

GÜNÜMÜZDE DOĞUM YÖNTEMİ VE YÜKSELEN SEZARYEN ORANI

Aydın Çorakçı *, Gülseren Yücesoy *, Semih Özeren *,
İzzet Yücesoy *, Birol Vural *, Onur Karabacak *

ÖZET

Sezaryen operasyonu en sık yapılan major operasyonlardan biridir. Sezaryen/normal doğum oranı 1965'lerde %4.5 iken bu oran 1988'de %25'e çıkmıştır. Bu tarihten sonra bu düzeyden biraz düşerek 1993'de %22.8'de 1995'de %21.8 bulunmuştur. Günümüzde sezaryen oranlarındaki artış, endikasyonlardaki oran değişikliği ve yeni endikasyonlar eklenmesi (kıymetli bebek, elektif sezaryen) dikkati çekmektedir. Sezaryen oranlarındaki bu artışın nedeni olarak azalmış parite, gebelik yaşının yükselmesi, intrapartum elektronik fetal moniterizasyonun yaygınlaşması, makat doğumda ve midpelvik vajinal girişim gerektiren durumlarda sezaryenin tercih edilmesi, hekime karşı açılan tazminat davası nedenleri arasında yenidoğanda nörolojik sekel oluşmasının önemli bir yer tutması ve sosyo-ekonomik düzeyin artması olarak gösterilebilir.

01.06.1997'de açılan Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Doğumhanesinde bir yıllık dönemde toplam 396 doğum olmuştur. Bunların 140'ında (%35.5) doğum sezaryen ile gerçekleştirilmiştir. Spontan vajinal doğum sayısı 235'dir (%59.1). 17 vakaya (%4.3) vakum ekstraksiyon, 4 vakaya (%1) forseps uygulanmıştır. Sezaryen endikasyonları sıklık sırasına göre şöyledir; Sefalopelvik uygunsuzluk (%25.2), Akut fetal distress (15.7), Elektif sezaryen (%9.3), Eski sezaryen (%9.3), Makat geliş (%8.6), Prezantasyon anomalileri (%5), Ağır preeklampsi (%4.4), Plasenta previa (%4.2), Postterm gebelik+başarısız induksiyon (%4.2), Kötü obstetrik öykü (%3.6), İleri anne yaşı (%2.8), Ablasyon plasenta (2.8) Maternal tıbbi neden (%1.4), Geçirilmiş myomektomi (%1.4), Diğer (%2.1).

Vajinal doğumlardan sonra görülen komplikasyonlar; postpartum kanama (plasenta retasyonu, atoni, servikal lacerasyon, epizyotomi yerinde hematoma) (%1.8), perine yırtığı (%4.5) ve 1 vakada (%0.2) pulmoner embolidir.

Anahtar kelimeler: Sezaryen, endikasyonlar.

CURRENT OBSTETRICAL MANAGEMENT AND THE INCREASING CESAREAN RATE

SUMMARY

Cesarean section is one of the most frequently performed major operations in clinical practice. The ratio of cesarean section was 4.5% in 1965 but was found to be 21.8% in 1995. Today, the increasing ratio of cesarean section is due to the addition of new indications such as elective cesarean section and the termination of pregnancy achieved after a long infertile period. The reasons of the increasing rate may be the decreasing parity, advanced maternal age, the widespread use of intrapartum electronic fetal monitorization, and the preference of abdominal delivery in breech presentation and in states where operative vaginal delivery must be done. Additionally, medicolegal issues due to the neurological sequels in newborns and the increasing trend in socioeconomic status may have a positive effect.

There were 396 deliveries in the delivery suit of University of Kocaeli, School of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, which was founded in May 1, 1997 during one year. There were 140 cesarean section (35.5%) whereas 235 (59.1%) vaginal deliveries took place. The incidence of vacuum extraction and forceps application was 4.4% (17 cases) and 1% (4 cases), respectively. The indications of cesarean sections were as follows: Cephalopelvic disproportion (25.2%), Acute fetal distress (15.7%), Elective cesarean section (9.3%), Previous cesarean section (9.3%), Breech presentation (8.6%), Various abnormal presentations (5%), Severe preeclampsia (4.4%), Placenta previa (4.2%), Failure of induction in post-term pregnancy (4.2%), Poor obstetric history (3.6%), Advanced maternal age (2.8%), Ablatio placenta (2.8%), Maternal medical disease (1.4%), Previous myomectomy (1.4%), Another (2.1%) The most frequent complications after vaginal deliveries were postpartum bleeding 1.8% (due to placental retention, uterine atony, cervical lacerations, hematoma formation in episiotomy incision), perineal lacerations (4.5%) and in one case pulmonary thromboembolism (0.2%).

