

Cięcie cesarskie – korzyści i zagrożenia

Caesarian Section – benefits and risks

© GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO 1 (3) 2007

Artykuł poglądowy/Review article

RYSZARD PORĘBA

Ośrodek: Katedra i Oddział Kliniczny Ginekologii i Położnictwa w Tychach,
Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

Kierownik Katedry i Oddziału Klinicznego: prof. zw. dr hab. n. med. Ryszard Poręba

Address for correspondence/Adres do korespondencji:

Katedra i Oddział Kliniczny Ginekologii i Położnictwa w Tychach,
Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

ul. Edukacji 102, 43-100 Tychy

tel. (032) 3254301, (032) 3254336, fax (032) 2193404

e-mail: sekretariat@ginekologia.tychy.pl www.ginekologia.tychy.pl

Statystyka/Statistic

Liczba słów/Word count 1973/1798

Tabele/Tables 0

Ryciny/Figures 2

Piśmiennictwo/References 17

Received: 15.01.07

Accepted: 28.02.07

Published: 05.03.07

Streszczenie

Cięcie cesarskie współcześnie zastąpiło wiele zabiegów z klasycznego położnictwa.

Każdego roku zwiększa się liczba wykonywanych cięć cesarskich. Coraz częściej jest wykonywane bez wskazań medycznych, stając się w świetle wiedzy medycznej i doświadczenia lekarskiego zbędną operacją położniczą.

Zwiększająca się częstość cięć cesarskich zmusza do dokładniejszego poznania korzyści oraz negatywnych następstw wynikających z operacyjnego zakończenia ciąży.

W pracy przedstawiono korzyści i zagrożenia, jakie mogą wiązać się z cięciem cesarskim. Zaprezentowano etyczno-prawny aspekt wykonywania cięcia cesarskiego bez wskazań medycznych.

Słowa kluczowe: cięcie cesarskie, korzyści, zagrożenia, aspekt prawny

Abstract

The modern-day Caesarian Section has substituted many procedures of classical obstetrics.

Each year, the number of the performed caesarian sections increases. Evermore frequently it is performed without medical indications, as a result, in light of medical knowledge and experience, becoming an unnecessary obstetric surgical procedure.

The increasing number of caesarian sections forces a more thorough recognition of the benefits as well as the negative consequences of a surgical termination of pregnancy.

This work presents both the benefits as well as the risks that may be associated with a caesarian section. Also presented is the ethical and legal aspect of performing a caesarian section without medical indications.

Key words: caesarian section, benefits, risks, legal aspect

Rozwiązywanie ciąży i porodu operacyjnie przez cięcie cesarskie należy zaliczyć do zagadnień postępu w położnictwie. Dzięki tej metodzie rozwiązywania ciąży ratuje się matkę i dziecko w wielu poważnych stanach położniczych, chorobach matki i płodu.

Jednak w ostatnich latach w wyniku lawinowo narastających cięć cesarskich zanika sztuka położnicza. Coraz mniej porodów odbywa się drogami rodnymi i zmniejsza się liczba zabiegów położniczych, które zastępowane są cięciem cesarskim. Sztuka ta zamiera, gdyż nowi adepci położnictwa nie mają możliwości oglądać i uczyć się ich wykonywania.

Nowym problemem ostatnich lat jest cięcie cesarskie na życzenie (żądanie) bez bezwzględnych wskazań medycznych, a więc dokonanie cięcia cesarskiego, jako zbędnego zabiegu operacyjnego. W świetle art. 417 Kodeksu Cywilnego dopuszczenie do poważnego zabiegu operacyjnego oczywiście zbędnego w świetle wiedzy medycznej i doświadczenia lekarskiego jest błędem, a nawet zaniedbaniem [1].

Przyczyny cięć cesarskich na życzenie należy rozpatrywać w dwóch kategoriach: czynników przyczynowych skłaniających kobiety do żądania wykonania cięcia cesarskiego bez wskazań medycznych i czynników przyczynowych skłaniających lekarzy do poddawania się żądaniom pacjentek do wykonania tej operacji.

Wśród czynników skłaniających kobiety do żądania wykonania cięcia cesarskiego dominują:

- Strach przed porodem i bólem porodowym,
- Negatywne doświadczenie związane z poprzednim porodem,
- Uniknięcie komplikacji u siebie i u dziecka,
- Przekonanie, że cięcie cesarskie jest bezpieczniejsze dla dziecka, a także dla kobiety,

Wśród czynników skłaniających lekarzy do wykonania cięcia cesarskiego na życzenie pacjentki należy wymienić m.in.:

- Błędne przekonanie niedoświadczonych lekarzy-położników lub lekarzy innych specjalności, że cięcie cesarskie jest szybsze, łatwiejsze, obarczone mniejszym ryzykiem zagrożeń niż poród drogami rodnymi;
- Obawa przed procesami sądowymi w przypadku niepomyślnego przebiegu porodu.
- Uniknięcie długotrwałej obserwacji, monitorowania i aktywności podczas porodu.

Gdy powstaje nieprzewidziane powikłanie u matki wówczas położnik operator lub decydujący o wykonaniu cięcia cesarskiego jest usprawiedliwiony prawnie, jak również jego sumienie.

Sytuacja jest zupełnie odmienna, gdy lekarz decyduje lub wykonuje cięcie cesarskie bez wskazań medycznych. Jak wówczas kształtuje się odpowiedzialność prawna i etyczna?

Kolejne ważne zagadnienie to:

- **Czy rodząca wie o zagrożeniach związanych z cięciem cesarskim, które nie można wcześniej przewidywać?**
- **Czy rodzącą należy o tym poinformować?**

Surgical termination of pregnancy and birth through a caesarian section should be included among the topics of progress in obstetrics. Owing to this method of surgical birth both the mother and the child have been saved during many serious obstetric situations, as well as disorders of the mother and the fetus.

