



**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI**  
SAĞLIK HİZMETLERİ  
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ



# **SEZARYEN SONRASI VAJİNAL DOĞUM (SSVD) KLİNİK PROTOKOLÜ**

**Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı**

2024



T.C. Sağlık Bakanlığı  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı

## SEZARYEN SONRASI VAJİNAL DOĞUM (SSVD) Klinik Protokolü

T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın Numarası	ISBN	Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa Sayısı
1292	978-975-590-910-3	Ekim - 2024	-	-	38

### **Telif Hakkı Sahibi: © Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2024**

Bu rehberin yayın hakları T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne aittir. Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz. Kısmen dahi olsa alınamaz, çoğaltılamaz, yayımlanamaz. Ücretsizdir, para ile satılamaz.

Tıbbi bilgiler sürekli değişime uğrayarak yenilenmektedir; o nedenle bu rehberdeki bilgiler literatür bilgisi ile güncellenmelidir. Herhangi bir yanlış uygulamadan kaçınabilmek amacı ile standart güvenlik önlemleri dikkate alınmalıdır. Her hasta için en iyi uygulamayı yapmak sorumlu hekimin görevidir.

### **İLETİŞİM**

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı

**Adres:** Bilkent Yerleşkesi Üniversiteler Mah. Şehit Mehmet Bayraktar Cad. No: 3, Kat: 8, PK: 06800 Çankaya/Ankara

**Tel:** 0312 471 15 37

**Web:** www.shgm.saglik.gov.tr, https://shgmargestddb.saglik.gov.tr, hta.gov.tr



## ÖNSÖZ

Sağlık hizmetlerinin erişilebilir, etkili, etkin ve kaliteli sunumunu sağlamak Sağlık Bakanlığı'nın en temel hedefleri arasındadır. Nitekim bu hedefler Bakanlığımız 2024-2028 stratejik planında da yer almaya devam etmektedir. Bu kapsamda Genel Müdürlüğümüz koordinasyonunda hazırlanan klinik rehber ve protokoller, sağlık olgularının yönetiminde kanıta dayalı iyi klinik uygulamaları tanımlamayı, hasta bakım ve güvenlik standartlarını belirlemeyi, etkili ve sürdürülebilir stratejilerin seçiminde tüm sağlık profesyonellerine rehberlik etmeyi hedeflemektedir. Bu amaçla, sağlık olgularının tanı, tedavi, rehabilitasyon ve izlem süreçleri ile koruyucu ve önleyici hizmetlerin yönetimine ilişkin uluslararası kanıtların yerel yapılara uyumu göz önünde bulundurularak hazırlanan rehber ve protokoller ile müdahale ve bakım süreçlerinin standart hale getirilmesi için çalışmalar yürütülmektedir.

Dünyada en yaygın obstetrik uygulamalardan biri olan sezaryen oranında artış gözlenmektedir. Sezaryen doğum, maternal ve fetal mortalite ve morbidite ile ilişkisi nedeniyle önemli bir halk sağlığı konusu haline gelmiştir. Bu kapsamda, sezaryen sonrası vajinal doğumun (SSVD) hem Türkiye'de hem de dünyada sezaryen oranlarındaki artışı azaltmada önemli bir seçenek olarak kabul görmektedir.

Sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) önceki doğumunu sezaryen ile gerçekleştirmiş olan gebeler ve bu gebeleri takip eden ve doğum sürecini yöneten sağlık personelleri için önemli bir konudur. SSVD hem anne hem de bebek sağlığı açısından önemli avantajlar sunabilen bir yöntem olarak değerlendirilmektedir. Dünya genelinde ve Türkiye'de artan sezaryen oranları, SSVD uygulamalarının ve bu konuda hazırlanan rehberlerin önemini artırmıştır. SSVD, dikkatli bir değerlendirme ve yönetim gerektiren bir süreçtir. Sezaryen sonrası vajinal doğum yapma kararı, sadece gebenin ve fetüsün sağlık durumu ile karar verilebilecek bir durum değil, aynı zamanda doğum yapılacak sağlık kuruluşunun altyapısı, sağlık personelinin deneyimi ve önceki doğum koşulları gibi birçok faktöre bağlıdır.

Bu Klinik Protokol, uluslararası iyi uygulama standartlarını ulusal sağlık koşullarına uyarlayarak, kadın doğum uzmanları ve ebelerin SSVD süreçlerini yönetirken, güncel bilgi ve uygulama standartlarına uygun hareket etmelerine yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Potokolün, SSVD konusunda ulusal düzeyde standart bir yaklaşım uygulanmasına katkı sağlamasını ve faydalı olmasını diler, emeği geçen tüm çalışma grubu üyelerine teşekkür ederim.

**Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU**  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü



## ÇALIŞMA EKİBİ

### Çalışma Sahibi

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,  
Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı

### Çalışma Yöneticileri

Adı, Soyadı	Ünvanı	Kurumu/Görevi
Hasan Basri VELİOĞLU	Uzm. Dr.	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü
Yusuf AKDOĞAN	Uzm. Dr.	Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı
Sultan OĞRAŞ	Daire Başkanı	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanı

### Koordinatör

Olgun ŞENER	Kamu Yönetimi Uzmanı	Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı
-------------	----------------------	--

### Editör

Yaprak ÜSTÜN	Prof. Dr.	Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
--------------	-----------	--

### Yazarlar\*

Dilek ŞAHİN	Prof. Dr.	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği
Gülşah AYNAOĞLU YILDIZ	Doç. Dr.	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD
H. Levent KESKİN	Prof. Dr.	Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
Özgür DEREN	Prof. Dr.	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD
Özlem UZUNLAR	Prof. Dr.	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
Pınar ÇALIŞ	Doç. Dr.	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD
Şevki ÇELEN	Prof. Dr.	Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
Yaprak ÜSTÜN	Prof. Dr.	Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

### Katkıda Bulunanlar

Kadın Sağlığı Dernekleri Federasyonu

Perinatoloji ve Riskli Gebelikler Derneği

Türk Alman Jinekoloji Eğitim, Araştırma ve Hizmet Vakfı

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

Türk Perinatoloji Derneği

Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği

Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

### Grafik Tasarım/Mizanpaj

Selda CAN	Grafiker	Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı
-----------	----------	--

\*İsim esas alınarak alfabetik olarak düzenlenmiştir.



**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ  
YAYIN KOMİSYONU**

**ASİL ÜYELER**

<b>Ad Soyad</b>	<b>Birim</b>	<b>Ünvan</b>	<b>Görev</b>
Doç. Dr. Emre KORKUT	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Genel Müdür Yardımcısı	Komisyon Başkanı
Doç. Dr. Gülsen TOPAKTAŞ	Eğitim ve Sertifikasyon Daire Başkanlığı	Daire Başkanı	Üye
Doç. Dr. Attila BEŞTEMİR	Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Daire Başkanlığı	Daire Başkanı	Üye
Dr. İbrahim KARAKUŞ	Tetkik ve Teşhis Hizmetleri Daire Başkanlığı	Daire Başkanı	Üye
Sultan OĞRAŞ	Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı	Daire Başkanı	Üye



# İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ .....	iii
ÇALIŞMA EKİBİ .....	iv
YAYIN KOMİSYONU .....	v
TABLOLAR .....	vii
ŞEKİLLER .....	vii
KUTULAR .....	vii
ALGORİTMALAR .....	vii
KISALTMALAR .....	viii
<b>1. GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>1</b>
1.1. Sezaryen Doğum Sonrası Vajinal Doğum .....	1
1.2. Sezaryen Doğum Sonrası Doğum Denemesi .....	1
1.3. Epidemiyoloji .....	1
1.4. SSVD'nin Başarı Olasılığı .....	2
1.5. SSVD'nin Faydaları, Riskleri Ve Yenidoğan Üzerine Etkileri .....	3
<b>2. ANTENATAL DANIŞMANLIK-EĞİTİM .....</b>	<b>4</b>
<b>3. SSVD UYGUNLUĞUNUN BELİRLENMESİ .....</b>	<b>5</b>
3.1. SSVD Başarısını Azaltan Durumlar .....	5
3.2. SSVD'nin Kontrendikasyonları .....	5
<b>4. İNTRAPARTUM-POSTPARTUM YÖNETİM .....</b>	<b>7</b>
4.1. İşlemi uygulayacak merkezde olması gereken özellikler .....	7
4.2. Planlanmış SSVD'nin İntrapartum Yönetimi .....	7
4.3. Daha Önce Sezaryenle Doğum Yapmış Kadınlara Doğumun Başlatılması veya Hızlandırılması Konusunda Tavsiyeler .....	11
4.4. Planlanmış SSVD'nin Postpartum Yönetimi .....	11
<b>5. ÖZEL DURUMLARDA SSVD .....</b>	<b>12</b>
<b>6. PLANLI SSVD'NİN OLUMSUZ MATERNAL SONUÇLARI .....</b>	<b>13</b>
6.1. SSVD'ye Bağlı Maternal Morbidite ve Mortalite .....	14
6.1.1. Uterus Rüptürü .....	14
6.1.1.1. SSVD Eylemi Sırasında Meydana Gelen Uterus Rüptürü Yönetimi .....	14
6.1.1.2. Uterus Rüptürünün Onarımı ve Histerektomi .....	15
6.1.1.3. Uterus Rüptürü Meydana Gelen Olgularda Postpartum Yönetim .....	16
<b>7. PLANLI SSVD'NİN OLUMSUZ PERİNATAL SONUÇLARI .....</b>	<b>17</b>
<b>Kaynakça .....</b>	<b>18</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>24</b>
Ek 1. Daha Önce Sezaryenle Doğum Yapmış Kadınlara Yönelik Bilgi ve Onam .....	24
Ek 2. Özellikli Durumlarda Yönetim Planı .....	27
Ek 3. Hasta Bilgilendirme Broşürü .....	28
Ek 4. Hasta SSVD Antenatal Danışmanlık Kontrol Listesi .....	29



## TABLolar

---

Tablo 1. SSVD'nin Başarı Olasılığının Bağlı Olduğu Faktörler.....	2
Tablo 2. SSVD'nin Maternal, Fetal ve Neonatal Faydaları ve Riskleri .....	3
Tablo 3. Antenatal Takip Özellikleri .....	4
Tablo 4. SSVD Başarısını Azaltan Durumlar .....	5
Tablo 5. Planlanmış SSVD'nin Doğum Esnasında Yönetim Basamakları .....	7
Tablo 6. İntrapartum Ağrı Kontrolü .....	8
Tablo 7. Doğum İndüksiyon Yöntemleri.....	9
Tablo 8. Planlanmış SSVD'nin Postpartum Yönetimi .....	11
Tablo 9. Postpartum Komplikasyonların Yönetimi.....	11
Tablo 10. Özel Durumlarda SSVD .....	12
Tablo 11. SSVD Eylemi ve ETSD Maternal Morbidite ve Mortalite Oranları .....	13
Tablo 12. SSVD-D'de Başarı ve Uterin Ruptür Oranları .....	13
Tablo 13. Planlı SSVD Perinatal Sonuçları.....	17

## ŞEKİLLER

---

Şekil 1. Doğum İndüksiyonu .....	8
----------------------------------	---

## KUTULAR

---

Kutu 1. SSVD'nin Kontrendikasyonları.....	6
Kutu 2. İşlemi Uygulayacak Merkezde Olması Gereken Özellikler.....	7

## ALGORİTMALAR

---

Algoritma 1. SSVD Karar Algoritması .....	6
Algoritma 2. Planlanmış SSVD'nin İntrapartum Yönetimi .....	10
Algoritma 3. SSVD Eylemi Sırasında Meydana Gelen Uterus Ruptürü Yönetimi .....	14
Algoritma 4. Uterus Ruptürünün Onarımı ve Histerektomi .....	15
Algoritma 5. Uterus Ruptürü Meydana Gelen Olgularda Postpartum Yönetim .....	16



## KISALTMALAR

---

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği)
Ar-Ge ve STD	Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı
DIC	Disseminated Intravascular Coagulation (Dissemine İntrasvasküler Koagülasyon)
ECV	External Sefalik Versiyon
ETSD	Elektif Tekrarlayan Sezaryen Doğum
HIE	Hipoksik İskemik Ensefalopati
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü)
NICHD	National Institute of Child Health and Human Development (Ulusal Çocuk Sağlığı ve İnsan Gelişimi Enstitüsü)
SHGM	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
SSVD	Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum
SSVD-D	Sezaryen Doğum Sonrası Doğum Denemesi
PAS	Plasenta Akreata Spektrumu
PGE	Prostaglandin E
RCOG	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Kraliyet Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Derneği)
SOGC	The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (Kanada Obstetrik ve Jinekoloji Derneği)





# 1. GENEL BİLGİLER

Sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD), önceki doğumunu sezaryen ile gerçekleştirmiş olan gebeler ve bu gebeleri takip eden ve doğum sürecini yöneten sağlık personeli için önemli bir konudur. SSVD, hem anne hem de bebek sağlığı açısından önemli avantajlar sunabilen bir yöntem olarak değerlendirilmektedir. Dünyada ve Türkiye'de artan sezaryen oranları, SSVD uygulamalarının ve bu konuda hazırlanan rehberlerin önemini artırmıştır. SSVD, dikkatli bir değerlendirme ve yönetim gerektiren bir süreçtir. SSVD yapma kararı, sadece gebenin ve fetüsün sağlık durumu ile karar verilebilecek bir durum değil aynı zamanda doğum yapılacak sağlık kuruluşunun altyapısı, sağlık personelinin deneyimi ve önceki doğum koşulları gibi birçok faktöre bağlıdır. Birçok kılavuzun üzerinde fikir birliğine vardığı planlı SSVD, daha önce tek bir alt segment uterin kesi ile sezaryen doğum yapmış kadınların çoğu için klinik olarak güvenli bir seçenektir (RCOG, 2015; NICE, 2013; ACOG, 2019; Cunningham, 2010; Guise, 2010). Gebelere SSVD'nin avantajları ve riskleri hakkında güncel ve anlaşılır bilgi vermek seçimlerini etkileyecektir. Yapılan tıbbi çalışmaların ve bilgi birikiminin artması sonrasında hazırlanan uluslararası kılavuzlar ve standartlar, SSVD'nin uygulanabilirliğini ve güvenliğini artırmak amacıyla geliştirilmiştir.