Key words: Cesarean section, Indication.

* Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

GİRİŞ

En sık yapılan major operasyonlardan biri olan sezaryen, fetusun batin ve uterus duvarlarına yapılan insizyon ile abdominal yoldan çıkarılmasıdır(1). Sezaryen/normal doğum oranı 1965'lerde %4.5 iken bu oran 1988'de %25'e çıkmıştır(2). Bu tarihten sonra bu düzeyden biraz düşerek 1993'de %22.8, 1995'de %21.8 bulunmuştur (3,4). Günümüzde sezaryen oranlarındaki artış değişikliği ve yeni endikasyonlar eklenmesi (kıymetli bebek, elektif sezaryen) dikkati çekmektedir. Maternal mortalitenin vajinal doğuma göre 4-8 kat fazla olması ve sezaryen oranı %10'u geçerse perinatal mortalitede daha fazla iyileşme sağlanamamasına ek olarak beraberinde getirdiği mali ve işgücü yükü nedeniyle artan sezaryen oranları oldukça önemli bir sorun haline gelmektedir(5). Son 25 senedir sezaryen oranlarındaki artışın nedeni tam olarak anlaşılmamıştır. Ancak azalmış parite, gebelik yaşının yükselmesi, intrapartum elektronik fetal monitörizasyonun yaygınlaşması, makat doğumda ve mid-pelvik vajinal girişim gerektiren durumlarda sezaryenin tercih edilmesi, hekime karşı açılan tazminat davası nedenleri arasında yenidoğan nörolojik sekel oluşmasının önemli bir yer tutması ve sosyo-ekonomik düzeyin artması olası nedenler olarak gösterilebilir.

Bu makalemizde kliniğimizde gerçekleştirilen doğumları retrospektif olarak inceleyerek sezaryen oranının ve endikasyonlarını inceledik.

MATERYAL ve METOD

01.06.1997'de açılan Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Doğumhanesinde bir yıllık dönemde gerçekleşen doğumlar incelendi. 36±6 haftadan önce olanlar erken doğum grubu, 37 haftadan sonra olanlar term doğum grubu olarak 2 grup oluşturuldu. Her iki grup gebeler doğum şekline göre 3 alt grupta incelendi. Baş prezantasyonu ile vajinal yoldan epizyotomi hariç herhangi bir müdahalede bulunulmadan olan doğumlar spontan vajinal doğum alt grubuna; forseps, vakum uygulaması yapılanlar ya da makat gelişimi gibi prezantasyon anomalisi bulunan ve vajinal doğum yapan hastalar müdahaleli doğum alt grubunda; doğumun sezaryen operasyonu ile gerçekleştirilen hastalar da sezaryen alt grubuna alındı. Term gebelik grubunda sezaryen olan hastalar yaş, parite, doğum kilosu, sezaryen endikasyonu, APGAR skoru, hastanede kalış süresi, maternal morbidite açısından incelendi. Miadında spontan ve müdahaleli vajinal doğum yapanlar da yaş, parite, doğum kilosu, APGAR skoru, maternal morbidite açısından incelendi. Alt gruplarda bu parametreler student-t testi kullanılarak birbirleri ile karşılaştırıldı.

BULGULAR

Term ve preterm gebeliklerde sezaryen, spontan vajinal doğum ve müdahaleli doğum oranları Tablo 1'de ve term gebeliklerde yaş, parite, doğum kilosu ve APGAR skor değerleri Tablo 2'de gösterilmiştir. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Doğumhanesin-

Tablo 1: Term ve preterm gebeliklerde doğum tipi

	Term gebelikler		Preterm gebelikler		Toplam	
	%80.06		%19.94			
Sezaryen	%34.1	(n=108)	%40.5	(n=32)	%35.5	(n=140)
Spontan vajinal doğum	%59	(n=187)	%59.5	(n=47)	%59.0	(n=234)
Müdahaleli doğum	%6.9	(n=22)	0		%5.5	(n=22)
Toplam	%100	(n=317)	%100	(n=79)	%100	(n=369)

