

normal doğum, gebe kadının zamanı gelince kendi vücudunun fizyolojik öz dinamikleri ile bu eylemi başarabilmesidir. Ancak klasik doğum bilgisi ve perinatoloji bilgileri her zaman bir gebe kadının kendi fizyolojik dinamikleri ile anne ve bebek açısından sağlıklı bir doğumu gerçekleştiremediklerini göstermiştir. Gebelik ve doğum sürecinde anne ve bebek ölümleri ve sakatlanmalarını en aza indirmek için, gebenin doğru izlenmesi ile birlikte doğumun da gözlem ve izlem dahilinde olması gerekmektedir. Bu nedenle, sezaryene ve doğumu kolaylaştıracak girişim ve uygulamalara karşı çıkmak adına, “*normal doğuma*” destek vermenin doğru olmayacağı açıkça görülecektir. Gebelik ve fetus hakkında son yıllarda giderek artan tanı ve tedavi yöntemlerini bir kenara iterek normal doğumda ısrar ederek doğuma müdahale etmemenin bir anlamı ve mantığı yoktur. Olamaz da... Diğer taraftan normal doğum yolu seçildiğinde bu yolun her zaman ve her koşulda fetus ve anne açısından güvenli olmadığı da bilinmektedir. Buna karşın sezaryenle doğumun anne ve fetus açısından daima sonuç alıcı ve planlanması imkan dahilinde olan bir girişimsel doğum yöntemi olduğu da bilinmektedir. Son yıllarda bireysel ve hasta haklarındaki iyiyeye doğru gelişmeler hasta ve doktorları daha güvenli ve kontrol edilebilir doğuma yönlendirmiştir. Bu yöneliş bir anlamda ülkeler genelinde hukuki ve demokratik hakların iyileştiği anlamını taşımaktadır. Diğer taraftan perinatoloji ve doğum bilimindeki yeni bilgiler, sezaryenle doğumda bir atışı tetiklemiştir. Bu bağlamda sezaryenle doğum, bir gelişmişlik kriteri olarak karşımıza çıkmaktadır. Anne ve fetal ölüm oranlarının kabul edilemeyecek derecede yüksek olan geri kalmış ülkelerde sezaryenle doğum oranının çok düşük düzeyde olduğu bilinmektedir. Dünyadaki doğum oranının %60'ını kapsayan bu ülkelerde doğurganlık oranının yüksekliği ile birlikte sezaryenle doğum oranı %10'un altında olduğu saptanmıştır. Hatta Afrika ülkelerinde sezaryen ile doğum oranlarının %5'in bile altında olduğu görülmektedir.

Sezaryen ile doğum (SD) oranları tüm dünyada giderek artmaktadır. ABD de her üç doğumdan bir tanesi sezaryenle yapılmaktadır. Son yıllarda, sezaryenle doğum sonrasında yapılan doğumlarda, sezaryen oranı %94 civarına ulaşmıştır. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim dalında sezaryen ile doğum oranı %65 düzeyindedir. Anabilim dalına yatan hastaların genel olarak yarısı sezaryen olmak için yatırılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü ‘kabul edilebilir’ sezaryen oranını ‘10-15 arasında olması gerektiğini’ bildirilmektedir. Türkiye’de sezaryenle doğum oranı Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre (2008) %21.5’dir. Bu sezaryenlerin %1.2’si ‘gereksiz’ sezaryen olduğu bildirilmiştir. ABD’de primer sezaryen oranlarında 2007 yılında %20.6’kadar bir oranda artış göstermiştir. Belirgin bir tıbbi endikasyon olmadan, doktor ve hasta isteği ile yapılan SD oranının %6.9’olduğu bildirilmektedir. Doğal olarak, tıbbi uygulamalarında gereksiz ameliyat yapmak hem etik hem de hukuki bakımdan

