

İsteğe bağlı sezaryen: Hak mı, haksızlık mı?

Prof. Dr. Fahri Ovalı



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. 1985 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'ni bitirdi. 1996'da doçent, 2003'te profesör oldu. 2003-2005 yıllarında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yaptı. 2005 yılından beri Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Klinik Şef olarak yürüttüğü görevine başhekim olarak devam etmektedir. 9 kitapta editörlük yapan Dr. Ovalı'nın ulusal ve uluslararası dergilerde yayımlanmış 200'den fazla makalesi mevcuttur.

Dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de sezaryenle doğum oranlarının giderek artması, birçok tartışmayı beraberinde getirmiştir. Sezaryen oranları, ABD'de % 36, İngiltere'de ise % 29'lar civarındadır. Ülkemizde bazı bölgelerde ve bazı hastanelerde % 45'lere kadar uzanmaktadır. Bebeğin "normal dışı" yollarla dünyaya getirilişi, yüzyıllardan beri uygulanan bir yöntem olmasına rağmen, hala daha "normal doğumun" alternatifi olan "anormal" bir doğum şekli olarak kabul edilmektedir. Annenin veya bebeğin hayatının riske girdiği durumlarda sezaryenin yapılması gerektiği hatta yapılmadığı zaman suçlu duruma düşüleceği genellikle kabul görür. Mahkemelerce adli tıpa yansıtılan yüzlerce dosyada, sakat kalan, spastik olarak hayata devam eden veya ölen çocuklarda ne için zamanında sezaryen yapılmadığı ve normal doğum gerçekleştirildiği sorulmakta, sağlık personeli suçlanmakta ve astronomik tazminatlar istenmektedir. Hangi endikasyonlarda, ne zaman sezaryen yapılacağı konusu, kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarını ilgilendirmesine rağmen, bu konu toplumsal, politik ve mağazinsel bir boyut da kazanmıştır. Başka bir tıbbi müdahalenin bu kadar yaygın bir popülerlik kazanması çok olağan değildir. Örneğin benzer bir tartışma, kolon kanserlerinin laparoskopik mi yoksa açık cerrahi ile mi yapılmasının daha uygun olduğu konusunda yapılmamaktadır. Şeker hastalığının tedavisinde hangi ilacın daha uygun olduğu konusunda siyasilerden herhangi bir mesaj gelmemektedir. Bu yönde yapılan propagandalar o kadar etkili olmaktadır ki bazen tıbbi

endikasyon nedeniyle sezaryen gerektiği durumlarda bile anne veya aile sezaryeni kabul etmemekte ve normal vajinal doğum için ısrarcı olmaktadır. Böyle bir durumda asfiktik bir çocuk doğduğu ve ilerde spastik olduğu takdirde veya annenin rahmi zarar gördüğü ve annenin hayatı tehlikeye girdiği zaman sorumlusu kim olacaktır/olmalıdır?

Sezaryen, birkaç nedenle yapılmaktadır:

Acil: Anne veya fetüsün yaşamını tehdit eden durum varlığında

Çabuk: Anne veya fetüsün yaşamını acilen tehdit etmeyen bozulmalarda

Planlı: Anne veya fetüsün yaşamını tehdit etmeyen bozulmalarda, erken doğum gerektiğinde

Elektif: Tıbbi olarak endikasyonu olan ancak anne veya doktorun programına göre zamanlaması belirlenen durumlarda

Perimortem: Annenin aktif resüsitasyonunun yapıldığı durumlarda anne veya fetüsü kurmak için,

Postmortem: Anne öldükten sonra, fetüsü kurtarmak için.

İlk doğumun sezaryenle veya daha sonraki doğumların sezaryenle gerçekleştirilmesi de (mükerrer sezaryenler) elektif sezaryenler kapsamında yer alır. Herhangi bir nedenle, ilk kez sezaryen yapıldıktan sonra, diğer doğumların da sezaryen ile yapılması hemen hemen genel bir uygulamadır. Sezaryenle doğumdan sonra normal doğumun yaptırılması teorik olarak mümkün olmakla beraber, pratikte çok fazla uygulanan bir yöntem değildir, ancak nadiren yapılmaktadır. İlk sezaryenden sonra vajinal doğum 1985'lerde % 5 iken

