

CÍSAŘSKÝ ŘEZ NA PŘÁNÍ PACIENTKY - ANO ČI NE

prof. MUDr. Aleš Roztočil, CSc.

Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice Jihlava

Císařský řez na přání se stal jedním z nejvíce diskutovaným perinatologickým tématem posledních 20 let. Má být tento výkon rezervován pouze těhotným s jasnými medicínskými indikacemi, a nebo může být proveden na přání těm těhotným, které mají svoje osobní důvody volit místo vaginální abdominální cestu porodu? Diskuse probíhající na stránkách odborného i laického tisku nenachází zatím konsenzus a názory na tuto problematiku jsou ostře polarizované. Níže popsané argumenty autora spíše favorizují možnost provedení tohoto výkonu pacientkám, které o něj požádají. Dle publikované literatury nedochází při provedení císařského řezu na přání ve srovnání s vaginálním porodem k nárůstu komplikací. Naopak je tímto ukončením těhotenství eliminována možnost vzniku řady komplikací, které vaginální porod provázejí.

Klíčová slova: císařský řez na přání, vaginální porod, komplikace.

ELECTIVE CAESAREAN SECTION - YES OR NOT

In the last two decades an elective Caesarean section has become one of the most discussed topics in perinatal medicine. Should this operation be reserved only for those patients presenting a clear medical indication, or should it be extended to those having a personal reason for refusing vaginal delivery? The ongoing discussions in professional and nonprofessional literature do not yet have a common consensus and the opinions regarding this topic are extremely controversial. From the author arguments are proffered here which favour making the Caesarean section available on demand. According to the published data there is no increase in either maternal or foetal complications of an elective Caesarean section in comparison to vaginal delivery. On the contrary, elective Caesarean section prevents the complications related to vaginal delivery.

Key words: elective caesarean section, vaginal delivery, complications.

Zhruba od sedmdesátých let minulého století nastal v zemích s rozvinutým zdravotnickým systémem nebyvalý nárůst ve frekvenci prováděných císařských řezů. Tento boom se netýká pouze vyspělého světa, kde je možné hodnotit toto zvýšení v absolutních číslech celostátních statistik, ale také rozvojových států, kde je možné tento směr hodnotit izolovaně, a to nejčastěji ve statistikách velkých zdravotnických ústavů. Příčin tohoto jevu je několik a v různých státech a na různých pracovištích mezi sebou vzájemně spolupůsobí. Je prokazatelné, že uznáním práv nitroděložního pacienta, a tím zvýšením indikací k provedení císařského řezu ze stran plodu, došlo v poslední dekádě minulého století k výraznému poklesu perinatální morbidity. Nicméně bylo konstatováno, že další nárůst frekvence císařských řezů z indikace možného poškození eventuálně smrti plodu již nepovede ke zlepšení perinatální mortality, která již beztoho dosáhla svého již těžko překročitelného dna a další navýšení císařských řezů, již beztak dosti liberálně indikovaných, spíše povede ke zvýšení mateřské morbidity a v ojedinělých případech i mortality. Od II. světové války se postupně zvyšovala bezpečnost operačních technik císařského řezu. Vše začalo praktickým uplatňováním zásad aseptiky a antiseptiky, byly vypracovány optimální operační postupy respektující zásady fyziologického operování a vypracována schémata léčení eventuálně vzniklých operačních komplikací. Častým prováděním císařských řezů na jednotlivých pracovištích narůstá zručnost operátorů, což se evidentně projeví na perinatálních výsledcích týkajících se jak matky, tak plodu a novorozence. Současné rutinní zajištění perioperační péče antitrombembolickou a antibiotickou profylaxií, používání atraumatických hydrofilních šicích materiálů, rutinní aplikace uterotonik vede k dalšímu snížení frekvence pooperačních komplikací. Císařský řez se takto stal jednou z nejčastěji prováděných

operací a počet dětí porozených abdominální cestou dosahuje v některých zemích 30 i více procent. Císařský řez je bezesporu velká abdominální operace, která není prosta rizika. Je zařazen mezi kritéria hodnotící mateřskou morbiditu. Frekvence této operace se neliší jen stát od státu, ale také porodnice od porodnice a v jednom ústavu pravidelně existují rozdíly mezi jednotlivými porodnicemi ve frekvenci indikovaných císařských řezů. Je tudíž iluzorní se domnívat, že všechny císařské řezy jsou prováděny na podkladě zcela jasně definované porodnické nebo jiné lékařské indikace. Tyto mohou být velmi volné a často se medicínská indikace setkává s indikací sociální, to znamená s přáním ženy porodit břišní cestou.

