

Hastanemizdeki sezaryen hızı ve endikasyon dağılımları ışığında Türkiye’de sezaryen ile doğuma genel bakış

Overview to cesarean birth in Turkey in accordance with cesarean rate and indications in our hospital

Hüseyin Aksoy¹, Sezin Özyurt², Ülkü Aksoy³, Gökhan Açmaz², Özge İdem Karadağ⁴, Mustafa Alparslan Babayigit⁵

¹Kayseri Asker Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Kayseri

²Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Kayseri

³Kayseri Memorial Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Kayseri

⁴Kayseri Acıbadem Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Kayseri

⁵Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Halk Sağlığı ve Epidemiyoloji Kliniği, Ankara

Özet

Amaç: Üçüncü basamak kadın hastalıkları ve doğum kliniğimizde 2013 yılı içerisindeki toplam vajinal doğum ile sezaryen doğum sayılarını karşılaştırdık ve sezaryen doğumlarındaki endikasyon dağılımlarını, sezaryen saatleri ve tercih edilen anestezi şekillerini belirleyerek WHO standartlarının neresinde olduğumuzu bulmayı hedefledik.

Gereç ve yöntem: 2013 yılı içerisinde hastanemizde doğum yapmış 6765 hastadan sezaryenle doğum yapmış olan 2736 tane olgunun endikasyonları, uygulanan anestezi metodları ve operasyon saatleri retrospektif olarak tarandı.

Bulgular: Bir yıl içerisindeki 6765 doğum olgusunun 4029'u (%60) vajinal doğum, 2736'sı (%40) sezaryen doğum idi. Sezaryen endikasyonları içinde ilk sırada geçirilmiş uterin cerrahi (%46), 2. sırada fetal distress (%16), 3. sırada ise baş-pelvis uyumsuzluğu (%11) tespit edildi. Olguların %89'una spinal anestezi uygulanırken sadece %11'inde genel anestezi tercih edilmişti.

Sonuç: Hastanemiz üçüncü basamak referans bir hastane olmasına rağmen, sezaryen ile doğum oranlarımız (%40) Türkiye genelinin (%58,6) altındadır. Sezaryen endikasyonları içinde ilk sırada geçirilmiş uterin cerrahinin olması sezaryen oranlarını düşürmek için asıl çözümün primer sezaryen oranlarının düşürülmesi olduğunu bir kez daha gözler önüne sermiştir.

Anahtar Kelimeler: sezaryen, doğum, obstetrik, anestezi,

Türkçe kısa makale başlığı: Sezaryen ile doğuma genel bakış

Abstract

Objective: We compared the number of vaginal deliveries with cesarean section deliveries in 2013 in our tertiary care clinic and determined the rate of cesarean indications, lengths of operations, and anesthesia technique chosen for the cesarean deliveries to ascertain our fit within the WHO standards.

Methods: We retrospectively evaluated 2736 patients whose babies were delivered by cesarean section out of a total of 6765 births. The indications for cesarean section, lengths of operations, and anesthesia methods were recorded.

Results: Of the 6765 births, 4029 (60%) normal vaginal births and 2736 (40%) cesarean births occurred in the one-year period. The most common indication for cesarean delivery was previous uterine surgery (46%), followed by fetal distress (16%) and cephalo-pelvic disproportion (11%). Regional anesthesia was performed in 89% and general anesthesia was used in 11% of the cesarean births.

Conclusion: Although our hospital is a reference tertiary care clinic, our cesarean rate (40%) is lower than that in Turkey (58.6%). Most cesarean deliveries were indicated by previous uterine surgery, so a key way to reduce them is to decrease the number of primary cesarean deliveries.

Key words: cesarean section, obstetric labor, obstetric, anesthesia

İngilizce kısa makale başlığı: Overview to cesarean birth in Turkey

İletişim (Correspondence):

Uzm. Dr. Hüseyin Aksoy/ Kayseri Asker Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Kayseri

