartum (18)

Administrimi i antibiotikëve profilaktikë dhe sigurimi i një hemostaze përpara mbylljes së abdomenit kanë ndikuar në uljen e këtyre ndërlikimeve.

Faktorët kryesor që ndikojnë në shërimin e incizionit uterin janë:

- Hemostaza

- Saktësia e vendosjes së suturës
- Shmangia e infeksionit
- Shtërngimi i indit (19)

Në përgjithësi thuhet se sa më e gjatë të jetë ndërhyrja operative, aq më e madhe është mundësija për ndërlikime postoperative. Fenomeni i fatkeqsive pas lindjeve cesariane është i rrallë. Aktualisht vdekshmëria amëtare në lindjet cezariane është më pak se 0.1 %.

Incidenca e rupturës uterine kur shfrytëzohet teknika segmentare është 0.5 %, ndërsa kur përdoret teknika klasike (do të thotë që inçizioni do të bëhet në pjesën kontraktile të uterusit), kjo shifër pëson rritje dhe shkon në vlerat midis 4-9 %.

Gjithashtu në momentet e incizionit uterin, ekziston rreziku i dëmtimit (prerjes) të bebit. Kjo ndodhi, është raportuar mjaft rrallë me një frekuencë 0.2-0.4% të të gjitha operacioneve cesariane. Vendi më i shpeshtë i dëmtimit të bebit (i prerjes) ndodh në fytyrë, qafë dhe podium. Pra është mjaft e nevojshme të tregohet kujdes kur inçizohet shtresat e uterusit, sidomos në rastet e lindjeve të zgjatura ku segmenti uterin mund të jetë mjaft i hollë.

Për shkak të ndërlikimeve të mundëshme të bebeve të lindura me operacion cesarian, çdo fëmijë duhet të ekzaminohet nga një profesionist sa më shpejtë të jetë e mundur pas lindjes (20).

Komplikacionet më të shpeshta intraoperative dhe postoperative:

A. Komplikacionet intraoperative:

- Laçeracionet uterine
- Dëmtimi i vezikës urinare
- Dëmtim i ureterëve
- Dëmtim i intestinit
- Atoni uterine

B. Komplikacione postoperative:

- Endometrit postpartum
- Infektim i plagës operative
- Dehishenca fasciale
- Infeksione të rrugëve urinare
- Tromboembolia (21-23)

Nënat e operuara nuk kanë mundësinë që pas operacionit të fillojnë jetën normale si para shtatzënisë dhe të jenë ndihmë e parë e bebit të sapolindur. Operacioni në vetvete mund të jetë plotësisht i padhimbshëm, por periudha e rikuperimit rrallë mund të jetë e tillë. Sigurisht që ka një seri analgjezikësh që ndihmojnë nënën në ditët e para, por edhe me këtë ndihmesë lëvizjet për punët e jetës së përditshme, kujdesi ndaj bebit apo edhe kryerja e nevojave fiziologjike paraqesin një sfidë dhe duhet të kryhen nën kontroll, me kujdes dhe ngadalë (24).

Inçizioni që bëhet paksa mbi linjën e pilozitetit pubik, shfaq ndjenjën e kruajtjes kur kemi të bëjmë me rritjen e pilozitetit pasuese dhe kjo është një situatë për t'u trajtuar në ditët e para të pas lindjes. Qëndrimi në spital zgjat në rastin më të mirë tre ditë, por zgjat edhe më shumë kur paraqitet ndonjë komplikacion i mundshëm. Kjo do të thotë një kohë më e gjatë e ndarjes nga familja se sa kohëzgjatja e shkaktuar nga lindja natyrore. Shumë punë shtëpiake apo kujdesi për bebin e sapolindur apo edhe kujdesi për fëmijët e tjerë duke përjashtuar kujdesin për bashkëshortin apo antarët e tjerë të familjes, janë të vështira apo të pamundura për disa javë pas lindjes me operacion cesarian. Disa nëna që kanë lindur me operacion cesarian, mund të kalojnë infeksione postoperative. Në varësi nga lloji i infeksionit, rëndesa dhe përgjigjia ndaj trajtimit, varen edhe ditët e qëndrimit në spital. Kjo situatë sjell shqetësim jo vetëm të nënës që ka lindur por edhe të familjarëve të saj, duke ulur indirekt edhe ritmin e shërimit.

Natyrisht që rreziku ekziston. Ndonëse vdekshmëria amtare është shumë e rrallë, por rreziku për vdekje amtare gjatë lindjes me operacion është më e madhe se gjatë lindjes me rrugë natyrore. Gjithashtu mjaft i lartë është edhe rreziku për histerektomi pasuese. Aderencat që mund të krijohen, mund të shkaktojnë dhimbje afatgjata, obstrukcion të vezikës apo abort. Gjithashtu nënat që kanë lindur fëmijë me operacion cesarian, janë me rrezik të lartë për shtatzani ektopike, placenta previa dhe akreta në shtatzënitë pasuese. Por, nuk duhet harruar se ekziston edhe një rrezik për bebin gjatë dhe pas operacionit cesarian. Bebet mund të priten rastësisht nga bisturia e kirurgut obstetër si dhe këto bebe kanë një shanc apo mundësi më të rritur për të bërë infeksione respiratore në foshnjëri ashtu edhe kur janë adultë (25-27).

Në vendin tonë, moda dhe tendenca e grave shtatzëna është për ta lindur fëmijën me operacion dhe jo në rrugë natyrore. Kjo tendencë ndodh dhe në rastet kur ato nuk kanë probleme dhe nuk kanë asnjë arsye për të kryer ndërhyrje cesariene, por mund ta përballojnë mësimin sjelljen në jetë të bebit në rrugë natyrore.

Objektivat si nga OBSH dhe nga Ministria e Shëndetësisë, është ulja e lindjeve me operacion dhe rritja e lindjeve me rrugë natyrore. Këto objektiva duhet të zbatohen nga personeli mjeksor mjek dhe mami, për të evituar lindjen e bebeve me operacion cesarian, me qëllim që të shtohet numri i lindjeve me rrugë natyrore. Mbetet për të përmirësuar përqindja e lindjeve me operacion, e cila ndonëse ndër vite ka ardhur duke u përmirësuar,

përsëri vazhdon të jetë e lartë në shifrën 33.8 %. Që nga viti 2005 deri në vitin 2012, mortaliteti neonatal ka ardhur duke u ulur.

Indikatorët që ndikojnë në lindje me operacion cesarian

Gjithashtu për çdo vit, informacioni për lindjen cesariane është grupuar në bazë të indikacioneve më kryesore. Pra, të dhënat janë marrë për ato indikacione që përbënin numrin më të madh të rasteve. Në këto indikacione bëjnë pjesë:

➤ Placenta Previa

Ka të bëjë me inserimin e placentës në segmentin e poshtëm uterin. Ajo mund të jetë totale, kur placenta e mbulon plotësisht hyrjen e brendëshme të kanalit cervikal. Ajo është parciale, kur placenta e mbulon vetëm parciaisht hyrjen e brendëshme të kanalit cervikal dhe marginale kur fundi i placentës është afër por nuk e prek hyrjen e brendëshme të kanalit cervikal (28).

➤ Shtatzënia multiple

Është një shtatzani në të cilën është i pranishëm më shumë se një fetus. Fetuset mund të vijnë nga një ose më shumë zigota dhe zakonisht janë të ndarë por mund të jenë edhe të bashkuar (29).

➤ Preeklampsia

Shprehet me rrije të qëndrueshme e tensionit arterial mbas javës së 20-të të shtatzënisë në mungesë të hipertensionit të mëparshëm (30).

➤ Paraqitja jo normale

Me këtë nocion do të kuptohet një pozicion jo normal të fetusit në kavitetin uterin. Pozicioni normal i paraqitjes është paraqitja cefalike me vertex, që është edhe pozicioni me më pak komplikacione. Në paraqitjen jo normale përfshihen:

- Paraqitja cefalike me – sinsiput, fytyrë, mjekër, bregmë.
- Paraqitja podalike – podalik komplet, në këtë paraqitje të parat që paraqiten në planin e hyrjes së baçinit janë podiumet me këmbë të bledhura 90°, pozicioni Frank: në këtë paraqitje podiumet dalin të parat me këmbët e shtrira sipër dhe pozicioni Footling: në këtë rast njëra këmbë e fetusit del e para.
- Paraqitja me shpatull - në këtë pozicion, aksi longitudinal i fetusit bien përpjendikular me aksin gjatësor të uterusit (31).

➤ Vuajtja fetale

Me këtë nocion përfshihen të gjitha monitorimet që nuk japin siguri për mirëqënien e bebit. Në kriteret jo siguruese të mirëqënies së bebit bëjnë pjesë:

Takikardia mbi 160 rrahje/min ose bradikardia nën 110 rrahje/min.

- Mungesa e akceleracionit. Këto të fundit janë rritje të menjëhershme të frekuencës kardiake (FK), FK mbi linjën bazë për më pak se 2 minuta dhe nuk janë të lidhura me kontraksionet uterine. Nëqoftëse fetusi është më pak se 30 javë moshë gravidare, rritja duhet të jetë ≥ 10 rrahje/min që zgjasin ≥ 10 sec. Nëqoftëse fetusi është më i madh se 32 javë moshë gravidare, rritja duhet të jetë ≥ 15 rrahje/min dhe zgjasin ≥ 15 sec.

- Dekselacionet e vona përsëritëse të çdo shkallë. Këto janë rënie graduale nën nivelin bazë të FK me > 30 sec. që nga fillimi e deri në fund. Fillimi dhe mbarimi i dekselacioneve vijën më vonë se kontraksionet.

- Mungesa e variabilitetit. Ky ka të bëjë me fluktuacionet e FK ≥ 2 cikle/min.

- Dekselacioni variable përsëritëse të rënda. Këto janë rënie të menjëhershme të frekuencës kardiake poshtë nivelit bazë për të paktën 15 rrahje /min me fillim dhe mbarim ≤ 30 sek. Këto janë në të njëjtën kohë me kontraksionet uterine (32.33).

➤ Distocia

Përkufizohet si vështirësia e aktivitetit të lindjes dhe procesit të lindjes. Përmasat e mëdha të fetusit, pelvisi amëtar ose kontraksionet uterine mund të shkaktojnë distoci dhe vështirësi në aktivitetin e lindjes dhe porçesin e lindjes (34).

➤ Ruptura e herëshme e membranave

Kjo ka të bëjë me rupturën e membranave fetale përpara se të fillojë aktiviteti i lindjes në term (35).

➤ Lindje me operacion cesarian të mëparshme

Lindje me operacion cesariane të mëparshme që është bërë edhe më parë tek kjo grua (36).

➤ Shkaqe të tjera

Në këtë grup janë përfshirë të gjitha rastet e tjera që janë nënshtruar lindjes me operacion cesarian (diabet, barrë serotine, prematurë, anomali fetale, prolaps të kordonit umbilikal, kancer cervikal, infeksion aktiv nga herpesi etj) (37-39).

Ndonëse përpjekjet në një studim të lindjeve pas lindjes cezariene (TOLAC) janë bërë praktikë e pranuar, shkalla e suksesit në lindjet vaginale pas cezarianes (VBAC), si dhe shkalla e VBAC të tentuara, ka rënë gjatë 10 viteve të fundit (shih imazhin më poshtë). Ndërsa, 40-50% e femrave u përpoqën të kishin VBAC në vitin 1996, vetëm 20% e pacienteve me një lindje cezariene të mëparshme e provuan një lindje në 2002. Ky numër po zhvendoset drejt vlerës 10% me më pak se 10% të femrave që arrijnë VBAC të suksesshme në 2005 (40).

Sidoqoftë, përkundër rreziqeve të njohura (shkalla 0,5-1% e rakturës uterine), TOLAC mbetet një mundësi tërheqëse për shumë paciente dhe jep një rezultat të suksesshëm në një numër të lartë të rasteve. Për krahasim, alternativa fakultative e lindjes cezariene të përsëritur nuk është pa rreziqe. Përveç rreziqeve që lindja cezariene ka mbi lindjen vaginale, pacientët mund të përjetojnë rakturë uterine para fillimit të lindjes (41).

Vendimi për t'iu nënshtruar TOLAC është individual, dhe duhet të bazohet në një këshillim të kujdesshëm dhe të plotë. Karakteristikat e nënës dhe historia obstetrikale mundësojnë një vlerësim të përafërt të shansit të pacientes për të provuar një lindje të suksesshme, gjithashtu edhe për të vlerësuar rrezikun e pacientes për rakturë uterine. Nëse është e mundur, shmangni induksionin e lindjes, sepse ul probabilitetin e suksesit dhe rrit mundësinë e rakturës uterine në lindjet pas cezarianes. Këshilloni pacientët që zgjedhin t'i nënshtrohen TOLAC për t'u vlerësuar qysh në fillim të lindjes dhe për të menaxhuar shtatzëninë në mjedis spitalor ku riktura uterine mund të njihet dhe menaxhohet në mënyrë të shpejtë (42).

Sigurisht, gjatë këshillimit duhet të pyetet pacientja nëse është e interesuar për shtatzëni të tjera pas shtatzënisë aktuale. Nëse pacientja i është nënshtruar 2 lindjeve paraprake cezariene rritet më tej rreziku i VBAC në shtatzëninë e mëvonshme; kështu, për shtatzëninë e ardhshme, nëse ka ndodhur një VBAC e suksesshme, dhe ulet risku në shtatzëninë aktuale, kjo i ofron mbrojtje pacientes.

1.2 Indikacionet per lindje natyrale pas sectio cesarea

- Incizion i ulet transversal ne sectio cesarea te mepareshme
- Gjendja shendetesore e mire e nenes dhe fetusit gjate shtatezanise
- Pelvis i nënës klinikisht i përshtatshëm
- Lindje ne term

2.0 Epidemiologjia

Që nga viti 1970, shkalla e lindjes cezariane është rritur në mënyrë dramatike nga 5% në 1970 në 30% në 2005. Shkalla e lindjes cezariane arriti kulmin në 2009 në 32.9% dhe ishte 31.9% në 2016. Në fillim të viteve 1970, kur lindjet cezariane filluan të rriten, në përgjithësi mjekët specialistë këmbëngulnin se nëse një paciente kishte pasur një intervent cezarian, ajo duhet të lindte të gjitha foshnjat e ardhshme në këtë rrugë. Profesionistët e shëndetësisë filluan të vinin në dyshim idenë, "një herë cezariane, gjithmonë cezariane", dhe më pas, numri i pacienteve që iu nënshtuan VBAC filloi të rritet. Nga mesi i viteve 1980 deri në mes të viteve 1990, TOLAC u inkurajua dhe u pa një rritje në VBAC shoqëruar me një ulje të shkallës së lindjeve cezariane. Midis 1985 dhe 1995, shkalla e VBAC u rrit me mbi 20% e për rrjedhojë u shoqërua me ulje të lindjeve cezariane. Ndërkohë që VBAC u bë më e zakonshme gjatë kësaj kohe, u rrit edhe numri i ndërlikimeve të raportuara. Komplikacionet serioze dhe neglizhenca mjekësore cuan në ulje të VBAC (43).

Në pacientet që i nënshtohen TOLAC mund të ndodhin ndërlikime; megjithatë, pacientet e përzgjedhura në mënyrë të përshtatshme mund të përpiqen për një lindje vaginale në kohën e duhur. Kur është i suksesshëm, VBAC shoqërohet me një ulje të morbiditetit maternal dhe ulje të rrezikut të ndërlikimeve në shtatzënitë e ardhshme. Pacientet që kanë pasur VBAC të suksesshëm nuk u nevojitet kohë për rehabilitim post kirurgjikal në periudhën postpartum. Rritja e VBAC gjithashtu do të shërbejë për të ulur shkallën e përgjithshme të lindjeve cezariane. Kohët e fundit është bërë e njohur se sa më shumë lindje cezariane të kryejë një paciente, aq rritet edhe rreziku i ndërlikimeve sinjifikante obstetrikale. Këto komplikacione përfshijnë hemorragji masive pas lindjes, placenta previa dhe çrregullime të tjera të placentës. Duke shmangur lindjet e shumta cezariane, pacientet që planifikojnë familje të mëdha mund të përfitojnë veçanërisht nga lindja vaginale pas asaj cezariane (44).

3.0 Anamneza dhe Ekzaminimi Objektiv

Të gjitha pacientet gravide duhet të japin një anamnezë të hollësishme dhe të bëhet ekzaminim fizik i detajuar qysh në vizitën e parë prenatale deri në momentin e lindjes. Historiku duhet të përfshijë një anamnezë të hollësishme obstetrikale që konsiston në kohën e saktë të shtatzënive të mëparshme, rezultatet e shtatzënive (abort, barrë ektopike, apo lindje). Pesha dhe mosha e barrës duhet të regjistrohen. Nëse pacientet kanë pasur ndërlikime në shtatzënitë e mëparshme, kjo duhet të theksohet dhe të përshkruhen detajet përkatëse. Në disa raste, mund të nevojitet të merren rekorde mjekësore nga mjekët që kanë ndjekur shtatzënitë e mëparshme ose nga spitali në të cilin pacientja ka lindur foshnjat e tjera (45).

Lidhur me mënyrën e lindjes, është e rëndësishme të theksohet nëse foshnjat paraprake janë lindur në rrugë vaginale apo cezariane. Pacientet që kanë kryer lindje paraprake kirurgjikale (qoftë lindje operative vaginale ose cezariane) duhet të shënohen detajet në lidhje me indikacionet për lindjen operative. Në rastin ideal, duhet të merren shënimet operatore të çdo lindjeje paraprake dhe një kopje të disponohet në dosjen e pacientes.

Duhet patjetër të kryhet ekzaminimi i përgjithshëm fizik në një paciente që ka pasur një cezariane paraprake. Ekzaminimi pelvik mund të përfshijë një vlerësim të pelvimetrisë klinike që nënkupton një seri parametrash të përcaktuara për të parashikuar shanset e lindjes vaginale. Ndonëse pelvimetria klinike kryhet shpesh, ky vlerësim nuk ka treguar ndonjë vlerë të vecantë në parashikimin e suksesit të VBAC ose lindjes vaginale dhe nuk duhet të përdoret si parashikues i vetëm për të përcaktuar nëse një pacient mund t'i nënshtrohet një prove lindje (46).

Për pacientet që planifikojnë një lindje pas sectio cesaria, ekzaminimi pelvik i kryer në term mund të japë udhëzime shtesë lidhur me planifikimin e lindjes. Përgatitja e qafës së mitrës (zbutja dhe rrjedhja) dhe pozicionimi sa më poshtë i kokës së fetusit japin një farë inkurajimi që pacientja ka shumë gjasa të hyjë në lindje spontanisht. Në term duhet të bëhet një përpjekje për të vlerësuar peshën e fetusit qoftë me anë të ekzaminimit fizik ose duke përdorur ekografinë. Ky informacion duhet të merret në konsideratë, por nuk duhet të përdoret i vetëm për të përcaktuar nëse duhet provuar lindja natyrale, pasi asnjë metodë për përcaktimin e peshës fetale në lindje nuk është shumë e saktë (47).

4.0 Vlerësimi për TOLAC

Disa femra nuk mund të jenë kandidatë për TOLAC. Pacientet me sectio cesariane klasike të mëparshme apo incizion të segmentit kontraktil uterin kanë risk më të lartë për rakturë uterine, dhe në këtë rast, planifikimi i një tjetër sectio cesarian, të përsëritur, është mënyra e rekomanduar e lindjes. Në mënyrë ideale, raportet operatore nga interventet e

mëparshme duhet të merren dhe rishikohen për një përshkrim të incizionit të mëparshëm uterin. Kur kjo nuk është e mundur, për shembull kur operacioni paraprak është kryer në një vend tjetër, pacienti konsiderohet të ketë një "cikatrice të panjohur". Për shkak se shumica dërrmuese e prerjeve cezariane kryhen me një incizion uterin tërthor të poshtëm, është e arsyeshme të pyetet pacientja për rrethanat që lidhen me lindjen e saj. Nëse historia nuk sugjeron një skenar në të cilin prerja vertikale do të ishte e mundshme, për shembull, prerja cezariane e kryer në javën 24 kur segmenti i poshtëm i mitrës ka më pak gjasa të jetë zhvilluar, është e arsyeshme të lejohet TOL. Shkalla e rupturës uterine në këtë situatë është gjetur e ngjashme edhe në pacientet me prerje cezariane tërthore.

Po ashtu, shkalla e rupturës uterine rritet me rritjen e numrit të prerjeve cezariane të mëparshme. Me 1 LTCS paraprake, shkalla e rupturës uterine është më pak se 1%; ndërsa, në 2 cezariane të mëparshme rritet nga 1% deri në 2%. Shumë specialistë i konsiderojnë pacientet me deri në dy lindje paraprake cezariane si kandidatë për TOLAC, ky rekomandim mbështetet gjithashtu nga Kolegji Amerikan i Obstetrikës dhe Gjinekologjisë (48).

Pacientet me gjendje të tjera si incizioni në pjesën e sipërme ose kontraktuese të mitrës zakonisht nuk janë kandidatë për TOLAC pasi shkalla e rupturës uterine është shumë e lartë në këto situata. Përveç incizioneve të mëparshme klasike uterine, ekzistojnë edhe incizionet e tipit "T" ose "J" në lindjet cezariane ose incizionet paraprake transmiometriale për rezeksion të miomave uterine ose për të lehtësuar kirurgjinë e hapur fetale. Pacientet me histori të mëparshme të rupturës uterine kanë risk më të lartë për rupturë uterine dhe rekomandohet lindja e planifikuar cezariane afërsisht në javët 36 deri në 38 6/7 të moshës gestacionale (49).