However, during the most recent years, due to the dramatically increasing number of caesarian births, the art of obstetrics is vanishing. Less and less births take their natural course and there is a decreasing number of obstetric procedures, which are being replaced by caesarian sections. This art is dying because the new generation of obstetrics and gynecology specialists have no opportunities to experience and learn the procedures.

New problem that surfaced within the past years is caesarian section on request (on demand), without medical indications, thus performing a caesarian section as an unnecessary surgical procedure. In the light of art. 417 of Civil Code allowing for a serious surgical procedure, needless from the perspective of medical knowledge and experience, is an error, even negligence. [1].

The causes of caesarian sections-on-request should be investigated in two categories: causal factors that incline women to demand caesarian sections without medical recommendation and causal factors that incline the doctor to submit to the demands of their patients to perform this surgery.

The following are the dominant factors that incline women to demand caesarian births:

- Fear of birth and labor pain,
- Negative experience associated with the previous birth,
- Avoiding labor complications for oneself as well as the child,
- Conviction, that a caesarian section is safer for the child, as well as the mother.

The following are some of the factors that incline doctors to perform caesarian sections upon their patient's request:

- An incorrect conviction of the inexperienced obstetricians or doctor of other specialties, that caesarian sections are faster, easier, and carry a lesser risk of danger than natural birth;
- Fear of legal proceedings in case of an unsuccessful labor and birth process.
- Avoidance of a long-time observation, monitoring and activity during the labor and birth process.

When an unexpected complication surfaces in the mother, the obstetrics specialist or another person in the position to decide on the caesarian section is legally justified and his conscience is clear.

The situation is entirely different when the doctor decides upon or carried out a caesarian section without medical indications. How is that reflected in the legal and ethical responsibility?

Another important issue is as follows:

- **Is the pregnant woman aware of the risks associated with the caesarian section, that can not be foreseen?**

Kobieta rodząca wypełniając formularz świadomej zgody na operacyjne rozwiązanie ciąży metodą cięcia cesarskiego (ryc.1), powinna być świadoma możliwych powikłań. Wówczas lekarz wykonujący lub decydujący o wykonaniu cięcia cesarskiego jest usprawiedliwiony, gdyż zastrzegł możliwość wystąpienia powikłań, o których pacjentka była poinformowana. Jako przykład można podać uszkodzenie układu moczowego (uraz pęcherza moczowego, moczowodów), uszkodzenie jelit, uszkodzenie dziecka (np. nacięcie skóry).

Szczególnie starannie należy przeprowadzić rozmowę z ciężarną, która życzy lub żąda wykonania cięcia cesarskiego, a nie występują wskazania medyczne ze względu na matkę lub dziecko. Formularz świadomej zgody powinien być dokładnie wypełniony, omówione wątpliwości, najlepiej w obecności świadka (lekarza lub położnej).

Lekarz nie widząc wskazań do cięcia cesarskiego może odmówić, ale na żądanie pacjentki może skierować do innego lekarza.

Istnieje wiele sytuacji, które budzą zapytania i kontrowersje:

- *Jak kształtuje się odpowiedzialność prawna lekarza, który wykonuje cięcie cesarskie na życzenie pacjentki, a nie występują bezwzględne wskazania medyczne?*
- *Czy świadoma zgoda pacjentki chroni lekarza w sytuacji, gdy wystąpią powikłania w czasie cięcia cesarskiego lub po cięciu cesarskim?*
 - a) *gdy powikłanie wystąpiło z winy operatora (np. uszkodzenie pęcherza moczowego, moczowodu, jelita),*
 - b) *gdy powikłanie wystąpiło bez winy lekarza (np. zakrzepica naczyń wczesna lub późna)*
- *Czy przy wyrażaniu świadomej zgody pacjentki na wykonanie cięcia cesarskiego, jak również na jej życzenie (żądanie) powinien uczestniczyć mąż pacjentki?*

Przykład:

Występuje powikłanie nierozpoznane podczas cięcia cesarskiego (uszkodzenie moczowodów, jelit) w wyniku powikłań położniczych np. zapalenie otrzewnej, zacieki moczowy, pacjentka zostaje poddana intensywnemu leczeniu operacyjnemu i przez wiele tygodni i miesięcy leczeniu ambulatoryjnemu. Obowiązek opieki nad dzieckiem spada na męża, który pracuje. Powstaje problem, gdy mąż wniesie roszczenie w stosunku do lekarza, który zlecił lub wykonał cięcie cesarskie, a choroba żony i potrzeba opieki nad dzieckiem uniemożliwia mu normalne wykonywanie pracy zawodowej.

Moim asystentom ciągle mówię:

„Cokolwiek robisz myśl kilometr do przodu, przewiduj, zabezpiecz się podpisem ciężarnej i męża. Nie wiesz jakie zastaniesz warunki podczas cięcia cesarskiego, szczególnie, gdy to jest kolejna laparotomia (np. kolejne cięcie cesarskie) nie wiesz, czy łożysko jest wrosnięte w mięsień macicy. Musisz być przygotowany i zabezpieczony również na możliwość hysterectomii.

■ Should the pregnant woman be informed about them?

A woman in labor, who completed the informed consent form for a caesarian birth (fig.1), should be aware of the possible complications. In such a situation, the doctor who decides or performs the surgery is justified, because he has expressed the possibility of the occurrence of complications, of which the patient was informed. Damage to the urinary system may serve as an example (damage of the urinary bladder, the ureter), damage to the intestines, damage to the child (ex. cut to the skin).

Particular care should be dedicated to a consultation with a pregnant woman, who requests or demands a caesarian section, but there are no medical indications for the procedure neither with relation to the mother nor the child. The informed consent form should be completed accurately and all doubts have to be discussed, preferably in the presence of a fitness (doctor or midwife).

Not seeing any indications for a caesarian section a doctor can refuse to perform the procedure, but, upon the patient's demand, can refer her to another physician.

