

KADIN SAĞLIĞI · TIP PROFESYONELLERİ İÇİN

Medikal Abortus Sonrası Kontrasepsiyon

Kadın Sağlığında Güvenilir Adres

SoftCare Clinic

softcareclinic.com · +90 212 241 30 10

Sadece bilgilendirme amaçlıdır

Tıbbi Düşük Sonrası Kanama ve İyileşme

400 mikrogram misoprostol ile yapılan tıbbi düşük uygulaması, seçilme kriterlerine uygun ve tıbbi düşüğü tercih eden kadınlarda, 1. gün ve 3. gün uygulanan dozlarla, hastanın ev ya da klinik ortamından tercih ettiği yerde gerçekleştirilebilir. 15. günde uzatılmış izlem yapılır.

	Kanama Süresi	Ağrı Süresi
Tıbbi Düşük	9,7 ± 4,1 gün	3,6 ± 3,0 gün
Cerrahi Yöntem	6,8 ± 4,3 gün	3,7 ± 2,9 gün

Normal kanama 2 haftaya kadardır, fakat daha uzun da sürebilir. Hasta klinik olarak iyi durumdaysa, cerrahi girişimde bulunmadan önce en azından bir sonraki adetine kadar beklemek uygundur. 2 saat boyunca saatte 2 büyük petten fazla kanama, veya aşırı kanamayla birlikte baş dönmesi/sersemlik hissi varsa, kanama anormal kabul edilir ve klinik değerlendirme gerekir.

Anormal Kanamanın Olası Nedenleri: Ağır kanama, tamamlanmamış düşük, devam eden gebelik, enfeksiyon.

Kontrasepsiyon Zamanlaması: Medikal abortus sonrasında oral kontraseptif, kondom ve enjektabl yöntemler misoprostol gününde başlanabilir; rahim içi araç ve tubal sterilizasyon ise sonraki menstrüasyondan sonra uygulanır.

Yöntem Seçiminde Değerlendirilen Kriterler

- Etkinlik
- Yan etkiler
- Uygunluk
- Etki süresi ve doğurganlık hedefi
- Başvuranın seçimi
- Geri dönüşümlülük
- Kontraseptif olmayan yararlar
- Maliyet
- Kişiye özel faktörler

Yöntemlere Göre Başarısızlık Oranları (100 Kadın Yılında)

Yöntem	Tipik Kullanım	İdeal Kullanım
Şans	85	85
Spermisitler	21	6
Geri çekme	19	4
Diyafram	18	6
Kadın kondomu	21	5
Erkek kondomu	12	3

Yöntem	Tipik Kullanım	İdeal Kullanım
Kombine hap	1-8	0,1
Minihap	3-10	0,5
RİA	0,8	0,6
Mirena	0,5	0,1
DMPA	0,3-1	0,3
Mesigyna	0,3	0,2
Kadında sterilizasyon	0,2-1	0,4
Erkeklerde sterilizasyon	0,15-1	0,1

Kaynak: Trussell J. Contraceptive Technology, 18. baskı, 2004.

DSÖ Tıbbi Uygunluk Kriterleri

Kontraseptif kullanımıyla ilgili uygunluk kriterlerini gözden geçiren uluslararası çalışmalar, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1994 yılında başlatılmıştır: 1994'te 21 ülkeden uzmanların katılımıyla çalışmalar başlamış; 1996'da ilk dokümantasyon yayınlanmış; 2000'de güncelleme yapılmış; Ekim 2003'te İsviçre'de 35'ten fazla uzmanla rehber geliştirilmiş; Nisan 2008'de ise 23 ülkeden 43 uzmanla son revizyon gerçekleştirilmiştir.

Kategori Sistemi: 1 — Güvenle kullanılabilir, hiçbir sınırlama yok. 2 — Kullanılabilir, olumlu yönleri risklerden fazla. 3 — İlk seçenek değil, riskler olumlu yönlerden fazla. 4 — Kullanılmamalı, kabul edilemez sağlık riski.

Pratik Uygulama Kodları: A (Accept/Uygun) — güvenle uygulanabilir. C (Caution/Uyarı) — önlemler alınarak uygulanabilir. D (Delay/Ertele) — durum düzelene kadar geçici yöntem önerilir. R (Refer/Sevk) — deneyimli personel yoksa sevk gerekir.