Strukturat që ofrojnë TOLAC duhet të kenë kapacitetet për të kryer një lindje cezariane emergjente. Ndërsa disponueshmëria e këtyre burimeve duket e kursyer, ngrihet shqetësimi se kjo kërkesë kufizon që disa pacientë, vecanërisht ato që jetojnë në zona rurale, të mos kenë mundësinë e lindjes vaginale pas cezarianes. Në Buletinin më të fundit të Praktikës ACOG mbi këtë temë, u rekomandua të merret parasysh referimi i pacientëve të tillë në zonat që janë në gjendje të ofrojnë TOLAC kur mendohet e përshtatshme. Gjithashtu u vu re se me këshillim të kujdesshëm disa paciente mund të zgjedhin TOLAC edhe në situata kur burimet janë të kufizuara (50).

Në përzgjedhjen midis TOLAC ndaj PRCD pacientet mund të përfitojnë edhe nga këshillimi në lidhje me shanset e lindjes vaginale. Shkalla e lindjes vaginale të suksesshme pas një lindje cezariane të mëparshme është 60% deri në 80%. Në përgjithësi, pacientet me indikacione jo të përsëritura për lindje cezariane, për shembull, në prezantimin podalik, mendohet se kanë shanse më të larta për lindje vaginale. Pacientet me lindje të mëparshme vaginale gjithashtu kanë më shumë gjasa për lindje vaginale të suksesshme. Kalkulatorët VBAC janë gjithashtu të disponueshëm për të

lehtësuar vlerësimin e shkallës së suksesit siç është ai i zhvilluar nga Rrjeti i Njësive të Mjekësisë Nënë-Fetus (51).

Pacientet që i nënshtrohen lindjes spontane kanë shanse më të larta sukseesi, krahasuar me gratë që i nënshtrohen lindjes së induktuar. Arsyet më të zakonshme në zgjedhjen e një lindje natyrale pas cezarianes përfshijnë:

Ndikimi në shtatzënitë e ardhshme. Nëse planifikoni të keni më shumë fëmijë, VBAC mund t'ju ndihmojë të shmangni rreziqet e lindjeve të shumta cezariane, të tilla si placenta previa ose placenta accreta.

Rrezik më i ulët i ndërlikimeve kirurgjikale. VBAC i suksesshëm shoqërohet me risk më të ulët për hemorragji masive, infeksione dhe mpiksje të gjakut në një ose më shumë vena të thella në trup (trombozë e venave të thella). VBAC gjithashtu mund të zvogëlojë rrezikun e heqjes kirurgjikale të uterusit (histerektomisë) dhe dëmtimit të organeve abdominale, si vezika urinare ose zorra (52).

Koha më e shkurtër e rehabilitimit. Ju do të keni një ditëqëndrim më të shkurtër në spital pas një VBAC sesa pas një lindje cezariane të përsëritur. Shmangia e operacionit do t'ju ndihmojë të rifilloni aktivitetet tuaja normale më shpejt.

Mundësia për një plan të individualizuar të lindjes. Për disa gra, është e rëndësishme të përjetojnë një lindje vaginale (53).

5.0 Udhërrëfyesit ACOG

Disa faktorë kanë ndikuar në uljen e VBAC. Duke qënë se mjekët kanë pasur komplikime në lidhje me menaxhimin e pacienteve që i nënshtrohen lindjes natyrale pas lindjes cezariane, ata janë më pak të prirur të lejojnë që pacientet e reja t'i nënshtrohen një lindje natyrale. Përveç kësaj, udhërrëfyesit e vitit 1999 nga Kolegji Amerikan i Obstetërve dhe Gjinekologëve (ACOG) deklaruan qartë se pacientet që i nënshtrohen TOLAC kërkojnë praninë e një obstetri, një anestezisti dhe / ose një staf të aftë për të kryer një lindje cezariane urgjente gjatë gjithë fazës aktive të lindjes. Ndërsa qendrat akademike dhe spitalet më të mëdha të komunitetit janë në gjendje të përmbushin këto kërkesa, shumë spitale më të vogla nuk ofrojnë anestezi të brendshme ose personel obstetrik. Për më tepër, për të përmbushur kërkesat financiare të shërbimit menaxherial, shumë obstetër tani mbulojnë më shumë se një spital në të njëjtën kohë, duke e bërë të vështirë respektimin e udhëzimeve të vitit 1999 (54).

Ndikimi i këtyre ndryshimeve mund të vërehet në statistikat kombëtare të lindjeve. Shkalla e lindjeve cezariane arriti kulmin në 25% në 1988 por më pas ra në 21% në 1996.

Nga 1996 në 2004, megjithatë, shkalla e lindjes cezariene u rrit në 29.2%, ndërsa shkalla e VBAC ra nga 28% në 9%. Duke menduar se shkalla e suksesit të VBAC është rreth 70%, kjo lidhet me një rënie nga 40% në 14% të numrit të pacienteve që zgjedhin t'i nënshtrohen TOLAC. Ajo që dikur vlerësohej si komponent kryesor për uljen e nivelit të përgjithshëm të lindjeve cezariene (dmth., TOLAC) është duke humbur mbështetjen që kishte në vitet 1980. Në përgjithësi, kjo ka çuar në një shkallë të lindjes cezariene në 31.1% në 2006, që është norma më e lartë në historinë e SHBA dhe nuk tregon shenja të rënies (55).

Në vitin 2010, duke pasur parasysh këto zhvillime, ACOG lëshoi udhëzime të reja që ishin më pak kufizuese. Udhëzimet e vitit 2010, bazuar në konsensusin dhe mendimn e ekspertëve, rekomandojnë që TOLAC të ndërmerret në ambiente të afta për lindje emergjente. Për shkak të rreziqeve që lidhen me TOLAC dhe komplikacioneve si raptura uterine që mund të jenë të paparashikueshme, ACOG rekomandon që TOLAC të ndërmerret në ambiente me staf në dispozicion për të ofruar shërbim emergjent (56).

Sidoqoftë, kur burimet për lindje cezariene imediate nuk janë të disponueshme, ofruesit e kujdesit shëndetësor dhe pacientet që marrin në konsideratë TOLAC duhet të diskutojnë për burimet e spitalit dhe disponueshmërinë e stafit të obstetrikës, pediatriisë, anesteziës dhe dhomës operatore. Respektimi i autonomisë së pacientit mbështet lejimin e pacientëve në pranimin e shkallës së lartë të rrezikut, megjithatë, pacientet duhet të informohen qartë për riskun e lartë dhe të këshillohen për alternativat e menaxhimit.

Duke parë që TOLAC po zvogëlohej në komunitetet dhe më shumë spitale rurale, ACOG i rishikoi rekomandimet në 2017 me qëllim të dukshëm në zbutjen e rekomandimeve për disponueshmërinë imediate të ekipeve kirurgjikale. Tashmë lexohet: "ACOG rekomandon që TOLAC të provohet në ambiente që mund të sigurojnë lindje cezariene për situata që përbëjnë kërcënim të menjëhershëm për jetën e gruas dhe fetusit". Nuancat e kësaj deklarate rezultuan në një rritje të TOLAC të tentuar në këto ambiente (57).

Në bazë të evidencave të nivelit A, udhëzimet e 2017 të ACOG rekomandojnë si më poshtë:

- Shumica e grave me lindje cezariene paraprake me incizion të poshtëm tërthor janë kandidatë për VBAC dhe duhet tu ofrohet TOLAC.
- Anestezia epidurale mund të përdoret si pjesë e TOLAC.
- Misoprostoli nuk duhet të përdoret për pacientet që kanë pasur një lindje cezariene paraprake ose një operacion madhor uterin.

Në bazën e evidencave të nivelit B, TOLAC mund të konsiderohet për pacientet e mëposhtme:

- Gratë me 2 lindje të mëparshme cezariene me incizione të poshtme tërthore
- Gratë me 1 lindje cezariene të mëparshme me një incizion të poshtëm tërthor që janë kandidatë të mundshme për lindje binjake vaginale
- Gratë me 1 lindje të mëparshme cezariene me incizion të një lloji të panjohur, veç nëse ka dyshim klinik të lartë për një incizion klasik uterin të mëparshëm

- Gratë me 1 lindje cezariane të mëparshme që mund të jenë kandidatë të përshtatshme për lindje binjake vaginale.

Evidencat e nivelit B gjithashtu përfshijnë si më poshtë:

- Induktimi i lindjes gjatë TOLAC nuk është i kundëringdikuar
- Në femrat me cezariane të mëparshme me incizion të poshtëm tërthor që bartin risk të ulët për komplikacione maternale apo neonatale nga kthimi cefalik i jashtëm dhe TOLAC, nuk kanë kundëringdikacion për kthimin cefalik të jashtëm në paraqitjen podalike (58).
- Rekomandohet monitorim i vazhdueshëm i rrahjeve fetale gjatë TOLAC

Një krahasim i VBAC në Shtetet e Bashkuara, Mbretërinë e Bashkuar dhe Kanada tregoi ngjashmëri të kuptueshme, por dallime të shumta të pashpjegueshme në rekomandimet respektive.

5.1 Rezultatet me interes

Dy rezultate specifike me interes në lidhje me TOLAC janë investiguar mirë: VBAC i sukseshëm dhe raptura uterine. Rezultatet e tjera sigurisht që janë me interes, duke përfshirë rezultatin neonatal, histerektominë dhe vdekshmërinë amtare; megjithatë, pak studime janë përqendruar në këto rezultate, dhe ngjarje më pak të rëndësishme se këto ndodhin shumë rrallë për t'u përfaqësuar mirë nëpër bazat e të dhënave (59).

Në studimet e mëparshme, shumë rezultate u raportuan pas analizës univariate. Faktorët e riskut u ekzaminuan pa kontrolluar variablat e mundshëm konfondues, dhe rezultatet u raportuan si një raport i riskut relativ ose probabilitetit. Këto raporte përfaqësojnë riskun e një grupi individësh që kanë faktorin e riskut të ndarë nga individët pa faktorin e riskut. Gjatë dekadës së fundit, disa studime madhore kanë ekzaminuar parashikuesit dhe rezultatet e lidhura me gratë që kishin kryer një lindje cezariane paraprake. Këto studime kanë filluar nga Nova Scotia në Boston e deri në shtetin e Washington.

Së fundmi, 2 studime madhore multicentrike kanë botuar studime të shumta mbi këtë çështje, një nga Pensilvania dhe tjetra nga Njësitë e Mjekësisë Maternale-Fetale. Këto studime të mëdha gjatë dekadës së fundit kanë përdorur statistika multivariate për të ekzaminuar faktorët e rrezikut. Kjo do të thotë që faktorët e tjerë të rrezikut dhe faktorët konfondues, të tillë si përbërja e lindjes, mosha e nënës, historia obstetrikale dhe menaxhimi i lindjes, u kontrolluan gjatë analizës (60).

Në këtë artikull, rishikohen faktorët që lidhen me mënyrën e lindjes në mjedisin e lindjes dhe faktorët që lidhen me rapturën uterine në të njëjtin mjedis.

5.2 Indikacionet

Parashikuesit e TOLAC të suksesshëm përshkruhen gjerësisht në literaturën ekzistuese (shih tabelën më poshtë). Megjithëse nuk janë kryer studime të randomizuara, janë analizuar baza të të dhënave relativisht të mëdha (me teknika uni dhe multivariate) për të përcaktuar faktorët e rrezikut për pacientet që i nënshtrohen TOLAC. Përveç kësaj, janë krijuar disa sisteme pikëzimi për të parashikuar se cilat paciente mund të kenë VBAC të suksesshëm. Këto sisteme pikëzimi janë të larmishme dhe ndihmojnë pacienten të informohet dhe të diskutohet për TOLAC. Sidoqoftë, nuk ka studime prospektive që tregojnë se këto sisteme përmirësojnë rezultatet perinatale. Shembuj të këtyre llogaritësve mund të gjenden në faqen e internetit të ACOG (61).

Tabela 1. Parashikuesit e suksesit apo dështimit të VBAC

Shanset e Suksesit më të Larta	Shanset e Suksesit më të Ulta
Lindje e mëparshme vaginale	Obeziteti amtar
VBAC e mëparshme	Shtati amtar i ulët
Lindje spontane	Makrozomia
Cervix favorizues	Mosha e nënës >40 vjec
Indikacion jo i përsëritur (paraqitja podalike, placenta previa, herpes)	Stimulimi i Lindjes
Lindje Preterm	Indikacion i përsëritur (disproporcion cefalopelvik, dështimi fazës së dytë)
	Shtim i peshës gjatë shtatzënisë
	Mosha gestacionale ≥ 41 javë
	Diabet Mellit para konceptimit apo gjatë shtatzënisë

Duke qënë se nuk janë kryer studime madhore prospektive, të randomizuara, shumë nga faktorët e riskut janë përcaktuar nga studime kohort retrospektive dhe nga kontrolli i rasteve. Këto studime janë analizuar me teknika multivariate për të përcaktuar faktorët konfondues. Sidoqoftë, ekzaminimi i mjekut është i vështirë dhe mund të ndikojë shumë në forcimin e lidhjes midis faktorëve të rrezikut dhe arritjes së VBAC të suksesshme (62). Edhe kur kontrollohen të dhënat demografike, historia obstetrikale, pesha e lindjes, mosha e shtatzënisë, stimulimi i lindjes dhe variablat e tjerë, ekziston paragjykimi i natyrshëm në studimet e parandomizuara.

5.3 Karakteristikat e nënës

Disa studime analizojnë peshën dhe gjatësinë e nënës para shtatzënisë për të vlerësuar ndikimin në mënyrën e lindjes. Nuk është për t'u habitur, por femrat që janë më të

shkurtra dhe mbipeshë kanë më shumë të ngjarë t'i nënshtrohen lindjes cezariane. Për t'u theksuar, lindja cezariane është e lidhur jo vetëm me peshën e shtuar para shtatzënisë por edhe me shtimin gjatë shtatzënisë (63).

Një numër i madh studimesh po ndërmerren rreth çështjes TOLAC, ku thuajse të gjitha evidentojnë se femrat me obezitet morbid kanë risk më të lartë të dështojnë në lindjen natyrale. Shtimi i peshës gjatë shtatzënisë ka treguar rritje të riskut në lindjen pasardhëse, por fatkeqësisht, rënia në peshë gjatë shtatzënisë nuk ka treguar superioritet në suksesin e VBAC.

Mosha e nënës gjithashtu është vlerësuar në disa studime në literaturën e VBAC. Me faktorët konfonduese të përshtatur, femrat mbi 40 vjec që kanë pasur një lindje cezariane të mëparshme, kanë një rrezik gati 3 herë më të lartë për të dështuar në tentativën për lindje natyrale krahasuar me femrat nën 40 vjeç. Në një sistem vlerësimi, femrave nën 40 vjeç u është dhënë një pikë shtesë si parashikuese për VBAC të suksesshme (64).

Raca apo përkatësia etnike e nënës është vlerësuar si një parashikues për VBAC në terma të provës së lindjes dhe shpesh nuk është vërejtur të jetë një parashikues i fortë. Sidoqoftë, në Regjistrin Cezarian aktual të Njësisë së Mjekësisë Maternale-Fetale (MFMU), si nënat hispanike ashtu edhe ato afrikano-amerikane nuk patën lindje natyrale të suksesshme. Nëse korrelimi është për shkak të arsyeve aktuale biologjike apo nëse përkatësia etnike vepron si një përfaqësues i një apo disa faktorëve të tjerë, mbetet për t'u sqaruar.

5.4 Pesha e lindjes

Pesha e lindjes mbi 4000 g shoqërohet me një rrezik gati 4-fish më të lartë për lindje cezariane në femrat nullipare. Disa studime kanë treguar një ndryshim në normat e VBAC midis pacienteve me peshë të lindjes mbi 4000 g dhe atyre me një peshë më të ulët të lindjes. Në përputhje me këto gjetje, disa studime kanë treguar se sa më e madhe pesha në lindje, aq më i lartë rreziku i nënës për të mos kryer lindje natyrale (65).

5.5 Historia obstetrikale

Historia obstetrikale është jashtëzakonisht e rëndësishme sa i përket faktorëve të rrezikut për TOLAC të suksesshëm. Parashikuesit e suksesit përfshijnë indikacione jo të përsëritur për lindje cezariane të mëparshme (p.sh., prezantimi podalik, placenta previa) dhe lindje vaginale të mëparshme. Një histori e disproporcionit cefalopelvik (CPD), dështimi për të përparuar, asnjë lindje e mëparshme vaginale, ose një lindje paraprake cezariane e kryer në fazën e dytë të lindjes janë parashikues negativë të suksesit për lindje natyrale pasuese.

Disa studime kanë vlerësuar indikacionet për lindjen cezariane të mëparshme si një parashikues të rezultatit në TOLAC-un pasues. Në të gjitha studimet, CPD kishte nivelin më të ulët të suksesit të VBAC (60-65%), vuajtja fetale nivelin e dytë më të ulët të

suksesit (69-73%). Indikacionet jo të përsëritura, të tilla si lindja podalike, herpesi dhe placenta previa, u shoqëruan me nivelet më të larta të suksesit për VBAC (77-89%).

Dështimi për të përparuar, CPD, ose distocia si indikacione të lindjes cezariene të mëparshme, shoqërohen me një përqindje të lartë të pacienteve që nuk përpiqen më për lindje natyrale pas lindjes cezariene. Në një meta-analizë të literaturës ekzistuese para vitit 1990, Rosen et al demonstroi se femrat, të cilat iu nënshtruan lindjes cezariene të mëparshme për CPD, kishin dy herë më shumë gjasa të dështonin në provën e lindjes natyrale (66).

Pacientet me një lindje të mëparshme vaginale kanë më shumë shanse për VBAC të suksesshme se sa pacientet që nuk kanë lindje vaginale të mëparshme. Për më tepër, gratë që kanë pasur një VBAC të suksesshme kanë një shkallë më të lartë suksesi në një provë lindje pasuese krahasuar me femrat, lindja vaginale e të cilave ka ndodhur para lindjes cezariene (67).

Në një studim krahasues, pacientet me 1 lindje paraprake vaginale kishin një shkallë suksesi të VBAC 89% , krahasuar me 70% në pacientet pa një lindje paraprake vaginale. Në krahasime të tjera që kontrollojnë dhe faktorët konfondues, gjenden raportet 0,3-0,5 për normën e lindjes cezariene. Ndër pacientet me një VBAC të mëparshme, niveli i suksesit është 93%, krahasuar me 85% në pacientet me një lindje vaginale para lindjes cezariene por pa VBAC të mëparshme. Këto zbulime janë vërtetuar në mënyrë të përsëritur nga studime të shumta (68).

Vetëm një studim ka shqyrtuar me kujdes dilatacionin e qafës së mitrës në lindjet paraprake cezariene. Në këtë studim, shkalla e dilatacionit lidhet drejtpërdrejt me shanset e suksesit në një provë për lindje natyrale. Për shembull, 67% e pacientëve që ishin dilatuar 5 cm ose më pak në kohën e lindjes, kishin një VBAC të suksesshëm, krahasuar me 73% të pacientëve që ishin dilatuar 6-9 cm (69).

Shkalla e suksesit është shumë më e ulët në pacientet, të cilat nuk e përfunduan dot fazën e dytë të lindjes: vetëm 13% e pacienteve të cilat ishin plotësisht të dilatuara në kohën e lindjes, patën një VBAC të suksesshëm. Në një studim të ngjashëm, pacientet që lindjen e mëparshme cezariene e patën qysh në fazën e parë të lindjes, kishin një shkallë më të ulët të lindjes cezariene sesa ato që kryen cezariene në fazën e dytë të lindjes. Sidoqoftë, në këtë studim, 66% e pacienteve të cilat patën një lindje cezariene për distoci në fazën e dytë kishin një VBAC të suksesshëm (70).

5.6 Stimulimi i lindjes

Pacientet që i nënshtrohen stimulimit të lindjes kanë një risk më të lartë për lindje cezariene krahasuar me femrat që bëjnë lindje spontane. Këto të dhëna janë parë edhe në femrat që kryejnë një lindje të mëparshme cezariene. Studime të ndryshme kanë treguar se femrat që stimulohen për TOLAC kanë 2 deri në 3 fish risk më të lartë për lindje cezariene krahasuar me femrat që paraqiten për lindje spontane (71).

Një studim ka treguar se pacientet që mund të stimulohen me oksitocinë kanë dukshëm më pak gjasa të hyjnë në lindje cezariane sesa ato që stimulohen me Foley.

Udhërrëfyesit e ACOG të 2017 thonë se stimulimi i lindjes për indikacione amtare apo fetale mbetet një mundësi të femrat që i nënshtrohen TOLAC.

5.7 Moshë e shtatzënisë

Rritja e moshës së shtatzënisë shoqërohet me një ulje të VBAC të suksesshëm. Tre faktorë të mundshëm lidhen me korrelacionin midis rritjes së moshës së shtatzënisë dhe rritjes së lindjeve cezariane: rritja e peshës së lindjes, rritja e riskut të intolerancës fetale në lindje dhe rritja e nevojës për stimulim të lindjes. Megjithatë, në një studim të fundit ku vlerësoheshin pesha në lindje dhe stimulimi i lindjes, sërish moshë e shtatzënisë mbi 41 javë ishte ngushtësisht e lidhur me dështimin e VBAC (72).