Many situations exist, that raise questions and controversy:

- *What is the legal responsibility of the doctor, who performs a caesarian upon the patient's request, without any existing medical indications?*
- *Does the patient's informed consent protect the doctor in a situation when complications occur during or following the caesarian birth?*
 - a) *when the complication results from the fault of the person performing the surgery (such as damage to the urinary bladder, ureter, the intestines),*
 - b) *when the complication did not result from the doctor's fault (such as early vessel thrombosis)*
- *Should the patient's husband be present at the time the patient gives her consent for a caesarian section, also upon her request (demand)?*

Example:

A complication, not diagnosed during a caesarian section (damage to the ureters, intestines) occurs as a result of post-partum complications, such as peritonitis, leakage of urine into the peritoneum, the patient is subjected to an intense post-operative treatment and for many weeks and months undergoes out-patient treatments. The responsibility to care for the newborn falls to the husband who is working. A problem may occur when the husband files an accusation against the doctor who ordered or performed the caesarian section, while the husband himself is unable to carry out his professional duties due to the sickness of his wife and the necessity of taking care of his child.

I keep repeating this to my assistants:

“Whatever you do, think a mile ahead, foresee, secure yourself with the signature of both the pregnant woman as well as her husband. You don't know what conditions you will encounter during the cae-

INFORMACJA DLA PACJENTKI ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA OPERACYJNE ROZWIĄZANIE CIĄŻY METODĄ CIĘCIA CESARSKIEGO

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTKI:

NUMER HISTORII CHOROBY:

1. RODZAJ SCHORZENIA I WSKAZANIA DO OPERACJI

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono u Pani następujące wskazania do operacyjnego rozwiązania ciąży metodą cięcia cesarskiego:

.....
.....

2. PROPONOWANA METODA OPERACYJNEGO ROZWIĄZANIA CIĄŻY

Cięcie cesarskie polega na chirurgicznym otwarciu jamy brzusznej po nacięciu skóry brzucha nad spojeniem łonowym lub podłużnie między spojeniem łonowym a pępkiem, z następowym nacięciem mięśnia macicy i wydobyciem płodu (płodów) oraz łożyska. W dalszym etapie operacji następuje zeszcycie mięśnia macicy oraz powłok brzucha. Celem proponowanej operacji jest urodzenie płodu/płodów z pominięciem czynników związanych z porodem drogami natury

.....

Alternatywne metody leczenia:

.....

.....

3. DAJĄCE SIĘ PRZEWIDZIEĆ NASTĘPSTWA OPERACJI

Przebycie cięcia cesarskiego nie umożliwi porodu drogami natury w następnej ciąży, ale może stanowić wskazanie do kolejnego cięcia cesarskiego.

4. MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Żaden lekarz nie jest w stanie zagwarantować pełnego sukcesu stosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym.

Powikłania związane z tą operacją mogą między innymi polegać na:

- śródoperacyjnym uszkodzeniu pęcherza moczowego lub moczowodu
- krwotoku wymagającym podwiązania tętnic macicznych lub wycięcia macicy
- wtórnym krwawieniu lub krwiakach wymagających przetoczenia krwi i/lub ponownej interwencji operacyjnej (otwarcia jamy brzusznej)
- śródoperacyjnym uszkodzeniu jelit
- niedrożności pooperacyjnej jelit
- powstaniu przetoki dróg moczowych (np. pęcherzowo-macicznej)
- powikłaniach zakrzepowo-zatorowych (tworzenie się skrzepin i zatykanie naczyń krwionośnych przez skrzepy)
- zapaleniu otrzewnej
- zakażeniu rany pooperacyjnej
- zapaleniu pęcherza moczowego
- powstaniu urazów u noworodka podczas otwierania macicy lub wydobywania płodu.

Ciężkie, zagrażające życiu lub śmiertelne powikłania proponowanego Pani zabiegu operacyjnego zdarzają się rzadko.

5. ROKOWANIE

Prawdopodobieństwo powodzenia proponowanej operacji jest w Pani przypadku:

duże średnie ograniczone

Jeżeli nie wyrazi Pani zgody na proponowany zabieg rokowanie co do Pani stanu zdrowia w przyszłości jest następujące:

.....

.....

.....

.....

Ryc. 1. Formularz świadomej zgody na operacyjne rozwiązanie ciąży metodą cięcia cesarskiego. *Rekomendacje ZG PTG.* [17]

6. ROZMOWA Z LEKARZEM

Prosimy, aby Pani zapytała nas o wszystko, co chciałaby Pani wiedzieć o związku z planowanym leczeniem. Wszelkie informacje dodatkowe dotyczące planowanego leczenia oraz wszelkie oczekiwane przez Panią wyjaśnienia można uzyskać u każdego specjalisty w zakresie ginekologii i położnictwa zatrudnionego w naszym Oddziale/Klinice. Chętnie odpowiemy na wszystkie Pani pytania.

ZASTRZEŻENIA PACJENTKI CO DO PROPONOWANEGO LECZENIA OPERACYJNEGO**7. KONIECZNOŚĆ ZMIANY/ROZSZERZENIA ZABIEGU OPERACYJNEGO WYSTĘPUJĄCA PODCZAS JEGO TRWANIA**

W czasie zabiegu operacyjnego możemy stwierdzić istnienie szczególnych i trudnych do przewidzenia okoliczności, które mogą wymagać zmiany lub rozszerzenia wstępnie proponowanej operacji. Prosimy o wyrażenie zgody także na tę okoliczność. Przy braku Pani zgody zabieg operacyjny musiałby zostać przerwany i ponownie później powtórzony, co stanowiłoby dodatkowe obciążenie dla Pani zdrowia. Konieczne byłoby wówczas również ponowne znieczulenie.

8. OŚWIADCZENIE PACJENTKI

W pełni zrozumiałam informacje zawarte w tym formularzu oraz przekazane mi podczas rozmowy z lekarzem. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący.