Tel: 035222504506/ E-mail: drhuseyinaksoy77@hotmail.com

Giriş

Sezaryen ameliyatı, vajinal yolla doğumun mümkün olmadığı veya vajinal doğumun anne ya da fetus için risk taşıdığı durumlarda karın ve uterus duvarındaki kesiler yoluyla fetüsün doğurtulması olarak tanımlanır (1). Son yıllarda vajinal doğumlara göre sıklığı tüm dünyada ve ülkemizde artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sezaryen oranının %15'den fazla olmamasını önermektedir (2). Sosyal Güvenlik Kurumu'nun 2011 Medula Sistemi verilerine göre, Türkiye'de 2012 yılındaki doğumların yüzde 47,43'ü normal, % 52,57'si sezaryen iken, 2013'ün ilk 6 ayındaki doğumların % 41,40'ı normal, % 58,60'i de sezaryen olarak gerçekleştirildi. Türkiye % 48'lik sezaryen oranıyla, en yüksek sezaryen oranına sahip Brezilya ve Çin'den sonra üçüncü sırada bulunmaktadır (3).

Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi'ne göre eğitim hastanelerindeki sezaryen oranının yüzde 20'yi, diğer doğum yapılan tüm hastanelerde ise yüzde 15'i geçmemesi beklenmektedir. Son yıllarda çoğul gebeliklerin, makat prezentasyonların, fetal makrozomilerin hemen hemen hepsinde doğum şekli sezaryen olarak seçilmekte, annenin normal doğumdan korkması ve hekimlerin malpraktis davalarından çekinmesi dolayısıyla primer sezaryen oranlarında ciddi bir artış gözlenmektedir (4). Ülkemizde de sezaryen ile ilgili sağlık politikaları geliştirilirken sezaryen uygulamalarının takibi ve kontrolünü yaparak endikasyonsuz yapılan sezaryen ameliyatlarını azaltarak bu oranı WHO standartlarında tutmak amaçlanmaktadır.

Biz bu çalışmamızda; üçüncü basamak kadın hastalıkları ve doğum kliniğimizde 2013 yılı içerisindeki toplam vajinal doğum ile sezaryen doğum sayılarını karşılaştırdık ve sezaryen doğumlarındaki endikasyon dağılımlarını, sezaryen saatleri ve tercih edilen anestezi şekillerini belirleyerek WHO standartlarının neresinde olduğumuzu bulmayı hedefledik.

Gereç ve yöntem

Çalışmamıza 2013 yılı içerisinde hastanemizde doğum yapan toplam 6765 hastadan sezaryen ile doğum yapmış 2736 hasta dahil edildi. Hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, sezaryen endikasyonları, uygulanan anestezi metodu, operasyonun gerçekleştiği saatler ve sezaryen

operasyonuna ek herhangi bir prosedürün uygulanıp uygulanmadığı kaydedildi. Çalışmanın tanımlayıcı istatistikleri sayı ve yüzde şeklinde ifade edilmiştir.

Bulgular

Ocak - Aralık 2013 tarihleri arasında hastanemizde toplam doğum sayısı 6765 idi. Bunlardan 4029'u (% 60) vajinal doğum, 2736'sı (% 40) sezaryen idi. Sezaryen ile doğum yapan hastaların ortalama yaşı 27,32±5,47 iken vücut kitle indeksi ortalaması 27,99±4,72 olarak bulunmuştur. Sezaryen hastaları parite açısından incelendiğinde, hastaların % 16,88'inin (462) nullipar, geriye kalan % 83,12'sinin (2274) ise multipar olduğu tespit edilmiştir.

Sezaryen endikasyonları içinde ilk sırada geçirilmiş uterin cerrahi (eski sezaryen, mükerrer sezaryen, myomektomi) (% 46), 2. sırada fetal distress (% 16), 3. sırada ise baş-pelvis uyumsuzluğu (% 11) tespit edildi. Sezaryen operasyonu yapılan hastaların endikasyonları mutlak ve rölatif olmak üzere sınıflandırılarak tablo 1' de hasta sayısı ve yüzde dağılımları şeklinde gösterilmiştir.