Jaký je současný postoj porodnické a obecně medicínské obce k výše popsané epidemii císařských řezů, kde u velkého procenta z nich lze o medicínské indikaci s úspěchem pochybovat. Nejdříve je nutné konstatovat, že zatím neexistuje obecně přijatý konsenzus jaké jsou optimální hranice frekvence císařských řezů. Snad se pohybují někde v rozmezí 9–15 % podle toho, zda se jedná o porodnici poskytující pouze základní nebo vysoce specializovanou perinatální péči. V postoji porodníků existují značné diskrepance. V roce 1999 Výbor pro etické aspekty lidské reprodukce a zdraví ženy Mezinárodní federace gynekologů a porodníků (FIGO) ve své zprávě jasně oznámil, že „provedení císařského řezu z nelékařské indikace není eticky zdůvodněné“. Navzdory této zprávě o rok později dr. Harrer, prezident Americké gynekologicko-porodnické společnosti (ACOG), oznámil v editoriu, že císařský řez na přání a vaginální porod jsou stejně bezpečné a tudíž obě možnosti mohou být dány ženě ke zvážení a tato má právo si vybrat způsob porodu. Je také s podivem, že rozhodování ženy o způsobu vedení porodu jejího dítěte není přípustné a že optimální porodní

cestu voní a ženě předkládá ke schválení porodník. Není to známka určitého paternalizmu, který v našich společnostech s ženami s vysokým stupněm zdravotnického vzděání je do určité míry anachronizmem. Ve většině evropských států je žena schopna po patřičné absorpci informací zvolit pro ni nejpříjemnější způsob porodu svého dítěte. V naší společnosti má žena právo na plánované rodičovství, včetně ukončení nechtěného těhotenství, právo na prenatalní diagnostiku včetně radikálního řešení těhotenství s patologicky se vyvíjejícím plodem, má právo na výběr ošetřujícího gynekologa a na zařízení, ve kterém se rozhodla родit, na programovaný porod, může si zvolit způsob porodnické analgezie, polohu za porodu, typ rooming in a jestli chce nebo nechce dítě kojít. Pokud splňuje podmínky, jsou jí umožněny metody asistované reprodukce. Proč má být primární císařský řez bez medicínské indikace provedený z důvodu udávaných ženou výjimkou? Toto právo zatím nikde nebylo veřejně ženám přisouzeno. Nicméně výše popsaný enormní nárůst frekvence císařských řezů svědčí pro fakt, že jsou jednak medicínské indikace k provedení sekce velmi liberální, a nebo se císařské řezy na přání provádějí z indikace jiné převážně fiktivní diagnózy některého hraničního oboru.

Proč existuje ono porodnické dogma převážně velkých porodnických autorit hlásající nutnost nárůst císařských řezů zastavit a pokud možno snížit frekvenci jejich provádění. V první řadě je to přesvědčení, že provedení císařského řezu je spojeno s vyšší frekvencí komplikací. Na druhé straně je zde idea, že porod, jako přirozený děj by měl být pokud možno veden porodními cestami.

Jaké jsou důvody žen žádajících o provedení císařského řezu na přání? Jednak je to uznání císařského řezu jako běžné a bezpečně prováděné porodnické operace. Mnoho žen z okolí tento zákrok podstoupily a většinou byl prožitek jejich porodu pozitivně hodnocen.

Naopak vaginální porod je mnoha ženami hodnocen jako bolestivé období s pocity úzkosti, osamění a bezradnosti, navíc s množstvím různých pozdních následků porodu vaginální cestou, které ženy víceméně traumatizují. Některé ženy žádající ukončení těhotenství císařským řezem již vaginálně porodily a mají dost důvodů, aby se opakovanému zážitku vaginálního porodu vyhnuly. U těchto žen je vzpomínka na vaginální porod tak traumatizujícím zážitkem, ať už stran rodičky nebo zdravotního stavu jejího novorozence, že je pro ni plánované ukončení stávajícího těhotenství císařským řezem jedinou možnou alternativou. Postoje řadových porodníků jsou k možnosti provedení císařského řezu na přání velmi příznivě nakloněny. V roce 1996 publikoval Lancet anketu vedenou mezi britskými porodníky týkající se jejich pohledů na volbu metody porodu u nekomplikovaných fyziologických termínových těhotenství. 31 % žen gynekoložek a 8 % gynekologů mužů s touto možností souhlasilo. Jako hlavní důvody udávali nejčastěji poškození pánevního dna, možnost vzniku sexuálních dysfunkcí a potenciální možnost intrapartálního poškození plodu. Ještě výraznější výsledky byly dosaženy pokud se volba vedení porodu týkala samotné gynekoložky. Jed-

