

## ERCİYES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALINDA 1985-1996 YILLARINDAKİ SEZARYEN ORANLARI

The cesarean sections performed between 1985-1996 in the gynecology and obstetrics department of Erciyes University Medical Faculty

Ercan M Aygen<sup>1</sup>, Mustafa Başbuğ<sup>1</sup>

**Özet:** Bu çalışmada kliniğimizde geçmiş 12 yılda yapılan sezaryen ameliyatlarının tüm doğumlara oranını belirlemek, sezaryen ameliyatlarının endikasyonlarını saptamak, bu operasyon sırasında anne ve bebek mortalitesini saptamak amaçlandı. Ocak 1985 ve Haziran 1996 yılları arasında kliniğimizde gerçekleştirilen doğum oranları incelendi. Bu dönemde 11462 doğum olayı görülmüş, bunun 2003 (%17.5)'ü sezaryen ile gerçekleşmiştir. En fazla sezaryene alınan hastaların oranı %26.5 ile fetal distress endikasyonuna sahip olanlardı. Sezaryen ameliyatına bağlı olarak %0.7 anne mortalitesi saptanırken, 76 (%3.8) bebeğin doğum travmasına bağlı eks olduğu saptanmıştır. Sezaryen oranı son yıllarda azalmakla beraber dünya ortalamasına göre hala yüksektir.

**Anahtar Kelimeler:** Doğum, Sezaryen

**Summary:** The aim of this study was to determine the ratio of cesarean section to all births, the indications of cesarean operations and the maternal and newborn mortality rate of this operation during the last 12 years. Between January 1985 and June 1996 the births in our clinic were evaluated. During this period there were 11462 births and 2003 (17.5%) of them were performed with cesarean section. Fetal distress was the most frequent indication for cesarean section with the incidence of 26.5%. The maternal mortality rate was 0.7% and 76 (3.8%) newborns died due to the labour trauma related to the operation. The rate of cesarean section seems to decline in recent years but still is higher than the world's ratio.

**Key Word:** Cesarean section, Delivery

Sezaryen operasyonu 500 gr veya üzerinde ağırlığı olan bir fetusun uterus duvarında insizyon gerektiren abdominal cerrahiyle doğurtulmasına verilen isimdir (1). Sezaryen operasyonu ile annenin kurtulması ve ölmekte olan anneden doğan bebeğin yaşatılması amacı günümüzde değişmiştir. Çabalar yaşam tehlikesinde olan fetusu kurtarmaya yönelmiştir (2). Sezaryen oranının yüksek olması tüm dünyada önemli bir problemdir. Bunun en büyük sebeplerinden biri rutin olarak uygulanan elektif, tekrarlayan sezaryen ameliyatlardır (3,4). Dünyada sezaryen operasyonlarının giderek fazlalaşması ve sadece Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1980'li yılların başında bir yıl içinde yapı-

lan sezaryen sayısının 850000'e ulaşması dikkatleri bu konuya çekmiştir. Güven sınırları içinde, doğal yolla doğum yaptırılmasına yönelik çabalar artmıştır (1, 5). Sezaryen doğumu, maternal veya fetal riskleri olmayan tehlikesiz bir operasyon değildir. Kabul edilen maternal mortalite 4-8/10000 dir (1,6). Sezaryen sırasında ve sonrasında sezaryene bağlı ölüm riski vajinal doğum yapanlara göre 26 kat daha fazladır. Fetal etkiler açısından sezaryen operasyonu güç bir vajinal doğuma göre avantajlıdır. Ancak sezaryen oranının artmasının toplumda mental performansı arttırdığı veya nörolojik kusurlu çocuk insidansı azalttığına ilişkin kesin bulgu yoktur (6).

Bu çalışmada son 12 yıl içerisinde kliniğimizde yapılan sezaryen operasyon oranlarını, yapılış endikasyonlarını ve bunlara bağlı gelişen anne ve bebek mortalitesini saptamayı amaçladık.

