

**Ε Μ Γ Ε**Ελληνική Μαιευτική και
Γυναικολογική Εταιρεία

Κατευθυντήρια Οδηγία Νο 25

Δεκέμβριος 2014

Κολπικός τοκετός μετά από Καισαρική τομή

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια μεγάλη συζήτηση και ανησυχία για τις προϋποθέσεις για κολπικό τοκετό μετά από μια Καισαρική τομή τόσο στην Ελλάδα όσο και διεθνώς. Η αύξηση του ποσοστού των Καισαρικών τομών έχει αυξήσει δραματικά τον «μαιευτικό» πληθυσμό με ιστορικό Καισαρικής τομής, στις οποίες μπορεί να προσφερθεί η επιλογή είτε προγραμματισμένης (εκλεκτικής) Καισαρικής τομής είτε κολπικού τοκετού.

Γυναίκες με ιστορικό μιας χαμηλής εγκάρσιας Καισαρικής τομής χωρίς επιπλοκές θα πρέπει να είναι υποψήφιες για κολπικό τοκετό σε μια επόμενη κύηση χωρίς επιπλοκές και εφόσον δεν υπάρχει κάποια αντένδειξη [1-4]. Ωστόσο νεότερα δεδομένα δείχνουν ότι ο κολπικός τοκετός μετά από Καισαρική τομή δεν είναι τόσο ασφαλής όσο είχε αρχικά εκτιμηθεί [5-7].

Συμβουλευτική επιτόκου

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης μιας εγκύου με ιστορικό χαμηλής εγκάρσιας Καισαρικής τομής χωρίς επιπλοκές θα πρέπει να γίνεται συζήτηση για τον πιθανό τρόπο τοκετού και να προσφέρονται ως επιλογές τόσο ο κολπικός τοκετός όσο και η εκλεκτική Καισαρική τομή. Η τελική απόφαση θα πρέπει να λαμβάνεται μετά από πλήρη και αναλυτική ενημέρωση της εγκύου πριν την πιθανή/αναμενόμενη ημερομηνία τοκετού και ιδανικά πριν την 36^η εβδομάδα. Κάθε γυναίκα θα πρέπει να γνωρίζει ότι η πιθανότητα επιτυχημένου κολπικού τοκετού μετά από μια Καισαρική τομή είναι 72 - 76% [8-10](Επίπεδο τεκμηρίωσης IIa, IIb) (Βαθμίδα σύστασης Β). Επίσης θα πρέπει όλες οι

γυναίκες να ενημερώνονται για τους κινδύνους και το οφέλη τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογνό. Υπολογίζεται ότι έως και 10% των γυναικών που προγραμματίζονται για εκλεκτική Καισαρική τομή θα μπου σε τοκετό πριν την 39^η εβδομάδα και για αυτό θα πρέπει η αντιμετώπιση να έχει αποφασισθεί πριν από αυτή την ημερομηνία [6] (Επίπεδο τεκμηρίωσης IIa).

Μέχρι στιγμής έχουν σημειωθεί μια σειρά παραγόντων που σχετίζονται με ένα επιτυχημένο κολπικό τοκετό μετά από Καισαρική τομή. Ο προηγούμενος κολπικός τοκετός, ειδικά μετά από την Καισαρική τομή είναι ο καλύτερος προγνωστικός παράγοντας για επιτυχημένο κολπικό τοκετό και σχετίζεται με 87-90% ποσοστό επιτυχίας [11-13].

Αντίθετα η πρόκληση τοκετού, η απουσία προηγούμενου κολπικού τοκετού, ο δείκτης μάζας σώματος μεγαλύτερος του 30 και το ιστορικό Καισαρικής τομής για δυστοκία μειώνουν την πιθανότητα επιτυχίας του κολπικού τοκετού [11-12, 14-16]. Όταν συνυπάρχουν όλοι αυτοί οι αρνητικοί παράγοντες τότε το ποσοστό επιτυχίας είναι μόνο 40% [12] (Επίπεδο τεκμηρίωσης IIa, IIb).