na třetina z nich by volila primární císařský řez v případě ukončení svého těhotenství. Jako profesionálky asi věděly o čem mluví. V roce 2001 již byl císařský řez na přání pacientky akceptován 69 % anglických gynekologů (1). Je tedy patrné že se otázka provádění císařských řezů na přání bez lékařské indikace posouvá z oblasti tajně, maskované a pokrytecky prováděných sekci po domluvě mezi čtyřma očima těhotné a porodníka na forum medicínské a laické diskuze, jejichž výsledky jsou publikovány a hledá se společensky a medicínsky přijatelný konsenzus. Důkazem toho je v našich podmínkách zařazení této problematiky mezi hlavní bloky programu na celostátním sjezdu českých gynekologů v listopadu minulého roku v Hradci Králové. Jasný konsenzus zatím nalezen nebyl, nicméně byla otevřena cesta další diskuzi a bylo konstatováno, že relativně velké množství českých gynekologů by bylo pro ženám tuto volbu umožnit.

Jaké jsou tedy argumenty pro a proti. V první řadě si je nutné uvědomit, že komplikace císařského řezu uváděné v naší i zahraniční literatuře neodlišují plánovaný císařský řez od císařského řezu prováděného z akutní indikace. Zatímco první je prováděn v ranních hodinách s dobře naladěným a odpočatým operačním týmem včetně neonatologické následné péče o porozeného novorozence a plánováním zajištěním všech potencionálních komplikací, je akutní císařský řez, prováděný nejčastěji pro vznik život ohrožující komplikace u matky nebo plodu, dramatickou, hektickou a stresující situací. Časový přes, častá improvizace a stresovaný operátor a tým operačního sálu jistě perinatální výsledky nevylepší. Skandinávská studie prof. Erköly z roku 1995 jasně prokázala na velmi reprezentativním vzorku populace, že zatímco plánovaný císařský řez má stejné procento komplikací jako vaginální porod, je akutní sekce zatížena 6 × vyššími čísly. Co se týče komplikací, jde tedy o dvě rozdílné operace. A císařský řez na přání je císařský řez plánovaný.

Ve statistikách je císařský řez zatížen vyšší mateřskou mortalitou nežli vaginální porod. Zde se opět nerozlišuje mezi výše popsanými dvěma císařskými řezy. To udává i ve své statistice prof. Welch. Jeho údaje nemohly dostatečně jasně odlišit mezi mateřskou úmrtností způsobenou vlastním císařským řezem a na příčiny sekundárních indikací a akutních stavů. Prof. Husslein z vídeňské kliniky uzavírá diskuzi týkající se mateřské mortality: „pokud interpretujeme běžně dostupné údaje týkající se plánovaného císařského řezu u nerizikových pacientek, dospějeme k extrémně nízkým hodnotám mateřské mortality. Operace musí být ale provedena kvalifikovaným lékařským týmem na adekvátně vybaveném pracovišti za použití epidurální anestezie, prevence aspirace žaludečního obsahu a za peroperačního použití antibiotik a tromboprolaxe.

Jaká je morbidita pacientek po císařském řezu? Opět platí výše zmíněné. Plánovaný císařský řez, při použití všech současných poznatků prevence operačních komplikací, je operace s minimální frekvencí pooperačních komplikací. Velmi zřídka nejsou pouze bezprostřední (poranění močového měchýře, profuzní krvácení) a časné (sekundární hojení hysterotomie a břišní stěny, zánět močového

měchýře, trombembolické příhody a další) ale také pozdní komplikace. Nebyl prokázán vznik sekundární sterility (4) nebo ruptur dělohy v následném těhotenství (7). Provedení pánovaného císařského řezu vyloučí nutnost provedení akutní sekce, která je zatížena relativně vysokou mateřskou morbiditou a mortalitou. Jedinou trvalou známkou po provedeném císařském řezu je jizva po Pfannenstiellově řezu v podbřišku. Sutura kůže se v současnosti provádí intradermálním stehem, který vykazuje velice dobrý kosmetický efekt.

