

POROD S CARSKIM REZOM

Spoštovani!

Zdravljenje, ki vam ga predlagamo, zahteva vaše soglasje.

Pred odločitvijo vas želimo s to pisno razlago in pogovorom z zdravnikom poučiti o načinu, pomenu, možnih neugodnih posledicah in nevarnostih predlagane operacije.

OPIS

Carski rez (CR) je operacija, pri kateri skozi rez v trebušni in maternični steni porodimo plod.

S CR končamo nosečnost in porod, kadar vaginalni porod ni mogoč ali pa predstavlja preveliko tveganje tako za mater kot za otroka.

Indikacije za CR so absolutne, kadar bi imel vaginalni porod za posledico smrt nosečnice in/ali ploda, in relativne, kadar bi vaginalni porod lahko ogrozil življenje in zdravje nosečnice in/ali ploda/novorojenčka. O indikaciji za carski rez se bo z vami pogovoril zdravnik.

Za načrtovani (elektivni) CR se odločimo že med nosečnostjo in ga načrtujemo pred začetkom poroda. Nujni (urgentni) CR naredimo, ko se porod že začne in ne napreduje normalno ali se med porodom pokažejo zapleti, ki ogrožajo porodnico in/ali plod.

Vpliv CR na porodnico in otročnico

Če ni navedeno drugače, so vsi številčni podatki iz Nacionalnega perinatalnega informacijskega sistema slovenskih porodnišnic med letoma 2006 in 2016.

Večja maternalna umrljivost

Nekatere študije potrjujejo, da operacija sama po sebi, ne glede na to, kaj je vzrok za CR, poveča umrljivost žensk za 4,9-krat.

Večje tveganje za odstranitev maternice po porodu

Ženska, pri kateri napravimo CR, ima 10,5-krat večjo možnost, da bo potrebovala nujno odstranitev maternice pri sami operaciji (0,2 %) ali v nekaj tednih po njej, kot ženska po vaginalnem porodu (0,02 %).

Večje tveganje za trombozo in embolijo

Pri ženskah se po CR pogosteje tvorijo krvni strdki v žilah (0,2 %), tako v pljučih (pljučna embolija) kot v možganih (kap). Med letoma 2006 in 2012 sta bila v slovenskih porodnišnicah dva primera pljučne embolije, eden po CR in drugi po vaginalnem porodu. Verjetnost tromboze globokih žil po CR je 0,04 %, kar je 1,6-krat pogosteje kot po vaginalnem porodu (0,2 %). Če po porodu spadate v skupino otročnic z večjim tveganjem za vensko trombozo, boste vsaj 7 dni dobivali preventivni odmerek zdravil proti strjevanju krvi.

Tveganje za poškodbe trebušnih organov med operacijo

Med operacijo lahko poškodujemo črevo, sečevod ali sečni mehur (0,09 %). Po operaciji lahko prehodno slabše deluje črevo, običajno se delovanje normalizira po nekaj dneh. Občasno je prehodno slabše tudi delovanje mehurja in vanj je treba uvesti urinski kateter za odvajanje seča. Še več let po CR se lahko pojavi črevesna zapora zaradi zarastlin v trebušni votlini.

Večje tveganje za okužbo

Po CR obstaja možnost okužbe operacijske rane (0,6 %) in 2,2-krat večja verjetnost vnetja maternice (0,3 %) kot po vaginalnem porodu (0,1 %), zato ob operacijah porodnice dobijo preventivni odmerek antibiotika. Antibiotik dobijo med vaginalnim porodom redkeje (4,2 %).



Daljša bolnišnična oskrba

Otročnice so po CR v porodnišnici dva dni dlje kot po vaginalnem porodu, ob zapletih se hospitalizacija dodatno podaljša.

Večje tveganje za ponovni sprejem v bolnišnico

V prvih tednih po porodu je ponovni sprejem v porodnišnico potreben 2,5-krat pogosteje po CR kot po vaginalnem porodu.

Močnejše in dalj časa trajajoče bolečine

V prvih tednih po CR je bolečina pogostejša in je bolj moteča po CR kot po vaginalnem porodu. Zdravila proti bolečinam so po CR potrebna pogosteje in v večjih odmerkih. Bolečina v spodnjem delu trebuha zaradi brazgotine in zarastlin po CR je lahko dolgotrajna in neprijetna.

Slabše dožemanje poroda

Ženske po CR ocenjujejo svoj porod slabše kot tiste po vaginalnem porodu. Običajno nimajo ob sebi partnerja, imajo občutek, da nimajo nadzora nad dogajanjem. Občutek je slabši pri nujnem CR.

Slabše psihofizično stanje ženske

Duševno stanje in samopodoba sta pri ženskah po CR slabša kot po vaginalnem porodu. Čustvene ali fizične težave, ki so pogostejše po CR, lahko vplivajo na odnos do novorojenčka. Glede pogostejšega pojava poporodne depresije po CR (približno 10 %) so mnenja deljena. Pogosteje se po nujnem CR pojavljata strah in prestrašenost. Pokažejo se lahko tudi znaki posttravmatskega stresnega sindroma. V slovenskih porodnišnicah smo med letoma 2006 in 2012 po CR zdravili 0,09 % otročnic s psihozo, kar je 4,5-krat več kot po vaginalnem porodu (0,02 %).

