

RAHİM İÇİ ARAÇLARIN KOMPLİKASYONLARI : PERFORASYON

Dr. Selma ÇİVİ*

Dr. İbrahim ÇİVİ**

ÖZET : Geri dönüşlü ve etkinliği yüksek bir yöntem olan rahim içi araçları (RİA) da mortalite ve morbidite, istenmeyen gebeliklerin tıbbi ve sosyal riskleri ile kıyaslandığında önemli ölçüde azdır. Etkinliği yüksek yöntemlerden doğum kontrol hapları ile kıyaslandığında mortalite RİA'larda daha azdır. Buna karşın kanama, pelvisin iltihabi hastalıkları ve uterus perforasyonu nedeni ile morbiditeleri daha fazladır. RİA'ların uterusu uygun biçimde yerleştirilmemeleri gebelik, aracın atılımı, kanama, ağrı, perforasyon ve infeksiyon gibi tüm büyük komplikasyonların temel nedenidir.

Uterus perforasyonu RİA uygulanımında ciddi bir komplikasyondur. Perforasyon tehlikesi uygulanan rahim içi aracın şekline, büyüklüğüne ve yapısına, uygulanma yöntemine, uterusun durum ve biçimine, uygulayıcının deneyim ve bilgisine bağlıdır. Tüm bu etmenlerden uygulayıcısının deneyim ve ustalığı en önemli olandır. RİA'ı uygulayan hekim ve hekim dışı sağlık personelinin (ebe, hemşire) pelvisin anatomisi, fizyolojisi, hastalıkları ve rahim içi araç konusunda özel eğitim alması gereklidir.

Bu yazıda hekimlerin uyguladığı 3, ebelerin uyguladığı 3 rahim içi araca bağlı, 5 fundal, 1 servikal perforasyon olgusu sunulmuş, perforasyonu oluşturan nedenler tartışılmıştır.

SUMMARY : For intra uterin devices (IUD) which are reversible and highly effective method, the mortality and morbidity is very less when compared with unwanted pregnancy's medical and social risks. When its effect is compared with one of the highest methods which is oral contraceptives, mortality is less for intra-uterin devices. On the other hand because of bleeding, pain, pelvic inflammatory disease and uterine perforation, their morbidity is more. The main reason of all important

(*) S.Ü.T.F. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

(**)GATA Plastik ve Rekonst. Cerr. Kliniği.

complications such as pregnancy, expulsion of the device, bleeding, pain, perforation and infection is the improper application of the IUD.

Uterine perforation is a serious complication in the application of IUD. Perforation risk depends on, the shape, largeness and consistancy of IUD, application method, the configuration and state of the uterus, the skill, experience and knowledge of the applier. Among all these factors the skill and knowledge of the applier is the most important one. The physician and other auxillary health personel (nurse and midwives) who apply IUD should get special training about in anatomy, phsiology, disease of pelvis and intra uterine devices.

In this article, 6 perforation cases are reported. (3 are applied by midwives and 3 by physician; among these 5 of them are fundal, 1 is servical perforation) and the factors causing the perforation is discussed.

Dünyada yaklaşık 60 milyon kadının sürekli olarak rahim içi araç kullandığı, bu sayının 40 milyondan fazlasının Çin Halk Cumhuriyeti'nde olduğu bilinmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde doğurganlığın önlenmesi ve gebelik aralığının açılması için en fazla kullanılan yöntemler doğum kontrol hapları ve erkek ve kadında yapılan istemli sterilizasyondur (7). Rahim içi araçların pelvisin iltihabi hastalığı ile ilişkisi konusunda yakın tarihli yayınlara karşın (3, 4), son yirmi yıldaki geniş ölçüde uygulanımından sonra özellikle multiparlarda ve venerial tipte hastalığı olmayan kadınlarda etki derecesi yüksek, geri dönüşlü, güvenilir bir yöntem olduğu kabul edilmektedir (4, 7, 9, 10).