-Ekzaminimi i qafës së mitrës në praninë

Nuk është për t'u habitur, por pacientet që paraqiten për të lindur me gjetje të avancuara gjatë ekzaminimit të qafës së mitrës kanë më shumë shanse suksesi për lindje vaginale. Gjatë ekzaminimit fizik të qafës së mitrës janë vlerësuar disa komponentë, duke përfshirë zgjerimin e qafës së mitrës dhe zbutjen e saj. Sa më të avancuara të jenë të dhënat nga ekzaminimi fizik i cervixit në ardhje, aq më e lartë është shkalla e VBAC të suksesshme. Një studim i vitit 1997 i Flamm et al tregoi se pacientet që paraqesin dilatacion 4 cm e sipër, kishin një normë 86% të VBAC (73).

5.8 Intervali ndërmjet shtatzënive

Koha midis shtatzënive kohët e fundit është bërë një parashikues interesant për disa rezultate obstetrikale, ndër të cilët edhe suksesi i VBAC . Në një analizë, femrat që kishin një interval ndërmjet shtatzënive më shumë se 18 muaj kishin një shans 86% të suksesit të VBAC, ndërsa te femrat me një interval më pak se 18 muaj, suksesi i VBAC arrinte 79%. Ky ndryshim nuk ishte statistikisht i rëndësishëm, dhe mbetet e paqartë nëse intervali midis shtatzënive në të vërtetë ndikon në nivelin e suksesit ose nëse ndikon vetëm në rrezikun e rrupturës uterine (74).

5.9 Lindja e Parakohshme (Preterm)

Lindja e parakohshme meriton vëmendjen si një mundësi për të këshilluar femrat për rreziqet dhe përfitimet e një lindje natyrale pas lindjes cezariane. Në një studim të madh nga Quinones et al, 12,463 femra tentuan një lindje natyrale dhe nivelet e suksesit të VBAC për grupet në term dhe parakohe ishin përkatësisht 74% dhe 82%. Për më tepër, u gjet një prirje drejt uljes së rrezikut të rrupturës uterine në lindjet e parakohshme. Këto të dhëna sigurisht që mund të përdoren për të këshilluar gratë me një cezariane të mëparshme që janë në lindje të parakohshme (75).

5.10 Diabeti Gestacional dhe Pregestacional

Vetëm një studim i pacienteve që i nënshtrohen lindjes natyrale pas cezarianes ka vlerësuar shkallën e suksesit në pacientët me diabet mellitus (DM). Ky studim tregoi se pacientët me DM gestacional ose pregestacional kishin një shkallë më të ulët për lindje natyrale të suksesshme. Këto gjetje nuk janë të habitshme; megjithatë, studime të mëtejshme janë të nevojshme për të zgjidhur ndryshimet midis DM gestacional dhe pregestacional dhe korrelacionin midis DM dhe peshës së lindjes (76).

6.0 Kundërrindikacionet

Një nga rreziqet më të rëndësishme me të cilat përballen femrat kur marrin në konsideratë lindjen natyrale është ajo rrupturës uterine. Kjo ngjarje potencialisht fatale mund të ketë pasoja të konsiderueshme amtare dhe neonatale. Është vendosur një prag i rrezikut të pranueshëm midis rrezikut të raportuar tek gratë me 1 lindje cezariane të mëparshme (0,5-1%) dhe atij që shihet te femrat me histori të një lindjeje paraprake cezariane klasike (6-12%). Këto të fundit, së bashku me femra që kanë kryer metroplastikë për anomali uterine ose miomektomi që kanë hyrë në kavitetin uterin, nuk rekomandohet të tentojnë VBAC. Pacientet e tjera që paraqesin risk më të lartë për rrupturë uterine përfshijnë ato që kanë pasur 2 ose më shumë histerotomi, ato që trajtohen me prostaglandina dhe ato që i nënshtrohen lindjes së stimuluar (shih tabelën më poshtë) (77).

Tabela 2. Parashikuesit e Rrupturës Uterine

Shkallë e lartë për Rrupturë Uterine	Shkallë e ulët për Rrupturë Uterine
Histerotomi klasike	Lindje spontane
Dy ose më shumë lindje cezariane	Lindje vaginale e mëparshme
Mbyllje me një shtresë	Intervali midis shtatzënive më i gjatë
Stimulimi i lindjes	Lindje e parakohshme
Përdorimi i prostaglandinave	
Intervali midis shtatzënive më i shkurtër	
Infeksion në lindjen e mëparshme cezariane	

6.1 Natyra e histerotomisë

Padyshim, specialistët nuk ndihen të sigurt kur lejojnë që një paciente që ka pasur një histerotomi klasike paraprake (dmth., një incizion vertikal që është zgjatur mbi inserimin e ligamenteve të rumbullakëta) t'i nënshtrohet TOLAC. Pacientet me një histerotomi klasike të mëparshme mund të kenë shanse më të larta të rupturës uterine në shtatzënitë pasuese. Duke qënë se këto paciente mund të pësojnë rupturë uterine para lindjes, shpesh i nënshtrohen lindjes në javën e 36-37 të shtatzënisë. Megjithëse të dhënat e disponueshme janë të kufizuara, rreziku i rupturës uterine në këtë grup pacientesh vlerësohet në 6-12% (78)

Studimet kohort retrospektive kanë treguar se rreziku i rupturës uterine nuk është më i madh në pacientet që kanë pasur një incizion vertikal në segmentin e poshtëm uterin sesa ato që kanë pasur një incizion transvers. Shkalla e rupturës uterine nga këto studime është 0.8-1.3%. Kur krahasohen pacientet me histerotomi të mëparshme Krönig me paciente me incizion tërthor të ulët, nuk ekziston asnjë ndryshim statistikor në analizat univariate ose multivariate që kontrollojnë për faktorët konfondues të historisë obstetrikale, stimulimin e lindjes, peshën e lindjes dhe kohëzgjatjen e lindjes.

Shumica e foshnjave të lindura në rrugë abdominale kanë lindur përmes një incizioni tërthor në segmentin e poshtëm uterin (histerotomia Kerr). Në disa studime të mëdha kohort retrospektive, shkalla e raportuar e rupturës uterine është 0.3-1% (shih tabelën më poshtë). (10, 11, 12, 13, 14, 15) Normat prej 0,5-1% (1 në 200 deri 1 në 100) përdoren zakonisht për të këshilluar pacientet pa asnjë faktor tjetër rreziku shtesë.

Kur nuk disponohet raporti operator i lindjes cezariane të mëparshme të pacientes, mund të hyjë në ndihmë historia obstetrikale për të përcaktuar llojin e incizionit uterin. Për shembull, një paciente që iu nënshtroa një lindje cezariane për një paraqitje podalike në javën 28 të shtatzënisë ka një rrezik shumë më të lartë për një incizion vertikal uterin sesa pacientja në term që nuk dilatohet. Duke qënë se shumica e lindjeve cezariane bëhen përmes histerotomisë me incizion tërthor, risku i rupturës uterine në pacientet me incizion të mëparshëm të panjohur është thujse i njëjtë me pacientet me incizion të mëparshëm tërthor (79).

Disa studime që shqyrtojnë këtë çështje kanë treguar se shkalla e rupturës uterine për pacientet me incizion uterin të panjohur është afërsisht 0.6%. Një studim rast- kontroll në pacientet me dhe pa rupturë uterine nuk evidentoi si faktor risku histerotominë e panjohur krahasuar me histerotominë tërthore të poshtme (80).

Sipas udhëzimeve të ACOG të 2017, TOLAC nuk është i kundërrindikuar për femrat me lindje cezariane të mëparshme me incizion të panjohur uterin, përveç nëse dyshimi klinik për një incizion klasik të mëparshëm është i lartë.

6.2 Numri i lindjeve cezariane paraprake

Pacientet me më shumë se një lindje cezariane janë në rrezik të lartë për rupturë uterine. Shkalla e rupturës uterine në pacientet me 2 lindje paraprake cezariane varion nga 1.8% në 3.7%. Një analizë tregoi se kur vlerësohen variablat e mundshëm konfundues (p.sh., lindja paraprake vaginale), pacientet që kanë pasur 2 lindje paraprake cezariane kanë risk 5 herë më të lartë për rupturë uterine krahasuar me ato që kanë pasur vetëm 1 lindje paraprake cezariane. Ky zbulim binte në kundërshtim disa studime të mëparshme që nuk kontrollonin faktorët ngatërrues, ku më e rëndësishmja ishte lindja paraprake vaginale. Kohët e fundit, një studim që shqyrtoi komplikacionet madhore në përgjithësi zbuloi se ndërsa kishte një rritje statistikisht të konsiderueshme, raporti ishte vetëm 1.6 (81).

6.3 Lloji i mbylljes uterine

Ndërsa hysterotomia uterine tradicionalisht mbyllet në disa shtresa, në vitet 1990 mjekët në shumë institucione filluan mbylljen e hysterotomisë Kerr në një shtresë të vetme. Duke qënë se segmenti i poshtëm uterin është mjaft i hollë, një shtresë e vetme shpesh ofron hemostazë adekuate. Disa studime të fundit kanë krahasuar femrat, të cilat kanë kryer hysterotomi me mbyllje në një shtresë të vetme dhe në dy shtresa. Për femrat që kanë mbyllje me një shtresë, raporti i shanseve për rupturë uterine është vlerësuar nga 3 në 4 (82).

-Lindja e mëparshme vaginale

Lindja e mëparshme vaginale duket se është faktor mbrojtës për rupturën uterine pasuese. Një studim i vitit 2000 nga Zelop et al tregoi se pacientet me një lindje të mëparshme vaginale kishin një normë prej 0.2% të rupturës krahasuar me 1.1% në pacientet që nuk kishin lindje të mëparshme vaginale. Një raport i rregulluar i shanseve për faktorët konfundues rezultoi 6.2. Asnjë studim nuk e ka krahasuar shkallën e rupturës uterine në pacientet me një VBAC të mëparshëm me ato me një lindje vaginale para lindjes cezariane. Këto zbulime janë vërtetuar në studimet pasuese, megjithëse përmasat e efektit nuk kanë qenë aq të mëdha (83).

-Infeksione të mëparshme

Një studim i fundit tregoi se femrat që kishin një infeksion gjatë lindjes cezariane, kanë më shumë gjasa për rupturë uterine në lindjen pasuese. Mekanizmi shkaktar është shërimi i dobët i hysterotomisë për shkak të infeksionit.

6.4 Lindja

Ndërkohë që vetë procesi i lindjes duket faktor rreziku për rupturën uterine, shumë paciente përjetojnë rupturë para fillimit të procesit të lindjes. Në një studim madhor ku u përdorën të dhënat e certifikatës së lindjes, u zbulua se shkalla e rupturës uterine para fillimit të lindjes ishte 0,5%. Pacientet që paraqesin rrezik më të shtuar janë ato me histerotomi klasike paraprake. Për shkak të këtij rreziku të mundshëm, këto paciente zakonisht planifikohen të lindin në javën e 36-37 të shtatzënisë. Gjatë këshillimit të këtij grupi pacientesh, është e rëndësishme të theksohet se rreziku i rupturës uterine nuk eliminohet plotësisht edhe me planifikimin më të hershëm të lindjes cezariane (84).

6.5 Stimulimi i Lindjes

Stimulimi i lindjes është vlerësuar gjatë pesë dekadave të fundit si faktor risku për rupturën uterine. Një studim madhor, që nuk merrte në konsideratë faktorët konfondues, tregoi se shkalla e rupturës uterine ishte 2.3 % në pacientet që kishin pasur lindje të stimuluar. Në disa studime që konsiderojnë edhe faktorët konfondues, raporti i shanseve ishte 2 deri në 4 për pacientet që ishin stimuluar krahasuar me ata që paraqiteshin në lindje spontane. Pavarësisht nga këto analiza, të dallosh nëse stimulimi i lindjes vetëçon në rupturë uterine apo nëse një faktor tjetër rreziku (akoma i pa matur) shoqërohet si me lindjen e stimuluar ashtu edhe me rupturën uterine, është e vështirë. Kur pacientet kanë një indikacion për lindje të stimuluar, mënyra më e mirë e menaxhimit është diskutimi rreth rrezikut bazë për rupturën uterine (85).

6.6 Përdorimi i Oksitocinës

Në të vetmin studim prospektiv të randomizuar të femrave me lindje cezariane të mëparshme, shtimi i oksitocinës në fillim të lindjes u krahasua me grupin që u menaxhua në pritje: në grupin e parë të oksitocinës ndodhën 5 raptura uterine (5%), dhe asnjë në grupin e pritjes. Përdorimi i tepërt i oksitocinës është përshkruar si një faktor që rrit riskun për rupturë uterine.

Një studim i vitit 1993 nga Leung et al tregoi një raport të shanseve deri në 2.7 për rupturë uterine në pacientet që përdorën oksitocinë krahasuar me ato pa oksitocinë (86). Sidoqoftë, ky studim përfshinte induktimin dhe shtimin në të dy fazat, latente dhe aktive. Këta faktorë konfondues mund të kenë kontribuar, sepse edhe vetë stimulimi i lindjes paraqet një rrezik të shtuar.

Në 2 studime të mëvonshme, shtimi i oksitocinës u shoqërua me rupturë uterine. ^(18, 10) Në studimin e parë, ndonëse raporti i shanseve ishte 2.3, ai nuk ishte statistikisht i

rëndësishëm, ndoshta për shkak të forcës statistikore joadekuate. Në studimin e fundit, ekzistonte një raport i ngjashëm prej 2.4.

Duke qënë se njësitë e lindjes përdorin gjerësisht oksitocinën, kjo marrëdhënie midis oksitocinës dhe rupturës uterine meriton një konsideratë të vecantë; marrëdhënia ndikon drejtpërdrejt në menaxhimin e pacientëve. Në këtë pikë, përdorimi i oksitocinës për stimulim dhe rritje është ndoshta i këshillueshëm vetëm kur është absolutisht e nevojshme (87).

6.7 Përdorimi i prostaglandinave

Provat në lidhje me përdorimin e prostaglandinave për stimulimin e lindjes mbeten të pakta. Sidoqoftë, në disa studime që janë kryer, tendenca është drejt një rritjeje të shkallës së rupturës uterine. Në 1999, përdorimi i prostaglandinës E2 tregoi një raport të rregulluar të shanseve prej 3.2. Ky studim vlerësoi stimulimin e lindjes, i cili rezultoi të jetë një faktor rreziku i pavarur.

Në vitin 2001, Lydon-Rochelle et al tregoi një rritje 3-fish të rrezikut për rupturë uterine kur u krahasuan pacientët e induktuar me prostaglandina me ata të induktuar me oksitocin. (19) Në studimin e vitit 2004 nga Landon et al, ky efekt i induksionit me prostaglandina kundrejt mjeteve të tjera ishte më i vogël - më pak se 2-fish (raporti 3.95 me prostaglandina, 2.48 pa prostaglandina) (88).

Ashtu si në studimet që vlerësonin rrezikun e rupturës uterine në pacientet që i nënshtrohen stimulimit të lindjes, pacientet që u trajtuan me prostaglandina me shumë mundësi kishin variabla të tjerë konfundues që nuk ishin kontrolluar.

Në veçanti, misoprostoli është analizuar në studime të vogla. Në 1998, Wing et al raportoi një seri rastesh prej 17 pacientesh të cilat ishin induktuar me misoprostol, në të cilat ndodhën 2 raptura uterine. Këto zbulime kanë çuar në uljen e përdorimit të prostaglandinave për stimulim të lindjes, veçanërisht misoprostoli (89).

6.8 Përdorimi i Foley transcervikal

Ekziston vetëm një studim i vogël për pacientet me një cezariane të mëparshme të stimuluar me Foley transcervikale. Në atë studim, shkalla e rupturës uterine ishte 1.1% në lindjen spontane, 1.2% me induksion me amniotomi dhe 1.6% me përdorimin e Foley. Kjo normë është më e ulët se disa nga normat e raportuara në përdorimin e prostaglandinave, por është e paqartë nëse rritja e parë tek pacientet që kërkojnë ndërhyrje në cervixin uterin është për shkak të nevojës për maturim apo nga vetë agjentët.

6.9 Intervali i ndërmjet shtatzënive

Disa studime kanë treguar se sa më e shkurtër të jetë koha ndërmjet lindjes cezariane dhe lindjes pasuese, aq më e lartë është shkalla e rupturës uterine. Zakonisht, janë analizuar

kufijtë e 18 dhe 24 muajve. Raportet e shanseve variojnë nga 2.5 në 3 për një normë në rritje të rupturës uterine tek femrat me më pak kohë midis lindjeve. Besueshmëria biologjike e këtij efekti lidhet me sasinë e kohës së nevojshme që cikatricja uterine të shërohet plotësisht (90).

6.10 Shtatzënia Gemelare

Një studim nga Cahill et al zbuloi se ndërsa femrat me barra gemelare kanë më pak gjasa të kryejnë një lindje natyrale pas një cezariane të mëparshme, ato nuk kanë ndonjë rrezik më të shtuar për rupturë uterine (91).

Studime të tjera më të vogla analizuan shkallën e rupturës uterine në pacientet me shtatzëni gemelare që i nënshtrohen një lindje natyrale pas lindjes cezariane, dhe asnjë prej tyre nuk pati rupturë uterine - megjithëse kur u kombinuan të dhënat e tyre, u identifikuan 5 dehiscenca asimptomatike në 151 paciente (92).

Shkalla e dehiscencës uterine asimptomatike në pacientet që i nënshtrohen lindjes natyrale pas lindjes cezariane është e vështirë të vlerësohet sepse zakonisht nuk investigohet. Kështu, edhe pse fuqia e përgjithshme statistikore e studimeve që shqyrtojnë këtë çështje në shtatzënitë gemelare nuk është mbizotëruese, sigurisht që nuk ka asnjë provë që sugjeron një rrezik më të lartë të rupturës uterine në këto femra.

Udhëzimet e ACOG të 2017 thonë se TOLAC mund të konsiderohet te femrat me një lindje cezariane të mëparshme me incizion të poshtëm tërthor, të cilat përndryshe mund të jenë kandidatë të përshtatshme për lindje binjake vaginale (93).

6.12 Anomalitë Mulleriane

Në vitin 1999, një studim i vogël nga Ravasia et al vlerësoi pacientet me anomali mulleriane që i nënshtroheshin një lindje natyrale pas lindjes cezariane dhe raportoi 2 raptura uterine midis 25 pacientëve (8%) (94). Sidoqoftë, të dyja pacientet me rupturë uterine kishin pësuar stimulim me prostaglandina; prandaj është e vështirë të arrihet në një konkluzion të prerë rreth rrezikut relativ të rupturës uterine në këtë grup pacientësh. Madhësia e mostrës në këtë studim ishte sigurisht shumë e vogël për të marrë në konsideratë lloje të veçanta të anomalive uterine.

7.0 Përgatitja për lindje

Pacientet me lindje cezariane të mëparshme kërkojnë menaxhim të veçantë, si para lindjes ashtu edhe gjatë lindjes e më pas. Në fillim të kujdesit të tyre prenatal, listoni faktorët preekzistues të rrezikut si për suksesin e lindjes vaginale pas lindjes cezariane (VBAC) dhe për rupturën uterine. Nëse nuk jeni i sigurt për të dhënat e mëparshme të histerotomisë, merrni shënimet operatore nga lindja cezariane e pacientes.

Kur të jetë marrë një histori e plotë obstetrikale, këshilloni pacientet në lidhje me rreziqet dhe përfitimet e një lindje natyrale pas lindjes cezariane (TOLAC) dhe planifikoni mënyrën e veçantë të lindjes me pacientet. Disa mjekë dhe spitale kanë formularë të veçantë konsenti për TOLAC që duhet të nënshkruhen në këtë pikë (95).

7.1 Teknika - Përmbledhje

Sapo pacientja paraqitet në njësinë e lindjes dhe ka filluar aktiviteti i lindjes, këshillohet që të vlerësohen edhe një herë rreziqet dhe përfitimet e një prove të lindjes natyrale pas lindjes cezariane (TOLAC). Për shkak të ndryshimeve të mundshme të statusit të pacientes, këto rreziqe mund të kenë ndryshuar nga vlerësimi prenatal.

Për shembull, nëse pacientja paraqitet në aktivitet të lindjes, duket se janë ulur edhe shanset për dështim të lindjes vaginale pas lindjes cezariane (VBAC), edhe rreziku për rupturë uterine. Në të kundërt, nëse ajo paraqitet për stimulim të lindjes, rriten shanset e saj për VBAC të dështuar dhe për rupturën uterine.

Lidhur me menaxhimin e lindjes, disa praktika mund të ndihmojnë në minimizimin e rrezikut amtar dhe neonatal. Në përputhje me udhëzimet e Kolegjit Amerikan të Obstetërve dhe Gjinekologëve (ACOG), duhet të keni në dispozicion keni menjëherë një obstetër, anestezist dhe ekip operator për të kryer një lindje emergjente (96).