doğru değildir. Ancak normal vajinal doğum yolunun seçilmesi durumunda kontrol edilemeyen durumların ortaya çıkma ihtimaline karşı sezaryenle doğum yolunun seçilmesi doğru bir yaklaşım olacaktır. Zira her olayda olduğu gibi özellikle de doğum olayında aile, hukuk ve etik kurallar daima doğumun nasıl yapıldığını sorgulamak yerine sonuçlarına bakmaktadır.!! Mutlaka sezaryenle doğum yapması gerekli bir hastanın normal doğumu tercih etme hakkı, hukuki bir hak ve tercih değildir. Bu duruma tıbbi kurallar izin vermez. Mutlak endikasyon karşısında, hastanın normal doğum tercihinin olumlu görülmesi, hekim açısından bir tıbbi hata niteliği taşır, ve dolayısıyla hukuki sorumluluklar doğurur. Buna karşın normal doğum yapabilecek bir kadının sezaryenle doğumu tercih etmesi, detaylı bilgilendirme sonrasında hekimin sezaryen yapmış olması bir insan olma hakkı olarak görülmemelidir. Zira normal doğum süreci zahmetli ve sonuçları bakımında her zaman güvenli bir yol değildir.

Sezaryen çok sık uygulanan bir cerrahi işlem olmasına karşılık 5.8/100.000 mortalite (anestezi komplikasyonu dahil) ve intraoperatif komplikasyon oranı ise %12-15 civarında olduğu bildirilmektedir. Sözü edilen cerrahi komplikasyon oranları doğal olarak hekimlerim eğitim ve deneyimleri ile doğrudan ilintilidir. Sezaryenle doğuma bağlı farklı çalışmalarda, fetal komplikasyonların arttığı ileri sürülmüş ise de bunların çoğunun geniş kapsamlı çalışmalarda anlamlı olmadığı görülmüştür.

Sonuç olarak sezaryen ile doğum oranları, tıp bilimindeki ilerlemelere paralel olarak insan hakları, hasta hakları ve hukuki hakların artması ile birlikte artacaktır. Bir anlamda bu oran artışı ileri toplum olmanın bir gereği gibi görülmektedir.!

Hekim olarak gereksiz ameliyat yapmaktan daima kaçınılmalıdır. Ancak normal doğuma bir alternatif olarak hasta isteğinin de gerekli açıklayıcı bilgilerin onayının alınmasını takiben mutlaka dikkate alınmalıdır. Zira doğum sürecinin sonuçları itibarı ile sürprizlere açık olması yanında sezaryenle doğum planlanabilir olması niteliği ile daha güvenli olmaktadır.

Bir hasta karşısında hekim “*keşke sezaryen yapsaydım, ben sezaryen yapayım dedim hasta istemedi*” gibi vicdani hesaplaşmalara girmemelidir. Hasta ve yakınlarını da “*biz sezaryen istedik doktor yapmadı*” konumuna düşürmemelidir. Normal doğum da ısrar edilmesi durumunda hangi bedeller karşılığında normal vajinal doğum gerçekleşmesi ihtimali çok dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir.

KÖ-03

Elektif sezaryen zamanlaması en erken ne zaman?

Alev Atış Aydın

ACOG, neonatal morbidite 37. gebelik haftasından 39. gh’na doğru azaldığından, fetal akciğer matüritesi belirlenmeden

39. gh'dan önce maternal veya fetal endikasyon yoksa elektif sezaryen önermemektedir. Maternal sonuçlardan kan transfüzyonu, >5 gün hospitalizasyon süresi 37-38.gh'da anlamlı olarak 39. gh'na göre daha yüksek oranda saptanmış bunun sebebi olarak da alt segment tam gelişmemesi ve adhezyonların yeterince açılmaması olarak gösterilmiş. Ayrıca maternal pnömoni, DVT veya pulmoner ödem,abse,sezaryen histektomi oranları erken alınan grupta daha fazla gözlenmiştir. Neonatal sonuçlardan RDS, TTN, NEK, Sepsis, mekanik ventilasyon, HİE,YB'da kalış süresi, konvülsiyon, 5. dk Apgar <3, fetal kayıp oranları 37.-38. gh'da anlamlı olarak 39. gh'ya göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

Sonuç: 39. haftadan önce maternal - fetal endikasyon yokluğunda elektif sezaryen hem fetal hem maternal morbiditeyi arttırır.

