



**T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
ANABİLİM DALI**

KLİNİĞİMİZDE TEKRARLAYAN SEZARYEN SIKLIĞI, ANNE VE BEBEK İÇİN SONUÇLARI

DR. HAYREDDİN TAY
(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

DİYARBAKIR-2014



**T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
ANABİLİM DALI**

KLİNİĞİMİZDE TEKRARLAYAN SEZARYEN SIKLIĞI, ANNE VE BEBEK İÇİN SONUÇLARI

DR. HAYREDDİN TAY
(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

TEZ DANIŞMANI: YRD. DOÇ. DR SENEM YAMAN TUNÇ

DİYARBAKIR-2014

ÖNSÖZ

Asistanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden sürekli yararlandığım değerli hocalarım Prof. Dr. Talip Gül, Prof. Dr. Ahmet Yalınkaya, Doç. Dr. M. Sıddık Evsen, Doç. Dr. M. Erdal Sak, Doç. Dr. H. Ender Soydinç, Yrd. Doç. Dr. Ali Özler, Yrd. Doç. Dr. A. Kadir Turgut, Yrd. Doç. Dr. Neval Yaman Görük, Yrd. Doç. Dr. M. Said İçen, Yrd. Doç. Dr. Elif Ağaçayak, tezimin istatistik çalışmalarında yardımlarını esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Yılmaz Palancı, bilgi ve birikimlerini paylaşan tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Senem Yaman Tunç'a katkılarından dolayı ayrı ayrı teşekkür ederim. Bu sürede beraber vakit geçirdiğim tüm asistan arkadaşlarıma, kliniklerde ve polikliniklerde beraber çalıştığım hemşire, sekreter ve personel arkadaşlarıma, beni bugünlere kadar getiren ve büyük emekleri geçen annem, babam ve kardeşlerime, her zaman yanımda olan ve beni destekleyen sevgili eşim Yıldız Tay'a, mutluluk kaynağım oğlum ve iki kızıma teşekkür ederim.

Dr. Hayreddin TAY

ÖZET

Son yıllarda sezaryen ile doğum oranı tüm dünyada artış göstermektedir. Sezaryen sayısı arttıkça, plasenta previa, plasenta akreata, uterus rüptürü, peripartum histerektomi gibi komplikasyonların arttığı gösterilmiştir.

Çalışmamızda, dört ve daha fazla sezaryen geçiren hastalar ile daha az sezaryen geçiren hastaların sıklığı, yönetimi, anne ve bebek üzerindeki sonuçları karşılaştırıldı. Sonuçlara dayanarak, gelişebilecek komplikasyonların önceden tahmini, anne ve bebek için morbidite ve mortalitenin azaltılması amaçlandı.

Çalışmaya Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine 01.01.2013-31.12.2013 tarihleri arasında başvuran ve sezaryenle doğum yapmış 635 hasta dahil edildi. Verilerine ulaşılamayan ya da çoğul gebeliği olan 18 hasta çalışmaya alınmadı. Çalışmaya dahil edilen 635 hasta iki gruba ayrıldı. Daha önce bir ve iki kez sezaryen geçiren hastalar birinci gruba, üç kez ve daha fazla sezaryen geçiren hastalar ikinci gruba dahil edildi.

Çalışmamızda hastaların yaşları 18-51 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması $31,38 \pm 5,21$ olarak saptandı. İkinci grupta plasenta previa %7,9, plasenta akreata %6,3, uterus rüptürü %1,6, maternal yoğun bakım ihtiyacı %4,4, masif kanama %2,5, kan transfüzyonu %8 ve preterm doğum %42 olarak saptandı. Birinci grupta ise bu komplikasyonlar daha düşük oranlarda tespit edildi.

Sonuç olarak, ikinci grupta birinci gruba göre maternal ve neonatal komplikasyon riskinde artış olduğunu tesbit ettik.

Anahtar kelimeler: Tekrarlayan sezaryen, plasenta previa, plasenta akreata, postpartum kanama

ABSTRACT

In recent years, the rate of delivery via caesarean section is increasing throughout the world. It's shown that incidence of complications; like placenta previa, placenta accreata, rupture of uterus and peripartum hysterectomy increase with the number of previous caesarean sections.

In our study, we compared incidence of caesarean sections, management and maternal fetal outcomes in women who have had four or more previous caesarean section with those in women with less order caesarean section. According to results, we aimed to estimate complications that might be occurred and to decrease maternal and fetal mortality and morbidity rates.

Our study defined 635 women giving birth between 01.01.13 and 31.12.13 via caesarean section in Dicle University Faculty of Medicine, Obstetrics and Gynecology Clinique. 18 women that had multiple pregnancy or whose data were not received excluded from the study. The 635 patients included in the study were divided into two groups. Women who have had one or two caesarean sections were identified in group 1 and those with three or high order previous caesarean sections identified in group 2.

Women age ranged from 18 to 51 and mean maternal age was $31,28 \pm 5,21$. The rate of placenta previa was 7.9 %, placenta accreata 6,3 %, rupture of uterus 1,6 %, maternal critical care admission 13%, blood transfusion 8% and preterm delivery 42% in group 2. These complications were less prevalent in group one.

As a result, we concluded that women in group 2 have a significantly higher risk of maternal and neonatal complications than women in group 1.

Keywords: Repeated caesarean section, placenta previa, placenta accreata, postpartum haemorrhage.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfalar</u>
ÖNSÖZ.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
KISALTMALAR.....	v
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Sezaryen Tanımı	2
2.2. Tarihsel Gelişim	2
2.3. Sezaryen Doğum Sıklığı	4
2.4. Sezaryen Sıklığını Etkileyen Faktörler	7
2.5. Sezaryen Sıklığını Azaltmaya Yönelik Öneriler	9
2.6. Sezaryen Endikasyonları	10
2.7. Sezaryen Kontrendikasyonları	25
2.8. Sezaryen Komplikasyonları	25
2.9. Sezaryen Tekniği	26
2.10. Sezaryen Tercihi ve Etik	26
2.11. Sezaryen Avantaj ve Dezavantajları	31
3. MATERYAL VE METOD.....	34
4. BULGULAR.....	36
5. TARTIŞMA.....	50
6. SONUÇLAR.....	56
7. KAYNAKLAR.....	59

KISALTMALAR

ACOG: American College of Obstetrics and Gynecologists (Amerikan Kadın Doğumcular Birliği).

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

SOGC: The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (Kanada jinekolog ve obstetrisyenler topluluğu)

FIGO: International Federation Gynecology and Obstetric (Uluslararası jinekoloji ve obstetri federasyonu)

ACNM: The American College of Nurse-Midwives (Amerikan Ebeler ve Hemşireler Birliği)

SSVD: Sezaryen sonrası vajinal doğum

İBBS: İstatik bölge birimleri sınıflaması

PPROM: Preterm premature rupture of membranes

IUGR: Intrauterine growth restriction

PGDM: Pregestasyonel diyabet

GDM: Gestasyonel diyabet

KHT: Kronik hipertansiyon

ITP: İdiyopatik trombositopenik purpura

SLE: Sistemik lupus eritematozus

NST: Non stres test

USG: Ultrasonografi

CPD: Baş pelvis uygunsuzluğu

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya genelinde primer sezaryen sıklığı hızla artmaktadır. Bu artışın sebepleri arasında gebelik yaşının ileri olması, tıbbi teknolojinin ilerlemesi, gebelik sayısını sınırlama isteği ve yardımcı üreme tekniklerinin kullanılması olarak sayılabilir. Sezaryenle doğum oranının artmasında tekrarlayan sezaryen olgularının büyük rolü vardır (1).

Sezaryen doğum annenin ve bebeğin hayatını kurtaran değerli bir girişim olmakla birlikte, diğer majör cerrahi girişimler gibi anesteziye ve cerrahi işleme bağlı birçok riski, doğum sonu dönemde bazı fiziksel ve psikososyal sorunları ve komplikasyonları beraberinde getirmektedir. Vajinal doğumlarla karşılaştırıldığında sezaryen doğuma bağlı maternal morbidite ve mortalite oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (2).

Tüm sezaryen prosedürleri için enfeksiyon, kanama, barsak, mesane, üreter, damar yaralanması ve tromboz riski artmıştır. Sezaryen sayısı arttıkça hastalarda plasenta previa, plasenta akreata, uterus rüptürü, peripartum histerektomi riski arttığı gösterilmiştir. Yenidoğanda solunum sıkıntısı ve yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabul oranı artmıştır. Beş ve daha fazla sezaryen geçiren hastalar ile daha az sezaryen geçiren hastalar karşılaştırıldığında, plasenta previa (%16), plasenta akreata (%14), masif doğum kanamaları (%18), kan transfüzyonu (%17), histerektomi (%9), iç kanama (%5) ve yoğun bakım ihtiyacı (%13) gibi durumların görülme oranlarında belirgin artış vardır (3-6).

Bu çalışmada daha önce üç ve daha fazla sezaryen geçiren hastalar ile daha az sezaryen geçiren hastaların sıklığı, preoperatif, intraoperatif ve postoperatif yönetimi, anne ve bebek üzerindeki sonuçları karşılaştırılacaktır. Sonuçlara dayanarak, gelişebilecek komplikasyonların önceden tahmini, anne ve bebek için morbidite ve mortalitenin azaltılması amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

2.1. Sezaryen Tanımı

Sezaryen doğum canlı fetus, plasenta ve membranların karın ön duvarı ve uterusu yapılan kesi (histerotomi) ile doğurtulması işlemidir. Viable abdominal gebelik veya uterus ruptürü sonrası karın boşluğunda bulunan fetüsün doğurtulması bu tanımlamanın dışındadır (7).

Primer sezaryen: Gebeye uygulanan ilk sezaryen operasyonudur.

Elektif (İsteğe Bağlı) sezaryen: Herhangi bir tıbbi endikasyon veya acil obstetrik durum ve risk olmaksızın uygulanan sezaryen operasyonudur.

Sezaryen histerektomi: Sezaryen esnasında acil obstetrik durum nedeniyle (masif kanama gibi) uygulanan uterusun çıkarılması işlemidir.

Postpartum histerektomi: Doğum sonrası abdominal yoldan uterusun çıkarılması işlemidir (7).

2.2. Tarihsel Gelişimi

Sezaryen kelimesinin orijini için çeşitli görüşler öne sürülmüştür. Fakat kesin olarak nereden geldiği bilinmemektedir. Julius Caesar'ın milattan önce (M.Ö) 100 yılında annesi Aurelia'dan sezaryen ile doğduğu öne sürülmüştür. Ancak Aurelia'nın doğumdan sonra uzun seneler yaşadığı bilinmekteydi. Ayrıca ortaçağa kadar ölü ya da canlıya yapılan bir sezaryen operasyonu hiçbir şekilde kaleme alınmamıştır (7).

Hippocrates, Galen, Celsus, Paulus veya Soranus'a ait kayıtlarda sezaryen operasyonundan hiç söz edilmemiştir. Bununla birlikte sezaryen ameliyatı 17. yüzyıla kadar anne ve bebek için tamamen ölümcül olduğundan bu açıklama mantık dışı kabul edilmiştir. Bir başka açıklamaya göre M.Ö 715-672 yıllarında Numa Pompilius döneminde gebeliğin son döneminde ölen kadınların bebekleri cerrahi olarak karından çıkarılıyor, anne ve bebek ayrı ayrı gömülüyordu. Roma kanunlarına göre bu duruma "lex caesarea" adı verilmekteydi. Son olarak sezaryen kelimesinin

kesmek, kesi anlamına gelen Latince “caedere, caesum” sözcüklerinden köken aldığı iddia edilmiştir (7).

Kayıtlara göre canlı bir kadına yapılan ilk sezaryen 1610 yılında gerçekleştirilmiştir. Hasta operasyondan 25 gün sonra hayatını kaybetmiştir. Anne ve bebeğin canlı kalabildiği ilk başarılı sezaryen ameliyatı 1794 yılında Amerika’nın Virginia eyaletinde gerçekleştirilmiştir (8).

Sezaryen operasyonunun uygulandığı ilk yıllarda dikiş materyali ve antibiyotikler olmadığından gebeler açık uterin kesiden olan kanamalar veya enfeksiyon (metritis, parametritis, peritonitis) ve sepsise sekonder olarak kaybedilmiştir. İngiltere ve İrlanda’da 1865 yılında maternal mortalite % 85 iken Paris’te 1876 yılına kadar sezaryen operasyonu sonrası sağ kalan olmamıştır (7, 8). 1876’da ilk olarak İtalyan Eduardo Porro’nun uyguladığı teknikle beraber kanama kontrolü ve sistemik enfeksiyonun önlenmesi konularında önemli gelişmeler olmuştur. Porro yönteminde sezaryen histerektomi ile kombine edilmiştir ve uterin korpusun çıkarılması sonrası servikal güdük marsupiyalize edilmiştir (8, 9, 10). Ardından 1882 yılında Leipzig’de Max Sanger tarafından ilk olarak asepsi kuralları tanımlanmış ve sutur materyalleri kullanılmıştır. Sanger ameliyatı “Klasik sezaryen operasyonu” olarak bilinmektedir. Bu teknikte uterin korpuse longitudinal kesi yapılmış ve uterin kesi gümüş teller ve ipek kullanılarak iki kat olarak kapatılmıştır (11, 12). Peritonite bağlı mortalitenin önüne geçebilmek amacıyla 1907 yılında Frank tarafından ekstraperitoneal sezaryen tanımlanmıştır. Bu yöntemde abdominal boşluğa girmeden uterin kesi yapılmıştır. 1909 yılında Latzko, 1912 yılında Krönig, 1919 yılında Beck ve De Lee, 1922 yılında Cornell tarafından çeşitli modifikasyonlar uygulanmıştır (13, 14, 15). Son olarak 1926 yılında Kerr tarafından uterin alt segment transvers insizyon tekniği geliştirilmiştir (16). Günümüzde yaygın olarak kullanılan insizyon şekli alt transvers insizyondur. Bu tip insizyon uterusun en ince kısmına uygulandığından daha az kan kaybına neden olur, tamiri daha uzun süre almasına rağmen daha kolay yapılır. Tekrarlayan gebeliklerde rüptür olasılığı, omentum ve barsakta yapışıklık olasılığı daha azdır. Ancak bu tip insizyonun daha uzun zaman alması, uterusun her iki yanında büyük kan damarlarının bulunmasından dolayı insizyonun yanlara genişletilmesinin engellenmesi gibi dezavantajları vardır

(17, 18). Günümüzde cerrahi teknikteki gelişmeler, asepsi, antibiyotik tedavisi, kan transfüzyonu ve anesteziadaki gelişmeler sayesinde sezaryene bağlı riskleri büyük ölçüde azaltmış ancak tamamen ortadan kaldırmamıştır (19).

2.3. Sezaryen Doğum Sıklığı

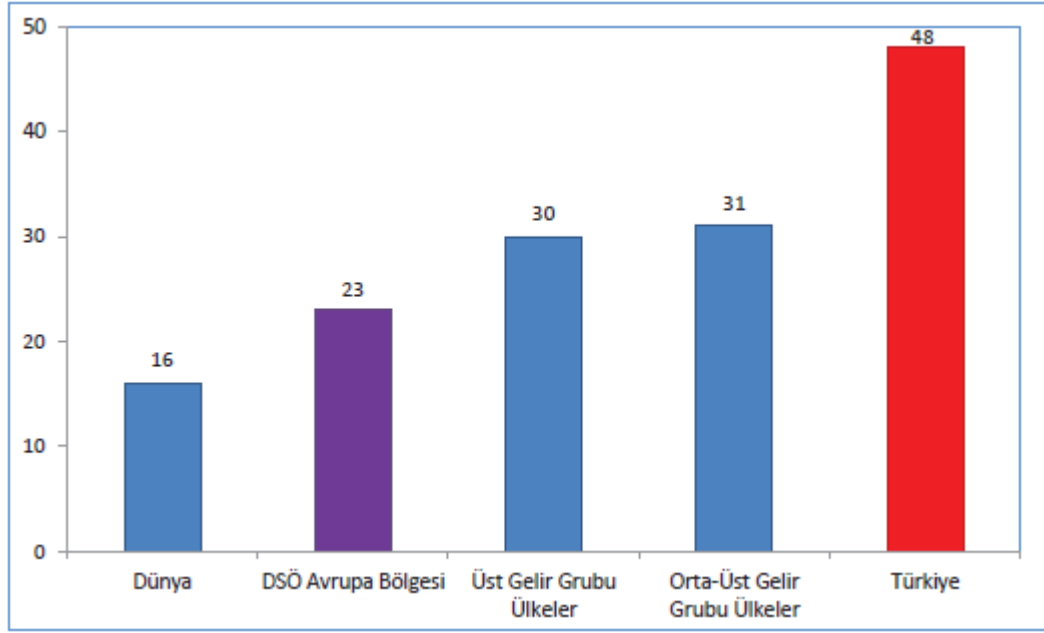
Sezaryen sıklığı dünyada ülkeler, şehirler ve hatta hastaneler arasında belirgin farklılıklar göstermekle birlikte tüm dünyada varılan ortak nokta sezaryen oranının önlenemez biçimde yükselişte olduğudur. Sezaryen oranı, özellikle gelişmiş ülkelerde 1970'li yıllardan itibaren ciddi bir artış trendi içerisinde. Geçmişte anne ve bebek için hayat kurtarıcı son seçenek olarak kadın hastalıkları ve doğum alanında çığır açan sezaryen, günümüzde giderek yaygınlaşarak toplum, hekim, aile ve anne adayları tarafından doğumun kısa sürede sonlanmasını ve zamanlamasını sağlayan konforlu bir doğum şekliymiş gibi doğru olmayan bir biçimde algılanmaya başlanmıştır. Bu durum sezaryeni komplikasyonları, maliyeti ve sonraki doğumlara olumsuz etkisi ile tartışılması gereken toplumsal bir sorun haline getirmiştir (20).

Dünya ülkeleri arasında Türkiye (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008-%36,7), İtalya (2003-%36) ve Amerika (2007-%31,8) sezaryen hızında en yüksek hızlar ile başı çekerken, Avustralya (2003-%28,5), Hindistan (1999-%25,4), Gana (1999-%23,8), Almanya (2003-%22,1), Mısır (2004-%22), İngiltere (2004-%21,8), Gine (1995-%18) gibi ülkeler daha düşük ama yüksek sezaryen hızlarıyla sıralanmaktadır (21- 25).

Bunların haricinde Nijerya, Kamerun, Zimbabve, Zaire, Benin gibi sosyoekonomik düzeyi oldukça düşük, kısıtlı sağlık olanaklarına sahip ülkelerde sezaryen hızları, endikasyonlar baş pelvis uygunsuzluğu, geçirilmiş sezaryen öyküsü, malprezentasyon, plasenta previa, plasenta dekolmanı, eklampsi gibi durumlarla sınırlı tutularak belirgin ölçüde düşük seviyede tutulmuştur (21, 22) .

En yüksek sezaryen hızlarından birine sahip Amerika ise 1965'ten beri düzenli yükselen grafiğiyle dünya ülkeleri arasında en çarpıcı olumsuz örneklerden biri haline gelmiştir. 1988- 1996 yılları arasında hızın %24,7'den, %20,7'ye düşürülmesi elektif sezaryen hızının azalması ve geçirilmiş sezaryen öyküsü olan hastaların vajinal yolla doğurtulması ile sağlanmıştır. Ancak takip eden yıllarda

özellikle 1998'den sonra elektif sezaryen oranının %14,6'dan %20,6'ya yükselmesi ve sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) oranının %28,3'ten %9,2'ye gerilemesi ile sezaryen oranı önlenmesi güç bir yükseliş trendine girmiştir (21, 24). 2011 yılına ait sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranının uluslararası karşılaştırılması şekil 1'de gösterilmiştir (26).