1996'da % 30'lara yaklaşmış, risklerin öne çıkması ile birlikte 2004' te tekrar % 9,2'ye düşmüştür. Buna paralel olarak mükerrer sezaryen oranı % 91'lere çıkmıştır. İlk kez yapılan sezaryenlerin ise bir kısmı, tıbbi endikasyonlar ile yapılırken, bir kısmı da annenin veya hekimin isteği ile yapılabilmektedir. Endikasyon dışı sezaryeni etkileyen faktörler arasında hekimin yönlendirmesi, doğum "korkusu" ve annenin isteği yer almaktadır. Elektif sezaryenin, doğum yöntemlerindeki ilerlemelerin son noktası olduğu, temiz, hızlı ve kolay olduğu ve bebek için daha güvenli olduğu yönünde oluşmuş bazı kanaatler bulunmaktadır. Son yıllarda sezaryen oranlarında görülen artışın en önemli nedeninin bu tip, isteği bağlı sezaryenler nedeniyle gerçekleştiğine inanılmaktadır. Kadınların giderek daha geç yaşlarda çocuk sahibi olmaları da burada bir etken olarak öne çıkmaktadır. ABD'de yapılan bir araştırmada, kadın doğum hekimlerinin % 50'sinin annenin sezaryen hakkı olduğuna inandığı ortaya çıkmıştır. Ancak gerek yurtdışında, gerekse ülkemizde bu şekilde annenin isteğine bağlı sezaryen oranının ne olduğu tam olarak bilinmemektedir. Zira özellikle geri ödeme kurumlarının, isteğe bağlı sezaryen ücretlerini ödememesinden dolayı, birçok olguda sezaryenin tıbbi nedenlerle yapıldığı kaydedilmektedir. Yani burada yasaya karşı bir hile söz konusudur. Öncelikle, bu şekilde isteğe bağlı sezaryenlerin hangi oranlarda yapıldığına dair ciddi bir epidemiyolojik çalışmanın yapılmasına ihtiyaç vardır. Sıklığı belli olmayan bir müdahalenin hangi oranlarda düşürüleceğine nasıl karar verilecektir? 1990'lı yıllarda yapılan bir çalışmada, isteğe bağlı sezaryenlerin tüm olguların ancak % 4'ü olduğu öne

sürülmüştür. Ancak gerek sağlık personeli, gerekse anneler bu konuda açık sözlü olmadıkları için gerçek rakamlara ulaşmanın zor olduğunu da kabul etmek gerekir. Birçok tıbbi kayıta, "anne isteği" diye bir kavram bulunmadığı için, bu tip sezaryenleri "endike olmayan sezaryen" olarak tanımlamak daha doğrudur. Tüm sezaryenler göz önüne alındığında, 1996-2003 yılları arasında ABD'de tüm yaş gruplarında, tüm ırklarda, tüm gebelik haftalarında ve eğitimi ne olursa olsun tüm kadınlar arasında sezaryen oranlarının arttığı gözlenmiştir. Bu artışta, doktorların etkisinin ne olduğu konusunda net bir bilgi yoktur. Normal doğumun saatler süren bir süreç olmasına karşılık, sezaryen doğumun birkaç saatlik bir zaman diliminde yer alması, bazı doktorların bu yöntemi tercih etmesinde ve gebeleri yönlendirmesinde bir etmen olabilir. Burada, medikolegal açıdan defansif tıp uygulamalarının öncelenmesi önemli bir neden olarak öne çıkmakta, tahmin edildiğinin aksine maddi kaygılar daha az rol oynamaktadır. Brezilya'da yapılan çalışmada, primipar annelerin % 80'i doğumdan bir ay öncesine kadar normal doğum düşünürken % 50'si sonuçta sezaryen olmuştur. Burada annenin isteğinin tek başına önemli olmadığı ve annelerin doktoruyla birlikte karar verdikleri görülmüştür. Ayrıca son ana kadar normal doğumun beklendiği ve istendiği bazı durumlarda umulmadık gelişmelerin ortaya çıkması sezaryeni zorunlu hale getirebilmektedir.

Sezaryenin en önemli istenmeyen etkileri olarak, maternal mortalitenin artması, cerrahi komplikasyonlar ve sezaryen ile en fazla 4 doğumun yaptırılabilmesi öne sürülür. Cerrahi komplikasyonlar ve maternal mortalitenin artması ile ilgili çalışmaların büyük bir kısmı 1980'li yıllarda, cerrahi tekniklerin nispeten gelişmemiş olduğu yıllara aittir. Bildirilen mortaliteler, elektif ve acil sezaryen ayrımı yapılmaksızın tüm sezaryenleri kapsamaktadır. İlişkilendirilen mortaliteler ise, sezaryenin kendisinden çok daha önce var olan ve sezaryen yapılmasına neden olan hastalıklar ile ilgili olabilir. Primer elektif sezaryenin maternal mortalitesini hesaplamakta, vajinal doğum kararının olası komplikasyonları ile karşılaştırma yapılmalıdır. Çünkü acil sezaryende mortalite riski daha fazladır ve elektif sezaryen ile bu mortalitenin daha azaltılabilmesi mümkündür. Annelerdeki total morbidite oranları planlı vajinal doğumlarda % 8-23 arasında iken, planlı sezaryenlerde % 12-28 arasında değişmektedir. Yara enfeksiyonları ve puerperal ateş vajinal doğumlarda daha sık görülürken erken postpartum kanama sezaryenlerde daha sıktır. Transfüzyon ihtiyacı, hematoma boşaltılması ihtiyacı ve intraoperatif travma ise her iki durumda da benzer sıklıkta ortaya çıkmaktadır.