Pestrost a četnost komplikací vaginálního porodu týkajícího se ženského organismu je široká. Provedením primárního císařského řezu je vyloučena nutnost provedení některé extrakční porodnické operace (porodnické kleště, vakuumextraktor). Primárně nemůže vzniknout indikace k provedení těchto operací ať již z indikace stavu matky (unavená rodička s prodlouženou II. dobou porodu, sekundárně slabé děložní kontrakce, nepostupující porod a jiné), nebo z indikace plodu, a to z důvodu vzniku akutní intrapartální fetální hypoxie. Při provádění těchto operací je vcelku pravidlem poranění porodních cest matky, které mohou mít za následek jak bezprostřední (krvácení, tvorba hematomů), časné (sekundární hojení sutur) tak pozdní (dyspareunie, sestup dělohy a poševních stěn, inkontinence moče, plynů a stolice) následky. Tyto komplikace nemohou vzniknout při provedení primárního císařského řezu. Komplikace uvedené u extrakčních operací se vyskytují i u spontánního vaginálního porodu, ale v menší intenzitě a četnosti. Při vaginálním porodu vznikají porodní poranění hrdla, pochvy, perinea a někdy i rekta. Vždy dochází k dilataci pochvy, což může mít nepříznivý vliv na následující pohlavní život ženy.

Nezanedbatelnou výhodou plánované sekce je aplikace epidurální anestezie. Tato nejenom poskytuje operační komfort spočívající v bezbolestnosti výkonu pro pacientku s možností ponechání epidurálního katétru po dobu 24 hodin po porodu a tím zajištění dobré pooperační analgezie, ale tím, že je pacientka při vědomí, umožňuje dokonalý bonding mezi matkou novorozence a otcem, který může být přítomen při porodu. Absolutní odstranění po-

rodní bolesti je velkou výhodou oproti vaginálnímu porodu. Další těhotenství může být podle přání ženy ukončeno vaginálním porodem, i když frekvence císařských řezů po předchozí sekci je vyšší než u rodiček bez císařského řezu v anamnéze. Plánovanost ukončení těhotenství je ještě přesnější než u programovaného porodu.

Porodní stav novorozence porozeného plánovaným císařským řezem není tímto výkonem negativně ovlivněn. Popisovaný syndrom retence alveolární tekutiny potažmo respiratory distress syndrom mírného stupně jsou tranzitorní, které neovlivní další prognózu novorozence. Vzhledem k plánování výkonu před začátkem porodní činnosti je vyloučen vznik intrapartální fetální hypoxie plodu se všemi negativními důsledky tohoto stavu a následné léčby na organismus matky a plodu.

Současná česká legislativa provedení císařského řezu na přání nevyklučuje. Lékař má v praxi používat poslední poznatky vědy k efektivnímu léčení pacienta. Podle výše uvedených argumentů sekce na přání tomuto argumentu neodporuje. Císařský řez na přání neodporuje učení žádného významného světového náboženství. Pokud by byl císařský řez na přání akceptován jako porodní alternativa, nedošlo by pravděpodobně v našich podmínkách k masivnímu nárůstu těchto výkonů. Argument, že je vaginální porod přirozený jev a proto je nutno maximálně respektovat přírodu v současné medicíně neobstojí. Přirozené není vždy pro člověka optimální. Matka příroda se k nám často chová spíše jako macecha. Respektováním pouze přírodních zákonů v medicíně bychom byli nuceni zrušit téměř veškerou kurativu. Císařské řezy na přání se provádějí nejen v cizině, ale i u nás z jiné, většinou neporodnické indikace. Zavedením možnosti císařského řezu na přání by se tomuto medicínskému pokrytectví a podvodu zamezilo. Jsem proto toho názoru, že by veřejná odborná i laická diskuze na toto téma měla pokračovat. Jsem přesvědčen, že na podkladě výše uvedených argumentů bude dosaženo shody, a těm ženám, které mají svoje důvody žádat o takovéto ukončení těhotenství, by měla být dána možnost si císařský řez na přání zvolit.

Literatura

1. Cotzias CS, Paterson-Brown S. Obstetricians say yes to maternal request for elective caesarean section: a survey of current opinion. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 97: 15–16.
2. Fisk N. Caesarean section for all patients. In book of abstracts „Caesarean section, current status“. Alesund 2001.
3. Gonen R, Tamir A, Degani S. Obstetricians opinion regarding patients choice in caesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2001; 99: 577–558.
4. Hall MH. When a woman asks for caesarean section. *Br Med J* 1987; 296: 201–202.

5. Husslein P. Elective caesarean section versus vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet* 2001; 256: 169–174.
6. Ludwig H, Loeffler FE. Caesarean section on demand – an ethical dilemma. *Arch Gynecol Obstet* 2001; 264: 169–170.
7. Rosen MG, Dickinson J, Westhoff L. Vaginal birth after caesarean section: a meta analysis of morbidity and mortality. *Obstet Gynecol* 1991; 106: 465–470.
8. Roztočil A. Císařský řez na přání – argumenty pro. In Sborník abstrakt „Celostátní konference ČGPS a SSG“, Hradec Králové 2002 v tisku.