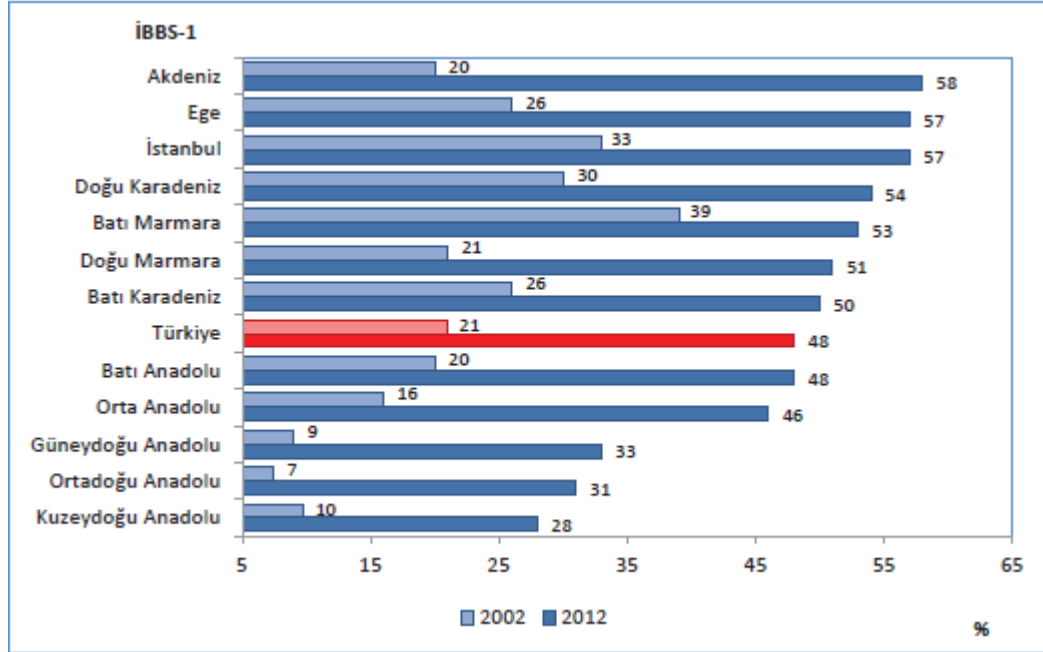


Şekil 1. Sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranının uluslararası karşılaştırılması, (%), 2011. Not: Türkiye verisi 2012 yılına aittir (26).

Daha ileri yaşlarda doğum yapan, çocuğun doğum sırası daha düşük olan, kentsel yerleşim yerleri ile Batı ve Kuzey bölgelerinde yaşayan ve daha eğitimli kadınlar arasında doğumların sezaryenle yapılması daha yaygındır. Ancak kırsal alanda ya da kentte yaşamaya ve bölgelere göre sezaryen oranlarında farklılıklar vardır. Yine yapılan bir araştırmaya göre annenin hiç okula gitmediği durumda sezaryen ile doğum %5,8 iken, en az ortaokul mezunu olanlarda bu oran %33,3'e çıkmaktadır (27).

Türkiye'de sezaryenle doğum tercihi annenin eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik durum, sosyal güvence ve anne yaşı arttıkça artmaktadır. Kentte yaşıyor olma, doğumun özel hastanede yapılması ve antenatal ziyaret sayısının fazla olması da sezaryen oranının yüksek olması üzerinde etkili bulunmuştur (28). Türkiye'de bölgelere göre sezaryen oranlarında belirgin fark olmakla birlikte 10 yıl içinde

sezaryen doğum yüksek bir hızla artış göstermiştir. Bölgelere göre 2002 ile 2012 yılları arasında sezaryen oranlarındaki değişiklik şekil 2’de gösterilmiştir (26).



Şekil 2. İBBS-1’e göre sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranı, (%), 2002, 2012 (26).

Sezaryen oranının yükselmesine etki eden başka etkenler de vardır. Bunlardan biri doğum oranlarının azalması ve doğacak bebeğin sağlıklı olmasına ve gebeliğin başarılı bir şekilde sonlanmasına verilen önemin artmasıdır. Diğer bir neden ulusal bebek ölüm oranlarının, sağlık bakımının niteliği konusunda uluslararası bir ölçü olarak gösterilmeye başlanmasıdır. Aynı zamanda tıbbi bakımdaki ilerlemeler sezaryen doğum nedeniyle anne ölümünün azalmasına neden olmuştur. Sezaryenin kolay bir uygulama olması, operasyona kolaylıkla karar verilmesine neden olmuştur. Normal doğuma güvenli bir alternatif olan sezaryen, riskli gebeliklerin başarıyla sonlanmasını sağlayan uygulanabilir bir yoldur. Çeşitli gebelik komplikasyonlarını önlemede sezaryen doğumun yararını gösteren çalışmalar da sezaryen eğilimini artırmıştır. Doktorlar da forseps kullanımı gibi müdahale gerektiren zor doğumlarda, cerrahi uygulamayı onaylamışlardır. Sezaryen doğum oranını artıran önemli nedenlerden biri de tekrarlayan sezaryen sayısındaki artıştır. “Bir kez sezaryen, daima sezaryen” inancı, sezaryen sayısının hızla artmasına

önderlik etmektedir (29). Türkiye’de doğum yaptırılan hastaneye göre sezaryen doğumun ve primer sezaryenin, tüm doğumlar içindeki payı tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Yıllara ve sektörlere göre sezaryen ve primer sezaryen oranları, Türkiye (26).

	Sezaryen Doğumların Tüm Doğumlar İçindeki Payı (100’de)				Primer Sezaryenin Tüm Doğumlar İçindeki Payı (100’de)			
	2009	2010	2011	2012	2009	2010	2011	2012
Sağlık Bakanlığı	39,3	40,2	36,8	35,3	24,3	22,3	17,6	15,4
Üniversite	63,2	65,2	65,9	62,6	42,6	38,4	37,4	33,6
Özel	61,8	63,7	66,6	66,2	40,8	36,3	38,3	37,3
Toplam	42,7	45,5	46,6	48,0	27,2	25,7	24,8	24,6

2.4. Sezaryen Sıklığını Etkileyen Faktörler

1980 yılından itibaren tüm dünya genelinde sezaryen sıklığı artış göstermiştir. Bu artışın sebepleri aşağıda gösterilmiştir (30, 31, 32).

- ☐ Paritenin azalması ile birlikte giderek daha az sayıda multipar gebe ile karşılaşılması ve nullipar oranında belirgin artış
- ☐ Yardımcı üreme tekniklerindeki gelişmeler, kadının sosyoekonomik düzeyinin düzelmesi ile birlikte ileri yaş gebelerin sayısındaki artış
- ☐ Elektronik fetal monitörizasyonun yaygın olarak kullanılması ve akut fetal distres tanısı kesin olarak konmamış vakaların sezaryene alınması
- ☐ Operatif doğum (vakum, forseps) sayısında belirgin azalma, operatif doğum eğitimi veren kurum ve eğitimli doktor sayısının azalması
- ☐ Yardımcı üreme teknikleri kullanılarak elde edilen gebeliklerin doğru olmayan bir inanışla sezaryene yönlendirilmesi
- ☐ Anne isteğine bağlı sezaryen kavramının ortaya çıkması ve yaygınlaştırılması
- ☐ Bazı hekimlerin uzun bir doğum takibi yerine nispeten daha kısa sürede sonuçlanan ve çoğu hekim tarafından daha kolay olarak görülen sezaryeni vajinal doğuma tercih etmesi

- ☐ Sezaryen ile doğumun önceden belirlenen zamanda gerçekleştirilebilmesi
- ☐ Geçirilmiş sezaryen öyküsü ile giderek daha sık karşılaşılması ve sezaryen sonrası vajinal doğum vakalarının giderek azalması
- ☐ Sezaryen gerektirebilecek maternal, fetal ve plasental sorunların günümüzde antenatal olarak daha çok tespit edilebilmesi
- ☐ Günümüzde makat geliş vakalarının daha çok sezaryen ile doğurtulmasının tercih edilmesi. Makat doğum deneyiminin giderek azalması
- ☐ Sosyoekonomik ve kültürel seviyesi iyi olan insanların arasında sezaryen ile doğumun giderek yaygınlaşması
- ☐ Obez vakaların sayısında artış, paralelinde sezaryen olasılığının artması
- ☐ Gebelerin doğum konusunda yeterli eğitilmemesi
- ☐ Perine yırtıkları oluşumunu önlemek ve pelvik tabanı koruma amaçlı sezaryen ile doğumda artış
- ☐ Vajinal doğum sonrası ortaya çıkan fetal sorunlarda hekimlerin giderek daha çok suçlanması ve hekimlerin daha çok dava edilmesi
- ☐ Ülkelerin malpraktis yasalarında ve davalarında hekimlerin aleyhine olan gelişmeler.

2.5. Sezaryen Sıklığını Azaltmaya Yönelik Öneriler

Sezaryen artan sıklığıyla günümüzde artık önüne geçilmesi gereken toplumsal bir sorun haline gelmiştir. Tüm dünya ülkeleri sezaryen önleme stratejileri geliştirme çabası içindedirler. Bu bağlamda sezaryen sıklığını azaltmaya yönelik çeşitli öneriler öne sürülmüştür. Bunların bazıları şu şekilde sıralanabilir (33, 34, 35).

- ☐ Sezaryen endikasyonlarının yeniden gözden geçirilmesi ve sınırlandırılması

- ☐ Akut fetal distres, baş pelvis uygunsuzluğu, ilerlemeyen eylem, başarısız eylem indüksiyonu gibi oldukça liberal kullanılan tanımlamaların açıklığa kavuşturularak sezaryen protokollerinin oluşturulması
- ☐ Elektif, primer, isteğe bağlı sezaryen kavramının yeniden gözden geçirilmesi ve bu vakaların azaltılması
- ☐ Operatif doğumun (vakum, forseps) sezaryenden önce bir seçenek olarak sunulması
- ☐ Makat gelişlerde vajinal doğumun yaygınlaştırılması
- ☐ Sezaryen sonrası vajinal doğumun yeniden yaygınlaştırılması
- ☐ Gebe ve eşlerinin doğum konusunda eğitim almalarının sağlanması ve vajinal doğum ile ilgili korku, endişe, yanlış bilgi ve inanışlarının düzeltilmesi
- ☐ Sezaryenin komplikasyonlara yol açabilecek masum olmayan bir abdominal cerrahi olduğunun hatırlatılması
- ☐ Devlete bağlı ve özel eğitim kurumlarında bilgili sağlık personeli tarafından halk ve tüm kademedeki öğrencilere eğitim seminerleri düzenlenmesi
- ☐ Vajinal doğumda ağrı kontrolünün etkin sağlanması, bölgesel analjezi ve anestezi tekniklerinin yaygınlaştırılması
- ☐ Transvers ve oblik sitüslarda eksternal versiyon denenmesi
- ☐ Elektronik fetal monitörizasyonun belli endikasyonlar dahilinde uygulanması
- ☐ Obezite, gebelikte aşırı kilo alımı ve fetal makrozominin azaltılması
- ☐ Sağlık bakanlıkları tarafından hastanelere sezaryen hızı için sınırlama getirilmesi.

Şüphesiz tüm bu öneriler içinde en temel hedef halkın eğitimi, bilinçlendirilmesi olmalıdır. Ayrıca sezaryen için protokollerin geliştirilmesi ve elektif sezaryen oranının düşürülmesi bu toplumsal sorunun çözümünde en önemli adım olacaktır (36).

2.6. Sezaryen Endikasyonları

Sezaryen ile doğum, vajinal doğumun mümkün olmadığı veya anne ve/veya bebeğin yüksek risk taşıdığı durumlarda öncelikle tercih edilmesi gereken abdominal bir cerrahi biçimdir. Literatürde bazı sezaryen endikasyonları açık ve kesin iken (plasenta previa totalis, baş pelvis uygunsuzluğu gibi.) bazı sezaryen endikasyonları tartışmaya açıktır (makat prezentasyon, geçirilmiş uterin cerrahi gibi.) ve halen dünyada bir fikir birliği oluşamamıştır. Bu başlık altında tüm sezaryen endikasyonları tartışılmaya çalışılmıştır (9, 11).

2.6.1. Sezaryenin kesin endikasyonları (9, 11):

- ☐ Plasenta previa
- ☐ Plasenta dekolmanı
- ☐ Vasa previa
- ☐ Akut fetal distress
- ☐ Kord prolapsusu
- ☐ Baş pelvis uygunsuzluğu (CPD)

2.6.2. Sezaryenin göreceli endikasyonları (9, 11):

- ☐ Çoğul gebelik
- ☐ Malprezentasyon
- ☐ Geçirilmiş uterin cerrahi ve uterin skar varlığı
- ☐ Doğum kanalını işgal eden tümörler
- ☐ Fetal makrozomi
- ☐ Aktif genital herpes enfeksiyonu
- ☐ Fetal malformasyon

Plasenta previa

Tanım

Plasentanın servikal internal os üzerinde veya çok yakınında yerleşmesine plasenta previa adı verilir. Dört derecesi vardır (37, 38):

1. Total plasenta previa: Plasenta internal servikal osu tamamen kapatmaktadır. Santral plasenta previada internal os anterior ve posterior plasental kenarlardan eşit uzaklıktadır ve plasenta previaların %20-30'u santral yerleşimlidir.
2. Parsiyel plasenta previa: Plasenta internal osu kısmen kapatmaktadır.
3. Marjinal plasenta previa: Plasentanın kenarı servikal internal os sınırına 2 cm uzaklıktadır.
4. "Low-lying" (aşağı yerleşimli) plasenta: Bu tanım birkaç şekilde kullanılabilir:
 - a. İkinci trimestırda belirgin plasenta previayı tanımlamak için,
 - b. Alt uterin segmentte yerleşen ancak plasenta ile os ilişkisinin net olarak tanımlanamadığı bir plasentayı tanımlamak için,
 - c. Plasenta kenarının internal osa olan uzaklığının 2-3 cm olduğu durumlarda kullanılabilir. Aşağı yerleşimli plasenta olanlarda kanama ve diğer olumsuz perinatal sonuçlar artmakla birlikte bu oranlar gerçek plasenta previaya göre düşüktür.

Marjinal plasenta previa ve aşağı yerleşimli plasenta olgularında plasenta lokalizasyonu internal servikal osun plasental kenar arasındaki uzaklık ile belirlenmelidir (39).

Plasenta previanın derecesi büyük oranda servikal açıklığa bağlıdır. Örneğin; 2 cm açıklıkta aşağı yerleşimli olan bir plasenta açıklık 8 cm'ye ulaştığında parsiyel plasenta previaya dönüşebilir. Tersine total görülen plasenta previa eğer serviks plasentanın ötesine doğru açılıyorsa 4 cm dilatasyonda parsiyel previaya dönüşebilir. Bu durumların tespiti için dijital vajinal muayene yapmak ciddi kanamaya yol açabilir ve kontrendikedir (39).

Plasenta previa insidansı

Yirmi haftadan sonra 1000 gebelikten 4'ünde görülür (40).

Plasenta previa risk faktörleri (41, 42, 43):

Patojenik mekanizmaya göre gruplandırılabilir:

1. Endometriyal skarlar ilişkili risk faktörleri:

- a. Artmış sezaryen sayısı (4 veya daha fazla sezaryende insidans %10)
- b. Artmış parite (nulliplarlarda %0.2, Grand multiparlarda %5'e kadar çıkar)
- c. Artmış anne yaşı (nullipar ve 20-29 yaş arasındaki kadınlarda %0.03 iken, nullipar > 40 yaş kadınlarda insidans %0.25),
- d. Artmış kürtaj sayısı.

2. Uteroplasental oksijen ve besin taşınması ihtiyacının arttığı durumlar:

- a. Sigara,
- b. Yüksek rakımlı yerlerde yaşayanlar,
- c. Çoğul gebelik.

3. Erken gestasyonel haftalarda plasenta previa görülebilir çünkü plasentanın migrasyonu süregelen bir olaydır.

4. Erkek bebek olan gebeliklerde plasenta previa sıklığı bir miktar artmıştır.

5. Asyalı kadınlarda risk, beyazlara göre bir miktar artmıştır

Maternal riskler (44):

- ☐ 2000-2002 yılları arasında ABD'de dört maternal ölüme yol açmıştır.
- ☐ Plasenta previa olan kadınların %15'inde plasenta akreata mevcuttur.
- ☐ Rekürrens riski bir defadan sonra %4-8'dir.

Klinik bulgular

Plasenta previanın en karakteristik tablosu ağrısız vajinal kanama olmasıdır ve bu genellikle ikinci trimestrın sonlarına doğru meydana gelir. Sıklıkla plasenta previa kanama, sorunsuz bir gebelik geçiren hastada aniden ve ağrı olmaksızın başlar. Hastaların %70-80'i 20. haftadan sonra bu karakteristik bulgu ile başvurur. Plasenta previalı gebeliklerin 1/3'ünde 30 haftadan önce ilk kanama epizodu gözlenir, 1/3'ü 30-36 hafta arasında semptomatik olurken hastaların %10'u kanama olmadan terme ulaşabilir (45). Bununla birlikte bu başlangıç kanaması nadiren ciddidir ve genellikle daha sonra tekrarlamak üzere kesilir. Bazen özellikle plasenta servikal os üzerine yerleşmemiş ise bu hastalarda doğum eylemi başlayana kadar kanama gözlenmeyebilir. Kanamanın başlangıcı genellikle 34 hafta civarındadır ve olguların %50'sinde 36 haftadan önce görülür. Olguların sadece %2'sinde kanama 40 haftadan sonra başlar. Alt uterin segmentte, plasenta implantasyon bölgesindeki kanama, alt uterin segment uterin korpusa göre, daha kötü kontrakte olduğundan kanama plasentanın doğumundan sonra da devam edebilir (46).

İlişkili olduğu durumlar

- ☐ Plasenta akreata, inkreata, perkreata: Alt uterin segmentte desidua yetersiz geliştiğinden gözlenir. Plasenta previaların %7'sinde anormal plasental tutunma görülür (47). Bununla birlikte plasenta previa spesmenleri incelendiğinde bunların yaklaşık %50'sinde miyometriyal spiral arteriollerde trofoblastik dev hücre infiltrasyonu izlenmiştir (48).
- ☐ Malprezentasyon: Alt uterin bölgedeki büyük plasenta volümü nedeniyle fetüs nonsefalik prezentasyonda olabilir (49).
- ☐ Preterm premature rupture of membranes (PPROM).
- ☐ Intrauterine growth restriction (IUGR): Çalışmaların tamamında değil ancak bir kısmında %16'ya kadar çıkan IUGR oranları bildirilmiştir (50).
- ☐ Vaza previa ve velamentöz umbilikal kord.

□ Anomaliler: Bir çalışmada plasenta previa olgularında neonatal konjenital anomali sıklığında genel bir artış olduğu ancak, bunun tek bir anomali veya sendrom ile ilişkilendirilemediği saptanmıştır (51).

□ Amniyotik sıvı embololisi (52).