Po zapoznaniu się z treścią tego formularza i rozmowie wyjaśniającej z Panem/Panią spełnione zostały wszelkie moje wymagania co do informacji na temat:

- rozpoznania
- proponowanych oraz alternatywnych metod diagnostycznych i leczniczych
- dających się przewidzieć następstw zastosowania tych metod lub ich zaniechania
- wyników leczenia operacyjnego
- rokowania
- ewentualnego leczenia pooperacyjnego

Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem operacyjnym.

**Bez zastrzeżeń
(lub z poważnymi zastrzeżeniami) zgadzam się
na przeprowadzenie u mnie następującego zabiegu operacyjnego**

.....
.....
.....

(rodzaj zabiegu)

oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania operacji w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia.

data

podpis lekarza

podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna

**Nie zgadzam się
na proponowany mi zabieg operacyjny.
Zostałam poinformowana o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla mojego zdrowia**

data

podpis lekarza

podpis pacjentki albo uprawnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjentkę jest niemożliwe z powodu

.....
.....
.....

Ryc. 1. (ciąg dalszy)

**INFORMATION FOR THE PATIENT
AND INFORMED CONSENT FORM FOR SURGICAL TERMINATION OF
PREGNANCY BY CAESAREAN SECTION**

FULL NAME OF THE PATIENT:

CASE HISTORY NUMBER

1. TYPE OF DISEASE AND INDICATONS TO SURGICAL PROCEDURE

On the grounds of carried examinations, we stated that you have following indications to surgical termination of your pregnancy by caesarean section:

.....
.....

2. SUGGESTED METHOD OF TERMINATION OF PREGNANCY BY SURGICAL PROCEDURE

The caesarean section consists in surgical opening of abdominal cavity after incision made into the skin of the abdomen over pubic symphysis or made across between pubic symphysis and navel, followed by incision of uterine muscle and extraction of fetus (feta) and placenta. In next phase of the procedure the uterine muscle and abdominal integuments are sewn. The purpose of suggested surgery is giving birth to fetus/feta with omission of the elements occurring during spontaneous delivery.

.....
.....

Alternative methods of treatment:

.....
.....

3. PREDICTABLE EFFECTS OF THE SURGICAL PROCEDURE

Undergoing a caesarean section does not prevent from spontaneous delivery in next pregnancy, but it may makes an indication to repeat caesarean section.

4. THE POSSIBILITY OF POSSIBLE COMPLICATIONS

None physician can guarantee that the applied therapy shall be successful and that it shall bear no risk relating to surgical procedure.

The complications bound with this surgical procedure may include, among others:

- intraoperative injury of urinary bladder or ureter
- haemorrhage requiring binding up uterine arteries or hysterectomy
- secondary bleeding or haematocels requiring blood transfusion or repeat surgical procedure (abdominal cavity opening)
- intraoperative intestines injury
- postoperative intestines obstruction
- urethral fistula occurrence (e.g. uterovesical fistula)
- thrombotic and embolic complications (formation of clots and capillary vessels plugging with clots)
- peritonitis
- infection of postoperative wound
- cystitis
- injuries in neonates during uterus opening or extraction of fetus.

Severe, life-threatening or fatal complications of surgical procedures suggested to you are rare.

5. PROGNOSIS

The probability of success of the surgical procedure offered to you is in your case as follows:

- high medium limited

In case you do not accept the suggested procedure the prognosis for your health in the future is as follows:

.....
.....
.....

Fig. 1. Informed consent form for surgical termination of pregnancy with use of caesarean section method *Recommendations G PTG* [17]

6. INTERVIEW WITH PHYSICIAN

We encourage you to ask us any questions about what you would like to know in connection with your planned treatment. Any information relating to planned treatment and any clarifications you may expect from us may be obtained from any specialist in gynaecology and obstetrics employed in our Department/Clinic. We shall be ready to answer all the questions you may have.

PATIENT'S RESERVATIONS AS TO SUGGESTED SURGICAL TREATMENT

.....

7. THE NECESSITY OF ADJUSTMENT/EXTENSION OF SURGICAL PROCEDURE OCCURRED DURING THE PROCEDURE

During surgical procedure we may state the existence of special and unpredictable circumstances, which may require adjustment or extension of suggested procedure. We ask you to give your consent also for such possibility. In case of absence of your consent, it would be necessary to interrupt the surgical procedure and then to repeat it, which would involve additional risk for your health. In this situation the repeat anaesthesia would be also necessary.

8. PATIENT'S DECLARATION

I have fully understood the information contained in this form and communicated to me during the interview with my physician,.

I could ask as many questions as I had and I obtained satisfactory replies to all my questions.

After reading out the contents of this form and after explanatory conversations with

Mr./Ms.....

all my requirements relating to information on:

- diagnosis
- suggested and alternative diagnostic and therapeutic methods
- any predictable consequences of applying these methods or their omission
- results of operative treatment
- prognosis
- possible postoperative treatment

have been fulfilled.

I am aware of the complications associated with discussed surgical procedure.

I give my consent for carrying a surgical procedure in my person without any reservations (or with serious reservations)

.....

 (type of surgical procedure)

or its possible adjustment or extension, which may appear necessary during the procedure in case of the life loss threat or severe health disorder

date

Physician's signature

Patient's or authorized warden

I do not give my consent for the surgical procedure suggested to me I was informed about possible unfavourable consequences, which this decision may bring to my health

date

Physician's signature

Patient's or authorized warden

Signing the form by the patient is impossible for the following reasons

.....

Fig. 1. (cont.)

A i tak nie możesz przewidzieć wielu sytuacji, które mogą się zdarzyć: np. problemy anestezjologiczne, niemożność zaintubowania pacjentki i inne powikłania. Co możesz zrobić jako operator odpowiedzialny za całość zabiegu cięcia cesarskiego, zabezpieczenie matki i dziecka.

Tutaj sprawdza się znana maksyma „przezorny zawsze zabezpieczony”. Przed wykonaniem cięcia cesarskiego postaraj się, aby była możliwość pomocy kolegi bardziej doświadczonego”.

