

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2008 Yılı Sezaryen Doğumların Değerlendirilmesi

Hakan HACISALİHOĞLU (1), M. Aytaç YÜKSEL (1), Fehmi ÜNAL (1), Remzi ABALI (2), İlkbal TEMEL (1), Haluk B. BACANAKGİL (1), A. Birtan BORAN (1)

ÖZET

Bu çalışma, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde sezaryen doğum oranını tespit etmek, bu oranın Sağlık Bakanlığı tarafından konulan hedefin neresinde olduğunu saptamak, sezaryen endikasyonlarını, komplikasyonlarını, maternal morbidite ve perinatal mortaliteyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmaya 01.01.2008 ile 31.12.2008 tarihleri arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinikleri'nde sezaryen operasyonu olan 593 olgu alındı. Olgular hakkındaki bilgilere hastane arşivindeki hasta dosyalarından ve bilgisayar kayıtlarından retrospektif olarak erişildi. 2008 yılı sezaryen oranımız %37,9 idi. Primer sezaryen oranımız ise %20,7 idi. Bu oranlarımızın nispeten yüksek olmasının sebebi hastanemizin eğitim veren referans bir merkez olmasıdır. Endikasyonlar içerisinde ilk sırada %44,2 ile geçirilmiş sezaryen gelmekteydi. Sezaryen ile doğum yapan gebelerin yaş ortalaması 28,25 idi ve %14,5'i 35 yaş ve üzerindediydi. Ortalama hastanede kalış süresi 3,36 gün idi. Sezaryen operasyonu sırasında %16,5 bilateral tüp ligasyonu da yapıldı. 20 olguda (%3,4) değişik komplikasyonlar gözlemlendi. 30 olguya (%5,1) kan transfüzyonu yapıldı. Maternal mortalite görülmedi. Bebek mortalitesi %0,17 idi. Sezaryen endikasyonu koyarken sağlık otoritelerinin belirlediği endikasyonlara riayet edilmelidir. Sezaryen operasyonunun erken ve geç komplikasyonları olan ciddi bir cerrahi girişim olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sezaryen doğum, Sezaryen endikasyonları, Sezaryen oranı

SUMMARY

Cesarean Section Deliveries in Istanbul Education and Research Hospital at Year 2008.

The purpose of this study was to determine cesarean delivery rates, cesarean section indications, postoperative complications, maternal morbidity and perinatal mortality at Istanbul Education and Research Hospital, and to compare these rates with the goals of Ministry of Health. 593 cases were evaluated retrospectively who underwent cesarean section between 01.01.2008 and 31.12.2008.

2008 cesarean section rate was 37,9%. Our primary cesarean section rate was 20,7%. These rates were relatively high due to our hospital's being a training reference center. Previous cesarean was the leading cesarean indication with the rate of 44,2%. The average age was 28,25. 14,5% of the patients were 35 years old or above. The mean hospitalization time was 3,36 days. 16,5% of the patients were undergone bilateral tubal ligation. Various complications were seen in 3,4% of the patients. 5,1% of the patients needed blood transfusion. There was no maternal mortality. Perinatal mortality rate was 0,17%. Considering cesarean delivery, which has short and long term complications as a major surgery, guidelines of the health authorities should be obeyed definitely.

Key Words: Cesarean delivery, Cesarean indications, Cesarean rate.

GİRİŞ

Sezaryen doğum, fetüsün karın duvarındaki ve uterus duvarındaki kesiler yoluyla doğumu olarak tanımlanır (1). Sezaryen ameliyatı, vaginal yolla doğumun mümkün olmadığı ve ya vaginal doğumun anne ya da fetüs için risk taşıdığı durumlarda uygulanan alternatif bir doğum yöntemidir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sezaryen oranının %15'den fazla olmamasını önermektedir (2). Ülkemizde de sezaryen ile ilgili sağlık politikaları geliştirilirken sezaryen uygulama-

larının takibi ve kontrolünü yaparak sezaryen oranını WHO standartlarında tutmak amaçlanmaktadır. Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi'ne göre eğitim hastanelerindeki sezaryen oranının %20'yi, diğer doğum yapılan tüm hastanelerde ise %15'i geçmemesi gerekiyor (3).