Bu kılavuz, uluslararası iyi uygulama standartlarını ulusal sağlık koşullarına uyarlayarak, kadın doğum uzmanları ve ebelerin SSVD süreçlerini yönetirken, güncel bilgi ve uygulama standartlarına uygun hareket etmelerine yardımcı olmayı amaçlamaktadır.

## 1.1. Sezaryen Doğum Sonrası Vajinal Doğum

Sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD), önceki doğumunu sezaryen yöntemiyle yapmış bir kadının, sonraki doğumunu vajinal yolla gerçekleştirmesi sürecidir. İngilizce'de "Vaginal Birth After Cesarean" (VBAC) olarak adlandırılan bu yöntem, hem maternal hem de fetal sağlık açısından avantajlar sağlayabilmektedir (RCOG, 2015).

## 1.2. Sezaryen Doğum Sonrası Doğum Denemesi

Sezaryen sonrası vajinal doğum denemesi (SSVD-D), bir kadının sezaryen sonrası vajinal doğum yapma sürecine girmesi anlamına gelir. SSVD-D, vajinal doğumun mümkün olup olmadığını belirlemek için yapılan bir denemedir. Başarıyla sonuçlandığında, bu süreç SSVD olarak tanımlanmaktadır (ACOG, 2019).

## 1.3. Epidemiyoloji

SSVD ve SSVD-D ile ilgili epidemiyolojik veriler, farklı bölgeler ve ülkeler arasında değişiklik göstermektedir. Küresel düzeyde, SSVD'nin başarısı ve uygulanabilirliği ile ilgili geniş çaplı araştırmalar yapılmış olup bu veriler hem kadın hem de bebek sağlığı açısından önemli bulgular



sunmaktadır. Dünyada SSVD'nin başarı oranları genellikle %60-80 arasında değişmektedir (Sabol, 2015). Başarı oranı, önceki sezaryenin nedenine, gebelik ve doğum koşullarına, sağlık personelinin deneyimine ve sağlık kurumunun altyapısına bağlı olarak değişim göstermektedir (RCOG, 2015; ACOG 2019). SSVD komplikasyon oranları, SSVD yapan kadınlarda uterus rüptürü gibi ciddi risklerin yanı sıra diğer vajinal doğum riskleri ile de ilişkilidir. Uterus rüptürü riski, SSVD uygulanan kadınlarda %0.5-0.9 arasında değişmektedir (ACOG, 2019; Guise, 2010; Young, 2018).

### 1.4. SSVD'nin Başarı Olasılığı

SSVD'nin başarı olasılığı, bir dizi faktöre bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. SSVD'nin başarısı Tablo 1'de verilen çeşitli klinik koşullar ve bireysel faktörlerle yakından ilişkilidir.

**Tablo 1. SSVD'nin Başarı Olasılığının Bağlı Olduğu Faktörler**

Faktör	Açıklama
<b>Daha önce vajinal doğum yapmış olma</b>	Önceki gebeliklerde vajinal doğum yapmış olmak, SSVD'nin başarısını artıran önemli faktörlerden biri olup başarı oranı yaklaşık %85'tir (Landon, 2005; Sims, 2001).
<b>Önceki sezaryen nedeni</b>	Sefalopelvik uygunsuzluk, fetal distres veya diğer tıbbi acil durumlar gibi doğumla ilgili problemler nedeniyle yapılmışsa, SSVD'nin başarı şansı daha düşük olabilir. Elektif bir neden veya düşük riskli bir durum nedeniyle gerçekleştirilmişse, başarı oranı daha yüksek olabilir.
<b>Gebelik ve doğum koşulları</b>	Gebeliğin sağlıklı ve komplikasyonsuz bir şekilde ilerlemesi, SSVD'nin başarı oranını olumlu yönde etkiler. Doğumun başladığı gebelik haftası ve doğum sürecinin düzenli izlenmesi, başarı şansını artırır. Spontan doğum eylemi başlangıcı ve yüksek Bishop skoru, SSVD'nin başarı şansını olumlu etkileyen diğer önemli faktörlerdir. Travay takibi sürecinde karşılaşılan komplikasyonlar, başarı şansını doğrudan etkiler.
<b>Anne ve bebek sağlığı</b>	Annenin genel sağlık durumu ve mevcut gebelikteki durumlar, SSVD'nin başarı şansını etkiler. Annenin fiziksel durumu ve bebeğin sağlık durumu, doğum sürecinin yönetiminde kritik rol oynar. Sağlıklı bir gebelik ve uygun fetal büyüklük, SSVD'nin başarı oranını artırabilir.
<b>Sağlık kuruluşunun altyapısı ve deneyimli personel</b>	SSVD'nin yapılacağı sağlık kuruluşunun donanımı ve sağlık personelinin deneyimi, başarı oranını etkileyen önemli faktörlerdir. Sağlık kuruluşunun acil müdahale ekipmanlarına sahip olması ve deneyimli sağlık personelinin bulunması, SSVD sürecinin daha güvenli ve etkili bir şekilde yönetilmesini sağlar.
<b>Obezite ve makrozomik fetüs</b>	Obezite, doğum sırasında komplikasyon risklerini artırabilir ve makrozomik fetüs, doğum kanalında zorluklar yaratabilir. Bu durumlar SSVD'nin başarısını olumsuz yönde etkileyebilir.



### 1.5. SSVD'nin Faydaları, Riskleri ve Yenidoğan Üzerine Etkileri

SSVD'nin faydaları, riskleri ve yenidoğan üzerine etkileri Tablo 2'de yer almaktadır (ACOG, 2019; G Guise 2010; Macones, 2005; McMahon, 1996; Young, 2018).

Tablo 2. SSVD'nin Maternal, Fetal ve Neonatal Faydaları ve Riskleri

Maternal Faydalar	Maternal Riskler
<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Daha Kısa İyileşme Süreci<ul style="list-style-type: none"><li>• Daha erken mobilizasyon ve hastaneden erken çıkış</li><li>• Daha az enfeksiyon, kanama ve diğer cerrahi komplikasyonlar</li></ul></li><li>▶ Gelecek Gebelikler Üzerindeki Etkiler<ul style="list-style-type: none"><li>• Özellikle plasenta previa ve plasenta akreata spektrumu gibi komplikasyonlar daha az görülür.</li></ul></li><li>▶ Hızlı Fiziksel Aktiviteye Dönüş<ul style="list-style-type: none"><li>• Egzersiz ve diğer günlük aktivitelere hızlı döner.</li></ul></li><li>▶ Psikolojik Fayda<ul style="list-style-type: none"><li>• Özgüven ve doğum sürecindeki kontrol hissi artar.</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Uterus Rüptürü Riski<ul style="list-style-type: none"><li>• Risk yaklaşık %0.5-0.9'dur.</li></ul></li><li>▶ Başarısız SSVD-D<ul style="list-style-type: none"><li>• Acil sezaryen ve buna bağlı risk artışı</li></ul></li><li>▶ Genel Doğum Komplikasyonları (doğum sonrası kanama, enfeksiyonlar ve fetal distres gibi)</li><li>▶ Psikolojik ve Emosyonel Etkiler<ul style="list-style-type: none"><li>• Vajinal doğum süreci anksiyete ve stress yaratabilir.</li></ul></li></ul>
Fetal ve Neonatal Faydalar	Fetal ve Neonatal Riskler
<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Yenidoğan Üzerindeki Fizyolojik Etkiler<ul style="list-style-type: none"><li>• Islak akciğer olma olasılığı azalır.</li></ul></li><li>▶ Bakteriyel Floranın Gelişimi<ul style="list-style-type: none"><li>• Neonatal mikrobiyatanın ve immun sistemin gelişimi</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Genel Doğum Komplikasyonları<ul style="list-style-type: none"><li>• Doğum travması, hipoksi, fetal distres riski</li></ul></li><li>▶ Uterus Rüptürü<ul style="list-style-type: none"><li>• Fetal distres, hipoksi, doğum travması ve fetal/neonatal ölüm riski</li></ul></li></ul>



## 2. ANTENATAL DANIŞMANLIK-EĞİTİM

SSVD'nin başarısı, potansiyel fayda ve risklerin titizlikle değerlendirilmesine bağlıdır. Bazı hastalar vajinal doğum deneyimini özellikle arzu edebilmektedir.

SSVD için iyi uygulama kılavuzu antenatal dönemde klinik değerlendirme, uygulama dökümantasyonu ve kontrol listesi oluşturulmasına ve standart bakımın yürütülmesine katkı sağlar. Doğum şekline bilinçli olarak karar verilmesi, sürecinin iyileştirilmesi ve kilit noktaları listeleyen ve Ek 3'te bir örneği bulunan iyi yapılandırılmış kanıta dayalı hasta bilgi broşürleri SSVD başarısına katkı sağlamaktadır. Tablo 3'te antenatal takip özellikleri verilmektedir. Ayrıca SSVD antenatal danışmanlık kontrol listesi Ek 4'te yer almaktadır.

**Tablo 3. Antenatal Takip Özellikleri**

<b>12. hafta</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Doğum seçenekleri konusunda bilgilendirme yapılması</li></ul>
<b>18-21. hafta</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ayrıntılı Ultrasonografi: Mid trimester fetal anomali ve plasental lokalizasyon taraması</li><li>Önceki sezaryen doğum öyküsü (nedeni, postpartum kanama gibi) ve servikse yakın yerleşimli plasenta tespit edilenler için 32-34. haftada ultrasonografi muayenesinin planlanması</li></ul>
<b>21-28. hafta</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Düşük riskli tekil ve önceki alt segment transvers insizyonla sezaryen doğum öyküsü olan kadınların doğum öncesi danışmanlık randevusu planlanması, antenatal danışmanlık kontrol listesinin doldurulması ve dökümanite edilmesi</li><li>Ebe danışmanlığı, tarama testlerinin tamamlanması (tam kan sayımı, OGTT, ABO Rhesus D grup durumu, endikasyon halinde anti-D uygulaması)</li></ul>
<b>32-34. hafta</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Kadın doğum uzman değerlendirmesi: Servikse yakın yerleşimli plasenta tespit edilenlerde ultrason değerlendirmesi ile plasenta akreta spektrumu araştırılması ve yönetiminin sağlanması</li><li>Ebe danışmanlığı: Sefalik prezantasyon, obstetrik komplikasyonu olmayan, plasenta normal yerleşimli ve adezyon anomalisi ekarte edilmiş gebelerde, planlı SSVD veya elektif mükerrer sezaryen tercihinin belirlenmesi</li></ul>
<b>36. hafta</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Kadın doğum uzmanı liderliğinde değerlendirme: ETSD tercih eden, doğum şekli konusunda kararsız ya da obstetrik (çoğul gebelik, makrozomi, intrauterin gelişme geriliği, preeklampsi vb.) tıbbi komplikasyon bulunan gebelerin değerlendirmesi</li><li>Fetal makrozomi şüphesi durumunda obstetrik ultrasonografik muayene (üçüncü trimester ultrasonografi değerlendirmesinin fetal ağırlık tahmininde kısıtlılığı konusunda bilgilendirme yapınız)</li><li>Ebe danışmanlığı: Sefalik prezantasyon obstetrik/tıbbi komplikasyonu olmayan gebelerde SSVD kararının ve kontrol listesinin tekrar gözden geçirilmesi</li></ul>
<b>39. hafta</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>ETSD'nin gerçekleştirilmesi</li></ul>
<b>41+0 hafta</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Kadın doğum uzmanı değerlendirmesi: Planlı SSVD tercih eden ancak spontan doğumu başlamayan gebeler için gereklidir. Seçeneklerin (membran stripping, amniyotomi, mekanik yöntemlerle doğum indüksiyonu ya da ekspektan yaklaşım, balon ile servikal dilatasyon ya da ETSD risk ve faydalarının) tekrar değerlendirilip belgelenmesi</li></ul>



### 3. SSVD UYGUNLUĞUNUN BELİRLENMESİ

Planlı SSVD için en uygun grup; sefalik prezentasyonda tekil gebeliği olup 37. gestasyonel haftasında ve sonrasında olan, önceden vajinal doğum yapıp yapmamasından bağımsız, bir defa alt segment transvers insizyonla sezaryen geçirmiş gebelerdir (RCOG, 2015; ACOG, 2010; Cunningham vd., 2010; Guise vd., 2010; NIH, 2010).