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi 38039 KAYSERİ  
Kadın Hastalıkları ve Doğum, Y.Doç.Dr.!

Geliş tarihi: 13 Ağustos 1996

## MATERYAL VE METOD

1 Ocak 1985 ve 1 Haziran 1996 tarihleri arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim dalında 20. gebelik haftasının ve/veya 500 gr'ın üzerinde doğum yapan hastaların doğum şekilleri karşılaştırıldı.

Geçen 12 yıl içerisinde vajinal yolla veya sezaryen operasyonu ile doğum yapan hastaların sayıları ve toplam doğum sayısı içerisindeki sezaryen doğumlarının oranı saptandı. Ayrıca sezaryen operasyonu geçiren hastaların yıllara ve endikasyonlara göre sınıflaması yapıldı.

Sezaryen operasyonu sırasında veya postoperatif dönemde operasyon ve anestezi komplikasyonuna bağlı maternal mortalite sayıları, doğum travması nedeniyle olan fetal mortalite sayıları incelendi. Sonuçlar literatür ile karşılaştırıldı.

## BULGULAR

Geçen 12 yıl içerisinde kliniğimizde 11462 doğum olmuştur. Bunların 2003 (%17.5)'ü sezaryen operasyonu ile gerçekleştirilmiştir (Tablo I). Sezaryen oranlarının yıllara göre dağılımı incelendiğinde en fazla sezaryen operasyonunun 1995 (313) yılında yapıldığı gözlemlendi. En fazla görülen ilk beş sezaryen endikasyonu değerlendirildiğinde ilk sırayı 530 (%26.5) ile fetal distress endikasyonunun aldığı, bunu ise 526 (%26.3) ile eski sezaryen endikasyonu nedeniyle yapılan sezaryen operasyonunun takip ettiğini görmekteyiz. Erken membran rüptürü+ ilerlemeyen eylem endikasyonu ile yapılan sezaryen oranı %13.5 bulundu. Bu sırayı %9.2 ile baş pelvis uygunsuzluğu ve %8.4 ile primipar makat geliş endikasyonları izliyordu (Tablo II).

Sezaryen olgularından 15 (%0.7) annenin operasyon veya anestezi komplikasyonuna ve 76 (%3.8) bebeğin doğum travmasına bağlı öldüğü görülmektedir (Tablo III). Bebek ve anne ölümlerinin yıllara göre dağılımı incelendiğinde son yıllarda oransal olarak düşme olduğu dikkati çekmektedir (Tablo III).

Tablo I. Yıllara göre sezaryen oranları

Yıllar	Vajinal doğum	Sezaryen operasyonu	Sezaryen oranı (%)
1985	737	66	8.9
1986	843	82	9.7
1987	772	84	10.9
1988	836	86	10.3
1989	957	155	16.2
1990	930	175	18.8
1991	891	217	24.3
1992	1060	232	21.9
1993	1095	214	19.5
1994	1188	245	20.6
1995	1460	313	21.43
1996	693	134	19.3
Toplam	11462	2003	17.5

Tablo III. Sezaryen operasyonu yapılan olgularda anne ve fetal ölüm sayılarının yıllara göre dağılımı

Yıl	Sezaryen sayısı	Fetal ölüm ölüm sayısı (%)	Anne ölüm sayısı (%)
1985	66	5 (%7.6)	1 (%1.5)
1986	82	7 (%8.5)	2 (%2.4)
1987	84	6 (% 7.3)	1 (%1.2)
1988	86	7 (%8.1)	0(%0)
1989	155	10 (%6.4)	2 (%1.3)
1990	175	9 (%6.1)	2 (%1.1)
1991	217	8 (%3.7)	2 (%0.9)
1992	232	6 (%2.6)	1 (%0.4)
1993	214	5 (%2.3)	2 (%0.9)
1994	245	5 (%2.0)	1 (%0.4)
1995	313	6 (%1.9)	0(%0)
1996	134	2 (%1.5)	1 (%0.7)
Toplam	2003	76(%3.8)	15(%0.7)