Sezaryen oranlarındaki artışın sebepleri arasında gebelik yaşının ilerlemesi, parite sayısının azalması, görüntüleme tekniklerinin gelişmesi, elektronik fetal monitörün yaygınlaşması, yardımcı üreme tekniklerinin yaygın kullanımı ve sosyal nedenler gibi faktörler yer almaktadır. Sezaryen ameliyatlarında maternal mortalite ve morbidite ile perinatal morbidite riskinin arttığı bilinmektedir (4).

1 S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
2 Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi

Günümüzde anestezi, kullanılan ilaç ve malzemeler, cerrahi ve postoperatif bakımdaki gelişmeler sezaryenlere bağlı mortalite ve morbiditeleri azaltmış olmakla birlikte halen enfeksiyon, kanama, transfüzyon ihtiyacı, tromboembolik riskler, hastanede daha uzun kalma, iyileşmenin daha geç olması, daha çok ağrı çekilmesi gibi riskler devam etmektedir (5). Ayrıca sonraki gebeliklerde plasenta dekolmanı, plasenta previa, plasenta accreta gibi geç dönem komplikasyonlara yol açabileceği gösterilmiştir. Bu sebeplerle sezaryen operasyonu, sadece bebeğin sağlığı dikkate alınarak yapılan rutin bir cerrahi girişim olmamalıdır, aynı zamanda operasyonun annenin sağlığı yönünden kısa ve uzun dönemde çeşitli riskler taşıyan bir girişim olduğu göz önünde tutulmalıdır (6).

Çalışmanın amacı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleşen tüm doğumlarda sezaryen oranını tespit etmek, bu oranın Sağlık Bakanlığı tarafından konulan hedefin neresinde olduğunu saptamak, sezaryen endikasyonlarını, komplikasyonlarını, anne ve bebek mortalite ve morbiditesini incelemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmaya 01.01.2008 ile 31.12.2008 tarihleri arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinikleri'nde sezaryen operasyonu olan 593 olgu alındı. Olgular hakkındaki bilgilere hastane arşivindeki hasta dosyalarından ve bilgisayar kayıtlarından retrospektif olarak erişildi. 2008 yılı doğum kayıt defterinden toplam yapılan normal vaginal doğum sayısı bulundu. Olguların dosya kayıtlarından annelerin yaşı, gravidası, paritesi, hastanede kalış süresi, sezaryen endikasyonu, operasyon öncesi ve sonrası hematokrit değerleri, tüp ligasyonu yapıp yapılmadığı, komplikasyon olup olmadığı, kan transfüzyonu yapıp yapılmadığı, bebeklerin cinsiyeti, doğum ağırlığı, boyu, baş çevresi, 1.dakika ve 5. dakika Apgar skorları bulundu. 593 sezaryen operasyonu sonucunda, 5 olguda ikiz gebelik olması sebebiyle toplam doğan bebek sayısı 598 idi.

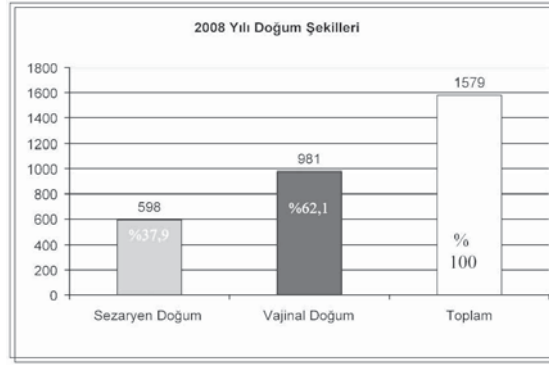
Sezaryen ile doğum yapan gebeler primer sezaryen grubu ve sekonder sezaryen grubu olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Daha önce, bir veya daha fazla sezaryen operasyonu geçirenler ya da myomektomi gibi uterin cerrahi geçirenler sekonder sezaryen grubuna, ilk kez sezaryen operasyonu geçirenler ise primer sezaryen grubuna dahil edildi.