KÖ-04

Ultrasonografide tuzaklar

Turgay Şener

1999 Eurofetus çalışmasında fetal malformasyonların %56'sı saptanabilmiş, majör anomalilerin %55'i 24. haftadan önce tanınabilmiştir.

En önemli hata nedenleri şunlardır:

1. Yeterli sürede eğitim almamak

- Bu işle uğraşan kişiler:
- Tanısal Ultrasonografide ve ilişkili güvenlik konularında eğitilmiş olmalı
- Düzenli olarak fetal ultrason yapmalı
- Sürekli eğitim programlarına katılmalı
- Şüpheli veya anormal bulgular saptadığında uygun merkezlere sevk zinciri olmalı
- Rutin kalite güvencesi ve kontrolü önlemleri almalıdır

2. Yetersiz cihazla çalışmak

- Cihazlar ISUOG rehberindeki asgari özelliklere uygun olmalı:
- Real-time, greyscale
- 3-5 MHz transabdominal transducer
- Akustik güç kontrol ayarları ve göstergesi
- Ekran dondurma özelliği
- Elektronik kaliperler
- Görüntü depolama/baskı kapasitesi olmalı
- Optimal performans için düzenli bakım ve servis yapılması

3. Kayıt yapmamak

- Hangi dökümanlar kaydedilmeli, basılmalı, refere eden doktora gönderilmeli ?
- Muayene raporu kopyası hekime gönderilmelidir.
- Standart kesitlerin görüntüleri elektronik kopya veya basılı olarak kaydedilmeli ve depolanmalıdır.
- Fetal kalp için video klip alınması tavsiye edilir.
- Kayıtlar yerel kanunlara uygun sürelerde saklanmalıdır.

4. Doğru isim, doğru tarih, doğru kesitler almamak

- Her muayeneye ve kayda başlamadan:
- Hastanın adını
- O günün tarihini ve saati kontrol edin !
- Doğru kesitlerin alındığından emin olun
- Uygun kesit alınamıyorsa, sonraki saateler veya günler içinde hastayı geri çağırımdan çekinmeyin.

5. Anormal bulgularda yönetim planı yapmamak

- Anormal bulgu saptanması halinde bir yönetim planınız olsun.
- Hastanın özelliklerinden, hangi koşullarda, nasıl doğrultulması gerektiğine kadar kendi dosyanıza not alın.
- Fetüste anormal bulgu saptanmıyorsa bile, ileride sorun yaratabilecek bulguları araştırın, hastayı kliniği ile birlikte değerlendirin. Radyoloji'den en önemli fark hastanın aynı zamanda primer hekimi de olmanızdır.
- Obstetrik Öyküde PTD, tekrarlayan abortuslar hastaya bakarken yönlendiricidir.
- Uterin arter, DV, MCA Doppleri kliniği yönetmede faydalıdır.

ISUOG şartlarına uyulmazsa ne olur?

- ISUOG rehberlerinde önerilen yukarıdaki minimum koşullara uyulamama halinde:
- Bunun nedenleri açıklanmalıdır. (gebelik haftası-obezite-fetal pozisyon-vb.)
- Hastaya bir başka zaman randevu verilmeli veya bir başka kişiye refere edilmelidir.
- Bu uygulama gereksiz hasta anksiyetesine veya tanıda gecikmeye neden olmamak adına bir an önce yapılmalıdır.

KÖ-05

Intrapartum ultrasonografi

Ali Gedikbaşı

Obstetrikte muayene subjektif olup, aynı hekim tarafından yapılan klinik değerlendirmenin farklı sonuçları olabilir. Travaydaki bir gebenin doğum şekline karar vermek hekime zorluklar yaşatabilir. Bunun yanı sıra yanlış yapma ve mediko-le-