**Tablo II.** Endikasyonlara göre sezaryen sayılarının yıllara dağılımı

Yıllar	Sezaryen operasyonu	Fetal distress	Eski sezaryen	Erken membran rüptürü+ ilerlemeyen eylem	Baş pelvis uyumsuzluğu	Primipar makat geliş	Diğer*
1985	66	15 (%22.7)	22 (%33.3)	7 (%10.6)	6 (%9.1)	6 (%9.1)	10 (%15.1)
1986	82	24 (%29.3)	24 (%29.3)	7 (%8.53)	3 (%3.6)	2 (%2.4)	22 (%26.9)
1987	84	24 (%28.6)	15 (%17.8)	20 (%23.80)	3 (%3.6)	5 (%5.9)	17 (%20.2)
1988	86	26 (30.2)	18 (%20.9)	17 (%19.8)	3 (%3.5)	3 (%3.5)	19 (%22.1)
1989	155	56 (%36.1)	28 (%18.1)	39 (%25.2)	9 (%5.9)	11 (%7.1)	12 (%7.7)
1990	175	42 (%24.0)	25 (%14.3)	24 (% 13.7)	22 (%12.5)	21 (%12.0)	41 (%23.4)
1991	217	48 (%22.1)	56 (%25.8)	41 (%18.9)	23 (%10.6)	13 (%6.0)	36 (%16.6)
1992	232	58 (%25.0)	58 (%25.0)	31 (%13.4)	28 (%12.1)	18 (%7.7)	39 (%16.8)
1993	214	53 (%24.8)	54 (%25.2)	23 (%10.4)	18 (%8.4)	28 (%13.1)	38 (%17.7)
1994	245	37 (:15.1)	75 (%30.6)	21 (%8.6)	28 (%11.4)	30 (%12.2)	51 (%20.8)
1995	313	99 (%31.6)	104 (%33.2)	30 (%9.6)	32 (%10.2)	19 (%6.1)	29 (%9.3)
1996	134	48 (%35.8)	47 (%35.1)	11 (%8.2)	10 (%7.5)	10 (%7.5)	8 (%6.0)
Toplam	2003	530(26.5)	526(%26.3)	271(%13.5)	185(%9.2)	169(%8.4)	
	322(%16.1)						

\* *Plasenta previa, çoğul gebelik, transvers duruş, kordon prezentasyonu, defleksiyon gelişleri*

## TARTIŞMA

Uzun yıllardan beri uygulanan bir operasyon türü olan sezaryen operasyonunda 1970'li yıllardan sonra artmalar görülmüştür (2, 5, 7). Kliniğimizde geçtiğimiz 12 yıllık süreç içerisinde 11462 doğumun 2003 ( % 17.5 )'ü sezaryen ile gerçekleşmiştir. Bu oran literatürde bildirilen bazı oranlardan yüksek, bazılarında düşüktür (2, 3, 5, 6). Sezaryen oranlarımızın genel olarak dünya standardının üzerinde olması sezaryen endikasyonunu geniş tuttuğumuzu göstermektedir (2,7). Göçmen ve ark (2) %24.9'luk sezaryen oranı bildirmiş ve 2214 sezaryen olgusu içinde 422 (%19.1) sayı ile en fazla orana sahip endikasyonun baş-pelvis uyumsuzluğu olduğunu söylemişlerdir. Bizim verilerimiz incelendiğinde ise sözü edilen endikasyonun ilk üç endikasyon arasına bile giremediği ve fetal distres endikasyonunun 530 (%26.5) ile en yüksek orana sahip olduğu görülmektedir. Bu endikasyonu 526 (%26.3) ile eski sezaryen nedeniyle ile yapılan sezaryen operasyonu izlemektedir. İkinci sıklıkta rastladığımız eski sezaryen endikasyonu ile yapılan sezaryen oranında son beş yılda belirgin artış söz konusudur. Bu artış daha önce çeşitli nedenlerle sezaryen yapılan olguların obstetrik endikasyonu olmadığı halde tekrar sezaryen yapılmasına bağlanmıştır. Saptanan bu artış, söz konusu endikasyon ile yapılan operasyonlarda girişim sebebini tekrar gözden geçirmemiz gerektiğini düşündürmektedir. Tüm endikasyonlarımızın %8.4'ünü oluşturan primipar makat geliş endikasyonu doğruluğu ve kullanılabilirliği şüpheli bir endikasyondur. Çünkü vajinal doğumda fetal hasarın, ölümün, kord prolapsusunun daha çok olduğunu gösteren çalışmalar yoktur, ayrıca multipar kadınlarda fetus kabaca bir önceki fetustan daha iri olmaktadır. Bu da bir sonraki doğumun daha rahat olabileceği görüşünü çürütmektedir Bu veriler makat gelişe sahip primigravid kadınlarda rutin sezaryen uygulanmasını reddettirmektedir. Bunun yanı sıra obstetrik bir endikasyon olmaksızın saf makat gelişlerde sezaryen doğumunu tercih etmek te anne mortalite ve morbiditesini ve aynı zamanda sezaryen oranını artıran yersiz bir girişimdir(1). Ayrıca bu endikasyonlarla sezaryen yapılan hastaların daha sonra hep sezaryen yapıldığı da düşünülecek olursa ülke ekonomisine ve toplumsal iş gücü kaybına olumsuz etkiler görülecektir. ABD ve Avrupa'da sezaryen

