

Doğum şeklinin erken ve geç yaşam üzerindeki etkileri

Prof. Dr. Fahri Ovalı



Orta öğrenimini Özel Darüşşafaka Lisesinde tamamladı. İstanbul Tıp Fakültesindeki lisans eğitiminin (1985) ardından çocuk sağlığı ve hastalıkları ihtisası yaptı (1991). 1993-2003 yılları arasında İstanbul Tıp Fakültesi'nde, 2003-2005 yıllarında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yaptı. 1996'da doçent, 2003'te profesör oldu. 2005-2015 arasında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Eğitim Sorumlusu ve Başhekim olarak görev yaptı. 2008 -2013 yılları arasında Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) üyeliği görevinde bulunan olan Dr. Ovalı halen İstanbul Medeniyet Üniversitesi Rektör Yardımcısıdır.

Hayat, iki hücrenin birleşmesi ile başlar, anne karnında belirli bir aşamaya geldikten sonra doğumla birlikte farklı bir çevrede devam eder ve sonlanır. Yeryüzündeki hayatı olumlu veya olumsuz yönde etkileyen birçok olay daha yeryüzüne gelmeden ortaya çıkar. Bu olayların tüm hayatı etkileme oranları ve olasılıkları, hayatın geri kalan tüm dönemlerine kıyasla çok daha fazladır. Baştaki ilk düğmenin yanlış iliklenmesinden sonra diğer tüm düğmeler de yanlış ilikleneceği gibi, başlangıçta yapılan hatalar veya meydana gelen değişikliklerin de tüm hayatı etkilemesi kaçınılmazdır. Bu süreç içinde insanoğlunun dokuz ay yaşadığı annesinden ayrılıp yeryüzünde "tek başına" yaşamaya başlaması, hayatın en dramatik ayrılığıdır. Bu "ayrılık" sırasında yapılan "hatalar", "travmalar" veya karşılaşılan "olumsuzluklar" da birçok yolla bebeği ve büyüdükçe de bireyi etkiler. Bu bağlamda temel soru(n), doğumun doğal vajinal yoldan mı, yoksa ameliyat ile (sezaryen) mi yaptırılacağıdır. Yapılan tüm çalışmalarda sezaryen ile doğumun "normal" doğuma göre neyi değiştir(me) diği araştırılır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tüm doğumların ancak %15 kadarının sezaryen gerektirebileceğini bildirmesine karşın bu oran dünyanın çeşitli ülkelerinde çok daha yüksektir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1970'lerde sezaryen ile doğum oranı %5,5 iken, 1993 yılında bu oran %22,8'e ve 2007 yılında da %31,8'e yükselmiştir. Çin'de 1966 yılında %2,4 olan oran, 1981'de %20,5'e, daha sonrasında ise %50'lere kadar yükselmiştir. Brezilya'da ise bazı

bölgelerdeki sezaryen oranları %80'lere kadar çıkmaktadır. Ülkemizde ise Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması raporlarına göre bölgeler arasında farklılıklar olmakla beraber sezaryen ile doğum oranları 1998 yılında %13,9 iken 2008 yılında % 36,7'ye yükselmiştir.

Gerçek sezaryen endikasyonları dışında, sezaryen oranlarındaki artış nedenleri arasında çoğul gebeliklerin ve anne yaşının artışı, üremeye yardımcı tekniklerinin ve fetal elektronik monitorizasyonun kullanımındaki artış gösterilmektedir. Ayrıca günümüzde tıbbi bir endikasyon olmaksızın, "annenin isteğine bağlı" olarak yapılan sezaryen oranları da endişe verici şekilde artmaktadır. Bu tercihte bilimsel kanıtlara dayanmayan, sezaryenin bebek için daha güvenli olduğu inancı etkili olmaktadır. Normal doğum sırasında bebeğin daha fazla travmaya maruz kalma ihtimali, gebelik yaşının ilerleyişi doğru kayması ve yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalmaların artması, kadınların ortalama vücut kitle indekslerinin artması (obeziteye eğilim) uzmanlık eğitiminde vajinal doğum girişimlerinin yeteri kadar öğretilmemesi ve asfiktik doğum sonrasında gelişen beyin felciyle ilgili olarak ortaya çıkan hukuki sorumluluklar ve dava süreçleri nedeniyle sezaryen ile doğumların arttığı düşünülmektedir. Buna rağmen "Annenin veya bebeğin hayatının riske girdiği durumlarda sezaryenin yapılması gerektiği hatta yapılmadığı zaman suçlu duruma düşüleceği genellikle kabul görür. Mahkemelerde adli tıpa yansıtılan yüzlerce dosyada, sakat kalan, spastik olarak hayata devam eden veya ölen çocuklarda ne için zamanında sezaryen yapılmadığı ve normal doğum gerçek-

leştirildiği sorulmakta, sağlık personeli suçlanmakta ve astronomik tazminatlar istenmektedir."