#### 3.1. SSVD Başarısını Azaltan Durumlar

SSVD başarısını azaltan durumlar Tablo 4'te verilmektedir (RANZCOG, 2019; Barger vd., 2011; Hesselman vd., 2015; Bergeron vd., 2009).

**Tablo 4. SSVD Başarısını Azaltan Durumlar**

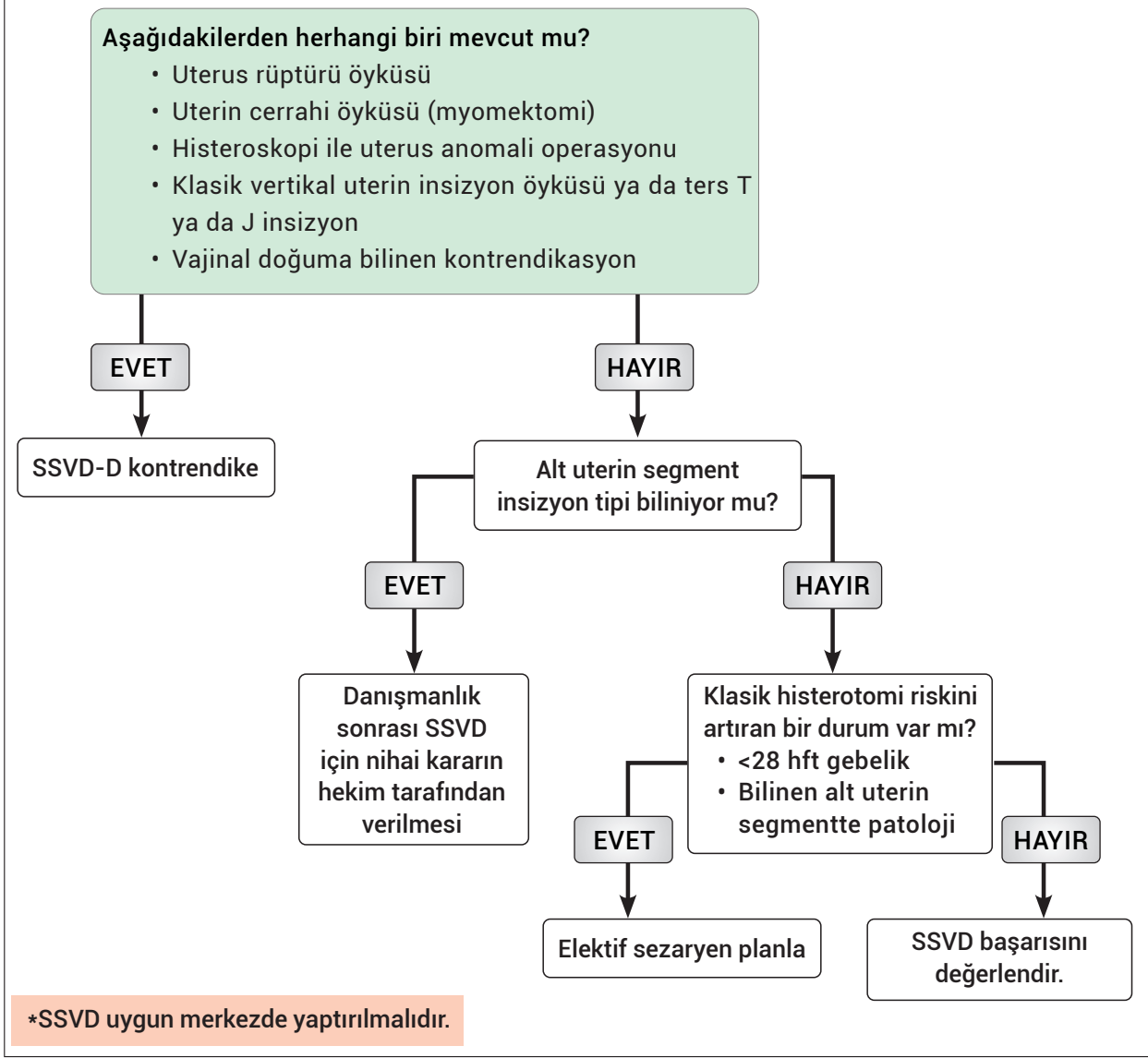
• Son doğumdan geçen süre	Son doğumdan 18 aydan kısa süre geçmiş olması
• Postterm gebelikler	
• Yaş	Anne yaşının 40 ve üzerinde olması
• Bishop skoru	Doğum öncesi Bishop skorunun düşük olması
• Fetusün kilosu	Makrozomik bebek (4000 gr ve üstü)
• Alt segment myometrial kalınlık	Ultrasonda alt segment myometrial kalınlığının ince olması (0.6-2.0 mm)
• Önceki sezaryenda postpartum kanama hikayesi bulunması (Al-Zirqi vd., 2017)	
• Geçirilmiş iki sezaryen öyküsü	

#### 3.2. SSVD'nin Kontrendikasyonları

SSVD karar süreci Algoritma 1'de, kontrendikasyonları ise Kutu 1'de verilmektedir (Al Qahtani ve Al Hajeri, 2011; Chibber vd., 2010; Naef vd., 1995; Shipp vd., 1999; Greene vd., 1998; Guidelines, 2020).



**Algoritma 1. SSVD Karar Algoritması**



**Kutu 1. SSVD'nin Kontrendikasyonları**

- ▶ Uterin skar olmasından bağımsız olarak vajinal doğum yapmasının mutlak kontrendike olduğu durumlar (ör. plasenta previa)
- ▶ Önceden uterin rüptür hikayesinin olması. SSVD sırasında %5 ve üzerinde uterin rüptür riski bulunmaktadır. Bundan dolayı kesin kontraendikasyon kabul edilir.
- ▶ Klasik sezaryen skar hikayesinin olması, önceki uterin insizyonun ters T ya da J insizyon olması Özellikle endometrial kaviteye uzanan laparoskopik ya da abdominal myomektomi geçirmiş hastalar (Parker vd., 2010; Rovio & Heinonen, 2012)



### 4. İNTRAPARTUM-POSTPARTUM YÖNETİM

#### 4.1. İşlemi uygulayacak merkezde olması gereken özellikler

SSVD'nin yapılacağı sağlık kuruluşunun donanımı ve sağlık personelinin deneyimi, başarı oranını etkileyen önemli faktörlerdir. İşlemi uygulayacak merkezde 7/24 (en fazla 15-20 dk içinde) acil sezaryen yapılabilmelidir. Diğer özellikler Kutu 2'de verilmektedir (ACOG, 2024).

#### Kutu 2. İşlemi Uygulayacak Merkezde Olması Gereken Özellikler

- ▶ 24 saat fetal monitörizasyonun sağlanması,
- ▶ 24 saat hizmet veren transfüzyon merkezinin olması,
- ▶ Doğumhanenin ameliyathaneye yakın olması,
- ▶ Acil durumlar için ihtiyaç duyulduğunda vakum veya forseps tecrübesi olan, sezaryen yapabilecek ve oluşan komplikasyonlara müdahale edebilecek bir ekibin 24 saat hazır olması,
- ▶ Neonatal asfiksi başta olmak üzere neonatal komplikasyonların yönetiminde deneyimli bir ekip, yenidoğan yoğun bakım ünitesi ve anestezi ekibi ile maternal komplikasyonların yönetimi açısından da yetişkin yoğun bakım ünitesi bulunmalıdır.
- ▶ Dolayısıyla SSVD, evde ya da birinci basamak merkezlerde uygulanmaması gereken ancak uygun koşulların sağlandığı durumlarda tercih edilmesi doğru bir yaklaşım olacaktır.

#### 4.2. Planlanmış SSVD'nin İntrapartum Yönetimi

SSVD planlanan hastalarda doğumun yönetimi, geçirilmiş sezaryeni olmayan hastalarla benzerdir. Takip farklılığı uterin rüptür riski nedeniyle. Planlanmış SSVD'nin doğum sırasında yönetim basamakları Tablo 5'te verilmektedir (Hammad, 2014; Rodriguez, 1989).

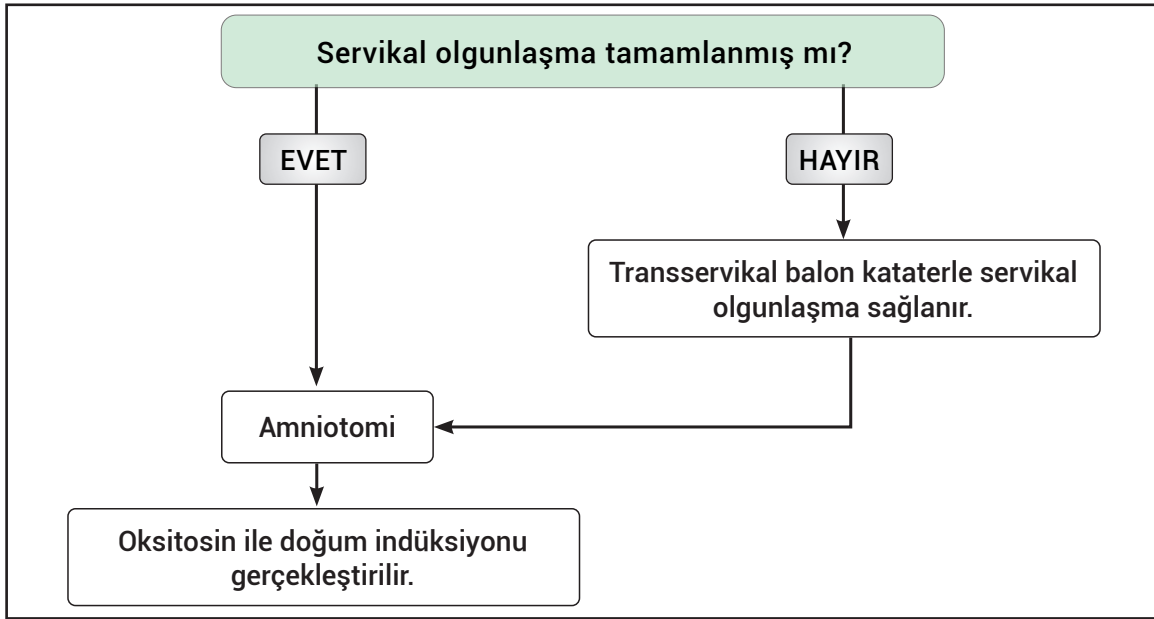
**Tablo 5. Planlanmış SSVD'nin Doğum Esnasında Yönetim Basamakları**

Onam alınmalıdır.	
Öncelikle hastanın vital bulguları değerlendirilmelidir.	
Vajinal muayenesi yapılmalıdır.	
Damar yolu açılarak tam kan tetkiki, kan grubu belirlenmesi ve cross-match için kan örneği alınmalıdır.	SSVD yapılmış hastalarda kan transfüzyon oranı yaklaşık %2'dir.
Hasta aktif eylem başlamadan önce, acil sezaryen olasılığı açısından anestezi uzmanı tarafından değerlendirilmelidir.	Uygun koşulların olması durumunda epidural anestezi ile travay takibi düşünülebilir. (Tablo 6).
Artmış uterin rüptür riski nedeniyle, uterin kontraksiyonların ve fetal kalp atımlarının sürekli monitörizasyonu yapılmalıdır.	Uterin rüptürün en sık bulgusu fetal kalp atımlarında ani ve şiddetli bozulmadır. Uterin kontraksiyonlarda artış olabilir, amplitüdlerinde dereceli azalma olabilir veya uterin tonus kaybolabilir.



SSVD yönteminde doğum süresi, geçirilmiş sezaryeni olmayan hastalarla benzerdir. Latent faz uzamışsa doğum indüksiyonu yapılabilir. Doğumun ikinci evresinin 3 saatten fazla sürmesi durumunda rüptür riski %3 civarındadır. Bu durumda sezaryen kararı daha hızlı verilmelidir.

**Doğum İndüksiyonu:** Daha önce sezaryen doğum yapmış hastalarda doğum indüksiyonu yapılması, spontan doğum ve ekspektan yaklaşıma kıyasla uterin rüptür riskini artırmaktadır. Ancak uterin kontraksiyonları olmayan, SSVD planlanmış ve kontrendikasyonu olmayan hastalarda, hasta bilgilendirilerek doğum indüksiyonu başlanabilir. Doğum indüksiyonunda transservikal balon kateter, amniotomi ve oksitosin tercih edilmelidir. Servikal olgunlaşmayı sağlamak için transservikal balon kateter kullanılmalı, uterin rüptür riskinin daha yüksek olması nedeniyle prostaglandin kullanımından kaçınılmalıdır (Kehl, 2016). Ancak uterin rüptür riskinin doğum eylemi başlamasa bile var olduğu unutulmamalıdır. Doğum indüksiyon akış süreci Şekil 1'de verilmektedir.



Şekil 1. Doğum İndüksiyonu

Tablo 6. İntrapartum Ağrı Kontrolü

<b>Hidroterapi eşliğinde travay (HET)</b>	HET endikasyon ve kontrendikasyonları normal gebeliklerle benzerdir.
<b>Epidural Anestezi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Güvenilirdir.</li><li>• SSVD başarı oranları yüksektir.</li><li>• Vakum ve forseps kullanım oranları artar.</li><li>• Epidural analjezik dozu artmasına rağmen ağrının şiddetinin artması uterin rüptür açısından uyarıcıdır.</li><li>• Acil sezaryen gerektiğinde, bebeğin doğumunu, genel anesteziden daha hızlı sağlar.</li></ul>





Doğum indüksiyon yöntemleriyle ilgili detaylı bilgi Tablo 7'de verilmektedir (Zhang, 2021; Palatnik, 2015; Grobman, 2007; Harper, 2012).