Jakie mogą być postawy lekarza przy życzeniu pacjentki wykonania cięcia cesarskiego bez wskazań medycznych?

1. Odmowa wykonania cięcia cesarskiego, gdyż jego wiedza i doświadczenie wskazuje na możliwość odbycia porodu drogami rodnymi bez komplikacji.
2. Wykonanie cięcia cesarskiego na życzenie pacjentki i taką informację umieszcza w dokumentacji.
3. Wykonanie cięcia cesarskiego na życzenie pacjentki, natomiast w dokumentacji umieści informację o względnych, wskazaniach do cięcia cesarskiego.

BILANS KORZYŚCI I ZAGROŻEŃ WYNIKAJĄCYCH Z CIĘCIA CESARSKIEGO DLA RODZĄCEJ I DZIECKA

Pozytywy (zalety) cięcia cesarskiego dla matki i noworodka

- Uniknięcie uciążliwości porodu w wyniku niedogodnej akcji skurczowej, często bolesnej;
- Uniknięcie stałego niedogodnego monitorowania FHR i TOCO;
- Ustalenie terminu rozwiązania ciąży dogodnego dla pacjentki i lekarza;
- Uniknięcie możliwości pęknięcia macicy w bliźnie po poprzednim cięciu cesarskim;
- Brak blizny krocza po episiotomii;
- Uniknięcie uszkodzeń mięśni dna miednicy;
- Zmniejszenie częstotliwości zaburzeń statyki narządu rodnego;
- Mniejsze ryzyko wystąpienia wysiłkowego nietrzymania moczu;
- Mniejsze ryzyko urazów okołoporodowych u noworodka;
- Zmniejszenie częstości encefalopatii u płodu wynikającej z niedotlenienia śródporodowego.

Cięcie cesarskie – zagrożenia

Cięcie cesarskie od dawna uważa się za czynnik ryzyka zgonu matki lub bardzo ciężkich powikłań głównie dla matki, ale również i dla noworodka [2-16].

„... If you are performing a subsequent cesarian section, particularly if this is a subsequent laparotomy (ex. subsequent caesarian section) you don't know if the placenta is ingrown into the uterus muscle. You must be prepared and secured, also for a possibility of hysterectomy.

Still you will not be able to foresee all eventualities, which may occur: anesthesiological problems, impossibility of intubating the patient as well as other complications. What can you do as the person responsible for the entire procedure of caesarian section to secure both the mother and the child?

Your best bet is to plan for all eventualities. Prior to performing the caesarian section make sure that a more experienced colleague is available to help you”.

What attitudes can the doctor assume when faced with a patient who requests a caesarian section without medical indications?

1. Refuse to perform the caesarian section because both his knowledge and experience indicate a possibility of a safe natural birth.
2. Perform the caesarian section upon the request of the patient and include this information in the patient's medical documentation.
3. Perform the caesarian section upon the request of the patient, while in the patient's medical documentation include information about existence of relative indications for such a procedure.

A BALANCE OF BENEFITS AND RISKS FOR BOTH THE MOTHER AND THE CHILD THAT RESULT FROM A CAESARIAN SECTION

Positive aspects (advantages) of caesarian section both the mother and the newborn

- Avoidance of the difficulties of labor resulting from uncomfortable and painful labor contractions;
- Avoidance of the constant FHR and TOCO monitoring;
- Setting a delivery date that suits both the patient and the doctor;
- Avoidance of the possibility of uterine rupture at the site of scar from the previous caesarian;
- No scar in the crotch are following an episiotomy;
- Avoidance of any damages to the muscles of the fundus of the uterus;
- Reduction in the frequency of pelvic organ prolapse;
- Reduced risk of the occurrence of physical stress-related urinary incontinence;
- Reduced risk of peri-natal damages to the fetus;
- Reduction in the frequency of fetal encephalopathy resulting from intrapartum hypoxia.

- Ryzyko zgonu matki (wyższa umieralność matek):
 - śmiertelność po cięciu cesarskim wg różnych publikacji jest 3 – 10 krotnie wyższa niż w porodzie drogami natury [2];
 - ryzyko zgonu 2-4 krotnie wyższe niż po porodzie drogami natury – 2,1/100 000, po elektywnym cięciu cesarskim 5,9 /100 000, po cięciu cesarskim ze wskazań nagłych 18,2 / 100 000 [3];
 - w Kandzie po porodzie drogą pochwową umiera 1,6/100 000, po cięciu cesarskim 5,6/100 000 [4];
 - we Francji ryzyko zgonu matki 3,6 razy wyższe niż po porodzie siłami natury [5];
- Występowanie powikłań śródoperacyjnych:
 - krwotok;
 - większa utrata krwi i konieczność przetaczania krwi;
 - krwiak w więzadle szerokim;
 - uszkodzenie pęcherza moczowego (0,1-0,3%);
 - uszkodzenie moczowodów (0,03-0,1%);
 - uszkodzenie jelit (0,05%);
 - zator płynem owodniowym;
 - zator skrzeplina;
 - zator powietrzny;
- Powikłania pooperacyjne wczesne:
 - zapalenie błony śluzowej macicy;
 - zapalenie przymacicz i przydatków;
 - ropnie międzypętlowe;
 - krwiak i ropień powłok;
 - rozejście się rany powłok;
 - niedrożność porażenna jelit;
 - zapalenie płuc;
 - posocznica;
 - zakażenie układu moczowego;
 - zator płuczny;
 - zator mózgowy;
 - przetoki moczowodowo-pochwowe;
 - przetoki pęcherzowo-pochwowe;
 - ostra niewydolność nerek;
 - zespół wykrzepiania wewnątrznaczyniowego;
- Powikłania pooperacyjne odległe:
 - endometrioza w bliźnie powłok;
 - późne powikłania urologiczne;
 - niepełnowartościowa blizna mięśnia sprzyjająca jej rozejściu się w następnej ciąży lub w trakcie porodu;
- Częstsza hysterectomia;
- Powikłania zatorowo – zakrzepowe w tym zatorowość płucna;
- Zakrzepica żył głębokich;
- Niedokrwistość;
- Nieprawidłowe usadowienie łożyska w kolejnej ciąży (łożysko przodujące, przyrośnięte);
- Przedwczesne odklejenie prawidłowo usadowionego łożyska w kolejnej ciąży;
- Ryzyko wystąpienia w kolejnej ciąży poronień samoistnych i ciąży pozamacicznej;
- Ryzyko powstania zrostów wewnątrz jamy otrzewnej;

Caesarian section – risks

Caesarian section was long considered to a risk factor in the death or very serious complications of the mother, but also of the newborn [2-16].

