

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KADIN HASTALIKLARI ve DOĞUM
ANABİLİM DALI

tez
15
99785

POSTPARTUM HEMEN RAHİM İÇİ ARAÇ (RIA) UYGULAMASININ
DEĞERLENDİRİLMESİ.

T. C.
ANADOLU ÜNİVERSİTESİ
MERKEZ KÜTÜPHANESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. İSMAIL DÖLEN

ANKARA - 1983

Anadolu Üniversitesi
Merkez Kütüphanesi

İ Ç İ N D E K İ L E R

| | <u>Sayfa No.</u> |
|-------------------------|------------------|
| GİRİŞ ve AMAÇ _____ | 1 |
| GENEL BİLGİLER _____ | 2 |
| MATERYAL ve METOD _____ | 14 |
| BULGULAR _____ | 17 |
| TARTIŞMA _____ | 23 |
| SONUÇ _____ | 32 |
| ÖZET _____ | 35 |
| KAYNAKLAR _____ | 37 |

G İ R İ Ő v e A M A Ç

Aile planlaması, bütün dünyada güncel sorunlardan biridir. İdeal doğum kontrol yöntemini bulmak, mevcutlarını mükemmelleştirmek için yoğun çalışmalar devam etmektedir. Rahim İçi Araç (RİA) uygulaması uzun zamandır başarı ile yapılmaktadır. Postpartum hemen (plasenta çıkar çıkmaz) RİA uygulaması ise çok yeni bir uygulama şeklidir.

Bu araştırma, Uluslararası Doğurganlık Araştırma Programı (IFRP), Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalının ortak protokolüne göre, postpartum RİA uygulamasının olumlu ve olumsuz yönlerini incelemek amacı ile Eylül 1981 - Temmuz 1982 arasında Hacettepe Hastanesi Doğum Kliniğinde araştırmacı tarafından bizzat yürütülmüştür. Postpartum RİA uygulaması ve sonraki 6 aylık devrede olan olaylar araştırmanın kapsamını oluşturmuştur.

G E N E L B İ L G İ L E R

Yüzyıllar boyunca insanlar cinsel birleşmeyle ilişkisi olmayan, uygulandığı sürece koruyabilirliği tam olan ve kişinin sağlığına zararsız olup, uygulama bitiminde geriye dönüşebilir nitelikte bir gebeliği önleme yöntemi aramıştır. Günümüzde var olan doğum kontrol yöntemlerinden bu ideale en yakın olanı RİA dır. RİA ların ideal kontraseptifleri oluşturmalarının temel nedenleri şunlardır :

- I. Etken ve güvenilirdir,
- II. Yan etkileri azdır,
- III. Bir tek uygulamayı uzun süreli korunma izler,
- IV. Kontraseptif etki, cinsel birleşimlere bağlı değildir,
- V. Kontraseptif etki aracın çıkarılması ile kolayca geriye dönüşebilir (1).

İlk RİA uygulamaları 2000 yıl kadar önce Arabistan'da, çöllerde yapılan kervan yolculukları sırasında develerin rahimlerine konulan taşlarla başlamıştır. O günden bu güne kadar RİA larda, şekil, yapı ve uygulama olarak sürekli gelişmeler olduğu bilinmektedir. Ancak tıp literatüründe rastlanılan ilk gerçek RİA, 1909 yılında bir Alman tıp yayınında Richard Richter tarafından bildirilmiştir. 1930-1960 yılları arasında güvenilirlikleri ispatlanan RİA ların en çok kullanılan iki modeli, Almanya'da yapılan gümüş Grafenberg halkaları ve Japonya'da yapılan altın kaplamalı gümüşten Ota halkalarıydı, 1960 yılları başında biyolojik açıdan güvenli olan ve sıkışıp gerildikten sonra başlangıçtaki şeklini alabilen plastik

araçlar yapıldı. Böylece ufak çaplı yerleştirme tüplerine sığabilen plastik RİA lar kullanılarak servikal dilatasyon gerekliliği en aza indirgen-
di. Metal araçlara göre kanama ve sancı olasılığı çok azaldı (1-24).

RİA larda son gelişmelerden biri de 1960 yıllarından sonra bakırlı ve plastikten düşük dozlarda progesteron salan araçların yapılmasıdır. İdeal Rahim içi aracı bulabilmek için çalışmalar halen sürdürülmektedir (1).

RİA ların etki mekanizmaları tam olarak tanımlanamamıştır. Bu mekanizma, yapılan in vivo ve in vitro çalışmalardan edinebildiğimiz bilgilere göre şöyle özetlenebilir :

- I. RİA lar ovulasyonu engellemezler (1,7,20).
- II. Ovum transportunun hızlanması ve ovumun gelişmesini tamamlama-
dan uterus içine gelmesi de kontrasepsiyonu sağlayan bir görüş olarak ileri sürülmüştür. Ancak bu insanlarda kanıtlanamamıştır (1).
- III. Uterus boşluğunda araç bulunduğu, endometrium plazma hücreleri ve lenfositlerle kronik bir infiltrasyonda olduğu gibi istila-
ya uğramaktadır. Doku ödemi ve stromada fibrozis oluşmakta endo-
metrium araca doğrudan değen yüzeyinde damarlaşmada artma olmakta,
sonuç olarak endometrium blastokist ve spermatozoa için uygun ol-
mayan bir ortam olmaktadır (1,20).
- IV. Son yıllarda üzerinde durulan diğer bir görüşe göre uterus içine
konulan araç biyolojik bir etkiyle hücrel bağışıklık ilkesi
sonucu gebeliği önlemektedir. Şöyle ki; RİA bir yabancı cisim ve
antijen olarak kendisine karşı çok kuvvetli bir yerel yabancı
cisim reaksiyonu oluşmasına neden olmaktadır. Bunun sonucu çok
kisa zamanda, milyonlarca makrofaj aracın çevresinde toplanmakta,
onu iyice sarıp tüm uterin kaviteyi gevşek bir hücrel yapı

olarak doldurmaktadır. Makrofajlar zamanla, tıpkı bir makrofaj kültürü gibi uterus boşluğunda üremekte ve yabancı cisime karşı etkin bir fagositoz göstermektedir. Fertilize olmuş ovum ya da blastosist spermier de vücut için yabancı cisim olduklarından, makrofajlar onları da fagosit edip dejenerasyona uğratmakta, yok etmektedirler (1,2,13,18,23).

V. RİA ların lokal prostaglandin yapımını artırarak implantasyonu inhibe ettiği düşünülmektedir (1,20).

VI. Mekanik olarak implante olmuş blastosistin endometriümdan ayrılmasına neden olabilirler (1).

VII. RİA etkisiyle intrauterin sekresyon pH si asit yönde etkilenecek sperm ve blastosist için uygun ortam olmaktan çıkar (18).

VIII. RİA kullananlarda intrauterin sekresyonda fazla miktarda meydana gelen proteolitik enzimler spermier ve blastosisti tahrip ederek gebeliği önler (19).

IX. Bakır içeren RİA lar kimyasal yolla servikal müküs'e etkiyle sperm transportunu bozar veya spermier fertilize ovumu ya da blastosisti yıkıma uğratabilir. Endometriümü bozarak implantasyonu önler. Bunu bakır iyonlarının hücre salgılarını sulandırmasıyla, endometrium yüzeyinin yapışkanlığını gidererek implantasyonu güçleştirerek yapar. Endometrial hücrede DNA miktarını değiştirir. Uterus kaslarında kontraksiyonu artırır (1,5,6,20).

X. Progesteron salan RİA lar servikal müküsü sperm geçişine ve endometriümü implantasyona elverişsiz hale getirir (1,20).

RİA ların teorik etkinliği % 95-99 dur. Bu oran oral kontraseptiflerinkinden daha düşüktür. Ancak kullanımın sürekliliği düşünülecek olursa RİA ların daha avantajlı olduğu görülür. 1970 yılında D tipi Lippes loop kullanan kadınların % 23 ü bu yöntemi uygulamanın ilk yılında terkederken, bu oran benzer koşullarda oral kontraseptif kullananlarda % 50 dir. (1,6,20).

RİA ların klasik yöntemlere göre daha fazla yan etkisi vardır, ancak mortalite riski haplardan daha azdır. RİA kullananlardaki 100 000 kadın yılı başına birden az ölüme karşı, 40 yaş altında tütün kullanmayan kadınlarda doğum kontrol haplarıyla mortalite 100 000 kadın yılında 1.2-3.9 dur. Oral kontraseptiflerde mortalite yaşla artarken, RİA larda değişmez. RİA lara bağlı çok seyrek ölüm riskinde neden, enfekte spontan düşük ya da teşhis edilmemiş dış gebeliktir (1,20).

Hastanede tedaviyi gerektiren morbidite, uterin perforasyon, PID (Pelvik infeksiyon durumu - Pelvik inflamatuvar hastalık), kanamadır. Ve bunlar oral kontraseptiflerle kıyaslandığında daha yüksek orandadır. Ancak bu istenmeyen gebelik ve doğumla kıyaslandığında ihmal edilecek kadar küçüktür (1).