Gerek normal doğumun gerekse sezaryenle doğumun hem anne hem de bebek sağlığı üzerine olumlu veya olumsuz bazı etkilerinden söz edilir. Anne üzerine olan etkiler, ayrı bir yazı konusudur. Diğer yandan; özellikle, isteğe bağlı sezaryenin yenidoğan üzerindeki etkileri konusunda yeterli çalışma yoktur. Buradaki en önemli faktör, isteğe bağlı sezaryenlerin geri ödeme kurumu tarafından ödemesinin yapılmaması nedeniyle, bu şekilde yapılan sezaryenlerin sayısının tam olarak bilinmemesi ve başka endikasyonlar altında yer almasıdır. Bu konuda yapılan çeşitli çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir.

Bazı çalışmalarda sezaryen ile doğan bebeklerdeki ölüm hızının vajinal yolla doğanlara kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmiş olmasına rağmen tam tersini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Bu çalışmalarda ele alınan grupların özelliklerinin farklı oluşu, tam bir kıyaslama yapılmasını imkânsız hale getirmektedir. Aslında perinatal mortalite açısından her iki doğum şekli arasında belirgin bir fark yoktur.

Elektif sezaryen ile doğan bebeklerde genellikle yenidoğanın geçici taşipnesi, persistan pulmoner hipertansiyon daha fazla görülürken, vajinal yoldan doğan bebeklerde ise intraventriküler kanamalar, brakial pleksus felçleri, sepsis ve perinatal ölümler daha fazla gözlenmektedir. Ancak vajinal doğumlardaki bu komplikasyonların bir tanesinin gelişmesini önleyebilmek için 2 bin sezaryenin yapılması gerektiği

hesaplanmıştır. Her türlü tıbbi girişimde olduğu gibi, sezaryen ile doğum kararı verilen olgularda tüm riskler göz önüne alınarak hastalar bilgilendirilmeli ve rızaları alınmalıdır. Neonatal riskleri en aza indirmek için ideal olanı doğumun 39. gestasyon haftası tamamlandıktan sonra yaptırılmasıdır. Perinatal asfiksini önlenmesi için genellikle sezaryen yapılması önerilse de doğum şekli ile perinatal asfiksi arasındaki ilişki ise net değildir. Yapılan çalışmalarda ortaya konan önemli bir konu, perinatal asfiksini genellikle doğum süreci başlamadan önce geliştiği ve doğum şekliyle ilişkisinin bulunmadığıdır. Son 30 yılda sezaryen oranları artmasına rağmen 2.500 gr üzerindeki bebeklerde serebral palsi oranları hep aynı kalmıştır. Diğer bir deyimle, serebral palsi, doğum şekliyle etkilenmemektedir. Çünkü bu vakaların büyük kısmı, doğum eylemi başlamadan önce meydana gelen olaylara bağlıdır ve tüm serebral palsi vakalarının ancak %10'luk bir kısmının doğum sırasında ortaya çıktığı bilinmektedir. Elektronik fetal kalp hızı monitorizasyonu ilk ortaya çıktığı zaman perinatal olaylara bağlı hasarları %50 oranında azaltılacağı öngörülmesine rağmen aradan geçen 30 yıldan sonra uzun süreli nörolojik ve kognitif sonuçların aynı olduğu, elektronik fetal monitorizasyonun tek etkisinin sezaryen oranlarını artırmak olduğu belirtilmiştir. Bu bebeklere doğumdan önce tanı koyacak bir yöntem henüz mevcut değildir ve elektronik fetal monitorizasyon perinatal asfiksini erken dönemde tanınmasında yetersizdir.

