

Nașterea în secolul XXI: pe cale naturală sau prin operație cezariană?

Până în secolul XX, operația cezariană era o intervenție de temut. Tipul de incizie clasic practicat în vremea respectivă ducea la o mortalitate maternă ridicată ca urmare a hemoragiilor și rupturilor uterine la sarcinile următoare. Chiar în condițiile unei proceduri aseptice, infecțiile erau frecvente și mortale în lipsa antibioticelor. Operația era practică aproape exclusiv pentru salvarea vieții mamei atunci când nașterea pe cale naturală era extrem de periculoasă, ca de exemplu în cazul unei placentae praevia. Moartea fătului sau utilizarea unor proceduri prin care fătul era distrus în uter, deși grevate de propriile riscuri, erau adesea preferate unei operații cezariene.

Odată cu introducerea în practică a inciziei tip Munro Kerr a segmentului inferior (*- un tip de incizie chirurgicală la nivelul uterului care se folosește în majoritatea cazurilor în zilele noastre*) și cu descoperirea antibioticelor în a doua jumătate a secolului XX, siguranța operației cezariene s-a îmbunătățit considerabil. Pe măsură ce riscurile maternale au scăzut, cezariana a început să fie efectuată de rutină pentru indicații fetale. S-au iscat dezbateri despre cât de mare trebuie să fie riscul fetal pentru a justifica riscul matern; cezariana de rutină pentru prezentația peviană, de exemplu, a devenit modalitatea obișnuită de naștere.

Perfecționarea modernă a tehnicii chirurgicale a crescut și mai mult siguranța pacientelor. Anestezia regională, profilaxia cu antibiotice, folosirea oxitocinei, a soluțiilor perfuzabile și a transfuziilor sangvine au scăzut mortalitatea și morbiditatea la niveluri foarte reduse. Pe măsură ce operația cezariană a devenit tot mai sigură, toleranța privind riscul fetal în timpul nașterii a scăzut, iar rata operațiilor cezariene la nivel global a crescut dramatic. Procentul de nașteri prin cezariană în 24 de țări ale Comunității Europene în 2011 a fost de 26%, ridicându-se la peste 40% în Turcia, Mexic și Brazilia. Operația cezariană a devenit atât de lipsită de riscuri încât unele femei preferă nașterea prin cezariană fără a avea o indicație medicală. Efectele pe termen lung ale acestei tendințe încep abia acum să se facă simțite. **În SUA, pentru prima dată în istorie, mortalitatea și morbiditatea maternă sunt în creștere.** (*sublinierea mea*)

Riscurile maternale

Mortalitatea și morbiditatea maternă este de aproximativ cinci ori mai mare pentru nașterea prin cezariană comparativ cu nașterea vaginală, prin riscul de hemoragie, infecție, tromboembolism venos și embolie amniotică. Riscul absolut de moarte la operația cezariană este cuprins între 1/2000 și 1/4000 în instituțiile medicale de nivel înalt și mediu. În sarcinile următoare, riscul de placentă praevia, placentă accreta și ruptură uterină este crescut. Aceste complicații cresc mortalitatea maternă și morbiditatea maternă severă, care devin tot mai mari pe măsură ce numărul de cezariene practicate la o anumită pacientă crește. Acest aspect este de mare importanță în cazul pacientelor care au mulți copii.

Beneficii maternale

Operația cezariană are un efect protector modest împotriva apariției incontinenței urinare mai târziu pe parcursul vieții. Aproximativ 10% din femeile care nasc natural vor avea incontinență urinară moderată sau severă, comparativ cu 5% dintre cele care nasc prin cezariană. Această reducere de 5% înseamnă că este nevoie de 20 de operații cezariene pentru a preveni 1 caz de incontinență urinară moderată sau severă.

Mortalitatea și morbiditatea neonatală

Operația cezariană poate fi salvatoare de viață pentru un făt aflat în pericol. Cu toate acestea, în mod paradoxal, mortalitatea și morbiditatea neonatală sunt în creștere în țările cu rate crescute ale nașterii prin cezariană. Nașterile premature iatrogene (*iatrogen = ca urmare a unor intervenții medicale*) și nașterile prin cezariană practicate la începutul perioadei de termen au un risc semnificativ de complicații pulmonare după naștere la făt, mai ales la feții născuți prin cezariană în afara travaliului.