Günümüzde kullanılan RİA ları iki büyük sınıfa ayırabiliriz. Bunlar katkılı ve katkısız olanlardır. Katkısız olanlar : Lippes loop (A, B, C, D tipler) SAF T-coil (küçük, orta, büyük). Katkılı olanlar Cupper-T, Cupper-7, Multiload Cu-250, Progesteron T (progestosert). Bir de postpartum uygulama için modifiye şekiller geliştirilmiştir (1,6,14,15,16,20).

Rahim içi araç, etkin, uzun süreli doğum kontrolü dileyen her kadın tarafından kullanılabilir. Ancak hem kadının hem de eşinin RİA nın olumlu ya da olumsuz yönlerini, etki mekanizmasını, doğurganlığın geriye dönüş-

bilirliğini bilmeleri yöntemin başarısına önemli katkıda bulunacaktır.

RİA uygulamasını kendisi için en uygun yöntem olarak kabul eden kadınlarda RİA, adetler esnasında, adetler arasında, hemen doğum sonrası, düşük sonrası ve koitus sonrası uygulanabilir (1,6,10,20).

RİA uygulaması cinslerine göre, içeri itme tekniği veya geri çekme tekniği ile yapılır. Postpartum uygulama elle, ring forsepsle veya özel insertörler ile yapılır (1,6,20).

RİA uygulandıktan sonra, nadiren geçici senkop, ya da değişik şiddette ağrı hissedilebilir (1,6,20).

RİA'nın çıkarılması son derece kolaydır. İpleri ring forseps veya benzer bir aletle tutulup çekilir. İp koparsa, RİA çengeli veya benzeri bir aletle çıkarılır. İp koparsa veya çekmeye karşın RİA çıkmıyorsa parsiyel veya komplet perforasyon düşünülmeli, ona göre hareket edilmelidir (1,10,20,26).

RİA pek çok kadın için mükemmel bir kontraseptiftir. Etkisi yüksektir. Emzirme boyunca katkısız ve bakırlı RİA lar süt miktarını ve yapısını etkilemezler (1,6,20).

RİA kullanmanın tıbbi kontraendikasyonları 1981 de IPPF Medical Policy Statement tarafından belirlenmiştir. Bunlar :

- Akut PID veya geçirilmiş PID,
- Bilinen veya şüphelenilen gebelik,
- Ektopik gebelik öyküsü,
- Tanı konmamış jinekolojik kanamalar,
- Genital traktusda malignansi şüphesi,
- Konjenital uterin anomali veya RİA'nın uygun yerleşmesini bozan myom olması.

Diğer tıbbi faktörler doktorun ve hastanın değerlendirmesine göre kontrendikasyon olabilir. Bunlar :

- Anemi,
 - Nulliparite,
 - Pıhtılaşma bozuklukları,
 - Şiddetli servikal stenoz,
 - Kalp kapak hastalığı olanlar,
 - Menstruasyon kanamasının çok fazla olması,
 - Şiddetli primer dismenorae ve
 - Bakırlı RIA lar için, bakır allerjisi ve Wilson hastalığıdır.
- Diabetes mellitus, RIA kullanmak için kontrendikasyon değildir (1,6,20).

RIA NIN KOMPLİKASYONLARI :

1. KANAMA :

RIA uygulanan kişilerde en sık karşılaşılan problem kasık, bel ağrısı ve kanamadır. Yaklaşık olarak kadınların % 5-15 i ağrı ve kanama yüzünden ilk yıl içinde RIA yı çıkarttırmaktadır (1,6,20).

Üç tip kanama değişikliği olur :

- Menstrual kanama volümü artar,
- Menstrual kanama süresi artar,
- İntermenstrual kanama veya lekelenme olur (20).

Normal menstruasyon, kan kaybı sağlıklı bir kadında her siklusda ortalama 35 ml. dir. RIA ile ortalama kan kaybı 20-50 ml artmaktadır. 80 ml den fazla kan kaybı ağır kan kaybı olarak değerlendirilir. Progestin salan RIA lar kanama volümünü azaltırken, kanama süresini uzatırlar. Ayrıca

intermenstrual kanama insidansı diğer RİA lara göre daha fazladır. RİA ların menstruasyon kanamasını niçin arttırdığı tam açık değildir. RİA nın yer değiştirmesi veya dönmesi, endometriuma mekanik baskısı endometriumun normal kan pıhtılaşma mekanizmasını değiştirebilir. RİA uygulanması ile endometriumda plazminogen aktivatör konsantrasyonu artar. Bu enzimler fibrinolitik aktiviteyi arttırır. Kanın pıhtılaşmasını önler ve daha fazla kan kaybına sebep olur (1,6,20).

RIA kullananlarda luteal fazın bitiminden birkaç gün önce olmak üzere menstruasyonun erken başladığına dair deliller vardır. Bunun sebebi RİA kullananların progesterona daha az hassas olmaları sonucu kanamanın, progesteronun çekilmesinden daha önce başlamasıdır. Bu da gebeliği önleme mekanizmalarından biri olabilir. Bununla birlikte RIA kullananlarda over fonksiyonlarının değişmediği saptanmıştır (7,20).

Menstruasyondaki kan kaybını azaltacak çareler aranmıştır. Oral nonsteroid antienflamatuvarlardan endometazin, flufenamik asit ve alkofenak üçlüsü ile kanamanın % 26-35 azaltılması sağlanmıştır. Bu ilaçların menstrual ağrıyı azalttığı da belirtilmiştir. Diğer prostaglandin sentez inhibitörleri, naproxen, tolfenamik asit ve mefenamik asit de dismenore ve kan kaybını azaltırlar (20).

2) PELVİK İNFEKSİYON DURUMU (PELVİK İNFLAMATUAR HASTALIK) = P.I.D.

PID, yukarı genital traktusun enfeksiyonları için kullanılan genel bir terimdir. PID ile RİA kullanımı arasındaki ilişkiyi belirlemek en az iki sebepten güçtür (6,20). RİA kullananlarla kıyaslamak için : Standart bir kontrol grubunun olmaması ve hastalığın teşhisi için kriterlerin kesin olmaması. Çoğu vaka asemptomatiktir ve teşhis laparoskopi ile dahi güçtür (20).

PID nin RIA kullananlarda daha şiddetli geçip geçmediği açık değildir. Ancak rapor edilen tuboovarian abse vakalarının çoğu RIA kullanan kişilerdir. Tuboovarian abseler genellikle çift taraflı iken RIA kullananlarda genellikle tek taraflı görülmüştür. Uzun süre RIA kullananlarda PID riskinin artıp artmadığı konusunda raporlar çelişkilidir.

Bazı araştırmacılar RIA kullanan gebe kalmamış veya doğum yapmamış kadınlarda PID nin daha fazla görüldüğünü belirtmişlerdir.

PID ile RIA arasındaki ilişki şöyle açıklanabilir :

- RIA endometrium ve tüplerde steril enflamasyona sebep olur,
- Menstruasyonda kanama süresini ve kan miktarını artırır,
- RIA nin ipleri asendan enfeksiyona neden olur,
- Spirali takma sırasında bakteri uterusu girebilir v.b.

Yapılan histopatolojik araştırmalar RIA kullananlarda, kullanmayanlara göre daha sık olarak tüplerde kronik nonbakteriyel enflamasyon olduğunu göstermiştir. Bu enflamasyon patogen organizmalara karşı direnci azaltır. Bununla beraber RIA endometriuma küçük ülserasyona ve bakterinin buradan uterusun diğer tabakalarına geçmesine sebep olabilir.

Bakteriler endometriuma daha çok menstruasyon sırasında, servikal mukusun olmadığı zaman girerler (1,6,9,20).

Enfeksiyondan korunma :

Daha iyi sterilizasyon ve spiral takma tekniği ve ipsiz veya enfeksiyonu azaltacak madde salan RIA lar geliştirmekle olabilir.

Tedavide, bir grup araştırmacı RIA nin hemen çıkartılması ve antibiyotik önerir. Diğer bir grup ise antibiyotiğe hemen cevap vermeyenlerde RIA nin

çıkarılmasını savunur. Bir araştırmada her iki yöntemle yapılan yaklaşımda belirgin farklılık gözlenmemiştir. IPPF'nin son geliştirdiği tedavi politikası antibiyotikçe karşın 48 saatte iyileşme olmazsa RİA'nın çıkarılması şeklindedir (1,6,20).

3) GEBELİK VE RİA İLİŞKİSİ :

A. UTERİN GEBELİKLER :

RİA kullananlarda gebelik oranı yılda % 1-5 den azdır (1,6,20, 21). Araca rağmen gebeliğin gelişmesi, aracın pozisyonu ve büyüklüğü ile yakından ilişkilidir (2). RİA kullananlarda gebelik olursa bu gebeliğin I. ve II. trimesterde spontan düşme ihtimali, RİA kullanmayanlara göre daha yüksektir. Yaklaşık % 50 uterin gebelik RİA çıkartılmazsa spontan düşükle sonlanır. Bu oran diğer kadınlardaki spontan düşük oranından 3-5 kat daha fazladır. Aynı araştırmada düşüklerin yarısından fazlasının II. trimester olduğu gözlenmiştir. İkinci trimester düşüklerinde komplikasyonların daha ciddi olduğu bir gerçektir. RİA + gebelikte RİA'nın erken çıkartılması spontan düşük oranını yarıya düşürür ve II. trimester düşüklerini de azaltır. RİA + gebelikte RİA çıkarılmazsa prematür doğum, ölü doğum, düşük ağırlıklı doğum daha çok görülür (1,6,20).