- Risk of the mother's death (increased death-rate of mothers):
 - mortality following caesarian section, according to various publications, is 3 – 10 fold higher than during natural birth [2];
 - risk of death is 2-4 fold higher than following natural birth – 2,1/100 000, following a free-chosen caesarian 5,9 /100 000, following an immediate, medically-indicated caesarian 18,2 / 100 000 [3];
 - in Canada, following natural birth 1,6/100 000 women die, following a caesarian section - 5,6/ 100 000 [4];
 - in France, the risk of the mother's death is 3.6 times greater than following natural birth [5];
- Occurrence of intraoperation complications:
 - hemorrhage;
 - greater loss of blood and a necessity of a blood transfusion;
 - haematoma of the broad ligament;
 - damage to the urinary bladder (0.1-0.3%);
 - damage to the ureters (0.03-0.1%);
 - damage to the intestines (0.05%);
 - amniotic fluid embolism;
 - thrombus embolism;
 - aeroembolism;
- Early post-operative complications:
 - endometriosis;
 - parametritis and inflammation of adnexa;
 - interloop abscess;
 - haematoma and abscess of the integuments
 - integument wound dehiscence;
 - adynamic ileus;
 - pneumonia;
 - sepsis;
 - urinary tract infection;
 - lung embolism;
 - brain embolism;
 - ureterovaginal fistula;
 - genitourinary fistula;
 - acute kidney failure;
 - syndrome of haemolysis;
- Remote post-operative complication:
 - integument scar endometrisis;
 - late urological complications;
 - weak muscle scar, likely to rupture during the next pregnancy or birth;
- more frequent hysterectomy;
- Thrombosis and embolism, including pulmonary embolism;
- Thrombosis of deep veins;
- Hypoxia;
- Incorrect placenta situation during the subsequent pregnancy (placenta previa, placenta accreta);

- Konieczność powtórnej hospitalizacji;
- Powikłania anestezyjologiczne:
 - nieudana intubacja;
 - bóle głowy;
 - zarzucanie treści żołądkowej (pokarmowej) do dróg oddechowych (regurgitacja);
- Zagrożenia dla noworodka:
 - częściej tachypnoë noworodków (TTN)
 - częściej zespół zaburzeń oddychania (RDS);
 - częściej zespół mokrych płuc (w wyniku gorszego opróżniania dróg oddechowych z płynu owodniowego);
 - częściej zespół przetrwałego nadciśnienia płucnego;
 - częściej zranienie skóry noworodka;
 - w okresie późniejszym: alergię pokarmowe, dyshawica oskrzelowa (ryc.2)

PODSUMOWANIE

Tendencja zwiększania częstości cięć cesarskich jest niepokojąca, zwłaszcza, że cięcie cesarskie, gdy porównamy z porodem drogami rodzinnymi, związane jest ze znacznie zwiększoną liczbą powikłań u matki i u dziecka.

Wielu klinicystów poszukuje sposobów prowadzących do zmniejszenia częstości cięć cesarskich. Aby obniżyć odsetek cięć cesarskich należy:

1. Unikać przedwczesnego stawiania wskazań szczególnie przez lekarzy poradni ginekologicznych.
2. Lekarze gabinetów i poradni odpowiadając na pytania pacjentki, co do sposobu rozwiązania ciąży powinni konsultować z oddziałem położniczo-ginekologicznym celem wypracowania wspólnej decyzji.
3. Częściej podejmować próbę porodu drogą pochwową po przeżytym cięciu cesarskim.
4. Zmniejszyć lęk przed porodem poprzez zwiększenie aktywności szkół rodzenia w zakresie promowania porodu siłami natury.
5. Częściej stosować znieczulenie porodu.
6. W okresie ciąży (w szkołach rodzenia) oceniać poziom lęku przed bólem i organizować prelekcje z psychologiem, neonatologiem i anestezyjologiem celem uświadomienia ciężarnych o możliwości wyłączenia bólu w porodzie.
7. Umożliwić zapoznanie się pacjentki z salą porodową już w okresie ciąży, przedstawiając możliwości łagodzenia bólu w porodzie.