Klinikisht, vëzhgoni me kujdes pacienten për shenja të rupturës uterine. Shenjat paralajmëruese të rupturës uterine përfshijnë si më poshtë:

- Dhimbje abdominale akute, e vazhdueshme përtej kontraksioneve uterine
- Një ndjesi kërcitje
- Palpimi i pjesëve fetale jashtë uterusit në manovrat Leopold
- Përsëritje apo ngadalësimi i rrahjeve të zemrës fetale e zgjatur
- Pjesa paraqitëse e lartë gjatë ekzaminimit vaginal
- Hemorragji vaginale

Te trajtohen secila prej këtyre gjetjeve si një rrupture e mundshme të mitrës derisa të identifikohet një burim tjetër. Rruptura kërkon lindje të menjëhershme.

7.1.1 Pjesa Pas Procedurës

7.1.2 Rezultatet e pritshme

Kur këshillohet një paciente në lidhje me kompromisin që duhet të bëjë ndërmjet lindjes natyrale pas lindjes cezariane (TOLAC) dhe një lindje cezariane të përsëritur jo fakultative, duhet të peshohen disa faktorë. Shkalla e suksesit është e rëndësishme: është

parë se rezultatet e nënave janë më të mira me një TOLAC të suksesshëm sesa me lindje të përsëritur cezariene por janë më keq me një lindje cezariene pas një TOLAC të dështuar (97).

Një studim i vitit 2004 nga Landon et al zbuloi se shkalla e përgjithshme e sëmundshmërisë ishte më e lartë në femrat që iu nënshtruan TOLAC. Megjithatë, midis 15,801 femrave që zgjodhën të kryenin një lindje cezariene të përsëritur, u raportuan 2 vdekje amtare. Midis 17,898 femrave që iu nënshtruan një lindje natyrale, nuk u raportua asnjë vdekje amtare për shkak të TOLAC apo rupturës uterine. Kjo diferencë ishte shumë e vogël për të qenë statistikisht e rëndësishme; megjithatë, duhet të merret në konsideratë rreziku i lindjes cezariene të përsëritur për sëmundshmërinë dhe vdekshmërinë amtare (98).

Faktori tjetër i rëndësishëm për t'u marrë parasysh në kushtet e TOLAC ose rupturës uterine janë rezultatet neonatale. Një studim madhor nga Skocia, i bazuar në popullatë, përcaktoi se midis 15,515 pacienteve që iu nënshtruan TOLAC, 7 vdekje perinatale ndodhën për shkak të rupturës uterine, për një normë prej 4,5 për 10,000 femra. Për krahasim, nuk ka pasur vdekje perinatale për shkak të rupturës uterine te femrat që iu nënshtruan lindjes së përsëritur cezariene, dhe shkalla e vdekshmërisë ishte 0,5 për 10,000 në femrat që nuk kishin kryer lindje cezariene paraprake.

Një studim i mëvonshëm tregoi se midis 15,338 pacienteve në term që iu nënshtruan TOLAC, kishte 2 vdekje neonatale dhe 7 raste të encefalopatisë hipoksike-ishemike, për normat përkatësisht 1,4 për 10,000 dhe 4,6 për 10,000 (99). Në këtë studim, ndodhën 114 raste të rupturës uterine, duke dhënë një shkallë vdekjeje neonatale prej 1.8% dhe encefalopati hipoksike-ishemike prej 6.2% në pacientet me rupturë uterine.

Së fundmi, një faktor individual i rëndësishëm që mund të përcaktojë për shumë femra që marrin vendimin nëse do t'i nënshtrohen TOLAC është nëse ato dëshirojnë të kenë shtatzëni të tjera në të ardhmen. Pas një lindje vaginale të suksesshme, rriten shanset për lindje pasardhëse të suksesshme por dhe rreziqet e rupturës uterine janë më të larta.

Për më tepër, pas çdo lindje cezariene pasuese, rreziqet e sëmundshmërisë së nënës dhe, potencialisht, të vdekshmërisë së nënës rriten. Kështu, një femër që dëshiron më shumë fëmijë, zgjedhja e TOLAC në shtatzëninë aktuale mund të ketë përfitime më afatgjata se sa për një femër që po planifikon një ligaturë tubare pas lindjes (100).

8.0 Trajtimi/ Menaxhimi

Pacientet që planifikojnë një lindje natyrale pas asaj cezariene kërkojnë kujdes të vecantë para lindjes me këshillim shtesë në lidhje me opsionin e TOLAC kundrejt PRCD. Për më tepër, nëse planifikohet një lindje cezariene, mund të jetë e dobishme kryerja e hershme e ekografisë për të konfirmuar moshën e shtatzënisë (101).

Në lidhje me menaxhimin e lindjes, preferohet hyrja spontane në lindje pasi lindja spontane mbart shanse më të larta për lindje të suksesshme vaginale dhe rrezik më të ulët të rakturës uterine (102). Stimulimi i lindjes mbetet një opsion kur indikohet megjithatë përdorimi i prostaglandinave për përgatitjen e qafës së mitrës pasi disa studime kanë treguar rritje të rreziqeve të rakturës uterine kur përdoren prostaglandinat për stimulim (të tilla si misoprostol ose dinoprostone). Në disa qendra përdoren doza të ulta të oksitocinës dhe / ose dilatatim mekanik me balon intracervikal për të lehtësuar stimulimin tek pacientet që i nënshtrohen TOLAC me një cervix të papërgatitur. Studimet për përdorimin e dilatorëve mekanikë kur përdoren në kushtet e VBAC janë të kufizuara dhe tregojnë rezultate të përziera.

Ndërsa nuk kërkohet, analgjezia epidurale mund të jetë e dobishme për të përmirësuar komoditetin e pacientes, dhe sjell përfitime si një opsion i shpejtë për anestezi nëse kërkohet lindja me operacion (103).

Pacientes duhet t'i monitorohen vazhdimisht rrahjet e zemrës fetale gjatë lindjes dhe duhet të ndiqet me kujdes progresi i lindjes. Rekomandohet monitorimi dinamik i rrahjeve të zemrës fetale. Nëse lindin shqetësime rreth dehishencës apo rakturës uterine, duhet të kryhet menjëherë lindje cezariane. Shenja më e zakonshme e rakturës uterine është një anomaly gjatë detektimit të rrahjeve të zemrës fetale, që gjendet në rreth 70% të rasteve me rakturë uterine (104).

Gjetje të tjera që mund të hasen nëse ndodh ruktura uterine përfshijnë rritjen ose zvogëlimin e kontraksioneve uterine, dhimbje të forta abdominale / dhimbje jo proporcionale të lindjes, humbje e papritur e pozicionimit të fetusit ose gjetje e gjakut në urinë ose kateterin urinar. Edhe me një monitorim të afërt dhe të përpiktë ruktura uterine mund të ndodhë papritmas dhe pa paralajmërim dhe rezulton në kompromentim të fetusit, dëmtime të fetusit ose vdekje (105).

Lindja vaginale, dalja e placentës dhe suporti pas lindjes janë mjaft të rëndësishme në lindjet VBAC. Rrallë, eksplorimi manual i uterusit pas daljes së placentës mund të ngrejë dyshime apo të zbulojë dehishencë të uterusit të pazbuluar më parë. Korrigjimi i një defekti të tillë nuk është i domosdoshëm, përveç rasteve kur ka hemorragji aktive. Githashtu, pacientet mund të pësojnë rakturë uterine okulte që mund t'i çojë në hemorragji pas lindjes. Pacienteve post VBAC që iu ndodh hypotension pas lindjes apo kanë shenja të tjera të hipovolemisë, duhet të vlerësohen menjëherë duke u konsideruar si raste me rukturë uterine (106).

9.0 Diagnoza Diferenciale

- Amnioniti
- Paraqitje fetale me fytyrë dhe ballë
- Kontraksione uterine false
- Keqprezantimi

- Obstruksion
- Shtatzëni, Lindje
- Anomali uterine

10.0 Komplikacionet

Komplikacioni më i rëndësishëm që mund t'i ndodhë një paciente gjatë TOLAC është raptura uterine, që përfshin incizionin e kryer në uterus në kohën e lindjes cezariane të mëparshme. Raptura uterine është një emergjencë mjekësore dhe pacientja duhet t'i nënshtrohet menjëherë laparotomisë për nxjerrjen e fetusit dhe për të vlerësuar për komplikacione të tjera të mundshme. Kur ndodh raptura uterine, fetusit i ndërpritet furnizimi me gjak dhe oksigjen, dhe kjo mund të çojë në komplikacione si acidoza fetale – që kërkon reanimim neonatal (NICU), dhe deri në humbje të fetusit. Ndërsa risku absolut i mortalitetit neonatal është i ulët në TOLAC, sërish ky risk mbetet i lartë kur krahasohet me fetusin e lindur nga nëna që i janë nënshtruar lindjeve të përsëritura cezariane të planifikuara (0.13 vs 0.05%) (107).

Në rastet e rapturës uterine risku për nënën mbetet i rëndësishëm. Pacientet mund pësojnë hemorragji masive. Nëse ndodh hemorragji e rëndësishme, nevojitet hemotransfuzion ose në ndonjë rast edhe histerektomia, kur nuk arrihet të kontrollohet hemorragjia- kjo mund t'i shpëtojë jetën pacientes (108).

Gjithashtu mund të ndodhë edhe dehishenca uterine. Dehishenca ndryshon nga raptura uterine pasi që shtresa e jashtme seroze mund të mbetet e paprekur ndërsa shtresat muskulore janë hapur duke lejuar vizualizimin e sakusit amniotik dhe fetusit. Përndryshe, të gjitha shtresat e uterusit mund të jenë ndarë, megjithatë fetusit mbetet i sigurt brenda uterusit përmes kësaj hapjeje të vogël. Një zbulim i tillë shpesh referohet si "dritare uterine". Pacientet me dehiscence të uterusit janë më shpesh asimptomatike dhe pasojat më serioze që mund të ndodhin në rapturën uterine nuk hasen. Kur rishikohen artikujt studimorë në lidhje me rapturën uterine dhe dehiscencën, dallimi midis këtyre dy nozologjive nuk është gjithmonë i qartë, duke i bërë të vështira për interpretim përfundimet e studimit. Disa paciente që tentojnë TOLAC mund t'u nevojitet një lindje cezariane. Kur kjo ndodh pas lindjes, rreziqet e infeksionit pas lindjes, atonisë uterine dhe hapjes së plagës janë më të larta në krahasim me pacientet që kanë planifikuar incizion cezarian të përsëritur (109).

II METODOLOGJIA

2.1 Qëllimi

Vlerësimi dhe ndjekja e lindjes natyrale ne gratë shtatzëna post sectio cesarea

2.2 Objektivat

- Vlerësimi i faktorëve maternalë dhe obstetrikalë sipas mënyrës së lindjes

- Arësyet për sectio cesarea

- Lloji dhe frekuenca e komplikacioneve të lindjes natyrale

- Faktorët maternale dhe obstetrikale te lidhur me lindjen natyrale jo të suksesshme

2.3 Materiali dhe metoda

➤ Tipi i studimit

Ky është një studim prospektiv i kryer në Spitalin Universitar Obstetrik-Gjinekologjik "Koço Gliozheni", Tiranë, në periudhën 2010-2014.

➤ Popullata e studimit

Në studim morën pjesë 103 gra shtatzëna të vendosura për lindje natyrale të cilat kishin pasur më parë lindje cesariane

➤ Kriteret e përfshirjes në studim

VBAC është lindje vaginale për gratë që kanë kryer më parë CS. VBAC i suksesshëm është lindje spontane, kur kushtet janë të favorshme për lindje vaginale.

VBAC e pasuksesshme është dështimi për të arritur lindjen vaginale dhe kryhet SC.

Stimulimi i lindjes është arritja e 4-5 kontraktimeve të mitrës çdo 4-5 min dhe çdo tkurrje që zgjat 30-35 sekonda.

VBCA kryhet në mënyrë rutine për gratë që plotësonin kriteret për VBAC, sipas protokollit të spitalit.

U ekzaminuan gratë e kualifikuara për VBAC të paraqitura në spital me dimbje të lindjes spontane pa hemorragji para lindjes ose distres fetal, të gatshme për provën e lindjes.

VBCA kryhet në mënyrë rutine për gratë që plotësonin kriteret sipas protokollit të spitalit.

- ✚ pa hemorragji para lindjes ose detres fetal, të gatshme për lindjes.
- ✚ shtatzëni e vetme intrauterine, paraqitje cefalike, peshë e vlerësuar e fetusit ≤ 3.5 kg,
- ✚ dhe pelvis i nënës klinikisht i përshtatshëm

- Kriteret e përjashtimit nga studimi

Kriteret e përjashtimit nga studimi

Gratë me seksio të segmentit të sipërm uterin (CS -ja e mëparshme klasike, miomektomia e mëparshme), hemorragji para lindjes (placenta previa, distako), hipertension i rëndë ose diabet mellitus i pakontrolluar, peshe fetale klinikisht > 3.5 kg, kufizim i rritjes intrauterine, shtatzënitë post term (> 42 javë të shtatzënisë) u përjashtuan nga ky studim.

Në studim u vlerësuan parametrat maternale, faktorët obstetrikale dhe rezultati neonatal

- Faktorët maternale:

Mosha e nënës M (SD)

BMI

Graviditeti

Mosha e shtatzënisë në lindje (javë)

Intervali nga SC e mëparshme, vite

- Faktorët obstetrikalë

Koka e fetusit $\geq 2/5$ e palpueshme nga abdomen

Dilatacion cervikal < 4 cm

PROM

Faza aktive e lindjes > 7 h

Stimulimi i lindjes

- Rezultati neonatal

Pesha në lindje (g)

Apgar score në 1 min

Apgar score në 5 min

2.4 Metodologjia e analizës statistikore

Për analizën e të dhënave është përdorur programi statistikor SPSS 16.0.

Variablat e vazhdueshëm janë përmbledhur si mesatare \pm deviacionin standard (SD).

Për variablat kategorike është llogaritur përqindja e pacientëve në çdo kategori.

Është përdorur testi χ^2 dhe Fisher's exact test për krahasimin e përqindjes ndërmjet variablave kategorikë.

Është përdorur testi i studentit t për krahasimin e mesatereve të parametrave të variablave të vazhduar.

Është përdorur analiza e regresionit logjistik multivariat i cili kontrollon për konfonduesit e mundshëm, për vlerësimin e faktorëve prediktore të lindjes natyrale.

Vlera e $p \leq 0.05$ u konsiderua statistikisht e rëndësishme.

Të gjitha testet statistikore janë të dyanshme.

III REZULTATE**Tabela 3. 1 Karakteristikat sociodemografike dhe klinike të grave shtatzëna N=103**

Variablat	N	%	P
Mosha M (SD)	33.6 (8.7)	20 – 47 vj	
Grupmosha			
20-24	26	25.2	<0.01
25-29	67	65.0	
30-34	7	6.8	
35-39	3	2.9	
Pariteti			
<3	86	83.5	<0.01
≥3	17	16.5	
BMI			
Nëneshë	9	8.7	<0.01
Peshë normale	61	59.2	
Mbipeshë	26	25.0	
Obeze I	7	6.8	
Mënyra e lindjes			
Lindje vaginale	64	62.1	<0.01
Lindje vaginale-instrumentale	4	3.9	
Sectio Cesarea	35	34.0	
Intervali nga SC e mëparshme, vite			
<3	13	12.6	<0.01
≥3	90	87.4	

Në studim morën pjesë 103 gra shtatzëna me moshë mesatare 26.4 (3.7) vjeç që varion nga 20 vjeç deri në 38 vjeç.

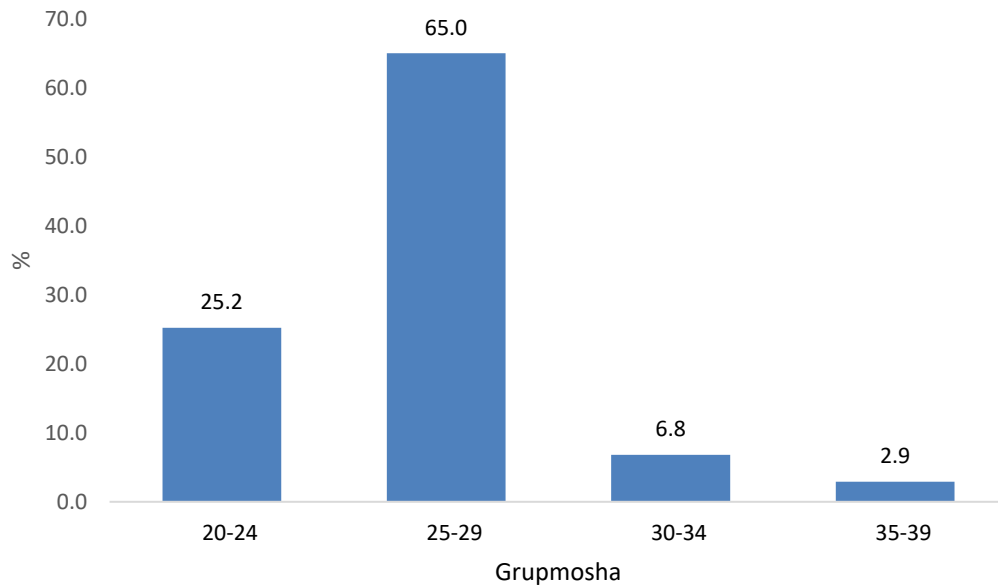


Figura 3. 1 Shpërndarja e rasteve sipas grupmoshës

Në grupmoshën 20-24 vjeç janë 26 (25.2%) raste, në grupmoshën 25-29 vjeç janë 67 (65%), në grupmoshën 30-34 vjeç janë 7 (6.8%) raste, në grupmoshën 35-39 vjeç janë 3 (2.9%) raste. Mbizotërojnë rastet në grupmoshën 25-29 vjeç me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p < 0.01$).

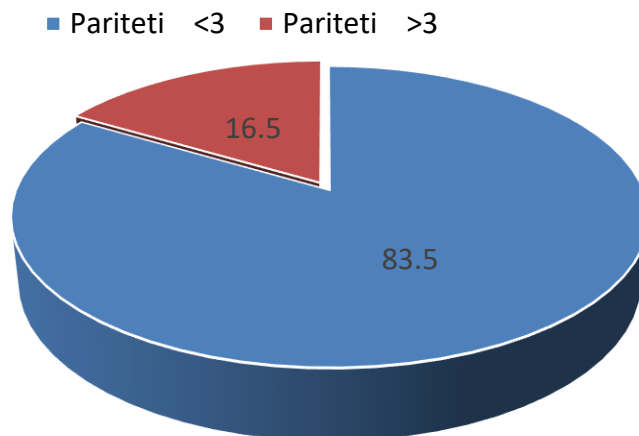


Figura 3. 2 Shpërndarja e rasteve sipas paritetit

Në lidhje me paritetin shumica e grave 86 (83.5%) kanë <3 fëmijë ndërsa 17 (16.5%) e tyre kanë ≥ 3 fëmijë ($p < 0.01$)

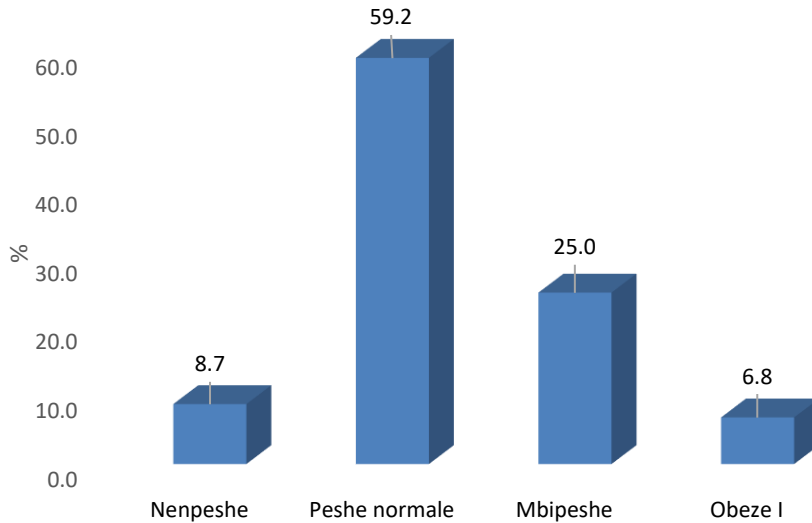


Figura 3. 3 Shpërndarja e rasteve sipas kategorive të BMI

Në studim mbizotëron pesha normale ndjekur nga mbipesha me ndryshim sinjifikant me kategorite e tjera të BMI ($p < 0.01$). Sipas kategorive të BMI: Nëneshë janë 9 (8.7%) e grave, Peshë normale kanë 61 (59.2%) e tyre, Mbipeshe janë 26 (25%) ndërsa 7 (6.8%) e tyre, të cilat janë klasifikuar Obeze I.