B) EKTOPIK GEBELİKLER :

RİA ile ektopik gebelik arasındaki ilişki tam anlaşılacakla beraber bir nokta açıktır. RİA kullananlar gebe kaldığı zaman, RİA kullanmayanlara göre daha sık ektopik gebelik olurlar. RİA kullananlarda görülen 30 gebelikten 1-4 ü ektopik gebeliktir. Diğer kadınlarda ise bu oran % 0.5 - % 0.8 dir.

RİA'nın tubal ve extrauterin gebeliklerden çok, uterin gebeliği önlediği belirtilmiştir.

Son zamanlarda RİA'nın tüpleri etkileyerek ektopik gebelik riskini artırdığı görüşü öne sürülmüştür. U.S. Women's Health Study, 4 000 den fazla RİA kullanan kadında yaptığı araştırmada, 25 aydan fazla RİA kullanan grupta PID ve ektopik gebelik ihtimalinin, 25 aydan az RİA kullanan gruba göre 2.6 defa fazla olduğunu bulmuştur. Riskin RİA çıkarıldıktan sonra bir yıl daha devam ettiği öne sürülmüştür.

Buna karşılık Oxford-FPA'nın çalışmasına göre ektopik gebelik ile RİA kullanım süresinin ilişkisi yoktur. Ve RİA kullananlarla ektopik gebelik yılda 1000 kadın için 1.2 dir. Amerika'da RİA kullanan kadınlardaki ektopik gebelik hızı, Population Council'in çalışmasına göre, RİA kullanan ve korunmayan kadınlardaki ektopik hızı ile farklılık göstermektedir (1,6,20).

RİA ile beraber tubal gebeliklerin yanında primer abdominal ve ovarian gebeliklerin de olabildiği görülmüştür (4,5).

RİA kullananlara, ektopik gebelik ihtimali nedeniyle, ektopik gebeliğe ait belirtiler anlatılmalıdır.

Geçirilmiş PID, geçirilmiş ektopik gebelik, tubal cerrahi öyküsü olanlar RİA kullanmamalıdır (1,6,20).

RİA çıkarıldıktan sonra genellikle fertiliteye dönüş hızlı olmaktadır. % 70 vakada RİA çıkarıldıktan sonra 12 ay içinde gebelik olmaktadır. 24 ayda bu oran % 92 dir (6,20).

4) ARACIN DIŞARI ATILMASI :

En sık görülen komplikasyondur (% 7-10). Hemen farkedilmezse kadın gebe kalabilir. RİA parsiyel (Servikal yer değiştirme) veya tam atılabilir. Parsiyel atılma hem gebelik, hem asendan uterin enfeksiyon riskini

artırır. Atılma oranı uygulama zamanı, aracın cinsine göre değişir. Genç ve paritesi az olanlarda daha sıktır. Aracın atılması kadınların % 20 si tarafından farkedilmez (1,6,10,20,21).

5) UTERUS PERFORASYONU VE İPİN GÖRÜLMEMESİ :

RİA kullanımında uterus perforasyonu ciddi bir komplikasyondur. Perforasyonun daha çok travmatik insersiyona bağlı olduğu ileri sürülmüştür. İki şekilde olabilir :

I. Hemen uygulama sırasındaki perforasyon, RİA myometriumu perfore ederek extrauterin sahaya uygulanır (Komplet perforasyon).

II. RİA nın bir kısmı veya tamamı myometrium içine konulur (Parsiyel perforasyon). Uterus kontraksiyonları ile zamanla komplet perforasyona doğru gidiş olur (1,26).

Perforasyon itme tekniğinde, çekme tekniğinde RİA uygulanmasına göre daha sık meydana gelir (1).

Uterus perforasyonunun çeşitli araştırmalarda 350-2500 uygulamada bir görüldüğü tespit edilmiştir (10,21,26).

RİA ipinin görülmemesi çeşitli araştırmalarda yılda % 10-15 olarak tespit edilmiştir (10,26).

Birkaç şekilde meydana gelebilir :

I. İp bilmediğimiz bir mekanizma ile yukarı çekilir. Uterus kontraksiyonu, aracın dönmesi nedeniyle olabilir.

II. Bazen ip çok kısa kesilir. İp serviksdedir. Ancak external osttan görülmez. Özellikle postpartum ve postabortal RİA uygulamasında görülür.

III. Gebelik + RİA ipin kaybolmasının diğer bir sebebidir. Büyüyen uterusla beraber ip yukarı çekilir. Her gebelikte ipin kaybolması gerekmez.

IV. RİA kendiliğinden düşmüş olabilir. İpin kaybolduğu % 20 vakada hastanın RİA nın düştüğünden habersiz olduğu gözlenmiştir.

V. RİA nın çıkarılması gayesi ile ip çekilmiş ve koparılmış olabilir.

VI. En önemli ve en ciddi neden olarak parsiyel veya komplet perforasyon gelişmiş olabilir (21,26).

Gebelik ve RİA nın kendiliğinden düşmesi ekarte edildikten sonra servikal kanal bir pamuk tamponla araştırılır. Bu salgıları temizlediği gibi kayıp ipi de yakalayabilir. Kısa ipli RİA çıkartılıp yenisi uygulanır.

İp bulunmazsa histerometre ile uterus kavitesi araştırılır. RİA nın varlığı kolaylıkla hissedilir. İpin görülmediği vakalarda histerometre uterus kavitesine konularak çekilen direkt karın grafisi, ikinci bir RİA uygulanarak çekilen direkt karın grafisi ve histerosalpingografiden de yararlanır.

Parsiyel perforasyonda RİA servikal dilatasyon yapılarak veya yapılmadan bir pens ile tutularak çekilip çıkarılabilir.

Komplet perforasyonda bir görüşe göre aracın çıkarılması gereklidir. Diğer bir görüşe göre katkısız RİA ları hastanın bir şikayeti yoksa çıkarmak gereksizdir. Katkısız RİA lar laparoskopi ile çıkarılabilir. Bazen laparotomi gerekebilir. Bakırlı ve progesteronlu RİA ların perforasyon tanısı konmuş ise mutlaka çıkarılmaları gerekir (1,6,10,21,26). İpin görülmediği, RİA nın uterus kavitesinde olduğu vakalarda Karman aspirasyon RİA nın çıkarılmasında başarı ile kullanılmaktadır (8).

M A T E R Y A L v e M E T O D

Bu araştırma IFRP (International Fertility Research Program), Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı tarafından hazırlanan protokol uyarınca araştırmacı tarafından bizzat yürütülmüştür.

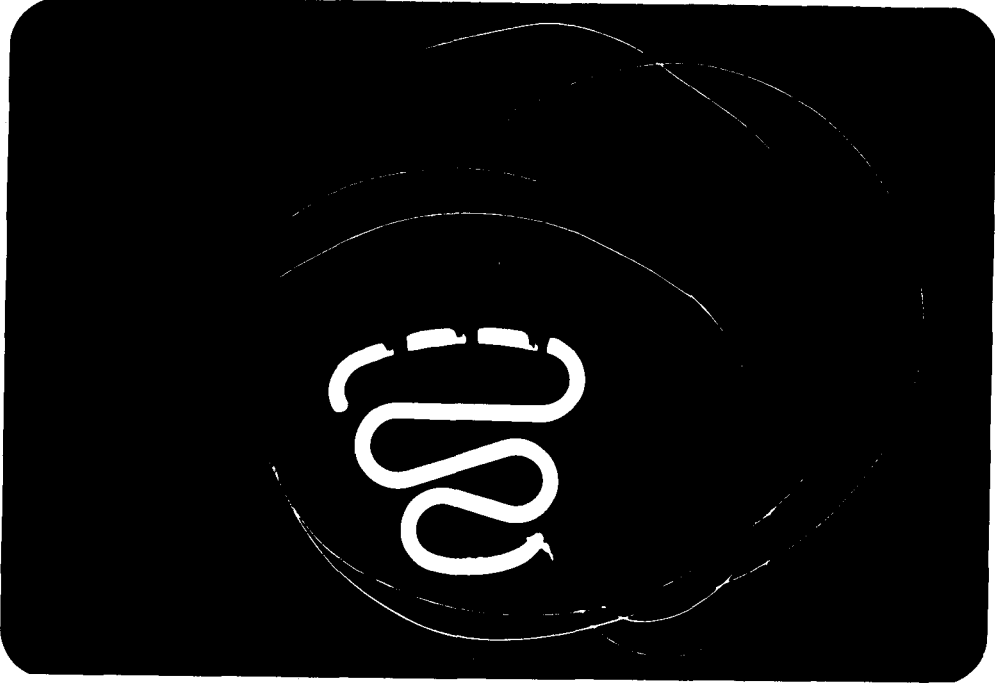
Araştırma Eylül 1981 - Temmuz 1982 arasında Hacettepe Doğum Kliniğinde yapıldı.