Tablo 1. Mutlak ve rölatif endikasyonlara göre hasta sayısı ve yüzde dağılımı

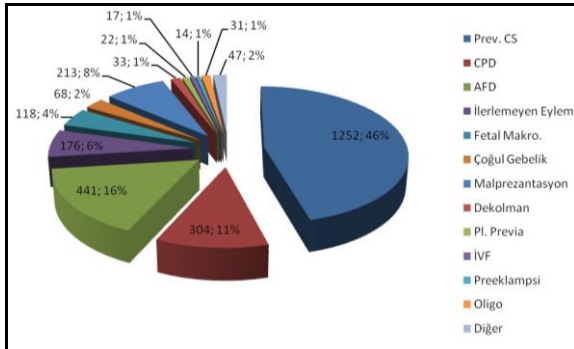
Mutlak Endikasyonlar	n	%
Baş-pelvis uyumsuzluğu	294	11
Fetal distress	448	16
İlerlemeyen doğum eylemi	176	6,4
Dekolman plasenta	33	1,2
Plasenta previa	22	0,8
Geçirilmiş myomektomi	5	0,18
Üçüz gebelik	2	0,07
Rölatif-Selektif Endikasyonlar		
Geçirilmiş sezaryen operasyonu	1252	46
Makat geliş	162	6
İri fetus	118	4,2
İkiz gebelik	68	2,4
Transvers duruş	51	2
Preeklampsi	14	0,55
IVF gebeliği	17	0,6
Vulvo-vajinal kondilom	6	0,2
Diğer	68	2,4
TOPLAM	2736	100

Eski C/S olup vajinal doğum yapan 2 olgu bulunmaktaydı. Bunlarda acil şartlarda tam açıklıkla gelen hastalardı. Makat prezentasyon olup normal doğuran sadece 3 hasta mevcuttu. Bunlarda tam açıklıkla gelen hastalardı. Tablo 2' de sezaryen ile doğum yapmış hastaların endikasyonlarına ve uygulanan anestezi metodlarına göre dağılımları, şekil 1'de de bu endikasyonların yüzde dağılımları gösterilmiştir.

Tablo 2. Sezaryen ile doğum vakalarının anestezi şekli ve endikasyonlarına göre dağılımı

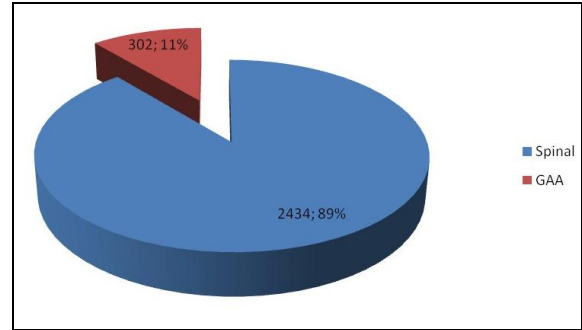
Endikasyon	Spinal		Genel Anestezi		Toplam	
	N	%**	N	%**	N	%*
Geçirilmiş uterin cerrahi	1159	92,5	93	7,5	1252	45,8
CPD	278	91,2	26	8,8	304	11,1
AFD	352	79,8	89	20,2	441	16,2
İlerlemeyen Eylem	152	86,3	24	13,7	176	6,4
Fetal Makrozomi	112	94,9	6	5,1	118	4,3
Çoğul Gebelik	61	89,7	7	10,3	68	2,5
Malprezantasyon	183	85,9	30	14,1	213	7,8
Dekolman	17	51,5	16	48,5	33	1,2
Pl. Previa	17	77,2	5	22,8	22	0,8
IVF	15	88,2	2	11,8	17	0,6
Preeklampsi	13	92,8	1	7,2	14	0,5
Oligo	30	96,7	1	3,3	31	1,1
Diğer	45	95,7	2	4,3	47	1,7
TOPLAM	2434	88,9	302	11,1	2736	100,0

Şekil 1. Toplam sezaryen ile doğum vakalarının endikasyonlarına göre dağılımı



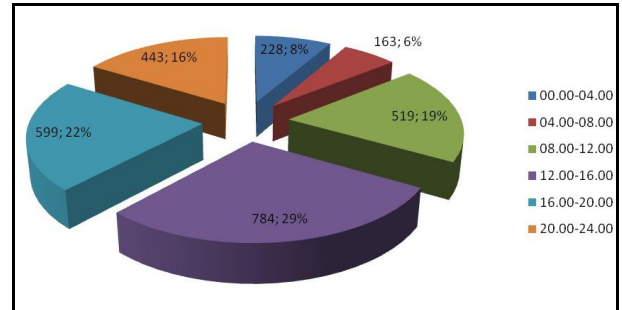
Sezaryen operasyonu sırasında toplam 135 hastaya (% 4,93) tüp ligasyonu yapılmış olup, 125 hastaya ise (% 4,56) sezaryen işlemine ek olarak adneksiyal kist eksizyonu yapılmıştır. Olguların % 89'una spinal anestezi uygulanırken sadece % 11'inde genel anestezi tercih edilmiştir (Şekil 2). Genel anestezi uygulanmış olan hastalardan % 4,6'sı spinal anestezi başarısızlığı nedeniyle genel anesteziye dönmüş vakalardan oluşmaktadır.