WHO Kategorilerine Göre Durumlar (RİA için)

Kategori	Durumlar
1	≥20 yaş, hipertansiyon, derin ven trombozu, iskemik kalp hastalığı, migren, meme hastalıkları (kanser dahil), ektopik gebelik öyküsü, servikal ektopi
2	Menarş <20 yaş, nullipar, postpartum <48 saat, uzamış/şiddetli kanama, şiddetli dismenore, kaviteyi distorsiyona uğratmayan myomlar, endometriozis, anemi, eski PID, yüksek HIV riski
3	Postpartum 48 saat-4 hafta, over kanseri/yeni RİA uygulanacak, benign trofoblastik hastalık, yüksek gonore/klamidya riski, HIV ARV'ye yanıtızlık
4	Gebelik, postpartum/postabortif sepsis, açıklanmayan vajinal kanama, kaviteyi distorsiyona uğratan myomlar, PID, pürülan servisit, endometrial/servikal kanser, pelvik tüberküloz

Uterin kaviteyi distorsiyona uğratmayan myomlar RİA kullanımına engel değildir. Bu kriterler hormon içeren RİA'lar için de geçerlidir.

Rahim İçi Araç (RİA) Çeşitleri

CuT 380A

FDA tarafından 1984'te onaylanmış, 1988'den beri ABD'de kullanılmaktadır; 12 yıl koruyuculuk sağlar. Türkiye'de en yaygın kullanılan RİA'dır; 380 mm² bakır alanına sahip, FDA onaylı tek bakır içeren RİA'dır.

Etkinlik: 2, 4, 6 ve 8. yıllarda gebelik oranları sırasıyla %1, %1,4, %1,6, %1,8'dir. Bu gebeliklerin sadece %4'ü ektopik olacaktır.

Dislokasyon Oranları: İnterval ve postabortif uygulamalarda %1-4, postplasental %5-15, postpartum ilk 48 saatte %15-25, sezaryende %4-8.

Avrupa RİA'ları

- Multiload 250: 250 mm² bakır, 3 yıl koruyuculuk
- Multiload 375: 375 mm² bakır, 5 yıl koruyuculuk
- Nova T 380 (Cu380Ag): gümüş çekirdeğe sarı bakır, 5 yıl (200 mm²) veya 8 yıl (380 mm²) koruyuculuk seçenekleri

CuT 380A ve 380S diğer bakırlı RİA'lara göre daha etkin görünmektedir. Kanama ve ağrı nedeniyle çıkarılmada RİA'lar arası belirgin fark gözlenmemiştir. Doğum yapmamış kadında herhangi bir RİA'nın diğerine üstünlüğü görülmemiştir.

Yeni Geliştirilen RİA'lar (Frameless)

Postabortif uygulanabilir, doğum yapmamışlarda tercih edilir, endometrial kavite düzensizliklerinde kullanılabilir. 3 yıl koruyucudur. Menarştan 20 yaşa kadar RİA güvenle kullanılabilir (Kategori 2).

Uygulama Zamanlaması

İnterval Uygulama: Gebelik kuşkusu dışında siklusun herhangi bir günü uygulanabilir; uygulamanın 5 gün öncesine kadar gebelikten koruyacaktır.

Postpartum Uygulama: Postplasental (doğumdan sonraki 10 dakika içinde) tercih edilir; postpartum 48 saat içinde uygulanabilir; 48 saat-4 hafta arasında uygulanmaz; 4 hafta sonra adet olmadan da güvenle uygulanabilir.

Postabortif RİA Uygulaması

- Tubal infertilitede artış yok
- PID'de artış yok
- Gebelik oranları aynı (%1'in altında)
- Atılma oranları benzer (%2-3)
- Kanama/ağrı nedeniyle çıkarılma oranları benzer
- Doğum yapmamış kadınlar güvenle kullanabilir (DSÖ Kategori 2)

Spontan düşük veya rahim tahliyesi sonrası RİA uygulaması güvenlidir. Septik abortus sonrası RİA uygulaması önerilmez.