Gelişmekte olan ülkelerde, ana ölüm hızı (100.000 canlı doğumda gebelik, doğum ve lohusalığa bağlı olan ana ölümleri) 300 - 500 gibi yüksek değerlere ulaşmakta ve tüm dünyada yılda yarım milyon ana ölümü tahmin edilmektedir (12). Ana ölümlerini önleme yönünden rahim içi araçlar gebeliği önleyici etkisi az olan köpük tablet, vaginal ovul, coitus interruptus, takvim yöntemi gibi diğer yöntemlere veya hiç yöntem kullanmamaya göre çok güvenilir bir yöntemdir (10). Teorik olarak bir yılda yöntem kullanmayan 100 kadında 60, kondom ve diagram kullananlarda 13, rahim içi araç kullananlarda 2.2, doğum kontrol hapi kullananlarda 0.1 gebelik oluşmaktadır (7).

Rahim içi araca bağlı ölüm riski 100.000 kadın yılında 1 den az iken, doğum kontrol hapi kullanan, sigara içmeyen 40 yaş altı grupta 100.000 kadın yılında 1.2 - 3.9 dur. Doğum kontrol haplarında ölüm riski yaşa uyumlu biçimde artarak 40 - 44 yaş grubunda ve sigara içenlerde 100.000 kadın yılında 58.4'e ulaşmaktadır. Buna karşın rahim içi araçlarda yön-

teme bağlı ölüm tüm yaşlarda yaklaşık aynı seyretmektedir. Rahim içi araçlar ölüme neden olma yönünden yaşlı kadınlarda doğum kontrol haplarından daha emindir (10).

Rahim içi araçlarda ölüm hızı 100.000 de 1 - 3 tahmin edildiğinden, RİA'lar doğum kontrol haplarına göre dolaşım sistemi hastalığı olmayan genç kadınlarda 2 kez, ileri yaştaki kadınlarda 3 - 5 kez daha emindir (8).

Morbidite yönünden rahim içi araçların riski, doğum kontrol haplarından daha fazladır. Çünkü rahim içi aracın uygulanımı ve kullanımı sırasında uterus perforasyonu, kanama ve pelvik enfeksiyon oluşabilir (7, 8, 9, 10). RİA ile uterus perforasyonu önemli bir komplikasyondur. Gerçek perforasyon insidansı belirtisiz ve tanımlanamayan olgular nedeni ile kesin değildir. Perforasyon insidansı için 1000 de 1.2 ve 8.7 rakamları verilmektedir (8, 10). Perforasyonların hemen hepsi uygulama sırasında oluşurlar. Uterus perforasyonları servikal veya fundal olurlar. Fundal perforasyonlar klinik yönden daha önemli olup, uygulama sırasında rahim içi aracın myometrium içine veya karın içine doğru itilmesi ile oluşurlar. Fundal perforasyonlar uygulamadaki başarısızlık sonucu iken, servikal perforasyonlar uterus kontraksiyonları ile aracın aşağıya doğru yer değiştirmesi ile oluşurlar. Gecikmiş perforasyon myometrium içine yerleştirilmiş bir aracın uterus kontraksiyonları ile uterus duvarına doğru ilerlemesi ile oluşur. Perforasyon hızı uygulanan tekniğe, uterus biçim ve duvarına, uygulanan aracın büyüklüğü, şekli ve yapısına, uygulayıcının deneyim ve becerisine bağlı olup, uygulayıcının deneyim ve becerisi en önemli olanıdır (7, 10). Birçok ülkeden elde edilen veriler, eğitilmiş yardımcı sağlık personelinin hekimler kadar iyi olarak RİA uygulayabildiğini göstermiştir. Bu konuda özel eğitim görmüş olmaları kaydıyla ebeler, hemşireler tarafından başarılı olarak RİA uygulanabilmektedir (1, 2, 11).

VAK'ALAR : Yazıda sözü edilen vakalar, Ankara'da Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği Etimesgut Eğitim ve Araştırma Bölgesindedir. Bu bölgede rahim içi araçlar Bölge Hastanesinde uzman hekim, Sağlık Ocağı ve Sağlık Evlerinde pratisyen hekim ve ebeler tarafından uygulanmaktadır. Bölgede 15 - 49 yaştaki doğurgan çağıdaki kadınlarda RİA oranı % 32.6 dır (6).

