



Konu Yazarı

Doç. Dr. İsmail Dölen
Dr. Özlem Özdeğirmenci

Yazışma adresi

SSK - Etlik Doğumevi ve
Araştırma Hastanesi
ANKARA

**OPTİMAL SEZARYEN HIZI NE
OLMALIDIR? TÜRKİYE'DE VE
DÜNYADA GÜNCEL NEDİR?**

20. yüzyılın ortalarında, tıbbi teknolojinin gelişmesi antenatal takipte yeni tanı ve tedavi seçeneklerinin ortaya çıkmasına neden olmuş, bu durum da sosyoekonomik faktörlerin de etkisiyle sezaryen endikasyonlarının genişlemesi sonucunu doğurmuştur. 1960’lı yıllarda sezaryen endikasyonu olmayan teşhisler, 1980’li yıllarda endikasyon olmaya başlamıştır. 1958 yılında ABD, %2 olan sezaryen oranlarının yüksek olup olmadığını tartışırken, 1965 ve 1986 yıllarında bu oran %4.5 den %24.1 e yükselmiştir⁽¹⁾. Maternal morbiditenin artması, infant mortalitesinde değişiklik olmaksızın operasyon maliyetinin yüksekliği gibi nedenlerle 1990 lı yıllarda sezaryen oranlarında bir miktar düşüş görülse de günümüzde ABD’de sezaryen hızı ortalama %22 civarındadır. Bu inanılmaz yükseliş doktorların yanı sıra sigorta şirketlerini, ekonomistleri, idarecileri harekete geçirmiştir. ABD sezaryen hızının düşürülmesini sağlık politikası olarak ilan etmiş ancak istenen hıza düşürememiştir. Sezaryen ile doğum oranındaki bu yükselme hemen hemen bütün ülkelerde izlenmekle beraber oranlar ülkeler arasında değişiklik göstermektedir (Tablo 1). Bu sezaryen hızlarının çoğu World Health Organization (WHO) ve Healthy People 2000 U.S tarafından önerilen %15 oranından yüksektir. Optimal sezaryen hızı , altına inildiğinde veya üzerine çıkıldığında maternal ve perinatal mortalite ve morbiditenin yükseleceği kabul edilen rakamdır ve %15 olarak benimsenmiştir. ABD 1995 yılında 2000 yılı için primer sezaryenda hedefledikleri hızı %12, geçirilmiş sezaryenlerde ise hedefi %3 olarak belirlese de bu rakamlara ulaşamamıştır⁽²⁾.

Tablo 1:Uluslararası sezaryen oranları (WHO 2002)

Ülke	Yıl	Sezaryen Oranı (%)
İngiltere	2000	21,3
Galler	2000	24,2
Kuzey İrlanda	2000/01	23,9
İskoçya	1999	19,3
USA	1999	22,0
Danimarka	1999	13,7
Norveç	1999	12,6
İsveç	1999	12,2
Finlandiya	1999	15,1
Fransa	1999	17,5
İtalya	1999	22,5
Brezilya	1998	38,1

Sezaryen oranlarının nasıl azaltılabileceğini tartışmadan önce bu hızlı yükselişin sebeplerini incelemek gerekir. Bu sebeplerden bazıları şunlardır:

- 1- Sezaryen endikasyonlarının artması
- 2- Sezaryen ile doğumun güvenli olduğu düşüncesi
- 3- Perinatal mortalitenin daha az olduğu inancı
- 4- Doğuma bağlı pelvik relaksasyonun önlenmesi
- 5- Obstetrisyenin doğum zamanlaması ve doğum süresini belirleyebilmesi
- 6- Hasta istemi
- 7- Fetal monitorizasyon ve ultrasonografideki gelişmeler
- 8- Diğer

Şu bir gerçektir ki komplike olmayan bir vajinal doğum sezaryenle doğuma göre çok daha güvenilirdir. Tüm kadın doğum hekimlerinin bu düşüncüyü benimsediği halde sezaryen oranlarının gün geçtikçe artması şaşırtıcıdır.

Sezaryenle doğumun riskleri ise şu şekilde sıralanabilir⁽³⁾:

Erken dönem

- 1- Anestezi riskleri
- 2- Kan kaybı
- 3- Mesane ve barsak yaralanmaları
- 4- Amnion embolisi
- 5- Bebeğin yaralanması (%1)

Postoperatif dönem

- 1- Enfeksiyon
- 2- Kanama
- 3- Neonatal respiratuar distress sendromu

Sonraki gebelik dönemi

- 1- Plasenta previa
- 2- Uterus rüptürü
- 3- Tekrarlayan sezaryenin riskleri

Diğer

- 1- Adezyonlara bağlı infertilite
- 2- Barsak obstrüksiyonu
- 3- Kronik pelvik ağrı

Cerrahi tekniklerde gelişmeler, tıbbi ilerlemeler, enfeksiyonlarla mücadelede başarı, kan transfüzyonu, anesteziye bağlı gelişmeler ve daha pek çok etken ile sezaryen doğumla vajinal doğum arasındaki mortalite ve morbidite farkı azaldıysa da sezaryenin maternal ve perinatal

mortalite ve morbiditeyi arttırdığı bir gerçektir⁽⁴⁾.