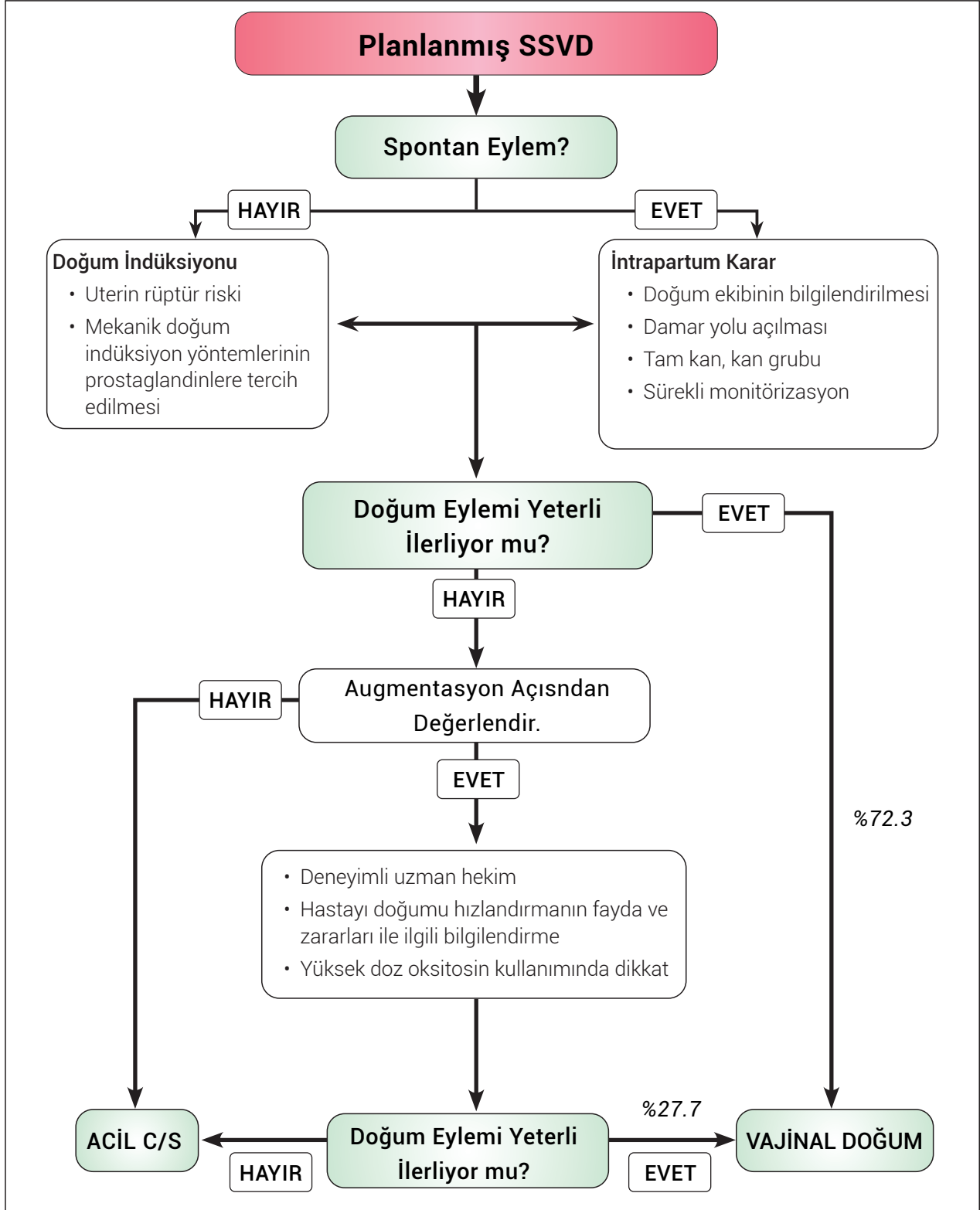
**Tablo 7. Doğum İndüksiyon Yöntemleri**

<b>Rüptür Riski</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Doğum indüksiyonu uterin rüptür riskini 3 kat artırır.</li><li>• 39-40-41. haftalarda indüklenmiş hastalarda spontan doğumlara kıyasla uterin rüptür riski 40-41. haftalarda 2 kat, 39.haftada 3 kat artmıştır.</li><li>• Daha önce vajinal doğum yapmamış SSVD-D hastalarında indüksiyonla rüptür riski %1.5, vajinal doğum yapmış SSVD-D hastalarında %0.6'dır.</li><li>• Servikal olgunlaşması yetersiz olan hastada indüksiyon ile rüptür riski (%1.82), servikal olgunlaşması yeterli olan hasta (%1.5) ile karşılaştırıldığında artmıştır.</li></ul>
<b>İndüksiyon Yöntemleri</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prostaglandin kullanımı, oksitosin ve transservikal balon uygulamasına kıyasla rüptür riskini artırır.</li><li>• Misoprostolün (PGE1) kullanımındaki rüptür riski dinoproston (PGE2) kullanımına kıyasla daha yüksektir.</li><li>• Servikal olgunlaştırmayı sağlamak amacıyla 60 cc şişirilmiş transservikal balon kateter kullanılması güvenilirdir (SOGC, 2005; ACOG, 2024).</li><li>• Oksitosin indüksiyonunda düşük doz protokolü uygulanması önerilir (0.5-2 mU/dk ile başlayıp, 15-40 dk aralıklarla 1-2 mU'luk artışlar).</li><li>• Oksitosin maksimum dozu 20 mU/dk'dır. 20 mU/dk üzerinde uterin rüptür riski 4 kat artar.</li><li>• Oksitosin doz intervalinin artırılması rüptür açısından koruyucu değildir.</li></ul>
<b>Öneriler</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hasta, doğumun başlatılması ve hızlandırılması amacıyla kullanılacak yöntemlerin fayda ve zararları ile ilgili bilgilendirilmelidir.</li><li>• Aktif fazda arrest varsa oksitosinden önce amniotomi düşünülmelidir.</li></ul>

Planlanmış SSVD'nin intrapartum yönetim basamakları Algoritma 2'de verilmektedir.



Algoritma 2. Planlanmış SSVD'nin İntrapartum Yönetimi



Kaynak: (Queensland Clinical Guidelines, 2020)

Vakum veya forseps kullanım endikasyonları uterin skarı olmayan nullipar hastalarla aynıdır (Son, 2017). Servikal dilatasyon tam ve baş en az +2 seviyesinde olmalıdır.



### 4.3. Daha Önce Sezaryenle Doğum Yapmış Kadınlara Doğumun Başlatılması veya Hızlandırılması Konusunda Tavsiyeler

Öncelikle hastaya doğum şeklini kendisinin seçeceği söylenmelidir. SSVD planlansa da her zaman başarıyla sonuçlanamayabileceği ve sezaryenle doğurmak durumunda kalabileceği anlatılmalı ve doğumun her evresinde kararını değiştirebileceği garantisi verilmelidir. Doğumun başlatılması veya hızlandırılması durumunda SSVD başarı oranının düşük olduğu ve indüksiyonda uygulanan yöntemlerin uterin rüptür riskinde artışa neden olabileceği anlatılmalıdır.

Uterus rüptürünün elde var olan yöntemlerle, fetal veya maternal monitörizasyon ile veya gebe başında sağlık personeli olsa bile hemen tanınmadığı durumlar olabilmektedir.

### 4.4. Planlanmış SSVD'nin Postpartum Yönetimi

Planlanmış SSVD'nin postpartum yönetimi Tablo 8'de verilmektedir.

**Tablo 8. Planlanmış SSVD'nin Postpartum Yönetimi**

Durum	Açıklama
Plasentanin doğurtulması	Plasenta, kord traksiyonuna rağmen 30 dk içinde ayrılmadıysa plasenta akreata sendromu (PAS) düşünülmelidir.
Uterus eksplorasyonu	Hemodinamik olarak stabil ve vajinal kanaması olmayan hastalarda uterus eksplorasyonu rutin olarak yapılmaz. Uterin skar dehisensi, asemptomatikse konservatif yaklaşım yeterlidir. Doğumun ikinci evresinde uterin rüptürün meydana geldiğine dair klinik şüphe varsa, o zaman manuel uterus eksplorasyonu yapılmalıdır. İntraperitoneal kanamanın takibi açısından seri hematokrit ölçümleri yapılmalı ve gerekirse laparotomi planlanmalıdır.

Postpartum komplikasyonların yönetimi Tablo 9'da gösterilmiştir (ACOG, 2024; Gerli, 2011; Yang, 2011).

**Tablo 9. Postpartum Komplikasyonların Yönetimi**

<b>Atoni</b>	Yönetim SSVD olmayan hastalarla aynıdır.
<b>Mesane Yaralanması</b>	Uterin rüptür hattının mesane katmanları arasına yayılmasıyla oluşur ve hematüri ile prezente olur.
<b>Pelvik Organ Yaralanması</b>	Pelvik organ ve damarların hasarlanmasıdır. İntraoperatif konsültasyon yapılmalıdır.
<b>PAS</b>	Yönetim SSVD olmayan hastalarla aynıdır.



### 5. ÖZEL DURUMLARDA SSVD

Klinisyenler, postterm gebelik, preterm gebelik, çoğul gebelik, fetal makrozomi, ölü fetusun doğurtulması veya 40 yaş ve üzeri maternal yaşla komplike olan gebeliklerde planlı SSVD'nin güvenliği ve etkinliği konusunda belirsizlik olduğunun farkında olmalıdır. Bu nedenle, bu gibi durumlarda SSVD düşünüüyorsa dikkatli bir yaklaşım önerilir ve hasta bilgilendirilir. Özel durumlarda SSVD yaklaşımı Tablo 10'da yer almaktadır (RCOG, 2015; Cahill A, 2005; Ford AA, 2006; Jastrow N, 2010; Srinivas SK, 2007; Ramirez MM, 2010).

Tablo 10. Özel Durumlarda SSVD

Durum	Açıklama
Postterm gebelik	Doğum indüksiyonu tartışmalıdır.
Çoğul gebelik	SSVD için bir kontrendikasyon olarak kabul edilmez. İkiz gebeliklerde SSVD oranları (%45-84) tekil gebeliklerdekine benzerdir.
Makrozomi	Yenidoğan ağırlığı 4000 gramdan fazla olan kadınlarda SSVD oranları daha düşüktür. • 4000 gram veya daha fazla doğum ağırlığı ve daha önce sezaryen öyküsü varsa şunlar artar: • Uterin rüptür • Başarısızlık • Omuz distosisi • Üçüncü ve dördüncü derece perineal laserasyon riski • Fetal makrozomi şüphesi varsa, 36. haftada ultrason taraması düşünülmelidir. Ancak 3. trimester ultrasonografisi makrozomiyi öngörmede zayıf bir göstergedir.
Makat geliş	• ECV, daha önce sezaryen doğum öyküsü olan kadınlar için kontrendike değildir. • Makat geliş SSVD için mutlak bir kontrendikasyon değildir ancak riskleri değerlendirmek için yeterli kanıt olmadığı konusunda bilgi verin
Preterm doğum	Preterm ve term gebeliklerde SSVD oranları benzer. • Uterin rüptürü ve dehisens oranları, term SSVD'ye kıyasla preterm gebeliklerde daha düşüktür
İleri anne yaşı	40 yaş ve üzeri anne yaşı ölü doğum ve sezaryen doğum için bağımsız bir risk faktörüdür. • Kanıtlar, elektif sezaryenin SSVD'ye göre tercih edilebilir olduğu bir anne yaş eşiği belirlemek için yeterli bilgi sağlamaz. • SSVD planlanan 40 yaş ve üzeri kadınlarda doğum zamanlamasını dikkatlice değerlendirin. • Doğum için uygun zamanlamayı önermek için yeterli kanıt yoktur.
Doğum öncesi fetal ölüm	Bakımı ve yönetimi kişiselleştirin. Yüksek SSVD oranları mevcuttur (%87). Ancak vakaların bir kısmında indüksiyon ve/veya augmentasyon gerektiği için %2.4'lük bir uterus rüptürü oranı bildirilmiştir. SSVD-D sırasında kontraksiyonları yakından izleyin. Uterin rüptürü belirtilerini yakından gözlemleyin. Daha önce klasik sezaryen geçirilmişse, tekrar sezaryen önerin.



### 6. PLANLI SSVD'NİN OLUMSUZ MATERNAL SONUÇLARI

Sezaryen sonrası vajinal doğumun (SSVD) maternal sonuçları incelenirken SSVD'nin hem avantajları hem de risklerini birlikte değerlendirmek gerekir.

ETSD'de olduğu gibi SSVD eyleminin de maternal riskleri (uterus rüptürü, kanama, enfeksiyon, operatif yaralanma, tromboembolizm, histerektomi ve ölüm) vardır (Chauhan SP vd., 2003; ACOG, 2019; Guise JM vd., 2010) ve SSVD ve ETSD arasında histerektomi, tromboembolik hastalık, transfüzyon ve endometrit oranları önemli ölçüde farklılık göstermemektedir (Rossi AC ve D'Addario V, 2008) (Tablo 11). Maternal morbidite, acil intrapartum sezaryen doğumda en yüksektir (ACOG Practice Bulletin No. 205, 2019).