Compliance la recomandările de a amâna cezariana în afara travaliului până după 39 de săptămâni este variabilă și prematuritatea iatrogenă rămâne o cauză importantă de mortalitate și morbiditate. Un procent mai ridicat de moarte fetală intrauterină la sarcinile următoare contribuie de asemenea la o creștere a mortalității perinatale.

Considerații asupra perioadei copilăriei

Tranziția de la viața fetală în condiții sterile la viața extrauterină implică colonizarea epitelială rapidă cu microorganisme (*microbi*). Contactul cu vaginul mamei în timpul travaliului și cu pielea mamei imediat după naștere expune fătul la flora microbiană maternă normală. Sistemul imun matern are o relație simbiotică cu acest microbiom (*microbiom = totalitatea speciilor de microbi existenți într-un anumit mediu*). Globulinele materne sunt transferate înaintea nașterii prin placentă la făt, pregătindu-l pe acesta să se adapteze la microbiomul mamei. Operația cezariană interferează cu expunerea copilului la flora vaginală și microbii de pe pielea mamei, ducând la colonizarea cu alte bacterii din mediul înconjurător și alterarea microbiomului fătului. Folosirea de rutină a antibioticelor la nașterea prin cezariană modifică și mai mult colonizarea microbiană a nou-născutului.

Expunerea microbiană și stresul travaliului duc de asemenea la activarea marcată a markerilor sistemului imun în sângele din cordonul ombilical al nou-născuților născuți pe cale vaginală sau prin operație cezariană după debutul travaliului. Aceste modificări sunt absente în sângele din cordonul ombilical al copiilor născuți prin operație cezariană în afara travaliului. Bolile imunologice, incluzând astmul, dermatita atopică și boala celiacă sunt mai frecvente la copiii născuți prin operație cezariană în afara travaliului, comparativ cu cei născuți prin operație cezariană efectuată după debutul travaliului. Mecanismele prin care se explică aceste diferențe nu sunt bine înțelese; totuși, dezvoltarea optimă a microbiomului în timpul și imediat după naștere și pregătirea sistemului imunitar al fătului par să aibă efecte pe termen lung asupra sănătății în copilărie. Studiile efectuate pe animale sugerează că afectarea acestui proces are efecte negative și epigenetice directe asupra metabolismului și funcționării sistemului imunitar mai târziu în copilărie.

Indicațiile operației cezariene

Analizarea indicațiilor operației cezariene este dificilă. Travaliul (nașterea) este un proces dinamic care implică diverse grade de risc și numeroși factori fetali, placentari și materni. Preferințele mamei și ale medicului joacă de asemenea un rol tot mai important în luarea deciziilor privind nașterea. În 1996, Michael Robson a publicat un sistem inovativ pentru clasificarea pacientelor în zece grupe care se exclud reciproc, bazate pe unii parametri obstetricali obiectivi care sunt consemnați de rutină. Numărul de paciente din fiecare grupă este înregistrat împreună cu rata cezarienelor pentru grupul respectiv, permițând identificarea grupelor cu procente crescute de cezariană și contribuția fiecărei grupe la rata totală de nașteri prin cezariană bazată pe dimensiunea grupei respective. Acest sistem a fost utilizat pentru a analiza procentul nașterilor prin cezariană la nivel global, revelând o variație largă în ceea ce privește acest procent, dar persistența anumitor cauze. În instituțiile medicale de nivel înalt, cele mai multe cezariene sunt efectuate la pacientele care aparțin uneia din următoarele trei grupe: femeii care au mai avut cel puțin o operație cezariană; femeii la prima naștere cu travaliu declanșat spontan; și femeii la prima naștere cu travaliu indus medical. Eforturile de a reduce procentul nașterilor prin cezariană se concentrează în mod tipic pe aceste trei grupe.