Süre Sonu Uyarısı: Tüm RİA'larda bakır bitince koruyuculuk azalır, gebelik riski %1'den %18'e çıkar. Süresi biter bitmez RİA değiştirilmelidir. RİA'dan sonra "uterusun dinlendirilmesi" diye bir kavram yoktur.

Enfeksiyon sadece steril olmayan uygulamalarda ilk 2-3 haftada görülür. Servikal ektopi ve kaviteyi distorsiyona uğratmayan myomlar engel değildir. Yöntem devamını etkileyen

temel yan etkiler: %15 kanama düzensizliği, %10 ağrı. Prostaglandin inhibitörleri, ağrı dışında toplam kanama miktarını %50 azaltır.

RIA ile birlikte gebelik oluşur ve çocuk istenmiyorsa; RIA gebelik kesesinin altındaysa nazik traksiyonla çıkarılmalıdır (abortus riski %25); çıkarılamıyorsa abortus riski %50'dir. Fetal malformasyon riski RIA kalsa bile artmaz.

Oral Kontraseptiflerin Gelişimi

Günümüzde tüm oral kontraseptiflerde kullanılan östrojen etinilestradioldür. Estradiol 17. pozisyonda etinil grup ilavesiyle oral aktif etinil estradiol oluşturulmuştur; ilk yıllarda etinil estradiolün metil eteri olan mestranol kullanılmıştır. Östrojen dozu 1960'ta 150 mikrogram (mestranol) iken, 2000 yılında 15 mikrograma (etinilestradiol) düşürülmüştür.

Progestin Jenerasyonları

- 1. Kuşak: Noretindron, noretinodrel
- 2. Kuşak: Levonorgestrel
- 3. Kuşak: Gestoden, norgestimat, desogestrel
- 4. Kuşak: Dienogest, drospirenon

Trombogenik Risk (10.000 Kadın Yılında Venöz Tromboembolizm)

Grup	Sıklık
Normal popülasyon	1
OK kullananlar	3
3. jenerasyon progestinli OK	4,5
Gebelik	6

Bilinen trombogenik mutasyonu olanlar, östrojen içeren kontraseptif (OK, aylık enjektabl, vajinal halka, transdermal bant) kullanamaz (Kategori 4).

Depresyon ve OK

Değişik çalışmalarda OK, minihap, DMPA ve implant kullanan kadınlarda depresyon semptomlarının artmadığı gözlenmiştir (Kategori 2). Bir çalışmada fluoksetin kullanımının OK ve minihapların etkinliğini azaltmadığı vurgulanmıştır. Postpartum depresyon veya bipolar bozuklukta henüz yeterli kanıt yoktur.

Migren ve OK

Migren öncesi aura varsa OK kullanımı kontrendikedir. Son 5 yıldır aura yoksa OK kullanılmaya başlanabilir. OK kullanımına başlayınca aura ortaya çıkarsa yöntem hemen bırakılmalıdır. Fokal nörolojik bulgusu olmayan migrende OK başlanabilir.

Antiandrojenik Etkili OK'ler

Drospirenon veya siproteron asetat içeren OK'lerin antiandrojenik etki mekanizması: LH ve testosteron azalır; etinilestradiol SHBG'yi artırır, artan SHBG serbest testosteronu azaltır; 5-alfa redüktaz enzimini inhibe eder; androjen reseptörlerini bloke eder. Bu grup OK'ler PMS semptomları tedavisinde yararlı olabilir; ancak plasebo da etkili bulunmuştur

ve 3 siklus sonrası bulguların seyri netleşmemiştir.

Başlangıç Zamanlaması

İnterval kullanımında menstrüasyonun 1. günü; postabortif kullanımında ilk 5 gün içinde; postpartum kullanımında emzirmeyende 3-4 hafta sonra, emzirende 6 ay sonra başlanmalıdır.

Quick-Start Yöntemi: Gebelik kuşkusu olmayan siklusun herhangi bir günü, tüm gebelikten korunma yöntemlerine başlanabilir.

Etkinlik ve Kullanım Notları

Etkinlikleri yüksektir, Pearl indeksi %0,1'dir. Bir gün unutulduğunda gebe kalma riski %3 olacaktır. Özellikle ilk haplar unutulduğunda veya 7 günden daha geç başlandığında gebelik riski artar. OK kullanımı başlangıcında ortaya çıkan ara kanamalar; birinci ayda %30, ikinci ayda %10, üçüncü ayda %1 oranında görülür.