**Tablo 11. SSVD Eylemi ve ETSD Maternal Morbidite ve Mortalite Oranları**

Maternal Morbiditeler	SSVD Eylemi (Geçirilmiş 1 C/S ile Doğum Mevcut ise) (%)	ETSD (%)
Enfeksiyon (ateş, enfeksiyon, endometrit)	4.6	3.2
Cerrahi morbidite	0.37 – 1.3	0.30 – 0.60
Kan transfüzyonu	0.66	0.46
Histerektomi	0.5	0.1
Uterin rüptür	0.71	0.02
Maternal mortalite	0.004	0.013

SSVD-D'de başarı ve uterin rüptür oranları Tablo 12'de verilmektedir (Green Top Guideline No 45, 2015; RCOG, 2015; ACOG, 2019).

**Tablo 12. SSVD-D'de Başarı ve Uterin Rüptür Oranları**

	Spontan Doğum Eylemi	İndüklenmiş Doğum Eylemi	Augmente (Desteklenmiş) Doğum Eylemi
SSVD başarı	%74	%63	%68
Uterin rüptür	%0.47	%1.2	%1.1



### 6.1. SSVD'ye Bağlı Maternal Morbidite ve Mortalite

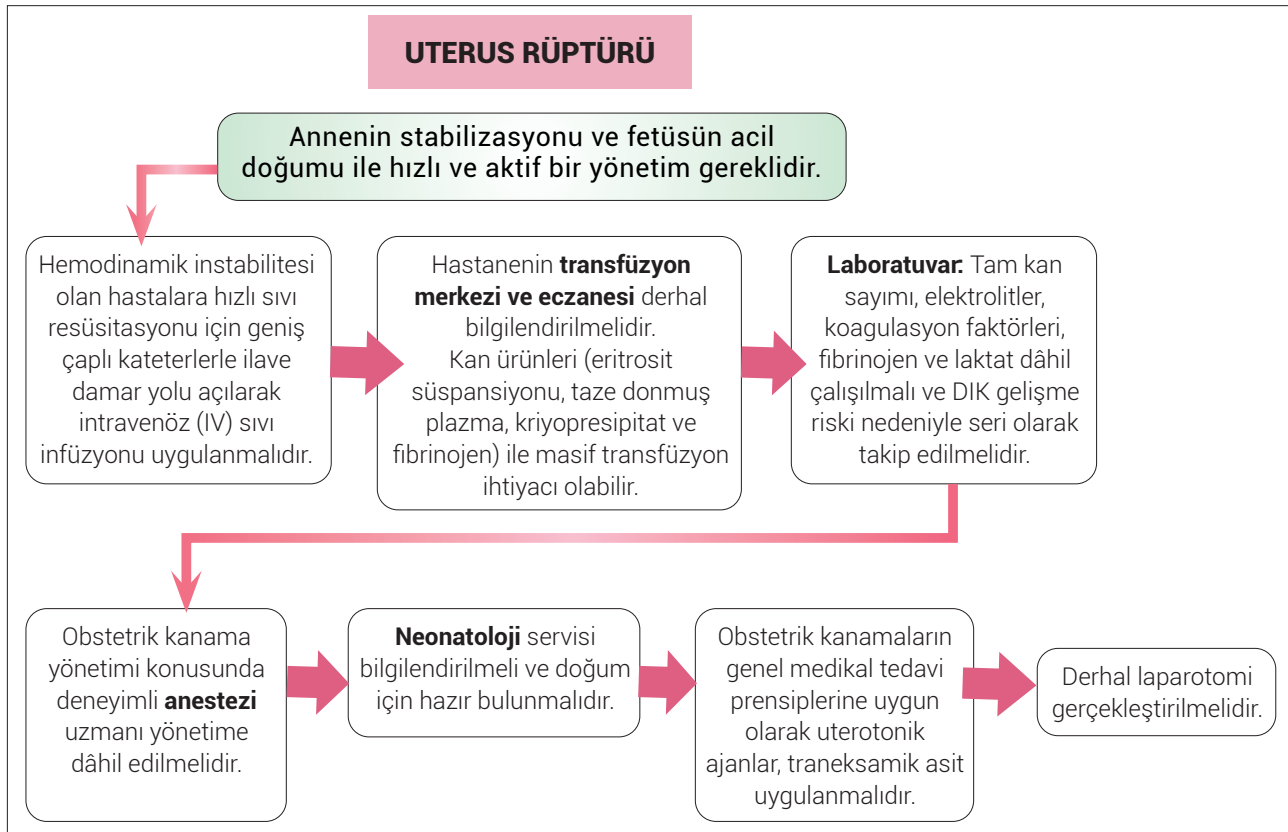
#### 6.1.1. Uterus Ruptürü

SSVD eylemi sırasında uterus rüptürü meydana gelenlerin %43.3'ünde ciddi kanama ortaya çıkar, %20.6'sında histerektomi ihtiyacı olmuş, %4.9'unda kardiyak, serebral, renal ve solunum komplikasyonları gelişmiş ve %1.2'sinde maternal ölüm meydana gelmiştir (Al-Zirqi I vd., 2019).

##### 6.1.1.1. SSVD Eylemi Sırasında Meydana Gelen Uterus Rüptürü Yönetimi

SSVD eylemi sırasında meydana gelen uterus rüptürü yönetimi Algoritma 3'te verilmektedir (Woman Trial Collaborators, 2017).

#### Algoritma 3. SSVD Eylemi Sırasında Meydana Gelen Uterus Rüptürü Yönetimi

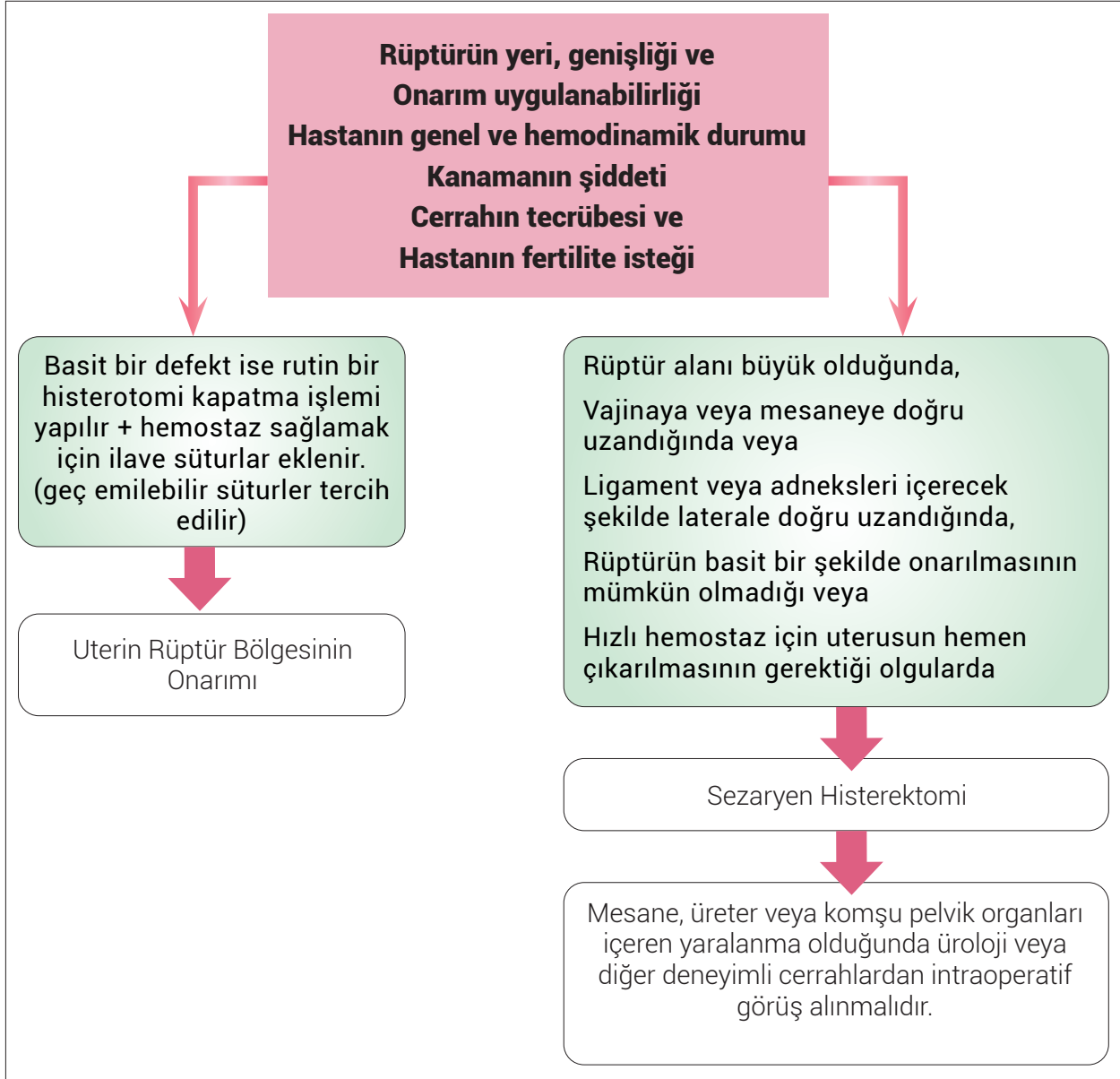




### 6.1.1.2. Uterus Rüptürünün Onarımı ve Histerektomi

Uterus rüptürünün onarımı ve histerektomi Algoritma 4'te verilmektedir (Woman Trial Collaborators, 2017).

#### Algoritma 4. Uterus Rüptürünün Onarımı ve Histerektomi

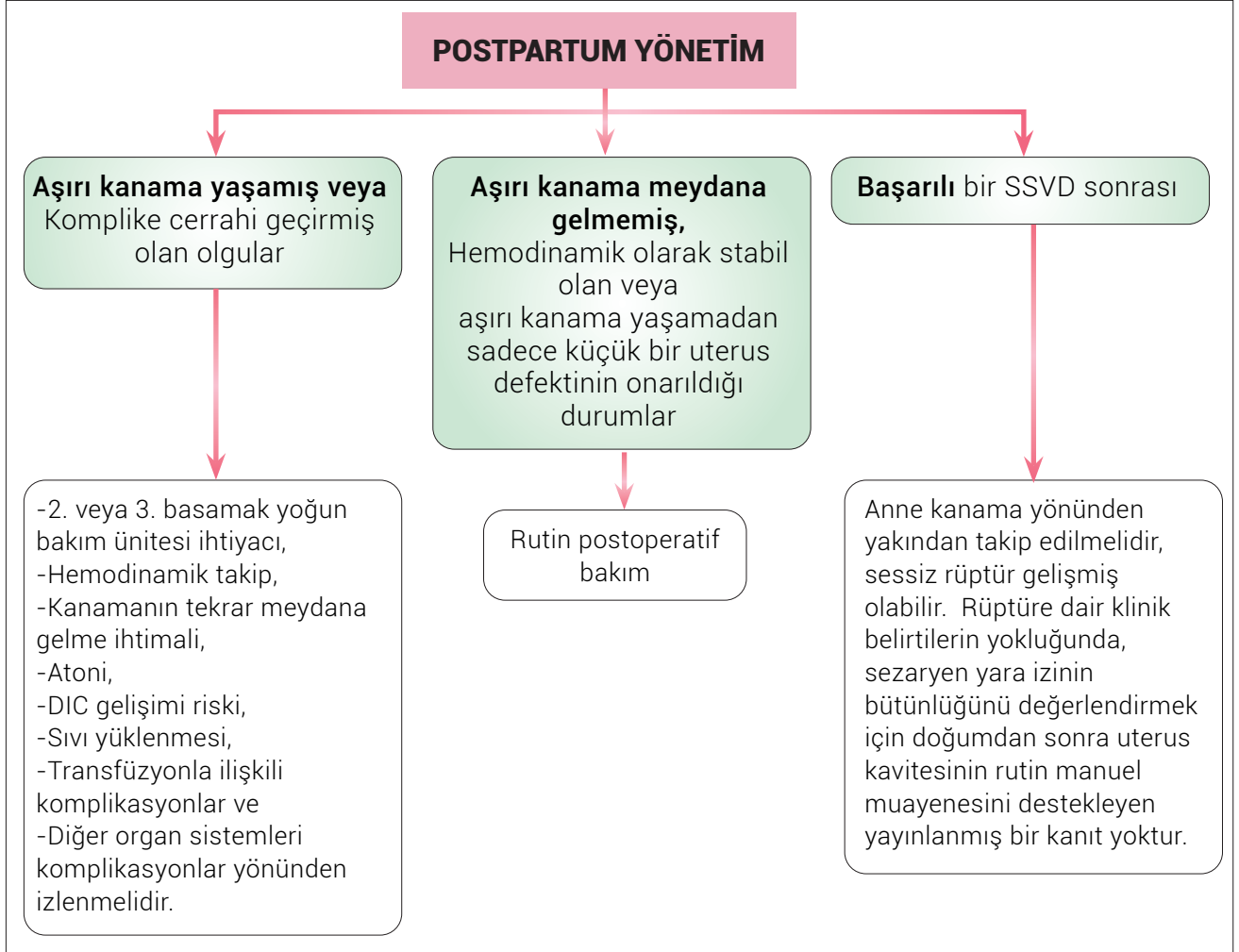




### 6.1.1.3. Uterus Rüptürü Meydana Gelen Olgularda Postpartum Yönetim

Uterus rüptürü meydana gelen olgularda postpartum yönetim Algoritma 5'te verilmektedir.