Plasenta previa tanısı

Özellikle gebeliğin ikinci yarısında vajinal kanama ile başvuran her hastada ablasyo veya previa olasılığı göz önüne alınmalı ve plasenta previa olasılığı Ultrasonografi (USG) ile olmadığı kanıtlanana kadar hep akılda tutulmalıdır (53).

Ultrasonografi ile lokalizasyon: Plasental lokalizasyonun en doğru, en kolay ve en güvenle tespit edildiği yöntem transabdominal USG'dir. Doğruluk oranları %98'e ulaşmaktadır. Yanlış pozitif sonuçlar genellikle mesane distansiyonu varlığında alınmaktadır. Posterior yerleşimli bir previa fetal başın gölgesi plasentanın görülmesini engellediğinden kaçırılabilir. Bununla birlikte tam bir plasenta previa tanısı, plasental dokunun serviksin hem önünde hem de arkasında görülmesi ile konulabilir. Eğer transabdominal USG ile plasenta previa tespit edilirse veya bulgular net değilse transvajinal USG yapılmalıdır. Plasenta previa tanısında tercih edilen teknik transvajinal USG'dir. Çünkü plasenta kenarı ile servikal osun ilişkisini daha net bir şekilde gösterir (53).

Plasenta previa hastalarında yönetim

Plasenta previalı hastalar birkaç şekilde prezente olabilir.

1. Asemptomatik hastalar,
2. Aktif kanamakta olan hastalar,
3. Bir veya birkaç kanama epizodunu takiben stabil durumda olan hastalar.

Asemptomatik plasenta previa

□ Plasenta pozisyonunun yeniden değerlendirilmesi için 28. haftadan başlayarak dört haftalık aralıklarda USG değerlendirilmesi yapılmalıdır.

□ Üçüncü trimestırda koitus olmamalı ve dijital muayene yapılmamalıdır. Ayrıca, kesin olarak faydası gösterilmemişse de bu hastalara 3. trimestırda fiziksel aktivitelerini kısıtlamaları önerilir.

□ Vajinal kanama veya kontraksiyonlar başlarsa acil tıbbi tedavi için konsültasyon.

□ Hospitalizasyonun doğum öncesi yararı tartışmalıdır ancak, gözlemsel çalışmalara göre antepartum kanaması olmayan previa hastalarının acil sezaryene gitme ihtimali düşük gibi görünmektedir (54, 55, 56).

Semptomatik plasenta previada akut yönetim (57):

□ Damar yolu açılarak kristalloid (ringer laktat veya serum fizyolojik) verilmeli. Hemodinamik stabilite sağlanarak yeterli idrar çıkışı takip edilmeli (en az 30 ml/h).

□ Kan grubu ve antikor taraması yapılmalı. Genel olarak kan kaybı kan volümünün %30'unu aştığında veya hemoglobin 10 g/dL'nin altına indiğinde kan transfüzyonu önerilmektedir. Bununla birlikte akut kanamakta olan bir hastada bunların değerlendirilmesi zordur ve transfüzyon kan basıncı, maternal ve fetal kalp hızı, idrar çıkışı gibi hemodinamik parametrelere göre yapılmalıdır. Eğer ablasyo şüphesi varsa veya çok fazla transfüzyon yapılmışsa koagülasyon testler yapılmalıdır.

□ Devamlı fetal kardiyak izlem yapılmalıdır. Reaktivite kaybı, devam eden varyabilite kaybı, fetal taşikardi, geç deselerasyonlar veya sinüzoidal patern kaybında fetal hipoksi veya anemiden şüphelenilmelidir.

□ Aktif kanamalı hastalarda tokoliz önerilmemektedir.

□ Doğum aşağıdaki durumlarda endikedir:

- Maternal oksijen tedavisi, sol dekübit pozisyon ve sıvı replasmanına rağmen devam eden tatmin etmeyen fetal kalp atım trasesi.

- Hayatı tehdit eden maternal kanama.

- Otuz dört haftalık gebelikten sonra belirgin vajinal kanama.

Bu hastalarda doğum şekli olarak sezaryen tercih edilmelidir ve özellikle acil sezaryenlerde, fetal durum sıkıntılı ve maternal hemodinami stabil değilse, genel anestezi kullanılabilmekle birlikte maternal durum stabil ve fetal kalp hızı trasesi tatmin edici ise bölgesel anestezi tercih edilmelidir.

Akut kanama sonrasında konservatif yönetim (57, 58):

Kanamayla başvuran çoğu plasenta previa hastası destek tedavisine olumlu yanıt verir ve acil doğum gerekmez. Semptomatik previalı hastaların en azından %50'sinin dört hafta içinde doğurtulması gerekmez. Bu hastaların yönetimindeki tecrübenin çoğu gözlemsel çalışmalara ve klinik deneyimlere dayanmaktadır. Bu hastalara yaklaşımı irdelemek üzere bir Cochrane derlemesi yapılmaya çalışılmış ancak klinik pratiğe yönelik öneride bulunmak için yeterli kanıt bulunmadığı belirtilmiştir.

□ Hospitalizasyon veya ayaktan yönetim: Eğer hastada ek obstetrik risk faktörü yoksa ve kanama durduktan sonra en az 48 saat geçmişse hastalar taburcu edilebilir. Plasenta previalı hastalarda kanama durduktan sonra ayaktan veya yatarak takibi karşılaştıran tek randomize çalışmada ayaktan takip edilen hastaların morbiditesinde artma saptanmamıştır. Ayaktan takip edilecek hastalara, hastaneye çabuk dönebilecekleri yerde bulunmaları, yanlarında kanama durumunda hastaneye ulaşmasını veya ambulans çağırmaı sağlayacak bir yetişkinin 24 saat bulunmasını, evde istirahat etmeleri belirtilmelidir.

□ Kortikosteroid: Yirmi dört-otuz dördüncü haftalar arasında semptomatik olan hastalara kortikosteroid uygulaması yapılmalıdır.

□ Rh(D) immünglobulin: Rh negatif hastalara ilk kanama epizodunda anti-D immünglobulin uygulanmalıdır.

□ Fetal değerlendirme: Asemptomatik hastalarda fetal problem yoksa non stres test (NST)' nin veya biyofizik profilinin gösterilmiş faydası yoktur.

Doğum zamanlaması

Eğer 36 haftada hasta semptomatik değilse amniyosentezle fetal akciğer matüritesi değerlendirilebilir ve eğer akciğer matüritesi yetersiz ve hastada kanama, kontraksiyon veya servikal kısalma yoksa hasta 38. Haftaya kadar izlenebilir (58).

İleri cerrahi yöntemler

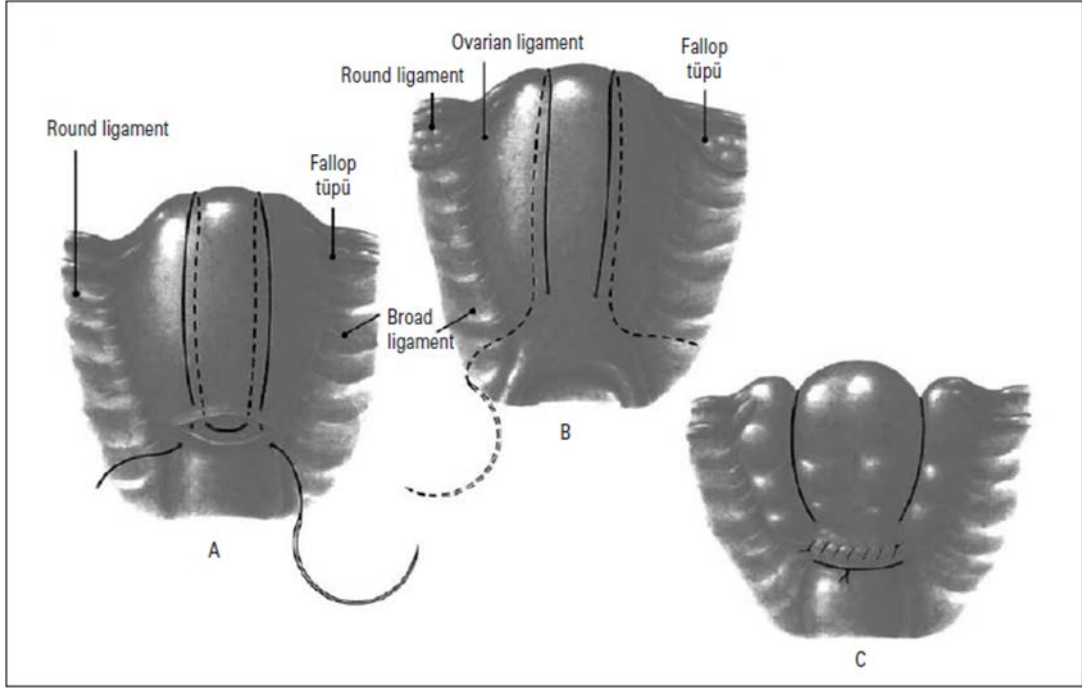
Doğum için 2-4 ünite eritrosit süspansiyonu hazırlanmalıdır. Sezaryen histerektomide kullanılan ameliyat malzemeleri hazır bulundurulmalıdır. Çünkü bu hastalarda daha önce sezaryen hikayesi olmasa da %5-10 plasenta akreata riski mevcuttur. Plasentaya mümkün olduğunca zarar verilmemeye çalışılmalıdır çünkü bu fetal damarlarda kanamaya yol açarak fetal anemiye sebep olabilir. Doğum öncesinde insizyon şekline karar verebilmek için plasentanın yeri net olarak belirlenmelidir. Eğer plasenta anterolateral yerleşimli ise alt uterin segmentten plasentanın olmadığı taraftan vertikal insizyon yapılabilir. Eğer plasenta serviksi anterior ve posteriordan sarmakta ise bunun üstünden transvers veya vertikal kesi yapılabilir. Eğer plasentanın kesilmesi kaçınılmaz ise bebek hızla doğurtulup kordu hemen klemplenmelidir (59).

□ Uterin Balon Tamponad: Durdurulamayan postpartum kanamada balon tamponadı en hızlı ve en az invaziv cerrahi yöntem olarak kabul edilmektedir (59). (şekil 3).

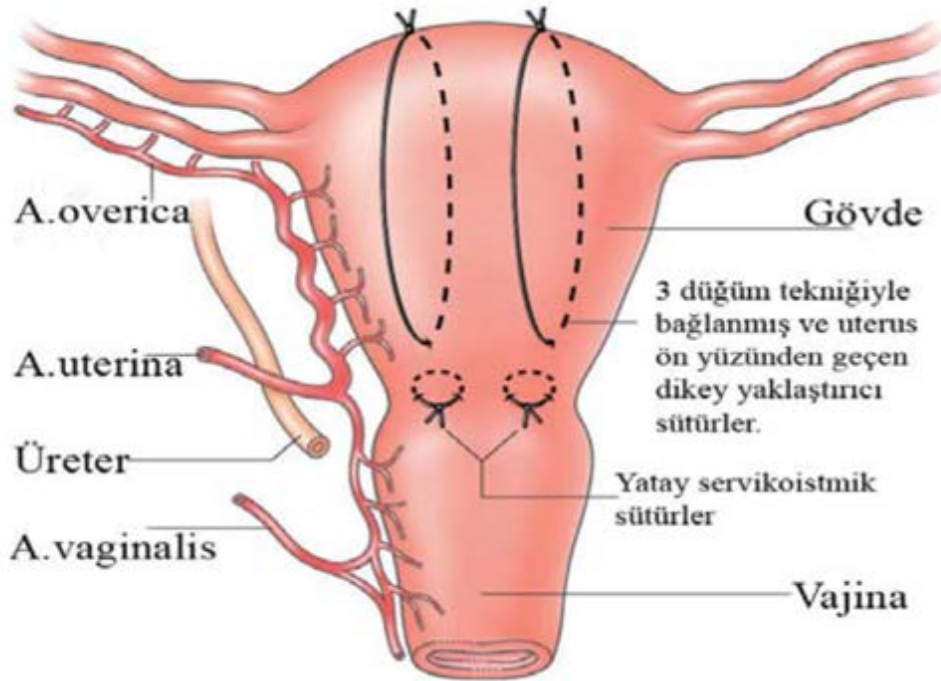


Şekil 3. Balon tamponad (59)

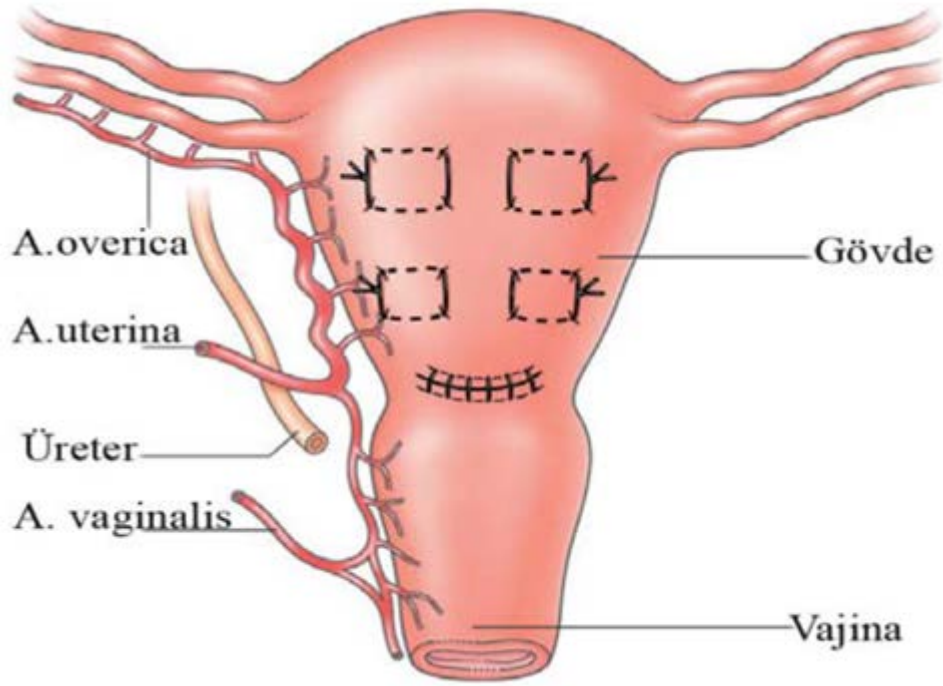
□ Uterin Kompresyon Sütürleri: B-Lynch ve arkadaşları 1997 yılında ilk kompresyon sütürünü tarif etmişlerdir (60). (Şekil 4).



Şekil 4. B-Lynch kompresyon sütürleri (60)

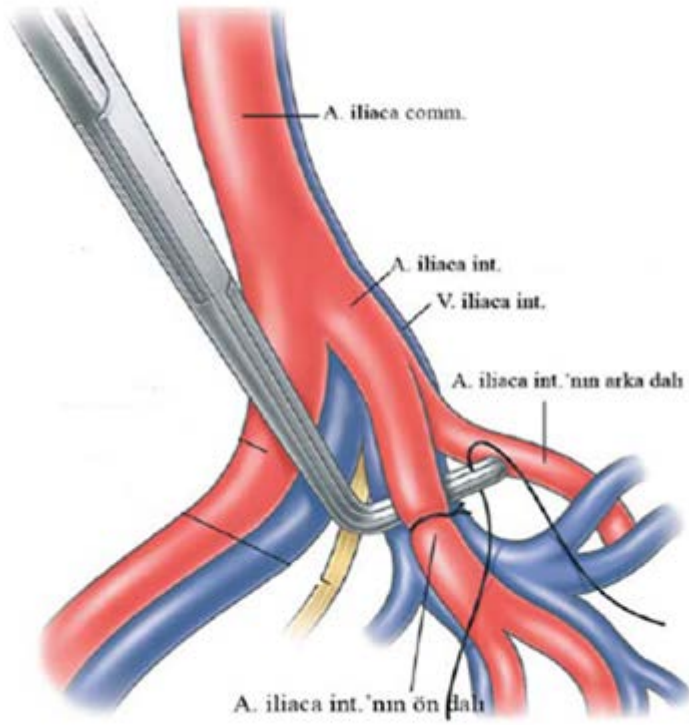


Şekil 5: Uterusu açmaksızın atılan Hayman uterus bası sütürü (61).



Şekil 6: Uterus ön-arka duvarlarını bası altına alan Cho'nun çoklu kare sutureleri (62).

□ Arter Ligasyonu: Doğum sonu aşırı kanamalı hastalarda tek yada çift taraflı hipogastrik arter bağlanması hayat kurtarıcı olabilir. Her ne kadar cerrahlar pelviste organ yaralanmalarından korktuklarından dolayı hipogastrik arterin iki taraflı bağlanmasından çekinseler de, pelvis organlarının işlev bozukluklarını bildiren kanıta rastlanmamıştır. Doğru yapıldığı takdirde kısa ve uzun dönemde ciddi hastalık yaratıcı etkisi yoktur. Teknik olarak zor bir uygulamadır ve üreter ve iliyak vene dikkat edilmelidir (63, 64). (Şekil 7)



Şekil 7: İnternal iliak arterin ön dalının bağlanmasıyla venle olan ilişkisi. internal iliak ven ve obturator sinirin yakınlığı ile yaralanma olasılığını gösteriyor (64).

☐ Sezaryen Histerektomi

Bazı durumlarda ve genellikle ağır obstetrik hemoraji ile komplike olan durumlarda, postpartum histerektomi hayat kurtarıcı olabilir. Operasyonların büyük bir kısmını inatçı uterin atoni, alt segment kanaması, uterin damarların laserasyonu, büyük myomlar, ağır servikal displazi veya karsinoma insituya bağlı hemorajiyi durdurmak için yapılır. Plasental implantasyon bozuklukları plasenta previa, plasenta akreata varyasyonları da dahil olmak üzere, sıklıkla mükerrer sezaryen ile ilgili olan bu durumlar günümüzde sezaryen histerektominin en yaygın endikasyonlarıdır (65). Elektif postpartum histerektomiye göre acil histerektomi yapılan kadınlarda kan kaybı, operasyon zamanı, infeksiyon morbiditesi ve transfüzyon oranlarında artış bildirilmiştir (66).

Plasenta Dekolmanı

Fetus doğmadan plasentanın ayrılması olarak tanımlanan plasenta dekolmanı, antepartum kanamanın eşlik ettiği acil obstetrik durumdur. Tüm doğumların % 1'inde gözlenir (67).

Plasenta dekolmanı risk faktörleri (67):

- ☐ İleri anne yaşı
- ☐ Çoğul gebelik
- ☐ Gebeliğin hipertansif hastalıkları
- ☐ Trombofili
- ☐ Erkek fetüs
- ☐ Plasenta dekolmanı öyküsü
- ☐ Sigara kullanımı
- ☐ Kokain kullanımı
- ☐ İntrauterin enfeksiyon
- ☐ Erken membran ruptürü
- ☐ Polihidramnios
- ☐ Travma

Plasenta yerleşim bölgesinden eylem öncesi veya eylem esnasında ayrılarak kanamaya sebep olur. Ayrılma derecesine göre farklı derecelerde fetal hemodinamide bozulma gözlenir. Fetal monitörizasyonun normal olduğu, fetal distresin ya da ek komplikasyonların eşlik etmediği olgularda vajinal doğum denebilir ancak yüksek risklidir. Bir çalışmada perinatal mortalite vajinal doğumda % 52 iken sezaryen doğumda % 16 olarak tespit edilmiştir. Sınırlı vakalar hariç öncelikli doğum şekli sezaryen olmalıdır. İntrauterin fetal ölüm gerçekleşmişse ve anne hemodinamik olarak stabilse vajinal doğum tercih edilmelidir (67).

