

GAZİANTEP DOĞUMEVİNDE 1983-1985 YILLARI ARASINDA YAPILAN SEZARYEN, SEZARYEN-HİSTEREKTOMİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ, FETAL-MATERNAL MORTALİTE

Uzm. Dr. Güler BAĞBOZAN
Uzm. Dr. Orhon ERGİN

Anne ve çocuk sağlığı hizmetleriyle ilgili güncel tartışmalar bizi, bu hizmetleri önemli oranda yüklenmiş olan, SSYB'na bağlı doğum evlerine bir örnek olduğunu düşündüğümüz Gaziantep Doğumevi'nde bir araştırma yapmaya yöneltti.

Konu olarak sezaryen endikasyonları, sezaryen-histerektomi nedenleri, perinatal ve maternal mortaliteyi seçtik.

Çünkü hasta sayısının fazlalığı, yatak sayısının sınırlılığı hospitalizasyon süresinin kısalığı, antenatal izlemin yetersiz oluşu gibi nedenler, annelere verilen hizmeti ancak doğuma yardımcı sınırlıyordu. Ayrıca tüm hizmetlerin içinde hekimin rolü, en fazla doğumda oluyordu. Hastane arşivinden elde edilebilecek verilerden en güvenilir olanı doğum ve operasyonlarla ilgili olanlardır.

1983-1985 yılları arasında hastaneye doğum yapmak için başvuran hasta sayısı 35.287 idi. Bunun yıllara göre dağılımı: 1983 yılında 10909, 1984'de 12500, 1985'de ise 11878 hasta. Bu süre içerisinde 1042 anneye sezaryen yapılmıştır. Sezaryen hızı % 2,95'dir. Bu oran gerek üst düzeyde sağlık hizmeti sunan Üniversite klinikleriyle, gerekse gelişmiş ülkelerden verilen yayınlarla kıyaslandığında düşük bir orandır. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Kadın-Doğum Kliniğinde 1978-1981 yılları arasında saptanan sezaryen oranı % 6,83'tür. Bu oran 1980-1983 yılları arasında % 16 çıkmıştır. (1). Zeynep-Kamil Hastanesinde 1981-1982 yılları arasında bulunan sezaryen oranı % 4,54 tür (2). Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Anabilim Dalı 1.1.1978-1.7.1984 yılları arasında yaptığı araştırmada sezaryen oranını % 8.7 bulmuştur (3). ABD'de Amiricia ve arkadaşları 1970 yılında yaptıkları çalışmada ortalama sezaryen oranını % 5,5 olarak bulmuşlardır. Bugün ise yine Amiricia, Mann ve diğer araştırmacılar bu oranı % 15-18 olarak bildirmektedirler (4,5,6). Bu veriler göstermektedir ki, tüm çağdaş obstetri kliniklerinde bu oran artmaktadır.

Bu artışta özellikle makat prezantasyonu, fetal distres ve sectio etkin olmaktadır (2,4,7,8,9).

Bizim çalışmalarımızda bulduğumuz sezaryen endikasyonlarını aşağıda veriyoruz:

ENDİKASYONLAR:	Hasta Sayısı:	Yüzde:
Eski sectio	202	20.2
Plesanta previa	194	19.4
Distosi	173	17.3
Transvers situs	137	13.7
Ablatio plesanta	124	12.4
Fetal distres	53	5.3
Makat presantasyonu	37	3.7
Kordon prolapsusu	20	2.0
Primer İnfertilite	19	1.9
Rijid collum	6	0.6
Asinklitismus posterior	4	0.4
Geçirilmiş colp.ant.post.	1	0.1
Doğum yolunda kitle(vajende kitle)	1	0.1
İnertio valemantosa	1	0.1
Bilinmeyen	27	2.7
TOPLAM	999	99.9

Endikasyonunun kayıtların düzenli olmayışı nedeniyle saptayamadığımız hasta sayısı ise 27 idi. (% 2.7)



Bizim çalışmamızda görüldüğü gibi ilk beş sırayı anneye yönelik endikasyonlar almaktadır. Eski sectio, placentaria, previa, distosi, transvers situs, ablatio placentaria oluşturmaktadır. Ayrıca belirtmek zorunda olduğumuz diğer önemli nokta ise şudur: 3. sırayı alan distosi grubundaki 173 hastamızın 72'sinde (%41.6) tanı dosyasında rüptür tehdidi olarak belirtilmişti. Yine 4. sırayı oluşturan transvers situs grubundaki 132 hastanın 58'i (%43.9) ihmal edilmiş yan geliş tanıyla sezaryene alınmıştır.

Üçüncü trimester kanamaları birlikte değerlendirildiğinde (Placentaria previa, ablatio placentaria) sezaryen endikasyonları arasında en büyük grubu oluşturmaktadır. (% 31.8) Bu da çağdaş obstetri kliniklerince yapılan yayınlarla belirli bir farklılıktır. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kliniğince 1980-1983 yılları arasında sezaryen endikasyonları içinde vajinal kanamaların oranı % 4.62 dir (1). ABD de Northwestern Memorial Hospital de bu konuda yapılan çalışmada 1959 yılında % 18 bulunan oran 1975 de % 8 düşmüştür (10). Bu her iki patolojinin etyolojisinde grandmültiparite, düşük sosyoekonomik yapı beslenme bozukluğunun olması ve aynı zamanda yeterli antepartal izlemin olmayışı, bizim çalışmamızdaki yüksek değeri açıklayabilir.