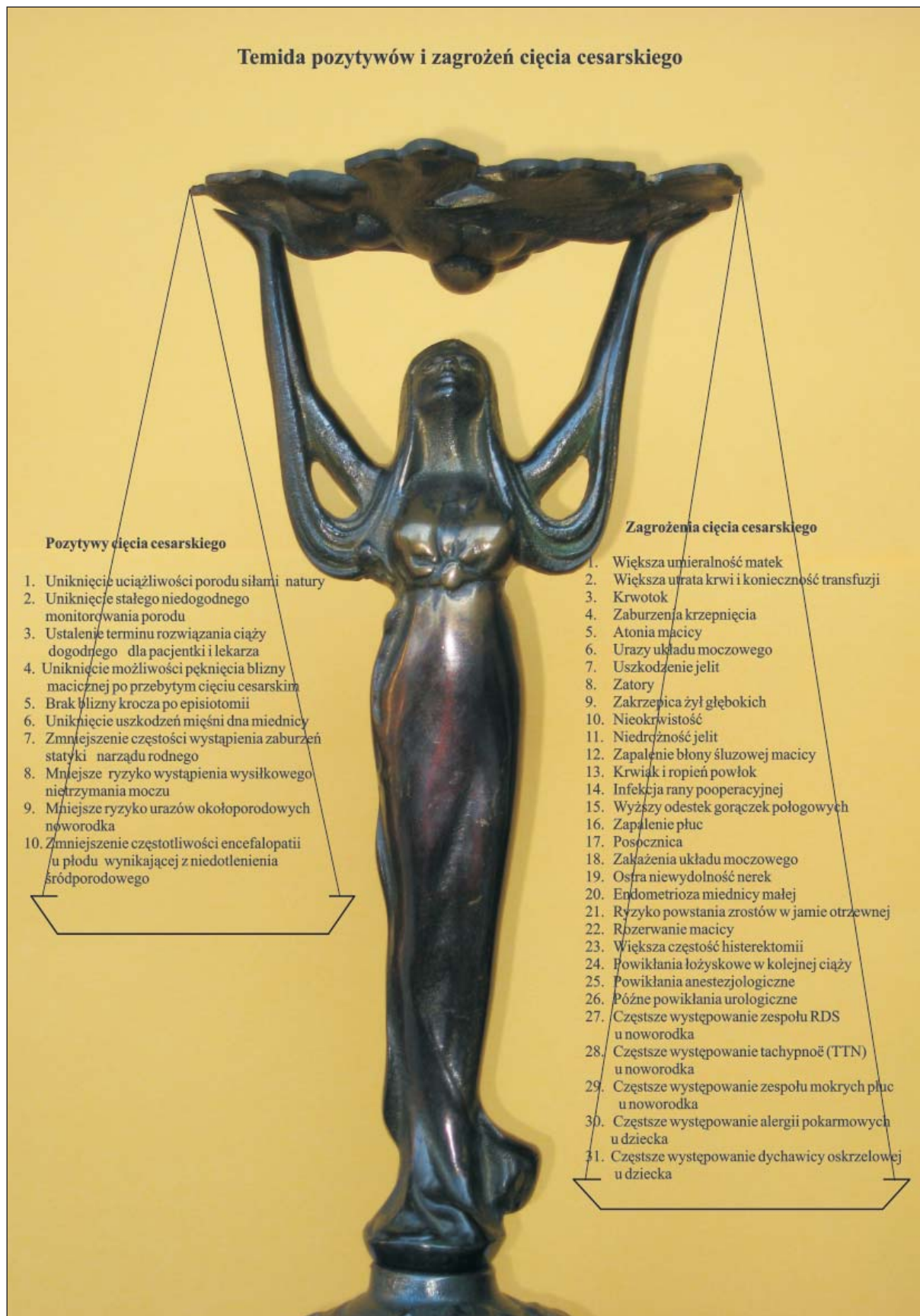
- Premature detachment of a properly situated placenta during the subsequent pregnancy;
- Risk of spontaneous abortions or ectopic pregnancies during the subsequent pregnancy;
- Risk of appearance of intraperitoneal synechia;
- Necessity of repeated hospitalization;
- Anastheasiological complications:
 - unsuccessful intubation;
 - headaches;
 - gastric regurgitation;
- Threat to the newborn:
 - more frequent tachypnea of the newborn (TTN)
 - more frequent respiratory distress syndrome (RDS);
 - more frequent “wet lungs” syndrome (resulting from worsened removal of amniotic fluid from the lungs);
 - more frequent perennial pulmonary hypertension syndrome;
 - more frequent damage to newborn skin;
 - at later period: food allergies, bronchial asthma (fig.2)

SUMMARY

The tendency of an increase in the frequency of caesarian sections is disturbing, particularly because a caesarian section, when compared to natural birth, is associated with a greater number of complications for both the mother and the child.

Many clinicists are searching for methods to reduce the frequency of caesarian births. The following should be considered in order to reduce the percentage of caesarian sections:

1. Avoid premature recommendations/indications, particularly by doctors at the ob/gyn out-patient clinics.
2. When responding to the patient's questions, doctors from private practice and out-patient clinics should consult obstetrics and gynecology departments regarding the methods of delivery in order to work out the best approach.
3. More frequently attempt to proceed through natural birth, following a caesarian section.
4. reduce patient fear of birth through increased activity of birthing classes with respect to promotion of natural childbirth.
5. More frequently use anesthesia during childbirth.
6. During the pregnancy (at birthing classes) assess the degree of fear of pain and organize discussions with a psychologist, neonatologist and anesthesiologist in order to make the women aware of possibilities to eliminate the pain during childbirth.
7. Allow the patient to become familiar with the labor and delivery rooms at the time of pregnancy, presenting the possibilities of mitigating labor and birth pain.



Ryc. 2. Temida pozytywów i zagrożeń cięcia cesarskiego.
Zdjęcie, projekt graficzny oraz figura z kolekcji – R. Poręba