Επίσης μειωμένη πιθανότητα επιτυχίας υπάρχει όταν υπάρχουν ένας ή περισσότεροι από τους παρακάτω παράγοντες: ηλικία κύησης ίση ή μεγαλύτερη από τις 41 εβδομάδες, εκτιμώμενο σωματικό βάρος εμβρύου >4.000 γραμμ., μη χρήση επισκληριδίου αναλγησία, ιστορικό πρόωρου τοκετού με Καισαρική τομή, διαστολή τραχήλου μικρότερη από 4 εκ. στην εισαγωγή, διάστημα μικρότερο των 2 ετών από την Καισαρική τομή και προχωρημένη ηλικία της μητέρας [17-20] (Επίπεδο τεκμηρίωσης IIb, IIIa).

Αντενδείξεις για κολπικό τοκετό

Για γυναίκες με μια προηγούμενη χαμηλή εγκάρσια τομή στην μήτρα (χωρίς άλλες επιπλοκές) θα πρέπει να υπάρχουν σαφείς πληροφορίες για τη χειρουργική επέμβαση και να γίνεται μια συνολική εκτίμηση για την προσπάθεια κολπικού τοκετού (Βαθμίδα Σύστασης Γ). Ακόμη οι γυναίκες με 2 χαμηλές εγκάρσιες τομές χωρίς άλλες επιπλοκές, θα πρέπει επίσης να έχουν ως επιλογή κατά περίπτωση κολπικό τοκετό (Βαθμίδα Σύστασης Β).

Τα μέχρι στιγμής δεδομένα για τη σχέση του αριθμού των τομών και του μητρικού και του περιγεννητικού αποτελέσματος παραμένουν αντικρουόμενα [21-24], για να υπάρξει σαφής σύσταση για τον ασφαλή αριθμό των προηγούμενων τομών.

Ωστόσο ο κολπικός τοκετός αντενδείκνυται στις παρακάτω περιπτώσεις (Επίπεδο τεκμηρίωσης IIb, III):

- Ιστορικό ρήξης μήτρας [23, 25]
- Προηγούμενη κάθετη τομή στην μήτρα [23, 25]
- Τρεις ή περισσότερες Καισαρικές τομές

Μόνο σε ειδικές περιπτώσεις όπως αποβολής ή ενδομήτριου θανάτου μπορεί να επιλεγθεί κατά περίπτωση και ο κολπικός τοκετός (Επίπεδο τεκμηρίωσης IIa).

Σε ότι αφορά το ιστορικό ινομυωματεκτομής ή άλλης σύνθετης επέμβασης στη μήτρα δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για τον μελλοντικό κίνδυνο ρήξης μήτρας [26-28] (Επίπεδο τεκμηρίωσης III).

Για τις γυναίκες με 2 ή περισσότερες Καισαρικές τομές τα ποσοστά ρήξης μήτρας δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά από αυτές με μια μόνο τομή [29] (Επίπεδο τεκμηρίωσης IIa). Ωστόσο τα ποσοστά Υστερεκτομής και μετάγγισης αίματος ήταν σημαντικά υψηλότερα [29].

Κίνδυνοι και οφέλη

Οι γυναίκες που επιλέγουν την προσπάθεια κολπικού τοκετού μετά από Καισαρική τομή θα πρέπει να ενημερώνονται ότι ο κίνδυνος ρήξης μήτρας είναι 0.22 – 0.74%, ενώ σε προγραμματισμένη Καισαρική τομή είναι μηδενικό (Βαθμίδα Σύστασης B).

Πιο συγκεκριμένα υπολογίζεται ότι ο κίνδυνος ρήξης μήτρας χωρίς ιστορικό τομής στην μήτρα είναι 0.5 – 2 /10.000 τοκετούς. Σε ιστορικό Καισαρικής τομής ο κίνδυνος αυξάνεται μέχρι 0.74%, ενώ στην ίδια μελέτη ο κίνδυνος σε εκλεκτική Καισαρική τομή ήταν μηδενικός [6, 30] (Επίπεδο τεκμηρίωσης IIa). Επιπλέον φαίνεται ότι γυναίκες που παρουσίασαν πυρετό μετά την Καισαρική τομή είναι σε πιο μεγάλο κίνδυνο για ρήξη μήτρας σε επόμενη προσπάθεια κολπικού τοκετού [31](Επίπεδο τεκμηρίωσης III).