I. VAKA : B. N. A. Dosya no: 68476, 20 yaşında, bir doğumu, bir yaşayan çocuğu olan vaka 45 günlük amenore yakınması ile başvurdu. Öyküsünden 10 ay önce doğum yaptığı, doğum sonu 6. haftada Sağlık Ocağında ebe tarafından RİA uygulandığı, uygulanma sırasında sağ ingüinal bölgede şiddetli ağrı ve fazla kanama olduğu öğrenildi. Doğumdan 8 ay sonra bir kez adet gören vaka, RİA'nın iplerini hissetmekte idi. Sağlık ocağına başvuran ve çocuğu doğurmak istediğinden RİA'ı aldırarak iste-

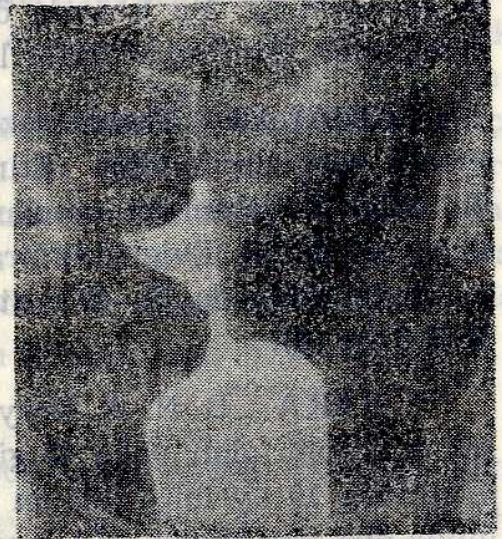
yen kadın, aracın ipi koptuğu için Bölge Hastanesine sevk edildi. Hastane-
deki pelvik değerlendirmede servikte lividite ve uterusta 6 haftalık ge-
belik tesbit edildi. Sağda istmus hizasında large ligament içinde RİA his-
sediliyordu. Vaka uterus dışı RİA ve gebelik tanısı ile doğum öncesi izle-
meye alındı.

II. VAKA : Bn. F. Ö. Dosya No: 59138, 23 yaşında, iki doğumu, iki ya-
şayan çocuğu olan vaka 60 günlük amenore yakınması ile başvurdu. Öy-
küsünden 10 ay önce adet sırasında S. Ocağı hekimi tarafından RİA uygu-
landığı, uygulamadan buyana aracın ipini hissetmediği öğrenildi. RİA ve
gebelik tanısı ile hastaneye sevk edilen vakanın pelvik muayenesinde
servix livid olup, RİA ipleri görülüyordu. Uterus 8 haftalık gebe idi. Va-
kaya terapotik küretaj yapılırken RİA'nın üst loop'unun posterior for-
nixte serviksin 3-4 cm altında granülasyon dokusu oluşmuş bir noktadan
çıktığı görüldü. Servikal perforasyonu olan vakanın gebeliği boşaltılıp
bakırlı RİA uygulandı.

III. VAKA : Bn. S. D. Dosya No: 32702, 24 yaşında 3 doğumu, 3 yaşa-
yan çocuğu olan vaka, RİA'nın iplerini hissetmeme yakınması ile başvur-
du. Öyküsünden 3 ay evvel evde ebe yardımı ile doğum yaptığı, doğum
sonu 6. haftada Sağlık Ocağında hekim tarafından RİA uygulandığı öğre-
nildi. Karın grafisinde RİA mevcuttu. Dilatasyon ve küretaj yapılan va-
kada uterus kavitesi içinde RİA bulunamadı. 2 hafta sonra yapılan histe-
rosalpingografide RİA'nın uterus kavitesi dışında olduğu görüldü (Fotoğ-
raf). Vaka RİA'nın çıkarılmasını arzuladığından yapılan laparatomide
uterusun arkasında isthmus hizasında RİA'nın ipi bulundu. İp, sağda large
ligament içinde seyretmekte ve tümü ile Douglas boşluğunda bulunmak-
ta idi. RİA çıkarılan hasta şifa ile taburcu edildi.



Resim 1 : Direk Karın grafisinde
Rahim içi aracın karın boşluğun-
da görünümü.



Resim 2 : Histerosalpingografide
Rahim içi aracın Uterus kavitesi
dışında görünümü.