Bu çalışmada istatistiksel analizler NCSS 2007 paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı

istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi, nitel verilerin karşılaştırmalarında Ki-Kare testi, grupların tekrarlayan ölçümlerinde eşlendirilmiş t testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

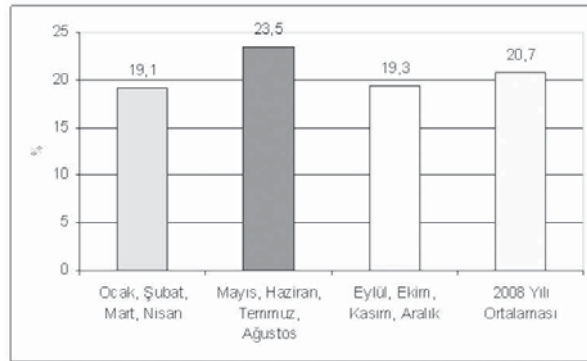
BULGULAR

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2008 yılı içerisinde toplam 1579 doğum gerçekleşti. Bu doğumların 598'i sezaryen doğum, 981'i vajinal doğum olup sezaryen oranı %37,9'dur (Grafik 1).



Grafik 1: 2008 Yılı Doğum Şekilleri ve Hızları

Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi verimlilik göstergelerinden biri olan sezaryen oranı yılda 3 kez 4'er aylık dönemler şeklinde hesaplanmaktadır ve primer sezaryen oranları dikkate alınmaktadır (3). Birinci dönemdeki primer sezaryen oranımız %19,1 ve ikinci dönemdeki primer sezaryen oranımız %23,5 olarak hesaplandı. Yönergenin yürürlüğe konulduğu dönem olan 2008 yılı üçüncü dönem primer sezaryen oranımız ise %19,3 olarak hesaplandı (Grafik 2).



Grafik 2: Primer Sezaryen Oranları

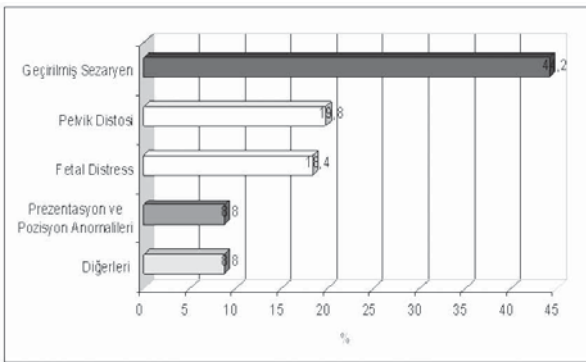
Tablo 1: Sezaryen Doğum Yapan Annelerin Özellikleri

	N	Min.	Max.	Ort.	SS
Hastanede Yatış Süresi (gün)	593	1	14	3,36	1,40
Anne Yaşı	593	15	47	28,25	5,52
Gravida	593	1	9	2,46	1,51
Parite	593	0	8	1,00	1,10
Preop. Hematokrit (%)	593	25,1	46,8	34,76	3,36
Postop. Hematokrit (%)	593	20,1	42,3	31,09	3,69

Sezaryen operasyonu geçiren gebelerin operasyon öncesi (preop) hematokrit değerlerinin ortalaması $34,76 \pm 3,36$ operasyon sonrası (postop) hematokrit değerlerinin ortalaması ise $31,09 \pm 3,69$ olarak hesaplandı. 45 gebenin (%7,6) preop hematokrit değeri %30'un altındaydı. Sezaryen ile doğum yapan annelerin ortalama hastanede yatış süresi $3,36 \pm 1,40$ gün olarak hesaplandı (Tablo 1).

Vakaların yarısına yakınında endikasyon önceki sezaryen öyküsüydü. Toplam 264 gebeye (%44,2) eski ve mükerrer sezaryen endikasyonları ile bir kez daha cerrahi girişim gerçekleştirildi. 202 gebe daha önce 1 defa, 55 gebe 2 defa, 7 gebe ise 3 defa sezaryen operasyonu geçirmişti. İkinci sıklıktaki endikasyonumuz ise 110 vaka (%18,4) ile fetal distress idi. Üçüncü sırada 67 vaka (%11,2) ile sefalopelvik uyumsuzluk, dördüncü sırada ise 53 vaka (%8,8) ile prezentasyon ve pozisyon anomalileri yer aldı (Grafik 3).