Vasa previa

Fetal damarların plasental membranların önünde prezente olması durumudur. Ruptür durumunda yüksek fetal mortaliteye sahiptir. Tansvajinal pelvik ultrasonografi ve/veya renkli doppler ultrasonografi ile tanısı mümkün olabilir. Sezaryen doğum önerilmektedir (68, 69).

Akut fetal distress

Fetal distress, fetal hipoksi ve asidozun ortaya çıkardığı ağır bir tablodur. Günümüzde fetal distressi saptamaya yönelik birçok test mevcuttur. Ancak buna rağmen kesin tanımında tartışmalar yaşanmaktadır (70).

Kordon prolapsusu

Sezaryen ile doğum önerilir. % 20-30 oranında sınırlı vakada, serviks tam dilate ve fetal baş spina iskiadika seviyesinin altında ise forseps ile acil vajinal doğum denenebilir ancak yüksek risklidir (71).

Baş pelvis uygunsuzluğu

Normal vajinal doğumun gerçekleşebilmesi uterin kontraktilite (itici güç), fetüs (yolcu) ve pelvis (yol) kavramlarının tümüne birden bağlıdır. Dünya sağlık örgütünün önerdiği partogramların kullanılması ile uzamış eylem ve ilerlemeyen eylem kavramları daha iyi anlaşılmıştır (72, 73). Pratikte bu durumlar kesin ya da göreceli CPD'ye bağlı olabileceği gibi genellikle yetersiz uterin aktivite sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu durum uterin aktivitenin optimize edilmesi, oksitosin kullanımı, amniotomi ve aktif yönetim ile çözülebilmektedir. Bazı göreceli malpozisyon ve malprezentasyonlar (alın geliş, mentum anterior pozisyon, oksiput lateral ve oksiput posterior pozisyonlar gibi) doğuma yardımcı teknikler kullanılarak ya da operatif vajinal doğum teknikleri kullanılarak doğurtulabilir. Dar, kontrakte pelvis, spina iskiadikaların sivri ve belirgin olması, iri fetüs, kısa boylu anne gibi kavramlar tek başına CPD'yi öngörmede yetersizdir. Diğer birçok sezaryen endikasyonunda olduğu gibi baş pelvis uygunsuzluğunda da fazladan tanı koyma ve gereksiz sezaryen oranlarında bir artış söz konusudur (74, 75, 76).

Çoğul gebelik

Yardımcı üreme tekniklerindeki gelişmeler sonucunda dünyada çoğul gebeliklerin sayısı giderek artmaktadır. Literatürde üçüz ve daha fazla sayıdaki çoğul gebeliklere ve yapışık ikiz durumlarında sezaryen uygulanması konusunda fikir birliği oluşmuştur (77). Bu gebeliklere uygulanan sezaryen doğum sonrası düşük Apgar skorları ve perinatal ölümlerde belirgin azalma olmuştur. İkiz gebeliklerde durum değişkenlik göstermektedir. İlk prezente olan ikizin baş geliş (tüm ikiz prezentasyon biçimleri içinde %87 sıklıkla gözlenir) olduğu durumlarda vajinal doğum önerilmektedir. Arkadan gelen ikiz eşinin baş geliş olmadığı durumlarda eksternal sefalik versiyon ya da internal podalik versiyon denenmelidir. Baş baş gelişlerde monoamniotik ikizler, düşük doğum ağırlıklı ikizler için vajinal doğum denenebilir. İlk prezente olan ikiz eşinin baş geliş olmadığı durumlarda ise sezaryen önerilmektedir (78).

Malprezentasyon

Normal şartlarda terme yakın bir gebede fetüs maternal pelvise fetal baş önde olacak şekilde girer, fetal baş fleksiyondadır ve fetüs vertikal uzanım (longitudinal situs) göstermektedir. Eğer bu koşullardan herhangi biri sağlanamazsa bu duruma fetal malprezentasyon adı verilir. Fetal malprezentasyon %5 oranında görülür ve operatif doğum ihtiyacı, maternal ve fetal riskte belirgin artışa neden olur (79).

Malprezentasyon tipleri (80, 81):

- ☐ Makat prezentasyon
- ☐ Alın prezentasyon
- ☐ Yüz prezentasyon
- ☐ Bileşik prezentasyon
- ☐ Omuz prezentasyon (transvers ve oblik situs)

Malprezentasyon nedenleri (80, 81):

1) Maternal nedenler:

- ☐ Multiparite
- ☐ Pelvik Şekil bozukluğu (pelvik kontraktür)
- ☐ Pelvik tümör
- ☐ Uterin fibroid
- ☐ Uterin anomali

2) Fetal nedenler:

- ☐ Çoğul gebelik
- ☐ Prematürite
- ☐ Makrozomi
- ☐ Polihidramnios
- ☐ Oligohidramnios
- ☐ Plasenta previa
- ☐ Malprezentasyon öyküsü
- ☐ Trizomi
- ☐ Hidrosefali
- ☐ Anensefali
- ☐ Myotonik distrofi

2.7. Sezaryen Doğumun Kontrendikasyonları

Anne ve fetus için potansiyel yararları ile karşılaştırıldığında, anne için çok büyük risklerin olduğu birkaç durum sezaryen için kontrendikasyon oluşturmaktadır. Bu durumlar fetal ölüm, fetusün hayatta kalmak için çok immatür ya da yaşayamayacak

düzeyde bir anormalliğinin olduğu durumlar, annedeki koagülasyon defektleri, abdominal duvarın piyogenik enfeksiyonu ve uygun araç-gereç, personel ve olanağın olmadığı durumlardır (18,82).

2.8. Sezaryen Doğumun Komplikasyonları (83, 84, 85)

- ☐ Ateş (en sık)
- ☐ Atelektazi
- ☐ Endometrit
- ☐ Endomyometrit
- ☐ Kesi yeri enfeksiyonu
- ☐ İdrar yolları enfeksiyonu
- ☐ Kanama
- ☐ Hematom
- ☐ Uterin atoni
- ☐ İleus
- ☐ Mesane zedelenmesi (1.4/1000)
- ☐ Barsak zedelenmesi (1/1300)
- ☐ Üreter zedelenmesi (0.3/1000)
- ☐ Tromboflebit
- ☐ Venöz tromboemboli
- ☐ Respiratuar komplikasyonlar
- ☐ Kan transfüzyonu komplikasyonları
- ☐ Anestezi komplikasyonları.

2.9. Sezaryen Tekniği

2.9.1. Abdominal insizyon

İnfraumblikal orta hat vertikal insizyon en hızlı yapılan insizyondur. İnsizyon bebeğin zorlanmadan çıkabileceği uzunlukta olmalıdır. Transvers insizyonlar, modifiye edilmiş pfannenstiel insizyonu ile cilt ve subkutan doku alt transvers, hafifçe eğri bir çizgi şeklinde insize edilir. Transvers cilt insizyonunun kozmetik avantajı belirgindir (86).

2.9.2. Uterus insizyonu

Klasik sezaryen insizyonu olarak adlandırılan alt uterin segmentin üzerinden fundus uteriye ulaşan vertikal insizyon bugün nadir olarak kullanılır (16). Neredeyse daima insizyon alt uterin segmente transvers olarak yapılan Kerr insizyonu veya çok daha az sıklıkla vertikal Kronig insizyonu kullanılır (87). Transvers insizyon daha kolay tamir olması, bir sonraki gebelikte daha az rüptür riski olması, kalın barsak ve omentumun insizyon hattına yapışmasına izin vermemesi açısından tercih edilmektedir (86).

2.10. Sezaryen Tercihi ve Etik

Medikal bir endikasyon yokken kadınların sezaryeni tercih etme nedenleri, vajinal doğumla ilişkilendirilen anal yada üriner inkontinans gibi sonraki yaşamında karşılaşacağı sağlık problemlerini önleyeceği, kendisi ve bebeği için daha iyi ve daha modern olduğu, sezaryenle doğan bebeklerin daha zeki olduğu inancı, doğum ağrılarından tümüyle kurtulma isteği ve bebeğin doğumu için planlı bir zamana sahip olma isteğidir (88, 89). Elektif sezaryenle ilgili olarak tartışılan konular, söz edilen maternal- fetal yararları (sosyal uygunluk, maternal- fetal riskleri önlemesi, doğum ve doğum eylemi korkusu), annenin seçimi (otonomi), medikal faktörler (pelvik taban yaralanmasını önleme) ve doktor faktörüdür (doktorun yargısı/fikri, babacıl olmayan, diğer doktorlar tarafından olumsuz eleştirilmekten kaçınma, zaman kısıtlamaları ve elverişliliği). Elektif sezaryene ilişkin uzun dönemli sağlık problemleri, vajinal doğumla karşılaştırıldığında yararların net olmaması ve uygulama nedeniyle maternal mortalite ve morbiditede artma ise elektif sezaryen

doğumun dezavantajlarına ilişkin tartışma konularıdır. ACOG'un 2003 yılında yeterli bilgilendirilmiş onaydan sonra, normal gebelikte elektif sezaryen doğuma izin verilebilirliği destekleyen yayını planlı sezaryen ile doğum isteğinde artmaya neden olmuştur. Kanada jinekolog ve obstetrisyenler topluluğu (The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada = SOGC) benzer öneriler yayınlamıştır (90). Buna karşın uluslararası jinekoloji ve obstetri federasyonu (International Federation Gynecology and Obstetric = FIGO) net yararı kanıtlamanın oldukça zor olduğunu, non-medikal nedenlerle sezaryen uygulamanın etik olarak savunulamaz olduğunu ifade etmektedir. Amerikan Ebeler ve Hemşireler Birliği (The American College of Nurse-Midwives = ACNM) kadınların kesin olmayan sözlere dayanılarak kandırılacağını ifade ederek, sezaryenin hastanın kendi tercihi olmasını öneren kararı kınamıştır. ACNM'ye göre sezaryen koruyucu uygulamaya dayalı bir seçim değil, son çare olmalıdır (91). Diğer yandan elektif sezaryen sıklığındaki artmanın, daha sonra tekrarlayan sezaryen oranında artma ile sonuçlanıp sonuçlanmayacağı da tartışma konusudur. Komplikasyonsuz bir vajinal doğumdan sonra ikinci vajinal doğum hemen hemen daima komplikasyonsuzdur. Fakat aynı şey sezaryen için geçerli değildir. Önceki uterin skarla ilişkili uterin rüptür riski abartılmasına rağmen plasenta previa, plasenta akreata, uterin rüptür, kanama ve enfeksiyon ve pelvik organların hasarı birbirini izleyen sezaryen sayısı ile artar. Peripartum histerektomi, şok, kanama, anne ve bebek ölümü uterin rüptürden kaynaklanan komplikasyonlardır (29). Geçmişte var olan, hekimin hasta için en doğru olan yaklaşımı belirlemesi, bilgi ve becerisini bu yönde kullanması, bir babanın çocuğuna gösterdiği gibi bir sahiplenme göstermesi ve onun yerine kararlar alması şeklindeki paternalistik yaklaşım, yerini hasta merkezli yaklaşıma bırakmıştır. Çünkü hasta/insan kendisiyle ilgili konularda, kendi değerlerine dayanarak kararlar veren ve bu kararlar doğrultusunda uygulamalarda bulunan özerk bir varlıktır (92, 93). Özerk bir varlık olarak ele alınan insanın bağımsız kararlar alıp uygulamalar yapabilmesi için, içinde bulunduğu durumla ilgili bilgiye sahip olması gerekir. Bilgilendirme yalnız bilgi verme olarak anlaşılmamalıdır. Bu nedenle bilgilendirme yerine aydınlatma terimi kullanılmaktadır. Aydınlatma, aktarılan bilgilerin anlaşılır olmasını ve hastanın hastalığı ile ilgili seçeneklere katılımını kapsamaktadır. Aydınlatma, hastaların durumları ile ilgili tıbbi gerçekleri, önerilen tıbbi girişimleri ve her bir girişimin

potansiyel risk ve yararlarını, önerilen girişimlerin alternatiflerini, tedavinin yapılmamasının sonuçlarını, tanı, prognoz ve tedavinin gidişi ile ilgili konuları içerecek şekilde sağlık durumları hakkında tam olarak bilgilendirilmelerini kapsamaktadır. Bilgilendirme hastanın anayasa teminatı altında olan “kendi geleceğini bizzat belirleme hakkının” somutlaşmasına hizmet eder (92, 93, 94). Onam, anlaşma ve bir işi kabul etme anlamına gelen rızadır. Cerrahi müdahale de hukuk açısından yaralama olarak nitelendirildiği için özellikle cerrahi müdahalelerde bilgilendirilmiş onam daha da önem kazanmaktadır. Burada ret de söz konusu olabilir. Kadınlar mantıklı olan ya da olmayan nedenlerle ya da nedensiz medikal öneri ya da tedaviyi, sonuç fetüsün ya da kendisinin ölmesine ya da yaralanmasına neden olsa bile reddetmekte özgürdür (95). T.C. Anayasa’sının 17. maddesinde “tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz” denmektedir. Bu anlamda yalnızca cerrahi girişimlerde ve araştırmalarda değil hastaya uygulanan tüm tıbbi ve hemşirelik uygulamalarından önce hastanın bilinçli onayı alınmalıdır. Gerçek anlamda bilgilendirilmiş onamın alınması kolay değildir. Hastalar sıklıkla tedavi ve uygulama için onay verirler ancak sonuçlar şaşırtıcı olabilir. Elektif sezaryen de böyle bir durumdur. Onay sürecinde nadiren sezaryenin uzun dönem etkileri ve ciddi komplikasyonları tartışılır. Bu nedenle ‘gebe sezaryen ve vajinal doğumların ölüm riskini bilseydi hangisini seçerdi?’ sorusu tartışılabilir (96). Etik alanındaki bazı uzmanlar da kadın-doğum uzmanlarının bilgilendirilmiş onam için kadına yeterince bilgi vermeyeceklerini, çünkü elektif sezaryenin kazançta artma, hasta için harcanan zamanda azalma, programlamada uygunluk, tıbbi-kanuni sorumlulukta azalma sağlaması nedeniyle kesin olarak doktora yararı olduğuna işaret etmektedirler. Bu nedenle verilen onayın yazılı hale dönüştürülmesi hem hasta, hem de sağlık personeli için yasal güvencedir. Ancak verilen onayın geçerli olabilmesi için hastanın onay verdiği konuda bilgilendirilmiş olması gerekmektedir. Pratik uygulamada kullanılan, 1219 sayılı yasanın 70. Maddesine dayanılarak hazırlanmış bir formun imzalatılması hastanın bilgilendirilmiş olduğu anlamına gelmez. Hasta etraflı olarak bilgilendirilirse, bilgilendirme esnasında söylenenleri tam olarak anlarsa, hiçbir baskı altında kalmadan kendi iradesi ile hareket ederse, bu esnada yeterliliği varsa ve tıbbi girişime onay veriyorsa bilgilendirilmiş onamdan söz

edilebilir. Hastanın iradesini beyan etmesinin mümkün olmadığı ve acilen tıbbi girişim yapılması gerektiği durumlarda, daha önceden bu girişimi reddettiğini gösteren bir açıklaması yoksa hastanın onayı varsayılarak girişim yapılabilir. Hastanın yasal temsilcisinin onayının gerektiği ve önerilen girişimin acil olduğu durumlarda eğer temsilcinin onayı zamanında alınamıyorsa tıbbi girişim yapılabilir. Annenin isteği üzerine sezaryen uygulanması etik bir ikilemdir. ACOG'un düşüncesine göre eğer doktor sonuçta sağlığı ilerleteceğine, anne ve fetüsün vajinal doğuma göre daha rahat olacağına inanırsa sezaryen uygulanmasında etik olarak sakınca yoktur. ACOG'un bu görüşü elektif sezaryende hasta seçimini kabul eden doktorları destekler niteliktedir. Danimarkalı doğum uzmanlarının %37,6'sı uygulamada seçimin, kadının hakkı olduğu görüşünde olduklarını göstermektedir. Eğer kadın sezaryeni isterse fakat medikal bir endikasyon olmadığı için bu istek reddedilirse zorunlu olarak vajinal doğum yapmasını söylemek doğru mudur? Bu bir ikilem yaratmaktadır. Gebelik, hastalık değildir. Birçok kadın gebelik, doğum ve doğum sonunda herhangi bir medikal ve cerrahi tedaviye gereksinim duymaz. Kadın ve eşi gebeliğin sonucu olan vajinal doğumun sorumluluğunu almalıdır. Bu sorumluluk sağlık profesyonellerinin değildir. Nasıl viral influenzalı bir hasta antibiyotik isteğiyle geldiğinde doktor bunu reddetme hakkına sahipse, sezaryeni de reddetme hakkına sahip olmalıdır. Hastanın seçme hakkı olduğunu söylemek, hastanın istediği her şeyin yerine getirileceği anlamına gelmemelidir. Elektif sezaryenin aşırı kullanımı toplumun büyük bir kesimini tehdit etmektedir. Sezaryen seçimi medikal ve cerrahi tedavinin maliyetini artırmaktadır. Sezaryen bir cerrah, yardım için ikinci bir doktor, anesteziist, hemşire, malzeme, operasyonun uygulanacağı oda, operasyon için kan ve postoperatif daha uzun hastanede kalmayı gerektirmektedir. Eğer sezaryen basite alınarak sık tercih edilen bir operasyon olursa, kaynakların gereksiz kullanımı sonucu sağlık bakımını sürdürmek için gerekli kaynaklarda azalma olacaktır. Örneğin, Brezilya'da sezaryen oranı %100 olan hastaneler vardır ve bu durum ülkenin sınırlı kaynakları üzerine büyük bir mali yük oluşturmaktadır. Daha kötüsü maternal mortalite sezaryen oranının yüksek olduğu bu bölgelerde artmaktadır (97). Elektif sezaryeni isteyen hastanın doktoru, hastanın hikayesini gözden geçirmeli ve bu isteğin nedenlerini tartışmalı (önceki negatif deneyimler, korku, post travmatik stres hastalığı, uygun bilgilenmeme, vb.), doğum

eyleminde normalin ne olduğu, spontan doğum, elektif indüksiyon ve elektif sezaryen gibi var olan seçeneklerin risklerini ve yararlarını açıklamalı, hastanın bilgisini değerlendirmelidir. Vajinal doğum ve sezaryenin kısa ve uzun dönem etkileri kadının bireysel üreme hikayesi ve gelecek doğum planları hakkında tartışılmalıdır. Elektif sezaryen ile ilişkili ciddi kanıtlar değerlendirilip, sezaryen doğum oranlarının önüne geçme, sezaryenden sonra vajinal doğum ve elektif sezaryen ile ilişkili bilgi verilmelidir. Doktorlar, ebeler ve hemşireler ulaşılabilir bilgiye dayalı tam ve doğru önerilerde bulunmalı, ancak asla zorlayıcı olmamalıdır. Eğer tartışmadan sonra kadın hala sezaryen doğumu isterse, ona seçme hakkı verilmeli, hatta gerekirse başka bir doktora yönlendirilmelidir (98).