Hastalara gebe takip polikliniğinde, travay odasında ve doğum odasında postpartum RİA uygulaması ile ilgili bilgiler verildi. RİA ile kontrasepsiyona istekli hastalardan canlı, matür çocuk doğurmuş olan, erken membran rüptürü, uzamış eylem, ikiz gebelik, iri bebek gibi enfeksiyon ve kanama riski yüksek olmayan ve RİA kontraendikasyonları gözönüne alınarak seçilen 355 kadına postpartum RİA uygulandı.

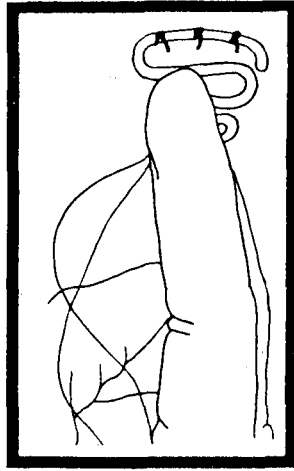
Araştırmada kullanılan RİA, IFRP tarafından geliştirilen suture Lippes loop D idi. Bu aracın üst koluna açılmış olan üç deliğe 0.5 cm. uzunlukta 2 numara kromik kat küt bağlanmıştı. Kromik sütürlerin kolları aşağıya bakıyor ve aralarında 45° açı oluşturuyorlardı. RİA'nın iki adet 34 cm. uzunlukta naylon ipi mevcuttu ve steril durumda orijinal paketinde bulunuyordu (Resim I).

Hasta doğum masasında iken doğumu takiben vajen, serviks kontrolü ve uterus eksplorasyonu yapıldıktan sonra araç steril şartlarda, sağ el

işaret ve orta parmak arasında tutularak vajen ve serviksten geçerek uterus kavitesine fundusa yakın bırakıldı (Şekil 1). Sol el uterusu transabdominal tesbit ediyordu. Aracın ipi serviksten 6-7 cm dışarda kesildi. Uygulama esnasında hastada olabilecek değişiklikler izlendi. Daha sonra hasta kabul formuna (Ek I) gerekli bilgiler işlendi ve hastalara RİA takip kartı verildi.



RESİM 1.



ŞEKİL 1 : Suture Lippes Loop.

Hastalar postpartum 2 ve 3. günlerde taburcu edildiler.

Hastalara postpartum I, III ve VI. aylarda kontrola gelmeleri, eğer ateş, kokulu akıntı, kanama, ağrı, RİA'nın ipinin kaybolması veya vajenden dışarı çıkması durumunda hemen gelmeleri anlatıldı. Kontrola gelen hastalara RİA izleme formundaki sorular soruldu, pelvik muayeneleri yapıldı ve RİA'nın ipleri uygun şekilde kısaltıldı (Ek II).

Kontrola zamanında gelemiyen hastalar mektup ve telefonla kontrola davet edildi ve buna büyük oranda cevap alındığı görüldü.

Elde edilen bilgilerin değerlendirilmesinde IFRP bilgi işlem merkezi yardımcı oldu.

B U L G U L A R

Eylül 1981 - Temmuz 1982 arasında Hacettepe Doğum Kliniğinde 355 vajinal doğum yapan hastaya postpartum RİA uygulanmıştır. Bu sürede 2167 vaginal doğum olmuştur.

Hastaların yaş dağılımı Tablo I'de görülmektedir. En genç hastamız 17, en yaşlısı 40 yaşında olup ortalama yaş 25.9 bulunmuştur.

Tablo I : Hastaların Yaş Dağılımı.

| Yaş | Sayı | % |
|-------------|------|-------|
| 20 den az | 21 | 5.9 |
| 20 - 24 | 132 | 37.2 |
| 25 - 29 | 120 | 33.8 |
| 30 - 34 | 63 | 17.7 |
| 35 - 39 | 17 | 4.8 |
| 40 ve üzeri | 2 | 0.6 |
| Toplam | 355 | 100.0 |

Ortalama yaş 25.9

Hastaların yarıya yakını primiplarlardır. Ortalama doğum sayısı 2.0 bulunmuştur.

Tablo II. Hastaların Doğum Öyküleri.

| Canlı Doğum | Sayı | % |
|-------------|------|-------|
| 1 | 150 | 42.3 |
| 2 | 120 | 33.8 |
| 3 | 42 | 11.8 |
| 4 | 20 | 5.6 |
| 5 ve üzeri | 23 | 6.5 |
| Toplam | 355 | 100.0 |

Ortalama canlı doğum sayısı 2.0

Hastaların provoke ve spontan düşük sayıları Tablo III'de görülmektedir. 238 hastanın (% 67.0) hiç düşük yapmadığı anlaşılmıştır. Ortalama düşük sayısı ise 0.6 çıkmıştır.

Tablo III. Hastaların Provoke ve Spontan Düşük Öyküleri.

| Düşük sayısı | Sayı | % |
|--------------|------|-------|
| 0 | 238 | 67.0 |
| 1 | 66 | 18.6 |
| 2 | 26 | 7.3 |
| 3 | 14 | 3.9 |
| 4 ve üzeri | 11 | 3.1 |
| Toplam | 355 | 100.0 |

Ortalama düşük sayısı 0.6

Hastalarımızdan 22 kişinin daha önce hiçbir yöntemle korunmadıkları görülmüştür. Korunan en büyük grubun ise geri çekme ve ritm yöntemini seçtiği anlaşılmıştır.

Tablo IV. Hastaların Daha Önce Kullandıkları Korunma Yöntemleri.

| Yöntem | Sayı | % |
|-------------------|------|-------|
| Korunmayan | 222 | 62.5 |
| Geri Çekme - Ritm | 55 | 15.5 |
| Oral Kontraseptif | 31 | 8.8 |
| Kondom | 21 | 5.9 |
| RİA | 17 | 4.8 |
| Diğer Yöntemler | 9 | 2.5 |
| Toplam | 355 | 100.0 |

Hastalardan 20 sinde şüpheli PID öyküsü mevcuttu. Cinsel temasla geçen hastalık öyküsüne hiç rastlanmadı.

Postpartum RİA uygulanması sırasında servikal laserasyon, perforasyon, bayılma, kusma gibi komplikasyonlardan hiçbiri görülmemiştir.

Sadece 4 hastamızda uygulama sırasında hafif derecede pelvik ağrı olmuştur.

227 hasta kontrollara gelmiş ve uygulama sonrası değerlendirmelerimiz bu sayılar üzerinden yapılmıştır.

Postpartum RİA uygulanan hastalarda ölüm, perforasyon, puerperal enfeksiyon görülmemiştir.

İki hastamızda gebelik görülmüştür. Bunlardan biri uygulamadan 5 ay sonra görülen ektopik gebelik idi. Şiddetli karın ağrısı, bayılma, az vajinal kanama ve 15 gün adet gecikmesi ile acil servise gelen hastaya yapılan probe kürtajda RİA yerinde tesbit edilmiştir. Laparatomide sağ tüpte

gelişmiş ektopik gebelik tespit edilmiş ve sağ salpingektomi yapılmıştır. Postoperatif dönemi normal seyreden hasta şifa ile taburcu edilmiştir.

Diğer hastamız uygulamadan 6 ay sonra 2 hafta adet gecikmesi ile polikliniğimize başvurmuştu. Yapılan pelvik muayene ve gebelik testi sonucuna göre gebelik tespit edilmiştir. RİA sı yerinde olan hastamızın RİA sı çıkarılmış ve Karman aspirasyon ile komplikasyon olmadan gebelik sonlandırılmıştır.

203 hastamızda (% 89.4) kontrollerde RİA yerinde tespit edilmiştir. Kontrollerde RİA nın durumu Tablo V de görülmektedir.

Tablo V. Kontrollerde RİA nın Durumu.

| Bulunduğu Yer | Sayı | % |
|---------------------------|------|-------|
| Yerinde (uterin kavitede) | 203 | 89.4 |
| Vajene Atılmış | 12 | 5.3 |
| Servikal Kanalda | 9 | 4.0 |
| Spontan atılım | 3 | 1.3 |
| Toplam | 227 | 100.0 |

Kontrola gelen 152 hastamızın (% 67.0) hiçbir şikayeti olmadığı öğrenilmiştir. En çok görülen şikayet ise intermenstrual lekelenme olmuştur. Tablo VI da kontrola gelen hastalarımızın şikayetlerinin dağılımı görülmektedir.

