

Οι γεννήσεις με καισαρικές αυξάνονται τις τελευταίες δεκαετίες σε όλον τον κόσμο. Τα δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) δείχνουν ότι τα ποσοστά των γεννήσεων με καισαρική (αριθμός τοκετών με καισαρική ανά 100 γεννήσεις) έχουν σχεδόν τριπλασιαστεί ανάμεσα στο 1990 και το 2015 (από το 6,7% το 1990 στο 19,1% το 2015), με το μεγαλύτερο μέρος της αύξησης να καταγράφεται στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες του πλανήτη μας<sup>1</sup>.

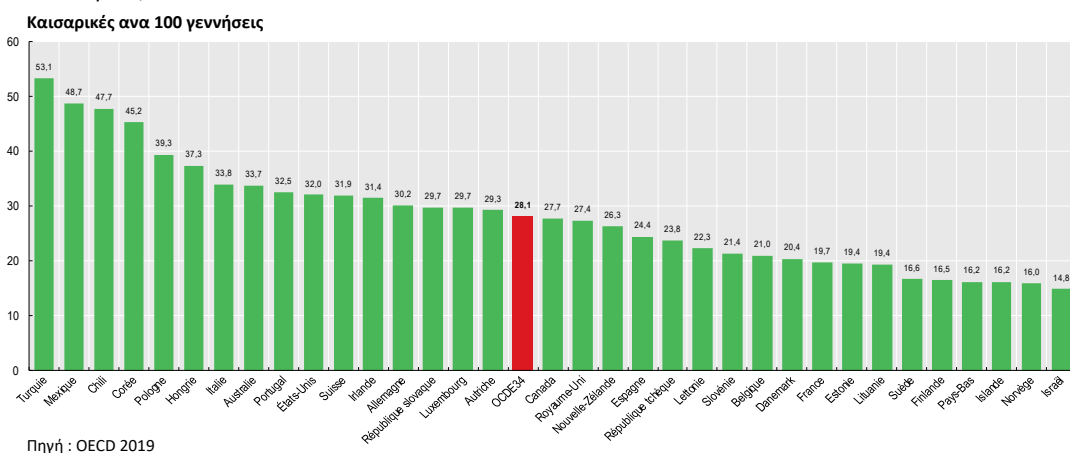
Με δεδομένο ότι η καισαρική είναι μια χειρουργική επέμβαση που οδηγεί στη μείωση της μητρικής και περι-γεννητικής θνησιμότητας σε όσες χώρες η θνησιμότητα γύρω από τον τοκετό είναι εξαιρετικά υψηλή, η τάση αυτή δεν μας εκπλήσσει. Έκπληξη αντιθέτως προκαλεί η περαιτέρω αύξησή τους σε ανεπτυγμένες χώρες, στις οποίες η μητρική και προγεννητική θνησιμότητα είναι εδώ και δεκαετίες εξαιρετικά χαμηλή. Η αύξηση αυτή εν μέρει μόνον δικαιολογείται από την αύξηση της μέσης ηλικίας στη γέννηση ως και των πολλαπλών γεννήσεων που προκύπτουν από την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή. Δεν έχει σχέση με τη βελτίωση της θνησιμότητας μητέρας και νεογνού, και εκτιμάται ότι ένα μεγάλο τμήμα των επεμβάσεων αυτών δεν οφείλεται σε ιατρικούς λόγους. Κατ' επέκταση, από αυτή την οπτική γωνία θεωρούνται «περιττές», ενέχουν επιπλέον κινδύνους<sup>2</sup>, επιβαρύνουν σημαντικά χωρίς λόγο τα συστήματα υγείας και ως εκ τούτου αρχίζουν να προβληματίζουν τόσο τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας<sup>3</sup> όσο και τις διεθνείς ιατρικές ενώσεις. Δεν είναι δε τυχαίο ότι και η Διεθνής Ομοσπονδία Γυναικολογίας και Μαιευτικής έχει κινητοποιηθεί, διατυπώνοντας προτάσεις για τον περιορισμό της κατάχρησης των καισαρικών<sup>4</sup>.