Şekil 2. Toplam sezaryen ile doğum vakalarının anestezi şekline göre yüzde dağılımı



Çalışmamızda ayrıca sezaryen yaptığımız saatlerin dağılımlarını incelediğimizde en çok saat 12:00 ile 16:00 arasında sezaryen operasyonu uygulandığı görülmektedir (Şekil 3). Sezaryen endikasyonlarımız içinde geçirilmiş uterin cerrahi (eski C/S, mükerrer C/S, myomektomi) % 6 ile ilk sırada olduğundan bu vakaların çoğuna planlanmış cerrahi uygulandığını ve antenatal takibin ne kadar önemli olduğunu bir kere daha görmüş olduk.

Şekil 3. Toplam sezaryen ile doğum vakalarının saatlere göre dağılımı



Tartışma

Sezaryen ameliyatı, vajinal yolla doğumun mümkün olmadığı veya vajinal doğumun anne ya da fetus için risk taşıdığı durumlarda karın ve uterus duvarındaki kesiler yoluyla fetüsün doğurtulması olarak tanımlanır (1). Reprodüktif çağıdaki kadınlara uygulanan en sık cerrahi operasyondur (5). Son yıllarda dünya çapında sezaryenle doğumda ciddi bir artış gözlenmektedir. Sezaryen doğumların artış nedenleri arasında; anne adaylarının kariyer kaygısı, ekonomik nedenlerle ilk gebelik yaşlarını ileri yaşlara kaydirmaları, anne adayının doğum korkusu, paritenin azalması, ultrasonografi ve fetal izlemin yaygın

olarak kullanılmasına bağlı fetal distres tanısının daha sık konulması, yardımcı üreme tekniklerinin yaygın kullanılması sonucu oluşan çoğul ve preterm gebeliklerin artması, sosyoekonomik seviyenin yükselmesi, hastanın kişisel istemi, sezaryen dışında ağrısız doğum olanaklarının yok denecek kadar az olması ve vajinal doğum sırasında oluşacak doğal komplikasyonlarda bile doğum hekiminin medikolegal sorunlarla karşılaşması gibi nedenler yer almaktadır (6). Bütün bu nedenlerin dışında en önemlisi geçirilmiş sezaryen olgularındaki artıştır. Bu durum, 1916'da Cragin tarafından ileri sürülen "Bir kez sezaryen, hep sezaryen" yaklaşımını doğrulamaktadır (7).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen sezaryen oranı % 10-15 olmasına rağmen 2010 yılında bu oran Amerika Birleşik Devletleri'nde % 32.3, Türkiye'de ise % 37.7 bulunmuştur (8). Ülkemizde yapılan çalışmalarda sezaryen hızlarının son yıllarda artarak % 40-50'ye kadar yükseldiği görülmektedir (9,10). Bizim çalışmamızda da bu oran % 40 bulunmuştur. Hastanemiz üçüncü basamak referans bir hastane olup, özellikle riskli gebelik nedeniyle sevk edilmiş hastalara hizmet vermektedir. Riskli gebeliklerin sayısı ile doğru orantı olarak sezaryen ile doğum oranlarımızın Türkiye genelinin üzerinde olması beklenirken; 2013 yılının ilk altı aylık verileri ile karşılaştırıldığında sezaryen ile doğum oranlarımız Türkiye genelinin altındadır.