Tablo VI. Kontrola Gelen Hastaların Şikayetlerinin Dağılımı.

| Şikayet | Sayı | % |
|--------------------------|------|-------|
| İntermenstrual Lekelenme | 45 | 19.8 |
| İntermenstrual Kanama | 12 | 5.3 |
| Menoraji | 4 | 1.8 |
| Dismenore | 2 | 0.9 |
| İntermenstrual Ağrı | 4 | 1.8 |
| Diğer Şikayetler | 8 | 3.5 |
| Şikayeti Olmayan | 152 | 67.0 |
| Toplam | 227 | 100.0 |

6 aylık izlemede RİA kullanmayı bırakanların dağılımı Tablo VII de görülmektedir. Yer değiştirme (parsiyel atılma) 21 hastada (% 9.7) görü- lerek en büyük bırakma nedeni olmuştur.

Tablo VII. RİA Kullanmayı Bırakanların Dağılımı.

| Nedenler | Sayı | % |
|---------------------|------|-------|
| Devam eden | 181 | 79.7 |
| Yer Değiştirme | 21 | 9.7 |
| Kanama | 7 | 3.1 |
| Kişisel Nedenler | 6 | 2.6 |
| Gebelik Planlanması | 3 | 1.3 |
| Spontan Atılma | 3 | 1.3 |
| Gebelik | 2 | 0.9 |
| Enfeksiyon | 2 | 0.9 |
| Ağrı | 2 | 0.9 |
| Toplam | 227 | 100.0 |

Atılma ve yer değiştirme olaylarının % 83.3 ü ilk üç ayda olmuştur.

Tablo VIII de aylara göre atılma ve yer değiştirme olaylarının sayısal değerleri görölmektedir.

Tablo VIII. Atılma ve Yer Değiştirmenin Aylara Göre Dağılımı.

| Aylar | Sayı | % |
|-----------|------|-------|
| 1. ay | 8 | 33.3 |
| 2-3 aylar | 12 | 50.0 |
| 4-6 aylar | 4 | 16.7 |
| Toplam | 24 | 100.0 |

Kanama ve ağrı nedeniyle çıkarılan RİA sayılarının aylara göre yaklaşık eşit dağıldıkları görölmüştür.

Tablo IX. Aylara Göre Kanama ve Ağrı Nedeniyle Çıkarılan RİA ların Sayıları.

| Aylar | Sayı | % |
|-----------|------|-------|
| 1. ay | 2 | 22.2 |
| 2-3 aylar | 4 | 44.4 |
| 4-6 aylar | 3 | 33.4 |
| Toplam | 9 | 100.0 |

Kontrollarda 2 hastada PID tesbit edilmiştir. Bunlardan biri uygulamanın 4. ayında, diğeri 6. ayında görölmüştür. şüpheli geçirilmiş PID öyküsü olan 20 hastamızda PID ye rastlanmamıştır.

Menoraji şikayeti olan 4 hastamızın RİA sı çıkarılmıştır. Bunlardan ikisine karman aspirasyon yapılmış, patoloji raporu endometrit olarak gelmiştir.

Intermenstrual ağrı şikayeti olan 4 hastamızdan ikisinin RİA sı çıkarılmıştır. Diğer ikisi RİA uygulamasına devam etmek istemişler ve analjezik verilerek takibe devam edilmiştir.

Intermenstrual kanama şikayeti olan 12 hastamızın da RİA sı çıkarılmıştır. Bunlardan 9 unda RİA nın yerdeğiştirdiği tespit edilmiştir.

Intermenstrual lekelenme şikayeti olan 45 hastamızdan 12 sinde aracın yerdeğiştirdiği tesbit edilmiş ve RİA ları çıkarılmıştır.

Postpartum 10. günden itibaren bazı hastalarımız, RİA iplerinin vajenden çıkması nedeniyle başvurmuştur. Bunların büyük çoğunluğunda RİA yerinde bulunmuş, uzun olan RİA ipleri uygun kısalıkta kesilmiştir.

Kontrollerde 3 hastamızda (% 1.3) RİA ipi görülmemiştir. Uterus kavitesine histerometre yerleştirerek çekilen direkt karın grafilerinde RİA nın kavite içinde olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmamızda 46 hasta (% 20.3) çeşitli nedenlerle RİA uygulamasını bırakmış, 181 hasta (% 79.7) uygulamaya devam etmiştir.

Kontrollerde RİA nın uterus involusyonuna olumsuz etkisi görülmemiş, tüm hastalarımızda involusyonun tam olduğu saptanmıştır.

Hastalarımızın laktasyonla ilgili sorunları olmadığı, kontrole gelen tüm hastalarımızın çocuklarını emzirmeye devam ettikleri öğrenilmiştir.

T A R T I Ş M A

Eylül 1981 - Temmuz 1982 arasında Hacettepe Doğum Kliniğinde vajinal doğum yapan 355 hastaya postpartum RIA uygulandı.

Hastalar 17-40 yaşlar arasında olup, ortalama yaş 25.9 dur. Doğum yapan hastaların 252 si (% 71) 20-29 yaş grubundadır. Doğum yapma yaşıyla fertilizasyonun yüksek olduğu yaşlar uyumlu bulunmuştur (Tablo I).

Hastalarımızın 150 si (% 42.3) ilk doğumunu yapanları oluşturmaktadır. 205 hasta (% 57.7) multipardır (Tablo II).

Hastalarımızdan 238 inin (% 67) hiç düşük yapmamış olması, ilk doğumları için kliniğimize başvuranların fazla sayıda olması ile açıklanabilir. 66 hastamız (% 18.6) bir defa, 51 hastamız (% 14.3) iki ve daha fazla düşük yapmıştır (Tablo III).

Hastalarımızdan 222 sinin (% 62.5) daha önce hiçbir yöntemle korunmadıkları görülmektedir. Korunmama oranının yüksek olması incelediğimiz grupta ilk gebelik ve doğumlarını yapanların fazla olması ile açıklanabilir.

Korunan grupta en fazla seçilen yöntem geri çekme ve ritm yöntemidir (55 kişi, % 15.5). Etkinliği düşük bir yöntemin en fazla seçilmesi, doğum kontrolü konusunda halkımıza yeteri kadar ulaşamadığımızı, halkımızın bu konuda yeterli bilgi ve desteğe sahip olmadığını ortaya koymaktadır. RIA ile korunma 4. sırayı almaktadır.

Postpartum RIA uygulaması için hastalara travay ve doğum sırasında uygulanan analjezi ve anestezi dışında ilave uygulama gerekmemiştir.

Yayınlarda da uygulama için ilave analjezi veya anesteziye gerek olmadığı belirtilmektedir (12,17).

Uygulama sırasında bayılma, terleme, bulantı, kusma gibi şikayetler olmamıştır. Yayınlarda da bu tip şikayetlere rastlanmadığı belirtilmiştir (12,17). Sadece 4 hastamız hafif derecede pelvik ağrıdan şikayetçi olmuş, bunlara da doğum sonu rutin uyguladığımız analjezik ilaçlar dışında ilave tıbbi yardım yapılmamıştır.

Postpartum RİA uyguladığımız hastalarda ölüm görülmemiştir. RİA ya bağlı ölüm 100 000 kadın yılında birden az olarak görülmektedir. Serimizin küçük olması nedeniyle bu konuda fikir vermesi beklenmemektedir (1,6).

Postpartum RİA uygulaması sırasında servikal laserasyon, perforasyon gibi komplikasyonlar hiç görülmemiştir. Postpartum RİA uygulamasında özellikle perforasyon oranının yükseleceğine dair ciddi endişeler mevcuttu (25). Uterusun doğum sonu yumuşak olması bunun en büyük nedeniydi, ancak dilate serviksten elle yapılan RİA insersiyonu bu endişeyi, araştırmamızda ortadan kaldırmıştır. Dünyada yapılan benzer uygulamalarda da perforasyon görülmemiştir (10,12,17). Intermenstrual dönemde uygulanan RİA larda 1/350 - 1/2500 oranında perforasyon görülmektedir (6,26). İtme tekniği ile RİA uygulanmasında perforasyon riskinin arttığı öne sürülmektedir (1). Dilate serviksten uterusu hissederek elle yapılan postpartum RİA uygulamasının uterus perforasyonuna imkan vermediği görülmektedir.

Postpartum RİA uygulamasının, postpartum erken kanama ve puerperal enfeksiyonu arttıracacağı da bu uygulama şekline duyulan endişenin diğer bir nedeniydi (25).

Hastalarımızın hiçbirinde erken postpartum kanama görülmemiştir.

Normal popülasyonda puerperal enfeksiyon oranı % 1-3 dür (3,11).

Araştırmamızda puerperal enfeksiyon görülmemiştir. Hastaların RİA kontra-endikasyonları gözönüne alınarak ve postpartum enfeksiyon ve kanama riski yüksek olan hastalar uygulama dışı bırakılarak seçilmesi, asepsi antiseptik kurallarına tam uyulması bu endişenin de yersiz olduğunu göstermiştir.

Bir araştırmada postpartum RİA uygulaması sonrası puerperal enfeksiyon % 1.2 oranında görülmüştür (12). Benzer araştırmalarda da genel puerperal enfeksiyon görülme oranları içinde kalındığı görülmüştür.

Kontrollerde uterus involusyonunun bütün vakalarda tam olduğu görülmüştür. Bu sonuç literatürle uyumlu olup postpartum RİA uygulamasının uterus involusyonunu etkilemediğini göstermektedir (12,17,20).