Bütün kayıtlarda sık olarak karşılaşılan fetal distress bizde altıncı sırada olup % 5.3 oranında, makat presentasyon ise % 3.7 ile 7'ci sırada gelmektedir. ABD' de Northwestern Memorial Hospital dan yapılan yayında fetal distressin primer sezaryen endikasyonları arasındaki payı 1959 da %6 iken, 1975'de % 20 ye çıkmıştır (10). Ege Üniversitesi

Tıp Fakültesi Kadın Doğum Kliniğinde 1980 de %11.23 1981 de % 13.26, 1982'de % 13.39, 1983'de % 15 dir. (1). Makat presentasyonu için yapılan sezaryen oranı 1963-1973 yılları arasında % 22 olup 1979 sonlarında % 94-100 lere bazı kliniklerde ulaşılmıştır (2,9).

Bizim çalışmamızda makat presentasyonu ve fetal distresse düşük endikasyon oranının bölgeye ait iki nedeni olduğunu düşünüyoruz.: Eleman nitelik ve nicelik yetersizliği, erken evlilik ve çok çocuk isteği nedeniyle annenin çocuk için operasyona karşı oluşu.

Araştırmayı kapsayan süre içerisinde perinatal ölüm oranlarının yıllara göre dağılımı 1983 yılında % 0,55, 1984 de % 0.40, 1985 de % 0.52 dir. Her üç yılın ortalaması % 0.49 dur. Ayrıca yatak sayısının yetersizliği, hastanın eğilimi nedeniyle hastanede kalış süresinin sınırlılığı, elimizdeki rakamların perinatal mortaliteyi tam yansıtmamasını önlemektedir. Gerçeğin bundan daha yüksek olduğunu düşünmekteyiz.

ABD'de bu oran 1970 yılında % 015.1 iken 1978 yılında % 09.8 e düşmüştür. (11). Hacettepe Üniversitesi Kadın Doğum Kliniğinde beş yıllık bir çalışmada % 0 32 olarak bulunmuştur.SSYB'ye bağlı bir doğumevi olan Zekai Tarık Burak Hastanesindeki 1980 yılındaki perinatal mortalite oranı % 0 49.35 dir (12).

Bizim bulduğumuz yüksek perinatal mortalitede antenatal izlemede yetersizlik, yüksek riskli gebelerin izlemi ve bebeklerin bakım ve tedavisi için gerekli olan teknolojinin, yetişmiş nitelikli elemanların olmayışının, ailenin sosyoekonomik ve eğitim düzeyinin düşük oluşunun rolü vardır. Ayrıca saptanan sezaryen endikasyonlarının büyük oranda anneye yönelik oluşu da sonuçla uyumludur.

Yaptığımız çalışmada 72 olguya sezaryen-histerektomi gerektirildiğini saptadık. Oran binde 2'dir. Bu oran gelişmiş ülkelerde İngiltere'de 1/2905, Almanya'da 1/3000 olmasına karşın Asya ve Afrika ülkelerinde daha sıklıkla görülmektedir (13,14,15). Bu 72 olgumuzda histerektomi nedenleri şunlardır:

— Uterus rüptürü	35
— Couvelier uterus	13
—Atoni kanaması	13
Sezaryen sırasında oluşan derin yırtıklar	6
—Plasenta acreta	4
—Chorioamnionitis	1

Ayrıca üç olguda laparatomide uterus rüptürü saptanmış, histerektomi gerekmemiş, rüptür onarılmıştır. Total

toplum ve hekim

rüptür sayısı 38 olup oran 1/1000 dir. Literatürde bu konuyla ilgili oranlar ise 1/1500 (16), 1/2000 (17) dolaylarındadır.

Bizim çalışmamızdaki 38 rüptürün 7 si eski sezaryen nedbesine aittir. 31 vakada ise nedenin çoğunlukla doğumda yanlış uygulamalar (oksitosin perfüzyonu, aşırı fundal baskı vb.) olduğunu gördük. Klasik kitaplarda ise uterus rüptürü nedenleri arasında birinci sırayı uterusu ait nedbe rüptürleri almaktadır (16).

Araştırmayı kapsayan süredeki anne ölüm sayısı 32 dir. Bu yüzbinde 90.6 lık bir maternal mortalite oranı oluşturmaktadır. Maternal mortalite almanya da 51.8 (18), İngiltere 'de 20 (19), Nijerya 'da 825 Gana 'da 800 (20) olarak veriliyor. ABD ise maternal mortalite oranı 1970 de 21.5 den 1978 de 9.6 ya düşmüştür (11).