Cauzele creșterii ratei cezarienelor

Deși, timp de mai multe decade, Organizația Mondială a Sănătății a declarat rata ideală a nașterilor prin operație cezariană ca fiind de 15%, ratele la nivel global sunt în continuă creștere. Numeroși factori sunt responsabili pentru această creștere, incluzând:

- scăderea toleranței la riscul fetal în cursul nașterii (de ex. cezariană de rutină la nașterile în prezentație pelviană);
- scăderea toleranței la traumele perineale (preferarea cezarienei în locul aplicației de forceps);
- supraaprecierea riscurilor nașterii naturale după o naștere anterioară prin cezariană;
- lipsa de acces la serviciile unei doula în timpul travaliului;
- scăderea numărului medicilor calificați în intervenții obstetricale cum ar fi asistarea nașterii în prezentație pelviană, practicarea nașterii instrumentale (ventuză sau forceps) sau asistarea nașterilor gemelare;
- utilizarea monitorizării fetale cu înregistrarea unor ritmuri fetale atipice fals pozitive sau anormale;
- obezitatea maternă în creștere;
- creșterea numărului de nașteri induse (pentru a satisface preferințele mamei sau ale medicului sau pentru a evita riscurile sarcinii suprapurtate);
- creșterea analgeziei la naștere cu stimularea inadecvată a travaliului;
- preferințele mamei (programarea nașterii, teama de naștere, evitarea travaliului);
- preferințele medicului (programarea nașterii sau remunerarea mai avantajoasă a nașterii prin cezariană).

Reducerea numărului de nașteri prin operație cezariană

Cu atât de mulți factori care influențează practica obstetricală modernă, conceptul de rată „ideală” a nașterilor prin cezariană pare depășit. Între țările Comunității Europene, numai în Olanda și în Țările Scandinave rata cezarienelor este menținută în jur de 15%. Cu toate acestea, operația cezariană presupune riscuri și costuri mai mari decât nașterea pe cale naturală; iar eforturile de a evita, în condiții de siguranță, cezarienele care nu sunt necesare sunt justificate atât din perspectiva beneficiului cât și din perspectivă etică.

Actualmente, multe femei care doresc și pot să nască natural, nasc prin operație cezariană. Dintre cele cu prezentație pelviană, oprirea travaliului sau naștere prin cezariană în antecedente, multe nu au acces la un medic sau la un spital care poate și dorește să asiste o naștere naturală în aceste condiții. Deși prezența unei doula în travaliu reduce rata de nașteri prin cezariană, puține femei au acces la serviciile unei doula. În schimb, anestezia peridurală, care interferă cu progresiunea normală a travaliului, este folosită pe scară tot mai largă. Obezitatea maternă crește riscul de operație cezariană; iar câștigul excesiv sau mediu în greutate în timpul sarcinii la femeile obeze amplifică și mai mult acest risc. Ameliorarea conducerii travaliului poate evita nașterea prin cezariană prin confirmarea monitorizărilor fetale anormale și stimularea corespunzătoare a travaliului la pacientele cu analgezie epidurală înainte de a recurge la cezariană.

Deși nașterea prin cezariană fără alt motiv decât cererea mamei se practică, ea este responsabilă de un mic procent din totalul nașterilor prin cezariană. Chiar respectând granițele autonomiei materne, există în multe zone posibilitatea de a reduce numărul nașterilor prin operație cezariană.

Rezumat

În secolul XXI, în instituțiile medicale performante, operația cezariană a devenit suficient de sigură încât să permită o extindere rapidă a indicațiilor și o creștere dramatică a frecvenței acestei intervenții. Cauzele acestei creșteri sunt multifactoriale. Pentru unii, operația cezariană înseamnă o cale relativ sigură de a evita grade reduse de risc matern și fetal. Pentru alții, cezariana programată a devenit, având în vedere efortul necesar pentru o naștere pe cale naturală, o cale simplă, eficientă și predictibilă, chiar dacă mai scumpă, de a naște.

Este clar că operația cezariană este salvatoare de viață; cu toate acestea, este la fel de clar că se efectuează multe cezariene care nu sunt necesare din punct de vedere medical. În comparație cu

nașterea naturală, nașterea prin operație cezariană presupune riscuri mai mari pentru mamă, costuri mai ridicate și uneori riscuri mai mari pentru făt. Cele mai multe femei doresc o naștere normală pe cale vaginală. Avem o datorie etică de a le ajuta să-și îndeplinească această dorință.

(Dr. Andrew Kotaska, MD, FRCSC, Clinical Director Maternal and Child Services, Stanton Territorial Hospital, Yellowknife, NT, Canada)

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/277737/Cesarean-Section-or-Vaginal-Delivery-in-the-21st-Century.pdf?ua=1