Prezentasyon ve pozisyon anomalilerinde en sık makat geliş sebebi ile sezaryen operasyonu gerçekleştirildi. Toplam 39 makat geliş endikasyonu vardı. Bunların 26'sı primigravid makat geliş idi. Ayrıca 2 vaka ayak geliş, 3 vaka yüz geliş, 1 vaka alın geliş, 7 vaka transvers duruş ve 1 vaka yüksekte düz duruş endikasyonu ile sezaryene alındı.



Grafik 3: Sezaryen Endikasyonlarımızın Dağılımı

Geçirilmiş uterin cerrahi endikasyonu olan 8 vaka (%1,3) vardı. Bunların 7'si myomektomi, geriye kalan biri ise uterus septus operasyonu geçirmişti.

14 gebede (%2,3) sezaryen endikasyonumuz annenin diğer hastalıkları idi. Bunlar arasında 8 vaka ile ilk sırada kalça ve vertebra problemleri gibi ortopedik hastalıklar yer alıyordu.

Her altı vakanın birine sezaryen operasyonu sırasında sterilizasyon yapıldığı bulundu. Sezaryen operasyonu gerçekleştirilen 593 gebenin 98'inde (%16,5) operasyon sırasında bilateral tüp ligasyonu (BTL) yapıldı.

Sezaryen operasyonu olan 593 gebenin 20'sinde (%3,4) değişik komplikasyonlar görüldü (Tablo 2). Ayrıca 30 vakaya (%5,1) operasyon öncesinde veya sonrasında değişik miktarlarda kan transfüzyonu yapıldı. 5 vakaya 1 ünite, 20 vakaya 2 ünite, 4 vakaya 4 ünite ve 1 vakaya 6 ünite eritrosit süspansiyonu transfüzyonu yapıldı. Maternal mortalite görülmedi.

Tablo 2: Komplikasyonlar ve Oranları

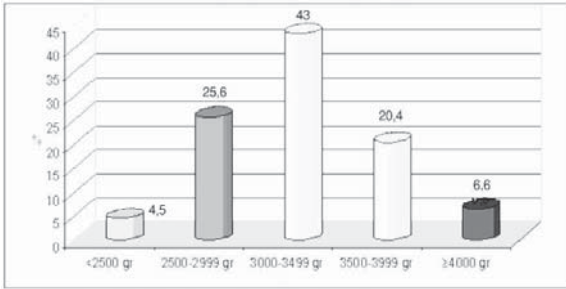
Komplikasyon	N	%
Yara Yeri Enfeksiyonu	5	0,8
Post-op Solunum Sıkıntısı	3	0,5
Endometrit	2	0,3
Tromboflebit	2	0,3
Subileus	2	0,3
Mesane Yaralanması	2	0,3
Collum Laserasyonu	1	0,2
Atelektazik Pnömoni	1	0,2
Diğer	2	0,3
TOPLAM	20	3,4

Sezaryen ile doğan bebeklerin 308'i (%51,5) kız, 290'ı (%48,5) erkek idi. Bebeklerin doğum ağırlığı ortalaması 3228 ± 495 gram, boy ortalaması $50,2 \pm 2,2$ cm, baş çevresi ortalaması ise $35,2 \pm 1,5$ cm idi. Ortalama 1. dakika Apgar skoru $8,3 \pm 1,27$ olarak hesaplandı. Bebeklerin %87,5'inin 1. dakika Apgar skoru 8 ve üzerindeydi. Ortalama 5. dakika Apgar skoru ise $9,4 \pm 1,19$ olarak hesaplandı ve bebeklerin %97,2'sinin 5. dakika Apgar skoru 8 ve üzerindeydi (Tablo 3).

Tablo 3: Bebeklerin Özellikleri

	N	Min.	Max.	Ort.	SS
Doğum Ağırlığı	598	800	4900	3228,01	495,68
Boy	598	34	58	50,23	2,22
Baş Çevresi	598	24	40	35,26	1,54
1.dk Apgar Skoru	598	0	10	8,37	1,27
5.dk Apgar Skoru	598	0	10	9,43	1,19

Sezaryen ile doğan bebeklerin %89'unun doğum ağırlığı 2500–3999 gram aralığındaydı. 2500 gram altında 27 bebek (%4,5) ve 4000 gram ve üzerinde 39 bebek (%6,5) vardı (Grafik 4).