Ενώ κάποιες επιστημονικές εταιρείες συστήνουν το κλείσιμο της μήτρας σε δυο στρώματα, δεν υπάρχουν ακόμη επαρκή δεδομένα για καθιερωθεί αποκλειστικά αυτή η τεχνική και απαιτούνται επιπλέον τυχαιοποιημένες μελέτες [32](Επίπεδο τεκμηρίωσης IV).

Επίσης υπάρχει επιπλέον κίνδυνος 1% για μετάγγιση αίματος ή ενδομητρίτιδα σε γυναίκες με κολπικό τοκετό μετά από Καισαρική τομή, ενώ δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά στα ποσοστά υστερεκτομής, θρομβοεμβολικής νόσου ή μητρικού θανάτου [6](Βαθμίδα Σύστασης Β) (Επίπεδο τεκμηρίωσης ΙΙα).

Η αυξημένη νοσηρότητα σε γυναίκες που επιχειρούν κολπικό τοκετό οφείλεται κατά κύριο λόγο σε περιπτώσεις μη επιτυχημένης προσπάθειας τοκετού, οι οποίες παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά ρήξης μήτρας, υστερεκτομής, μετάγγισης αίματος και ενδομητρίτιδας [33](Επίπεδο τεκμηρίωσης ΙΙα).

Σε ότι αφορά την εμβρυική νοσηρότητα οι γυναίκες που επιλέγουν προσπάθεια κολπικού τοκετού θα πρέπει να γνωρίζουν ότι υπάρχει ένας επιπλέον κίνδυνος για το νεογνό 2-3/10.000 (Βαθμίδα Σύστασης Β). Σε μια από τις μεγαλύτερες μελέτες [6] βρέθηκε σε τελειόμηνες κυήσεις σημαντικά υψηλότερη νεογνική νοσηρότητα στην ομάδα του κολπικού τοκετού, όπως και ο κίνδυνος εμφάνισης υποξικής ισχαιμικής εγκεφαλοπάθειας (Επίπεδο τεκμηρίωσης ΙΙα) και φθάνει μέχρι 8/10.000 γεννήσεις (Βαθμίδα Σύστασης Β). Στον αντίποδα τα ποσοστά ανάπτυξης αναπνευστικής δυσχέρειας είναι μειωμένα (Βαθμίδα Σύστασης Β) και πιο συγκεκριμένα είναι 2-3% στον κολπικό τοκετό έναντι 3-4% σε εκλεκτική Καισαρική τομή [6, 34-35] (Επίπεδο τεκμηρίωσης ΙΙα). Ο κίνδυνος αυτός στην ομάδα εκλεκτικής Καισαρικής τομής μειώνεται σημαντικά με την πραγματοποίησή της στις 39 εβδομάδες αντί για 38 (Ιβ, ΙΙα).

Οι επιπλοκές από την αναισθησία είναι οι ίδιες και στις δυο επιλογές, ενώ οι γυναίκες θα πρέπει να γνωρίζουν ότι η επιλογή Καισαρικής τομής αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης μαιευτικών επιπλοκών σε επόμενες κυήσεις (Βαθμίδα Σύστασης Β).

Πίνακας 1. **Κίνδυνοι για τη μητέρα [36]**

	Καισαρική τομή	Κολπικός τοκετός	
	%	1 Προηγηθείσα ΚΤ	>2 προηγηθείσες ΚΤ
Ενδομητρίτιδα	1.5-2.1	2.9	3.1
Τραυματισμός	0.42 - 0.6	0.4	0.4
Μετάγγιση	1-1.4	0.7-1.7	3.2
Υστερεκτομή	0-0.4	0.2-0.5	0.6
Ρήξη μήτρας	0.4-0.5	0.7-0.9	0.9-1.8
Μητρική θνησιμότητα	0.02-0.04	0.02	