Vpliv CR na otroka

Tveganje za ureznino

Med CR obstaja 0,1-odstotna možnost, da otroka urežemo. Običajno so poškodbe manjše. V primeru CR v splošni anesteziji je novorojenček lahko nekoliko bolj zaspan, saj majhen del zdravil, ki smo jih uporabili za splošno anestezijo porodnice, prek posteljice preide tudi v otrokov krvni obtok. Ob težjem porajanju otroka iz maternice lahko plod utrpí obporodne poškodbe, kar je pogostejše pri večplodni nosečnosti ali nepravilni legi ploda.

Večje tveganje za motnje pri prilagajanju na življenje zunaj maternice

Novorojenček, rojen z načrtovanim CR pred 39. tednom nosečnosti, ima večjo možnost za srednje oz. hude težave s pljuči in dihanjem (3,5 %) kot vaginalno rojeni otroci enake gestacijske starosti (0,5 %)

Manj pogosto dojeni novorojenčki

Ženske po CR redkeje dojijo. Po CR jih ne doji 5,1 %, po vaginalnem porodu 2,8 %.

Vpliv CR na prihodnje nosečnosti

Vse nosečnice se morajo zavedati, da CR povečuje možnost zapletov v naslednjih nosečnostih. V nosečnostih, ki sledijo porodu s CR, se posteljica in plod v maternici z brazgotino ne razvijata vedno dobro. Možnost zapletov narašča s številom CR.

Zanositve ne svetujemo vsaj dve leti po CR, da se prerezana stena maternice dovolj čvrsto zaceli in tako varno zdrži raztezanje ob rasti ploda.

Večje tveganje za raztrganje maternice

Pri ženskah z brazgotino po CR obstaja v naslednjih nosečnostih 15-krat večje tveganje za raztrganje maternice kot pri nosečnicah, ki so rodile vaginalno. Po enem CR je tveganje 0,13 %, po dveh ali več pa 0,37 %. Nevarnost raztrganja maternice obstaja, če nosečnica načrtuje ponovni CR ali poskus vaginalnega poroda po CR. Raztrganje maternice je hud, smrtno nevaren zaplet.

Tveganje za nastanek nosečnosti v brazgotini po CR

Takšno nosečnost moramo prekiniti, ker je ob krvavitvi potrebna odstranitev maternice, da ženski rešimo življenje.

Tveganje za predležečo posteljico

Pri ženskah z brazgotino po CR se posteljica 1,7-krat pogosteje nahaja v spodnjem delu maternice ob notranjem materničnem ustju ali preko njega. Predležeča posteljica se pri nosečnicah brez CR pojavlja v 0,3 %, po prvem CR v 0,6 %, po dveh ali več CR pa v 1,9 %. Pri nosečnici ali porodnici s predležečo posteljico obstaja večje tveganje za krvavitev v nosečnosti in ob porodu, zaradi katere bo morda potrebna transfuzija ali odstranitev maternice.

Tveganje za vraščeno posteljico

Posteljica lahko vraste v steno maternice ali skozi njo. S tem se poveča možnost raztrganja maternice in hude krvavitve, pri kateri je potrebna transfuzija ali odstranitev maternice.

Tveganje za predčasno ločitev posteljice

Pri nosečnicah po CR se posteljica 1,2-krat pogosteje predčasno loči: v 0,6 % pri nosečnicah brez CR, v 0,7 % po prvem CR in 0,9 % po dveh ali več CR. Predčasna ločitev posteljice poveča možnost krvavitve, načrtovanega ali nujnega CR, nastopi lahko šok, nastanejo krvni strdki, potrebna je lahko transfuzija krvi, nujna odstranitev maternice, možni so še drugi zapleti. Ob tem je zaradi pomanjkanja kisika ogrožen plod.

Večja obolevnost in umrljivost plodov, ki rastejo in se razvijajo v maternici z brazgotino

Otroci, rojeni materam, ki so že rodile s CR, so lažji, povprečna teža vaginalno rojenih otrok ob roku je bila 3502 g, po enem CR 3456 g, po dveh CR 3392 g, po treh CR pa 3291 g. Otroci so pogosteje rojeni prezgodaj, nekoliko večja je možnost, da bo plod mrtvorojen ali da bo umrl tik po porodu s CR (po enem CR 0,56 %, po dveh ali več CR 0,75 %, po vaginalnem porodu 0,53 %).

Posledice opustitve predlagane operacije

Če porodnica zavrne predlagani CR, mora vedeti, da je ogroženo njeno in/ali tudi otrokovo življenje. Če predlagamo CR predvsem zaradi njenega stanja ali bolezni, mora vedeti, da lahko akutno ogrozi tudi otrokovo življenje. Otrok se lahko rodi težko poškodovan, morda bo zato potreboval dolgotrajno pomoč in nego v življenju ali pa celo umrl.

Druge možnosti zdravljenja

Če porodnica zavrne CR, se mora tudi zavedati, da stroka trenutno nima drugih možnosti zdravljenja, tudi samoplačniških ne.

Povzeto po: asist. mag. Andreja Trojner Bregar, dr.med. in asist. dr. Tanja Premrl-Sršen, dr.med.; Porodnišnica Ljubljana, marec 2016

Ginekološko-porodniški oddelek
Kataloška oznaka:GPPa-03
December 2017, verzija 1