Στο ερώτημα δε ποιο είναι το «βέλτιστο» ιατρικά ποσοστό γεννήσεων με καισαρική, παρόλες τις αντιγνώμεις, η διεθνής επιστημονική κοινότητα κλείνει προς το ότι, σε ποσοστά κάτω του 10% και άνω του 15%, είτε υπάρχει θέμα δημοσίας υγείας (ελλιπής φροντίδα για τη μητέρα και το νεογνό), είτε υπάρχει ανατιολόγητη χρήση, καθώς οι επεμβάσεις αυτές αφενός μεν δεν οδηγούν σε μείωση των ποσοστών μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας, αφετέρου δε ενέχουν κινδύνους. Έτσι, ο ΠΟΥ το 2015 δημοσίευσε μια σύσταση-δήλωση θέτοντας το εύρος από 10% έως 15% ως βέλτιστο.<sup>5</sup>

Παρόλα αυτά, ακόμη και στις χώρες εκείνες που τα ποσοστά υπερέβαιναν το 15% πριν μερικές δεκαετίες παρατηρείται ότι αυτά, με ελάχιστες εξαιρέσεις<sup>6</sup> αυξάνονται, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από τις πρόσφατες εκθέσεις του ΟΟΣΑ<sup>7</sup>. Ένα μοντέλο «σύγχρονου» και χωρίς κίνδυνο τοκετού με καισαρική διαχέεται με αποτέλεσμα η συχνότητα των χειρουργικών τοκετών να αυξάνεται λόγω της αύξησης της «ζήτησης» και της «προσφοράς» καθώς συγκλίνουν παράγοντες όπως η «άνεση» της μητέρας<sup>8</sup> η δυνατότητα «προγραμματισμού» τόσο για τους γυναικολόγους όσο και τις εγκυμονούσες, η ευκολία της επέμβασης καθαυτής (για το ιατρικό σώμα) και προφανώς και το διαφοροποιημένο κόστος, σημαντικό κίνητρο για τους γιατρούς καθώς στις περισσότερες χώρες η «τιμολόγηση» του τοκετού διαφοροποιείται (σαφώς υψηλότερο στην περίπτωση του μη φυσιολογικού τοκετού).

## Οι καισαρικές στην Ελλάδα και στις άλλες ανεπτυγμένες χώρες

Με βάση πρόσφατες εκτιμήσεις τα ποσοστά των καισαρικών στις 150 περίπου χώρες για τις οποίες διαθέτουμε δεδομένα κυμαίνονται από 1% έως 58%<sup>9</sup>. Οι διαφορές ανάμεσα στις ανεπτυγμένες χώρες είναι φυσικά πολύ μικρότερες. Τα ποσοστά αυτά κυμαίνονται π.χ. στις χώρες-μέλη του ΟΟΣΑ το 2017 ανάμεσα στο 53% (Τουρκία, μέγιστο) και το 15% (ελάχιστο, Ισραήλ), με έναν μέσο όρο στις 34 χώρες του Οργανισμού αυτού της τάξης του 28% (Σχήμα 1). Οι διαφορές αυτές οφείλονται κατά τον ΟΟΣΑ<sup>10</sup> σε πλήθος παραγόντων, όπως τα διαφοροποιημένα οικονομικά κίνητρα, η αντιμετώπιση της αστικής ευθύνης των μαιευτήρων, οι διαφορές στον αριθμό και την εκπαίδευση των μαιών και των νοσηλευτών, το ποσοστό των τοκετών σε ιδιωτικά νοσοκομεία, κ.ο.κ.