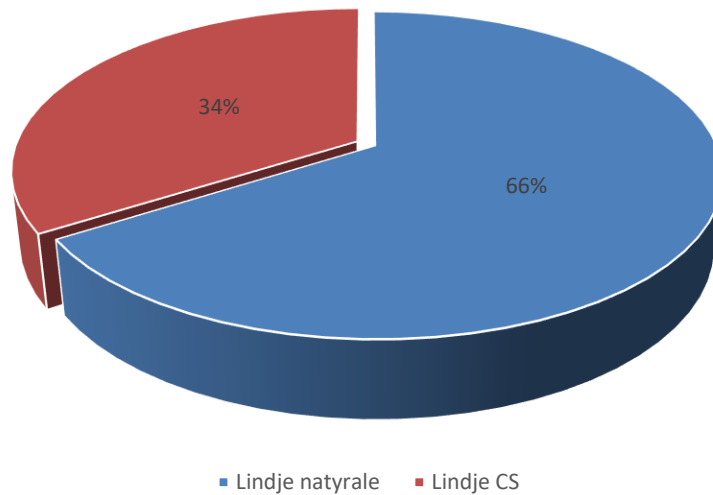


Figura 3. 4 Mënyra e lindjes

Përsa i përket mënyrës së lindjes 68 prej grave ose 66% e tyre kanë lindur në mënyrë natyrale ndërsa 35 (34%) e tyre me section cesarean ($p < 0.01$)

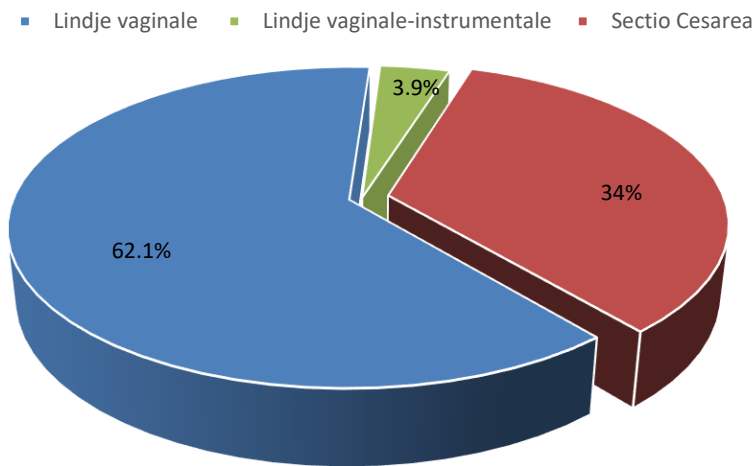


Figura 3. 5 Shpërndarja e rasteve sipas mënyrës së lindjes

Nga 68 gratë me lindje natyrale 4 ose 3.9 % e totalit të grave kanë kryer lindje vaginale - instrumentale

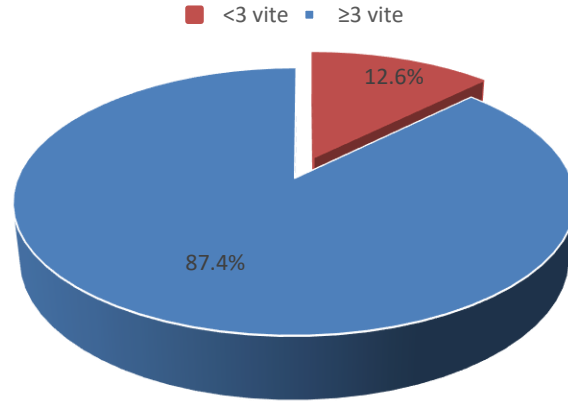


Figura 3. 6 Intervali nga SC e mepareshme, vite

Për 13 (12.6%) të grave intervali nga SC e mëparshme është <3 vjet ndërsa për shumicën e tyre 90 (87.4%) është ≥3 vjet, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p < 0.01$).

Tabela 3. 2 Aresyet për sectio cesarea

Aresyet per sectio cesarea	N	%
Lindje distocike	9	8.7
Detres fetal	5	4.9
Disproporcion cefalopelvik	3	2.9
Prolaps kordoni	4	3.9
Distako	2	1.9
Macrosomia	3	2.9
Paraqitje podalike	4	3.9
PROM	2	1.9
Preeklampsi	2	1.9
Oligohidramnios	1	1.0

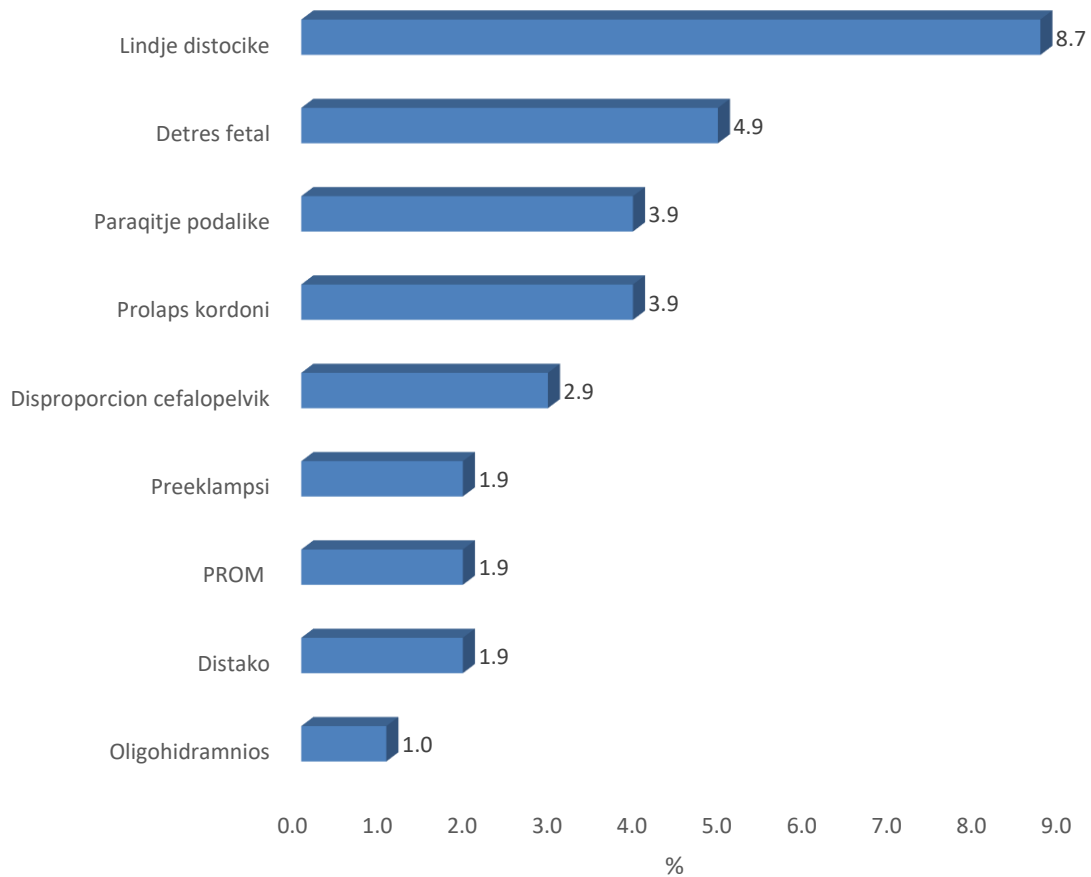


Figura 3. 7 Arsyet për sectio cesarea

Nga arsyet për sectio cesarea mbizotëron Lindje distocike 8.7%, ndjekur nga Detres fetal 4.9%, Paraqitje podalike 3.9%, Prolaps kordoni (3.9%), Disproporcion cefalopelvik 2.9%, Preeklampsia 1.9%, PROM 1.9%, Distako 1.9%, Olligohidramnios 1%.

Tabela 3. 3 Krahasimi i faktorëve maternalë dhe obstetrikalë ndërmjet lindjes natyrale dhe cesariane

Variablat	Lindje natyrale (n=68)	Lindje CS (n=35)	P
Mosha e nënës M (SD)	32.6 ± 3.0	34.7 ± 3.5	0.1
BMI >25	10 (14.7)	12 (34.3)	0.02
Graviditeti	1.5 ± 0.5	1.9 ± 0.7	0.1
Mosha e shtatzënisë në lindje (javë)	39.6 ± 1.9	39.1 ± 1.4	0.6
Intervali nga SC e mëparshme, vite			
<3	3 (4.4)	8 (23.0)	0.02
≥3	65 (95.6)	27 (77.0)	
Faktorët obstetrikalë			
Koka e fetusit ≥2/5 në echo	9 (13.2)	11 (31.4)	0.03
Dilatacion cervikal <4 cm	10 (14.7)	12 (34.2)	0.02
PROM	8 (11.8)	6 (17.1)	0.1
Faza aktive e lindjes > 7h	9 (13.2)	11 (31.4)	0.03
Stimulimi i lindjes	10 (14.7)	12 (34.2)	0.02
Rezultati neonatal			
Pesha në lindje (g)	3058.7 ± 503.0	3379.6 ± 439.4	<0.01
Apgar score në 1 min	7.67 ± 0.88	7.83 ± 0.49	0.2
Apgar score në 5 min	8.81 ± 0.58	8.97 ± 0.13	0.07

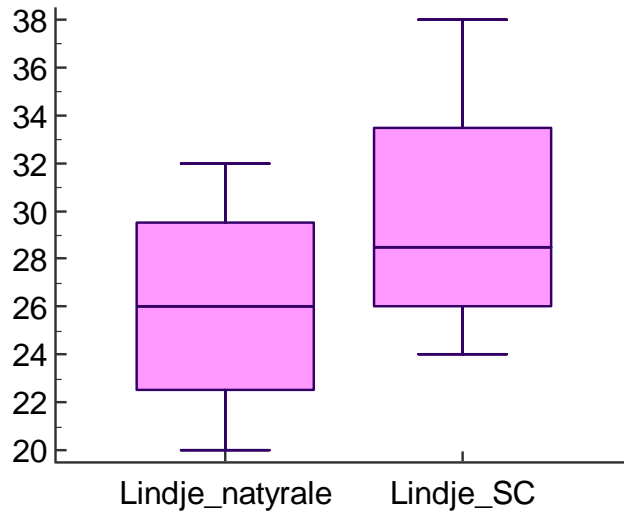


Figura 3. 8 Krahasimi i moshës mesatare të nënave me lindje natyrale dhe CS

Mosha mesatare e nënave me lindje natyrale është 26 ± 3.0 vjeç ndërsa mosha mesatare e nënave me CS është 29.7 ± 3.5 vjeç pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, $p=0.3$.

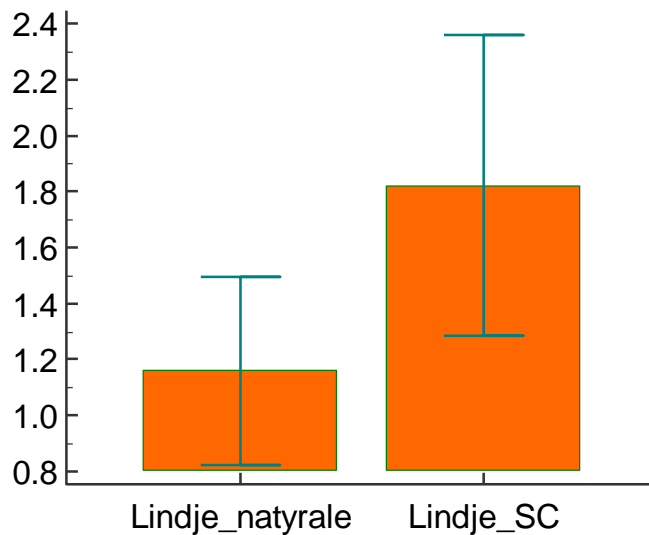


Figura 3. 9 Krahasimi i graviditetit të nënave me lindje natyrale dhe CS

Graviditeti mesatar i nënave me lindje natyrale është 1.5 ± 0.5 ndërsa i nënave me CS është 1.9 ± 0.7 pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, $p=0.1$.

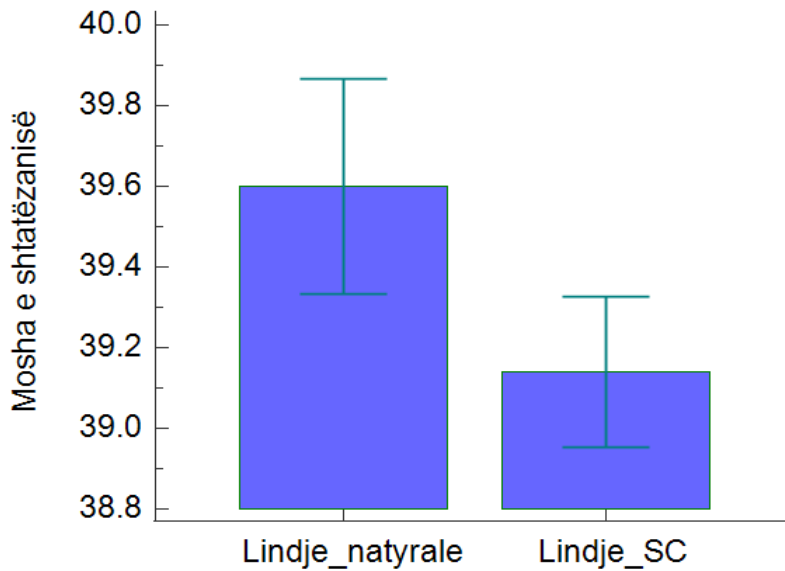


Figura 3. 10 Krahasimi i moshës së shtatzënisë të nënave me lindje natyrale dhe CS

Moshë e shtatzënisë në lindje është 39.6 ± 1.9 javë tek gratë me lindje natyrale ndërsa tek gratë me SC është 39.1 ± 1.4 pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.8$).

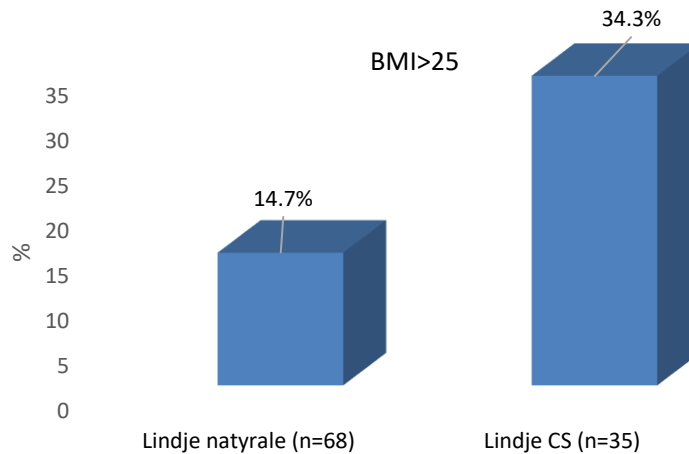


Figura 3. 11 Krahasimi i vlerave të BMI > 25 sipas mënyrës së lindjes

BMI >25 mbizotëron te gratë me CS (34.3%) krahasuar me ato me lindje natyrale (14.7%) me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.02$)

Numri mesatar i shtatzënieve tek gratë me lindje natyrale është 1.9 (1.2) krahasuar me ato me CS 2.3 (1.4), pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p=0.1$).

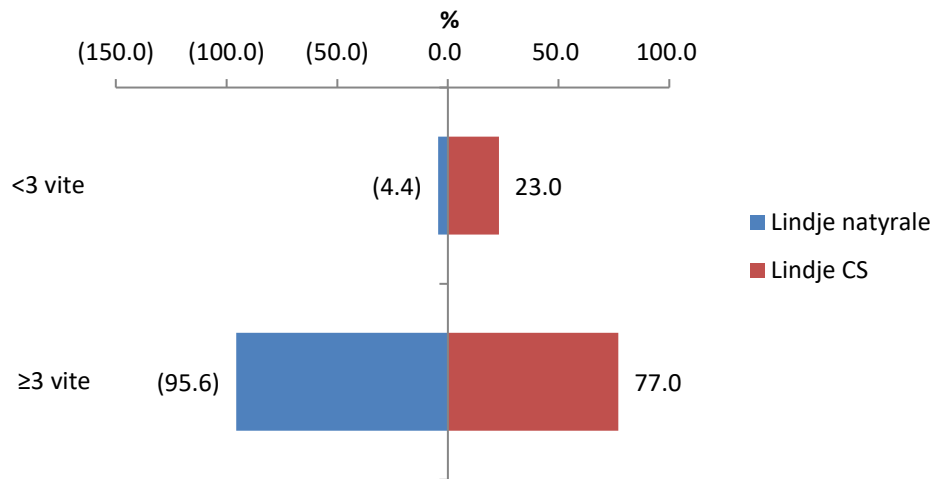


Figura 3. 12 Intervali nga SC e mëparshme sipas mënyrës së lindjes

Intervali SC e meparshme është ≥3 vjet në 95.6% të grave me lindje natyrale dhe në 77% të grave me SC, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, (p=0.02).

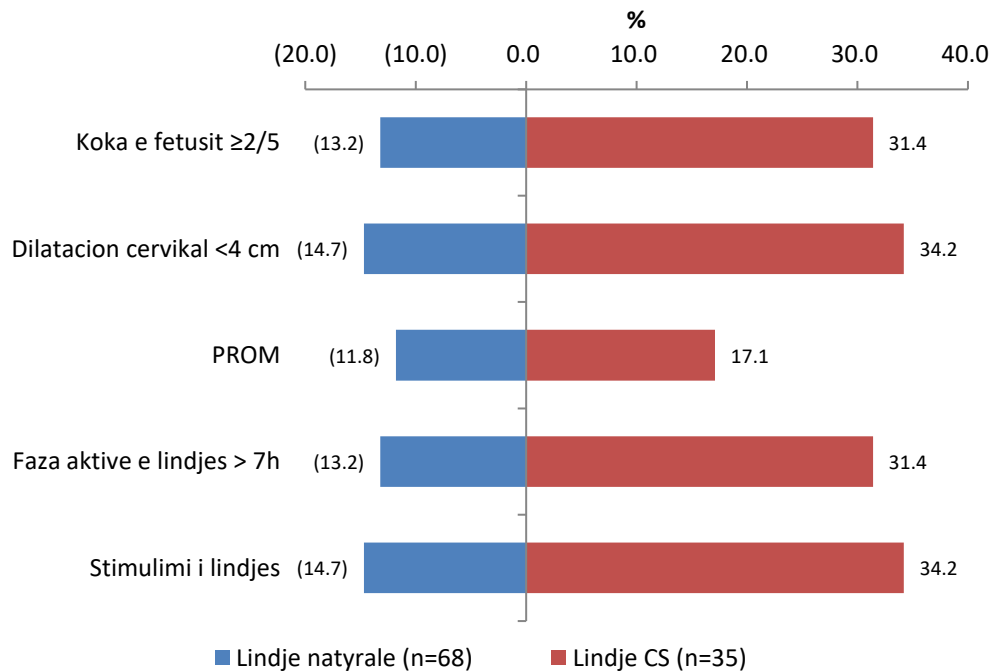


Figura 3. 13 Frekuenca e faktorëve obstetrikalë sipas mënyrës së lindjes

Në lidhje me faktorët obstetrikale:

Koka e fetusit $\geq 2/5$ është në 13.2% të grave me lindje natyrale dhe në 31.4% të grave me CS, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.03$).

Dilatacion cervikal < 4 cm u gjet në 14.7% të grave me lindje natyrale dhe në 34.2% të grave me CS, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.02$).

PROM ndodhi në 11.8% të grave me lindje natyrale dhe në 17.1% të grave me CS, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.1$).

Faza aktive e lindjes > 7 h ishte në 13.2% të grave me lindje natyrale dhe në 31.4 % të grave me CS, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.03$).

Stimulimi i lindjes u krye në 33.8% të grave me lindje natyrale dhe në 14.3% të grave me CS, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.04$).

Rezultati neonatal:

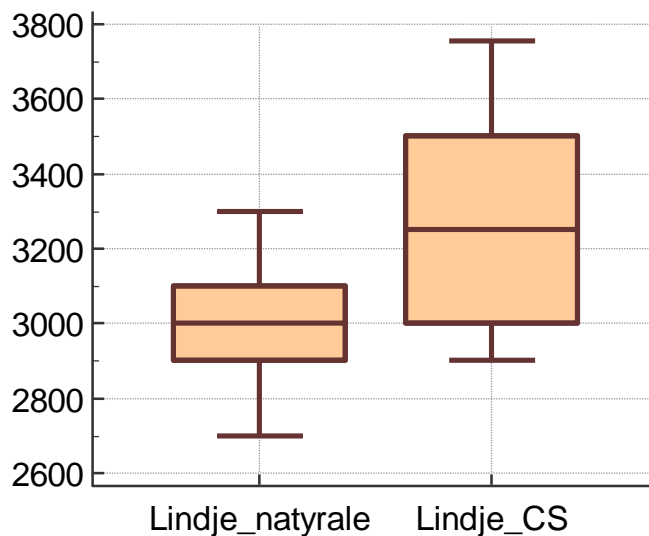


Figura 3. 14 Krahasimi i peshës së neonatit sipas mënyrës së lindjes

Pesha në lindje e foshnjave të nënave me lindje natyrale është 3058.7 ± 503.0 ndërsa e foshnjave të nënave me CS është 3379.6 ± 439.4 g me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p<0.01$).