En sık konulan sezaryen endikasyonları arasında geçirilmiş uterin cerrahi, fetal distres, sefalopelvik uyumsuzluk, çoğul gebelikler, non-verteks prezentasyon, plasenta previa, dekolman plasenta, ilerlemeyen doğum eylem ve iri fetus gelmektedir. Yaptığımız çalışmada da en sık görülen endikasyon eski C/S (% 34), fetal distress (% 16) ve mükerrer C/S (% 12), sefalopelvik uyumsuzluk (%11) gelmektedir. Bu haliyle en sık endikasyonu geçirilmiş uterin cerrahi (% 46) oluşturmaktadır. Ülkemizde de yapılan çalışmalarda, tekrarlayan sezaryen operasyonları sezaryen endikasyonları arasında ilk sırada olup % 30 düzeyindedir (11,12). Başta A.B.D olmak üzere tüm dünyada sezaryen oranlarını düşürmek için çalışmalar başlatılmıştır. Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneğinin 1999 kriterlerine göre daha önceden bir veya iki alt segment transvers

sezaryen geçiren hastalar; klinik açıdan uygun pelvise sahipse, fetüs 4000 gram'dan daha ağır değilse, başka bir uterin cerrahi ya da rüptür anamnezi vermiyorsa, hasta aktif eylem boyunca monitörize edilebilecekse ve acil durumlarda hasta sezaryene alınabilecekse, vajinal doğumun mümkün olabileceğini bildirmiş ve tavsiye etmiştir. Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği 1999 bülteninde klasik ve T-şeklindeki insizyonu olan hastalarda vajinal doğumun kontraendike olduğunu bildirmiştir (13). 2010 yılında yapılan bir meta-analizde, maternal ve neonatal morbidite oranları daha önce bir veya iki kez sezaryen olup vajinal doğum denenen hastalarla üçüncü kez sezaryen olanlarda benzer oranda bulunmuştur (14). Sezaryen endikasyonları mutlak ve rölatif diye sınıflandırıldığında aslında geçirilmiş sezaryen operasyonunun mutlak değil rölatif endikasyon olduğunu görmekteyiz (15,16). Çalışmamızda mutlak sezaryen endikasyonu ile opere edilen hastalar toplam hasta sayısının % 33'ünü oluşturmaktadır. Rölatif endikasyonla opere olan hastaların çoğunluğunun geçirilmiş sezaryen sebebiyle opere olan hastalar olduğunu görmekteyiz. Her ne kadar sezaryen sonrası normal doğum dünya çapında halen tartışılıp özendirilmeye çalışılsa da ülkemizde günümüz şartlarında gerek medikolegal problemler gerekse hastaların takiplerini düzenli yaptırmamaları ve çoğunlukla acil şartlarda doğuma gelmeleri sebebiyle sezaryen sonrası normal doğum seçeneği yetersiz kalmıştır.

Literatürde sezaryen endikasyonları içinde baş-pelvis uyumsuzluğu dikkat çekici oranda artış göstermektedir (17,18). Veriler incelendiğinde bu endikasyonların beklenenden fazla olduğu düşünülmektedir. Mehmet ve arkadaşlarının 2001-2005 yılları arasında yaptıkları ve 2006 yılında yayınlanan bir çalışmada baş pelvis uyumsuzluğu en sık görülen ikinci endikasyon olarak tespit edilmiştir (19). Çalışmamızda bu endikasyonla opere edilen hastaların oranı %11 idi ve en sık 3. endikasyonumuzu oluşturmaktaydı. Bu orandaki artışın en önemli sebepleri arasında doktorun dava edilme korkusu, zaman bulamaması ve hastanın normal doğum istememesi gibi sebepler sayılabilir.

Birçok yapılan çalışmada fetal distres nedeniyle yapılan sezaryen operasyonları genelde 2. ve 3. sırada yer almaktadır (20,21). Uteroplasental yetmezliğe bağlı nörolojik sekelleri önlemek amacıyla elektronik monitorizasyon yapılmasının, aralıklı yapılan kalp hızı oskültasyonuna bir üstünlüğü olmadığını saptanmasına rağmen, fetal distres endikasyonu ile sıklıkla sezaryen yapılmaktadır (22). Devane D ve ark. Tarafından yapılan kapsamlı bir Cochrane sistemik araştırmasında yaklaşık 13.000 37-42 haftalık gebe kadınların verileri incelenmiştir (23). Yazarlar, düşük riskli gebeliklerde sürekli elektronik fetal monitorizasyonun perinatal mortalite ve morbidite açısından ek bir fayda sağlamadığı sonucuna varmıştır. Ayrıca sürekli elektronik fetal monitorizasyonun sezaryen ile doğum oranının yaklaşık % 20 kadar arttırdığını rapor etmişlerdir.