Πίνακας 2. **Κίνδυνοι για το νεογνό [36]**

	Καισαρική τομή %	Κολπικός τοκετός %
Θνησιγενές έμβρυο		
37 - 38 εβδ.	0.08	0.38
>39 εβδ	0.01	0.16
Υποξαιμική εγκεφαλοπάθεια	0 - 0.013	0.08
Νεογνικός θάνατος	0.05	0.08
Περιγεννητικός θάνατος	0.01	0.13
Αναπνευστική δυσχέρεια	1 - 5	0.1 - 1.8
Ταχύπνοια	6.2	3.5
Υπερχοληρυθραιμία	5.8	2.2

Προϋποθέσεις προσπάθειας κολπικού τοκετού

Σε κάθε περίπτωση συστήνεται η προσπάθεια κολπικού τοκετού μετά από Καισαρική τομή να πραγματοποιείται σε πλήρως εξοπλισμένες και οργανωμένες μαιευτικές ομάδες, υπό συνεχή παρακολούθηση και δυνατότητα

άμεσης διενέργειας επείγουσας Καισαρικής τομής και ανάνηψης του νεογνού (Βαθμίδα Σύστασης Β).

Η επισκληρίδιος αναισθησία δεν αντενδείκνυται σε προσπάθεια κολπικού τοκετού (Βαθμίδα Σύστασης Γ) και αυξάνει μάλιστα τα ποσοστά επιτυχίας από 50.4% σε 73.4% [12](Επίπεδο τεκμηρίωσης Ια). Οι όποιες επιφυλάξεις για κάλυψη των συμπτωμάτων ρήξης μήτρας δεν έχουν επιβεβαιωθεί με επαρκή δεδομένα.

Σε όλη τη διάρκεια του τοκετού θα πρέπει να υπάρχει συνεχής καρδιοτοκογραφική παρακολούθηση (Βαθμίδα Σύστασης Β), καθώς το μη καθησυχαστικό καρδιοτοκογράφημα είναι το πιο ισχυρό σημείο ρήξης μήτρας και περιγράφεται στο 55-87% των περιπτώσεων [37](Επίπεδο τεκμηρίωσης ΙΙβ).

Ρήξη μήτρας

Η διάγνωση ρήξης απαιτεί άμεσα λαπαροτομία και επείγουσα Καισαρική τομή και μέτρα ανάνηψης για την μείωση της μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας (Επίπεδο τεκμηρίωσης ΙΙΙ). Δυστυχώς όμως δεν υπάρχει κάποιο παθογνωμονικό σύμπτωμα ή σημείο, παρά μόνο κλινικές ενδείξεις όταν υπάρχουν τα παρακάτω [25]:

- Μη καθησυχαστικό καρδιοτοκογράφημα
- Έντονο κοιλιακό άλγος, ιδιαίτερα μεταξύ των συσπάσεων
- Άλγος στο στήθος ή τους ώμους, με συνοδό δυσκολία αναπνοής
- Αιφνίδιο αίσθημα τάσης στο σημείο της παλαιάς ουλής
- Ανώμαλη κολπική αιμόρροια ή αιματουρία
- Ταχυκαρδία της μητέρας
- Πτώση αρτηριακής πίεσης ή σοκ
- Διακοπή των συσπάσεων της μήτρας
- Απώλεια ή απεμπέδωση του εμβρυικού πόλου

Πρόωρος τοκετός

Σε περιπτώσεις που επιχειρείται κολπικός τοκετός μετά από Καισαρική τομή πριν τις 37 εβδομάδες (αυτόματα ή ιατρογενώς) τα ποσοστά επιτυχίας είναι τα ίδια με τους τοκετούς μετά τις 37 εβδομάδες, αλλά το ποσοστό ρήξης μήτρας

είναι σημαντικά χαμηλότερο (Βαθμίδα Σύστασης Β). Μάλιστα ενώ τα ποσοστά επιτυχίας είναι σχεδόν ίδια, το ποσοστό ρήξης της μήτρας είναι 0.34% αντί 0.74% στις τελειόμηνες κυήσεις [38](Επίπεδο τεκμηρίωσης ΙΙα).