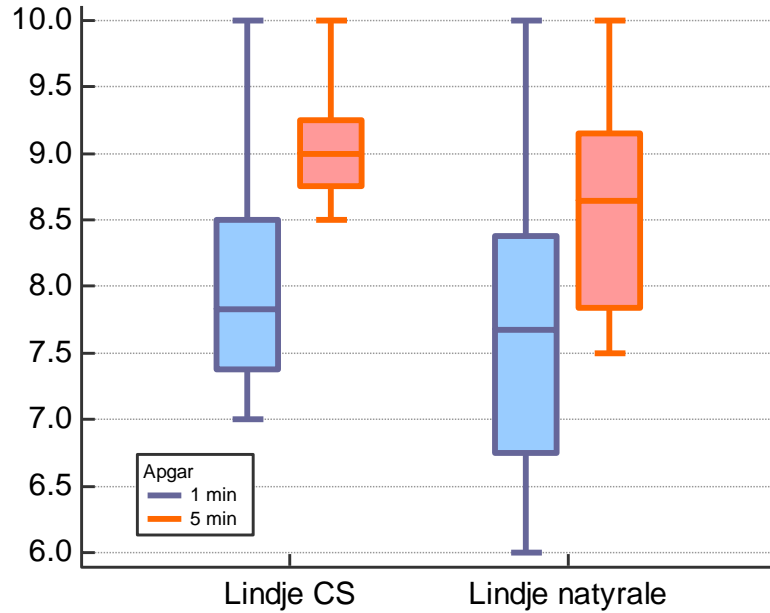


Figura 3. 15 Krahasimi i Apgar score sipas mënyrës së lindjes

Apgar score ne 1 min e foshnjave të nënave me lindje natyrale është 7.67 ± 0.88 ndërsa e foshnjave të nënave me CS është 7.83 ± 0.49 pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.2$).

Apgar score në 5 min e foshnjave të nënave me lindje natyrale është 8.81 ± 0.58 ndërsa e foshnjave të nënave me CS është 8.97 ± 0.13 pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p=0.2$).

Tabela 3. 4 Lloji dhe frekuenca e komplikacioneve sipas mënyrës së lindjes

Komplikacionet	N	%
Infeksion	2	2.9
Hemorragji	3	4.4
Laceracione të thella të vaginës	3	4.4
Rupturë uterine	2	2.9

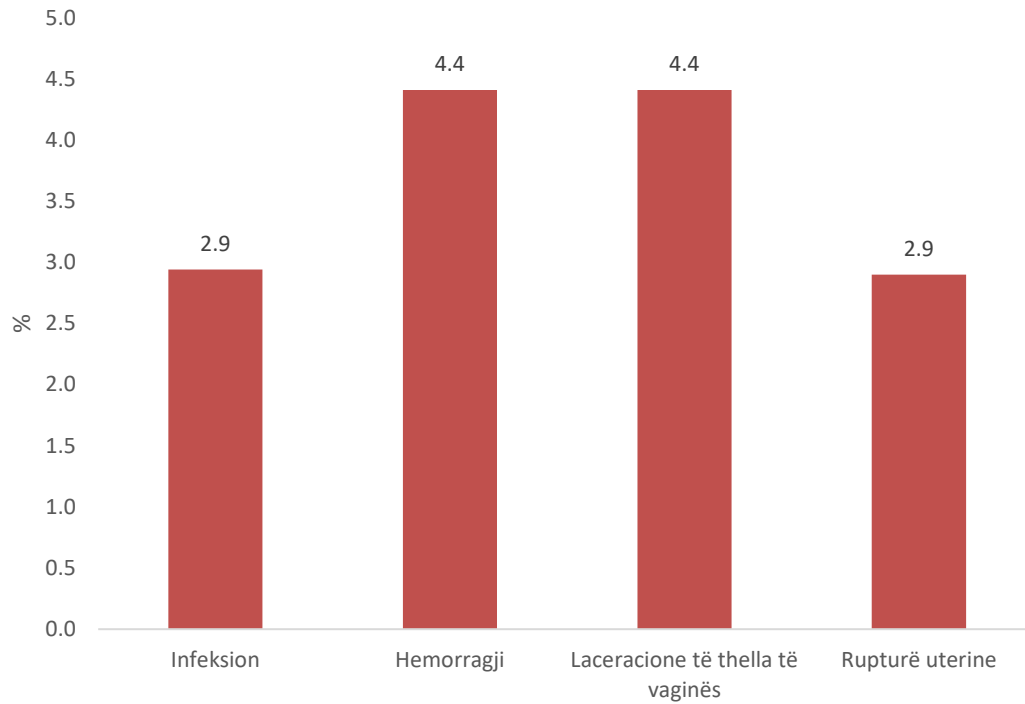


Figura 3. 16 Lloji dhe frekuenca e komplikacioneve të nënave me lindje natyrale

Nga 68 nenat me lindje natyrale infeksioni ndodhi në 2 (2.9%) të nënave, hemorragjia në 3 (4.4%), laceracione të thella të vaginës në 3 (4.4%), dhe ruptura uterine në 2 (2.9%) të nënave.

Tabela 3. 5 Faktorët maternale dhe obstetrikale te lidhur me lindjen natyrale jo të suksesshme. Regresioni logjistik univariat

Variablat	OR	95%CI	P
Faktorët maternale			
BMI >25	3.0	1.15 7.96	0.02
Mosha e shtatzënisë në lindje >40 (javë)	2.4	1.63 2.68	<0.01
Intervali nga SC e mëparshme ≥ 2	6.4	1.58 26.0	0.02
Faktorët obstetrikalë			
Disproporcion cefalopelvik	3.0	1.10 8.17	0.03
Dilatacion cervikal <4 cm	3.0	1.15 7.96	0.02
PROM	1.6	0.49 4.88	0.4
Faza aktive e lindjes > 7h	3.0	1.10 8.17	0.03
Stimulimi i lindjes	3.1	1.05 8.95	0.04

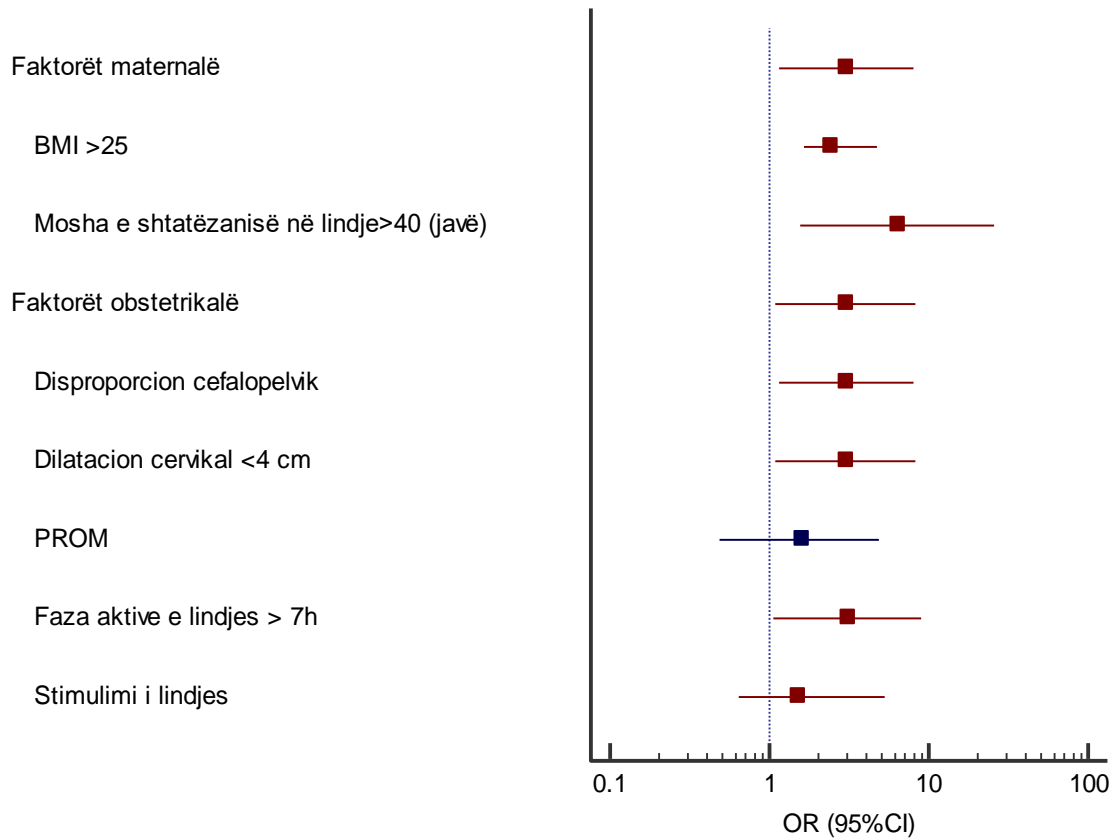


Figura 3. 17 Faktorët maternale dhe obstetrikale te lidhur me lindjen natyrale jo të suksesshme. Regresioni logjistik univariat

Në analizën univariante të regresionit logjistik faktorët sinjifikante maternale dhe obstetrikale te lidhur me lindjen natyrale rezultuan:

Faktorët maternalë

BMI >25

Moshë e shtatzënisë në lindje >40 (javë)

Intervali nga SC e mëparshme ≥ 2

Faktorët obstetrikalë

Disproporcion cefalopelvik

Dilatacion cervikal <4 cm

Faza aktive e lindjes > 7h

Stimulimi i lindjes

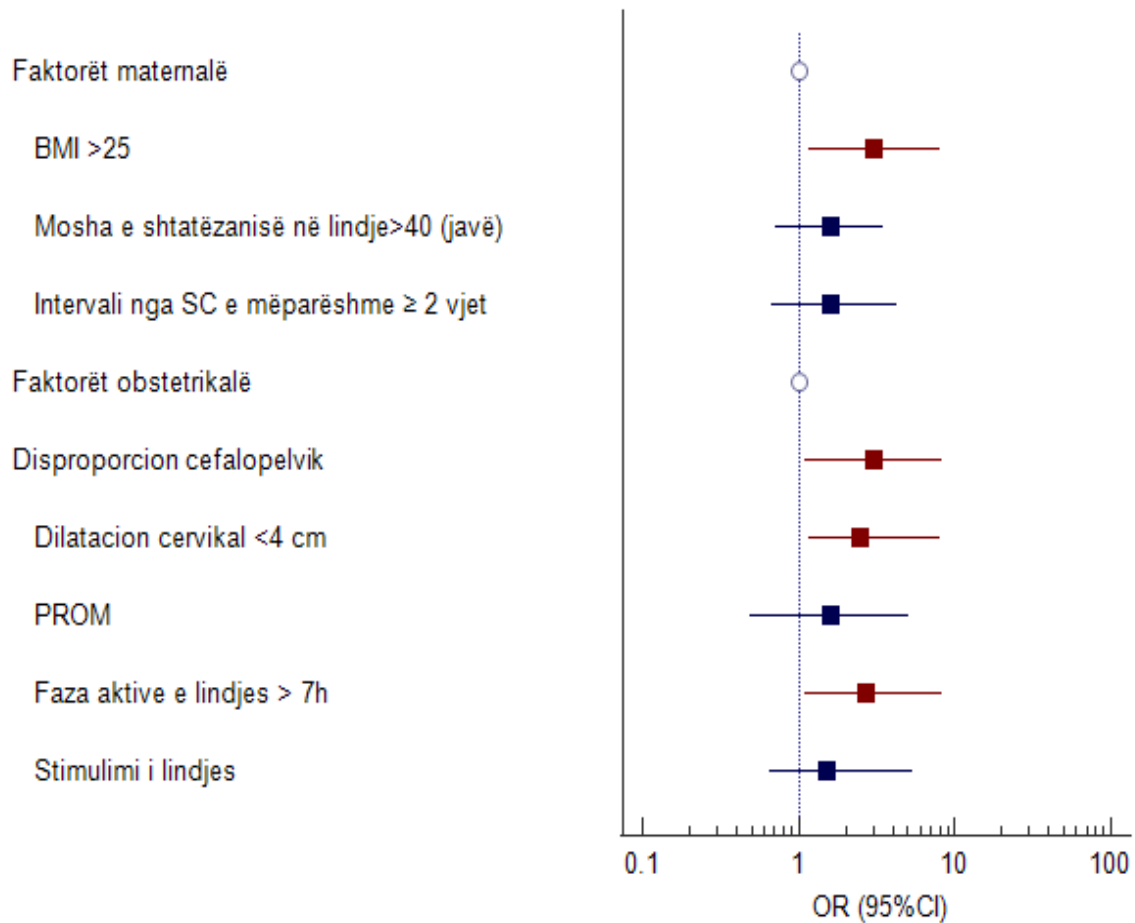


Figura 3. 18 Faktorët maternale dhe obstetrikale te lidhur me lindjen natyrale jo të suksesshme. Regresioni logjistik univariat

Në analizën multivariate të regresionit logjistik faktorët sinjifikante maternale dhe obstetrikale te lidhur me lindjen natyrale jo te suksesshme rezultuan:

Faktorët maternalë
 BMI >25

Faktorët obstetrikalë
 Disproporcion cefalo-pelvik
 Dilatacion cervikal <4 cm
 Faza aktive e lindjes > 7h

IV DISKUTIM

Në studim morën pjesë 103 gra shtatzëna me moshë mesatare 26.4 (3.7) vjeç që varion nga 20 vjeç deri në 38 vjeç.

Në grupmoshën 20-24 vjeç janë 26 (25.2%) raste, në grupmoshën 25-29 vjeç janë 67 (65%), në grupmoshën 30-34 vjeç janë 7 (6.8%) raste, në grupmoshën 35-39 vjeç janë 3 (2.9%) raste. Mbizotërojnë rastet në grupmoshën 25-29 vjeç me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p < 0.01$).

Në lidhje me paritetin shumica e grave 86 (83.5%) kanë < 3 fëmijë ndërsa 17 (16.5%) e tyre kanë ≥ 3 fëmijë ($p < 0.01$).

Në studim mbizotëron pesha normale ndjekur nga mbipesha me ndryshim sinjifikant me kategorite e tjera të BMI ($p < 0.01$). Sipas kategorive të BMI: Nëneshë janë 9 (8.7%) e grave, Peshë normale kanë 61 (59.2%) e tyre, Mbipeshë janë 26 (25%) ndërsa 7 (6.8%) e tyre, të cilat janë klasifikuar Obeze I.

Përsa i përket mënyrës së lindjes 68 prej grave ose 66% e tyre kanë lindur në mënyrë natyrale ndërsa 35 (34%) e tyre me section cesarean.

Nga 68 gratë me lindje natyrale 4 ose 3.9% e totalit të grave kanë kryer lindje vaginale - instrumentale

Për 13 (12.6%) të grave intervali nga SC e mëparshme është < 3 vjet ndërsa për shumicën e tyre 90 (87.4%) është ≥ 3 vjet, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre.

Nga arsyet për sectio cesarea mbizotëron Lindje distocike 8.7%, ndjekur nga Detres fetal 4.9%, Paraqitje podalike 3.9%, Prolaps kordoni (3.9%), Disproporcion cefalopelvik 2.9%, Preeklampsia 1.9%, PROM 1.9%, Distako 1.9%, Olligohidramnios 1%.

Mosha mesatare e nënave me lindje natyrale është 26 ± 3.0 vjeç ndërsa mosha mesatare e nënave me CS është 29.7 ± 3.5 vjeç pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, $p = 0.3$.

Graviditeti mesatar i nënave me lindje natyrale është 1.5 ± 0.5 ndërsa i nënave me CS është 1.9 ± 0.7 pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, $p = 0.1$.

Mosha e shtatzënisë në lindje është 39.6 ± 1.9 javë tek gratë me lindje natyrale ndërsa tek gratë me SC është 39.1 ± 1.4 pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p = 0.8$).

BMI > 25 mbizotëron te gratë me CS (34.3%) krahasuar me ato me lindje natyrale (14.7%) me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p = 0.02$).

Numri mesatar i shtatzënive tek gratë me lindje natyrale është 1.9 (1.2) krahasuar me ato me CS 2.3 (1.4), pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p = 0.1$).

Intervali SC e mëparshme është ≥ 3 vjet në 95.6% të grave me lindje natyrale dhe në 77% të grave me SC, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p = 0.02$).

Në lidhje me faktorët obstetrikale:

Koka e fetusit $\geq 2/5$ është e palpueshme nga abdomen në 13.2% të grave me lindje natyrale dhe në 31.4% të grave me CS, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, ($p = 0.03$).

Dilatacion cervikal <4 cm u gjet në 14.7% të grave me lindje natyrale dhe në 34.2% të grave me CS, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, (p=0.02).

PROM ndodhi në 11.8% të grave me lindje natyrale dhe në 17.1% të grave me CS, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, (p=0.1).

Faza aktive e lindjes > 7h ishte në 13.2% të grave me lindje natyrale dhe në 31.4 % të grave me CS, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, (p=0.03).

Stimulimi i lindjes u krye në 14.7% të grave me lindje natyrale dhe në 34.2% të grave me CS, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, (p=0.04).

Pesha në lindje e foshnjave të nënave me lindje natyrale është 3058.7 ± 503.0 ndërsa e foshnjave të nënave me CS është 3379.6 ± 439.4 g me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, (p<0.01).

Apgar score në 1 min e foshnjave të nënave me lindje natyrale është 7.67 ± 0.88 ndërsa e foshnjave të nënave me CS është 7.83 ± 0.49 pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, (p=0.2).

Apgar score në 5 min e foshnjave të nënave me lindje natyrale është 8.81 ± 0.58 ndërsa e foshnjave të nënave me CS është 8.97 ± 0.13 pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, (p=0.2).

Nga 68 nenat me lindje natyrale infeksioni ndodhi ne 2 (2.9%) te nenave, hemorragjia në 3 (4.4%), laceracione të thella te vaginës në 3 (4.4%), dhe raptura uterine në 2 (2.9%) të nënave.

Procedura hemostatike janë aplikuar në 10.3% të grave me lindje natyrale dhe në 5.7% të grave me CS, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, (p=0.7).

Transfuzion gjaku kanë marrë 2.9% të grave me lindje natyrale dhe 2.9% e grave me CS, pa ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, (p=0.9).

Në analizën univariate të regresionit logjistik faktorët sinjifikante maternale dhe obstetrikale qe lidhur me lindjen natyrale rezultuan:

Faktorët maternale

BMI >25

Mosha e shtatzënisë në lindje >40 (javë)

Intervali nga SC e mëparshme ≥ 2

Faktorët obstetrikalë

Koka e fetusit $\geq 2/5$ e palpueshme nga abdomen

Dilatacion cervikal <4 cm

Faza aktive e lindjes > 7h

Stimulimi i lindjes

Gjetje të ngashme me studimin tonë raportohen edhe në literaturë. Në studimin nga Raja et al. 100 gra u përfshinë dhe u vlerësuan sipas moshës, moshës së shtatzënisë, tregimit të cezarianit të mëparshëm, historisë së lindjes vaginale, dhe BMI (110). Ata zbuluan se normat e VBAC të suksesshëm u rritën nga 38% në gratë që kishin një rezultat 0-3 në 58% në gratë që kishin një rezultat 4-6. Midis atyre që kishin një rezultat prej 7-9 dhe 10-12, normat e suksesit ishin përkatësisht 71 dhe 86% (111). Sipas Raja et al. Rezultoi se rritja e pikëve lidhej me rritjen e probabilitetit të VBAC dhe ata gjithashtu arritën në përfundimin se sistemi i vlerësimit të pranimit VBAC është i dobishëm në këshillimin e grave me operacion cezarian të mëparshëm për opsonin e nxitjes së lindjes ose lindjes cezariane (112). Në këtë studim, lartësia mesatare ishte dukshëm e lartë në VBAC të suksesshëm krahasuar me grupin VBAC të pasuksesshëm dhe numri i grave me lartësi 25 kg/m² ishte dukshëm i lartë në grupin e pasuksesshëm. Për më tepër, moshja mesatare e gestacionit ishte dukshëm më pak në VBAC të suksesshëm në krahasim me grupin e pasuksesshëm dhe numri i grave të pranuar në punë me shtatzëni > 40 javë ishte dukshëm i lartë në grupin e pasuksesshëm VBAC. Për më tepër, analiza logjistike dhe OR e grave të studiuara treguan se BMI ≤ 25 kg/m², lartësia ≥ 150 cm dhe moshja gestacionale 40 javë u shoqëruan ndjeshëm me VBAC të suksesshëm. Abdelazim et al. arriti në përfundimin se BMI > 25 kg/m² dhe gestacioni 40 javë u shoqëruan me prova të pasuksesshme të punës pas CS -së së mëparshme (113). Landon et al. raportuan një përqindje shumë më të ulët të suksesit të VBAC (68.4%) tek obezët (BMI ≥ 30) sesa tek joobezët (76.9%), dhe Juhasz et al. raportuan uljen e shanseve për VBAC të suksesshëm me rritjen e BMI (114,115). Përveç kësaj, Tessmer Tuck et al. Rezultoi se sukcesi i VBAC ishte i lidhur në mënyrë të pavarur me moshën e nënës (116).

Zgjerimi i qafës së mitrës gjatë pranimit dhe kohëzgjatja e fazës aktive të punës në gratë e studiuara ishin dukshëm të larta në VBAC të suksesshëm në krahasim me grupin VBAC të pasuksesshëm dhe numri i grave të pranuar me zgjerim të qafës së mitrës 7 orë ishte statistikisht i lartë në grupin e pasuksesshëm të VBAC krahasuar me grupin e suksesshëm. Për më tepër, analiza logjistike dhe OR e grave të studiuara treguan se zgjerimi i qafës së mitrës 4 cm dhe kohëzgjatja e punës ≤ 7 orë u shoqëruan ndjeshëm me VBAC të suksesshëm, dhe Durnwald et al. Raportohen shanse të rritura për VBAC të suksesshëm në gratë e pranuar me zgjerim të qafës së mitrës > 1 cm (117)

Numri i grave të studiuara me interval lindjeje <2 vjet, $\geq 2/5$ të kokës së fetusit të prekshëm në bark, dhe stacionit të kokës së fetusit ≥ -2 ishte dukshëm i lartë në VBAC të pasuksesshëm në krahasim me grupin e pasuksesshëm. Analiza logjistike dhe OR e grave të studiuara treguan se intervali i lindjes years 2 vjet, <2/5 e kokës së fetusit të prekshëm në mënyrë abdominale, dhe stacioni i kokës së fetusit <-2 u shoqëruan ndjeshëm me VBAC të suksesshëm.