Doğumun "normal" yoldan gerçekleşmesi, komplikasyon ve sekel olmayacağı anlamını taşımaz. Normal doğumlar sonrasında pelvik taban rahatsızlıkları, inkontinanslar, yırtılmalar görülebilir ve uzun dönemde kadınların sağlığını olumsuz etkileyebilir. Çoğu kez üriner inkontinans bildirilmez ve "normal" olarak kabul edilebilir. Postpartum 3. ayda üriner inkontinans oranı sezaryen sonrasında % 16 iken, vajinal doğumlar sonrasında % 30'dur. 1. yılda stres inkontinans oranı sezaryenlerde 10,6 iken, vajinal doğumlarda % 23,1'dir. Orta ve ağır üriner inkontinans, sezaryenle doğuranlarda 2,2 kat daha azdır. Sezaryen olanlarda ileride pelvik taban cerrahisi geçirme oranı 6 kat daha azdır. Bu nedenle, elektif sezaryenler ile normal doğumları karşılaştırırken ve hangisinin daha "iyi" olduğuna karar verirken, uzun dönemdeki uterus rüptürü ve plasental bozukluklar gibi riskleri ve komplikasyonları da karşılaştırmakta fayda vardır.

Annelerin neden sezaryen istediği hakkında yeterli bilgi ve rapor olmadığı gibi artan sezaryen oranlarının annenin isteğiyle olduğuna dair de yeterli kanıt yoktur. Esas sorun, hastaların seçiminin etik yönü değil, elektif sezaryenin fayda ve zararları hakkında yeterli kanıt bulunmamasıdır. Yine de isteğe bağlı sezaryeni tercih eden kadınlara, hem normal doğumun hem de sezaryenle doğumun hem anneye, hem de bebeğe olası riskleri ve faydaları hakkında yeterli aydınlatıcı bilgi verilmeli ve tercihlerini buna göre yapmaları sağlanmalıdır. Bu arada, annenin de otonomisi ve tercih hakkına sahip olduğu unutulmamalı ve verdiği kararlara saygı duyulmalıdır. Ancak bu durum, tıbbın temel ilkesi olan "önce zararlı olma" ilkesini ihlal etmemelidir. O zaman, baştaki soruyu tekrar sormakta fayda vardır: İsteğe bağlı sezaryen hak midir yoksa anne ve/veya bebeğe haksızlık mıdır?

Kaynaklar

- Bettes BA, Coleman VH, Zinberg S, Spong CY, Portnoy B, DeVoto E, Schulkin J. Cesarean delivery on maternal request: obstetrician-gynecologists' knowledge, perception, and practice patterns. *Obstet Gynecol* 2007; 109: 57-66
- Bettioli H, Barbieri MA, DaSilva AA, Rona RJ. Consumer demand for cesarean sections in Brazil. Demand is affected by mothers' perception of good health care. *BMJ* 2002; 325:335
- Coleman VH, Lawrence H, Schulkin J. Rising cesarean delivery rate: the impact of delivery on maternal request. *Obstet Gynecol Surv* 2009; 64: 115-9
- Gamble J, Creedy DK, McCourt C, Weaver J, Beake S. A critique of the literature on women's request for cesarean section. *Birth* 2007; 34: 331-40
- Menacker F, Declercq E, Macdorman MF. Cesarean delivery: background, trends, and epidemiology. *Semin Perinatol* 2006; 30: 235-41
- Miesnik SR, Reale BJ. A review of issues surrounding medically elective cesarean delivery. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2007; 36: 605-15
- Minkoff H. The ethics of cesarean section by choice. *Semin Perinatol* 2006; 30: 309-313
- Richter HE. Cesarean delivery on maternal request versus planned vaginal delivery: impact on development of pelvic organ prolapse. *Semin Perinatol* 2006; 30: 272-75
- Richter HE. Cesarean delivery on maternal request versus planned vaginal delivery: impact on development of pelvic organ prolapse. *Semin Perinatol* 2006; 30: 272-5
- Sinha A, Bewley S, McIntosh T. Myth: Babies would choose prelabour caesarean section. *Semin Fetal Neonatal Med* 2011; 35: 1-7
- Steele A, Leong GC, Barr S, McLennan M. Elective primary cesarean section: weighing the risks and benefits. *Mo Med* 2009; 106: 229-33
- Vadnais M, Sachs B. Maternal mortality with cesarean delivery: A literature review. *Semin Perinatol* 2006; 30: 242-246
- Wax JR. Maternal request cesarean versus planned spontaneous vaginal delivery: maternal morbidity and short term outcomes. *Semin Perinatol* 2006; 30: 247-52
- Weaver JJ, Statham H, Richards M. Are there unnecessary cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for nonclinical conditions. *Birth* 2007; 34: 32-41