Makat geliş de rölatif sezaryen endikasyonu olmasına rağmen sezaryen endikasyonları içinde oldukça sık görülmektedir. Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneğinin 2014'deki verilerine göre makat geliş dahil malprezentasyonların % 85 ve üzerinde sezaryen tercih edilmiştir (24). Çalışmamızda da makat prezentasyon olan olguların % 98'inde sezaryen tercih edilmişti. Sadece 3 makat geliş olgusu vajinal yoldan doğurtulmuştu ki bunlar da tam açıklıkla gelen ve sezaryen operasyonuna alınamayan hastalardı.

Primer sezaryen oranlarının artışına en büyük katkıyı günümüzde endikasyonsuz vakalar oluşturmaktadır. Gelişmiş batı ülkelerindeki artmış sezaryen hızlarının büyük kısmı anne isteğine bağlanmaktadır. Anne isteğine bağlı sezaryen oranları İngiltere'de % 6-8, ABD'de % 11,2, Brezilya'da ise % 80 oranındadır. Anne isteğine bağlı sezaryenlerin en önemli iki nedeni vajinal doğum ile ilgili yoğun korku ve planlı bir sezaryenin daha güvenilir olduğu inancıdır. Bir diğer neden de anne adaylarının pelvik taban hasarı, üriner inkontinans ve seksüel problem oluşma açısından vajinal doğumun daha riskli olduğunu düşünmeleridir (25). Avrupa'da birçok ülkede en sık sezaryen endikasyonu doğum korkusu ya da anne isteği olarak tanımlanan psikososyal endikasyondur (26). Mazzoni ve ark. yaptığı çalışmada kadınların % 16'sının sezaryen doğum

yönünde tercih belirttiği bildirilmiştir (27). Anne isteğine bağlı sezaryen ile planlı vajinal doğumun karşılaştırıldığı randomize kontrollü güçlü çalışmalar yoktur. Bu nedenle Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği 39. gebelik haftasından önce anne isteğine bağlı sezaryen yapılmaması gerektiğini komite görüşü olarak bildirmiştir (28). Türkiye'de bu konuda yapılmış kapsamlı bir çalışma mevcut değildir. Bu konuda çalışma yapılabilirse de verilerin güvenilirliği en önemli zorluk olacaktır. Çünkü anne isteğinin verilere endikasyon olarak kaydedilmesi çok mümkün görülmemektedir. Çalışmamızda normal doğum istemeyen ve endikasyon olarak "Normal doğum istememe-Anne korkusu" yazılarak sezaryen operasyonu ile doğurtulan sadece 7 hasta bulunmaktaydı. Kanımızca, bu sayının literatürdeki çalışmalarla uyumsuz olmasındaki temel neden baş-pelvis uyumsuzluğu, ilerlemeyen doğum eylemi, IVF gebeliği gibi endikasyonlarla opere edilen hastaların bir kısmının aslında normal doğum istemeyen hastalar olduğu yönündedir.

Sağlık Bakanlığı'nın 2012 yılı sağlık istatistiklerinde sezaryenle doğumların tüm doğumlar içerisindeki payının 2002'de % 21, 2009'da % 42,7, 2010'da % 45,5, 2011'de % 46,6 iken 2012'de %48'e yükseldiği bildirilmiştir. Türkiye'de sezaryen yapılan kurumlara göre sezaryen doğumlarının tüm doğumlardaki oranları incelendiğinde, 2012 yılında devlet hastanelerinde % 35,3, üniversite hastanelerinde % 62,6 ve son olarak özel hastanelerde ise bu oranın %66,2 olduğu belirtilmektedir (3). Sezaryen oranları incelenirken önemli verilerden birisi de primer sezaryen oranlarının tüm doğumlar içindeki payıdır. Sağlık Bakanlığı'nın 2012 yılı sağlık istatistiklerinde primer sezaryenle doğumların tüm doğumlar içerisindeki payının 2009'da % 27,2, 2010'da % 25,7, 2011'de % 24,8 iken 2012'de % 24,6 olduğu belirtilmiştir. Sezaryen yapılan kurumlara göre primer sezaryen oranları incelendiğinde, 2012 yılında primer sezaryen oranının devlet hastanelerinde % 15,4, üniversite hastanelerinde % 33,6 ve özel hastanelerde ise bu oranın % 37,3 olduğu bildirilmiştir (3). Ülkemizdeki sezaryen oranlarındaki bu yükseliş özellikle sağlık idarecilerini harekete geçirmiştir. Sağlık Bakanlığı sezaryen oranlarını düşürmeyi sağlık politikası olarak benimsemiş olsa da istenen

orana düşürülmesi günümüz ülke koşullarında mümkün görülmemektedir.