Abdelazim et al. arriti në përfundimin se gratë e pranuar me zgjerim të qafës së mitrës <4 cm dhe stacionin qendror ≥ -2 janë në rrezik të lartë të provës së pasuksesshme të

punës pas CS -së së mëparshme (113). Gjithsej 100 gra të përfshira në Raja et al. studimi u vlerësua sipas moshës së nënës, shtatzënisë, indikacioneve të cezarianit të mëparshëm, historisë së lindjes vaginale, dhe BMI (119) Sipas Raja et al. Rezultoi se rritja e pikëve lidhej me rritjen e probabilitetit të VBAC (110).

Në këtë studim, pranimi i NICU ishte dukshëm i lartë në VBAC të pasuksesshëm në krahasim me rastet e grupit të suksesshëm (1.9% (5/258) (dy asfiksi të lindjes dhe tre aspirata mekoniumi) kundrejt 0.17% (1/574) një rast (aspiratë mekoniumi); respektivisht ($P = 0.02$). Ball dhe Hinshaw dhe Tan et al. raportuan rreziqe të larta të sëmundshmërisë neonatale dhe encefalopatisë hipoksike ishemiike pas VBAC të pasuksesshme (121). Në këtë studim, shkëputja e mbresë u gjet në 0.38% (1/258) rast dhe prishja e afërt e mitrës u gjet në 0.38% (1/258) të VBAC të pasuksesshëm në krahasim me grupin e suksesshëm ($P = 0.08$). Çarja e parakohshme e membranave (PROM) nuk ndikon në suksesin e VBAC, ndërsa analiza logjistike dhe OR treguan se shtimi i punës u shoqërua ndjeshëm me VBAC të pasuksesshëm. Rreziku i shkëputjes së plagëve prej 0.2-0.7% në gratë që i nënshtrohen VBAC u raportua në literaturë dhe nga Cahill et al (118).

Vendimi i kujdesshëm i stimulimit të lindjes dhe fillimi spontan i lindjes tek gratë me LSCS të mëparshëm rrisin suksesin e VBAC. Smith etj. Përfundim se gratë me VBAC të dështuar janë në rrezik më të lartë të këputjes së mitrës dhe vdekjes perinatale (119). Hochler et al. raportuan 0.3% rrezik për këputje të mitrës dhe dy raste përfunduan me histerektomi gjatë studimit të tyre retrospektiv për të vlerësuar sigurinë e provës së punës pas lindjes cezariane në gratë me shumë fëmij (120). Ata arritën në përfundimin se VBAC jepte një rrezik më të lartë për histerektomi dhe as induksioni dhe as shtimi i punës nuk rrisnin rrezikun e këputjes së mitrës (125). Sipas Minsart et al. zbuloi se gratë e Amerikës së Veriut dhe Australisë që lindin në Shanghai kanë përqindje të ulëta të tentimit të punës pas CS dhe VBAC, ndërsa gratë evropiane kanë shkallën më të lartë të provës së punës pas CS, e ndjekur nga gratë kineze (126). Sipas Belihu et al. u zbulua se ka pabarazi në VBAC të suksesshëm midis origjinës së Afrikës Lindore dhe grave të lindura nga Australia (121).

Përpykja e pasuksesshme e VBAC është më e zakonshme në mesin e emigrantëve të Afrikës Lindore, duke sugjeruar nevojën për strategji të përmirësuara për të zgjedhur dhe mbështetur kandidatët e mundshëm për lindje vaginale midis këtyre emigrantëve dhe për të zvogëluar komplikimet e mundshme të lidhura me përpykjen e dështuar të VBAC. (122). Torigoe etj. u zbulua se politikat dhe praktikat institucionale për VBAC ndryshojnë shumë në Japoni dhe arritën në përfundimin se strategjitë si dhe ofruesit e kujdesit për shtatzëninë janë të nevojshme për të mbështetur gratë që të konsiderojnë VBAC si një opsion të mundshëm të lindjes pas CS (123). Mu et al. Si përfundim, politikat dhe udhëzimet kombëtare mbi VBAC janë të nevojshme për të siguruar sigurinë e nënave dhe të porsalindurve të tyre (124). Seffah dhe Adu - Bonsaffoh arritën në përfundimin se edukimi dhe këshillimi adekuat i pacientëve, përveç përzgjedhjes së

pacientit të duhur për provën e punës pas CS mbetet gurthemeli për të arritur shkallë të lartë suksesi të VBAC me rezultate minimale negative në mjedise me burime të ulëta. (125). Shumë studime të mëparshme u kryen për të vlerësuar VBAC pavarësisht nga rendi i lindjes, (132) ndërsa ky studim u hartua për të vlerësuar rezultatin e VBAC gjatë rendit të dytë të lindjes në rajonin Aktobe të Kazakistanit Perëndimor.

VBAC është i sigurt në rastet e zgjedhura siç duhet. BMI ≤ 25 kg/m², mosha gestacionale weeks 40 javë, intervali i lindjes ≥ 2 vjet dhe stacioni i kokës së fetusit < -2 rrisin suksesin e VBAC. Faza e zgjatur aktive e punës > 7 orë dhe nevoja për shtim të punës zvogëlojnë mundësinë e suksesit të VBAC. Sot në botë po flitet gjithnjë e më shumë për Multifaceted Strategy (MS) për reduktimin e lindjeve me operacion cesarian. Kjo ka të bëjë me aplikimin e një programi mjaft të madh si: edukimi i mjekëve dhe publikut për të mirat dhe përparësitë që ka lindja vaginale kundrejt asaj cesariene, praktikimin e udhërrëfyeseve për menaxhimin e lindjeve, reformimin e praktikave të gabuara, edukimin ekstensiv të mjekëve dhe infermiereve në monitorimin elektronik të rrahjeve të zembrës fetale, menaxhimin aktiv të lindjes etj.

Krahas MS flitet edhe për Audit (rishikim) & Feedback (A & F) si dhe Quality Improvement (QI, përmirësimi i cilësisë) si alternativa të tjera për uljen e nivelit të lindjeve me operacion cesarian. Audit & Feedback mund të përkthehet si përmbledhje e disa aspekteve të performancës klinike (audit) gjatë një periudhe kohore dhe paraqitja e këtyre përmbledhjeve personelit tjetër të kujdesit shëndetësor. Për të qënë më konkret në lidhje me lindjen me operacion cesarian mund të praktikohen programe të tilla si: konsultimi precesarian dhe survejanca post-cesariene midis kolegëve dhe paraqitja javore e rezultateve të mësipërme.

Quality Improvement ka të bëjë me përmirësimin e disa masave klinike si: standartizimin e disa kriterëve për diagnozën e lindjes, zbatimin me korrektësi të udhërrëfyeseve për menaxhimin e lindjes, trajnimin e stafit për monitorimin korrekt të rrahjeve të zembrës fetale, diagnostikimin e hershëm të insufiçencës së kontraksioneve uterine dhe përdorimin e oksitocinës në dozë më të lartë etj.

Studime të ndryshme duke përdorur programet e mësipërme kanë arritur të përfitojnë rrezultate sinjifikative në uljen e lindjeve cesariene.

Por sipas OBSH-ës edhe disa ndërhyrje të tjera me karakter jo-klinik mund të jenë efektive në uljen e numrit të lindjeve me operacion cesarian të panevojshme. Sipas saj, politika të tilla si: një opinion i dytë i detyrueshëm, opinionin i shefit për lindjet cezariene të përsëritura, rishikimi mes kolegëve i rasteve për lindje cezariene janë treguar efektiv për uljen e lindjeve cesariene në studime të ndryshme (126).

Një opinion i dytë i detyruar ka të bëjë me marrjen e një tjetër mendimi nga një mjek tjetër në mënyrë të detyrueshme për çdo rast që kërkohet lindja cesariene nga opinionin e parë.

Siç e pamë edhe më sipër lindja cesariene e përsëritur ishte edhe faktori më i rëndësishmi në rritjen e numrit të lindjeve cesariene dhe opinionin e shefit të pavionit për çdo rast që

diagnostikohet si i tillë është parë se mund të ndikojnë në uljen e numrit të këtyre rasteve që shkojnë në operacion. Rishikimi mes kolegëve i rasteve të lindjeve cesariane ka të bëjë me paraqitjen e të gjitha rasteve të javës të atyre nënave që lindën fëmijët e tyre me ndërhyrje kirurgjikale. Në këtë paraqitje thelbi i mbledhjes të fokusohet tek ecuria dhe komplikacionet që kanë patur të gjitha rastet dhe te mënyra se si mund të ulet involi i lindjeve cesariane.

Këto politika jo-klinike si dhe strategjitë e mësipërme duke u kombinuar bashkë mund të kontribuojnë në uljen e nivelit të lindjes me operacion. Në botë këto politika kanë rezultuar pozitive ndaj edhe në Shqipëri të tilla politika dhe programe mund të japin rezultat sepse po të shikosh edhe vetë natyrën e tyre ato nuk kërkojnë ndonjë teknologji të avancuar apo të veçantë për t'u zbatuar. Ato kanë të bëjnë me trajnime dhe një punë në grup për të specializuar personelin shëndetësor si dhe indentifikimin e faktorëve barrjerë që kontribuojnë në rritjen e numrit të lindjeve cesariane (127).

V PËRFUNDIME

- Përsa i përket mënyrës së lindjes 68 prej grave ose 66% e tyre kanë lindur në mënyrë natyrale ndërsa 35 (34%) e tyre me sectio cesarea.
- Nga arsytet për section cesarean mbizotëron Lindje distocike 8.7%, ndjekur nga Detres fetal 4.9%, Paraqitje podalike 3.9%, Prolaps kordoni (3.9%), Disproporcion cefalopelvik 2.9%, Preeklampsia 1.9%, PROM 1.9%, Distako 1.9%, Olligohidramnios 1%
- Nga 68 nenat me lindje natyrale infeksioni ndodhi në 2 (2.9%) të nënave, hemorragjia në 3 (4.4%), laceracione të thella të vaginës në 3 (4.4%), dhe raptura uterine në 2 (2.9%) të nënave.
- Në analizën multivariate të regresionit logjistik faktorët sinjifikante maternale dhe obstetrikale të lidhur me lindjen natyrale jo të suksesshme rezultuan:
 - Faktorët maternalë
 - BMI >25
 - Faktorët obstetrikalë
 - Disproporcion cefalo-pelvik
 - Dilatacion cervikal <4 cm
 - Faza aktive e lindjes > 7h

VI REKOMANDIME

Përmirësimi i rezultateve të ekipit mjekësor

Menaxhimi i pacienteve që i nënshtrohen lindjes vaginale pas një incizioni cezarian paraprak realizohet më së miri me një ekip ndër-specialistik që përfshin infermierë të lindjes dhe mami. Një obstetër duhet të jetë gjithmonë i pranishëm dhe një sallë operacioni me anestezist duhet të jetë gati në rast se nevojitet një lindje cezariene. Ndërsa lindjet e suksesshme vaginale pas incizionit cezarian të mëparshëm ndodhin vazhdimisht, ka mjaft raportime të rrupturës uterine - prandaj është e nevojshme qasja e duhur klinike në vendimmarrje.

Personeli që kujdesen për pacientët me seksion cezarian të mëparshëm duhet të këshillojnë pacientët në lidhje me rreziqet dhe përfitimet e mundshme të lindjes natyrale dhe faktorët që ndikojnë në gjasat e lindjes së suksesshme vaginale. Personeli duhet të njohë edhe menaxhimin intrapartum të pacienteve që i nënshtrohen lindjes natyrale dhe të jenë në gjendje të njohin dhe menaxhojnë në mënyrë të përshtatshme komplikacionet e mundshme.

Zhvillimi, sanksionimi dhe vlerësimi klinik pragmatik i një sistemi pikëzimi antenatal dhe/ose gjatë lindjes për të identifikuar femrat me rrezik të lartë ose të ulët për VBAC jo të suksesshme.

Përcaktimi i vlerës klinike të ekografisë antenatale dhe gjatë shtatzënisë për të parashikuar riskun e rrupturës uterine ose suksesin e VBAC duke përdorur parametra specifike ose të kombinuar (p.sh. trashësia e miometrit të matur në ekografi).

Zbulimi i etiologjisë dhe mënyrës së parandalimit (p.sh. strategjitë specifike të monitorimit para lindjes, koha e lindjes) të rrezikut të fetusit të vdekur në femrat me lindje cezariene të mëparshme në prani ose në mungesë të komplikacioneve të tjera të mëparshme (p.sh. pre-eklampsia, lindja para kohe, mosha e shtatzënisë e vogël)

Zbulimi i progresit cervikometrik gjatë VBAC dhe përcaktimi vlerën e ndërhyrjeve në kohë për të maksimizuar suksesin e VBAC dhe për të minimizuar rrupturën uterine.

Kërkimi për faktorët që mund të shpjegojnë variacionet rajonale në përzgjedhjen e VBAC dhe faktorët që ndikojnë më shumë në femrat që pranojnë ose refuzojnë VBAC (p.sh. broshurën e informacionit të pacientit, përvojat e mëparshme të lindjes, formati i dëshiruar i familjes, të kuptuarit e analizës së riskut gjatë këshillimit, si të reduktohet çdo konflikt vendimi). Të konsiderohet përdorimi i dilatatorëve mekanikë për stimulimin e lindjes në VBAC.

VII BIBLIOGRAFIA

1. Studsgaard A, Skorstengaard M, Glavind J, Hvidman L, Uldbjerg N. Trial of labor compared to repeat cesarean section in women with no other risk factors than a prior cesarean delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013 Aug 21. [Medline].
2. ACOG practice bulletin. Vaginal birth after previous cesarean delivery. Number 5, July 1999 (replaces practice bulletin number 2, October 1998). Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet*. 1999 Aug. 66(2):197-204. [Medline].
3. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Vaginal birth after previous cesarean delivery. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2010 Aug. 14 p. (ACOG practice bulletin; no. 115).
4. National Guideline Clearinghouse (NGC). Guideline summary: Vaginal birth after previous cesarean delivery. In: National Guideline Clearinghouse (NGC) Rockville (MD): [cited Feb 16, 2011. [Full Text].
5. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 184: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol*. 2017 Nov. 130 (5):e217-e233. [Medline].
6. Hill JB, Ammons A, Chauhan SP. Vaginal birth after cesarean delivery: comparison of ACOG practice bulletin with other national guidelines. *Clin Obstet Gynecol*. 2012 Dec. 55(4):969-77. [Medline].
7. Rosen MG, Dickinson JC, Westhoff CL. Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of morbidity and mortality. *Obstet Gynecol*. 1991 Mar. 77(3):465-70. [Medline].
8. Flamm BL, Geiger AM. Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system. *Obstet Gynecol*. 1997 Dec. 90(6):907-10. [Medline].
9. Quiñones JN, Stamilio DM, Paré E, Peipert JF, Stevens E, Macones GA. The effect of prematurity on vaginal birth after cesarean delivery: success and maternal morbidity. *Obstet Gynecol*. 2005 Mar. 105(3):519-24. [Medline].
10. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med*. 2004 Dec 16. 351(25):2581-9. [Medline].
11. Miller DA, Diaz FG, Paul RH. Vaginal birth after cesarean: a 10-year experience. *Obstet Gynecol*. 1994 Aug. 84(2):255-8. [Medline].
12. Flamm BL, Goings JR, Liu Y, Wolde-Tsadik G. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a prospective multicenter study. *Obstet Gynecol*. 1994 Jun. 83(6):927-32. [Medline].

13. McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA Jr, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *N Engl J Med*. 1996 Sep 5. 335(10):689-95. [Medline].
14. Shipp TD, Zelop CM, Repke JT, Cohen A, Caughey AB, Lieberman E. Intrapartum uterine rupture and dehiscence in patients with prior lower uterine segment vertical and transverse incisions. *Obstet Gynecol*. 1999 Nov. 94(5 Pt 1):735-40. [Medline].
15. Macones GA, Peipert J, Nelson DB, Odibo A, Stevens EJ, Stamilio DM, et al. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 Nov. 193(5):1656-62. [Medline].
16. Leung AS, Farmer RM, Leung EK, Medearis AL, Paul RH. Risk factors associated with uterine rupture during trial of labor after cesarean delivery: a case-control study. *Am J Obstet Gynecol*. 1993 May. 168(5):1358-63. [Medline].
17. Zelop CM, Shipp TD, Repke JT, Cohen A, Lieberman E. Effect of previous vaginal delivery on the risk of uterine rupture during a subsequent trial of labor. *Am J Obstet Gynecol*. 2000 Nov. 183(5):1184-6. [Medline].
18. Zelop CM, Shipp TD, Repke JT, Cohen A, Caughey AB, Lieberman E. Uterine rupture during induced or augmented labor in gravid women with one prior cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 1999 Oct. 181(4):882-6. [Medline].
19. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *N Engl J Med*. 2001 Jul 5. 345(1):3-8. [Medline].
20. Wing DA, Lovett K, Paul RH. Disruption of prior uterine incision following misoprostol for labor induction in women with previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 1998 May. 91(5 Pt 2):828-30. [Medline].
21. Cahill A, Stamilio DM, Paré E, Peipert JP, Stevens EJ, Nelson DB, et al. Vaginal birth after cesarean (VBAC) attempt in twin pregnancies: is it safe?. *Am J Obstet Gynecol*. 2005 Sep. 193(3 Pt 2):1050-5. [Medline].
22. Miller DA, Mullin P, Hou D, Paul RH. Vaginal birth after cesarean section in twin gestation. *Am J Obstet Gynecol*. 1996 Jul. 175(1):194-8. [Medline].
23. Delaney T, Young DC. Trial of labour compared to elective Caesarean in twin gestations with a previous Caesarean delivery. *J Obstet Gynaecol Can*. 2003 Apr. 25(4):289-92. [Medline].
24. Strong TH Jr, Phelan JP, Ahn MO, Sarno AP Jr. Vaginal birth after cesarean delivery in the twin gestation. *Am J Obstet Gynecol*. 1989 Jul. 161(1):29-32. [Medline].
25. Ravasia DJ, Brain PH, Pollard JK. Incidence of uterine rupture among women with müllerian duct anomalies who attempt vaginal birth after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 1999 Oct. 181(4):877-81. [Medline].

26. Kayem G, Combaud V, Lorthe E, et al. Mortality and morbidity in early preterm breech singletons: impact of a policy of planned vaginal delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015 Sep. 192:61-5. [Medline].
27. Mone F, Harrity C, Mackie A, et al. Vaginal birth after caesarean section prediction models: a UK comparative observational study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2015 Oct. 193:136-9. [Medline].