Grafik 4: Bebeklerin doğum ağırlıklarına göre dağılımı

4 vakada hastaneye başvuru anında fetüsler cansız olmasına rağmen sezaryen operasyonu gerçekleştirildi. Bunlardan biri ikiz eşi, diğeri mükerrer sezaryen, bir diğeri plasenta dekolmanı ve sonucusu eski sezaryen ve uterus rüptürü vakaları idi. Fetal distress endikasyonu ile acil sezaryene alınan 1 vakada bebek kurtarılmadı. 2 bebek sezaryen doğumdan hemen sonra ileri düzey yenidoğan yoğun bakım ünitesi olan merkezlere sevk edildi.

Tablo 4: Primer ve Sekonder Sezaryen Gruplarının Karşılaştırılması

		Sekonder Sezaryen	Primer Sezaryen	t	p
ANNENİN	Yatış Günü	3,18 ± 1,38	3,5 ± 1,4	-2,83	0,005
	Yaşı	29,39 ± 5,03	27,28 ± 5,74	4,72	0,0001
	Gravida	2,94 ± 1,25	2,05 ± 1,59	7,52	0,0001
	Parite	1,44 ± 0,85	0,62 ± 1,15	9,68	0,0001
BEBEĞİN	Doğum Ağırlığı	3169,49±411,24	3276,84±552,32	-2,65	0,008
	Boy	49,98 ± 1,99	50,44 ± 2,38	-2,55	0,011
	Baş Çevresi	35,21 ± 1,47	35,29 ± 1,6	-0,68	0,494
	1.Dk Apgar Skoru	8,44 ± 1,09	8,3 ± 1,4	1,38	0,167
	5.Dk Apgar Skoru	9,49 ± 1,07	9,39 ± 1,28	1,09	0,278

TARTIŞMA

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniklerinde 2008 yılı sezaryen oranı %37,87 olarak bulundu. Sezaryen oranı yıllara, ülkelere ve hatta hastanelere göre değişebilmektedir.

Primer elektif sezaryenler hastanın isteği ile bütün sezaryenlerin %4-18'inde yapılmaktadır. Hastalar sezaryeni çoğunlukla tokofobi ya da doğum korkusu sebebiyle tercih etmektedirler. Kadın-Doğum uzmanlarının üçte ikisi de hastanın isteği üzerine sezaryen yapmaya istekli bulunmuştur (7).

Sezaryen oranlarındaki artışın başlıca sebepleri eski sezaryen, baş pelvis uyumsuzluğu, fetal distress, ilerlemeyen travay ve makat gelişi gibi endikasyon gruplarının genişlemesidir. Sezaryen endikasyonlarının geniş tutulması ve daha serbest davranılması da tekrarlayan sezaryen oranlarını artırmaktadır (8). Ülkemizde yapılan çalışmalarda tekrarlayan sezaryen oranları sezaryen endikasyonları arasında ilk sırada olup %30 ile %53 arasındadır (9-11). Hastanemizde de tekrarlayan sezaryen oranı %44,2 bulundu.

Sezaryen endikasyonlarının artmasının yanında sezaryen ile doğumun güvenli olduğu düşüncesi, perinatal mortalitenin daha az olduğu inancı, doğuma bağlı pelvik relaksasyonun önlenmesi, obstetrisyenin doğum zamanlaması ve doğum süresini belirleyebilmesi, hasta istemi, fetal monitorizasyon ve ultrasonografideki gelişmeler gibi sebepler de sezaryen oranlarındaki hızlı yükselişte etkili görülmüştür (12).

Literatürde en sık sezaryen endikasyonu geçirilmiş sezaryen olup, bunu pelvik distosi, fetal distress ve makat prezentasyonu takip etmektedir (13). Hastanemizde de %44,2 ile ilk sırada geçirilmiş sezaryen (eski + mükerrer sezaryen) yer alırken, %19,8 ile ikinci sırada pelvik distosi (sefalopelvik uyumsuzluk + iri bebek + ilerlemeyen travay), %18,4 ile üçüncü sırada fetal distress ve %8,8 ile dördüncü sırada da prezentasyon ve pozisyon anomalileri yer alarak literatürle uyumluydu.