Hastalarımızın laktasyonla ilgili sorunları olmadığı, tüm hastalarımızın çocuklarını emzirmeye devam ettikleri öğrenilmiştir. Literatürde de RİA'nın laktasyon miktar ve yapısını değiştirmedeği belirtilmektedir (6,12,20).

İki hastamıza (% 0.9) kontrollerde PID tanısı konmuştur. Bunlardan biri 4. ayda, diğeri 6. ayda oluşmuştur. RİA ları çıkarılıp uygun antibiyotik tedavisine alınan hastaların kontrolünde şikayetlerinin geçtiği ve pelvik muayene bulgularının normal olduğu görülmüştür. Amerika ve Kuzey Avrupa'da üreme çağındaki kadınların % 1-2 sinin her yıl PID ye yakalandığı bildirilmiştir (20). Bizim araştırmamızda görülen % 0.9 oranındaki PID'nin normal popülasyonda görülen sınırlar içinde olduğu ve RİA ya bağlı olup olmadığının belli olamayacağı anlaşılmaktadır.

RİA ile PID arasındaki ilişki tam açık değildir ve araştırmaların sonuçları çelişkilidir (20). Ancak genel kanaat RİA kullanma ile PID riskinin artacağı şeklindedir (1,6,20). Bizim araştırmamızda PID normal sınırlar içinde görülmüş, RİA ya bağlı olarak PID de artma görülmemiştir.

Özellikle doğum masasında postpartum RİA uygulanmasını kabul eden hastalarımızdan 20 sinde şüpheli PID öyküsü olduğu öğrenilmiştir. Bu grup uygulama sonrası daha yakın izlenmiştir. Serimizde şüpheli PID öyküsü olup RİA uygulanan hastalarda 6 aylık izlem süresince PID gelişmemiştir. Vaka sayısının az olması nedeniyle PID geçirenlerde RİA nın güvenle uygulanabileceğine dair bir sonuç çıkarmak mümkün değildir.

Kontrollerde RİA ipinin görülmemesine geniş serili araştırmalarda yılda % 10-15 rastlandığı belirtilmektedir (1,21,26). Postpartum RİA uygulaması sonucu bu rakamın % 64 e kadar çıktığı görülmüştür (12).

Bizim kontrollerimizde 3 hastada (% 1.3) ipin görülmediği saptanmış, uterusu histerometre yerleştirilerek çekilen direkt karın grafisinde RİA yerinde bulunmuştur.

Postpartum RİA uygulama yöntemimizde RİA ipinin uzun bırakılması benimsenmiştir. Bunun tek mahzuru uterus involusyonundan sonra ipin bazı vakalarda vajenden çıkmasıdır. Bu durum hastalara anlatılmış, ipin vajenden çıkması halinde kontrole gelmeleri söylenmiştir. Uygulamadan sonra 10. günden itibaren bu nedenle gelen hastaların yapılan muayenelerinde 8 vaka (% 3.5) hariç RİA yerinde bulunmuş ve ip yeterli uzunlukta kalacak şekilde kesilip kısaltılmıştır.

Literatüre göre ipin görülmemesi nedenlerinden biri postpartum ve postabortal RİA uygulamasıdır (26). Bir çalışmada postpartum RİA uygulanan hastalardan % 64 ünde ipin görülmemesi bu görüşü destekler mahiyettedir (12). Ancak postpartum uygulanarak RİA ların araştırmamızda olduğu gibi normalden daha uzun iplere sahip olmaları ve ipin uygulama sonrası uzun bırakılması ile bu sorunun çözümlendiği görülmüştür.

Araştırmamızda % 1.3 olarak saptanan ipin görülmemesi literatürde görülen oranın çok altında kalmıştır.

Kontrola gelen 152 hastamızın (% 67.0) hiçbir şikayeti olmadığı görülmüştür.

En fazla şikayet 45 hastamızda (% 19.8) intermenstrual lekelenme olmuştur. İntermenstrual kanama 12 hasta (% 5.3) ile ikinci büyük şikayet konusu olmuştur. RİA nın menstrual kanamayı arttırdığı, menstrual kanama süresini uzattığı ve intermenstrual kanamaya sebep olduğu bilinen bir gerçektir. RİA nın endometriuma mekanik baskısı, RİA nın dönmesi veya yer değiştirmesi, bunların nedenlerinden biri olarak gösterilmiştir. Ayrıca RİA nın plazminogen aktivatör konsantrasyonunu artırarak fibrinolitik aktiviteyi artırdığı ve böylece kanamayı arttırdığı da belirtilmektedir. Literatürde intermenstrual lekelenme ve kanama oranı belirtilmeden her yıl % 5-15 RİA kullanan kadının kanama şikayetiyle bu yöntemi bıraktığı belirtilmektedir (1,6,20).

Araştırmamızda intermenstrual lekelenme şikayeti olan 45 hastamızdan 12 (% 26.7) sinde RİA nın yer değiştirdiği saptanmış ve araç çıkarılmıştır. Buna göre intermenstrual lekelenme şikayeti olanlarda % 26.7 oranında RİA nın yer değiştirdiğini söyleyebiliriz.

Kalan 33 hastamız uygulamaya devam etmek istemişlerdir. Aylık takibe alınan bu hastalarımızın şikayetlerinin gittikçe azaldığı gözlenmiştir.

İntermenstrual kanama şikayeti olan 12 hastamızdan 9 unda (% 75) RİA nın yer değiştirdiği saptanmış ve araç çıkarılmıştır. Geri kalan 3 hastamızda da şikayetleri ve bu şikayetle gelen hastalarda % 75 oranında RİA nın yer değiştirdiği gözönüne alınarak araç çıkarılmıştır.

Aracın yer değiştirdiği toplam 21 (% 9.7) hastamızda intermenstrual kanama ve lekelenme şikayetleri görülmüştür. Bu sonuç literatürle uyumlu olarak intermenstrual lekelenme ve kanama nedenlerinden birinin de aracın yer değiştirmesi olduğunu göstermektedir (1,6,20).

Bazı nonsteroid antiinflamatuarların ve prostaglandin sentez inhibitörlerinin menstruasyon kanamasını azalttığına dair yayınlar vardır (20). Ancak çeşitli riskleri beraberinde taşıyan bu ilaçlar hastalarımıza verilmemiş, yakın takip ve gerekirse uygulamadan vazgeçmek yoluna gidilmiştir.

Hastalarımızdan 4 ü (% 1.8) menoraji şikayetinde bulunmuştur. Bunlardan ikisi menstruasyon sırasında gelmişler, kanamaları fazla olarak tespit edilerek RİA ları çıkarılmış ve Karman aspirasyon yapılmıştır. Karman aspirasyonla gelen materyalin patoloji raporu endometrit olarak gelmiştir. Kontrollerinde normal siklus ve menstrual düzende oldukları görülmüştür.

Diğer iki hastamız adetleri bittikten sonra başvurmuşlardı. Hikayeleri dikkate alınarak RİA ları çıkarılmış, kontrollarda normal siklus ve menstrual düzende oldukları tespit edilmiştir.

Serimizde kanama nedeniyle 7 hasta (% 3.1) RİA uygulamasını bırakmıştır. Postpartum RİA uygulaması yapılan benzer araştırmalarda bu oran 6 ayda % 1.2 ile % 2.7 arasında bulunmuştur.

RİA sı kendiliğinden düşen 3 hastamızın da hafif derecede ağrı ve kanama şikayeti olduğu öğrenilmiştir.

Ağrı nedeniyle iki hastamız RİA kullanmaktan vazgeçmiştir. Bu hastalarımız devamlı bel-kasık ağrılarından şikayetçiydiler. Muayenelerinde olağan dışı bir şey tespit edilemedi. Tekrar kontrole gelmedikleri için ağrılarının geçip geçmediği öğrenilememiştir.

Aslında atılma, yerdeğiştirme, ağrı ve kanama şikayetlerini birbirinden ayrı değerlendirmek zordur. Bu nedenlerle çıkarılan RİA lar, enfeksiyon ve gebelik dışında RİA nın gerçek çıkarılma nedenlerini oluşturmaktadır.

Bu düşünceyle hareket edildiğinde araştırmamızda 33 vakanın (% 14.5) yerdeğiştirme (tam ve parsiyel atılma), kanama ve ağrı gibi RİA komplikasyonları nedeniyle uygulama dışı kaldığı anlaşılmaktadır.

Araştırmamızda atılma ve yerdeğiştirmelerin % 83.3 ünün ilk 3 ayda olduğu görülmüştür. Literatürde de postpartum RİA uygulamasında ilk aylarda atılma oranının yüksek olduğuna işaret edilmiştir (20,22,25). Kanama şikayetinin yaklaşık olarak aylara eşit dağıldığı görülmüştür (Tablo VIII-IX).

RİA kullanan kadınlarda gebelik yılda % 1-5 den az görülür (1,6).

Postpartum RİA uygulanarak yapılan çalışmalarda bu oran 6 ayda % 0 ile % 7.3 arasında değişmektedir (12,17,20).