#### Algoritma 5. Uterus Rüptürü Meydana Gelen Olgularda Postpartum Yönetim







### 7. PLANLI SSVD'NİN OLUMSUZ PERİNATAL SONUÇLARI

SSVD seçen kadınlar, SSVD ile ilişkili doğuma bağlı perinatal ölüm riskinin son derece düşük olduğu ve doğum yapan nullipar bir kadının riskine benzer olduğu konusunda bilgilendirilmelidir (RCOG, 2015). SSVD ilişkili ek maternal ve neonatal morbidite olasılığını artıran en önemli faktör uterin rüptür/dehisenstir (RCOG, 2015; ACOG, 2024).

SSVD, 39+0 haftadan itibaren elektif tekrarlayan sezaryen olmaya kıyasla kadını perinatal mortalite veya ciddi neonatal morbidite yaşama açısından çok düşük (%0,25) ek riske ve herhangi bir önemli morbidite açısından ilave %1,5 riske maruz bırakmaktadır (RCOG, 2015). Tablo 13'te yer alan mevcut risk tahminleri, SSVD sırasında sürekli fetal monitörizasyon yapılan kadınlara dayanmaktadır (RCOG, 2015; Zwart, 2009; Guise, 2010).

**Tablo 13. Planlı SSVD Perinatal Sonuçlar**

	<b>Planlı SSVD</b>	<b>Elektif Tekrarlayan Sezaryen (39 gebelik haftasından itibaren)</b>
Geçici solunum yolu morbiditesi riski	%2-3	%4-5 (Doğumun 39. hafta yerine 38. haftada yapılması durumunda risk %6'dır). Doğum öncesi kortikosteroidlerle risk azaltılır ancak uzun vadeli potansiyel olumsuz etkiler konusunda endişeler vardır
Spontan doğumu beklerken 39+0 haftadan sonra antepartum (doğum öncesi) ölü doğum olasılığı	10.000'de 10 (%0,1) (nullipar kadınlara benzer).	-
Hipoksik iskemik ensefalopati (HIE) riski	10.000'de 8 (%0,08)	< 10.000'de 1 (< %0,01)
Perinatal ölüm riski (intrapartum ölü doğum veya neonatal ölüm)	10.000'de 4 (%0,04). Bu, doğum yapan nullipar kadınların riskiyle karşılaştırılabilir düzeydedir. Ölümlerin yaklaşık üçte biri (toplamda 10.000'de 1,4) uterin rüptür ile ilişkilidir. SSVD sırasında uterin rüptürden kaynaklanan perinatal ölüm riski, %2-16 olarak rapor edilmiştir.	Son derece düşüktür, 10.000'de 1 veya daha azdır.



### Kaynakça

1. ACOG Practice Bulletin No. 115: Vaginal birth after previous cesarean delivery. (2010, Aug). *Obstet Gynecol*, 116(2 Pt 1), 450-463. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181eeb251>
2. ACOG Practice Bulletin No. 205: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. (2019). *Obstetrics and gynecology*, 133(2), e110–e127.
3. Al Qahtani, N. H., & Al Hajeri, F. (2011, Nov). Pregnancy outcome and fertility after complete uterine rupture: a report of 20 pregnancies and a review of literature. *Arch Gynecol Obstet*, 284(5), 1123-1126. <https://doi.org/10.1007/s00404-010-1831-4>
4. Al-Zirqi, I., Daltveit, A. K., & Vangen, S. (2019). Maternal outcome after complete uterine rupture. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 98(8), 1024–1031.
5. Al-Zirqi, I., Daltveit, A. K., Forsen, L., Stray-Pedersen, B., & Vangen, S. (2017, Feb). Risk factors for complete uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol*, 216(2), 165 e161–165 e168. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.10.017>
6. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice, Society for Maternal-Fetal Medicine (2021). Medically Indicated Late-Preterm and Early-Term Deliveries: ACOG Committee Opinion, Number 831. *Obstetrics and gynecology*, 138(1), e35–e39.
7. American College of Obstetricians. ACOG Practice Bulletin No 184. Vaginal birth after cesarean delivery. Available from: <https://www.vbacfacts.com/wp-content/uploads/2018/05/ACOG-PB184-VBAC-2017.pdf>
8. Barger, M. K., Weiss, J., Nannini, A., Werler, M., Heeren, T., & Stubblefield, P. G. (2011, Jul-Aug). Risk factors for uterine rupture among women who attempt a vaginal birth after a previous cesarean: a case-control study. *J Reprod Med*, 56(7-8), 313-320. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21838161>
9. Bergeron, M. E., Jastrow, N., Brassard, N., Paris, G., & Bujold, E. (2009, Feb). Sonography of lower uterine segment thickness and prediction of uterine rupture. *Obstet Gynecol*, 113(2 Pt 2), 520-522. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31818c15a7>
10. Boisen, A. B., Løkkegaard, E. C., & Fuglsang, J. (2019). Double-balloon catheter for induction of labor in 362 women with and without prior cesarean section. *European journal of obstetrics & gynecology and reproductive biology: X*, 4, 100033.
11. Bujold, E., & Gauthier, R. J. (2010). Risk of uterine rupture associated with an interdelivery interval between 18 and 24 months. *Obstetrics and gynecology*, 115(5), 1003–1006.
12. Bujold, E., Jastrow, N., Simoneau, J., Brunet, S., & Gauthier, R. J. (2009). Prediction of complete uterine rupture by sonographic evaluation of the lower uterine segment. *American journal of obstetrics and gynecology*, 201(3), 320.e1–320.e6.
13. Caesarean section: Evidence Update March 2013. (2013). National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).
14. 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; 193:1050–5. 140.
15. Cahill AG, Waterman BM, Stamilio DM, et al. Higher maximum doses of oxytocin are associated with an unacceptably high risk for uterine rupture in patients attempting vaginal birth after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 32.e1.
16. Cahill, A. G., Waterman, B. M., Stamilio, D. M., Odibo, A. O., Allsworth, J. E., Evanoff, B., & Macones, G. A. (2008).



Higher maximum doses of oxytocin are associated with an unacceptably high risk for uterine rupture in patients attempting vaginal birth after cesarean delivery. *American journal of obstetrics and gynecology*, 199(1), 32.e1–32.e325.

17. Cahill, A., Stamilio, D. M., Paré, E., Peipert, J. P., Stevens, E. J., Nelson, D. B., & Macones, G. A. (2005). Vaginal birth after cesarean (VBAC) attempt in twin pregnancies: is it safe?. *American journal of obstetrics and gynecology*, 193(3 Pt 2), 1050–1055.
18. Caughey, A. B., Shipp, T. D., Repke, J. T., Zelop, C. M., Cohen, A., & Lieberman, E. (1999). Rate of uterine rupture during a trial of labor in women with one or two prior cesarean deliveries. *American journal of obstetrics and gynecology*, 181(4), 872–876.
19. Chauhan, S. P., Martin, J. N., Jr, Henrichs, C. E., Morrison, J. C., & Magann, E. F. (2003). Maternal and perinatal complications with uterine rupture in 142,075 patients who attempted vaginal birth after cesarean delivery: A review of the literature. *American journal of obstetrics and gynecology*, 189(2), 408–417
20. Chibber, R., El-Saleh, E., Al Fadhli, R., Al Jassar, W., & Al Harmi, J. (2010, May). Uterine rupture and subsequent pregnancy outcome--how safe is it? A 25-year study. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 23(5), 421-424. <https://doi.org/10.3109/14767050903440489>
21. Crowther CA, Dodd JM, Hiller JE, Haslam RR, Robinson JS. Birth After Caesarean Study Group. Planned vaginal birth or elective repeat caesarean: patient preference restricted cohort with nested randomised trial. *PLoS Med* 2012;9:e1001192.
22. Cunningham, F. G., Bangdiwala, S. I., Brown, S. S., Dean, T. M., Frederiksen, M., Rowland Hogue, C. J., King, T., Spencer Lukacz, E., McCullough, L. B., Nicholson, W., Petit, N. F., Probstfield, J. L., Viguera, A. C., Wong, C. A., & Zimmet, S. C. (2010, Mar 10). NIH consensus development conference draft statement on vaginal birth after cesarean: new insights. *NIH Consens State Sci Statements*, 27(3), 1-42. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20228855>
23. Dickinson J. E. (2005). Misoprostol for second-trimester pregnancy termination in women with a prior cesarean delivery. *Obstetrics and gynecology*, 105(2), 352–356.
24. Ford AA, Bateman BT, Simpson LL. Vaginal birth after cesarean delivery in twin gestations: a large, nationwide sample of deliveries. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:1138–42
25. G Guise, J. M., Eden, K., Emeis, C., Denman, M. A., Marshall, N., Fu, R. R., ... & McDonagh, M. (2010). Vaginal birth after cesarean: new insights. *Evidence report/technology assessment*, (191), 1-397.
26. Gerli S, Baiocchi G, Favilli A, Di Renzo GC. New treatment option for early spontaneous rupture of a postmyomectomy gravid uterus. *Fertil Steril* 2011; 96:e97.
27. Green Top Guideline No 45 (2015) Birth after previous cesarean birth. *Royal College of Obstetricians and Gynecologists*.
28. Greene, R. A., Fitzpatrick, C., & Turner, M. J. (1998, Jul). What are the maternal implications of a classical cesarean section? *J Obstet Gynaecol*, 18(4), 345-347. <https://doi.org/10.1080/01443619867083>
29. Gregory, K. D., Korst, L. M., Fridman, M., Shihady, I., Broussard, P., Fink, A., & Burnes Bolton, L. (2008). Vaginal birth after cesarean: clinical risk factors associated with adverse outcome. *American journal of obstetrics and gynecology*, 198(4), 452.e1–10.
30. Grisarü-Granovsky S, Bas-Lando M, Drukker L, et al. Epidural analgesia at trial of labor after cesarean (TOLAC): a significant adjunct to successful vaginal birth after cesarean (VBAC). *J Perinat Med* 2018; 46:261.
31. Grobman WA, Gilbert S, Landon MB, et al. Outcomes of induction of labor after one prior cesarean. *Obstet Gynecol*



2007; 109:262.

32. Guise JM, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, Fu R, et al. Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. Evidence Reports/ Technology Assessments, No. 191. Rockville, Maryland, USA: Agency for Healthcare Research and Quality; 2010;191:1-397.
33. Guise, J. M., Denman, M. A., Emeis, C., Marshall, N., Walker, M., Fu, R., Janik, R., Nygren, P., Eden, K. B., & McDonagh, M. (2010, Jun). Vaginal birth after cesarean: new insights on maternal and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol*, 115(6), 1267-1278. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181df925f>
34. Hammad IA, Chauhan SP, Magann EF, Abuhamad AZ. Peripartum complications with cesarean delivery: A review of Maternal-Fetal Medicine Units Network publications. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2014; 27:463.
35. Harper LM, Cahill AG, Boslaugh S, et al. Association of induction of labor and uterine rupture in women attempting vaginal birth after cesarean: a survival analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 206:51.e1.
36. Harper, L. M., Cahill, A. G., Roehl, K. A., Odibo, A. O., Stamilio, D. M., & Macones, G. A. (2012). The pattern of labor preceding uterine rupture. *American journal of obstetrics and gynecology*, 207(3), 210.e1–210.e6.
37. Hesselman, S., Hogberg, U., Ekholm-Selling, K., Rassjo, E. B., & Jonsson, M. (2015, Oct). The risk of uterine rupture is not increased with single- compared with double-layer closure: a Swedish cohort study. *BJOG*, 122(11), 1535-1541. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13015>
38. Hochler, H., Yaffe, H., Schwed, P., & Mankuta, D. (2014). Safety of trial of labor after cesarean delivery in grandmultiparous women. *Obstetrics and gynecology*, 123(2 Pt 1), 304–308.
39. Jastrow N, Roberge S, Gauthier RJ, Laroche L, Duperron L, Brassard N, et al. Effect of birth weight on adverse obstetric outcomes in vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2010;115:338–43.
40. Kehl, S., Weiss, C., & Rath, W. (2016). Balloon catheters for induction of labor at term after previous cesarean section: a systematic review. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 204, 44–50.
41. Landon, M. B., Hauth, J. C., Leveno, K. J., Spong, C. Y., Leindecker, S., Varner, M. W., Moawad, A. H., Caritis, S. N., Harper, M., Wapner, R. J., Sorokin, Y., Miodovnik, M., Carpenter, M., Peaceman, A. M., O'Sullivan, M. J., Sibai, B., Langer, O., Thorp, J. M., Ramin, S. M., Mercer, B. M., ... National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network (2004). Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *The New England journal of medicine*, 351(25), 2581–2589.
42. Landon, M. B., Leindecker, S., Spong, C. Y., Hauth, J. C., Bloom, S., Varner, M. W., ... & National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. (2005). The MFMU Cesarean Registry: factors affecting the success of trial of labor after previous cesarean delivery. *American journal of obstetrics and gynecology*, 193(3), 1016-1023.
43. Landon, M. B., Spong, C. Y., Thom, E., Hauth, J. C., Bloom, S. L., Varner, M. W., Moawad, A. H., Caritis, S. N., Harper, M., Wapner, R. J., Sorokin, Y., Miodovnik, M., Carpenter, M., Peaceman, A. M., O'sullivan, M. J., Sibai, B. M., Langer, O., Thorp, J. M., Ramin, S. M., Mercer, B. M., ... National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network (2006). Risk of uterine rupture with a trial of labor in women with multiple and single prior cesarean delivery. *Obstetrics and gynecology*, 108(1), 12–20.
44. Lydon-Rochelle, M., Holt, V. L., Easterling, T. R., & Martin, D. P. (2001). Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *The New England journal of medicine*, 345(1), 3–8.
45. Macones, G. A., Cahill, A., Pare, E., Stamilio, D. M., Ratcliffe, S., Stevens, E., Sammel, M., & Peipert, J. (2005). Obstetric outcomes in women with two prior cesarean deliveries: is vaginal birth after cesarean delivery a viable option?