WHO'nun 2002 yılında yayınladığı bir raporda sezaryen ameliyatına bağlı mortalitenin Amerika'da 41/100.000 iken bu oranın gelişmekte olan ülkelerde 160-220/100.000 olduğu belirtilmiştir⁽⁵⁾. Operatif komplikasyonların dikkatli bir cerrahi teknikle azaltılabileceği ve acil vakalarda elektiflere göre daha fazla görüldüğü de bilinen bir gerçektir⁽⁶⁾. 37. gebelik haftasından sonraki vajinal doğumlarda, yenidoğanın geçici takipnesi veya respiratuar distress sendromunun görülme oranı 5.3/1.000 iken travayda olmayan sezaryenlerde bu oranın 35.5/1000, travayda yapılan sezaryenlerde ise bu oranın 12.2/1000 olduğu saptanmıştır⁽⁷⁾.

Pelvik relaksasyonun etiolojisinde spontan vajinal doğum yıllarca en önemli risk faktörlerinden biri olarak gösterilmiş fakat son zamanlarda yapılan çalışmalarda multifaktöriyel bir hastalık olduğu anlaşılmış, nulliplarlarda ve hatta neonatal dönemdeki bebeklerde de görülebilen patogenezi genetik, nörolojik ve yaşa bağlı faktörlerin etkili olabileceği tartışmaları ve çalışmalarını başlatmıştır.

Gelişmiş batı ülkelerindeki artmış sezaryen hızının önemli bir kısmı anne istemine bağlanmaktadır. Gample ve arkadaşlarının yaptığı bir metaanalizde sadece önceki veya şimdiki gebeliğinde obstetrik komplikasyon yaşayan az sayıdaki kadının sezaryen istediği sonucuna varılmıştır⁽⁸⁾. Türkiye'deki durumu anlatan bir yazı da Tatar ve ark. gelmiştir⁽⁹⁾. Yazıda Türkiye'de her ne kadar yeterli veriler olmasa da sezaryen epidemisinin yaşandığının, bunun yaşanmasında medikal faktörler dışındaki faktörlerin daha çok rol aldığı tartışılmıştır. Özellikle eğitim düzeyi yüksek, zengin annelerin bu epideminin büyük kısmından sorumlu olduğu ve sezaryen hızının yüksek olduğu bir üniversite hastanesindeki durumu aktardıklarını ve çalışmadaki en önemli bulgularının sezaryen olan annelerin hastanede kalma süresi boyunca bu durumlarından memnuniyetsizlikleri olduğunu vurgulamışlardır. Bu memnuniyetsizliklerinin başında bizim görüşümüze göre emzirme problemleri, hareket kısıtlılığı ve ağrı da rol oynamaktadır. Sezaryenle doğum sonrası, normal spontan doğuma göre bu problemlerle daha sık karşılaşmaktadır.

SSK Ankara Doğumunda 1993 yılında sezaryen oranı %16 iken, 2000 yılında %23'e yükselmiştir. Hastanemizdeki sezaryen oranlarının artmasının sebeplerini şu şekilde sıralayabiliriz: Sezaryen endikasyonlarının genişletilmesi, eski sezaryenler, hasta isteğine bağlı elektif sezaryenler, hukuki kaygılarla doktorların forseps ve vakum uygulamasından uzaklaşıp sezaryene yönelmeleridir⁽⁴⁾.

Primer sezaryen endikasyonlarının genişlemesinde gebeliğin demografisindeki gelişmelerin payı büyüktür.

Batı ülkelerinde annenin gebelik yaşı büyümüştür. 35 ve 40 yaş gebeliklerinin oranı dramatik olarak artmaktadır. İleri anne yaşının getirdiği komplikasyonlar nedeniyle de sezaryen oranları bu grupta yüksektir. Diğer bir neden infertilite tedavisindeki gelişmelere bağlı olarak artan çoğul gebeliklerdir. Bu durum medikal endikasyonlu sezaryenleri arttırdığı gibi, çiftlerin daha az riskli olacağı düşüncesiyle sezaryen istemi de etkili olmaktadır.