Günümüzde ilk doğumda bebeğin makat pozisyonunda geldiği durumlarda genellikle doğum şekli olarak sezaryen tercih edilmektedir. Yapılan çeşitli çalışmalarda bu doğumların vajinal yolla yaptırılması halinde kol felci (brakial pleksus felci), beyin içi kanamalar, nöbetler ve düşük Apgar skorlarının daha sık görüldüğü, hatta yenidoğan ölümlerine daha fazla rastlandığı belirtilmiştir. Buna mukabil bazı çalışmalarda ise aynı şekilde doğan bebeklerin nörolojik gelişimlerinin diğer bebeklere kıyasla farklı olmadığı, mortalitelerinin de artmadığı öne sürülmüştür. Doğum travmalarının aslında doğum şekliyle ziyade bebeğin tartısı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Buna karşılık çok erken doğan küçük bebeklerin sezaryen ile doğurtulmasının bebek üzerinde olumlu etkileri olduğu bildirilmiştir.

Solunum sistemi ile ilgili sorunlar, elektif sezaryenle doğanlarda yaklaşık yedi kat daha fazla görülür. Özellikle sezaryen ile doğurtulan geç preterm ve erken term bebeklerde bu sorunlar çok daha fazla ortaya çıkar. Bu durumun en önemli nedeni, akciğerlerin dış hayata uyum için yeteri kadar olgunlaşmadan ve doğum eyleminin getirdiği hormonal değişiklikler olmadan bebeğin doğmasıdır. Solunum sorunlarının ortaya çıkması ile bebeklerin

hastanede yatış süreleri uzar, dış hayata adaptasyon zorlanır, bebeklerdeki sepsis ve kronik akciğer hastalığı riski arttığı gibi, hastane maliyetleri de artar.

Sezaryen ile doğumun son yıllarda üzerinde en çok durulan etkilerinden biri, bebeğin bağırsak florasında meydana gelen değişikliklerdir. Doğum şeklinin bebeğin bağırsak florasını (mikrobiyotaya) etkilediği yönünde birçok çalışma vardır. Vajinal yolla doğan bebekler annenin vajinal ve fekal florası ile temas ederken sezaryenle doğan bebekler, annenin cilt florası ile temas ederler. Sezaryen ile doğan bebeklerde ileriki yıllarda alerji, astım ve diyabet gelişme riski daha fazladır ve bu etki, yenidoğan dönemindeki bağırsak florasındaki değişikliklere bağlanmıştır. Bağırsaklar doğumdan önce steril olmasına rağmen normal vajinal doğum sırasında doğum kanalından geçerken bebeğin yuttuğu salgılar aracılığı ile ilk bağırsak florası (mikrobiyotası) oluşur. Doğumdan sonra yapılan uygulamalar, anne sütü ile beslenme veya antibiyotiklere maruz kalma gibi uygulamalar da bağırsak mikrobiyotasını değiştirir. Sezaryenle doğan bebeklerde Lactobasiller ve bifidobakterlerin kolonizasyonu bozulur ancak altı aydan sonra bu fark ortadan kalksa da etkileri tüm yaşam boyu devam edebilir.

Üzerinde pek fazla durulmayan bir diğer konu ise sezaryen sonrasında annenin ağrı nedeniyle yeterli sütünün olmaması ve emzirmede meydana gelen gecikmelerdir. Eğer bu dönemde bebeğe formül mama başlanırsa bağırsak florası da olumsuz etkilenir. Çeşitli nöral, endokrin ve immün yollar ile etkilenen bağırsak-beyin iletişiminin sonucu olarak beyin fonksiyonları etkilenebilir ve bu nedenle bağırsak mikrobiyotası "ikinci beyin" olarak da adlandırılabilir. Bağırsakların, insanın psikolojik durumunu etkilediği 19. yüzyıldan beri bilinen bir durumdur ve birçok hayvan çalışmasında da gösterilmiştir. Ancak son yapılan bazı çalışmalarda bağırsak ile kognitif gelişim arasındaki ilişkinin net olmadığı ileri sürülmüş ve doğum şekliyle kognitif gecikme, zekâ, davranış bozuklukları ve otistik spektrum bozuklukları arasında çelişkili sonuçlar bulunmuştur.