Ειδικές περιπτώσεις

Σε περιπτώσεις δίδυμης κύησης, εμβρυικής μακροσωμίας και μικρού διαστήματος από την προηγούμενη τομή συστήνεται ιδιαίτερα προσεκτική προσέγγιση, καθώς δεν έχει εξακριβωθεί η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα μιας προσπάθειας κολπικού τοκετού (Βαθμίδα Σύστασης Γ).

Υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ίδια ποσοστά επιτυχίας στις δίδυμες κυήσεις [23, 39-40], καθώς και άλλες που δείχνουν σημαντικά μικρότερα [41].

Επίσης όταν το εκτιμώμενο βάρος του εμβρύου είναι >4.000 γραμμ. φαίνεται τα ποσοστά επιτυχίας να μειώνονται σημαντικά [21, 23].

Για τις γυναίκες που γεννούν σε διάστημα μικρότερο των 24 μηνών από την προηγηθείσα Καισαρική τομή τα δεδομένα είναι ακόμα ανεπαρκή. Ο κίνδυνος ρήξης φαίνεται να είναι 2 έως 3 φορές μεγαλύτερος [42-44] (Επίπεδο τεκμηρίωσης ΙΙΙ), ενώ αυξημένα είναι επίσης και τα ποσοστά τοκετού με νέα Καισαρική τομή [12] (Επίπεδο τεκμηρίωσης ΙΙα).

Πρόκληση τοκετού

Οι γυναίκες θα πρέπει να ενημερώνονται ότι η πρόκληση ή/και η ενίσχυση τοκετού σχετίζεται με 2 έως 3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ρήξης της μήτρας και 1.5 φορά μεγαλύτερος κίνδυνος για Καισαρική τομή (Βαθμίδα Σύστασης Β).

Ο κίνδυνος ρήξης μήτρας σε προοπτική μελέτη αυξανόταν από 0.36% σε 0.87% και 1.02% σε περιπτώσεις ενίσχυσης και πρόκλησης τοκετού αντίστοιχα [6](Επίπεδο τεκμηρίωσης ΙΙα), ενώ ο κίνδυνος Καισαρικής τομής από 19% σε 26% και 33% αντίστοιχα [12](Επίπεδο τεκμηρίωσης ΙΙα).

Βιβλιογραφία

1. Menacker, F., *Trends in cesarean rates for first births and repeat cesarean rates for low-risk women: United States, 1990-2003*. Natl Vital Stat Rep, 2005. **54**(4): p. 1-8.
2. Liu, S., et al., *Recent trends in caesarean delivery rates and indications for caesarean delivery in Canada*. J Obstet Gynaecol Can, 2004. **26**(8): p. 735-42.
3. Black, C., J.A. Kaye, and H. Jick, *Cesarean delivery in the United Kingdom: time trends in the general practice research database*. Obstet Gynecol, 2005. **106**(1): p. 151-5.
4. Yeh, J., et al., *Temporal trends in the rates of trial of labor in low-risk pregnancies and their impact on the rates and success of vaginal birth after cesarean delivery*. Am J Obstet Gynecol, 2006. **194**(1): p. 144.
5. Smith, G.C., et al., *Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies*. JAMA, 2002. **287**(20): p. 2684-90.
6. Landon, M.B., et al., *Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery*. N Engl J Med, 2004. **351**(25): p. 2581-9.
7. RCOG, *Birth after previous Caesarean Birth*. Green-top Guideline 2007.
8. Mozurkewich, E.L. and E.K. Hutton, *Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999*. Am J Obstet Gynecol, 2000. **183**(5): p. 1187-97.
9. Guise, J.M., et al., *Safety of vaginal birth after cesarean: a systematic review*. Obstet Gynecol, 2004. **103**(3): p. 420-9.
10. Chauhan, S.P., et al., *Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142,075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: A review of the literature*. Am J Obstet Gynecol, 2003. **189**(2): p. 408-17.
11. Gyamfi, C., et al., *Increased success of trial of labor after previous vaginal birth after cesarean*. Obstet Gynecol, 2004. **104**(4): p. 715-9.
12. Landon, M.B., 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): p. 1016-23.
13. Smith, G.C., et al., *Predicting cesarean section and uterine rupture among women attempting vaginal birth after prior cesarean section*. PLoS Med, 2005. **2**(9): p. e252.
14. Juhasz, G., et al., *Effect of body mass index and excessive weight gain on success of vaginal birth after cesarean delivery*. Obstet Gynecol, 2005. **106**(4): p. 741-6.
15. Goodall, P.T., et al., *Obesity as a risk factor for failed trial of labor in patients with previous cesarean delivery*. Am J Obstet Gynecol, 2005. **192**(5): p. 1423-6.
16. Hibbard, J.U., et al., *Trial of labor or repeat cesarean delivery in women with morbid obesity and previous cesarean delivery*. Obstet Gynecol, 2006. **108**(1): p. 125-33.
17. Bujold, E., et al., *Trial of labor in patients with a previous cesarean section: does maternal age influence the outcome?* Am J Obstet Gynecol, 2004. **190**(4): p. 1113-8.
18. Rochelson, B., et al., *Previous preterm cesarean delivery: identification of a new risk factor for uterine rupture in VBAC candidates*. J Matern Fetal Neonatal Med, 2005. **18**(5): p. 339-42.
19. Coassolo, K.M., et al., *Safety and efficacy of vaginal birth after cesarean attempts at or beyond 40 weeks of gestation*. Obstet Gynecol, 2005. **106**(4): p. 700-6.
20. Hollard, A.L., et al., *Ethnic disparity in the success of vaginal birth after cesarean delivery*. J Matern Fetal Neonatal Med, 2006. **19**(8): p. 483-7.
21. Spaans, W.A., et al., *Trial of labour after two or three previous caesarean sections*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2003. **110**(1): p. 16-9.
22. Lieberman, E., et al., *Results of the national study of vaginal birth after cesarean in birth centers*. Obstet Gynecol, 2004. **104**(5 Pt 1): p. 933-42.