IV. VAKA : Bn. H. Y. Dosya No: 53233, 32 yaşında, 4 doğumu, 4 yaşayan çocuğu olan vaka 75 günlük amenore yakınması ile başvurdu. Öyküsünden 9 ay önce doğum yaptığı, doğum sonu 20. günde ebe tarafından RİA uygulandığı öğrenildi. RİA ve gebelik tanısı ile hastaneye sevk edilen vakanın pelvik muayenesinde servix livid olup RİA'nın ipleri görülmekte idi ve uterus 8 haftalık gebe bulundu. RİA ve gebelik tanısı ile yapılan dilatasyon ve küretaj sırasında RİA'nın ipi koptu ve RİA çıkarılamadı. 2 hafta sonra yapılan histerosalpingografide RİA'nın uterus kavitesi dışında olduğu görüldü. Vakanın arzusu üzerine laparotomi yapıldı, uterusun arkasında istmus hizasında seroza altında RİA bulundu, RİA çıkarılarak bilateral tüp ligasyonu yapıldı.

V. VAKA : Bn. F. E. Dosya No: 58480, 30 yaşında, 4 doğumu 4 yaşayan çocuğu olan vaka amenore yakınması ile başvurdu. Öyküsünden 4 yıl önce doğum yaptığı, doğum sonu 20. günde ebe tarafından RİA uygulandığı, 3 ay sonra gebe kaldığı ve bu gebeliği nin doğum ile sonuçlandığı, doğumda RİA'nın çıkmadığı, aynı aracı taşıyan vakanın 3 sene sonra 8 haftalık amenoresinin olduğu öğrenildi. Pelvik muayenede servix livid olup RİA'nın ipi görülüyordu. Uterus 8 haftalık gebe bulundu. Gebelik ve RİA tanısı ile yapılan dilatasyon ve küretajda RİA'nın ipi koptu ve çıkarılamadı. Laparotomi yapılarak uterusun arkasında istmus hizasında RİA bulundu. Bilateral tüp ligasyonu yapıldı.

VI. VAKA : Bn. F. T. Dosya No: 37114, 25 yaşında, 4 doğumu 4 yaşayan çocuğu olan vaka amenore yakınması ile başvurdu. Öyküsünden 1,5 yıl önce hekim tarafından RİA uygulandığı, 20 günlük adet gecikmesi olduğu öğrenildi. Pelvik muayenede servix livid olup RİA ipi mevcuttu. Uterus 6 haftalık gebe idi. Gebelik ve RİA tanısı ile yapılan dilatasyon ve küretajda gebelik boşaltıldı, RİA çıkarılamadı. Tekrar yapılan pelvik muayenede uterusun arkasında RİA palpe edildi. Vakaya doğum kontrol hapı ile doğum kontrolü planlandı.

T A R T I Ş M A

Çeşitli merkezlerin çalışmalarına göre rahim içi araçlarına ait bir yıllık kullanım sonucu hayat tablosu verileri şöyledir: Gebelik: 05 - 5, atılım: 5 - 15, kanama ve ağrı nedeniyle çıkarılma: 5 - 15, diğer tıbbi nedenlerle çıkarılma : 3 - 9, kişisel nedenlerle çıkarılma 1 - 6 olup, yönteme devam hızı; % 50 - 85 dir (7).

RİA'a bağlı komplikasyonları en düşük düzeyde tutmak için «Doğru Uygulanım» önemlidir. Doğru uygulanım gebelik, aracın atılımı, kanama,

ağrı, perforasyon ve infeksiyon gibi tüm büyük komplikasyonların temel nedenidir (7,8). RİA uygulanımında iki yöntem vardır. Bunlar Push-in=İTME ve With-drawal=GERİ ÇEKME yöntemleri olup, birincisi Lippes loop ve saf T - Coil uygulanımında, ikincisi Copper-7 ve Copper T araçlarının uygulanımında kullanılır. Push-in teknikte uygulayıcı servixin internal os'una yerleştirilir ve itici RİA insertörden tümü ile çıkıncaya kadar itilir. İtici ve insertör birlikte çıkarılır. With-drawal teknikte uygulayıcı servixin internal os'una yerleştirilir ve fundus hissedilinceye kadar yavaşca ilerletilir. İtici RİA'ı en yüksek fundal seviyede tutarken uygulayıcı geri çekilir. Böylece RİA fundusta en yüksek pozisyonda kalarak atılım olasılığı azalır, gebeliği önleyici etkisi artar. Bu teknikte uterusun perforasyon şansını push-in tekniğe göre daha azdır. Multiload RİA'larda uygulayıcı vardır, itici yoktur. Uygulayıcı uterusun fundusuna kadar itilir ve sonra aracı içeride bırakarak geriye doğru çekilir. Bu uygulamayı kolay ve perforasyon riski hiç olmayan mükemmel bir tekniktir (7, 8, 10).