Alerjik hastalıklar, üzerinde durulan bir başka konudur. Sezaryenle doğum astım insidansında %20'lik bir artışa neden olabilir ancak atopik dermatit gibi alerjik hastalıkları artırdığı kanıtlanmamıştır. (Hijyen hipotezi) İnflamatuvar bağırsak hastalığı gelişim riskinin araştırıldığı bir çalışmada ise sezaryen ile doğumun ilk 14 yaş içinde çocukta inflamatuvar bağırsak hastalığı gelişme riskini 1,5 kata kadar artırabildiği ortaya konmuştur. Ancak bunun hangi mekanizmalar ile meydana geldiği henüz daha araştırılmaktadır.

Sezaryen, anne ve fetüs hayatının tehlikeye girdiği durumlarda yapılması

gereken hayati bir operasyondur. Tıbbi olarak gerektiği halde sezaryen yapılmadığı veya reddedildiği durumlarda hem anne hem de bebek mortalitesi çok yüksektir. Buna karşılık sezaryen, doğru endikasyonlarla yapıldığı zaman hayat kurtarıcıdır. Perinatal ve neonatal yan etkileri ve olumsuz sonuçları fazla olduğu için "elektif sezaryen" ve temeli doğum ağrısı korkusuna dayanan uygulamaları azaltmak için gerekli çabanın sarf edilmesi, gebelik takiplerinde kadın doğum hekimlerinin sezaryenin ve vajinal doğumun anne ve çocuk üzerindeki olumlu ve olumsuz etkilerini her seferinde anlatılması, vajinal doğumun faydalarının doğumdan sonra ve hayat boyu devam edeceğini fakat doğumun sürprizlerle dolu olduğunu ve vajinal doğum yapmak üzere izlenen gebenin doğum anında sezaryen endikasyonu doğurabileceği de anne adayları tarafından bilinmesi vurgulanmalıdır. Diğer yandan anne sütünün doğumun ilk dakikalarından itibaren kullanılmasının yaygınlaştırılması ve devam ettirilmesi için gerekli çabalar gösterilmelidir.

Kaynaklar

Aviram A, Weiser I, Ashwal E et al. Combined Vaginal Cesarean Delivery of Twins: Risk Factors and Neonatal Outcome. A Single Center Experience. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2015; 28: 509-14.

Bagern P, Simonsen J, Nielsen NM, Frisch M. Cesarean Section and Offspring's Risk of Inflammatory Bowel Disease: A National Cohort Study. *Inflamm Bowel Dis* 2012; 18: 857-62.

Chigbu CO, Iloabachie GC. The Burden of Cesarean Section Refusal in A Developing Country Setting. *BJOG* 2007; 114: 1261-5.

Ekeus C, Norman M, Aberg K, Winberg S, Stolt K, Aransson A. Vaginal Breech Delivery at Term and Neonatal Morbidity and Mortality. A Population Based Cohort Study in Sweden. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2017; Sept 22: 1-6.

Lama JD et al. Intrapartum Electronic Fetal Heart Rate Monitoring and The Identification of Metabolic Acidosis and Lypoxic Ischemic Encephalopathy. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 197: 301. E1-e8.

Macharey G, Vaisanen-Tommiska M, Gissler M et al. Neurodevelopmental Outcome at The Age of 4 Years According to The Planned Mode of Delivery in Term Breech Presentation: A Nationwide Population Based Record Linkage Study. *J Perinatal Med* 2017; sept 9.

Maitra A, Sheriff A, Strachan D, Henderson J. Mode of Delivery is not Associated with Asthma or Atopy in Childhood. *Clin Exp Allergy* 2004; 34: 1349-55.

Milson I et al. Influence of Maternal, Obstetric and Fetal Risk Factors on the Pervallence of Birth Asphyxia at Term in A Swedish Urban Population. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: 909-917

Morrison et al. Neonatal Respiratory Morbidity and Mode of Delivery at Term: Influence of Timing of Elective Caesarean Section. *Br J Obstet Gynecol* 1995; 102: 101-6.

Ovalı F. İsteğe Bağlı Sezaryen: Hak mı? Haksızlık mı? *SD Dergisi* 2012; 24: 40-41.

Paneth N, Hong T, Kornzeiwski S. The Descriptive Epidemiology of Cerebral Palsy. *Clin Perinatal* 2006; 33: 251-67.

Signore C, Hemachandra A, Klebanoff M. Neonatal Mortality and Morbidity After Elective Cesarean Delivery Versus Routine Expectant Management: A Decision Analysis. *Semin Perinatol* 2006; 30: 288-95.