Araştırmamızda 6 aylık sürede 2 vakada (% 0.9) gebelik görülmüş olup literatürdeki oranlar arasında kalındığı görülmüştür.

Bunlardan biri 6 ay sonra, 2 hafta adet gecikmesi ile başvurmuştur. Yapılan pelvik muayene ve gebelik testi ile intrauterin gebelik saptanmış, RİA çıkarılmış ve Karman aspirasyonla gebelik sonlandırılmıştır. Bu işlemler sırasında ve daha sonra komplikasyon gelişmemiştir.

Diğer hastamıza ektopik gebelik tanısıyla laparotomi, sağ salpingektomi yapılmıştır. Bu hastamız RİA uygulanmasından yaklaşık 5 ay sonra, 15 gün adet gecikmesi, şiddetli karın ağrısı, bayılma ve az vajinal kanama şikayetleri ile acil servise başvurmuştur. Yapılan muayenesinde uterus normal irilikte ve RİA yerinde bulunmuş, Douglas aspirasyon ile pıhtılaşmayan bol kan gelmesi üzerine ameliyata alınan hastada sağ tüpte gelişmiş ektopik gebelik tespit edilmiştir. Hasta postoperatif 7. günde komplikasyon olmadan taburcu edilmiştir.

RİA ile ektopik gebelik arasındaki ilişki tam açıklanabilmiş değildir.

Değişik araştırmalarda çelişkili sonuçlar alınmıştır. RİA kullananlarda ektopik gebelik görülme riskinin arttığını savunanlar olduğu gibi oranın RİA kullanmayanlarla benzer olduğunu savunanlar da vardır (1,6,20).

Araştırmamızda ektopik gebelik 1/227 vakada (% 0.44) görülmüş olup bu oran toplumda görülen ortalama ektopik gebelik oranı (% 0.5 - % 0.8) ile uyumludur.

Bu sonuç, RİA ile ektopik gebelik riski artmaz görüşünü savunanları destekler mahiyettedir.

Toplam 46 hastamızın (% 20.3) 6 aylık izlemin sonunda RİA uygulamasını bıraktığı görülmektedir. Uygulamaya devam eden hasta sayısı 181'dir (% 79.7). Tablo X'de araştırmamızda elde ettiğimiz sonuçlar ile literatürün karşılaştırılması yapılmıştır. Araştırmamız 6 aylık süreyi kapsadığı için, literatürde de 6 aylık sonuçlar dikkate alınmıştır. Ayrıca Lippes loop D ile bir yılda elde edilen ortalama sonuçlar da fikir verme bakımından yazılmıştır.

Tablo X : Sonuçlarımızın literatürle karşılaştırılması.
(1,6,12,17,20)

| Aracın terkedilmesi nedenleri | Lippes loop D (İntermenstrual dönemde uygulama) | Literatür sonuçları (Postpartum uygulama) | Araştırmamız Sonuçları |
|-------------------------------|---|---|------------------------|
| Atılma | % 7.0 - %10.0 | % 2.3 - %41.3 | % 10.6 |
| Kanama - Ağrı | % 7.5 - %12.0 | % 1.0 - % 4.4 | % 4.0 |
| Gebelik | % 2.0 - % 2.5 | % 0 - % 7.3 | % 0.4 |
| İnfeksiyon | | % 0 - % 1.2 | % 0.9 |
| Diğer nedenler | | % 0 - % 0.5 | % 3.9 |
| Devam oranı | % 75-85 | %48.1 - %92.8 | % 79.7 |

Elde ettiğimiz sonuçların literatürdeki sonuçlarla uyumlu olduğu görülmektedir. Serimizde diğer nedenlerle RIA'nın çıkarılması, literatüre oranla yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi, gebeliğin planlanması ve kişisel nedenlerle RIA uygulamasını bırakanların oranının yüksek olmasıdır.

S O N U Ç

Hacettepe Hastanesi Doğum Kliniğinde Eylül 1981 - Temmuz 1982 arasında vajinal doğum yapan hastalardan 355 kişiye postpartum hemen RİA uygulanmıştır. Araştırmamızda postpartum RİA uygulamasının olumlu ve olumsuz yönleri incelenmiştir.

Araştırmamızda elde ettiğimiz sonuçlar şunlardır :

I. Postpartum hemen RİA uygulaması sırasında servikal laserasyon, bulantı, kusma, kanama gibi komplikasyonlar görülmemiştir.

II. Postpartum hemen RİA uygulaması için doğum eylemi ve doğum sırasında uygulanan analjezi ve anestezi yeterli olmuş, ilave tıbbi yardım gerekmemiştir.

III. Postpartum hemen RİA uygulamasında en fazla endişe sebebi olan puerperal enfeksiyon, perforasyon, postpartum erken kanama gibi komplikasyonlar araştırmamızda hiç görülmemiştir. İpin görülmemesi % 1.3 oranında tespit edilmiştir.

IV. Araştırmamızda postpartum RİA uygulamasının uterus involusyonu ve laktasyon üzerinde olumlu veya olumsuz tesiri saptanmamıştır.

V. Serimizde altı aylık sürede atılma ve yer değiştirme oranı % 10.6 bulunmuş, RİA kullanmaya devam oranı ise % 79.7 çıkmıştır.

VI. Araştırmamızda PID % 0.9 oranında görülmüştür. Bu oran toplumda yılda % 1-2 olarak görülen PID oranı ile uyumludur.

VII. Serimizde görülen % 0.9 oranındaki gebelik, RİA kullananlarda görülen yılda % 1-5 oranındaki gebelik ile uyumludur.

VIII. Araştırmamızda görülen bir ektopik gebelik vakası (% 0.44), toplumda görülen yılda % 0.5 - 0.8 oranındaki ektopik gebelik olayı sınırları içindedir.

Bu sonuçlarla postpartum hemen RİA uygulama yöntemi için diyebiliriz ki :

- I. Uygulama tekniği açısından güvenlidir,
- II. Puerperal enfeksiyon ve postpartum kanama riskini artırmaz. Uterus perforasyonunun hiç görülmemesi RİA'nın özellikle postpartum uygulamasını özendirir,
- III. Uterus involasyonunu ve laktasyonu etkilemez,
- IV. Atılma oranı, intermenstrual dönemde uygulanan RİA larda görülen atılma oranından büyük farklılık göstermez,
- V. PID riskini arttırmaz,
- VI. İntermenstrual dönemde uygulanan RİA larda görülen gebelik oranını değiştirmez,
- VII. Ektopik gebelik riskini arttırmaz.

İntermenstrual dönemde RİA uygulaması ile elde edilen sonuçlar, bizim çalışmamız ile benzer görülmektedir. Bunlara ilaveten postpartum hemen RİA uygulamasının olumlu yönlerini de şöyle sıralayabiliriz :

- I. Anne ve ailenin doğum kontrolüne en yatkın olduğu dönemde uygulanması,
- II. Serviksin dilate olmasının uygulamayı kolaylaştırması,
- III. RİA'nın elle yerleştirilmesi ile perforasyon riskinin ortadan kalkması,

IV. Normalde doğum sonu görülen ağrı, kanama, loşi ile RİA nın yan tesirlerinin gölgelenmesi,

V. Laktasyon amenoresi ile güçleşen doğum kontrolunu başarı ile sağlaması,

VI. Hasta ve sağlık kurumlarına zaman ve işgücü tasarrufu sağlayarak ekonomik olması,

VII. Hastanın postpartum uzun bir süre kontrollere gelmesini sağlayarak doğum sonu ve laktasyon süresince görülebilecek rahatsızlıkların erken teşhisini sağlaması.

Postpartum hemen RİA uygulaması yeni ve yaygınlaşmamış bir doğum kontrol yöntemidir. Buna rağmen araştırmamızda elde ettiğimiz bulgularla hasta ve hekime sağladığı yararlar nedeniyle ileride geniş bir uygulama alanı bulacağına inanmaktayım.

Ö Z E T

Araştırma, Uluslararası Doğurganlık Araştırma Programı (IFRP), Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalınca hazırlanan protokola göre araştırmacı tarafından bizzat yürütülmüştür.

Hacettepe Doğum Kliniğinde, Eylül 1981 - Temmuz 1982 tarihleri arasında doğum yapan, doğum kontroluna istekli olan hastalardan seçilen 355 kişiye postpartum RİA uygulandı. Hastalar seçilirken, canlı, matür çocuk doğurmuş olması postpartum enfeksiyon ve kanama riskinin yüksek olmaması ve RİA kontrendikasyonları gözönüne alındı.

Hastalar I., III. ve IV. aylarda kontrole çağırıldı. Kontrole gelen 227 hastada olaylar değerlendirildi.

Elde edilen sonuçlar şunlardır :

- Postpartum hemen RİA uygulaması için hastaya travay ve doğumda uygulanan analjezi ve anestezi yeterli olmuş, ilave tıbbi yardım gerekmemiştir.

- Postpartum RİA uygulamasında ölüm, puerperal enfeksiyon, postpartum erken kanama görülmemiştir.

- Uterus involusyonuna ve laktasyona olumsuz etkisi görülmemiştir.