*American journal of obstetrics and gynecology*, 192(4), 1223–1229.

46. Macones, G. A., Peipert, J., Nelson, D. B., Odibo, A., Stevens, E. J., Stamilio, D. M., ... & Ratcliffe, S. J. (2005). Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. *American journal of obstetrics and gynecology*, 193(5), 1656-1662.
47. McMahon, M. J., Luther, E. R., Bowes Jr, W. A., & Olshan, A. F. (1996). Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *New England journal of medicine*, 335(10), 689-695.
48. Naef, R. W., 3rd, Ray, M. A., Chauhan, S. P., Roach, H., Blake, P. G., & Martin, J. N., Jr. (1995, Jun). Trial of labor after cesarean delivery with a lower-segment, vertical uterine incision: is it safe? *Am J Obstet Gynecol*, 172(6), 1666-1673; discussion 1673-1664. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(95\)91398-x](https://doi.org/10.1016/0002-9378(95)91398-x)
49. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Vaginal Birth After Cesarean: New Insights March 8-10, 2010. (2010, Aug). *Semin Perinatol*, 34(4), 293-307. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2010.05.001>
50. NICE Guidance. Inducing labour. Clinical guideline CG70. July 2008. [https://www.nice.org.uk/guidance/cg70/chapter/1-Guidance#ftn.footnote\\_3](https://www.nice.org.uk/guidance/cg70/chapter/1-Guidance#ftn.footnote_3).
51. Palatnik A, Grobman WA. Induction of labor versus expectant management for women with a prior cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 212:358.e1.
52. Parker, W. H., Einarsson, J., Istre, O., & Dubuisson, J. B. (2010, Sep-Oct). Risk factors for uterine rupture after laparoscopic myomectomy. *J Minim Invasive Gynecol*, 17(5), 551-554. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2010.04.015>
53. Perinatal Services BC, British Columbia Perinatal Data Registry, 2000-2009.
54. Queensland Clinical Guidelines, 2020: (Queensland Clinical Guidelines. Vaginal birth after caesarean (VBAC). Guideline No. MN20.12-V5-R25. Queensland Health. 2020. Available from: <http://www.health.qld.gov.au/qc>)
55. Ram, M., Hirsch, L., Ashwal, E., Yogev, Y., & Aviram, A. (2021). Trial of labor after previous single cesarean delivery in grand-multiparous women: a retrospective cohort study. *Archives of gynecology and obstetrics*, 304(2), 329–336.
56. Ramirez, M. M., Gilbert, S., Landon, M. B., Rouse, D. J., Spong, C. Y., Varner, M. W., Caritis, S. N., Wapner, R. J., Sorokin, Y., Miodovnik, M., Carpenter, M., Peaceman, A. M., O'Sullivan, M. J., Sibai, B. M., Langer, O., Thorp, J. M., & Mercer, B. M. (2010). Mode of delivery in women with antepartum fetal death and prior cesarean delivery. *American journal of perinatology*, 27(10), 825–830.
57. RANZCOG pamphlet Available from: <https://ranzocg.edu.au/wp-content/uploads/2022/06/Vaginal-birth-after-caesarean-pamphlet.pdf>
58. RCOG. (2015). Birth After Previous Caesarean Birth. Green-top Guideline No. 45.
59. Rodriguez MH, Masaki DI, Phelan JP, Diaz FG. Uterine rupture: are intrauterine pressure catheters useful in the diagnosis? *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161:666.
60. Rossi, A. C., & D'Addario, V. (2008). Maternal morbidity following a trial of labor after cesarean section vs elective repeat cesarean delivery: a systematic review with metaanalysis. *American journal of obstetrics and gynecology*, 199(3), 224–231.
61. Rossi, A. C., & Prefumo, F. (2015). Pregnancy outcomes of induced labor in women with previous cesarean section: a systematic review and meta-analysis. *Archives of gynecology and obstetrics*, 291(2), 273–280.
62. Rovio, P. H., & Heinonen, P. K. (2012, Apr). Pregnancy outcomes after transvaginal myomectomy by colpotomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 161(2), 130-133. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2011.12.009>



63. Sabol, B., Denman, M. A., & Guise, J. M. (2015). Vaginal birth after cesarean: an effective method to reduce cesarean. *Clinical obstetrics and gynecology*, 58(2), 309-319.
64. Sangara, R. N., Youssefzadeh, A. C., Mandelbaum, R. S., McCarthy, L. E., Matsuzaki, S., Matsushima, K., Kunze, M., Klar, M., Ouzounian, J. G., & Matsuo, K. (2023). Prior vertical uterine incision: Effect on subsequent pregnancy characteristics and outcomes. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 160(1), 85-92.
65. Sansregret, A., Bujold, E., & Gauthier, R. J. (2003). Twin delivery after a previous caesarean: a twelve-year experience. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*, 25(4), 294-298.
66. Shipp, T. D., Zelop, C. M., Repke, J. T., Cohen, A., Caughey, A. B., & Lieberman, E. (1999, Nov). Intrapartum uterine rupture and dehiscence in patients with prior lower uterine segment vertical and transverse incisions. *Obstet Gynecol*, 94(5 Pt 1), 735-740. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(99\)00398-1](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(99)00398-1)
67. Sims, E. J., Newman, R. B., & Hulsey, T. C. (2001). Vaginal birth after cesarean: to induce or not to induce. *American journal of obstetrics and gynecology*, 184(6), 1122-1124.
68. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. 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; 89:319.
69. Son M, Roy A, Grobman WA. Attempted operative vaginal delivery vs repeat cesarean in the second stage among women undergoing a trial of labor after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2017; 216:407.e1.
70. Srinivas SK, Stamilio DM, Stevens EJ, Odibo AO, Peipert JF, Macones GA. Predicting failure of a vaginal birth attempt after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2007;109:800-5.
71. Thompson, B. B., Reddy, U. M., Burn, M., Abdel-Razeq, S., & Xu, X. (2022). Maternal Outcomes in Subsequent Pregnancies After Classical Cesarean Delivery. *Obstetrics and gynecology*, 140(2), 212-219.
72. Vachon-Marceau, C., Demers, S., Goyet, M., Gauthier, R., Roberge, S., Chaillet, N., Laroche, J., & Bujold, E. (2016). Labor Dystocia and the Risk of Uterine Rupture in Women with Prior Cesarean. *American journal of perinatology*, 33(6), 577-583.
73. Wingert A, Hartling L, Sebastianski M, et al. Clinical interventions that influence vaginal birth after cesarean delivery rates: Systematic Review & Meta-Analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019; 19:529.
74. WOMAN Trial Collaborators (2017). Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet (London, England)*, 389(10084), 2105-2116.
75. World Health Organization. Iron deficiency anaemia: Assessment, prevention, and control. A guide for programme managers. [http://www.who.int/nutrition/publications/en/ida\\_assessment\\_prevention\\_control.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/en/ida_assessment_prevention_control.pdf).
76. Yang B. Bladder rupture associated with uterine rupture at delivery. *Int Urogynecol J* 2011; 22:625.
77. Young, C. B., Liu, S., Muraca, G. M., Sabr, Y., Pressey, T., Liston, R. M., & Joseph, K. S. (2018). Mode of delivery after a previous cesarean birth, and associated maternal and neonatal morbidity. *Cmaj*, 190(18), E556-E564.
78. Zelop, C. M., Shipp, T. D., Repke, J. T., Cohen, A., Caughey, A. B., & Lieberman, E. (1999). Uterine rupture during induced or augmented labor in gravid women with one prior cesarean delivery. *American journal of obstetrics and gynecology*, 181(4), 882-886.
79. Zhang, H., Liu, H., Luo, S., & Gu, W. (2021). Oxytocin use in trial of labor after cesarean and its relationship with risk



of uterine rupture in women with one previous cesarean section: a meta-analysis of observational studies. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 11.

80. Zwart, J. J., Richters, J. M., Ory, F., de Vries, J. I., Bloemenkamp, K. W., & van Roosmalen, J. (2009, Jul). Uterine rupture in The Netherlands: a nationwide population-based cohort study. *BJOG*, 116(8), 1069-1078; discussion 1078-1080. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02136.x>



### EKLER

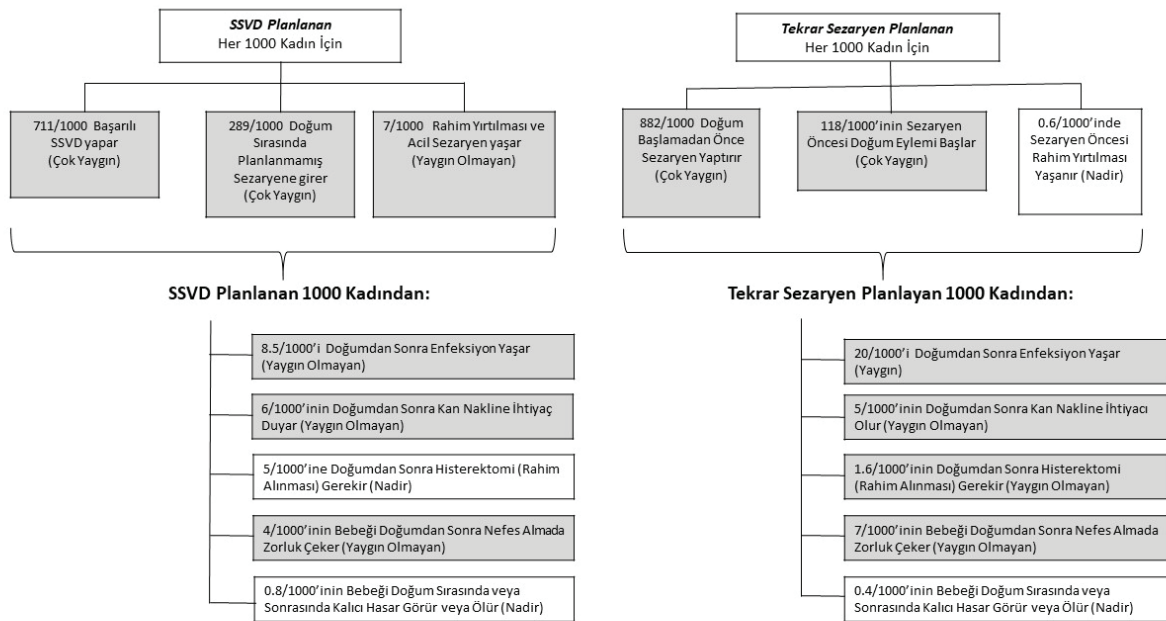
#### Ek 1. Daha Önce Sezaryenle Doğum Yapmış Kadınlara Yönelik Bilgi ve Onam

##### Daha Önce Sezaryenle Doğum Yapmış Kadınlara Yönelik Bilgi ve Onam

Bu formun amacı, daha önce sezaryen geçirmiş annelere sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) hakkında bilgi sağlamak ve anneye kadın doğum uzmanı veya sağlık hizmeti sağlayıcısıyla görüşükten sonra SSVD'yi seçme fırsatı sağlamaktır.

Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun, endişelerinizi doğum uzmanınız ile görüşüp seçiminizi yaparak imzalayın.

**BİLGİ:** Daha önce aşağı yatay kesi ile sezaryen geçirmiş tüm anneler, doktor aksini belirtmedikçe vajinal doğum yapmaya teşvik edilir. Sezaryen sonrası başarılı, komplikasyonsuz vajinal doğum (SSVD), tekrarlanan sezaryenle karşılaştırıldığında hem anne hem de bebek için en düşük riski taşır. Ancak, SSVD seçilirse ve eylem sırasında sezaryenle doğum gerekliliği ortaya çıkarsa; eylem başlamadan sezaryenle doğum yapmış olmaya göre daha fazla sorun yaşama riski mevcuttur. Tüm kadınlar sezaryenle doğumdan sonra vajinal doğum yapamayacaktır. Daha önce sezaryenle doğum yaptıktan sonra vajinal doğum yapmaya çalışanların başarı oranı yaklaşık %75'tir. SSVD denemesinin en ciddi komplikasyonu, vakaların yaklaşık %1'inde görülen rahim yırtılmasıdır (uterus rüptürü). Rahim yırtılması durumunda, iç ve/veya dış kanama meydana gelebilir ve kan transfüzyonu ve/veya rahim yırtılması (histerektomi) gerekebilir. Nadiren, fetal yaralanma veya ölüm de meydana gelebilir. Tekrar sezaryenin (SSVD'ye alternatif) de bazı riskleri vardır. Sezaryen büyük bir operasyondur ve bazı durumlarda annenin idrar torbasında veya bağırsağında yaralanmalar veya başka ciddi komplikasyonlar olabilir (Şekil 1).