Kanser Üzerine Koruyucu Etkiler

OK kullanıcılarında over ve endometrium kanserlerinin %50 oranında azaldığı, kullanım kesildikten 25-30 yıl sonra bile aynı koruyucu etkinin sürdüğü bilinmektedir. Kolon kanserinin de %20-30 daha az görüldüğü belirtilmiştir. Östrojen hakimiyetinde ortaya çıkan endometrial hiperplazi ve myomları %31'e varan oranda, over kistlerini %75 oranında azaltmaktadır.

21 ülkede yapılan 45 çalışmanın sonucunda: her 5 yıl kullanım için over kanserine karşı koruyuculuk %20 artmakta, 15 yıl kullananda risk %50 azalmaktadır; yöntem bırakıldıktan 30 yıl sonrasına kadar koruyuculuk azalarak devam etmektedir (Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian Cancer, Lancet 2008).

Serviks Kanseri Riski

Uzun dönem OK kullanımı, persistan HPV enfeksiyonu ile birlikte serviks kanseri riskini artırmaktadır (26 ülkede 24 çalışma). 5 yıldan az kullanımda fark yoktur; 5-9 yıl kullanımda risk %20 artar; 10 yıl ve üstü kullanımda risk %50 artar (Appleby ve ark., Lancet 2007).

Meme Kanseri ve OK

54 çalışmanın metaanalizinde (Lancet, 1996): OK kullanırken meme kanseri tanısı alma göreceli riski (RR) 1,24; hapı bıraktıktan 10 yıl sonra bu risk eşitlenmektedir (RR=1,0). Hapın kullanım süresi riski artırmamaktadır. OK kullanımının meme kanserinden ölüm oranını artırmadığı bildirilmiştir (Beral, BMJ 1999).

Aylık Enjektabl Kontraseptifler (Mesigyna)

1 ml yağlı solüsyon içerisinde progestajen olarak 50 mg noretisteron enantat ve doğal östrojene dönüşen 5 mg östradiol valerat içerir. Ayda bir enjeksiyon uygulanır; çekilme kanaması iki enjeksiyonun ortasında görülür.

Özellikleri: Pearl indeksi %0,2; kanama düzensizliği sadece %10; amenore %2,5; gastrointestinal yan etkileri daha azdır; endikasyon ve kontrendikasyonları oral kontraseptif ile benzerdir.

İlk enjeksiyon menstrüasyonun ilk günü uygulanır; sonraki enjeksiyonlar menstrüasyon durumuna bakılmaksızın 30 ± 3 gün aralıklarla uygulanır. Enjeksiyon aralığı 33 günü aştığında kontrasepsiyon yetersiz kalır.

Kombine Vajinal Halka ve Transdermal Bant

Vajinal Halka

Günde 15 mikrogram etinil estradiol ve günde 120 mikrogram etonogestrel salar. Uygulama 3 hafta takılı, 1 hafta ara şeklindedir. Halka en fazla 3 saat çıkarılabilir.

Transdermal Bant

FDA onayı Kasım 2001'de alınmış, 2002'de satışa sunulmasından itibaren 4 milyon kadın tarafından kullanılmıştır. 20 cm² büyüklüğünde bir yamadır; 20 mikrogram etinil estradiol + 150 mikrogram norelgestromin içerir. Haftalık değiştirilir; 3 hafta uygulama + 1 hafta ara şeklinde kullanılır.

Depo Enjektabl (DMPA)

150 mg depo-medroksiprogesteron asetat içerir; 15-50 yaş arası kadınlarda uygulanabilir, sigara içenlerde de kullanılabilir. Pearl indeksi %0,3'tür. 12 hafta arayla enjeksiyon uygulanır.

Kanama Paterni: İlk 6 ayda %50 oranında menometroraji görülürken, 6 aydan sonra %50 oranında amenore gelişir.

Koruyuculuk 48 saatte başlar. Emziren kadınlarda postpartum 6 hafta sonra uygulanabilir. Tekrar enjeksiyonlar gerektiğinde 4 hafta geciktirilebilir.