Ülkemizde bu gebeliklerin hemen tamamı sezaryen ile sonlanmaktadır. Diğer bir etken gelişmiş ülkelerdeki anne yaşamının ve alışkanlıklarının değişmesi sonucu yağ ve karbonhidrattan zengin gıdalarla beslenmenin artması ve azalmış fiziksel aktivite sonucunda obeziteye yatkınlık ve obezitenin getirdiği diabetes, hipertansiyon gibi sistemik hastalıklar ve distosi nedeniyle yapılan sezaryen oranlarının artmasıdır⁽³⁾.

Fetal nedenlere bağlı sezaryen oranlarının artmasında rolü olan diğer bir faktör de elektronik fetal monitorizasyon ve ultrasonografinin yaygın kullanımınıdır. Bu konuda yapılan randomize kontrollü, gözleme dayalı çalışmalar ve metaanalizler göstermiştir ki intrapartum takipte, düşük riskli grupta devamlı fetal monitorizasyon ile intermitan oskültasyonun bebek sonuçları açısından anlamlı farkı yoktur. Buna ek olarak ilginç olan bir sonuç da elektronik fetal monitorizasyonun sezaryen oranlarını arttırdığıdır⁽¹⁰⁾. Günümüzde fetal monitorizasyon kliniklerde standard olarak uygulanmaktadır. Kanıta dayalı tıp çerçevesinde bu iki uygulama açısından bir fark yoksa düşük riskli gebeliklerde intermitan oskültasyonu uygulamak sezaryen oranlarını düşürebilmek adına uygulanabilir mi?

Ultrasonografinin kullanımının yaygın hale gelmesiyle perinatal mortalite ve morbiditede belirgin azalmalar izlense de bu uygulamanın sezaryen oranlarını arttırdığı da bir gerçektir. Tahmin edilen fetal ağırlık da son trimesterde %15 hata payı olabilmektedir. "Fetal makrozomi" ve "small for gestational age" terimleri popülasyonlara göre farklılıklar gösterse de anne pelvis yapısına göre de doğum şekli değişmektedir. Sadece beklenen doğum ağırlığına göre karar verilmesi sezaryen oranını da arttırmaktadır.

Sezaryen hızındaki bu artış karşısında yeni sağlık politikaları gündeme gelmiş ve sezaryen oranlarının bu denli artmasının nedenlerinin başında gösterilen eski sezaryenlere yönelik yeni uygulamalar başlatılmıştır. Bu uygulamaların başında da vaginal birth after cesarean section (vbac), sezaryen sonrası vajinal doğum uygulaması

gündeme taşınmıştır. Bu uygulama başlatıldığında ilk zamanlarda sezaryen sonrası vaginal doğumda %60-80 başarı elde edilirken, ilerleyen zamanlardaki retrospektif kohort çalışmalarda sezaryen sonrası vajinal doğum ile tekrarlayan elektif sezaryenlerin maternal ve fetal güvenirliliği karşılaştırılmış, uterus rüptürünün ve neonatal mortalitenin özellikle prostaglandinlerle indüklenen geçirilmiş sezaryen olgularında elektif tekrarlayan sezaryenlere göre daha fazla olduğu anlaşılmıştır. Bu sonuç da geçirilmiş sezaryenlerde normal doğum kararı verilecek olan olguların çok dikkatli seçilmesi gerektiğini ortaya koymuştur. Bu kararı vermede önceki sezaryenden sonra geçen süre, uterus insizyonunun şekli, uterusun tek kat mı çift kat mı kapatıldığı, sezaryen sonrası normal doğumun indüklenip indüklenmediği önemlidir. Son sezaryenden sonra geçen süre 18 aydan kısa ise rüptür riskinin arttığı %2.25 e yükseldiği retrospektif bir çalışma ile gösterilmiştir⁽¹¹⁾. Vertikal insizyonun, uterusun tek kat kapatılmasının ve doğumun indüklenmesinin rüptür riskini arttırdığı da bilinmektedir⁽³⁾.

Sezaryen hızının artmasında rolü olan diğer önemli bir neden anne istemidir. Yapılan çalışmalarda anne isteminin aslında önemli bir oranda doktor yönlendirmesi olduğu, annelerin öncelikle bebekleri için doğru olan ne ise onun yapılmasını istedikleri anlaşılmıştır. Sezaryen kararlarındaki doktor yönlendirmesini araştıran bir çalışmada şu sonuçlar ortaya çıkmıştır: Sezaryen oranları, doktorların önceki yılda yaptığı sezaryen oranlarındaki hıza, gündüz saatlerinde olmasına ve cuma günlerinde artmaktadır⁽¹²⁾. Feminist düşünceye göre kadın doğumu sonlandırma şekline ve anestezi seçimi hakkına sahip olmalıdır. FİGO ise anne isteminin endikasyon olmayacağını dolayısıyla anne istemi ile sezaryen yapmanın tıbben doğru kabul edilmemesi gerektiğini söylemektedir.