2.11. Sezaryen Avantaj ve Dezavantajları

Sezaryen acil endikasyonlarla uygulandığında anne ve bebek için hayat kurtarıcı bir operasyon olmasına rağmen, perinatal morbidite ve mortaliteye etkisi kanıtlanamamıştır. O'Driscoll ve Foley'in bir çalışmasında 24.000 doğum ve %5,1 sezaryen oranı olan ve 22.000 doğum ve % 17,8 sezaryen oranına sahip iki hastane verileri karşılaştırıldığında sezaryen oranları arasında belirgin fark (%12,7) olmasına rağmen perinatal morbidite ve mortalite açısından hiçbir fark gözlenmemiştir (99). Sezaryenin acil vakalar ve kesin endikasyonlar haricinde doğum zamanını belirlemek ve doğum süresini kısaltmak dışında belirgin bir avantajı yoktur. Li-Feng Zhou ve ark. bir çalışmasında düşük riskli gebeliklerde uygulanan sezaryenin bebeklerde herhangi bir faydası gösterilememiştir (100). Bunun yanında neonatal komplikasyonlar ve morbidite açısından fark gözlenmemiştir. Sezaryen olgularında bebek ishal vakalarında 1,25 kat artış meydana gelmiştir. Dünyada sezaryene ait anne ölümü oranı 8.23/100.000 (1/1000) civarındadır. Bu ölümlerin % 25 kadarı anestezi komplikasyonu sonucudur. Yanlış cerrahi teknik, yanlış uygulanan anestezi, hemostazın sağlanamaması, yetersiz kan replasmanı, yanlış grup kan transfüzyonu, enfeksiyon tedavisinin uygun olmayışı gibi sebepler anne ölümlerinin başlıca sebeplerini oluşturmaktadır. Normal vajinal doğuma oranla 4,9 kat artmış risk söz konusudur. Elektif sezaryende 2,3 kat, acil sezaryende ise 12 kat artmış anne ölüm riski söz konudur (101).

2.11.1. Plasenta yerleşim anormalliklerinde artma:

Önceden sezaryen geçirmiş kişilerde, sonraki gebeliklerde anne ve fetüsün sağlık ve yaşamını tehlikeye sokan plasenta previa, plasentanın morbid yapışıklığı ve ayrılmaya neden olabilen plasentanın anormal yerleşmesi gibi ciddi plasental anomalilerin görülme olasılığı daha yüksektir. Sezaryenden sonraki gebeliklerde plasenta previa olma riski %2,6 kez daha olasıdır ve her gebelikte bu risk daha da artar. Plasenta previası olan ancak daha önce sezaryen geçirmemiş hastalarda plasenta akreata gelişme olasılığı %4,5 iken, sezaryen geçirmiş ve plasenta previası olan kadınlarda bu risk %24-38 olarak bulunmuştur (88). Plasenta akreata için bağımsız risk faktörleri plasenta previa, ileri anne yaşı ve önceki sezaryen doğumlardır. Her sezaryen ameliyatı ile plasental anomali riski biraz daha artmaktadır ve bu tür komplikasyonlar sonraki gebeliklerde histerektomi gerektiren hemorajiye neden olabilirler (91, 96, 102, 103, 104, 105). Yapılan bir çalışmada, beşinci sezaryenini geçiren plasenta previalı kadınların %50'inde plasenta akreata saptanmış ve plasenta akreata, multiple sezaryenli hastaların %75'i için sezaryen histerektomi endikasyonu olduğu belirtilmiştir (103).

2.11.2. Düşük, ektopik gebelik ve infertilite riskinde artma

Sezaryen, düşük ve ektopik gebelik oluşumunda etkili olduğu kadar sekonder infertilite gibi kadının fertilitesi üzerinde de negatif bir etkiye sahiptir (88, 102). İlk sezaryende majör uterin damarların yanlışlıkla bağlanması, sonraki gebelikte uterin kan akımını engelleyebilir ve infertiliteye sebep olabilir. Önceki sezaryen skarında ektopik gebelik gelişimi, ektopik gebeliklerin en nadir çeşitlerinden biridir ve bazen termde doğumla sonuçlanan servikoistmik implantasyondan ayırt edilmelidir. Önceki sezaryen skarında gelişen gebeliğin en büyük riski acil histerektomi gerektiren hemoraji ve uterin rüptürdür (106). Önceden sezaryenle doğum yapmış kadınların sonraki gebeliklerindeki açıklanamayan ölü doğum riski iki kattan daha fazladır (88).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma öncesi Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'na başvurularak onay alındı (Etik kurul numarası:202).

Çalışmamızda 01.01.2013 ile 31.12.2013 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine başvuran ve daha önce en az bir kez sezaryen öyküsü olan olgular retrospektif olarak doğum defteri kayıtlarından taranarak değerlendirildi. Bu tarihler arasında hastanemizde toplam 2166 doğum olmuştur. Hastaların 539'u normal vajinal doğum, 1627'si sezaryenle doğum yapmıştır. Tekrarlayan sezaryen endikasyonu ile 653 hasta, diğer endikasyonlarla 974 hasta sezaryene alınmıştır. Tekrarlayan sezaryen olgularının 18'i çalışma dışı bırakıldı. Bu olgular çoğul gebelik ya da verilerine ulaşılamayan hastalardan oluşmaktaydı. Çalışmaya alınan 635 hasta iki gruba ayrıldı. Daha önce bir ve iki kez sezaryen geçiren hastalar birinci grup (318 hasta), üç kez ve daha fazla sezaryen geçiren hastalar ikinci grup (317 hasta) olarak ayrıldı. Yirmidördüncü gebelik haftasından önce histeretomi yapılan hastalar çalışmaya alınmadı. Dış merkezlerde operasyona alınan ve herhangi bir nedenle hastanemize sevk edilen hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Olguların ad, soyad, yaş, protokol numarası, gravida, parite, abortus, yaşayan sayısı, önceki sezaryen sayısı, geçirilmiş batin operasyonu, gebelik haftası, prezentasyon, bebeğin canlı olup olmadığı, plasenta yerleşimi, plasenta invazyon anomalisi, doğum ağırlığı, cinsiyet, 1. ve 5. dakika apgar skoru, kan grubu, yenidoğan yoğun bakıma yatış, intraoperatif komplikasyon, ileri cerrahi müdahaleler, kan transfüzyonu, masif kanama, uterin rüptür, hastanede kalış süresi, maternal yoğun bakım ihtiyacı, deneyimli uzman konsültasyonu, preoperatif ve postoperatif hemogram değerleri, tüp ligasyonu, ek hastalıklar, anestezi şekli hastane arşiv dosyalarından ve elektronik arşiv veri tabanından ulaşıldı.

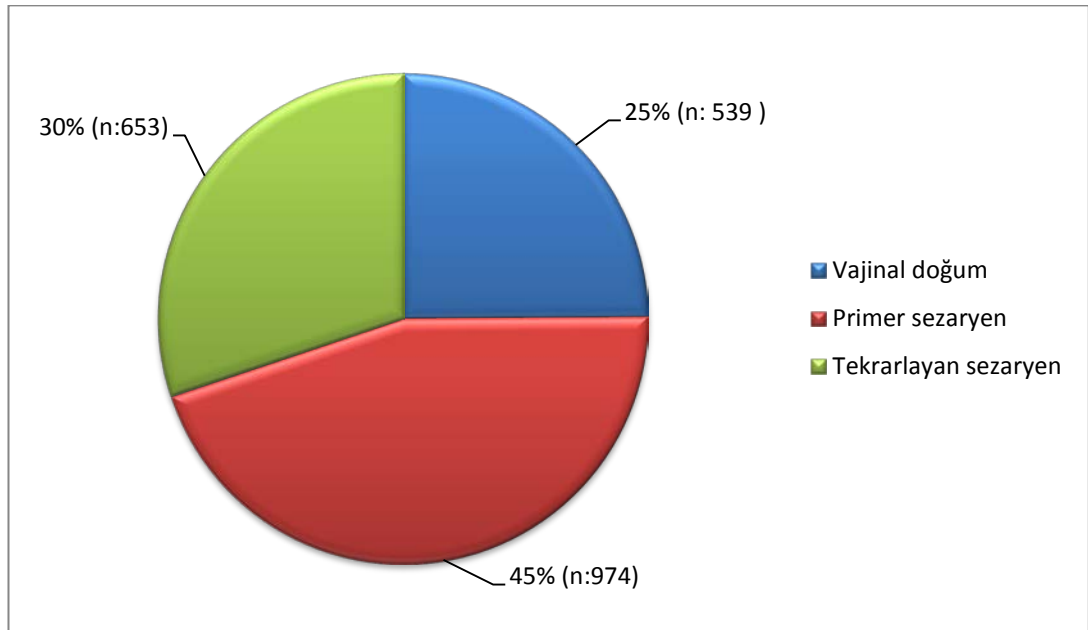
İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS 15.0 for Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programı kullanılarak yapıldı. Sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama ve standart sapma (SD) değerleri ile gösterildi. Kesikli değişkenler çapraz

tablolar haline dönüştürülerek Fisher Exact Khi-Kare testi ile analiz edildi. Verilerin normal dağılımı varsayımı Kolmogorov-Smirnov testi ile test edildi. Değişkenlere ait ortalama değerler Eşleştirilmiş Student's t testi ile analiz edildi. Hipotezler çift yönlü olup, $p<0,05$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmamız 01.01.2013- 31.12.2013 tarihleri arasında Dicle Üniversitesi Tıp fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine başvuran hastalar üzerinde yapıldı. Bu tarihler arasında kliniğimizde toplam 2166 doğum olmuştur. Hastaların 539'u (%25) normal vajinal doğum, 1627'si (%75) sezaryenle doğum yapmıştır. Tekrarlayan sezaryen endikasyonu ile 653 hasta (%30), diğer endikasyonlarla 974 hasta (%45) sezaryene alınmıştır. Kliniğimizdeki doğum oranları şekil 8'de gösterilmiştir.



Şekil 8. Vajinal doğum, primer sezaryen ve tekrarlayan sezaryen oranları

Çalışma popülasyonunda en küçük yaş 18, en büyük yaş 51 olarak gözlemlendi. Yaş, gravida ve parite ikinci grupta daha yüksek bulundu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,05$). Hastaların diğer demografik verileri tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Hastalara ait demografik veriler

	Grup 1 318	Grup 2 317	p	Toplam 635	
	Mean-SD	Mean-SD		Mean-SD	Min- Max
Yaş	30,67±5,25	32,10±5,07	<0,001	31,38±5,21	18-51
Gravida	4,21±2,19	5,32±1,61	<0,001	4,77±2,00	2-18
Parite	2,55±1,77	3,70±1,12	<0,001	3,12±1,58	1-10
Abortus	0,67±1,29	0,62±0,92	0,564	0,65±1,12	0-15
Yaşayan	2,28±1,55	3,43±1,04	<0,001	2,86±1,44	0-10
Gebelik haftası	36,95±3,07	36,59±1,99	0,080	36,77±2,59	25-40
Önceki sezaryen sayısı	1,41±0,49	3,21±0,44	<0,001	2,31±1,01	1-5
Önceki batin operasyonu	1,04±0,22	1,04±0,19	0,856	1,04±0,21	1-3

Hastaların önceki sezaryen sayıları 1 ile 5 arasında değişmektedir. 189 hasta 1 kez, 129 hasta 2 kez, 253 hasta 3 kez, 60 hasta 4 kez ve 4 hasta 5 kez sezaryen olmuştur. Önceki sezaryen sayıları tablo 3’te gösterilmiştir.

Tablo 3. Önceki sezaryen sayıları

Önceki sezaryen sayısı		Hasta sayısı	%
Grup 1 (318)	1	189	29,8
	2	129	20,3
Grup 2 (317)	3	253	39,8
	4	60	9,4
	5	4	0,6
Toplam		635	100,0

Çalışmamızda, hastalar gebelik haftasına göre 24-28 hafta, 29-32 hafta, 33-36 hafta, 37-39 hafta ve 40 hafta ve üzeri şeklinde beş gruba ayrıldı. En sık 37-39 hafta

arasında (%61) doğum gerçekleşirken, en az 24-28 hafta (%2) arasında doğum gerçekleşmiştir. Gebelik haftalarına göre doğum oranlarının karşılaştırılması tablo 4’te ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

Tablo 4. Hastaların gebelik haftasına göre gruplandırılması

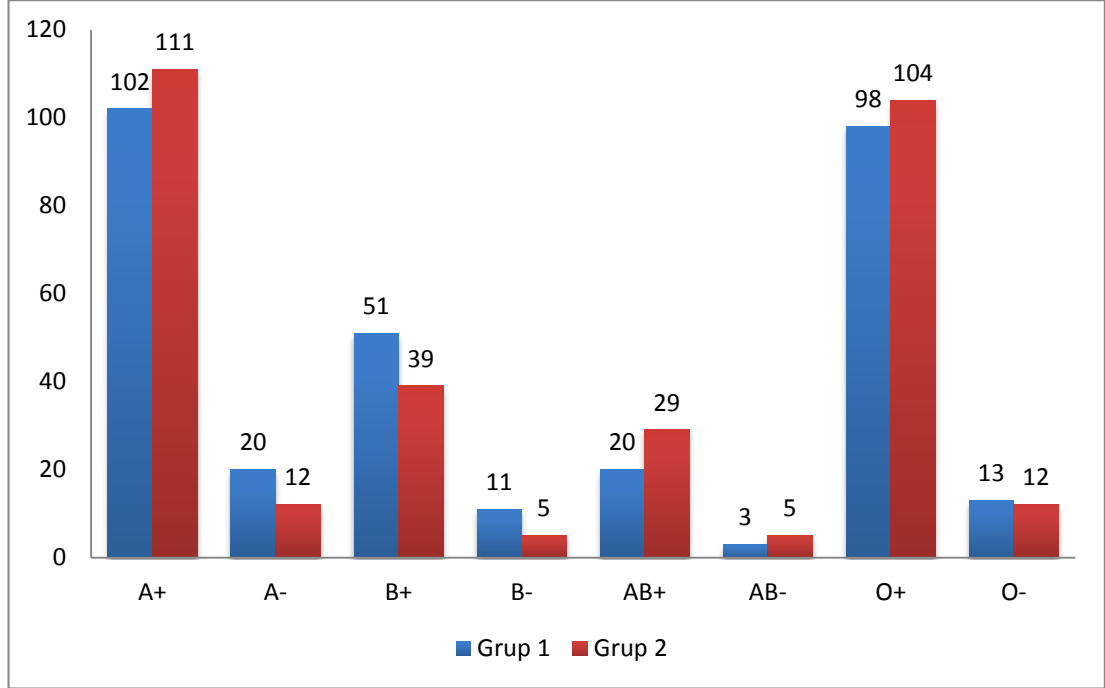
Gebelik haftası	Grup1	Grup 2	Toplam	P
24-28 hafta arası	10	3	13	0,051
29-32 hafta arası	23	12	35	0,202
33-36 hafta arası	38	117	155	0,010
37-39 hafta arası	208	181	389	<0,001
40 hafta ve üzeri	39	4	43	<0,001
Toplam	318	317	635	

Hastaların preoperatif ve postoperatif platelet değerleri açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Hastaların hemoglobin ve platelet değerlerine ait veriler tablo 5’te gösterilmiştir.

Tablo 5. Hastaların hemoglobin ve platelet değerleri

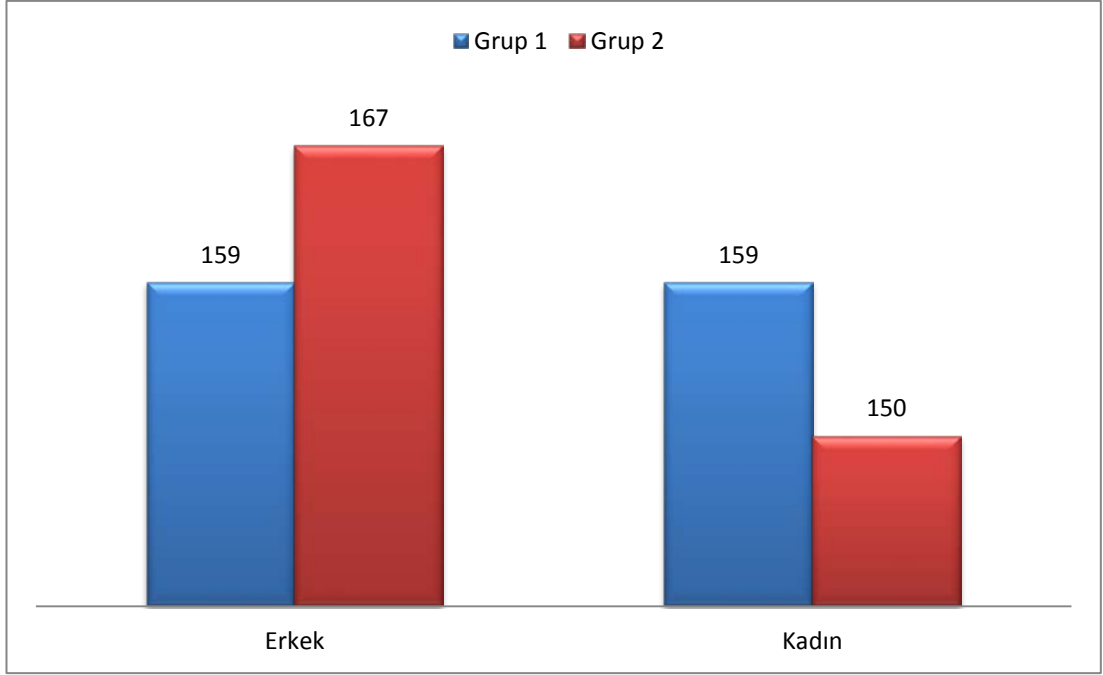
	Grup 1 318	Grup 2 317	p	Toplam 635	
	Mean-SD	Mean-SD		Mean-SD	Min-Max
Preoperatif hemoglobin	11,80±1,47	11,79±1,27	0,883	11,79±1,37	7-16
Postoperatif Hemoglobin	10,75±5,72	10,38±1,45	0,264	10,56±4,17	6-14
Preoperatif platelet	250,48±79,15	219,67±70,46	0,163	254,01±75,73	22-616
Postoperatif platelet	219,67±70,46	226,98±61,05	0,163	223,32±65,98	42-495

Hastalarda en sık görülen kan grupları %34 oranında A(+) ve %32 oranında O(+) iken, en az görülen kan grupları ise %1,2 oranında AB(-) ve %2,5 oranında B(-) olarak saptandı. Şekil 9’da kan grubu dağılımı gösterilmiştir.



Şekil 9. Hastaların kan grubu dağılımı

Hastaların 326’sı erkek bebek (%51), 309’u kız bebek (%49) doğurmuştur. Birinci gruptaki hastalar eşit sayıda kız (159) ve erkek (159) bebek doğurmuştur. İkinci gruptaki hastalar ise, 150 kız bebek ve 167 erkek bebek doğurmuştur. Bebeklerin cinsiyet dağılımı şekil 10’da gösterilmiştir.



Şekil 10. Bebeklerin cinsiyet dağılımı

Olguların 125'inde eşlik eden hastalıklar saptandı. Bu hastalıklar gebelik öncesi mevcut olan kronik ve sistemik hastalıklar ve gebelik döneminde meydana gelen hastalıklardan oluşmaktadır. Preeklampsi ve HELLP sendromu birinci ve ikinci grupta sırası ile 34 ve 7 hastada saptandı. Pregestasyonel diyabet (PGDM) ve gestasyonel diyabet (GDM) birinci grupta 27 hastada saptanırken, ikinci grupta 6 hastada saptandı. Her iki grupta görülen diğer ek hastalıklar tablo 6'da ayrıntılı olarak karşılaştırıldı.