- PID görülme oranı (% 0.9), toplumda görülme oranı (% 1-2) sınırları içindedir. Postpartum RİA uygulaması ile PID riskinin değişmediği görülmüştür.

- Gebelik oranı (% 0.9) olup RİA kullananlarda görülen gebelik oranı (% 1-5) sınırları içindedir.

- Ektopik gebelik 1/227 vakada görülmüş olup, popülasyondaki ektopik gebelik oranı (% 0.5-0.8) sınırları içindedir. RİA uygulamasının ektopik gebelik riskini değiştirmediği anlaşılmaktadır.

RİA çıkarılma nedenleri :

| | |
|--------------------------|--------|
| Atılma ve yer değiştirme | % 10.6 |
| Kanama | % 3.1 |
| Kişisel nedenler | % 2.6 |
| Gebelik planlanması | % 1.3 |
| Gebelik | % 0.9 |
| Enfeksiyon | % 0.9 |
| Ağrı | % 0.9 |

şeklinde olup literatürle uyumludur.

6 aylık sürenin sonunda uygulamaya devam oranı % 79.7 olup ve benzer uygulamalardan daha iyi bir sonuç olduğu anlaşılmaktadır.

Elde ettiğimiz bulgularla, postpartum hemen RİA uygulamasının güvenli ve kolay uygulanabilen bir doğum kontrol yöntemi olduğu, hasta, hekim ve sağlık kurumlarına pek çok yarar saęladığđ anlaşılmaktadır.

K A Y N A K L A R

1. Akın, A. : Doktorlar İçin Aile Planlaması El Kitabı. Büro 80 Basımevi
1982. s: 89-118.
2. Alpay, M. : Uterus İçı Araca Rağmen Gebelik Nedeni. Hacettepe Tıp
Cerrahi Bülteni, 4(1): 46-59, 1971.
3. Arısan, K. : Doğum Bilgisi. Çeltüt Matbaacılık Kollektif Şirketi.
İstanbul, 1978. s: 812.
4. Ayhan, A., Gökşin, E. : Rahim İçı Araçlar (RİA)la Birlikte Görülen Bir
Primer Abdominal Gebelik Vakası.
5. Ayhan, A., Gökşin, E., Kışnişçi, H.A. : Bakır-7 (Cu-7) Rahim İçı Aracı
ile Birlikte Görülen Ovaryan Gebelik. Haseki Tıp Bülteni, XIV(2):
55,123,124,125 (Ayrı baskı).
6. Benson, C.R. : Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment
Lange Medikal Publications. Los Altos, California 1980. s: 475-482.
7. Çınar, M. : Uterus İçı Araçların Endometrium Üzerindeki Histolojik Et-
kileri. Tez. Nisan-1968.
8. Durakan, T. : Uterus İçinde Kalan İntrauterin Araçların Çıkarılması.
Fertilite ve İnfertilite Derneğı Bülteni, Cilt: 2, Sayı: 78, 1979.
9. Edelman, D.A., Berger, G.S. and Keith, L.G. : Intrauterin Devices and
Their Complications. Boston. G.K. Hall 1979. s: 263.

10. Erdoğan, M., Pekin, S., Turhanoglu, B. : Spirale Bağlı Uterus Perforasyonu. Hacettepe Tıp Cerrahi Bülteni, 6(2): 138-142, 1973.
11. Gürgüç, C.A. : Doğum Bilgisi. Ankara Üniversitesi Basımevi, 1973. s: 567.
12. Kamal, I., Ezzat, R., Zaki, S., Şhaaban, H. and Kessel, L. : Immediate Postpartum Insertion of a Sutured Lippes Loop. Int. J. Gynaecol. Obstet. 18: 26-30, 1980.
13. Kerse, İ., Sağiroğlu, N., Derahsan, M. : Gebelikten Korunmada Kullanılan İntrauterin Polyethylen Aracın (spiral) Etrafında Toplanan Hücrelerin Işık ve Elektron Mikroskopik İncelenmesi. Hacettepe Tıp Cerrahi Bülteni, 5(3): 257-271, 1972.
14. Laufe, L.E. and Friel, P.G. : Improving IUD Performance with Biodegradable Materials. Biodegradables and Delivery Systems for Contraception. V.L. Progress in Contraceptive Delivery Systems, pp: 97-108, G.K. Hall Medical Publishers, Boston, 1980.
15. Laufe, L.E., Cole, L.P., Wheelen, R.G. : Modification of the Cu T 200 (For Immediate Postpartum use). Amer. J. Obstet. Gynecol. 137(1): 151-152, 1980.
16. Laufe, L.E., Wheelen, R.G., Friel, P.G. : Modification of Intrauterine Devices For Postpartum Insertion. Lancet I: 853-854, 1979.
17. Minisker, Z., Aksu, F.A., Üstünel, B., Laufe, L.E. : Postpartum sutured lippes loop Uygulaması. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 14(2,3,4): 247-256, 1982.
18. Pekin, S. : Fertilizasyon ve İmplantasyonu Önlemede Endometriumun Biyokimik Yapısının Önemi I. Hacettepe Tıp Cerrahi Bülteni, 5(2): 158-182, 1972.

19. Pekin, S. : Fertilizasyon ve İmplantasyonu Önlemede, Endometriumun Biyoşimik Yapısının Önemi II. Hacettepe Tıp Cerrahi Bülteni, 5(3): 312-318, 1972.
20. Population Report Series B. Number: 4, July 1982.
21. Porter, C.W., Waije, R.S. : Intrauterin Devices Current Perspectives. Çeviri : Erez, R. 1978.
22. Potts, M. : Postpartum IUD. The Suture Loop. The IPPF Medical Bulletin 12 (6):4 1978.
23. Sağıroğlu, N.: İntrauterine Contraseptive Devices and Their Biological Effect. Hacettepe Bulletin of Medicine/Surgery, 2(4): October 1969.
24. Sağıroğlu, N. : Kadınlar Yılında Türk ve Dünya Kadınlarına Türkiye'den Bir Armağan.-Küpe. Sağlık Dergisi, Mayıs-Haziran 1976.
25. Thiery, M. : Immediate Postpartum Insertion of IUD's. IPPF Medical Bulletin, Volume 15, Number: 3, June 1981.
26. Zakın, D., Stern, W.Z., Rosenblatt, R. : Complete and Partical Uterin Perforation and Embedding Following Insertion of Intrauterin Devices I Classification, complications, Mechanism, Incidence and Missing string.Obstetrical and Gynecological Survey, 36(7): 335-353, 1981.

EK - I

POSTPARTUM RIA İNCELENMESİ HASTA KABUL FORMU ÖRNEĞİ :

Hasta sıra no :

Hastanın adı soyadı, eşinin adı :

Adres ve telefon numarası :

Uygulama tarihi :

Yaşı :

Canlı Doğum sayısı :

Provake ve spontan düşük sayısı :

Daha önce kullandığı korunma yöntemi :

Daha önce, adetler arası lekelenme :

adetler arası kanama :

Menoraji :

dismenore :

Adetler arası pelvik ağrı şikayetleri olup olmadığı

PID geçirip geçirmediği :

Zührevi hastalık öyküsü :

Uygulamada Görülebilecek Komplikasyon ve Şikayetler :

Bozuk uygulama :

Servikal laserasyon :

Perforasyon :

Senkop :

Terleme :

Kusma :

Uygulama pelvik ağrı :

Komplikasyon ve Şikayetlerin Tedavisi :

- Komplikasyon ya da şikayet yok :
- Sadece gözlem :
- Tıbbi müdahale :
- Cerrahi müdahale :
- Hem tıbbi, hem cerrahi tedavi

EK - II

RİA İNCELEMESİ HASTA İZLEME FORMU ÖRNEĞİ

Hasta sıra no :

Hastanın adı soyadı :

İzleme tarihi :

Hastanın ölüp ölmediği :

Gebelik olup olmadığı :

- Ektopik
- İntrauterin

RİA nın bulunduğu yer :

- Yerinde
- Atılmış
- Vajene düşmüş
- Servikal kanalda
- Perforasyon var
- Yeri belirlenemedi

Aracın çıkarılma nedeni :

- Çıkarılamadı
- Çıkarıldı : a) Şüpheli ya da doğrulanmış gebelik
b) Yerdeğiştirme
c) Ağrı
d) Kanama
e) Diğer tıbbi nedenler
f) Gebeliğin planlanması
g) Diğer kişisel nedenler

Kanama ve ağrı şikayeti :

- Yok
- Adetler arası lekelenme
- Adetler arası kanama
- Menoraji
- Dismenore
- Adetlerarası pelvik ağrı

EK - II (devam)

Pelvik enflamatuvar hastalık :

- Sadece uterusda
- Sadece adneksa'da
- Uterus ve adneksde
- Yaygın peritonit
- Septisemi - Şok

Zührevi hastalık

Komplikasyon ya da şikayetlerin tedavisi :

- Komplikasyon ya da şikayet yok
- Sadece gözlem
- Tıbbi müdahale
- Cerrahi Müdahale
- Hem tıbbi, hem cerrahi müdahale.