Çalışmamızda fetal distress endikasyonu ile sezaryen operasyonu gerçekleştirilen vaka oranımız %18,4 idi. Bu oran Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde %21,6 (11) ve %21,9 (66), Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde %8,8 (10), Isparta'da 5 yılın ortalamasında %22,6 (11) olarak belirtilmiştir. Leveno'nun yaptığı bir çalışmada 36 ay boyunca 34995 kadın incelenmiş ve intrapartum fetal monitorizasyon yapılmıştır. Her gebeye monitorizasyon ile selektif monitö-

zasyona göre daha fazla sezaryen kararı verilmiş ancak perinatal sonuçlarda bir fark görülmemiştir (düşük Apgar, yardımcı solunuma ihtiyaç, yoğun bakım ihtiyacı, neonatal konvülsiyon gibi). Özellikle düşük riskli gebeliklerde sürekli elektronik fetal monitorizasyon yapılmasının gereksiz olduğu sonucuna varılmıştır(14).

Endikasyonlarımızın %8,8'ini prezentasyon ve pozisyon anomalileri oluşturmaktaydı. Bunların 4'te 3'ü (%6,5) makat geliş idi. Makat gelişlerin de 3'te 2'si (%4,35) primigravid makat gelişlerdi. Papp'ın yaptığı bir çalışmada, saf makat gelişlerinde bebek 2500 – 3000 gram arasında, normal eylem ilerlemesi mevcut, fetal hipoksi belirtisi yok ve anne ağırlığı 90 kilogramın altında ise vajinal doğum tercih edilebilir denmektedir (15).

Çalışmamızda sezaryen ile doğan bebeklerin %48,5'inin erkek, %51,5'inin ise kız olduğu saptanmıştır. Primer sezaryen grubumuzda ise erkek bebek oranımız %53,1'dir. Erkek bebek Lieberman'ın çalışmasında ise %58,8 olduğu belirtilmiştir. Lieberman'ın çalışmasında sezaryen oranı erkeklerde %13, kızlarda %9,6 bulunmuş, erkek cinsiyetin sezaryen için öngörülen bir risk olmadığı fakat erkeklerde 3 kat fazla fetal distress görüldüğü saptanmıştır (16).

Sezaryen ile doğum yapan annelerin ortalama hastanede yatış süresi 80 saat idi. Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) ve Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği (ACOG) tarafından herhangi bir komplikasyonun olmadığı durumlarda kadının vajinal doğumdan sonra 48 saat, sezaryen doğumdan sonra 96 saat içinde taburcu edilmesi "postpartum erken taburculuk" olarak tanımlanmaktadır (17,18). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise anne ve yenidoğanın hastane enfeksiyonlardan korunabilmesi için en erken dönemde taburcu edilmeleri gerektiğini bildirmiştir (19).

Sezaryen operasyonu geçiren gebelerin operasyon öncesi (preop) hematokrit değerlerinin ortalaması 34,76 operasyon sonrası (postop) hematokrit değerlerinin ortalaması ise 31,09 idi. Preoperatif ve postoperatif hematokrit değerleri sırası ile Kara'nın çalışmasında 32,3 ve 29,6 idi (10) ve çalışmamızla benzerdi.

Sezaryen operasyonu sırasında %16,5 bilateral tüp ligasyonu (BTL) da yapıldı. Kaya'nın çalışmasında bu oran %28 idi (20). Sekonder sezaryen grubumuzda BTL oranı %23,5 iken, ilk kez sezaryen olan primer sezaryen grubumuzda bu oran %10,4 idi. Elektif sterilizasyon isteği, sezaryen için bir endikasyon teşkil etmez. Çünkü postpartum tüp ligasyonunun

morbiditesi daha azdır (1).