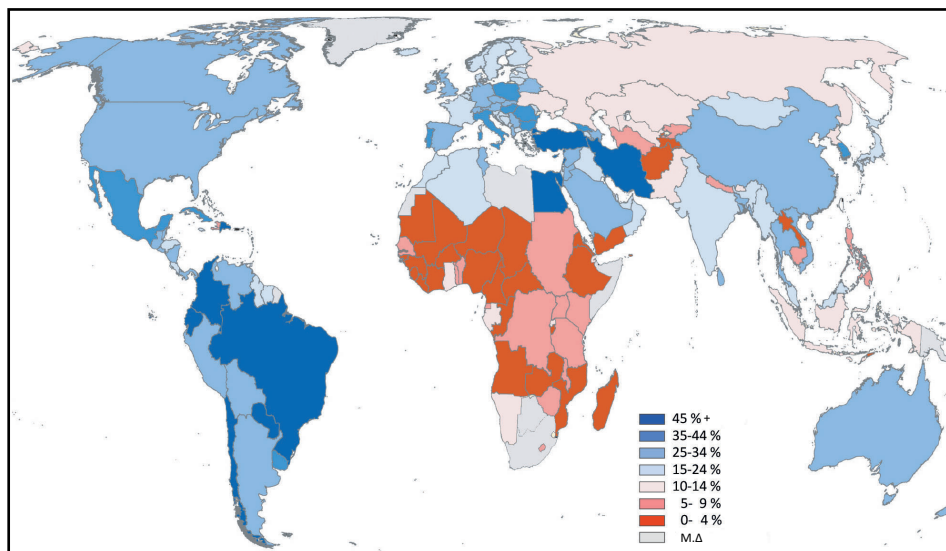


\*Στην Ιρλανδία, το Μεξικό, τη Νέα Ζηλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, τα δεδομένα καλύπτουν μόνο τα δημόσια χρηματοδοτούμενα νοσοκομεία (ωστόσο, στην Ιρλανδία όλες οι υπηρεσίες μητρότητας βρίσκονται σε δημόσια χρηματοδοτούμενα νοσοκομεία και, στη Νέα Ζηλανδία, ο αριθμός των ιδιωτικά χρηματοδοτούμενων γεννήσεων είναι αμελητέος). Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μια υποεκτίμηση των ποσοστών καισαρικών στις χώρες αυτές δεδομένου ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία τείνουν να χρησιμοποιούν αυτήν την πρακτική περισσότερο από τα δημόσια.

Στη χώρα μας δεν διαθέταμε μέχρι και το 2018 δεδομένα και η Ελλάδα ήταν απύσχα στις υφιστάμενες βάσεις δεδομένων του ΠΟΥ και του ΟΟΣΑ. Το 2019 όμως, για πρώτη φορά, η ΕΛΣΤΑΤ συνέλεξε στοιχεία τα οποία και μας παραχώρησε πρόσφατα. Με βάση αυτά, σε 1000 γεννήσεις το 2019, οι 531 έγιναν με καισαρική, οι 417 προήλθαν από έναν φυσιολογικό τοκετό ενώ για 52 εξ αυτών δεν διαθέτουμε την πληροφορία. Αν όμως θεωρήσουμε ότι ένα τμήμα των μη δηλωθέντων δεν προήλθε από φυσιολογικό τοκετό, δυνάμει βάσιμα να συμπεράνουμε ότι, σε 1000 τοκετούς, **οι με καισαρική εγγίζονται τους 550 (διπλάσιοι σχεδόν από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ) θέτοντας τη χώρα μας στην πρώτη θέση ανάμεσα στις 35 χώρες μέλη του Οργανισμού αυτού, και στις 10 υψηλότερες θέσεις παγκοσμίως (Χάρτης 1).**

Σύνολο	Με καισαρική	φυσιολογικός τοκετός	Δ.Δ	Με καισαρική (%)	φυσιολογικός τοκετός (%)	Δ.Δ (%)
83621	45015	32890	5716	53,06	41,73	5,21

## Χάρτης 1 Τα % των καισαρικών στον κόσμο



Πηγή: Dumont, A., & Guilмото, Chr., 2021 Too many yet too few: the double burden of Caesarean births, Population & Societies, 581..

Τα ποσοστά αυτά είναι υπερβολικά, πόσο μάλλον με δεδομένο ότι στην Ελλάδα η μέση ηλικία στη γέννηση δεν είναι πολύ υψηλότερη από τις υπόλοιπες χώρες και το ποσοστό των προερχόμενων από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή γεννήσεων, αν και σχετικά υψηλό, δεν είναι υψηλότερο από τις 28 χώρες του ΟΟΣΑ, όπου τα ποσοστά των καισαρικών είναι μικρότερα του 35%. Η «επιδημία» των καισαρικών επομένως δεν οφείλεται σε ιατρικούς λόγους (εκτός και αν αποδειχθεί ότι το DNA των Ελληνίδων διαφοροποιείται σημαντικά αυτού των γυναικών άλλων χωρών οδηγώντας τις να έχουν σωρεία προβλημάτων που απαιτούν μια καισαρική). Κατ' επέκταση, στην πλειοψηφία τους είναι περιττές και οφείλονται κυρίως στις πρακτικές των γυναικολόγων και μαιευτήρων, δευτερευόντως δε στις στάσεις των ιδίων των γυναικών, οι οποίες σε μεγάλο βαθμό διαμορφώνονται από αυτούς.