23. Guise, J.M., J. Hashima, and P. Osterweil, *Evidence-based vaginal birth after Caesarean section*. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2005. **19**(1): p. 117-30.
24. Macones, G.A., et al., *Obstetric outcomes in women with two prior cesarean deliveries: is vaginal birth after cesarean delivery a viable option?* Am J Obstet Gynecol, 2005. **192**(4): p. 1223-8; discussion 1228-9.
25. Turner, M.J., *Uterine rupture*. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol, 2002. **16**(1): p. 69-79.
26. Seracchioli, R., et al., *Fertility and obstetric outcome after laparoscopic myomectomy of large myomata: a randomized comparison with abdominal myomectomy*. Hum Reprod, 2000. **15**(12): p. 2663-8.
27. Dubuisso, J.B., et al., *Laparoscopic myomectomy: a current view*. Hum Reprod Update, 2000. **6**(6): p. 588-94.
28. Seracchioli, R., et al., *Obstetric and delivery outcome of pregnancies achieved after laparoscopic myomectomy*. Fertil Steril, 2006. **86**(1): p. 159-65.
29. Landon, M.B., et al., *Risk of uterine rupture with a trial of labor in women with multiple and single prior cesarean delivery*. Obstet Gynecol, 2006. **108**(1): p. 12-20.
30. Bujold, E., R.J. Gauthier, and E. Hamilton, *Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery*. J Midwifery Womens Health, 2005. **50**(5): p. 363-4.
31. Shipp, T.D., et al., *Post-cesarean delivery fever and uterine rupture in a subsequent trial of labor*. Obstet Gynecol, 2003. **101**(1): p. 136-9.
32. *SOGC clinical practice guidelines. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. Number 155 (Replaces guideline Number 147), February 2005*. Int J Gynaecol Obstet, 2005. **89**(3): p. 319-31.
33. Wen, S.W., et al., *Comparison of maternal mortality and morbidity between trial of labor and elective cesarean section among women with previous cesarean delivery*. Am J Obstet Gynecol, 2004. **191**(4): p. 1263-9.
34. Morrison, J.J., J.M. Rennie, and P.J. Milton, *Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section*. Br J Obstet Gynaecol, 1995. **102**(2): p. 101-6.
35. Levine, E.M., et al., *Mode of delivery and risk of respiratory diseases in newborns*. Obstet Gynecol, 2001. **97**(3): p. 439-42.
36. *ACOG Practice bulletin no. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery*. Obstet Gynecol, 2010. **116**(2 Pt 1): p. 450-63.
37. Guise, J.M., et al., *Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section*. BMJ, 2004. **329**(7456): p. 19-25.
38. Durnwald, C.P., et al., *The Maternal-Fetal Medicine Units Cesarean Registry: safety and efficacy of a trial of labor in preterm pregnancy after a prior cesarean delivery*. Am J Obstet Gynecol, 2006. **195**(4): p. 1119-26.
39. Cahill, A., et al., *Vaginal birth after cesarean (VBAC) attempt in twin pregnancies: is it safe?* Am J Obstet Gynecol, 2005. **193**(3 Pt 2): p. 1050-5.
40. Varner, M.W., et al., *The Maternal-Fetal Medicine Unit cesarean registry: trial of labor with a twin gestation*. Am J Obstet Gynecol, 2005. **193**(1): p. 135-40.
41. Ford, A.A., B.T. Bateman, and L.L. Simpson, *Vaginal birth after cesarean delivery in twin gestations: a large, nationwide sample of deliveries*. Am J Obstet Gynecol, 2006. **195**(4): p. 1138-42.
42. Esposito, M.A., C.A. Menihan, and M.P. Malee, *Association of interpregnancy interval with uterine scar failure in labor: a case-control study*. Am J Obstet Gynecol, 2000. **183**(5): p. 1180-3.
43. Shipp, T.D., et al., *Interdelivery interval and risk of symptomatic uterine rupture*. Obstet Gynecol, 2001. **97**(2): p. 175-7.