Tablo 2: Term gebeliklerde yaş, parite, doğum kilosu ve APGAR skor

	Sezaryen	Spontan vajinal doğum	Müdahaleli doğum
Yaş	28.8±5.5	27.3±4.9	26.3±5.5
Parite	0.4±0.08	0.69±0.8	0.11±0.4
Doğum kilosu (gr)	3451±584.4	3500±480	3420±473
APGAR skor	9.3±1.3	9.45±1.13	8.25±2.74

de bir yıllık dönemden toplam 396 doğum olmuştur. Bunların 317 tanesi (%80.06) miadında, 79 tanesi (%19.94) preterm doğumdur. Tüm gebeliklerin 140'ında (%35.5) doğum sezaryen ile gerçekleştirilmiştir. Spontan vajinal doğum sayısı 234'dir (%59). 17 vakaya (%4.4) vakum ekstraksiyon, 4 vakaya (%1) forseps uygulanmış, 1 vajinal doğum olmuştur (%0.1). Yaş, parite ve doğum kilosu açısından üç alt grupta anlamlı bir fark görülmezken, APGAR skor müdahaleli doğumlarda, sezaryen ve vajinal doğuma göre anlamlı olarak farklı bulundu ($p<0.05$). Tüm sezaryenlardaki endikasyonlar ve yüzdeleri Tablo 3'de, preterm gebeliklerdeki sezaryen endikasyonları Tablo 4'de belirtilmiştir. Sezaryen sonrası hastanede kalış süresi

Tablo 3: Tüm gebeliklerde sezaryen endikasyonları

Endikasyon	Sayı	Yüzde
Sefalpelvik uygunsuzluk	35	%25.2
Akut fetal distres	22	%15.7
Elektif sezaryen	13	%9.3
Eski sezaryen	13	%9.3
Makat geliş	12	%8.6
Prezantasyon anomalileri	7	%5
Ağır preeklampsi	6	%4.4
Plasenta previa	6	%4.2
Postterm gebelik+başarısız induksiyon	6	%4.2
Kötü obstetrik öykü	5	%3.6
İleri anne yaşı	4	%2.8
Ablasyo plasenta	4	%2.8
Maternal tıbbi neden	2	%1.4
Geçirilmiş myomektomi	2	%1.4
Diğer	3	%2.1
Toplam	140	%100

Tablo 4: Preterm gebelerde sezaryen endikasyonları

Endikasyon	Sayı	Yüzde
Fetal disters	7	%21.9
Makat geliş	5	%15.63
Eski sezaryen	4	%12.5
Plasenta pervia	3	%9.37
Kötü obstetrik öykü	1	%9.37
Prezantasyon anomalisi	3	%9.37
Ablasyo plasenta	3	%9.37
Anneye ait tıbbi neden	2	%6.25
Başarısız induksiyon	1	%3.12
Oblik geliş	1	%3.12
Toplam	32	%100

4.19±1.34 gündür (min 2 gün, max 9 gün). Bir vakaya postop 3'üncü gün ileus nedeniyle relaparotomi yapıldı. Bunun haricinde 5 annede postop 4-5'inci günler ateş yükselmesi görüldü. Vajinal doğumlardan sonra görülen komplikasyonlar; postpartum kanama (plasenta retansiyonu, atoni, servikal lase-rasyon, epizyotomi yerinde hematoma) (%1.8), perine yırtığı (%4.5) ve 1 vakada (%0.2) pulmoner embolidir.

TARTIŞMA

1990'da sezaryen oranı Norveç'te %12.8, İskoçya'da %14.2, İsveç'te %10.7, Kanada'da %20.3, ABD'de %23.6 bulunmuştur (6). Bu verilere göre bizim kliniğimizde sezaryen oranı oldukça yüksektir. Türkiye için kesin geniş rakamlar olmamakla beraber Hacettepe Üniversitesinde sezaryen oranı 1988'de %24.7, 1993'de %23, 1996'da %44 bulunmuştur. Obstetrik pratiğinde sezaryen endikasyonları içinde eski sezaryen, distosi, fetal

distres ve makat gelişlerin ilk 4 sırayı aldığı görülmektedir(1). Bizim endikasyonlarımız incelendiğinde sefalopelvik uygunsuzluk ve akut fetal distresten sonra %9.3 oranında elektif sezaryen endikasyonu dikkate çekmektedir. İnfertilite tedavisi sonucu gebe kalmış, tekrarlayan gebelik kayıpları olan ve sefalopelvik uygunsuzluk olabileceği düşünülmüş ancak travay denenmemiş vakalarda veya hastanın vajinal doğumu şiddetle reddetmesi durumunda bu endikasyon ile sezaryen operasyonu uygulanmıştır.