RİA'nın uygulanımı sırasında keskin ve kramp vasfında ağrı olması, özellikle kanama veya RİA'nın iplerinin kaybolması ile birlikte ise uterus perforasyonunun belirtisi olabilir (10). Perforasyon pelvik muayene sırasında tanımlanamamış anormal biçimdeki uterin kavitelerde, sezeryan geçirmiş olanlarda, doğum sonu erken dönemde, düşük sonu uygulandıktan daha sıktır. Ancak uygulayıcının beceri ve bilgisi daha fazla önem taşır (10). Fundal perforasyonun tesbiti, röntgen ve ultrasound yöntemlerinin olmadığı yerde zor olabilir (8). Uygulama sırasında şiddetli, keskin vasıfta ağrı şüphe ettirici ancak kesin tanımlayıcı olmayan bir belirtidir. Aracın iplerinin pelvik muayenede görülmemesi, gebelik olması şüpheyi kuvvetlendirir. Tanı histerografi, histeroskopi veya uterin kaviteye histerometre uygulandıktan sonra ön-arka ve yan pelvis filimleri ile konur. Ultrasound hastayı X-ışınlarına maruz bırakmadan aracın yerini lokalize eden en iyi bir yöntemdir (8, 10). Uterusu perforasyon etmiş RİA tesbit edildiğinde aracın çıkarılması veya yerinde bırakılması konusundaki görüşler çelişkilidir. Aracın çıkarılması kararı aracın tipine ve hastanın yakınmalarına bağlıdır. Lippes loop gibi nonmedicated araçlar yerine bırakılabilir. Bu tip araçların kadın çok huzursuz değil veya perforasyon nedeni ile ağrı, kanama ve infeksiyon gibi yakınmaları yoksa çıkarılmaları önerilmez (10). Ancak kadın başka bir yöntem kullanarak gebelikten korunmalıdır. Aracın çıkarılmasında laparaskopi veya laparotomi gereklidir (10).

Bakırlı RİA'larda metal aşırı doku reaksiyonu sonucu yapışıklıklara neden olacağından çıkarılmalıdırlar (8, 10). Laparotomi en seçkin cerrahi yöntemdir. Progesteron salan T biçimli araçlarda yeterli bilgi eksikliğine karşın en iyi yol çıkarılmalarıdır (10).

Servikal perforasyonlar aracın ucunun uterus kontraksionları ile aşağıya doğru yer değiştirmesi ile oluşurlar. Genellikle yakınmaya neden olmayan bu tip perforasyon tesbit edildiği zaman RİA serbest ucundan yakalanıp önce yukarıya, sonra aşağıya doğru çekilerek çıkarılmalıdır. Bakırlı RİA'larda alt uca yuvarlak plastik topların eklenmesi ile perforasyon olasılığı azaltılmıştır (8, 10).

RİA uygulananında yaygın olarak inanılan kanı, kadının gebe olmadığından emin olunan herhangi bir zamanda uygulamanın yapılacağıdır (7, 8). Doğum sonu uygulananında ise en uygun zaman, doğum sonu ilk 10 dakika içinde veya 4-6 ncı haftada uygulama yapılmasıdır (8).

Tüm dünyada hekim dışı sağlık personelinin aile planlaması programlarında kullanımı artmaktadır (1, 2, 7, 10, 11). Birçok ülkede hekim denetimi altında aile planlaması yöntemlerini uygulayan yardımcı sağlık personeli, bazı ülkelerde eğitim ve denetim görevinde yapmaktadır (11). 1973 de Barbados'ta Cummins'in başlattığı eğitimi alan yardımcı sağlık personeli ile hekimlerin uyguladıkları RİA'ların komplikasyon hızları aynı, buna karşın yardımcı sağlık personelinin eğitim masrafları daha azdı. Nigeria ve Kore verileri aynı ilişkiyi destekler niteliktedir. 1973 de Thailand'da ebe ve hemşirelerin, eğitimleri sonucu başarılı oldukları gözlenmiş ve ebe ve hemşire okullarında RİA uygulanmasının ders içeriğine konulması önerilmiştir (11). Ülkemizde kırsal alanda yapılan bir araştırmada eğitilmiş sağlık personeli ile hekimlerin uyguladıkları RİA'ların komplikasyon hızları benzer bulunmuştur (2). Rahim içi araçlar özel eğitilmiş ebe ve hemşire tarafından uygulanabilir. Ancak bu kişilerin pelvis muayenesi, uterusun büyüklük ve duruşunun saptanması ve RİA uygulananında kontraendike vakaların saptanması yönünden gebeliğin tanımlanması, büyük pelvis patolojileri hakkında yeterli eğitim almaları ve klinik deneyim kazanmaları gereklidir. Rahim içi araç uygulanan kadınlara yine eğitilmiş personel tarafından izlenmelidir. Aile planlaması programlarını iyi yetişmiş klinik personel elde edilinceye kadar ertelemek en uygun yoldur. Çünkü uterus perforasyonu veya diğer komplikasyonlar hem rahim içi aracın, hemde diğer aile planlaması yöntemlerinin etkinliğini zayıflatır (10).