Τα εξαιρετικά υψηλά αυτά ποσοστά τείνουν να αναδειχθούν στη χώρα μας σε πρόβλημα δημόσιας υγείας και **καθιστούν επείγουσα την ανάγκη παρεμβάσεων** που πρέπει να στοχεύουν τους επαγγελματίες της υγείας, τις γυναίκες και τις οικογένειές τους αλλά και το σύστημα υγείας. Οι υπεύθυνοι στη χώρα μας για τη Δημόσια Υγεία –κυρίως δε το Υπουργείο Υγείας – και οι γυναικολόγοι-μαιευτήρες δεν είναι δυνατόν, με βάση τα προαναφερθέντα, να συνεχίσουν να αναπαράγουν στο διηνεκές τις πρακτικές αυτές. Απαιτούνται **άμεσα μέτρα** για τον δραστικό περιορισμό των περιττών αυτών χειρουργικών επεμβάσεων<sup>11</sup> όπως αυτά που ελήφθησαν σε μια σειρά χωρών όταν τα % των καισαρικών, χωρίς να έχουν φθάσει ποτέ τα καταγεγραμμένα σήμερα στην Ελλάδα (55%), ήταν σχετικά υψηλά. Ενδεικτικά και μόνον θα αναφέρουμε κάποια από τα μέτρα αυτά: την μείωση της διαφοράς του κόστους κάλυψης των δυο τύπων τοκετού, την υιοθέτηση σαφέστατων κλινικών κατευθυντήριων γραμμών και την υποχρέωση των κλινικών να δημοσιεύουν στατιστικά δεδομένα, τη βελτίωση της εκπαίδευσης των μελλοντικών μαιευτήρων, τις ευρύτερες δημόσιες καμπάνιες ενημέρωσης των γυναικών και την ενεργοποίηση των ιατρικών ενώσεων, καθώς χωρίς τη συνεργασία της ιατρικής κοινότητας δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπισθεί η προαναφερθείσα «επιδημία» των καισαρικών που, εκτός των άλλων, επιβαρύνουν, χωρίς προφανή λόγο, τόσο τις ιδιωτικές όσο και τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία.

<sup>1</sup> Boerma T., Ronsmans C., Melesse D. Y., Barros A. J., Barros F. C., Juan L., Moller A. B., Say L., Hosseinpoor A. R., Yi M., Neto D. D., Temmerman, M., 2018, Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections, The Lancet, 392(10155), 1341–1348 & Betrán, A.P, Jianfeng, Y., Moller, A-B., Zhang, J, A., Metin Gülmezoglu, A., Torloni, M.R The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014, 2016, PLoS ONE 11 (2): e0148343. doi:10.1371/journal.pone.0148343

<sup>2</sup> Keag O. E., Norman J. E., Stock S. J., 2018, Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis, PLoS Med, 15(1), e1002494.

<sup>3</sup> World Health Organization, 2018, WHO recommendations: Non-clinical interventions to reduce unnecessary Caesarean section, Geneva, WHO

<sup>4</sup> FIGO, 2020, Ethics and Professionalism Guideline, <https://www.figo.org/decision-making-about-vaginal-and-caesarean-delivery>

<sup>5</sup> World Health Organization, 2015, WHO statement on Caesarean section rates, Geneva, WHO

<sup>6</sup> Φιλανδία, Νορβηγία, Ισλανδία, Ολλανδία, Σουηδία, Λιθουανία, Εσθονία, Γαλλία, Ισραήλ και Ιαπωνία όπου το % καισαρικών είναι μικρότερο του 20%

<sup>7</sup> OECD, 2017 & 2019, Health at a Glance, OECD INDICATORS, OECD Publishing, Paris, [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en) & [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019\\_4dd50c09-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en)

<sup>8</sup> Stoll, K., Hauck, Y., Downe, S., Payne, D., Hall, W. & International Childbirth Attitudes- Prior to Pregnancy (ICAPP) Study Team, 2017, Preference for cesarean section in young nulligravid women in eight OECD countries and implications for reproductive health education, Reproductive Health 14:116, DOI 10.1186/s12978-017-0354-x- & Schantz C., Loenzien M. de, Goyet S., Ravit M., Dancoisne A., Dumont A., 2019, How is women's demand for caesarean section measured? A systematic literature review, PLoS One, 14(3), e0213352. Η προτίμηση των γυναικών για καισαρική διαιφηρει μεταξύ των χωρών, γεγονός που μπορεί να αντικατοπτρίζει τις θεσμικές ρυθμίσεις του συστήματος μητρικής υγείας και τις πολιτισμικές στάσεις απέναντι στον τοκετό. Σε νεαρές γυναίκες, αυτή η επιλογή μπορεί επίσης να οφείλεται σε ψυχολογικούς λόγους, συμπεριλαμβανομένου του φόβου του ανεξέλεγκτου πόνου που σχετίζεται με τον τοκετό

<sup>9</sup> Boerma et al., & Betrán et al., op. cit.

<sup>10</sup> OECD, 2019, op. cit.

<sup>11</sup> WHO, 2018, op. cit., & Betrán, A.P., Temmerman, M., Kingdon, C., Mohiddin, A., Opiyo, N., Torloni, M.R., Zhang, J., Musana, O., Wanyonyi, S., Gülmezoglu, A.M., Downe, S. 2018, Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies, Lancet, 392: 1358-68.