yenin devlete ve topluma maliyeti üzerine ayrıntılı hesaplar yapılmakta ve sezaryen oranını aşağılara çekmek için gayret sarfedilmekteyken, maliyet hesabının daha çok yapılması gereken ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde ise bu hesap yapılmamaktadır.

Gilstrap ve ark (8) 1960'larda % 4-5 olan sezaryen oranın 1980'li yılların başında % 15'lere kadar çıktığını belirtmişlerdir. Rutkow ve ark. (5) 1986 yılında yaptıkları incelemede 1983 yılında ABD'de en yaygın obstetrik ve jinekolojik operasyonun sezaryen olduğunu belirtmişlerdir ( tüm jinekolojik operasyonların %18.8'i). Bu oranlar söz konusu ülkeler için yüksek rakamlar kabul edilmiş, oranları aşağı çekebilmek için çeşitli çözümler geliştirilmeye çalışılmıştır. En çok üzerinde durulan konu, sezaryen sonrası vajinal doğum olayı olmuş, bu konuda ayrıntılı çalışmalar yapılmıştır (3, 4, 9).

Sonuçlarımız incelendiğinde son yıllarda hastanemizde gerçekleştirilen sezaryen oranlarındaki artışın düşme eğilimine girdiğini gözlenmektedir. Ancak bu oranın hala fazla olduğu söylenebilir. Bu fazlalık kliniğimizin referans hastanesi olması yüzünden civar illerden de riskli olguların baş vurması veya sevk edilmesine bağlanabilir. Bin dokuzyüz doksanlı yıllarda kordon sarkması, dekolman, uterus rüptürü gibi endikasyonlarla yapılan sezaryen oranlarında yoremizin sağlık standardının yükselmesi sonucu, eylemdeki hastanın daha yakından izlenmesine bağlı olarak düşme izlenmektedir. Bu düşme ülkemizin diğer yöreleriyle paralellik göstermektedir(2).

İntrapartum anne ve fetal kayıp önemli bir obstetrik problemdir. Anne ve bebek ölüm oranlarımız Göçmen ve ark (2)'nin bildirdikleri %1.0 anne ölümlü ve %4.7 bebek ölüm oranına göre düşüktür, fakat ABD ortalamasının bir hayli üzerindedir ( bebek ölüm oranı 1980'li yılların başında %0 14.6) (8, 10). Güney doğu bölgesine göre anne ve bebek ölüm oranlarımızın düşük olması bu bölgeye göre yoremizin sağlık sorununun daha az olmasına bağlanmaktadır. Bulgularımız incelendiğinde anne ve fetal ölüm sayılarında da yıllara göre düşme söz konusudur.