Uygulanan anestezi metoduna gelince yıllar içinde genel anestezinin yerini bölgesel anestezinin aldığını görmekteyiz. Genel anestezi uygulaması induksiyonun hızlı olması nedeniyle acil durumlarda cerrahinin daha çabuk başlatılabilmesi, hastanın uyanık olmaması nedeniyle ortamdaki etkilenmemesi, kas gevşetici kullanıldığından cerraha daha rahat çalışma ortamı sağlanması, hava yolu kontrolü nedeniyle ventilasyonun ve oksijenizasyonun ihtiyaca göre ayarlanabilmesi gibi avantajlara sahiptir. Buna karşın gebelikteki fizyolojik değişikliklere bağlı (memelerde büyüme, laringo-farengeal bölgelerde ödem gibi) entübasyon güçlüğüne diğer hasta gruplarına göre daha sık gözlenmesi, gastrik sıvı regürjitasyonu ve pulmoner aspirasyon riski, hızlı induksiyona bağlı hipotansiyon, intravenöz anesteziğin transplental geçişine bağlı yenidoğan Apgar skorlarında düşüklük, erken postoperatif dönemde hava yolu komplikasyonları, ağrı ve bulantı-kusma genel anestezinin dezavantajlarıdır. Bölgesel anestezinin en önemli avantajları; solunumun deprese olmaması, genel anestezi ilaçlarının yenidoğana geçişi gibi komplikasyonlara yol açmaması, erken ve geç postoperatif dönemde ağrının daha kolay kontrol altına alınmasına imkan vermesi, yeterli analjezi seviyesi oluşturulduğunda travmaya stres yanıtı önlenmesi, annenin bebeğini doğduktan hemen sonra görebilmesi ve kısa sürede emzirebilmesidir. Buna karşın bölgesel anestezinin en önemli dezavantajları; hastada lokal anestezi allerji ve toksisitesi gelişebilmesi, uygulamanın zaman alması, analjezi seviyesinin yetersiz kalabilmesi, kas gevşetici kullanılmadığı için zaman zaman cerraha çalışma zorluğu yaratabilmesi, yöntemle ilgili olarak baş ağrısı, sırt ağrısı, hipotansiyon gelişebilmesidir. Bu çalışmada 2736 hastanın % 89'una spinal anestezi uygulanmış olup sadece % 11'inde genel anestezi tercih edilmişti.

Sonuç olarak, son yıllarda tüm dünya ülkelerinde sezaryen oranlarındaki artış aşırıdır. Bu konunun çözümü için en önemli adım primer sezaryen oranlarını düşürmek olacaktır. Bu sebeple, ilerlemeyen eylem, fetal

distress, baş-pelvis uyumsuzluğu gibi endikasyonların daha objektif kriterlere oturtulması, tanı kriterlerinin yapılan çalışmalar ışığında güncellenmesi, doğumhanelerde ebelerin rolünün artırılması, makat prezentasyonlarda uygun vakalarda vajinal doğum denemesi ve operatif vajinal doğum oranının artırılması gibi önlemler uygulamaya konularak kadın doğum hekimleri için ortak bir yol gösterici rehber oluşturulması primer sezaryen oranlarını azaltabilir. Ayrıca anne adaylarının vajinal doğum ve sezaryenin avantajları ve dezavantajları konusunda bilgilendirilmeleri ve vajinal doğum açısından cesaretlendirilmeleri de anne isteğine bağlı sezaryen oranını azaltmada büyük rol oynayacaktır. Kadın doğum hekimlerinin dava açılma baskısı ve korkusu olmadan doğum sanatının inceliklerini uygulayabilecekleri özgür bir çalışma ortamının sağlanması ve malpraktis yasaının gözden geçirilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