Tablo 6. Obstetrik ve diğer ek hastalıklar

Eşlik eden hastalıklar	Grup 1	Grup 2	Toplam
Preeklampsi , HELLP	34(%10,7)	7(%2,2)	41(%6,5)
PGDM, GDM	27(%8,5)	6(%1,9)	33(%5,2)
Kardiyak hastalık ve KHT	16(%5)	4(%1,3)	20(%3,1)
Guatr	0(%0)	4(%1,3)	4(%0,6)
ITP	7(%2,2)	2(%0,6)	9(%1,4)
Diğer	11(%3,5)	2(%0,6)	13(%2)
Eşlik eden hastalık yok	223(%70,1)	292(%92,1)	515(%81,1)
Toplam	318(%100)	317(%100)	635(%100)

Diğer : Kemik tümörü, laringeal kitle, sistemik lupus eritematozus (SLE), nefrotik sendrom, astım (3 hasta), epilepsi (2 hasta), kolestaz (4 hasta)

Plasenta previa, plasenta akreata ve uterus rüptürü ikinci grupta daha yüksek sayıda bulunmasına rağmen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Preterm doğum ve yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı ikinci grupta daha yüksek oranlarda tespit edildi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Gebelikle ilişkili komplikasyonlar ve yenidoğan sonuçları ile ilgili diğer veriler veriler Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Gebelikle ilişkili komplikasyonlar ve yenidoğan sonuçları

	Grup 1 n=318	Grup 2 n=317	P
Plasenta previa	19(%6,0)	25(%7,9)	0,343
Plasenta akreata	13(%4,0)	20(%6,3)	0,207
Uterus rüptürü	3(%0,9)	5(%1,6)	0,505
Malprezentasyon	49(%15,4)	36(%11,4)	0,134
Preterm doğum	72(%22,6)	133(%42)	<0,001
Yeni doğan yoğun bakım	40(%12,6)	62(%20)	0,017
Doğum ağırlığı (gram)	2865±785	2948±531	0,118
Apgar 1.dakika	6,14±1,86	6,75±1,68	<0,001
5.dakika	8,06±1,85	8,48±1,30	

Operasyon sırasında görülen komplikasyonlar karşılaştırıldığında; ikinci grupta üç olguda mesane yaralanması, bir olguda bağırsak yaralanması ve bir olguda üreter ile birlikte mesane yaralanması saptandı. Birinci grupta mesane, üreter ve bağırsak yaralanması saptanmadı. Kan transfüzyonu, masif kanama, maternal yoğun bakım ve hastanede ortalama yatış süresi, ikinci grupta birinci gruba göre daha yüksek bulundu. Maternal yoğun bakım ihtiyacı ve hastanede yatış süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Maternal komplikasyonlar tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Maternal komplikasyonlar

Komplikasyon	Grup 1 (318)	Grup 2 (317)	p
Mesane yaralanması	0(%0)	3(%0,9)	-
Bağırsak yaralanması	0(%0)	1(%0,3)	-
Üreter ve mesane yaralanması	0(%0)	1(%0,3)	-
Kan transfüzyonu	17(%5,3)	25(%8)	0,198
Masif kanama >1500 ml	5(%1,6)	8(%2,5)	0,397
Maternal yoğun bakım ihtiyacı	3(%0,9)	14*(%4,4)	0,007
Hastanede yatış süresi (gün)	2,21±0,63	2,44±1,49	0,016
* mekanik ventilatör ihtiyacı 2 hasta			

Kanamamanın kontrol edilmesi için her iki grupta bazı ileri cerrahi yöntemler yapılmıştır. Balon tamponad, uterin arter ligasyonu, kompresyon suturu, hipogastik arter ligasyonu ve sezaryen histerektomi gibi ileri cerrahi yöntemler ikinci grupta daha yüksek oranlarda bulundu. Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). İleri cerrahi yöntemler ile ilgili veriler tablo 9'da gösterilmiştir.

Tablo 9. İleri cerrahi yöntemler

ileri cerrahi yöntemler	Grup 1 (318)	Grup 2 (317)	P
Balon tamponad	11(%3,4)	17(%5,3)	0,243
Kompresyon suturu	14(%4,4)	19(%6)	0,366
Uterin arter ligasyonu	6(%1,9)	13(%4,1)	0,102
Hipogastrik arter ligasyonu	4(%1,3)	6(%1,9)	0,545
Sezaryen histerektomi	0(%0)	3(%0,9)	0,082

Çalışmamızda 635 hastanın 44'ünde (%7) plasenta previa tespit edildi. Plasenta previa olan hastalarda plasenta akreata, masif kanama, kan transfüzyonu, histerektomi, maternal yoğun bakım ihtiyacı, hastanede yatış süresi, yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı gibi maternal ve neonatal komplikasyonlar, plasenta previa olmayan hastalara göre çok daha yüksek olduğu bulundu ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,01$). Plasenta previa ile ilişkili komplikasyonlara ait veriler tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Plasenta previa ile ilişkili komplikasyonlar

Komplikasyon	Plasenta previa Yok n=591	Plasenta previa Var n=44	P
Plasenta akreata	3(%0,5)	30(%68)	<0,001
Masif kanama	1(%0,1)	12(%27,2)	<0,001
Transfüzyon	13(%2,1)	29(%65)	<0,001
Sezaryen histerektomi	0(%0)	3(%6,8)	<0,001
Maternal yoğun bakım	7(%1,1)	10(%22,7)	<0,001
Hospitalizasyon süresi	2,17±0,56	4,43±3,21	<0,001
Preterm doğum	189(%32)	16(%36)	0,548
Yenidoğan yoğun bakım	87(%14,7)	15(%34)	<0,001

Plasenta previa hastalarında balon tamponad, kompresyon suturu, uterin arter ligasyonu, hipogastrik arter ligasyonu ve sezaryen histerektomi gibi ileri cerrahi müdahaleler, plasenta previa olmayan hastalara göre çok daha sık yapıldığı bulundu ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,01$). İleri cerrahi yöntemlere ait veriler tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11. İleri cerrahi yöntemler ile plasenta previa ilişkisi

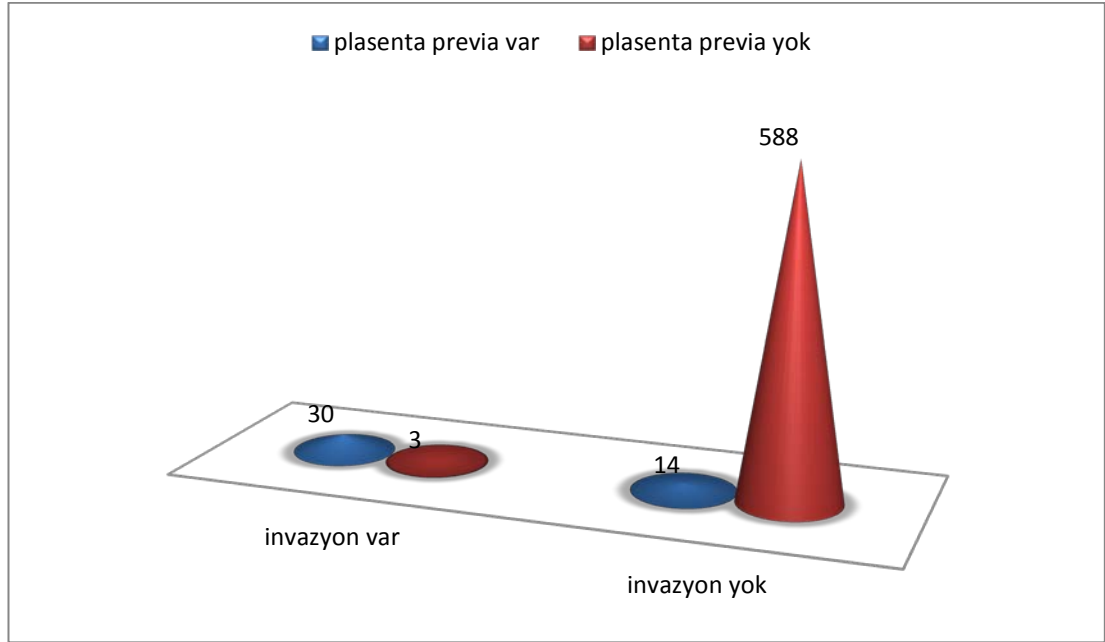
İleri cerrahi yöntemleri	Plasenta previa Yok n=591	Plasenta previa Var n=44	P
Balon tamponad	2(%0,3)	26(%59,1)	<0,001
Kompresyon suturu	5(%0,85)	28(%63,6)	<0,001
Uterin arter ligasyonu	4(%0,68)	15(%34,1)	<0,001
Hipogastrik arter ligasyonu	0(%0)	10(22,7)	<0,001
Histerektomi	0(%0)	3(%6,8)	<0,001

Plasenta previa tespit edilen ve edilmeyen hastaların yaş ortalaması sırası ile $32,89 \pm 4,83$ ve $31,27 \pm 5,22$ olarak bulundu. Yaş açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (0,047). Parite plasenta previa hastalarında $3,80 \pm 2,03$ ve plasenta previa olmayan hastalarda $3,07 \pm 1,54$ olarak bulundu. Parite açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0,001$). Erkek cinsiyet plasenta previa hastalarında %57 ve plasenta previa olmayan hastalarda %51 olarak bulundu. Erkek cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (0,451).

Tablo 12. Plasenta previa ile yaş, parite ve erkek cinsiyet ilişkisi

	Plasenta previa Yok n=591	Plasenta previa Var n=44	P
Yaş	$31,27 \pm 5,22$	$32,89 \pm 4,83$	0,047
Parite	$3,07 \pm 1,54$	$3,80 \pm 2,03$	<0,001
Erkek cinsiyet	301(%51)	25(%57)	0,451

Plasenta previa ile plasenta akreata arasındaki ilişki şekil 11’de gösterilmiştir.



Şekil 11. Plasenta previa ile plasenta akreata ilişkisi

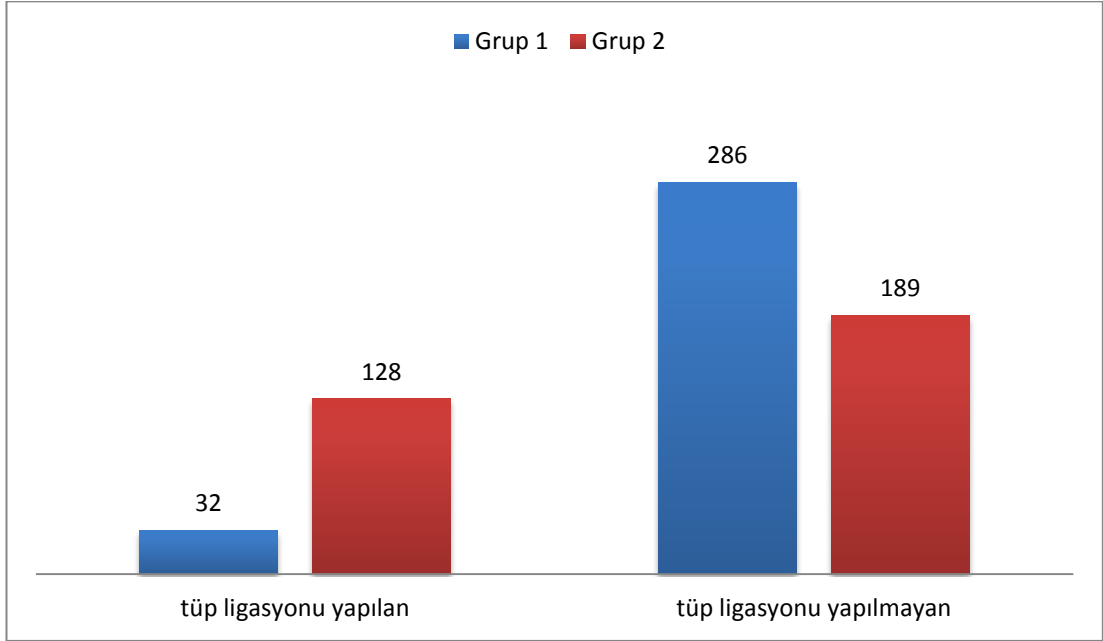
Deneyimli uzman konsültasyonu birinci grupta 19 hastaya (%6) istenirken ikinci grupta 81 hastaya (%25,6) istenmiştir. Deneyimli uzman konsültasyonu birinci grupta plasenta previa ve akreata hastalarına istenirken, ikinci grupta plasenta previa, plasenta akreata ve beşinci kez ve üzerinde sezaryen geçiren hastalar için istenmiştir. Gruplar arasında deneyimli uzman konsültasyonu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,001$).

Tablo 13. Deneyimli uzman konsültasyonu

	Grup 1	Grup 2	Toplam	P
Evet	19(%6)	81(%25,6)	100(%15,7)	<0,001
Hayır	299(%94)	236(%74,4)	535(%84,3)	
Toplam	318(%100)	317(%100)	635(%100)	

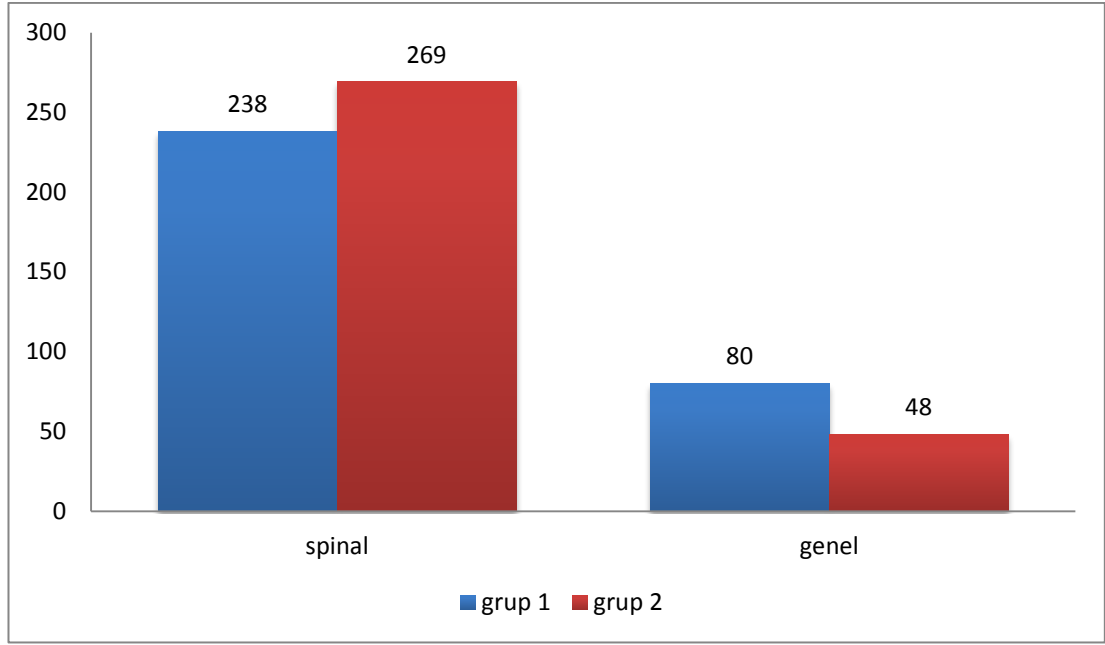
Bilateral tubal ligasyon birinci grupta 32 hastaya (%10) uygulanırken, ikinci grupta 128 hastaya (%40) uygulanmıştır. Bilateral tüp ligasyonu açısından gruplar

arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). Hastaların tüp ligasyon oranları şekil 12’de gösterilmiştir.



Şekil 12. Tüp ligasyon oranları

Birinci grupta 238 hastaya (%75) spinal anestezi, 80 hastaya (%25) genel anestezi uygulanırken, ikinci grupta 269 hastaya (%85) spinal anestezi, 48 hastaya (%15) genel anestezi uygulanmıştır. Gruplar arasında anestezi tipleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,002$). Hastaların anestezi tipleri şekil’13 te gösterilmiştir.



Şekil 13. Anestezi tipleri

5. TARTIŞMA

Sezaryen doğum canlı fetüs, plasenta ve membranların karın ön duvarı ve uterusu yapılan kesi ile doğurtulmasıdır. Sezaryen sıklığı dünyada ülkeler, şehirler ve hatta hastaneler arasında belirgin farklılıklar gösterir. Tüm dünyada varılan ortak nokta, sezaryen oranının önlenemez biçimde yükselişte olduğudur. Sezaryen oranı, özellikle gelişmiş ülkelerde 1970’li yıllardan itibaren ciddi bir artış trendi içerisinde. Geçmişte anne ve bebek için hayat kurtarıcı son seçenek olarak kadın hastalıkları ve doğum alanında çığır açan sezaryen, günümüzde giderek yaygınlaşarak toplum, hekim, aile ve anne adayı tarafından doğumun kısa sürede sonlanmasını ve zamanlamasını sağlayan konforlu bir doğum şekliymiş gibi doğru olmayan bir biçimde algılanmaya başlanmıştır. Bu durum sezaryeni komplikasyonları, maliyeti ve sonraki doğumlara olumsuz etkisi ile tartışılması gereken toplumsal bir sorun haline getirmiştir (7, 20).

Çalışmamızda, tersiyer bir merkez olan hastanemizde, son bir yıl içinde tekrarlayan sezaryen nedeni ile başvuran hastalar değerlendirildi. Anne ve bebeğin verileri incelenerek sonuçlar her iki grup arasında karşılaştırıldı. Sezaryen oranı hastanemizde %75 ve tekrarlayan sezaryen oranı % 30 olarak bulundu. Çalışmamıza benzer olarak, Türkiye’ de 2012 yılında üçüncü basamak hastanelerde sezaryen oranı % 62,6 ve tekrarlayan sezaryen oranı %29 olarak bulunmuştur (26).

Yapılan bir çalışma, kadınların sezaryen sonrası vajinal doğumdan ziyade, tekrar elektif sezaryen olmaları gerektiğini tavsiye ediyor. Bu durumun anne ve bebek için hayatı tehlike altına sokan uterin rüptür riskini azalttığı düşünülüyor (107).

Tekrarlayan sezaryenin maternal mortaliteye sebep olabilen, mesane yaralanması, üreter yaralanması, bağırsak yaralanması, enfeksiyon, kanama, tromboz ve uterus rüptürü gibi riskleri vardır (3). Tekrarlayan sezaryenler plasenta previa, plasenta akreata ve peripartum histerektomi ile ilişkilendirilmiştir (4). Ama maalesef bir kadının ciddi komplikasyonlar olmadan geçirebileceği maksimum sezaryen operasyon sayısını söyleyebilen bir rehber yoktur (108). Sezaryen ile doğan bebekler daha çok solunum sıkıntısı çekme eğilimindedir ve daha çok yenidoğan yoğun bakım ünitelerine ihtiyaç duymaktadır (5).

Çalışmamızda, hastalar gebelik haftasına göre 24-28 hafta, 29-32 hafta, 33-36 hafta, 37-39 hafta ve 40 hafta ve üzeri şeklinde beş gruba ayrıldı. En sık 37-39 hafta arasında (%61) doğum gerçekleştirilirken, en az 24-28 hafta (%2) ile 29-32 hafta (%5,7) arasında doğum gerçekleştirilmiştir. 24-28 hafta ve 29-32 hafta arasında sezaryene alınan hastaların büyük çoğunluğu birinci grupta olup, bu hastalar daha çok preeklampsi ve HELLP nedeni ile erken doğurtulmuştur.