Çalışmamızda gördük ki perinatal mortalite, maternal mortalite, rüptür ve sezaryen histerektomi oranları gelişmiş ülkelere oranla yüksektir. Kısıtlı olanaklarımızla retrospektif olarak yaptığımız ve ana-çocuk sağlığına yönelik hizmetler için birer ölçüt olacağını düşündüğümüz bütün parametrelerde -sezaryen oranı, endikasyonları, sezaryenhisterektomi oranı ve fetal- maternal mortalite konusunda elde ettiğimiz sonuçlar, henüz doğumevlerinde istenilen düzeyde sağlık eğitimine erişilemediğini göstermektedir. Bizim sonuçlarımızın ülke genelindeki hizmetin büyük bölümünü karşılayan SSBYB kadın doğum hastanelerine iyi bir örnek olarak bilinen bir hastanede yapıldığını gözönüne alırsak, durumun önemi ortaya çıkmaktadır. Biz bu çalışmada bilinmeyen bir konuyu ortaya çıkarmak amacını gütmedik. Tam tersine amacımız gerek hekim çevresinde gerekse kamuoyunda yerleşmiş olan bir kanının somut rakamlarla da doğrulanıp doğrulanmayacağını araştırdık. Böylece konuya dikkatleri çekmeye çalıştık. Gerek perinatal, gerekse maternal mortalitede çağdaş obstetri klinikleriyle olan farklılıkların, büyük oranlarda önlenebilir nedenlerden kaynaklandığı gözlenmektedir. Halkımızın antenatal izlenim yönünden bilinçlendirilmesi, bu konuda sağlık ocakları ve hastanelerde görev yapan elemanların nitelik ve nicelik yönünde iyileştirilmesi ve hastane olanaklarının artırılmasıyla, tümüyle alması da, bir gelişme sağlanabileceği kanısındayız.

KAYNAKLAR:

1. Dırkaltı.A.: 1980-1983 yılları arasında EÜTF Kadın Doğum Ana bilim dalında yapılan sezaryen operasyonlarının nedenleri. Mezuniyet tezi 1985
2. Bayral, C., osmanbaşoğlu, E. ve ark.: Sezaryeninsidansı nereye gidiyor? Zeynep kamil Tıp Bülteni Cilt 14 3: 21-216 .1983.
3. Hassa, H., Özal, S., Karacadağ, O. ve ark.: Kliniğimizde uygulanan 159 sezaryen operasyonunun değerlendirilmesi.

4. Amirikia, H., Zarowych, B. et all. : A 15 year review of changing incidence, indication and risk after primary cesarean sections. Am. J. Obstet. Gynecol. 136:205, 1980.

5. Mann, L.I., gallant, j. G.: Modern indications for cesarean section. AM. j.Obstet. Gynecol. 135:437, 1979.

6. Sokol, R.I., Rosen, G.M. et all. : Risk preceding increased primary cesarean birth rates. Obstet. Gynecol. 59: 135-148 1982.

7. Kişnişçi. H., Ayhan, A. : 500 sezaryen vakasının klinik değerlendirilmesi Hacettepe tıp cerrahi bülteni. 5: 272,284, 1972.

8. Gistrap III, L.C., Hauth, J. C., Toussaint, S.: Cesarean section Changing incidence and indications. Obstet. Gynecol63:205, 1984.

9. Green, E.T.,McLean, F. et all.: Has a increased cesarean section rate for term breech delivery reduced the incidence of birth asphyxia, trauma and death? Am. J. Obstet. Gynecol. 14g:643-649, 1982.

10. Cesarean section concideration. Sciarra Vol. 2 Chp. 83.p. 2.

11. Car of the hing risks mather. Sciarra vo. 3 chp. 1. p. 3.

12. Rurmuş, Z., Dinçer, A. ve ark. z.T.B. hastanesinde maternal veperinatal mortalite oranları .5. Ulusal obstetri ve jinekoloji kongresi bülteni. 499, 1985.

13. Monkgokong, E.t. and Marivate, M.: Treatment of the ruptured uterus. South African Medican Journal. 50: 1621 1624, 1976.

14. Rahman, M. S. and Fothergill, R. Ğ. Ruptur of the pregnant uterus in Eastern Libya JOurnal Royal Societyof Medical Journal Royal Societyof Medicine. 72.45-420, 1979.

15. Shelly K.R.Duthie. A.M.,Phipott, R.H.:rupture of the uterus: The preventable faktors. South African Medical Journal 50:505-509, 1976.

16. Ruptur of uterus Sciarra. Vol. 2 chp. 80 p. 2.

17. Ruptur of uterus. Williams Obstetric 15. Edition 729, 1976.

18. Arsan, K. : Ana çocuk mortalitesi. Doum Bilgisi. 958, 1978.

19. Moir, J.C., Myerscough, p.R.: The present position of obstetrici prackice. Muuro Keers Operative Obptetricis. 8. Edition. 950, 1972.

20. Ojo, O.A., Savage, V.Y. : A ten-year review of maternal mortality rates in Nigeria Am. J. Obstet Coynecol. 118-4. 517, 1974,