Deri Altı İmplantlar

Implanon: Sadece progesteron içerir (günde 60 mikrogram etonogestrel), 3 yıl koruyucudur. Pearl indeksi 0'a yakındır. Postpartum 6 hafta içinde uygulanabilir. Ön kol iç yüzüne uygulanır.

Jadelle: 2 çubuklu implant, 5 yıl koruyuculuk sağlar.

Hormon İçeren Rahim İçi Sistemler

Mirena: Günde 20 mikrogram levonorgestrel salar, 5 yıl koruyucudur. Pearl indeksi %0,3. Endometrium kanseri riskini, menstrüel kanamayı ve PID'yi azaltır.

FibroPlant: Her tip kaviteye uyan (çerçevesiz) bir sistemdir; günde 14 mikrogram levonorgestrel salgılar, 1-1,5 yıl koruyuculuk sağlar.

Bu sistemler yalnızca düşük doz progestin içerir; özellikle laktasyonda, perimenopozal dönemde ve östrojenin kontrendike olduğu durumlarda iyi bir seçenektir.

Etki Mekanizması: Servikal mukusun kalınlaşmasıyla spermlere geçirgenlik azalır; endometriumun incilmesiyle implantasyon olasılığı azalır. Olguların %40'ında normal ovülasyon vardır.

Bariyer Yöntemler — Ek Bilgiler

Kondom Malzemeleri: Lateks, poliüretan, non-lateks (SEBS) olabilir. Lateks alerjisi %3 oranında görülür ve vazelin bazlı kayganlaştırıcı ile kullanılamaz.

Kadın Kondomu: Erkek kondomu ile birlikte kullanılamaz. %79-95 etkindir.

Diyafram: Servikal ölçüm gerektirir, %86-94 etkindir, 2 yılda bir değiştirilmelidir.

Servikal Kapak: Her yıl değiştirilmelidir, spermisit ilavesi gerektirmez. %84-91 etkindir.

Doğal Yöntemler

Laktasyonel Amenore Yöntemi (LAM)

Bebeğin beslenmesinin en az %85'inin gece ve gündüz düzenli emzirmeyle sağlanması gerekir; henüz menstrüasyon başlamamış olması; postpartum 6 aydan uzun süre geçmemiş olması gerekir. Bu koşullar sağlandığında Pearl indeksi %2'dir.

Acil (Postkoital) Kontrasepsiyon

Tercihen ilk 48 saatte (en geç 72 saat içinde) uygulanmalıdır; her siklusta birden fazla kez uygulanmamalıdır.

Tarihsel Gelişim: 1960 — yüksek doz östrojen; 1970 — Yuzpe yöntemi; 1976 — postkoital RIA; ayrıca danazol ve RU-486 (mifepriston) de kullanılmıştır.

Ülkemizde iki preparat bulunmaktadır: sadece progesteron içeren Norlevo, östrojen+progesteron içeren Prevent. Rahim içi araçlar, uygulama gününden 5 gün öncesine kadar gebelikten korur.

Cerrahi Sterilizasyon

Dünyada 200 milyon, ülkemizde ise kadınların yaklaşık %4'ü tarafından tercih edilmektedir. Pearl indeksi %0,1-0,4'tür.

Uygulama Teknikleri: Elektrokoagülasyon (laparoskopi); ligasyon ve/veya eksizyon (minilaparotomi — Pomeroy, Parkland, Uchida, Irving, Fimbriektomi teknikleri); mekanik yöntemler (silastik bant veya klip).

Pomeroy tekniği, minilaparotomide en sık uygulanan tubal oklüzyon yöntemidir.

Genel İlkeler

- Yöntem seçiminde ve izlemde güncellenen DSÖ Tıbbi Uygunluk Kriterlerine uyulmalıdır.
- Tüm geçici yöntemler, menarştan menopoza kadar ara vermeden kullanılabilir.
- Gebelik olasılığı yoksa, tüm yöntemler menstrüel siklusun herhangi bir gününde başlanabilir.
- Emziren kadınlarda östrojen içeren yöntemler, doğumdan 6 ay sonra uygulanabilir.

Bu doküman yalnızca bilgilendirme ve eğitim amaçlıdır; tıbbi teşhis, tedavi ya da profesyonel danışmanlık yerine geçmez. Sağlık sorunlarınız için mutlaka bir hekime başvurun.