Hacettepe Tıp Fakültesi'nde 1965 - 1970 yılları arasında rahim içi araç kullanan 1743 olguda 5 perforasyon tesbit edilmiş, araçların hepsi uzman veya asistan hekim tarafından uygulanmıştır. Uterusun büyüklüğünün ve pozisyonunun iyi bilinmemesi ve doğru uygulama yapılmaması perforasyon nedeni olarak belirtilmiştir (5).

Amerika Birleşik Devletleri'nin bazı şehirlerinde hemşireler uzun yıllardır rahim içi araç uygulamaktadır. Manila'da ebe-hemşirelerin uygulama

dığı araçlarda yönteme devam hızı % 74, hekimlerin uyguladığı araçlarda % 80 bulunmuştur. Bangkok Hastanesinde ebe-hemşirelerin olgularında perforasyon görülmemiş, yönteme devam hızı yüksek, aracın çıkarılımları az bulunmuştur (10).

İlk adım hekimlerin bu konuda iyi eğitilmeleridir. Ancak daha etkili olacak ikinci adım klinik hizmet ve izlemelerde yardımcı sağlık personelinin kullanılarak hizmetin yaygınlaşmasını sağlamaktır. Eğitim programları iki, üç haftadan üç aya kadar uzyn dönemde planlanabilir (10, 11). Araç uygulanımında kontraendikasyonları belirten listeler, pelvik modeller, eğitim araçları olarak kullanılır. Eğitimde en az otuz olmak üzere ortalama elli, altmış pelvik muayene yapılması, denetim altında araç uygulanımına kontraendike veya aracın komplikasyonu olarak ortaya çıkabilecek vakaların görülmesi, en az 10 - 15 uygulama yaptırılması önerilmektedir (1).

L İ T E R A T Ü R

1. Akın, A., Gray, R. H., Ramos, R. : «Training auxillary nurse-midwives to provide IUD services in Turkey and the Philippines». *Studies in Family Planning* 11 : 178, 1980.
2. Çetin, N. : Rahim içi araç uygulamasında köy ebelerinin rolü. *Toplum Hekimliği Uzmanlık Tezi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Hacettepe*, 1978.
3. Duguid, H. L., et all : «Actinomyces-like organisms in cervical smears from women using intrauterine contraceptive devices». *British Medical Journal*. 534, 1980.
4. Edelman, A. D. : «Pelvic inflammatory disease and the intrauterine device : A causal relationship?». *Int. J. Gynaecol Obstet*. 17 : 504, 1980.
5. Erdoğan, M., Turhanoglu, B., Pekin, S. : «Spirale bağlı uterus perforasyonu». *Hacettepe Tıp Cerrahi Bülteni*, 6 : 138, 1973.
6. Etimesgut Bölgesi 1982 Çalışma Raporu.
7. UIDS ; An appropriate contraceptive for many women : *Population Reports. Series B, Number 4, July 1982*.
8. IUDS - Update on safety, effectiveness and research : *Population Reports. Series B, Number 3, May 1979*.
9. Kleinman, R. L. : «Statement on intrauterine devices». *IPPF Medical Bulletin*, 15 : 1, 1981.
10. Porter, C., Waife, R. : *Intrauterin devices: Cürrent Perspectives. The pathfinder Fund*, 1978.
11. *Training nonphysicians in family planing services : Population Reports. Series J, Number 6, September 1975*.
12. «World Health Statistics Quarterly». : 34 : 2, 1981.