ARTIKULLI

28. Scott JR. Vaginal birth after cesarean delivery: a common-sense approach. *Obstet Gynecol.* 2011 Aug;118(2 Pt 1):342-350. [PubMed]
29. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK. Births in the United States, 2016. NCHS Data Brief. 2017 Sep;(287):1-8. [PubMed]
30. Marshall NE, Fu R, Guise JM. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2011 Sep;205(3):262.e1-8. [PubMed]
31. ACOG Practice Bulletin No. 205: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol.* 2019 Feb;133(2):e110-e127. [PubMed]
32. Grobman WA, Lai Y, Landon MB, Spong CY, Leveno KJ, Rouse DJ, Varner MW, Moawad AH, Caritis SN, Harper M, Wapner RJ, Sorokin Y, Miodovnik M, Carpenter M, O'Sullivan MJ, Sibai BM, Langer O, Thorp JM, Ramin SM, Mercer BM., National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Maternal-Fetal Medicine Units Network (MFMU). Development of a nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2007 Apr;109(4):806-12. [PubMed]
33. Guise JM, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, Fu RR, Janik R, Nygren P, Walker M, McDonagh M. Vaginal birth after cesarean: new insights. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep).* 2010 Mar;(191):1-397. [PMC free article] [PubMed]
34. Guise JM, Denman MA, Emeis C, Marshall N, Walker M, Fu R, Janik R, Nygren P, Eden KB, McDonagh M. Vaginal birth after cesarean: new insights on maternal and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol.* 2010 Jun;115(6):1267-1278. [PubMed]
35. Joyce A, Martin MPH, Hamilton PD BE, Osterman MHS MJK. Births in the United States, 2016. NCHS Data Brief. 2017;287:1-8.
36. World Health Organization Human Reproduction Programme A. WHO statement on caesarean section rates. *Reprod Health Matters.* 2015;23(45):149-50.
37. Cheng YW, Eden KB, Marshall N, Pereira L, Caughey AB, Guise JM. Delivery after prior cesarean: maternal morbidity and mortality. *Clin Perinatol.* 2011;(2):297-309.
38. Bellows P, Shah U, Hawley L, Drexler K, Gandhi M, Sangi-Haghpeykar H, Davidson C. Evaluation of outcomes associated with trial of labor after cesarean

- delivery after a change in clinical practice guidelines in an academic hospital. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017;30(17):2092–6.
39. RCOG: Birth after Previous Caesarean Birth (Green-top Guideline No. 45). Green-top Guideline No 45 October 2015. <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-researchservices/guidelines/q=Birth+after+previous+caesarean+birth+&subject=&type=Green-top+Guidelines&orderby=title>. (Green-top Guideline No. 45 October 2015).
 40. Foureur M, Ryan CL, Nicholl M, Homer C. Inconsistent evidence: analysis of six national guidelines for vaginal birth after cesarean section. *Birth.* 2010;37(1):3–10.
 41. 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.* 2013;12:CD004224.
 42. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, Moawad AH, Caritis SN, Harper M, Wapner RJ, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med.* 2004;351(25):2581–9.
 43. Knight HE, Gurol-Urganci I, van der Meulen JH, Mahmood TA, Richmond DH, Dougall A, Cromwell DA. Vaginal birth after caesarean section: a cohort study investigating factors associated with its uptake and success. *BJOG.* 2014;121(2):183–92.
 44. McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA Jr, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *N Engl J Med.* 1996;335(10):689–95
 45. Eden KB, McDonagh M, Denman MA, Marshall N, Emeis C, Fu R, Janik R, Walker M, Guise JM. New insights on vaginal birth after cesarean: can it be predicted? *Obstet Gynecol.* 2010;116(4):967–81.
 46. Rosen MG, Dickinson JC. Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of indicators for success. *Obstet Gynecol.* 1990;76(5 Pt 1):865–9.
 47. Bulletins-Obstetrics. CoP: Practice Bulletin No. 184 vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2017;130(5):e217–33.
 48. Beloosesky R, Khatib N, Ganem N, Matanes E, Ginsberg Y, Divon M, Weiner Z. Cervical length measured before delivery and the success rate of vaginal birth after cesarean (VBAC). *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018;31(4):464–8.
 49. Fox NS, Namath AG, Ali M, Naqvi M, Gupta S, Rebarber A. Vaginal birth after cesarean delivery for arrest of descent. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018:1–5.
 50. Wen J, Song X, Ding H, Shen X, Shen R, Hu LQ, Long W. Prediction of vaginal birth after cesarean delivery in Chinese parturients. *Sci Rep.* 2018;8(1):3084.

51. Krispin E, Hirsch L, Wilk Goldsher Y, Wiznitzer A, Yogev Y, Ashwal E. Association between prior vaginal birth after cesarean and subsequent labor outcome. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018;31(8):1066–72.
52. Kalisa R, Rulisa S, van Roosmalen J, van den Akker T. Maternal and perinatal outcome after previous caesarean section in rural Rwanda. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):272.
53. Mizrachi Y, Barber E, Kovo M, Bar J, Lurie S. Prediction of vaginal birth after one cesarean delivery for non-progressive labor. *Arch Gynecol Obstet.* 2018;297(1):85–91.
54. Tsai HT, Wu CH. Vaginal birth after cesarean section—the world trend and local experience in Taiwan. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2017;56(1):41–5.
55. McDonald ACE, Wise MR, Thompson JM. Effect of excessive gestational weight gain on trial of labour after caesarean: a retrospective cohort study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2018;58(1):64–71.
56. De Bonrosto TC, Tejero Cabrejas EL, Marti Gamboa S, Lapresta Moros M, Campillos Maza JM, Castan Mateo S. Double-balloon catheter for induction of labour in women with a previous cesarean section, could it be the best choice? *Arch Gynecol Obstet.* 2017;295(5):1135–43.
57. Maykin MM, Mularz AJ, Lee LK, Valderramos SG. Validation of a prediction model for vaginal birth after cesarean delivery reveals unexpected success in a diverse American population. *AJP Rep.* 2017;7(1):e31–8.
58. Patel MD, Maitra N, Patel PK, Sheth T, Vaishnav P. Predicting successful trial of labor after cesarean delivery: evaluation of two scoring systems. *J Obstet Gynaecol India.* 2018;68(4):276–82.
59. Nakamura K, Hayashi S, Sasahara J, Okamoto Y, Ishii K, Mitsuda N. Labor after cesarean delivery managed without induction or augmentation of labor. *Birth.* 2017;44(4):363–8.
60. Kalok A, Zabil SA, Jamil MA, Lim PS, Shafiee MN, Kampan N, Shah SA, Mohamed Ismail NA. Antenatal scoring system in predicting the success of planned vaginal birth following one previous caesarean section. *J Obstet Gynaecol.* 2018;38(3):339–43.
61. Abreu-Silva J, Castro J, Maia C, Pinho M, Carvalho C. Trial of labour after caesarean section: two-year analysis at a Portuguese Centre. *J Obstet Gynaecol.* 2017;37(6):704–8.
62. Wassan Yassen A, Nawal D. Factors influencing successful vaginal birth after cesarean delivery. *Bahrain Med Bull.* 2017;39(1):24–8.
63. Haumonte JB, Raylet M, Christophe M, Mauviel F, Bertrand A, Desbriere R, d'Ercole C. French validation and adaptation of the Grobman nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean delivery. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2018;47(3):127–31.

64. Ganer Herman H, Kogan Z, Bar J, Kovo M. Trial of labor after cesarean delivery for pregnancies complicated by gestational diabetes mellitus. *Int J Gynaecol Obstet.* 2017;138(1):84–8.
65. Mirteymouri M, Ayati S, Pourali L, Mahmoodinia M, Mahmoodinia M. Evaluation of maternal-neonatal outcomes in vaginal birth after cesarean delivery referred to maternity of academic hospitals. *J Family Reprod Health.* 2016;10(4):206–10.
66. Black M, Bhattacharya S, Philip S, Norman JE, McLernon DJ. Planned repeat cesarean section at term and adverse childhood health outcomes: a record linkage study. *PLoS Med.* 2016;13(3):e1001973.
67. Annessi E, Del Giovane C, Magnani L, Carossino E, Baldoni G, Battagliarin G, Accorsi P, Fabio F. A modified prediction model for VBAC, in a European population. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016;29(3):435–9.
68. Gonsalves H, Al-Riyami N, Al-Dughaisi T, Gowri V, Al-Azri M, Salahuddin A. Use of intracervical Foley catheter for induction of labour in cases of previous caesarean section: experience of a single tertiary Centre in Oman. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 2016;16(4):e445–50.
69. Nkwabong E, Fomulu JN, Djomkam Youmsi FL. Trial of labor after cesarean section among women with unique lower segment scarred uterus and fetal weight >3500 g: prognostic factors for a safe vaginal delivery. *J Obstet Gynaecol India.* 2016;66(Suppl 1):202–6.
70. Khan B, Deeba F, Bashir R, Khan W. Outcome of trial of scar in patients with previous caesarean section. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2016;28(3):587–90.
71. Comas M, Cochs B, Marti L, Ruiz R, Maireles S, Costa J, Canet Y. Ultrasound examination at term for predicting the outcome of delivery in women with a previous cesarean section. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016;29(23):3870–4.
72. Miller ES, Sakowicz A, Donelan EA, Grobman WA. Does midtrimester cervical length aid in predicting vaginal birth after cesarean? *Am J Obstet Gynecol.* 2015;212(6):791.e791–4.
73. Ashwal E, Wertheimer A, Aviram A, Wiznitzer A, Yogev Y, Hirsch L. Prediction of successful trial of labor after cesarean - the benefit of prior vaginal delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2016;29(16):2665–70.
74. Senturk MB, Cakmak Y, Atac H, Budak MS. Factors associated with successful vaginal birth after cesarean section and outcomes in rural area of Anatolia. *Int J Women's Health.* 2015;7:693–7.
75. Singh N, Tripathi R, Mala YM, Dixit R. Scar thickness measurement by transvaginal sonography in late second trimester and third trimester in pregnant patients with previous cesarean section: does sequential change in scar thickness

- with gestational age correlate with mode of delivery? *JUltrasound*. 2015;18(2):173–8.
76. Facchinetti F, Del Giovane C, Petrella E, Annessi E. Induction of labor in women that had a previous cesarean delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2015;28(1):55–8
77. Regan J, Keup C, Wolfe K, Snyder C, DeFranco E. Vaginal birth after cesarean success in high-risk women: a population-based study. *J Perinatol*. 2015;35(4):252–7.
78. Soni A, Sharma C, Verma S, Justa U, Soni PK, Verma A. A prospective observational study of trial of labor after cesarean in rural India. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;129(2):156–60.
79. Balachandran L, Vaswani PR, Mogotlane R. Pregnancy outcome in women with previous one cesarean section. *J Clin Diagn Res*. 2014;8(2):99–102.
80. Gupta S, Jeeyaselan S, Guleria R, Gupta A. An observational study of various predictors of success of vaginal delivery following a previous cesarean section. *J Obstet Gynaecol India*. 2014;64(4):260–4.
81. Ugwu GO, Iyoke CA, Onah HE, Egwuatu VE, Ezugwu FO. Maternal and perinatal outcomes of delivery after a previous cesarean section in Enugu, Southeast Nigeria: a prospective observational study. *Int J Women's Health*. 2014;6:301–5.
82. Shaheen N, Khalil S, Iftikhar P. Prediction of successful trial of labour in patients with a previous caesarean section. *J Pak Med Assoc*. 2014;64(5):542–5.
83. Damle LF, Wilson K, Huang CC, Landy HJ, Gomez-Lobo V. Do they stand a chance? Vaginal birth after cesarean section in adolescents compared to adult women. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015;28(4):219–23.
84. Sananes N, Rodriguez M, Stora C, Pinton A, Fritz G, Gaudineau A, Aissi G, Boudier E, Viville B, Favre R, et al. Efficacy and safety of labour induction in patients with a single previous caesarean section: a proposal for a clinical protocol. *Arch Gynecol Obstet*. 2014;290(4):669–76.
85. Melamed N, Segev M, Hadar E, Peled Y, Wiznitzer A, Yogev Y. Outcome of trial of labor after cesarean section in women with past failed operative vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;209(1):49.e41–7.
86. Metz TD, Stoddard GJ, Henry E, Jackson M, Holmgren C, Esplin S. Simple, validated vaginal birth after cesarean delivery prediction model for use at the time of admission. *Obstet Gynecol*. 2013;122(3):571–8.
87. Siddiqui SA. Obstetric factors for unsuccessful trial of labor in second-order birth following previous cesarean. *Ann Saudi Med*. 2013;33(4):356–62.
88. Birara M, Gebrehiwot Y. Factors associated with success of vaginal birth after one caesarean section (VBAC) at three teaching hospitals in Addis Ababa, Ethiopia: a case control study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:31.

89. Naji O, Wynants L, Smith A, Abdallah Y, Stalder C, Sayasneh A, McIndoe A, Ghaem-Maghami S, Van Huffel S, Van Calster B, et al. Predicting successful vaginal birth after cesarean section using a model based on cesarean scar features examined by transvaginal sonography. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013;41(6):672–8.
90. Obeidat N, Meri ZB, Obeidat M, Khader Y, Al-Khateeb M, Zayed F, Alchalabi H, Kriesat W, Lataifeh I. Vaginal birth after caesarean section (VBAC) in women with spontaneous labour: predictors of success. *J Obstet Gynaecol.* 2013;33(5):474–8.
91. Yokoi A, Ishikawa K, Miyazaki K, Yoshida K, Furuhashi M, Tamakoshi K. Validation of the prediction model for success of vaginal birth after cesarean delivery in Japanese women. *Int J Med Sci.* 2012;9(6):488–91.
92. Erez O, Novack L, Kleitman-Meir V, Dukler D, Erez-Weiss I, Gotsch F, Mazor M. Remote prognosis after primary cesarean delivery: the association of VBACs and recurrent cesarean deliveries with maternal morbidity. *Int J Women's Health.* 2012;4:93–107.
93. Ouzounian JG, Miller DA, Hiebert CJ, Battista LR, Lee RH. Vaginal birth after cesarean section: risk of uterine rupture with labor induction. *Am J Perinatol.* 2011;28(8):593–6.
94. Puri P, Abraham M, Grover S. Vaginal birth after one previous lower segment cesarean section. *JK Sci.* 2011;13:4:179-81.
95. Madaan M, Agrawal S, Nigam A, Aggarwal R, Trivedi SS. Trial of labour after previous caesarean section: the predictive factors affecting outcome. *J Obstet Gynaecol.* 2011;31(3):224–8.
96. Wanyonyi SZ, Karuga RN. The utility of clinical care pathways in determining perinatal outcomes for women with one previous caesarean section; a retrospective service evaluation. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2010;10:62.
97. Oboro V, Adewunmi A, Ande A, Olagbuji B, Ezeanochie M, Oyeniran A. Morbidity associated with failed vaginal birth after cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2010;89(9):1229–32.
98. Olagbuji B, Ezeanochie M, Okonofua F. Predictors of successful vaginal delivery after previous caesarean section in a Nigerian tertiary hospital. *J Obstet Gynaecol.* 2010;30(6):582–5.
99. Kwon JY, Jo YS, Lee GS, Kim SJ, Shin JC, Lee Y. Cervical dilatation at the time of cesarean section may affect the success of a subsequent vaginal delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2009;22(11):1057–62.
100. Olusanya BO, Solanke OA. Adverse neonatal outcomes associated with trial of labor after previous cesarean delivery in an inner-city hospital in Lagos, Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009;107(2):135–9.
101. Hollard AL, Wing DA, Chung JH, Rumney PJ, Saul L, Nageotte MP, Lagrew D. Ethnic disparity in the success of vaginal birth after cesarean delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2006;19(8):483–7.
102. Jerbi M, Hidar S, Ammar A, Khairi H. Predictive factors of vaginal birth after cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet.* 2006;94(1):43–4.

103. Srinivas SK, Stamilio DM, Stevens EJ, Peipert JF, Odibo AO, Macones GA. Safety and success of vaginal birth after cesarean delivery in patients with preeclampsia. *Am J Perinatol.* 2006;23(3):145–52.
104. Smith GC, 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.
105. Pathadey SD, Van Woerden HC, Jenkinson SD. Induction of labour after a previous caesarean section: a retrospective study in a district general hospital. *J Obstet Gynaecol.* 2005;25(7):662–5.
106. Landon MB, Leindecker S, Spong CY, Hauth JC, Bloom S, Varner MW, Moawad AH, Caritis SN, Harper M, Wapner RJ, 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):1016–23.
107. Bujold E, Hammoud A, Schild C, Krapp M, Baumann P. The role of maternal body mass index in outcomes of vaginal births after cesarean. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(4):1517–21.
108. Cameron CA, Roberts CL, Peat B. Predictors of labor and vaginal birth after cesarean section. *Int J Gynaecol Obstet.* 2004;85(3):267–9.
109. 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):447–53.
110. Raja JF, Bangash KT, Mahmud G. VBAC scoring: Successful vaginal delivery in previous one caesarean section in induced labour. *J Pak Med Assoc.* 2013;63:1147–51.
111. Tripathi JB, Doshi HU, Kotdawala PJ. Vaginal birth after one caesarean section: analysis of indicators of success. *J Indian Med Assoc.* 2006;104(3):113–5.
112. Marchiano D, Elkousy M, Stevens E, Peipert J, Macones G. Diet controlled gestational diabetes mellitus does not influence the success rates for vaginal birth after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190(3):790
113. Abdelazim IA, Elbiaa AA, Al-Kadi M, Yehia AH, Nusair BM, Faza MA. Maternal and obstetrical factors associated with a successful trial of vaginal birth after cesarean section. *J Turk Ger Gynecol Assoc.* 2014;15:245–9.
114. Landon MB, Leindecker S, Spong CY, Hauth JC, Bloom S, Varner MW, et al. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. The MFMU Cesarean Registry: Factors affecting the success of trial of labor after previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193:1016–23.
115. Juhasz G, Gyamfi C, Gyamfi P, Tocce K, Stone JL. Effect of body mass index and excessive weight gain on success of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2005;106:741–6.
116. Tessmer-Tuck J, A, El-Nashar S, A, Racek A, R, Lohse C, M, Famuyide A, O, Wick M, J: Predicting Vaginal Birth after Cesarean Section: A Cohort Study. *Gynecol Obstet Invest* 2014;77:121-126.

117. Cahill AG, Stamilio DM, Odibo AO, Peipert JF, Ratcliffe SJ, Stevens EJ, 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;195:1143–7.
118. Smith GC, 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:e252.
119. Belihu FB, Small R, Davey MA. Trial of labour and vaginal birth after previous caesarean section: A population-based study of Eastern African immigrants in Victoria, Australia. *Midwifery.* 2017;46:8–16.
120. RCOG Green-top Guideline No. 45. Birth after Previous Caesarean Birth. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. 2015
121. Madaan M, Agrawal S, Nigam A, Aggarwal R, Trivedi SS. Trial of labour after previous cesarean section: The predictive factors affecting outcome. *J Obstet Gynaecol.* 2011;31:224–8.
122. Foureur M, Turkmani S, Clack DC, et al. Caring for women wanting a vaginal birth after previous caesarean section: A qualitative study of the experiences of midwives and obstetricians. *Women and Birth.* 2017;30(1):3-8.
123. Torigoe I, Shorten B, Yoshida S, Shorten A. Trends in birth choices after caesarean section in Japan: A national survey examining information and access to vaginal birth after caesarean. *Midwifery.* 2016;37:49–56.
124. Mu Y, Li X, Zhu J, Liu Z, Li M, Deng K, et al. Prior caesarean section and likelihood of vaginal birth, 2012–2016, China. *Bull World Health Organ.* 2018;96:548–57.
125. Seffah JD, Adu-Bonsaffoh K. Vaginal birth after a previous caesarean section: Current trends and outlook in Ghana. *J West Afr Coll Surg.* 2014;4:1–25.
126. 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):1644–8
127. World Health Organization. WHO statement on caesarean section rates. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014.

Abstrakt

Hyrje: Lindja natyrale pas lindjes cezariane përshkruan një lindje vaginale në një grua që ka lindur me operacion cezarian në një shtatzëni të mëparshme.

Qëllimi i studimit Vlerësimi i incidencës dhe ndjekja e lindjes natyrale në gratë shtatzëna post section cesarea.

Materiali dhe metodat: Ky është një studim prospektiv i kryer në Spitalin Universitar Obstetrik-Gjinekologjik "Koço Gliozheni", Tiranë, në periudhën 20105-2014.

Në studim morën pjesë 103 gra shtatzëna të vendosura për lindje natyrale të cilat kishin pasur më parë lindje cesariane.

Rezultate: Mosha mesatare e grave ishte 26.4 (3.7) vjeç që varion nga 20 vjeç deri në 38 vjeç.

Përsa i përket mënyrës së lindjes 68 prej grave ose 66% e tyre kanë lindur në mënyrë natyrale ndërsa 35 (34%) e tyre me section cesarean. Nga 68 gratë me lindje natyrale 4 ose 3.9% e totalit të grave kanë kryer lindje vaginale – instrumentale. Në analizën multivariate të regresionit logjistik faktorët sinjifikante maternale dhe obstetrikale të lidhur me lindjen natyrale jo të suksesshme rezultuan:

BMI >25 (p=0.01), disproporcion cefalo-pelvik (p=0.04), dilatacion cervikal <4 cm (p=0.02) dhe faza aktive e lindjes >7 ore (p=0.04).

Konkluzion: Personeli që kujdesen për pacientët me seksion cezarian të mëparshëm duhet të këshillojnë pacientët në lidhje me rreziqet dhe përfitimet e mundshme të lindjes natyrale dhe faktorët që ndikojnë në gjasat e lindjes së suksesshme vaginale. Personeli duhet të njohë edhe menaxhimin intrapartum të pacienteve që i nënshtrohen lindjes natyrale dhe të jenë në gjendje të njohin dhe menaxhojnë në mënyrë të përshtatshme komplikacionet e mundshme.

Fjalë kyç: sectio cesarea e mëparshme, lindje natyrale

Abstract

Introduction: Natural childbirth after cesarean delivery describes a vaginal birth in a woman who has given birth by cesarean section in a previous pregnancy.

Aim: Assessing the incidence and follow-up of natural childbirth in pregnant women post section cesarea.

Material and methods: This is a prospective study conducted at the University Obstetric-Gynecological Hospital "Koço Gliozheni", Tirana, in the period 20105-2014. The study included 103 pregnant women scheduled for natural childbirth who had previously had a cesarean delivery.

Results: The average age of women was 26.4 (3.7) years ranging from 20 years to 38 years.

Regarding the way of giving birth, 68 of the women or 66% of them gave birth naturally while 35 (34%) of them had a cesarean section. Out of 68 women with natural childbirth, 4 or 3.9% of the total number of women have performed vaginal-instrumental childbirth. In the univariate analysis of logistic regression, significant material and obstetric factors related to natural childbirth resulted: BMI > 25 (p = 0.01), cephalopelvic disproportion (p = 0.04), cervical dilatation <4 cm (p = 0.02) and active phase of labor > 7h (p = 0.04).

Conclusion: Staff caring for patients with previous cesarean section should advise patients about the risks and potential benefits of natural childbirth and the factors that affect the likelihood of a successful vaginal birth. Staff should also be familiar with the intrapartum management of patients undergoing natural childbirth and be able to adequately recognize and manage potential complications.

Keywords: previous cesarean section, natural birth