Hastanemiz geniş bir bölgede tek tersiyer merkez olduğundan preeklampsi, eklampsi, HELLP, kardiyak hastalık, diyabet, ITP gibi ek hastalıkları tespit edilen olgular hastanemize refere edilmektedir. Çalışmamızda ek hastalıklar açısından gruplar karşılaştırıldığında, birinci grupta preeklampsi ve HELLP 34 hastada (%10,7) saptanırken, ikinci grupta 7 hastada (%2,2) saptandı. Kardiyak hastalık ve kronik hipertansiyon birinci grupta 16 hastada (%5) bulunurken, ikinci grupta 4 hastada (%1,3) bulundu. Yine pregestasyonel diyabet ve gestasyonel diyabet birinci grupta 27 hastada (%8,5) bulunurken, ikinci grupta 6 hastada (%1,9) bulundu. Ek hastalıklar ikinci gruba oranla birinci grupta daha yüksek bulunmuştur. Ek hastalıklar nedeni ile erken doğum kararı alınan hasta sayısı da, birinci grupta daha yüksek bulundu. Bunun sonucu olarak ta, birinci grupta doğum ağırlığı, birinci dakika apgar ve beşinci dakika apgar skorları ikinci gruba göre daha düşük bulundu. Birinci grubun ortalama doğum ağırlığı 2865 ± 785 gram iken, ikinci grubun ortalama doğum ağırlığı 2948 ± 531 gram olarak bulundu. Birinci grubun ortalama birinci ve beşinci dakika apgar skoru $6,14 \pm 1,86$ ve $8,06 \pm 1,85$ iken, ikinci grubun ortalama birinci ve beşinci dakika apgar skoru $6,75 \pm 1,68$ ve $8,48 \pm 1,30$ olarak bulundu. Doğum ağırlığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p=0,118$), apgar skorları açısından gruplar arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,001$).

Çalışmamızda, ikinci grupta üç hastada (%0,9) mesane yaralanması, bir hastada (%0,3) bağırsak yaralanması ve bir hastada (%0,3) üreter ve mesane yaralanması olduğu tespit edildi. Birinci grupta ise hiçbir hastada bu komplikasyonlara rastlanılmadı. Bu komplikasyonlar, yapılan başka çalışmalarda da benzer oranlarda bildirilmiştir. Dört ve daha fazla sezaryen geçiren 115 hastanın dahil edildiği bir çalışmada mesane yaralanması %1,7 oranında ve bağırsak yaralanması %0,86 oranında bulunmuştur (108). Yine başka bir çalışmada dört ve

daha fazla sezaryen geçiren 312 hastada mesane yaralanması %0,3 oranında ve bağırsak yaralanması %0,3 bulunmuştur (109).

Birinci grupta kan transfüzyonu %5,3 ve ikinci grupta %8 oranında saptandı. Masif kanama birinci grup ve ikinci grupta sırası ile %1,6 ve %2,5 oranında bulundu. Masif kanama ve kan transfüzyonu ikinci grupta daha fazla bulunmasına rağmen, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Yoğun bakım ihtiyacı, birinci ve ikinci grupta sırası ile %0,9 ve %4,4 oranında bulundu. Hastanede ortalama yatış süresi birinci grupta $2,21\pm0,63$ gün ve ikinci grupta $2,44\pm1,49$ gün olarak bulundu. Yoğun bakım ihtiyacı ve hastanede ortalama yatış süresi, ikinci grupta daha fazla bulundu ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Yapılan çalışmalarda, bu komplikasyonlar, farklı oranlarda bildirilmiştir. Cook ve ark. tarafından, beş ve daha fazla sezaryen geçiren hastalarda, kan transfüzyonu %17, masif kanama %18, yoğun bakım ihtiyacı %13 olarak bildirilmiştir (6). Qublan ve ark. tarafından, dört ve daha fazla sezaryen geçiren hastalarda, kan transfüzyonu %8,3 ve hastanede yatış süresi $3,0\pm0,6$ gün olarak bildirilmiştir (109). Sobande ve ark. ise dört ve daha fazla sezaryen geçiren 115 hastada kan transfüzyonunu %3,4 ve hastanede yatış süresini $6,8\pm2,0$ gün olarak bildirmişlerdir (108).

Birinci ve ikinci grupta sırası ile plasenta previa %6 ve %7,9 olarak saptanırken, plasenta akreata %4 ve %6,3 olarak bulundu. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Yapılan çalışmalarda plasenta previa, plasenta akreata, ve histerektomi oranları farklı şekilde bulunmuştur. Bir çalışmada beşinci kez ve daha fazla sezaryen geçiren hastalarda, plasenta previa %16, plasenta akreata %14, masif doğum kanamaları %18, kan transfüzyonu %17, histerektomi %9, iç kanama %5 ve yoğun bakım ihtiyacı %13 olarak bulunmuştur (6). Başka çalışmalar beş ya da daha fazla sezaryen işlemi olmuş kadınlarda plasenta previa %2 ile %4, plasenta akreata %1 ile %3,5 ve histerektomi %0,8 ile %5 gibi daha düşük oranlarla bildirilmişlerdir (110, 111, 112).

Çalışmamızda 635 hastanın 44 tanesinde plasenta previa saptandı. Plasenta previa tespit edilen hastalarda plasenta akreata %68, masif kanama %27, kan transfüzyonu %65, yoğun bakım ihtiyacı %22 preterm doğum %36, yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı %34, ortalama hastanede yatış süresi $4,43\pm3,21$ gün olarak

bulundu. Plasenta previa olmayan hastalarda ise bu oranlar çok daha düşük olarak tespit edildi ($p<0,05$). Cook ve ark. beş ve daha fazla sezaryen geçiren ve plasenta previa tespit edilen hastalarda, plasenta akreata %73 olarak saptanmıştır. Bu kadınların büyük çoğunluğu kan transfüzyonuna ihtiyaç duyduğu, yaklaşık % 50'si histerektomi geçirdiği ve 2/3' ü yoğun bakıma ihtiyaç duyduğu bildirilmiştir (6). Çalışmamızda görülüyor ki; maternal ya da neonatal komplikasyonların çoğu, plasenta previa ya da akreatanın olduğu subgruptadır. Plasenta previa ya da akreatanın olmadığı durumlarda, dört ve daha fazla sezaryen geçiren hastaların daha az sayıda sezaryen geçiren hastalara göre kan transfüzyonu ya da yoğun bakım ihtiyacında fark bulunmamıştır (108, 109, 6).

Çalışmamızda uterus rüptürü birinci ve ikinci grupta sırası ile 3 hastada (%0,9) ve 5 hastada (%1,6) tespit edildi. İki grup arasında daha önce yayınlanmış çalışmalarda olduğu gibi uterus rüptürü açısından anlamlı fark saptanmadı. Dört ve daha fazla sezaryen geçiren 312 hastalık bir çalışmada uterus rüptürü %1,3 olarak bulunmuştur (109). Başka bir çalışmada beş kez ve daha fazla sezaryen geçiren hastalar ile daha az sezaryen geçiren hastalarda rüptür oranı %3 ve %1 olarak bulunmuştur (6).

Çalışmamızda, kanamanın kontrol edilmesi amacı ile bazı hastalarda ileri cerrahi müdahaleler uygulandığı gözlemlendi. Birinci grupta balon tamponad 11 hastada (%3,4) saptanırken ikinci grupta 17 hastada (%5,3) saptandı. Kompresyon suturu birinci grupta 14 hastada (%4,4) saptanırken, ikinci grupta 19 hastada (%6) saptandı. Uterin arter ligasyonu birinci ve ikinci grupta sırası ile 6 hastada (%1,9) ve 13 hastada (%4,1) saptandı. Hipogastrik arter ligasyonu birinci ve ikinci grupta sırası ile 4 hastada (%1,3) ve 6 hastada (%1,9) saptandı. Sezaryen histerektomi ikinci grupta 3 hastaya (%0,9) yapılırken birinci grupta sezaryen histerektomi yapılmamıştır. İleri cerrahi müdahaleler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Beş ve daha fazla sezaryen geçiren bir çalışmada kanamanın kontrol edilebilmesi için 9 hastada (%10) ileri cerrahi müdahale yapılmıştır. 8 hastada (%9) histerektomi, 2 hastada (%2) intrauterin balon kateter uygulaması, 2 hastada (%2) uterin packing, karşılaştırma grubundaki bir kadında B-Lynch suture ihtiyacı saptanmıştır. Bu çalışmada yapılan ileri cerrahilerin çoğu plasenta previa ve plasenta akreata olgularında olduğu saptanmıştır (6).

Bizim çalışmamızda da ileri cerrahi müdahalelerin büyük çoğunluğu plasenta previa ya da akreatanın olduğu subgrupta olduğu tespit edildi. Plasenta previa hastalarında balon tamponad 26 hastada (%59,1) saptanırken, plasenta previa olmayanlarda 2 hastada (%0,3) saptandı. Kompresyon suturu plasenta previa olgularında 28 hastada (68,3) saptanırken, previa olmayan olgularda 5 hastada (%0,85) saptandı. Uterin arter ligasyonu plasenta previa olgularında 15 hastada (%34,1) saptanırken, previa olmayan olgularda 4 hastada (%0,68) saptandı. Hipogastrik arter ligasyonu plasenta previa olgularında 10 hastada (%22,7) saptanırken, previa olmayan olgularda saptanmadı. Plasenta previa olgularının 3 tanesine histerektomi yapıldığı saptanırken, plasenta previa olmayan olgularda histerektomi yapılmadığı saptandı. İleri cerrahi yöntemlerin uygulanması açısından plasenta previalı olgular ile plasenta previa olmayan olgular arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$).

Bilateral tubal ligasyon birinci grupta 32 hastaya (%10) uygulanırken, ikinci grupta 128 hastaya (%40) uygulanmıştır. Bilateral tubal ligasyon açısından gruplar arasında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,001$).

Geçirilmiş uterin cerrahi, sigara kullanımı, multiparite, ileri anne yaşı, çoğul gebelik ve erkek cinsiyet plasenta previa için temel risk faktörleridir (41, 42). Çalışmamızda plasenta previa hastalarının yaş ortalaması $32,89\pm4,83$ olarak bulunurken, plasenta previa olmayan hastaların yaş ortalaması $31,27\pm5,22$ olarak bulundu. Yaş açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,047$). Plasenta previa hastalarında ortalama parite sayısı $3,80\pm2,03$ iken previa olmayan hastalarda ortalama parite sayısı $3,07\pm1,54$ olarak bulundu. Parite açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,001$). Plasenta previa hastalarında erkek cinsiyet %57 saptanırken, plasenta previa olmayan hastalarda erkek cinsiyet %51 olarak saptandı. Erkek cinsiyet plasenta previa hastalarında daha yüksek oranda bulundu. Ancak istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,451$). Çalışmamıza benzer olarak, başka bir çalışmada, plasenta previa hastalarında, ortalama yaş $31,15\pm5,94$, parite $3,65\pm2,65$ ve erkek cinsiyet %58 olarak bulunmuştur (113).

37. gebelik haftasından önce doğum birinci grupta 72 hastada (%22,6), ikinci grupta 133 hastada (%42) tespit edildi. Preterm doğum açısından gruplar arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($P<0,001$). Başka bir çalışmada beş kez ve daha fazla sezaryen geçiren hastalar ile daha az sezaryen geçiren hastalarda sırası ile Preterm doğum oranı %25 ve %5 olarak bulunmuştur (6). Hastanemizde preterm doğum oranının daha yüksek olmasının nedeni geniş bir bölgeye tek üçüncü basamak hastane olarak hizmet vermesi olarak düşünülebilir.

Tekrarlayan sezaryen geçiren plasenta previa ve akreata olgularında obstetrisyenler yönetimlerini en iyi hale getirmek için böyle kadınların riskleri açısından tedbirli olmalı, anestezi, kan bankası, hematoloji, radyoloji ve yenidoğan ünitesi ile multidisipliner bir koordinasyon sağlamalıdır. Bu doğumları mesai saatleri içerisinde kıdemli personelle birlikte elektif şartlarda gerçekleştirmelilerdir. Bu kadınlarda erken doğumun plasental anormallikler nedeniyle mümkün olabileceği ve bu durumun bebeği etkileyebileceği yönünde düşünülmelidir.

Her ne kadar çoğu kadın için sonuçlar iyi olsa da, bu çalışmanın ana bulguları; dört ya da daha fazla sayıda sezaryen olan kadınların, daha az sayıda sezaryen olan kadınlara göre, daha fazla maternal komplikasyon riskine sahip olduğudur.

Bu çalışmadan çıkan önemli ekonomik etkiler var. Dört ve daha fazla sayıda sezaryen geçiren kadınlarda kanama, kan transfüzyonu, hastanede yatış süresi, maternal yoğun bakım ihtiyacı ve yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı açısından daha yüksek oranları tespit ettik. Çalışmamız, her ne kadar bu olguların ekonomik yükünü belirtmemişse de, bu ilerde yapılacak çalışmaların ilgi çeken bir alanı olacaktır.

6. SONUÇLAR

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 01.01.2013-31.12.2013 tarihleri arasında 2166 doğum gerçekleşmiştir. Bu doğumların %25'i (539 hasta) vajinal doğum, %45'i (974 hasta) primer sezaryen ve %30'u (653 hasta) tekrarlayan sezaryen olarak bulundu.

Çalışmamızda en küçük yaş 18 ve en büyük yaş 51 olarak bulundu. Birinci grubun yaş ortalaması $30,67 \pm 5,25$ iken, ikinci grubun yaş ortalaması $32,10 \pm 5,07$ olarak saptandı ($p=0,001$).

Toplam gebelik sayısı (gravida) 2 ile 18 arasında değişmekte olup ortalama $4,77 \pm 2,00$ olarak gözlendi. Birinci ve ikinci grupta gravida sırasıyla $4,21 \pm 2,19$ ve $5,32 \pm 1,61$ olarak saptandı ($p<0,001$).

Toplam doğum sayısı (parite) 1 ile 10 arasında değişmektedir. Birinci grubun ortalama parite sayısı $2,55 \pm 1,77$ iken, ikinci grubun ortalama parite sayısı $3,70 \pm 1,12$ olarak saptandı ($p<0,001$).

Hastaların önceki sezaryen sayıları 1 ile 5 arasında değişmektedir. Birinci grupta daha önce bir kez sezaryen olan 189 hasta, iki kez sezaryen olan 129 hasta tespit edilirken, ikinci grupta daha önce üç kez sezaryen olan 253 hasta, dört kez sezaryen olan 60 hasta, beş kez sezaryen olan 4 hasta tespit edildi.

Hastaların gebelik haftası 25 ile 40 arasında değiştiği gözlendi. Birinci grubun ortalama gebelik haftası $36,95 \pm 3,07$ iken ikinci grubun ortalama gebelik haftası $36,59 \pm 1,99$ olarak saptandı ($p=0,080$).

Çalışmamızda en sık 37-39 hafta arasında (%61) doğum gerçekleştirilirken, en az 24-28 hafta arasında (%2) doğum gerçekleştirilmiştir. 24-28 hafta arasında sezaryene alınan hastaların büyük çoğunluğu preeklampsi ve HELLP nedeni ile doğurtulmuştur.

Hastalarda en sık görülen kan grupları %34 oranında A(+) ve %32 oranında O(+) iken en az görülen kan grupları %1,2 oranında AB(-) ve %2,5 oranında B(-) olarak saptandı.

Birinci gruptaki hastalarda %29,9 oranında preeklampsi, HELLP, kardiyak hastalık, KHT, PGDM, GDM, guatr, ITP ve diğer ek hastalıklar saptanırken, ikinci grupta %7,9 oranında saptandı ($p<0,001$).

Birinci grupta plasenta previa %6 saptanırken, ikinci grupta %7,9 saptandı. Plasenta akreata birinci grupta %4,0 ve ikinci grupta %6,3 olarak saptandı. Uterus rüptürü birinci grupta %0,9 ve ikinci grupta %1,6 olarak bulundu. Plasenta previa, plasenta akreata ve uterus rüptürü ikinci grupta daha yüksek oranda bulunmasına rağmen gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Malprezentasyon birinci ve ikinci grupta sırası ile %15,4 ve %11,4 olarak bulundu ($P=0,134$).

Preterm doğum birinci ve ikinci grupta sırası ile %22,6 ve %42 olarak bulundu. Yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı birinci grupta %12,6 olarak saptanırken, ikinci grupta %20 olarak saptandı ($p<0,05$).

Doğum ağırlığı birinci grupta 2865 ± 785 gram, ikinci grupta 2948 ± 531 gram olarak bulundu ($p>0,05$).

Birinci dakika apgar skorları birinci ve ikinci grupta sırası ile $6,14\pm1,86$ ve $6,75\pm1,68$ olup beşinci dakika apgar skorları birinci ve ikinci grupta sırası ile $8,06\pm1,85$ ve $8,48\pm1,30$ olarak bulundu ($p<0,01$).

Operasyon sırasında görülen komplikasyonlar karşılaştırıldığında; ikinci grupta 3 olguda mesane yaralanması, 1 olguda bağırsak yaralanması ve 1 olguda üreter ile birlikte mesane yaralanması saptandı. Birinci grupta mesane, üreter ve bağırsak yaralanması saptanmadı.

Kan transfüzyonu birinci grupta %5,3 ve ikinci grupta %8 olarak saptandı. Masif kanama (>1500 ml), birinci grupta %1,6 ve ikinci grupta %2,5 olarak saptandı. Kan transfüzyonu ve masif kanama açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Maternal yoğun bakım ihtiyacı birinci grupta %0,9 saptanırken, ikinci grupta %4,4 olarak saptandı. Ortalama hastanede yatış süreleri birinci grupta $2,21\pm0,63$ gün iken ikinci grupta $2,44\pm1,49$ gün olarak saptandı ($p<0,05$).

Balon tamponad, kompresyon suturu, uterin arter ligasyonu, hipogastrik arter ligasyonu ve sezaryen histerektomi gibi ileri cerrahi müdahaleler, birinci grupta %11 oranında saptanırken, ikinci grupta %18,2 oranında saptandı. İkinci grupta üç hastaya sezaryen histerektomi yapılırken, birinci grupta hiçbir hastaya sezaryen histerektomi yapılmamıştır. İleri cerrahi müdahaleler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,005$).

Çalışmamızda 635 hastanın 44 tanesinde plasenta previa saptandı. Plasenta previa tespit edilen hastalarda plasenta akreata %68, masif kanama %27, kan transfüzyonu %65, yoğun bakım ihtiyacı %22 ve preterm doğum %36 olarak bulundu. Plasenta previa olmayan hastalarda ise bu oranlar çok düşük olarak tespit edildi ($p<0,05$).

Plasenta previa hastalarında balon tamponad %59, kompresyon suturu %63, uterin arter ligasyonu % 34, hipogastrik arter ligasyonu %22 ve sezaryen histerektomi %6,8 olarak saptandı.

Plasenta previa hastalarının yaş ortalaması $32,89\pm4,83$ iken plasenta previa olmayan hastaların yaş ortalaması $31,27\pm5,22$ olarak bulundu. Plasenta previa hastalarında ortalama parite sayısı $3,80\pm2,03$ ve plasenta previa olmayan hastalarda $3,07\pm1,54$ olarak bulundu. Yaş ve parite plasenta previa hastalarında daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Erkek cinsiyet plasenta previa hastalarında %57 ve plasenta previa olmayan hastalarda %51 olarak bulundu ($p>0,05$).