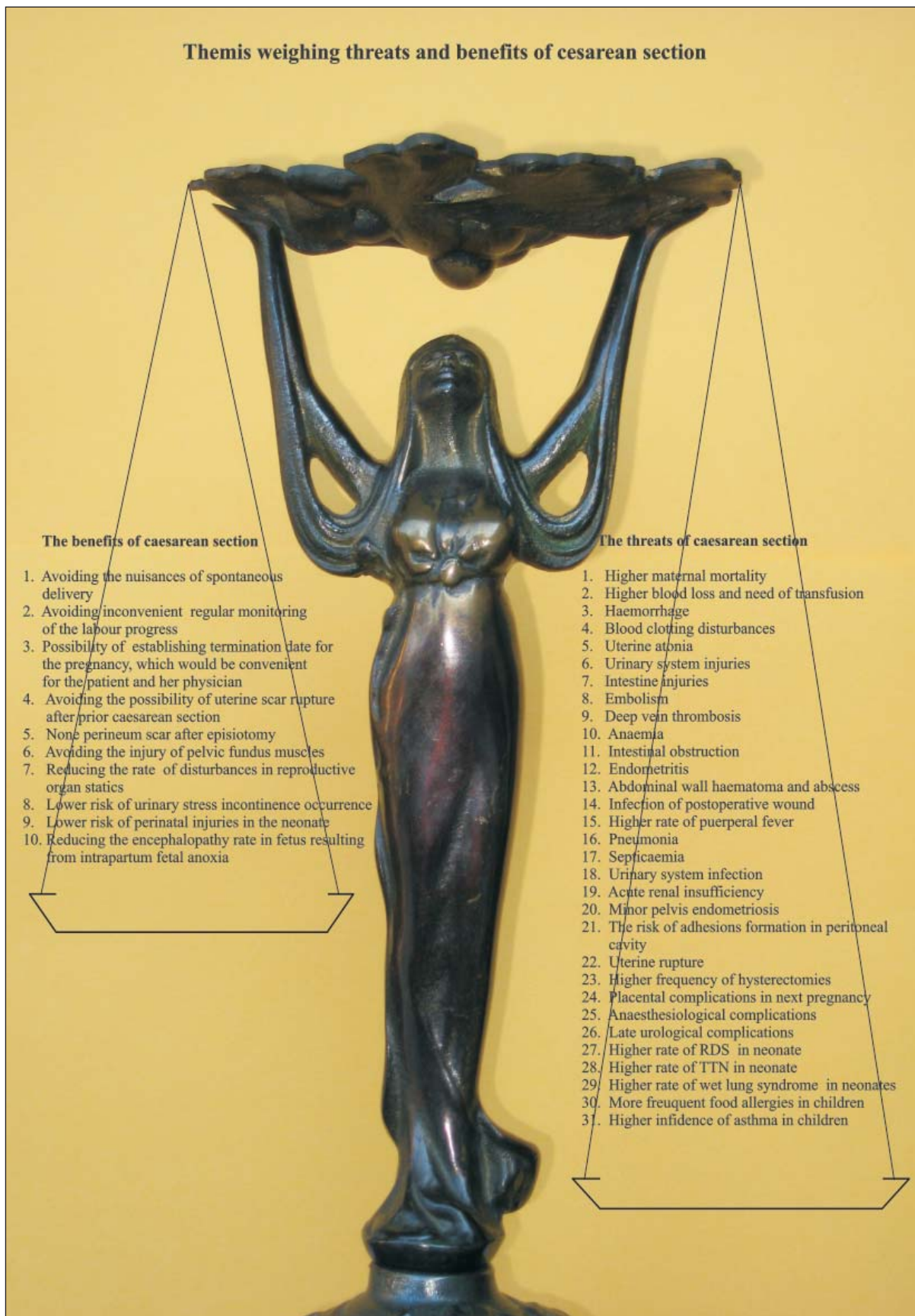


Fig. 2. Themis weighing threats and benefits of cesarean section. Idea and graphic design by R. Poreba, MD PhD. Statuette from author's collection

Piśmiennictwo / References:

1. **Haberko J.**: Dokonanie zabiegu cięcia cesarskiego na życzenie rodzącej. W: Wybrane aspekty prawne w perinatologii i ginekologii. W: Ciąża wysokiego ryzyka. Bręborowicz H.G. (red). Ośrodek Wydawnictw Naukowych, Poznań 2006; 1052-1083.
2. **Słomko Z, Poręba R, Drews K, Niemiec K.**: Najważniejsze zagadnienia dotyczące cięcia cesarskiego. *Ginekologia i Położnictwo - Medical Project*. 2006; 2: 7-22.
3. **Bewley S.**: Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet* 1999; 354: 776.
4. **Wu Wen S, Rusen ID, Walker M, et al.**: Comparison of maternal mortality and morbidity between trial of labor and elective cesarean section among women with previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 1263-9.
5. **Deneux-Tharaux C, Carmona E, Bouvier-Colle MH, et al.**: Postpartum Maternal Mortality and Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol* 2006; 108(3): 541-548.
6. **Hilan E.**: Postoperative morbidity following cesarean delivery. *J Adv Nurs* 1995; 22: 1035-1042.
7. **Deneux-Tharaux J, et al.**: Postpartm Maternal Mortality and Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol* 2006; 108: 541-548.
8. **Reroń A, Huraś H.**: Powikłania po cięciach cesarskich. *Ginekologia i Położnictwo - Medical Project*. 2006; 2: 48-55.
9. **Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, et al.**: Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery? *N Eng J Med* 2004; 352: 2581-2589.
10. **Nygaard I, Cruikshank DP.**: Should all women be offr elective cesarean delivery? *Obstet Gynecol* 2003; 102: 217-219.
11. **Levine EM, Ghai V, Barton JJ, et al.**: Mode of delivery and risks of respiratory disases in newborns. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 439-442.
12. **Zelop C, Heffner LJ.**: The downside of cesarean delivery short- and long-term complications. *Clin Obstet Gynaecol* 2001; 97:439-442.
13. **Lilford RJ, van Coeverden de Groot HA, Moore PJ, et al.**: Bingham P.: The relative risks of cesarean section (intrapartum and elective) and vaginal delivery: a detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute pre-existing physiological disturbances. *Brit J Obstet Gynaecol* 1990; 97: 883-892.
14. **Davis JD.**: Management of injuries to the urinary and gastrointestinal tract during cesarean section. *Obstet Gynecol Clin N Am* 1999; 26: 469-480.
15. **Rajasekar D, Hall M.**: Urinary tract injuries during obstetric intervention. *Brit J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 731-734.
16. **Hall MH, Campbell DM, Fraser C, et al.**: Mode of delivery and future fertility. *Brit J Obstet Gynaecol* 1989; 96: 1297-1303.
17. Rekomendacje ZG PTG w sprawie formularzy świadomej zgody pacjentki na leczenie operacyjne. *Ginekologia po Dyplomie. Wydanie Specjalne*, wrzesień 2006.