1. Daha önce bir veya iki sezaryen doğum yaptım.
2. Sezaryen doğum sonrası isteğe bağlı tekrar sezaryen doğum yapma veya SSVD için tüm kriterleri karşılıyorsam SSVD yapma seçeneğine sahip olduğumu anlıyorum.
3. SSVD için kontrendikasyonlar arasında daha önce klasik rahim kesisi, çoklu gebelikler ve makat gelişi.... bulunur.
4. Kendim ve bebeğim için doğum denemesiyle ilişkili ek riskleri üstlenmediğim için SSVD için uygun kabul edilmeyeceğimi anlıyorum.
5. Sezaryenle doğumdan sonra tüm kadınlar vajinal doğum yapamayacaktır. SSVD başarı oranının yaklaşık %75 olduğunu geri kalan %25 vakanın acil sezaryene alınabileceğini anlıyorum.
6. SSVD'nin benim için sezaryen doğumdan daha düşük risk taşıdığını anlıyorum. Başarılı bir SSVD'nin faydaları arasında;
  - Daha az kan kaybı,
  - Daha kısa hastanede kalma ,
  - Doğum sonrası daha az ağrı ,
  - Daha az enfeksiyon ve
  - Daha kısa iyileşme süresi yer alır.
7. SSVD denemesine bağlı aşağıda belirtilen bazı risklerin olduğunu anlıyorum:
  - Rahim yırtılması,
  - Rahim yırtılırsa kanama,
  - Rahim yırtılması durumunda kan transfüzyonu veya histerektomi (rahim alınması) riskinin artması,
  - Kanama veya rahim yırtılması nedeniyle kendimde ve bebeğimde ölüm riskinin artması,
  - Rahim yırtılırsa oksijen eksikliği nedeniyle bebek hasar riskinin artması,
  - Rahim 4'te 1'e kadar yırtılırsa bebek ölüm riskinin artması.
8. Aşağıdaki durumlarda rahim yırtılması riskinin arttığını anlıyorum: Gebelik yaşı 40 haftadan büyük, daha önce dikey uterus kesisi (klasik), doğumlar arasındaki süre 18 aydan az, birden fazla sezaryen öyküsü, uzamış eylem, obezite.

Bu durumlardaki hastalar, SSVD'yi denemeden önce aşırı dikkatle değerlendirilecektir.
9. SSVD sırasında, vajinal doğumda bana yardımcı olması için uterusun kasılmasına neden olan bir hormon olan oksitosin kullanmam gerekebileceğini anlıyorum. Oksitosinin SSVD sırasında rahim yırtılması riskini 5 kata kadar artırdığı söylendi.
10. SSVD'yi seçersem ancak doğum sırasında sezaryen doğum yapmam gerekirse, elektif tekrar sezaryen doğum yapmış olmamdan daha fazla sorun yaşama riskim olduğunu anlıyorum.



## SEZARYEN SONRASI VAJİNAL DOĞUM (SSVD) KLİNİK PROTOKOLÜ

11. Doğum sırasında doktorumun müsait olmaması durumunda, SSVD'ye devam edip etmeme kararının nöbetçi doktorun takdirinde olacağını anlıyorum.

12. Yukarıdaki bilgileri okudum veya (bana okundu) ve anlıyorum. Alternatifleri doktorumla/ebemle görüştüm ve istediğim tüm bilgileri aldım, tüm sorularım memnuniyetimle yanıtlandı.

\_\_\_\_Sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) denemek istiyorum \_\_\_\_Tekrar sezaryen istiyorum.

### Hastanın Adı Soyadı:

İmza:

Tarih

### Sağlık Çalışanı Adı Soyadı

İmza

Tarih

### Şahit Adı Soyadı

İmza

Tarih

Kaynak: ACOG Practice Bulletin No. 205, 2019.



**Ek 2. Özellikli Durumlarda Yönetim Planı**

.....Durumunda Yönetim Planı (Klinisyen tarafından tamamlanacak)	
Preterm Eylem	<input type="checkbox"/> SSVD <input type="checkbox"/> Acil Sezaryen
Planlı Sezaryen Tarihinden Önce Spontan Doğum	<input type="checkbox"/> SSVD <input type="checkbox"/> Acil Sezaryen
41. haftaya Kadar Spontan Doğumun Olmaması	<input type="checkbox"/> Doğum İndüksiyonu
	<input type="checkbox"/> Elektif Sezaryen
	<input type="checkbox"/> Bekleme
Elektif Sezaryen Randevusunun Detayları	
Ek Yorumlar	

Kaynak: Queensland Clinical Guidelines, 2020.



### Ek 3. Hasta Bilgilendirme Broşürü

<b>SSVD Nedir?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sezaryen geçiren gebelerin vajinal yoldan doğum yapmasıdır.</li></ul>
<b>SSVD Faydaları Nedir?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• İyileşme süresi kısadır.</li><li>• Batın ameliyatı ile ilişkili enfeksiyon ve diğer komplikasyon ihtimalini ortadan kaldırır.</li><li>• Başarılı SSVD bundan sonraki gebeliklerde tekrarlayan sezeryan ameliyatına bağlı gelişebilecek komplikasyon riskini azaltır.</li></ul>
<b>SSVD riskleri nelerdir?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rahmin eski yara izinden ayrılması (Nadir)</li><li>• Acil Sezaryen: Doğum sırasında planlı bir sezaryenden daha yüksek risk taşıyan acil sezaryene ihtiyaç duyulma ihtimali vardır.</li></ul>
<b>Gözönünde bulundurulması gereken faktörler nelerdir?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Önceki Sezaryen Nedeni: Başarı ile sonuçlanan SSVD olasılığını değerlendirmeye yardımcı olabilmektedir.</li><li>• Rahme uygulanan kesi şekli: Önceki sezaryen sırasında yapılan kesi şekli SSVD güvenliğini etkileyebilir.</li><li>• Genel sağlık ve gebelik özellikleri: Düşük riskli gebeliklerde tercih edilir.</li></ul>
<b>SSVD nasıl planlanmaktadır?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gebeliğin 22. haftası döneminde ayrıntılı ultrason muayenesine gittiğinizde doğum yapacağınız merkezden danışmanlık talebinde bulunun.</li><li>• Doğumun planlandığı merkez koşulları: Acil durumlar için kan merkezi olması, donanımlı olması, doğum sırasında sürekli fetal izleme için gerekli kaynaklara sahip olduğundan ve doğumda birebir ebelik hizmeti alacağınızdan emin olun.</li></ul>
<b>SSVD için bilgilendirilmiş karar verme süreci nasıl çalışır?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bireysel tercihler: Önceki doğum deneyiminizle ilgili kişisel tercihlerinizi ve hislerinizi göz önünde bulundurun.</li><li>• Aile olarak sahip olmak istediğiniz çocuk sayısı ve gelecekteki gebelikler ile ilgili planınızı göz önünde bulundurun.</li><li>• Kararı aileyle birlikte almak: Destek sağlamak için ailenizi karar verme sürecine dahil edin.</li></ul>
<b>SSVD nihai kararı vermek için bir zaman var mıdır?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Doğum şekli tercihiniz, anne-bebek ile ilgili durumlar, kontrol listesinde belirtilen hususlar açısından 36. haftada tekrar değerlendirilmektedir.</li><li>• Optimum koşulların sağlanması: 36. gebelik haftasına kadar SSVD danışmanlığı ile ilgili prosedürlerin tamamlanması beklenmektedir</li></ul>
<b>SSVD eylem planı oluşturduğuma dair belge almam ve doğuma getirmem gerekecek mi?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Planınızı Belgeleme: Bir karar verildikten sonra, doğum planınızı gebelik kaydınızda belgeleyin.</li><li>• Bilgilendirilmiş onam formları: Gebe takip döneminizde bilgilendirme esnasında düzenlenen belgeleri talep edin.</li><li>• Doğum takibi: SSVD planlıyorsanız, doğum sırasında birebir sürekli ebe refakatini ve anne/bebeğin sürekli izlenmesinin sağlandığından emin olun.</li></ul>



## SEZARYEN SONRASI VAJİNAL DOĞUM (SSVD) KLİNİK PROTOKOLÜ

### Ek 4. Hasta SSVD Antenatal Danışmanlık Kontrol Listesi

<b>A) SSVD İÇİN KONTRENDİKASYONLAR</b>			
Önceki uterus rüptürü; klasik sezaryen öyküsü; sezaryen öyküsünden bağımsız olarak geçerli olan vajinal doğum kontrendikasyonları (plasenta previa vb) sorgulandı.			
Önceki sezaryende postpartum kanama öyküsü sorgulandı.			
Kompleks sezaryen skarı (ters T veya J) veya mükerrer sezaryen öyküsü sorgulandı varsa ileri değerlendirme yapıldı.			
<b>B) BAŞARILI SSVD KONDİSYONLARI</b>			
Ailenin gelecekte gebelik planı sorgulandı.			
Geçirilmiş bir kez sezaryen ve vajinal doğum yok.....%72-75			
Geçirilmiş bir kez sezaryen ve en az bir vajinal doğum var..... % 85-90			
Doğum indüksiyonu, vajinal doğum yok, önceki sezaryen endikasyonu distosi ve BMI>30. %40			
Uzun boy, yaş <40, gestasyonel yaş<40 hafta, fetal doğum ağırlığı <4000 gr SSVD başarı ihtimalini artırır.			
Spontan başlayan doğum, verteks prezantasyonu, angajman/seviye, yüksek Bishop skoru başarıyı artırır.			
Önceki sezaryen endikasyonunun fetal malprezantasyon olması.....%84			
Fetal makrozomi şüphesinde 36. gebelik haftasında ultrason muayenesinin tekrarlanması önerildi.			
Alt segment myometrial kalınlık değerlendirildi (0.6-2.0 mm).			
<b>C) PLANLI SSVD VE ELEKTİF SEZARYEN MATERNAL RİSK</b>			
<i>RİSK</i>	<i>PLANLI SSVD</i>	<i>ETSD</i>	
Uterin Rüptür	%0.5-0.9 %1.36 (geçirilmiş 2 sezaryen sayısı için) Doğum augmentasyonu/ indüksiyonu ihtiyacı olursa %2.4	0.02	
Maternal kan transfüzyonu ihtiyacı	%0.66	%0.46	
Sonraki gebelik için ciddi komplikasyon	Tanımlanmış ek risk yoktur.	Plasenta previa, plasental adherans anormalliklerine bağlı morbidite	
Maternal mortalite	% 0.004	% 0.013	
<b>D) KISA GEBELİK İNTERVALİNE ÖZEL RİSK DEĞERLENDİRMESİ</b>			
İki doğum arası sürenin 18 ay olması durumunda artmış riskler ile ilgili verildi. • Uterin rüptür riski artar. • Başarısız SSVD-D ihtimali artar.			
Kısa gebelik intervali mevcutsa danışmanlık için deneyimli kadın doğum uzmanına yönlendir.			



## SEZARYEN SONRASI VAJİNAL DOĞUM (SSVD) KLİNİK PROTOKOLÜ

Ek 4. devamı:

<b>E) PLANLI SSVD VE ELEKTİF SEZERYAN FETAL RİSK</b>			
<b>RİSK</b>	<b>PLANLI SSVD</b>	<b>ETSD</b>	
39+0 gebelik haftasında antenatal ölü doğum	% 0.1	-	
Hipoksik İskemik Ensefalopati	% 0.08	% 0.01	
Perinatal Mortalite	% 0.13	% 0.05	
İntrapartum fetal ölüm	%0.04	<%0.01	
Yenidoğanın geçici solunum yolu morbiditesi	%2-3	%4-5 (doğumun 39. hafta yerine 38 hafta yapılması durumunda risk %6)	
<b>F) İNTRAPARTUM İZLEM ÖNERİLERİ</b>			
İntrapartum regüler kontraksiyonlarla birlikte sürekli elektronik fetal monitörizasyon önerildi.			
Doğumun gerçekleşeceği merkezde 24 saat hizmet veren kan merkezi olduğu doğrulandı.			
Doğumun gerçekleşeceği merkezde, acil durumlar için ihtiyaç duyulduğunda, vakum/forceps tecrübesi olan, sezaryen yapabilen ve oluşabilecek komplikasyonlara müdahale edebilecek ekibin 24 saat hazır olduğu doğrulandı.			
Doğumun gerçekleşeceği merkezde yenidoğan ve yetişkin yoğun bakım olduğu doğrulandı.			
İntrapartum bire bir ebenin eşlik etmesi önerildi.			
<b>G) ALINAN ONAM FORMLARI</b>			
SSVD		ETSD	Diğer

Uterin rüptür gelişmesi durumunda %14-33 oranında histerektomi riski ve %6,2 perinatal ölüm riskine dair bilgilendirme eklenir.

Kaynak: RCOG,2015; Queensland Clinical Guidelines, 2020; ACOG, 2024; Al-Zirg, 2017.