- 1.Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ. Cesarean section and postpartum hysterectomy In: Williams Obstetrics. 21st ed. USA: 2001; 537-65.
- 2.World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 24; 2:436-7.
3. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara, 2013;54-8.
- 4.Robson M, Hartigan L, Murphy M. Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2013; 27:297-308.
- 5.Nagy S. Changing trends and indications for cesarean section in the last few decades. Orv Hetil 2014; 20;155:1140-6.
- 6.Dölen İ, Gökçü M. Sezaryen ve etik. Kadın Doğum Dergisi 2002; 1:86-9.
- 7.Dodd JM, Crowther CA, Hiller JE, et al. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. Cochrane Database Syst Rev. 2013; 10;12:CD004224.
- 8.Boyle A, Reddy UM. Epidemiology of cesarean delivery: the scope of the problem. Semin Perinatol 2012; 36:308-14.

9. Mayda AS, Acehan T, Altın S, ve ark. Bir üniversite hastanesinde yaptırılan doğumların incelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2006; 5:408-15.
10. Mutlu İ, Mutlu MF, Demir A, ve ark. Kliniğimiz 2009-2012 Yılları Arasında Saptanan Sezaryen Oranları: Sezaryen Oranlarındaki Artış Kaçınılmaz mı? Gazi Medical Journal 2013; 24:40-3.
11. Yumru E, Davas İ, Baksu B, ve ark. 1995-1999 yılları arasında sezaryen operasyonu endikasyonları ve oranları. Perinatoloji Dergisi 2000; 8:94-8.
12. Bayhan G, Yalınkaya A, Yayla M, ve ark. Kliniğimizde 1995-1999 Yılları arasında yapılan sezaryenlerin ve sezaryen esnasında yapılan diğer Operasyonların değerlendirilmesi. Medikal Network Klinik Bilimler ve Doktor Dergisi 2000; 6:249-51.
13. ACOG Committee on Practice Bulletins 1999: Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists: vaginal birth after previous Cesarean delivery. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists.
14. Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. BJOG 2010; 117:5-19.
15. Tita AT. When is primary cesarean appropriate: maternal and obstetrical indications. Semin Perinatol 2012; 36:324-7.
16. Barber EL, Lundsberg LS, Belanger K, et al. Indications contributing to the increasing cesarean delivery rate. Obstet Gynecol. 2011; 118:29-38.
17. Niino Y. The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. Biosci Trends 2011; 5:139-50.
18. Wu JM, Hundley AF, Visco AG. Elective primary cesarean delivery: attitudes of urogynecology and maternal-fetal medicine specialists. Obstet Gynecol 2005; 105:301-06.
19. Güney M, Uzun E, Oral B, et al. Cesarean section rates and indications at our clinic between 2001 and 2005. J Turk Soc Obstet Gynecol 2006; 3:249-54.
20. Özkaya O. Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğindeki 5 Yıllık Doğum Oranları ve Sezaryen Endikasyonları. S.D.Ü. Tıp Fak. Derg 2005; 12: 36-9.
21. Coşkun A, Köstü B, Ercan Ö, ve ark. Kahramanmaraş İl Merkezinde 2004 ve 2006 yıllarındaki doğumların karşılaştırılması. TJOD Dergisi 2007; 4:168-72.
22. Çağlayan EK, Kara M, Gürel YC. Kliniğimizde üç yıllık sezaryen oranı ve endikasyonları. Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi 2010; 27:50-3.
23. Devane D, Lalor JG, Daly S, et al. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. Cochrane Database Syst Rev. 2012; 15;2: CD005122.
24. American College of Obstetricians and Gynecologists (College); Society for Maternal-Fetal Medicine, Caughey AB, Cahill AG, Guise JM, Rouse DJ. Safe prevention of the primary cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2014; 210:179-93.
25. D'Souza R. Cesarean section on maternal request for non-medical reasons: putting the UK National Institute of Health and Clinical Excellence guidelines in perspective. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2013; 27:165-77.
26. Stjernholm YV, Petersson K, Eneroth E. Changed indications for cesarean sections. Acta Obstet Gynecol Scand 2010; 89:49-53.
27. Mazzoni A, Althabe F, Liu N, et al. Women's preference for cesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. BJOG 2011; 118:391-9.
28. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 394, December 2007. Cesarean delivery on maternal request. Obstet Gynecol 2007; 110: 1501.