Kordon prolapsusu ve başın takılması riskinin yüksek olmasından dolayı fetusu özellikle nörolojik sekelden korumak amacıyla makat gelişlerde sezaryen ile doğum genelde tercih edilen bir yoldur. Yapılan bir metaanalizde vajinal makat doğumlarda sezaryene göre perinatal mortalite ve travmatik morbiditede 4 kat artmış risk tespit edilmiştir(7). Bizim vakalarımızda 13 makat gelişin sadece 1'i vajinal doğum yapmıştır, diğerlerinde doğum abdominal yoldan gerçekleştirilmiştir.

1970'lerde elektronik fetal moniterizasyonun kullanımı fetal oksijenleme ve asid-baz durumuna göre değişik fetal kalp paternlerinin tarif edilmesine olanak sağlamıştır. Uteroplasental yetmezliği gösteren değişik paternlerin görülmesi obstetrisyeni yenidoğanı nörolojik hasardan korumak için sezaryen yapmaya teşvik etmiştir. Yapılan çalışmalarda elektronik moniterizasyon ile intermitten kalp oskültasyonu arasında nörolojik hasarı önleme açısından fark görülmemesine rağmen fetal moniterizasyon fetal distres tanısı koymada ve yenidoğanı nörolojik hasardan korumada kullanılmaktadır(8,9). Bizim endikasyonlarımız arasında akut fetal distres önemli yer tutmaktadır (%15.7), preterm gebeliklerde ise %21.9 ile en sık rastlanan sezaryen endikasyonu olduğu görülmektedir.

Sezaryen oranının azaltılmasının en önemli etaplarından biri antenatal bakım süresince gebelerde doğumla ilgili eğitim yapılması ve psikolojik destek sağlanmasıdır.

Bu şekilde doğuma hazırlanan gebeler doğum sırasında hekime daha kolay karar verme ortamı sağlayacaktır. Ayrıca eski sezaryende vajinal doğumdan teşvik edilmesi, distosi tanısı koyarken kesin kriterlerin göz önüne alınması ve yeterli bir süre travay denenmesi, elektronik fetal moniterizasyonun daha etkin ve bilgili bir şekilde kullanımı da sezaryen oranlarını düşürecektir.

KAYNAKLAR

1. Cunningham G, MacDonald P, Gant FN, Leveno K, Gilstrap L, Hosking GPV, Clark SL: Williams Obstetrics 20th edition, *Appleton and Lange, Connecticut*, 509,1997.
2. Taffel SM, Placek PJ, Monien M, Kosary CL. 1989 US cesarean section rate steadies-VBAC rites to nearly one in five. *Birth* 18:73,1991.
3. National center for health statistics: 1993 summary: National hospital discharge survey, Advance data from *Cital and Health Statistics, Hyattsville, MD*, no:264, 1995.
4. Clark SC, Taffel SM. Cesarean rate decreasing. *Ob Gyn News* 31:10,1996.
5. Stembera Z.How can we prevent a farther increase in the rate of cesarean section in the *Czech Republic? Ceska Gynekol* 6:283,1995.
6. Notzon FC, Cnattingius S, Bergsjö P, Cole S, Tafel S, Irgens L, Daltveit AK. Cesarean section delivery in the 1980s: International comparison by indication. *Am J Obstet gynecol* 170:495,1994.
7. Cheng M, Hannah M. Breech delivery at term: A critical review of thi literature. *Obstet Gynecol* 82:605,1993.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists Practice Patterns: Vaginal delivery after previous cesarean birth. *No.1, August* 1995.
9. Nelson KB, Danbrosia JM, Ting TY, Grether JK. Uncertain value of electronic fetal nomitoring in predicting cerebral palys. *N Engl J Med* 334:613,1996.

Yazışma adresi

Dr. Aydın Çorakçı

Yahya Kaptan A/23 Daire 18

41100 İzmit

Tel: (0 262) 233 54 54/12

Fax: (0 262) 233 54 51