Deneyimli uzman konsültasyonu, birinci grupta %6 oranında istenirken, ikinci grupta %25,6 oranında istenmiştir. Deneyimli uzman konsültasyonu birinci grupta plasenta previa ve akreata hastalarında yapılırken, ikinci grupta plasenta previa, plasenta akreata ve beşinci kez ve üzerinde sezaryen geçiren hastalar için yapıldığı tespit edildi ($p<0,001$).

7. KAYNAKLAR

1. Lomas J, Enkin M. Variations in operative delivery rates. Oxford University, 2:1182-1195, 1989
2. Coulson CC, Cain JM. Medikal legal ethical aspects of cesarean section. Current Obstetrics&Gynaecology,9:53-54,2000
3. RCOG. Confidential Enquiry into Maternal and Child Health. Saving Mothers' Lives 2003–2005. London: RCOG, 2007.
4. Knight M, on behalf of UKOSS. Peripartum hysterectomy in the UK: management and outcomes of the associated haemorrhage. Br J Obstet Gynaecol 2007;114:1380–7.
5. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior caesarean delivery. N Engl J Med 2004;351:2581–9.
6. Cook JR, Jarvis S, Knight M, Dhanjial MK. Multiple repeat caesarean section in the UK: incidence and consequences to mother and child.A national, prospective, cohort study. BJOG. 2013 Aug;120(9):1155
7. Horley JMG ,Saunders Company : Cesarean section. Clin Obstet Gynecol 1980;7:529.
8. Sewell JE: Cesarean Section—A Brief History. Washington, DC, American College of Obstetricians and Gynecologists, 1993:20; 31-4.
9. Steven W. Ainbinder. Operative Delivery. Alan H. DeCherney, Lauren Nathan, editors. Current Diagnosis and Treatments in Obstetrics and Gynecology, Ninth Edition, Chapter 27, USA, Los Angeles. Lange Medical Boks, The McGraw-Hill Companies.2003; 518-29.
10. Harris RP: The results of the first fifty cases of cesarean ovarohysterectomy 1869–1880. Am J Med Sci 1880;80:129.
11. Richard Depp. Cesarean Delivery. Steven G. Gabbe, Jennifer R. Niebyl, Joe Leigh Simpson, Editors. Gabbe Obstetrics Normal and Problem Pregnancies ,fourth

edition,chapter 18, New York. Churchill Livingstone, A Harcourt Health Sciences Company, 2002;541-53.

12. Sanger M: My work in reference to the cesarean operation. Am J Obstet Dis Women Child 1887;20:593.

13. Frank F: Suprasymphysial delivery and its relation to other operations in the presence of contracted pelvis. Arch Gynaekol 1907;81:46.86

14. Beck AC: Observations on a series of cesarean sections done at the Long Island College Hospital during the past six years. Am J Obstet Gynecol 1919;79:197.

15. DeLee JB, Cornell EL: Low cervical cesarean section laparotracheotomy.JAMA 1922;79:109.

16. Kerr JMM: The technique of cesarean section with special reference to the lower uterine segment incision. Am J Obstet Gynecol 1926;12:729.

17. Ofir, K., Sheiner, E., Levy, A., Katz, M., Mazor, M. (2003). Uterin Rupture: Risk Factors And Pregnancy Outcome. American Journal of Obstetric and Gynecology, 189(4): 1042-1046.

18. Mckinney, E. S., Ashwill, J. W., Murray, S. S., James, S. R., Gorrie, T. M., Droske, S. C. (2000). Maternal Child Nursing. Philadelphia: W.B.Saunders Company. Pg: 465-472.

19. DeLee JB: Principles and Practice of Obstetrics. 6th ed. Philadelphia, WB Saunders.1933:178-82.

20. Fay Menacker, Eugene Declercq and Marian F. Macdorman. Cesarean Delivery: Background, Trends, and Epidemiology, Semin Perinatol 2006;30:235-41.

21. Brady E. Hamilton, Joyce A. Martin, and Stephanie J. Ventura. Births: Preliminary Data for 2007. Division of Vital Statistics National Vital Statistics Reports, 2007;Volume 57, Number 12, March 18, 20.

22. Alexandre Dumont, Luc de Bernis, Marie-Helene Bouvier-Colle, Gerard Breart, for the MOMA study group. Caesarean section rate for maternal indication in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Lancet* 2001;358:1328-34.
23. Kambo, N. Bedi, B.S. Dhillon, N.C. Saxena. Special communication A critical appraisal of cesarean section rates at teaching hospitals in India. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2002;79:151-8.
24. Notzon FC, Placek PJ, Taffel SM: Comparisons of national cesareansection rates. *N Engl J Med* 1987;316:386.
25. Marwan Khawaja , Tamar Kabakian-Khasholian , Rozzet Jurdi. Determinants of caesarean section in Egypt: evidence from the demographic and health survey. *Health Policy* 2004;69:273-81.
26. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-87578/h/istaturk2012>
27. Konakçı, S. K., Kılıç, B. (2002). Sezaryen ile Doğumlar Artıyor. *STED*, 11(8): 286-288.
28. Koç, İ. (2003). Increased Cesarean Section Rates In Turkey. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 8(1): 1-10.
29. Murta, E. F. C., Nomelini, R. S. (2004). Is Repeated Cesarean Section A Consequence Of Elective Cesarean Section? *The Lancet*, 364(9435): 649-650.
30. Hut Fatma. T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 2000-2004 yıllarında gerçekleşen 6727 doğum vakasının retrospektif analizi ve sezaryen oranları.Uzmanlık Tezi , İstanbul : T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2005.
31. Kara Firdevs Şule. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde iki yıllık sürede sezaryen doğumların değerlendirilmesi. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi. İstanbul : T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2004.

32. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ. Editors: Cesarean section and postpartum hysterectomy. Williams Obstetrics. 21st Ed. New York. The McGraw-Hill Companies. 2001:537-65.
33. Curtin SC, Park MM: Trends in the attendant, place, and timing of births, and in the use of obstetric interventions: United States, 1989–1997. National Vital Health Statistics Reports. Vol 47, No 27. Hyattsville, National Center for Health Statistics, 1999.
34. National Center for Health Statistics: Rates of cesarean delivery—United States, 1993. MMWR Morb Mortal Wkly Rep ,1995;44:303.
35. Taffel SM, Placek PJ, Moien M, Kosary CL: 1989 US cesarean section rate steadies-VBAC rises to nearly one in five. Birth 1991;18:73.
36. Stephen R. Latham and Errol R. Norwitz. Ethics and “Cesarean Delivery on Maternal Demand” Semin Perinatol 2009;33:405-9.
37. Oppenheimer LW, Farine D, Ritchie JW, Lewinsky RM, Telford J, Fairbanks LA. What is a low-lying placenta? Am J Obstet Gynecol 1991; 165:1036-8.
38. Magann EF, Doherty DA, Turner K, Lanneau GS, Jr Morrison JC, Newnham JP. Second trimester placental location as a predictor of an adverse pregnancy outcome. J Perinatol 2007; 27:9-14.
39. Thurmond A, Mendelson E, Bohm-Velez M, Bree R, Finberg H, Fishman EK, et al. Role of imaging in second and third trimester bleeding. American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria. Radiology 2000; 215(Suppl):895-7.
40. Faiz AS, Ananth CV. Etiology and risk factors for placenta previa: an overview and meta-analysis of observational studies. J Matern Fetal Neonatal Med 2003; 13:175-90.
41. Lavery JP. Placenta previa. Clin Obstet Gynecol 1990; 33:414-21.

42. Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. The effect of placenta previa on neonatal mortality: a population-based study in the United States, 1989 through 1997. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:1299-304.
43. Yang Q, Wu Wen S, Caughey S, Krewski D, Sun L, Walker MC. Placenta previa: its relationship with race and the country of origin among Asian women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2008; 87:612-6.
44. Health DO. Why Mothers Die: a report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom 2000-2002. London: The Stationary Office, 2004.
45. Silver R, Depp R, Sabbagha RE, Dooley SL, Socol ML, Tamura RK. Placenta previa: aggressive expectant management. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 150:15-22.
46. Naeye RL. Placenta previa. Predisposing factors and effects on the fetus and surviving infants. *Obstet Gynecol* 1978; 52:521-5.
47. Frederiksen MC, Glassenberg R, Stika CS. Placenta previa: a 22-year analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180:1432-7.
48. Biswas R, Sawhney H, Dass R, Saran RK, Vasishta K. Histopathological study of placental bed biopsy in placenta previa. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78:173-9.
49. Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hallak M, Hershkowitz R, Katz M, Mazor M. Placenta previa: obstetric risk factors and pregnancy outcome. *J Matern Fetal Med* 2001; 10:414-9.
50. Ananth CV, Demissie K, Smulian JC, Vintzileos AM. Relationship among placenta previa, fetal growth restriction, and preterm delivery: a population-based study. *Obstet Gynecol* 2001; 98:299-306.
51. Crane JM, Van Den Hof MC, Dodds L, Armson BA, Liston R. Neonatal outcomes with placenta previa. *Obstet Gynecol* 1999; 93:541-4.
52. Abenhaim HA, Azoulay L, Kramer MS, Leduc L. Incidence and risk factors of amniotic fluid embolisms: a populationbased study on 3 million births in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199:49 e1-8.

53. Sunna E, Ziadeh S. Transvaginal and transabdominal ultrasound for the diagnosis of placenta praevia. *J Obstet Gynecol* 1999; 19:152-4.
54. Lam CM, Wong SF, Chow KM, Ho LC. Women with placenta praevia and antepartum haemorrhage have a worse outcome than those who do not bleed before delivery. *J Obstet Gynaecol* 2000; 20:27-31.
55. Love CD, Fernando KJ, Sargent L, Hughes RG. Major placenta praevia should not preclude out-patient management. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004; 117:24-9.
56. Ononeze BO, Ononeze VN, Holohan M. Management of women with major placenta praevia without haemorrhage: a questionnaire-based survey of Irish obstetricians. *J Obstet Gynaecol* 2006; 26:620-3.
57. Wing DA, Paul RH, Millar LK. Management of the symptomatic placenta praevia: a randomized, controlled trial of inpatient versus outpatient expectant management. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175:806-11.
58. Neilson JP. Interventions for suspected placenta praevia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003: CD001998.
59. Doumouchsis SK, Papageorgiou AT, Arulkumaran S. Systematic review of conservative management of postpartum hemorrhage: what to do when medical treatment fails. *Obstet Gynecol Surv* 2007; 62:540-7.
60. B-Lynch C, Coker A, Lawal AH, Abu J, Cowen MJ. The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum haemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five cases reported. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104:372-5.
61. Shafiroff BGP, Grillo EB, Baron H. Bilateral ligation of hypogastric arteries. *Am J Surg* 1959; 98:34
62. O'Leary JA. Uterine artery ligation in the control of postcesarean hemorrhage. *J Reprod Med* 1995; 40:189-93

63. Evans S, McShane P. The efficacy of internal iliac artery ligation in obstetric hemorrhage. *Surg Gynecol Obstet* 1985;160:250–3
64. Clark SL, Phelan JP, Yeh S-Y, et al. Hypogastric artery ligation for obstetric hemorrhage. *Obstet Gynecol* 1985;66:353–6
65. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM: Clinical risk factors for plasenta previa-plasenta accreta. *Am J Obstet Gynecol*, 177:210, 1997.
66. Seago DP, Roberts WE, Johnson VK, Martin RW, Morrison JC, Martin JN: Planned cesarean hysterectomy: A Prefarred alternative to separate operations. *Am J Obstet Gynecol*, 180:1385, 1999
67. Okonofua FE & Olatubosum OA. Caesarean versus vaginal delivery in abruptio placentae associated with live fetuses. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1985; 23: 471-4.
68. Oyelese KO, Turner M, Lees C & Campbell S. Vasa previa: an avoidable obstetric tragedy. *Obstetrics and Gynecology Survey* 1999; 54: 138-45.
69. Baschaat AA & Gembruch U. Ante- and intrapartum diagnosis of vasa praevia in singleton pregnancies by colour codee doppler sonography. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology* 1998; 79: 19-25.
70. David Gorenberg, Carol Pattillo, Pooneh Hendi, Pamela Rumney, Thomas Garite. Fetal pulse oximetry. *American College of Obstetricians and Gynecologists*. 2001;185(6):129.
71. Prabulos AM & Philipson EH. Umbilical cord prolapse. Is the time from diagnosis to delivery critical? *Journal of Reproductive Medicine* 1998; 43: 129-32.
72. Bernard E. Souberbielle, MaryE. R. O'Brien. Use of WHO partogram in developing countries. *The Lancet*. 1994;344:193.
73. Dystocia and augmentation of labor. ACOG technical bulletin. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 1996;53(1):73-80.

74. Ponkey SE, Cohen AP, Heffner LJ, et al: Persistent fetal occiput posterior position: Obstetric outcomes. *Obstet Gynecol* 2003;101:915.
75. Rouse DJ, Owen J, Hauth JC: Active-phase labor arrest: Oxytocin augmentation for at least 4 hours. *Obstet Gynecol* 1999;93:323.
76. Myles TD, Santolaya J: Maternal and neonatal outcomes in patients with a prolonged second stage of labor. *Obstet Gynecol* 2003;102:52.
77. Crowther CA & Hamilton RA. Triplet pregnancy: a 10 year review of 105 cases at Harare Maternity Hospital, Zimbabwe. *Acta Geneticae Medicae et Gemellologicae* 1998; 38: 1-8.
78. Luke B. The changing pattern of multiple births in the US: maternal and fetal characteristics 1973 and 1990. *Obstetrics and Gynecology* 1994; 84: 101-6.
79. Cruikshank DP, White CA: Obstetric malpresentations—twenty years' experience. *Am J Obstet Gynecol* 1973;116:1097.
80. Pollack R, Yaffe H: The cesarean birth epidemic: Primary prevention. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:82.
81. Thorp JM, Jenkins TJ, Watson W: Utility of Leopold maneuvers in screening for malpresentation. *Obstet Gynecol* 1991;78:394.
82. Pernoll, M. L. (1994). Çeviri Editörü: F. Saraçoğlu. Çagdas Obstetrik ve Jinekolojik Teshis ve Tedavi. Cilt 2. İstanbul: Baris Kitabevi, 694-709.
83. Andrew Simma, Pradeep Ramoutar. Caesarean section: Techniques and complications. *Current Obstetrics & Gynaecology* 2005;15:80–6.
84. Maaïke A. EC. van Ham, Pieter W.J. van Dongen, Jan Mulder. Maternal consequences of caesarean section A retrospective study of intraoperative and postoperative maternal complications of caesarean section during a 10 - year period. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 1997;74:1-6.

85. Andrew Simm, Darly Mathew. Caesarean section: techniques and complications . Obstetrics, gynaecology and reproductive medicine 2008;18:4.
86. Cuningham FG, Gant NF, Leveno KJ: Cesarean section and postpartum hysterectomy In: Williams Obstetrics. 21st Ed, 65:537,2001.
87. Kronig B: Transperitonealer cervikaler Kaiserschnitt. In doderlein A, Kronig B (eds): Operatif gynekologie.,879, 1912
88. Leslie, M. S. (2004). Counseling Women About Elective Cesarean Section. Journal of Midwifery & Women's Health, 49(2): 155-159.
89. Cai, W. W., Marks, J. S., Chen, C. H. C., Zhuang, Y. X. et al., (1998). Increased Cesarean Section Rates And Emerging Patterns Of Health Insurance In Shanghai, China. American Journal of Public Health, 88(5): 777-781.
90. Singer, B. (2004). Elective cesarean sections gaining acceptance. Canadian Medical Association Journal, 170(5): 775.
91. Leeman, L. (2005). Patient-Choice Cesarean Delivery. American Family Physician, 72(4): 697-705.
92. Bahçecik, N., Öztürk, H., Paslı, E. (2004). Hemsirelikte Aydınlatılmış Onam. Sendrom, 16(3):71-76.
93. Gülhan, Y. (2001). Bilgilendirme ve Bilgilendirilmiş Onam. Sendrom, 91-94.
94. Kayabeyoglu, İ. (2002). Tıbbi Uygulama Hataları. Sendrom, 104-119.
95. Paterson-Brown, S., Amu, O., Rajendran, S., Bolaji, I. I. (1998). Controversies In Management: Should Doctors Perform An Elective Caesarean Section On Request? British Medical Journal, 317(7156): 462-465.
96. McFarlin, B. L. (2004). Elective Cesarean Birth: Issues And Ethics Of An Informed Decision. Journal of Midwifery & Women's Health, 49(5): 421-429.
97. Wagner, M. (2000). Choosing Caesarean Section. The Lancet, 356(9242): 1677-1680.

98. Richman, S., Harer, W. B. (2003). Patient, doctor should discuss delivery options. Ethics forum, Erisim (online) at. <http://www.amaassn.org/amednews/2003/col03.htm>
99. O'Driscoll K, Foley M, MacDonald D, Stronge J: Cesarean section and perinatal outcome: response from the House of Horne. Am J Obstet Gynecol 1988;158:449.
100. Li-feng ZHOU, Hong LIANG, Bing-shun WANG, Ye ZHONG, Liping ZHU, Xiao-ling GAO, Er-sheng GAO. Effects of Cesarean Section on Infant Health in China: Matched Prospective Cohort Study. Journal of Reproduction & Contraception 2007; Sep; 18(3):221-30.
101. Mary Vadnais and Benjamin Sachs. Maternal Mortality With Cesarean Delivery: A Literature Review. Semin Perinatol 2006;30:242-6.
102. MacCorkle, J. (2004). Position Statement: Elective Cesarean Sections Riskier Than Vaginal Birth For Babies and Mothers. Erisim (online) at.<http://www.ican-online.org/resources/white-papers>
103. Makoha, F. W., Felimban, H. M., Fathuddien, M. A., Roomi, F., Ghabra, T. (2004). Multiple Cesarean Section Morbidity. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 87(3): 227-232.
104. Harer, W. B. (2003). Sezaryenden Sonra Vaginal Dogum. JAMA Türkiye (Aylık Çeviri Dergisi), 16(1): 45-48.
105. Smith, G. C. S., Pell, J. P., Dobbie, R. (2003). Cesarean Section And Risk Of Unexplained Stillbirth In Subsequent Pregnancy. The Lancet, 632(9398): 1779-1784.
106. Godin, P. A., Basil, S., Donnez, J. (1997). An Ectopic Pregnancy Developing In A Previous Caesarian Section Scar. Fertility and Sterility, 67(2): 398-400.
107. Royal College of Obstetricians (RCOG). Birth after previous caesarean birth. Green Top Guidelines. London: RCOG, 2007.
108. Sobande A, Eskandar M. Multiple Repeat Caesarean Sections: Complications and Outcomes. J Obstet Gynaecol Can. 2006 Mar;28(3):193-7

109. Qublan Hussein. S., Tahat Yousef. Multiple cesarean section The impact on maternal and fetal outcome. Saudi Med J 2006 Feb; 27 (2): 210-214
110. Rashid M, Rashid RS. Higher order repeat caesarean sections: how safe are five or more? Br J Obstet Gynaecol 2004;111:1090-4.
111. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat caesarean section. Obstet Gynecol 2006;10:1226-32.
112. Mesleh RA, Naim MA, Krimly A. Pregnancy outcome of patients with previous four or more caesarean sections. J Obstet Gynaecol 2001;21:355-7.
113. Akdeniz N, Yalınkaya A, Akay H, Yıldırım Z. Plasenta previa: obstetrik risk faktörleri ve perinatal sonuçlar. Perinatoloji Dergisi 2004;12(3):113-116