Bu tartışmalar yıllardır devam etmektedir. ABD hızı düşürebilmek için çeşitli girişimler de bulunsa da %2 lik bir düşüş elde etmiştir. İngiltere’de de tartışmalar sürmekte ise de %22 civarında sezaryen oranları mevcuttur.

Hollanda, Belçika, Danimarka, İsveç, Norveç ve Finlandiya %12-16 hızını yıllardır istikrarla devam ettirmenin mutluluğunu yaşamaktadır. İskandinav ülkelerinde perinatal morbidite ve mortalite ABD ile benzerken maternal mortalite daha düşüktür. Sezaryen ile doğum yapmanın kadın statüsünün yüksekliği kabul edilen Brezilya’da sezaryen hızı devlet hastanelerinde %50’nin üstünde, özel hastanelerde ise %100’e yakındır.

Anne istemi İtalya’da 23 numaralı kanun ile sezaryen endikasyonu olarak kabul edilmiştir. Kanunun yaygın

şekilde uygulanmaya başlandığı tarih olan 1995’de elektif sezaryen endikasyonu toplam endikasyonların %54’ünü oluşturmuştur^(4,13).

Ülkemizde de sezaryen oranlarını belirleyen hastaneler Doğumevleri, Üniversite Hastaneleri ve Devlet Hastaneleridir. Özel Hastaneler bu oranın küçük bir kısmını oluşturmaktadır. Üniversite Hastanelerinde sezaryen oranları %70’lere ulaşmıştır. Vajinal doğumun sezaryene üstünlüğü biliniyor savunulduğu halde etkili bir sağlık politikası henüz oluşturulamamıştır ve eğitim hastaneleri dahil sezaryen hızı artma eğilimindedir. 1980’li yıllardan önce doktorlara neden sezaryen yaptığı sorulurken, günümüzde anne ve bebek ile ilgili en ufak problemde dahi neden sezaryen yapılmadığı sorgulanır hale gelmiştir.

SONUÇ

1960’dan 1990’a kadar hemen tüm ülkelerde sezaryen hızı artışı görülmüştür. Türkiye’nin de bu akımdan etkilenmemesi mümkün değil idi. 1990’lardan sonra sezaryen ile ilgili olumsuzlukları bildiren yayınların artmasıyla ve bu konunun gündemde kalıp yaygın olarak tartışılmasıyla hastalar ve doktorlar daha dikkatli olmaya başlamıştır. Yeni yetişen kadın doğum uzmanlarının eğitim merkezlerinde bu gerçekleri bilerek uzman olmaları optimal sezaryen hızına düşülmesinde önemli bir adım olacaktır. Sezaryen hızının artmasına neden olan toplumsal, yasal, kurumsal ve ekonomik nedenlerin düzeltilmeden sadece bu konunun bilincinde olan kadın doğum uzmanlarıyla optimal sezaryen hızına inilmesinin mümkün olamayacağı da bir gerçektir.

KAYNAKLAR

1. Sakala C. Medically unnecessary cesarean section births: introduction to a symposium. Soc Sci Med. 1993 Nov;37(10):1177-98
2. Paul RH, Miller DA. Cesarean birth: how to reduce the rate. Am J Obstet Gynecol. 1995 Jun;172(6):1903-7
3. Farine D. What is the optimal C/S rate? Mount Sinai Hospital, University of Toronto, Canada. 2 nd World Congress on Controversies in Obstetrics Gynecology and Infertility, 2001, Paris, France.
4. Dölen İ, Gökçü M. Sezaryen ve etik. Kadın Doğum Dergisi 2002;1(2):86-89
5. Global and regional estimates of incidence of a mortality due to unfuse abortion. WHO report 2002.
6. Miller JM. Maternal and neonatal morbidity and mortality in

- cesarean section. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1988 Dec; 15(4):629-38
7. Parilla BV, Dooley SL, Jansen RD, Socol ML. Iatrogenic respiratory distress syndrome following elective repeat cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 1993;81(3):392-95
 8. Gamble JA, Creedy DK. Women's request for a cesarean section: a critique of the literature. *Birth* 2000 Dec;27(4):256-63
 9. Tatar M, Gunalp S, Somunoglu S, Demiroglu A. Women's perceptions of cesarean section: reflections from a Turkish teaching hospital. *Soc Sci Med.* 2000 May;50(9):1227-33
 10. Wood SH. Should women be given a choice about fetal assessment in labor? *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2003 Sep-Oct;28(5):292-8
 11. Shipp TD. Interdelivery interval and risk of symptomatic uterine rupture. *Obstet Gynecol* 2001 Feb;97(2):175-7
 12. Burns LR, Geller SE, Wholey DR. The effect of physician factors on the cesarean section decision. *Med Care* 1995 Apr;33(4):365-82
 13. Andrea L. A new ethical and clinical dilemma in obstetric practice: Cesarean section "on maternal request". *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:245-6