Kliniğimizde %17.5 olan sezaryen oranı yüksek bir

orandır. Kullandığımız fetal monitörizasyonun sezaryen oranına katkıda bulunduğu bir gerçektir. Fetal monitorizasyonun yüksek oranda görülen yalancı pozitifliği nedeniyle sezaryen oranını artırdığı belirtilmektedir (11). Ancak fetal monitorizasyonun tüm dünyada yaygın olarak kullanıldığı düşünülecek olursa yüksek sezaryen oranımızı bir tek bu nedenle açıklamamız oldukça güçtür. Sezaryen oranı yüksekliğimiz sezaryen endikasyonlarını geniş tutmaktan kaynaklanmaktadır. Anne ve fetal mortaliteyi arttırmadan sezaryen oranını aşağı çekmenin kliniğimizin olduğu kadar ülkemizin de problemi olduğunu düşünüyoruz.

Anne ve fetal sağlığa zarar vermeden sezaryen oranındaki azalmayı gerçekleştirmek için daha önce sezaryen olan hastada obstetrik kontrendikasyon olmadıkça sezaryen sonrası vajinal doğum olayının tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de gündeme gelmesi gerekmektedir. Yıllar önce ABD'de sezaryen sonrası vajinal doğum ile ilgili yapılan çalışmalarla sezaryen sonrası gerçekleştirilen vajinal doğumun güvenli bir girişim olduğu görüşünde fikir birliğine varılmıştır(3, 4, 9). Ayrıca primipar makat geliş nedeniyle yapılan veya saf makat gelişlerde rutin uygulanan sezaryen operasyonunun kullanımdan uzaklaştırılmasının sezaryen oranında azalmaya katkısı olacağını düşünüyoruz.

## KAYNAKLAR

1. Scott JR. Cesarean delivery. In: Scott JR, Disaina PJ, Hammond CB, Spellacy WN (eds), *Danforth's Obstetrics and Gynecology*. JB Lippincott Company, Philadelphia 1994, pp 563-576.
2. Göçmen A, Gül T, Toy E, Erden AC. Kliniğimizde 1983-1994 yılları arasında yapılan sezaryenlerin değerlendirilmesi. *M N Klinik Bilimler* 1996; 2 : 1-3.
3. Rosen MG, Dickinson JC, Westhoff CL. Vaginal birth after cesarean. A meta-analysis of morbidity and mortality. *Obstet Gynecol* 1991; 77:465-470.
4. Raynor BD. The experience with vaginal birth after cesarean delivery in a small rural community practice. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168 :60-62
5. Rutkow IM. Obstetrics and gynecologic operations in the United States, 1979 to 1984. *Obstet Gynecol* 1986; 67: 755-759.
6. Ralph WH. Operative delivery. In: DeCherney AH, Pernoll ML (eds), *Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment*. Lange Medical Book, Lebanon 1994, pp543-573
7. Grimes DA. Declinig surgical case-load of the obstetrician- gynecologist. *Obstet Gynecol* 1986; 67: 760-762.
8. Gistrap LC, Hauth JC, Toussint S. Cesarean section: Changing incidence and indications. *Obstet Gynecol* 1984; 63:205-208.
9. Stafford RS. The impact of nonclinical factors on repeat cesarean section. *JAMA* 1991;265:59-63.
10. Lilford RJ, Groot HAVC, Moore PJ, Bingham P. The relative risk of caeserean section (intrapartum and elective ) and vaginal delivery: a detailed analysis to exclude the effect of medical disorders and other acute pre-existing physiological disturbance. *Br J Obstet Gynecol* 1990; 97: 883-892.
11. Sokol RJ, Jones T, Pernoll ML. Methods of pregnancy assesment for pregnancy at risk. In: DeCherney AH, Pernoll ML (eds), *Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment*. Lange Medical Book, Lebanon 1994, pp 275-305.