44. Bujold, E. and R.J. Gauthier, *Risk of uterine rupture associated with an interdelivery interval between 18 and 24 months*. *Obstet Gynecol*, 2010. **115**(5): p. 1003-6.

Επίπεδα Τεκμηρίωσης

I Τεκμηριωμένη γνώση, προερχόμενη από μετα-αναλύσεις τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών. Τεκμηριωμένη γνώση, προερχόμενη από μια τουλάχιστον τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη

II-1 Τεκμηριωμένη γνώση, προερχόμενη από μια τουλάχιστον καλά σχεδιασμένη ελεγχόμενη μη τυχαιοποιημένη μελέτη

II-2 Τεκμηριωμένη γνώση, προερχόμενη από μια τουλάχιστον άλλου τύπου καλά σχεδιασμένη εν μέρει πειραματική μελέτη

III Τεκμηριωμένη γνώση, προερχόμενη από καλά σχεδιασμένες, μη πειραματικές, περιγραφικές μελέτες, όπως μελέτες σύγκρισης, συσχέτισης και σειρές περιπτώσεων.

Τεκμηριωμένη γνώση, προερχόμενη από αναφορές επιτροπών ειδικών, ή από απόψεις – εμπειρία αναγνωρισμένων στο χώρο επιστημονικών εταιρειών.

Βαθμίδες Σύστασης

A Απαιτεί τουλάχιστον μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη καλής ποιότητας και συνοχής που στηρίζει τη συγκεκριμένη σύσταση, επιπέδου τεκμηρίωσης I.

B Απαιτεί καλά σχεδιασμένες κλινικές μελέτες, όχι τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες, επί του αντικειμένου της συστάσεως, επιπέδου τεκμηρίωσης II.

Γ Απαιτεί τεκμηριωμένη γνώση προερχόμενη από αναφορές επιτροπών ειδικών ή από απόψεις – εμπειρία αναγνωρισμένων στο χώρο επιστημονικών εταιρειών. Υποδεικνύει απουσία άμεσα διαθέσιμων κλινικών μελετών καλής ποιότητας (Επίπεδο Τεκμηρίωσης III)

Ομάδα σύνταξης κατευθυντήριας οδηγίας

Αυτή η οδηγία συντάχθηκε από τον Επ. Καθηγητή Ν. Βραχνή, τον Δ. Ζυγούρη.

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

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

Πρώτη δημοσίευση Δεκέμβριος 2014.

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

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

Ιστοσελίδα: www.hsog.gr e-mail: helobgyn@otenet.gr.