Sezaryen operasyonu geçiren gebelerin %3,4'ünde değişik komplikasyonlar görüldü. Yara yeri enfeksiyonu %0,8 ile ilk sırada gelen komplikasyonumuz idi. %0,5 postoperatif solunum sıkıntısı, %0,3 endometrit, %0,3 tromboflebit, %0,3 mesane yaralanması, %0,2 collum laserasyonu, %0,2 atelektazik pnömoni görüldü. Ehrenkranz'ın çalışmasında 1863 düşük riskli sezaryen hastasının %1,4'ünde endometrit, %1,1'inde yara enfeksiyonu bulunmuştur (21). Enfeksiyon oranı antibiyotik profilaksisi verilenlerde %0,9 iken verilmeyenlerde %3,7 tespit edilmiştir. Suudi Arabistan'da 2002'de yapılan bir çalışmada yara enfeksiyonu sıklığı %4,5 bulunmuştur. Yirmi yaşından önce gebelik, operasyonun 1,5 saatten uzun sürmesi ve diabetes mellitus risk faktörleri arasında gösterilmiştir (22). 2003'te yapılan bir çalışmada vücut kitle indeksi 35'ten büyük 239 primer sezaryenli hastada yara komplikasyonu %12 bulunmuştur. Vertikal deri insizyonunun, obezitenin ve endometritin bu komplikasyonu artırdığı, preoperatif yüksek hematokritin koruyucu olduğu saptanmıştır (23).

Haas 2002'de operatif laserasyon oranını %0,74 olarak açıklamıştı (24). Bizde bu oran %0,5 idi. 1988–2000 yılları arası 308755 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada %0,19 oranında transfüzyonla ilgili komplikasyon görülmüştür (25). Bizim çalışmamızda transfüzyon reaksiyonu görülmedi. Koroukian'ın yaptığı çalışmada puerperal enfeksiyon, tromboembolik olay, anestezi komplikasyonu ve yara enfeksiyonunun sezaryende daha fazla, obstetrik travmanın ise vajinal doğumda daha fazla olduğu bulunmuştur (26). Takoudes pregestasyonel diabetlilerde sezaryen sonrası yara komplikasyonunda 2,5 kat artış tespit etmiştir (27).

Primer ve sekonder sezaryen gruplarının karşılaştırılmasında beklenildiği gibi anne yaşı, gravide, parite ve tüp ligasyonu oranı sekonder sezaryen grubunda daha yüksek idi. Hastanede kalış süresi ise primer sezaryen grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha uzun idi. Sekonder sezaryen grubundaki gebeler genellikle elektif şartlarda sezaryene alındıkları için planlanan operasyon günü hastaneye yatmaktadırlar. İlk kez sezaryen olan primer sezaryen grubundaki gebelere normal doğum şansı tanınmakta ve eylem takibi yapılmaktadır. Dolayısı ile operasyon öncesinde de bir süre hastanede yatmış buldukları için hastanede kalış süresi daha uzun olmaktadır.

Primer sezaryen grubunda bebek doğum ağırlığı ile boy ortalamalarının ve ≥ 4000 gram üstü bebek oranının daha yük-

sek olmasının sebebi iri bebek endikasyonu ile sezaryene alınanların primer sezaryen grubunda yer almasıdır.

Primer sezaryen grubunda postoperatif hematokrit değerlerinin daha düşük olmasının sebebi bu gruptaki gebelerin bir kısmına oksitosin ile indüksiyon yapılması olabilir. İntrapartum oksitosin kullanımında kan kaybının arttığı belirtilmektedir (28).

Sezaryen ile doğum vaginal doğuma göre maternal mortaliteyi dört kat arttırmaktadır. Ayrıca operasyonun hemoraji, sepsis, pulmoner embolizm, endometrit, pnömoni ve transfüzyon komplikasyonları gibi erken ve sonraki gebeliklerde plasenta dekolmanı, plasenta previa, plasenta accreta gibi geç dönem komplikasyonlara yol açabileceği gösterilmiştir (6,29).

Sonuç olarak; sezaryen operasyonu, sadece bebeğin sağlığı dikkate alınarak yapılan rutin bir cerrahi girişim olmamalıdır, aynı zamanda operasyonun annenin sağlığı yönünden kısa ve uzun dönemde çeşitli riskler taşıyan bir girişim olduğu göz önünde tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

- Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ:** Cesarean section and postpartum hysterectomy In: Williams Obstetrics. 21st Ed 2001 p: 537-65.
- World Health Organization.** Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 436-7.
- T.C. Sağlık Bakanlığı** Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi, <http://www.performans.saglik.gov.tr/index.php?pid=46&mNewsDetail=43>
- Finkler MD, Wirtschafter DD.** Why pay extra for cesarean section deliveries? Inquiry 1993; 30: 208-15.
- T.C. Sağlık Bakanlığı** Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Doğum Eylemi Yönetim Rehberi, <http://www.saglik.gov.tr/ACSAB/BelgeGoster.aspx>
- Zelop C.** The downside of cesarean delivery: short- and long- term complications. Clin Obstet Gynecol. 2004; 47: 386- 93.
- Wax JR, Cartin A, Pinette MG, Blackstone J:** Patient choice cesarean: An evidence-based review. Obstet Gynecol Survey 2004 59 (8): 601-5.
- Lidegaard O, Jensen LM, Weber T.** Technology use, cesarean section rates, and perinatal mortality at Danish maternity. Acta Obstet Gynecol Scand 1994; 73: 240-5.
- Yumru E, Davas I, Baksu B, Altıntaş A, Altın A ve ark:** 1995–1999 yılları arasında sezaryen operasyonu endikasyonları ve oranları. Perinatoloji Dergisi 2000 8 (3): 94-8.
- Kara F Ş.** Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde iki Yıllık sürede sezaryen doğumların değerlendirilmesi, S.B. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2004.
- Güney M, Uzun E, Oral B ve ark.** Kliniğimizde 2001-2005 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi; 2006; 3;4: 249-54.
- Dölen İ, Özdeğirmenci Ö.** Optimal sezaryen hızı ne olmalıdır? Türkiye'de ve dünyada güncel nedir? TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi; 2004; 7: 113-7.
- Mutryn CS.** Psychosocial impact of cesarean section on the family: a literature review. Soc Sci Med 1999; 37: 1271- 81.
- Leveno KJ, Cunningham FG:** A prospective comparison of selective and universal electronic fetal monitoring in 34995 pregnancies. N Eng J Med 1986 4: 315 (10) :615-9.
- Papp Z:** Breech deliveries and cesarean section. J Perinatal Medicine 2003 31 (5): 415-9.
- Lieberman E, Lang JM, Cohen AP:** The association of fetal sex with the rate of cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1997 176: 667-71.
- American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists.** Postpartum and Follow-up care. In: Guidelines for Perinatal Care, 4th ed. Washington. DC: American College of Obstetricians and Gynecologists, 1997, p. 147-82.
- American Academy of Pediatrics, American College of Obstetrics and Gynecologists.** Postpartum and Follow-Up Care. In: Guidelines for Perinatal Care, 3rd ed. Washington DC: American College of Obstetricians and Gynecologists, 1992, p. 91-116.
- World Health Organization, Postpartum Care Of The Mother and Newborn: A Practical Guide, WHO / RHT / MSM, 98/3, 1998.**
- Mayda AS, Acehan T, Altın S, Arıcan M, Uzunoğlu**

- MY.** Bir üniversite hastanesinde yaptırılan doğumların incelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2006 May; 5: 408-15.
- 21. Ehrenkranz NJ, Blackwelder WC:** Infections complicating low risk cesarean section in community hospitals: efficacy of antimicrobial prophylaxis. Am J Obstet Gynecol 1990; 162: 337-41
- 22. Habip FA:** Incidence of post cesarean wound infection in a tertiary hospital Riyadh, Saudi Arabia. Saudi Med J 2002 23 (9): 1059-63.
- 23. Wall PD, Deucy EE:** Vertical skin incisions and wound complications in the obese parturient. Obstet Gynecol 2003 102 (5): 952-6.
- 24. Haas DM, Ayres AW:** Laceration injury at cesarean section. J Matern Fetal Neonatal Med 2002 11 (3): 196-8.
- 25. Wen SW, Rusen ID:** Comparison of maternal mortality and morbidity between trial of labor and elective cesarean section among women with previous cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2004 191 (4): 1263-9
- 26. Koroukian SM:** Relative risk of postpartum complications in the Ohio population: vaginal versus cesarean delivery. Med Care Res Rev 2004 61 (2): 203-24.
- 27. Takoudes TC, Weitzen S:** Risk of cesarean wound complications in diabetic gestations. Am J Obstet Gynecol 2004 191 (3): 958-63.
- 28. Petitti, D.R.** Maternal mortality and morbidity in cesarean section. Clinical Obstetrics and Gynecology 1985; 28: 763-69.
- 29. Vangen S.** Cesarean section among immigrants in Norway. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79: 553-8.
-